



# REQUA

**Retour d'expérience – Certification V2014  
Octobre 2017 - Besançon**

**HAS**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

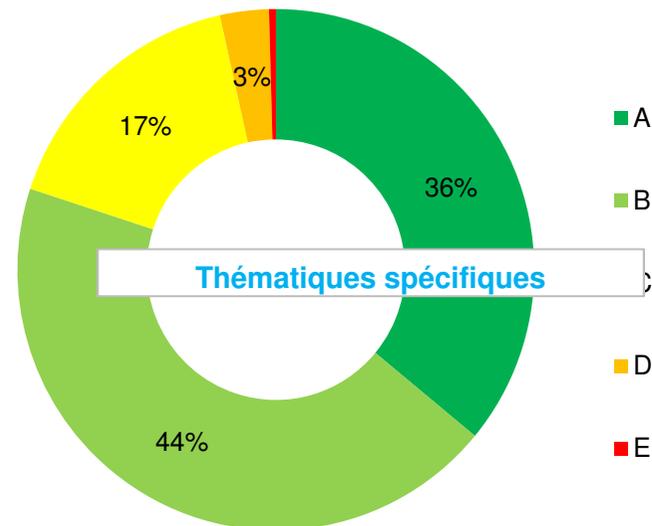


# Bilan de la V2014

**Quels sont les enseignements à tirer  
des rapports de certification ?**

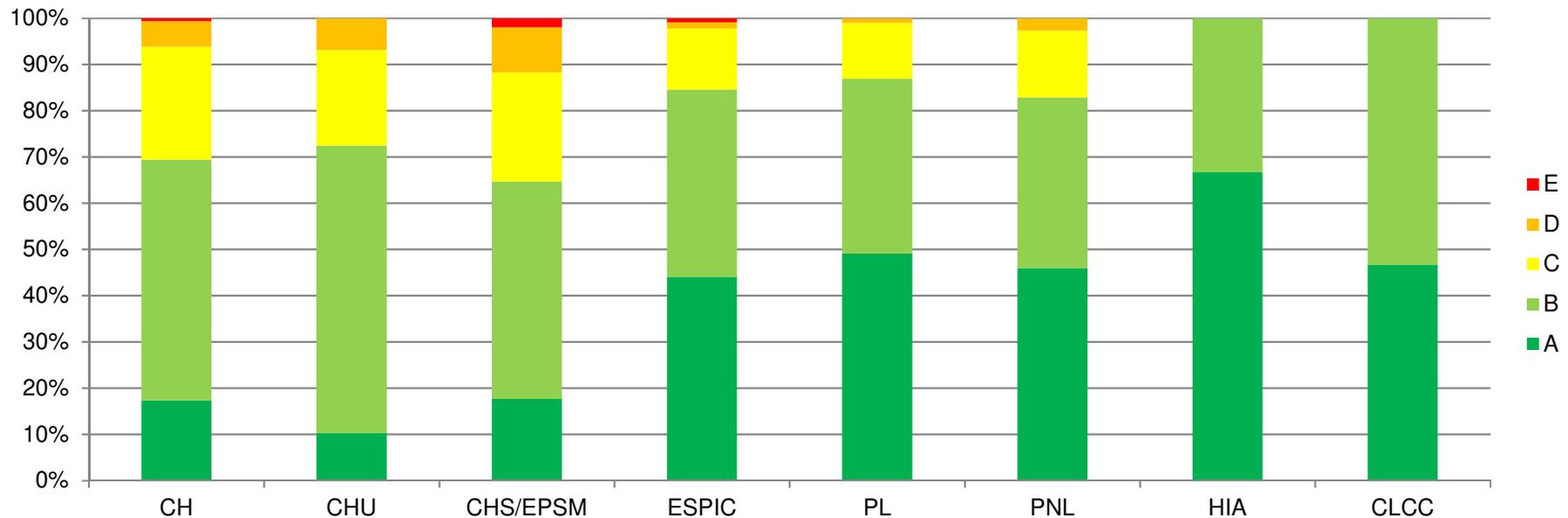
# Résultats V2014 pour 1281 établissements

- Au 19 septembre 2017, la HAS a pris:
  - 1377 décisions suite à visite initiale et
  - 168 décisions suite à mesure de suivi,
- Ce qui permet d'établir la photographie suivante :



