

Management de la qualité et des risques

Septembre 2014

Avertissement



Caractérisation générale



Planifier

Définition de la politique



Organisation interne



Mettre en œuvre

Mobilisation des équipes



Disponibilité des ressources



Effectivité de la mise en œuvre



Évaluer

Évaluation du fonctionnement du processus



Agir

Mise en place des actions d'amélioration



Pour en savoir plus





Les présents guides sont des outils de visite à destination des experts-visiteurs de la HAS visant à leur apporter une connaissance de la thématique à partir de laquelle ils pourront conduire leur investigation.

- Ils permettent une remise en perspective des attentes du Manuel de certification selon l'approche processus et donnent des éléments de compréhension pour maîtriser la qualité et la sécurité liées à la thématique.
- Ils précisent notamment des points d'observation permettant d'affiner le regard sur la mise en œuvre réelle au regard des organisations et dispositions prévues par l'établissement.

Ces guides présentent parfois des modalités de mise en œuvre qui vont au-delà des exigences de la certification. Elles visent à indiquer comment optimiser la maîtrise du processus. À ce titre, les établissements sont libres de les appliquer. Ils peuvent avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il leur appartient d'en faire état et de démontrer que les dispositions prises sont satisfaisantes pour maîtriser et/ou améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Les experts-visiteurs fondent leur investigation sur ces guides sans pour autant investiguer chacune des lignes de façon exhaustive ou littérale. Ils tiennent compte des situations spécifiques rencontrées pendant leur visite pour prioriser leurs investigations sur les points essentiels.

Ces guides seront évolutifs et prendront en compte notamment les retours d'expérience.

Éléments d'appréciation **surlignés en vert** : exigence directement rattachée à la thématique traitée

Éléments d'appréciation **surlignés en jaune** : exigence mettant en avant des liens avec les autres guides thématiques

Les encadrés ne préjugent pas du caractère obligatoire mais sont illustratifs.



L'investigation de la thématique « **Management de la qualité et des risques** » vise à évaluer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques.

L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.





Identification des besoins, analyse des risques



Identification des objectifs d'amélioration



Identification des mesures de traitement des risques

Identification des besoins, analyse des risques



L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés. Il connaît ses risques prioritaires (secteurs, circuits, populations et situations à risque).

Les sources de données utilisées par l'établissement pour l'analyse des risques sont par exemple (1e E3- EA1) :

- l'examen de la réglementation, des rapports d'inspection ;
- les analyses de risque *a priori* : les résultats de l'évaluation des risques dans les secteurs d'activité (8d E1- EA1), les visites de risques, les audits organisationnels, les audits de pratique, les analyses de processus ;
- les analyses de risque *a posteriori* : bilan des événements indésirables, bilans des démarches collectives d'analyse approfondie : RMM, démarches de retour d'expérience : CREX, RCP, EPP, analyse des plaintes et des réclamations des patients ;
- les résultats des autres évaluations, des audits internes et externes (exemples : bilan de la dernière procédure de certification, résultats d'analyse des indicateurs, y compris les indicateurs Hôpital numérique, etc.) ;
- les besoins des patients dont la commission des relations avec les usagers (CRUQPC), l'écoute des membres des instances, des personnels ;
- les retours d'information liés aux activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins ;
- la place de l'établissement dans le dispositif d'organisation des soins en situation sanitaire exceptionnelle (SSE) (dispositif ORSAN), ses retours d'expérience concernant les situations de crise auxquelles il a été confronté (8e E1- EA1) ainsi que les exercices de simulation auxquels il a pu participer.



L'analyse des risques spécifiques à l'établissement tient compte également des orientations nationales (exemple : orientations choisies dans le cadre du programme national pour la sécurité des patients) et régionales (exemple : politiques régionales menées par l'ARS ou par les structures régionales de soutien aux établissements).

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie (8d E1- EA2).

Identification des objectifs d'amélioration



Politique et objectifs

- Il existe une politique générale de management de la qualité et de la sécurité. Elle est intégrée dans les orientations stratégiques (1e E1- EA1).
- Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et la hiérarchisation des risques.
- Elle est validée par les différentes instances et révisée au moins annuellement (1e E1- EA2, 1e E3- EA1).
- Elle fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables déclinés, pour ceux qui le nécessitent, par secteur d'activité (1e E2- EA2).
- Elle est déployée pour l'ensemble des secteurs d'activité et tient compte de leur spécificité.
- Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement (2e E1- EA1).

