



# **LA GESTION DES RISQUES DANS LA CERTIFICATION V2014**

**Thomas LE LUDEC**

**Directeur délégué**

**Direction de l'amélioration de  
la qualité et de la sécurité des  
soins**

# PLAN

---

## **Sens et perspectives de la certification V2014**

### **Certification V2014 :**

- le temps de la préparation : le compte Qualité**
- le temps de la visite : les nouvelles méthodes de visite**
- le système décisionnel et le rapport de certification**

### **Conclusion**

## Questions à l'assemblée :



- **Avez –vous été impliqué directement ou indirectement dans un événement indésirable grave ? (levez la main)**
- **Avez – vous participé à l'analyse d'un événement indésirable grave ? (levez la main)**



**01**

**Certification V2014 : sens et perspectives**

## Un constat :

Une structuration déjà forte des démarches qualité en ES

- **3 manuels de certification: exigences et modalités de structuration et d'évaluation**
  - **Code de la santé publique prescriptif**
  - **EPP et DPC**
  - **Mise en œuvre de l'évaluation interne d'actions centrées patient.**
- *Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) prévu par le CSP doit être la force motrice de l'engagement de l'établissement***

# L'enjeu de la V2014 :

## Agir sur les cultures hospitalières pour aller plus loin

- **Management par la qualité irriguant les organisations ;**
  - **Renforcer une approche par processus et par thématique de risques pour « parler » davantage aux professionnels**
  - **Points critiques de la prise en charge du patient ;**
  - **Favoriser la reconnaissance de démarches d'équipes.**
- *Pour une démarche plus naturelle et continue visant à évaluer la maturité du système de management de la qualité et des risques de l'ES***

## Les ambitions :

### Une certification au service des démarches qualité des ES

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



# Des évolutions thématiques

# Une lecture du Manuel par thématiques

→ Une lecture du Manuel de certification selon une liste de thématiques intégrant tous les critères

Management stratégique,  
gouvernance

Management et gestion de la  
qualité et des risques

Gestion du risque infectieux

Gestion des ressources  
humaines

Santé, sécurité et qualité de vie  
au travail

Gestion du système  
d'information

Gestion des ressources  
financières

Fonctions logistiques

Droits des patients

Parcours du patient

Identification du patient

PEC de la douleur

Gestion du dossier du patient

PEC médicamenteuse

PEC du patient aux urgences et soins  
non programmés

Laboratoire et imagerie

PEC du patient au bloc opératoire

PEC des patients en fin de vie

PEC dans les secteurs à risque

Dons d'organe

# Un Manuel au service d'une stratégie de la certification

- **Selon 3 axes :**

- Axe 1 : Maintenir un haut niveau de vigilance sur les PEP et refuser toute régression
- Axe 2 : Encourager l'émergence de nouvelles thématiques « d'impulsion »
- Axe 3 : Rapprocher la certification des équipes et de la prise en charge des patients
- **Avec une préoccupation constante de conforter la place des usagers en V2014**

# Axe 1 : Consolider les acquis sur les PEP

- **Thèmes correspondants :**

- Management de la qualité et des risques (extension du critère à la thématique – inclusion de l'EPP/DPC)
- Dossier du patient
- Identification du patient à toutes les étapes
- Prise en charge médicamenteuse
- Maîtrise du risque infectieux
- Prise en charge de la douleur et droits des patients en fin de vie
- Organisation du bloc opératoire et des secteurs interventionnels (26b élargi)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- Continuité et coordination des soins
- Libertés individuelles et mesures de prévention de liberté (psychiatrie)
- Gestion des équipements et produits de santé au domicile (HAD)

- **Approche de la certification :**

- Thèmes sur lesquels les ES doivent s'évaluer et rendre des comptes
- Exigences élevées dans la formulation des décisions

# Focus sur la gestion des risques a priori

- **Vers une évaluation de la thématique « management qualité et gestion des risques » plutôt qu'une évaluation critère par critère.**
  - C'est la principale évolution de la V2014 par rapport à la V2010 avec cet objectif clef d'évaluer la maturité du système de management de la qualité et des risques de l'ES
  - Cette version vise à responsabiliser les établissements de santé : faire en sorte qu'ils travaillent sur leurs risques majeurs sans négliger la priorisation de leurs actions. Cela signifie :
    - que les ES connaissent leurs risques (8d)
    - qu'ils ont mis en place un processus de maîtrise des risques résiduel
    - qu'il est question d'une approche système avec un accent mis sur les interfaces

