

---

# Démarche qualité gestion des risques GHT Cœur Grand Est

---

# Introduction

# Introduction

---

## **Organisation territoriale de la démarche qualité en vue de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :**

1 coordination générale de la démarche qualité gestion des risques, 15 collaborateurs : directeur des soins, préventeur, ingénieur, technicien, agent administratif, cadre supérieur de santé, cadre de santé

Equipes qualité :

- Hétérogènes,
- Reconnues au sein des établissements et qualifiées,
- Complémentaires : expertises multiples sur des pans spécifiques de la démarche qualité.



# Présentation du GHT Cœur grand Est



# Dates des visites de certification

---

CH Saint-Dizier : 14 au 18 novembre 2022

CH Vitry le François : 29 nov. au 2 décembre 2022

CH Verdun Saint-Mihiel : 5 au 9 décembre 2022

CH de Haute Marne : 16 au 20 janvier 2023

CH Bar le Duc Fains Véel : 16 au 20 janvier 2023

Hôpitaux locaux : 7 au 10 mars 2023

---



# Politique Qualité et Stratégie

# Le projet qualité partagé GHT

---

## Développement et management QGDR TERRITORIALE

- Enjeu d'attractif du territoire et de la démarche qualité

## Optimiser la gestion des risques

- La pertinence des soins, engagement porteur de l'amélioration qualité/sécurité des soins

