

A thick, dark blue wave-like graphic element that curves across the top of the page.  
A light blue L-shaped graphic element that frames the top-left corner of the 'Compte Qualité' title.

# Compte Qualité

*Illustrations  
pour le remplissage de la partie II du compte qualité  
« Engagements de l'établissement dans une démarche  
de management de la qualité et des risques »*

## Avertissement

Les illustrations présentées dans ce document ont vocation à guider l'établissement dans l'élaboration de son compte qualité au regard des attendus de la Haute Autorité de santé.

Ces illustrations ne sont ni exhaustives, ni limitatives.

Issues de différents comptes qualité exploités dans le cadre de l'expérimentation conduite par la HAS au second semestre 2013, elles ne font pas de lien entre les différentes rubriques de la partie II du compte qualité ici présentée.

En revanche, dans une même rubrique, les données sont analysées de manière cohérente (*cf illustrations n°5*).

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Illustration n°1 : Engagement dans une démarche de management de la qualité et des risques .....   | 4  |
| Illustration n°2 : Engagement dans l'élaboration du compte qualité .....                           | 5  |
| Illustrations n°3 : Description du pilotage de la démarche qualité et gestion des risques .....    | 6  |
| Exemple 1 : .....  | 6  |
| Exemple 2 : .....  | 7  |
| Illustrations n°4 : Description du pilotage de la démarche qualité et gestion des risques .....    | 9  |
| Exemple 3 : .....  | 9  |
| Exemple 4 : .....  | 11 |
| Exemple 5 : .....  | 12 |
| Illustrations n°5 : Résultats d'évaluation et indicateurs, analyse des résultats et plans d'action | 14 |
| Exemple 6 : .....  | 14 |
| Exemple 7 : .....  | 16 |

## Illustration n°1 : Engagement dans une démarche de management de la qualité et des risques

---

Le projet d'établissement 2013-2018 définit les orientations stratégiques qui fondent la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Ces orientations ont été arrêtées par le comité de pilotage du projet d'établissement qui réunit le directeur, le président de la CME, les chefs de pôles, les cadres supérieurs et l'équipe de direction.

Le projet d'établissement 2013-2018 a été adopté par les instances en avril 2013 (Commission Médicale d'Etablissement, Commission des Soins, Commission des Relations avec les Usagers, Comité Technique d'Etablissement, Conseil de Surveillance). Il a été présenté à tous les cadres soignants, logistiques, administratifs et techniques du Centre Hospitalier.

L'établissement a décidé de placer dans son projet 2013-2018 la sécurité comme enjeu managérial essentiel, partagé par tous les acteurs et porté par une logique de résultats et de gestion de projets.

Pour soutenir cette politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le directeur et le président de CME ont cosigné un acte d'engagement dans la démarche qualité dès 2008.

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins constitue une priorité institutionnelle et managériale. Le développement de la culture qualité et sécurité des soins est le fil conducteur des projets. Il se traduit par un engagement constant, individuel et collectif des professionnels. Cet engagement est contractualisé dans l'un des outils de gouvernance : le volet qualité des contrats de pôle.

Les différentes instances et sous-commissions de la CME, les vigilants et experts du CH sont consultés et agissent en complémentarité, dans leurs domaines de compétence.

Le projet médical et de prise en charge des patients, socle du projet d'établissement 2013-2018, s'organise autour de 7 axes :

- La prise en charge des admissions non programmées.
- L'organisation des activités médicales polyvalentes.
- L'organisation des prises en charge gériatriques.
- Le développement des alternatives à l'hospitalisation.
- Le développement des prises en charge carcinologiques.
- Le renforcement de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- La reconnaissance du patient comme partenaire de sa prise en charge.

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins s'appuie sur :

- La rénovation du système de management de la qualité des soins (gouvernance, contractualisation interne, formation, communication, gestion documentaire).
- L'informatisation du dossier patient.
- L'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse par la promotion du bon usage, la sécurisation de la prescription, de la dispensation et de l'administration, le développement de l'analyse et du conseil pharmaceutique et la fiabilisation de la continuité ville/hôpital.
- Le renforcement de la maîtrise des risques associés aux soins, par le développement de l'implication des professionnels dans la gestion des risques, le développement de la déclaration des événements indésirables, le renforcement de la lutte contre les infections nosocomiales, et la prévention des incidents iatrogènes (chutes, escarres)
- Le développement de l'analyse des pratiques professionnelles, par la mise en place de dispositif d'analyse de la morbidité-mortalité dans tous les services cliniques, en adaptant l'organisation et la valorisation des démarches d'APP dans le contexte de la mise en place du DPC