La politique peut regrouper les différentes politiques ou stratégies sur :

- la déclaration et la gestion des événements indésirables ;
- le développement de la culture sécurité des soins, le travail en équipe ;
- le développement du DPC/EPP ;
- la surveillance et la prévention du risque infectieux ;
- l'écoute et l'implication des usagers ;
- la pertinence des soins ;
- la qualité de vie au travail ;
- etc.

La stratégie de développement de l'EPP, résultat d'une concertation entre professionnels de santé et gestionnaires (1f E1- EA2), est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (1f E1- EA1).

Celle-ci comporte :

- la définition d'une politique et d'objectifs ;
- déclinés en plan d'actions ;
- associés aux moyens nécessaires à sa mise en œuvre.

Il existe une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins (1g E1- EA1). Exemple : mise en place d'activités spécifiques (réunions, séminaires, journées dédiées) sur des thèmes qualité et sécurité (1g E2- EA2).

Dans tous les cas, l'établissement promeut dans sa politique une logique d'organisation apprenante, de culture positive de l'erreur et de travail en équipe.



Communication

- La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la stratégie de développement de l'EPP sont diffusées à l'ensemble des professionnels (1e E2- EA1, 1f E2- EA3, 1g E2- EA1, 28a E2- EA3).
- Il existe une stratégie de communication régulière et positive des objectifs et des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers (2e E1- EA2), ainsi que des succès obtenus.

Identification des mesures de traitement des risques



La mise en œuvre de cette politique est traduite dans un programme global d'amélioration de la qualité et de gestion des risques (QGDR)¹.

Les actions sont issues d'initiatives institutionnelles ou d'équipes et de leur collaboration. Elles sont déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activité (8a E1- EA1).

Le programme est unique pour l'établissement et prend en compte *a minima* (8a E1- EA2) :

- l'analyse de la conformité à la réglementation ;
- l'analyse des événements indésirables ;
- les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents sur les thématiques suivantes :
 - la lutte contre les infections associées aux soins,
 - la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles (lorsque applicable),
 - les dispositifs de vigilance,
 - les autres risques associés aux soins, identifiés *a posteriori* et *a priori*, en fonction des activités de l'établissement,
 - les actions à mettre en place suite aux recommandations et décisions de la certification.

Ainsi que :

- les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins (8a E1- EA3) ;
- l'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations (9a E3- EA1) ;
- les conditions dans lesquelles les professionnels exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur son contenu ;
- les réponses à apporter dans le cadre du plan blanc.

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi (8a E3- EA1) :

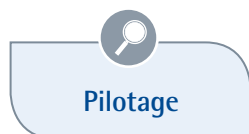
- responsabilités pour chacune des actions ;
- planification des actions dans des délais fixés ;
- suivi des actions, clôture et communication des résultats.

L'établissement met en place un système de priorisation des actions, notamment pour celles issues de la conformité à la réglementation (8c E1- EA2).

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement (8a E1- EA4) dont la CRUQPC.

1. Ou programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).





Pilotage



Rôles et responsabilités



Ressources



Interfaces

Pilotage



- Une organisation (structure pilote, cellule de coordination) est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique générale de management de la qualité et de la sécurité à l'échelle de l'établissement de santé.
- La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée en conformité avec le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 (8b E1- EA1). Ses missions sont définies (fiche de poste, fiche de mission...) et précisent notamment :
 - la quotité de temps dédiée pour assurer la fonction ;
 - les liens fonctionnels entre la structure de pilotage, la fonction gestion des risques associés aux soins, le comité des vigilances, et tous autres partenaires utiles dans l'établissement.
- La gouvernance de l'établissement favorise la déclaration des EI par les professionnels (par exemple en s'engageant sur le caractère non punitif de sa réaction vis-à-vis des déclarants).
- Le pilotage se fait en étroite coordination avec le directeur et le président de CME.

Rôles et responsabilités



Le rôle et les responsabilités des professionnels en matière de qualité et de sécurité sont définis et précisés dans les fiches de poste.

Les missions des structures ou pilote(s) en charge de la mise en œuvre de la politique générale de management de la qualité et de la sécurité sont définies.



