

AGACINSKI Marine

Master Management Sectoriel, Management des établissements médico-sociaux, de la qualité et des risques, et des flux.

Année universitaire 2017-2018

**LA MISE EN PLACE D'UNE PROCEDURE DEGRADEE DE
CERTIFICATION V2014 DANS UN ETABLISSEMENT EN DIFFICULTE**

SOUS LA DIRECTION DE MONSIEUR LE PROFESSEUR HERVE HUBERT

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master,

Soutenu le 21 septembre 2018.

Composition du jury :

- Monsieur HUBERT Hervé, Directeur de mémoire, Professeur des universités à l'ILIS ;
- Monsieur CASTRA Laurent, Président du jury, Directeur de la qualité, de la sécurité et de la protection des populations, Agence Régionale de Santé Ile-de-France ;
- Madame JOFFRAIN Anais, Sous Directrice de l'Union pour la gestion des Etablissements de Caisses d'Assurance Maladie.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à mon directeur de mémoire, le Professeur Hervé HUBERT pour l'aide apportée au cours de ce travail et pendant cette année à l'ILIS.

Je tiens à remercier ma tutrice au sein de l'UGECAM BFC, Madame Anais JOFFRAIN, Sous Directrice de cet organisme, pour l'aide apportée tout au long de cette année, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Mes remerciements s'adressent également à Monsieur Christophe ALLIGIER, directeur de l'UGECAM BFC qui m'a offert l'opportunité de suivre ce cursus.

Ce mémoire est également l'occasion de remercier les équipes du siège de l'UGECAM BFC qui m'ont soutenue et conseillée tout au long de cette année si particulière. Un grand merci à Monsieur Bruno PHELY pour l'aide apportée pendant cette année.

Ce travail n'aurait pas été possible sans la collaboration des équipes au sein des établissements de l'UGECAM BFC, elles m'ont permis de faire murir mes réflexions, de me remettre en question et d'apporter les ajustements nécessaires.

Enfin, je remercie particulièrement mes proches, et surtout Monsieur Alexandre BARBA, pour leur soutien et les relectures pas toujours évidentes.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	4
Première partie : La certification de la HAS, une procédure d'excellence.....	6
I. La procédure normée de certification de la HAS.....	6
II. Une procédure impartiale et transparente garante de la qualité et de la sécurité des soins.....	16
Deuxième partie : La réalité du terrain : des établissements obligés de mettre en place des procédures dégradées de certification.....	20
I. Une procédure dégradée de certification propre à chaque établissement : une réflexion globale mais des actions locales.....	20
II. L'impact des mauvaises notations et non certification de la HAS.....	28
Troisième partie : Illustration de mise en place d'une procédure dégradée de certification : La MECSS La Beline.....	34
I. La MECSS La Beline : un établissement en difficulté.....	34
II. La planification d'un travail en trois temps avec l'implication des équipes.....	37
III. La visite des experts visiteurs : le temps des derniers choix et ajustements.....	46
IV. Les suites de la visite de pré-certification.....	47
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	52
TABLE DES MATIERES.....	55
LISTE DES SIGLES UTILISES.....	57

INTRODUCTION

« Manque de moyens, manque de personnel, cures budgétaires à répétition ont paupérisé un des systèmes de santé les plus plébiscités au monde » tels sont les mots employés par Ariane Gaffuri le 8 août 2018 dans un article publié par Radio France Internationale¹. Ces mots illustrent parfaitement l'état maladif dans lequel se trouve notre système de santé.

Cet état est logiquement susceptible de représenter un danger pour les patients et les professionnels. Bien que la prise de risques pour un établissement de santé soit indissociable de son activité, il est primordial de la concilier avec la maîtrise des dangers qui l'accompagnent. L'article L.6111-2 du Code de la santé publique² qui impose aux établissements la mise en place d'une démarche qualité et de gestion des risques, dispose que « les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités ». La certification de la HAS est donc, dans une certaine mesure, un moyen d'évaluer et de garantir la qualité et la sécurité des soins.

En effet, depuis presque 20 ans, la Haute Autorité de Santé a mis en place des certifications des établissements de santé. D'après le service de certification des établissements de santé de la HAS, l'objectif est « d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé et autres structures soumises à la procédure de certification. »³. Ce dispositif d'évaluation externe de la qualité et de la sécurité des soins est mis en œuvre par la HAS, il est effectué tous les 4 à 6 ans par des professionnels mandatés par la HAS afin de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations. A ce jour, la procédure de

¹ [En ligne] Gaffuri A., 8 août 2018, L'hôpital public en France à bout de souffle », *Radio France Internationale*, <http://www.rfi.fr/emission/20180808-france-hopital-public-crise-sante-manque-moyens-personnel-creil-colombes-paris>, consulté le 15 août 2018.

² Article L.61111-2 du Code de la Santé Publique

³ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Février 2018, Guide méthodologique à destination des établissements de santé, p.11

certification V2014 est en vigueur. Ce processus donne lieu, pour chaque établissement, à un niveau global de certification prononcé par la HAS et rendu public.

L'organisation de la procédure de certification peut se révéler chronophage pour un établissement qui peut se retrouver en difficulté pour réaliser une procédure de certification efficace et efficiente correspondant à un certain niveau d'exigence. Lorsqu'il est impossible de mettre en place une procédure d'excellence au sein d'un établissement du fait de ces difficultés, la solution sera de mettre en œuvre une procédure dégradée de certification afin de limiter l'impact négatif d'une mauvaise certification. Une telle procédure consiste à atteindre le meilleur résultat possible dans un laps de temps réduit au sein d'un établissement que l'on peut qualifier comme en difficulté.

Pourquoi et comment mettre en place une procédure dégradée de certification V2014 au sein d'un établissement en difficulté ?

Afin de comprendre les motivations quant à la mise en place d'une procédure dégradée, il est indispensable de revenir dans une première partie sur la procédure d'excellence qu'est la certification de la HAS. Un second temps sera dédié au cœur de l'analyse puisqu'il permettra de développer la procédure dégradée de certification dans son ensemble. Cette procédure sera décortiquée que ce soit au niveau des raisons et motivations qui conduisent à sa mise en place ; mais également au niveau des actions à mener à court et long terme. Ce type de procédure amène forcément vers une conduite du changement avec le repérage de freins et l'actionnement de levier. Un point sera également réalisé concernant les risques réels encourus par l'établissement en cas de mauvaises notations ou refus de certification de la HAS. Une troisième partie permettra d'illustrer les propos grâce à un test de cette procédure au sein d'un établissement de santé de l'UGECAM BFC que l'on qualifiera comme étant en difficulté.

Première partie : La certification de la HAS, une procédure d'excellence

Avant d'envisager la procédure dégradée de certification, il convient d'apporter un éclairage théorique sur la procédure d'excellence de certification de la HAS. En effet, celle-ci, afin d'assurer un haut niveau de qualité et de sécurité des soins (II), se doit d'être particulièrement normée (I).

I. La procédure normée de certification de la HAS

La procédure de certification des établissements de santé par la HAS est régie par un cadre réglementaire (a) et soumise à une procédure rigoureuse(b). Afin de normer complètement le processus de certification, les établissements ont l'obligation de remplir un compte qualité (c), qui permet aux établissements de réaliser une analyse des risques et de créer un plan d'actions. Les informations déposées dans le compte qualité par l'établissement serviront de base de travail aux experts visiteurs. Lors de la visite de pré certification, les experts réalisent leurs investigations en s'appuyant par thématique sur un référentiel qu'est le manuel de certification V2014 de la HAS (d), certaines de ces thématiques feront l'objet d'investigation grâce à deux méthodologies immuables à la V 2014 (e).

a. Le cadre réglementaire de la certification

La procédure d'accréditation a été introduite par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, « ordonnance Juppé »⁴ au sein du système de santé Français. Celle-ci crée l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) qui est un établissement public

⁴ Ordonnance N°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

administratif rattaché au ministère de la Santé. L'ANAES conduit la procédure d'accréditation dans laquelle les établissements de santé doivent s'engager dans les cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance. La première procédure d'accréditation a été effective en 1999 et a été réalisée pour initier et promouvoir les démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé.

C'est en 2004 que le législateur crée la HAS et lui confie l'intégralité des missions de l'ANAES, dont l'accréditation des établissements de santé qui devient la certification grâce à la loi du 13 août 2004. La deuxième procédure de certification, V2007, a été effective de 2005 à 2010 et pousse les établissements de santé à renforcer la médicalisation de la démarche en priorisant l'évaluation des pratiques professionnelles.

La troisième procédure de certification est adoptée par décision du 24 novembre 2010, décision N°2010.11.041 bis/MJ⁵, elle permet une certification plus continue et plus efficiente.

La quatrième version de la certification, V2014, a pour objectif de renforcer les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charges. Cette quatrième itération consiste à évaluer le niveau de maturité des établissements de santé en matière de démarche qualité et de gestion des risques. En comparaison à la V2010, cette nouvelle procédure de certification met en place un compte qualité et utilise de nouvelles méthodes de visite que sont l'audit de processus et le patient traceur. De plus, la HAS choisit une approche par thématique.

L'article L.6113-3 du Code de la Santé Publique dispose « qu'afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification ». Celle-ci est obligatoire et aucun établissement ne peut se soustraire à cette obligation.

Sont concernés par la procédure de certification, d'après l'article L.6111-1 du Code de la santé publique⁶, tous les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés. Sont également concernés les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article

⁵ Décision n°2010.11.041 bis/MJ du 24 novembre 2010 portant modification de la procédure de certification des établissements de santé

⁶ Article L.6111-1 du Code de la Santé Publique

L.6133-7 du CSP⁷, les réseaux de santé mentionnés à l'article L.6321-1 du CSP⁸, ainsi que les installations de chirurgies esthétiques mentionnées à l'article L.6322-1 du CSP⁹. Les hôpitaux des armées mentionnés à l'article L.6147-7 du CSP¹⁰ peuvent également, à l'initiative du Ministre chargé de la Défense, faire l'objet d'une procédure de certification.

Cependant, la procédure de certification ne s'applique pas aux établissements médico-sociaux, aux services de recherche et d'enseignement même lorsque ceux-ci s'exercent au sein d'un établissement de santé devant engager une procédure de certification.

b. Les étapes de la procédure de certification

La HAS précise sur son site internet dans un article intitulé « Mieux connaître la certification des établissements de santé » que les établissements s'engageant dans la procédure de certification devront suivre un parcours d'évaluation en continu avec des étapes essentielles que sont l'entrée dans la procédure, le compte qualité, la visite de certification, le rapport de certification et le suivi¹¹.

Dans un premier temps, les établissements vont s'engager dans la procédure de certification, ils ont un an à compter de l'ouverture de l'établissement pour se soumettre à cette obligation. La HAS précise alors à l'établissement le mois de la visite de certification, la date de dépôt de la fiche interface dans SARA et la date de transmission du compte qualité.

A titre exceptionnel, un établissement peut solliciter un report de visite. Cette demande doit impérativement être motivée et peut intervenir en cas de regroupement entre structures, cas de force majeure, modification des activités, crise financière, travaux immobiliers, etc. Dans de rares cas, la suspension temporaire de la procédure de

⁷ Article L. 6133-7 du Code de la Santé Publique

⁸ Article L.6321-1 du Code de la Santé Publique

⁹ Article L.6322-1 du Code de la Santé Publique

¹⁰ Article L.6147-7 du Code la Santé Publique

¹¹ [En ligne] HAS, 8 juin 2017, Mieux connaître la certification des établissements de santé, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante, consulté le 25 juillet 2018

certification peut être décidée par la HAS si elle estime que les conditions ne sont pas réunies pour assurer le déroulement d'une telle procédure.

