



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SERVICE CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Certification V2014

Retour d'expérience
sur les premiers Comptes Qualité

Janvier 2016

Haute Autorité de santé

Service documentation – information des publics
2, 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

Le retour d'expérience.....	4
1. Le Compte Qualité, outil de suivi longitudinal du dispositif de gestion des risques.....	5
2. Modalités d'analyse du Compte Qualité.....	7
3. Méthode d'analyse des 100 premiers Comptes Qualité.....	9
4. Résultats de l'analyse quantitative.....	11
4.1 Présentation des résultats.....	11
4.2 Synthèse.....	13
5. Résultats de l'analyse qualitative.....	14
5.1 Informations générales.....	14
5.2 Utilisation & Analyse des indicateurs et résultats d'évaluation.....	16
5.2.1 Présentation des résultats de l'analyse.....	16
5.2.2 Illustration au travers de cas concrets.....	18
5.3 Identification des risques.....	22
5.3.1 Présentation des résultats de l'analyse.....	22
5.3.2 Illustration au travers de cas concrets.....	24
5.4 Description des plans d'action.....	28
5.4.1 Présentation des résultats de l'analyse.....	28
5.4.2 Illustration au travers de cas concrets.....	29
5.5 Thématique « Management de la Qualité et des Risques ».....	30
5.5.1 Rubrique « Engagement & Pilotage ».....	30
5.5.2 Rubrique « Analyse & Plan d'actions ».....	31
5.5.3 Illustration au travers de cas concrets.....	32
5.6 Impacts de l'analyse du Compte Qualité sur la stratégie de visite.....	35
6. Synthèse & Perspectives.....	37

Le retour d'expérience

La démarche de retour d'expérience consiste à utiliser le développement d'un événement réel pour collecter l'expérience individuelle de plusieurs acteurs et en tirer une expérience collective.

Le retour d'expérience est ainsi une opportunité de progrès collectif et d'actualisation des savoirs faire. Il doit permettre de tirer des enseignements d'un événement et notamment, de comprendre les raisons des difficultés rencontrées et repérer les bonnes idées ou les initiatives prises.

Le retour d'expérience s'inscrit ainsi dans une démarche de capitalisation des données issues de situations souhaitées ou non, collectées à partir des dispositifs de recueil mis en place.

Il permet de s'interroger sur les pratiques, de les remettre en cause ou de les adapter. « Cette capitalisation d'information consiste à passer de l'expérience individuelle à la connaissance partageable ». Il s'agit d'apprendre à partir d'une expérience dont il est possible d'extraire une connaissance.

La méthodologie du retour d'expérience repose sur 3 phases essentielles :

- collecte des données accessibles et pertinentes ;
- analyse des données avec une représentation de la connaissance, simple à comprendre,
- diffusion de la connaissance et des enseignements tirés du retour d'expérience.

C'est l'objectif du présent document qui, grâce à l'analyse de données réelles, offre une vision globale des situations observées, leurs points communs et leurs différences.

Sans jugement de valeur, ni création de nouvelles consignes, il s'agit ainsi :

- d'illustrer la variabilité de l'existant, la diversité des réponses possibles ;
- de clarifier le traitement qui en est fait dans le cadre de la démarche de certification.

Les exemples ici présentés sont issus de cas réels et n'ont pas vocation à être reproduits à l'identique.

Anonymisés, ils visent à faire connaître aux établissements les principales caractéristiques des situations observées et à les guider dans la compréhension et l'appropriation des outils, méthodes et fonctionnalités de la démarche de certification.

1. Le Compte Qualité, outil de suivi longitudinal du dispositif de gestion des risques

Les ambitions de la V2014 sont les suivantes :

- Une certification continue mieux synchronisée avec les autres démarches de management de la qualité
- Une certification personnalisée par établissement en fonction de ses enjeux et ses risques
- Une certification efficiente optimisant la charge de travail de l'établissement
- Une évaluation de la réalité de l'activité de prise en charge
- La valorisation des réalisations de l'établissement

Pour répondre aux objectifs de la V2014, la HAS a développé un nouvel outil. Le compte qualité est l'outil de suivi longitudinal de la démarche qualité et gestion des risques des établissements. Il a une double ambition :

- proposer une méthode d'identification des risques et de priorisation des actions d'amélioration dans un outil de dialogue entre la HAS et les établissements de santé;
- aider les établissements à mieux piloter leur dynamique interne et à rendre lisibles et mobilisateurs pour leurs professionnels, les axes prioritaires qu'ils se fixent dans leurs démarches d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

Au travers de son compte qualité l'établissement explique pourquoi il choisit de travailler en priorité sur certains risques et comment il prévoit de se mettre en position de les maîtriser. Ce faisant le compte qualité permet à la HAS de mesurer si l'établissement répond aux attendus de chaque thématique, en matière de définition de sa stratégie.

P – Planifier (au-niveau institutionnel ES)
P1 - Définition de la stratégie
<p>a. Identification et analyse des missions et des risques</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identification des besoins spécifiques à l'ES au regard de ses missions et des orientations régionales et nationales. ➤ Sources de données utilisées par l'ES pour identifier et analyser ses risques (dont IQSS et éventuelles décisions V2010) ➤ Hierarchisation des risques avec les professionnels concernés selon une méthodologie définie. <p>b. Identification des objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Déclinaison dans un programme institutionnel d'action (formalisé, priorisé, unique) ➤ Définition des modalités de mise en œuvre du programme : objectif(s), action(s), responsables(s), échéances, modalités de suivi (tableaux de bord, etc.) ➤ Présentation du programme aux instances ➤ Articulation CQ / PAQSS.

On distingue deux types d'envoi du compte qualité :

- L'envoi tous les deux ans d'un compte qualité :
 - le compte qualité en amont d'une visite de certification,;
 - le compte qualité qui n'est pas immédiatement suivi d'une visite est dit «compte qualité intermédiaire».
- L'envoi au cas par cas, après une décision de certification avec obligation(s) d'amélioration (dans un délai de 12 mois maximum à compter de la notification de la décision de certification à l'établissement) ou une décision de surseoir à statuer sur la certification d'un compte qualité dit « compte qualité supplémentaire ».

2. Modalités d'analyse du Compte Qualité

L'analyse du Compte Qualité est réalisée de façon conjointe par le chef de projet HAS et les experts-visiteurs en charge de la réalisation de la visite de certification.

Le chef de projet analyse le Compte Qualité au regard d'un certain nombre d'éléments :

- les données externes : Fiche Interface (Fonctionnement des instances et comités, représentation des usagers, Bilan des contrôles concernant la sécurité sanitaire, Point sur les autorisations, Gouvernance)
- les rapports d'inspection (Chambre Régionale des Comptes, Autorité de Sûreté Nucléaire...), etc.
- les résultats du dernier rapport de certification V2010
- les résultats des indicateurs : Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (obligatoires et diffusés publiquement), Hôpital Numérique, *Hospidiag*

Le chef de projet analyse la thématique « Management Qualité et Gestion des Risques » dans sa globalité, ainsi que les thématiques en lien avec des données constituant une « alerte » et identifiées parmi les données externes. Il s'assure de la cohérence entre l'analyse des données externes et les risques identifiés dans le Compte Qualité de l'établissement.



Pour chaque thématique, l'analyse réalisée par les experts-visiteurs se fait en 2 étapes. Tout d'abord, les experts-visiteurs étudient **les données présentées** :

- L'établissement a-t-il une décision de certification V2010 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 classe de valeur C ou D ? 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 ? Les indicateurs ISATIS ? Comment les a-t-il analysés ?

Les experts visiteurs prennent également connaissance des résultats d'évaluation propres à l'établissement (suivi des EI, résultats d'audit, EPP...) afin d'apprécier sa capacité à s'évaluer et à assurer le suivi de ses évaluations.

D'autre part, les experts-visiteurs prennent connaissance **des risques identifiés par l'établissement 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 ? Quels sont les dispositifs de maîtrise mis en œuvre ?
- Concernant les risques les plus critiques, des plans d'action ont-ils été définis ? Quelles sont les modalités de mises en œuvre de ces plans d'actions (échéances, modalités de suivi de ces actions...) ? L'établissement s'est-il mis en position de les maîtriser ?

