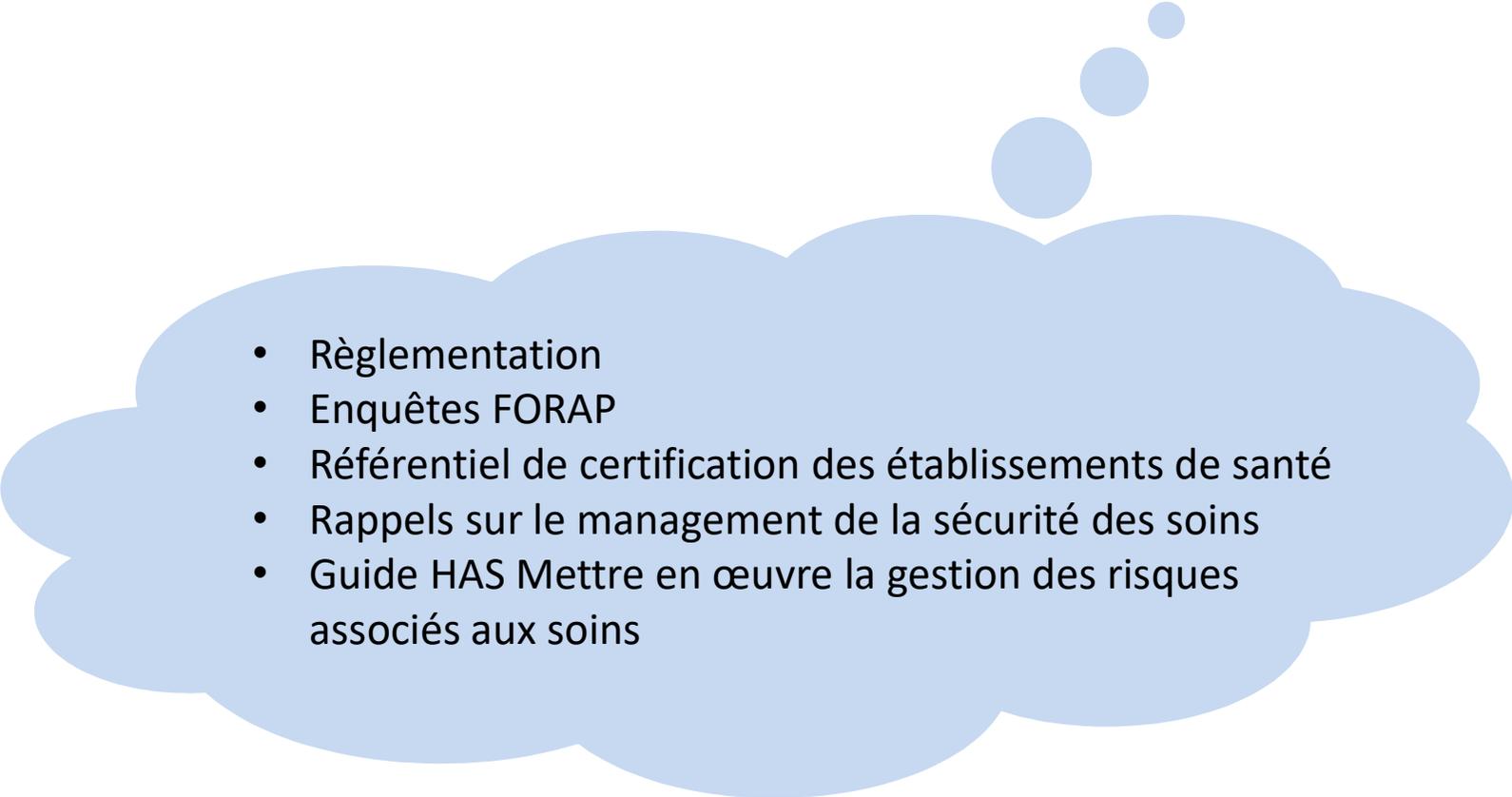


RÔLE ET PLACE DU COORDONNATEUR DE LA GDRAS

- 
- A large, light blue, cloud-like thought bubble graphic is centered on the page. It has several smaller circles of varying sizes leading up to it from the right side, suggesting a stream of thought or a key concept. Inside the bubble is a bulleted list of five items.
- Règlementation
 - Enquêtes FORAP
 - Référentiel de certification des établissements de santé
 - Rappels sur le management de la sécurité des soins
 - Guide HAS Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la Commission Médicale d'Établissement dans les établissements publics de santé



- Art. R6111-2 : Le représentant légal de l'établissement de santé, **après concertation avec la conférence médicale d'établissement (...)**, arrête l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins. Cette organisation vise :
 - 1° A mettre en œuvre des **actions de formation des personnels** et des **actions de communication** en direction des personnels et des usagers permettant de **développer la culture de sécurité** dans l'établissement;
 - 2° A disposer d'une **expertise relative à la méthodologie de gestion des risques associés aux soins**, en particulier l'analyse des événements indésirables ;
 - 3° A permettre à la conférence médicale d'établissement (...) **de disposer des éléments nécessaires** pour proposer le **programme d'actions mentionné** aux articles [L. 6144-1](#) et [L. 6161-2](#), assorti d'indicateurs de suivi, en vue de lutter contre les événements indésirables associés aux soins ;
 - 4° A permettre à la conférence médicale d'établissement (...) **de disposer des éléments nécessaires** à l'élaboration **d'un bilan annuel** des actions mises en œuvre
 - 5° A assurer la **cohérence de l'action des personnels** qui participent à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.
- Art. R. 6111-4 - il désigne, **un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins afin de veiller à ce que les missions mentionnées aux 1° à 5° de l'article R. 6111-2 puissent être remplies**. Ce coordonnateur dispose **d'une formation adaptée** à l'exercice de ses missions. Il **a accès aux données et aux informations**, notamment les plaintes et réclamations des usagers, nécessaires à l'exercice de celles-ci.

