

# Réunion des infirmières hygiénistes de l'inter région Paris Nord

Muriel JAKUBOWSKI – HAS  
Jeudi 16 mai 2013

Certification des établissements de santé  
et gestion des risques

## Sommaire

1. Le projet d'évolution de la certification
2. Un manuel identique
3. Un cycle de certification plus continu
4. Les nouvelles méthodes de visite – Patient traceur
5. Les nouvelles méthodes de visite – L'audit de processus
6. Illustration – Le management de la qualité et de la gestion des risques
7. Des modèles d'organisation
8. Développement d'une culture de sécurité
9. Conclusion

## 01 - Le projet d'évolution de la certification

## Evolution de la certification Etat des lieux de la certification

1. **Les forces**
  - La certification, outil de changement organisationnel
  - Un impact de la certification et de ses décisions sur de nombreux sujets
  - Des retours positifs sur la V2010
2. **Des points d'amélioration bien identifiés**
  - Ambiguïtés persistantes sur le positionnement de la certification (amélioration versus contrôle)
  - Charge de travail importante pour les établissements (« pic » quadriennal)
  - Difficulté de mobilisation des professionnels de terrain
  - Besoin d'un renforcement de l'effet de la certification sur l'amélioration de la qualité et la sécurité réelle

## Evolution de la certification

### 5 orientations stratégiques

#### La réflexion stratégique conduit à proposer :

1. Renforcer la capacité de la certification à maîtriser les risques
2. Renforcer l'effet de la certification sur le management de l'établissement et des secteurs d'activité
3. Rendre continue la démarche d'amélioration de la qualité des établissements
4. Poursuivre le développement des approches centrées sur le patient
5. Valoriser les établissements dans le cadre de la certification

## Evolution de la certification

### Les projets en cours

#### Un ensemble d'évolutions à intervenir d'ici 2018 pour mettre en œuvre ces orientations

- Nouvelles méthodes de visite
- Profil de risque des établissements
- Compte qualité
- *Approche équipe*
- *Qualité de vie au travail*
- *Parcours de soins...*

## 02 - Un manuel identique

## Evolution de la certification

### Assurer la stabilité du manuel

#### → Conserver le même manuel jusqu'à l'horizon 2018

##### 1. Objectif

- Assurer la continuité souhaitée par les parties prenantes
- Permettre un investissement de la HAS sur d'autres composantes de la certification

##### 2. Modalités

- Garder le manuel actuel sur plusieurs procédures successives
- Réaliser une révision du type avril 2011 dans l'intervalle si nécessaire
- Développer les thématiques via le portage et l'évolution des méthodes de visite



## 03 - Un cycle de certification plus continu

## Un cycle plus continu et plus responsable

- Introduction des comptes qualité comme outil de suivi longitudinal du programme qualité et gestion des risques des établissements
  - Des RV plus réguliers entre la HAS et chaque établissement et ouvrir un cycle pérenne dans le temps
- Evolution de la place de la visite
  - Une visite qui n'est plus aussi centrale dans le cycle et limiter le « surinvestissement » autour de la visite et l'effet soufflé

## 04 - Les nouvelles méthodes de visites Le patient traceur

## La méthode du patient traceur

### Définition

- 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'observer les interfaces et la collaboration interdisciplinaire tout au long de la prise en charge

## La méthode du patient traceur

### Ce que n'est pas la méthode

- N'est pas une évaluation de la pertinence de la stratégie diagnostique et thérapeutique du patient
- Ne consiste pas à suivre le patient tout au long de son parcours

