



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SERVICE CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

# Guide méthodologique Compte Qualité

## Certification V2014

**Mai 2017**

DOCUMENT DE TRAVAIL SOUMIS AVANT CORRECTION ORTHOGRAPHIQUE ET TYPOGRAPHIQUE

---

**Haute Autorité de santé**

Communication Information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Sens, objectifs et enjeux du Compte Qualité</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Modalités d'élaboration et implication des acteurs dans le Compte Qualité</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Description de la méthode</b> .....	<b>10</b>
<b>4. Articulation entre la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et le programme d'actions du Compte Qualité</b> .....	<b>14</b>
<b>5. Compte Qualité, un dispositif au service de la certification</b> .....	<b>16</b>
<b>6. Mobilisation du Compte Qualité dans le cadre d'une visite de certification</b> .....	<b>18</b>
<b>7. Compte Qualité intermédiaire</b> .....	<b>21</b>
<b>8. Compte Qualité supplémentaire</b> .....	<b>23</b>
<b>9. Compte Qualité unique dans le cadre de groupements d'établissements de santé (A venir)</b> .....	<b>28</b>
<b>10. Retours d'expérience</b> .....	<b>29</b>
<b>11. Dispositifs d'accompagnement mis en place par la HAS</b> .....	<b>30</b>
<b>12. Cas pratiques</b> .....	<b>32</b>
Cas pratique ① – Parcours du patient – Prise en charge de la personne âgée .....	33
Cas pratique ② – Le parcours du patient en ambulatoire .....	35
Cas pratique ③ - Management de la prise en charge du patient en salle de naissance.....	37
Cas pratique ④ - Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire.....	39
Cas pratique ⑤ - Management de la prise en charge médicamenteuse du patient.....	44
Cas pratique ⑥ - Management de la qualité et des risques .....	46
Cas pratique ⑦ - Management stratégique et gouvernance .....	49
Cas pratique ⑧ - Qualité de vie au travail.....	51
Cas pratique ⑨ - Actualisation de la thématique « Dossier du patient » suite au rapport de certification.....	53
<b>Annexe 1. Échelles de Fréquence et de Gravité - Échelle de niveau de maîtrise</b> .....	<b>56</b>
<b>Annexe 2. Cycle de la certification V2014</b> .....	<b>57</b>
<b>Annexe 3. Grille d'analyse du Compte Qualité supplémentaire par la HAS</b> .....	<b>58</b>

## Introduction

La procédure de certification V2014 a pour ambition de renforcer les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge des patients en développant de l'intérêt à agir pour les professionnels et en impliquant les usagers.

Afin de faciliter la priorisation des actions d'amélioration liées à la sécurité des soins au sein de l'établissement, la HAS a mis en place le **Compte Qualité**.

Ce nouveau dispositif a vocation, pour la gouvernance des établissements de santé à rendre des comptes sur la qualité et la sécurité des soins en associant les professionnels et les usagers.

Ainsi, le Compte Qualité sert plusieurs ambitions :

- **pour l'établissement** : disposer d'un dispositif décisionnel et opérationnel de gestion des risques ;
- **pour la HAS** : définir le périmètre de la visite initiale et décider des mesures de suivi dans le cadre de la procédure de certification.

### Pourquoi ce guide ?

Ce guide, regroupant toutes les informations relatives au Compte Qualité, permet aux professionnels des établissements de santé et aux représentants d'usagers de comprendre le sens, les enjeux et les modalités opérationnelles de ce nouveau dispositif.

Il sera complété et adapté régulièrement en fonction des informations collectées lors des retours d'expérience des professionnels.

Couplé aux clubs régionaux utilisateurs Compte Qualité, nous souhaitons qu'il favorise l'adhésion et l'appropriation du Compte Qualité au plus proche des préoccupations des professionnels de santé et ce au bénéfice de la prise en charge du patient.

Ce guide a été validé par le Collège de la HAS le 24 mai 2017.

Docteur Catherine Grenier Directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	Laurence Garo Cheffe de service Certification des établissements de santé
--	---

# 1. Sens, objectifs et enjeux du Compte Qualité

La porte d'entrée dans la certification n'est désormais plus l'auto-évaluation conduite pour la certification mais le **Compte Qualité**.

Depuis le lancement de la certification en 1999, l'auto-évaluation a permis aux établissements de santé de réaliser un diagnostic de leurs points forts et des axes d'amélioration en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, au regard des référentiels de la HAS.

Cette phase a atteint ses limites car elle ne garantit pas que les actions correctrices soient réalisées en temps et en heure.

De plus, elle a pu s'effectuer au détriment de la démarche qualité et gestion des risques au quotidien. Parfois, par formalisme, les énergies ont été mobilisées au détriment de réalisations concrètes au bénéfice direct des patients.

C'est la raison pour laquelle, la V2014 a pour objectif « *d'évaluer, d'une part, l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité, et d'autre part la maturité des démarches qualité et gestion des risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients* » .

La prise de risque est indissociable de l'activité d'un établissement de santé. Il est donc essentiel de concilier la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l'accompagnent.

L'émergence d'une culture qualité et sécurité des soins est une priorité d'action pour les établissements de santé car les fragilités de la prise de conscience institutionnelle ou au niveau des équipes peuvent alimenter les causes majeures d'évènements indésirables associés aux soins survenant en établissement de santé.

Face à ces accidents toujours trop fréquents, parfois graves et souvent évitables, les enjeux du renforcement d'une culture de sécurité sont nombreux :

- **enjeux humains** : les patients et les familles en termes de conséquences émotionnelles, physiques, sociales, familiales, mais aussi les professionnels de santé impliqués dans un évènement indésirable ;
- **enjeux stratégiques** : réputation de l'établissement, capacité à maintenir et développer une activité à risques dans le cadre de l'organisation régionale de l'offre de soins ;
- **enjeux techniques, organisationnels, économiques, financiers, juridiques et assuranciers.**

Ainsi, le déploiement d'une culture de qualité et de sécurité dans chaque établissement et dans chaque secteur d'activité, **bénéficie au patient et crée de l'intérêt à agir pour les professionnels de santé directement impliqués dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient.**

Cette démarche doit s'appuyer sur une politique institutionnelle et **un programme d'actions évolutif** établi selon **les risques spécifiques de l'établissement.**

C'est la raison pour laquelle la HAS entend mettre à disposition **le Compte Qualité, dispositif dynamique**, servant au pilotage des actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins d'un établissement, et qui se différencie de l'auto-évaluation considérée comme un outil statique et de reporting.

Cette approche fondée sur l'analyse des risques *a priori* ou *a posteriori* permet pour l'établissement de hiérarchiser les risques, de valoriser les dispositifs de maîtrise en place et de définir les plans d'actions en cas de risque insuffisamment maîtrisé.

**« L'identification de priorités pertinentes est plus mobilisatrice qu'un énoncé exhaustif »**

Ainsi, le programme d'actions va croître en visibilité et permettre le respect des engagements en matière de qualité à court, moyen et long terme.

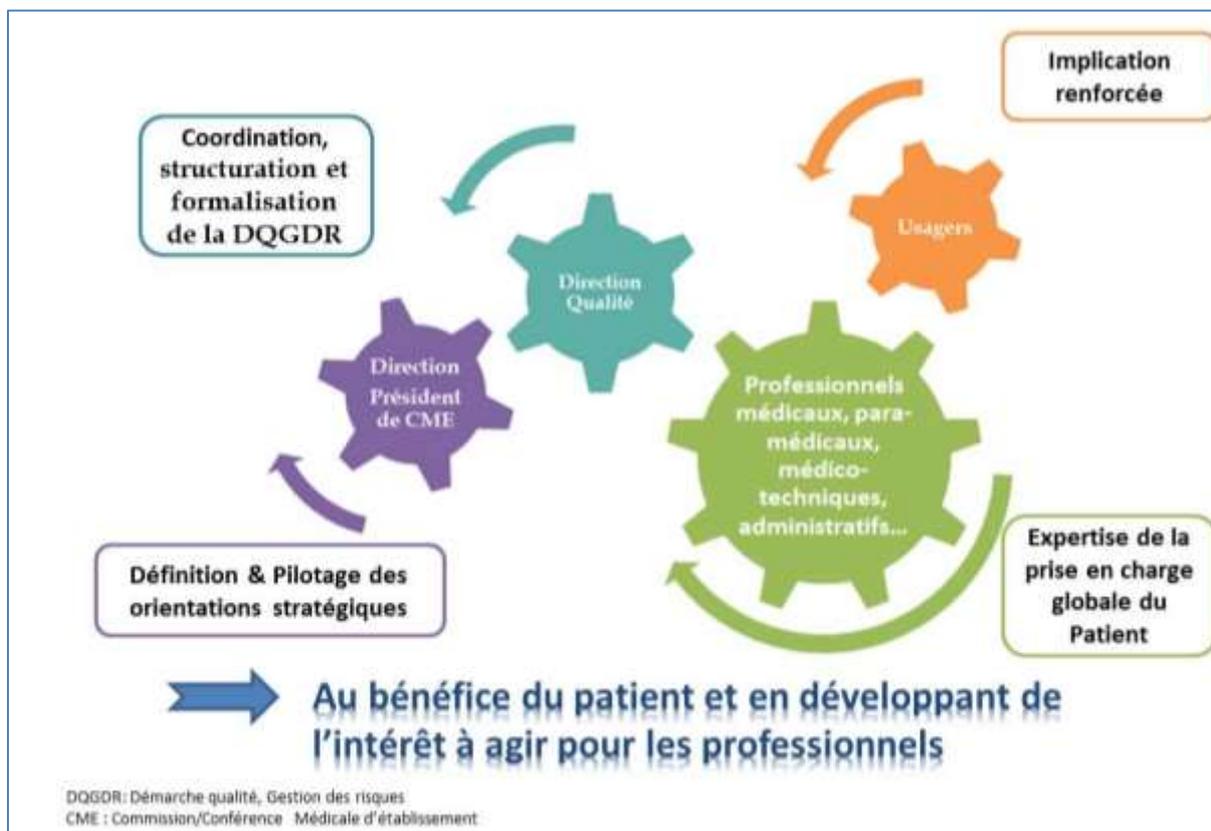
#### **UN DISPOSITIF UNIQUE MAIS PERSONNALISABLE**

**Le Compte Qualité utilisé pour l'ensemble des établissements, contribue au déploiement d'une méthodologie commune « nationale » en termes de gestion des risques, facilitant la lisibilité pour l'ensemble des parties prenantes.**

**Dans le contexte d'un renouvellement régulier des personnels et des représentants d'usagers, il permet d'être un repère et ainsi faciliter rapidement la mobilisation dans la mise en œuvre des actions engagées par l'établissement afin de maîtriser les risques.**

## 2. Modalités d'élaboration et implication des acteurs dans le Compte Qualité

Le Compte Qualité est une déclinaison opérationnelle et conjoncturelle de la politique qualité et sécurité des soins.



**L'adhésion, l'implication, la responsabilisation et la coordination des professionnels et des usagers sont des facteurs clés de succès dans la maîtrise des risques.**

Afin de traduire dans le Compte Qualité les engagements de l'établissement en termes de maîtrise des risques, il est essentiel de définir le partage des tâches en s'appuyant sur la valeur ajoutée de chacun.

**La gouvernance** définit, met en œuvre et évalue une politique pour améliorer la culture sécurité de l'établissement.

**Le management médical, soignant, médico-technique et administratif des secteurs d'activité et leurs équipes** mettent en œuvre le dispositif défini avec l'appui de la **Direction Qualité**.

Ils disposent de l'expertise de la prise en charge du patient.

Ils participent à l'évaluation et à la maîtrise de risques *a priori* et *a posteriori* suite à la réalisation d'EPP, de revues de morbidité-mortalité (RMM), de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), d'analyses d'évènements indésirables, d'analyses des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, d'analyses de pertinence de soins...

Présents au plus près du patient, ils peuvent identifier de façon inopinée, des situations à risques dont la prise en compte relève d'une décision rapide du management.