# Lien entre niveau de certification et typologie d'établissement

- Analyse des 1377 établissements ayant une décision V2014 :
  - Lien entre typologie d'établissement et résultats de certification

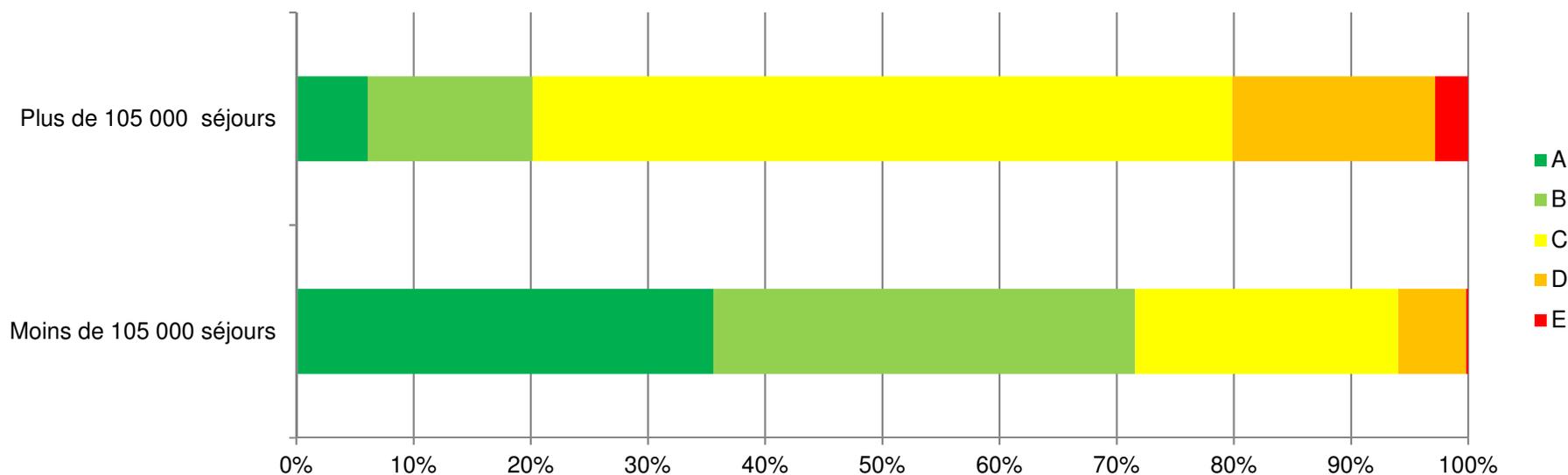


Différences qui s'expliquent notamment par les caractéristiques intrinsèques aux activités réalisées par chaque établissement :

- les ES mono PEC et mono-site bénéficient de résultats plus positifs
- les ES de taille plus importante, réalisant plusieurs types d'activité et de prise en charge (+ secteurs à risques) font l'objet de résultats moins favorables

# Le volume d'activité est une variable explicative du niveau de certification

- Les établissements comptabilisant **105.000 séjours ou moins** sont, significativement, plus souvent **certifiés A, B ou C** (après visite initiale) que les établissements comptabilisant plus de 105.000 séjours
  - p-valeur < 0,1% par test de Student et test du Chi<sup>2</sup>
  - Corrélé à la diversité du case-mix