# Focus sur la gestion des risques a priori

- **Le critère 8d est un critère qui revient partout pour chaque thématique :**
  - L'audit processus demande en étape 1 que l'ES identifie ses besoins et ses risques. Une des données d'entrée est l'identification *a priori* des risques.
  - Un des éléments mais elle n'est pas le seul. Au même titre, on trouvera les plaintes, les EI, les audits externes et internes, les RMM,...
  - Donc le critère est présent tout le temps mais ne prend pas une place supérieure par rapport aux autres et pas plus qu'en V2010.

Dans une logique de système de management des risques.

## Axe 2 : Promouvoir des démarches sur des thèmes « d'impulsion »

- **Caractéristiques des thèmes d'impulsion**
  - Sujet comportant une forte dimension d'ordre culturel
  - Importance de la mise en place de projets et de démarches d'amélioration
  - Changement culturel et organisationnel à conduire
- **Approche de la certification**
  - Regard de la certification portant avant tout sur la démarche de l'établissement
  - Fort portage de la HAS pour mettre à disposition des méthodes
  - Décisions limitées à la recommandation en règle générale
- **Thèmes correspondants**
  - Bientraitance
  - Qualité de vie au travail

# Axe 3 : Rapprocher la certification des équipes et de la prise en charge des patients

## 3-1 - Orientation générale sur les équipes

- Promouvoir, évaluer et valoriser les dynamiques et le travail d'équipe

### Bénéfices recherchés

- Faire progresser la sécurité du patient en agissant sur l'un de ses principaux déterminants (équipe, « barrière de sécurité »)
- Mettre en place des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité pertinentes pour les professionnels (renforcement de l'utilité et de l'implication des professionnels de « 1<sup>ère</sup> ligne » dans la certification)
- Prendre en compte les enjeux de prise en charge du patient et le point de vue du patient (développement des approches patient centrées)
- Améliorer la qualité de vie au travail des professionnels (équipe déterminant du bien-être au travail)

# Axe 3 : Rapprocher la certification des équipes et de la prise en charge des patients

## 3-2 - Développer les approches parcours du patient

- Application des nouvelles méthodes de visite au sujet parcours
- Regard sur la structuration des parcours par les établissements sur la base des exigences du manuel de certification
- Développement et portage progressif du sujet en lien avec les travaux HAS en cours sur les parcours
- Reconnaissance en tant que pratiques remarquables des « démarches parcours » performantes

## Quelques parcours à fort enjeu

- Personnes âgées,
- Patients porteur de maladie chroniques,
- Enfants et adolescents,

# Une préoccupation constante : conforter la place des usagers en V2014

- **Une préoccupation ancienne de la HAS**
  - Association des représentants des usagers à toutes les étapes de la procédure
  - Rôle de la CRUQPC souligné dans la V2010
- **Une politique nationale**
  - Une réaffirmation de la place des usagers dans la Stratégie nationale de santé
  - Une place affirmée dans le PNSP
  - **Une très forte satisfaction des représentants des usagers vis-à-vis de la certification (IPSOS 2011)**
    - Perception d'un levier important pour la qualité et la sécurité des soins
    - Un levier pour renforcer leur place et leur reconnaissance par les professionnels
- **Un recul de leur implication dans la procédure de certification dénoncé par les associations**

**Pour lancer la discussion...**



**Selon vous,  
quel délai entre la survenue d'un EIG  
et  
la mise en place  
d'une solution pour la sécurité du  
patient ?**



**02**

**Certification V2014, le  
temps de la préparation :  
Le Compte Qualité**

**Pour lancer la discussion...**



**Etes-vous en mesure  
de citer les engagements  
de votre établissement  
pour la réduction des risques?**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# Le Compte Qualité

---

Outil de valorisation et de suivi de  
votre PAQSS

# La certification V2014 et le Compte Qualité

## Stabilité du manuel

- lecture des 82 critères selon **21 thématiques**

## Nouvelles méthodes de visites

- des visites plus performantes, pour une évaluation de la réalité des prises en charge

## Introduction du Compte Qualité

- outil de valorisation et de suivi du PAQSS
- se substituant à l'autoévaluation HAS
- répondant à l'obligation d'évaluation réglementaire

# Le Compte Qualité pour définir ses priorités d'amélioration

## Méthode d'évaluation

- basée sur **l'identification et une analyse de ses risques** par thématique par l'établissement de santé
- en fonction de méthodes d'identification des risques qui lui sont propres
- en fonction des principaux résultats d'évaluation dont il dispose : indicateurs, EPP...

