

Cette publication a vocation à accompagner les professionnels dans l'élaboration du Compte Qualité de leur établissement de santé. Elle revient sur les enjeux du Compte Qualité en rappelant qu'il s'inscrit dans une perspective de conforter la mise en place de système de management de la qualité et des risques au sein des établissements et son évaluation en V2014. Une partie est également consacrée à son utilisation dans le cadre de la préparation de la visite et sa mobilisation par les experts-visiteurs en visite. Une importante séquence présente des cas pratiques permettant d'illustrer la méthodologie mise en place au travers du Compte Qualité. Ce dossier est conclu par un focus sur les réponses aux questions les plus fréquemment posées auprès d'i-certification.

Nous vous en souhaitons une bonne lecture.

Le service de certification des établissements de santé.

Partie 1

Sens, objectifs et enjeux du Compte Qualité

La porte d'entrée dans la certification n'est désormais plus l'autoévaluation conduite pour la certification mais le Compte Qualité. En 15 ans, l'autoévaluation est devenue un outil partagé. Elle a permis aux établissements de santé de réaliser un diagnostic de leurs points forts et des axes d'amélioration au regard des référentiels de la HAS. Mais cette phase d'autoévaluation a atteint ses limites car elle ne garantit pas en soi que les actions correctrices sont réalisées en temps et en heure. De plus ce temps d'introspection peut s'effectuer au détriment de la démarche qualité au quotidien. Le formalisme a pu orienter les énergies mobilisées au détriment de réalisations concrètes au bénéfice direct des patients, plus largement des usagers.

En effet, la V2014 a pour objectif « d'évaluer, d'une part, l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité et d'autre part la maturité des démarches qualité et gestion des risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients ».¹

L'émergence d'une culture qualité et sécurité des soins est une priorité d'action

car les fragilités de la prise de conscience institutionnelle ou au niveau des équipes peuvent alimenter les causes majeures d'événements indésirables associés aux soins survenant en établissement de santé.

Face à ces accidents trop fréquents, parfois graves et souvent évitables, les enjeux du renforcement d'une culture de sécurité sont nombreux :

- **enjeux humains** : les patients et les familles en termes de conséquences émotionnelles, physiques, sociales, familiales, mais aussi les professionnels de santé impliqués dans un événement indésirable ;
- **enjeux stratégiques** : réputation de l'établissement, capacité à maintenir et développer une activité à risques dans le cadre de l'organisation régionale de l'offre de soins ;
- **enjeux techniques, organisationnels, économiques, financiers, juridiques et assuranciers.**

Le déploiement d'une culture de qualité et de sécurité dans chaque établissement et dans chaque secteur d'activité, bénéficie en premier lieu aux professionnels de santé directement impliqués dans l'amélioration de la prise en charge du patient. Il est donc de la responsabilité d'un établissement de disposer d'un système de management de la qualité et de la sécurité allant encourager l'implication et le reconnaître.

Cette démarche doit s'appuyer sur une politique institutionnelle et un programme d'actions évolutif établi selon les risques spécifiques de l'établissement et les priorités retenues.

1. Introduction du Manuel de certification V2010 – version janvier 2014. Consultable sur www.has-sante.fr

Sens, objectifs et enjeux du Compte Qualité p.1&2

Description de la méthode p.2&3

Lien avec la démarche de certification p.3à5

Partie 1

Cycle de la certification p.6

Partie 2

Retours d'expérience p.7

Partie 3

Cas pratiques p.8 à 20

Partie 4

SARA® p.21

Partie 5

Foire aux questions p.22&23

Partie 6

S'appuyant sur la structuration des dispositifs qualité et gestion des risques que les établissements ont mis en place depuis 15 ans, la V2014 attend de l'établissement, au travers d'une approche orientée gestion des risques, qu'il démontre que son système de management de la qualité et des risques est suffisamment mature – c'est-à-dire formalisé, déployé sur le terrain et amélioré en continu – pour maîtriser ses risques et conserver voire dépasser le niveau atteint.

Afin de faciliter la priorisation des actions déployées au sein de l'établissement, la HAS met en place le Compte Qualité, outil de suivi longitudinal du dispositif de gestion des risques.

Ce nouvel outil, intégralement informatisé et mis à disposition des établissements propose une nouvelle approche de l'auto-évaluation tournée vers l'action et a vocation à traduire les engagements prioritaires de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration.

L'établissement traduit au travers du Compte Qualité l'analyse de ses risques, le dispositif établi pour les maîtriser et les résultats atteints et peut expliquer les priorités d'action qu'il a identifiées et ses engagements dans l'amélioration continue des sujets retenus.

C'est pourquoi, cet outil propose une méthode d'évaluation fondée sur une identification et une analyse de risques pour chaque thématique définie par la HAS, en référence à la méthodologie propre à l'établissement, en fonction des principaux résultats d'évaluation : décisions de certification, indicateurs, audits, EPP, RMM, etc.

Cette approche fondée sur l'analyse des risques *a priori* ou *a posteriori* permet de hiérarchiser les risques, de valoriser les dispositifs de maîtrise en place et de définir les plans d'action.

En effet, compte-tenu du contexte de chaque établissement, les actions d'amélioration à mettre en œuvre n'ont pas toutes le même degré d'urgence. Il est légitime d'accorder un rang de priorité supérieur à une thématique ou à une action parce qu'elles seront les prérequis à d'autres actions, rendant possibles des progrès ultérieurs et en profondeur.

Il est légitime de faire le choix de traiter les risques d'une opération très restructurante soit parce qu'elle fait levier sur l'ensemble de l'établissement, soit parce qu'elle porte en elle-même de nouveaux risques.

La justification du choix par les décideurs est essentielle : pourquoi ce risque et pas un autre ? Dans quel but ? En se référant au Compte Qualité, la gouvernance peut exposer ses choix devant l'ensemble des professionnels et créer de l'intérêt à agir.

Ainsi, le programme d'action va croître en visibilité et permettre le respect des engagements en matière de qualité à court, moyen et long terme. 10 priorités pertinentes seront plus mobilisatrices qu'un énoncé « à la Prévert ».

On peut donc légitimement penser que le Compte Qualité aura vocation, à moyen terme, à dépasser le seul champ de la certification et sert plusieurs ambitions en termes de dispositif de gestion des risques notamment de :

- contribuer à la prise de décisions éclairées de la gouvernance quant aux priorités retenues ;
- rendre lisibles et mobilisatrices au travers du processus de priorisation, les actions d'amélioration pour l'ensemble des professionnels de santé oeuvrant dans l'établissement ;
- favoriser la simplicité et l'efficacité en évitant de multiplier les approches, les supports en se substituant à des étapes actuelles de la procédure de certification (auto-évaluation, suivi, etc.).