- L'accompagnement de la démarche d'optimisation du fonctionnement hospitalier, par le développement des approches « parcours/patients », une réflexion sur la pertinence des soins et l'optimisation de l'organisation de la sortie du patient hospitalisé
- Le développement d'une culture de bienveillance, centrée sur le patient partenaire, et qui s'intéresse notamment à l'information et au consentement, aux soins palliatifs, à la prise en charge de la douleur, à l'éducation thérapeutique
- Le renforcement de la participation des usagers et de leurs représentants à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

La direction confirme également son engagement au travers des ressources allouées. L'effectif du service qualité et gestion des risques a d'ailleurs été renforcé en 2012 et un poste de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins a été créé.

## Illustration n°2 : Engagement dans l'élaboration du compte qualité

---

Le Centre Hospitalier s'engage à élaborer et à mettre régulièrement à jour le compte qualité, comme outil de dialogue avec la Haute Autorité de santé.

L'élaboration et la mise à jour du compte qualité sont assurées par la Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité (DURQ).

La direction et les instances décisionnaires valident le compte qualité et certifient l'exactitude des données et des informations communiquées tant sur les résultats que sur l'association des professionnels et des usagers.

## Illustration n°3 : Description du pilotage de la démarche qualité et gestion des risques

### Exemple 1 :

Le pilotage de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge est assuré par un *Comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques*.

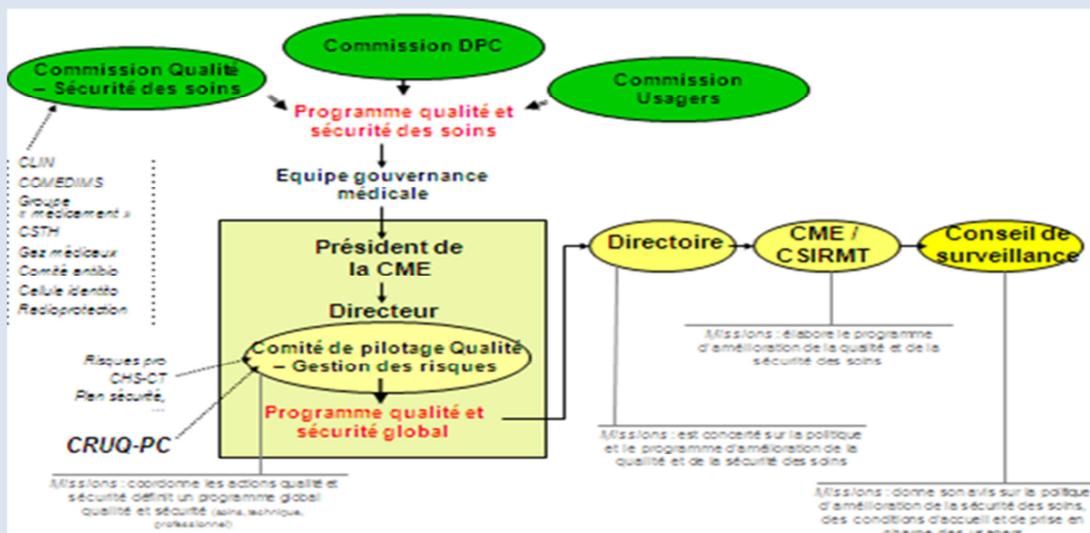
Il est composé :

- du directeur ;
- du président de la CME, également président de la Commission Développement Professionnel Continu (DPC) ;
- de la vice-présidente de la CME, également présidente de la Commission Qualité-Sécurité des Soins (CQSS) ;
- d'un médecin anesthésiste réanimateur ;
- de la coordinatrice générale des soins ;
- du directeur des finances et du système d'information ;
- de la directrice de la politique médicale ;
- de la directrice des affaires juridiques, usagers, qualité, communication, également présidente de la Commission Usagers ;
- du directeur des achats, également président du CHSCT ;
- et de l'ensemble de la direction de la qualité et de la gestion des risques.

Les missions du *Comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques* sont d'orienter et piloter la politique qualité. Il est chargé d'impulser la dynamique, de valider la démarche et de définir la stratégie et le programme d'actions qui en découle. Il est l'organe stratégique et décisionnel de la démarche.

