



**EHESP**

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2018 - 2019**

Date du Jury : **octobre 2019**

---

**Accompagner le développement d'une culture  
qualité territoriale commune : l'exemple du  
processus de certification synchronisée du GHT  
Somme-Littoral-Sud**

---

**Thibault Strasser**



---

## R e m e r c i e m e n t s

---

Je tiens à remercier Madame Ségolène Lebreton, directrice qualité gestion des risques du CHU d'Amiens pour sa confiance dans la gestion de cette mission et pour ses conseils avisés. Mes remerciements vont également aux équipes de la direction qualité et gestion des risques du CHU d'Amiens et aux membres du groupe qualité gestion des risques du GHT Somme Littoral Sud pour leur aide, leur implication et la qualité de leur travail tout au long de ce processus.

Je remercie Madame Danielle Portal, cheffe d'établissement, pour m'avoir accueilli dans l'équipe de direction et permis de prendre part à de nombreux projets ainsi que toute l'équipe de direction pour son aide. Je souhaite aussi remercier Monsieur Gérard Stark, directeur général adjoint, pour son suivi et son aide en tout que maître de stage.

Je remercie également les personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire, Monsieur Yves Jouchoux, gestionnaire des risques au CHU d'Amiens, Monsieur Joël Koch, responsable qualité gestion des risques du centre hospitalier intercommunal de la Baie de Somme, Madame Edith Zechser, directrice des soins du centre hospitalier d'Abbeville, et Monsieur Philippe Laly, adjoint au service de la certification des établissements de santé de la HAS.

Enfin, je remercie Monsieur Alain Mourier pour son aide dans la construction de ce travail.



---

## S o m m a i r e

---

### Table des matières

Introduction .....	1
1 Les enjeux de la certification synchronisée dans la structuration de la politique qualité du GHT SLS.....	5
1.1 Le passage d'une certification des établissements de santé à une certification conjointe territoriale .....	5
1.1.1 Les évolutions de la certification HAS .....	5
1.1.2 Les détails de la V2014.....	6
1.1.3 Les enjeux de la certification .....	6
1.2 La mise en place des GHT s'accompagne d'une politique qualité partagée pour les établissements membres du groupement.....	7
1.2.1 Le GHT comme cadre de constitutif d'une politique qualité partagée grâce à la logique de parcours inter-établissements et de filières territoriales .....	7
1.2.2 Cadre du développement d'une politique qualité partagée, le déploiement des GHT prévoit à terme la certification conjointe des établissements membres.....	9
1.2.3 Le déroulement certification synchronisée répond à une coordination des établissements du groupement selon une procédure resserrée des calendriers.....	10
1.2.4 La certification synchronisée : les enjeux du développement d'une culture qualité commune.....	12
1.3 L'engagement du GHT Somme Littoral Sud en faveur de la certification synchronisée .....	13
1.3.1 Présentation du GHT Somme Littoral Sud.....	13
1.3.2 Le déploiement progressif d'une politique qualité partagée au sein du GHT SLS	15
1.3.3 Le choix de la certification synchronisée par le GHT Somme Littoral Sud : une approche pragmatique du développement d'une politique qualité partagée.....	16
2 La préparation de la certification synchronisée du GHT SLS : de l'expérience d'une gouvernance spécifique à la conduite d'actions destinées à favoriser l'harmonisation des pratiques communes entre établissements membres.....	21
2.1 L'expérience d'un processus de prise de décision propre à la gouvernance de la politique qualité partagée dans l'organisation de la certification synchronisée du GHT Somme Littoral Sud .....	21

2.1.1	Le Comité Stratégique comme pierre angulaire de la mise en place d'une politique qualité et du projet au niveau du GHT.....	21
2.1.2	Le management et l'animation du groupe qualité et gestion des risques comme noyau dur du projet .....	22
2.1.3	L'association nécessaire des instances du GHT SLS à l'ensemble des décisions comme vecteur de diffusion d'une culture qualité .....	25
2.2	La préparation opérationnelle des thématiques synchronisées et la construction du compte qualité .....	26
2.2.1	Assurer un suivi opérationnel des thématiques synchronisées par l'organisation du suivi par les pilotes.....	26
2.2.2	Le rapprochement des comptes qualité : une étape essentielle dans la préparation de la certification synchronisée .....	28
2.3	Valoriser les actions destinées à favoriser l'harmonisation des pratiques en matière de qualité dans la perspective de la certification synchronisée .....	29
2.3.1	La formalisation d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles Chutes sur le GHT SLS comme vecteur de diffusion d'une culture commune.....	30
2.3.2	Favoriser le déploiement de patients traceurs inter-établissements : une action essentielle pour éprouver et légitimer les parcours patients inter-établissements.....	31
2.3.3	Permettre la centralisation et l'analyse des EI inter-établissements du GT SLS	34
2.4	Organiser l'accompagnement des établissements membres du GHT à la visite des experts visiteurs de la HAS.....	36
2.4.1	Un appui extérieur pour la préparation des visites de la HAS : l'assistance du Réseau Santé Qualité Risques Hauts-de-France.....	36
2.4.2	Un appui interne au GHT SLS : préparer les établissements à la visite des experts visiteurs de la HAS .....	37
3	Au travers de l'expérience du GHT SLS, l'identification de facteurs de réussite, des limites et des perspectives .....	41
3.1	Les facteurs de réussite : une démarche progressive, fédératrice et s'appuyant sur une communication importante constante .....	41
3.1.1	Une démarche progressive et de long terme destinée à renforcer la confiance des établissements membres .....	41
3.1.2	Fédérer les établissements du GHT autour d'un projet commun.....	42

3.1.3	Assurer une communication fluide et régulière au sein du groupe QGDR et auprès de l'ensemble des acteurs du processus .....	43
3.2	Les éléments problématiques : la mise en place d'une procédure de certification partagée se heurte au rôle prépondérant de l'établissement support et aux contraintes structurelles du GHT .....	44
3.2.1	Le rôle d'impulsion de l'établissement support dans la structuration d'une politique qualité territoriale partagée.....	44
3.2.2	Des contraintes liées à la conception actuelle du GHT.....	45
3.3	La préparation de la certification synchronisée s'inscrit dans le cadre posé par la nouvelle itération de la HAS et renforce le rôle de la qualité gestion des risques au sein des établissements .....	46
3.3.1	Les contours de la nouvelle itération de la HAS: un changement de paradigme favorisant la multiplication des traceurs .....	46
3.3.2	Le renforcement progressif de la qualité pour les établissements et des groupements .....	47
Conclusion	.....	49
Bibliographie	.....	50
Liste des annexes	.....	I
Annexe 1. Liste des entretiens.....		II
Annexe 2. Logigramme volet QGDR GHT Somme Littoral Sud .....		IV
Annexe 3. Processus de nomination des pilotes .....		V
Annexe 4. Information patients-traceurs inter-établissement.....		VI
Annexe 5. Le guide « La certification synchronisée pour les nuls ».....		VIII



---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé  
ARS : Agence Régionale de Santé  
CDU : Commission des Usagers  
CH : Centre Hospitalier  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CME : Commission Médicale d'Etablissement  
CMT : Collège Médical de Territoire  
COSTRAT : Comité Stratégique  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CREX : Comité de Retour d'Expérience  
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques  
CTEL : Comité Territorial des Elus Locaux  
DIM : Département de l'information médicale  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EI : Évènement Indésirable  
EIG : Évènement Indésirable Grave  
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles  
FHF : Fédération Hospitalière de France  
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
HAS : Haute Autorité de Santé  
IFAQ : Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité  
MQGDR : Management de la Qualité et de la Gestion des Risques  
PCME : Président de Commission Médicale d'Etablissement  
PMP : Projet Médical Partagé  
PSP : Projet de Soins Partagé  
QGDR : Qualité Gestion des Risques  
RETEX : Retour d'Expérience  
RSQR : Réseau Santé Qualité Risques  
SLS : Somme-Littoral-Sud  
SSR : Soins de Suite Réadaptation



## Introduction

« Aujourd'hui, nous sommes habitués en termes d'indicateurs ou via la certification à apprécier la sinistralité par établissement, mais demain cette sinistralité ne pourra plus s'apprécier uniquement à l'échelle d'un seul établissement, et devra probablement être mesurée du GHT et du parcours patient. Il est tout à fait possible de voir le risque se déporter sur la coordination des parcours à l'intérieur du GHT, ou même de voir des risques liés à l'augmentation des déplacements des équipes, notamment médicales, avec des distances longues à parcourir »<sup>1</sup>. Pour Zaynab Riet, Déléguée Générale de la FHF, la qualité sera irrémédiablement amenée à être appréciée selon un prisme territorial avec le développement des GHT et des parcours patients. Si la mise en place des GHT implique une appréciation de la qualité au niveau territorial, cela s'accompagne nécessairement de l'adaptation des outils à l'apprécier au niveau des groupements.

Analyser le concept de qualité implique de définir une notion dont les racines trouvent leurs fondements avec le développement du monde industriel. Dans les années 1920, l'avènement d'une société industrielle va de pair avec le contrôle étroit de la production au sein de l'entreprise. La qualité s'appréhende dans un cadre productiviste et s'exprime de la manière suivante : « les opérateurs [industriels] sont entièrement soumis à un rythme de travail imposé, afin que soient assurés les objectifs de productivité de la direction. Un service de contrôle indépendant de la production intervient au terme des étapes jugées déterminants pour vérifier la conformité des produits fabriqués »<sup>2</sup>. Le concept de qualité est donc assimilé au contrôle final de la production. Cette conception va toutefois évoluer, en étant complétée par la considération selon laquelle les règles élaborées préalablement et encadrant la production seront bien mises en œuvre au sein de l'entreprise. Assurer le respect de la qualité au sein d'une entreprise consiste dès lors « à définir et mettre en œuvre de façon systématique les dispositions nécessaires pour fonder la confiance par la preuve, tant de façon interne à l'entreprise qu'à l'égard des clients »<sup>3</sup>. La notion de qualité va donc évoluer depuis un cadre correctif – soit la conception de la qualité constatée et contrôle réalisé - à un système préventif de qualité maîtrisé (management de la qualité)<sup>4</sup>. L'objectif est ainsi de parvenir à fonder la confiance du client. Afin de parvenir à cet objectif, les entreprises se fondent sur des référentiels, documents qui énoncent un ensemble d'exigences auxquelles un système d'assurance qualité doit répondre. Ces cadres normatifs visent à assurer la mise en œuvre d'une démarche qualité définissant les moyens pour l'entreprise d'assurer la qualité de ses produits ou de son service. Différents référentiels existent et dépendent du type d'activité, de l'objectif à atteindre,

---

<sup>1</sup> Livre Blanc GHT 2019, p. 15

<sup>2</sup> *Les principes généraux de la qualité*, in ADSP n°35, juin 2001.

<sup>3</sup> Ibid

<sup>4</sup> Ibid

réglementaire ou normatifs, obligatoire ou non. Au-delà des objectifs inhérents à l'application des règles qualitatives et de résultats productivistes attendus au sein de l'entreprise, « le premier apport de la qualité, c'est la mobilisation du personnel autour d'un projet d'entreprise. Les bénéfiques d'une démarche qualité sont (...) les relations de l'entreprise avec son environnement (...) les relations internes à l'entreprise »<sup>5</sup>. La démarche qualité vise donc à fédérer un groupe d'individus autour d'un objectif commun au sein d'une structure donnée.

En tant que service public destiné à assurer la meilleure offre de soins possible au meilleur prix possible, le fonctionnement de l'hôpital est indissociable de toute démarche qualité. La définition de la qualité à l'attention des patients rejoint donc cet objectif : « Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques de chaque étape du processus de soins » (Avedis Donabedian, 1980)<sup>6</sup>. Adaptée à l'établissement public hospitalier, la qualité se définit ainsi comme : « l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites par l'engagement de la structure hospitalière et des professionnels dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu au patient. Dans un établissement de santé, mesurer la qualité consiste à vérifier régulièrement la conformité de l'organisation des soins, de l'accueil des autres, au regard de niveaux de performance préalablement définis »<sup>7</sup>. C'est pour satisfaire ces exigences que, depuis 1996, les établissements de publics ou privés de santé doivent s'engager dans une démarche de certification. Ce processus d'évaluation externe se traduit par la démarche d'accréditation des établissements de soins, effectué par un organisme professionnel indépendant de l'établissement ou des organismes de tutelle et concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Ce processus vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité sont réunies. L'accréditation est délivrée par la Haute Autorité de Santé, organisme sanitaire indépendant. La HAS se fonde sur des référentiels différents, depuis sa mise en place en 1996/2004, pour procéder à ces évaluations. La HAS et les établissements de soins se fondent aujourd'hui sur la version 2014 de ce référentiel et se préparent à la version 2020.

Si les établissements de santé constituent le cadre initial du déploiement de la démarche de la qualité, celui-ci a évolué avec la constitution des Groupements Hospitaliers de Territoire. Ainsi, l'exigence d'une prise en charge graduée des patients, à travers le concept de parcours patient et de filières inter-établissements, implique désormais d'appréhender la qualité selon un prisme territorial. Cette approche est inscrite dans la loi

---

<sup>5</sup> Ibid

<sup>6</sup> Ibid

<sup>7</sup> <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/La-qualite>

de modernisation de notre système de santé de 2016<sup>8</sup>. La philosophie de cette approche est donnée l'article 107 de la loi de 2016, qui dispose que le GHT « a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ». La notion de qualité est clairement à la base du développement du GHT, exprimée comme indissociable du développement d'une prise en charge graduée. Le contrôle de l'exigence d'une politique qualité partagée se retrouve également dans la détermination d'une certification conjointe des GHT, dès lors que « la certification des établissements de santé (...) est conjointe pour les établissements publics de santé d'un même groupement »<sup>9</sup>. Toutefois, la certification conjointe ne remplace pas la certification des établissements, qui continue pour chacun des établissements membre du GHT, mais s'ajoute aux procédures déjà mises en œuvre<sup>10</sup>. A terme, la loi prévoit que le 1<sup>er</sup> janvier 2020 correspond à l'échéance à laquelle les GHT doivent être doté d'un compte qualité unique en vue d'une certification commune. Afin de permettre aux établissements de santé de prendre les dispositions nécessaires pour la mise en œuvre de cette certification conjointe, une période transitoire de 2016 à 2019 a été définie. Les établissements membres d'un GHT volontaires peuvent signer une convention avec la HAS permettant de s'engager dans un processus de certification commun. Les options proposées par la HAS permettent de choisir entre un dispositif de certification synchronisée, qui correspond au rapprochement des calendriers de certification des établissements, ou une certification commune, qui correspond à une certification de l'ensemble des établissements membres en même temps, selon le degré d'intégration des établissements. Cette démarche vise donc à promouvoir la structuration de la qualité au niveau de l'ensemble du GHT, dans la perspective d'une certification commune en 2020.

Cette phase transitoire est d'autant plus nécessaire que la démarche qualité, comme la culture la culture qualité, s'implantent lentement et de manière hétérogène dans les établissements de santé. Bien que le souci de la qualité soit présent dans l'esprit des professionnels de santé, sa formalisation reste aléatoire selon les structures de soins. Aujourd'hui encore, l'évaluation interne des pratiques et la certification sont parfois plus considérées comme une contrainte et un jugement inquisiteur par les professionnels que comme des outils permettant de progresser dans les prises en charge et de valoriser le travail accompli. L'enjeu est donc la convergence des pratiques en matière de qualité et gestion des risques. L'implantation progressive de la démarche qualité dans les hôpitaux apporte des réponses aux besoins de l'institution en matière de transversalité, de

---

<sup>8</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>9</sup> Art. 107, al. 39, loi de modernisation de notre système de santé

<sup>10</sup> Article L6132-4 code de la santé publique

coopération et de communication. Cette hétérogénéité est exacerbée avec la mise en place des GHT, cadre de coopération nouveau rapprochant des établissements ayant des cultures différentes en matière de politique de qualité. La préparation de la certification synchronisée du GHT Somme Littoral Sud a souligné l'hétérogénéité des pratiques dans le domaine de la qualité parmi les établissements membres du groupement et a permis de dégager les moyens d'initier une démarche commune au moyen d'outils. Cette démarche rejoint l'objectif de la HAS, qui est de créer une émulation au sein des GHT avec la mise en place de qualité territoriale. Il convient donc d'appréhender les modalités par lesquelles les établissements de santé se sont approprié cette politique pour agir de concert. Le processus de certification synchronisée – qui prépare à la certification commune de 2020 - peut dès lors être considéré comme un des vecteurs structurant des politiques de qualité au niveau territorial.