Elle concerne notamment :

- la gestion des risques associés aux soins (8b E1- EA1) ;
- le développement de l'EPP dans les secteurs d'activité clinique ou médico-technique (1f E1- EA3) ;
- la veille réglementaire (8c E1- EA1) ;
- les activités de gestion des vigilances sanitaires, de gestion des plaintes et réclamations, de gestion des événements indésirables ;
- la préparation aux situations de crise dont la gestion des SSE – pour y faire face et les gérer – (8e E1- EA2) ;
- la maîtrise du risque infectieux (8g E1- EA1) ;
- la prise en charge médicamenteuse du patient ;
- la prise en charge du patient au bloc opératoire ;
- le parcours du patient ;
- les droits des patients ;
- etc.

Ressources



Ressources humaines

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation (3a E1- EA1).

- Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.
- Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés (3a E2- EA3).
- Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement.
- Elles concernent notamment :
 - formation d'intégration propre à l'établissement pour la GDR et la qualité (qui, quoi...) ;
 - formation sur les risques associés aux soins et la sécurité des patients ;
 - formation à l'utilisation des supports de signalement des événements indésirables (8f E2- EA1) ;
 - formation aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes des événements indésirables pour les personnes concernées (8f E2- EA2) ;
 - formation à l'analyse des risques a priori pour les personnes concernées (8d E2- EA2) ;
 - formation aux situations de crise exceptionnelles (SSE) (attestation de formation aux gestes et soins d'urgence 1, 2 et spécialisée le cas échéant).

Ressources documentaires

- Les documents utiles sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques. Ils sont adaptés à la taille de l'établissement et intégrés au dispositif de gestion documentaire (5c E1- EA1). On trouvera notamment ceux destinés :
 - au recueil des attentes des usagers (2b E1- EA3) ;
 - au recueil des anomalies signalées par les usagers ;
 - à prévenir et gérer les situations de crise dont les SSE (8e E1-EA2) et la mise en œuvre du plan blanc (8e E1- EA3) ;
 - à assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables (8f E1- EA1) ;
 - à répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes (8i E1- EA1) ;
 - à assurer l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle (8j E1- EA1) ;
 - à assurer la gestion des plaintes et réclamations (9a E1- EA1) ;
 - à analyser la satisfaction des usagers en lien avec la CRUQPC (9b E1- EA1).



- Des outils d'aide et d'accompagnement à destination des secteurs d'activité (grilles d'analyse des risques, EPP...) sont mis à disposition des professionnels (1f E2- EA1).
- Les modalités de communication sont définies notamment celles relatives à la diffusion des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers (2e E1- EA2, 2e E2- EA2).
- Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forum, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients...) (1g E2- EA2).
- L'établissement s'est engagé dans le programme hôpital numérique.

Interfaces



- L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles pour l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins (8b E2- EA1).
- Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables (9a E1- EA2).
- Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée (8i E1- EA2).
- Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire (8i E1- EA3).
- Le plan blanc de l'établissement est opérationnel et fait l'objet d'un exercice annuel destiné à tester tout ou partie de sa mise en œuvre (8e E2- EA1).





Le management du secteur d'activité (médical, soignant et administratif) s'est saisi des enjeux liés au management de la qualité et des risques en lien avec les orientations de l'établissement.

- Il communique auprès de son équipe sur :
 - la politique générale de management de la qualité et de la sécurité (1e E2- EA1) ;
 - la stratégie de développement des EPP (1f E2- EA3, 28a E2- EA3) ;
 - les indicateurs du service et ceux à l'échelle de l'établissement (2e E1- EA2).
- Selon les besoins et les risques spécifiques des secteurs d'activité, le management développe en équipe, des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité (8a E2- EA1) en lien avec :
 - le programme global QGDR de l'établissement ;
 - les risques spécifiques dus à leurs activités (8d E2- EA1), aux types de parcours des patients, aux populations ;
 - les attentes des usagers (2b E2- EA3) ;
 - les procédures de gestion de crise y compris la préparation aux SSE notamment pour les structures d'urgences et de réanimation.
- Le management :
 - assure le suivi des actions d'amélioration de son secteur (8a E3- EA1) ;
 - évalue l'impact sur l'amélioration de ses résultats (28a E3- EA1, 28b E3- EA1) ;
 - évalue le niveau d'adhésion des équipes aux démarches d'amélioration dont les EPP (28a E1- EA1, 28a E3- EA2) ;
 - s'assure de la **conformité des pratiques aux dispositions prévues** (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...) ;
 - etc.