## Résultats

- une hiérarchisation des risques (grâce à une matrice de criticité)
- une déclinaison en plans d'action

⇒ **de façon à mettre en évidence ses propres opportunités d'amélioration en termes de qualité et de sécurité des soins**



**01**

**Les objectifs**

# Le Compte Qualité : outil de synchronisation

## Outil de la continuité

Le Compte Qualité est

- un outil de management par la qualité actualisable, vivant et donc continu
- au service de toutes les démarches qualité et gestion des risques dont la certification

## Outil de l'efficience

Le Compte Qualité permet

- de faire converger dans un même document le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques d'un établissement et les axes prioritaires d'évaluation externe par la certification
- à terme, de répondre aux attentes des autorités de tutelle par exemple dans le suivi des annexes qualité des CPOM

# Le Compte Qualité : outil de pilotage

## Outil standardisé

Le Compte Qualité permet

- le pilotage au travers d'un outil/logiciel informatique accessible depuis la plateforme SARA
- de construire les tableaux de bord du PAQSS et les plans d'actions

## Outil interactif

Le Compte Qualité permet

- une appropriation de la démarche par tous les acteurs de l'établissement
- de réaliser des analyses par thématique à l'aide d'une vision dynamique et croisée



**02**

**Le fonctionnement**

# Le Compte Qualité : en deux parties

## Une thématique transversale

### Les engagements de l'établissement en matière de management de la démarche qualité et gestion des risques

- Engagement, pilotage et management opérationnel
- Présentation des résultats d'évaluation (données)
- Analyse et plans d'actions (= de priorisation)

## 20 autres thématiques

### L'établissement travaille sur les thématiques liées à son activité

- Présentation des résultats d'évaluation (données)
- Analyse via une approche par l'identification des risques et plans d'actions (= de priorisation)

Dans le cadre de la certification V2014, l'établissement doit, à minima, présenter à la HAS une analyse sur les thématiques rattachées à des critères PEP (Pratiques exigibles prioritaires) liées à son activité et aux deux thématiques : « Santé, sécurité et qualité de vie au travail » et « gestion du système d'information »

