

# Certification commune

## Un pilotage à l'échelle territoriale

Laure SALLES Directrice des affaires médicales, générales, juridiques et de la qualité  
Elise BAILLET Coordonnatrice de la qualité et de la gestion des risques  
Centres hospitaliers de Saint-Lô et Coutances

**Une demande de certification commune de la Haute Autorité de santé (HAS) a été faite par les centres hospitaliers de Saint-Lô et Coutance, en raison de nombreux points communs. Si cette approche soulève certaines difficultés, notamment au niveau de l'atteinte des objectifs fixés par la HAS et de la gestion logistique, elle présente aussi de nombreux avantages, dont le renforcement de la gouvernance qualité et gestion des risques territoriale des deux établissements.**

**G**roupement hospitalier de territoire (GHT) de référence d'un bassin de population d'environ 150 000 habitants, le GHT Centre Manche constitue un dispositif équilibré reposant sur un hôpital de recours (centre hospitalier de Saint-Lô) et deux établissements labellisés « centres hospitaliers de proximité » (centre hospitalier de Coutances et hôpital de Carentan).

La politique qualité et gestion des risques se pilote à l'échelle du GHT depuis l'instauration en 2020 d'une instance commune dite « Qualité Centre Manche » (QCM). Cette dernière impulse la dynamique qualité et sécurité des soins au sein des établissements et du GHT dans ses différents aspects (politique commune, programme d'évaluation et de formation annuel, etc.).

### Pourquoi une visite de certification commune ?

Le choix de solliciter une visite commune de certification s'est imposé pour deux établissements du GHT sur trois en regard du degré de maturité de la démarche qualité des trois structures. En effet, la jeunesse de la gouvernance territoriale ne permettait pas d'envisager en première intention une visite impliquant trois sites hospitaliers différents. En revanche, des facteurs déclencheurs évidents ont été identifiés pour les établissements de Saint-Lô et Coutances, listés ci-dessous.

### Une antériorité de direction et de fonctions supports communes

Ces deux établissements sont organisés en direction commune depuis le milieu des années 1990 et reposent sur un fonctionnement complètement intégré et bi-site des différentes missions stratégiques (ressources humaines, achats, système d'information, logistique, etc.). Ce système s'accompagne d'un partage des fonctions supports : département d'information médicale, laboratoire, équipe opérationnelle d'hygiène ou encore équipe de rééducation, mais aussi d'une organisation en pôles d'activité clinique bi-site (cinq pôles avec des chefs et cadres de pôles uniques). D'un point de vue structurel, le directoire, la commission médicale d'établissement (CME) et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) sont uniques et regroupent les membres des deux sites.

### Un projet d'établissement commun

Assez logiquement, le projet d'établissement (dans l'ensemble de ses composantes : projet médical, projet social, projet de soins, etc.) est commun aux deux hôpitaux depuis plusieurs années. Le dernier projet fixait des objectifs autant partagés que spécifiques aux deux structures.

## Une base administrative des patients partagée

La zone d'attractivité des deux hôpitaux correspond à la population du centre Manche. Ce partage permet l'attribution d'un seul identifiant permanent du patient (IPP) pour les deux établissements et génère donc une base administrative multi-entité juridique unique, permettant de retrouver au sein du dossier patient informatisé (DPI) commun toute l'antériorité des séjours et antécédents de chaque patient sur les deux sites. Ce DPI permet de solliciter des avis spécialisés d'un site sur l'autre.

## Une simplification attendue

Au-delà des convergences organisationnelles et principes de management intégrés, la décision de visite commune a également été motivée par les conditions de réalisation et de préparation de la certification, en elle-même. En effet, un retour d'expérience des deux visites de certification précédentes (janvier 2016 pour le CH de Coutances, avril 2016 pour celui de Saint-Lô) a montré les inconvénients liés à une temporalité très rapprochée de deux visites (janvier et avril pour l'itération précédente), qui avait impliqué une double autoévaluation sur un timing très serré et avait mobilisé doublement tous les professionnels bi-sites. Aussi, la proposition de la HAS d'effectuer les nouvelles visites en janvier et février a encouragé la demande de visite unique, qui a eu lieu en février 2023. Par ailleurs, l'opportunité de mettre en avant les parcours croisés et les démarches communes a constitué un argument supplémentaire de mutualisation.