Si ce mémoire est l'occasion de présenter ma contribution au déroulement de la certification synchronisée du GHT SLS, il permet plus largement de réfléchir aux enjeux de la structuration de la politique qualité au niveau du GHT à travers la dynamique du processus de certification synchronisée. Dès lors plusieurs questions peuvent être posées :

Dans quelle mesure la certification synchronisée participe à la structuration de la politique qualité territoriale du GHT ? Dans quelle mesure la qualité peut-elle aider à structurer le GHT ? Par quels moyens peut-on garantir les modalités d'une culture qualité commune ?

Dans un premier temps, il s'agira de revenir sur les enjeux de la certification au niveau du GHT, et plus précisément de la certification synchronisée, processus adapté à la réalité du GHT SLS (I). Dans un deuxième temps, la conduite de ce processus met en évidence la structuration d'un système de décision propre à la qualité au niveau du GHT et la mise en place d'actions concrètes destinées à rapprocher les pratiques hétérogènes en matière de qualité et gestion des risques (II). Enfin, il conviendra d'analyser les enjeux, limites et perspectives de la qualité comme un vecteur d'approfondissement de la structuration du GHT à travers cette expérience (III).

# **1 Les enjeux de la certification synchronisée dans la structuration de la politique qualité du GHT SLS**

## **1.1 Le passage d'une certification des établissements de santé à une certification conjointe territoriale**

### **1.1.1 Les évolutions de la certification HAS**

L'exigence de certification des établissements de santé repose sur la structuration d'organismes dédiés au contrôle de la qualité des soins de l'établissement hospitalier. L'ordonnance du 24 avril 1996<sup>11</sup> introduit la certification au sein du système de santé français. La certification est définie comme la procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Concrètement, des professionnels de santé sont mandatés par la HAS et réalisent les visites de certification sur la base d'un référentiel déterminé par cette autorité. L'objectif est d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé au regard des règles contenues dans ce référentiel. La HAS procède à ce contrôle tous les quatre ans avec comme objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé. Le champ d'application de la procédure de certification intègre les établissements de santé publics et privés, les installations autonomes de chirurgie esthétique ainsi que les groupements de Coopération Sanitaire.

Pour mettre en œuvre cette procédure, l'ordonnance du 24 avril 1996 prévoit la mise en place de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. L'objectif clairement défini était d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé. En 2004<sup>12</sup>, le législateur crée la HAS et lui transfère l'intégralité des missions de l'ANAES, dont la certification des établissements de santé. Cette procédure de certification est une obligation pour l'ensemble des établissements publics et privés et doit être réalisée tous les quatre ans. Désormais, l'accréditation se réfère à une procédure de gestion des risques, liée au respect d'un référentiel.

La procédure de certification doit cependant s'adapter en permanence aux exigences en matière qualité et de sécurité des soins. C'est pour cela qu'elle a évolué depuis la première version de la procédure d'accréditation datant de juin 1999. Cette procédure visait à promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité

---

<sup>11</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>12</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

dans les établissements publics de santé. La deuxième itération de la procédure de certification (V2-V2007) a débuté en 2005 et s'est achevée au dernier semestre 2010. Elle visait à mesurer simultanément la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau de qualité atteint. La V2010, la représente la troisième version de la procédure de certification. Ce nouveau dispositif, pensé et développé pour permettre une certification plus continue et efficiente, représente une importante évolution du dispositif de certification.

### **1.1.2 Les détails de la V2014**

Le référentiel actuel porte sur la V2014 et a permis à la HAS de procéder à la refonte du dispositif. Cette procédure de certification se décline selon les axes suivants :

- La promotion d'une approche par thématique afin d'appréhender concrètement la réalité des prises en charge, de recueillir et d'analyser les preuves. Une liste de 20 thématiques a ainsi été établie, comportant une correspondance avec les critères du manuel de certification.
- La mise en place du compte qualité, qui permet d'assurer un suivi continu des programmes de qualité et de sécurité des soins pour chaque établissement. Il s'agit de démontrer les éléments positifs, au travers notamment du résultat d'indicateurs et de s'engager sur un programme d'actions prioritaires au regard de ses véritables risques. Le compte qualité synthétise les engagements de l'établissement quant à son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration.
- Le développement de méthodes nouvelles telles que l'audit de processus, qui consiste à investiguer une thématique, le patient traceur, qui évalue la prise en charge réelle d'un patient encore hospitalisé. Ces méthodes permettent de rénover le suivi et l'évaluation des établissements<sup>13</sup>.

### **1.1.3 Les enjeux de la certification**

Avec la mise en place de la certification V2014, la HAS a revu les niveaux de certification susceptibles d'être attribués afin de maintenir un haut niveau de vigilance en matière de qualité et de gestion des risques. Les établissements sont répartis selon cinq niveaux, de A pour ceux satisfaisant pleinement aux exigences du référentiel HAS, à E pour les établissements n'y satisfaisant pas. Sur chaque thématique investiguée, la HAS peut prononcer des recommandations d'amélioration, des obligations d'amélioration ou des réserves. Le rôle de la HAS est de délivrer des avis ou de donner des recommandations

---

<sup>13</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2758048/fr/comprendre-la-v2014](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2758048/fr/comprendre-la-v2014)

de bonnes pratiques sur différentes thématiques mais également le niveau de qualité et de sécurité des soins pour les établissements de santé. Ces résultats sont consultables sur SCOPE Santé, le site public d'informations sur la qualité des soins en établissement de santé, afin d'assurer la publicité du processus de certification. Les conséquences de la certification peuvent être importantes pour les établissements de santé. En fonction de l'évaluation réalisée par la HAS, les établissements de santé visités reçoivent une note allant de A à E, témoignant de la maturité de la démarche qualité dont ils font preuve. Les établissements qui ne répondent pas aux réserves de la HAS ne sont pas certifiés. En cas d'absence de certification, ou de sursis à la certification (niveau D) pour les établissements qui ne répondent pas aux exigences de la HAS, les conséquences de l'absence de certification pour les établissements sont potentiellement conséquentes sur leur activité. Cela peut s'illustrer par une suspension d'activité ou de l'autorisation d'activité suite à une décision de l'ARS. Les conséquences peuvent également amener une réorientation de l'activité de l'établissement au regard de son positionnement dans le cadre de l'offre de soins, notamment à travers le passage d'une offre de soins à une offre médicosociale. L'ARS dispose des résultats de la certification qu'elle peut utiliser pour procéder au renouvellement des autorisations des établissements. L'HAS est donc en discussion permanente avec l'ARS : les liens entre les agences sont structurants particulièrement lorsque la situation nécessite de définir de concert le contenu d'un plan de retour de la qualité<sup>14</sup>.

L'impact de la certification qualité est donc essentiel pour l'activité de l'hôpital. L'importance de cette démarche se trouve renforcé avec la mise en place de des GHT.

## **1.2 La mise en place des GHT s'accompagne d'une politique qualité partagée pour les établissements membres du groupement**

### **1.2.1 Le GHT comme cadre de constitutif d'une politique qualité partagée grâce à la logique de parcours inter-établissements et de filières territoriales**

Issus de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016<sup>15</sup>, les GHT sont un dispositif conventionnel, obligatoires depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient. En juillet 2016, 850 hôpitaux

---

<sup>14</sup> Entretien M. Philippe Laly - HAS

<sup>15</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

étaient regroupés dans 135 GHT<sup>16</sup>. La coopération entre établissements parties d'un même GHT est formalisée à travers le Projet Médical Partagé. Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région. Le GHT doit également permettre la mise en œuvre d'une procédure claire et adaptée de répartition des emplois médicaux et de candidature des personnels médicaux et pharmaceutiques exerçant dans les établissements parties à la convention du groupement. Les GHT visent ainsi le développement de la médecine de parcours. Cela suppose d'assurer une meilleure coordination territoriale entre offreurs hospitaliers afin de faciliter la prise en charge continue des patients entre établissements de spécialisation de niveaux de recours différents. Les GHT organisent donc la complémentarité des établissements de santé grâce à la prise en compte de la spécificité de chacun dans la construction de l'offre de soins.

La notion de filière est ainsi l'élément pivot du GHT. Une filière peut être définie comme l'organisation de l'ensemble des activités qui concourent à la prise en charge d'un patient porteur d'une pathologie donnée dans un territoire de santé. Cette approche par filière est la garantie d'une véritable gradation des prises en charge dans l'offre de soins. Pour identifier les filières, une approche par pathologie est privilégiée. Par la suite, il convient d'identifier, pour chaque pathologie, les différents intervenants susceptibles d'être mobilisés : en imagerie, en biologie, en urgence, etc. Cependant, la mise en place de ces filières fonde une attention particulière dès lors qu'elle pose la question des points d'interface : « Les points de fragilité d'une filière de soins en termes de qualité des soins et de sécurité des patients sont particulièrement marqués aux interfaces des étapes élémentaires de ces parcours, c'est-à-dire aux moments où les patients sont confrontés à des équipes différentes, des organisations différentes, voire à une culture différente »<sup>17</sup>.

Par ailleurs, l'organisation en commun des activités médico-techniques, à savoir les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, ainsi que la pharmacie à usage intérieur, « oblige également à repenser l'articulation entre les professionnels et implique une vigilance particulière de la part des établissements »<sup>18</sup>. Les filières participent donc également à une homogénéisation des pratiques pour les filières médicotéchniques tout en laissant la souplesse nécessaire aux établissements parties au GHT pour assurer le fonctionnement le plus adapté à leur territoire. C'est néanmoins le lien entre ces filières qui doit être pensé. Enfin, chaque GHT a l'obligation de s'associer à un CHU pour d'offrir aux patients une réelle gradation des soins depuis l'hôpital de

---

<sup>16</sup> Communiqué de presse, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 5 juillet 2016

<sup>17</sup> Rapport, Groupements Hospitaliers de Territoire et santé publique, mars 2007

<sup>18</sup> Livre Blanc GHT 2019, p.16.

proximité jusqu'au centre de recours. Ils doivent ainsi traiter de manière coordonnée l'accès à l'innovation, la recherche, l'enseignement, l'attractivité médicale. Dès lors, la philosophie du GHT est de permettre l'émergence de filières et de parcours inter-établissements. Dans cette perspective, la mise en place du GHT comprend clairement la structuration d'une politique qualité territoriale et une certification des GHT commune.

### **1.2.2 Cadre du développement d'une politique qualité partagée, le déploiement des GHT prévoit à terme la certification conjointe des établissements membres**

Au regard du développement des GHT fondé sur des filières médicales inter-établissements, la loi de 2016 mentionne également la qualité comme élément fondamental de sa mise en œuvre. Au terme de l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, la constitution et le fonctionnement du GHT est obligatoire, afin de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient et d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 précise les éléments liés à l'élaboration de la convention constitutive, la définition du PMP, les instances communes ainsi que le périmètre des fonctions et activités gérées par l'établissement pour le compte des établissements parties. Ainsi, le GHT a pour objet de « permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité »<sup>19</sup>. Le déploiement d'une politique qualité territorialement partagée est donc intrinsèque au développement du GHT.

Si la loi de 2016 prévoit structuration d'une politique qualité au niveau territorial, elle pose les bases d'une certification conjointe pour les établissements membres d'un même groupement : « la certification des établissements de santé (...) est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement »<sup>20</sup>. Cette démarche vise ainsi à évaluer les projets engagés dans le cadre de la mise en place des filières inter-établissements, ainsi que de l'ensemble des actions propres au développement de la politique qualité dans le cadre du GHT. Le processus de certification conjointe est donc étroitement lié au développement des filières inter-établissements. Dans cette perspective, les établissements d'un même GHT auront l'obligation de s'inscrire dans une seule démarche de certification à compter de 2020. Cependant, une période transitoire

---

<sup>19</sup> Article L. 6132-1 Code de la Santé Publique

<sup>20</sup> Art. 107, al. 39, loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

est prévue de 2016 à 2019 afin que les établissements coordonnent leur politique qualité. Les établissements de santé volontaires peuvent choisir de coordonner leur procédure de certification selon une procédure conventionnelle définie par la HAS. Cette période transitoire doit permettre aux établissements membres du GHT de préparer la certification conjointe de 2020 via l'harmonisation de leurs procédures. Deux modes de certification transitoires sont prévus : la certification commune et la certification synchronisée<sup>21</sup>.

- La certification commune est une procédure dédiée aux établissements membres d'un GHT dont le fonctionnement est particulièrement intégré. Elle ne comprend qu'une seule visite de certification de la HAS pour l'ensemble des établissements. Un compte qualité conjoint est arrêté pour l'ensemble des établissements du groupement. Le même rapport sera publié pour chaque entité juridique et la décision de la HAS sera la même pour tous les établissements concernés.
- La seconde est la certification synchronisée, qui vise les établissements volontaires désireux de se préparer aux enjeux de la certification conjointe de 2020 mais dont le niveau de convergence est relativement faible. Les établissements du GHT s'engagent à faire converger les comptes qualité de leur établissement sur des thématiques partagées, choisies entre eux. La HAS organise plusieurs visites selon un calendrier resserré. Au terme de la démarche synchronisée, les décisions de la HAS sont délivrées pour chacun des établissements concernés tandis que des rapports intermédiaires sont remis aux établissements après chaque visite. Une réunion inaugurale et une réunion de fermeture sont prévues pour ce dispositif.

Ces deux dispositifs offrent donc aux établissements volontaires les outils permettant de préparer la période de certification conjointe des groupements dès 2020. Le GHT SLS ayant fait le choix d'une certification synchronisée, il convient de revenir plus précisément sur les modalités d'organisation de cette procédure.

### **1.2.3 Le déroulement certification synchronisée répond à une coordination des établissements du groupement selon une procédure resserrée des calendriers**

Pour s'engager en faveur d'un processus de certification synchronisée, les établissements du GHT doivent s'accorder avec la HAS en faveur d'une procédure stricte.

---

<sup>21</sup> HAS, « Informations pratiques pour préparer la démarche conjointe de certification des groupements hospitaliers de territoire », 11 janvier 2019

### L'engagement des établissements en faveur de la certification synchronisée.

Les établissements ayant fait le choix de recourir à une certification synchronisée doivent effectuer une demande formelle à la HAS. Ainsi, une lettre commune doit être adressée par les représentants des établissements membres du GHT concernés à la HAS demandant une synchronisation des visites de certification. Cette lettre témoigne ainsi de l'engagement des établissements dans cette démarche. Après avoir accusé réception de cette demande, la HAS détermine un calendrier resserré des dates de visites.

### La préparation des visites de certification.

Les établissements préparent et produisent leur compte qualité respectif. Certaines thématiques doivent être travaillées conjointement afin de mettre en avant les synergies existantes au sein du GHT. Ces thématiques sont notamment le management de la qualité et des risques, le parcours du patient, la gestion des systèmes d'information, etc. Les établissements concernés peuvent également renseigner dans leur compte qualité certaines thématiques d'éléments communs dès lors qu'il existe entre eux une structuration commune. Enfin, le GHT doit produire à l'attention de la HAS un document :

- Décrivant son engagement et sa contribution aux démarches Qualité Gestion des Risques des établissements du groupement ;
- Précisant les modes de fonctionnement interne du GHT et ceux existants entre le GHT et les établissements concernés ;
- Présentant la politique générale du GHT, en particulier sur les sujets relatifs à la qualité, la gestion des risques et au parcours patient ;
- Présentant des outils généralisés au sein des établissements concernés.