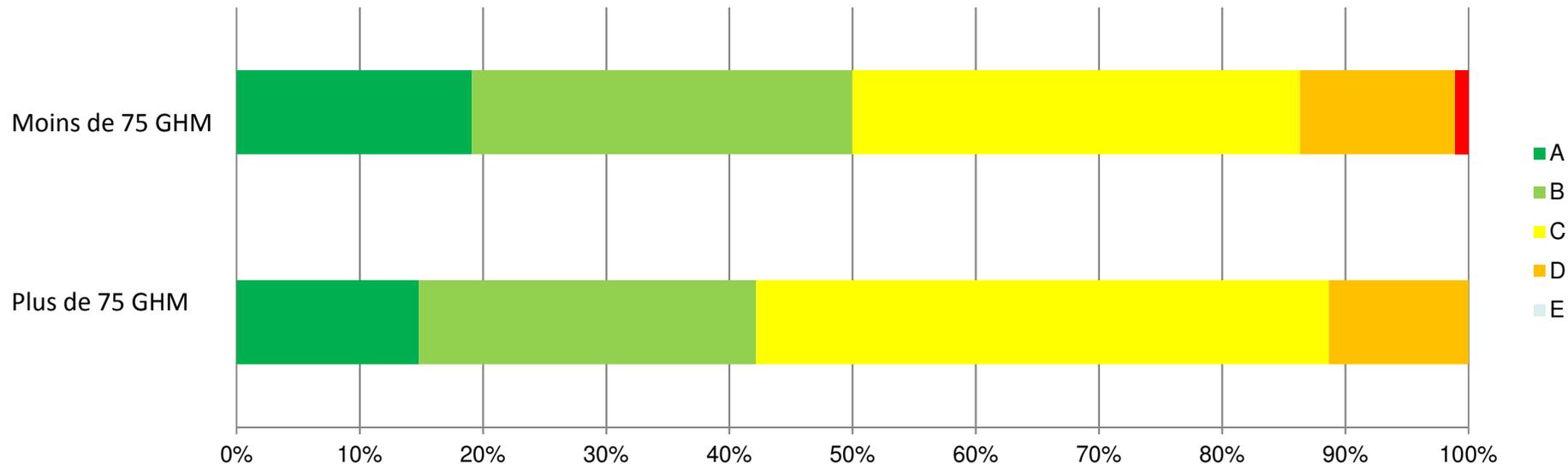


Les données portent sur 1070 résultats de visite initiale

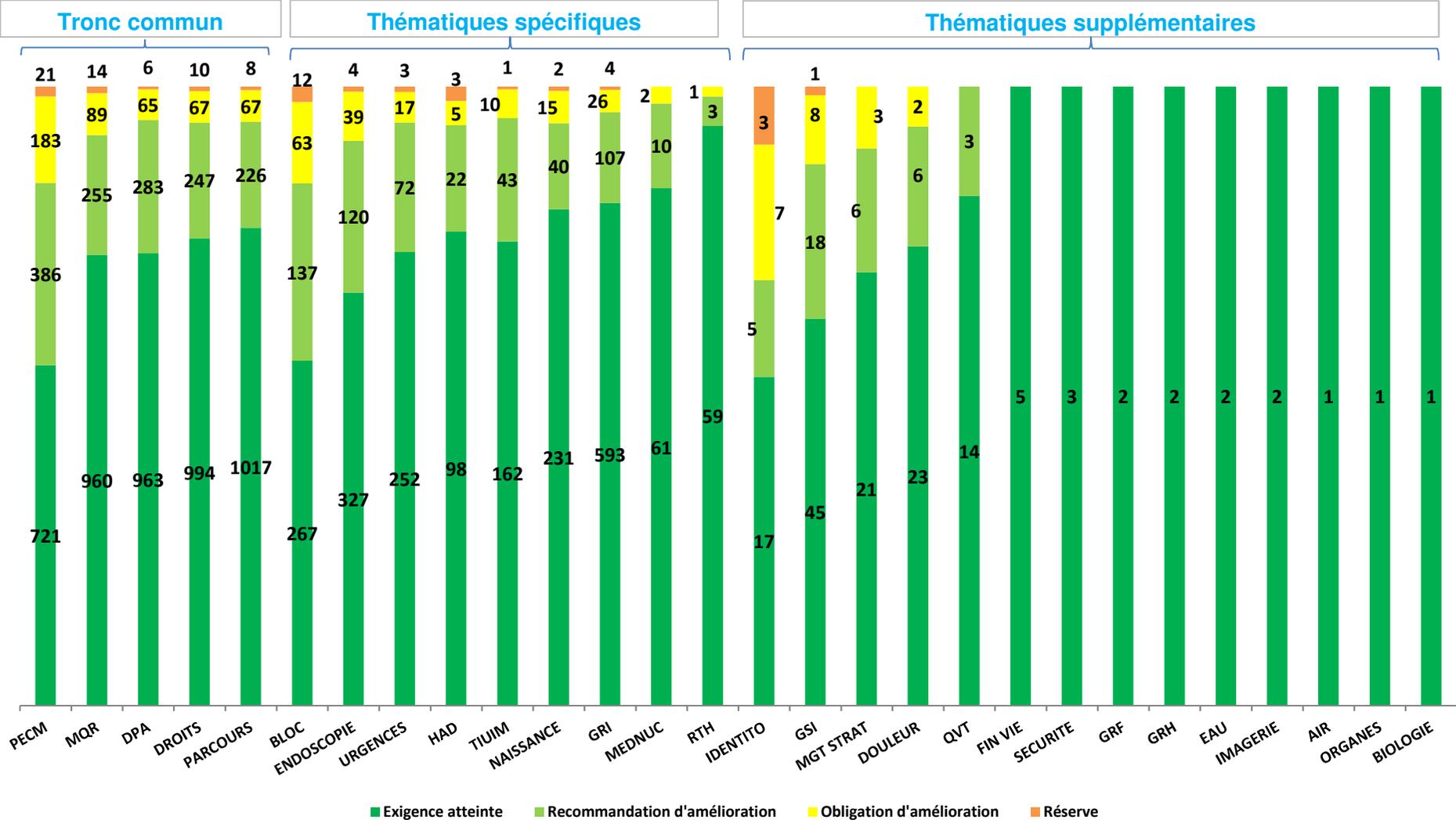
# Il existe un lien niveau de certification et la diversité du case-mix