Pilotage

QUI ?	MISSIONS ?	Ref.
<p>Représentant légal de l'établissement, conjointement avec le Président de CME</p>	<p>Donner l'impulsion nécessaire pour aboutir à une implication conjointe des managers et des soignants</p> <p>Garantir l'effectivité d'une organisation coordonnée, experte et lisible</p> <p>Définir conjointement avec la CME une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins</p> <p>Désigner un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, en concertation avec le président de CME</p>	<p>Circulaire 18/11/2011</p>
<p>Président de la CME</p>	<p>Contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins notamment pour ce qui concerne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins.... • Dispositifs de vigilances destinées à garantir la sécurité sanitaire • La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles • Avoir un rôle moteur dans la gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins • Elaborer le programme d'action pour la qualité et la sécurité des soins (en lien direct avec le coordonnateur GDRLS) et proposer ce programme d'action assortis d'indicateurs de suivi au représentant légal de l'établissement (présentation au directoire)(CRU et CSIRMT apportent leur contribution- CHST informé) • Suivre la politique qualité risque 	<p>Décret 30/04/2010 relatif à la CME dans les EPS et Circulaire 18/11/2011</p>

Pilotage opérationnel par le coordo GDRAS (circulaire 18/11/2011)

MISSIONS

Objectifs généraux de la mission :

Animer une organisation coordonnée, experte et lisible

Assurer un **appui stratégique**

Coordonner

Assurer une gestion opérationnelle

Veiller à la mise en œuvre du programme d'actions défini par l'établissement

Contribuer au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité

Et plus précisément :

Apporter un **appui stratégique** au président de la CME en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

Apporter **conseil et expertise méthodologique** à la CME pour l'élaboration du programme d'actions

Contribuer à la lisibilité du programme d'action

Assurer une cohérence de la démarche de GDRLS que ceux-ci soient directement liés aux patients ou liés à la vie hospitalière

Assurer une cohérence de la démarche de GDRLS avec les différents projets de l'établissement dans les domaines de la qualité, de l'EPP, du DPC, de la certification, de l'accréditation d'activités ou de l'accréditation des médecins

S'assurer de l'effectivité dans l'établissement des dispositifs des vigilances et de signalement

« son positionnement dans la structure est un enjeu important pour le succès de la démarche »
« le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est positionné de manière à ce que ses interfaces avec l'encadrement, les experts cités ci-après et l'ensemble des professionnels de santé soient optimisées »
*« Peut faire appel à **des structures dont l'expertise est reconnue, interne ou externe à l'établissement** »*

Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins : activités

- Contribuer par son expertise méthodologique à la définition des orientations stratégiques de l'établissement en matière de qualité et de sécurité des soins et à l'élaboration du programme d'actions pour la qualité et la sécurité des soins ;
- Identifier et **veiller à la diffusion de l'expertise méthodologique** relative à la prévention, l'identification, l'analyse, la récupération et la réduction des événements indésirables associés aux soins ;
- **Participer** à l'identification des risques a priori en collaboration avec les différents experts pour la définition du programme d'actions et de ses indicateurs de suivi ;
- **Contribuer** à l'organisation et au développement du recueil de données internes en lien avec la sécurité des soins ;
- **Veiller à l'analyse des événements indésirables** en relation avec celle des plaintes et des réclamations, avec les pôles et les secteurs d'activités ;
- Veiller à la mise en œuvre du programme d'actions en collaboration avec les différents experts et personnes ressources (...) et les chefs de projet identifiés dans le programme ;
- Coordonner une veille scientifique et réglementaire.
 - Profil, formation, positionnement : enjeux importants pour le succès de la gestion des risques
 - En fonction des spécificités et de l'organisation de l'établissement, peut assurer aussi le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et la lutte contre les infections nosocomiales

Enquêtes FORAP 2012 et QualiREL 2016 (1)

Dimensions	Enquête FORAP 2012	QualiREL Santé 2016
Fonction	<p>Pas toujours des fonctions « soignantes » : 1/3 des établissements à persuader que la fonction de gestion de risques associés aux soins nécessite une expertise clinique pour être reconnue comme légitime.</p>	<p>Une fonction occupée de + en + par des paramédicaux</p>
Connaissance de l'établissement et positionnement	<p>Connaissance des établissements certainement un atout majeur pour être accepté et reconnu (80% ayant une origine clinique exercent depuis plus de 11 ans)</p> <p>Alors que deux tiers des CGDR sont issus du soin, ils sont majoritairement rattachés à la Direction Qualité. Il y aura lieu, dans un deuxième temps, de mesurer l'effet de ce rattachement sur l'implication de la CME et l'impact opérationnel de l'activité du CGDR sur la qualité et la sécurité des prises en charge.</p>	<p>Une liaison hiérarchique mouvante vers un rattachement à la CME</p>

Enquêtes FORAP 2012 et QualiREL 2016 (2)

Dimensions	Enquête FORAP 2012	QualiREL Santé 2016
Temps dédié	<p>Pas de différence significative selon le type d'établissement.</p> <p>L'estimation par les coordonnateurs de leur temps nécessaire nous paraît raisonnable : elle leur est insuffisante dans plus de 50% des cas.</p> <p>L'absence de différence de temps alloué selon le type d'établissement et selon sa taille est étonnante, car la charge de travail est vraisemblablement croissante avec la taille et la variété des activités.</p> <p>La quotité de temps nécessaire dans les établissements privés, plus importante que dans le public, est sans doute liée au fait que la charge de travail est répartie sur plus de personnes dans le public</p>	<p>50% des CGDRAS ont peu de temps alloué (entre 0 et 25%) =</p>