### **Témoignages de professionnels**

*« Le Compte Qualité nous a permis d'avoir une approche unique entre la direction, la direction qualité, les médecins, les soignants. »*

*« C'est l'épine dorsale de notre action politique qualité. C'est un outil d'action, de reporting, de suivi, de communication. »*

*« Il parle à tout le monde. »*

*« Les plans d'actions sont plus pragmatiques. »*

*« Il permet de faire des points d'étape aux différentes instances. »*

*« Le Compte Qualité apporte des éléments factuels au service du projet médical partagé. »*

*« Les participants à l'élaboration du Compte Qualité ont mesuré l'intérêt du recueil des indicateurs qu'ils effectuaient. »*

*« La démarche ne s'arrête pas à la conception du compte. Pour les agents de terrain, c'est important. On a dit qu'on le faisait, on le fait et on le fait comme ça. »*

*« Le Compte Qualité permet de faire remonter les arbitrages. »*

## Comment les Représentants des Usagers peuvent-ils être associés à la maîtrise des risques ?

### **Extrait du Guide à destination des représentants des usagers pour s'impliquer dans la certification.**

« Les RU n'ont pas une vision exhaustive de tous les éléments disponibles pour repérer et qualifier les risques. Néanmoins, à partir du travail d'analyse préalablement réalisé, notamment à partir du croisement entre les réclamations des patients et le bilan des événements indésirables, les RU sont à même de repérer quelques risques qu'ils pourront mettre en avant.

Plus encore, l'apport des RU réside probablement dans leur évaluation de la gravité.



Certains risques peuvent paraître anodins aux professionnels pris dans des contraintes et des enjeux techniques.

Il appartient aux RU de pouvoir rappeler l'impact de certains événements sur la vie du patient et de fait leur niveau de gravité.

Les positions différentes des uns et autres, le croisement de leurs points de vue ne peuvent qu'enrichir et rendre plus juste la qualification des risques.

C'est l'occasion pour le RU de faire valoir son expertise, son analyse, voire d'exprimer ses interrogations avec l'établissement sur certains enjeux. C'est une belle opportunité de revenir sur des points à clarifier, de lever des incompréhensions et surtout de mettre en évidence l'intérêt à agir commun. In fine, les éléments recueillis, débattus, élaborés viennent nourrir le compte qualité. »

### **Témoignages de Représentants des Usagers**

« C'est une vision plus positive, c'est plus facile que les auto-évaluations de la V2010, plus précis, plus descriptif, plus humain, mais l'accumulation des données peut perdre le lecteur ».

« J'ai été co-pilote avec la chargée des relations avec les usagers sur la thématique droits des usagers. Nous avons systématiquement préparé et animé les réunions ensemble. J'ai eu un accès au système d'information de la HAS sur le compte qualité avec un accès lecteur. »

### 3. Description de la méthode

**NE PAS CONFONDRE**

**Le Compte Qualité avec**

- une auto-évaluation « déguisée » ;
- un logiciel de gestion de risques ;
- une cartographie exhaustive des risques ;
- un catalogue des actions d'amélioration.

L'établissement est invité à identifier ses risques prioritaires :

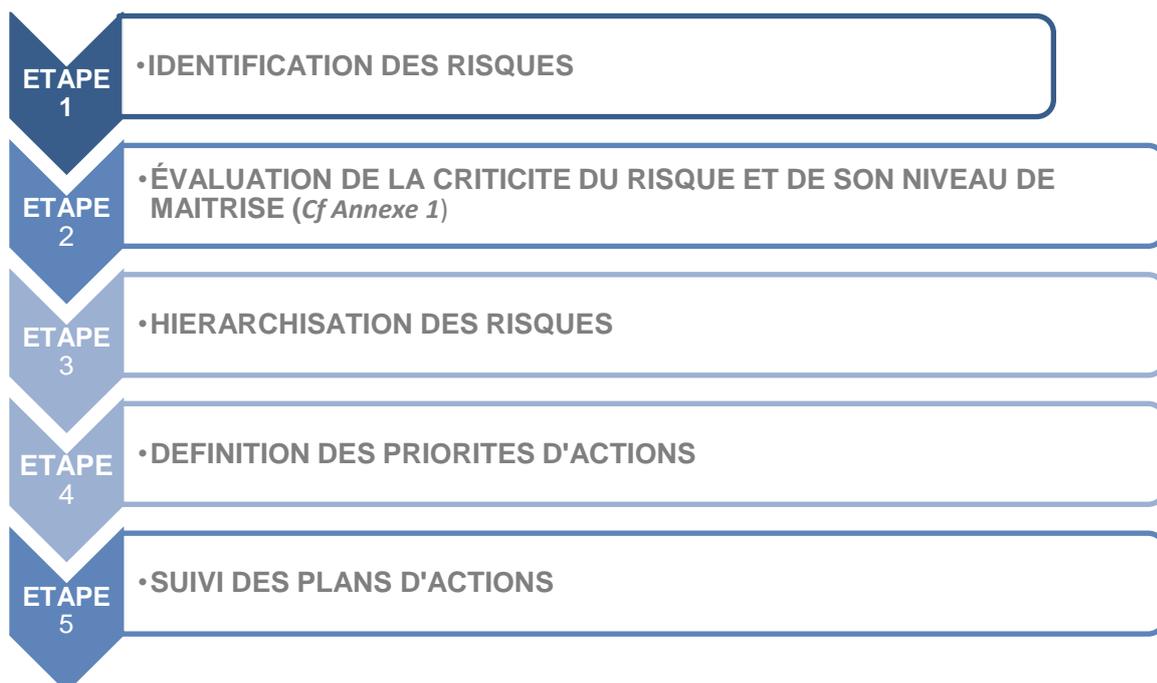
- **Non maîtrisés** en définissant un programme d'actions.
- **Maîtrisés** en valorisant les dispositifs de maitrise en place.

Afin de s'assurer que le niveau de maîtrise d'un risque critique est maintenu dans le temps, l'établissement peut décider d'identifier ce risque même si aucune action d'amélioration n'est en cours.

Les résultats d'indicateurs ou d'évaluations et la description des dispositifs de maîtrise des risques, donnent une vision de la qualité et de la sécurité des soins dans l'établissement et permettent de valoriser les actions menées.

- **Une approche fondée sur l'identification et l'analyse des risques**

L'analyse d'une thématique se réalise **selon 5 étapes** :



- **Une analyse s'appuyant sur des résultats d'indicateurs et d'évaluation utiles et pertinents**

Les établissements ont à leur disposition de nombreuses informations. Il est nécessaire de faire un état des lieux des données disponibles.

L'ensemble des données mobilisées dans le Compte Qualité doit donc être pensé comme un **tableau de bord de pilotage interne utilisé** :

- **par la gouvernance de l'établissement** pour bénéficier d'une vision globale et aider à la prise de décision (identification des risques),
- **par les différents acteurs de l'établissement** pour suivre les actions mises en œuvre (mesure d'impact du plan d'actions).

**Exemples de données :**

- les données d'activité de l'établissement ;
- les événements indésirables ;
- les résultats des évaluations externes (rapports de certification HAS, rapports d'inspection) ;
- les résultats et l'évolution des indicateurs nationaux Qualité et Sécurité des Soins ;
- les résultats des indicateurs Hôpital Numérique ou autres indicateurs nationaux ou régionaux ;
- les résultats des différentes évaluations internes ;
- les programmes EPP.

*IL N'EST PAS ATTENDU DE LA PART DE L'ÉTABLISSEMENT QU'IL ÉTABLISSE UNE LISTE EXHAUSTIVE DES DONNÉES*

**Les décisions de certification**



Les précédentes décisions de certification font partie des données que l'établissement doit mobiliser pour identifier ses risques et construire ses plans d'action.

### Les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins nationaux (IQSS)

Les IQSS sont mobilisés dans l'analyse de la thématique à laquelle ils sont associés.



L'analyse de leurs résultats permet d'identifier un risque, de justifier des dispositifs de maîtrise de risque en place, d'évaluer la pertinence des plans d'actions engagés au regard d'un risque identifié. Leurs résultats sont intégrés automatiquement par la HAS dans le Compte Qualité chaque année (selon « [la table de correspondance « Thématiques/indicateurs](#) ») concomitamment à la mise à jour de Scope Santé.

**L'établissement doit porter son attention plus particulièrement sur les IQSS obligatoires et diffusés publiquement ayant une valeur inférieure au seuil de performance défini ( $\leq C$ ).**

#### ▪ **Une approche spécifique pour la thématique « Management de la Qualité et des Risques »**

Au travers des différentes rubriques proposées, l'établissement précise :

##### ✓ L'engagement de la direction et des instances décisionnaires

Il est attendu ici que l'établissement énonce ses axes stratégiques prioritaires et le dispositif de validation par les instances, notamment la CME. L'établissement décrit également la manière dont les professionnels et les représentants des usagers ont été impliqués.

Cette partie permet aussi de décrire les modalités de communication, en interne et en externe, sur les axes prioritaires de la politique qualité et gestion des risques et de démontrer l'engagement concret des organes et instances de décision quant aux ressources et moyens mobilisés pour en assurer le déploiement.

Afin d'assurer la sincérité et la robustesse des informations communiquées, cette partie permet à l'établissement de décrire le processus d'élaboration, de validation et de communication du Compte Qualité.

##### ✓ Le pilotage de la démarche

Il s'agit de décrire l'organisation mise en place pour piloter la démarche qualité et gestion des risques :

- identification et composition de la structure de pilotage (nombre et qualité des participants) ;
- missions de la structure de pilotage ;
- modalités de pilotage (processus de décision, de motivation et de communication des décisions).

L'établissement peut s'appuyer sur un schéma de gouvernance de la démarche pour illustrer cette rubrique.

### ✓ Le management opérationnel de la démarche

Il s'agit de décrire l'organisation mise en place pour mettre en œuvre et animer la démarche qualité et gestion des risques :

- composition des structures dédiées à la mise en œuvre de la démarche (nombre et qualité des participants) ;
- description des missions et responsabilités de ces structures ;
- modalités de mise en œuvre et d'articulation des structures dédiées à la mise en œuvre de la démarche ;
- modalités d'évaluation ;
- modalités de communication des résultats de leur action ;
- méthodes et outils utilisés pour mettre en œuvre, suivre et pérenniser sa démarche.

### ✓ Les résultats d'indicateurs et d'évaluations

**L'établissement peut faire mention de résultats d'évaluation, indicateurs régionaux ou spécifiques, EPP, etc. dès lors qu'ils sont contributifs de l'amélioration de la démarche qualité et gestion des risques.**

### ✓ Le plan d'actions

Pour cette thématique, l'établissement n'identifie pas de risques mais établit **un plan d'actions en cohérence avec les axes prioritaires de sa politique qualité et sécurité des soins.**

## 4. Articulation entre la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et le programme d'actions du Compte Qualité

Depuis la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST, tout établissement est tenu de mettre en œuvre une **politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** (PAQSS) et de la décliner de façon opérationnelle dans un programme d'actions. À ce jour, aucun texte ne fixe le format type de ce programme d'actions. L'établissement est libre de déterminer le contenu et la forme que doit revêtir son programme d'actions.

### Le cadre juridique du programme d'actions<sup>1</sup>

#### En termes de contenu (Liste non obligatoire et non exhaustive de sujets)

- lutte contre les infections nosocomiales ;
- bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ;
- maîtrise de la résistance aux anti-infectieux ;
- risques associés aux actes invasifs ;
- dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- douleur ;
- sécurité des personnes en situation de fragilité psychologique ou mentale.



*Nota Bene : Cette liste n'est pas exhaustive et doit être adaptée en fonction du type d'activité et de la situation locale.*

#### En termes de méthode

- les indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui fondent les informations et les actions présentées dans ce programme doivent être publiés chaque année sous forme d'un rapport ;
- le programme d'actions repose sur une démarche de gestion des risques liés aux soins ;
- l'établissement détermine à l'issue d'une hiérarchisation, les différents sujets de son programme d'actions en fonction des différents risques associés aux prises en charge qu'il assure ;
- l'établissement met ce programme à disposition de l'ARS ;
- l'établissement actualise le programme d'actions tous les ans.

<sup>1</sup>Articles R. 6144-2-2, R.6164-5, L. 6161-2-2 et L. 6144-1 du code de la Santé Publique - CSP

Circulaire DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

- **Le Compte Qualité, un programme d'amélioration qualité et sécurité des soins priorisé et évolutif**

Comme le programme d'actions issu de la PAQSS, le Compte Qualité est un dispositif qui traduit les engagements de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration.

