



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION HADAR

**1525 chemin du lavarin
Bp 863
84083 Avignon**

MARS 2019

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	6
THÉMATIQUE « MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES ».....	7

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site Internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. L'additif au rapport de certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Le présent additif au rapport de certification rend compte de l'analyse du compte qualité supplémentaire communiqué par l'établissement après une certification avec obligation(s) d'amélioration. Cette analyse porte sur la ou les obligation(s) d'amélioration et se fait selon 3 axes :

- L'identification et la hiérarchisation des risques,
- La cohérence et déploiement du programme d'actions,
- La mobilisation des données et évaluation du programme d'actions,

Établi après une phase contradictoire avec l'établissement, l'additif au rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Raison sociale	
Adresse	1525 chemin du lavarin 84083 Avignon
Département / région	VAUCLUSE / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité Juridique	840003164	HOPITAL A DOMICILE AVIGNON ET SA REGION	1525 chemin du lavarin Bp 863 84083 Avignon
Établissement principal	840011340	HADAR	1525 chemin du lavarin Bp 863 84083 Avignon

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
HAD	HAD	/	/	/

DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, issus de l'analyse du compte qualité, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement avec recommandations d'amélioration.

2. Décisions

RECOMMANDATIONS D'AMELIORATION

Management de la qualité et des risques
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

3. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé au plus tard le 30 avril 2021.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

THÉMATIQUE « Management de la qualité et des risques »

1. Engagement et pilotage

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans l'engagement de la Gouvernance ?	PARTIELLEMENT	La gouvernance de l'HADAR s'était engagée avant le rapport de certification, dans une démarche de management de la qualité et des risques, et dans l'élaboration du compte qualité. Suite au rapport de certification, la gouvernance a réitéré ces engagements à l'identique, sans qu'aucun élément de prise en compte du rapport de certification n'apparaisse.
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans le pilotage de la démarche ?	OUI	Des éléments du rapport de certification sont pris en compte dans le pilotage de la démarche. Celle-ci est menée de façon plus transversale, notamment par le repositionnement de certaines instances dans le pilotage stratégique, et clarification des liens (CME, cellule qualité).
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans le management opérationnel de la démarche ?	OUI	Des éléments du rapport de certification sont pris en compte dans le management opérationnel de la démarche. Celui-ci est mené de façon plus collective : renforcement d'une culture qualité gestion des risques auprès des professionnels (connaissance de la stratégie globale, clarification des missions des acteurs, culture de déclaration et de gestion des EI, d'évaluation, etc.).

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions suite au rapport de certification ?	OUI	L'HADAR a actualisé son plan d'actions, en intégrant dans son Compte Qualité Supplémentaire (CQS) de nouvelles actions, permettant ainsi d'apprécier la prise en compte des décisions de certification.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	EN GRANDE PARTIE	<p>Les actions décrites sont cohérentes au regard des constats du rapport de certification ; elles sont majoritairement déployées (et finalisées).</p> <p>Concernant l'EPP, l'HADAR a inscrit la stratégie de développement de l'EPP dans la politique qualité gestion des risques, en précisant les objectifs, moyens et critères visant leur déploiement. Les missions et responsabilités des professionnels concernés ont été définies, pour organiser les EPP dans tous les secteurs ; le tableau de bord des EPP a été actualisé.</p> <p>Concernant l'implication des professionnels dans la démarche qualité gestion des risques (QGDR), l'HADAR s'est fixé pour objectif de faire connaître aux professionnels la stratégie globale de l'établissement concernant la qualité gestion des risques, de communiquer aux équipes l'intérêt et l'organisation de la politique qualité.</p> <p>L'établissement a défini la stratégie concourant à impliquer les professionnels dans la démarche QGDR ; présenté aux personnels soignants la politique qualité et gestion des risques.</p> <p>La clarification des missions de chaque acteur de la structure et des collaborateurs est en cours à travers : la refonte des fiches de poste ; la formalisation de temps alloué, des moyens pour chacune des missions et responsabilités ; l'implication des partenaires libéraux (révision de la convention de partenariat).</p>