Les points critiques des processus à risque sont sous surveillance et contrôle au niveau de chaque secteur d'activité concerné.

Disponibilité des ressources



Disponibilité des compétences



Disponibilité des documents



Disponibilité des ressources matérielles





Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et aux besoins liés aux activités.

- Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents (3a E2- EA1).
- Les professionnels en poste sont formés (3a E2- EA3).



Les documents utiles pour réaliser les missions sont accessibles.

Exemples de documents utiles :

- le projet de service ;
- les outils d'aide pour la mise en œuvre des EPP, RMM ;
- les processus/protocoles ou autres documents mis en place pour maîtriser les risques dans le secteur d'activité :
 - procédure de gestion des événements indésirables (8f E1- EA1), procédures spécifiques aux vigilances (8i E1- EA1),
 - procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans blancs (8e E1- EA2) ;
- les procédures spécifiques au secteur d'activité ;
- des guides de bon usage des soins (28b E2- EA2) ;
- les cartographies, lorsqu'elles existent, ou des documents de synthèse sur l'identification des risques du secteur d'activité ;
- etc.

Gestion documentaire

- Le dispositif de gestion documentaire est connu par les professionnels (5c E2- EA1). Le système de mise à jour des documents est opérationnel (5c E2- EA3).
- Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent (5c E2- EA2).
- Ils ont la possibilité de participer à leur élaboration.



Le système d'information est en place et adapté aux besoins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques...





Projet de service/plans d'actions d'amélioration

Des objectifs opérationnels sont déclinés au niveau des secteurs d'activité en fonction de leurs besoins et/ou de leurs risques spécifiques. Ils sont traduits en plans d'actions d'amélioration (8a E2- EA1).

Les plans d'actions d'amélioration concernent notamment (lorsque applicable) :

- des actions suite à des recommandations issues des contrôles réglementaires (8c E2- EA1) ;
- des actions d'amélioration pour améliorer la satisfaction des usagers (9b E3- EA1) ;
- des démarches d'EPP (28a E2- EA1) ;
- des analyses de la pertinence des soins (28b E2- EA1) ;
- des actions suite aux résultats des pratiques cliniques (28c E2- EA2) ;
- des actions correctives suite aux analyses des événements indésirables et retours d'expérience (8f E3- EA1) ;
- des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risque place (8d E2- EA1) ;
- des recommandations suite à l'analyse des plaintes et recommandations (9a E3- EA1) ;
- des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux (8g E2- EA1) ;
- des actions visant le bon usage des médicaments (20a.bis E3- EA2) ;
- des actions de préparation aux situations de crise dont les SSE ;
- etc.

Équipes

Les équipes connaissent la politique générale de management de la qualité et de la sécurité de l'établissement (1e E2- EA1). Elles sont régulièrement informées de sa mise en œuvre et de son évolution (1g E2- EA1).

Elles participent :

- à l'élaboration des procédures et autres documents ;
- à la déclaration, à l'analyse des causes profondes et au traitement des EI, EPR, EIG (8f E2- EA3, 8f E3- EA2), aux vigilances sanitaires et réglementaires (8i E2- EA1) ;
- aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins suite à la réalisation d'EPP, (28a E2- EA1, 28a E2- EA2), de retours d'expérience, de réunion de concertation pluridisciplinaire dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie (28a E1- EA2), de RCP (28a E1- EA3), d'analyse de pertinence des soins (28b E2- EA1), d'analyse de pertinence d'utilisation des produits sanguins labiles (8j E3- EA1), d'analyse des indicateurs de pratique clinique (28c E2- EA1, 28c E2- EA2) ;
- à la mise en œuvre des procédures relatives à la maîtrise du processus transfusionnel (8j E2- EA1) ;
- au traitement des plaintes et réclamations (9a E2- EA1), aux actions d'amélioration de la satisfaction des usagers (9b E3- EA1) ;
- aux audits/évaluations internes et externes ;
- aux activités au cours desquelles des thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forum, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients...) (1g E2- EA2) ;
- à des exercices de gestion de crise ou autres moyens adaptés (8e E3- EA2).