Dans un second temps, le compte SARA de l'établissement est activé et ce dernier doit faire parvenir à la HAS le VIPES, la fiche interface et le compte qualité. Le VIPES est le volet d'identification et de présentation des établissements de santé, il va permettre à la HAS d'obtenir des informations relatives à l'établissement concernant son identité, ses représentants, ses activités, des informations complémentaires, des données liées aux « ressources humaines ». La fiche interface établissement – HAS – ARS permet de fournir à la HAS des informations sur l'établissement et d'organiser une articulation entre la HAS et les autorités de tutelle notamment l'ARS.

Cette fiche interface se compose de deux parties. Dans la première, on retrouve des informations concernant le fonctionnement de l'établissement. Dans la seconde, on retrouve la synthèse des inspections et contrôles sanitaires ainsi que les suites données par l'établissement. En outre, l'établissement doit obligatoirement remplir un compte qualité, ce compte fera l'objet d'un développement approfondi dans la sous partie suivante.

Dans un troisième temps, des experts visiteurs, qui sont des professionnels de santé expérimentés, réalisent la visite de pré-certification. Ils doivent alors identifier les points de conformité et les écarts par rapport au référentiel applicable qu'est le manuel de certification. Les écarts sont qualifiés selon trois niveaux de criticités: point sensible, non-conformité, non-conformité majeure. Les experts ont recours à différentes méthodes d'investigations comme l'audit de processus et le patient traceur afin d'évaluer l'organisation autour de chaque processus pour s'assurer de sa maîtrise et vérifier son application sur le terrain.

Dans un quatrième temps, les experts visiteurs vont rédiger un rapport qui, après validation du chef de projet de la HAS en charge du dossier, est envoyé à l'établissement. L'établissement analyse le rapport et transmet d'éventuelles observations à la HAS. L'ensemble des documents est ensuite remis à la Commission de Certification des Etablissements de Santé (CCES) qui se charge de préparer la décision relative au niveau de certification de l'établissement. Enfin, la Commission de Revue des Dossiers de Certification (CREDO) propose un rapport de certification au collège de la HAS avec le niveau de certification et les éventuelles modalités de suivi de l'établissement.

Les niveaux de certification vont de A à E. Le niveau A est la certification, le niveau B est la certification avec recommandation(s) d'amélioration, le niveau C est la certification avec obligation(s) d'amélioration. Le niveau D est le sursis à statuer en cas de réserve ou d'avis défavorable à l'exploitation des locaux et le niveau E est la non certification. Les modalités de suivi sont définies en fonction du niveau de certification de l'établissement (annexe 1). Dans un délai de deux mois, l'établissement peut formuler un recours gracieux qui sera examiné par une instance spécialisée de la Commission de Certification des Etablissements de Santé qu'est la sous-commission d'examen des recours gracieux.

c. Le compte qualité, un outil permettant une analyse des risques et la création d'un plan d'action

Le compte qualité est une nouveauté de la V2014, il permet aux établissements d'entrer dans la procédure, il doit être envoyé à la HAS six mois avant la visite. L'objectif est de faciliter la priorisation des actions d'amélioration déployées. Deux ans après la visite, l'établissement envoie un compte qualité intermédiaire qui est une mise à jour des données de l'établissement, de l'évolution des risques et des plans d'actions correspondant.

L'élaboration du compte qualité est une étape obligatoire de la procédure de certification. Elle permet à l'établissement de répondre à son obligation d'autoévaluation prévue à l'article R.6113-13 du CSP¹². D'après le guide méthodologique à destination des établissements de santé, la HAS précise que « le compte qualité a vocation à rendre des comptes sur la qualité et la sécurité des soins en impliquant les professionnels et en associant les usagers »¹³.

Le compte qualité est la synthèse des engagements de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration, c'est un dispositif dynamique. La HAS a mis en place ce dispositif afin de faciliter la priorisation

¹² Article R.6113-13 du Code de la Santé Publique

¹³ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Février 2018, Guide méthodologique à destination des établissements de santé, p.8

des actions d'amélioration liées à la sécurité des soins au sein de l'établissement. Comme le précise le guide méthodologique Compte Qualité de la HAS validé en mai 2017, « le compte qualité sert plusieurs ambitions :

- Pour l'établissement : disposer d'un dispositif décisionnel et opérationnel de gestion des risques ;
- Pour la HAS : définir le périmètre de la visite initiale et décider des mesures de suivi dans le cadre de la procédure de certification »¹⁴.

Dans un premier temps, les engagements de l'établissement concernant les thématiques définies par le manuel de certification publié par la HAS¹⁵, sont inscrits dans le compte qualité par l'établissement. Une identification et une analyse des risques pour chaque thématique définie par la HAS doivent être réalisées en équipe afin que l'ensemble des professionnels de l'établissement aient connaissance de ces risques, l'établissement doit justifier ces choix quant aux risques retenus. Pour cela, l'établissement s'appuie sur les résultats d'indicateurs nationaux, mais également sur tout type d'indicateur ou résultat d'exploitation qu'il estime utile de porter à la connaissance de la HAS.

Onze thématiques obligatoires à analyser dans le Compte Qualité ont été définies, ce sont le management de la qualité et des risques, la gestion du risques infectieux, les droits des patients, le parcours du patient, la prise en charge de la douleur, la prise en charge et droits des patients en fin de vie, le dossier patient, l'identification du patient, la prise en charge médicamenteuse du patient, la gestion du système d'information et la qualité de vie au travail. D'autres thématiques peuvent être analysés dans le compte qualité en fonction de l'activité de l'établissement, ce sont les urgences et soins non programmés, le bloc opératoire, les secteurs à risques, les fonctions logistiques au domicile du patient (HAD).

Dans un second temps, l'établissement crée un plan d'actions avec les actions prioritaires qu'il a défini ainsi que les actions mises en œuvre afin de répondre au rapport de

¹⁴ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Mai 2017, Guide méthodologique Compte Qualité, p.4

¹⁵ Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la HAS, Janvier 2014, Manuel de certification des établissements de santé V2010

certification précédent. Celui-ci doit être complet et connu de tous et doit permettre une gestion des risques optimale.

Les professionnels de santé et les usagers doivent être associés à la démarche, l'établissement doit pouvoir en justifier.

Le Compte Qualité est le support unique de dialogue avec la HAS. A ce titre il sert trois objectifs comme indiqué dans le « Guide méthodologique du Compte Qualité » de la HAS validé en mai 2017 par le collège de la HAS¹⁶.

Le premier objectif est de « préparer une visite de certification à caractère obligatoire », c'est le compte qualité avant visite de certification. Les experts visiteurs vont étudier les données ainsi que les risques identifiés et les plans d'actions définis par l'établissement, lors de la visite et notamment lors de l'audit de processus.

Le deuxième objectif est de « mesurer la capacité de l'établissement à mettre en œuvre les actions d'amélioration nécessaires après une décision de certification avec obligation(s) d'amélioration ou après une décision de surseoir à statuer sur la certification », c'est le compte qualité supplémentaire.

Le troisième objectif est de « s'assurer d'une hiérarchisation actualisée des risques et du déploiement d'un programme d'actions adapté », c'est le compte qualité intermédiaire.

Tous les deux ans, l'établissement de santé est tenu d'adresser un compte qualité intermédiaire à la HAS selon un calendrier défini lors de son engagement dans la procédure.

d. Des thématiques normés par un manuel HAS

Pour la procédure de certification V2014, la HAS a choisi une approche par thématique tant pour l'élaboration du compte qualité que pour les audits de processus. Une liste de 20

¹⁶ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Mai 2017, Guide méthodologique du Compte Qualité, p. 16

thématiques a été établie. Une table de correspondance¹⁷ a été créée entre les 20 thématiques de la V2014 et les 28 critères du manuel de certification stabilisé depuis 2011. Cette organisation avec un manuel constant permet de répondre à la demande de stabilité et de continuité du manuel de certification réclamée par les professionnels.

Ce manuel de certification est un référentiel contenant les références, les critères et les éléments d'appréciation en vigueur. Il a été réalisé par des groupes de travail constitués de professionnels, de représentants d'utilisateurs venant de différents types d'établissements. Les éléments d'appréciation sont organisés selon les étapes d'une démarche d'amélioration.

Chacun de ces éléments est classé dans trois colonnes que sont E1, E2, E3. Ces colonnes correspondent aux étapes classiques d'une démarche d'amélioration menée selon une approche systémique issue des théories de Deming aussi appelé « PDCA ». Le PDCA est une méthode qui présente les quatre phases à enchaîner successivement pour s'inscrire dans une logique d'amélioration continue.

- La première phase est le « plan » ou prévoir c'est-à-dire planifier et préparer le travail à effectuer.
- La deuxième phase est le « do » c'est-à-dire mettre en œuvre.
- La troisième phase est le « check » c'est-à-dire évaluer.
- La quatrième phase est le « act » c'est-à-dire agir, ce sont les actions d'amélioration.

L'organisation de ces éléments sous la forme PDCA permet aux établissements une meilleure compréhension quant aux exigences relatives aux critères et de ce fait aux thématiques de la V2014. Le PDCA, également appelé Roue de Deming, fait partie d'une des deux méthodologies utilisées par les experts visiteurs de la HAS.

¹⁷ HAS, 2014, Liste des thématiques

e. Deux méthodologies immuables à la V2014

Les experts visiteurs de la HAS utilisent deux méthodologies que sont l'audit de processus et le patient traceur afin d'apprécier au mieux les facteurs humains et organisationnels impactant la prise en charge des patients.

La HAS définit l'audit de processus comme une « méthode qui consiste à évaluer le management, la mise en œuvre effective d'un processus et son amélioration continue afin d'assurer sa conformité aux exigences prévues et sa capacité à atteindre ses objectifs »¹⁸. Ce processus d'évaluation permet d'évaluer de manière objective grâce à un recueil de preuve, dans quelle mesure un établissement ou service satisfait aux exigences d'un référentiel. L'audit de processus est mené selon la logique « PDCA », il permet l'analyse des contributions respectives des pilotes du processus et des acteurs de terrain. Comme vu précédemment, la méthodologie du PDCA est divisée en quatre phases. La HAS a publié une grille générique d'investigation par audit de processus qui reprend et subdivise ces phases :

- Plan, Prévoir :
 - o Définition de la politique : identification des besoins/ analyse des risques ; identification des objectifs d'amélioration ; identification des mesures de traitement des risques
 - o Organisation interne : pilotage, rôles et responsabilités, ressources, gestion des interfaces
- Do, Mettre en œuvre :
 - o Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
 - o Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel, ...
 - o Effectivité de la mise en œuvre (dont traçabilité)
- Check, Evaluer :

¹⁸ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Février 2018, Guide méthodologique à destination des établissements de santé, p.8

- Evaluation du fonctionnement du processus
- Act, Agir :
 - Mise en place des actions d'amélioration, communication sur les résultats

Le guide méthodologique à destination des établissements de santé de la HAS définit le patient traceur comme une méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge. Les investigations réalisées selon cette méthodologie viennent alimenter chaque processus. Cette méthode d'amélioration de la qualité des soins permet d'analyser le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval. Elle permet de réunir les professionnels et favorise les échanges et la communication. La méthode du patient traceur peut être déclinée selon la méthode du PDCA vu ci-dessus.

La méthode du patient traceur doit respecter huit étapes comme le précise la HAS dans son guide méthodologique « Le patient-traceur en établissement de santé, méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » validé le 26 novembre 2014¹⁹.

- La première étape est la préparation de la réunion pour laquelle il est nécessaire de reconstituer le parcours du patient à partir du profil type, d'adapter la grille pour la réunion avec l'équipe et d'organiser de façon pratique la réunion.
- La deuxième étape consiste à choisir le patient c'est-à-dire identifier le patient, l'informer et recueillir son consentement, adapter la grille pour l'entretien avec le patient, organiser une rencontre éventuelle avec les proches.
- La troisième étape est la rencontre du patient et/ou de ses proches.
- La quatrième étape est l'analyse en équipe de la prise en charge globale du patient. Un temps d'ouverture est nécessaire pour cadrer cette quatrième étape, ce temps est suivi de la conduite de l'analyse et de la discussion en équipe.