La HAS incite les établissements à décliner le programme d'actions issu de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans le Compte Qualité.

#### LE PROGRAMME D' ACTIONS DU COMPTE QUALITE

- **cohérent** avec la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) ;
- **justifié et priorisé** au regard des risques spécifiques à l'établissement ;
- **évolutif** (les actions à mettre en œuvre évoluent au fil du temps) ;
- **suivi** (par le biais d'indicateurs ou évaluations).

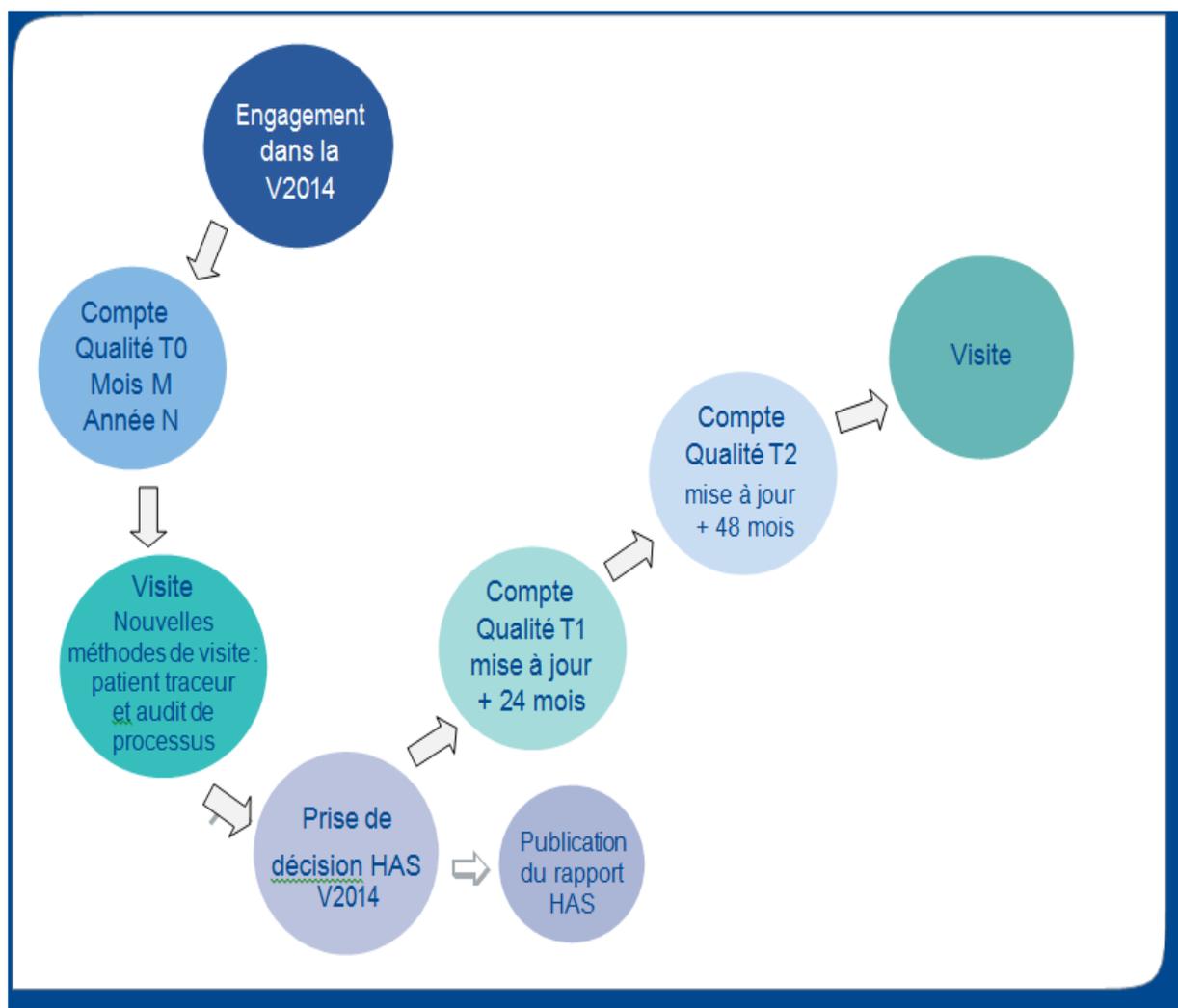
- **Le Compte Qualité, un dispositif unique de dialogue entre la HAS et l'établissement**

A partir de l'été 2017, il ne sera plus demandé aux établissements de transmettre à la HAS dans le cadre de la préparation de leur visite de certification, un autre document présentant le programme d'actions. **Seul le programme d'actions établi dans le Compte Qualité servira à préparer la visite.**

## 5. Compte Qualité, un dispositif au service de la certification

Afin d'éviter de multiplier les supports, le **Compte Qualité est le support unique de dialogue avec la HAS** et sert 3 objectifs :

- Préparer une visite de certification à caractère obligatoire (*Compte Qualité avant visite de certification*).
- Mesurer la capacité de l'établissement à mettre en œuvre les actions d'amélioration nécessaires après une décision de certification avec obligation(s) d'amélioration ou après une décision de surseoir à statuer sur la certification (*Compte Qualité supplémentaire*).
- S'assurer d'une hiérarchisation actualisée des risques et du déploiement d'un programme d'actions adapté (*Compte Qualité intermédiaire*).



(Cf Annexe 2 – Cycle de la certification V2014)

Des thématiques obligatoires à analyser dans le Compte Qualité ont été définies. En fonction des évaluations conduites et des priorités que l'établissement s'est fixées, il peut décider également d'analyser les autres thématiques.

La V2014 vise une approche par thématique et non par prise en charge (MCO, USLD, SSR, SM, HAD). Pour autant, l'analyse et sa traduction en plans d'actions peuvent être adaptées à l'organisation de l'établissement par prise en charge, par secteur d'activité, par pôle ou par service.

THEMATIQUES OBLIGATOIRES	THEMATIQUES A ANALYSER EN FONCTION DE L'ACTIVITE DE L'ES
MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DES RISQUES	URGENCES ET SOINS NON PROGRAMMES
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	BLOC OPERATOIRE
DROITS DES PATIENTS	SECTEURS A RISQUES
PARCOURS DU PATIENT	FONCTIONS LOGISTIQUES AU DOMICILE DU PATIENT (HAD)
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	
PRISE EN CHARGE ET DROITS DES PATIENTS EN FIN DE VIE	
DOSSIER PATIENT	
IDENTIFICATION DU PATIENT	
PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT	
GESTION DU SYSTEME D'INFORMATION	
QUALITE DE VIE AU TRAVAIL	

Les précédentes décisions de certification font partie des données mobilisées dans le Compte Qualité pour identifier des risques et définir des plans d'actions. En conséquence, l'établissement doit rendre compte des éléments de suivi dans la thématique concernée, qu'elle soit obligatoire ou non.

## 6. Mobilisation du Compte Qualité dans le cadre d'une visite de certification

### ▪ Réception du Compte Qualité

A réception du Compte Qualité, la HAS s'assure de l'exhaustivité du contenu du Compte Qualité pour en établir la recevabilité.

Lorsque l'établissement n'envoie pas le Compte Qualité dans les délais fixés par la HAS, la HAS prononce un constat de carence. L'établissement est alors mis en demeure de retourner son Compte Qualité dans un délai d'un mois.

En cas de non production de ce document dans ce délai, la HAS prononce une décision de non certification. Elle en informe l'autorité de tutelle concernée et publie cette décision sur son site Internet. Elle décide ensuite avec l'autorité de tutelle et l'établissement dans quel délai l'établissement peut s'engager à nouveau dans la procédure.

### ▪ Analyse du Compte Qualité avant visite de certification

L'étude du Compte Qualité permet de définir des objectifs de visite personnalisés en fonction des enjeux et risques de chaque établissement et fournit aux experts-visiteurs des informations utiles pour évaluer la maturité du système de management qualité et gestion des risques de l'établissement.

Pour chaque thématique, l'analyse réalisée par les experts-visiteurs se fait en **2 étapes**.

#### Étape ① – Étude des données présentées

- L'établissement a-t-il une décision de certification résiduelle en lien avec la thématique étudiée ?  
Si oui, l'établissement a-t-il identifié les risques et les plans d'actions en lien avec les points de fragilité mis en évidence par la/les décision(s) ?
- Parmi les indicateurs qualité nationaux diffusés publiquement, certains d'entre eux ont-ils une valeur inférieure au seuil de performance défini ( $\leq C$ ) ?  
Si oui, l'établissement a-t-il identifié les risques et les plans d'actions en lien avec ces indicateurs ?
- L'établissement a-t-il mobilisé les indicateurs Hôpital Numérique ? Comment les a-t-il analysés ?
- L'établissement a-t-il mobilisé d'autres indicateurs nationaux ou régionaux ?
- Quels sont les résultats d'évaluation propres à l'établissement : suivi des EI, résultats d'audit, EPP, analyse de l'expérience patient, analyse des questionnaires de satisfaction... ?

## Étape 2 – Étude des risques identifiés et des plans d’actions définis

- L'établissement a-t-il exploité les résultats de ses indicateurs et/ou de ses évaluations pour définir ses risques ?
- Quels sont les risques les plus critiques identifiés par l'établissement ?
- Sont-ils maîtrisés ?
- Quels sont les dispositifs de maîtrise mis en oeuvre ?
- Concernant les risques les plus critiques non maîtrisés, des plans d'actions ont-ils été définis ?
- Quelles sont les modalités de mises en oeuvre de ces plans d'actions (échéances, modalités de suivi de ces actions...) ?

Au travers de cette analyse, il s'agit pour les experts-visiteurs de comprendre les priorités de l'établissement de santé et d'apprécier si l'établissement est en mesure d'identifier et de maîtriser ses risques grâce aux dispositifs mis en place.

L'analyse des documents fournis par l'établissement et de toute autre information dont elle aurait connaissance, peut conduire la HAS à inscrire une thématique au programme de visite, qu'elle soit traitée dans le Compte Qualité ou non.

Dans ce cas, elle en informe l'établissement et lui communique les motivations de ces ajouts.

### Exemple :

Concernant la thématique « Prise en charge de la douleur », les données présentées dans le Compte Qualité de l'établissement montrent :

- une recommandation prononcée lors de la précédente procédure non levée après mesure de suivi ;
- l'indicateur de qualité et de sécurité de soins « Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) » ayant une classe C.

Dans son Compte Qualité, la HAS constate que ces données ne font pas l'objet d'une analyse et par conséquent, qu'il n'existe pas de plan d'actions correspondant. La HAS peut dans ce cas décider d'ajouter la thématique « Prise en charge de la douleur » au périmètre de la visite.

## ▪ Mobilisation du Compte Qualité pendant la visite de certification

**Lors de l'audit de processus**, le Compte Qualité sert comme dispositif de dialogue entre le pilote de thématique et l'expert-visiteur et contribue ainsi à l'évaluation des étapes **P, C et A**.

Lors des investigations terrain, l'expert-visiteur apprécie l'effectivité des dispositifs de maîtrise en place et l'avancement des plans d'actions mentionnés dans le Compte Qualité. Ce qui permet de contribuer à l'évaluation de l'étape **D de l'audit de processus**.

La cohérence entre les informations du Compte Qualité et les résultats d'investigations menées peut faire l'objet d'une discussion avec les pilotes de thématiques.

### Exemple :

Dans le cas d'un indicateur IQSS sur le thème de la « prévention et la prise en charge des hémorragies du post-partum HPP » en classe C faisant l'objet d'un plan d'actions dans le Compte Qualité, les experts-visiteurs lors de l'investigation de la thématique « Prise en charge du patient en salle de naissance » peuvent interroger les professionnels sur leur connaissance de cet indicateur et des actions d'amélioration éventuelles mentionnées dans le Compte Qualité. L'effectivité de la mise en œuvre de ces actions est alors appréciée.

## ▪ Après la visite : lien entre le Compte Qualité et le rapport de certification

Un constat sur la place du Compte Qualité dans la démarche de l'établissement est restitué dans le rapport de certification.

## 7. Compte Qualité intermédiaire

Le Compte Qualité qui n'est pas immédiatement suivi d'une visite est dit « Compte Qualité intermédiaire ».