Au fond, afin de savoir si la démarche est en adéquation avec la réalité de leur établissement, la question que les dirigeants peuvent se poser lors du cadrage du Compte Qualité comme à sa phase de définition est « **notre Compte Qualité est-il profilé pour l'action à chaque niveau de responsabilité ?** ».

En effet, il ne s'agit pas de vouloir plaire à la HAS, il s'agit de répondre aux questions que sont susceptibles de vous poser un patient, son entourage, les représentants des usagers. Ces derniers sont vos partenaires, un Compte Qualité optimal tiendra compte de leur avis.

Thomas Le Ludec

Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

François Bérard

Chef du service certification des établissements de santé

Florence Pouvesle & Marie-Laure Barbotin

Chefs de projet Service certification des établissements de santé



Retrouvez la vidéo sur : www.has-sante.fr

Description de la méthode

La méthode d'analyse de chaque thématique repose sur l'identification et l'analyse des risques. Elle est fondée sur les données pertinentes et utiles dont dispose l'établissement et qu'il utilise pour analyser la thématique.

Ces données peuvent être de plusieurs types :

- les décisions de certification ;
- les indicateurs qualité et sécurité des soins nationaux (IQSS) ;
- les indicateurs nationaux (hôpital numérique par exemple) et régionaux (décrit dans les dans les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens [CPOM] ou les les contrats de bon usage du médicament [CBUM] par exemple) ;
- les résultats d'évaluation propres à l'établissement ;
- les évaluations des pratiques professionnelles.

Dans le Compte Qualité, il n'est pas attendu de la part de l'établissement qu'il établisse une liste exhaustive des données pouvant avoir un lien avec la thématique analysée.

Les données présentées dans chaque thématique contribuent à la définition des risques prioritaires identifiés ou permettent de mesurer l'impact des actions mises en place.

L'analyse d'une thématique se réalise selon 5 étapes

Étape ① : L'identification des risques

Étape ② : L'évaluation de la criticité du risque et du niveau de maîtrise du risque

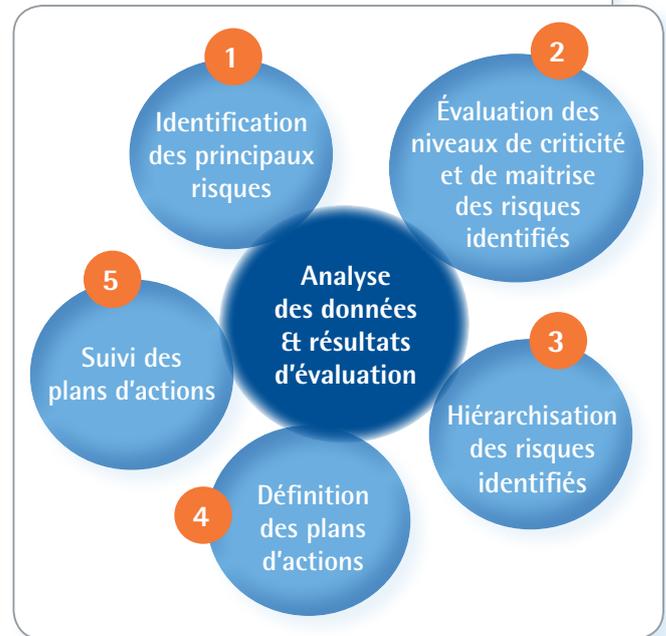
Étape ③ : Il en résulte une hiérarchisation des risques

→ De ces 3 étapes, il en résulte une caractérisation des risques et une identification des priorités d'action de l'établissement.

Étape ④ : La définition des plans d'action
(incluant les objectifs d'amélioration, la désignation d'un pilote, les échéances de mise en œuvre et de définition des modalités de suivi)

Étape ⑤ : Le suivi des plans d'action

→ L'évolution des données et des résultats utilisés pour analyser la thématique et identifier les risques, permet également de mesurer l'impact du plan d'action mis en œuvre.



Lien avec la démarche de certification



Retrouvez la vidéo sur : www.has-sante.fr

1. Les thématiques obligatoires et les thématiques complémentaires qui peuvent être analysées par l'établissement de santé

Des thématiques obligatoires à analyser dans le Compte Qualité ont été définies et figurent dans le Guide méthodologique V2014 à destination des établissements de santé.

En fonction des évaluations conduites et des priorités que l'établissement s'est fixées, il peut décider également d'analyser les autres thématiques.

Thématiques obligatoires	Thématiques à analyser en fonction de l'activité de l'ES
Management de la qualité et des risques	Urgences et soins non programmés
Droits des patients	Bloc opératoire
Parcours du patient	Secteurs à risque
Prise en charge de la douleur	Fonctions logistiques au domicile du patient (HAD)
Prise en charge et droits des patients en fin de vie	
Identification du patient	
Dossier patient	
Prise en charge médicamenteuse du patient	
Gestion du système d'information	
Qualité de vie au travail	
Gestion du risque infectieux	

Les précédentes décisions de certification font partie des données mobilisées dans le Compte Qualité. En conséquence, qu'elles soient rattachées à une thématique obligatoire ou non, l'établissement doit fournir les éléments relatifs au suivi de ces décisions.

2. Avant la visite : analyse du Compte Qualité pour préparer la visite

Le Compte Qualité est un élément essentiel à la préparation de la visite V2014. Chefs de projet de la HAS et experts visiteurs s'en saisissent pour préparer la visite.

Pour la HAS, en amont de la visite, l'analyse du Compte Qualité a deux principaux objectifs :

- contribuer à la préparation des investigations (audits de processus, patients traceurs) ;
Certaines thématiques sont en effet au programme de toutes les visites. Sur le fondement du Compte Qualité et des documents d'amont, en particulier le document d'interface établissement/HAS/ARS², sont définis des objectifs de visite spécifiques à chaque structure. Cela consiste à contextualiser les audits sur les thématiques communes et à définir les investigations selon la méthode du patient traceur.
- justifier de l'ajout d'une thématique supplémentaire au programme de la visite.

À réception d'un Compte Qualité, la HAS réalise deux actions :

- un « **contrôle qualité** » du Compte Qualité reçu qui peut conduire la HAS à demander un complément d'information ;
- une **étude de l'analyse** réalisée par l'établissement pour chaque thématique qui ne fait pas l'objet d'un échange spécifique avec l'établissement ; cette analyse se retrouve néanmoins au travers des objectifs de visite partagés avec l'établissement.

Quels sont les éléments sur lesquels porte l'étude de la HAS ?