Enquêtes FORAP 2012 et QualiREL 2016 (3)

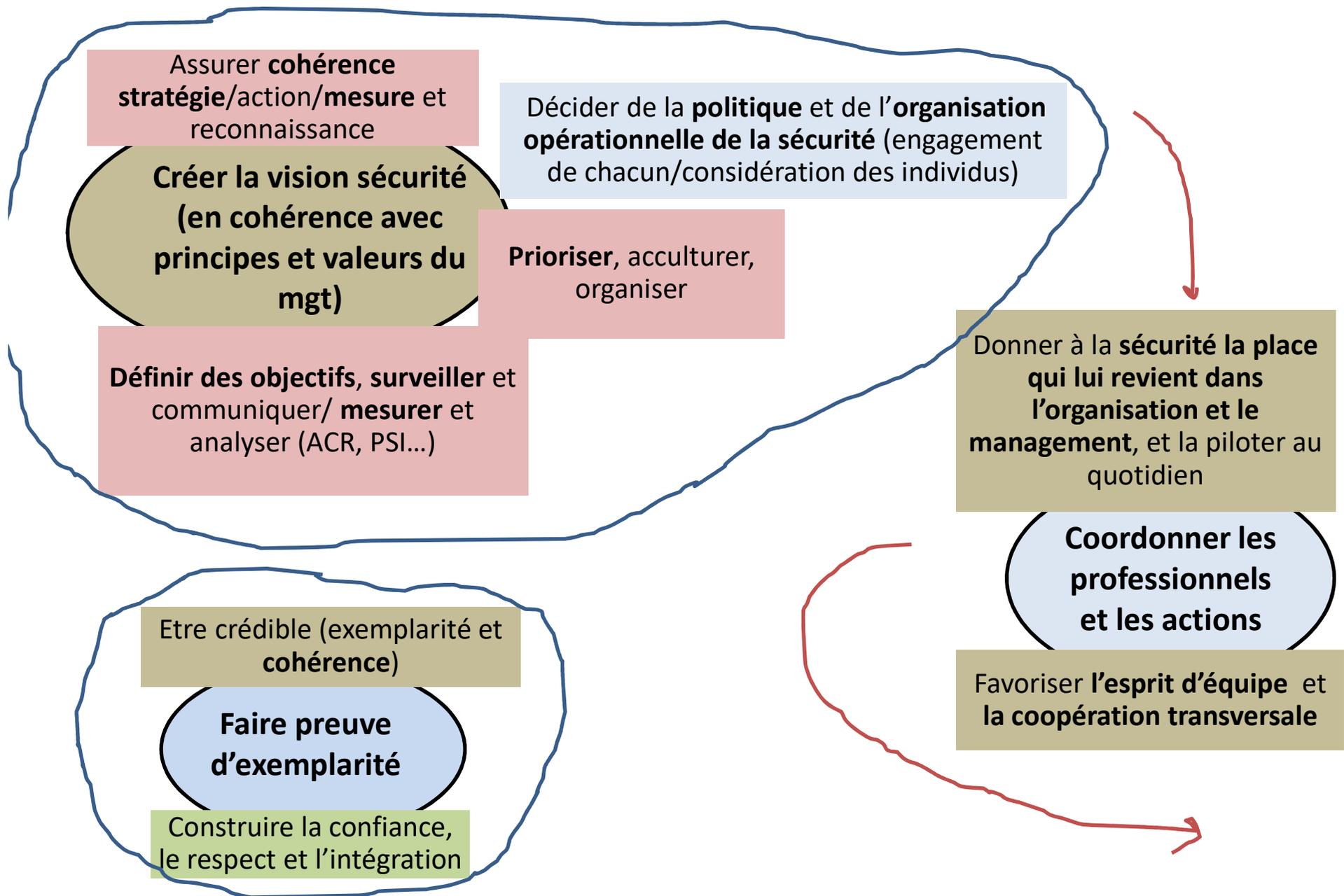
Dimensions	Enquête FORAP 2012	QualiREL Santé 2016
Formation et formateurs	<p>Effort considérable de formation des l'ensemble des coordo GDR est nécessaire (50% formés, 20% une formation diplômante)</p> <p>La mission de formateur des CGdR est insuffisamment développée, alors qu'elle est centrale compte-tenu de la nécessité de développer la culture de sécurité ; encore faut-il qu'ils se perçoivent en capacité de le faire.</p>	<p>Un CGDRAS majoritairement formé aux missions et aux questions de sécurité des soins</p>
Accès à l'information	<p>L'accès à l'information est en effet un pré-requis indispensable à l'effectivité de leur mission. Bien que la situation d'ensemble semble rassurante, il existe de grandes disparités. La moindre accessibilité des informations pour les CGdR d'origine clinique, en particulier les pharmaciens et praticiens d'hygiène, est-elle liée à leur rattachement dans les établissements ?</p>	

Enquêtes FORAP 2012 et QualiREL 2016 (4)

