

RETEX CHU Clermont-Ferrand

*L'implication de l'équipe dans la procédure de Certification V2020
et la place de l'équipe dans la démarche d'amélioration*

25/11/2021 CEPPRAAL

DQGRDU/BS/MB0/LD/IG 2021-321



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE



Intervenantes : Isabelle GENES – Directrice des Soins

Mireille BONY et Laure DUCROS– Ingénieurs Qualité Gestion des Risques

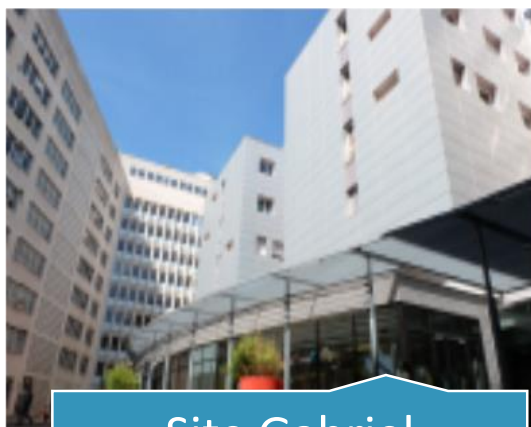
Le CHU de Clermont-Ferrand

Un Centre Hospitalier Universitaire réparti sur 3 sites



1883
lits et places

*Des directions
communes sur un
territoire du GHT et
des territoires inter-
GHT*



Site Gabriel
Montpied

Site Gabriel-Montpied
869 lits
172 places



Site Estaing

Site Estaing
418 lits
86 places



Site Louise Michel

Site Louise Michel
318 lits
20 places

Visite de certification HAS

- Durée de visite 1 semaine – 7 EV + 3 médecins PT (1 jour)
 - Calendrier complexe à organiser au vu des séquences très courtes sur le terrain
- Visite de certification du 21 au 25 juin 2021
- Ajustement du calendrier avec la HAS / coordonnateur des EV
 - Mobilisation de l'encadrement via la coordination générale des soins
 - Mobilisation médicale pour tous les traceurs dans les unités de soins par des présentations régulières en CME et publipostage
 - Mobilisation des membres de la DQGR pour la logistique (3 sites)
- Participation d'un observateur de la HAS

« Se mobiliser en temps record » - plusieurs défis

- **S'approprier les nouveaux outils**
 - le manuel de certification paru en novembre 2020 (fiches pédagogiques et les modalités d'évaluations)
 - l'outil CALISTA
- **Deux séances d'appui de la HAS :**
 - 31/03/2021 : webinaire sur la méthode du Parcours Traceur (2 sessions)
 - 07/04/2021 : webinaire sur la méthode du Traceur ciblé (2 sessions)
- **Mobiliser les professionnels**
 - Groupes de travail à partir de l'existant des thématiques V2014
 - Auto-évaluations à conduire dans un contexte de crise sanitaire

Stratégie de pilotage

- Une **Coordination Centrale** (Copil certification) basée sur le dispositif de coordination QGR existant
- **Un découpage des activités en domaines et sous-domaines en lien avec les fiches pédagogiques et les dispositifs existants et les responsables en place**
 - Des supra-pilotes et des pilotes par sous-groupe avec l'appui d'un interlocuteur de la DQGRDU pour chacun des sous-groupes.
 - Une Fiche Mission pour les pilotes intégrant l'ensemble des critères à explorer

Composition des domaines / sous-domaines

DOMAINES / PILOTES	SOUS-DOMAINES	PILOTES MEDECINS	PILOTES DIRECTIONS DES SOINS / DIRECTION FONCTIONNELLE	REFERENTS DQGRDU
SECTEURS A RISQUES	Radiologie interventionnelle			
	Cardiologie interventionnelle			
	Chirurgie interventionnelle/ Ambulatoire / Bloc Opératoire/ Anesthésie			
	Réanimations adultes / enfants			
	Endoscopie			
	Greffe			
	Urgences SAMU/SMUR			
	Maternité			