Il se réunit mensuellement, selon un planning défini semestriellement. L'ordre du jour et les dossiers sont préparés par la direction de la qualité, qui en assure également l'animation.

Le Comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques assure le pilotage global de la démarche, il dispose donc d'une vision globale de la démarche sur le CH, selon le schéma ci-dessous :



Les travaux du Comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques sont « alimentés » par les diverses commissions en place pour élaborer le « programme qualité et sécurité global ». Cela permet de coordonner et prioriser les actions d'amélioration à engager.

Ce programme est ensuite présenté au directoire, en CME, en CSIRMT puis au conseil de surveillance.

**Concernant la gestion du compte qualité**, la direction de la qualité coordonne la gestion et l'animation du compte qualité. Elle informe et forme les professionnels à l'analyse des thématiques de la certification. Des pilotes et contributeurs sont nommés dans l'ensemble des secteurs. L'étude des thématiques est réalisée par des équipes pluridisciplinaires

Les travaux sont présentés auprès de la Commission Qualité- Sécurité des Soins et validés par le *Comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques*. Une actualisation annuelle est effectuée. Le document est accessible aux professionnels par la gestion documentaire.

Le compte qualité a été présenté pour avis au directoire, en CME, en CSIRMT puis au conseil de surveillance.

## Exemple 2 :

Depuis juillet 2013, le pilotage de la démarche est assuré par un *Comité de Direction Management qualité et gestion des risques* composé de onze membres :

- le président de la Conférence Médicale d'Établissement,
- un membre du Conseil d'Administration (CA)
- le directeur général,
- la secrétaire générale,
- la directrice des ressources humaines,
- la directrice des soins,
- le pharmacien gérant,
- le directeur du département de valorisation médico-économique,
- le directeur du système d'information,
- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins,
- la responsable qualité et gestion des risques.

Le *Comité de Direction Management qualité et gestion des risques* a pour missions :

- d'arrêter les axes prioritaires de la politique qualité et gestion des risques,
- de valider les projets et les actions à conduire dans le cadre programme d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques. Ces choix et arbitrages tiennent compte à la fois : du projet d'établissement, du contrat d'objectifs et de moyens, des projets des différentes directions et instances, du rapport de certification, des résultats des audits et évaluations internes, des comptes rendus des inspections et audits externes, des textes réglementaires.
- de s'assurer de l'efficacité et de l'efficience du programme d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques.
- d'organiser et d'assurer le suivi des différentes structures dédiées à la mise en œuvre de la démarche qualité et de management des risques.
- d'arrêter la stratégie de communication en matière d'amélioration de la qualité et management de la gestion des risques.

Le *Comité de Direction Management qualité et gestion des risques* est animé par le directeur de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers.

Sur la base des résultats d'évaluations internes et externes et de l'évolution de la réglementation, il définit, au niveau institutionnel, les actions d'amélioration prioritaires et les mesures correctives. Il peut solliciter des audits sur des problématiques d'application du programme d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques et du compte qualité.

Les décisions du *Comité de Direction Management qualité et gestion des risques* sont validées par le CA et mises en application après consultation des instances. Selon le cas, les décisions sont communiquées à tous les professionnels ou aux professionnels

concernés. Les relevés des décisions sont mis en ligne sur Intranet, accessibles à tous les professionnels.