La procédure de certification prévoit qu'une **mise à jour du Compte Qualité de l'établissement soit envoyée à la HAS *a minima* tous les deux ans.**

**Le Compte Qualité garantit la continuité de la démarche de certification**, il est donc l'unique support de dialogue avec la HAS. Ce moment d'échange avec la HAS a pour but d'éviter l'« effet soufflé » qui pouvait jusque-là se produire entre deux visites de certification. Le Compte Qualité intermédiaire permet donc de rendre la démarche qualité et sécurité des soins plus pérenne et moins dépendante des visites de certification.

L'échéance du Compte Qualité ainsi que les thématiques à analyser obligatoirement, sont déterminées par la HAS.

- **Actualisation par l'établissement de santé de son Compte Qualité intermédiaire**

### Quelles sont les thématiques concernées ?



- Les thématiques du tronc commun identifiées par la HAS ;
- Une attention particulière est faite aux thématiques objets de recommandation d'amélioration ;
- L'établissement peut étendre son analyse à d'autres thématiques de la certification.

**Le Compte Qualité est actualisable en continu par l'établissement.** L'envoi par l'établissement d'un Compte Qualité intermédiaire permet d'assurer le suivi et l'actualisation des plans d'actions, et ainsi démontrer les améliorations réalisées depuis la dernière version transmise à la HAS.

Pour mettre à jour son Compte Qualité intermédiaire, l'établissement tient compte en particulier, du **précédent rapport de certification et des résultats des Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins nationaux, des évènements indésirables graves...**

- **Analyse par la HAS d'un Compte Qualité intermédiaire**

La HAS prend en compte plusieurs éléments lors de son analyse d'un Compte Qualité intermédiaire, et notamment :

- L'analyse et la prise en compte par l'établissement des sujets ayant donné lieu à une **recommandation d'amélioration** dans le précédent rapport de certification ;

- L'analyse et la prise en compte par l'établissement d'un **Indicateur Qualité et Sécurité des soins nationaux obligatoire et diffusé publiquement**, ayant obtenu récemment une classe C ou moins ;
- Les dispositifs de maîtrise, l'avancement du programme d'actions et les résultats des indicateurs ou évaluations en lien avec les principaux risques identifiés par l'établissement.

Toutes informations complémentaires à disposition de la HAS peuvent également contribuer à l'analyse du Compte Qualité intermédiaire.

Dans le cas où la HAS constate une situation à risque lors de l'analyse d'un Compte Qualité intermédiaire, une visite intermédiaire peut être décidée par la HAS.

## 8. Compte Qualité supplémentaire

Lorsqu'un établissement est certifié avec obligation(s) d'amélioration ou fait l'objet d'une décision de sursis à certification, il doit produire un compte qualité de suivi, dit « Compte Qualité supplémentaire » dans un délai de 12 mois maximum à compter de la notification de la décision de la HAS.

**Le Compte Qualité supplémentaire doit donc présenter les actions réalisées ou engagées permettant de maîtriser les risques mis en évidence par les écarts du rapport de certification, et démontrer l'efficacité de ces actions.**

### Dans le cas d'une certification de Niveau C

Le Compte Qualité supplémentaire porte sur les thématiques ayant fait l'objet d'obligations d'amélioration.

### Dans le cas d'un sursis à certification de Niveau D

Le Compte Qualité supplémentaire porte *a minima* sur la ou les thématique(s) faisant l'objet de réserve(s).



Dans tous les cas, l'établissement doit **mettre à jour les éléments de la thématique « Management de la qualité et des risques »** (même si elle n'a pas donné lieu à une obligation d'amélioration ou réserve), c'est-à-dire :

- Dans la rubrique « Pilotage de la démarche », qu'il décrive les décisions stratégiques prises suite au rapport,
- Dans la rubrique « Management opérationnel de la démarche », qu'il expose la façon dont il exploite les résultats de la visite dans le cadre de sa démarche qualité et gestion des risques,
- Dans la rubrique « Analyse et Plans d'actions », qu'il actualise ses plans d'actions au regard des décisions prononcées

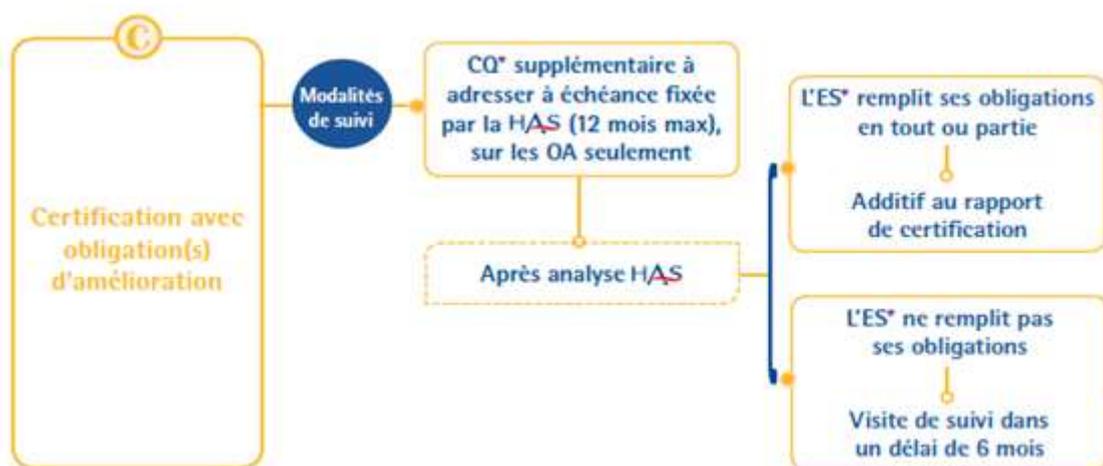
- **Actualisation par l'établissement de santé de son Compte Qualité suite à une décision de niveau C ou de niveau D**

**L'analyse du rapport de certification conduit l'établissement à actualiser son Compte Qualité.** Il peut alors au niveau de la thématique concernée :

- **Ajouter un risque** qui n'aurait pas été identifié dans le Compte Qualité transmis précédemment à la HAS ;
- **Revoir la hiérarchisation de ses risques** notamment en modifiant le niveau de maîtrise indiqué ;
- **Actualiser le dispositif de maîtrise** d'un risque déjà connu ;
- **Revoir son plan d'actions** (déclinaison des actions, révision des échéances ...) ;

- **Créer les indicateurs ou résultats d'évaluation** permettant d'aider l'établissement dans l'identification de ses risques et dans le suivi de ses actions ;
- **Présenter les nouveaux résultats des indicateurs ou d'évaluation** permettant de mesurer l'atteinte des objectifs.
- **Analyse du Compte Qualité supplémentaire par la HAS dans le cas d'une certification de niveau C**

Deux situations, décrites dans le schéma ci-dessous, peuvent se présenter à l'issue de l'analyse du Compte Qualité supplémentaire.



L'analyse du Compte Qualité supplémentaire réalisée par la HAS doit permettre d'apprécier la capacité de l'établissement à mettre en œuvre un programme d'actions efficient fondé sur une analyse de risques pertinente.

- **Lorsque l'analyse du Compte Qualité supplémentaire permet de lever ou transformer l'obligation d'amélioration, la HAS rédige un projet d'additif au rapport de certification (restituant les axes d'analyse) qui est envoyé à l'établissement (Cf Annexe 3).** La gestion de cet additif au rapport de certification est identique à tout type de rapport de certification.
- **Lorsque l'analyse du Compte Qualité supplémentaire met en lumière que les risques identifiés dans le rapport de certification n'ont pas fait l'objet d'action d'amélioration, une nouvelle visite de suivi est organisée par la HAS.**

Cette analyse est menée selon 3 axes et permet, le cas échéant, d'établir l'additif au rapport de certification.

### **1<sup>er</sup> axe - Identification et hiérarchisation des risques**

- Est-ce que l'établissement a pris en compte les principaux écarts à l'origine de la décision pour identifier de nouveaux risques? Pour mettre à jour la partie « Risques » de la thématique ? Pour actualiser le niveau de maîtrise des risques ?
- Concernant les risques mis en évidence au travers des principaux écarts du rapport de certification, l'établissement a-t-il analysé le contenu du rapport? (A-t-il identifié les causes à l'origine de l'écart et donc expliquer le choix des actions engagées ?)
- Les niveaux de maîtrise des risques sont-ils cohérents avec les dispositifs de maîtrise mentionnés ?

### **2<sup>ème</sup> axe - Cohérence et déploiement du programme d'actions**

- L'établissement a-t-il actualisé son plan d'actions au regard des risques identifiés et hiérarchisés ?
- Les actions présentées dans le plan d'actions sont-elles précises, pérennes et cohérentes au regard des principaux risques identifiés ?
- Où se trouve l'établissement dans le déploiement de ses actions ?
- Les échéances des actions en lien avec les principaux risques sont-elles définies et acceptables ?
- Concernant les actions définies en lien avec les principaux risques, l'établissement a-t-il indiqué au niveau de la partie « Modalités de suivi », un indicateur ou une modalité d'évaluation permettant d'évaluer le suivi de la mise en œuvre, la pertinence et l'efficacité de l'action ? Cette modalité d'évaluation est-elle présentée dans le Compte Qualité ?

### **3<sup>ème</sup> axe - Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions**

- L'établissement a-t-il actualisé la partie « Données » de son Compte Qualité au regard du rapport de certification ?
- Les résultats des indicateurs/évaluations démontrent-ils une amélioration sur les points principaux du rapport ?

La Haute Autorité de santé peut être amenée à prononcer une décision après analyse d'un Compte Qualité supplémentaire envoyé par les établissements certifiés avec obligations d'amélioration suite à visite initiale.

La décision est fondée sur l'appréciation de chaque axe d'analyse du Compte Qualité supplémentaire.

### PROCESSUS DECISIONNEL

#### Suite à l'analyse du Compte Qualité supplémentaire :

- **Levée de l'obligation d'amélioration**  
Les risques identifiés suite à l'analyse des écarts mis en évidence dans le rapport de certification, ont donné lieu à des actions d'amélioration dont une grande partie d'entre elles est finalisée. L'établissement présente des résultats d'évaluation démontrant une amélioration effective.
- **Transformation en recommandation d'amélioration**  
Les risques identifiés suite à l'analyse des écarts mis en évidence dans le rapport de certification, ont donné lieu à des actions d'amélioration dont une grande partie d'entre elles est finalisée. Cependant l'établissement ne présente pas de résultats d'évaluation démontrant, à ce stade, une amélioration effective.
- **Organisation d'une visite de suivi**  
Les risques identifiés suite à l'analyse des écarts mis en évidence dans le rapport de certification et mettant en jeu la sécurité du patient, n'ont pas donné lieu à des actions d'amélioration.

- **Analyse du Compte Qualité supplémentaire par la HAS dans le cas d'une décision de sursis à certification (niveau D)**



**Dans ce cas, une visite de suivi est systématiquement organisée et porte sur la ou les thématique(s) faisant l'objet de réserve.**

Les modalités d'analyse du Compte Qualité supplémentaire sont identiques à celles décrites précédemment et permettent de définir les objectifs de la visite par les experts-visiteurs.

## **9. Compte Qualité unique dans le cadre de groupements d'établissements de santé (A venir)**

*Partie en cours d'élaboration*

## 10. Retours d'expérience

Dans le cadre du déploiement de la V2014, la HAS propose aux établissements de santé un dispositif de retours d'expériences. Ce dispositif a pour objectif de favoriser la diffusion d'expériences pertinentes et utiles pour les professionnels.

- **Retour d'expériences sur les premiers Comptes Qualité en janvier 2016**
- **Favoriser une Amélioration en s'Inspirant de Réalisations d'Etablissements (FAIRE)**

## 11. Dispositifs d'accompagnement mis en place par la HAS

### ▪ Clubs régionaux utilisateurs Compte Qualité

La HAS a mis en place en avril 2016 de nouvelles modalités de rencontres avec les acteurs de terrain : "les clubs régionaux utilisateurs Compte Qualité". Ces clubs ont pour objectif de faciliter la compréhension des enjeux et objectifs du Compte Qualité, d'apporter un appui et des conseils pratiques, mais aussi de favoriser le partage et l'apprentissage au niveau régional entre professionnels.

Les établissements volontaires de la région concernée présentent leur expérience relative à l'élaboration de leur Compte Qualité en partageant avec les autres participants sur les facteurs de réussite et les difficultés rencontrées.