Composition des domaines / sous-domaines

- PEC médicamenteuse / DM / stérilisation
- Dossier Patient / SIH
 - Dossier patient
 - SIH
- Gestion des risques / EI / Vigilances / SSE
- Droits des patients / Usagers / Patient partenaire / Ethique / Bientraitance
- PEC Douleur / Soins Palliatifs avec 2 sous-groupes

Composition des domaines / sous-domaines

- Parcours Patient :
 - Enfant/adolescent,
 - Personne âgée,
 - Psychiatrie,
 - SSR,
 - Précarité,
 - Transport,
 - Cancérologie
- Management QGR
- Management QVT
- Leadership
- Représentants des Usagers / Engagement patient

Extrait d' une Fiche Mission

2-Manuel de Certification HAS V2020 - Critères

- ✓ **Manuel de certification HAS V2020** : lien sur la GED [DQGRDU-EXT-001 Manuel de certification HAS V2020](#) (Sommaire des critères p.20) et lien vers [l'outil d'appropriation du référentiel](#)
- ✓ **Fiche pédagogique HAS** : [DQGRDU-EXT-016 Evaluation des secteurs interventionnels](#)
- ✓ **Critères du manuel de certification HAS** :

Critères standards : correspondent aux attendus de la certification.

Critères impératifs : correspondent à ce que l'on ne veut plus voir dans un établissement de santé.

Critères avancés : correspondent aux exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour.



CHAPITRE	OBJECTIF	CRITERE	Extraction manuel	Méthode d'évaluation (lien)
CHAP.2 LES EQUIPES DE SOINS	2.2 Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	2.2-10 Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences	Critère standard  2.2-10.pdf	Parcours Traceur: Vidéo HAS
		2.2-11 Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	Critère standard  2.2-11.pdf	

Extrait d'une Fiche Mission

4- Méthodologie

- Poursuivre la dynamique des groupes de travail pluridisciplinaires. Les réunions font l'objet d'un émargement et d'un compte-rendu qui seront enregistrés dans le serveur partagé mis à disposition.

- S'assurer de la réalisation des évaluations

Grille HAS :

→ Traceur ciblé Prévention des Infections associées aux soins et Observations



GRII-prevention-de
s-IAS.pdf

→ Patient traceur : [Grille d'évaluation patient traceur HAS DQGRDU-PT-EXT-001](#)

→ Parcours traceur : [Grille évaluation parcours traceur certification HAS 2020 : exemple chirurgie et interventionnel](#)

- Analyser les résultats des évaluations
- Définir les actions à mettre en place, les suivre et les inscrire au PAQSS
- Identifier les éventuelles difficultés rencontrées / freins et les faire remonter à l'interlocuteur DQGRDU identifié.
- Respecter le calendrier institutionnel :
 - Auto-évaluation avant fin mai 2021
 - Visite de certification du 21 au 25 juin 2021