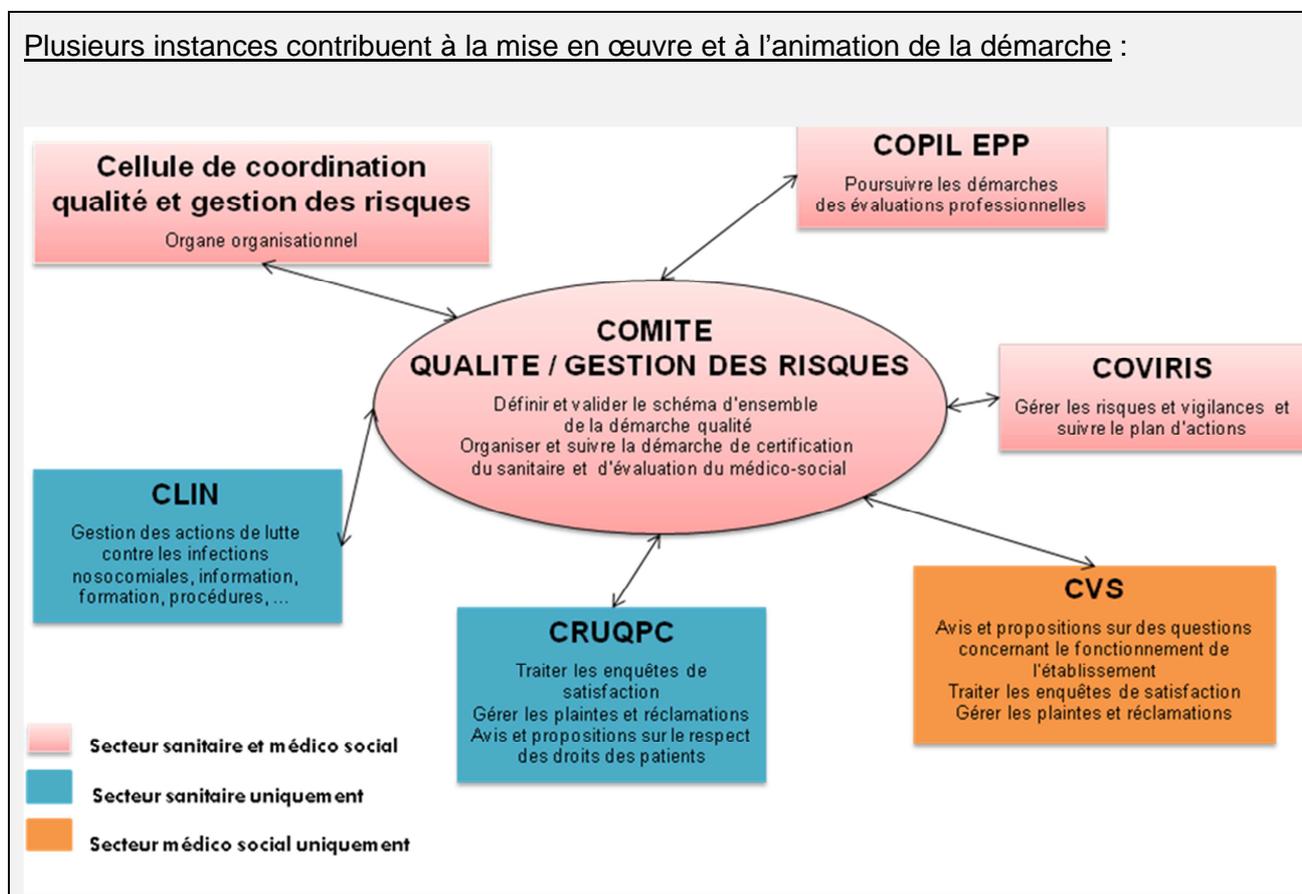
**Concernant la gestion du compte qualité**, les données sont intégrées par la direction de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers, après validation des orientations par le *Comité de Direction Management qualité et gestion des risques*.

Le compte qualité est élaboré en collaboration avec les pilotes institutionnels de chaque thématiques et validé par les bureaux de chaque sous-commission.

Il a été présenté aux instances en octobre 2013.

## Illustration n°4 : Description du pilotage de la démarche qualité et gestion des risques

### Exemple 3 :



### Composition, périmètre d'action, mission et niveau de responsabilité :

|   | Composition  | Missions   |
|---|--|--|
| <b>Cellule de coordination Qualité et Gestion des Risques</b> | <b>3 membres</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directrice du site</li> <li>- Cadre sup. de santé</li> <li>- Responsable Qualité/Gestion des risques (QGR)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répondre aux objectifs définis en Comité Qualité/Gestion des Risques (CQGR)</li> <li>- Mettre en œuvre le plan d'actions Qualité/Gestion des risques</li> </ul>   |
| <b>COVIRIS</b>  | <b>14 membres</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directrice du site</li> <li>- Cadre sup. de santé</li> <li>- 2 Médecins</li> <li>- 2 Cadres de santé</li> <li>- Pharmacien</li> <li>- Responsable blanchisserie</li> <li>- Responsable service technique</li> <li>- Responsable service restauration</li> <li>- Praticien hygiéniste</li> <li>- Responsable QGR</li> <li>- Représentant du personnel</li> <li>- Laboratoire d'analyse médicale</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir et mettre en œuvre le plan d'actions Qualité/Gestion des risques</li> <li>- Etudier les événements indésirables</li> <li>- Coordonner les vigilances sanitaires réglementaires</li> <li>- Aider la direction et le service QGR dans l'élaboration des plans d'urgences (plan blanc, bleu, etc.).</li> </ul> |