Elles ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement (2e E1- EA2, 2e E2- EA2) dont les résultats des évaluations de la satisfaction des usagers (9b E2- EA2).

Instances

Le PAQSS leur a été soumis (8a E1- EA4). Elles examinent les tableaux de bord liés aux indicateurs qualité et sécurité (2e E2- EA1) dont les résultats des évaluations de la satisfaction des usagers (9b E2- EA2).

Le plan blanc leur a été présenté (8e E1- EA1).



Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

Sa participation à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme QGDR (2b E2- EA1) est effective. Elle a suscité des actions d'amélioration. Certains représentants des usagers ont participé à des groupes de travail en vue de la réalisation d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est informée des résultats des évaluations de la satisfaction des usagers (9b E2- EA2).

Usagers/patients

- Le dispositif de recueil de leurs attentes et de leur niveau de satisfaction est opérationnel (9b E2- EA1). Ces dernières sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteur d'activité ou d'établissement (2b E2- EA3).
- Dans le cas d'une plainte, le plaignant est informé des suites données et des éventuelles actions correctives mises en œuvre (9a E2- EA2).
- Leur représentation au sein de l'établissement est effective. Ils participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (2b E2- EA1).
- L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée (2b E2- EA2).

Traçabilité

Les documents constituant des éléments de preuve du bon fonctionnement du processus sont disponibles.

Exemples de documents de traçabilité :

- fiches d'événements indésirables ;
- fiches de retour d'expérience ;
- fiches liées aux vigilances ;
- tableau de bord des indicateurs ;
- tableau de bord des EPP ;
- questionnaires de satisfaction des patients ;
- retour d'expérience d'exercice ou de déclenchement du plan blanc ;
- etc.





À l'échelle de l'établissement, la qualité et l'efficacité du processus sont évaluées à périodicité définie.

Cette évaluation globale est réalisée par le pilote du processus :

- sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité ;
- et/ou sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement.

Tableau de bord des indicateurs

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Le contenu du tableau de bord comprend, quand ils sont disponibles :

- les indicateurs nationaux ;
- les indicateurs régionaux ;
- les indicateurs locaux.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité (2e E2- EA1).

Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration est réalisé *a minima*, une fois par an.

- Les actions mises en œuvre mettent en évidence une diminution du niveau de risque et une amélioration de la réponse aux besoins (8a E3- EA2, 8f E3- EA3, 8d E3- EA2).
- Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier :
 - les points à risque nécessitant une surveillance particulière ;
 - les dysfonctionnements répétitifs communs à tous les secteurs d'activité ;
 - les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés.

Exemples de bilan :

- EI, EPR, EIG ;
- fiches de retour d'expérience ;
- vigilances réglementées (8i E3- EA1) ;
- maîtrise du processus transfusionnel ;
- plaintes et réclamations (9a E3- EA1) ;
- satisfaction des usagers et actions d'amélioration, rapport de la CRUQPC (1e E3- EA1) ;
- non-conformités réglementaires (8c E3- EA1) ;
- résultats des indicateurs à l'échelle de l'établissement (2e E2- EA2, 28c E2- EA1) ;
- suivi du développement des démarches DPC/EPP (1f E2- EA2), pertinence des soins, indicateurs de pratique clinique ;
- bilan des actions pour améliorer la culture qualité et sécurité des professionnels (1g E3- EA1) ;
- avancement des analyses des risques a priori dans les secteurs d'activité et des plans d'actions associés (8d E3- EA1) ;
- audits externes et internes y compris ceux de la certification HAS ;
- retour d'expérience d'exercices de mise en œuvre de tout ou partie du plan blanc (8e E3- EA1, 8e E3- EA2) ;
- conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins (8b E3- EA1) ;
- système d'information (5a E3- EA1) et dispositif de gestion documentaire (5c E3- EA1) ;
- pertinence d'utilisation des produits sanguins labiles et maîtrise du processus transfusionnel (8j E3- EA1, 8j E3- EA2) ;
- etc.





Amélioration continue



Communication sur les résultats

Amélioration continue



L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque.

Exemples

- Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement (8f E3- EA2).
- Le dispositif de participation des usagers est amélioré (2b E3- EA1).
- Le dispositif de gestion des SSE est amélioré.
- La liste des indicateurs de pratique clinique est révisée (28c E3- EA1).