¹⁹ Service développement de la certification, Novembre 2014, Le patient traceur en établissement de santé - méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – guide méthodologique

- La cinquième étape est la synthèse réalisée à partir des constats réalisés pendant l'analyse de la prise en charge. La sixième étape est la définition des actions d'améliorations et du plan d'actions.
- La septième étape est la mise en œuvre et le suivi du plan d'actions.
- La huitième étape est l'archivage et la traçabilité afin d'assurer l'anonymisation des documents.

Les deux méthodologies que sont l'audit de processus et le patient traceur peuvent être utilisées par l'établissement dans le cadre de sa démarche d'amélioration continue. Ce sont également les deux méthodes utilisées par les experts visiteurs de la HAS lors de la visite de pré-certification d'un établissement.

Comme exposé ci-dessus, la procédure de certification d'un établissement par la HAS est normée et assure une impartialité des experts visiteurs. Cette procédure est normée par le législateur mais également par la HAS grâce notamment à un manuel de certification qui sert de référentiel, à un compte qualité unique pour l'ensemble des établissements, mais également grâce à deux méthodes d'investigations appliqués par les experts visiteurs pour l'ensemble de leurs visites de certification.

II. Une procédure impartiale et transparente garante de la qualité et de la sécurité des soins

Sur le site internet de la HAS, on retrouve les valeurs de cette autorité publique indépendante mise en ligne le 23 avril 2018 : « La HAS coopère avec tous les acteurs impliqués dans un esprit de concertation et de transparence pour une approche globale et transversale de la qualité. Elle s'engage pour assurer la rigueur scientifique et méthodologique et l'impartialité de ses travaux. »²⁰. On retrouve également les notions de transparence et d'impartialité qui sont applicable à la procédure de certification. Les

²⁰ [En ligne] HAS, 23 avril 2018, Missions de la HAS, consulté le 18 juillet 2018

éléments d'investigations obligatoires (A) permettent à la HAS de garantir l'impartialité des experts visiteurs et un socle d'investigation. Cette impartialité est également garantie par la diffusion et la publication nécessaire à l'exigence de transparence totale (B).

a. Des niveaux de certification impartiale garantie par les éléments d'investigations obligatoires

D'après le « guide méthodologique à destination des établissements de santé – certification V2014 »²¹, la HAS précise que les éléments d'investigation obligatoire (EIO) sont des « éléments-clés d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visitateur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart ». Ceux-ci sont des points de passage obligés pour les experts visiteurs puisque chaque audit de processus est jalonné d'EIO. Ils garantissent que des critères identiques sont appliqués à chaque thématique investiguée par tout experts visiteurs, dans tout établissement. Ils garantissent également un niveau minimal d'exigences et une vigilance particulière sur la maîtrise des situations à risques.

Le service de la certification des établissements de santé de la HAS a publié en septembre 2015 un document concernant les « éléments d'investigation obligatoires et situations à risque – V2014 »²². Celui-ci reprend chaque thématique avec une caractérisation générale et la liste des critères la composant. A cela est ajouté les EIO et les situations considérées comme à risque par la V 2010 car elles créent un risque grave et immédiat pour les patients et les professionnels de santé.

b. Une transparence de l'établissement via la diffusion et la publication

Le rapport de certification d'un établissement de santé doit faire l'objet d'une diffusion interne comme externe.

²¹ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Février 2018, Guide méthodologique à destination des établissements de santé, p. 8

²² Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Septembre 2015, Eléments d'investigation obligatoires et situations à risque – V 2014

En interne, c'est une obligation qui incombe à l'établissement. Ce dernier doit notamment porter le rapport de certification à la connaissance de l'instance délibérante et de la Commission ou Conférence Médicale d'Etablissement ainsi qu'à la commission des usagers des établissements de santé (CDU). Concernant les usagers, ils doivent avoir accès aux informations sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins et notamment de la certification. Ces informations doivent apparaître dans le livret d'accueil mis à la disposition des usagers. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) doivent être mis à la disposition du public annuellement par l'établissement conformément au décret du 30 décembre 2009²³. Cependant les usagers peuvent retrouver ces informations grâce à la diffusion externe.

Concernant la diffusion en externe, la HAS diffuse publiquement sur son site internet les décisions de certification et les différents rapports de certification. La HAS publie également sur son site, la liste des établissements qui n'ont pas respecté leur obligation d'engagement et de mise en œuvre de la procédure. Les résultats sont également disponibles sur le site www.scopesante.fr²⁴, ce site publie les IQSS recueillis de manière obligatoire pour l'établissement.

De plus, la HAS informe régulièrement les tutelles de l'engagement et de l'avancement dans la procédure de certification des établissements de santé. Elle transmet également aux ARS les rapports de certification.

Enfin, l'établissement adresse un compte qualité à la HAS tous les deux ans et doit préciser la manière dont les professionnels et les représentants des usagers ont été associés à la démarche.

Par ces canaux de diffusion et de communication, la HAS met en exergue le fait que la procédure est complètement transparente aussi bien pour le public, pour les usagers, pour les professionnels mais également pour les organismes de tutelles. De plus, la HAS demande à l'établissement d'être également transparent en précisant tous les deux ans comment l'établissement implique les professionnels et les usagers dans la démarche.

²³ Décret n°2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

²⁴ Site internet www.scopesante.fr

Cette transparence oblige également à une totale impartialité de la HAS dans la mesure où le libre accès aux informations permet à chacun de remarquer une inéquité et de la faire remonter à la HAS.

La procédure de certification V2014 est une procédure normée mise en œuvre par une autorité transparente et garante de l'impartialité de la démarche d'excellence à laquelle la totalité des établissements de santé doivent se soumettre en France. Cependant, la réalité du terrain peut parfois mettre à mal cette procédure.

Deuxième partie : La réalité du terrain : des établissements obligés de mettre en place des procédures dégradées de certification

Les établissements de santé français sont en tensions aussi bien socialement que financièrement. De ce fait les procédures de certification ne sont parfois pas la première priorité des établissements qui doivent alors mettre en place des procédures dégradées de certification. Cependant il est impossible de créer une procédure dégradée type de certification. A l'inverse il semble pertinent de mener une réflexion globale même si des actions doivent être mises en place localement afin de créer une procédure dégradée de certification propre à chaque établissement (I). Il convient en effet de limiter l'impact des mauvaises notations et de la non certification de la HAS (II)

I. Une procédure dégradée de certification propre à chaque établissement : une réflexion globale mais des actions locales

Il ne peut exister de procédure dégradée de certification type car la mise en place d'une telle procédure va dépendre de nombreux facteurs tels que les moyens de l'établissement, le temps restant avant la visite de pré-certification, le retard accumulé par l'établissement dans la préparation de cette visite, l'état des relations sociales au sein de l'établissement. Il est en effet impossible de réaliser une liste exhaustive des critères pouvant impacter la préparation d'une pré-visite de certification tant ils peuvent être nombreux et propre à chaque établissement.

En effet, les solutions sont aussi nombreuses que les critères peuvent l'être. Cependant il est possible de déterminer un socle commun quant à la réalisation d'une procédure dégradée de certification (b). Nécessairement conduit dans l'urgence, ce type de procédure doit néanmoins d'inscrire dans une démarche sur le long terme (c) tout en opérant des choix stratégiques afin de « limiter les dégâts » (d). Cette procédure dégradée de certification va être mise en œuvre dans l'urgence, c'est pourquoi il est nécessaire

d'opérer une conduite du changement (a) tout en repérant les freins au changement pour pouvoir déterminer les leviers essentiels à la bonne conduite de cette procédure (e).

a. Procédure dégradée de certification : la nécessaire conduite du changement

Le changement est un passage d'un état à un autre dans un but d'amélioration. Lorsque le changement apparaît comme le passage vers un état plus adéquat, celui-ci peut être qualifié de « progrès ». La procédure dégradée de certification est l'expression de progrès constant de l'établissement dans un laps de temps réduit ayant pour but de garder cette dynamique au-delà de la visite de pré-certification.

Un changement peut être d'après Mintzberg dans son livre « le pouvoir dans les organisations »²⁵, soit « dirigé », soit « spontané », soit « planifié ». Un changement dirigé suppose une seule personne avec de l'autorité et du charisme pour que le changement touche les valeurs, les attitudes, les structures ou encore les systèmes. Un changement spontané est quant à lui guidé par des personnes faisant la promotion d'idées se propageant dans l'organisation, ce changement peut survenir suite à une prise de conscience de la nécessité de changer en vue d'un apprentissage stratégique. Enfin, le changement planifié est intentionnel et se base sur des théories et des méthodes démocratiques et scientifiques.

Dans le cas d'une procédure dégradée de certification, le changement se base sur le « manuel de certification des établissements de santé », Janvier 2014 de la HAS²⁶. Un tel changement est nécessaire pour rentrer dans une procédure dégradée mais il doit être à la fois dirigé, spontané et planifié. Cependant si l'établissement a un retard bien trop important, il peut être nécessaire de mettre en place un changement dirigé mais qui peut engendrer des freins importants pour l'organisation.

²⁵ Mintzberg H., 2003, Le pouvoir dans les organisations

²⁶ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Janvier 2014, Manuel de certification des établissements de santé

Selon les circonstances et le déroulé de la conduite du changement, ce dernier pourra être qualifié de « continu », « rupture », ou « hybride ». Un changement « continu » est l'adaptation progressive du système. Un changement « rupture » est une cassure puisque sont modifiés aussi bien la finalité primaire que les modes d'action. Le changement « hybride » correspond au type de procédure que nous souhaitons mettre en place, il prend en compte une continuité dans l'organisation générale ainsi que le maintien de la finalité primaire tout en optant pour des modifications importantes. Cependant, comme expliqué ci-dessus, il est parfois nécessaire de mettre en place un changement « rupture » au vu de l'établissement mais qui pourrait engendrer des freins non négligeables dans la suite de la procédure.

François Pichaut dans son ouvrage « Gestion du changement »²⁷ explique que le changement peut se situer à différents niveaux et « qu'il est important de le situer ce qui a pour effet de cerner l'ampleur potentielle du changement, de lever les ambiguïtés sur le processus en cours et donc de localiser de manière judicieuse les actions à initier ». Il identifie trois niveaux :

- le niveau « stratégique » où se définit les orientations majeures marquant fondamentalement la vie de l'établissement,
- le niveau « managérial » où de nouvelles orientations peuvent se prendre,
- le niveau « opératoire » où des évolutions peuvent affecter les modes de fonctionnement concrets marquant la vie quotidienne de l'organisation.

Ces trois niveaux sont fortement sollicités par la conduite du changement due à une procédure dégradée de certification.

b. Un socle commun quant à la réalisation d'une procédure dégradée de certification

La procédure dégradée de certification doit permettre à l'établissement en difficulté de minimiser l'impact de ces problématiques sur la notation de la certification. Pour cela, il convient de définir des étapes précises concernant le socle commun à toute procédure

²⁷ Pichaut F., Juillet 2013, Gestion du changement, Editions De Boeck

dégradée de certification. Ensuite ces étapes seront à adapter pour coller parfaitement à la situation de l'établissement, la conduite du changement doit être travaillée à chaque étape pour une adhésion la plus importante possible par les équipes.

La première étape est l'élaboration du compte qualité pour envoi à la HAS. Cette étape est difficilement précisable tant elle est propre à chaque structure. L'établissement doit impérativement impliquer un maximum ces équipes dans la démarche de remplissage du compte qualité. Les équipes doivent connaître les risques et les actions d'améliorations que va mettre en place l'établissement.