Pour chacune des thématiques, les points sur lesquels l'attention est portée sont les suivants :

- la capacité de l'établissement de santé à **mobiliser des données pertinentes et utiles** à l'analyse de la thématique et au suivi des actions définies ;
- la mise en évidence par l'établissement de ses risques prioritaires, c'est-à-dire les risques sur lesquels l'établissement souhaite concentrer ses efforts pour la période à venir ; ces risques prioritaires peuvent être :
 - ceux que l'établissement a identifiés comme étant les plus « critiques » (en termes de qualité et de sécurité des soins) et non suffisamment maîtrisés,
 - les risques « critiques » et maîtrisés mais sur lesquels l'établissement et plus particulièrement le management, souhaite maintenir son effort afin de valoriser l'engagement de l'ensemble des professionnels,

- les risques ou de façon plus générale les freins ou dysfonctionnements liés à une thématique relevant du management ou des fonctions logistiques et impactant de façon indirecte la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient (*exemples : Qualité de vie au travail, Gestion des ressources humaines, Système d'information, Processus logistiques*).
- la définition et la mise en œuvre de plans d'action sur les risques prioritaires (état d'avancement, échéances...) ;
- le suivi des précédentes décisions de certification, le cas échéant ;
- le suivi des IQSS obligatoires et diffusés dont la valeur est inférieure ou égale au seuil de performance défini ($\leq C$).

La HAS ne porte aucune appréciation sur :

- le choix de la méthode permettant d'identifier, de caractériser et de prioriser ses risques ;
- la définition de ses priorités d'action.

De façon plus globale, l'analyse des thématiques se fait au regard d'un certain nombre de documents complémentaires (indicateurs Hospidiag pour le MCO, rapports d'inspection le cas échéant, fiche interface...). La cohérence entre ces informations et le contenu du Compte Qualité est observée.

Exemple :

Si des prescriptions ont été formulées suite à une inspection de l'autorité de sûreté nucléaire (ASN), il est attendu dans le Compte Qualité les actions correctives correspondantes.

L'analyse de chacune des thématiques selon les points évoqués ci-dessus participe à l'élaboration des objectifs de visite. Cela permet de préparer les investigations réalisées lors de la visite.

L'analyse du Compte Qualité par la HAS corrélée à d'autres éléments factuels externes peuvent conduire la HAS à ajouter une thématique au programme de la visite.

Exemple :

Concernant la thématique « **Prise en charge de la douleur** », les données présentées dans le Compte Qualité de l'établissement montrent :

- une recommandation prononcée lors de la précédente procédure non levée après mesure de suivi ;
- un indicateur pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) ayant une classe C.

Dans son **Compte Qualité**, la HAS a constaté que ces données ne faisaient pas l'objet d'une analyse et par conséquent, il n'existe pas de plan d'action correspondant. La HAS peut dans ce cas décider d'ajouter la thématique « **Prise en charge de la douleur** » au périmètre de la visite.

2. Guide méthodologique V2014 à destination des établissements de santé, octobre 2014, p.47. Consultable sur www.has-sante.fr

Cette analyse produite par la HAS donne lieu à la production d'une synthèse partagée avec les experts visiteurs.

3. Pendant la visite : outil de dialogue entre les experts-visiteurs et l'établissement de santé

Une restitution des éléments principaux issus de l'analyse du Compte Qualité est réalisée par le coordonnateur en réunion d'ouverture de la visite.

Le Compte Qualité sert d'outil de dialogue entre les professionnels de l'établissement et les experts-visiteurs durant la visite. Les experts-visiteurs utilisent les éléments du Compte Qualité pour orienter leurs investigations.

La cohérence entre les informations du Compte Qualité (identification des risques et définition des plans d'action) et les résultats des investigations menées peut faire l'objet d'une discussion avec les pilotes des thématiques.

Exemple :

Dans le cas d'un indicateur IPAQSS sur le thème de la « *prévention et la prise en charge des hémorragies du post-partum HPP* » en classe C faisant l'objet d'un plan d'action dans le Compte Qualité, les experts-visiteurs lors de l'investigation de la thématique « *Prise en charge du patient en salle de naissance* » peuvent interroger les professionnels sur leur connaissance de cet indicateur et des actions d'amélioration éventuelles mentionnées dans le Compte Qualité. L'effectivité de la mise en œuvre de ces actions est alors appréciée.

Au travers de la visite, il ne s'agit donc pas pour les experts-visiteurs d'utiliser les résultats exprimés par l'établissement dans son Compte Qualité comme une liste limitative de points à investiguer.

Il ne s'agit pas non plus pour l'établissement de santé de réduire son action à ces seuls points. En effet, la visite est bien l'occasion de vérifier la capacité de l'établissement à maîtriser l'ensemble de ses risques selon une approche systémique. La satisfaction au Manuel reste un objectif à atteindre pour chaque établissement.

Il ne pourrait présenter un dispositif de maîtrise qui reviendrait seulement à s'y soustraire.

4. Après la visite : lien entre le Compte Qualité et le rapport de certification

Un constat sur la place du Compte Qualité dans la démarche de l'établissement sera restitué systématiquement dans le rapport de certification.