# Le Compte Qualité : les 21 thématiques

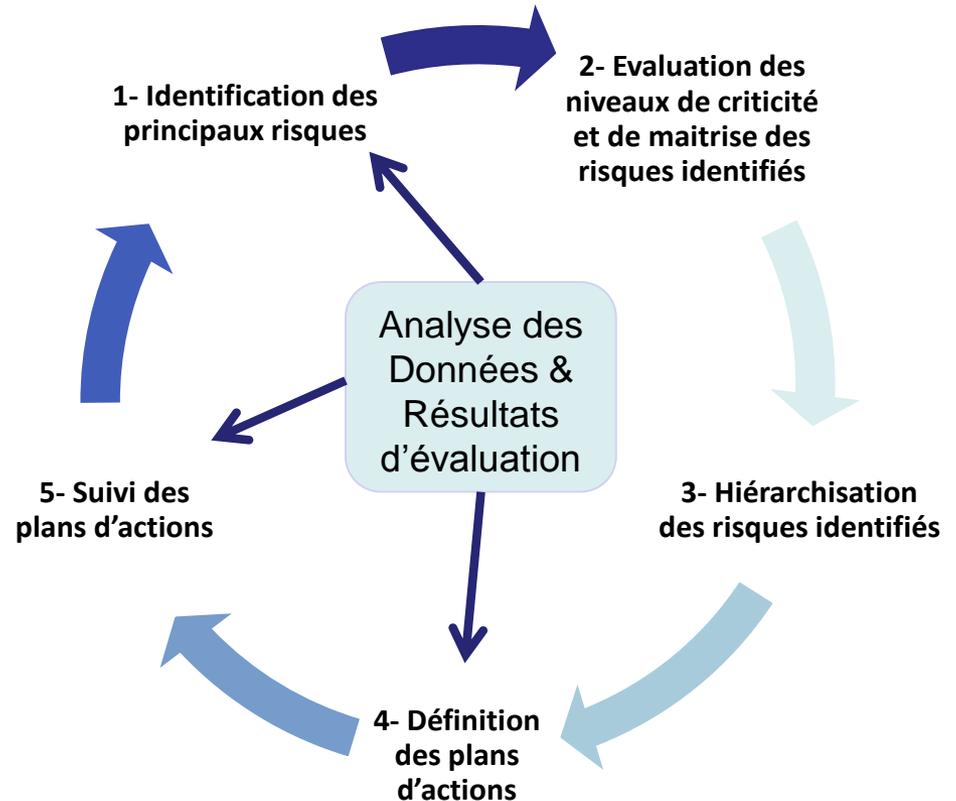
<b>Management</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Management stratégique, gouvernance</li><li><u>Management et gestion de la qualité et des risques</u></li><li>Gestion du risque infectieux</li></ul>	<b>Prise en charge du patient</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Droits des patients</li><li>Parcours du patient</li><li>PEC de la douleur</li><li>PEC des patients en fin de vie</li><li>Gestion du dossier du patient</li><li>Identification du patient</li><li>PEC médicamenteuse</li><li>PEC du patient aux urgences et soins non programmés</li><li>Laboratoire</li><li>Imagerie</li><li>PEC du patient au bloc opératoire</li><li>PEC dans les secteurs à risque</li><li>Dons d'organe</li></ul>
<b>Fonctions support</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Gestion des ressources humaines</li><li>Santé, sécurité et qualité de vie au travail</li><li>Gestion du système d'information</li><li>Gestion des ressources financières</li><li>Fonctions logistiques</li></ul>		

# Le Compte Qualité : méthode d'analyse des thématiques

- L'analyse se réalise selon 5 étapes et est fondée sur les résultats des indicateurs et des évaluations

- L'analyse et sa traduction en plan d'action peut être adaptée à l'organisation de l'établissement :

- Par secteur d'activité, par pôle, par service...
- mais aussi :
- En découpant la thématique en différents axes.



# Compte Qualité - Rubrique « Données »

Certification Indicateurs QSS Nationaux Autres Indicateurs Autres Résultats d'Évaluation EPP

Stucs à afficher Tout plier Tout déplier

Nom de l'indicateur

Description résultat

Description	Libellé
Libellé*	Nom de l'indicateur
Description	
Opérateur en charge	
Objectif	
Date de mise en place	01 / 2014
Méthode de calcul	<input checked="" type="radio"/> En % <input type="radio"/> Num <input type="radio"/> Texte
Résultat exprimé*	
Condition et fréquence de recueil	
Zone d'alerte (<)	
Zone de maîtrise (>=)	

Date	Structure	Pec/Activités	Classe / Cotation	Valeur	Commentaire		
02 / 2014	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx...	X +
02 / 2014	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx...	X +

Pour chaque thématique, une rubrique « Données » présente de façon structurée les indicateurs et résultats d'évaluation:

- Saisie par l'ES de ses indicateurs, résultats d'évaluation et EPP
- Reprise automatique des précédentes décisions HAS & des indicateurs IPAQSS

# Compte Qualité – Rubrique « Analyse & plans d'action »

Nom catégorie de risque 1  Transmission HAS

Afficher la matrice

**Criticité/Niveau de maîtrise**

**Légende :**

- Et licet quocumque oculos flexeris feminas adfatim multas spectare cirtatas, quibus, si nupsissent, per
- Cirtatas, quibus, si nupsissent, per aetatem ter iam nixus poterat suppetere liberorum.
- Per aetatem ter iam nixus poterat suppetere liberorum, ad usque taedium pedibus pavimenta tergentes.