La deuxième étape consiste à repérer les principales thématiques qui concernent l'établissement. Certaines sont génériques car elles concernent l'ensemble des établissements sanitaires. De plus, au fur et à mesure des procédures de certification, certaines thématiques semblent centrales pour la HAS. C'est principalement sur ces dernières que l'établissement doit se concentrer dans un premier temps. Les thématiques inéluctables sont le management de la qualité et des risques, les droits des patients, parcours du patient, dossier patient, management de la prise en charge médicamenteuse du patient. Dans le cas de la mise en place d'une procédure dégradée de certification, l'établissement ne peut pas traiter l'ensemble des thématiques avec la même attention. De ce fait il est nécessaire de prioriser certaines thématiques par rapport à d'autres. Ces thématiques ont « plus de chances » d'être auditées par les experts visiteurs. En plus de ces thématiques centrales, l'établissement peut être amené à en ajouter d'autres en fonction de son activité, de la taille de l'établissement. Par exemple, si l'établissement dispose de blocs opératoires, la thématique management de la prise en charge du patient au bloc opératoire doit impérativement être ajoutée par l'établissement dans le cadre de la procédure dégradée de certification.

La troisième étape consiste à auditer les thématiques que l'établissement a priorisé. Pour se faire, l'établissement doit privilégier des audits externes réalisés selon les méthodes utilisées par les experts visiteurs que sont les audits de processus et les patients traceurs. L'utilisation de la méthodologie de l'audit de processus va permettre de faire un rappel concernant la démarche qualité selon la méthode du PDCA. L'utilisation de ces deux techniques d'audits en amont de la visite des experts visiteurs va permettre à l'équipe d'appréhender ces méthodes et d'être informé quant aux méthodes d'investigations par patient traceur et par audit de processus. Comme le précise la HAS dans le « guide

méthodologique à destination des établissements de santé- Certification V2014 » de mai 2017 ²⁸, pour la méthode de l'audit de processus, « l'établissement doit avoir communiqué avec les équipes sur les points suivants :

- Méthode d'investigation par audit de processus ;
- Nécessité pour le(s) pilote(s) d'avoir préparé les documents-clefs de la thématique ;
- EIO de la thématique ».

Pour la méthode du patient traceur, « l'établissement doit avoir communiqué avec les équipes sur les points suivants :

- Information quant à la méthode d'investigation par patient traceur ;
- Information quant aux profils de patients recherchés ;
- Information quant au recueil d'un accord éclairé des patients concernés ou de leurs représentants légaux ;
- Information de l'entourage du patient, s'il est amené à venir au moment où l'entretien est prévu ;
- Information quant à la nécessité de produire une liste anonymisée de ces patients comportant l'âge, la pathologie, l'anamnèse, les principaux processus mobilisés, (intervention chirurgicale, réclamation, etc.)
- Anonymisation éventuelle des dossiers dans le cas où l'investigation n'est pas réalisée par l'expert-visiteur médecin. »

Cette étape est primordiale et poursuit plusieurs objectifs que sont l'information aux équipes concernant les méthodes d'investigation, l'analyse de risques qui n'ont pas été repérés lors de la réalisation du compte qualité, la définition d'actions à ajouter aux actions issues du compte qualité, la réalisation d'un point sur les EIO des thématiques et la précision des profils des patients recherchés pour les patients traceurs.

²⁸ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Février 2018, Guide méthodologique à destination des établissements de santé, p. 34 & 37

La quatrième étape consiste à la réalisation d'un rétro planning comprenant les actions et les EIO issus de la troisième étape, ainsi que les actions issues du compte qualité. Ce rétro planning doit prendre en compte la réalité du terrain et s'arrêter environ 10 jours avant la visite des experts visiteurs pour traiter les urgences. Ce planning doit être passé en revue de manière hebdomadaire et n'est pas fixe puisqu'il s'adapte au quotidien de l'établissement et notamment à l'avancé des actions. Celles-ci doivent être priorisées par rapport aux risques que représente leur non réalisation. Il est nécessaire que les équipes soient associées à la priorisation de ces actions afin d'éviter les freins à la procédure.

La cinquième étape correspond à la réalisation des actions. Elle est charnière et l'ensemble des équipes doit être intégré à la démarche. Cette étape nécessite la mobilisation de l'ensemble des ressources de l'établissement mais également de ressources extérieures à l'établissement dans la mesure du possible. La réalisation de ces actions est soumise à l'urgence de la situation et notamment à un champ temporel réduit, malgré la nécessité, pour l'établissement, de mettre en place une politique sur le long terme.

c. La nécessaire mise en place d'une politique sur le long terme malgré l'urgence de la situation

La procédure dégradée de certification est forcément réalisée dans l'urgence. Si ce n'était pas le cas, l'établissement utiliserait une procédure de certification classique. Cependant un des principaux risques quant à la mise en place d'une telle procédure est l'effet soufflé induit par le caractère itératif de la certification. Afin d'éviter cela, l'établissement doit travailler dans l'urgence tout en mettant en place une politique sur le long terme. Il est primordial pour l'établissement d'adopter une démarche qualité sur le long terme puisque la HAS peut décider à l'issue de la décision de notation de l'établissement, de mettre en place un suivi avec potentiellement une visite dans les 6 mois avec envoi d'un compte qualité supplémentaire 2 mois avant par exemple. Les suites de la visite des experts visiteurs seront détaillées dans la sous partie suivante.

Afin de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement utilise la méthode du PDCA qui est également utilisée lors des audits de processus. La

méthode PDCA est compliquée à mettre en œuvre intégralement à court terme, elle est parfois éborgnée par manque de temps notamment pour la réalisation d'évaluation du processus et la définition des actions d'améliorations correspondantes. De ce fait, il est nécessaire pour l'établissement de programmer des évaluations même si elles ont lieu après la visite. Ces évaluations doivent donner lieu si besoin à des actions d'améliorations, puis à une planification, une mise en œuvre, etc. La méthode PDCA apparaît en effet comme une méthode d'amélioration continue. Par définition la roue de Deming ne doit pas s'arrêter de tourner, c'est un cercle vertueux.

Il est préférable pour l'établissement de s'attendre à une mauvaise notation et d'envisager la mise en place d'un compte qualité supplémentaire et d'une contre visite, afin que la démarche ne s'arrête pas au départ des EV. L'objectif étant de pérenniser la démarche mise en place et de se servir de la procédure dégradée de certification pour passer à une démarche classique suite à la visite.

d. Des choix stratégiques pour « limiter les dégâts »

L'établissement doit faire des choix concernant les risques les plus importants pour les usagers et les professionnels à traiter en priorité. Comme vu précédemment, l'établissement doit également choisir les thématiques qui lui semblent incontournable au vu des critères retenus par la HAS. Au-delà de ces choix qui ont déjà été évoqués précédemment l'établissement va devoir faire des choix stratégiques concernant la visite. L'établissement ne peut évidemment pas décider d'occulter une partie des informations susceptibles de remettre en cause la future notation de la HAS.

Un des principal choix stratégique qui représente un non-dit est le choix des professionnels présents pendant la visite des experts visiteur de la HAS. Ce choix est stratégique pour plusieurs raisons, il poursuit différents objectifs.

Le premier objectif peut être de mettre en avant des professionnels qui viennent d'être formé sur une certaine thématique. Par exemple, privilégier la présence d'infirmier diplômé d'état (IDE) venant d'être formé sur les Never Event (ce sont les évènements indésirables graves évitables concernant le circuit du médicament qui « ne devraient jamais arriver »),

privilégier des professionnels venant d'avoir un rappel sur la déclaration des événements indésirables, etc.

Le deuxième objectif peut être de privilégier des professionnels référents sur des thématiques non auditées mais que l'établissement maîtrise complètement. Par exemple, faire participer l'IDE référent hygiène au parcours patient.

Le troisième objectif peut être social c'est-à-dire privilégier la présence pendant la visite de pré-certification des professionnels positifs, investis et dynamiques qui se sont intéressés à la démarche. Au-delà du choix des professionnels présents lors de la visite des experts visiteurs, l'établissement peut également faire le choix d'appuyer plus spécifiquement sur les procédures que les équipes maîtrisent.

L'impact de la communication est très important pour préparer la visite des experts visiteurs. En effet, les experts visiteurs vont lors des vérifications terrains des audits de processus, questionner les professionnels. Ces derniers doivent enregistrer un grand nombre d'informations en peu de temps au vu de la procédure dégradée de certification. Il est alors primordial d'effectuer de manière récurrente des rappels concernant les informations les plus importantes et notamment concernant les actions prioritaires mises en place après l'analyse des risques.

e. Les freins et leviers à la conduite du changement par le biais d'une procédure dégradée de certification

Tout changement s'accompagne de résistances. En effet, d'après Monsieur Thévenet Maurice, « il n'existe pas de résistance au changement mais seulement des acteurs qui ne perçoivent pas l'intérêt qu'ils auraient à changer. Chercher à comprendre l'intérêt du changement pour les acteurs, c'est s'interroger et accepter leur approche, leurs représentations, c'est reconnaître leur individualité et leurs valeurs »²⁹.

Nous avons pu constater des difficultés sur le terrain qui révèlent l'existence de freins relatifs à la conduite du changement, cela nous a amené à chercher les freins et

²⁹ Thévenet M, 2010, La culture d'entreprise, Editions Puf, p. 127

les leviers pour continuer à avancer ; c'est-à-dire les causes et les solutions. Parfois les solutions sont assez inattendues.

« Tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose [...]. Celui qui a le sentiment de perdre ne peut que refuser le changement ou tenter de le freiner. » Coacher les groupes et les organisations avec la théorie organisationnelle d'Éric Berne, François Vergonjeanne.³⁰

La réussite de la conduite du changement passe obligatoirement par l'acceptation de la nouvelle organisation ainsi que par les nouvelles missions lui qui sont associées. Les aspects techniques sont souvent prioritaires au détriment des préoccupations humaines alors même que des collaborateurs faisant preuve de réticence à une nouvelle organisation peuvent faire échouer sa mise en œuvre. Résister est une réaction naturelle à toute situation nouvelle. Ignorer les résistances ne résout rien et peut les attiser. Selon leur nature elles peuvent être prévenues ou traitées dès leur apparition. De ce fait, il convient de les identifier, les analyser, puis élaborer une stratégie pour les traiter.

II. L'impact des mauvaises notations et non certification de la HAS

Le « Bilan à mi-parcours V2014 »³¹ réalisé par le service Certification des Etablissements de Santé de la HAS publié en mai 2017 concerne les 990 premiers établissements de santé qui ont fait l'objet d'une décision du collège de la HAS entre le 30 juin 2015 et le 15 mars 2017. D'après ce bilan, au 1^{er} janvier 2017, 69% des établissements sont certifiés A et B. Malgré ce chiffre, les risques de mauvaises notations et de non certification sont bien présents pour les établissements de santé. Dans les cas où ces risques se réaliseraient plusieurs suivis peuvent être prévus (a). Mais au-delà du suivi mis en place, la décision de non certification de la HAS a une incidence réelle sur l'établissement (b).

³⁰ Berne E. & Vergonjeanne F., 2015, Coacher les groupes et les organisations, p. 130

³¹ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Mai 2017, Bilan à mi-parcours V2014

a. Les risques et suivis de mauvaises notations et de non certification

Le « Bilan à mi-parcours V2014 »³² évoqué ci-dessus précise que 24 % des établissements sont certifiés avec obligation(s) d'amélioration (c), pour 6% des établissements, la HAS a décidé de surseoir à la certification du fait de réserve(s) (d), 1% des établissements sont non certifiés (e).

Lorsqu'un établissement est certifié avec obligation(s) d'amélioration, il doit adresser à la HAS un compte qualité supplémentaire dans les 12 mois maximum. Après analyse la HAS peut prendre plusieurs décisions :

- Soit l'établissement remplit ses obligations en tout ou partie et l'ajoute au rapport de certification. Elle prend une décision de certification en A ou B. Si c'est en B, il peut y avoir une modalité de contrôle avec possible visite aléatoire annoncée. Un CQ est à adresser tous les deux ans, une visite intermédiaire peut être programmée après analyse de ce CQ. Une visite est programmée à 4 ans.
- Soit l'établissement ne remplit pas ses obligations et une visite de suivi dans un délai de 6 mois est programmée. Après la visite de suivi, la HAS rendra une décision en A, B ou E.