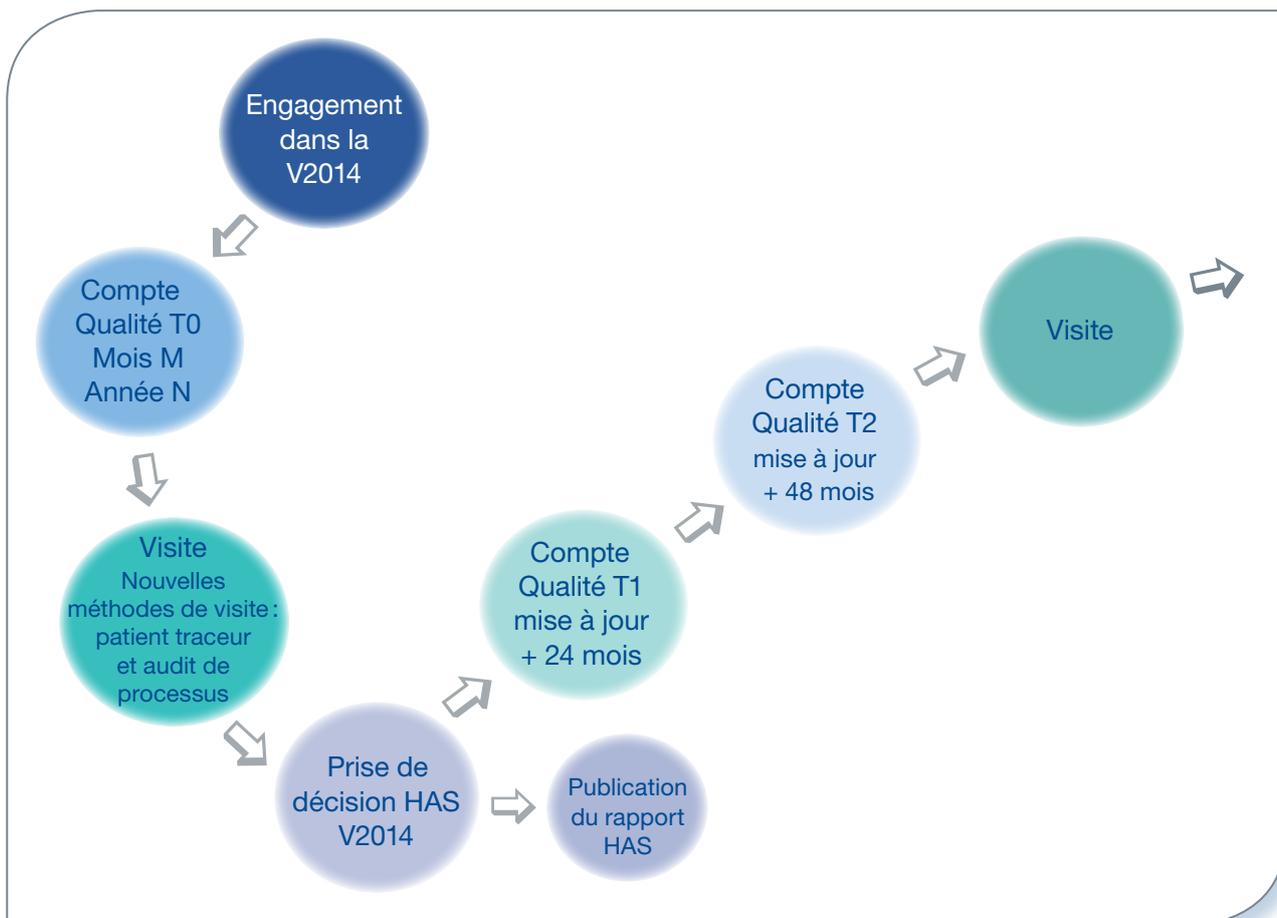
Cycle de certification

Le cycle de la certification V2014 dure 4 ans.

L'enjeu de la V2014 étant d'instaurer une démarche plus naturelle et continue visant à évaluer la maturité du système de management de la qualité et des risques des établissements de santé, le point d'entrée dans la procédure pour tous les établissements est le Compte Qualité.

Il est transmis à la HAS tous les 2 ans. Ce rendez-vous plus régulier entre la HAS et chaque établissement permet d'instaurer un cycle pérenne dans le temps.

La visite de certification continue d'avoir lieu tous les 4 ans.



Exemple des établissements visités en 2015



Retours d'expérience



Retrouvez la vidéo sur : www.has-sante.fr

La Haute Autorité de santé a réceptionné les premiers Comptes Qualité. Compte-tenu de l'absence volontaire de consignes formalisées afin de donner davantage de souplesse aux établissements, la HAS constate des manières différentes d'aborder le Compte Qualité.

Il est important pour la HAS de communiquer régulièrement sur ses observations et ces retours d'expérience afin d'améliorer encore la compréhension du sens donné au Compte Qualité et de mieux orienter les établissements de santé.

Les premières analyses démontrent que :

- les établissements sont sensibilisés à cette approche par les risques et que le concept proposé par le Compte Qualité se rapproche davantage des pratiques quotidiennes avec une implication des professionnels.
- certains Comptes Qualité reçus témoignent d'une volonté de rendre compte des actions mises en place par les professionnels et de leurs impacts sur la prise en charge réelle des patients ;
- l'existence d'un potentiel d'amélioration pour certains Comptes Qualité.

Voici quelques observations réalisées à la lecture d'une cinquantaine de Comptes Qualité :

Les données présentées dans les thématiques

→ Les données mobilisées ne sont pas toutes utiles et pertinentes pour l'analyse de la thématique. Un catalogue de données est décrit mais sans mobilisation dans l'analyse de la thématique.

Exemple : Nombre de réunions des différentes instances.

→ Le lien entre le risque identifié et la ou les données associées n'est toujours pas pertinent

Exemple : le risque identifié est corrélé à un texte réglementaire.

→ Les indicateurs développés en interne ne font pas l'objet de description synthétique : (description de l'indicateur, objectif, méthode de calcul...).

L'analyse des résultats

Les éléments fournis dans cette partie sont souvent une synthèse ou un état des lieux des procédures en place. En revanche, il n'y a que rarement l'analyse des résultats justifiant les dispositifs de maîtrise en place et permettant de définir les objectifs d'amélioration.

L'identification des risques

→ L'analyse de la thématique présente une liste très complète de tous les risques possibles sans vision claire des risques prioritaires. Il s'agit plutôt d'une cartographie des risques.

→ Les libellés ne correspondent toujours pas à des risques ou ne sont pas précisément formulés

Exemples :

- Rédaction des directives anticipées,
- Risques liés aux équipements lourds,
- Gestion des déchets.

→ Le dispositif de maîtrise n'est pas encore suffisamment explicite pour justifier du niveau de maîtrise indiqué

Exemple : mention de la réalisation d'une EPP sans autre explication pour justifier le niveau de maîtrise (pas d'indications relatives à l'étape de L'EPP, ni sur les actions d'améliorations mises en œuvre).

→ Dans le cas où les échelles de criticité et de niveau de maîtrise sont différentes de celles proposées par la HAS, celles-ci ne sont pas décrites.

Les plans d'action

→ Il n'y a pas systématiquement de lien entre le risque, l'analyse et le plan d'action associé.

→ Les plans d'action ne sont pas suffisamment renseignés : échéances, responsable, etc.

Méthode d'analyse d'une thématique : illustrations par des cas pratiques

5 cas pratiques d'analyse de thématiques vous sont proposés. L'objectif est d'illustrer la méthodologie mise en place au travers du Compte Qualité.

Ces cas pratiques ne présentent pas une analyse exhaustive d'une thématique et n'ont pas vocation à être considérés comme des exemples à suivre.

Il appartient bien entendu à chaque établissement de définir la méthode d'analyse qui s'adapte le mieux à son organisation.

Il n'est pas demandé à l'établissement d'analyser unitairement dans son Compte Qualité chaque donnée qu'il utilise dans la thématique, l'analyse peut se faire sur un ensemble de résultats et aboutir à la mise en évidence d'un risque. Par ailleurs, certains risques ne sont pas associés dans un premier temps à des données.

Par exemple, dans le cas d'une fusion d'établissements dans le cadre de la thématique « Management stratégique, Gouvernance », cette situation engendre de nombreux risques, peut conduire à identifier de nombreux dysfonctionnements. Il convient de les gérer en tenant compte du contexte spécifique de l'établissement et pour lesquels des plans d'action sont à définir afin de définir une culture « Qualité/Sécurité » commune.