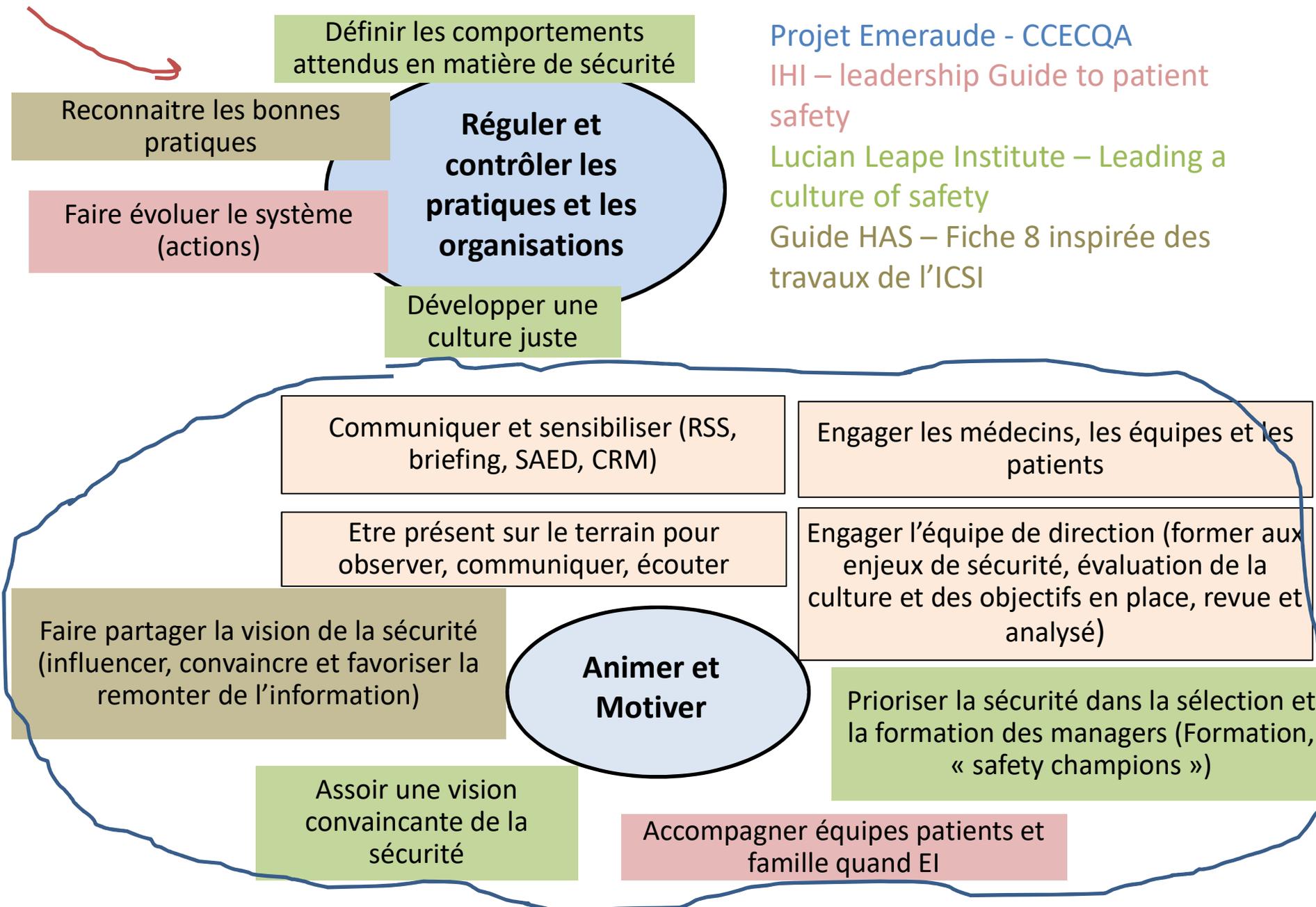
Dimensions	Enquête FORAP 2012	QualiREL Santé 2016
Fonction transversale	<p><i>La forte participation aux comités techniques n'est pas étonnante compte tenu de l'ancienneté des professionnels dans les établissements ; il n'est pas certain que leur nomination comme CGdR ait modifié leur implication. La dimension stratégique de la coordination de la gestion des risques liés aux soins n'est pas encore suffisamment prise en compte (37 % invités permanents au directoire). La diffusion d'une véritable culture de sécurité nécessite une imprégnation au plus haut niveau de décision dans l'établissement. Les professionnels d'origine ingénieure devraient être plus associés aux instances, dans lesquelles il apparaît que les professionnels d'origine médicale sont mieux intégrés. Un argument supplémentaire à l'importance de « médicaliser » cette profession ?</i></p>	<p>Une fonction transversale effective, centré sur l'opérationnel</p>

Rappel : Des repères pour évaluer et améliorer le management de la sécurité (Institut pour une culture de sécurité industrielle)

- Créer la vision sécurité (en cohérence avec les valeurs et les principes de management)
- Donner à la sécurité la place qui lui revient dans l'organisation et le management, et la piloter au quotidien
- Faire partager la vision sécurité (influencer, convaincre et favoriser la remontée de l'information)
- Etre crédible (exemplarité et cohérence)
- Favoriser l'esprit d'équipe et la coopération transversale
- Etre présent sur le terrain pour : observer, écouter, communiquer efficacement
- Reconnaître les bonnes pratiques



Bonnes pratiques de management de la sécurité (1)