Pendant la visite, le compte qualité sert d'outil de dialogue entre les EV et les professionnels de l'établissement.

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 au dispositif mis en place.

L'investigation de la thématique permet aux experts visiteurs de vérifier si le système mis en place atteint les objectifs de la thématique. La rencontre des pilotes est l'occasion pour l'établissement :

- de clarifier comment et pourquoi il a choisi de travailler sur les risques décrits dans le Compte Qualité ;
- d'aborder l'ensemble des éléments couverts par la thématique.

3. Méthode d'analyse des 100 premiers Comptes Qualité

Deux types d'analyse ont été menés au premier semestre 2015 afin de réaliser un premier bilan sur l'utilisation du Compte Qualité par les établissements.

Une première analyse a été réalisée en début d'année 2015 sur un échantillon de 40 Comptes qualité reçus entre septembre et décembre 2014. Il s'agissait de Comptes Qualité réalisés avec la maquette au format *Word*. A cette période, le logiciel « Compte Qualité » n'étant pas disponible, l'analyse a été réalisée de façon manuelle et a donc porté uniquement sur les thématiques suivantes :

- Prise en charge médicamenteuse
- Gestion du risque infectieux
- Management de la prise en charge au bloc opératoire

Pour chacune de ces thématiques, il a été mesuré:

- le nombre moyen de risques identifiés
- le nombre moyen de plans d'action identifiés par risque
- le pourcentage d'établissements ayant identifié moins de 10 risques
- le nombre moyen de données mobilisées (Indicateurs nationaux ou régionaux (autres que IQSS), Résultats d'évaluation internes à l'établissement)

Cette première étude a permis d'avoir une estimation du nombre de risques et de plans d'actions définis par les établissements et notamment de mettre en évidence si ces nombres pouvaient différer d'un établissement à un autre et d'une thématique à une autre.

Les résultats de cette première analyse sont présentés dans le § 4 « Résultats de l'analyse quantitative ».

Une seconde analyse plus qualitative a ensuite été menée sur un deuxième échantillon de 60 Comptes Qualité reçus entre janvier 2015 et avril 2015. Il s'agissait de Comptes Qualité « informatisés » et donc complétés avec l'application SARA.

Cette deuxième analyse avait pour but d'apprécier la façon dont les premiers établissements ont utilisé le Compte Qualité. Un questionnaire a été établi à destination des chefs de projet HAS en charge de l'analyse des Comptes Qualité pour la préparation des visites de certification.

Pour chaque Compte Qualité de l'échantillon, les chefs de projet ont évalué les points suivants :

- L'utilisation des données pour l'analyse des thématiques & la corrélation avec les données externes
- L'identification et la hiérarchisation des risques
- La description des plans d'action
- La thématique « Management de la Qualité et des Risques »

Les résultats de cette seconde analyse sont décrits dans le § 5 « Résultats de l'analyse qualitative ».

Pour chaque domaine analysé, les résultats sont présentés de la façon suivante :

- Rappel des objectifs et des attendus
- Présentation des résultats de l'analyse
- Illustrations au travers de cas concrets

L'illustration au travers de cas concrets a pour objectif de présenter la méthodologie d'analyse des Comptes Qualité par la HAS et les questionnements que leur lecture suscite. L'objectif de la visite n'est pas de valider le Compte Qualité de l'établissement mais de mesurer la capacité de l'établissement à identifier et à maîtriser ses risques. Les résultats de la visite de certification devront donc être utilisés par l'établissement pour actualiser son Compte Qualité suivant.

Il existe autant de façons de construire son Compte Qualité que d'établissements de santé. Contrairement aux grilles d'autoévaluation utilisées lors des précédentes itérations de la procédure de certification pour préparer la visite, l'établissement peut construire son Compte Qualité comme il l'entend afin qu'il devienne un outil opérationnel de suivi et de pilotage de sa démarche qualité et gestion des risques. L'établissement connaît les attendus: atteindre les objectifs du référentiel pour chaque thématique. Le Compte Qualité lui apporte une méthode structurée pour choisir et suivre ses priorités d'action.

Icône utilisée	Signification
	Présentation des résultats de l'étude réalisée sur l'échantillon de comptes qualité
	Analyse du cas concret présenté
	Points devant faire l'objet de l'investigation

4. Résultats de l'analyse quantitative

4.1 Présentation des résultats

Les résultats de l'analyse de ce premier échantillon de Compte Qualité figurent dans les deux tableaux suivants :

- Le premier tableau présente une analyse quantitative sur les risques identifiés et les plans d'action définis.
- Le second tableau présente une analyse quantitative sur les données mobilisées pour l'analyse des thématiques retenues

	Risque infectieux	Médicament	Bloc opératoire
Risques	Moyenne: 7 (min = 3; max = 29) Mode = 4	Moyenne: 12 (min = 4; max = 30) Mode = 5	Moyenne: 9 (min = 2; max = 23) Mode = 9
% ES < 10 risques	80%	40%	71%
Plans d'action	Moyenne: 12 (min =3 ; max =49) Mode = 5	Moyenne: 12 (min =4 ; max =33) Mode = 9	Moyenne: 8 (min =2 ; max = 21) Mode = 4
Nb moyen d'actions/risque	1,7	1,1	1,2

Tableau 1 : analyse quantitative portant sur les risques et les plans d'action

Cette première étude montre une dispersion du nombre de risques identifiés par les établissements ainsi que du nombre de données mobilisées pour l'analyse des thématiques étudiées.

D'un établissement à un autre, on constate une différence importante dans le nombre de risques identifiés. Certains établissements ont présenté dans leur Compte Qualité, une liste exhaustive des risques existants pour la thématique considérée. Le nombre de risques présentés dans leur Compte Qualité est alors relativement important par rapport à des établissements ayant fait le choix de ne présenter que les risques principaux inhérents à leur organisation ou à leur situation et sur lesquels ils doivent en priorité mettre en place leurs actions d'amélioration.

	Risque infectieux	Médicament	Bloc opératoire
Indicateurs QSS nationaux	Moyenne : 8 (min = 5; max = 24) Mode = 7	Moyenne : 8 (min = 1; max = 29) Mode = 2	Moyenne : 5 (min = 0 ; max = 19) Mode = 4
Indicateurs nationaux ou régionaux	Moyenne : 5 (min = 0 ; max = 24) Mode = 4	Moyenne : 7 (min = 1 ; max = 25) Mode = 3	Moyenne : 1 (min = 1 ; max = 7) Mode = 1
Résultats d'évaluation de l'ES	Moyenne : 16 (min = 3 ; max = 52) Mode = 6	Moyenne : 10 (min = 4; max = 33) Mode = 9	Moyenne : 10 (min = 0 ; max = 36) Mode = 7

Tableau 2 : analyse quantitative portant sur les données mobilisées

Concernant les données mobilisées, on constate également une grande variabilité dans le nombre de données présentes dans les Comptes Qualité analysés. Cette situation peut s'expliquer par le fait que l'utilisation des indicateurs comme outil d'aide à la décision ou comme outil d'évaluation n'est pas encore totalement acquise. De ce fait, certains établissements affichent un nombre important d'indicateurs afin de montrer au travers de leur Compte Qualité l'ensemble des évaluations réalisées sans pour autant que celles-ci ne contribuent explicitement à l'analyse de la thématique.

Concernant les thématiques sur lesquelles a porté l'analyse, on constate les différences suivantes :

- 80% des ES ont identifié moins de 10 risques pour la thématique Gestion du risque infectieux
- 71% des ES ont identifié moins de 10 risques pour la thématique Bloc opératoire
- 40% des ES ont identifié moins de 10 risques pour la thématique PEC médicamenteuse

Il apparaît pour la thématique « Management de la prise en charge médicamenteuse » qu'une majorité d'établissements identifie plus de 10 risques. Ceci est certainement dû au fait que cette thématique dispose d'une réglementation très contraignante et qu'une grande partie des décisions de la HAS concerne le médicament.

4.2 Synthèse

Les résultats de cette première analyse mettent en évidence la difficulté pour certains établissements d'identifier parmi les risques potentiels d'une thématique, ceux sur lesquels il choisit de travailler en priorité.