Lorsque la HAS sursoit à statuer en cas de réserve ou d'avis défavorable à l'exploitation des locaux, une visite de suivi est programmée dans les 6 mois avec envoi d'un CQ supplémentaire 2 mois avant sur les réserves. Suite à cette visite, soit la HAS prend une décision en A, B, C ou E. Si une réserve est transformée en obligation, la HAS peut prononcer une prolongation du sursis à statuer avec une visite ciblée à 3 mois. Suite à cette visite ciblée, la HAS prendra une décision en A, B C ou E.

Lorsque la HAS prend une décision de non certification pour un établissement, l'établissement doit adresser un CQ à la HAS annuellement. La prochaine visite doit alors

³² Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Mai 2017, Bilan à mi-parcours V2014

être réalisée dans un délai de deux mois. Cependant, l'autorité de tutelle peut décider de ne pas maintenir l'activité de l'établissement.

b. L'incidence réelle des non certifications de la HAS

Dans de rares cas, la HAS peut décider de la non certification d'un établissement. Le « bilan à mi-parcours V2014 »³³ évoqué ci-dessus précise que « pour certains établissements qui, objets d'un sursis à certification en V2010, ont fait l'objet d'un suivi rigoureux avec une visite de suivi, voire, pour certains, une visite ciblée, qui leur a permis, grâce à une dynamique constante, de régler progressivement toutes les problématiques observées et, ce faisant, d'atteindre immédiatement la certification en V2014. ». La non certification d'un établissement peut avoir un impact sur le choix de l'autorité de tutelle de maintenir l'activité mais également sur l'image de l'établissement.

Dans le bilan évoqué ci-dessus, la HAS précise que « les décisions de non-certification pourraient aussi être utilisées comme levier pour faire évoluer l'offre de soins par la tutelle (retrait d'autorisation, transformation d'une activité sanitaire en activité médico-sociale, etc.) » Après analyse de la littérature, aucun établissement ayant fait l'objet d'une décision de non certification de la HAS n'a fermé à ce jour. Plusieurs établissements ont fait l'objet de ce type de décision de la part de la HAS comme par exemple le CH (centre hospitalier) de Chateaudun, la polyclinique de la Thiérache, l'hôpital de Bernay ou encore la maternité des Bluets.

En novembre 2017, la HAS a rendue publique sa décision de non certification de la polyclinique de la Thiérache à Wignehies. D'après la HAS, l'établissement n'a pas d'« approche systémique permettant une gestion des événements dans leur globalité »³⁴, il est trop axé sur les événements ponctuels. L'ARS Hauts-de-France a indiqué dans ce même article être « en lien étroit avec la polyclinique de la Thiérache pour améliorer l'ensemble des points cités dans le rapport ». L'ARS a prévu d'accompagner

³³ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Mai 2017, Bilan à mi-parcours V2014

³⁴ Deyrieux C., 12 décembre 2017, La HAS n'a pas certifié la polyclinique de la Thiérache qui doit développer une approche systémique, www.hospimedia.fr, consulté le 13/08/2018

l'établissement, la décision de non certification de la HAS n'a donc pas eu d'impact sur le choix de l'autorité de tutelle de maintenir l'activité de l'établissement.

En avril 2018, la HAS a pris une décision de non certification pour le CH de Chateaudun, les experts visiteurs ont constaté « de nombreux écarts par rapport aux règles de bonnes pratiques de soins et à la réglementation prévue par le Code de la santé publique », « la qualité et la sécurité des processus de soins ne sont pas encore suffisamment garanties dans les domaines importants ».³⁵ Ces domaines importants sont la gynécologie-obstétrique, le bloc opératoire, le circuit du médicament, la traçabilité du dossier patient et le management de la qualité et des risques.

En parallèle de la procédure de la HAS, l'ARS Centre-Val de Loire a mis en place une procédure de contrôle et d'inspection. Le directeur par intérim a indiqué dans un communiqué repris par l'article précité avoir mis en place un plan d'actions afin d'engager des mesures correctives pour « améliorer les conditions immédiates de prise en charge des patients ». L'ARS a également indiqué que l'établissement disposait d'un vrai projet de redressement et a confirmé la place du CH dans l'offre de soins du territoire. Par conséquent, la décision de non certification de la HAS ne menace pas l'autorisation d'activités de l'établissement délivré par l'ARS.

En septembre 2016, la HAS a pris une décision de non certification pour la maternité Pierre Rouques – les bluets fondée par la Confédération générale du travail (CGT), en indiquant dans son rapport que des « dysfonctionnement faisaient courir un risque potentiel aux patientes »³⁶. Cette décision a eu un impact sur l'image de l'établissement. Pierre-Jérôme Adjedj, parent et président de l'association « Touche pas aux Bluets », a indiqué au journal 20 minutes, dans un article paru le 28/09/2016 écrit par Romain Lescurieux³⁷, recevoir depuis quelques jours des messages de femmes enceintes inquiètes. Ces femmes demandent si elles doivent accoucher dans une autre maternité en raison des risques que représente un accouchement à la maternité des Bluets. Ces appels mettent en avant l'impact négatif de la décision de non certification de la HAS.

³⁵ Tribault G., 23 avril 2018, Le CH de Châteaudun est officiellement non certifié par la HAS, un plan d'actions est mis en place, www.hospimedia.fr, consulté le 13/08/2018

³⁶ HAS, 2016, Rapport de certification Hôpital Pierre Rouques – Les bluets

³⁷ Lescurieux R., 28 septembre 2016, Paris : Quelles sont les conséquences de la perte de certification de la maternité des Bluets ?, Journal 20 minutes

Outre l'impact en termes de communication, la décision de la HAS peut également avoir un impact sur l'autorisation d'activité. Cependant la HAS précise qu'une telle mesure « n'entraîne pas automatiquement le retrait ou la suspension d'autorisation d'activités ». Nicolas Bonnet-Oulaldj, président du groupe communiste au conseil de Paris, explique dans un communiqué repris dans l'article du 20 minutes précité que « la fermeture de cette maternité serait une catastrophe pour les Parisiennes et Parisiens ». Il a demandé à la maire Anne Hidalgo d'éviter la fermeture de l'établissement en s'exprimant auprès de l'ARS et de la ministre de la Santé. Suite à la décision de la HAS, l'avenir de la maternité des Bluets semble incertain.

Le 19 octobre 2016, l'association gestionnaire de l'établissement et l'ARS Ile-de-France signe un protocole de collaboration³⁸ afin de permettre à court terme la poursuite du fonctionnement de l'établissement. Le 2 décembre 2016, l'ARS Ile-de-France enjoint l'établissement d'adapter sa gouvernance et de renforcer sa politique médicale avant le 15 janvier.

Le 31 janvier 2017, l'ARS lève ses réserves sur la poursuite immédiate de l'activité de l'établissement, cependant elle reste très mobilisée et attentive sur la situation de l'établissement. Comme précisé dans un article de Thomas Quéguiner publié par Hospimedia le 31/01/2017 « l'ARS évoque par exemple son intention d'étudier « avec précision » le dossier de demande de renouvellement d'autorisation d'activité de la maternité »³⁹.

Il faut attendre octobre 2017 pour que l'ARS Ile-de-France décide de renouveler pour cinq ans les activités de gynécologie-obstétrique et de chirurgie ambulatoire. Malgré ce renouvellement, l'autorité de tutelle précise dans le même article précité qu'elle « maintiendra une vigilance particulière quant au suivi de l'activité, des effectifs nécessaires pour assurer la sécurité des soins et des plannings ». La décision de non certification de la HAS a eu un impact important en termes de communication mais l'établissement n'a pas vu son autorisation d'activités retiré ou suspendu.

³⁸ Protocole d'accord du 19 octobre 2016 entre l'association gestionnaire de l'hôpital Pierre Rouques – Les bluets et l'ARS Ile-de-France

³⁹ Quéguiner T., 31 janvier 2017, L'ARS Ile-de-France lève ses réserves sur le fonctionnement de la maternité des Bluets, www.hospimedia.fr, consulté le 16 août 2018

Les mauvaises notations de la HAS donnent lieu à un suivi très particulier. Mais la crainte ultime de l'établissement est la décision de non certification. Celle-ci peut en effet avoir un impact important en termes de communication pour l'établissement. Il est constant qu'une décision de non certification peut théoriquement impacter l'autorisation d'activités d'un établissement mais qu'en pratique, malgré l'étendue des difficultés pouvant être relevées lors d'un contrôle, aucun établissement n'a, actuellement, été contraint de cesser son activité.

Troisième partie : Illustration de mise en place d'une procédure dégradée de certification : La MECSS La Beline

L'UGECAM BFC dans lequel j'évolue dans le cadre de mon contrat de professionnalisation gère des établissements sanitaires et médico-sociaux. La MECSS La Beline fait partie de ces établissements. Cet établissement SSR est un établissement en difficulté (I) au sein duquel une procédure dégradée de certification a dû être mise en place avec la planification d'un travail en trois temps (II). Cette procédure a été mise en place au premier semestre 2018 en vue de la visite de pré-certification des experts visiteurs en juillet 2018. Cette visite a représenté pour l'établissement une dernière chance pour effectuer certains choix et ajustement (III). Enfin, avant leur départ de l'établissement, les EV ont présenté un bilan qui permet de donner une suite immédiate à la visite de pré-certification (IV).

I. La MECSS La Beline : un établissement en difficulté

L'établissement la MECSS La Beline est un établissement de l'UGECAM BFC. Historiquement, cet établissement assurait la prise en charge de l'énurésie. Celle-ci étant devenue inefficace, l'offre de service de la MECSS La Beline a évolué à la demande des pouvoirs publics vers la prise en charge de l'obésité à compter de 2002. Depuis cette date, l'établissement assure la prise en charge de l'obésité d'enfants et d'adolescents de moins de 18 ans selon l'autorisation courant jusqu'au 28 juin 2020. Cette bascule a abouti à une situation particulière avec près de 50 % des patients relevant de l'aide sociale à l'enfance ou à minima de problématiques sociales certes doublée de problématiques de santé liées à l'obésité, mais dont le premier critère d'orientation était d'abord social.

À compter de 2016, et en lien avec l'agence régionale de santé, un vaste mouvement de réorganisation de l'accompagnement a été mis en place. Celui-ci visait à restaurer les modalités de prise en charge en priorité sanitaire de l'établissement et à adapter l'offre de services de l'établissement aux attendus du plan obésité 2010-2013.

De nombreuses incertitudes stratégiques ont accompagné cette période. L'ARS a longtemps laissé planer la possibilité de cesser d'accompagner l'établissement si le projet médical n'était pas intégralement rénové. Par ailleurs, la localisation de cet établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) posant des problèmes importants d'orientation et d'adressage, il a été demandé à l'UGECAM BFC de travailler à sa relocalisation sur Besançon. D'importants blocages politiques ont amené à une situation d'enlisement en particulier sur le plan de la garantie de financement et de pérennité de l'établissement. Dans ce contexte, l'établissement a su rénover de manière totale son projet médical qui a été coconstruit avec les partenaires de l'établissement et validé par l'ARS le 4 juillet 2016.

Le blocage relatif au financement et à la localisation de l'établissement a persisté, entraînant ainsi un retard dans la mise en œuvre du projet médical et des difficultés organisationnelles importantes dont la démarche qualité a pâti sur un certain nombre de processus. Ces difficultés se sont accrues par un turnover important et partiellement lié aux éléments évoqués ci-dessus de l'équipe de direction de l'établissement comme des médecins de celui-ci.

Ce n'est qu'en juin 2017, que la situation de blocage avec l'ARS sur les problématiques de financement et de localisation a été levée.

Il en résulte deux mesures importantes que sont :

- Le nouveau programme régional de santé qui prévoit la création d'une autorisation d'implantation correspondant à la prise en charge de l'obésité sur Besançon. Il s'agira donc pour l'UGECAM BFC de déposer un projet visant à répondre à cette nouvelle autorisation au mois d'octobre 2018.
- Un CPOM 2017-2021 entérine les nouvelles prestations proposées par l'établissement et assure un niveau de dotation annuelle de financement sur une durée permettant une prévisibilité et une stabilisation des équipes de direction et médicale en place.