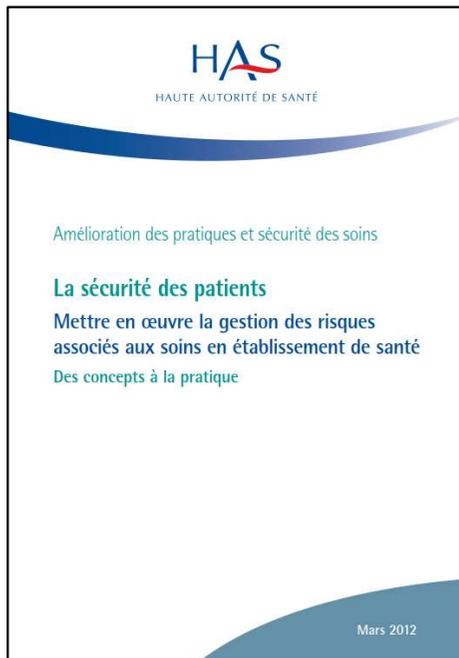
Projet Emeraude - CCECQA

IHI – leadership Guide to patient safety

Lucian Leape Institute – Leading a culture of safety

Guide HAS – Fiche 8 inspirée des travaux de l'ICSI

Bonnes pratiques de management de la sécurité (2)



Sommaire

Liste des abréviations	4
Préface	5
Comment utiliser ce guide	7
Introduction. Définitions, enjeux et périmètre de la gestion des risques associés aux soins	9
Partie 1. Quelques données sur le contexte	17
Partie 2. La gouvernance de la gestion des risques associés aux soins	23
Partie 3. La coordination de la gestion des risques associés aux soins	41
Partie 4. Les démarches opérationnelles au sein des unités et groupes de travail	61
Partie 5. Des fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre	67
Partie 6. Annexes	205

2. Six axes d'actions thématiques identifiés

Axe 6	Obtenir un consensus pour le partage de méthodes et outils validés
Axe 7	Définir le système d'information relatif à la gestion des risques associés aux soins
Axe 8	Rendre lisible le dispositif de gestion des risques associés aux soins
Axe 9	Organiser l'accompagnement des professionnels dans la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins
Axe 10	Tracer les éléments d'identification des risques et les actions d'amélioration menées
Axe 11	Alerter l'instance de pilotage des risques sur des niveaux de risques jugés inacceptables

Obtenir un consensus pour le partage de méthodes et outils validés



Parmi les questions à se poser

- Quels sont les méthodes et outils déjà utilisées et maîtrisés en routine au sein de l'établissement (peut-on bâtir sur un existant, et si oui, lequel ?) ?
- Quels sont les méthodes et outils que l'on pourrait utiliser rapidement compte tenu des problèmes à traiter, des compétences disponibles et de l'acceptabilité du terrain (temps disponible des acteurs à mobiliser, ressources, formations à effectuer) ?
- Les professionnels devant s'approprier ces méthodes et outils sont-ils identifiés ?
- Des savoir-faire reconnus, par exemple issus de la gestion des risques professionnels, transposables à la gestion des risques associés aux soins, sont-ils disponibles au sein de l'établissement¹⁰ ?

Méthodes et outils pour la **surveillance du risque et du signalement**

Méthodes et outils pour le **traitement des événements et situations à risques identifiés**



Des actions à mener

- Décider du principe d'harmonisation des méthodes et outils en gestion des risques associés aux soins.
- Préconiser un nombre restreint de méthodes fiables et simples¹¹ (mieux vaut simple, tout de suite, compris par tous et bien fait, que ambitieux, sans adhésion des acteurs, et finalement inefficace+++).
- Identifier les besoins et définir les actions de formation à mettre en œuvre (s'assurer de l'existence des budgets nécessaires en cas de formation assurée par un prestataire extérieur).
- Solliciter éventuellement le soutien d'une structure régionale d'appui ou un réseau Qualité-Sécurité des soins (en choix des méthodes et outils, en accompagnement des actions de formation).

Définir le système d'information de la gestion des risques associés aux soins



Parmi les questions à se poser

- Existe-t-il un relevé précis de tous les systèmes d'informations (systèmes déclaratifs, audits, hygiène, etc.) existant dans l'établissement concernant les risques associés aux soins ?
- Existe-il un tableau de bord synthétique (si possible informatisé) tenu à jour de ces risques dans l'établissement ? Comment et par qui est-il tenu à jour ?
- Les systèmes d'information (et le tableau de bord de synthèse) couvrent-ils tous les risques associés aux soins considérés comme utiles pour l'instance de pilotage ? À quel niveau de détail ? Qui décide de la synthèse disponible ?
- Quels accès à ce tableau de bord ? Quelle diffusion est-elle faite en interne et en externe ?



L'instance de pilotage et le coordonnateur sont particulièrement concernés

- Pour promouvoir la coopération de tous dans la mise à disposition des informations relatives aux situations à risques,
- Pour allouer des ressources pour la création d'outils communicants et des bases de données de retour d'expérience,
- Pour encourager une culture positive de l'erreur (non stigmatisation), en particulier à l'aide d'une charte définissant des règles communes d'utilisation des outils (il est important de garantir la confidentialité et la déontologie dans la déclaration et l'usage des informations issues des analyses de risques associés aux soins++),
- Pour informer sur la prise en compte des risques dans l'établissement, les patients (y compris sur le site Web) et les personnels (via l'intranet).

Rendre lisible le dispositif de gestion des risques associés aux soins



Parmi les questions à se poser

- Le dispositif de gestion des risques associés aux soins est-il formalisé ? Est-il connu ?
- Les structures et personnes ressources ont-elles une vision claire de leurs contributions respectives au dispositif ?
- L'information en matière d'organisation de la gestion des risques associés aux soins est-elle disponible ?
- Une sensibilisation des nouveaux arrivants (y compris des personnels intérimaires) est-elle mise en œuvre ?