- Les établissements pour lesquels **75 racines GHM ou moins** regroupent plus de 80% des séjours sont, significativement, **plus souvent certifiés A, B ou C** (après visite initiale) que les ceux pour lesquels davantage de racines GHM sont nécessaires pour regrouper 80% des séjours

— p-valeur < 0,1% par test de Student et test du Chi<sup>2</sup>



# Répartition des avis par thématique



# Analyse systémique des résultats

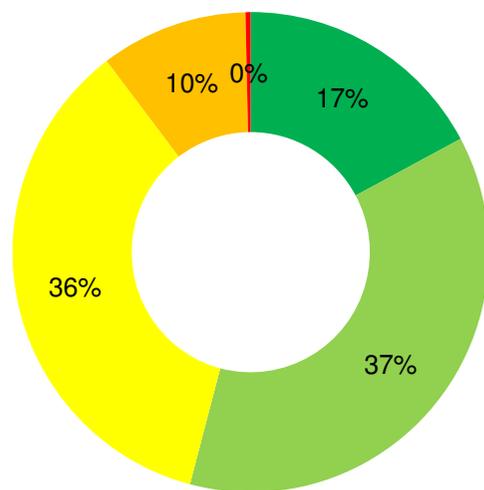
---

- Principaux points faibles sur l'ensemble des processus
  1. Non respect, par les professionnels, des règles de bonnes pratiques ou organisation prévue
  2. Absence d'objectif institutionnel d'amélioration fondé sur une analyse des risques propres à l'établissement et sa déclinaison en actions
  3. Défaut de structuration d'une organisation visant à atteindre les objectifs fixés

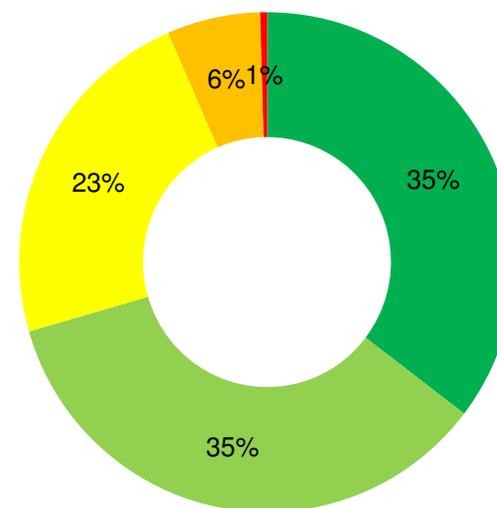
# Comparatif V2010/V2014

- Comparatif V2010 / V2014 (résultats de visites initiales) :
  - Echantillon : après 30 mois de déploiement de la V2010 (1170 établissements) et de la V2014 (1377 établissements)

V2010



V2014



- Les résultats V2014 confirment sur l'échantillon :
  - Mouvement d'amélioration progressive et continue de ces ES