L'analyse des Comptes Qualité de ce premier échantillon a mis en évidence une grande variabilité dans les contenus aussi bien en ce qui concerne le nombre de risques identifiés pour une même thématique que pour le nombre d'indicateurs présentés.

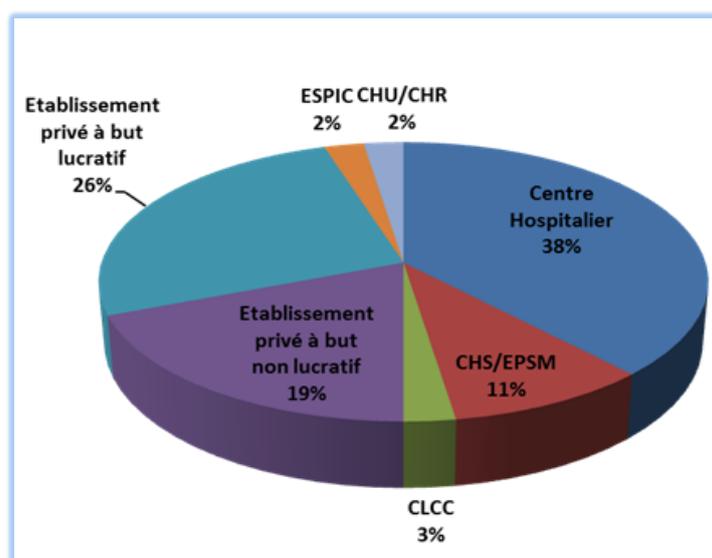
Cette première étude a été complétée par une analyse qualitative des informations contenues dans les Comptes Qualité. Celle-ci est présentée dans le paragraphe suivant §5 « Résultats de l'analyse qualitative ».

5. Résultats de l'analyse qualitative

5.1 Informations générales

Cette deuxième analyse a concerné un échantillon de 60 Comptes Qualité. Il s'agissait des premiers Comptes Qualité réalisés avec le logiciel « Compte Qualité » accessible via l'application SARA.

La répartition de la classification des établissements de l'échantillon est la suivante :



Graphique 1 : Répartition des ES de l'échantillon en fonction de leur statut

Pour cette première version du Compte Qualité, il est attendu des établissements de santé qu'ils analysent en priorité les thématiques identifiées comme obligatoires par la HAS.

Liste des thématiques obligatoires dans le CQ
Management de la qualité et des risques
Qualité de vie au travail
Gestion du risque infectieux
Droits des patients
Parcours du patient
Prise en charge de la douleur
Prise en charge et droits des patients en fin de vie
Gestion du dossier patient
Identification du patient à toutes les étapes de sa PEC
Prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés (1)
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire (1)
Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque: <i>endoscopie, radiothérapie, médecine nucléaire, salle de naissance, imagerie interventionnelle</i> (1)
Fonctions logistiques au domicile du patient (2)
Gestion du système d'information

(1) : Si présent dans l'ES ; (2) : En HAD

Par ailleurs, si l'établissement faisait l'objet d'une décision sur un critère à l'issue de la V2010, il doit *a minima* analyser dans la thématique concernée les éléments relatifs au suivi de cette décision.



Au niveau de l'échantillon de Comptes Qualité analysé, il a été constaté que l'ensemble des thématiques devant faire obligatoirement l'objet d'une analyse, a été analysé et transmis à la HAS par l'ES.

Dans **25% des Comptes Qualité**, des thématiques supplémentaires ont été analysées. Il s'agit principalement des thématiques suivantes:

- Management stratégique, Gouvernance
- Gestion des ressources humaines
- Processus logistiques (principalement, la gestion des déchets, la gestion de la restauration et la gestion de l'eau)

Ces thématiques supplémentaires étaient en lien la plupart du temps avec des critères ayant fait l'objet de décisions en V2010.

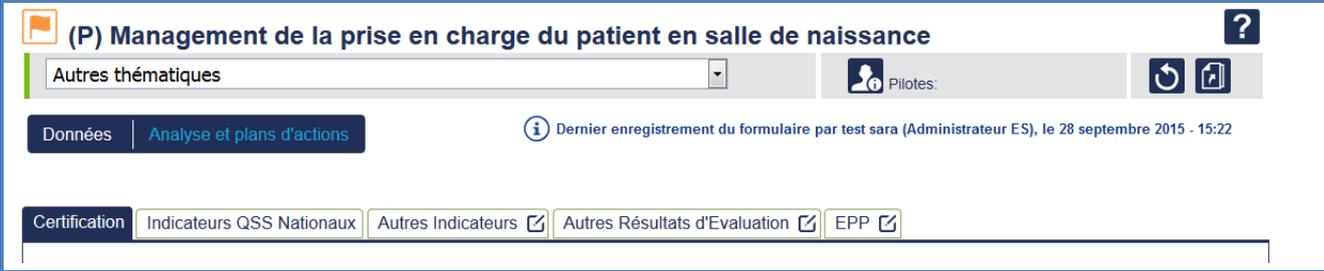
Aucun Compte Qualité de l'échantillon, ne présentait l'analyse de l'ensemble des 21 thématiques définies par la HAS.

Dans les paragraphes ci-dessous sont présentés les résultats de l'analyse réalisée sur l'échantillon de Comptes Qualité. L'analyse a porté sur les éléments suivants :

- L'utilisation des données pour l'analyse des thématiques & la corrélation avec les données externes
- L'identification et la hiérarchisation des risques
- La description des plans d'action
- La thématique « Management de la Qualité et des Risques »

5.2 Utilisation & Analyse des indicateurs et résultats d'évaluation

5.2.1 Présentation des résultats de l'analyse



(P) Management de la prise en charge du patient en salle de naissance

Autres thématiques

Pilotes:

Données | Analyse et plans d'actions

Dernier enregistrement du formulaire par test sara (Administrateur ES), le 28 septembre 2015 - 15:22

Certification | Indicateurs QSS Nationaux | Autres Indicateurs | Autres Résultats d'Evaluation | EPP

Une rubrique « Données » permet à l'établissement de présenter les indicateurs et/ou évaluations en lien avec chaque thématique du compte qualité.

Cette rubrique se divise en 2 parties :

- Une première partie concerne les précédents résultats de certification et les résultats des indicateurs Qualité et Sécurité des Soins nationaux (IQSS). Il s'agit de données automatiquement importées par la HAS dans les comptes qualité des établissements de santé.
- Une seconde partie permet à l'établissement de créer lui-même les indicateurs ou évaluations qui contribuent au pilotage interne de la thématique. Il s'agit par exemple, des indicateurs du programme Hôpital Numérique (HN), de l'indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) ou de toute autre évaluation propre à l'établissement.

L'ensemble de ces éléments constitue un véritable tableau de bord de pilotage permettant aux acteurs de l'établissement et notamment à la Gouvernance, d'avoir une vision globale des résultats et de contribuer à la prise de décision.

Il est donc attendu de la part de l'établissement qu'il présente dans son compte qualité les données pertinentes et utiles à l'analyse d'une thématique.

Il n'est pas attendu de l'établissement qu'il analyse chacun des résultats de ses indicateurs ou évaluations. Mais, qu'après avoir déterminé les indicateurs ou évaluations utiles et pertinents, il explique le résultat de ses données (ou d'un ensemble de données) afin de donner du sens aux risques retenues et donc aux actions engagées. En expliquant le résultat de ses indicateurs ou évaluations, l'établissement peut alors mettre en œuvre les actions pertinentes qui permettront de réduire les risques identifiés.



Au niveau de l'échantillon de comptes qualité analysé, il a été fait le constat suivant :

Sur les données présentées :

- ✓ 50% des comptes qualité présentent des données directement en lien avec la thématique, c'est-à-dire contribuant directement à l'amélioration du dispositif mis en place pour maîtriser les risques identifiés au niveau de la thématique,
- ✓ 31% des comptes qualité contiennent des thématiques sans aucun indicateur ou données d'évaluation.

Sur l'analyse des résultats :

Dans 57% des comptes qualité étudiés, l'analyse des résultats des indicateurs et/ou des évaluations n'est pas tracée dans le compte qualité. Dans certains cas, l'établissement réalise une synthèse des actions réalisées au niveau de la thématique, mais il n'explique pas les résultats présentés. Le compte qualité ne permet donc pas toujours de comprendre le choix des actions prioritaires engagées ou prévues au regard des risques identifiés.