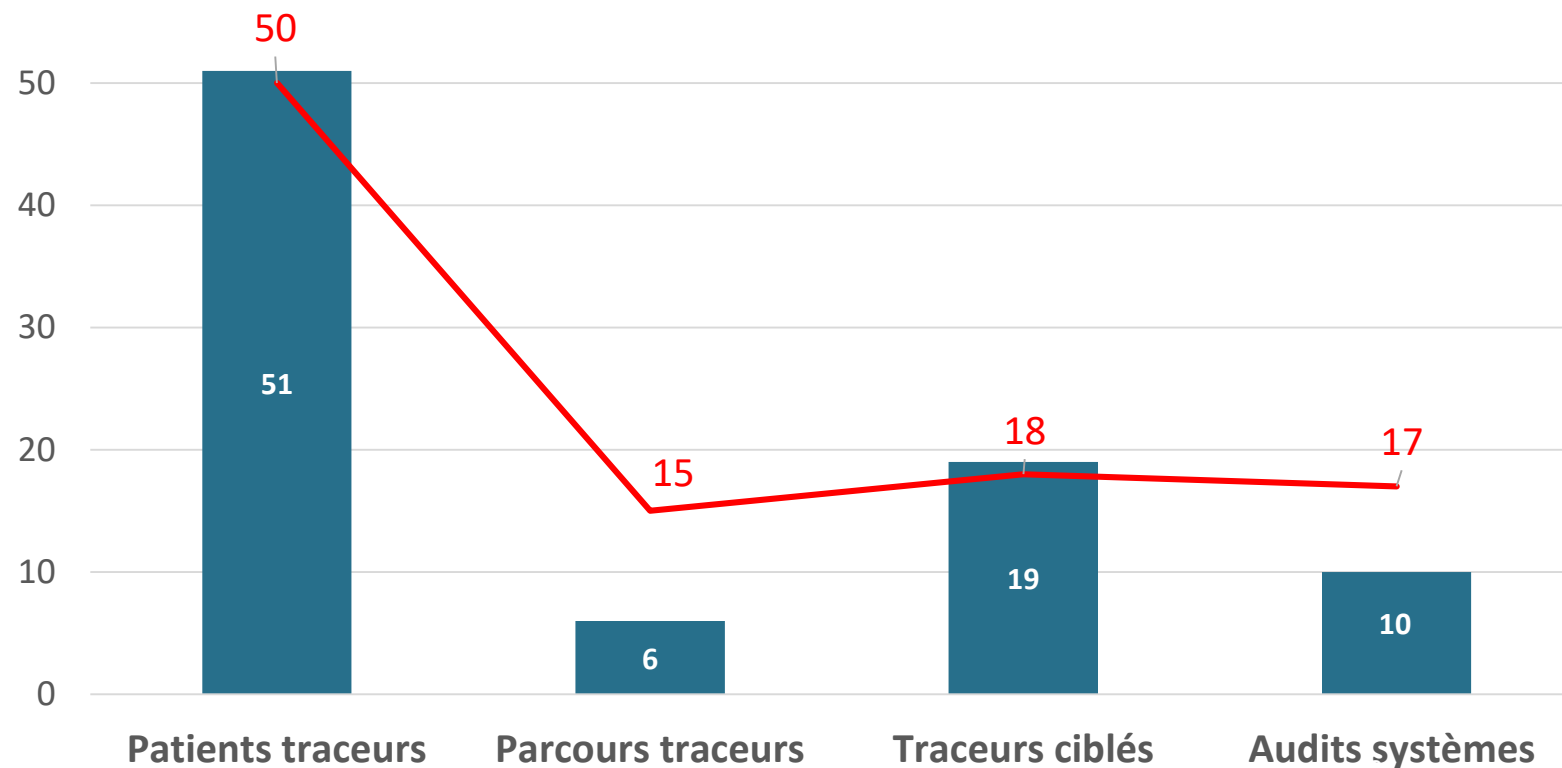
- Envoi par mail à l'ensemble des pilotes concernés

- Présentation par les interlocuteurs de la direction qualité dans chaque domaine/sous-domaine

Stratégie de pilotage

- **Le déploiement des évaluations** à marche forcée sur un maximum de services menés par un médecin (EV) détaché sur cette mission.
- Réalisation de différents traceurs attendus par la HAS pour réaliser une autoévaluation avant la visite de certification :
 - Patients traceurs;
 - Parcours traceurs;
 - Traceurs ciblés;
 - Audits systèmes;
 - Observations : réalisées avec les autres évaluations.
- Mise en place d'audits mensuels de tenue de services (7 dimensions)