## Organisation de la visite

Dans ce contexte, la validation de la proposition de visite aux instances a été approuvée de façon unanime, traduisant une maturité des deux établissements dans cet engagement : avis positifs de la CSIRMT, de la CME, de la commission des usagers (CDU) et du comité de pilotage qualité restreint puis élargi, auquel participent, entre autres, un représentant des usagers de chaque établissement, les représentants des anciens comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et comité technique d'établissement (CTE) des deux établissements, les chefs de pôle et les cadres de pôle.

## Autoévaluation et programme d'évaluation à blanc

Environ dix-huit mois avant la visite, une autoévaluation sur les critères impératifs a été menée, réunissant les acteurs des deux établissements. Seize réunions ont permis d'aboutir à un score global de

68% de conformité et à un plan de 54 actions à mener dans un délai de six mois. Cette autoévaluation était indispensable, non seulement pour prioriser les axes d'amélioration mais aussi pour croiser les regards sur les pratiques et les organisations (intra et bi-site). Parallèlement et afin de familiariser les professionnels aux nouvelles méthodes d'évaluation déployées lors de la visite de certification HAS (parcours traceurs, traceur ciblé, audit système, observations – les patients traceurs étant une méthode déjà connue et utilisée), un programme d'évaluations internes a été élaboré en deux campagnes sur l'année, espacées de six mois. Ainsi, en 2022 ont été réalisés 57 patients traceurs, 11 parcours traceurs, 26 traceurs ciblés et 16 audits systèmes. Une démarche centrée sur le recueil des grilles d'observations a aussi été menée au sein de chaque unité. Chaque évaluation a donné lieu à des actions portant à la fois sur le fonctionnement des services et sur la gouvernance. Cette structuration a été précédée de la formation par le réseau qualité régional (Qual'va) du service qualité aux nouvelles méthodes d'évaluation déployées par la HAS.

## Préparation spécifique des représentants des usagers

La place des représentants des usagers dans toutes les étapes de la certification est primordiale. Deux commissions des usagers distinctes étant en place, il a été décidé de préparer leurs membres de façon conjointe. C'est ainsi que les représentants des usagers ont été inclus aux groupes d'autoévaluation sur les critères impératifs afin d'intégrer leur regard dans la formulation des réponses. Une attention particulière a été portée à leur préparation : un audit système à blanc a été réalisé avec eux et des réunions de préparation communes ont été initiées. Ces temps de partage ont été l'occasion de leur remettre un kit d'information composé des supports établis par la HAS, ainsi qu'une déclinaison des outils et actions institutionnels à leur disposition et dont ils étaient les contributeurs (dont le projet des usagers commun et les actions récentes déployées en matière d'expérience patient). Les représentants des usagers ont été par ailleurs invités à toutes les réunions du matin avec les experts-visiteurs lors de la visite. Cette transparence et cette implication ont été saluées par tous les acteurs à l'issue de la visite.

## Communication proactive et dédiée

Un double objectif a été assigné aux actions de communication : l'appropriation de la démarche par l'ensemble des professionnels et le rappel des bonnes pratiques.



Les roll-up «œil de la certification»

Source : GHT Centre Manche

## LES SUPPORTS DE COMMUNICATION PRÉPARATOIRES À LA CERTIFICATION ENCADRÉ 1

La direction qualité et gestion des risques, accompagnée par le service communication, a piloté la création et diffusion de supports diversifiés.