Les témoignages sont traduits au travers d'études de cas et de tables rondes. Ils font l'objet d'une diffusion sur le site de la HAS à la page « [Les retours d'expérience – Compte Qualité](#) ».

Retrouvez toutes les [prochaines dates de réunions](#).

Contact : [clubutilisateurcq\[at\]has-sante.fr](mailto:clubutilisateurcq[at]has-sante.fr)

### ▪ Site Internet HAS

Pour accompagner le déploiement de la V2014, la HAS a mis en ligne une nouvelle version des pages dédiées à la certification de son site Internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1495044](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044)

L'espace V2014 est structuré autour de deux blocs permettant d'accéder rapidement et aisément aux informations.

#### ✓ Mettre en œuvre la V2014

- Documents de référence : Manuel de certification, le Guide méthodologique.
- Documents de la procédure V2014 : Fiche interface, Compte Qualité, tableau dynamique des indicateurs...
- Accès à l'espace de certification SARA.

#### ✓ Piloter et animer sa démarche qualité et gestion des risques

- Espace thématique V2014 : retrouvez les publications HAS, Indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- Espace Compte Qualité, avec tous les retours d'expérience des établissements.

- **« Compte Qualité – Questions/Réponses »**

Les questions les plus fréquentes posées au sujet du Compte Qualité et les réponses apportées, sont publiées sur le site Internet de la HAS dans une [FAQ dédiée](#).

- **Manuels utilisateurs SARA/AssistanceSARA**

[Le manuel utilisateur - Compte Qualité](#) présente les fonctionnalités du Compte Qualité dans SARA.

Une cellule d'assistance permet de répondre aux questions des professionnels relevant de l'utilisation des fonctionnalités de SARA® :

[assistance.essara@has-sante.fr](mailto:assistance.essara@has-sante.fr)

## 12. Cas pratiques

**9 cas pratiques** d'analyse de thématiques, vous sont proposés. L'objectif est d'illustrer la méthodologie mise en place au travers du Compte Qualité.

**Les cas pratiques présentés ci-dessous concernent les thématiques suivantes :**

- Cas pratique ① – Parcours du patient – Prise en charge de la personne âgée
- Cas pratique ② – Parcours du patient en ambulatoire
- Cas pratique ③ – Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
- Cas pratique ④ – Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
- Cas pratique ⑤ – Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
- Cas pratique ⑥ – Management de la qualité et des risques
- Cas pratique ⑦ – Management stratégique, Gouvernance
- Cas pratique ⑧ – Qualité de vie au travail
- Cas pratique ⑨ – Actualisation de la thématique « Dossier du patient » suite au rapport de certification

**Ces cas pratiques ne présentent pas une analyse exhaustive d'une thématique et n'ont pas vocation à être considérés comme des exemples à suivre.** Il appartient bien entendu à chaque établissement de définir la méthode d'analyse qui s'adapte le mieux à son organisation.

Il n'est pas demandé à l'établissement d'analyser unitairement dans son Compte Qualité chaque donnée qu'il utilise dans la thématique, l'analyse peut se faire sur un ensemble de résultats et aboutir à la mise en évidence d'un risque.

Par ailleurs, certains risques ne sont pas associés dans un premier temps à des données.

## Cas pratique ① – Parcours du patient – Prise en charge de la personne âgée

### IDENTIFICATION ET HIERARCHISATION DES RISQUES

	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositifs de maîtrise	Niveau de maîtrise
R1	Rupture de continuité du parcours de santé des personnes âgées	4	3	12	Formalisation du projet de soins comprenant une évaluation initiale	3
R2	Absence de coordination de la prise en charge des patients âgés dans le cas d'un retour à domicile ou d'un transfert à l'issue d'une hospitalisation	4	3	12	Sensibilisation au sein des équipes Implication du patient et de son entourage Définition claire des rôles et des responsabilités de chaque acteur de la procédure de sortie	3
R3	Augmentation du taux de ré-hospitalisation précoce	1	3	3	Elaboration d'un guide relatif aux offres de soins de chaque structure d'aval dans le territoire régional de santé	4

### ANALYSE DES DONNEES AYANT PERMIS D'IDENTIFIER LES RISQUES

**Risques: « Rupture de continuité du parcours de santé des personnes âgées » & « Absence de coordination de la prise en charge des patients âgés dans le cas d'un retour à domicile ou transfert à l'issue d'une hospitalisation »**

Décisions de certification V2010			
N° critère	Libellé du critère	PEC	Niveau décision
19a	Prise en charge des personnes âgées		Recommandation
24a	Sortie du patient	SLD	Recommandation

Indicateur QSS nationaux - IPAQSS transversaux						
Date recueil	FINESS	THEME IPAQSS	Indicateur	Classe	Valeur	Intervalle de confiance
2014	00000000	DPA_MCO	DEC	C	68%	55%-76%

#### Analyse des résultats

Lors de la précédente procédure de certification, les experts-visiteurs ont souligné :

- l'absence de formalisation de projet de prise en charge spécifique pour les personnes âgées comprenant un repérage et une évaluation continue des besoins ;
- le manque de partage d'informations entre les différents professionnels afin d'assurer une continuité et une coordination de la prise en charge.

L'analyse de l'indicateur DEC montre 27 non conformités dont 15 courriers d'hospitalisation sans les éléments nécessaires à la coordination en aval.

**Risque: « Augmentation du taux de ré-hospitalisation précoce »**

## Autres résultats d'évaluation – Suivi du nombre de ré-hospitalisation précoce

Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000	Service A		2	

**Analyse des résultats**

Un EI portant sur le retour de 2 résidents dans un EPHAD sans évaluation de l'adéquation des possibilités de la structure avec les nouveaux besoins du patient a été identifié et analysé. Celui-ci a eu pour conséquence, la ré-hospitalisation immédiate

Malgré le caractère peu fréquent et un dispositif de maîtrise en place relativement satisfaisant, l'établissement souhaite porter une vigilance accrue sur ce risque étant donné l'importance du sujet.

**MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PLAN D' ACTIONS**

	Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Echéance	Modalité de suivi	Etat d'avancement
R1, R2, R3	Organiser les modalités de sortie, de coordination et de continuité des soins des patients âgés	<b>Mettre en place une EPP sur l'amélioration de la PEC de la sortie de la personne âgée</b>	Directeur des soins	11/2014	06/2015	Etape 4 en mai 2015	En cours
R1, R2	Organiser les modalités de sortie des patients âgés	<b>Elaboration de brochures d'information sur les différentes modalités de sortie</b>	Directeur des soins	09/2014	03/2015	Audit	En cours
R1, R2	Organiser les modalités de sortie, de coordination et de continuité des soins des patients âgés	<b>Actualisation de la procédure du projet de soins personnalisé</b>	Directeur des soins	11/2014	12/2014	Audit	En cours
R2	Organiser les modalités de sortie, de coordination et de continuité des soins des patients âgés	<b>Elaboration systématique d'un document de synthèse para-médical</b>	Directeur des soins	01/2015	06/2015	Audit	Non initialisé
R3	Structurer et organiser le parcours de soins des patients âgés en lien avec les structures d'aval	<b>Développer les contacts avec les structures d'aval en identifiant les personnes ressources</b>	Pdt de CME / Directeur des soins / Assistance sociale	01/2015	06/2015	Nombre de ré-hospitalisations précoces	Non initialisé

L'EPP est à ce stade définie comme un plan d'actions. Le programme EPP pourra être utilisé comme donnée d'évaluation à partir du moment où l'établissement pourra mesurer l'amélioration des pratiques, c'est-à-dire à l'étape 4.

## Cas pratique ② – Le parcours du patient en ambulatoire

### IDENTIFICATION ET HIERARCHISATION DES RISQUES

Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Niveau de maîtrise
Annulation ou déprogrammation à J0	3	4	12	Niveau 3
Repli en hospitalisation complète	3	2	6	Niveau 3
Ré-admission en urgence	1	5	5	Niveau 2

### ANALYSE DES DONNEES AYANT PERMIS D'IDENTIFIER LES RISQUES

**Risque: « Annulation ou déprogrammation à J0 »**

Autres résultats d'évaluation – Taux de réadmission					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
09/2016				2,5 %	

Autres résultats d'évaluation – Taux d'annulation à J0					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
09/2016				5%	

**Analyse des résultats**  
 Les données mettent en évidence un taux d'annulation ou de déprogrammation le jour de l'intervention trop élevé. Une analyse des causes a démontré que ces résultats sont liés à :

- Un non respect de la préparation préopératoire des patients
- Un manque d'adaptation des vacations à l'activité ambulatoire

Les actions prévues:

- Revoir l'organisation, le contenu et les modalités de l'appel de la veille
- Mettre en place des indicateurs de suivi de l'activité ambulatoire par journée et par créneaux horaires afin que l'ensemble des chirurgiens dispose d'une vision d'ensemble des flux de patients

▪ **MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PLAN D' ACTIONS**

**Risque: « Annulation ou déprogrammation à J0 »**

Objectif	Actions d'amélioration	Modalités de suivi	Etat d'avancement
Lisser les flux de patients sur les jours et les heures	Elaborer un outil permettant de visualiser les flux de patients		En cours
	Définir avec les anesthésistes et les chirurgiens les gestes qui peuvent être pris en charge en ambulatoire en ½ journée	Taux d'annulation	Finalisé
	Déterminer les temps prévisionnels d'hospitalisation	Taux d'annulation	Finalisé
S'assurer de la bonne préparation du patient à domicile	Evaluer le temps moyen de l'appel	Taux d'appel à J-1	En cours
	Revoir l'organisation du service de chirurgie ambulatoire afin de permettre cet appel	Nb d'EI Taux d'appel à J-1	En cours

## Cas pratique ③ - Management de la prise en charge du patient en salle de naissance

### IDENTIFICATION ET HIERARCHISATION DES RISQUES

	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositifs de maîtrise	Niveau de maîtrise
R1	Absence de traçabilité relative à la surveillance minimale en salle de naissance	4	4	16	Protocoles mis à disposition	4

### ANALYSE DES DONNEES AYANT PERMIS D'IDENTIFIER LES RISQUES

*Risque: « Absence de traçabilité relative à la surveillance minimale en salle de naissance »*

Indicateur QSS nationaux - IPAQSS de spécialité						
Date recueil	FINESS	THEME IPAQSS	Indicateur	Classe	Valeur	Intervalle de confiance
2013	000000000	HPP_MCO	DEL1	A	92	82-97
2013	000000000	HPP_MCO	DIAG	Pas d'objectif national de performance	81	64-93
2013	000000000	HPP_MCO	GEST	Pas d'objectif national de performance	87	69-96
2013	000000000	HPP_MCO	SURMIN	C	47	34-60

Indicateur QSS nationaux - Sélection de critères extraits des indicateurs					
Date recueil	FINESS	THEME IPAQSS	Libellé du critère	Indicateur	Valeur
2011	000000000	DPA_MCO	Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable) (Critère 5)	TDP	100

#### Analyse des résultats

L'analyse de l'indicateur SURMIN montre que le pouls, la TA, l'évaluation de la qualité du globe utérin sont évalués et tracés au moins à 2 reprises dans les 2 heures suivant l'accouchement. En revanche, l'évaluation des pertes sanguines n'est pas tracée systématiquement: elle est manquante dans 10 dossiers. La traçabilité de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance n'est pas mentionnée dans 12 dossiers. Ce défaut de surveillance fait courir un risque aux patientes.

▪ **MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PLAN D' ACTIONS**

**Risque: « Absence de traçabilité relative à la surveillance minimale en salle de naissance »**

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Echéance	Modalité de suivi	Etat d'avancement
Garantir la traçabilité de l'évaluation des pertes sanguines et l'examen médical de sortie de la SN	Information auprès de la CME	Chef de service obstétrique	10/2014	10/2014	Recueil hors protocole de l'indicateur	Finalisée
Garantir la traçabilité de l'évaluation des pertes sanguines et l'examen médical de sortie de la SN	Sensibilisation de l'ensemble des sages femmes	Chef de service obstétrique	10/2014	10/2014	Recueil hors protocole de l'indicateur	Finalisée
Garantir la traçabilité de l'évaluation des pertes sanguines et l'examen médical de sortie de la SN	Note de service rappelant l'importance du respect du protocole	Cadre Sage femme	10/2014	10/2014	Recueil hors protocole de l'indicateur	Finalisée

## Cas pratique ④ - Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

L'établissement a réalisé son analyse de risques selon **3 axes** :

- Risques interventionnels,
- Risques liés aux fonctions support,
- Risques liés au management du bloc opératoire.