L'instance de pilotage et le coordonnateur sont particulièrement concernés

- Pour **montrer la priorité mise sur les risques associés aux soins**, en faire un **thème récurrent des réunions de l'instance de pilotage**, et **montrer l'exemple** (un responsable qui n'applique pas lui-même ce qu'il demande n'est pas crédible dans ses intentions),
- Pour **promouvoir la déclaration et le traitement des événements indésirables graves (EIG)** dans l'établissement (tout comme le traitement des plaintes des patients),
- Pour **promouvoir une information répétée auprès de l'instance de pilotage** de l'établissement, **des commissions** (CSIRMT, CRUQPC, etc.) **et des professionnels** (groupes de travail, équipes de soins, activités de soutien associées),
- Pour **s'assurer de la réalité** et de la coopération des médecins et médiateurs médicaux dans l'information à donner aux patients et à leurs familles, en particulier dans le cadre de **l'annonce d'un dommage associé aux soins**,
- Pour **communiquer auprès des patients** sur la politique de gestion des risques de l'établissement, aussi bien dans le livret d'accueil, que sous forme plus actualisée de tableaux réglementaires placés en affichage public et d'informations complémentaires placées sur le site Web de l'établissement.



Le coordonnateur est plus particulièrement concerné

- De formaliser les missions des personnes ressources (groupes de travail, éventuel de référents médicaux et paramédicaux au sein des pôles d'activité ou services, etc.),
- De fixer l'agenda et le type de données attendues des groupes de travail,
- De mettre en forme ces données et de prévoir un agenda de présentation et de discussion avec l'instance de pilotage des risques de l'établissement,
- De s'assurer de la bonne utilisation des moyens alloués.

Organiser l'accompagnement des professionnels (groupe de travail, équipe de soins)



Parmi les questions à se poser

- Les groupes de travail chargés de chaque domaine de gestion des risques disposent-ils d'une feuille de route claire et des moyens nécessaires à leurs missions (compétences, temps, secrétariat, etc.) ?
- Les professionnels concernés sont-ils formés pour l'utilisation des méthodes et outils retenus ?
- Les indicateurs de risques retenus par chaque commission sont-ils validés et mis en œuvre ?
- Des actions sont-elles engagées pour l'accompagnement des équipes au sein des unités de soins en matière de culture et de bonnes pratiques de sécurité ?



Le coordonnateur des risques associés aux soins est plus particulièrement chargé

- D'organiser l'aide méthodologique des groupes opérationnels, notamment grâce aux compétences de la cellule qualité-sécurité de l'établissement quand elle existe,
- D'accompagner les analyses approfondies de risques, notamment dans le cadre des RMM et éventuelles structures similaires (REMED, CREX),
- De définir si nécessaire avec les commissions de formation médicales et non médicales le plan de formation des professionnels selon le niveau de besoin (animateurs de groupes de travail thématiques, éventuels référents locaux médicaux et paramédicaux) en privilégiant les actions de formation intégrées au mode de fonctionnement des services et unités,
- De privilégier les formations courtes et pratiques de type formation-action (introduction de la méthode au fur et à mesure des besoins tout en menant des actions concrètes avec les professionnels concernés),
- D'accompagner les équipes dans leur réflexion en matière de situation à risques, de culture et de bonnes pratiques de sécurité,
- D'évaluer l'impact des formations et actions menées,
- De favoriser les démarches dans le cadre du dispositif d'EPP,
- D'accompagner les démarches structurantes proposées ou mises en œuvre par les ARS,
- D'intégrer les préconisations de la CRUQPC et les résultats des EPP au programme de gestion des risques,
- Si besoin, de solliciter l'aide de structures d'appui régionales.

Tracer les éléments d'identification, d'analyse et de traitements des risques associés aux soins



Parmi les questions à se poser

- Les événements indésirables sont-ils tracés (lesquels, quels secteurs concernés, disponibilité de l'information, etc.) ?
- Le ou les systèmes de déclaration favorisent-ils une première analyse ?
- Les résultats des analyses approfondies effectuées (*a priori* ou *a posteriori*) sont-ils tracés ?
- Existe-t-il des plans d'action de maîtrise des risques associés aux soins ?
- Un suivi régulier et formalisé des actions décidées en réponse à des risques perçus est-il assuré ?



Le coordonnateur des risques associés aux soins est concerné

- Pour harmoniser et si possible réduire le nombre de supports de déclaration interne, pour rationaliser le ou les circuits de déclaration interne, pour harmoniser la gestion des déclarations,
- Pour fixer le support, préparer et organiser la remontée des informations issues des groupes opérationnels à destination du comité de pilotage,
- Pour mettre à disposition des outils de suivi des plans d'actions et de leur état d'avancement (taux de clôture des actions),



Le coordonnateur des risques associés aux soins est concerné (suite et fin)

- Pour s'assurer de la formalisation et de l'archivage des analyses de risques réalisées :
 - en mettant à disposition les outils dématérialisés de traçabilité des données,
 - en traçant l'avancement des plans d'action transversaux.
- Pour compiler les données issues des pôles et des services sur les situations à risques et les plans d'action menés localement (bases d'événements indésirables en l'absence de centralisation, données issues des RMM, REMED, CREX, etc., plans d'action des structures spécifiques, pôle, services ou disciplines) :
 - en réalisant des statistiques et synthèses d'activité présentées à la gouvernance,
 - en suivant l'avancement des préconisations issues des visites d'inspection.
- Pour tracer les données issues d'évaluations (culture de sécurité, suivi des résultats des plans d'actions, impact des formations, etc.),
- Pour alimenter la base de retour d'expérience (causes initiales et causes profondes, etc.).

Alerter l'instance de pilotage des risques sur des niveaux de risques jugés inacceptables

L'expérience de terrain en gestion des risques montre la possibilité d'identification, parfois de façon inopinée, de situations à risques, potentiellement dangereuses, non vécues comme telles dans le contexte quotidien, dont la prise en compte relève d'une décision relativement rapide à un niveau élevé (responsable de pôle d'activité, DSI, président de la CME, responsable d'établissement)²⁵.