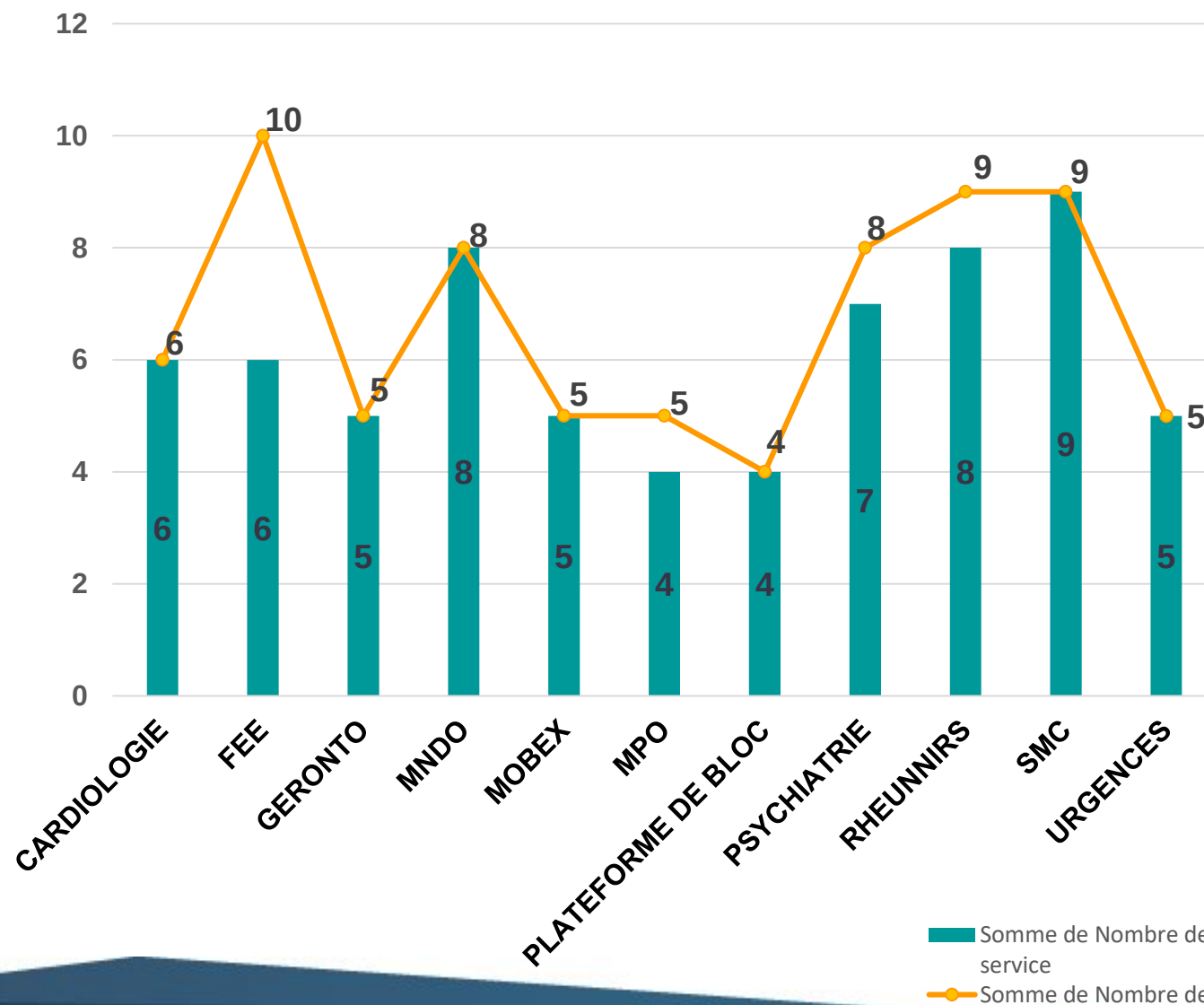
Bilan des évaluations internes réalisées par rapport aux recommandations de la HAS avant la visite



 Nb d'évaluations déjà réalisées avec la nouvelle grille HAS depuis déc 2020

 Nb d'évaluations recommandées par la HAS avant la visite

Evaluations réalisées par pôles / services



Au total :
90,5 % des services ont réalisé /planifié au moins un traceur avant la visite de certification.

