

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 afin de prioriser l'investigation 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 stratégique, gouvernance** » vise à évaluer que l'établissement s'est doté de règles de fonctionnement lui permettant de définir sa stratégie et de prendre les décisions nécessaires à son bon fonctionnement, à l'atteinte de ses objectifs et à l'accomplissement de ses missions.

Ces règles reposent sur le respect de valeurs élaborées collectivement, conformes aux missions d'un établissement de santé, intégrant un engagement dans le développement durable et dans une démarche éthique. Facteur de cohésion de professionnels aux légitimités différentes, ces valeurs donnent sens aux arbitrages rendus et aux décisions prises.

L'évaluation de ce processus consiste aussi à s'assurer que l'ES a pris en compte, dans la définition de sa stratégie, les orientations fixées par la puissance publique au travers des outils de la planification.





Identification des besoins, analyse des risques



Identification des objectifs d'amélioration



Identification des mesures de traitement des risques

Identification des besoins, analyse des risques



Le système de management comporte :

- des règles de fonctionnement interne de l'ES définies de façon participative et connues de tous ;
- la référence à des valeurs (1aE1-3) ayant fait l'objet d'un débat interne et reconnues par les professionnels ;
- un diagnostic développement durable (1bE1-1) ;
- un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'ES (1cE3-1) ;
- une identification des partenariats avec des acteurs externes du système de santé (1aE2-2) ;
- une analyse en continu des activités médicales pratiquées et de l'intégration de l'établissement dans l'offre de soin du territoire et de la région.

Exemples de règles de fonctionnement :

Les règles de fonctionnement d'un ES sont constituées des modalités retenues par un ES pour mettre en œuvre la réglementation existante. Elles formalisent les principes retenus pour assurer un fonctionnement quotidien accepté par tous (nombre correspondant au minimum à la réglementation mais pouvant être adapté selon la taille des ES, des réunions des différentes instances, règles retenues en termes de préparation des réunions, de documents utiles à cette préparation, de diffusion des décisions prises et de leur motivation, de suivi et d'évaluation des décisions prises.

Cela concerne aussi des aspects pratiques du fonctionnement quotidien : prise de congés, modalités de remplacement de l'absentéisme ou modalités de priorisation des investissements en équipement médical.

→ Les règles de fonctionnement de l'ES peuvent être décrites sous différentes formes (cela peut être une délibération de l'instance décisionnelle, le projet d'établissement qui intègre un projet managérial, une note de service, le règlement intérieur...). Elles mettent en œuvre les valeurs définies préalablement afin de fédérer les professionnels (transparence, motivation, équité...).



Exemples de règles de fonctionnement (fin) :

- Le diagnostic développement durable contient un état des lieux ainsi qu'un plan d'action priorisé et pluriannuel.
- Un état des lieux des questions éthiques rencontrées par les unités de soins existe ainsi qu'une procédure relative à leur traitement (exemples : délai de non-utilisation d'une chambre après un décès, attitude retenue en cas de présence de deux « conjoints » lors d'une fin de vie, choix d'un traitement par un médicament princeps ou par un bio similaire...).
- Un document annuel décrit les évolutions des activités médicales, la part de l'ambulatoire et le respect du schéma régional et interrégional de l'offre de soin.
- Un suivi de la mise en œuvre du CPOM est réalisé chaque année.
- Il existe une liste des conventions signées avec des institutions extérieures.

Identification des objectifs d'amélioration



Politique et objectifs

La stratégie de l'ES est définie. Elle a été élaborée de façon concertée (1aE1-1), dans le respect des valeurs préalablement définies. Les différentes politiques sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques (1aE2-1).

Le projet d'établissement prend en compte :

- les besoins de la population tels qu'ils sont définis dans les schémas de planification et le projet médical de territoire (1aE1-2) ;
- les valeurs et les missions de l'ES (1aE1-3) ;
- un engagement dans le développement durable (1bE1-2) ;
- la dimension éthique de la prise en charge des patients (1cE1-2) ;
- un projet managérial ;
- les projets validés des unités et des pôles ;
- le CPOM ;
- etc.