### Les visites réalisées par la HAS.

Les visites se déroulent pendant une semaine au sein des établissements. Elles permettent l'évaluation de thématiques synchronisées mais également de thématiques internes à l'établissement. Afin de mettre en cohérence les démarches, les équipes missionnées par la HAS intègrent des experts visiteurs communs. Les visites sont coordonnées par une équipe resserrée d'experts visiteurs. Une réunion inaugurale et une réunion de clôture sont programmées au début et à la fin du processus.

### L'évaluation et le suivi

Au terme de la visite au sein de l'établissement concerné, la HAS procède une réunion de restitution avec les équipes rencontrées lors de la visite. Elle élabore ensuite un rapport d'évaluation intermédiaire auquel l'établissement concerné peut présenter des observations. Au terme de ce processus, un rapport final de certification est adressé à chaque établissement concerné. Ces rapports font l'objet d'une publication séparée.

Toutefois, la réunion de restitution doit permettre d'appréhender la restitution selon la perspective du GHT.

Si ces différentes étapes du processus de certification synchronisée témoignent des modalités par lesquelles les établissements peuvent s'engager dans cette démarche, l'enjeu réside principalement dans le développement d'une culture partagée entre les établissements membres du même groupement.

#### **1.2.4 La certification synchronisée : les enjeux du développement d'une culture qualité commune**

À travers la certification synchronisée, l'objectif est de favoriser la mise en œuvre d'une stratégie commune et de synergies opérationnelles en matière de qualité et de gestion des risques. La certification synchronisée est une modalité recommandée aux établissements volontaires dont le degré d'intégration des organisations est encore insuffisamment développé. Le principe de la synchronisation des démarches de certification représente cependant un facteur destiné à favoriser le développement d'une démarche qualité et de gestion des risques commune aux établissements de santé membres d'un même groupement. Avec l'organisation de cette phase transitoire de certification, les objectifs de la HAS sont à la fois stratégiques et opérationnels.

Une approche tout d'abord stratégique. À travers la préparation de la certification conjointe, et plus précisément la mise en place des processus de certification transitoires, la HAS met à disposition des établissements de santé un levier susceptible de les aider à structurer une politique qualité territoriale. Cette préparation implique la définition d'une trajectoire stratégique mutuelle par le GHT, dans un contexte où les établissements membres d'un même groupement témoignent d'une maturité hétérogène sur la politique qualité. Elle implique que les établissements parviennent à s'approprier conjointement cette thématique et structurent les instances du groupement afin de parvenir à porter une position commune en la matière. L'essentiel est ainsi de créer une dynamique destinée à accélérer la maturation des instances de gouvernance.

Un objectif opérationnel, ensuite. La HAS pose comme condition que les établissements s'engageant sur une certification synchronisée se fondent sur certains prérequis. Ceux-ci doivent tout d'abord disposer d'un compte qualité commun partagé et avoir renseigné les thématiques synchronisées. La deuxième porte sur le degré d'avancement et de maturité des pratiques et des politiques ainsi que l'avancement des échanges de pratiques entre acteurs membres du GHT. La HAS souligne le caractère incontournable de certaines

thématiques. En premier lieu, la thématique Management de la Qualité et de la Gestion des Risques, rendue partagée entre les établissements du GHT par la loi de 2016. Ce domaine doit comprendre des actions concrètes d'intégration du MQGDR dans les politiques du GHT et des procédures d'harmonisation des trajectoires politiques pour avoir une dimension commune. La HAS considère que les actions liées à cette thématique sont suffisamment avancées au sein des groupements pour pouvoir les évaluer.

En deuxième lieu, la promotion du parcours patient comme élément fondamental de la certification conjointe. Cette question rejoint notamment le degré de maturité des filières et des parcours inter-établissements. Là encore, la certification synchronisée permet de saisir les évolutions de cette thématique à travers la mise en place du GHT, et notamment la rédaction du PMP et du PSP au sein du GHT.

Le compte qualité conjoint étant destiné à suivre les avancements de la politique qualité partagée, il intégrera nécessairement les thématiques dont le degré d'avancement est particulièrement important. Ces deux thématiques ont fait l'objet d'une appropriation par les membres du groupement et la définition d'une vision Qualité et QGDR au sein des filières. L'effet opérationnel doit mettre en évidence les modalités d'une coordination des politiques mises en œuvre dans le cadre de la certification synchronisée (MQGDR et parcours patients) et vise à mettre en avant les autres thématiques sur lesquelles le groupement a pu matérialiser (dossier patient, identitovigilance, etc.).

Suivant cet esprit, le GHT SLS a donc souhaité soumettre à l'évaluation de la HAS les thématiques traduisant l'engagement des établissements du groupement autour d'actions communes symbolisant le développement d'une culture qualité territoriale partagée.

### **1.3 L'engagement du GHT Somme Littoral Sud en faveur de la certification synchronisée**

#### **1.3.1 Présentation du GHT Somme Littoral Sud**

Le GHT Somme Littoral Sud a été constitué par une convention signée le 29 juin 2016 et deux avenants, datés respectivement du 23 décembre 2016 et du 29 juin 2017, ont été signés par la suite. Le GHT SLS comprend dix établissements, parmi lesquels les centres hospitaliers (CH) d'Albert, de Doullens, d'Abbeville, de Corbie, de la Baie de Somme (CHIBS), de Montdidier-Roye, de Philippe Pinel, de Montreuil-sur-Mer (CHAM) et d'Hesdin et du centre hospitalier universitaire (CHU) Amiens-Picardie. Ce dernier est l'établissement support du GHT. Le GHT Somme Littoral Sud couvre un bassin de

population de 630 000 habitants. Il comprend 6067 lits et places et emploie 12 000 professionnels. Son budget représente 1 milliard € de budget de fonctionnement.

Le projet médical et le projet de soins partagés par filière de soins ont été finalisés en juillet 2017. Treize filières médicales sont organisées et trois secteurs médico techniques développement des projets communs et partenariats (imagerie, biologie, pharmacie). Le PMP entre les dix établissements membres du GHT SLS se décline selon les axes suivants :

- Axe 1 : La recherche d'une adéquation permanente de l'offre de soins à l'évolution des besoins de santé de la population sur l'ensemble du territoire ;
- Axe 2 : Le développement d'une prise en charge médicale globale fondée sur une logique de parcours de soins gradués favorisant un égal accès aux soins ;
- Axe 3 : La promotion d'une offre de soins publique de qualité sur l'ensemble du territoire, lisible tant pour les patients que pour les professionnels de santé.

Le GHT SLS vise l'efficacité des établissements de santé structurés en treize filières de prise en charge coordonnées par des pilotes et copilotes, dans le cadre d'un binôme CHU et non-CHU. Le projet de soins partagé a été rédigé étroitement en lien avec le projet médical, des directeurs de soins et cadres ayant intégrés les groupes de travail des filières de prise en charge. Le projet de soin comporte quatre axes.

- Axe 1 : L'organisation des parcours de prise en charge des patients au sein du GHT.
- Axe 2 : La garantie de la qualité des soins et la prise en charge des patients à tous les niveaux de parcours.
- Axe 3 : L'adaptation des compétences paramédicales afin de parfaire la prise en soins des patients.
- Axe 4 : Le développement de la recherche paramédicale au bénéfice du patient.

Enfin, certains sujets de gestion viennent compléter le champ des politiques partagées. Il s'agit notamment des fonctions mutualisées :

- la fonction achat, commune et unique sur l'ensemble du GHT avec une Direction des achats transversale pour les 10 établissements.
- les systèmes d'information, avec un schéma directeur des systèmes d'information commun formalisé.
- la politique qualité, avec un groupe chargé de l'organisation de la mise en place d'un compte qualité commun, via, dans un premier temps, la certification synchronisée.

Avec cette dernière fonction mutualisée, le GHT SLS s'est engagé en faveur du déploiement d'une fonction qualité partagée.

### **1.3.2 Le déploiement progressif d'une politique qualité partagée au sein du GHT SLS**

Le PMP et le PSP du GHT SLS constituent la clé de voûte d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients, dans le but de favoriser l'égal accès à des soins sécurisés de qualité sur le territoire, selon les termes de la loi de 2016. Ils sont élaborés à partir d'un diagnostic territorial des besoins en santé du GHT. Ces deux projets apportent ainsi une réponse adaptée, à partir de filières médico-soignantes, aux besoins de la population. Afin d'assurer le pilotage de la qualité au sein du GHT, un groupe qualité et gestion des risques a comme objectif d'accompagner le déploiement de la démarche dans le respect de l'objectif d'égal accès à des soins sécurisés et de qualité pour l'ensemble des patients du territoire. Pour y parvenir, il est en charge de l'accompagnement méthodologique des groupes médico-soignants missionnés pour structurer les filières de soins du groupement.

Suite à la promulgation de la loi de 2016, les établissements ont réalisé un état des lieux commun des systèmes qualité, comportant la mention des indicateurs utilisés, des résultats de certification, de l'avancement des thématiques HAS, etc. Le groupe QGDR s'est d'abord engagé à dresser un état des lieux actualisé des ressources humaines et matérielles consacrées à la démarche QGDR dans l'ensemble des établissements du GHT.

Par la suite, le groupe QGDR, il a été chargé de réaliser le bilan de la certification V2014 pour chacun des établissements du GHT et d'identifier les moyens de synchroniser les démarches. Le groupe QGDR a déterminé les objectifs de la démarche qualité coordonnée, spécifiquement au regard des attentes de la HAS, en anticipant les exigences de la prochaine itération de la certification des établissements de santé.

Enfin, au regard de ces résultats, une analyse approfondie des tableaux des écarts relevés par la HAS des établissements a été réalisé par les gestionnaires des risques associés aux soins du CHU d'Amiens. Cette action a impliqué la détermination préalable de la cotation des risques. La méthode d'analyse a été la suivante :

- La cotation de l'ensemble des écarts a été réalisée partir de trois niveaux de sévérité allant du niveau 1, le moins critique, au niveau 3, plus critique.
- La distinction entre les écarts au moyen de trois types de filtres : par établissement, par thématique et par sévérité.

- La compilation du contenu des écarts par une dénomination synthétique générique.

Cette cotation servira de base à la cotation des risques pour les thématiques synchronisées.

Enfin, après concertation avec l'ensemble des représentants des établissements membres, le groupe QGDR s'est engagé en faveur de la structuration de la démarche qualité à l'échelle du GHT. Les priorités affichées sont ainsi de :

- Définir un management qualité-gestion des risques conjoint adapté ;
- Harmoniser le niveau de maturité des démarches qualité ;
- Accompagner le pilotage de l'offre de soins autour de filières identifiées ;
- Favoriser les bonnes pratiques et développer la qualité grâce à la diffusion d'une culture qualité dans le GHT ;
- Faire de la sécurité du patient une priorité ;
- Améliorer la prise en charge et impliquer les usagers.

Les établissements du GHT se sont donc accordés en faveur d'une harmonisation des méthodes et des outils QGDR, en s'appuyant sur un constat, une méthode d'analyse et une cartographie des risques communs. L'objectif du GHT SLS est de piloter efficacement une démarche qualité commune conformément aux orientations données par la HAS, notamment dans la perspective de la prochaine itération de certification. La structuration de cette politique qualité commune se retrouve ainsi dans la préparation de la certification synchronisée.

### **1.3.3 Le choix de la certification synchronisée par le GHT Somme Littoral Sud : une approche pragmatique du développement d'une politique qualité partagée**

Avec la mise en place en 2020 d'une certification conjointe, l'un des principaux objectifs affichés par la HAS est de parvenir à établir une synergie entre établissements et de permettre la mise en œuvre d'une démarche fédératrice entre établissements d'un même groupement. A partir de l'état des lieux réalisé par les établissements du GHT SLS ainsi que des résultats des précédentes visites de certification, ces derniers sont parvenus à définir des objectifs communs. Cependant, la disparité des résultats des visites de certification et le faible degré d'intégration des établissements en matière de politique qualité découlant impliquent d'adapter le choix du processus de certification transitoire au niveau du groupement. Ainsi, plusieurs options pour l'organisation de la certification au niveau du GHT SLS étaient proposées par la HAS.

- La première option permettait l'organisation de visites classiques en 2019, sans prise en compte du GHT. Cette solution fut toutefois rapidement abandonnée par le GHT SLS dans la mesure où elle n'était pas considérée comme suffisamment fédératrice pour les établissements du GHT ;
- La deuxième option portait sur l'organisation d'une certification commune. Cette option aurait permis une certification V2020 commune avant juin 2021 pour l'ensemble des établissements du GHT. Cette option n'a cependant pas été retenue par les établissements membres du GHT SLS au regard des nombreuses incertitudes sur les modalités de mise en œuvre ; le référentiel choisi devant sortir au mieux en 2019. Toutefois, cette option aurait eu l'avantage de laisser un délai supplémentaire aux établissements devant passer leur visite en 2019 pour intégrer la dimension GHT à leur compte qualité.
- La troisième option concernait la certification « synchronisée ». Cette option est portée par la HAS notamment à la vue des retours positifs suite aux expérimentations réalisées (GHT du Pays de Loire, CHU de Tour, CH de Saint-Brieuc, etc.).

La certification synchronisée est choisie au regard des résultats précédents des établissements en matière de certification. Cette option consiste donc en une visite groupée des établissements devant passer leur certification en 2018/2019 sur une période de deux mois. Cette option a été validée par le GHT SLS selon les termes suivants :

- Une visite pour chacun des cinq établissements concernés avec deux coordonnateurs de visites de la HAS ;
- Une visite axée sur le parcours patients, incluant également des parcours GHT ;
- L'organisation d'une rencontre inaugurale d'introduction puis de conclusion ;
- La définition d'un compte qualité individuel pour chaque établissement mais avec des « briques » GHT pour des thématiques choisies par le groupement.

Au regard des résultats de l'état des lieux et du degré d'avancement des projets du GHT, le groupe QGDR a proposé les thématiques synchronisées suivantes à la HAS pour les visites :

- Le MQGDR : cette thématique était rendue obligatoire par la HAS au regard de son caractère partagé par l'ensemble des établissements membres groupements. Prévue par la loi, cette thématique est considérée comme étant déjà particulièrement développée dans la perspective de la certification synchronisée.
- Le parcours patient : cet axe, fortement recommandé par la HAS, vise à valoriser le travail réalisé avec la mise en place des treize filières au sein du GHT SLS. Des

filières sont particulièrement avancées dans ce domaine, notamment la filière gériatrie, la filière AVC, les urgences, le syndrome coronarien aigu, le réseau périnatal, etc.

- Le dossier patient : la promotion de cette thématique s'inscrit dans la dynamique de rapprochement des systèmes d'information à l'horizon 2021 engagée par le GHT SLS. Par ailleurs, les établissements se sont engagés en faveur du déploiement de différents outils de communication susceptibles de s'appuyer sur le dossier patient (téléradiologie, télébiologie, etc.). Ainsi, la mise en place d'une plateforme d'échange commune aux établissements du GHT SLS vise à concentrer les compte rendus d'hospitalisation, les actes effectués de façon à permettre une meilleure continuité des soins et à proposer l'ouverture vers la médecine de ville et les patients.
- L'identitovigilance : cette thématique est choisie en complémentarité du parcours patient. Grâce au rapprochement des systèmes d'information, le développement d'une cellule d'identitovigilance auxquels les établissements partis adhèrent est un objectif de cette thématique. La mise en œuvre d'une politique d'identification des patients sur un mode unique et commun au GHT SLS est également un complément indispensable au déploiement du dossier patient mutualisé.