Aujourd'hui, la prise en charge récente et en cours d'évolution se décline en :

- Hospitalisation complète : ce sont les moyens et courts séjours. Les moyens séjours sont des séjours au trimestre, les courts séjours sont des séjours de deux semaines.

- Hospitalisation de jour : ce sont les « Mercredis de la Beline »
- Education thérapeutique : Une équipe mobile s'investit dans l'accompagnement à domicile.

Ces prestations qui ont été entièrement restructurées et repensées, impliquent des processus insuffisamment stabilisés et maîtrisés à ce jour.

L'année 2018 est consacrée à la réalisation des prestations que l'établissement s'est engagé à mettre en place et notamment l'équipe mobile et la montée en charge de ses réponses à la demande de soins. A ceci s'ajoute la certification de l'établissement par la HAS, et enfin une série de travaux de mise aux normes de sécurité et de mise en conformité afin de répondre notamment aux attendus de la prochaine commission de sécurité.

Comme évoqué ci-dessus, les objectifs 2018 font suite à une année 2017 encore marquée par de nombreux mouvements de personnel : départ fin mars 2017 de la directrice, suivi du départ de sa remplaçante en juin 2017. Cette dernière a été remplacée préalablement à la signature du CPOM par une directrice qui était la responsable qualité du siège. Confrontée à des difficultés managériales importantes, celle-ci a demandé à réintégrer son ancienne fonction au mois de décembre 2017. Pour garantir la gestion de cette période compliquée, un directeur de transition a occupé la fonction de janvier 2018 à Juillet 2018 afin d'assurer l'activité, l'organisation de la prise en charge et la certification. Un directeur d'établissement en CDI prend ses fonctions en aout 2018.

Parallèlement, l'équipe médicale a été stabilisée par le recrutement d'un médecin assistant en septembre 2017 et d'un médecin coordinateur assistant en janvier 2018 sous la responsabilité d'un médecin coordinateur à temps partiel.

La démarche qualité engagée au SSR La Beline a évidemment été impactée par les mouvements de cadres décrits ci-dessus. Les instances ont toutes été ré-initiées en 2018 avec les nouvelles équipes. L'établissement a traversé plusieurs crises que ce soit en terme de patients, de gouvernance, de financement mais également concernant la pérennité de la structure.

II. La planification d'un travail en trois temps avec l'implication des équipes

La planification du travail requise à la MECSS La Beline en vue de la visite de pré-certification des experts visiteurs de la HAS s'est effectuée en trois temps que sont l'élaboration du compte qualité (a), la mise en place d'une routine de travail (b) permise grâce à la réalisation d'audit sur les principales thématiques de la HAS et la réalisation d'un plan d'actions. Enfin les derniers choix les plus stratégiques ont été pris en urgence la semaine précédant la visite (c). Cette procédure mise en place n'a pas toujours été facilement appréhendée par les équipes et des freins à la conduite du changement ont pu être identifiés afin de trouver les leviers correspondants (d).

a. La difficile élaboration du compte qualité

La première étape est le remplissage du compte qualité pour envoi à la HAS avant la visite de certification. Dans le cas de la MECSS La Beline, le compte qualité devait être envoyé au plus tard le 9 mars 2018. Le directeur de transition est arrivé en janvier 2018 et aucun travail n'avait été initié concernant l'élaboration du compte qualité. Afin de garantir l'implication des équipes dans l'évaluation des risques, l'analyse et la création d'un plan d'actions, un fonctionnement normal de la structure n'était pas possible en si peu de temps.

Les quinze jours des vacances scolaires du mois de février sont découpés en deux courts séjours d'une semaine. Au vu du faible nombre de patients prévus, il a été décidé de regrouper l'ensemble des patients sur la première semaine de vacances afin de fermer l'établissement au public la deuxième semaine.

Cette deuxième semaine des vacances de février a entièrement été consacrée à l'élaboration du compte qualité en équipe. Les équipes ont identifié les risques, les ont évalués, analysés et ont décidé quelles actions d'améliorations devaient être mises en place pour les traiter. Un nombre important d'actions a été programmé avant la visite de pré-certification. Cependant, la programmation d'actions à court comme à long terme

apparaissait nécessaire afin de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et d'éviter l'effet soufflé qui pourrait être induit par une telle procédure.

Un autre établissement de l'UGECAM BFC, le Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (CRRF) de Bourbon Lancy a également fait l'objet d'une visite de pré certification début février 2018. La démarche qualité et gestion des risques du CRRF de Bourbon Lancy est avancée puisque la HAS a décidé de certifier l'établissement en niveau A. La MECSS La Beline a pu s'appuyer sur l'ensemble des documents produits par le CRRF, y compris sur son compte qualité ce qui a facilité son élaboration.

La MECSS La Beline est concernée par des 10 thématiques obligatoires reconnaissables sur le compte qualité grâce à une pastille verte :

- Management stratégique, gouvernance ;
- Management de la qualité et des risques ;
- Gestion du risque infectieux ;
- Droits des patients ;
- Parcours du patient ;
- Prise en charge de la douleur ;
- Dossier patient ;
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ;
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient ;
- Gestion du système d'information.

L'établissement s'est posé la question de la thématique obligatoire de la prise en charge et droits des patients en fin de vie. Cependant le tableau des « critères non applicables par type de prise en charge – V2014 »⁴⁰ de la HAS prévoit que «certains établissements ne sont jamais amenés à accompagner de fin de vie, et dans ce cas le critère ne s'applique

⁴⁰ HAS, Juillet 2014, Tableau des non applicables

pas ». Dans ce même document, la HAS cite pour exemple les maisons d'enfants à caractère sanitaire permanente. Au vu des précisions qu'apporte ce tableau, le critère n'est pas applicable à la MECSS La Beline.

b. Mise en place d'une routine de travail en vue de la visite de pré-certification

A partir de la date d'envoi du compte qualité, l'établissement a quatre mois pour préparer la visite de pré-certification des EV de la HAS. De ce fait, il est primordial de ne pas perdre de temps et de réaliser les actions prévues au compte qualité pour traiter les principaux risques. Cependant, comme expliqué précédemment, la MECSS La Beline est confrontée à plusieurs enjeux concomitants puisqu'en plus de la certification HAS, une montée en charge est impérative car l'activité de l'établissement n'est pas assez élevée au vu des autorisations, de ses infrastructures et du personnel dont elle dispose.

Alors que les premières actions sont mises en place avec l'impulsion de la direction, un comité de pilotage est ensuite constitué. Celui-ci est composé du directeur de transition, de l'adjoint au directeur, du médecin coordonnateur assistant, de la cadre de santé et de l'assistant qualité et gestion des risques. Ce comité de pilotage est chargé d'impulser et de suivre l'avancée des actions en lien avec la visite de pré-certification, il se réunit de manière hebdomadaire.

Début Avril 2018, une première journée d'audits est réalisée. Les auditeurs sont le Directeur des Soins du CRRF de Bourbon Lancy et l'Assistante Qualité et Gestion des Risques de l'UGECAM BFC. Ces audits ont été réalisés à la demande de la direction de la MECSS La Beline. Cette demande est très précise en termes de critères de certification. Cette première journée d'audit est composée d'une visite de l'établissement par la direction suivie d'un temps d'observations au sein des équipes.

Elle porte sur les thématiques suivantes :

- Circuit du médicament : la direction demande à ce que cette thématique soit privilégiée par rapport aux autres pour cette première journée d'audit

- Parcours patient : un focus est particulièrement demandé sur la prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement (critère 18b du manuel de certification V2014)
- Le système d'information
- La prise en charge de la douleur

Cette première journée d'audits permet de révéler les risques les plus importants comme une salle de soins non sécurisée, un chariot d'urgence inopérant et servant de stock de médicament, des procédures désuètes, un seul lecteur de glycémie pour l'ensemble de la structure, etc. Le rapport d'audit a été remis à la direction mi-avril et comporte les constats en fonction des thématiques et les recommandations correspondantes. En fin de rapport d'audit, une priorisation des principales recommandations a été réalisée. Ces principales recommandations doivent être réalisées dans les plus brefs délais et de manière concomitante à la réalisation des actions issues du compte qualité.

Une deuxième phase d'audits a été réalisée fin mai 2018 sur deux jours. Initialement, ces deux jours devaient servir de « visite de pré-certification à blanc », les deux jours d'audits devaient se dérouler comme une visite de pré-certification classique. Cependant, le travail engagé a pris du retard. En partie suite à l'arrêt maladie du médecin généraliste assistant et à la volonté de la cadre de santé de postuler comme infirmière au sein de la structure. Le médecin généraliste assistant n'a pas pu être remplacé à une période de visite de préadmissions importantes pour les courts séjours d'été.

Afin de garantir un taux d'occupation suffisant pour ces séjours, le médecin coordonnateur assistant a remplacé sa collègue. Une cadre de santé par intérim a été recrutée pour un mois et demi afin d'assurer la gestion quotidienne et notamment les plannings de la structure.

Dans le même temps, la cadre de santé de la structure a demandé à la direction un poste d'IDE. Cette demande a été difficile à gérer en terme managérial mais la direction a accédé à sa demande. Cependant une partie de son travail a temporairement été réalisée par le médecin coordonnateur assistant.

Au vu de l'avancé des actions prévues au compte qualité et des recommandations issues du premier audit, il a été décidé d'effectuer deux jours d'audits plus pédagogique qu'initialement prévues. Les deux auditeurs sont les mêmes que lors de la première phase d'audit. Ces deux journées d'audits sont organisées comme une visite de pré-certification. Les auditeurs décident en lien avec la direction de l'établissement de réaliser cinq audits de processus et d'effectuer un patient traceur. Les thématiques investiguées lors des audits de processus sont :

- Management de la qualité et des risques
- Droits des patients
- Parcours du patient
- Dossier patient
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Les méthodologies de l'audit de processus et du patient traceur ont été expliquées aux équipes à chaque début d'audit mais également lors des vérifications terrains si besoin.

Pour l'audit de processus, un rapport d'audit par thématique a été remis à l'établissement. Ce rapport d'audit présente, sous la forme du PDCA, les constats positifs et à améliorer, c'est-à-dire les conformités et les écarts. Pour chaque thématique, des recommandations devant obligatoirement être mise en place avant la venue des experts-visiteurs ont été formulées.

Pour le patient traceur, l'audit s'est déroulé différemment d'un patient traceur classique. Afin de créer une grille servant d'aide-mémoire pour les professionnels, il a été décidé de répondre aux questions types de la HAS en fonction du patient choisi mais également de manière générale si besoin. Par exemple, certaines questions n'étaient pas applicables pour le patient choisi mais ces questions ont quand même été débattues pour d'autres patients. Les professionnels ont également souhaité éclaircir certaines questions qu'ils considéraient comme floues. Le rapport d'audit du patient traceur a pris en compte l'ensemble de ces éléments.

Dans un même temps, une grille générique des éléments d'investigations obligatoires a été réalisée. Avant la visite de pré-certification du CRRF de Bourbon Lancy, une réflexion avait été menée sur les EIO pour chaque thématique. En face de chaque EIO, l'établissement avait regroupé les documents correspondants. La MECSS La Beline ne pouvait pas se permettre un tel travail dans un temps si restreint.

Pour pallier cela, une grille de documents correspondants aux EIO a été créée tout en adaptant cette grille au type de prise en charge de la MECSS La Beline. Cette grille se présente sous la forme d'un fichier Excel avec un onglet par thématique. En face de chaque EIO, il y a plusieurs documents ainsi que leur dernière date de mise à jour et leur classement dans la gestion documentaire. Cette grille d'EIO permet également un suivi des documents et de l'avancement dans la procédure dégradée.