## La méthode du patient traceur

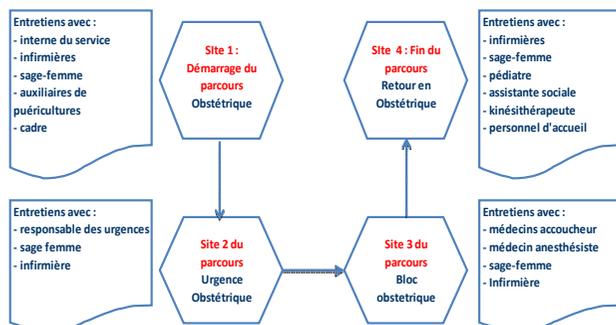
### Les étapes

- Choix du patient : répond aux objectifs de visite  
*situation clinique complexe, différents modes de prise en charge, proche de la sortie...*
- Début de l'évaluation dans le service où est actuellement hospitalisé le patient
- Rencontre de(s) équipes (s) prenant en charge le patient
- Revue du dossier et confirmation de l'information
- Rencontre, sauf impossibilité, du patient et de sa famille
- Points d'observation → évaluation de la compliance aux exigences de la certification

## La méthode du patient traceur

### Illustration

#### Parcours de l'expert visiteur médecin lors d'un patient traceur

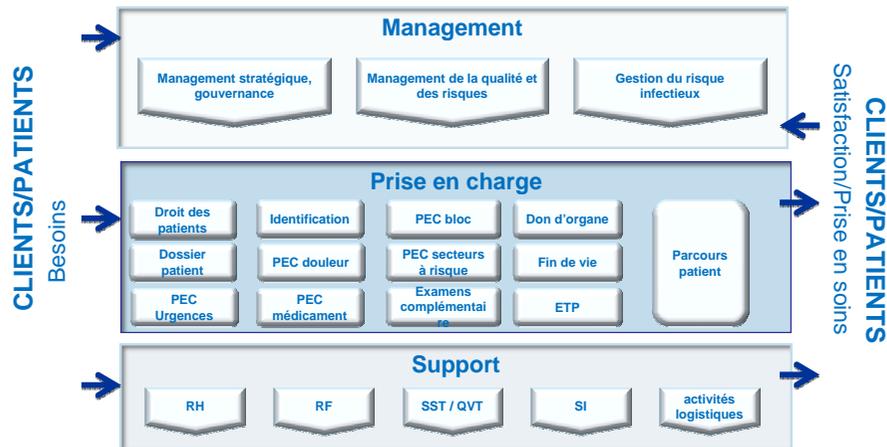


Parturiente ayant accouché par césarienne

05 -  
Les nouvelles  
méthodes de visites  
L'audit processus

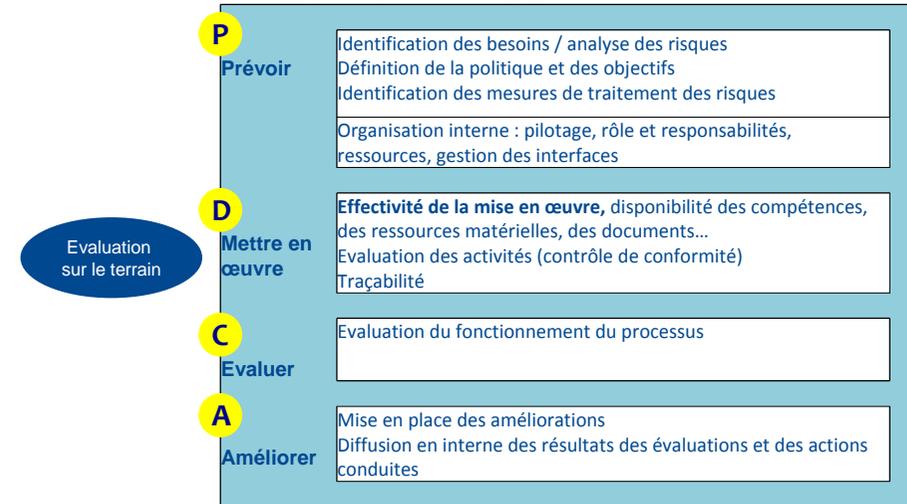
## L'audit de processus

Sur la base d'une liste d'une 20aine de thèmes



## L'audit de processus

Les points de maîtrise selon PDCA



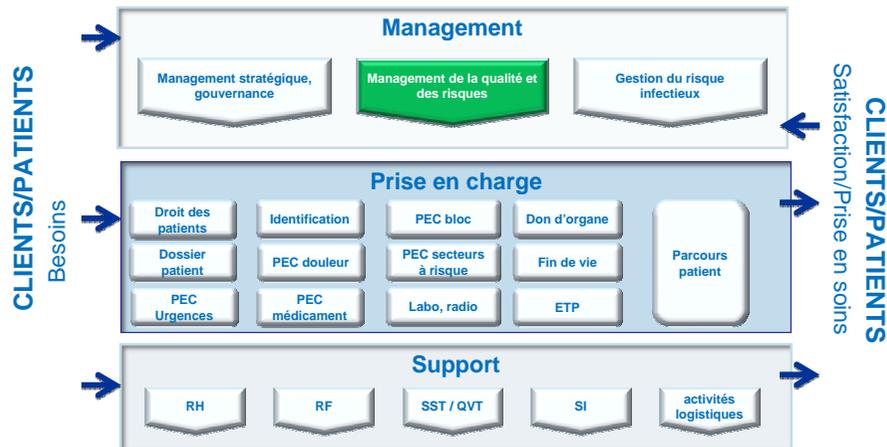
## L'audit de processus

Vérification de l'application du processus sur le terrain



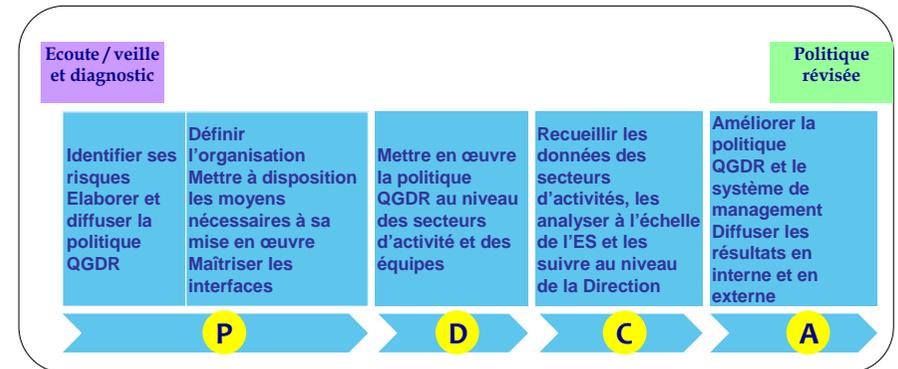
06 -  
Illustration - Le  
management de la  
qualité et de la gestion  
des risques (QGDR)

# Le management de la Q/GDR



# Le management de la Q/GDR

## Contour du processus



# Le management de la Q/GDR

## Lien avec les références du manuel



### P

L'ES a élaboré une politique sur la base d'une identification et d'une analyse de ses risques.

Les sources de données suivantes sont utilisées :

- L'écoute des **usagers**, de leurs représentants et des associations (2b)
- L'écoute des membres des **instances** (2c)
- L'écoute des **personnels** (2d)
- La **veille** réglementaire (8c), les **évaluations**, les audits, les analyses statistiques (8f, 8d, 3c, E1, 3d, 9bE3-2, 1g, 4a, 2e, ...)

Elle définit les orientations en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (1e) et notamment :

**Eau**      **Antibiotiques**      **Locaux**      **Air**      **Etc.**

Elle est diffusée à l'échelle de l'ES et aux parties prenantes (1eE2-1, 1fE2-3, 1gE2-1)

Des **objectifs** stratégiques QGDR et des indicateurs sont déclinés à l'échelle de l'ES et par **secteur d'activité**. (1eE2-2)

Des mesures de **traitement des risques** sont définies.