**Evaluation des Risques**

ID Risque	Libellé du Risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de Maîtrise en Place	Niveau De Maîtrise	Commentaire	
R1	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	3	4	12	Xxxxxxxxxxxxx xxx xxxxxx xxxxxxx...	4	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	✖ 📄 ➕
R2	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	1	2	2	Xxxxxxxxxxxxx xxx xxxxxx xxxxxxx...	3	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	✖ 📄 ➕
R3	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	3	4	12	Xxxxxxxxxxxxx xxx xxxxxx xxxxxxx...	4	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	✖ 📄 ➕
R4	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	3	2	6	Xxxxxxxxxxxxx xxx xxxxxx xxxxxxx...	3	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	✖ 📄 ➕
R5	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	2	5	10	Xxxxxxxxxxxxx xxx xxxxxx xxxxxxx...	4	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	✖ 📄 ➕

**Plans d'Action** Action Finalisées ou Abandonnées

ID Risque	Objectifs	Actions D'amélioration	Responsable	Début Prév.	Début Réel	Ech Prév.	Ech Réelle	Modalité Suivi	Etat D'avancement	
R1, R2 *	Xxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014	Xxxxxxxxxxxx...	En Cours	✖ 📄 ➕
Aucun				02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014		En Cours	✖ 📄 ➕

Matrice Criticité / Niveau de maîtrise

Tableau d'identification principaux risques

Tableau d'identification des plans d'action

# Méthode d'analyse

Sélection des données

Risque identifié : R1 Valider Annuler

LIBELLE DU RISQUE	FREQUENCE	GRAVITE	CRITICITE	DISPOSITIF DE MAITRISE EN PLACE	NIVEAU DE MAITRISE	COMMENTAIRE
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3	4	12	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Voir lignes cochées uniquement

ANALYSE DES RESULTATS

PRECEDENTES DONNEES DE CERTIFICATION V2010  
DATES DE VISITE : 29/01/2014 - DATE SEANCE CREDO : 02/02/2014

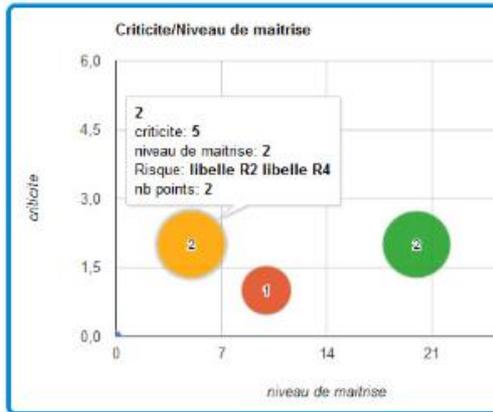
N°	LIBELLE DU CRITERE	PEC	NIVEAU DE DECISION
<input checked="" type="checkbox"/> XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
<input checked="" type="checkbox"/> XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
<input type="checkbox"/> XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
<input type="checkbox"/> XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PRECEDENTES DONNEES DE CERTIFICATION V2014  
DATES DE VISITE : DU 29/01/2014 AU 06/02/2014 - DATE SEANCE COLLÈGE : 02/02/2014

LIBELLE DES THEMATIQUES ASSOCIEES	NIVEAU DE DECISION
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

INDICATEUR QSS NATIONAUX - TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

DATE	FINISS	INDICATEUR	CLASSE	VALEUR	FOURCHETTE	EVOLUTION
<input checked="" type="checkbox"/> AAAA	XXXXXXXXXX	XXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX	XXX
<input checked="" type="checkbox"/> AAAA	XXXXXXXXXX	XXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX	XXX
<input checked="" type="checkbox"/> AAAA	XXXXXXXXXX	XXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX	XXX



Nom catégorie de risque 1

Afficher la matrice

Evaluation des Risques

ID Risque	Libellé du Risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de Maîtrise en Place	Niveau De Maîtrise	Commentaire
R1	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3	4	12	XXXXXXXXXXXX XXX XXXXX XXXXXX	4	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
R2	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1	2	2	XXXXXXXXXXXXXXX XXX XXXXXX XXXXXX	3	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
R3	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3	4	12	XXXXXXXXXXXXXXX XXX XXXXXX XXXXXX	4	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
R4	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3	2	6	XXXXXXXXXXXXXXX XXX XXXXXX XXXXXX	3	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
R5	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2	5	10	XXXXXXXXXXXXXXX XXX XXXXXX XXXXXX	4	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Plans d'Action Action Finalisées ou Abandonnées

ID Risque	Objectifs	Actions D'amélioration	Responsable	Début Prév.	Début Réel	Ech Prév.	Ech Réelle	Modalité Suivi	Etat D'avancement
R1, R2	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014	XXXXXXXXXXXX	En Cours
Aucun				02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014		En Cours