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| <b>COFIL EPP</b> | <b>15 membres</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directrice du site</li> <li>- Cadre sup. de santé</li> <li>- Médecin</li> <li>- Cadre de santé</li> <li>- Pharmacien</li> <li>- Préparatrice en pharmacie</li> <li>- Diététicien</li> <li>- 3 IDE</li> <li>- 3 AS</li> <li>- 3 ASH</li> <li>- - Responsable Q&amp;GR</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Choisir les thèmes et les objectifs des EPP</li> <li>- Définir la stratégie de mise en œuvre</li> <li>- Valider les actions d'amélioration recueillies par les groupes EPP</li> <li>- Définir la stratégie de communication des résultats de l'EPP</li> <li>- Réaliser le suivi d'avancement des projets EPP</li> </ul> |
| <b>CRUQPC</b>    | <b>12 membres</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directrice du site</li> <li>- 2 médiateurs non médecin (cadre sup. de santé et cadre de santé)</li> <li>- 2 médiateurs médecin</li> <li>- 2 représentants des usagers</li> <li>- 2 représentants du personnel</li> <li>- 2 représentants du conseil de surveillance</li> <li>- Responsable Q&amp;GR</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Veiller au respect des droits des usagers</li> <li>- Faciliter leurs démarches en cas de litiges</li> <li>- Examiner les plaintes et réclamations</li> <li>- Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge</li> </ul>                       |
| <b>CLIN</b>      | <b>12 membres</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directrice du site</li> <li>- Cadre sup. de santé</li> <li>- Médecin</li> <li>- Cadre de santé</li> <li>- Pharmacien</li> <li>- Praticien hygiéniste</li> <li>- Laboratoire d'analyse médicale</li> <li>- IDE</li> <li>- AS</li> <li>- Responsable Q&amp;GR</li> <li>- Représentant du personnel</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir un programme annuel d'actions tendant à assurer la prévention et la surveillance des infections nosocomiales, la surveillance de l'environnement, la formation et l'information des professionnels, et l'évaluation des actions de lutte contre les infections nosocomiales</li> </ul>                          |
| <b>CVS</b>       | <b>9 membres</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directrice du site</li> <li>- Cadre sup. de santé</li> <li>- Cadre de santé</li> <li>- 2 représentants des familles</li> <li>- 2 représentants des résidents</li> <li>- Représentant du personnel</li> <li>- Représentant du conseil de surveillance</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Veiller au respect des droits des résidents</li> <li>- Donner son avis et faire des propositions sur le fonctionnement de l'établissement (vie quotidienne, animation, projet de travaux, ...)</li> </ul>   |

Modalités de mise en œuvre et d'articulation des structures :

La *Cellule de coordination Qualité et Gestion des Risques* joue un rôle moteur dans l'articulation des instances. Elle organise les différentes réunions et suit les plans d'actions de ces groupes.

Modalités de communication des résultats

Un compte rendu est rédigé après chaque réunion de la Cellule de coordination Qualité et Gestion des Risques. Il est transmis aux membres qui ont pour objectif de diffuser les résultats aux équipes. Un bilan de ces résultats est présenté aux différentes instances par la direction ou par l'animateur de la commission concernées. Certaines actions sont communiquées dans le journal interne distribué tous les mois à l'ensemble des professionnels.

Méthodes et outils pour mettre en œuvre, suivre et pérenniser la démarche

Pour conduire ses projets, l'établissement est amené à utiliser différentes méthodes et outils d'amélioration de la qualité et gestion des risques.

Les méthodes utilisées sont les suivantes :

- Plan Do Check Act,
- benchmarking,
- audit clinique,
- résolution de problème,
- ALARM (CREX circuit du médicament),
- RABC,
- HACCP.

Les outils mobilisés sont les suivants :

- diagramme causes-effets,
- QQQQCP,
- logigramme,
- questionnaire de satisfaction,
- indicateur qualité, audit,
- fiche de signalement d'événement indésirable,
- cartographie des risques,
- document unique

### **Exemple 4 :**

Le pilotage opérationnel de la démarche est assuré par la Direction Qualité – Gestion des Risques.