### ▪ IDENTIFICATION ET HIERARCHISATION DES RISQUES

#### Risques interventionnels

	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositifs de maîtrise	Niveau de maîtrise
<b>R1</b>	Erreur d'identification: patient, côté à opérer, prélèvements	1	5	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Check-list (HAS) Traçabilité</li> <li>• Fiche de liaison service/bloc</li> </ul>	2
<b>R2</b>	Manque de continuité dans la prise en charge médicamenteuse post-interventionnelle du patient	2	4	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation des MAR et IADE au bon remplissage des items de la feuille d'anesthésie papier</li> <li>• Déploiement du dossier informatique d'anesthésie en cours</li> </ul>	3
<b>R3</b>	Manque de vérification du jeûne chez l'enfant ou l'adulte	1	5	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication orale entre le service d'hospitalisation et le bloc</li> <li>• Vérification du jeûne avec le patient</li> <li>• Visite pré-anesthésique</li> </ul>	1

### Risques liés aux fonctions support

	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositifs de maitrise	Niveau de maitrise
R1	Risque infectieux lié au bio nettoyage	3	5	15	Protocoles d'hygiène conformes aux recommandations ICALISO satisfaisant Suivi des prélèvements bactériologiques	1
R2	Exposition aux rayonnements ionisants pour les professionnels	3	5	15	Formation obligatoire des professionnels - Dotation en dosimètres passifs et actifs - Equipements de protection disponibles et surveillés - Etudes de postes finalisées	1
R3	Non conformité des produits de santé (absence DMI/DMS, absence ou défaut de boîtes d'instruments et d'implants, DMI non stériles)	4	3	12	Vérification des stocks/réserves + Préparation du matériel à J-1 + Vérification lors du staff de programmation Préparation et contrôle à J-1 Procédure dégradée (reconstitution d'une boîte en urgence à partir des boîtes en stock) DMI non stériles : Vérification de la présence des implants lors du staff de programmation et en pré opératoire	4

### Risques liés au management du bloc opératoire

	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositifs de maitrise	Niveau de maitrise
R1	Rupture ou retard dans la prise en charge post-interventionnelle du patient	3	5	15	Procédure définissant les interfaces avec le service de réanimation	3
R2	Sous-déclaration des événements indésirables par les professionnels du bloc opératoire	4	4	16	Cellule de QGDR interne au bloc Participation multi professionnelle aux Crex - RMM Logiciel de déclaration Procédure	3
R3	Non respect de la programmation opératoire	2	4	8	Charte de bloc	2
R4	Défaut de gestion documentaire (procédures, modes opératoires, protocoles de soins non actualisés ou non formalisés)	4	2	8	Révision en fonction des besoins et non systématique à ce jour	4

▪ **ANALYSE DES DONNEES AYANT PERMIS D'IDENTIFIER LES RISQUES**

**Risque: « Erreur d'identification: patient, côté à opérer, prélèvements »**

Décisions de certification V2010					
N° critère	Libellé du critère		PEC	Niveau décision	
26a	Organisation du bloc opératoire			Recommandation	
Autres Résultats d'évaluation– Taux d'exhaustivité du renseignement de la Check List					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
01/2015	000000000			75%	
06/2015	000000000			82%	

**Analyse des résultats**

Le rapport de certification V2010 mettait en évidence une utilisation hétérogène de la Check List. Les résultats de l'indicateur mis en place à l'issue de la visite de certification démontre une amélioration dans le renseignement de la CL . Cependant, l'analyse des résultats fait apparaître un manque d'appropriation dans le bloc XX.

**Risque: « Manque de continuité dans la prise en charge médicamenteuse post-interventionnelle du patient »**

Indicateur QSS nationaux - IPAQSS transversaux						
Date recueil	FINESS	THEME IPAQSS	Indicateur	Classe	Valeur	Intervalle de confiance
2011	000000000	DAN_MCO	TDA	C	47	44-50
2014	000000000	DAN_MCO	TDA	B	82	78-86

**Analyse des résultats**

Le résultat de l'indicateur DAN montre une évolution positive lié à la campagne de sensibilisation et au déploiement progressif d'un nouveau support informatisé du dossier d'anesthésie. Afin d'améliorer la qualité du nouveau dossier d'anesthésie, il reste à accompagner l'ensemble des professionnels concernés dans l'utilisation de ce nouvel outil.

**Risque: « Rupture ou retard dans la prise en charge post-interventionnelle du patient »**

Autres Résultats d'évaluation– Taux de patients non pris en charge dans les délais en réanimation					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
01/2015	000000000			40%	
04/2015	000000000			36%	

**Analyse des résultats**

Les résultats de l'indicateur indiquent que le délai de prise en charge post-interventionnel en secteur de réanimation n'est pas adapté. L'analyse montre :

- un défaut d'identification des patients nécessitant une prise en charge en réanimation
- un manque de coordination entre le bloc opératoire et le secteur de réanimation

▪ **MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PLAN D' ACTIONS**

**Risques interventionnels**

**«R1- Erreur d'identification » & «R2 - Manque de continuité dans la prise en charge médicamenteuse post-interventionnelle du patient »**

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Echéance	Modalité de suivi	Etat d'avancement
R1	Garantir l'exhaustivité du remplissage de la CL	IBODE Référente Qualité	Mars 2015	Septembre 2015	Taux d'exhaustivité du renseignement de la Check List	En cours
R2	Assurer une traçabilité de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses post-interventionnelles	Responsable SI	Mars 2014	Mars2016	Taux de déploiement de l'outil "Dossier anesthésie"	En cours
R2	Assurer une traçabilité de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses post-interventionnelles	Responsable Formation	Mars 2014	Mars2016	Taux de professionnels formés	En cours

**Risques liés aux fonctions support**

**« R3- Non conformité des produits de santé »**

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Echéance	Modalité de suivi	Etat d'avancement	
R3	Sécuriser la disponibilité de l'instrumentation	Mise en place d'un dispositif de vérification et de suivi de l'instrumentation (Achat logiciel, achat de DMI stérile, MO sur DMI et sur DMS pour contrôle péremptions)	Responsable soignant de pôle Chef de pôle Responsable stérilisation	Mars 2015	Décembre 2015	Taux d'absence ou défaut de boîtes d'instruments par rapport au taux de report de prise en charge  Taux des EI liés au nombre d'implants non stériles présents	En cours

**Risques liés au management du bloc opératoire**

**«R1 - Rupture ou retard dans la prise en charge post-interventionnelle du patient » & « R2 - Sous-déclaration des évènements indésirables »**

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Echéance	Modalité de suivi	Etat d'avancement	
R1	Garantir la continuité du parcours du patient	Mise en place d'une cellule de régulation	Responsable de bloc	Septembre 2015	Mars 2016	Délai de prise en charge en réanimation	En cours
R1	Améliorer la traçabilité des informations relatives aux modalités de prise en charge post-interventionnelle	Actualiser la procédure de programmation du bloc opératoire en intégrant la traçabilité de PEC en réanimation	Responsable de bloc	Octobre 2015	Novembre 2015	Nombre de patients dont la PEC d'aval est identifiée	En cours
R1	Garantir la continuité du parcours du patient	Développer une EPP impliquant les professionnels du bloc opératoire et de la réanimation	Responsable bloc/réa.	Janvier 2016	Juin 2016		Non initié
R2	Favoriser le retour d'expérience en équipe	Amélioration du dispositif de gestion des évènements indésirables (déclaration et REX inter-services)	Référents gestion des risques (Blocs et Anesthésie Réanimation)	Mars 2015	Décembre 2015	Nombre de REX réalisés / Nombre d'EI liés aux soins	En cours

## Cas pratique ⑤ - Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

### IDENTIFICATION ET HIERARCHISATION DES RISQUES

Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositifs de maîtrise	Niveau de maîtrise
Erreur de prescription	2	5	10	Outils d'aide à la prescription mis à disposition des professionnels dans certains secteurs: livret thérapeutique	3
Manque d'information sur les prescriptions délivrées en temps réel au patient dans le service de chirurgie B	3	4	12	Formalisation des règles d'administration	3

### ANALYSE DES DONNEES AYANT PERMIS D'IDENTIFIER LES RISQUES

#### Risque: « Erreur de prescription »

Indicateur QSS nationaux - Sélection de critères extraits des indicateurs					
Date recueil	FINESSE	THEME IPAQSS	Libellé du critère	Indicateur	Valeur
2011	000000000	DPA_MCO	Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) (Critère 3)	TDP	68%

#### Analyse des résultats

L'analyse des dossiers évalués dans le cadre du recueil de l'indicateur TDP comportant ce critère, démontre que la prescription médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation ne comporte pas la dénomination en toutes lettres des médicaments ou la formule détaillée pour les préparations magistrales, d'où le risque d'une erreur de prescription.

#### Risque: « Manque d'information sur les prescriptions délivrées en temps réel au patient dans le service de chirurgie B »

Décisions de certification V2010			
N° critère	Libellé du critère	PEC	Niveau décision
20a bis	Prise en charge médicamenteuse du patient	MCO	Recommandation

#### Analyse des résultats

La traçabilité de l'administration en chirurgie B est réalisée au moment de la préparation des piluliers et non au moment de l'administration et ceci malgré la mise à disposition d'un support unique de prescription et d'administration et du protocole définissant les règles d'administration. Un manque d'appropriation par les professionnels est mis en évidence.

▪ **MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PLAN D' ACTIONS**

**Risque: « Erreur de prescription »**

	Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Echéance	Modalité de suivi	Etat d'avancement
<b>R1</b>	Garantir la dénomination conforme des prescriptions	Mettre en place le livret thérapeutique dans tous les secteurs	Dr. X Membre COMEDIM	10/2014	01/2015	Recueil de l'indicateur DPA « rédaction des prescriptions » hors protocole	En cours
<b>R1</b>	Garantir la dénomination conforme des prescriptions	Sensibilisation des praticiens de médecine A	Dr. Chef de pôle	12/2014	01/2015	100% des praticiens de médecine A sensibilisés	En cours

**Risque: « Manque d'information sur les prescriptions délivrées en temps réel au patient dans le service de chirurgie B »**

	Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Echéance	Modalité de suivi	Etat d'avancement
<b>R2</b>	Garantir la traçabilité de l'administration en temps réel en Chirurgie B	Formation et sensibilisation des professionnels	Mme Z. Cadre de santé	10/2014	11/2014	Audit sur la traçabilité de l'administration en chirurgie B	Finalisé

Pour suivre son plan d'action, l'établissement a choisi de réaliser un audit. Celui-ci peut donc être ajouté comme un résultat d'évaluation au niveau des données associées à cette thématique afin de suivre l'efficacité du plan d'action.

Autres résultats d'évaluation – Audit sur la traçabilité de la prescription					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000	Chirurgie B		98%	Conformité des prescriptions

## Cas pratique ⑥ - Management de la qualité et des risques

Dans cette thématique, il est uniquement demandé de décrire les plans d'actions. Il n'est pas demandé à l'établissement d'identifier les risques. Ce choix fait suite à l'expérimentation réalisée par la HAS en 2013. Les établissements testeurs ayant considéré que la description de risques à ce niveau était redondante avec les risques identifiés dans les autres thématiques.

L'établissement a identifié dans cette thématique **plusieurs axes de travail** :

- Renforcer la **gestion des risques**,
- Impliquer les professionnels dans le **suivi des indicateurs**,
- Développer la **démarche EPP**.
- **ANALYSE DES DONNEES AYANT PERMIS D'IDENTIFIER LES RISQUES**

### Axe de travail: Renforcer la gestion des risques

Décisions de certification V2010			
N° critère	Libellé du critère	PEC	Niveau décision
8a	Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins		Recommandation
8d	Evaluations des risques à priori		Recommandation

Autres Indicateurs – Traitement des EI					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
06/2014	000000000			45%	%d'EI ayant donné lieu à une analyse

Autres Indicateurs – Déploiement de la gestion informatisée des EI					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000	Tous les services		20%	

### Analyse des résultats

Lors de la précédente procédure de certification, les experts-visiteurs ont souligné les points suivants :

- le recensement des risques à priori, avec identification des actions contribuant à la réduction des risques potentiels, est réalisé pour certains secteurs d'activité mais cette démarche n'est pas mise en œuvre dans tous les secteurs
- le manque de coordination dans la mise en œuvre des actions d'amélioration

Suite à cette décision, un référent qualité a été désigné dans chacun des pôles et participe au sein de la cellule qualité au suivi des actions définies dans le compte qualité. L'établissement poursuit le déploiement des démarches d'analyse des risques à priori et notamment la formation des professionnels.