- **Des vidéos** ont été pensées comme un média propice au partage d'informations : pour chacun des quinze objectifs du manuel de certification, une bonne pratique a été sélectionnée à partir de la criticité des situations et/ou des événements indésirables déclarés dans les établissements, puis a été mise en scène dans une vidéo d'une durée moyenne d'une minute. [PAGE SUIVANTE](#)
- **Des supports visuels** appelés « Dans l'œil de la certification » ont eu pour objectif de traduire les attendus détaillés des mêmes quinze objectifs et se sont déclinés selon deux modèles :
  - les critères par objectif et par chapitre ont été présentés sur différents roll-up installés dans chaque service selon un planning de roulement [CI-DESSUS](#),
  - l'ensemble des critères du manuel a été retraduit sous forme de questions afin de faciliter la compréhension des attendus. Construit selon l'architecture du manuel, tout en précisant les méthodes d'évaluation, les profils des professionnels concernés et la répartition des critères par type (impératif, standard, avancé), un livret imprimé a été distribué dans l'ensemble des services et mis à disposition sur intranet. [PAGE SUIVANTE](#)
- **Une lettre d'information** dédiée à la certification nommée « Info certif » a été régulièrement distribuée : seize communications sous format d'un document recto/verso à destination de tous les professionnels ont ainsi été formalisées.
- **Des « flash qualité »** animés par l'équipe qualité et dédiés à la certification ont été programmés : 249 interventions de quinze minutes ont été réalisées dans l'ensemble des services de soins.
- **Des ateliers** (quinze dates) ont été mis en œuvre et ouverts à l'ensemble des professionnels : intitulés « Les questions que les experts-visiteurs vont vous poser : discutons-en ! », ils avaient pour objet de permettre des discussions ouvertes. Les professionnels ont été mis en condition de répondre aux questions de l'audit système « entretiens professionnels ».

Un plan de communication de dix-huit mois a été construit, multipliant les types de supports et les canaux de diffusion afin d'améliorer l'attractivité des informations, faciliter leur accès et ainsi toucher le plus de professionnels possible, de jour comme de nuit. La posture choisie a été majoritairement d'aller vers les professionnels et dans les services de soins. L'importance était également de donner une dynamique de diffusion afin de maintenir un niveau d'attention, tout en évitant de surcharger d'informations le mois précédent la visite et ainsi limiter le stress associé à celle-ci. Pour débiter, afin d'identifier plus simplement les communications en provenance du service qualité et gestion des risques, un logo a été créé et intégré à l'ensemble des communications.

### Écueils et difficultés

Si l'engagement dans une démarche commune reste une expérience largement bénéfique, il n'en demeure pas moins qu'elle reste un exercice complexe à plusieurs égards.

### Une appréciation parfois difficile du niveau attendu par la HAS

Le fait de mener une autoévaluation à une échelle supra-établissement revient à apprécier des organisations parfois très différentes et qui ont rendu quelque peu difficile la détermination du niveau des établissements quant à certains critères du manuel de certification. En effet, déployer une politique commune ne revient pas forcément à homogénéiser complètement les pratiques de terrain. Dans un système de cotation binaire (oui/non), les discussions des groupes d'autoévaluation ont ainsi conduit dans de nombreux cas à coter faiblement les réponses formulées.

Dans le même ordre d'idées, l'enjeu d'une mutualisation des démarches était de garder l'identité de chaque hôpital comme de chaque secteur d'activité : il était craint une dissolution ou l'absence de mise en valeur des pratiques spécifiques de plusieurs secteurs : la gestion de l'unité sanitaire en milieu carcéral n'a pas grand-chose à voir avec l'organisation d'un secteur de soins intensifs, pour autant les mêmes règles s'y appliquent. Tout l'enjeu de la préparation de la visite a donc été de garder ces singularités tout en s'assurant d'une réponse adéquate aux exigences attendues.