# **Bilan de la V2014**

## **Focus sur la thématique**

### **« Management de la qualité et des risques »**

## Les critères de la thématique « Management de la qualité et des risques »

- Une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (1e), promouvant la culture qualité et sécurité (1g) et déclinée dans un programme d'action (8a)
- Pilotage et suivi de la démarche : coordination de la gestion des risques associés aux soins (8b) et suivi et l'évaluation par des indicateurs, des tableaux de bord et de pilotage (2e)
- Le développement des EPP (1f, 28a, 28b, 28c)
- L'implication des usagers (2b, 9a, 9b)
- La gestion des risques a priori (8d) et a posteriori (8f)
- Les vigilances (8i), dont l'hémovigilance (8j)
- La gestion de crise (8e)
- La gestion documentaire (5c)
- Le respect des obligations légales et réglementaires (8c)

# L'objectif de la thématique « Management de la qualité et des risques »

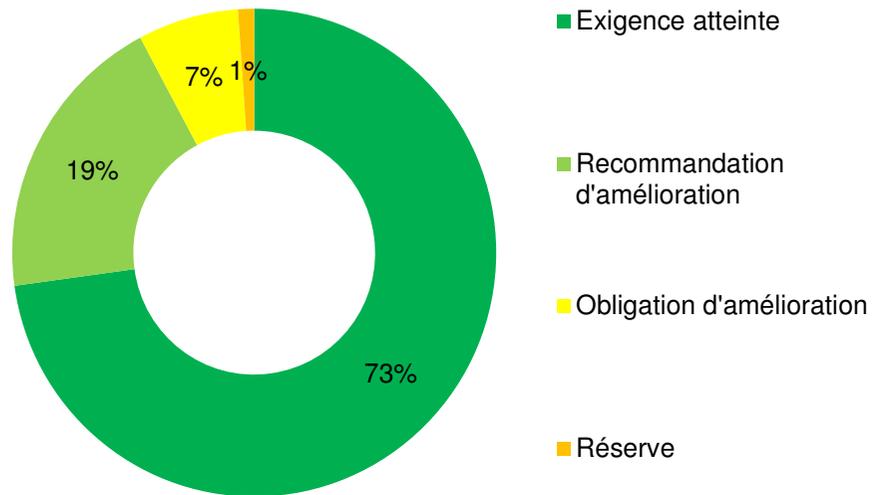
## En V2010 : Mise en œuvre

- Consolidation des articulations et interfaces entre les organisations de la qualité et de la gestion des risques
- Mise en œuvre des dispositifs d'évaluations : EPP, IPC, IQSS, Indicateurs internes, etc.

## En V2014 : Evaluation

- Exploitation des résultats produits par ces organisations.
- Identification des risques
- Hiérarchisation des risques pour identifier les risques prioritaires
- Construction de plan d'actions sur les risques prioritaires qui doivent permettre sur le court, moyen et long terme d'augmenter la maîtrise du risque
- Mise en place de modalité de suivi qui doivent permettre d'évaluer l'efficacité de l'action