Suivi des évaluations

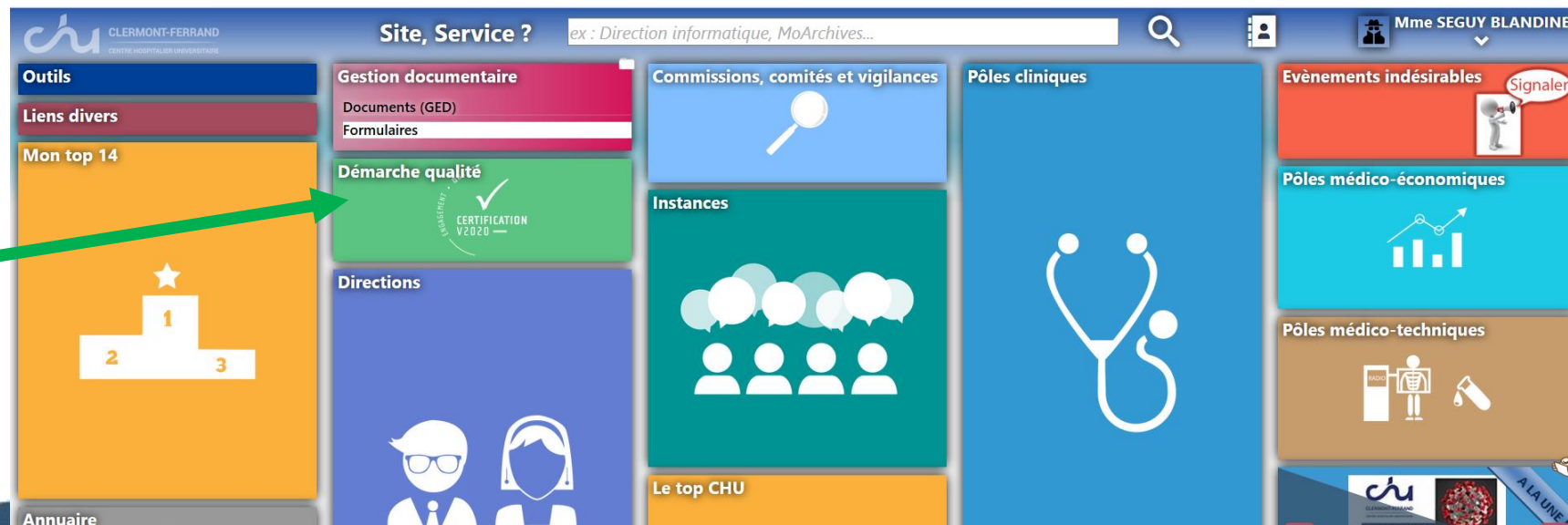
- Fiche de synthèse / évaluation pour retour auprès des services
- Enregistrement des actions d'amélioration retenues par le service via des Fiches Actions (accompagnement Ingénieurs DQ dans le déploiement)
- Suivi de l'avancement des actions via les cellules qualité / réunion des groupe de travail « domaines/sous domaines »
- Mise à jour des cartographies des risques et plans d'actions associés (secteurs à risque)

Bilan de la période d'auto-évaluation

- Deux à trois réunions de chacun des sous-groupes entre mi-février et mi-juin 2021.
- Réunions mensuelles des cadres de santé : bornage de la démarche et RETEX des auto-évaluations, échanges de pratiques - synergie des plans d'actions.
- Auto évaluation : Implication professionnel, meilleure compréhension des méthodes et de leurs intérêts.
- Les professionnels se sont saisis de la démarche et du suivi des actions → démarche qualité plus concrète.

- Une **communication renforcée** auprès des professionnels notamment via interlocuteurs de la DQ en direction des pôles.