Communication

- La stratégie de l'ES est décrite dans des documents simples d'accès.
- Les valeurs et missions de l'ES sont communiquées au public et aux professionnels (1aE2-4).
- Des sites d'information interne sont accessibles.
- Les objectifs d'amélioration en matière de développement durable sont repris dans les documents officiels de l'institution et sont portés à la connaissance des interlocuteurs extérieurs à l'ES (acteurs sociaux, culturels et économiques locaux) (1bE2-3).
- L'organigramme de l'institution et le CPOM sont mis à disposition de tous.

Identification des mesures de traitement des risques



Un programme d'actions pluriannuel relatif à la mise en œuvre des objectifs stratégiques est défini ainsi qu'un plan pluriannuel d'action en matière de développement durable (1bE2-1).

Les opérations immobilières conduites intègrent ce programme (1bE2-4).





Pilotage



Rôles et responsabilités



Ressources



Interfaces

Pilotage



- Le directeur, le conseil de surveillance et le directoire dans le secteur public, le conseil d'administration dans le secteur privé pilotent le système de management et associent étroitement les instances représentatives des différentes composantes d'un ES. Le processus de décision a été formalisé.
Il intègre la référence aux valeurs et missions, à la stratégie de l'ES et aux critères d'évaluation qui sont utilisés. Les informations nécessaires au bon déroulement du processus de décision sont disponibles. La disponibilité de ces informations permet la tenue de débats fondés sur des données objectives (2eE1-1).
- Des tableaux de bord sont disponibles et utilisés dans les débats des instances (2eE2-1).

Éléments d'illustration :

- Les procès-verbaux du conseil d'administration (secteur privé), du directoire et du conseil de surveillance (secteur public), de la commission médicale, du comité technique d'établissement ou du comité d'entreprise, de la commission des soins ou de la commission des relations avec les usagers traduisent une réelle implication des participants au pilotage du système de management.
- Les données mises à disposition des décideurs (ES, pôles, unités) : données d'activité, analyses médico-économiques, données de ressources humaines... démontrent que le processus de décision est documenté.
- Les tableaux de bord utilisés au niveau de l'ES, des pôles et des unités intègrent des informations utiles au pilotage.





- Le rôle et les responsabilités de chaque niveau managérial (ES, pôle, unité) sont définis (2aE1-1) et connus des professionnels.
- Les circuits de décision et de délégation sont définis (2aE1-2).
- L'organigramme de l'institution et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels (2aE2-1) et disponibles facilement.

Éléments d'illustration :

- Il existe des documents lisibles définissant les rôles de chacun (description détaillée des compétences dévolues aux pôles par exemple, organigramme de l'ES, du pôle, de l'unité). Une méthodologie est utilisée pour les établir.
- Il existe des critères d'évaluation des projets : équilibre médico-économique du projet, impact sur les ressources humaines, effet en matière de développement durable, sur l'attractivité de l'ES, sur les équipements, sur la recherche...).



Participation

- Les instances consultatives et délibérantes se réunissent à périodicité définie et sont saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence (2cE1-1). Elles ont un fonctionnement formalisé et communiquent leurs avis et décisions aux professionnels.
- Des conseils de pôles et/ou d'unités se réunissent régulièrement. Ils favorisent l'implication et l'expression des personnels (2dE2-1). D'autres modalités sont mises en place pour favoriser cette implication.

Éléments d'illustration :

- La périodicité des réunions des instances et des conseils de pôle est en adéquation avec les règles de fonctionnement préalablement définies.
- Les ordres du jour, des procès-verbaux reflètent l'organisation mise en place et le contenu des informations communiquées.
- Les débats dans les instances traduisent la vie collective de l'ES, des pôles, des unités (bilans de fonctionnement réguliers...).