Des actions à mener

- Outre :
 - le développement d'une culture de sécurité et des pratiques de managements associées (axe 4),
 - la mise en œuvre de méthodes de surveillance du risque et de signalement des événements indésirables (axe 6),
 - l'organisation de la veille réglementaire et sanitaire (qui fait quoi ?, comment ?) ;
- Définir les modalités d'alerte interne (quoi ? qui ? vers qui ? comment ?) :
 - qui peut alerter en interne et comment ?
 - qui doit-on alerter (circuits internes selon la nature et le niveau de gravité) ?
 - comment s'assurer que l'alerte interne a bien été prise en compte ?
 - que faire si rien ne se passe ?
 - quel niveau d'escalade d'une alerte interne ?

Critères de certification V2010 et V2014

N°	Des critères du manuel de certification V2010 (extraits de la version avril 2011) ⁽¹⁾	N°	Des critères du manuel de certification V2010 (extraits de la version avril 2011) ⁽¹⁾	Pratiques exigibles prioritaires (PEP) par prise en charge					Indicateurs
				MCO	PSY	SSR	SLD	HAD	
1.e	Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	19.b	Troubles de l'état nutritionnel						X
1.f	Politique et organisation de l'EPP ⁽²⁾	20.a	Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	X	X	X	X	X	
1.g	Développement d'une culture qualité et sécurité	20.a ^{bis}	Prise en charge médicamenteuse du patient	X	X	X	X	X	X
2.b	Implication des usagers, de leurs représentants et des associations	25.a	Prise en charge des urgences et des soins non programmés	X	X				
2.e	Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement	26.a	Organisation du bloc opératoire	X					X
3.a	Management des emplois et des compétences	26.b	Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur ⁽⁵⁾	X					
3.b	Intégration des nouveaux arrivants	28.a	Mise en œuvre des démarches d'EPP						X
3.d	Qualité de vie au travail ⁽³⁾	28.c	Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique						X
5.a	Système d'information								
5.b	Sécurité du système d'information								
5.c	Gestion documentaire								
6.a	Sécurité des biens et des personnes								
6.g	Gestion des équipements et produits au domicile du patient								
8.a	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins								
8.b	Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins ⁽⁴⁾								
8.d	Évaluation des risques <i>a priori</i>								
8.e	Gestion de crise								
8.f	Gestion des événements indésirables								
8.g	Maîtrise du risque infectieux								
8.h	Bon usage des antibiotiques								
8.i	Vigilance et veille sanitaire								
8.j	Maîtrise du risque transfusionnel								
8.k	Gestion des équipements biomédicaux								
9.a	Système de gestion des plaintes et réclamations			X	X	X	X	X	
12.a	Prise en charge de la douleur			X	X	X	X	X	X
14.a	Gestion du dossier du patient			X	X	X	X	X	X
15.a	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge			X	X	X	X		
18.a	Continuité et coordination de la prise en charge des patients				X			X	

(1) Chaque critère est explicité puis décomposé selon trois étapes systématiques (E1. Prévoir, E2. Mettre en œuvre, E3. Évaluer et améliorer).

(2) Dont la gestion des risques, *a priori* ou *a posteriori*, constitue l'un des domaines d'intervention.

(3) L'attention est attirée sur le lien identifié entre qualité de vie au travail et conditions de travail d'une part et qualité des soins et bien traitance des patients d'autre part ^{44,45}.

(4) Fonction définie par le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 (cf. fiche technique n°2).

(5) Radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie.

Référentiel de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins

Chapitres	Objectifs
Chapitre 1 – Le patient	1.1 – Le patient est informé et son implication est recherchée
	1.2 – Le patient est respecté
	1.3 – Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
	1.4 – Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

Chapitres	Objectifs
Chapitre 2 – Les équipes de soins	2.1 – La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe
	2.2 – Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
	2.3 – Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
	2.4 – Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

Chapitre 3 – L'établissement	3.1 – L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
	3.2 – L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
	3.3 – La gouvernance fait preuve de leadership
	3.4 – L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
	3.5 – Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
	3.6 – L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté
	3.7 – L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Les usagers sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité et sécurité des soins

Déclinaison de la politique en actions concrètes sur le terrain connue des professionnels

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3.3 La gouvernance fait preuve de leadership		3.3-01 La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	Tout l'établissement	152
		3.3-02 L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	Tout l'établissement	153
		3.3-03 La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	Tout l'établissement	154
		3.3-04 Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	Tout l'établissement	155

Place et rôle du management de proximité
Lien avec PACTE et Gestion des risques en équipe

La gouvernance s'implique directement dans les actions du programme d'actions Q et S
La CS des PS est évaluée

3.7 L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	3.7-01 L'établissement pilote les revues de pertinence des pratiques	Tout l'établissement	172	
	3.7-02 L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	Tout l'établissement	173	
	3.7-03 Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement (KSS)	Tout l'établissement	174	
Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.7 L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	3.7-04 Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement	Tout l'établissement	175
		3.7-05 L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité	Urgences	176
		3.7-06 L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Tout l'établissement	177

- Des critères plus « classiques »
- Amélioration de la qualité en général plutôt que sécurité des soins