Les cas pratiques présentés ci-après concernent les thématiques suivantes :

- **Cas pratique ①** – Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
- **Cas pratique ②** – Parcours du patient
- **Cas pratique ③** – Management de la qualité et des risques
- **Cas pratique ④** – Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
- **Cas pratique ⑤** – Management stratégique, gouvernance

Cas pratique ① – Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

L'établissement a choisi d'analyser cette thématique selon 2 axes.

- La prescription médicamenteuse.
- L'administration du médicament.

Axe 1 – Prescription médicamenteuse

Étape ① – Identification des risques

Risque identifié	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maitrise en place	Niveau de maitrise
R1 Erreur de prescription					

Données analysées et ayant conduit à l'identification du risque

Indicateur QSS nationaux - Sélection de critères extraits des indicateurs					
Date recueil	Finess	Thème IPAQSS	Libellé du critère	Indicateur	Valeur
2011	000000000	DPA_MCO	Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) (Critère 3)	TDP	68 %

Étape ② – Évaluation de la criticité et du niveau de maitrise du risque

Risque identifié	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maitrise en place	Niveau de maitrise
R1 Erreur de prescription	2	5	10	Outils d'aide à la prescription mis à disposition des professionnels dans certains secteurs : livret thérapeutique	3

1. L'établissement détermine la criticité du risque identifié à l'aide de l'échelle de fréquence et de gravité.
2. Il détermine également le niveau de maitrise concernant ce risque en précisant les actions et dispositifs mis en place.

Axe 1 – Prescription médicamenteuse

Étape 3 – Hiérarchisation des risques

Le niveau de maîtrise de ce risque étant « moyen », l'établissement met en œuvre 2 plans d'action

Étape 4 & 5 – Définition et suivi des plans d'actions

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Échéance	Modalités de suivi	État d'avancement
R1 Garantir la dénomination conforme des prescriptions	Mettre en place le livret thérapeutique dans tous les secteurs	Dr. X Membre COMEDIM	10/2014	01/2015	Recueil de l'indicateur DPA « rédaction des prescriptions » hors protocole	En cours
	Sensibilisation des praticiens de médecine A	Dr. Chef de pôle	12/2014	01/2015	100% des praticiens de médecine A sensibilisés	En cours

Axe 2 – Administration du médicament

Étape 1 – Identification des risques

Risque identifié	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maîtrise en place	Niveau de maîtrise
R1 Manque d'information sur les prescriptions délivrées en temps réel au patient dans le service de chirurgie B					

Données analysées et ayant conduit à l'identification du risque

Décisions de certification V2010

N° critère	Libellé du critère	PEC	Niveau de décision
20a bis	Prise en charge médicamenteuse du patient	MCO	Recommandation

Analyse

La traçabilité de l'administration en chirurgie B est réalisée au moment de la préparation des piluliers et non au moment de l'administration et ceci malgré la mise à disposition d'un support unique de prescription et d'administration et du protocole définissant les règles d'administration. Un manque d'appropriation par les professionnels est mis en évidence.

Axe 2 – Administration du médicament

Étape ② – Évaluation de la criticité et du niveau de maîtrise du risque

	Risque identifié	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maîtrise en place	Niveau de maîtrise
R1	Manque d'information sur les prescriptions délivrées en temps réel au patient dans le service de chirurgie B	3	4	12	Formalisation des règles d'administration	3

L'établissement détermine la criticité du risque identifié à l'aide de l'échelle de fréquence et de gravité. Il détermine également le niveau de maîtrise concernant ce risque en précisant les actions et dispositifs mis en place.

Étape ③ – Hiérarchisation des risques

Le niveau de maîtrise de ce risque étant « moyen », l'établissement met en œuvre un plan d'action

Étape ④ & ⑤ – Définition et suivi des plans d'actions

	Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Échéance	Modalités de suivi	État d'avancement
R1	Garantir la traçabilité de l'administration en temps réel en Chirurgie B	Formation et sensibilisation des professionnels	Mme Z. Cadre de santé	10/2014	11/2014	Audit sur la traçabilité de l'administration en chirurgie B	Finalisé

L'établissement a identifié un plan d'actions à mettre en place pour réduire ce risque. Le plans d'action sont en lien avec l'analyse de la décision de certification sur le critère 20a bis ayant servi à identifier le risque. L'analyse mettait en évidence un manque d'appropriation du sujet par les professionnels. Pour suivre son plan d'action, l'établissement a choisi de réaliser un audit. Celui-ci peut donc être ajouté comme un résultat d'évaluation au niveau des données associées à cette thématique afin de suivre l'efficacité du plan d'action.

Suivi des plans d'action

Autres résultats d'évaluation – Audit sur la traçabilité de la prescription

Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000	Chirurgie B		98%	Conformité des prescriptions

Cas pratique ② – Le parcours du patient

L'établissement a identifié dans cette thématique « la prise en charge de la personne âgée » comme étant un axe de travail important.

Axe 1 – Prise en charge de la personne âgée

Étape ① – Identification des risques

Risque identifié	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maîtrise en place	Niveau de maîtrise
R1	Rupture de continuité du parcours de santé des personnes âgées				
R2	Absence de coordination de la prise en charge des patients âgés dans le cas d'un retour à domicile ou d'un transfert à l'issue d'une hospitalisation				
R3	Augmentation du taux de réhospitalisation précoce				

Données analysées et ayant conduit à l'identification du risque

Décisions de certification V2010

N° critère	Libellé du critère	PEC	Niveau de décision
19a	Prise en charge des personnes âgées		Recommandation
24a	Sortie du patient	SLD	

Indicateur QSS nationaux - IPAQSS transversaux

Date recueil	Finess	Thème IPAQSS	Indicateur	Classe	Valeur	Intervalle de confiance
2014	000000000	DPA_MCO	DEC	C	68 %	55 %-76 %

Analyse

Lors de la précédente procédure de certification, les experts-visiteurs ont souligné :

- l'absence de formalisation de projet de prise en charge spécifique pour les personnes âgées comprenant un repérage et une évaluation continue des besoins ;
- le manque de partage d'informations entre les différents professionnels afin d'assurer une continuité et une coordination de la prise en charge.

L'analyse de l'indicateur DEC montre 27 non conformités dont 15 courriers d'hospitalisation sans les éléments nécessaires à la coordination en aval. Cette analyse a conduit l'établissement à définir 2 risques R1 et R2.

Autres résultats d'évaluation – Suivi du nombre de ré-hospitalisation précoce

Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000	Service A		2	

Analyse

Un EI portant sur le retour de 2 résidents dans un EPHAD sans évaluation de l'adéquation des possibilités de la structure avec les nouveaux besoins du patient a été identifié et analysé. Celui-ci a eu pour conséquence, la ré hospitalisation immédiate.