Corrélation entre:

- le risque identifié
- les résultats et indicateurs
- les plans d'action



**03**

**Place dans le cycle**

# Le Compte Qualité : pivot de la certification

## Le Compte Qualité sert la certification :

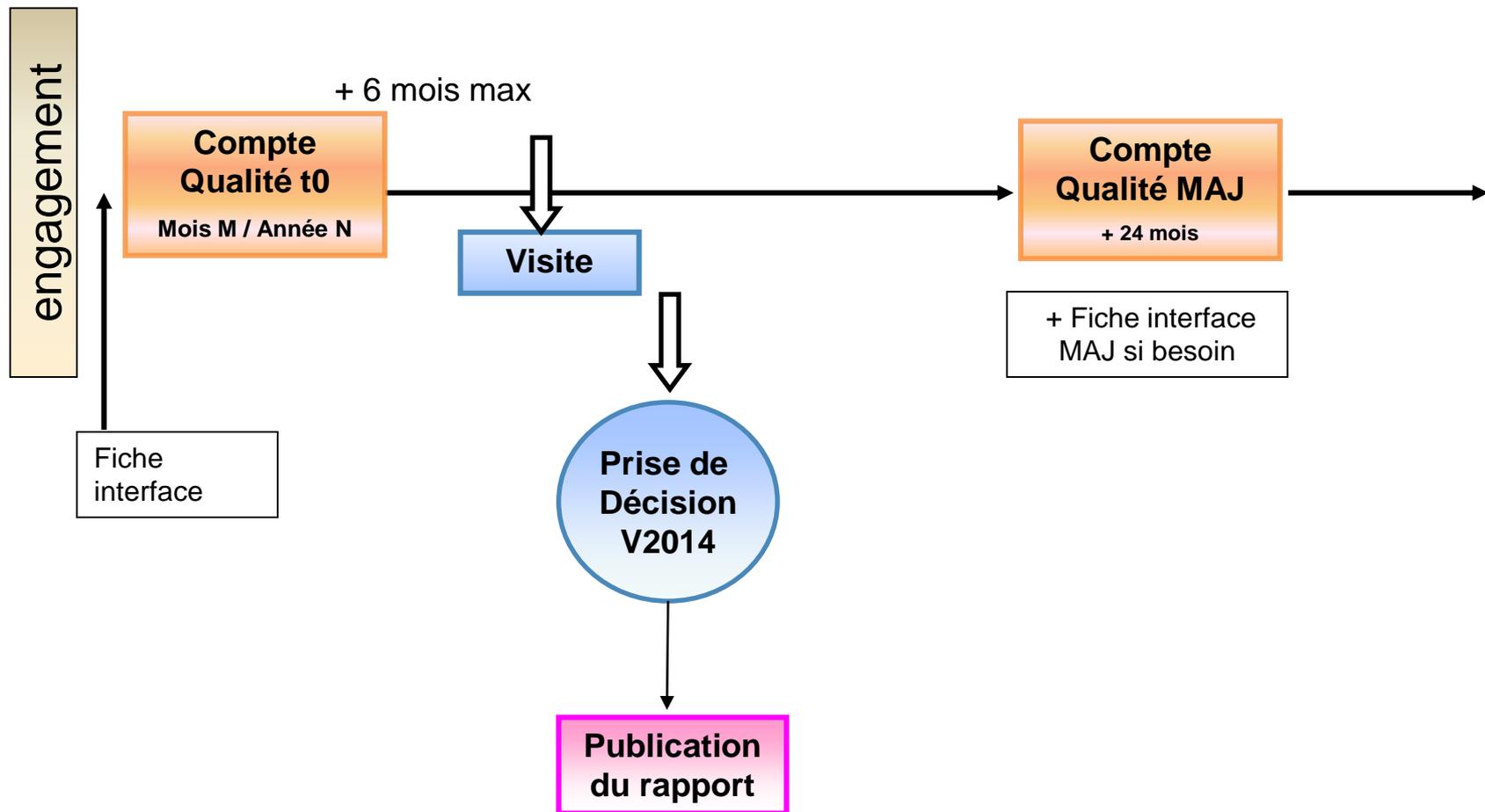
- Il permet une alimentation régulière de la base de connaissance de chaque établissement pour permettre un pilotage plus fin des besoins d'évaluation externe et définir le programme de visite
- Néanmoins, le programme de visite peut inclure une thématique n'ayant pas été analysée par l'établissement dans son Compte Qualité

Il est adressé à la HAS tous les **2 ans** et se substitue à l'autoévaluation et au dispositif de suivi.