La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des indicateurs (2e E3- EA1) et comprend le suivi des adaptations éventuelles.

La politique générale de management de la qualité et de la sécurité et la stratégie de développement de l'EPP sont révisées (1e E3- EA1, 1f E3- EA2).

Le PAQSS est réajusté en fonction des résultats des évaluations (8a E3- EA3). De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont définis.

L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison externe et interne) (2e E3- EA2).

Communication sur les résultats



Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites.

- L'établissement rend compte de ses démarches d'EPP devant ses instances (1f E3- EA1) et informe les professionnels des résultats obtenus (1f E2- EA3).
- Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés (2e E2- EA2).





Liste des éléments d'appréciation



Indicateurs

Liste des éléments d'appréciation



Liste des EA des critères directement rattachés à la thématique du guide

→ 1e E1- EA1	→ 5c E1- EA1	→ 8e E1- EA1	→ 9a E1- EA1
→ 1e E1- EA2	→ 5c E2- EA1	→ 8e E1- EA2	→ 9a E1- EA2
→ 1e E2- EA1	→ 5c E2- EA2	→ 8e E1- EA3	→ 9a E2- EA1
→ 1e E2- EA2	→ 5c E2- EA3	→ 8e E1- EA2	→ 9a E2- EA2
→ 1e E3- EA1	→ 5c E3- EA1	→ 8e E2- EA1	→ 9a E3- EA1
→ 1f E1- EA1	→ 8a E1- EA1	→ 8e E3- EA1	→ 9b E1- EA1
→ 1f E1- EA2	→ 8a E1- EA2	→ 8e E3- EA2	→ 9b E2- EA1
→ 1f E1- EA3	→ 8a E1- EA3	→ 8f E1- EA1	→ 9b E2- EA2
→ 1f E2- EA1	→ 8a E1- EA4	→ 8f E2- EA1	→ 9b E3- EA1
→ 1f E2- EA2	→ 8a E2- EA1	→ 8f E2- EA2	→ 20a.bis E3- EA2
→ 1f E2- EA3	→ 8a E3- EA1	→ 8f E2- EA3	→ 28a E1- EA1
→ 1f E3- EA1	→ 8a E3- EA2	→ 8f E3- EA1	→ 28a E1- EA2
→ 1f E3- EA2	→ 8a E3- EA3	→ 8f E3- EA2	→ 28a E1- EA3
→ 1g E1- EA1	→ 8b E1- EA1	→ 8f E3- EA3	→ 28a E2- EA1
→ 1g E2- EA1	→ 8b E2- EA1	→ 8i E1- EA1	→ 28a E2- EA2
→ 1g E2- EA2	→ 8b E3- EA1	→ 8i E1- EA2	→ 28a E2- EA3
→ 1g E3- EA1	→ 8c E1- EA1	→ 8i E1- EA3	→ 28a E3- EA1
→ 2b E1- EA3	→ 8c E1- EA2	→ 8i E2- EA1	→ 28a E3- EA2
→ 2b E2- EA1	→ 8c E2- EA1	→ 8i E3- EA1	→ 28b E2- EA1
→ 2b E2- EA2	→ 8c E3- EA1	→ 8j E1- EA1	→ 28b E2- EA2
→ 2b E2- EA3	→ 8d E1- EA1	→ 8j E2- EA1	→ 28b E3- EA1
→ 2b E3- EA1	→ 8d E1- EA2	→ 8j E3- EA1	→ 28c E2- EA1
→ 2e E1- EA1	→ 8d E2- EA1	→ 8j E3- EA2	→ 28c E2- EA2
→ 2e E1- EA2	→ 8d E2- EA2		→ 28c E3- EA1
→ 2e E2- EA1	→ 8d E3- EA1		
→ 2e E2- EA2	→ 8d E3- EA2		
→ 2e E3- EA1			
→ 2e E3- EA2			



Liste des EA cités dans le guide mais hors critères dédiés à cette thématique

→ 3a E1- EA3 → 3a E2- EA1 → 3a E2- EA3 → 3b E1- EA1	→ 5a E3- EA1	→ 8g E1- EA1 → 8g E2- EA1
--	--------------	------------------------------

Indicateurs



- [Cliquer ici pour consulter « la fiche des principaux indicateurs correspondant à la thématique »](#) (en cours de rédaction).



Toutes les publications sur la certification
sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