On peut noter également que l'analyse des décisions V2010 et des résultats des IQSS (dont la classe a une valeur inférieure à C) n'est pas toujours réalisée. Les actions mises en œuvre suite à une décision V2010 ou suite à un faible résultat d'un indicateur qualité et sécurité des soins national, ne sont pas clairement indiquées dans le compte qualité.

5.2.2 Illustration au travers de cas concrets

Sont présentés ci-dessous 2 exemples d'analyse de thématiques réalisées par 2 établissements différents.

Pour chaque exemple, est présentée l'analyse réalisée dans le cadre de la préparation de la visite ainsi que les objectifs de visite élaborés par l'équipe d'experts-visiteurs.

1^{er} Exemple d'analyse des données mobilisées dans la thématique « Parcours du patient »

Dans le cas ci-dessous, le dernier recueil de l'indicateur DEC « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » indique qu'il est en classe C en MCO et en HAD lors du dernier recueil.

Indicateur QSS nationaux - IPAQSS transversaux							
DATE	FINESSE	THÈME IPAQSS	INDICATEUR	CLASSE	VALEUR	INTERVALLE DE CONFIANCE	EVOLUTION
2011		DPA_HAD	DEC	C			négative
2014		DPA_HAD	DEC	C			NA
2011		DPA_MCO	DEC	C			stable
2014		DPA_MCO	DEC	C			NA
2011		DPA_PSY	DEC	B			stable
2014		DPA_PSY	DEC	B			NA
2011		DPA_SSR	DEC	B			stable
2014		DPA_SSR	DEC	B			NA

L'établissement a identifié un risque en lien avec l'envoi du courrier de fin d'hospitalisation en MCO et en HAD. Ce risque est relativement critique (*criticité* = 15) et est faiblement maîtrisé par l'établissement (*Niveau de maîtrise* = Niveau 4).



Risque identifié : R3

LIBELLÉ DU RISQUE	FRÉQUENCE	GRAVITÉ	CRITICITÉ	DISPOSITIF DE MAÎTRISE EN PLACE	NIVEAU DE MAÎTRISE	COMMENTAIRE
Retard à l'envoi du courrier de fin d'hospitalisation en MCO et HAD	5	3	15	Rendu de l'indicateur IPAQSS par pôle Procédure institutionnelle de gestion du dossier du patient	Niveau 4	

Analyse des résultats
Indicateurs QSS nationaux

Analyse des résultats

Indicateur QSS nationaux - IPAQSS Transversaux

DATE	FINISS	THÈME IPAQSS	INDICATEUR	CLASSE	VALEUR	INTERVALLE DE CONFIANCE	EVOLUTION
2011		DPA_HAD	DEC	C			
2014		DPA_HAD	DEC	C			
2011		DPA_MCO	DEC	C			
2014		DPA_MCO	DEC	C			



Concernant les résultats des indicateurs Qualité et de Sécurité des Soins nationaux, seul l'indicateur DEC en MCO et en HAD est en classe C pour les années de recueil 2011 et 2014. L'établissement a identifié un risque concernant le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. Cependant, l'établissement n'analyse pas dans son compte qualité les résultats présentés. L'indicateur DEC évalue à la fois la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. Ici, l'établissement ne précise pas quels sont les éléments justifiant le résultat et si notamment si les actions d'amélioration doivent porter sur la qualité des informations ou sur le délai.

Objectifs de visite



- ✓ Évaluer la connaissance des professionnels du résultat de l'indicateur et des raisons justifiant ce résultat
- ✓ Évaluer la pertinence de l'action définie au regard du ou des éléments ayant conduit à ce résultat
- ✓ Mesurer l'effectivité de la réalisation des actions définies dans le compte qualité et concernant l'amélioration du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation

2^{ème} Exemple d'analyse des données mobilisées dans la thématique « Gestion du système d'information »

L'établissement a identifié un risque en lien avec les résultats des indicateurs Hôpital Numérique. Ce risque est très critique (*Criticité* = 25) et moyennement maîtrisé par l'établissement (*Niveau de maîtrise* = Niveau 3).

Sélection des données
✖

Risque identifié : R1

LIBELLÉ DU RISQUE	FRÉQUENCE	GRAVITÉ	CRITICITÉ	DISPOSITIF DE MAÎTRISE EN PLACE	NIVEAU DE MAÎTRISE	COMMENTAIRE
Non complétude/conformité des données du DPI HM	5	5	25	Formation auprès des praticiens par la référente HM COPIL SDI bimensuel Rappels réguliers en CME Outil informatique déployé, opérationnel et maintenu	Niveau 3	

Analyse des résultats
Autres indicateurs
Autres résultats d'évaluation

Cependant, malgré un Système d'Information déployé/opérationnel/maintenu, la formation des professionnels à son utilisation et un pilotage des projets par le COPIL, le DPI HOPITAL MANAGER n'est pas renseigné par tous et de façon conforme. Le calcul des indicateurs HNUM, les audits associés et l'analyse des FEI sont autant d'éléments factuels corroborant cet état de fait : coexister de plusieurs DPI, non renouvellement régulier des formation utilisateur, manque d'informations, peu de renseigner, non couverture fonctionnelle par les briques déployées.

Autres indicateurs - D2.3 « Taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les comptes rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'exams d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie »

DATE	STRUCTURE	PEC/ACTIVITÉ	CLASSE/COTATION	VALEUR	COMMENTAIRE
02/2015		MCO		35%	

Page précédente ◀ 1 ▶ Page suivante

5 Lignes par tableau

Autres indicateurs - D2.4 « Taux de séjours pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient le compte-rendu d'hospitalisation »

DATE	STRUCTURE	PEC/ACTIVITÉ	CLASSE/COTATION	VALEUR	COMMENTAIRE
02/2015		MCO		16%	



L'établissement a identifié un risque concernant la non-conformité des DPI en lien avec les résultats des indicateurs Hôpital Numérique. L'établissement a analysé les résultats présentés et a indiqué les motifs justifiant les valeurs de ces indicateurs. Les actions prévues en lien avec ce risque sont en cohérence avec l'analyse réalisée.