## Son analyse permet :

- d'objectiver que l'établissement s'est engagé à mettre en place des actions d'amélioration
- d'organiser ainsi une visite personnalisée
- de s'assurer du suivi des décisions

# Le cycle de certification V2014





# 03

## **Certification V2014, le temps de la visite : Les nouvelles méthodes de visite**

# Evolution de la place de la visite

**La visite n'a plus une place aussi centrale dans le cycle avec comme objectif de limiter le surinvestissement autour de la visite et la relative démobilisation post-visite.**

**C'est un outil, au même titre que les comptes qualité, pour le suivi des démarches qualité.**

# Les enjeux de la visite V2014

Visite(s)

Nouvelles  
Méthodes

- **Un programme personnalisé de visite établi par la HAS sur la base d'une analyse de données d'amont**
- **Des visites plus courtes, pour la majorité d'entre elles à 3 experts visiteurs / 3 jours**
- **L'introduction de nouvelles méthodes de visite : audit de processus et « patient traceur » dans une visée d'investigation au plus près de la réalité des pratiques**
  - S'appuyer sur des standards reconnus des démarches qualité et des évaluations externes et donner davantage de profondeur de champ aux investigations ;
- **Le renforcement du regard porté sur la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser l'ensemble des risques relatifs à ses activités**

- **Apprécier pour une thématique donnée la manière dont celle-ci est :**
  - définie (**politique**) et quels objectifs lui sont assignés.
  - en capacité d'identifier et de traiter les risques susceptibles de contrarier l'atteinte des objectifs déterminés (mobilisation des données issues des approches a priori et a posteriori)
  - organisée et déployée (structuration, définitions des champs de responsabilités des différents acteurs impliqués, moyens mobilisés...) pour produire la somme des actions qui s'y rattachent (**mise en œuvre**) permettant l'atteinte des objectifs fixés
  - à même de mesurer (**évaluation**) la bonne exécution des actions réalisées et d'identifier les axes de progrès en matière de qualité et de sécurité (**amélioration**)

- **Méthode d'évaluation des processus de soins et des organisations qui s'y rattachent à partir d'un séjour de patient hospitalisé**

- Elle étudie la satisfaction aux attentes du manuel en situation concrète
- Elle s'adapte à la variété des prises en charge

Elle permet d'impliquer l'ensemble des acteurs qui contribuent à la prise en charge

Elle permet d'observer les interfaces et la collaboration interdisciplinaire tout au long de la prise en charge



- **Elle n'est pas une évaluation de la pertinence de la stratégie diagnostique et thérapeutique du patient**

# La méthode du patient traceur

Visite(s)

Nouvelles  
Méthodes

- **Choix du patient tenant compte des objectifs de visite liés au profil de l'établissement.**
- **Préparation et conduite de l'évaluation sur la base du dossier du patient.**
- **Méthode qui place le regard des évaluateurs au niveau du cœur de métier, au contact des équipes dans les unités de soins, qui permet d'impliquer l'ensemble des acteurs qui contribuent à la prise en charge.**
- **Méthode qui prend en compte le regard du patient.**
- **Méthode qui permet d'observer les interfaces et la collaboration interdisciplinaire tout au long de la prise en charge.**



Patient traceur  
Chirurgie

# Focus : Investigation par patient traceur

Exploitation des données

Visite(s)

Nouvelles  
Méthodes

Les processus sont alimentés par les données  
recueillies au cours des **patients traceurs**