Elle est rattachée à la Direction des affaires juridiques, des usagers, de la qualité et de la communication et est composée de :

- un ingénieur qualité, responsable de la Direction Qualité – Gestion des Risques : il assure la coordination de l'équipe, l'élaboration des programmes pluriannuels, participe aux travaux engagés sur les volets de la qualité et de la gestion des risques et déploie la dynamique gestion des risques ;
- un ingénieur qualité, en charge de la dynamique qualité (gestion du système documentaire qualité, indicateurs qualité, groupes d'amélioration, animation du réseau de référents et d'auditeurs, préparation de la certification, etc.) ;
- un médecin (2 journées), en charge des travaux sur le dossier patients et l'EPP ;
- un pharmacien biologiste (MCU-PH, également chef du pôle médico-technique) (1 journée), nommé coordinateur des risques associés aux soins. Il est en charge de la coordination des vigilances et des risques associés aux soins ;
- une assistante, en charge de la gestion quotidienne et du traitement des événements indésirables signalés.

La Direction Qualité – Gestion des Risques anime la dynamique validée par le comité de pilotage qualité – gestion des risques et déploie le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Elle est également à la disposition des professionnels pour engager des actions d'amélioration ponctuelles (formalisation d'une procédure, résolution de problème, évaluation, audit, accompagnement méthodologique, formation / sensibilisation, ...). C'est la structure opérationnelle.

Elle est enfin en lien avec les différentes commissions en place, de par sa présence ou sa participation ponctuelle aux instances. Concernant plus spécifiquement les soins, le médecin et le pharmacien sont membres de la CME. Ils sont respectivement président de la Commission des Usagers (CU) et vice-président de la Commission qualité, sécurité des soins.

Parmi les différents comités/commissions existants, ceux qui participent au management opérationnel de la démarche sont :

- La commission qualité, sécurité des soins (CQSS) qui regroupe les groupes opérationnels suivants : médicaments, risques infectieux, transfusion sanguine, identitovigilance, radioprotection, gaz médicaux et ECT.

- La commission des usagers (CU) qui intègre les groupes opérationnels suivants : éducation pour la santé, hygiène alimentaire, SIDA et promotion de la santé.

Concernant les méthodes utilisées, elles sont fonction des objectifs d'amélioration et des objectifs du groupe de travail. De manière générale, la démarche est déployée selon la méthodologie de la gestion de projet avec des objectifs définis (souvent par le comité de pilotage qualité – gestion des risques), un chef de projet (ou un binôme) et un calendrier de réalisation. Par exemple, on peut citer, les méthodes suivantes : audit, EPP (RCP, staff EPP, audit, REX, etc.), gestion des risques (REX, APR)

### Exemple 5 :

Les démarches de management de la qualité et de gestion des risques sont mises en œuvre et animées au quotidien dans l'établissement par :

Le service qualité et gestion des risques qui intervient notamment :

- dans la préparation, la participation et le suivi des démarches de certification et autres démarches qualité de type ISO ;
- dans la gestion au quotidien des déclarations des événements indésirables ;
- dans la rédaction et la gestion du système documentaire qualité de l'établissement ;
- dans la mise en œuvre des outils de management de la qualité, de gestion de projet et de résolution de problème ;
- en termes d'apport méthodologique pour le personnel ;
- dans l'animation et la coordination des groupes de travail ;
- dans l'élaboration de la cartographie des risques associés aux soins ;
- dans la programmation, l'organisation, l'encadrement et la réalisation des enquêtes de satisfaction et évaluations internes ;
- dans la mise en place et le suivi d'indicateurs et de tableaux de bord permettant de suivre la démarche qualité et gestion des risques.

Il est composé :

- d'un directeur coordonnateur de la qualité et de la gestion des risques ;
- d'un ingénieur qualité ;
- d'un ingénieur coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;
- d'un technicien qualité (en cours de formation) ;
- de deux secrétaires.

Le service qualité et gestion des risques intervient à la fois dans le pilotage et dans le management opérationnel de la démarche. En termes de pilotage, sa mission principale est de veiller à la mise en œuvre et à la pérennisation de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement selon les orientations de la politique qualité et gestion des risques et ce en lien avec les instances réglementaires et les comités de l'établissement.

Le comité de suivi et d'analyse des déclarations d'événements indésirables qui a pour missions notamment :

- de définir la méthodologie d'identification, d'analyse et de traitement des événements indésirables
- de définir les événements indésirables nécessitant une analyse systématique par le comité
- d'assurer l'analyse de deuxième niveau et la recherche des causes profondes des événements indésirables graves et sentinelles
- d'assurer l'analyse et la recherche des causes profondes des événements indésirables récurrents

- de proposer le plan d'action de maîtrise des risques, le cas échéant des recommandations au directoire, à la CME, à la CSIRMT et au comité qualité et gestion des risques
- de suivre la mise en œuvre des actions de maîtrise validées et leur impact sur la maîtrise des risques
- d'élaborer et diffuser les indicateurs de suivi relatifs aux événements indésirables au niveau institutionnel
- d'assurer des missions opérationnelles de proximité le cas échéant
- de présenter à chaque réunion du Comité Qualité et Gestion des Risques un bilan du suivi et de l'analyse des événements indésirables déclarés depuis la précédente réunion.