Ces thématiques, et les actions qui s'y rapportent, devront être renseignées à l'identique dans le compte qualité de chaque établissement et seront investiguées par les experts visiteurs de la HAS pour le groupement. Dès lors, une convention a été signée par les 10 établissements de santé avec la HAS. Le GHT SLS s'est ainsi engagé dans une démarche de certification synchronisée pour laquelle 6 des 10 établissements composant le GHT bénéficieront d'une visite de certification V2014 entre les mois de juin et novembre 2019. Une réunion inaugurale a été organisée en juin 2019 et une réunion de clôture est prévue pour novembre 2019. A travers la préparation de la certification synchronisée, c'est donc la structuration d'une politique qualité partagée au niveau du territoire qui est réalisée.

Méconnue, hétérogène et parfois mal saisie par les établissements de santé, la politique qualité demeure cependant fondamentale dans l'organisation des soins des établissements de santé. Cette politique est notamment évaluée par la HAS, avec les conséquences particulièrement importantes pour l'activité des établissements. La logique intrinsèque au GHT, avec notamment le développement de la logique de filière et la mutualisation de certaines politiques, incite à ce que les établissements développent une politique qualité territoriale commune au groupement. Dans la perspective d'une certification commune en 2020, les groupements se sont structurés autour de politiques

destinées à être évaluées dans le cadre d'une certification conjointe. La mise en place de mesures transitoires de certification vise donc à appréhender les avancées opérationnelles de ces politiques mais également les évolutions stratégiques en matière de gouvernance.



## **2 La préparation de la certification synchronisée du GHT SLS : de l'expérience d'une gouvernance spécifique à la conduite d'actions destinées à favoriser l'harmonisation des pratiques communes entre établissements membres**

### **2.1 L'expérience d'un processus de prise de décision propre à la gouvernance de la politique qualité partagée dans l'organisation de la certification synchronisée du GHT Somme Littoral Sud**

#### **2.1.1 Le Comité Stratégique comme pierre angulaire de la mise en place d'une politique qualité et du projet au niveau du GHT**

La dimension QGDR des soins s'inscrit pleinement dans les objectifs institutionnels du GHT. La gouvernance de la démarche QGDR du GHT est ainsi nécessairement portée par le Comité Stratégique, composé des chefs d'établissements, des présidents de CME, des présidents de CSIRMT ainsi que du DIM de territoire. Cette instance a pour objectif d'impulser la dynamique politique du groupement. Elle représente l'organe de gouvernance incontournable dans la définition des orientations stratégiques, la validation des décisions des groupes de travail, le suivi et l'évaluation des projets, etc. Le Comité Stratégique valide donc la nature du processus de certification transitoire choisi par le GHT. Le groupe de travail QGDR doit également informer régulièrement le Comité Stratégique des avancées de ses travaux afin de garder la légitimité nécessaire à son bon fonctionnement. Le Comité Stratégique reçoit par l'intermédiaire du chef de projet, les propositions du groupe QGDR, qu'il décide de valider, de modifier ou de rejeter. Les logigrammes annexés décrivent les modalités d'élaboration, de déclinaison et d'évaluation du projet QGDR. Ils décrivent les relations entre les différentes structures essentielles pour la gouvernance (**Annexe 2**). La coordination se fait préalablement avec le bureau du Comité Stratégique, qui assiste les travaux du Comité Stratégique. Afin d'alléger les travaux du Comité Stratégique, le groupe QGDR doit présenter préalablement les différents projets qu'il souhaite mener au bureau du Comité Stratégique.

L'association de l'ensemble des établissements à travers la validation des décisions en matière de politique QGDR par le Comité Stratégique est d'autant plus importante que cet organe permet aux établissements membres du GHT de préserver leur identité dans ce domaine : « L'organisation de la gouvernance du projet a cherché à prendre en compte le

plus possible chaque établissement du GHT. La volonté du CHU de donner une place à chaque établissement a été clairement affichée pour répondre aux craintes manifestées par certains établissements (crainte de perte d'un pouvoir de décision ou crainte de perte d'une forme d'autonomie par exemple) ». <sup>22</sup> L'association et le soutien du Comité Stratégique est donc primordiale pour fonder cette synergie. Cette association est d'autant plus justifiée que le groupe QGDR est une instance du GHT, qui contribue à l'élaboration du projet QGDR, soumis pour validation préalable au bureau du Comité stratégique. Le document est ensuite présenté pour validation au Comité Stratégique. Par ce travail, le porteur du projet Qualité et Gestion des Risques d'associer l'ensemble des établissements aux évolutions de la politique Qualité Gestion des Risques, incontournable pour la légitimité du projet.

### **2.1.2 Le management et l'animation du groupe qualité et gestion des risques comme noyau dur du projet**

La coordination du pilotage opérationnel du processus de certification, et plus largement de la structuration de la politique qualité au niveau du GHT, a été confiée à un groupe QGDR du GHT. Ses réunions sont mensuelles et sont localisées à chaque fois dans un établissement différent du GHT SLS. Il dispose d'un règlement intérieur et arrête le principe de son organisation interne. Il est composé des représentants des équipes QGDR de chaque établissement sollicités par les chefs d'établissements parties au groupement : les directeurs et responsables QGDR, des gestionnaires de risques associés aux soins, des ingénieurs qualité et un représentant du collège médical de territoire. Il a semblé essentiel de disposer dans le groupe lui-même d'une composition pluridisciplinaire (ingénieurs qualité, directeurs qualité, coordonnateurs des soins, médecins gestionnaires des risques, médecins), afin d'avoir une dynamique partagée avec les communautés médicale et soignante. Le groupe qualité ne doit donc pas être uniquement composé de qualiciens afin d'avoir une vision opérationnelle et de permettre une appropriation par les services de la démarche qualité. L'enjeu est d'assurer un positionnement transversal du groupe qualité en tant que soutien des filières. Ainsi, le groupe QGDR doit se positionner comme « prestataire de service », en appui méthodologique des autres groupes projets afin de servir le projet médical et soignant partagés. La mutualisation des moyens et la subsidiarité sont destinés à favoriser l'intégration de représentants du groupe qualité dans les groupes de travail thématiques existants ainsi qu'auprès des filières médicales.

---

<sup>22</sup> Synthèse monographie GHT de la Loire, ANAP, Qualité et sécurité des soins (mars 2017).

C'est ce positionnement transversal qui permet au groupe QGDR d'assurer un suivi optimal du processus de certification synchronisée pour le GHT. En effet, la réussite de ce type de processus repose essentiellement sur l'existence d'un groupe spécialement dédié et qui représente la cheville ouvrière du projet. Ainsi, le GHT Loire s'est organisé autour d'un groupe similaire : « la coordination de la démarche qualité entre les 20 établissements est assurée par un groupe thématique sur le management qualité et de la gestion des risques. Le GHT Loire est articulé en trois bassins de proximité (Roanne, Saint-Etienne et Annonay) pour lesquels un établissement « référent » relaye les informations et facilite le pilotage »<sup>23</sup>. L'expérience du GHT Somme Littoral Sud et du GHT de la Loire soulignent le caractère incontournable de ce type de groupe dans la réalisation d'un processus de certification synchronisée.

L'animation du groupe QGDR est fondamentale pour le suivi du processus de certification synchronisée et plus généralement pour la mise en œuvre d'une politique qualité mutualisée à l'échelle du groupement. L'établissement support, à travers l'action du directeur de la qualité gestion des risques, est l'acteur incontournable du projet dès lors qu'il est amené à trouver le consensus entre ses membres, prendre les décisions finales pour le groupe et à les mettre en œuvre. Pour assurer la conduite des différents projets, dont celui de la certification synchronisée, il lui importe donc de proposer les thématiques sur lesquelles le groupe va échanger, le calendrier prévisionnel des projets, d'animer les débats, de favoriser l'émergence d'un consensus, de trancher en dernier recours et d'assurer la mise en œuvre des décisions du groupe et de solliciter les différentes compétences du groupe pour la constitution de groupe de travail spécifique. Le représentant de l'établissement support anime donc le groupe QGDR en assurant également le suivi des projets, notamment en lien avec l'ensemble des instances du GHT.

Pour fonctionner, le groupe QGDR doit être complété par la mise en place d'outils de partage collaboratifs destinés à favoriser la diffusion de l'information. Dans cette perspective, il est pertinent de déployer rapidement un outil de partage type Sharepoint afin de relayer l'information et l'ensemble des documents utiles aux membres du groupe. Cet outil numérique peut être structuré de manière à refléter les différents axes de travail engagés. Là encore, les expériences similaires témoignent de la nécessité de disposer de ces outils, avec parfois des initiatives permettant d'approfondir le degré de communication et de diffusion de l'information. L'expérience du GHT Loire est à ce titre éloquent : « Différents outils sont à disposition des membres : un site internet dédié au GHT, une

---

<sup>23</sup> Synthèse monographie GHT de la Loire, ANAP, Qualité et sécurité des soins (mars 2017).

hotline qualité assurée par le CHU et une plateforme collaborative de travail référençant de nombreux outils déclinables dans chaque établissement. Chaque membre reste libre d'utiliser ou non ces dispositifs. Un état des lieux est également en cours pour mettre en place une gestion documentaire partagée »<sup>24</sup>. Afin de développer une culture qualité commune partagée, le groupe QGDR doit centraliser l'ensemble des initiatives prises dans le domaine de la qualité. Pour ce faire, il doit apparaître comme légitime pour la réalisation des projets intéressant cette thématique. Cette légitimité se construit de manière informelle, à travers la création de relations de confiance entre les membres du groupe. L'objectif est de faire en sorte que le groupe QGDR centralise les échanges d'informations et de bonnes pratiques. Cet impératif est renforcé par la formation hétérogène du groupe (ingénieurs, soignants, médicaux, etc.). C'est en créant un cadre de confiance favorable aux échanges de bonnes pratiques, à la diffusion de l'information et au soutien des initiatives de chacun qu'une culture qualité prend forme et que le groupe s'engage en faveur d'objectifs communs. La diffusion de l'information implique enfin un retour au groupe QGDR des décisions et des débats qui animent les instances de gouvernance. Le directeur qualité gestion des risques de l'établissement support doit donc remonter les remarques et avis des différentes instances (Comité Stratégique, Bureau du Comité Stratégique, CSIRMT, Collège Médical de Territoire, Commission des Usagers des Usagers, etc.) au groupe QGDR afin d'assurer la diffusion de l'information, source de transparence et donc de confiance.

Dans cette perspective, le management du groupe doit permettre de parvenir à ce que chacun puisse s'exprimer pleinement, afin de parvenir à favoriser l'émergence d'une confiance et *in fine* d'une culture commune. L'enjeu est d'éviter que les établissements membres de taille modeste ne s'effacent devant l'action de l'établissement support, au regard de son rôle prépondérant. Il s'agit également d'éviter tout sentiment d'uniformisation des politiques de l'ensemble du GHT. Les entretiens avec les responsables qualité des établissements font ressortir une attention particulière quant à ces enjeux et au respect des politiques de chacun. Il appartient donc au chef de projet de porter une attention particulière à cette dimension afin de maintenir la légitimité du groupe et la confiance de ses membres en son action.

---

<sup>24</sup> Synthèse monographie GHT de la Loire, ANAP, Qualité et sécurité des soins (mars 2017).

### **2.1.3 L'association nécessaire des instances du GHT SLS à l'ensemble des décisions comme vecteur de diffusion d'une culture qualité**

Afin d'intégrer les communautés médicales et soignantes dans la démarche, les projets sont présentés pour avis ou information au CMT, CSIRMT de territoire ou en Comité Territorial des Usagers (**Annexe 2**). S'il ne s'agit pas des seules instances du GHT – notamment au regard de l'existence du Comité Territorial des Elus Locaux – ces dernières requièrent une attention particulière au regard du rôle de soutien du groupe QGDR au déploiement des filières inter-établissements. Il est donc particulièrement important de faire vivre ce processus de gouvernance afin que l'ensemble des acteurs sollicités puissent être associés, suivre l'évolution du projet mais également valider ses orientations et ainsi adhérer à son déroulement. Afin de créer la dynamique suffisante pour porter les différents projets du groupe QGDR, il importe de créer le cadre d'une confiance partagée avec l'ensemble des instances. La large diffusion de l'information est nécessaire pour la manifestation de cette confiance. Elle l'est d'autant plus primordiale pour que les acteurs supports des filières inter-établissements diffusent et soutiennent la politique QGDR au sein du GHT. L'avis donné par ces différentes instances est donc particulièrement important pour permettre la déclinaison du projet QGDR. L'implication des Présidents de CME, des Directeurs des soins a été majeure pour structurer la réflexion du GHT sur la thématique Qualité et Gestion des Risques. La volonté du CHU est de donner une place à chaque établissement. Cela s'illustre avec la nomination de la directrice des soins du CH d'Abbeville comme présidente de la CSIRMT de territoire tandis que le poste de médecin DIM territoire est occupé par un médecin d'Abbeville. Concrètement, le directeur qualité gestion des risques de l'établissement support suit attentivement le calendrier de l'ensemble des instances afin d'assurer et de faire suivre le processus de décision. Il importe donc de suivre régulièrement ces instances et d'anticiper leur charge de travail parfois importante, qui peut parfois être un frein à leur bonne information. Un retour régulier au groupe QGDR des débats et décisions qui sont prises est également primordial. Au-delà de l'association des instances du GHT, il importe de procéder à une même information des instances de l'établissement.

Les représentants d'usagers sont également inclus dans le processus décisionnel à travers l'association de la Commission des Usagers de chaque établissement membre du groupement. La présentation de la certification synchronisée a été réalisée au sein de chaque CDU du GHT et un suivi des évolutions du projet est organisé. Par ailleurs, un Comité Territorial des Usagers du GHT SLS se réunit pour l'ensemble des établissements du GHT. Si l'information de cette instance requiert une attention particulière, sa faible

fréquence de réunion limite les modalités de son association concrète aux projets du GHT SLS. Cela est d'autant plus dommageable que la place des patients est particulièrement recherchée, notamment dans la perspective de la prochaine itération de la HAS. Dès lors, il peut être proposé directement aux représentants des usagers de participer plus activement à la démarche QGDR du GHT, en intégrant le groupe QGDR selon les thématiques et l'ordre du jour. Le CTU du GHT SLS a ainsi acté le principe d'une participation « à la carte » selon la nature des projets déployés et les disponibilités des membres du CTU.

Par ailleurs, l'association des usagers peut passer par l'organisation d'un groupe de travail sur des thématiques intéressant la démarche de certification synchronisée. Par exemple, l'harmonisation des trames des rapports annuels de CDU de chaque établissement et de CTU peut utilement être valorisée dans le cadre de la certification synchronisée. Le besoin d'un renforcement de l'implication des usagers est cependant un impératif souvent négligé par les établissements de santé. Certains établissements plaident pour une intégration des usagers à l'ensemble des instances afin de les sensibiliser aux enjeux grandissants de la certification et de la qualité de manière générale. Si cette proposition n'est pas la modalité d'association des usagers aux instances du GHT, elle n'en demeure pas moins une proposition pertinente et intéressante quant à leur rôle dans la démarche qualité. Au regard de l'importance de la place du patient dans la certification et la revalorisation de son rôle, l'association des usagers est incontournable. Dans le cadre de la préparation du processus de certification synchronisé, elle passe donc l'information des instances de l'établissement (CDU) et territoriale (CTU) ainsi qu'une invitation aux réunions inaugurale et conclusive. Certains établissements plaident pour leur association à d'autres instances, notamment au sein du Collège Médical de Territoire ou à la CSIRMT de territoire. Ces modalités d'association sont déjà en vigueur dans certains établissements. Cette démarche apparaît d'autant plus pertinente qu'elle rejoint la philosophie de la prochaine itération de la HAS, qui renforce la place des patients dans le processus de certification.