Malgré le caractère peu fréquent et un dispositif de maîtrise en place relativement satisfaisant, l'établissement souhaite porter une vigilance accrue sur le risque R3 étant donné l'importance du sujet.

Axe 1 – Prise en charge de la personne âgée

Étape 2 – Évaluation de la criticité et du niveau de maîtrise du risque

Risque identifié	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maîtrise en place	Niveau de maîtrise
R1 Rupture de continuité du parcours de santé des personnes âgées	4	3	12	Formalisation du projet de soins comprenant une évaluation initiale	3
R2 Absence de coordination de la prise en charge des patients âgés dans le cas d'un retour à domicile ou d'un transfert à l'issue d'une hospitalisation	4	3	12	→ Sensibilisation au sein des équipes → Implication du patient et de son entourage → Définition claire des rôles et des responsabilités de chaque acteur de la procédure de sortie	
R3 Augmentation du taux de réhospitalisation précoce	1	3	3	Élaboration d'un guide relatif aux offres de soins de chaque structure d'aval dans le territoire régional de santé	4

L'établissement détermine la criticité du risque identifié à l'aide de l'échelle de fréquence et de gravité. Il détermine également le niveau de maîtrise concernant ce risque en précisant les actions et dispositifs mis en place.

Étape 3 – Hiérarchisation des risques

Le niveau de maîtrise de ce risque étant « moyen », l'établissement met en œuvre 2 plans d'action

Axe 1 – Prise en charge de la personne âgée

Étape 4 & 5 – Définition et suivi des plans d'actions

	Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Échéance	Modalités de suivi	État d'avancement
R1 R2 R3	Organiser les modalités de sortie, de coordination et de continuité des soins des patients âgés	Mettre en place une EPP sur l'amélioration de la PEC de la sortie de la personne âgée	Directeur des soins	11/2014	06/2015	Étape 4 en mai 2015	En cours
R1 R2	Organiser les modalités de sortie des patients âgés	Élaboration de brochures d'information sur les différentes modalités de sortie	Directeur des soins	09/2014	03/2015	Audit	En cours
R1 R2	Organiser les modalités de sortie, de coordination et de continuité des soins des patients âgés	Actualisation de la procédure du projet de soins personnalisés	Directeur des soins	11/2014	12/2014	Audit	En cours
R2	Organiser les modalités de sortie, de coordination et de continuité des soins des patients âgés	Élaboration systématique d'un document de synthèse para-médical	Directeur des soins	01/2015	06/2015	Audit	Non initialisé
R3	Structurer et organiser le parcours de soins des patients âgés en lien avec les structures d'aval	Développer les contacts avec les structures d'aval en identifiant les personnes ressources	Pdt de CME / Directeur des soins / Assistance sociale	01/2015	06/2015	Guide complété avec les coordonnées des personnes ressources	Non initialisé

Suivi des plans d'action

L'EPP est à ce stade défini comme un plan d'action. Le programme EPP pourra être utilisée comme données d'évaluation à partir du moment où l'établissement pourra mesurer l'amélioration des pratiques, c'est-à-dire à l'étape 4.

Cas pratique ③ – Management de la qualité et des risques

Dans cette thématique, il est uniquement demandé de décrire les plans d'actions. Il n'est pas demandé à l'établissement d'identifier les risques. Ce choix fait suite à l'expérimentation réalisée par la HAS en 2013. Les établissements testeurs ayant considéré que la description de risques à ce niveau était redondante avec les risques identifiés dans les autres thématiques.

L'établissement a identifié dans cette thématique **plusieurs axes de travail** :

- renforcer la **gestion des risques** ;
- impliquer les professionnels dans le **suivi des indicateurs** ;
- développer la **démarche EPP**.

Axe 1 – Gestion des risques

Étape ④ & ⑤ – Définition et suivi des plans d'actions

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Échéance	Modalités de suivi	État d'avancement
Renforcer la gestion des risques	Développer la démarche d'analyse des risques <i>a priori</i> dans les secteurs d'activités	Directeur qualité	10/2012	12/2014	Taux des professionnels formés à l'analyse des risques	En cours
	Poursuivre l'informatisation de la gestion des événements indésirables	Directeur qualité/DSI	01/2014	01/2016	Taux d'informatisation des services	En cours

Données analysées et ayant conduit à l'identification du plan d'action

Décisions de certification V2010

N° critère	Libellé du critère	PEC	Niveau de décision
8a	Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins		Recommandation
8d	Évaluations des risques <i>a priori</i>		

Autres Indicateurs – Traitement des EI

Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
06/2014	000000000			45 %	% d'EI ayant donné lieu à une analyse

Autres Indicateurs – Déploiement de la gestion informatisée des EI

Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000	Tous les services		20%	

Analyse

Lors de la précédente procédure de certification, les experts-visiteurs ont souligné les points suivants :

- le recensement des risques *a priori*, avec identification des actions contribuant à la réduction des risques potentiels, est réalisé pour certains secteurs d'activité mais cette démarche n'est pas mise en œuvre dans tous les secteurs ;
- le manque de coordination dans la mise en œuvre des actions d'amélioration.

Suite à cette décision, un référent qualité a été désigné dans chacun des pôles et participe au sein de la cellule qualité au suivi des actions définies dans le Compte Qualité. L'établissement poursuit le déploiement des démarches d'analyse des risques *a priori* et notamment la formation des professionnels.

Concernant le traitement des EI, l'informatisation de leur traitement est en cours et devrait être opérationnel dans l'ensemble des services en 2016.

Axe 2 – Développement des indicateurs

Étape 4 & 5 – Définition et suivi des plans d'actions

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Échéance	Modalités de suivi	État d'avancement
Développer le suivi des indicateurs personnalisés par secteur d'activité	Définir et suivre des indicateurs spécifiques en termes de qualité et gestion des risques dans chaque secteur d'activité	Directeur qualité	01/2014	01/2015	→ % de secteurs d'activité ayant un TBB qualité et GdR → Suivi des indicateurs HN	En cours
Impliquer les professionnels dans le suivi des indicateurs	Former les professionnels au suivi des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins	Directeur qualité	06/2014	06/2015	Taux de professionnels formés	

Données analysées et ayant conduit à l'identification du plan d'action

Autres Indicateurs – HN Tableau de bord de pilotage D5.2

Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000			5	

Données analysées et ayant conduit à l'identification du plan d'action

Autres Indicateurs – HN Tableau de bord de pilotage D3.2

Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000			5	

Autres Résultats d'évaluation – Nombre de secteurs d'activités ayant un TBB

Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2013	000000000	Tous les services		40%	
12/2014				65%	

Analyse

Afin de permettre à la direction et aux différents responsables des secteurs d'activité de suivre les actions mises en œuvre, des bilans d'activité doivent être réalisés. Actuellement, 65 % des secteurs d'activité disposent d'un tableau de bord.