## Respecter les droits des usagers

- Développement de la participation de l'utilisateur

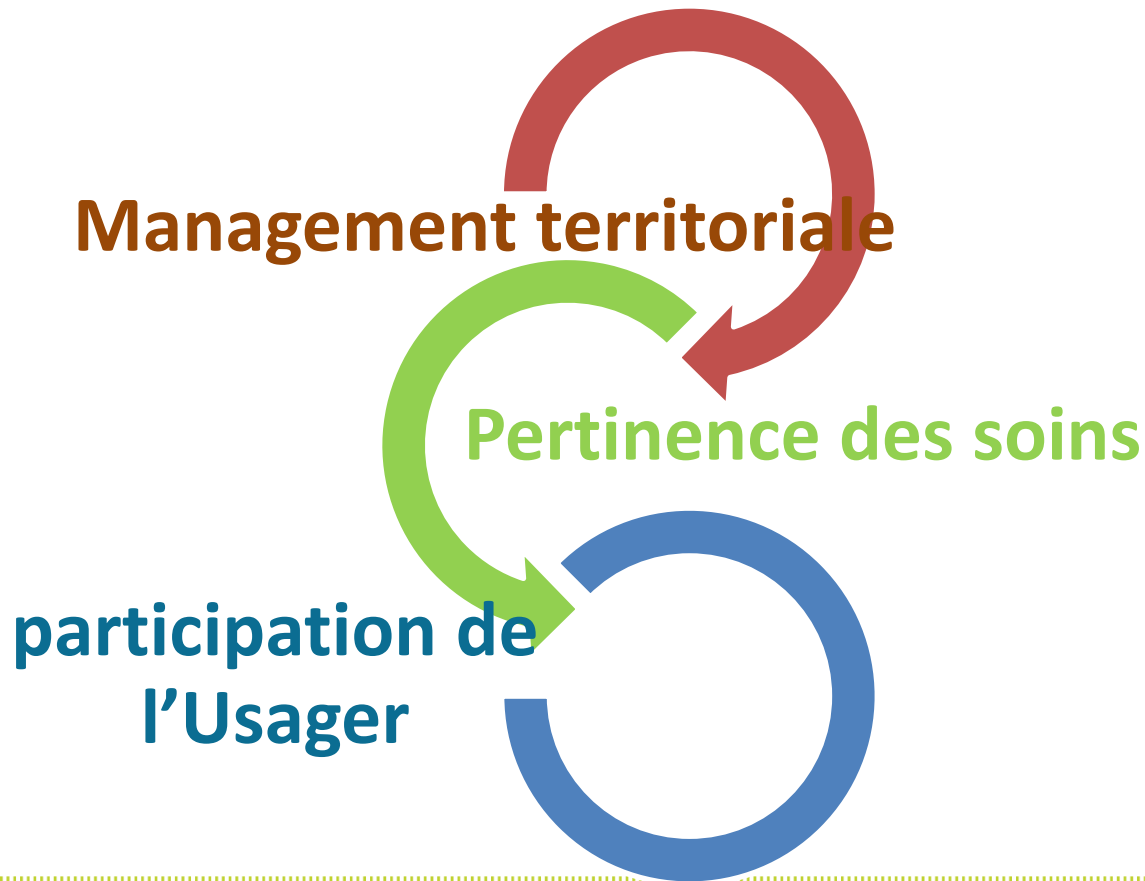


# 3 ORIENTATIONS STRATEGIQUES

---



## UN LEVIER DE PROGRESSION





# Objectifs principaux

---

- Fédérer les équipes qualité

Amélioration des interactions

- Inscrire la pertinence des soins

Au cœur des pratiques

- Fédérer l'ensemble des acteurs pluriprofessionnels et les usagers

Par un management territoriale

- Garantir un même niveau de qualité sécurité des soins

Gage de la sécurité et de la satisfaction des usagers sur tous les ES du GHT,


Obtenir la reconnaissance

Par la maitrise des risque territoriale

Contribuer à l'attractivité territoriale,

l'amélioration financière des établissements, par la reconnaissance

---



GHT Cœur Grand Est – Projet QGDR	Créer une dynamique qualité gestion des risques partagée sur le GHT	FICHE N°6 DATE : 03/2019 PILOTE: Directeurs des soins , Présidents de la CME, Directeurs délégués de site, Coordinateur des risques associés aux soins du GHT
<b>Objectif(s) opérationnel(s) :</b> Fédérer les acteurs hospitaliers pour la reconnaissance de la qualité des prises en charge.		
<b>Domaine d'application</b>		
S'applique à l'ensemble des établissements du GHT		
<b>Description de l'action</b>		
<p>Il s'agit de sensibiliser les acteurs hospitaliers et plus particulièrement les corps médicaux et paramédicaux aux attentes des usagers et des tut-elles afin d'obtenir un financement à la qualité.</p> <p>En terme de management de cette action, il est nécessaire de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer les objectifs qualité dans les contrats de pôle,</li> <li>- Analyser les indicateurs notamment lors du dialogue de gestion des pôles,</li> <li>- Communiquer régulièrement lors de réunions de pôles sur la performance, et au sein des instances</li> </ul>		
<b>Bénéfices attendus :</b>		
<p>Meilleure image des établissements,</p> <p>Satisfaction des professionnels,</p> <p>Dotation IFAQ avec perspectives de rétribution des pôles performants</p>		
<b>Pré requis</b>		
<p>Adhésion des Directeurs des soins, Présidents de la CME, Directeurs délégués de site, Coordinateur des risques associés aux soins du GHT</p> <p>Connaissance des règles édictées chaque année,</p> <p>Recueil des indicateurs par les professionnels des services concernés</p> <p>Mise en oeuvre des actions d'amélioration dès recueil des IQSS à partir d'identification d'anomalies</p> <p>Inscription d'objectifs qualité pertinents dans les contrats de pôle</p>		
<b>Ressources nécessaires</b>		
<p><b>Humaines :</b></p> <p>Un responsable qualité pour chaque établissement,</p> <p>Les pilotes de pôle,</p> <p>Auditeurs internes,</p> <p>Contrôleur de gestion, direction des finances</p> <p>DIM</p> <p><b>Logistiques :</b> Salle de réunion, visio, paramétrage du DPI (requêtes automatisées et non automatisées), PMSI pilot, quick audit ciblés</p> <p><b>Financières :</b> temps dédiés, outils informatiques</p>		
<b>Calendrier de mise en oeuvre</b>		
2019 / action permanente		
<b>Dispositions de réalisation, de validation et de contrôle des actions</b>		
<p>Un programme d'audits trimestriels par indicateur est défini et mis en oeuvre</p> <p>Un accompagnement pour la définition et le déploiement d'actions correctives est organisé avec les acteurs concernés</p>		
<b>Critères et indicateurs d'évaluation :</b>		
Evolution positive des scores IQSS, IFAQ IAS et autres indicateurs...		