## **2.2 La préparation opérationnelle des thématiques synchronisées et la construction du compte qualité**

### **2.2.1 Assurer un suivi opérationnel des thématiques synchronisées par l'organisation du suivi par les pilotes**

Dans le cadre de la préparation de la certification synchronisée, le suivi des projets mis en place pour chaque thématique synchronisée analysée par la HAS doit être assuré. Ainsi,

pour chaque thématique, un pilotage est défini avec au minimum un binôme médical, soignant et administratif. La composition des pilotes doit nécessairement refléter l'investissement des établissements du GHT. Elle doit donc être plurielle tant au niveau professionnel qu'en terme de représentativité. Chaque thématique synchronisée dispose donc de plusieurs pilotes, dont la liste est arrêtée et validée par le Comité Stratégique, sur proposition du groupe QGDR. Les pilotes des thématiques synchronisées sont en charge du déploiement opérationnel de processus définis sur le GHT, conformément à leur fiche de mission (**Annexe 3**). Leur action est relayée par les pilotes intra-établissement. Les pilotes des thématiques synchronisées animent et s'appuient sur des groupes pluridisciplinaires composés de personnes ressources compétentes sur les thématiques arrêtées. Ils participent également à la préparation et à la rédaction des briques de leur compte qualité, en assurant la coordination de l'analyse de la thématique sur laquelle ils sont engagés. Ils doivent également identifier les risques majeurs et mettre en œuvre les plans d'actions d'amélioration inhérents

Il appartient donc au responsable du groupe QGDR de présenter les attendus du processus de certification synchronisée aux pilotes potentiels ainsi que les attendus mentionnés au sein de la fiche de mission. La liste des pilotes susceptibles d'être affectés au suivi des thématiques synchronisées doit nécessairement être présentée aux différentes instances et validée par le Comité Stratégique. Dans la perspective du déclenchement de la certification synchronisée, le rôle des pilotes des thématiques synchronisées est essentiel au regard leur mission de coordination, de suivi et de prise en charge des processus. Ainsi, le suivi et le coaching des pilotes des thématiques synchronisées par le groupe QGDR est essentiel. Le choix a été fait de procéder à leur suivi et leur coaching par l'intermédiaire des ingénieurs qualité afin de maintenir une dynamique qualicienne. Ce suivi permet de préparer les pilotes des thématiques synchronisées aux enjeux des visites des établissements par la HAS mais également de la réunion inaugurale ainsi que de la réunion de clôture. En effet, les pilotes des thématiques synchronisées auront pour tâche de présenter les enjeux liés à leur thématique respective. De plus, ils seront amenés à rencontrer les experts visiteurs de la HAS afin de présenter les axes de la thématique synchronisée à laquelle ils sont rattachés ainsi que la démarche méthodologique mise en œuvre. L'enjeu est de conserver une approche qualicienne partagée tout au long de la préparation de la visite de certification et de les aider à s'approprier le mieux possible les enjeux liés à la certification HAS et notamment la certification synchronisée.

Le rôle des pilotes est ainsi essentiel dans le rapprochement des comptes qualité des établissements membres du groupement et l'harmonisation des thématiques synchronisées.

## **2.2.2 Le rapprochement des comptes qualité : une étape essentielle dans la préparation de la certification synchronisée**

Les pilotes des thématiques synchronisées ainsi que les pilotes intra-établissement sont mobilisés pour la constitution des comptes qualité des établissements ainsi que la préparation des « briques » correspondant aux thématiques synchronisées. Les pilotes sont engagés dans la conception des comptes qualité des différents établissements du GHT SLS. Le compte qualité permet une alimentation régulière de la base de connaissance de chaque établissement relative aux risques susceptibles d'émerger pour chaque thématique. Il est destiné à assurer un pilotage fin des besoins de l'établissement et précise le programme de visite de la HAS. Il est adressé à la HAS tous les deux ans. Conformément aux dispositions de la loi de 2016, la préparation de la certification synchronisée implique la coordination des comptes qualités pour les thématiques synchronisées. Ces dernières sont présentées dans le compte qualité de chaque établissement sous la forme de « briques », qui précisent les risques pour chaque thématique, la cotation associée à ces risques ainsi que les objectifs pour y répondre. De la même manière, le chaque brique comporte les mesures engagées par les établissements pour prévenir ces risques ainsi qu'une échéance prévisionnelle pour la mise en œuvre de ces actions. Si la HAS n'attend pas un fort niveau de maturité des politiques, elle recherche des objectifs généraux définis au niveau du GHT et une déclinaison locale de quelques axes inscrits au sein de ce document.

Mobilisant les membres du groupe QGDR ainsi que les pilotes des thématiques synchronisées, le compte qualité est complété au moyen des principaux résultats d'évaluation dont le groupe QGDR dispose (état des lieux, indicateurs, EPP, etc.) Une hiérarchisation des risques reprenant la méthodologie employée lors de l'état des lieux initial du groupe QGDR est établie, grâce à une matrice de criticité. Celle-ci permet la déclinaison de plans d'actions avec la définition d'objectifs. En lien avec les pilotes des thématiques synchronisées, la méthodologie de travail pour appréhender le compte qualité et définir son contenu a été réalisée en plusieurs étapes.

- En premier lieu, le groupe s'est fondé sur l'ensemble des sources d'informations à disposition (PMP/PSP/ Schéma directeur informatique, états des lieux et travaux réalisés par les groupes, etc.) et a rencontré les personnes ressources du GHT (secrétaire générale, pilotes, gestionnaires des risques, etc.) pour établir la base du compte qualité. Cette phase doit permettre de replacer le compte qualité dans une dynamique institutionnelle.

- Dans un deuxième temps, il importe d'impliquer les pilotes et les pilotes des thématiques synchronisées afin d'ajuster et valider les informations à renseigner dans leur « brique » respective. Cela nécessite l'organisation d'un temps d'échange et de préparation avec l'ingénieur qualité dédié au suivi des pilotes rattachés à une thématique synchronisée. Au terme de ce travail, une proposition de compte qualité est présentée au groupe QGDR.
- Par la suite, le groupe QGDR doit se réunir afin de valider le contenu des « briques ». Selon le planning des instances de chaque établissement membre du GHT, il importe de valider les « briques » dès que possible afin de respecter le caractère coordonné de la démarche, conformément aux indications de la HAS.
- Enfin, chaque établissement dépose son compte qualité sur un compte qualité commun auprès de la HAS, selon un calendrier coordonné.

Suite au dépôt des comptes qualité des établissements membres du GHT selon leur calendrier respectif, une phase de préparation plus active de la certification s'engage avec comme perspective de la visite des établissements par la HAS. Pour ce faire, il importe d'accompagner les établissements dans leur préparation, tout d'abord en valorisant les différentes actions témoignant d'une culture qualité commune et en s'attachant à soutenir les établissements à la visite concrète des experts visiteurs de la HAS. Concrètement, il s'agit de mettre en évidence les outils destinés à valoriser l'investissement des établissements dans la mise en place d'une politique qualité partagée au sein du GHT et d'apporter le soutien nécessaire aux établissements de taille plus modeste afin de les préparer à la visite des experts visiteurs.

### **2.3 Valoriser les actions destinées à favoriser l'harmonisation des pratiques en matière de qualité dans la perspective de la certification synchronisée**

Afin de structurer la politique qualité du GHT, le groupe QGDR s'est engagé en faveur d'un certain nombre d'actions destinées harmoniser les pratiques et à coordonner les politiques des établissements membres du GHT dans le domaine de la qualité. Ces actions sont préparées à l'initiative du groupe QGDR et soumises à la validation des instances. Elles sont autant d'éléments permettant de structurer les filières médicales inter-établissements que des moyens d'échanger des bonnes pratiques entre établissements. Sans se réclamer de l'exhaustivité, les actions mentionnées ci-dessous

présentent les principaux projets menés dans le cadre de la certification synchronisées et destinées à organiser une politique qualité inter-établissements.

### **2.3.1 La formalisation d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles Chutes sur le GHT SLS comme vecteur de diffusion d'une culture commune**

Comme évoqué précédemment première tâche du groupe QGDR a été d'effectuer le diagnostic de situation pour l'ensemble des établissements partis au GHT sur la base des précédents rapports de certification. Ce diagnostic a ainsi permis de définir les priorités et actions à mettre en œuvre dans la perspective d'une certification synchronisée. Parmi les outils valorisables dans le cadre de la préparation d'une certification synchronisée, la réalisation d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles commune à l'ensemble établissements du GHT représente un axe d'échange et d'amélioration pratiques importants. Cet outil permet aux établissements d'évaluer leurs pratiques respectives au regard d'une thématique investiguée en commun. Les échanges autour l'EPP doivent permettre de questionner les habitudes des professionnels mais également d'établir un cadre comparatif commun accepté par les équipes qualité des établissements du GHT.

Ce projet a impliqué la mise en place d'un groupe de travail pluriprofessionnel au niveau du GHT, composé des acteurs intervenants dans la prise en charge et la prévention des chutes : des médecins gériatres, des directeurs des soins, des cadres de santé, des responsables qualité, des kinésithérapeutes, etc. L'EPP chutes vise les objectifs suivants :

- La diminution de la survenue des chutes et leurs conséquences physiques et psychologiques chez les patients/ résidents ;
- L'harmonisation des pratiques de prévention des chutes au sein des établissements du GHT ;
- L'identification des actions préventives et correctives à mettre en place pour éviter les chutes ;
- La détermination des circonstances dans lesquelles les chutes ont lieu au sein des établissements.

L'EPP a été réalisée pendant une journée, dans les services, par deux experts évaluateurs. Les établissements du GHT ont participé à l'évaluation croisée sur la prévention et la prise en charge des chutes, avec un total de 19 services évalués, dont une majorité d'EHPAD et de SSR. Les études portaient sur des dossiers de chutes traités au sein des établissements et, plus précisément, le traitement de ces chutes par les services ainsi que les mesures destinées à les prévenir. Au terme de l'EPP, des axes

d'harmonisation des pratiques ont été envisagés entre les établissements. Les résultats de l'EPP ont été présentés lors d'une conférence de restitution par les auditeurs.

Ainsi, l'EPP Chutes réalisé en 2018 et 2019 a comme objectif une évaluation des pratiques professionnelles au niveau de l'ensemble des établissements du GHT. Si ce type de pratiques était déjà en vigueur dans les services de l'établissement, il est parfaitement nouveau pour l'ensemble du GHT. Au-delà du simple échange de bonnes pratiques, cette EPP participe également au déploiement des filières inter-établissements, et notamment la filière gériatrie du GHT SLS. En ce sens, elle peut être valorisée auprès des experts visiteurs de la HAS comme vecteur de coordination des actions MQGDR mais également comme vecteur de structuration de la thématique parcours patient.

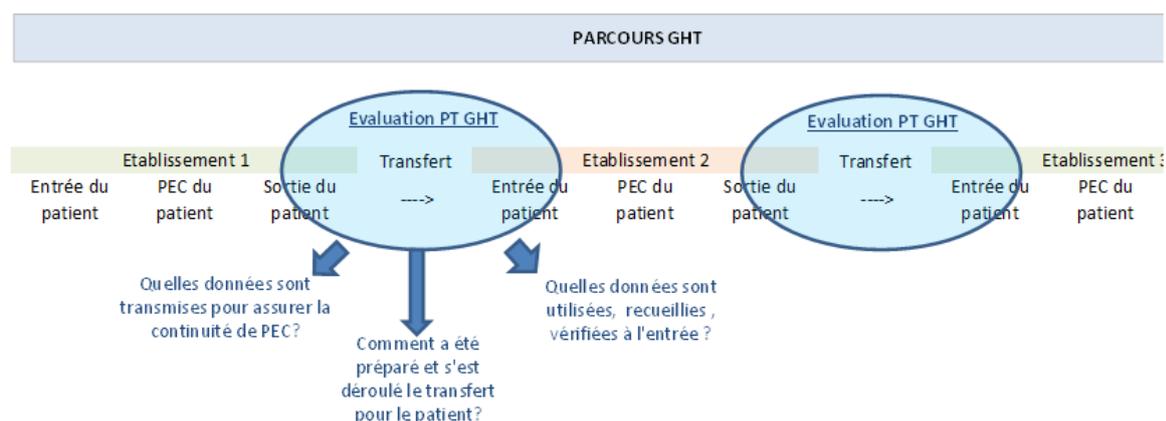
De la même manière, les suites de l'EPP symbolisent les moyens par lesquels une politique qualité peut être pérennisée. Suite à la réalisation de cet audit, les établissements du groupement se sont accordés sur la volonté de poursuivre la dynamique inter-établissement initiée dans le cadre de l'EPP Chutes et continuer les travaux, afin d'harmoniser et partager les pratiques de prévention et de prise en charge des chutes au sein du GHT. C'est ainsi que le groupe de travail EPP Chutes a été transformé en groupe de travail Chutes GHT. Son pilotage du groupe est assuré par trois professionnels : deux professionnels de santé issus des CH de Doullens, du CHU Amiens-Picardie comme pilotes et co-pilotes plus un accompagnement méthodologique assuré par un ingénieur qualité du CHI Montdidier-Roye. Cette EPP témoigne des moyens permettant de parvenir à une structuration de la démarche qualité des risques territoriale au moyen d'une analyse des pratiques communes sur une thématique donnée. Une fois les résultats présentés, c'est la capacité à maintenir une dynamique commune qui doit être recherchée, permettant par la même de participer à la structuration d'une filière. L'outil de l'EPP permet donc d'initier une démarche en faveur de la QGDR valorisable dans le cadre du processus de certification synchronisée.

### **2.3.2 Favoriser le déploiement de patients traceurs inter-établissements : une action essentielle pour éprouver et légitimer les parcours patients inter-établissements**

Le patient traceur représente un outil particulièrement pertinent pour mettre à l'épreuve les filières de santé inter-établissements. La méthode du patient-traceur a pour objectif de proposer aux professionnels une démarche de la qualité, de la sécurité et de l'organisation spécifique des parcours de santé. Cette méthode consiste à sélectionner un patient hospitalisé, à évaluer sa prise en charge depuis son entrée à l'hôpital, les étapes de son parcours au sein des différents établissements du GHT SLS, en prenant en

compte sa propre expérience de l'hospitalisation tout au long de ce parcours. Cette évaluation se fait entre professionnels des établissements impliqués en discutant du dossier, en recueillant le ressenti et la réponse du patient à des questions portant sur sa prise en charge. L'objectif est d'identifier des situations qui pourraient justifier que des actions d'amélioration soient conduites au niveau du GHT Somme Littoral Sud pour une meilleure prise en charge des patients. Les professionnels des établissements impliqués dans le parcours de soin effectué au niveau du GHT par le patient peuvent le rencontrer ainsi que ses proches afin de lui poser différentes questions sur son parcours et sa prise en charge. Cette démarche prend en compte l'expérience du patient et de ses proches peut être initiée en établissement de santé, pour analyser le parcours du patient au sein de l'établissement de santé, ou en ville, pour analyser le parcours global du patient. Cette méthode se développe également au niveau des établissements du GHT pour analyser la mise en place et le fonctionnement des filières. La mise en place des patients traceurs au niveau du GHT permet ainsi de fiabiliser certaines filières de soins et de contribuer à renforcer leur pertinence. La promotion du patient traceur dans le cadre du GHT est d'autant plus pertinente dans la perspective de la nouvelle itération de la HAS V2020, qui renforce significativement la place des traceurs.

Afin de s'approprier cette thématique, un travail méthodologique a été réalisé par l'ensemble du QGDR, afin de déterminer le cadre de déploiement de patients traceurs au sein du GHT. D'abord, la mise en place d'une grille patient-traceur et d'un questionnaire à l'attention du patient sur le GHT. Le groupe de travail a focalisé la grille sur les interfaces inter-établissements, éléments sensibles de la coordination inter-établissements. Chaque établissement a la possibilité de développer un patient traceur avec une grille classique pour compléter la démarche de GHT. La grille est considérée comme une grille « type » qui pourra être adaptée au besoin en fonction des parcours spécifiques des différentes populations prises en charge dans le cadre du GHT. Cette grille est composée de 18 étapes reflétant le parcours potentiel au sein du GHT SLS d'un patient.