		<p>L'HADAR a par ailleurs défini un plan de communication interne et externe sur la démarche QGDR.</p> <p>Afin que les instances délibérantes soient saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence, l'HADAR a clarifié les liens entre la CME et la cellule qualité ; actualisé le règlement intérieur de la CME ; réalisé un travail sur la méthode de communication de la cellule Qualité auprès des acteurs, qui a abouti à la mise en place d'une newsletter qualité, et la présentation en comité de direction de l'état d'avancement du programme qualité.</p> <p>Concernant la définition du pilotage interne et opérationnel dans chaque secteur d'activité, les moyens, temps alloués, le positionnement des référents et des encadrants dans la démarche QGDR ont été définis : des référents hygiène et qualité sont identifiés dans les pôles soins et logistique ; leur formation à l'hygiène est planifiée en 2019.</p> <p>Concernant la vérification de la conformité des pratiques aux dispositions prévues, l'HADAR s'est fixé pour objectif de développer la culture d'évaluation. Cela se traduit notamment par l'évaluation de la conformité des grandes étapes du processus logistique, ou le déploiement des EPP dans l'ensemble des services, comportant des objectifs, moyens et critères.</p> <p>Concernant la gestion des événements indésirables (EI), l'HADAR s'est fixé pour objectif de consolider la culture de déclaration et de gestion des EI ; de permettre à tous les acteurs de déclarer un EI sur l'ensemble du territoire d'intervention ; de mettre en place une organisation permettant l'analyse des causes profondes. Pour y parvenir, l'établissement a sensibilisé du personnel sur le processus de gestion des EI ; changé l'outil de gestion des EI ; mis à disposition, à destination des soignants salariés et libéraux, des feuilles de déclarations dans le classeur de soins, au domicile du patient ; formalisé une organisation permettant la mise en place d'un comité de retour d'expérience, avec la formation des professionnels concernés sur la déclaration et l'analyse des EIGS (PASQUAL).</p> <p>L'HADAR est en cours de définition d'une méthodologie adaptée à l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves</p>
--	--	--

		<p>(IEG), elle souhaite également généraliser les CREX à l'ensemble des EIG.</p> <p>Concernant l'évaluation du processus à périodicité définie, l'HADAR a mis en place des tableaux de bord d'indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité des processus, (des exemples de tableaux ne sont toutefois pas cités) ; déployé des EPP dans l'ensemble des services de la structure, (des exemples d'EPP déployées ne sont toutefois pas donnés) ; évalué la conformité des grandes étapes du processus logistique (les étapes évaluées ne sont pas précisées) ; évalué la satisfaction des utilisateurs du service logistique, et la satisfaction des partenariats (pas d'exemples cités).</p>
Échéances définies et acceptables ?	OUI	Les responsables des actions sont identifiés, les échéances des actions sont définies et acceptables.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	PATIELLEMENT	<p>Les modalités de suivi des actions proposées par l'HADAR sont définies, elles s'appuient cependant sur des indicateurs qui ne sont pas toujours précis (par exemple, pour l'action d'amélioration « Formaliser les modalités d'évaluation du processus QGDR », la modalité de suivi est « Tableau de bord d'indicateurs », sans autre précisions sur les indicateurs ; pour l'action « Généraliser les CREX à l'ensemble des événements indésirables graves », la modalité de suivi est « CR des CREX », mais pourrait être plus précise, par exemple « pourcentage d'EIG ayant donné lieu à des CREX). De plus, le plan d'actions n'est pas toujours actualisé : les échéances des actions d'amélioration en cours ne sont pas toujours actualisées (par exemple, pour l'action « Définir une méthodologie adaptée à l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves », l'échéance prévue pour finaliser l'action est décembre 2017, alors que l'action a réellement débuté en octobre 2018 ; pour l'action « Formaliser l'organisation de la CME », l'état d'avancement de l'action est « en cours », alors que l'action est finalisée.</p> <p>Des actions sont finalisées, d'autres en cours. Toutefois, les indicateurs ne permettront d'évaluer que plus tard l'efficacité des actions, qui sont soit récemment finalisées, soit en cours.</p>

3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	PARTIELLEMENT	Pour toutes les actions, les données ont été actualisées en partie : des modalités de suivi ont été définies pour des actions identifiées suite au rapport de certification, toutefois ces modalités de suivi n'ont pas été intégrées dans les « données - 'autres résultats d'évaluation' » du CQS.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	PARTIELLEMENT	<p>Certains résultats démontrent en partie une amélioration, car des actions sont finalisées (inscription de la stratégie de développement de l'EPP dans la politique QGDR, actualisation du tableau de bord des EPP, définition de la stratégie concourant à impliquer les professionnels dans la démarche QGDR, définition des moyens, temps alloués, et du positionnement des référents et des encadrants etc.).</p> <p>Cependant les résultats ne démontrent pas encore d'amélioration, car faute de report des modalités de suivi du plan d'actions, dans les indicateurs ou autre résultats d'évaluation, les résultats démontrant une amélioration demeurent partiels.</p>