Concernant le traitement des EI, l'informatisation de leur traitement est en cours et devrait être opérationnel dans l'ensemble des services en 2016.

**Axe de travail: Développement des indicateurs**

Autres Indicateurs – HN Tableau de bord de pilotage D5.2					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000			5	

Autres Indicateurs – HN Tableau de bord de pilotage D3.2					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000			5	

Autres Résultats d'évaluation– Nombre de secteurs d'activités ayant un TBB					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2013	000000000	Tous les services		40%	
12/2014	000000000	Tous les services		65%	

**Analyse des résultats**

Afin de permettre à la direction et aux différents responsables des secteurs d'activité de suivre les actions mises en œuvre, des bilans d'activité doivent être réalisés. Actuellement, 65% des secteurs d'activité disposent d'un tableau de bord.

**Axe de travail: Développer les démarches EPP**

Autres Résultats d'évaluation– Nombre d'EPP Pertinences des soins					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000	Tous les services		6	

Autres Résultats d'évaluation– Pourcentage de services ayant réalisé au moins une EPP					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000	Tous les services		60%	Les services A et B n'ont pas réalisé d'EPP

**Analyse des résultats**

Des analyses de la pertinence des soins notamment sur la pertinence des prescriptions d'antibiotiques et d'examen complémentaires, sont réalisées dans 60 % des secteurs d'activité. La durée de séjour relative à la prise en charge en « service A » est supérieure à la moyenne nationale ce qui nécessite la mise en place d'une EPP spécifique sur la pertinence des durées de séjour.

▪ **MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PLAN D' ACTIONS**

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Echéance	Modalité de suivi	Etat d'avancement
<b>Renforcer la gestion des risques</b>	Développer la démarche d'analyse des risques a priori dans les secteurs d'activités	Directeur qualité	10/2012	12/2014	Taux des professionnels formés à l'analyse des risques	En cours
<b>Renforcer la gestion des risques</b>	Poursuivre l'informatisation de la gestion des événements indésirables	Directeur qualité / DSI	01/2014	01/2016	Taux d'informatisation des services	En cours
<b>Développer le suivi des indicateurs personnalisés par secteur d'activité</b>	Définir et suivre des indicateurs spécifiques en termes de qualité et gestion des risques dans chaque secteur d'activité	Directeur qualité	01/2014	01/2015	% de secteurs d'activité ayant un TBB qualité et <u>GdR</u> Suivi des indicateurs HN	En cours
<b>Impliquer les professionnels dans le suivi des indicateurs</b>	Former les professionnels au suivi des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins	Directeur qualité	06/2014	06/2015	Taux de professionnels	En cours
<b>Développer les démarches EPP</b>	Développer les EPP en termes de pertinence des soins	Sous commission EPP	06/2014	12/2015	Taux de services ayant réalisé une EPP Nombre d'EPP	En cours

## Cas pratique ⑦ - Management stratégique et gouvernance

Nous présentons le cas d'un établissement devant fusionner avec un autre établissement dans le cadre de la réorganisation de l'offre de soins dans le territoire de santé. Les deux établissements trouvent un intérêt dans la nouvelle organisation des soins. L'établissement A voit son avenir assuré à moyen terme compte tenu de ses difficultés financières, et l'établissement B, limité jusqu'ici par la contrainte immobilière, utilise le nouveau site réunissant les 2 structures pour accroître son activité.

La gouvernance utilise le Compte Qualité pour rendre lisible les priorités retenues et mobiliser l'ensemble des professionnels concernés.

### ▪ IDENTIFICATION ET HIERARCHISATION DES RISQUES

	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositifs de maîtrise	Niveau de maîtrise
R1	Absence de « fait générateur » justifiant la fusion auprès des parties prenantes	1	3	3	Orientations stratégiques dans le cadre du SROS élaborées en concertation avec les parties prenantes	1
R2	Manque d'adhésion des personnels médicaux et paramédicaux	4	3	12	Réunions d'information du personnel	3
R3	Difficultés financières liées à la construction d'un nouveau bâtiment et achat d'équipement	3	4	12	Stratégie financière définie Définition d'objectifs prenant en compte les engagements du CPOM	3

### ▪ ANALYSE DES DONNEES AYANT PERMIS D'IDENTIFIER LES RISQUES

Aucune donnée n'est présentée dans le compte qualité mais des risques sont identifiés inhérents à toute situation de fusion.

▪ **MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PLAN D' ACTIONS**

	Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Echéance	Modalité de suivi	Etat d'avancement
<b>R2</b>	Améliorer la communication sur les objectifs de la fusion	Elaborer un journal interne présentant un point d'avancement régulier sur le projet	Directeur/ Pdt CME	12/2014	01/2017	Enquête auprès des professionnels	En cours
<b>R2</b>	Améliorer la communication sur les objectifs de la fusion	Réaliser des réunions, forums, séminaires, journées dédiées	Directeur/ Pdt CME	12/2014	01/2017	Enquête auprès des professionnels	En cours
<b>R3</b>	Maitrise de la gestion budgétaire	Suivi infra annuels des objectifs prévisionnels financiers	Directeur/ Pdt CME	12/2014	01/2017	Tableaux de pilotage	En cours

## Cas pratique ⑧ - Qualité de vie au travail

### IDENTIFICATION ET HIERARCHISATION DES RISQUES

	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositifs de maîtrise	Niveau de maîtrise
R1	Déficit de management <i>(clarté des objectifs et niveau de responsabilité, soutien hiérarchique, disponibilité/écoute, ...)</i>	3	4	12	• Entretien annuel d'évaluation	5
R2	Violence physique envers le personnel	4	5	20	• Formation à la gestion de l'agressivité du personnel soignant et administratif • Prise en charge psychiatrique : psychiatrie de secteur, convention psycho-gériatrie • Recueil des actes de violence par le biais de l'analyse des accidents de travail • Possibilité d'accompagnement des agents concernés par un psychologue	3
R3	Glissement de tâches	2	5	10	• Encadrement de proximité dans les secteurs administratifs, logistiques et soignants • Plannings prévisionnels • Profils de poste services de soins • Actions d'information sur les rôles et responsabilité IDE/AS Formation professionnelle	3
R4	Déficit de compétence suite à l'évolution du poste (générateur de stress au travail)	2	2	4	• 2 ETP dédiés à la gestion de la formation (R.H et DSI) • Suivi annuel de ses effets (entretien individuel) • Revue annuelle de potentiels avec l'ensemble du comité de Direction. • Cartographie des compétences dans certains services ciblés	2

### ANALYSE DES DONNEES AYANT PERMIS D'IDENTIFIER LES RISQUES

#### Risque: « Déficit de management »

Autres Résultats d'évaluation – Ruptures de contrats					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000			60	

Autres Résultats d'évaluation – Absentéisme (toute catégorie professionnelle confondue)					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000			4,37%	

#### Analyse des résultats

Les indicateurs (absentéisme, enquête de satisfaction CLARTE), les échanges avec le médecin du travail, l'expression des instances, montre une nécessité de porter une attention particulière au conditions de travail et de mettre en place des actions améliorant la qualité de vie au travail. Ces actions nécessitent la construction d'indicateurs de mesure.

▪ **MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PLAN D' ACTIONS**

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Echéance	Modalité de suivi	Etat d'avancement
<b>R1</b> Soutien du management dans l'exercice de ses fonctions	Séminaire de cohésion : cadres et formation des managers	DRH	Septembre 2015	Décembre 2016		Non initié
<b>R2</b> Limiter les actes de violence physique et leurs conséquences	Communiquer autour de la charte de coopération avec la gendarmerie	Encadrement de proximité	Septembre 2015	Mars 2016	Taux de participation aux informations	En cours
<b>R2</b> Limiter les actes de violence physique et leurs conséquences	Formaliser une conduite à tenir en cas d'agressivité	Direction Personnel médical	Juin 2015	Mars 2016	Taux d'actes de violence physique envers le personnel	En cours
<b>R3</b> Délimiter les responsabilités liées à la fonction	Diffusion et présentation des profils de poste	Responsables des secteurs concernés	Octobre 2016	Avril 2017	Taux de profils de poste	Non initié
<b>R3</b> Délimiter les responsabilités liées à la fonction	Actions de formation sur la responsabilité professionnelle	Responsables des secteurs concernés	Octobre 2016	Avril 2017		Non initié
<b>R4</b> Accompagner l'évolution des postes	Renforcer le lien entre le plan de formation et les objectifs des services	Chargé de formation	Août 2015	Janvier 2016	Suivi par développement RH	En cours

## Cas pratique ⑨ - Actualisation de la thématique « Dossier du patient » suite au rapport de certification

Dans le rapport de certification de l'établissement, il est indiqué plusieurs éléments mettant en évidence :

- un manque de définition d'une politique du dossier patient fondée sur une analyse des risques et intégrant la **coexistence d'éléments papier et d'éléments informatisés** (déploiement du DPI en cours) ;
- un **manque d'accompagnement des professionnels** dans cette phase de transition (coexistence d'un dossier papier et d'un DPI) ;
- des situations entraînant une **rupture dans la continuité des soins** faute de traçabilité d'un certain nombre d'informations ou d'inaccessibilité aux informations en temps utile ;
- un **manque de structuration du dispositif d'évaluation**.

Par rapport à son précédent compte qualité et suite à l'analyse du rapport de certification, l'établissement a revu l'identification et la hiérarchisation de ses risques, son plan d'actions et renforcer l'évaluation de son dispositif.

### ■ IDENTIFICATION ET HIERARCHISATION DES RISQUES

Par rapport à son précédent Compte Qualité, l'établissement a ajouté le risque « échec de déploiement du DPI » et complété ses dispositifs de maîtrise.

	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositifs de maîtrise	Niveau de maîtrise
R1	Rupture dans la continuité de la prise en charge du patient	3	5	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiement du DPI</li> <li>• Guides de tenue des différents sous-dossiers</li> <li>• Fiche technique diffusée présentant la saisie des données</li> <li>• Fiche de liaison service/bloc</li> </ul>	3
R2	Inaccessibilité du dossier en temps utile par le patient	2	4	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• procédure définie de communication du DPA au patient ou personnes autorisées</li> <li>• indicateurs de suivi</li> <li>• identification d'une référente</li> </ul>	2
R3	Détérioration/perte du dossier	2	4	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet architectural en cours</li> <li>• Identification d'un professionnel dédié à l'archivage</li> <li>• Procédure définissant les règles d'archivage et d'accès aux archives rédigée et diffusée</li> </ul>	2
R4	Echec de déploiement du DPI	2	5	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chefs de projet DPI identifiés au niveau de l'établissement</li> <li>• Planning de déploiement du DPI validé par les instances</li> <li>• Communication du planning de déploiement via l'intranet</li> </ul>	3

▪ **ANALYSE DES DONNEES AYANT PERMIS D'IDENTIFIER LES RISQUES**

L'établissement a analysé les causes à l'origine des principaux écarts mis en évidence dans le rapport de certification et expliqué le choix des actions d'amélioration retenues.

**Risque: « Rupture dans la continuité de la prise en charge du patient »**

Décisions de certification V2014					
Libellé thématique			Niveau décision		
Dossier patient			Obligation d'amélioration		

Autres Indicateurs - 02.4 Taux de séjours pour lesquels le DPI a été mis à jour et contient le CR d'hospitalisation					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
11/2016	000000000			60	

Autres Indicateurs - 02.3 Taux de services pour lesquels le DPI intègre les CR (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'examen d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
11/2016	000000000			45	

**Analyse des résultats**

Le rapport V2014 pointe un certain nombre de dysfonctionnements mettant en jeu la continuité de la PEC du patient (manque de traçabilité d'un certain nombre d'informations ou traçabilité des informations non réalisées dans les délais utiles). Ceci est dû en particulier à la coexistence d'un dossier papier et d'un DPI dans la période de déploiement du DPI. Le déploiement du DPI étant récent, il faut poursuivre la formation des professionnels et évaluer l'impact de la formation sur leurs pratiques. De plus, les procédures de gestion du patient sont à compléter en formalisant les règles de confidentialité, d'archivage ainsi que le dispositif d'évaluation. L'ensemble des procédures relatives à la gestion du dossier sera mis en ligne dans le logiciel de gestion documentaire afin de les diffuser à l'ensemble des professionnels.