En ce sens, la réalisation d'un patient traceur inter-établissements requiert la mobilisation d'un binôme d'évaluateurs soignant et qualicien avec une grille d'évaluation ajustée en amont avec les responsables de la filière concernée. Ces derniers procèdent à une rencontre avec le patient dans le service où il a été transféré. Par la suite, une rencontre est organisée avec des représentants des équipes des deux établissements dans l'établissement où le patient a été transféré. Les représentants de l'équipe ayant transféré le patient se rendent dans l'établissement ayant accueilli le patient avec les informations concernant le séjour. Les représentants de l'équipe (personnel médical, soignant) organisent la rencontre dans une salle où leur dossier peut être consulté, essentiellement les éléments qui leur ont été transmis au moment du transfert. Les évaluateurs organisent enfin une restitution à chaud, présentant les étapes de prise en charge maîtrisées et celles qui sont à améliorer au regard de l'étude des dossiers, des éléments recueillis auprès du patient, des éléments recueillis auprès des équipes. La synthèse formalisée est ensuite envoyée dans les jours suivant l'audit aux équipes ayant participé au patient traceur et au responsable de la filière concernée. Les supports proposés pour le déploiement patients traceurs inter-établissements sont :

- Une grille de patient traceur commune, avec les critères spécifiques aux filières étudiées et comprenant 18 questions;
- Guide d'interview du patient ;
- Formulaire consentement patient (**Annexe 4**)

Le groupe QGDR a également permis la mise en place de patients traceurs. Un patient traceur inter-établissement a été validé, le 28 janvier 2019, entre le CHIBS et le CHU Amiens sur les urgences et EHPAD. Dans les faits, ce prototype de méthode patient traceur de GHT a été testé sur un parcours accident vasculaire cérébral et soins de suites et de réadaptation entre le CHU d'Amiens et le CH d'Albert et sur deux parcours de chirurgie et soins de suite et de réadaptation entre le CH d'Abbeville et le CHIBS. Si les résultats mettent la méthode à l'épreuve et permettent de vérifier qu'elle fonctionne, cet outil a été considéré comme susceptible d'être utilisé par les filières du GHT. Dès lors, le groupe QGDR a pour objectif de promouvoir le déploiement de patients-traceurs afin de renforcer les filières inter-établissements. Les établissements membres doivent donc signaler au groupe QGDR les patients traceurs pertinents et susceptibles d'être déployés. Les établissements du GHT qui le souhaitent doivent faire remonter les cas qu'ils proposent d'analyser conjointement à l'équipe qualité du CHU afin de programmer des patients traceurs avec les services de soins concernés.

La certification V2014 favorise l'émergence et la tenue du patient traceur et les orientations apportées par la V2020 renforcent son rôle. De plus, le parcours patient est une thématique certifiée au niveau du GHT. Dès lors, la promotion d'une méthodologie patient-traceur GHT est indispensable pour la structuration d'une politique qualité territoriale. Il en va de même pour la structuration des filières et la valorisation de différentes thématiques dans le cadre de la certification synchronisée (MQGDR, parcours patient).

### **2.3.3 Permettre la centralisation et l'analyse des EI inter-établissements du GT SLS**

Analyser le bon fonctionnement des filières inter-établissements implique de pouvoir étudier les potentiels Evénements Indésirables ou Evénements Indésirables Graves susceptibles de se déclarer au sein du GHT. Le groupe QGDR a donc engagé une démarche de centralisation, d'analyse et de traitement des EI concernant le GHT. Il a ainsi mis en place un groupe de travail destiné à approfondir cette question. Suite aux premiers travaux du groupe, un début de recueil d'EI identifiés comme ressortant du GHT a été organisé afin de pouvoir réaliser une cartographie des EI susceptibles d'avoir un impact sur le GHT. Cette enquête s'est doublée d'une analyse de la gestion de la gestion des EIG dans les établissements membres du GHT. De cette enquête est ressortie une certaine hétérogénéité des pratiques quant au traitement des EI au sein de chaque établissement. Afin de pallier ces différences de fonctionnement, le groupe QGDR s'est engagé en faveur de l'harmonisation des pratiques en la matière, à travers certaines règles communes relatives à la déclaration des EI et EIG.

Afin de préciser la structuration de la démarche, le groupe s'est engagé dans l'élaboration d'une méthodologie commune de CREX de GHT. Cette méthodologie de CREX inter-établissements, présentée au groupe QGDR sous la forme d'un retour de l'expérimentation réalisée entre deux établissements du GHT SLS, le CHIBS et le CH d'Abbeville. Le portage par le corps médical est essentiel pour la réussite de la démarche. La composition du CREX a associé soignants et qualitatifs des deux établissements de santé. Les services concernés par les cas étudiés sont invités ponctuellement. Si la méthode de cotation des EI est similaire aux deux établissements, des divergences apparaissent quant au degré de déploiement des outils techniques, notamment du traitement informatique des EI. La méthode d'analyse a été validée et formalisée selon un diagramme Ichikawa car les deux établissements l'utilisaient déjà. La cotation des EI est réalisée en amont du CREX et le choix des EI est fait par une prise de contact à distance des deux équipes. Cette première expérience méthodologique montre qu'un travail de

fond est à mener avec les équipes pour permettre de dépasser les réticences à l'analyse d'EI en inter-établissements. Un déploiement sur le GHT pourrait être envisagé à partir de cette méthode mais cela implique que des transferts réguliers existent entre établissements et que des EI soient relevés pour que le CREX soit un outil pertinent.

Concrètement le recensement des EI inter-établissement demeure la première étape pour pouvoir mener ce type de démarche. Il est essentiel que le groupe QGDR s'investisse suffisamment sur cette thématique et soit sensibilisé afin de procéder à la remontée des informations relatives aux EI et EIG. L'enjeu est d'assurer une culture commune de l'analyse des EI et EIG et donc que les établissements acceptent l'analyse et la vision d'autres établissements du GHT lors de l'analyse des EI. Les établissements s'exposent ainsi dans leurs méthodes et analyse et parvenir à un résultat idéal nécessite la matérialisation d'une confiance entre les membres du groupe.

Afin d'assurer la remontée des EI inter-établissements, un outil de partage type Sharepoint pourrait être mis en place. Il permet aux établissements d'être informés lors du dépôt d'un EI et de consulter les informations relatives à son traitement (en attente, traité, etc.). Enfin, ce traitement permettra de d'avoir des données qualitatives et quantitatives relatives au traitement des EI inter-établissements.

Cependant, des points de vigilance naissent quant au traitement de ces données entre établissements, notamment au regard de la réglementation sur la protection des données. En ce sens, des formes d'anonymisation ou de contrôle de l'accès aux CREX sont envisageables. Il en va de même sur la recherche du consentement du patient à la mise en place de cette plateforme.

Le travail est particulièrement sensible sur les EI inter-établissements. Limité par les outils techniques, notamment sur le RGPD, les EI inter-établissements rencontrent des difficultés sérieuses.

L'organisation de la structuration de l'analyse des EI et EIG inter-établissements au niveau des établissements membres du GHT nécessite donc un appui au sein du groupe qualité la formation d'une culture commune nécessitant une confiance importante. La structuration du traitement commun des EI au niveau des établissements membres du GHT est particulièrement valorisable lors du processus de certification synchronisée, notamment à travers les thématiques relatives au MQGDR et au parcours patient.

## **2.4 Organiser l'accompagnement des établissements membres du GHT à la visite des experts visiteurs de la HAS**

### **2.4.1 Un appui extérieur pour la préparation des visites de la HAS : l'assistance du Réseau Santé Qualité Risques Hauts-de-France**

Si le rôle du groupe QGDR est destiné à soutenir les établissements membres du GHT dans la préparation de la visite de certification, ces derniers peuvent également avoir recours à des structures externes susceptibles de les assister dans ce processus. Le RSQR est un groupement d'intérêt public ayant pour objet de contribuer au développement du management de la qualité et de la gestion des risques en santé. Son objectif est d'apporter aux établissements de santé un appui opérationnel dans le développement d'une culture dans le domaine de la qualité. Le RSQR Hauts-de-France en est la ramification régionale et accompagne différents projets menés par des établissements de santé. Un professionnel du RSQR dispose d'un bureau au sein CHU d'Amiens.

Dans la perspective de la certification synchronisée, un accompagnement des établissements visités en 2019 avec des journées de visites à blanc mêlant patients traceurs et revue de processus sur site par un binôme professionnel de santé et professionnel qualité avec des professionnels du GHT et des professionnels du RSQR a été organisé par les établissements membres du GHT. L'accompagnement du RSQR consiste en des « visites à blanc » d'une journée dans chaque établissement, au cours de laquelle les professionnels sont mis en situation au travers de revue de processus et/ou de patient-traceur sur les thématiques et parcours critiques. Cet s'articule ainsi en 3 temps :

- Une étude documentaire, dont le compte qualité, pour identifier les thématiques à analyser, en accord avec l'établissement concerné. Soit l'analyse du compte qualité et l'identification des thématiques à investiguer.
- La réalisation de la visite « à blanc », impliquant une revue des processus et des patients-traceurs.
- La remise d'un rapport à chaque établissement visité, lui permettant de déployer un plan d'actions.

Chacune des étapes est réalisée par un binôme composé d'un professionnel de la qualité et de la gestion des risques et d'un professionnel terrain, médical ou soignant. Un des membres du binôme est un professionnel du RSQR et l'autre un professionnel d'un autre établissement du GHT que celui visité. Les patients traceurs et les revues de processus sont réalisés en s'appuyant sur des outils fournis par RSQR. A l'issue des visites, RSQR

réalise une synthèse globale des visites à blanc et la transmet à la direction qualité de l'établissement support du GHT.

Deux établissements, le CHIBS et le CH d'Hesdin, ont été visités dans la perspective des visites de la HAS. Le retour est particulièrement intéressant en ce que ces visites ont permis de mettre à l'épreuve les organisations des établissements concernés par les visites, leur préparation ainsi que le degré de maturité de la démarche au sein de chacun d'entre eux. Les visites du RSQR permettent de préparer les équipes aux attendus des experts visiteurs de la HAS. Si le RSQR ne les présente pas comme des visites à blanc reprenant le format de la HAS, il n'en demeure pas moins qu'elles peuvent être appréhendées comme tel par les équipes des établissements visités. Il importe donc de préciser qu'il s'agit d'un entraînement et clarifier auprès des équipes concernées les raisons de l'intervention du RSQR. Un second point de vigilance porte sur l'organisation en amont des visites du RSQR afin que les établissements puissent mettre en œuvre les remarques des intervenants du réseau dans la perspective de la visite de la HAS. L'enjeu réside dans la détermination d'un calendrier précis permettant d'anticiper les visites de la HAS. Une intervention du RSQR trop proche des visites de la HAS serait contre-productive dès lors qu'elle aurait pour conséquence de mettre à mal la préparation des établissements.

#### **2.4.2 Un appui interne au GHT SLS : préparer les établissements à la visite des experts visiteurs de la HAS**

Au-delà des actions en faveur du rapprochement des politiques de qualité, la préparation de la visite de certification synchronisée implique que l'ensemble des parties prenantes dispose des informations pertinentes sur le GHT. La préparation de la certification implique l'accompagnement et le suivi des équipes, notamment à travers la préparation théorique des pilotes, des pilotes des thématiques synchronisées et des équipes des établissements parties du GHT. Partager une vision commune du GHT, disposer des informations pertinentes relatives au GHT et à la certification synchronisée et se préparer à l'intervention concrète des experts visiteurs est une phase primordiale. Cela est d'autant plus important que la QGDR et les politiques qui s'y rapportent sont parfois méconnues par les acteurs des établissements de santé. Dès lors, il est nécessaire que l'ensemble des personnes susceptibles de prendre part à cette opération puisse disposer des éléments suffisants concernant la structure du GHT, la qualité ainsi que les enjeux de la certification synchronisée.

Dans cette perspective, il est apparu nécessaire au groupe QGDR d'éditer un support de formation « La certification synchronisée pour les nuls » (**Annexe 5**) afin de constituer un document facilement utilisable par les équipes de l'ensemble des établissements du GHT. Ce document contient notamment la présentation du GHT SLS, les éléments incontournables sur la Loi de modernisation de la santé, les éléments essentiels sur la qualité ainsi que la certification synchronisée. Enfin, il comporte une Foire aux Questions permettant aux pilotes et pilotes des thématiques synchronisées de travailler leur réflexion sur les thématiques qualités. Cette partie permet ainsi aux pilotes des thématiques synchronisées ainsi qu'à l'ensemble des acteurs d'appréhender la logique des questions des experts visiteurs ainsi que l'esprit des visites. En ce sens, il était important de ne pas apporter les réponses en groupe aux questions des établissements afin de les inciter à préparer eux-mêmes les réponses.

Ce document a donc été diffusé à l'ensemble des membres du groupe qualité et diffusé sur les Intranet et GED des établissements membres du GHT.

Il permet notamment de diffuser le contexte méthodologique et préparer les pilotes. Il représente un support non négligeable dans la préparation de la visite de certification.

En complément de la diffusion du support écrit, une préparation orale a été prévue pour les établissements visités. Ce coaching est assuré par des experts-visiteurs de la HAS. Organisé sur une journée, cet entraînement doit aborder les différentes thématiques synchronisées concernées par la certification synchronisée mais également l'ensemble des éléments relatifs à la politique de l'établissement dans le domaine de la qualité. Elle est précédée de la diffusion des documents demandés dans le cadre de la certification par la HAS (projet d'établissement, projet médical, projet de soins, compte qualité, etc.). Cet entraînement donne ainsi aux équipes la possibilité connaître leurs points forts et les points d'amélioration. Il permet également aux équipes d'être dans l'état d'esprit recherché pour la visite de certification. Ce coaching a été programmé un mois environ avant les visites de la HAS afin que les équipes puissent être mobilisées. Le coaching pour la certification a été bien appréhendé par l'ensemble des acteurs dès lors qu'il leur permettait de se projeter dans le travail et d'avoir un retour sur l'ensemble de la préparation. Cette préparation des équipes des établissements visités permettait ainsi de mettre l'accent sur les éléments de réponse à apporter aux experts visiteurs et sur les réflexes à avoir lors des visites. Le coaching permet ainsi d'appréhender la maîtrise de la procédure par les pilotes et de préciser ce que l'expert visiteur recherche. Il doit vérifier que les pilotes et l'ensemble des équipes concernés par la visite s'expriment clairement sur ces thématiques, expliquent le fonctionnement des organisations et ne se sont concrètement appropriés leurs thématiques.

Si ce type d'action est bien appréhendé par les équipes des établissements visités, un retour sur le coaching doit être assuré au sein du groupe QGDR afin que l'ensemble des établissements concernés puissent en bénéficier et de permettre un échange de bonnes pratiques au sein du groupe.



### **3 Au travers de l'expérience du GHT SLS, l'identification de facteurs de réussite, des limites et des perspectives**

#### **3.1 Les facteurs de réussite : une démarche progressive, fédératrice et s'appuyant sur une communication importante constante**

##### **3.1.1 Une démarche progressive et de long terme destinée à renforcer la confiance des établissements membres**

La fonction QGDR est transversale aux établissements de santé et aux GHT depuis la loi de 2016. Elle impacte l'ensemble des organisations de l'hôpital et au-delà avec la notion de filières inter-établissement. Cette démarche de partage d'une politique qualité territoriale vise l'association d'un nombre important d'acteurs – même dans un GHT de taille moyenne comme le GHT de SLS. Elle implique donc de consacrer un temps particulièrement important, nécessaire à expliquer le projet et inclure chaque acteur dans cette démarche.