La politique est déclinée en **programme** QGDR (8aE1-1, 1f)

# Le management de la Q/GDR

## Lien avec les références du manuel



### P

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique QGDR à l'échelle de l'ES

La fonction de **coordination** de la gestion des risques associés aux soins est assurée (8b)

Les rôles et responsabilités en matière de prévention du risque infectieux sont définis :

**CLIN**      **EOH**      **Pharmacien**      **Services**  
**CME**      **Fonction QGDR**      **Cadre IDE**      **techniques**

Les ressources sont définies :

- Une **gestion documentaire** est en place (5c)
- Des actions de **communication** sont menées (1gE2-1, 2eE2-1et 2eE2-2)
- Les besoins en **compétences** et **effectifs** sont mis à disposition en fonction des risques (3a)
- Des actions de **formation** initiales et continues sont mises en place (8fE2-2, 8fE2-3, 8dE2-2...3a), y compris pour les nouveaux arrivants (3b)

Les **interfaces** entre les différents acteurs /secteurs à risques sont identifiées et traduites dans les processus

# Le management de la Q/GDR

Lien avec les références du manuel

Identifier les risques	Définir l'organisation	Établir un plan de gestion	Assurer le suivi	Améliorer la performance
P	D	C	A	

## D

Les secteurs d'activités, au travers des équipes, maîtrisent leurs risques

- L'équipe décline le programme QGDR dans les plans d'action de son projet de service (8a E2-1)
- L'équipe a identifié ses risques spécifiques (8dE2-1). Ils tiennent compte des parcours spécifiques (25, 26, 27) et des populations spécifiques (19.a).
- L'encadrement des secteurs d'activités s'assure d'avoir les ressources et les compétences, adaptées aux risques et aux besoins liés à ses activités (3.a, 3.b).
- Les équipes sont impliquées dans les démarches d'amélioration : (1gE1-1)
  - Déclaration et traitement des **EI, EPR, EIG, vigilances**
  - Participation aux démarches **DPC/EPP** (1fE2-2), **RMM, RCP** (28a), pertinence des soins (28b), **indicateurs de pratiques clinique** (28c)

•Suivi de la traçabilité :

- Traçabilité de l'hygiène des locaux
- Traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure.
- Résultats des contrôles d'eau et d'air,
- Traçabilité des interventions réalisées sur les équipements, etc.



# Le management de la Q/GDR

Lien avec les références du manuel

Identifier les risques	Définir l'organisation	Établir un plan de gestion	Assurer le suivi	Améliorer la performance
P	D	C	A	

## C

Une structure opérationnelle du management de la gestion des risques assure le suivi du programme QGDR

Les sources de données suivantes sont utilisées :

- Le suivi de la mise en œuvre du programme d'amélioration QGDR au niveau des secteurs d'activités (8aE3-1)
- Le suivi du nombre de déclarations et le niveau d'avancement des analyses des **EI, EPR, EIG** (8f-E3, 8a-E1)

•Exemples de sources de données RI :

**Indicateur sur le bon usage des antibiotique** **EI relatifs au risque infectieux**

**Surveillance épidémiologique et surveillance de la résistance aux antibiotiques...**

- Un tableau de bord consolidé des résultats des **indicateurs** à l'échelle de l'ES (2e-E3, 28c)
- Le suivi du développement des démarches **DPC/EPP** (1fE2-3, 28a, 28b, 28c)
- Le suivi des actions pour améliorer la **culture** qualité et sécurité des professionnels (1g-E3).
- Le suivi de l'**analyse des risques a priori** dans les pôles, services et UF (8dE3)
- L'avancement des plans d'actions issus des **audits externes** et **internes** y compris ceux de la certification HAS et des inspections réglementaires

L'efficacité de la politique est évaluée en fonction notamment des résultats des évaluations internes et externes, des indicateurs ainsi que des recommandations du rapport de la CRU (1eE3-1, 1fE2-2)



# 07- Des modèles d'organisation

## Le processus de management QGDR

Exemple de structure (CHU)



## Le processus de management QGDR

Exemple de structure (CHU)