# Décisions V2014 après visite initiale

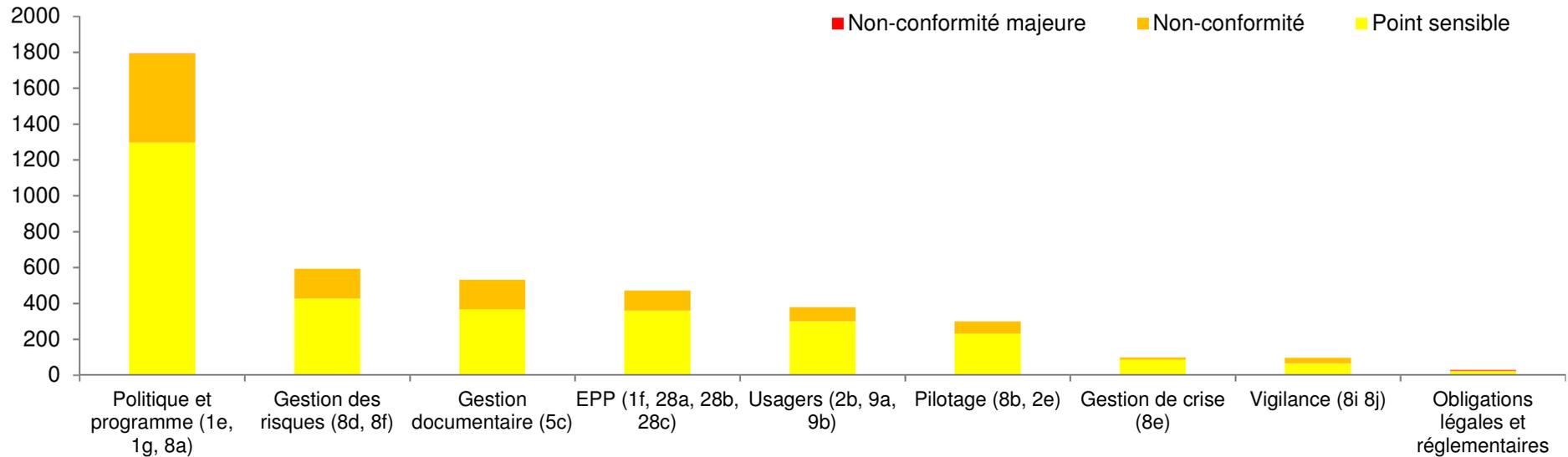


Deuxième thématique la plus créatrice de décision après la prise en charge médicamenteuse :

- 14 réserves
- 89 obligations d'améliorations
- 255 recommandations d'amélioration



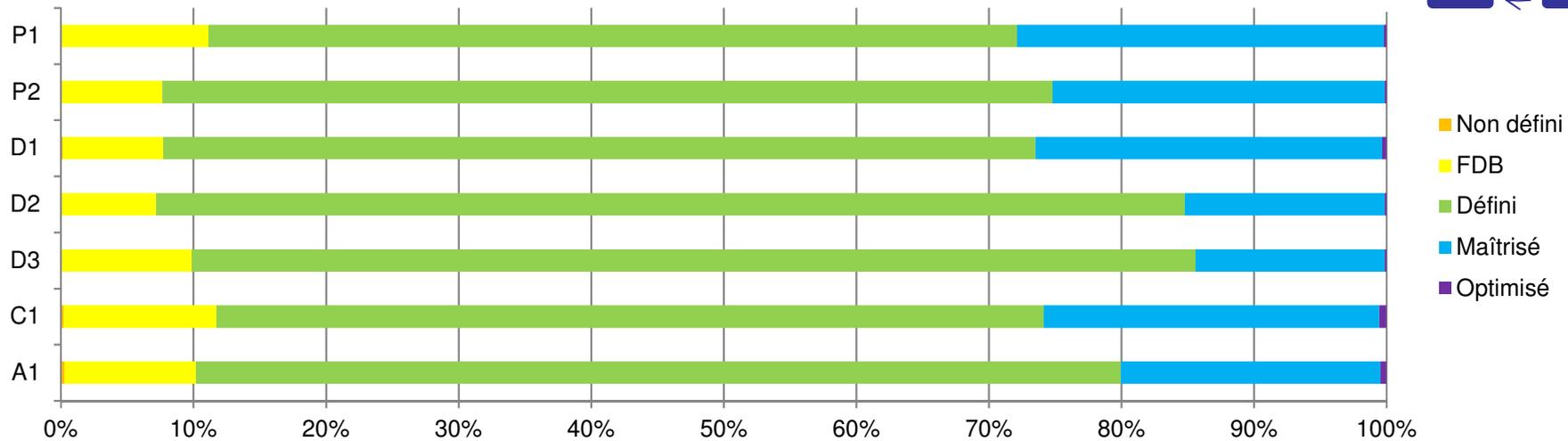
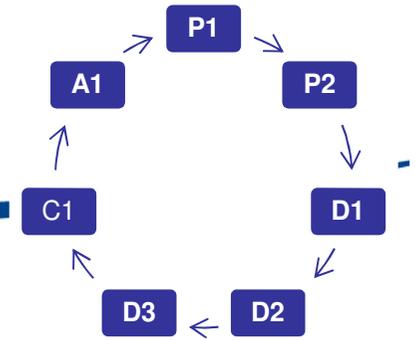
# Les critères les plus impactés par les écarts



**La définition d'une politique déclinée dans un programme d'action restent le plus souvent visés par des écarts**



# Les résultats du PDCA



- La très grande majorité des établissements atteint l'attendu de la HAS
- Ces résultats confirment la difficulté des ES à :
  - définir des stratégie d'amélioration déclinée dans des programmes d'action (P1)
  - à évaluer l'atteinte de ces objectifs (C1) et à en fixer de nouveau (A1)
- *A contrario*, ces résultats confirment la consolidation des acquis de la V2010 dans :
  - la mise en place des organisations (P2)
  - la mobilisation des équipes de terrain (D1)



# Merci de votre attention