### Un juste équilibre dans la communication vers les professionnels

Les deux hôpitaux de Saint-Lô et Coutances demeurent deux entités juridiques différentes, aux

missions et tailles distinctes. La préparation des professionnels a dû tenir compte de ces spécificités en multipliant les interventions sur les deux sites afin de toucher l'ensemble des équipes **ENCADRÉ 1**. Il en ressort une forte mobilisation de la direction qualité, garante d'une équitable préparation entre les deux établissements. Si la dématérialisation massive des outils de communication a été privilégiée dans ce contexte, elle n'a jamais pu se substituer aux audits de terrain sur l'ensemble des prises en charge (les deux structures regroupaient l'ensemble des prises en charge expertisées par la HAS, à l'exception de la psychiatrie).

### Une gestion logistique serrée

Le debrief de la visite passée permet de mettre en avant une minimisation de l'impact de l'organisation des évaluations sur deux sites distants de 30 minutes. Même si le planning de visite avait bien anticipé cette contrainte géographique, il n'en demeure pas moins que les temps de trajets avaient été sous-estimés et ont imposé de dédier des ressources spécifiques pour accompagner les experts-visiteurs d'un site à l'autre, parfois plusieurs fois dans la même journée.

L'erreur que nous avons commise a été de mobiliser les membres de l'équipe qualité et de l'encadrement supérieur à ces transferts, alors qu'ils auraient pu être mis à contribution sur d'autres aspects de la visite. En effet, de multiples réajustements quotidiens demeurent nécessaires.

### Une organisation bénéfique à toutes les étapes

Le retour d'expérience concernant cette démarche de certification commune a conforté nos établissements dans leur choix : cette organisation a été bénéfique à toutes les étapes de la démarche, de la préparation, à la communication du résultat, en passant par les actions de communication et sensibilisation des professionnels, l'organisation de la visite et de la gestion du post-visite.

### Renforcement de l'appartenance aux deux établissements

L'obtention d'un résultat commun a permis de renforcer l'appartenance à une seule et même entité, tout en ayant des établissements possédant chacun des caractéristiques différentes. Cela évite également les interrogations liées à des résultats non homogènes alors que les organisations sont identiques (situation vécue lors des précédentes visites).

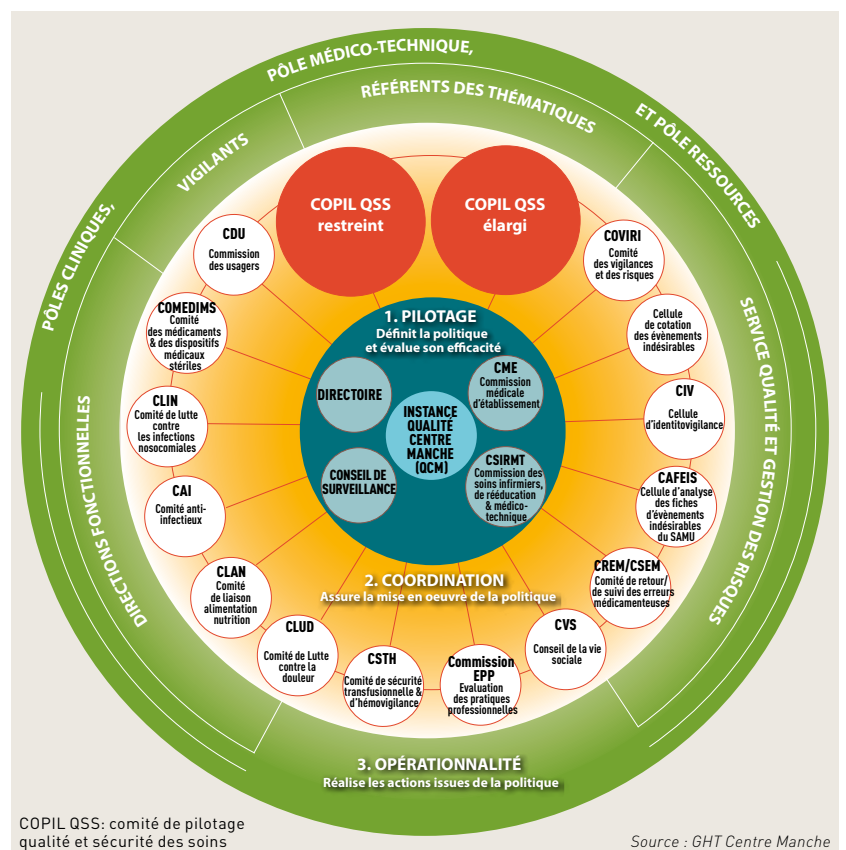
### Des groupes de travail sur des thématiques structurantes