Les référents qualité et gestion des risques, principalement personnel d'encadrement, assurent le lien entre les agents de leur service et le service qualité et gestion des risques. Ils participent au développement et à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prestations offertes aux patients et au personnel. Ils assurent la communication ascendante et descendante des informations relatives à la mise en œuvre de la politique, du projet et du programme qualité et gestion des risques.

Les évaluateurs internes : plusieurs agents de l'établissement ont suivi une formation aux outils d'évaluation applicables en établissement de santé. Ils ont pour missions de proposer des thématiques d'évaluation en lien avec la politique qualité et gestion des risques de l'établissement mais aussi de mener les évaluations et de définir, si nécessaire, en collaboration avec le personnel concerné, des actions d'amélioration à mettre en œuvre.

Le personnel de l'établissement participe activement à différents groupes de travail mis en place sur des thématiques liées à la qualité et la gestion des risques.

Pour mettre en œuvre, suivre et pérenniser les démarches qualité et gestion des risques, l'établissement dispose de méthodes et outils tels que :

- une page Intranet dédiée à la qualité et à la gestion des risques ;
- un programme annuel d'évaluations et d'enquêtes ;
- un tableau de bord de suivi des EPP/APP ;
- une cartographie des risques ;
- des méthodes d'analyse de type ALARM, RMM, AVAS.

## Illustration n°5 : Résultats d'évaluation et indicateurs, analyse des résultats et plans d'action

---

### Exemple 6 :

#### **D/ Résultats :**

Certification et indicateurs nationaux :

- Réserves sur les critères 1f, 8a, 8d, 8f
- Recommandations sur les critères 1e, 1g, 28a, b, c

Indicateurs régionaux intégrés dans l'annexe qualité du CPOM :

- //

Indicateurs propres à l'ES analysés en tendance entre 2011 et 2012 :

- Nombre de personnes formé à la qualité et la gestion des risques
- Nombre de réunions consacrés à la démarche qualité et gestion des risques
- Taux de personnel formé à la gestion documentaire
- Taux de satisfaction des patients
- % d'EIG ayant fait l'objet d'un plan d'action par rapport au nombre d'EIG signalés
- Nombre d'évènements indésirables liés aux soins
- Nombre d'EPP
- % des professionnels participant à au moins une démarche EPP
- % d'EPP active par service
- Elaboration de la politique qualité et gestion des risques de l'ES intégration la politique EPP
- Réalisation d'enquête de satisfaction
- Participation à l'enquête SAPHORA

#### **E/ Analyse des résultats :**

La précédente visite de certification a permis à l'établissement d'établir ses priorités afin d'améliorer son système de management de la qualité et de la gestion des risques.

De nombreuses actions ont été mises en œuvre comme en témoignent les résultats ci-dessus même si les indicateurs cibles ne sont que partiellement atteints.

Le développement de la démarche qualité et gestion des risques mobilise les professionnels de santé. Le développement des approches d'évaluations des pratiques professionnelles est au cœur de notre action engagée depuis mai 2012 dans la perspective notamment de la prochaine procédure de certification.

La structuration et la formalisation de notre démarche améliorent la lisibilité et l'engagement des agents dans l'amélioration du service rendu au patient.