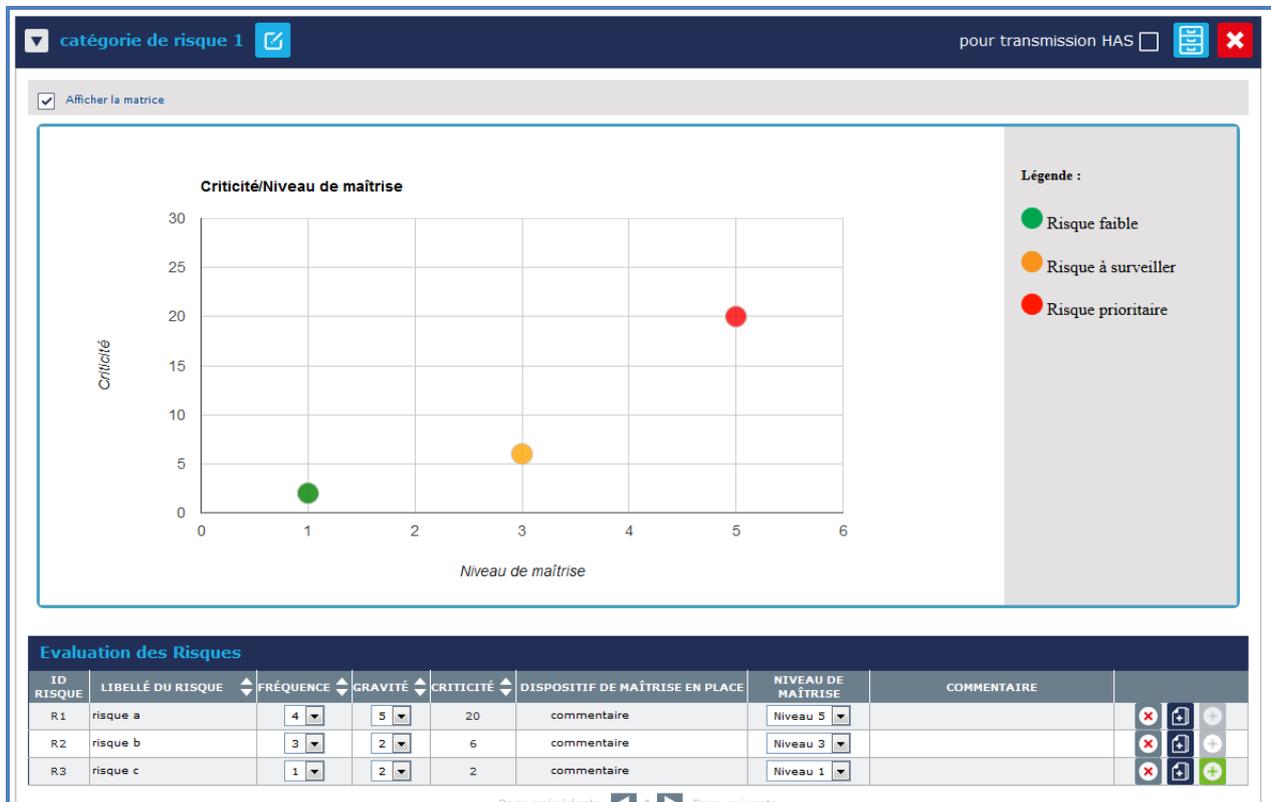


L'établissement a présenté ses risques prioritaires concernant le SI. Il utilise les résultats Hôpital Numérique ainsi que des résultats d'audits internes pour identifier ses risques. Les données présentées sont analysées. Les plans d'action sont en cohérence avec l'analyse des données. Au vu des éléments fournis dans le compte qualité et de l'analyse des données externes réalisée par la HAS, cette thématique n'est pas inscrite au périmètre de la visite parce que l'établissement y démontre sa capacité à exploiter les données dont il dispose pour :

- ✓ en analyser les causes,
- ✓ identifier des risques,
- ✓ construire des plans d'actions avec des modalités de suivi adaptées.

5.3 Identification des risques

5.3.1 Présentation des résultats de l'analyse



Il est attendu de l'établissement qu'il :

- S'appuie sur les données dont il dispose pour identifier ses risques et/ou suivre l'impact de ses plans d'actions
- Identifie les risques qu'il a définis comme prioritaires et justifie ses choix (notamment au travers de l'utilisation des critères de mesure des risques et de l'analyse de ses données)
- Valorise les dispositifs de maîtrise en place

L'établissement peut également utiliser son compte qualité pour décrire les risques qu'il maîtrise et pas uniquement les risques sur lesquels il doit mettre en œuvre des plans d'actions. Le Compte Qualité permet alors à l'établissement de mettre en évidence ce qui fonctionne dans son organisation (au travers de la valeur du niveau de maîtrise et des résultats des indicateurs) ainsi que les points qui restent à améliorer. L'identification des risques pour le patient, les professionnels ou l'organisation ainsi que l'évaluation de ces risques (criticité et niveau de maîtrise), permet à l'ensemble des professionnels de comprendre le choix des actions d'amélioration engagées et de mesurer, au travers des résultats des indicateurs, l'efficacité des actions mises en œuvre.



Au niveau de l'échantillon de comptes qualité analysé, trois points ont fait l'objet de l'analyse :

- ✓ La structuration de l'analyse
- ✓ L'utilisation des critères de mesure du risque (fréquence, gravité et niveau de maîtrise)
- ✓ La corrélation entre les risques identifiés et les résultats des indicateurs ou des évaluations

- **Structuration de l'analyse**

Dans la moitié des comptes qualité de l'échantillon analysé, les établissements utilisent les « blocs d'analyse » pour structurer l'analyse de certaines thématiques.

Le découpage en « blocs d'analyse » a été réalisé principalement dans les thématiques suivantes:

- ✓ Parcours du patient,
- ✓ Prise en charge médicamenteuse,
- ✓ Risque infectieux,
- ✓ Management de la Qualité et des Risques,
- ✓ Droits des patients.

Les risques et les plans d'action associés ont été, dans la plupart des cas, regroupés par grands domaines de la thématique ou dans certains cas, par critère du manuel de certification. Ils ont aussi parfois été regroupés par type d'activités ou de prises en charge.

- **Échelles fréquence, gravité & niveau de maîtrise**

Dans 80% des cas, les établissements ont utilisé les échelles à 5 niveaux proposées par la HAS dans le compte qualité. Dans le cas où les échelles proposées n'ont pas été utilisées, la description des échelles de l'établissement est transmise dans 52% des cas.

L'utilisation d'échelles communes facilite la compréhension et la comparaison.

D'autre part, dans la grande majorité des comptes qualité analysés, la description réalisée par l'établissement de ses dispositifs de maîtrise est cohérente avec le niveau de maîtrise indiqué.

- **Analyse des indicateurs/résultats d'évaluation**

Dans la plupart des comptes qualité de l'échantillon analysé, la corrélation entre les données et les risques et/ou les plans d'action n'est pas toujours visible. Les établissements n'analysent pas les résultats de leurs indicateurs ou évaluations pour définir les plans d'actions au regard des risques identifiés. De plus, les données présentées ne sont pas toujours utilisées pour suivre les plans d'action mis en place.

5.3.2 Illustration au travers de cas concrets

Dans les deux exemples ci-dessous, les établissements ont choisi de structurer leur analyse de façon différente.

Pour chaque exemple, est présentée l'analyse réalisée dans le cadre de la préparation de la visite ainsi que les objectifs de visite élaborés par l'équipe d'experts-visiteurs.

1^{er} Exemple d'analyse dans la thématique « Parcours du patient »

Dans le cas ci-dessous, l'établissement a structuré l'analyse de la thématique en créant des blocs permettant de regrouper ses risques et ses plans d'action par axes de la thématique.

Dans chaque bloc d'analyse, l'établissement a identifié les risques principaux

Evaluation des Risques								
ID RISQUE	LIBELLÉ DU RISQUE	FRÉQUENCE	GRAVITÉ	CRITICITÉ	DISPOSITIF DE MAÎTRISE EN PLACE	NIVEAU DE MAÎTRISE	COMMENTAIRE	
R5	Difficultés récurrentes pour organiser la pose des chambres implantables	4	4	16	Groupe de travail en cours piloté par le vice-président de la CME	Niveau 3		
R3	Retard à l'envoi du courrier de fin d'hospitalisation en MCO et HAD	5	3	15	Rendu de l'indicateur IPAQSS par pôle Procédure institutionnelle de gestion du dossier du patient	Niveau 4		



L'établissement a structuré l'analyse de la thématique par rapport à ses axes prioritaires de travail qui fait ainsi clairement ressortir la cohérence avec ses orientations stratégiques. En effet, certains blocs concernent un axe ayant fait l'objet d'une décision de recommandation lors de la précédente procédure V2010 (risque suicidaire, éducation thérapeutique). D'autres blocs sont en lien avec les résultats des indicateurs Qualité et sécurité des soins nationaux. Un axe prioritaire du projet d'établissement concerne notamment le parcours patient et plus précisément l'amélioration de la lisibilité des parcours patients. Un bloc a été créé en lien avec cet axe de travail et décline les risques et les plans d'action mis en place ou prévus.

Les libellés indiqués au niveau du tableau « Evaluation des risques » ne correspondent pas toujours à des risques mais le plus souvent à des dysfonctionnements. Les risques identifiés sont en partie corrélés à des données mais l'analyse de ces données est peu réalisée.

Dans la plupart des blocs, les risques les plus critiques sont le plus souvent « les moins maîtrisés ». Des plans d'action existent pour chaque risque identifié mais les modalités de suivi de ces actions ne sont pas clairement identifiées dans le compte qualité et ne renvoient pas à des indicateurs ou évaluations.

Objectifs de visite



- ✓ Discuter avec les pilotes sur la façon dont ont été identifiés les risques principaux
- ✓ Faire un point avec les pilotes sur les modalités de suivi des actions d'amélioration décrites
- ✓ Concernant les actions en lien avec les précédentes décisions V2010 et les IQSS diffusés publiquement (DEC, DTN), évaluer l'avancement des actions mises en œuvre

2^{ème} exemple d'analyse dans la thématique « Parcours du patient »

Dans le cas ci-dessous, l'établissement a structuré l'analyse de la thématique en créant des blocs permettant de regrouper ses risques et ses plans d'action par critères du manuel de certification et rattachés à la thématique « Parcours du patient ».