# Facteurs de réussite identifiés

Respect des identités locales et de leur autonomie

•Management bienveillant, transversal et empreint d'un fort leadership,

Existence d'orientations stratégiques claires,

Impulsion et implication fortes de la gouvernance

Pilotage robuste de la démarche qualité,

Communication régulière

Participation et implication des usagers.



# Implication des pôles territoriaux

---

son expertise qualité  
gestion des risques

un appui méthodologique  
(parcours patients, parcours  
de soins, réponse aux  
attendus HAS...)

Référent  
qualité/pôle

un éclairage dans le choix  
des indicateurs spécifiques  
par pôle

une formation des trio de  
chaque pôle



# Pilotage par établissement

---

Création d'un Comité Qualité Sécurité des Soins (CQSS) par établissement piloté par :

- Le Directeur des soins, qualité gestion des risques,
- Le Président de CME.

Avec inclusion des représentants des usagers

Démarche qualité systématiquement présente à l'ordre du jour des instances (CME, CSIRMT, CDU ...)

---



---

# Organisation et méthode

# Choix méthodologiques

---

méthode



organisation



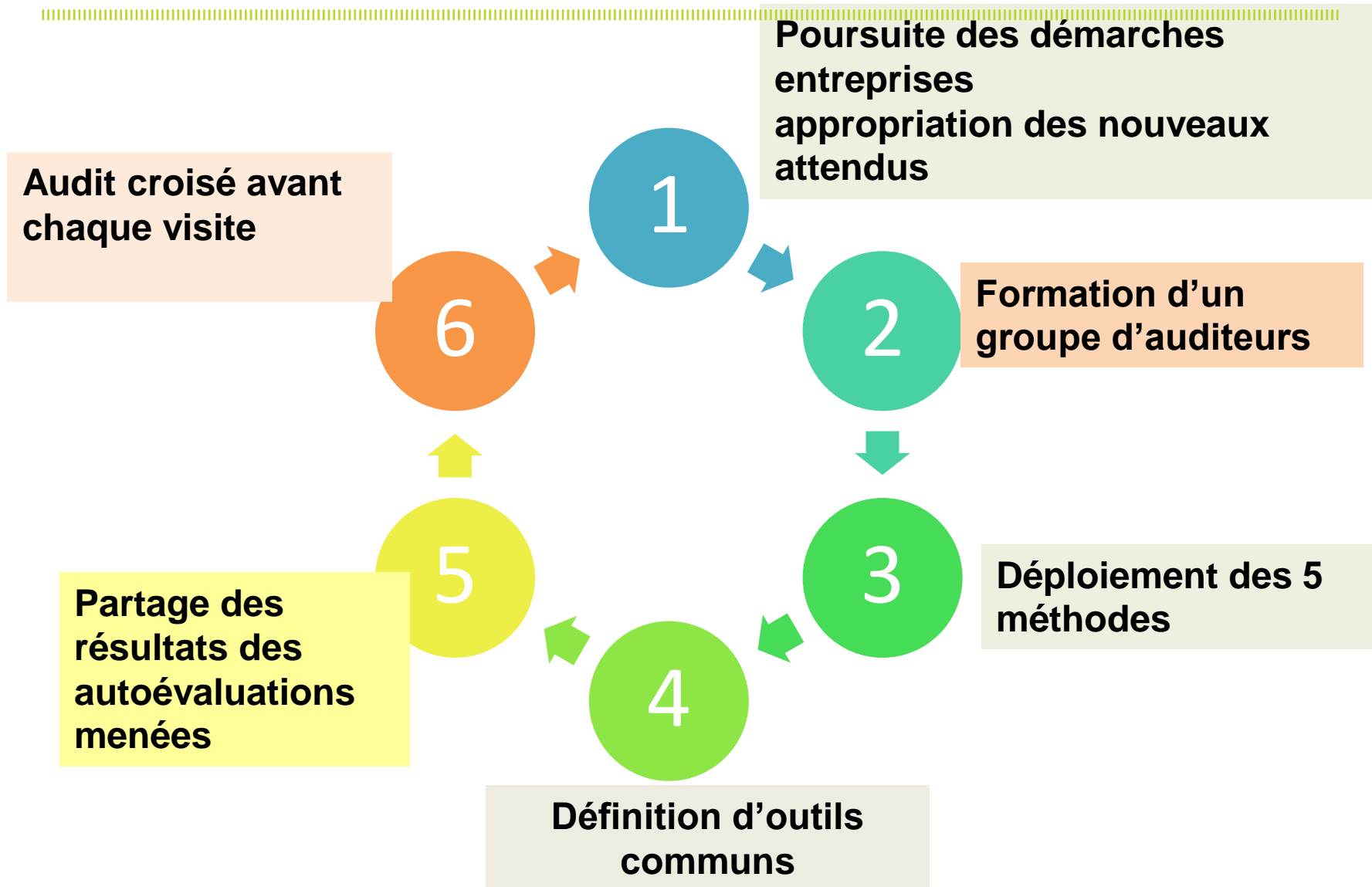
pédagogie



qualité



# LES POINTS FORTS/EXPERTISES





# Choix méthodologiques

---

1

## Poursuite des démarches déjà entreprises et appropriation des nouveaux attendus

- Exploitation en commun des écarts identifiés lors de nos dernières visites de certification,
- Maintien de l'approche par processus avec mise à jour des cartographies de risques et du PAQSS
- Intégration progressive des différents critères du nouveau référentiel de certification

2

## Poursuite des démarches déjà entreprises et appropriation des nouveaux attendus

50 auditeurs formés sur le GHT, toutes catégories professionnelles confondues

# Choix méthodologiques

---

## 3

### Déploiement dans chaque établissement des 5 méthodes

- Patient traceur : en interne, soignant, médecin, qualité
- Parcours traceur : en interne, soignant, médecin, qualité et de façon croisée
- Observation : en interne et de façon croisée