Un certain nombre d'évaluations de la qualité du dossier a été réalisé depuis la visite de certification (recueil IQSS TDP hors protocole, EPP) et démontre une réelle amélioration de la tenue de celui-ci.

**Risque: « Echec de déploiement du DPI »**

Décisions de certification V2014					
Libellé thématique			Niveau décision		
Dossier patient			Obligation d'amélioration		

Autres résultats d'évaluation - Avancement du déploiement du DPI					
Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
01/2015	000000000			60%	
09/2015	000000000			80%	

**Analyse des résultats**

Au moment de la visite de certification, le déploiement du dossier patient informatisé était en cours. Un certain nombre d'écarts mentionnés dans le RAC est lié au manque de structuration et d'accompagnement du projet de déploiement d'un DPI. Depuis la visite, l'analyse des risques a été revue et intègre désormais les risques en lien avec la mise en œuvre du DPI et notamment la cohabitation d'un dossier patient papier et d'un DPI. Cette ré-évaluation de nos risques nous a permis de définir une politique du dossier patient intégrant la stratégie en termes de communication. Afin de suivre le projet de déploiement du DPI, nous avons créé de nouveaux indicateurs nous permettant de suivre à la fois l'avancement de l'informatisation des services, le respect du planning prévisionnel, et de mesurer l'appropriation par les professionnels de ce nouvel outil.

L'analyse des résultats de ces indicateurs montre que:

- l'informatisation des services est réalisée totalement sur le site A et se poursuit sur le site B
- un retard sur le planning de déploiement lié notamment au fait que les personnes dédiées au pilotage de ce projet n'avaient pas de temps dédié à ce projet.
- concernant le site A, l'ensemble des professionnels a été formé à l'utilisation du DPI. La formation est en cours sur le site B

Une évaluation de la formation au DPI est prévue à l'issue du déploiement.

Désormais les EI en lien avec le DPI sont recueillis au niveau du service qualité, analysés et un point est fait sur les actions engagées au niveau de chaque service.

▪ **MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PLAN D' ACTIONS**

Sur les principaux risques identifiés suite à l'analyse des écarts mis en évidence dans le rapport de certification, l'établissement a revu son plan d'actions.

**R1 - « Rupture dans la continuité de la prise en charge du patient »**

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Echéance	Modalité de suivi	Etat d'avancement
R1 Finaliser le déploiement du DPI dans les délais prévus	Mettre en place le DPI dans les services de MCO et de SSR sur le site B	COPIL DPA	Janvier 2015	Septembre 2016	Avancement du déploiement du DPI	En cours
R1 Améliorer la tenue du dossier patient	Poursuivre les formations à l'utilisation du DPI	COPIL DPA	Janvier 2015	Décembre 2016	Taux de professionnels formés au DPI	En cours
R1 Améliorer la tenue du dossier patient	Formation des équipes de soins à la saisie au plus près du temps réel	Direction des soins	Novembre 2015	Décembre 2015	Nb de professionnels formés Audit interne Tenue du dossier patient	Finalisé
R1 Evaluer la tenue du dossier patient	Mettre en place un audit de la qualité de la tenue du dossier patient	Equipe Qualité	Septembre 2016	Décembre 2016	Audit interne Tenue du dossier patient Recueil IQSS	Non initié

**R4 - « Echec du déploiement du DPI »**

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Echéance	Modalité de suivi	Etat d'avancement
R4 Améliorer la tenue du dossier patient	Rédiger les procédures de gestion du DPI	COPIL DPA	Novembre 2015	Décembre 2015		Finalisé
R4 Sécuriser la démarche d'informatisation engagée	Définir les objectifs en termes de Dossier patient en s'appuyant sur les risques identifiés	COPIL DPA	Septembre 2015	Octobre 2015	Avancement du déploiement du DPI Taux de professionnels formés Indicateurs TDP	Finalisé
R4 Sécuriser la démarche d'informatisation engagée	Formaliser et valider une politique du dossier patient	COPIL DPA	Septembre 2015	Janvier 2016		Finalisé
R4 Finaliser le déploiement du DPI dans les délais	Réactualiser les fiches de mission des référents projet afin d'y inclure le temps alloué au projet	COPIL DPA	Septembre 2015	Octobre 2015		Finalisé
R4 Finaliser le déploiement du DPI dans les délais	Renforcer la chefferie de projet en charge du DPI jusqu'à la finalisation du déploiement	Direction, CME	Septembre 2015	Janvier 2017	Avancement du déploiement du DPI	En cours
R4 Evaluer la tenue du dossier patient	Mettre en place un audit de la qualité de la tenue du dossier patient	Equipe Qualité	Septembre 2016	Décembre 2016	Audit interne Tenue du dossier patient Recueil IQSS	Non initié

## Annexe 1. Échelles de Fréquence et de Gravité - Échelle de niveau de maîtrise

L'approche développée dans le Compte Qualité repose sur l'identification et la hiérarchisation des risques. Pour disposer d'un langage commun, la HAS a choisi de mesurer le risque en fonction de sa criticité brute et de son niveau de maîtrise.

**Il est proposé des échelles de fréquence, gravité et niveau de maîtrise à 5 niveaux.**

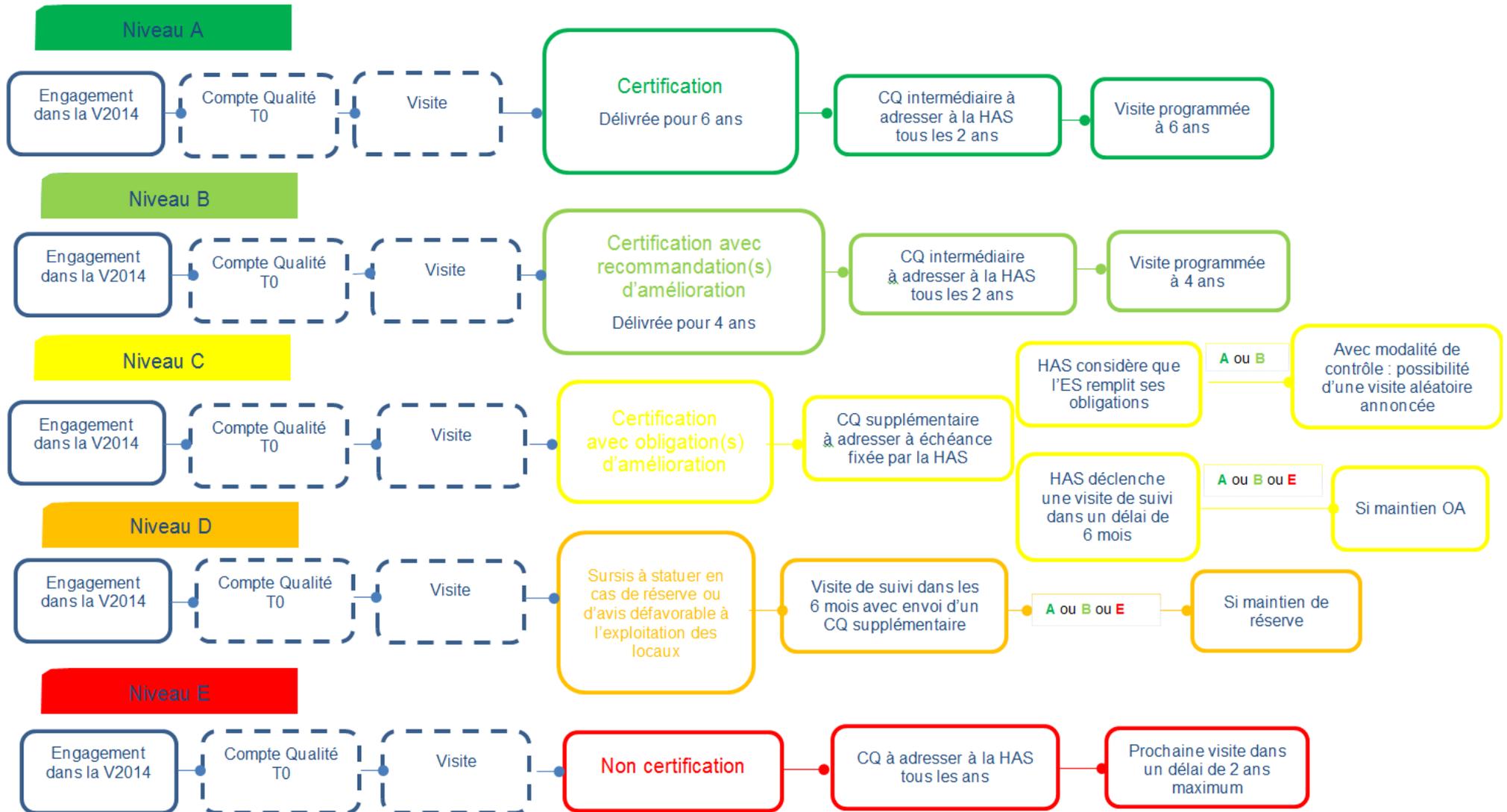
**Échelles de Fréquence et de Gravité** (inspirées de la Fiche 9 du Guide HAS « Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé »)

Un exemple d'échelle de gravité		Un exemple d'échelle de vraisemblance	
G1. Mineure	Conséquences mineures sans préjudice (ex : retard simple)	V1. Très improbable	Ou « jamais vu »
G2. Significative	Incident avec préjudice temporaire (ex : retard avec désorganisation de la prise en charge)	V2. Très peu probable	Ou « vu une fois dans ma carrière »
G3. Majeure	Incident avec impact (ex : report, prolongation anormale de l'hospitalisation, transfert non prévu en réanimation, perte de fonction transitoire)	V3. Peu probable	Ou « vu dans d'autres établissements »
G4. Critique	Conséquences graves (ex : ré-intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente)	V4. Possible / Probable	Ou « survient dans l'établissement »
G5. Catastrophique	Conséquences très graves (ex : invalidité permanente, séquelles graves, décès)	V5. Très probable à certain	Ou « vécu dans mon secteur d'activité »

### Échelle de niveau de maîtrise

Niveau	Description synthétique pour chaque risque
<b>Niveau 1</b>	On sait faire face, Bonne maîtrise : <b>plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue</b>
<b>Niveau 2</b>	On a tout prévu : <b>plans d'action en place avec indicateurs</b>
<b>Niveau 3</b>	On a organisé : <b>organisation en place sans évaluation</b>
<b>Niveau 4</b>	On est en alerte : <b>quelques actions mais insuffisantes, veille mais sans action</b>
<b>Niveau 5</b>	On découvre le risque : <b>aucune action en place, études en cours, actions inefficaces...</b>

## Annexe 2. Cycle de la certification V2014



### Annexe 3. Grille d'analyse du Compte Qualité supplémentaire par la HAS

#### INTITULÉ DE LA THÉMATIQUE

##### 1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse	Réponse (Oui, En grande partie, Partiellement, Non)	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?		
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?		
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?		

##### 2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse (Oui, En grande partie, Partiellement, Non)	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?		
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?		
Échéances définies et acceptables ?		
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?		

**3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions**

Axes d'analyse	Réponse (Oui, En grande partie, Partiellement, Non)	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?		
Présence de résultats démontrant une amélioration ?		

Ce document a été coordonné par Marie-Laure Barbotin et Florence Pouvesle Chefs de projet sous la responsabilité de Laurence Garo Cheffe de service Certification des établissements de santé et du Docteur Catherine Grenier Directeur DAQSS.

Ont également participé à la rédaction de ce document « Guide méthodologique Compte Qualité - Certification V 2014 »

Laetitia Le Goaster, chargée de communication et Emmanuel Planchet, Juriste.

L'organisation logistique et le travail d'assistantat ont été réalisés par Yasmina Hagag.

---



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)