The screenshot shows a web-based interface for analyzing risks and actions. At the top, there is a dropdown menu set to 'Parcours du patient' and two utility icons (print and help). Below this is a navigation bar with 'Données' and 'Analyse et plans d'actions'. A second bar contains a 'Bloc à afficher' dropdown, 'Tout plier' and 'Tout déplier' buttons, and a refresh icon. The main area displays a list of ten criteria, each with a play button icon:

- Critère 19b. Troubles de l'état nutritionnel
- Critère 23a. Education thérapeutique du patient (ETP)
- Critère 19c. Risque suicidaire
- Critère 18a. Continuité et coordination de la prise en charge des patients / 24a. Sortie du patient
- Critère 17b. Prise en charge somatique des patients
- Critère 16a. Dispositif d'accueil du patient
- Critère 17a. Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé
- Critère 18b. Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement
- Critère 27a. Activité de soins de suite et de réadaptation
- Critère 24a. Sortie du patient
- Critère 18a. Continuité et coordination de la prise en charge des patients



L'établissement a présenté l'analyse de la thématique en s'appuyant sur les critères du manuel de certification. Il a créé autant de blocs d'analyse que de critères associés à la thématique « Parcours du patient ». Cette structuration du compte qualité ne met pas en évidence les axes prioritaires de travail de l'établissement concernant le parcours du patient.

L'établissement a utilisé une échelle de mesure des risques différente de celle proposée par la HAS. Les risques identifiés sont en partie corrélés à des données cependant l'analyse de ces données est peu réalisée. Dans son compte qualité, l'établissement a fait le choix de présenter un nombre limité d'actions d'amélioration en lien avec les risques les plus critiques uniquement.

Les modalités de suivi de ces actions ne sont pas clairement identifiées dans le compte qualité et ne renvoient pas à des indicateurs ou évaluations.

Objectifs de visite

Faire un point avec les pilotes :



- ✓ sur le choix de ses priorités : « *Cette analyse par critère vous a-t-elle permis de mettre en évidence des priorités pour établir vos orientations stratégiques ?* »
- ✓ sur le choix des actions identifiées dans le compte qualité
- ✓ sur les modalités de suivi des actions d'amélioration décrites

5.4 Description des plans d'action

5.4.1 Présentation des résultats de l'analyse

Les plans d'actions décrits dans chaque thématique doivent être cohérents avec les risques identifiés. Il est attendu une description précise de chaque action d'amélioration: responsabilité, échéancier et modalités de suivi.

Le plan d'actions doit être suffisamment concret et opérationnel pour permettre aux professionnels de mener à bien les actions prévues.

Les modalités de suivi décrites doivent permettre d'apprécier l'atteinte de l'objectif. Il s'agit d'un élément essentiel de la description du plan d'actions. L'établissement peut alors être amené à identifier de nouveaux indicateurs ou évaluations à indiquer dans la partie Données de la thématique.

De plus, les actions concernant le suivi des décisions V2010 ainsi que les indicateurs diffusés publiquement ayant une classe de valeur C ou D, doivent être décrites.



Concernant la description des plans d'actions, il est à noter que dans la plupart des comptes qualité de l'échantillon analysé, des actions sont identifiées au regard des risques prioritaires de l'établissement. Dans un tiers des cas, les modalités de suivi des actions présentées sont non renseignées ou non adaptées. Elles ne permettent toujours de mesurer l'efficacité de l'action.

Les actions en lien avec les précédentes décisions de certification V2010 ne sont pas toujours visibles dans le compte qualité.

Les actions correspondantes au suivi des indicateurs Qualité et Sécurité des Soins de classe (obligatoires et diffusés publiquement) inférieurs à C sont dans la plupart des cas, bien décrites

5.4.2 Illustration au travers de cas concrets

1^{er} Exemple de plans d'action - Thématique « Management de la prise en charge au bloc opératoire »

Plans d'Action								Action finalisées ou abandonnées	
ID RISQUE	OBJECTIFS	ACTIONS D'AMÉLIORATION	RESPONSABLE	DÉBUT PRÉV.	DÉBUT RÉEL	ECH. PRÉV.	ECH. RÉELLE	MODALITÉ SUIVI	ETAT D'AVANCEMENT
R1; R2; R3; R4; R5 ...	Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au bloc opératoire	Évaluer la fiche de route du patient pris en charge en chirurgie ambulatoire et mettre en œuvre des actions d'amélioration si nécessaire		Décembre 2014	Décembre 2014	Avril 2015		Indicateurs : taux de présence et taux de complétude	En cours
R1; R2; R3; R4; R5 ...	Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au bloc opératoire	Procéder à une nouvelle évaluation de la checklist au bloc opératoire (générale, CIP et endoscopie)		Février 2015		Avril 2015		Indicateurs : taux de présence et taux de complétude	Non initié



L'établissement a présenté l'ensemble des risques possibles concernant cette thématique « Bloc opératoire ». L'établissement indique qu'il maîtrise totalement l'ensemble des risques identifiés (*Niveau de maîtrise = Niveau 1*). Il n'est pas clairement mis en évidence, les risques principaux de l'établissement sur cette thématique. L'ensemble des risques identifiés fait l'objet d'un ou plusieurs plans d'action. Les plans d'actions présentés ne sont pas spécifiques à un risque mais concernent la totalité des risques.

Les plans d'action sont correctement décrits et les modalités de suivi sont pertinentes. Cependant, l'établissement ne présente pas au niveau des données du compte qualité, les indicateurs ou les résultats d'évaluation lui permettant de suivre l'impact des actions mises en œuvre.

Objectifs de visite

Lors de la rencontre avec les pilotes de la thématique, il faudra faire un point :

- ✓ sur la façon dont l'ES a hiérarchisé ses risques et donc défini ses actions prioritaires
- ✓ sur l'état d'avancement des actions notamment celles dont l'échéance de fin correspond aux dates de la visite
- ✓ sur les modalités de suivi des actions d'amélioration définies



5.5 Thématique « Management de la Qualité et des Risques »

5.5.1 Rubrique « Engagement & Pilotage »

Dans la partie « Engagement de la direction et des instances décisionnaires », il est demandé à l'établissement de décrire ses axes stratégiques prioritaires et le dispositif de validation par les instances, notamment la CME. 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.

Dans la partie « Pilotage de la démarche », il s'agit de décrire l'organisation mise en place pour piloter la démarche qualité et gestion des risques (une description de la structure de pilotage, ses missions, le processus de décision, de motivation et de communication des décisions). L'établissement précise ici le positionnement du compte qualité dans le déploiement de sa démarche qualité et gestion des risques et notamment, l'articulation du Compte Qualité avec son PAQSS.

La dernière partie de cette rubrique concerne le « Management opérationnel de la démarche ». Il est attendu de la part de l'établissement qu'il décrive les structures dédiées à la mise en œuvre de la démarche (missions et responsabilités), l'articulation des structures dédiées à la mise en œuvre de la démarche, les modalités d'évaluation, de communication des résultats de leur action ainsi que les méthodes et outils utilisés.



Dans 50% des cas de l'échantillon analysé, cette rubrique est bien décrite et a permis de comprendre la structuration et la coordination de la démarche Qualité et Gestion des risques.

En revanche dans une seconde moitié des Comptes Qualité, les informations de cette rubrique sont peu complétées. Les aspects suivants ne sont pas toujours bien décrits :

- ✓ L'articulation entre les structures concernées par la mise en œuvre de la démarche
- ✓ Les modalités de communication des décisions et des résultats
- ✓ Les modalités d'évaluation des actions

L'articulation entre le PAQSS et le Compte Qualité n'est pas toujours mentionnée. Il n'est pas toujours fait mention de la façon dont les actions décrites dans le Compte Qualité sont mises en cohérence avec le PAQSS et inversement.

5.5.2 Rubrique « Analyse & Plan d'actions »



Dans cette première version du Compte Qualité, il n'est pas attendu de la part de l'établissement qu'il présente les risques spécifiques à la thématique « Management de la Qualité et des Risques ».