Axe 3 – Démarches EPP

Étape 4 & 5 – Définition et suivi des plans d'actions

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Échéance	Modalités de suivi	État d'avancement
Développer les démarches EPP	Développer les EPP en termes de pertinence des soins	Sous commission EPP	06/2014	12/2015	Taux de services ayant réalisé une EPP	En cours

Données analysées et ayant conduit à l'identification du plan d'action

Autres Résultats d'évaluation – Nombre d'EPP Pertinences des soins

Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000	Tous les services		6	

Autres Résultats d'évaluation – Pourcentage de services ayant réalisé au moins une EPP

Date recueil	Structure	PEC/Activité	Classe/Cotation	Valeur	Commentaires
12/2014	000000000	Tous les services		60 %	Les services A et B n'ont pas réalisé d'EPP

Analyse

Des analyses de la pertinence des soins notamment sur la pertinence des prescriptions d'antibiotiques et d'examens complémentaires, sont réalisées dans 60 % des secteurs d'activité.

La durée de séjour relative à la prise en charge en « service A » est supérieure à la moyenne nationale ce qui nécessite la mise en place d'une EPP spécifique sur la pertinence des durées de séjour.

Cas pratique ④ – Management de la prise en charge du patient en salle de naissance

L'établissement a choisi d'analyser l'axe « Surveillance en salle de naissance ».

Axe 1 – Surveillance en salle de naissance

Étape ① – Identification des risques

Risque identifié	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maîtrise en place	Niveau de maîtrise
R1 Absence de traçabilité relative à la surveillance clinique minimale en salle de naissance					

Données analysées et ayant conduit à l'identification du risque

Indicateur QSS nationaux - IPAQSS de spécialité

Date recueil	Finess	Thème IPAQSS	Indicateur	Classe	Valeur	Intervalle de confiance
2013	000000000	HPP_MCO	DEL1	A	92	82-97
			DIAG	Pas d'objectif national de performance	81	64-93
			GEST		87	69-96
			SURMIN	C	47	34-60

Indicateur QSS nationaux - Sélection de critères extraits des indicateurs

Date recueil	Finess	Thème IPAQSS	Libellé du critère	Indicateur	Valeur
2011	000000000	DPA_MCO	Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable) (Critère 5)	TDP	100

Analyse

L'analyse de l'indicateur SURMIN montre que le pouls, la TA, l'évaluation de la qualité du globe utérin sont évalués et tracés au moins à 2 reprises dans les 2 heures suivant l'accouchement. En revanche, l'évaluation des pertes sanguines n'est pas tracée systématiquement: elle est manquante dans 10 dossiers.

La traçabilité de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance n'est pas mentionnée dans 12 dossiers. Ce défaut de surveillance fait courir un risque aux patientes.

Axe 1 – Surveillance en salle de naissance

Étape 2 – Évaluation de la criticité et du niveau de maîtrise du risque

Risque identifié	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maîtrise en place	Niveau de maîtrise
R1 Absence de traçabilité relative à la surveillance minimale en salle de naissance	4	4	16	Protocoles mis à disposition	4

L'établissement détermine la criticité du risque identifié à l'aide de l'échelle de fréquence et de gravité. Il détermine également le niveau de maîtrise concernant ce risque en précisant les actions et dispositifs mis en place.

Étape 3 – Hiérarchisation des risques

Le niveau de maîtrise de ce risque étant « moyen », l'établissement met en œuvre 2 plans d'action

Étape 4 & 5 – Définition et suivi des plans d'actions

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Échéance	Modalités de suivi	État d'avancement
R1 Garantir la traçabilité de l'évaluation des pertes sanguines et l'examen médical de sortie de la SN	Information auprès de la CME	Chef de service obstétrique	10/2014	10/2014	Recueil hors protocole de l'indicateur	Finalisée
	Sensibilisation de l'ensemble des sages femmes					
	Note de service rappelant l'importance du respect du protocole	Cadre Sage femme				

Cas pratique ⑤ – Management stratégique, gouvernance

Nous présentons le cas d'un établissement devant fusionner avec un autre établissement dans le cadre de la réorganisation de l'offre de soins dans le territoire de santé. Les deux établissements trouvent un intérêt dans la nouvelle organisation des soins. L'établissement A voit son avenir assuré à moyen terme compte tenu de ses difficultés financières, et l'établissement B, limité jusqu'ici par la contrainte immobilière, utilise le nouveau site réunissant les 2 structures pour accroître son activité. La gouvernance utilise le Compte Qualité pour rendre lisible les priorités retenues et mobiliser l'ensemble des professionnels concernés.

Étape ① – Identification des risques

Étape ② – Évaluation de la criticité et du niveau de maîtrise du risque

Étape ③ – Hiérarchisation des risques

Risque identifié	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maîtrise en place	Niveau de maîtrise
R1 Absence de « fait générateur » justifiant la fusion auprès des parties prenantes	1	3	3	Orientations stratégiques dans le cadre du SROS élaborées en concertation avec les parties prenantes	1
R2 Manque d'adhésion des personnels médicaux et para-médicaux	4	3	12	Réunions d'information du personnel	3
R3 Difficultés financières liées à la construction d'un nouveau bâtiment et achat d'équipement	3	4	12	→ Stratégie financière définie → Définition d'objectifs prenant en compte les engagements du CPOM	3

Aucune donnée n'est présentée dans le Compte Qualité mais des risques sont identifiés inhérents à toute situation de fusion

Étape ④ & ⑤ – Définition et suivi des plans d'actions

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début	Échéance	Modalités de suivi	État d'avancement
R1 Améliorer la communication sur les objectifs de la fusion	Élaborer un journal interne présentant un point d'avancement régulier sur le projet	Directeur/ Pdt CME	12/2014	01/2017	Enquête auprès des professionnels	En cours
R2	Réaliser des réunions, forums, séminaires, journées dédiées					
R3 Maîtrise de la gestion budgétaire	Suivi infra annuels des objectifs prévisionnels financier				Tableaux de pilotage	

Mise à disposition d'un logiciel dédié au Compte Qualité

La HAS met à disposition des établissements de santé au niveau de son site SARA®, un logiciel permettant de compléter et de suivre en continu son Compte Qualité.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SARA
VOTRE ESPACE DE CERTIFICATION

v7.7.2-SNAPSHOT

Tableau de bord ES | Démarche de certification en cours | **Compte Qualité** | Historique des démarches | Mon compte | Lcq | Déconnexion

Accueil / Compte Qualité

Démarche n°30691

Date d'échéance du prochain envoi à la HAS : 01/03/2015

Agenda - Suivi des plans d'action

2014

janv.	févr.	mars
avr.	mai	juin
juil.	août	sept.
oct.	nov.	déc.