*Exemple*

## Processus

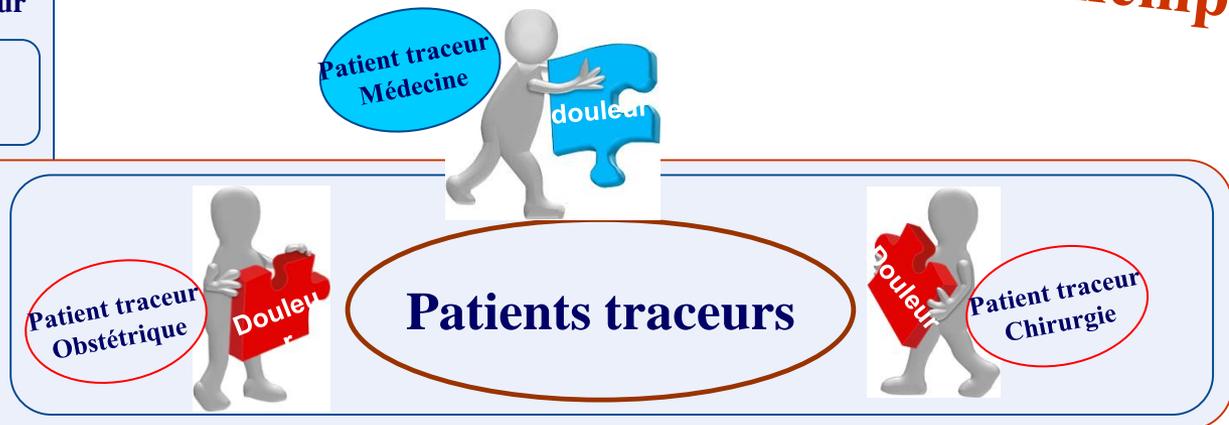
Prise en charge de la douleur

**P** Prévoir

**D** Mettre en œuvre

**C** Évaluer

**A** Améliorer



**Pour lancer la discussion...**



**Ces nouvelles méthodes de visite  
pourraient-elles servir  
aux pôles ?**



# 04

## **Certification V2014, le processus décisionnel et le rapport de certification**

# Un processus décisionnel exigeant

- **Au service d'une stratégie de la certification selon deux axes :**
  - Maintenir un haut niveau de vigilance sur les PEP et refuser toute régression;
  - Encourager l'émergence de nouvelles thématiques « d'impulsion »,
- **Selon les axes et en fonction des écarts identifiés en visite sont établies des décisions de niveau recommandation, réserve voire réserve majeure**
- **Les décisions porteront sur les thématiques**

# Les futurs niveaux de certification

- **3 types de certification avec 5 niveaux :**
  - Certification +/- recommandations
    - Si pas de décision (A) ou si recommandation (B)
  - Sursis à la certification
    - Si réserve (sujet sécurité et droits des patients, C) ou réserve majeure (D)
  - Non certification (E)



# Le rapport de certification

- **Un rapport plus court, plus lisible, mieux exploitable, qui identifie :**
  - Les acquis du système de management de la qualité et des risques de l'établissement,
  - Les points de non-conformité établis à l'issue de la visite.

# Pour lancer la discussion...



**Avec ces informations:**

**Quels seraient vos messages-clés  
auprès de vos collègues dès demain ?**



**05**

**Conclusion**

# En synthèse

- **La V2014 cherchera à percevoir :**
  - Un système de management de la qualité et des risques impliquant pour la 1ère ligne, c'est-à-dire les équipes chargées de la prise en charge du patient
  - Des résultats des démarche qualité perceptibles pour les usagers et par les professionnels

# Les mauvais réglages à éviter en V2014

- **Un pilotage lointain ou faiblement attentif aux réalités de terrain**
- **Des directions qualité « enfermées » dans la gestion de la seule procédure de certification**
- **Un surinvestissement dans la « comitologie » au détriment de la mise en œuvre d'actions d'amélioration et de leur évaluation**
- **Ne pas régler les problèmes identifiés depuis longtemps et ne pas réduire l'exposition au risque**
- **Mal utiliser le temps médical et celui des cadres de santé dans la démarche qualité**

# Mobiliser à bon escient et viser une lisibilité de la démarche qualité pour tous

- Mobiliser la méthode du patient traceur : une évaluation flash et une responsabilisation immédiate des équipes
- Mobiliser la déclaration des EI et des CREX ciblés sur un risque impliquant 100% des unités
- Mobiliser pour viser des améliorations accessibles en moins d'un an
- Mobiliser en donnant des jalons mensuels, trimestriels ou semestriels
- Rendre lisible les sujets à 3 ans comme les sujets de pilotage en mode projet