Pour cette thématique, il est demandé à l'établissement de décrire les actions prioritaires en cours ou planifiées. L'établissement devra s'appuyer sur les résultats des indicateurs et des évaluations présentés dans la partie « Données » de la thématique : il peut s'agir d'indicateurs nationaux (par exemple, des indicateurs du programme Hôpital Numérique), des résultats des décisions de la précédente certification, ou des résultats des évaluations internes réalisées.

Les plans d'actions prioritaires décrits par l'établissement dans cette partie doivent donc être cohérents avec les axes stratégiques de l'établissement et s'appuyer sur l'analyse des résultats des indicateurs et des évaluations.



Dans l'échantillon analysé, cette thématique a été abordée de façon très différente par les établissements de santé.

Au niveau des indicateurs nationaux et/ou régionaux, les établissements ont pour un grand nombre d'entre eux, présenté les résultats de quelques indicateurs Hôpital Numérique (principalement ceux concernant l'utilisation des tableaux de bord de pilotage).

Dans certains comptes qualité, les établissements ont fait le choix de présenter de très nombreux résultats d'évaluation internes. A travers ce choix, il apparait une volonté de valoriser l'ensemble des évaluations menées même si celles-ci ne contribuent pas directement à l'analyse de la thématique ou au suivi des actions décrites.

Cependant, dans la plupart des CQ de l'échantillon analysé, les actions présentées ne s'appuient pas sur l'exploitation des données présentées ou bien faute d'analyse des résultats le lien entre les données et le plan d'actions n'est pas clair.

Il n'existe pas toujours une cohérence entre les actions décrites dans la thématique « Management Qualité et Risques » et les orientations stratégiques de l'établissement

5.5.3 Illustration au travers de cas concrets

Sont présentés ci-dessous 2 exemples d'analyse de la thématique « Management de la Qualité et des Risques » réalisées par 2 établissements différents.

Pour chaque exemple, est présentée l'analyse réalisée dans le cadre de la préparation de la visite ainsi que les objectifs de visite établis par l'équipe d'experts-visiteurs.

1^{er} exemple

Plans d'Action		Actions finalisées ou abandonnées							
OBJECTIFS	ACTIONS D'AMÉLIORATION	RESPONSABLE	DÉBUT PRÉV.	DÉBUT RÉEL	ECH. PRÉV.	ECH. RÉELLE	MODALITÉ SUIVI	ETAT D'AVANCEMENT	
Instaurer une culture du signalement via GERIMED et le suivi des actions d'amélioration	Sensibiliser les équipes paramédicales et médicales au signalement en systématique d'un événement indésirable	Coordonnateur des risques médicaux / DSSI / RAQ - GdR / RSMQ	Avril 2014	Avril 2014	Décembre 2015		Suivi en COVIR / Indicateur de suivi : Nombre de signalement d'événements indésirables	En cours	
Instaurer une culture du signalement via GERIMED et le suivi des actions d'amélioration	Structurer et pérenniser une réunion de commission de maîtrise d'événements indésirables toutes les semaines	RAQ - GdR	Mai 2014	Juin 2014	Décembre 2015		Suivi en COVIR / Indicateur de suivi: nombre de réunion de CMEI	En cours	
Consolider le retour d'expérience via les RMM, ACRES et le suivi des actions d'amélioration.	Instaurer en systématique des analyses de type RMM ou ACRES	Coordonnateur des risques médicaux / RAQ - GdR / RSMQ	Janvier 2015	Janvier 2015	Décembre 2015		Suivi en COVIR / Indicateur de suivi: nombre d'analyses approfondies réalisées	En cours	
Piloter la démarche de maîtrise des risques	Réaliser une revue de Direction tous les ans à travers la mise à jour du compte qualité (cartographie des risques, indicateurs, évaluations et plan d'actions)	RAQ GDR + Pilotes de thématiques	Décembre 2014	Décembre 2014	Décembre 2015		Indicateur de suivi : Nombre de réunion revue de Direction	Non initié	
Veiller à l'actualisation de l'évaluation des risques a priori et à la mise en place des barrières	Réaliser une simulation plan blanc	RAQ GdR + DTS	Mars 2015	Mars 2015	Avril 2015		Suivi en COVIR / Exercice plan blanc réalisé	Non initié	



Dans la rubrique Engagement et Pilotage, l'établissement a décrit de façon exhaustive son fonctionnement et la manière dont il a travaillé sur le compte qualité. On ne retrouve pas clairement de cohérence entre les axes de la politique qualité et les actions identifiées comme prioritaires par l'ES dans la thématique « Management de la Qualité et des Risques » du compte qualité. On ne peut donc pas déduire que la stratégie de l'établissement est bien fondée sur une analyse de ses missions, risques et besoins.

L'établissement a présenté dans cette rubrique les données contribuant à l'analyse de la thématique. Les indicateurs « Hôpital Numérique » en lien avec cette thématique sont présentés. Cependant l'ES n'analyse pas les données présentées.

Les plans d'action sont correctement décrits et des modalités de suivi sont indiquées et sont en lien avec les données présentées. La plupart des échéances sont relativement proches de la visite.

Objectifs de visite



- ✓ Apprécier comment l'analyse du Compte Qualité a servi à l'établissement pour établir sa stratégie
- ✓ Evaluer la déclinaison opérationnelle de la politique
- ✓ Faire un point sur l'avancement des actions afin d'évaluer l'effectivité de la réalisation des actions prioritaires

2ème Exemple

Dans ce deuxième exemple, l'établissement a choisi de structurer son analyse en 3 parties :

- ✓ L'implication des usagers,
- ✓ L'évaluation des pratiques professionnelles,
- ✓ Le management de la qualité et des risques.

Des actions sont décrites dans chaque « bloc d'analyse ».

Le bloc intitulé « Management de la Qualité et des risques » présente les actions suivantes :

MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DES RISQUES									
Plans d'Action								Actions finalisées ou abandonnées	
OBJECTIFS	ACTIONS D'AMÉLIORATION	RESPONSABLE	DÉBUT PRÉV.	DÉBUT RÉEL	ECH. PRÉV.	ECH. RÉELLE	MODALITÉ SUIVI	ETAT D'AVANCEMENT	
Renforcer l'approche globale de la gestion des risques au sein de l'établissement	Développer la gestion des risques aux activités de soutien	Coordinatrice gestion des risques (CGDR)	Août 2014	Août 2014	Décembre 2015		Analyses de risques formalisées dans les activités de soutien	En cours	
Renforcer la lisibilité des actions engagées et réalisées en matière qualité/gestion des risques	Réaliser un bilan d'activité du dispositif managérial qualité/sécurité des soins	CGDR	Janvier 2015	Février 2015	Jun 2015		Bilan d'activité réalisé et diffusé	En cours	
Développer la culture Qualité/risques auprès des professionnels	Proposer d'autres approches et outils de sensibilisation de la culture des soins (ex: chambre des erreurs)	CGDR	Mai 2014	Septembre 2014	Décembre 2015		Bilan d'activité 2015	En cours	
Optimiser la gestion des risques a priori	Renforcer les actions du Coviris autour des événements indésirables récurrents (chute, agression)	Gestionnaire des risques	Septembre 2014	Novembre 2014	Décembre 2015		Bilan d'activité 2015	En cours	
Optimiser la gestion des risques a priori	Mettre en place des analyses approfondies autour des erreurs liées au circuit du médicament	GDR+RQMPECM	Jun 2014	Décembre 2014	Décembre 2015		Nombre d'analyse réalisées	En cours	
Optimiser la gestion des risques a priori	Effectuer un exercice de gestion de crise 1x/tous les 2 ans dans un domaine peu rencontré	Gestionnaire des risques	Mai 2015		Décembre 2015		CR de l'exercice réalisé	Non initié	



L'établissement présente les moyens et ressources engagés dans la démarche qualité. Le volet Qualité et gestion des risques de la politique qualité indique 6 axes de travail. Les actions présentées dans le Compte Qualité sont cohérentes avec les orientations de la politique Qualité. Dans la rubrique « Données », l'établissement a présenté un certain nombre de données dont certaines ne concernent pas directement la thématique. Un indicateur « Hôpital Numérique » en lien avec cette thématique est présenté. L'établissement a corrélé la plupart des données à ses actions mais il n'a pas décrit dans son compte qualité l'analyse des résultats des indicateurs et/ou évaluations, ce qui ne permet pas de comprendre le lien qu'il fait avec ses plans d'actions.