01 EP 2014 | 15 | 01 OCT | 15 | 01 NOV | 15 | 01 DEC | 15 | 01 JAN 2015 | 15 | 01 FEB | 15

THÉMATIQUES

- Management de la qualité et des risques

Management

THÉMATIQUES

- Management stratégique, gouvernance
- Gestion du risque infectieux

Une charte d'utilisation encadrera l'utilisation de cet outil afin que les données complétées par votre établissement soient sécurisées et restent uniquement accessibles par les utilisateurs de votre établissement.

La HAS n'aura aucune visibilité sur les données saisies par votre établissement jusqu'à la transmission de votre Compte Qualité aux dates prévues par la procédure.

La HAS propose néanmoins une assistance utilisateur. Dans ce cadre et avec votre autorisation, la HAS pourra se connecter à votre Compte Qualité afin de répondre à toute question d'ordre technique concernant l'utilisation de l'outil informatique.

Un manuel utilisateur décrivant de façon précise les fonctionnalités de ce nouvel outil est disponible sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/guide_utilisateur_compte_qualite_sara_v2014.pdf



Questions fréquemment posées

La HAS peut-elle visualiser les informations saisies dans le compte-qualité ?

La HAS n'aura pas de visibilité sur la saisie des comptes qualité par les établissements. Cet outil a été conçu pour les établissements. Une charte d'utilisation entre la HAS et les établissements afin de préserver la confidentialité des données saisies par les établissements, est en cours de finalisation et sera disponible sur le site Internet de la HAS en janvier 2015.

La HAS n'aura aucune visibilité sur les données saisies par votre établissement jusqu'à la transmission de votre Compte Qualité aux dates prévues par la procédure.

Y a-t-il un nombre de risques minimum par thématique ?

Il est de la responsabilité de l'établissement d'indiquer les risques prioritaires sur lesquels il souhaite travailler en fonction de son contexte et de ses enjeux.

Est-il possible de recourir à une autre méthode de priorisation des risques que celle proposée par la HAS ?

Il est proposé à l'établissement des échelles de gravité, de fréquence et de niveau de maîtrise à 5 niveaux. L'utilisation d'échelles communes à toutes les thématiques et à l'ensemble des établissements permet, dans un contexte de mobilité des personnels, de garantir un repère et une stabilité de la méthode pour l'ensemble des professionnels de santé.

De plus, l'utilisation des échelles génériques et prédéfinies par la HAS assure une reproductibilité des résultats pour l'ensemble des parties prenantes.

Concernant la thématique « Management de la qualité et des risques », faut-il mentionner dans la rubrique « Données » l'ensemble des analyses de risques conduites au sein de l'établissement ?

Dans cette partie, il s'agit de décrire les principales données sur lesquelles l'établissement s'appuie pour piloter la démarche qualité et gestion des risques au quotidien.

Leur analyse doit permettre à l'établissement de définir des actions correctives visant à améliorer la démarche.

Il peut s'agir des résultats de certification V2010 en lien avec la thématique « management de la qualité et des risques », d'indicateurs et de résultats d'évaluations en lien avec cette thématique. L'établissement peut faire mention d'autres types de résultats d'évaluation dès lors qu'ils sont contributifs de l'amélioration de la démarche qualité et gestion des risques.

Comment intégrer et utiliser les indicateurs dans le Compte Qualité ?

Les résultats des IQSS sont disponibles dans le Compte Qualité. Une table de correspondance associant les indicateurs et les thématiques a été établie et est disponible sur le site Internet de la Haute Autorité de santé.

Ce sont des données pouvant être mobilisées par l'établissement au niveau de la thématique à laquelle ils se rattachent.

Il est attendu pour un indicateur en classe C, une analyse et la mise en œuvre d'un plan d'action.

Par exemple, les indicateurs relatifs à l'hémorragie du post-partum sont des données liées à la thématique « Management de la prise en charge du patient dans le secteur de naissance ».



Questions fréquemment posées

Pour traiter les thématiques, faut-il faire un traitement pour chaque prise en charge MCO, USLD, SSR, SM, HAD ?

La V2014 vise une approche par thématique et non par prise en charge. Pour autant, l'analyse et sa traduction en plans d'action peuvent être adaptées à l'organisation de l'établissement par prise en charge, par secteur d'activité, par pôle ou par service.

Les prescriptions faites lors d'inspections et leurs réponses avec calendrier doivent-elles être incluses dans le compte-qualité ?

La synthèse des inspections, contrôles et évaluations réalisés, leurs résultats et les suites qui y sont données par les établissements de santé sont mentionnées dans la fiche interface HAS/ARS.

Ce qui n'empêche pas d'utiliser les données dans la thématique concernée et de décrire les résultats du processus étudié. L'inspection fait partie des résultats dans la rubrique « autres résultats d'évaluation », les prescriptions et leurs modalités de suivi sont à mentionner dans le plan d'action.

Les programmes d'actions réalisés à la suite de RMM sur des EIG doivent être inclus ?

Le suivi des événements indésirables peut être mentionné dans la rubrique « Autres résultats d'évaluation » en lien avec la thématique.

L'analyse systémique, menée lors de la RMM, permet de réaliser l'analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (humains, organisationnels, techniques) ayant contribué à la prise en charge d'un patient. À l'issue de cette analyse, les actions d'amélioration sont à répertorier dans le plan d'action.

Par ailleurs, la mise en œuvre d'analyses de la mortalité- morbidité dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie est toujours une exigence de la procédure de certification V 2014.

En ce qui concerne la gestion du système d'information, notre établissement recueille les indicateurs hôpital numérique. Faut-il faire une démarche spécifique ? Ou peut-on reprendre les actions issues du recueil des indicateurs HN ? Faut-il également réaliser l'analyse des risques sur cette thématique ?

L'identification des besoins en développement de son système d'information prend en compte les orientations fixées par le programme « Hôpital numérique ».

Par conséquent, les actions issues du recueil des indicateurs HN peuvent être mentionnées dans le Compte Qualité.

Une table de correspondance entre les thématiques V2014 et les indicateurs du programme « Hôpital numérique » est disponible [sur le site de la HAS](#) afin d'aider les établissements dans l'utilisation des indicateurs.

Comment suivre les dernières décisions de certifications ?

Les décisions de certifications définitives sont automatiquement ajoutées dans la rubrique « Données de certification » de la thématique correspondante.

L'établissement est invité à intégrer les éléments relatifs au suivi de la décision, qu'il s'agisse d'une thématique obligatoire ou non.

Pour tout renseignement complémentaire
vous pouvez contacter à l'adresse suivante :

i.certification@has-sante.fr

icertification

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



<http://sara.has-sante.fr>

HAS

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

www.has-sante.fr