La grille d'EIO a été présentée aux différents pilotes de processus et à l'assistant qualité de l'établissement afin qu'ils l'adaptent à la structure et remplisse cette grille. Cet outil a mis en avant le fait que très peu de documents avaient été mis à jour depuis la précédente visite de certification de la HAS. Devant cette charge importante de travail qu'est la mise à jour de ces documents, il a été décidé de prioriser les documents les plus importants comme la procédure du circuit du médicament, la procédure de gestion du dossier du patient, la procédure d'urgence, etc.

Cependant les aléas évoqués précédemment ont mis à mal l'avancement de la procédure dégradée et la dernière semaine avant la visite des experts visiteurs s'est avérée décisive.

c. La semaine précédant la visite de pré-certification : le temps des derniers choix stratégiques

La semaine précédant la visite de pré-certification a été capitale. Des choix managériaux ont été pris, le recrutement de l'adjoint au directeur comme directeur a été annoncé. Ce choix de prévenir les équipes avant la visite de certification a pour but de pérenniser la gouvernance de l'établissement et d'assurer une stabilité.

De nombreuses instances telles que le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), le comité de lutte contre la douleur (CLUD), le comité de pilotage (COPIL), CDU

ou encore la commission médicale d'établissement (CME) ont validé des procédures créées ou mises à jour courant juin 2018.

Certaines procédures obsolètes et mises en avant comme les plus stratégiques par les audits, le plan d'actions du compte qualité ou encore la grille EIO ont été rédigées pour être présentées aux experts visiteurs comme étant en cours de validation et non inexistantes.

Le calendrier de la visite de la HAS prévoit deux patients traceurs et cinq audits de processus. Les thématiques auditées sont les mêmes que celles investiguées pendant la deuxième phase d'audit. De ce fait, l'établissement a décidé de prioriser les procédures correspondant à ces thématiques afin de les présenter aux experts visiteurs.

Ces procédures doivent être accessibles aux professionnels et ces derniers doivent savoir où les trouver. Au fur et à mesure de la procédure dégradée de certification, les procédures ont été stockées informatiquement dans un serveur dénommé « public » accessible à l'ensemble du personnel. La dernière semaine a été l'occasion de copier-coller l'arborescence de la gestion documentaire (GED) du CRRF de Bourbon Lancy. L'ensemble du serveur « public » du CRRF a été copié dans son homonyme de la MECSS La Beline. Les procédures ont été classées de la même manière.

Le peu de temps restant à la MECSS La Beline pour se préparer à la visite des experts visiteurs n'a pas permis aux équipes de réaliser des diaporamas pour présenter chaque thématique. Le COPIL a décidé de prioriser la rédaction de procédures stratégiques par rapport à la création des diaporamas de présentation.

Enfin, les derniers préparatifs ont été plus pratiques. Les badges nominatifs de l'ensemble du personnel ont été créés, la signalisation de l'établissement a été mise à jour. Le bureau prêté aux experts visiteurs a été installé ainsi que les salles prévues pour les audits de processus et patients traceurs.

d. Les freins et leviers à la conduite du changement dans le cas d'une procédure dégradée de certification

Avant de constater les difficultés et de rechercher des causes, il est important de préciser que ces observations ont été relevées dans le cadre de mon contrat de professionnalisation mais que mon recrutement au sein du siège de l'UGECAM BFC avait été annoncé à l'ensemble des équipes. De ce fait, ces observations peuvent comporter des biais. Ce sont des observations directes réalisées lors de réunions institutionnelles et diverses ainsi que des observations réalisées lors de temps plus informels au sein des équipes.

La mise en place d'une procédure dégradée de certification telle que celle réalisée à la MECSS La Beline est un changement hybride puisqu'il a touché le niveau stratégique, le niveau managérial et le niveau opératoire. Le niveau stratégique n'est que peu impacté par la conduite du changement car la finalité de la structure n'a pas changé mais évolue dans la prise en soins comme expliqué plus haut dans le développement.

Le niveau managérial a subi des transformations, un directeur de transition a pris son poste en janvier. L'adjoint au directeur de la structure avait quitté son poste en juillet 2017, il a réintégré ses fonctions en janvier 2018 et sera nommé directeur de la structure en aout 2018. L'objectif de ces transformations est de pérenniser la gouvernance de l'établissement. Le médecin coordinateur assistant souhaite également s'inscrire de manière pérenne au sein de l'établissement dès qu'il sera docteur.

Le niveau opératoire est particulièrement touché par la conduite du changement à plusieurs niveaux. L'ensemble du personnel a pris conscience du changement opéré mais la perception diffère selon certaines considérations personnelles. Au niveau opératoire, le relai sur le terrain est assuré en partie par la cadre de santé pour l'établissement de la MECSS La Beline. Cependant ce relai a temporairement été assuré par le médecin coordonnateur assistant.

L'impact positif du management participatif a permis une réelle implication des acteurs dans le changement. Les agents ont pu s'exprimer tout au long du processus de conduite du changement et donner leurs avis, compléments concernant les décisions prises ou à prendre par l'équipe de direction. Cependant ce management participatif peut avoir des

inconvenients puisque les équipes peuvent parfois juger chaque décision prise par la direction sans apporter d'autres propositions.

Nous avons pu constater d'importantes réticences de la part de certaines personnes de l'équipe IDE. Dans un premier temps de la part des coalitions internes observées dès le début de mon stage et notamment des personnes des institutions représentatives du personnel et des syndicats. Mais les syndicats n'ont pas soutenu ces coalitions car leurs résistances n'étaient pas fondées. Des temps d'échanges ont été mis en place pour couper court à de potentielles coalitions.

Dans un second temps, nous avons observé des résistances plus individuelles, personnelles qui étaient liées à des peurs, confusions, incertitudes. Ces résistances sont apparues dès le début de la conduite du changement lors de réunions et discussions sur le changement. En effet, un immobilisme certain des personnels possédant l'ancienneté la plus importante dans l'établissement a été observé.

Les agents présents depuis l'ouverture de l'établissement concentrent l'essentiel voire la totalité de leur expérience professionnelle au sein de la MECSS La Beline. Ce sont des personnes très ritualisées professionnellement qui n'ont pas eu l'occasion de développer les aptitudes nécessaires au changement que sont l'adaptabilité, l'autonomie et la réactivité. Ces aptitudes sont développées par les personnes ayant travaillé dans d'autres structures comme les agents qui ont fait de l'intérim pendant plusieurs années. Ces dernières s'adaptent rapidement au changement car cela leur semble très naturel. Pour les agents très ritualisés, un travail de communication a été réalisé afin de rassurer les équipes.

Les risques ont été retravaillés en groupe de travail pluridisciplinaire, et des actions de correction ou d'optimisation ont été déployées. Mais la partie formalisation écrite notamment eu égard aux EIO n'est pas finalisée. L'établissement a privilégié l'effectivité de ces actions sur la qualité et la sécurité des soins au détriment parfois du formalisme attendu. De plus, il y a eu une véritable montée en charge de l'activité concomitamment à la procédure dégradée de certification.

III. La visite des experts visiteurs : le temps des derniers choix et ajustements

Les experts visiteurs sont intervenus à la MECSS La Beline sur trois jours pendant la première semaine de juillet 2018. Cette semaine correspond au début des séjours courts et de nouveaux patients sont arrivés la veille de la visite des EV. Ce temps de visite est anxiogène pour l'ensemble des professionnels de l'établissement, cependant c'est également un temps pour mettre en avant l'énorme travail fourni par les équipes.

a. Les derniers choix stratégiques : mise en avant et omission

Le choix a été fait de mettre en avant les points positifs de l'établissement même si la thématique correspondante n'était pas auditée par les EV. Un gros travail sur le sujet de la douleur a été réalisé à la MECSS La Beline, les procédures ont été validées en CLUD. Cependant la thématique de la prise en charge de la douleur ne faisait pas partie des thématiques devant faire l'objet d'un audit de processus. Pour valoriser le travail effectué, il a été décidé de faire participer l'IDE référente douleur à l'audit de processus sur le parcours du patient afin d'évoquer dès que possible ce point très positif pour l'établissement. Sur le même principe, sachant que la thématique gestion du risque infectieux ne serait pas investiguée, l'IDE référente hygiène a été intégrée à la thématique management de la prise en charge médicamenteuse du patient.

A contrario, les points pouvant être considérés comme des écarts par les EV n'ont pas été mis en avant. Notamment si ceux-ci faisaient parties des thématiques non auditées par les EV. Lors du patient traceur et des investigations terrains, les équipes ont néanmoins répondu aux auditeurs sans dissimuler d'éléments mais n'ont pas mis en avant les points négatifs si ceux-ci ne faisaient pas l'objet de questionnement de la part des EV.

b. Les derniers ajustements permis lors de la visite

Pendant la visite de pré-certification, l'établissement peut apporter certains ajustements au vu des écarts constatés par les EV. Il est possible de réaliser ces ajustements au cours de la visite jusqu'au dernier jour de celle-ci, et notamment jusqu'au bilan de fin de visite.

La première demi-journée d'audit a été consacrée à l'audit de processus du management de la prise en charge médicamenteuse du patient. La MECSS La Beline ne dispose pas d'une pharmacie à usage intérieur, mais d'une convention avec une pharmacie de ville. Or les médicaments délivrés par la pharmacie de ville ne sont pas identifiables une fois découpés dans les piluliers. Les EV ont identifié cet écart lors des investigations terrains en relevant que les IDE n'étaient pas en mesure de vérifier le médicament avant son administration. Les équipes ont donc procédé à la modification de leurs pratiques en intégrant la plaquette entière de médicament dans chaque pilulier.

IV. Les suites de la visite de pré-certification

La visite de pré-certification a été clôturée par un bilan de visite présenté par les experts visiteurs (a). Ce bilan donne une première ligne de travail ce qui permet de continuer le travail sans attendre le rapport de visite (b).

a. Les premières conclusions des experts visiteurs

Ce bilan⁴¹ non contradictoire est l'occasion de présenter les premiers résultats à l'ensemble des équipes. Les constats positifs et à améliorer sont présentés pour chaque thématique auditée. Dans le cas de la MECSS La beline, les EV n'ont pas constaté d'écarts pour les thématiques du dossier patient et parcours patient. Pour la thématique

⁴¹ Experts-visiteurs HAS, Juillet 2018, Bilan de fin de visite MECSS La Beline

des droits des patients, un écart a été constaté concernant les modalités de signalement en cas de maltraitance qui ne sont pas formalisées.

Pour la thématique du management de la prise en charge médicamenteuse, trois écarts ont été constatés :

- « La formation des professionnels aux erreurs médicamenteuse n'est pas réalisée
- Il n'existe pas de recueil et d'analyse des erreurs médicamenteuses
- Il n'existe pas d'indicateurs de suivi de la prise en charge médicamenteuse. »

Les EV ont pris en compte les modifications apportées au cours de la visite de certification concernant la vérification avant administration. Les EV l'ont précisé dans leur bilan de fin de visite concernant cette thématique puisque l'on retrouve dans les conformités « l'administration des médicaments est conforme aux bonnes pratiques ».

La thématique comportant le plus d'écarts est le management de la qualité et la gestion des risques avec six écarts constatés :

- « La stratégie de développement des EPP n'est pas définie,
- l'établissement ne réalise pas de démarche d'EPP,
- la coordination des dispositifs de vigilances et de gestion des risques n'est pas réalisée en l'absence de réunion du COVIGERIS en 2018,
- le plan d'action qualité et sécurité des soins (PAQSS) institutionnel ne regroupe pas l'ensemble des actions d'amélioration engagées,
- l'évaluation du système de management et de gestion des risques n'est pas réalisée
- le PAQSS n'est pas réajusté. »

La thématique Management de la qualité et de la gestion des risques est la thématique comportant le plus d'écarts d'après les experts visiteurs. Cette analyse était attendue de la part de la direction de l'établissement qui avait décidé de concentrer ses efforts sur les risques les plus importants pour le patient comme le management de la prise en charge médicamenteuse.