Ressources documentaires

Les valeurs et missions de l'ES, les règles de fonctionnement définies collectivement, les modalités d'accès aux informations sont formulées dans des documents stratégiques (Intranet, processus de décision, projet d'établissement, documents de présentation de l'ES, dossier d'accueil remis aux nouveaux agents, livret d'accueil des patients...).



Formation/sensibilisation

- Des actions de sensibilisation au développement durable (1bE2-2) et aux questions éthiques sont organisées auprès des professionnels (1cE2-1).
- Des formations à la conduite de réunion sont accessibles aux professionnels qui ont en charge l'animation de réunions.
- Des formations relatives à l'évolution des organisations de soin et à la conduite du changement sont proposées aux professionnels.

Éléments d'illustration :

Exemples : le nombre de professionnels qui ont suivi une formation aux questions éthiques, au développement durable ou à la conduite de réunion, à la conduite du changement des organisations de soin au cours des 3 années précédentes.

Le plan de formation prévisionnel et son bilan traduisent l'adéquation entre les besoins identifiés et les actions de formation réalisées.

Interfaces



Les difficultés liées à des frontières de compétences entre les différents niveaux (ES, pôles, unités) sont traitées et arbitrées par la gouvernance de l'ES (conseil d'administration, conseil de surveillance, directoire et chef d'établissement).

Éléments d'illustration :

Les PV des instances, des conseils de pôle ou d'unité, traduisent :

- les modes d'expression des difficultés de fonctionnement et les modalités de règlement : réunions régulières avec les chefs de pôle ; avec l'encadrement... ;
- le mode d'arbitrage utilisé lors de difficultés de frontières de compétences, sa conformité aux valeurs adoptées collectivement, les modalités de communication des motivations de l'arbitrage rendu.





Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement, et des documents clés de son organisation et de son fonctionnement.

Exemples : affichage des valeurs et missions ; de la procédure d'accès à l'Intranet ; des organigrammes de l'ES, des pôles et des unités.

Les professionnels ont une connaissance suffisante et comprennent :

- les règles de fonctionnement interne ;
- les valeurs et missions de l'institution qu'ils servent ;
- le rôle et les responsabilités de chaque niveau managérial ;
- les directives des responsables du pôle dans lequel ils exercent ;
- le processus de décision et les règles qui sont appliquées au traitement de leurs projets ;
- la mise en œuvre du processus de décision et les critères d'évaluation des projets ;
- la méthodologie d'élaboration du projet d'établissement ;
- la situation de l'établissement dans l'offre de soin ;
- le CPOM ;
- la prise en compte des questions éthiques dans la prise en charge du patient, etc.

Les professionnels contribuent aux actions d'évaluation et ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement (2eE2-2), dont les évaluations de la satisfaction des usagers (9bE2-2).





Disponibilité des compétences



Disponibilité des documents



Disponibilité des ressources matérielles

Disponibilité des compétences



Les professionnels sont formés de façon effective au management à la conduite de réunion et sensibilisés aux questions éthiques (1cE2-1) et au développement durable (1bE2-2).

Disponibilité des documents



Les documents identifiés par l'ES comme devant être diffusés sont disponibles au niveau du terrain.

Exemples de documents mis à disposition des professionnels :

- les tableaux de bord du directoire, des pôles et des unités ;
- les indicateurs ;
- les CR de réunion des instances et les documents relatifs :
 - au développement durable ; aux questions éthiques,
 - au fonctionnement des instances qui les intéressent (conseils de pôle par exemple),
 - à l'organigramme : rôles et compétences de chacun ;
- etc.

Disponibilité des ressources matérielles



L'accès à Intranet est facile pour les professionnels.





Les instances, les conseils de pôle, les groupes thématiques (développement durable, éthique...) se réunissent. Des lieux et des moments de débat entre professionnels sont identifiés dans les unités et les pôles.