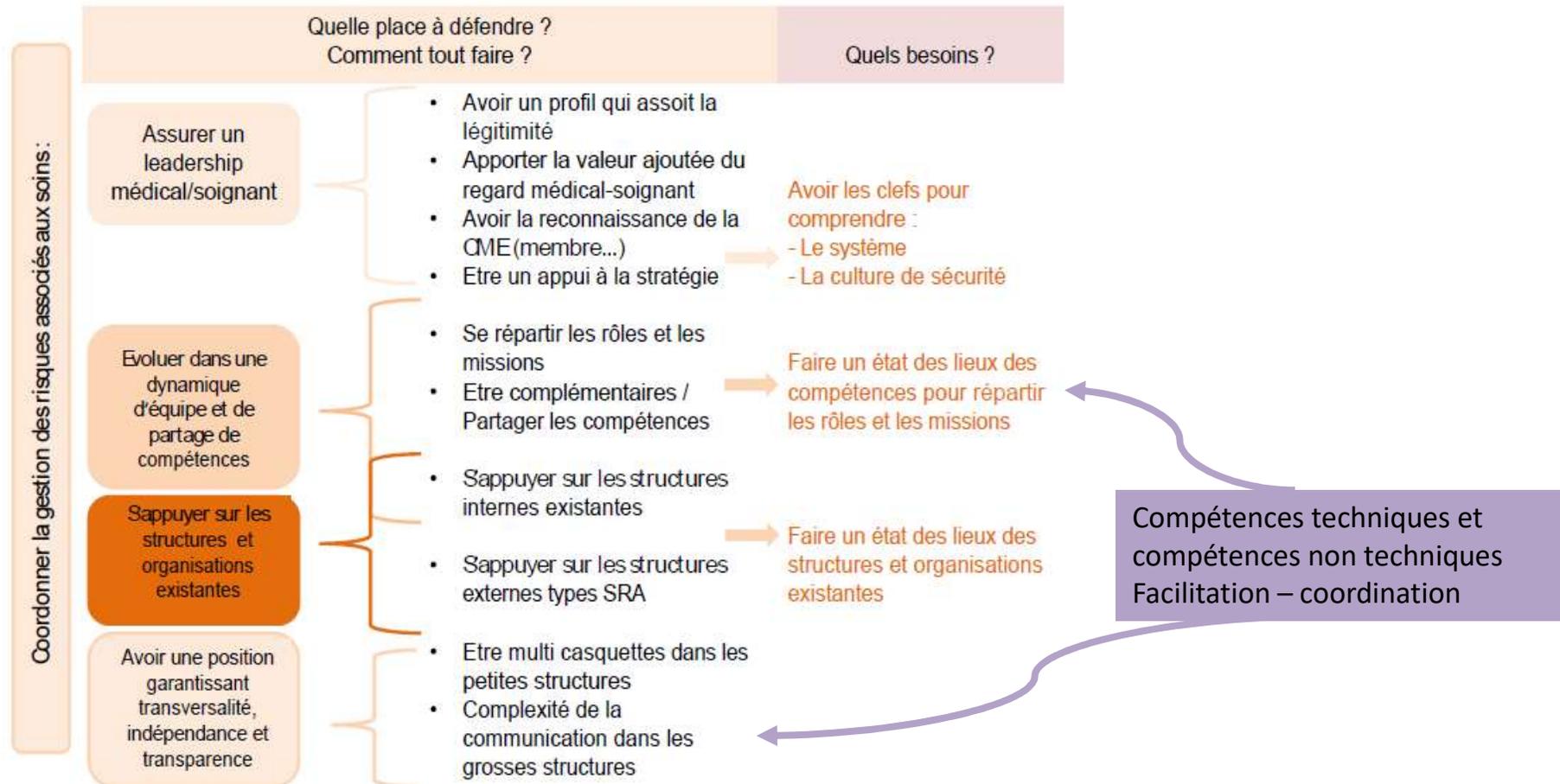
2.
Les équipes
de soins

2.3
Les équipes
maîtrisent
les risques liés
à leurs
pratiques

2.3-01 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	Tout l'établissement	103
2.3-02 Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	Tout l'établissement	104
2.3-03 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	Tout l'établissement	105
2.3-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	Tout l'établissement	106
2.3-05 Les équipes d'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé	Hospitalisation à domicile	107
2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	Tout l'établissement	108
2.3-07 L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	Tout l'établissement	109
2.3-08 Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	Tout l'établissement	110
2.3-09 Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	Tout l'établissement	111
2.3-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains (IQSS)	Tout l'établissement	112
2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	Tout l'établissement	106
2.3-12 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	Chirurgie et interventionnel	115
2.3-13 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables	Tout l'établissement	116

Critères	Champs d'application	Page
2.3-14 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates (IQSS)	Tout l'établissement	117
2.3-15 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires (IQSS)	Chirurgie et interventionnel	118
2.3-16 Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	Tout l'établissement	119
2.3-17 Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé (IQSS)	Tout l'établissement	120
2.3-18 La gestion des récurrences d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé	Psychiatrie et santé mentale	121
2.3-19 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	Tout l'établissement	122
2.3-20 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPi) (IQSS)	Maternité	123
2.3-21 L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée	Chirurgie et interventionnel	124
2.3-22 Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé	Tout l'établissement	125

En résumé : rôle et place du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins



En conclusion : nos préconisations pour vos organisations

- Missions
 - Pas uniquement la gestion des FEI
 - Rôle d'alerte de la DG et d'articulation avec et entre les autres référents gestion des risques de l'établissement
 - Définir et rendre lisible et visible qui fait quoi
- Position dans la structure
 - Pour la mission, pas de rattachement hiérarchique
 - Présence à la CME
 - Rencontres régulières avec la DG
- Savoirs (périmètre d'intervention, enjeux en matières de sécurité des soins)
- Savoir Etre : posture de facilitateur, savoir convaincre et emmener les professionnels dans les projets
- Savoir Faire : compétences techniques en gestion des risques