Au sein du GHT SLS, comme dans l'ensemble des autres groupements engagés dans une démarche similaires, des actions progressives ont été mises en place pour associer l'ensemble des acteurs à cette démarche. Il s'agit tout d'abord de la réalisation d'une synthèse de tous les projets d'établissements susceptibles d'être partagés entre les membres, afin d'identifier les objectifs communs. Il en va de même de l'identification des ressources humaines disponibles dans le domaine de la qualité. Au terme de l'analyse préalable, l'hétérogénéité des politiques de qualité de chaque établissement a été constatée de sorte que les établissements se devaient de prendre en compte la réalité des structures les moyens avancées. Ainsi, les résultats des dernières visites de certification, les effectifs dédiés aux politiques qualités dans chaque établissement et l'investissement de chaque acteur dans ces politiques traduisent la diversité des situations des établissements. Il est donc nécessaire de stabiliser cette première organisation et implication afin d'appréhender le degré d'implication de chaque établissement et les compétences disponibles dans chaque établissement membre. Cela permet donc de cartographier les projets susceptibles d'être développés en commun et de permettre d'identifier les compétences sur lesquelles le groupe qualité peut se fonder pour permettre son déploiement. Cette phase initiale se traduit par une nécessairement par la structuration d'une démarche de long terme, prenant en compte d'une part la culture ainsi

que la réalité matérielle de chaque établissement mais également le mode de gouvernance du GHT qui implique l'association d'un grand nombre d'acteurs.

### **3.1.2 Fédérer les établissements du GHT autour d'un projet commun**

Un des objectifs de la HAS est de parvenir à fédérer les établissements membres d'un même groupement à travers le processus de certification synchronisée et plus particulièrement l'engagement commun en faveur d'actions partagées dans le domaine de la qualité. Différents éléments permettent de fédérer les membres du groupement autour de ce projet commun.

Dans un premier temps, à travers la définition d'un cadre structurant par les établissements membres du GHT et l'organisation de la gouvernance du GHT. Comme évoqué, il importe de parvenir à un équilibre entre l'établissement support et les autres établissements membres du GHT. Cet équilibre est fondé sur la représentation des établissements dans les instances : la direction des soins d'Abbeville gère la CSIRMT de territoire, le PCME d'Abbeville est vice-président du CMT, le médecin DIM de territoire est le médecin DIM du CHIBS, etc. Assurer la représentativité de l'ensemble des établissements est un préalable nécessaire.

Par ailleurs, la solidarité s'organise concrètement via l'animation du groupe QGDR. Si la mise en place du groupe qualité gestion des risques est nécessaire, sa structuration est nécessaire et surtout il importe de laisser ses membres leurs avis afin que toutes les opinions trouvent à s'exprimer. Concrètement, cet équilibre dans l'organisation doit être assuré par le directeur en charge de l'organisation du projet, en l'espèce la gestion du groupe QGDR. Il importe de créer une dynamique de groupe avec des objectifs de court, moyen et long terme et de valoriser les compétences inhérentes du groupe. La mobilisation du groupe au travers de projets fédérateurs : définition de différents groupes de travail destinés à répondre à des problématiques communes (ex : la gestion des systèmes d'information, etc.). La solidarité naît donc de la progression des projets communs, à petit pas. La création de groupes de travail sur des thématiques essentielles au bon fonctionnement de l'hôpital et d'un partage des pratiques entre établissements du groupement favorise la bonne entente et la fédération de projets. Elle naît aussi de la crédibilité du chef du groupe de travail. Ce dernier doit pouvoir répondre aux demandes des membres du groupe et les solliciter de manière pertinente. A titre d'exemple, la préparation de la réunion inaugurale pour l'ouverture de la certification synchronisée permet l'investissement des établissements dans un événement symbolique qui, sans avoir de réel enjeu, permet de réellement fédérer les membres du groupe. Cette réunion à

caractère symbolique vise à présenter le déroulement concret de la certification synchronisée. Elle permet de présenter la structure du GHT, le PMP, le PSP ainsi que les différentes thématiques synchronisées. Elle permet également de réunir en un même lieu l'ensemble des chefs d'établissement, les PCME, les directeurs de soins, pilotes et pilotes de thématiques synchronisées en un même lieu. Cette réunion doit également permettre aux coordonnateurs des visites de préciser le calendrier de leurs interventions sur le GHT ainsi que d'expliquer leurs méthodes à l'assistance. Au-delà du caractère symbolique de cette réunion inaugurale, il y a l'opportunité de favoriser l'émergence d'une dynamique commune. Cette dimension commune se réalise par la préparation et la participation des équipes impliquées dans le projet qui ont pu être sensibilisés aux enjeux de la certification synchronisée. La préparation de la réunion inaugurale implique également la mobilisation des représentants des établissements membres GHT, ce qui renforce le caractère partagé de la démarche.

### **3.1.3 Assurer une communication fluide et régulière au sein du groupe QGDR et auprès de l'ensemble des acteurs du processus**

La transmission de l'information relative à l'évolution des projets relevant de la qualité gestion des risques est essentielle pour maintenir une cohésion de groupe et l'adhésion des établissements membres. La communication est d'autant plus importante que la visite de certification ne se profile : les établissements réclament un nombre important d'informations et de documents à l'attention des équipes qualité, des pilotes et des pilotes synchronisés et sont demandeurs d'une assistance soutenue dans leur préparation. La communication doit aussi être régulière au regard de la poursuite des projets.

Tout d'abord, la communication passe par le rôle du chef de mission en tant que porteur des avancées du groupe QGDR. Celui-ci a pour mission de mener à bien le processus de décision en communiquant les avancées du projet à l'ensemble des instances de gouvernance. Il s'engage également à avoir une communication descendante afin de faire le retour de l'ensemble des présentations.

Par ailleurs, il est incontournable d'avoir recours à des outils de partage d'information type Sharepoint afin de permettre à chacun de disposer de l'ensemble des documents relatifs au développement du GHT. C'est d'ailleurs ce qui est appréhendé par le GHT Loire, qui a mis en place un Sharepoint tout en mettant une hotline en ligne. Permet d'avoir l'ensemble du compte rendu des réunions afin de garder une trace pour les experts visiteurs. Permet de diffuser l'ensemble des documents nécessaires à la formation des établissements pour la formation des pilotes.

Enfin, la communication doit également être réalisée avec la HAS. Cette phase du projet est essentielle dans la mesure où elle permet d'une part aux établissements de connaître

les attendus exacts de la certification synchronisée mais d'autre part d'être informé des modalités de la visite des experts visiteurs de la HAS. Cette phase est d'autant plus importante qu'elle permet aux établissements de préparer au mieux l'ensemble des documents attendus par les experts visiteurs, d'anticiper le déroulement de la visite et de rassurer les équipes.

### **3.2 Les éléments problématiques : la mise en place d'une procédure de certification partagée se heurte au rôle prépondérant de l'établissement support et aux contraintes structurelles du GHT**

#### **3.2.1 Le rôle d'impulsion de l'établissement support dans la structuration d'une politique qualité territoriale partagée**

Dans le cadre de la structuration d'une politique qualité partagée et plus précisément de la préparation du processus de certification synchronisée, le rôle de l'établissement support est prépondérant. Cela se justifie notamment au regard des moyens dont il dispose par rapport à l'ensemble des établissements composant le GHT. Cela se vérifie au sein du GHT SLS où le CHU d'Amiens, seule structure universitaire du département, est d'une taille plus importante que le reste des établissements. Le CHU d'Amiens dispose ainsi de ressources conséquentes à investir sur la qualité et la préparation de la certification synchronisée. Si le directeur de la qualité gestion des risques de l'établissement support doit favoriser l'engagement d'une dynamique commune, assurer les décisions, il lui importe également de porter les projets. Cependant, cette dynamique peut entraîner un phénomène de désengagement du portage de projet qualité par le reste des établissements.

Ainsi, l'établissement support est en première ligne pour la préparation de la certification de l'ensemble des établissements visés. Cependant, l'effet d'entraînement et la production de contenus repose uniquement sur l'établissement support. Ainsi, le déploiement des patients-traceurs lui incombe tout comme la définition des modalités de préparation et d'accompagnement des pilotes au moyen du coaching. Celui-ci doit organiser la préparation des thématiques synchronisées, assurer le suivi devant les instances, animer les réunions du groupe, assurer la production de contenu. La préparation matérielle et logistique de la réunion inaugurale lui revient enfin.

Au regard donc du rôle prépondérant de l'établissement support dans la préparation de la certification – rendu nécessaire par les ressources dont il dispose – l'engagement des

autres établissements de santé s'en trouve affecté. Paradoxalement, les marges de manœuvre laissées à l'établissement support nourrissent la crainte d'une structure imposant sa conception de la politique qualité, au risque de devenir hégémonique sur le GHT. Afin d'assurer une préparation pérenne et harmonieuse, il importe de respecter les cultures des établissements tout en travaillant, dans le cadre du groupe QGDR, à un rapprochement des pratiques.

### **3.2.2 Des contraintes liées à la conception actuelle du GHT**

Si la préparation de la certification synchronisée repose sur la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs autour d'une politique qualité partagée, il n'en demeure pas moins que ce processus demeure à destination des établissements. La certification synchronisée ne prévoit que le rapprochement des calendriers des visites de certification, enserrées entre une réunion inaugurale et une réunion de clôture du processus. Dans la mesure où le GHT est une entité ne disposant pas de la personnalité juridique, il ne peut donc pas développer ces thématiques structurelles. La certification synchronisée ne remplace en aucun cas la certification de chaque établissement mais elle s'ajoute au processus existant. De plus, le compte qualité commun ne remplace pas le compte qualité de chaque établissement. Il est développé pour permettre un meilleur suivi des thématiques synchronisées communes. La seule démarche commune ou évaluation commune pour la certification de deux établissements partis au même GHT ne concerne que les établissements en direction commune. Ces établissements sont ainsi tellement liés dans la pratique qu'ils sont évalués selon les mêmes critères. Ainsi, on trouve là une limite à la diffusion d'une même culture GHT, et donc à un engagement des établissements en faveur d'une certification commune, dès lors qu'une part particulièrement importante revient toujours aux établissements membres.

Cependant, envisager une certification future par GHT représente un risque important pour la faisabilité de la certification mais également le déploiement des politiques de qualité et de gestion des risques. Evaluer à terme une entité commune telle que le GHT emporterait des conséquences pratiques particulièrement importantes, notamment en termes de faisabilité. Le déploiement de patients traceurs, l'organisation des audits ainsi que l'intervention des experts visiteurs serait particulièrement difficile à organiser. Pour la HAS, l'organisation d'une certification à ce stade entraînerait une forte dilution des actions mises en œuvre et du contrôle des experts visiteurs. Au regard de la taille et du dimensionnement des GHT, il apparaît impossible de réaliser matériellement une certification totale des groupements. Les structures sont tellement importantes que l'évaluation perdrait de son sens et deviendrait inutile. Dès lors, il apparaît nécessaire de

se détacher de l'aspect de la structure pour appréhender le déploiement des politiques de qualité dans un cadre différent.

### **3.3 La préparation de la certification synchronisée s'inscrit dans le cadre posé par la nouvelle itération de la HAS et renforce le rôle de la qualité gestion des risques au sein des établissements**

#### **3.3.1 Les contours de la nouvelle itération de la HAS: un changement de paradigme favorisant la multiplication des traceurs**

En vigueur depuis six ans, la V2014 va évoluer pour une nouvelle itération de la HAS. Le référentiel de la V2020 vise à faire évoluer la certification des établissements de santé en instaurant un changement de culture, fondée sur les résultats. Selon Anne Chevrier, chef du service certification des établissements de santé, un changement de paradigme est en cours, en faveur du : « développement de la culture de la pertinence et du résultat ». L'objectif de cette nouvelle itération est d'intégrer les équipes au mieux dans la démarche qualité en montrant « les bonnes pratiques, ou leurs problèmes de communication ». La perspective étant, pour Anne Chevrier, de « médicaliser davantage la certification afin de mieux associer les soignants pour une approche de résultats »<sup>25</sup>.

Au regard de ces orientations, le nouveau référentiel de certification sera articulé ainsi organisé autour de quatre chapitres : le patient, les soins, l'établissement et le groupement. Cette nouvelle itération comporte donc les règles de certification relatives au GHT, permettant ainsi d'approfondir les démarches engagées à travers la phase de certification transitoire. La certification V2020 coïncide effectivement avec l'obligation pour les GHT de réaliser une certification conjointe, conformément aux dispositions réglementaires issues de la loi de 2016 et du décret de 2017.

Par ailleurs, les premières indications sur les outils de la V2020 soulignent les orientations en faveur de la valorisation des parcours et des filières. En effet, un axe essentiel de ce nouveau référentiel concernera les traceurs. La V2020 sera très largement structurée autour des traceurs. Ces derniers s'exprimeront à travers la réalisation de patients traceurs, d'analyse des parcours par les experts visiteurs sans la sollicitation d'un patient et de traceur ciblé. L'objectif affiché par la HAS est de permettre une démultiplication des évaluations liées aux traceurs par des experts visiteurs différents. D'une quinzaine de visites en termes de patients traceurs, la HAS estime à quarante ou cinquante le nombre

---

<sup>25</sup> « Certification des GHT : nous allons conserver une certification par établissements (Anne Chevrier) », in Tec Hôpital 06/12/20187

de traceurs et d'évaluations effectuées pour les établissements visités. Les évaluations et audits effectués par la HAS trouveront donc une robustesse nouvelle et seront renforcés, notamment par les contrôles réalisés sur les parcours et filières inter-établissements.

Cette démarche doit impliquer la mobilisation des communautés médicale et soignante au niveau du territoire, dès lors que la HAS souhaite les engager activement engagés dans cette démarche d'autoévaluation. Il s'agit ainsi d'accentuer la diffusion de la culture qualité auprès des praticiens, notamment au moyen de la multiplication des patients traceurs, la réalisation d'audits croisés ou encore d'EPP.

En tout état de cause, cette nouvelle structuration devra permettre de capitaliser sur un logique inter-établissement, centrée sur le traceur. L'engagement des GHT dans une phase de certification transitoire doit permettre d'anticiper les exigences de cette nouvelle itération tout en accentuant l'intégration de la fonction qualité au sein du GHT à travers la structuration d'une politique partagée.

### **3.3.2 Le renforcement progressif de la qualité pour les établissements et des groupements**

La place de la qualité est renforcée dans le fonctionnement quotidien des établissements de santé. Cette place est d'autant plus importante qu'elle dépasse la simple préparation de la certification et des conséquences que cela implique. Après de nombreuses évolutions dans le déploiement des démarches d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, la certification doit désormais s'intégrer comme un véritable outil de régulation de l'offre de soins par la qualité. La certification s'articule ainsi de manière cohérente avec d'autres leviers susceptibles d'orienter l'activité de l'établissement :

- les décisions de non-certification ont pu 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-social, etc.) ;
- les résultats de certification sont aujourd'hui la porte d'entrée au dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ) ;
- la publication des résultats sur le site Scope Santé permet aux citoyens de s'informer et de choisir l'établissement dans lequel ils souhaitent être hospitalisés.

Le caractère incontournable de la qualité risque de s'approfondir dès lors l'ensemble des acteurs hospitaliers travaille à l'approfondissement des parcours patients au sein des groupements. La taille et l'éclatement géographique des structures publiques évaluées conduiront nécessairement la certification à centrer son approche sur le management des

filières sur un territoire tout en intégrant des résultats de santé sur les parcours patients intra et inter-établissement, en lien avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge. Si les objectifs de la certification évoluent avec la mise en place de la certification V2020, celle-ci pourra potentiellement évoluer à l'avenir sous la forme d'une certification au parcours et non qu'une simple certification d'établissements et inter-établissements. Les premières orientations de la certification V2020 attestent de la pertinence d'une telle orientation au regard de la philosophie de la prochaine itération. Cet élément est essentiel si la HAS souhaite mettre en place une évaluation des conditions véritables de prise en charge. En ce sens, l'accent doit nécessairement être mis sur la qualité de la prise en charge du patient. La certification au parcours trouve toute sa pertinence dans le sens où elle renforce la sécurité pour les patients, se trouve être un élément stratégique pour les établissements et un levier structurant pour les groupements.