	Proposer	Prévoir Plannifier	Organiser	Préparer la décision	Décider	Motiver	Évaluer
Sous-commission de la CME	X					X	
Pôle santé publique	X					X	X
DQGR (1)	X	X	X			X	X
Réseau de référents Q-GdR des pôles	X		X			X	
Comité de pilotage		X		X			
Conseil de surveillance					X		

(1) Direction qualité-gestion des risques

Exemple dans un CHU (Guide HAS La sécurité des patients, 2011)

## Le processus de management QGDR

Des enjeux différents selon les parties prenantes



Critère 2.b Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Critère 2.e Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement

## Le processus de management QGDR

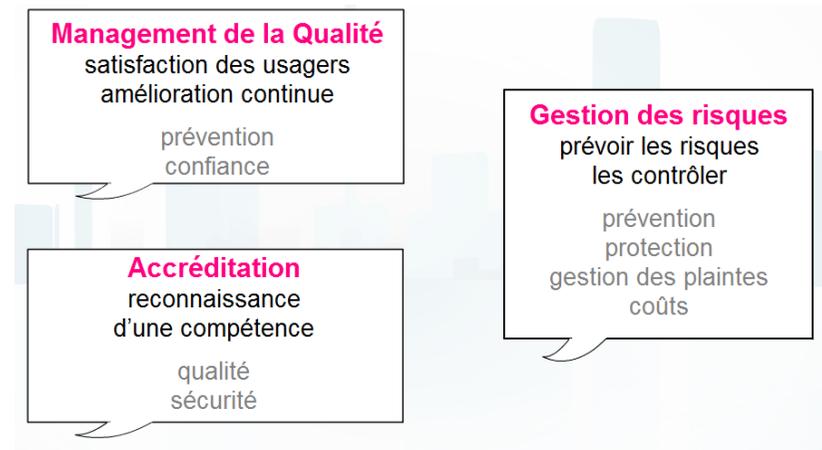
Le modèle Musiq (BMJ Quality and Safety, 2011)

Les facteurs de succès



## Le processus de management QGDR

Les démarches complémentaires



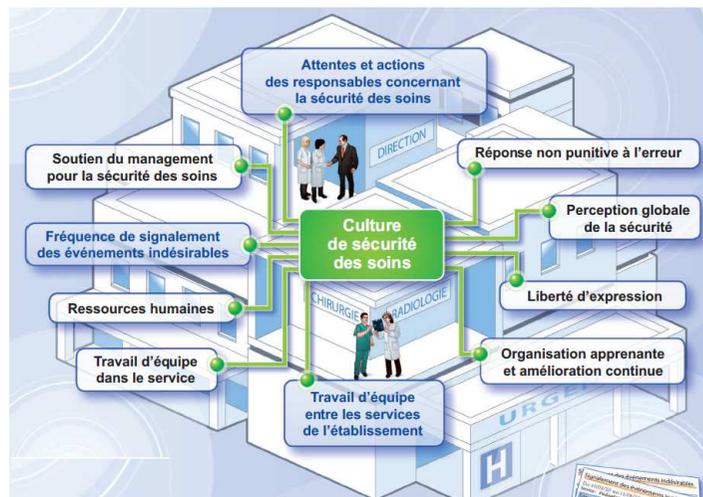
## Développement d'une culture de sécurité (1/3)



## 08- Développement d'une culture de sécurité

## Développement d'une culture de sécurité (2/3)

Questionnaire Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC) et CCECQA



## 9- Conclusion

## Les ambitions : une certification au service des démarches d'amélioration des établissements

- 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

Découvrez la nouvelle lettre trimestrielle d'information

## Certification & Actualités



Retrouvez dans chaque numéro :

- l'actualité de la certification,
- les nouveautés de la procédure,
- les retours d'expériences et des chiffres clés.

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Abonnez-vous gratuitement à la lettre électronique

## Le pôle certification disponible :

- Par courriel [i.certification@has-sante.fr](mailto:i.certification@has-sante.fr)

- Par téléphone

 N° Indigo 0 821 74 75 76  
0,118 € TTC / MN

Merci de votre attention