La préparation à la visite de certification a permis de renforcer certaines collaborations, par exemple entre les deux pharmacies à usage intérieur, autour du travail en amont et en aval de la visite sur la communication, la sensibilisation et les formations autour de la prise en charge médicamenteuse **ENCADRÉ 2**. D'autres groupes ont été créés, comme



Vidéos et livret « Dans l'œil de la certification ».

## ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES FIGURE 1



celui sur les urgences vitales ayant comme mission de réfléchir à l'évolution de notre organisation et à la mise en place de la journée de l'urgence, sur un format commun aux deux établissements.

### Consolidation de la légitimité de la gouvernance commune

S'engager dans une démarche commune avait également pour enjeu de pouvoir valoriser et consolider l'architecture de notre gouvernance qualité et gestion des risques territoriale. En effet, la politique qualité, définie à l'échelle du GHT, est déclinée en une politique qualité et sécurité des soins 2021-2025, commune aux centres hospitaliers de Saint-Lô et Coutances. Son pilotage opérationnel se définit au

sein d'instances communes permettant de maintenir une même dynamique de développement, et de faciliter son suivi par le biais des pôles d'activité clinique. **FIGURE 1**

Au sein du service qualité, chaque professionnel est ainsi référent d'un pôle. Ses principales missions sont l'accompagnement méthodologique des professionnels dans la réalisation des projets qualité et gestion des risques, et les actions de communication et sensibilisation auprès des professionnels. La cohérence de la dynamique qualité repose également sur la promotion des actions d'évaluation croisées entre les deux établissements : des groupes d'auditeurs internes et d'auditeurs « patient traceur » (composés de professionnels de tous métiers issus de tous les secteurs d'activité hospitalière) sont amenés à intervenir de façon indifférenciée sur les deux établissements et incitent fortement au partage de pratique.

**P**iloter une démarche de certification sur plusieurs établissements s'impose comme une évidence quand le système qualité est suffisamment intégré pour considérer le partage de pratique et de protocoles comme un socle commun. Cependant, l'homogénéisation ne doit jamais rimer avec standardisation.

Un exemple de communication autour de la prise en charge médicamenteuse.



Présentation de la famille Toutirabien

## UNE SENSIBILISATION LUDIQUE À LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE ENCADRÉ 2

Devant le besoin de communiquer autour de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et profitant de la préparation à la certification, les deux pharmaciens responsables du management de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM) de chaque établissement ont décidé ensemble :

- d'adopter une manière plus ludique d'approcher la thématique,
- de créer une communication commune aux deux centres hospitaliers,
- de rechercher un nouveau moyen de sensibilisation,
- de faciliter l'identification des communications autour de la PECM.

Accompagnée du service communication, la création des visuels a donné naissance à la famille Toutirabien, cinq personnages en rappel à la règle des 5B **CI-DESSUS**.

Un jeu concours a été lancé pour trouver le prénom de chaque personnage afin d'impliquer les professionnels à cette naissance. La famille permet d'avoir une identité visuelle propre à la PECM et harmonise les supports de communication. Cette famille a été développée sous format jeu de cartes, avec une présentation humoristique et décalée, et les flash PECM ont été mis en place au sein des services par les RSMQPECM **CI-CONTRE**.

L'ensemble des supports d'information est regroupé dans une boîte à outils sur intranet, directement accessible à partir de la page d'accueil.



Source : GHT Centre Manche