Ces premières pistes soulignent que la qualité tend à devenir incontournable dans l'organisation d'un établissement de santé, au-delà de la seule exigence qu'elle recouvre en termes de qualité des soins dans le domaine médical et de l'importance qu'il est nécessaire d'accorder à l'ensemble des personnels impliqués dans cette démarche<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Certification hospitalière : vers la gestion des risques, in *Gestion hospitalière*, n°564, mars 2017.

## **Conclusion**

« Dès la création du GHT Loire, le choix a été fait de mettre l'accent sur la qualité des soins et la gestion des risques. C'est véritablement un dénominateur commun à tous les professionnels de santé, on pourrait même dire que c'est dans leur ADN. Cela nous a permis de créer une culture commune au sein du GHT ». Comme l'indique le Directeur général du CHU de Saint-Etienne, Michaël Galy, le développement d'un GHT s'est fait au moyen de la mutualisation de certaines politiques, dont la qualité et la gestion des risques. A travers la mise en place de ces politiques partagées sur le territoire, il s'agit surtout de développer une culture commune au sein du GHT permettant de donner une réalité aux filières de soins. Alors que la certification conjointe est un horizon pour tous les GHT, l'engagement du GHT SLS dans un processus de certification synchronisée participe au développement de cette culture commune. Dépassant le simple rapprochement des calendriers de certification, le processus de certification synchronisée permet de faire vivre les modalités de la gouvernance de la politique qualité au sein du GHT. Ce processus le rapprochement de l'interprétation des risques sur les thématiques synchronisées. Enfin, il valorise les actions menées dans ce domaine par les professionnels en créant un objectif partagé, à savoir une certification sur des thématiques communes.

Les enjeux autour du développement d'une culture commune au sein du GHT dans le domaine de la qualité vise non seulement l'aboutissement du processus de certification synchronisée selon le déroulement d'une procédure transitoire mais également d'anticiper les évolutions futures des GHT avec une place plus importante accordée à la notion de parcours.

---

## Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

### Rapports, études et guides de bonnes pratiques

- GHT vade-mecum, Ministère des Affaires sociales et de la Santé (26 mai 2016).
- Guide d'utilisation ScanSanté – Principaux éléments de diagnostic : positionner, caractériser et suivre l'activité d'un GHT (octobre 2016).
- Plan d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT à destination des établissements parties (octobre 2016).
- Le Groupement Hospitalier de Territoire – Dossier Documentaire, Catherine Calvez, Service documentation EHESP (19 janvier 2018)
- Synthèse monographie GHT de la Loire, ANAP, Qualité et sécurité des soins (mars 2017).
- Informations pratiques pour préparer la démarche conjointe de certification des groupements hospitaliers de territoire (GHT), HAS (11 janvier 2019).
- Trajectoire de mise en œuvre de la certification dans le cadre des GHT, HAS (11 janvier 2019).
- Livre Blanc GHT, Le management des risques au cœur des enjeux des GHT à l'heure de la territorialisation des soins, SHAM (2019).

### Articles

- Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Gestions hospitalières, n°554 (mars 2016).
- Certification qualité : vers la gestion des risques, Gestions hospitalières, n°564 (mars 2017).
- La gouvernance des GHT en 2019, Gestions hospitalières, n°581 (décembre 2018).
- Certification des GHT : « Nous allons conserver une certification par établissement » (Anne Chevrier, HAS), Tec Hôpital (6 décembre 2018).

## **Principaux sites institutionnels**

<https://www.has-sante.fr/>

### **Autres**

- La HAS proposera une procédure transitoire de certification des GHT, dépêche APM (31 mai 2016).
- Certification HAS : des mesures transitoires supplémentaires avant la certification conjointe des GHT, dépêche APM (8 octobre 2018).
- Certification des GHT : « Nous allons conserver une certification par établissement » (Anne Chevrier, HAS), dépêche APM (5 décembre 2018).



---

## Liste des annexes

---

Annexe 1. Liste des entretiens

Annexe 2. Logigramme volet QGDR GHT Somme Littoral Sud

Annexe 3. Processus de nomination des pilotes

Annexe 4. Information patients-traceurs inter-établissement

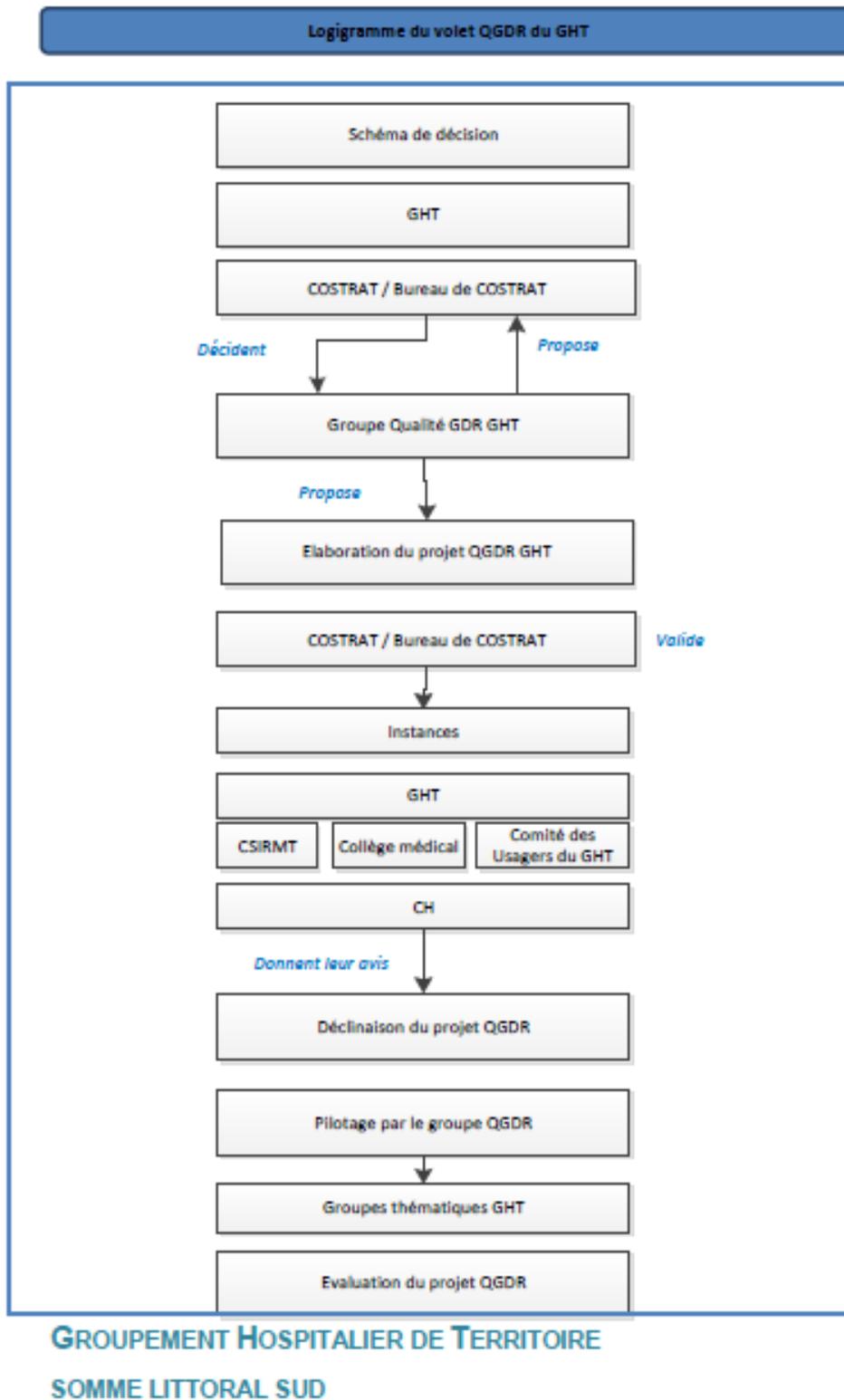
Annexe 5. Le guide « La certification synchronisée pour les nuls »

## **Annexe 1. Liste des entretiens**

- M. Gérard STARK – Directeur Général Adjoint du CHU d'Amiens.
- Mme Ségolène LEBRETON – Direction Qualité Gestion des Risques du CHU d'Amiens
- Docteur Yves JOUCHOUX – Gestionnaire des risques du CHU d'Amiens.
- M. Joël Koch – Responsable QGDR du CHIBS.
- Docteur Michel KFOURY – Président de la CME du CH d'Abbeville et président du CMT.
- Mme Edith ZECHSER – Directrice des soins du CH d'Abbeville et présidente de la CSIRMT de territoire du GHT SLS.
- M.Philippe LALY – adjoint à la chef de service pour la certification des établissements de santé de la HAS.



## Annexe 2. Logigramme volet QGDR GHT Somme Littoral Sud



## Annexe 3. Processus de nomination des pilotes

Amiens, le \*\*\*\*\* 2019

A l'attention de  
Mme/M \*\*\*\*\*  
Fonctions occupées  
Etablissement de rattachement et service

**Réf :** .....

**Objet :** Nomination des pilotes de processus synchronisé

**Pièce jointe :** Fiche de mission « Pilote de processus GHT »

Madame,

Dans le cadre de la démarche de Certification synchronisée HAS, vous avez été sollicité comme pilote de processus synchronisé GHT de la thématique « ..... » et avez accepté cette mission. Nous vous en remercions vivement.

Dans cette perspective :

- Vous avez pour missions :

- o De coordonner l'analyse de la thématique dans son volet GHT par une approche processus ;
- o D'identifier les risques majeurs et de définir et mettre en œuvre les plans d'actions d'amélioration inhérents,

- De participer à la rédaction de la brique GHT compte qualité,  
- De rendre compte de l'efficacité et de l'efficience de la thématique auprès du Comité stratégique du GHT,

- De remonter les Informations Importantes concernant le fonctionnement du processus au Comité Stratégique du GHT.

- Vous êtes responsable du respect des échéances imposées par la Haute Autorité de Santé et déclinées au niveau du GHT :

- o Déclinaison des plans d'actions pour permettre une saisie du compte qualité en février 2018,
- o Validation au Comité Stratégique et plans d'actions aux dates imparties,
- o Le cas échéant, suivi des recommandations issues de la visite synchronisée de 2019,
- o Suivi, mise en œuvre et évaluation du plan d'actions.

Vous serez en lien avec les pilotes de processus des établissements qui demeurent responsables de la thématique à cet échelon.

Vous trouverez en pièce jointe la fiche de missions « Pilote de processus synchronisé » présentée au Comité stratégique le 13 novembre 2018 et validé à cette occasion.

Le Groupe Qualité-Gestion des Risques du GHT assurera l'accompagnement méthodologique nécessaire à cette démarche.

Vous remerciant de votre investissement dans cette démarche, nous vous prions de croire, Madame, à l'expression de nos salutations les meilleures.

La Directrice Générale de l'établissement support,

Le Président du Collège médical de territoire,

## Annexe 4. Information patients-traceurs inter-établissement



### INFORMATION AUX PATIENTS EVALUATION DE VOTRE PARCOURS DE SOINS PAR LA METHODE DU « PATIENT TRACEUR »

Pour améliorer continuellement la prise en charge des patients, nous vous proposons de répondre à quelques questions portant sur votre séjour et vos soins.

#### Méthode du patient traceur

Les équipes qui vous soignent évaluent régulièrement leurs pratiques ainsi que l'organisation mise en place pour améliorer la prise en charge des patients.

La méthode du patient traceur consiste à sélectionner un patient actuellement hospitalisé, à évaluer sa prise en charge depuis son entrée à l'hôpital, les étapes de son parcours au sein des différents établissements du GHT Somme Littoral Sud, jusqu'au jour présent, en prenant en compte sa propre expérience de l'hospitalisation tout au long de ce parcours. Nous vous proposons d'être ce patient. Cette évaluation se fait entre professionnels des établissements impliqués en discutant de votre dossier, en recueillant votre ressenti et la réponse à des questions portant sur votre prise en charge. L'objectif est d'identifier des situations qui pourraient justifier que des actions d'amélioration soient conduites au niveau du GHT Somme Littoral Sud pour une meilleure prise en charge des patients. Si vous êtes d'accord, des professionnels des établissements impliqués dans votre parcours de soin effectué au niveau du GHT vont vous rencontrer pour vous écouter et vous poser quelques questions. Avec votre accord, ils peuvent également rencontrer vos proches.

Quel type de questions peut-on me poser ?	Puis-je vraiment parler librement ?	Puis-je refuser de répondre aux questions ?
Il vous sera demandé par exemple si vous avez été informé du déroulement de votre séjour et de vos soins, des examens que vous allez avoir, des résultats de vos examens. On vous demandera si on s'est préoccupé de l'existence de douleurs, si on a pris en compte vos préférences alimentaires, si vous avez été associé à toutes les décisions qui vous concernent, etc.	Il est important de pouvoir donner votre opinion en tant que patient, de pouvoir vous exprimer. Votre opinion sur ces différents sujets est un élément d'information qui vient s'ajouter à d'autres informations recueillies au travers de l'échange au sein de l'équipe, de données issues de l'observation, notamment de votre dossier médical. Toutes ces données seront confidentielles.	Vous avez la liberté d'accepter ou non de réaliser cet entretien ; vous pouvez refuser à tout moment d'y participer bien qu'ayant donné votre consentement. Vous pouvez souhaiter ne pas répondre à certaines questions. Les informations recueillies feront l'objet d'échanges uniquement dans le cadre de la mise en œuvre de la méthode patient-traceur.

Nous vous remercions de votre contribution à l'amélioration de la qualité des soins.

Je soussigné (Nom, Prénom) ..... en  
qualité de :

- Patient  Responsable légal du patient (si patient mineur ou sous tutelle)

Accepte d'être rencontré par une équipe de professionnels des établissements du GHT dans le cadre d'une évaluation par la méthode du patient traceur.

Fait le :

Signature :

**TOUT SAVOIR**

*La Certif Synchro*  
*pour*  
**LES TULLS**

**A usage des pilotes et des autres...**

GHT Somme Littoral Sud - 2019

## SOMMAIRE

Le GHT Somme Littoral Sud

La visite de certification synchronisée

Les éléments positifs du GHT Somme Littoral Sud

Les principes du compte qualité

Les attendus des experts visiteurs et l'entretien des pilotes avec les experts visiteurs

Les questions tordues : savoir répondre !

### **Annexe 5. Le guide « La certification synchronisée pour les nuls »**

STRASSER	THIBAUT	Octobre 2019
<b>Directeur d'hôpital</b> Promotion 2018-2019		
<b>Développer une culture qualité territoriale commune : l'exemple du processus de certification synchronisée du GHT Somme-Littoral-Sud</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP - Rennes		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La mise en place des GHT a été accompagnée par la mutualisation de la fonction qualité sein des groupements. La certification n'est plus uniquement un enjeu propre à l'établissement de santé seul mais doit être appréhendée dans une perspective territoriale. Si une certification conjointe sera obligatoire en 2020 pour tous les GHT, une phase transitoire est cependant mise en œuvre pour les groupements souhaitant anticiper cette évolution. Cette phase transitoire doit permettre aux groupements de structurer leur fonction qualité mais également une culture qualité commune pour les professionnels de santé.</p> <p>Cette dynamique commune est éprouvée à travers la structuration de la gouvernance au niveau du GHT et son expérimentation à travers la préparation de la certification synchronisée. La coordination des comptes qualité des établissements est également un élément incontournable de cette dynamique commune. Enfin, la valorisation des actions menées, dans le cadre de déploiement des filières inter-établissements du GHT, destinées à matérialiser cette culture commune.</p> <p>Dans ce contexte, les groupements se doivent de créer un terrain favorable aux échanges de bonnes pratiques en s'appuyant sur une forte communication, en respectant l'identité respectives des établissements membres du groupement mais également en fédérant les professionnels autour d'un objectif commun de certification.</p>		
<p><b>Mots clés :</b>  Groupement Hospitalier de Territoire, certification synchronisée, certification conjointe, HAS, démarche qualité commune, Management Qualité Gestion des Risques</p>		
<p><b><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></b></p>		