**F/ Présentation des plans d'actions***Exemple 1*

| <b>Objectif(s)</b>   | <b>Action(s) d'amélioration</b>  | <b>Pilote</b>  | <b>Début prévu</b> | <b>Echéance prévue</b> | <b>Modalités / indicateurs de suivi</b>  | <b>État d'avancement</b> |
|--|--|--|--------------------|------------------------|--|--------------------------|
| Piloter et animer la démarche qualité et gestion des risques en intégrant la dimension évaluation des pratiques professionnels | Mettre en place un programme qualité et gestion des risques.                         | Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins | 2013               | 2014                   | Communication du programme à l'ensemble du personnel                               | Non débuté               |
| Renforcer la formation des professionnels à la qualité et à la gestion des risques   | Elaborer un plan de formation et le mettre en œuvre.                                 | Direction qualité  | 2012               | Mi 2014                | 100% des professionnels formés   | En cours                 |
| Développer la culture d'évaluation des risques dans l'ES   | Elaborer la cartographie des risques de l'ES   | Direction qualité  | 2012               | Février 2014           | --   | En cours                 |
|  | Réaliser des points d'informations réguliers sur les déclarations d'EI et leur suivi | Direction qualité  | 2012               | En continu             | % d'EIG ayant fait l'objet d'un plan d'action par rapport au nombre d'EIG signalés | En cours                 |
| Pérenniser la démarche engagée dans le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles                            | Réaliser des mesures d'impact sur les EPP engagées et les communiquer                | Pilotes EPP  | 2012               | En continu             | Nombre de professionnels engagés dans les EPP                                      | En cours                 |

## Exemple 7 :

### **D/ Résultats :**

Certification et indicateurs nationaux :

- Recommandations sur les critères 8d, 9a, 9b, 28a
- Résultats 2011 : Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie
- Résultats 2012 : Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement

Indicateurs régionaux intégrés dans l'annexe qualité du CPOM :

- Nombre de plaintes et réclamations concernant la transmission du dossier médical
- Réalisation d'un exercice de gestion de crise

Indicateurs propres à l'ES analysés en tendance entre 2011 et 2012 :

- Respect des objectifs du programme QGR
- Nombre d'analyse de risque réalisée Taux de satisfaction des patients
- Nombre d'évènements indésirables signalés Nombre d'évènements indésirables liés aux soins
- Taux d'EI associés aux soins % des professionnels participant à au moins une démarche Taux de référents qualité - GDR formés/nombre total d'agents
- Nombre de réclamations patients
- Nombre d'EPP actives
- Taux de satisfaction du patient sur son hospitalisation
- Taux de satisfaction du patient en ambulatoire
- Nombre de personnes formées à l'hygiène hospitalière
- Nombre d'audits cliniques

### **E/ Analyse des résultats :**

L'établissement poursuit son engagement dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques. Il estime qu'il est nécessaire de rester vigilant afin d'apporter au patient un service de qualité.

Il concentre actuellement ses efforts sur l'amélioration de la gestion de ces relations avec les patients et cherche à améliorer la conduite de ces réunions de concertation pluridisciplinaire.

**F/ Présentation des plans d'actions***Exemple 2*

| <b>Objectif(s)</b>   | <b>Action(s) d'amélioration</b>  | <b>Pilote</b>                     | <b>Début prévu</b> | <b>Echéance prévue</b> | <b>Modalités / indicateurs de suivi</b>       | <b>État d'avancement</b> |
|--|--|-----------------------------------|--------------------|------------------------|---|--------------------------|
| Evaluer le respect des objectifs du PAQ                            | Réaliser un bilan aux instances  | Direction qualité                 | Décembre 2013      | Février 2014           | Ordre du jour des instances                   | Finalisé                 |
|  | Ajuster le PAQ en fonction des résultats   | Direction qualité                 | Décembre 2013      | Février 2014           | Bilan annuel du PAQ                           | En cours                 |
| Poursuivre l'identification des risques a priori                   | Compléter l'analyse de risques réalisée en intégrant les activités liés aux soins  | Direction qualité/CME             | 2012               | Février 2014           | Nombre de service impliqué dans cette analyse | En cours                 |
| Renforcer le déploiement des RCP                                   | Former les référents RCP aux facteurs humains et/ou à l'organisation des REX   | Direction qualité                 | Novembre 2013      | 2014                   | Nombre de référents formés                    | En cours                 |
| Améliorer la prise en charge des contentieux                       | Information systématique de la Direction des affaires juridiques dès suspicion de plainte pouvant engendrer un contentieux | Direction des affaires juridiques | Juin 2013          | Décembre 2013          | Nombre d'informations préalables              | En cours                 |
|  | Organisation systématique d'un RV avec l'assureur avant une expertise  | Direction des affaires juridiques | Juin 2013          | Juin 2013              | Nombre de RV préalables                       | En cours                 |
| Réviser les modalités d'évaluation de la satisfaction des patients | Créer un groupe de travail avec les usagers pour redéfinir les modalités d'évaluation                                      | Direction des usagers             | Octobre 2013       | Mars 2014              | Questionnaire                                 | En cours                 |



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Haute Autorité de santé**

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