Les plans d'action sont correctement décrits à l'exception de certaines modalités de suivi qui ne décrivent pas des modalités d'évaluation permettant de mesurer l'efficacité des actions mises en œuvre.

Objectifs de visite



- ✓ Comment l'établissement a-t-il réalisé la priorisation de ses actions au niveau de cette thématique ?
- ✓ Quels sont les indicateurs permettant à l'ES de suivre les actions définies dans cette thématique ?

5.6 Impacts de l'analyse du Compte Qualité sur la stratégie de visite

Suite à l'analyse des Comptes Qualité, la HAS transmet un certain nombre d'informations permettant aux équipes d'experts-visiteurs de préparer la visite de certification et de définir des objectifs de visite.

De façon globale, la HAS transmet une appréciation méthodologique sur la façon dont l'établissement a complété son Compte Qualité (Mobilisation des indicateurs et/ou évaluations dans l'analyse des thématiques, Identification des risques, Description des plans d'action).

Puis pour les thématiques pour lesquelles des données externes le justifient (issues de l'analyse de la fiche interface HAS/ARS, des rapports d'inspection...), la HAS transmet ces informations aux experts visiteurs afin qu'ils les utilisent pour personnaliser leurs investigations, tant en termes de questionnements que de choix des terrains de vérification.

L'analyse qualitative réalisée sur un échantillon de 50 Comptes Qualité a mis en évidence que les informations transmises par la HAS aux experts visiteurs concernaient principalement les points suivants :

- ✓ Le manque de données mobilisées dans l'analyse de la thématique
- ✓ Les risques critiques et peu maîtrisés n'ayant pas de plan d'action associé
- ✓ Un manque de visibilité dans la priorisation des risques à traiter
- ✓ Le suivi d'une précédente décision de certification non réalisé
- ✓ Le suivi d'un indicateur IQSS (obligatoire et diffusé publiquement) de classe inférieure à C, non réalisé

Dans l'échantillon de Comptes Qualité analysés, la confrontation entre l'analyse des données externes et le Compte Qualité a entraîné l'ajout d'une thématique au périmètre de visite dans 14% des cas.

Les thématiques ajoutées sont les suivantes :

- ✓ Management stratégique et gouvernance
- ✓ Gestion du système d'information
- ✓ Qualité de vie au travail
- ✓ Prise en charge de la douleur

6. Synthèse & Perspectives

Le compte qualité est le nouvel outil mis à disposition des établissements de santé pour le suivi longitudinal de leur dispositif de gestion des risques. Cet outil a tout d'abord été déployé durant l'année 2014 dans un format « papier ». Ce format a permis dans un premier temps, une restitution statique du compte qualité par les établissements, mais n'a pas permis aux établissements de disposer de toutes les potentialités du compte qualité.

Fin 2014, la version informatisée du Compte Qualité a été déployée. L'idée générale ayant guidé la conception du logiciel Compte Qualité a été d'offrir aux établissements un outil d'aide à l'analyse des thématiques et au pilotage de leur programme d'actions.

C'est dans cette phase d'apprentissage et de prise en main de l'outil par les établissements de santé, que cette première analyse a été menée. Par ailleurs, certains établissements avaient initié leur compte qualité dans le format « papier » et la transposition de ce travail dans un outil dynamique a été une difficulté. Ces éléments sont donc à prendre en compte dans l'interprétation des résultats présentés dans ce document.

Dans ce contexte, l'analyse des premiers comptes qualité démontre tout d'abord que la méthodologie d'analyse des thématiques fondée sur l'identification et l'évaluation des risques convient aux établissements. Quelle que soit la thématique, l'approche par les risques a été utilisée par les établissements et leur a permis de construire un plan d'actions cohérent.

Cependant, l'analyse réalisée sur les 100 premiers comptes qualité fait apparaître qu'un certain nombre de points doit être renforcé et ceci afin que le compte qualité puisse devenir un outil opérationnel et favorisant l'action au sein des établissements de santé.

- 1- Le premier point concerne **la partie relative aux données**. Pour conduire l'action, il est essentiel de disposer d'indicateurs. Pour chaque thématique, l'établissement doit donc définir les indicateurs utiles, pertinents, simples et compréhensibles qui l'aideront à atteindre les objectifs définis. L'ensemble des données mobilisées dans le compte qualité doit donc être pensé comme un véritable 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, et par les différents acteurs de l'établissement pour suivre les actions mises en œuvre.
- 2- Le second point mis en évidence par ce premier échantillon de comptes qualité, concerne **l'analyse des résultats**. La plupart des établissements ont très peu expliqué les résultats de leurs indicateurs ou de leurs évaluations. Cela est notamment lié au fait que le format « papier » pouvait inciter les établissements à élaborer une synthèse globale sur la thématique plutôt qu'une analyse critique des résultats de leurs indicateurs ou de leurs évaluations. Même s'il n'est pas attendu de la part de l'établissement qu'il analyse un à un l'ensemble des résultats, il est important de rappeler l'objectif de cette analyse. Il s'agit pour l'établissement de « faire parler ses données ».

Cette analyse fait le lien entre les risques identifiés et les actions d'amélioration décrites. Au travers de l'évaluation de ses risques et l'interprétation des résultats de ses indicateurs, l'établissement peut identifier dans son compte qualité un plan d'action pertinent et créer ainsi un intérêt à agir pour les professionnels de l'établissement.

- 3- L'analyse des premiers comptes qualité démontre que **l'approche par les risques** est plutôt acquise dans les établissements de santé. Deux messages méritent toutefois d'être renforcés. En s'appuyant sur l'identification des risques, le compte qualité doit permettre non seulement de définir les actions d'amélioration prioritaires mais également, de valoriser ce qui est bien fait dans l'établissement. Au travers de l'évaluation du niveau de maîtrise d'un risque, le compte qualité permet de valoriser le dispositif mis en place pour gérer et réduire ce risque. D'autre part, les risques identifiés dans les premiers comptes qualité portent essentiellement sur des éléments très opérationnels et en lien direct avec la prise en charge du patient. Dans la majorité des cas, les établissements n'ont pas identifié de risques et donc d'actions d'amélioration, portant sur le système de management mis en place pour sécuriser la thématique. L'identification de ces risques plus organisationnels permettra à l'établissement d'améliorer le pilotage du processus. Sur ce champ, l'exploitation du rapport de certification rédigé sous la forme du « PDCA » constituera une bonne incitation à travailler sur les aspects « système ».

- 4- **Les plans d'action** définis par les établissements dans ces premiers comptes qualité sont en général cohérents avec les risques identifiés. Cependant afin que ces plans d'actions deviennent davantage opérationnels, la description des actions est essentielle. Le plan d'action ne doit pas être trop macroscopique (car dans ce cas le délai de réalisation risque de ne pas être maîtrisé) ni trop détaillé (car cela peut être facteur de démobilisation des acteurs responsables de l'action). D'autre part, les modalités de suivi des actions doivent permettre de mesurer le résultat de l'action et doivent donc être intégrées comme des données contribuant à l'analyse de la thématique.

Un dernier élément mis en évidence par cette analyse des 100 premiers comptes qualité, concerne la thématique « *Management de la Qualité et des Risques* ». Les établissements ont abordé cette thématique de façon très différente. Les rubriques dédiées à la description de l'engagement de la gouvernance de l'établissement ainsi qu'au pilotage de la démarche qualité, mériteraient d'être davantage structurées afin notamment que puisse apparaître le lien entre le Compte Qualité et le PAQSS. Les indicateurs et évaluations permettant d'évaluer le système de management de la qualité et des risques sont également à développer.

La prise en compte de ces éléments permettra aux établissements de disposer d'un Compte Qualité qui répondra aux 2 questions suivantes : « Pourquoi les actions identifiées sont-elles prioritaires pour l'établissement ? » et « Comment l'établissement s'engage à améliorer la qualité et la sécurité des soins ? ».