Exemples de mesures effectives du processus :

- effectivité de la prise en compte des questions éthiques de la prise en charge du patient se posant au sein de l'ES (1cE2-2) et accès à des structures de réflexion, d'aide ou de débat adaptées (1cE1-1) ;
- effectivité du fonctionnement des instances consultatives et délibérantes :
 - entretiens avec des membres de ces instances pour connaître leur satisfaction ou insatisfaction,
 - entretiens avec des professionnels pour évaluer leur perception sur la qualité du fonctionnement collectif ;
- effectivité du fonctionnement avec les partenaires extérieurs (EHPAD, CH, collectivités locales...) ;
- effectivité du processus de décision (exemple : décision d'achat d'un matériel de radiologie, décision de transformation d'une unité d'hospitalisation complète en unité ambulatoire...) ;
- effectivité de la bonne tenue des réunions : périodicité des réunions, réalisation d'ordres du jour et leur diffusion plusieurs jours avant la réunion, existence de documents préparatoires sur les points de débat importants, existence de fiches de présence et effectivité de la présence des personnes invitées, délai de réalisation du compte-rendu et effectivité de sa diffusion aux participants et aux personnes concernées (membres de l'unité ou du pôle par exemple) (2cE2-1, 2cE2-2) ;
- effectivité de l'analyse régulière des évolutions de l'activité de soin.

Traçabilité

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

Exemples de documents de traçabilité :

- ordres du jour ;
- CR de réunion ;
- etc.





- Un suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques est réalisé (1aE3-1).
- Un suivi du programme pluriannuel en matière de développement durable est réalisé (1bE3-1).
- Un bilan régulier est fait sur les questions éthiques abordées dans l'établissement (1cE3-1).
- Un bilan du fonctionnement des instances est réalisé (2cE3-1). Les causes des difficultés éventuelles ont fait l'objet de réflexions menées en concertation.
- Un bilan des partenariats existants est réalisé.
- L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (2eE3-2).

Exemples d'illustration concernant le bilan annuel :

- Il existe un ou plusieurs rapports d'activité (ou documents spécifiques) qui font des bilans annuels dans le domaine de la mise en œuvre des actions stratégiques, des partenariats existants, du développement durable, de l'éthique, du fonctionnement des instances, y compris au niveau des pôles et des unités.
- Des données de benchmark sont disponibles ; diffusées en interne et utilisées dans le processus de décision.





Amélioration continue



Communication sur les résultats

Amélioration continue



- La stratégie est révisée périodiquement (1aE3-1).
- Le projet d'établissement est révisé au minimum tous les 5 ans.
- Le programme pluriannuel de développement durable est révisé périodiquement (1bE3-1).
- Le dispositif mis en place dans l'ES pour aborder les questions éthiques est adapté en cas de besoin.
- Le fonctionnement des instances est éventuellement révisé en fonction des besoins constatés.
- Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie (2aE3-1).
- L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées (1aE3-2).

Communication sur les résultats



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

Exemples de modes de diffusion auprès des professionnels et des usagers :

- affichage ;
- document imprimé ;
- site Internet ;
- etc.





Liste des éléments d'appréciation



Indicateurs

Liste des éléments d'appréciation



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

→ 1aE1-1	→ 1aE3-1	→ 1bE2-4	
→ 1aE1-2	→ 1aE3-2	→ 1bE3-1	→ 2cE1-1
→ 1aE1-3	→ 1bE1-1	→ 1cE1-1	→ 2cE2-1
→ 1aE2-1	→ 1bE1-2	→ 1cE1-2	→ 2cE2-2
→ 1aE2-2	→ 1bE2-1	→ 1cE2-1	→ 2cE3-1
→ 1aE2-3	→ 1bE2-2	→ 1cE2-2	
→ 1aE2-4	→ 1bE2-3	→ 1cE3-1	

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

→ 2aE1-1	→ 2aE2-1	→ 2eE1-1
→ 2aE1-2	→ 2aE3-1	→ 2eE2-1
	→ 2dE2-1	→ 2eE3-2

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