- Audit Système « Gouvernance » : par 2 Directeurs des Soins avec RU, RP, SST, préventeur
- Audit système « Entretien professionnel » : en interne et de façon croisée
- Traceur ciblé : en interne et de façon croisée

avec accompagnement de la SRA pour se familiariser avec les parcours traceurs et les traceurs ciblés

# Choix méthodologiques

---

## 4

### Définition d'outils communs

- Grilles d'audits et méthodes d'évaluation en lien avec la certification
- Qual'endrier de l'avant
- Fiches synthèse par thématique
- Mémoqual,
- Outils « MAR »
- Tableau de bord d'indicateurs qualité par service
- Outils de communication (semaine sécurité patient ...)
- ...

# Choix méthodologiques

---

5

Partage des résultats des autoévaluations menées

6

Avant chaque visite


Mobilisation du groupe Qualité GHT pour un dernier audit d'observation

---

# L'après certification

# Ressentis sur la visite de certification

---

- 5 visites sur 6 réalisées,
  - Décisions du collège de certification non connues,
  - Scores provisoires supérieurs aux autoévaluations
- 
- Bienveillance des EV,
  - Approche pédagogique,
  - Constats factuels,
  - Rapport intermédiaire fidèle
- 
- Réconciliation avec la démarche de certification,
  - Démarche qualité confortée
-

# POURSUITE DE LA DEMARCHE



Maintenir la dynamique qualité  
au plus près de la prise en  
charge du patient

• **Développer  
l'expérience patient**

**Renforcer la culture de  
l'évaluation  
pour progresser**

**Pérenniser la démarche  
QGDR**



# Poursuite de la démarche

---

## Programme :

- Maintenir la pertinence de l'organisation territoriale
  - Poursuivre les audits croisés
  - Mener des certifications blanches
  - Poursuivre, faire évoluer nos outils communs
  - Actualiser notre projet QGDR territorial 2023-2027
  - Elargir le groupe d'auditeurs internes notamment aux médecins
  - Exploiter de nouveaux outils (BetterWorld, ...)
-



# Conclusion

---

*« Se réunir est un début ;  
Rester ensemble est un progrès ;  
Travailler ensemble est la réussite. »*

Henri FORD