Bien que le bilan de fin de visite ne préjuge en aucun cas des décisions prises par la HAS, il semble que la crainte principale de ne pas être certifié ne fait plus partie des éventualités. Cependant, il faut attendre le rapport de visite de la HAS pour affiner les possibilités de notations.

b. L'attente du rapport de certification

Suite à la visite de certification, il demeure impératif de maintenir les équipes dans cette dynamique d'amélioration continue. Cependant l'effet soufflé de fin de visite s'est également produit à la MECSS La Beline. Suite à la visite des EV, l'établissement est resté ouvert pendant trois semaines avant la fermeture estivale. La fermeture approchant, il a été compliqué de continuer à mobiliser les équipes. Cependant, la direction n'a pas attendu le rapport de certification de la HAS pour programmer de nouvelles actions notamment à la réouverture de l'établissement. Le plan de formation a été mis à jour avec une formation prévue fin 2018 concernant les erreurs médicamenteuses. Concernant la thématique Management de la Qualité et Gestion des risques, deux jours de travail entre le directeur de la MECSS La Beline, l'assistant qualité de la structure et la responsable qualité régionale ont été programmés début septembre 2018.

CONCLUSION

Dans le contexte des établissements de santé qui se dégrade, l'application d'une procédure de certification d'excellence telle que prévue initialement par la HAS pour l'ensemble des établissements de santé peut se révéler compliquée. De ce fait, des procédures dégradées, comme celle mise en place à la MECSS La Beline, apparaissent inéluctablement comme la seule solution pour les établissements dont la situation est préoccupante. Cependant la mise en place d'une telle procédure devra s'adapter au changement imposé par la HAS concernant la certification.

La version V2014 de la certification de la HAS touche à sa fin et la 5^{ème} version s'appliquera à partir de 2020. D'après un communiqué de presse de la HAS du 27 septembre 2017, cette 5^{ème} version sera « plus centrée sur la qualité des résultats pour les patients, plus proche des pratiques des professionnels de santé, plus simple dans sa mise en œuvre en tenant compte des recompositions hospitalières ». A ce changement, il est nécessaire d'ajouter que les décisions issues des certifications menées par la HAS deviennent de plus en plus coercitives puisque dès 2019, les résultats de la certification seront liés aux autorisations. En effet, l'ordonnance n°2018-4 du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds supprime le caractère systématique des visites de conformité des établissements. De plus, cette ordonnance lie la décision d'autorisation délivrée par l'ARS aux rapports de certification de la HAS. L'impact de ce rapport est donc grandissant et une telle procédure s'inscrit de manière pérenne.

Cependant, au vu des difficultés financières et sociales de nombreux établissements, la question se pose de l'avenir de la procédure d'excellence mise en place par la HAS. Une telle procédure se révèle généralement chronophage et financièrement coûteuse. De ce fait, certains établissements attendent le dernier moment et mettent en place une procédure dégradée de certification. Le calcul du coût de mise en place d'une telle procédure semble difficilement mesurable mais serait sans doute un levier important pour appuyer en faveur de la mise en place d'une procédure d'excellence auprès des directions d'établissement.

En effet, il est primordial pour un établissement de santé en difficulté de garder comme objectif la mise en place d'une procédure d'excellence à long terme. La procédure dégradée doit seulement permettre d'impulser la démarche et ne doit pas être répétée dans le temps. La procédure dégradée doit permettre temporairement d'assurer une qualité et une sécurité des soins permettant d'obtenir une note convenable de certification. Mais elle doit surtout permettre à l'établissement d'inscrire une démarche qualité sur le long terme.

Au vu du contexte économique avec lequel les établissements de santé doivent se battre, l'impact financier de la non qualité serait sans doute le seul levier susceptible de pousser les établissements vers une procédure d'excellence. En effet, les établissements de santé sont contraints « à réduire la croissance de leurs dépenses et à améliorer la qualité des soins qu'ils proposent » comme l'explique Florence Saillour-Glénisson.⁴² . La qualité est parfois perçue à tort comme une source de surcoût. Cependant la non qualité représente un coût certain qu'il serait pertinent de mesurer afin d'inciter fortement les établissements vers une procédure de certification d'excellence.

⁴² Saillou-Glénisson F., 2008, Le coût de la non-qualité dans les établissements de santé

BIBLIOGRAPHIE

¹ [En ligne] Gaffuri A. , 8 août 2018, L'hôpital public en France à bout de souffle », *Radio France Internationale*, <http://www.rfi.fr/emission/20180808-france-hopital-public-crise-sante-manque-moyens-personnel-creil-colombes-paris>, consulté le 15 août 2018.

² Article L.61111-2 du Code de la Santé Publique

³ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Février 2018, Guide méthodologique à destination des établissements de santé, p.11

⁴ Ordonnance N°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁵ Décision n°2010.11.041 bis/MJ du 24 novembre 2010 portant modification de la procédure de certification des établissements de santé

⁶ Article L.6111-1 du Code de la Santé Publique

⁷ Article L. 6133-7 du Code de la Santé Publique

⁸ Article L.6321-1 du Code de la Santé Publique

⁹ Article L.6322-1 du Code de la Santé Publique

¹⁰ Article L.6147-7 du Code la Santé Publique

¹¹ [En ligne] HAS, 8 juin 2017, Mieux connaître la certification des établissements de santé, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante, consulté le 25 juillet 2018

¹² Article R.6113-13 du Code de la Santé Publique

¹³ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Février 2018, Guide méthodologique à destination des établissements de santé, p.8

¹⁴ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Mai 2017, Guide méthodologique Compte Qualité, p.4

¹⁵ Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la HAS, Janvier 2014, Manuel de certification des établissements de santé V2010

- ¹⁶ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Mai 2017, Guide méthodologique du Compte Qualité, p. 16
- ¹⁷ HAS, 2014, Liste des thématiques
- ¹⁸ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Février 2018, Guide méthodologique à destination des établissements de santé, p.8
- ¹⁹ Service développement de la certification, Novembre 2014, Le patient traceur en établissement de santé - méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – guide méthodologique
- ²⁰ [En ligne] HAS, 23 avril 2018, Missions de la HAS, consulté le 18 juillet 2018
- ²¹ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Février 2018, Guide méthodologique à destination des établissements de santé, p. 8
- ²² Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Septembre 2015, Eléments d'investigation obligatoires et situations à risque – V 2014
- ²³ Décret n°2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- ²⁴ Site internet www.scopesante.fr
- ²⁵ Mintzberg H., 2003, Le pouvoir dans les organisations
- ²⁶ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Janvier 2014, Manuel de certification des établissements de santé
- ²⁷ Pichaut F., Juillet 2013, Gestion du changement, Editions De Boeck
- ²⁸ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Février 2018, Guide méthodologique à destination des établissements de santé, p. 34 & 37
- ²⁹ Thévenet M, 2010, La culture d'entreprise, Editions Puf, p. 127
- ³⁰ Berne E. & Vergonjeanne F., 2015, Coacher les groupes et les organisations, p. 130

- ³¹ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Mai 2017, Bilan à mi-parcours V2014
- ³² Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Mai 2017, Bilan à mi-parcours V2014
- ³³ Service de Certification des Etablissements de Santé de la HAS, Mai 2017, Bilan à mi-parcours V2014
- ³⁴ Deyrieux C., 12 décembre 2017, La HAS n'a pas certifié la polyclinique de la Thiérarche qui doit développer une approche systémique, www.hospimedia.fr , consulté le 13/08/2018
- ³⁵ Tribault G., 23 avril 2018, Le CH de Châteaudun est officiellement non certifié par la HAS, un plan d'actions est mis en place, www.hospimedia.fr, consulté le 13/08/2018
- ³⁶ HAS, 2016, Rapport de certification Hôpital Pierre Rouques – Les bluets
- ³⁷ Lescurieux R., 28 septembre 2016, Paris : Quelles sont les conséquences de la perte de certification de la maternité des Bluets ?, Journal 20 minutes
- ³⁸ Protocole d'accord du 19 octobre 2016 entre l'association gestionnaire de l'hôpital Pierre Rouques – Les bluets et l'ARS Ile-de-France
- ³⁹ Quéguiner T., 31 janvier 2017, L'ARS Ile-de-France lève ses réserves sur le fonctionnement de la maternité des Bluets, www.hospimedia.fr, consulté le 16 août 2018
- ⁴⁰ HAS, Juillet 2014, Tableau des non applicables
- ⁴¹ Experts-visiteurs HAS, Juillet 2018, Bilan de fin de visite MECSS La Beline
- ⁴² Saillou-Glénisson F., 2008, Le coût de la non-qualité dans les établissements de santé

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
Première partie : La certification de la HAS, une procédure d'excellence.....	6
I. La procédure normée de certification de la HAS.....	6
a. Le cadre règlementaire de la certification	6
b. Les étapes de la procédure de certification	8
c. Le compte qualité, un outil permettant une analyse des risques et la création d'un plan d'action	10
d. Des thématiques normés par un manuel HAS	12
e. Deux méthodologies immuables à la V2014	14
II. Une procédure impartiale et transparente garante de la qualité et de la sécurité des soins	16
a. Des niveaux de certification impartiale garantie par les éléments d'investigations obligatoires...	17
b. Une transparence de l'établissement via la diffusion et la publication	17
Deuxième partie : La réalité du terrain : des établissements obligés de mettre en place des procédures dégradées de certification.....	20
I. Une procédure dégradée de certification propre à chaque établissement : une réflexion globale mais des actions locales.....	20
a. Procédure dégradée de certification : la nécessaire conduite du changement.....	21
b. Un socle commun quant à la réalisation d'une procédure dégradée de certification.....	22
c. La nécessaire mise en place d'une politique sur le long terme malgré l'urgence de la situation...	25
d. Des choix stratégiques pour « limiter les dégâts ».....	26
e. Les freins et leviers à la conduite du changement par le biais d'une procédure dégradée de certification.....	27
II. L'impact des mauvaises notations et non certification de la HAS.....	28
a. Les risques et suivis de mauvaises notations et de non certification	29
b. L'incidence réelle des non certifications de la HAS.....	30
Troisième partie : Illustration de mise en place d'une procédure dégradée de certification : La MECSS La Beline.....	34
I. La MECSS La Beline : un établissement en difficulté	34
II. La planification d'un travail en trois temps avec l'implication des équipes.....	37
a. La difficile élaboration du compte qualité.....	37
b. Mise en place d'une routine de travail en vue de la visite de pré-certification.....	39

c.	La semaine précédant la visite de pré-certification : le temps des derniers choix stratégiques	42
d.	Les freins et leviers à la conduite du changement dans le cas d'une procédure dégradée de certification.....	44
III.	La visite des experts visiteurs : le temps des derniers choix et ajustements.....	46
a.	Les derniers choix stratégiques : mise en avant et omission	46
b.	Les derniers ajustements permis lors de la visite.....	47
IV.	Les suites de la visite de pré-certification	47
a.	Les premières conclusions des experts visiteurs.....	47
b.	L'attente du rapport de certification.....	49
	CONCLUSION	50
	BIBLIOGRAPHIE.....	52
	TABLE DES MATIERES	55
	LISTE DES SIGLES UTILISES	57

LISTE DES SIGLES UTILISES

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

BFC : Bourgogne Franche Comté

CCES : Commission de Certification des Etablissements de Santé

CDU : Commission des Usagers

CH : Centre Hospitalier

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CME : Comité Médicale d'Etablissement

COFIL : Comité de Pilotage

CQ : Compte Qualité

CREDO : Commission de revue des Dossiers de Certification

CRRF : Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnel

CSP : Code de la Santé Publique

EIO : Eléments d'Investigations Obligatoire

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EV : Experts Visiteur

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IQSS : Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins nationaux

PAQSS : Plan d'Action Qualité et Sécurité des Soins

PDCA : Plan, Do, Check, Act

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UGECAM : Union de Gestion des Etablissements de la Caisse d'Assurance Maladie

VIPES : Volet d'identification et de Présentation des Etablissements de Santé