Rubrique, « Démarche Qualité », accessible depuis la page d'accueil de l'intranet du CHU :



Focus Outils de communication

- Rubrique, « Démarche Qualité », accessible depuis la page d'accueil de l'intranet du CHU :
- 5 vidéos sur la confidentialité des données personnelles



Lettre Qualité



INFO QUALITÉ

EN ROUTE POUR UNE DÉMARCHE QUALITÉ PARTAGÉE

La visite de certification de la Haute Autorité de Santé, qui correspond à une procédure d'évaluation du niveau acquis de la qualité et de la sécurité des soins, se déroulera au cours du mois de juin 2021 pour notre établissement.

Le CHU de Clermont-Ferrand s'engage ainsi pour la 5^{ème} fois dans la démarche de certification. Sa réussite nécessite l'engagement de tous. En effet, le travail de chacun et chacune participe, à son niveau, à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés au sein de notre établissement.

LES ENJEUX DE LA 5^{ème} CERTIFICATION



Les Mémos de la démarche qualité gestion des risques - Déploiement démarche et visite de certification

 *Fiche Mémo Démarche qualité et gestion des risques - à l'attention des professionnels*

 *Mémo prévention du risque infectieux*

 *Bonnes pratiques d'identitovigilance*

 *Sécurisation du circuit du médicament : Points clés*

 *Mémo sécurisation circuit du médicament - IDE, Sage-femme, Manip-radio*

 *Mémo sécurisation circuit du médicament - Prescripteurs*

 *Lexique des termes et abréviations utilisés Certification HAS V2020*

 *Pilotes des domaines Certification HAS*

Mise à jour au 7 Avril 2021

Extrait Fiche Mémo Démarche Qualité Gestion des risques

 CLERMONT-FERRAND CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE	MEMO Démarche qualité gestion des risques Certification V2020	DQGRDU-DIP-010
Version : 1	Date de diffusion: 18/05/2021	Page 1 sur 6

Ce document contient des liens vers la base de gestion documentaire Intraqual Doc

DEMARCHE D'AMELIORATION QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Organisation de la démarche qualité et Gestion des risques de l'établissement	Manuel Qualité et Gestion des risques du CHU Il existe un comité de pilotage de cette démarche : le CCQSGR qui est organisé en sous-commission de pilotage : Organigramme fonctionnel du comité de coordination de la qualité, sécurité et de la gestion des risques (CCQSGR).
Qu'est-ce que le PAQSS ?	Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) regroupe l'ensemble des actions institutionnelles du CHU. Il est accessible sur Intraqual via ce lien : le PAQSS 2020
Indicateur de la qualité de la sécurité des soins (IQSS)	Ce sont des enquêtes annuelles ou bi-annuelles menées par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur des dossiers patients pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Plaquette IQSS 2019/2020
E-Satis	Il s'agit d'un questionnaire de satisfaction commun à tous les établissements de santé publique et privée envoyé par la HAS via mail aux patients.

Extrait Fiche Mémo Démarche Qualité Gestion des risques

Gestion des plaintes et des réclamations	La Direction Qualité, Gestion des Risques et Droits des Usagers (DQGRDU) centralise, en lien avec la Commission Des Usagers (CDU), la gestion des plaintes et réclamations formulées par les usagers. La procédure de gestion des plaintes et réclamations est disponible sur intraqual. Contact : reclamationsusagers@chu-clermontferrand.fr
Information du patient/proches en cas de dommage lié aux soins	Le document HAS ci-joint présente des recommandations sur l'annonce d'un dommage associé aux soins : Annonce d'un dommage associé aux soins. La procédure institutionnelle portant sur l'information du patient et de ses proches en cas de dommage lié aux soins est disponible sur Intraqual.
Personne de confiance	Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Elle pourra accompagner le patient dans les démarches liées à sa santé et, exprimer les volontés du patient si celui-ci n'est plus en capacité de le faire. Le formulaire de désignation de la personne de confiance doit être signé par le patient et par la personne de confiance désignée. Le document d'information patient sur la désignation d'une personne de confiance prise en charge sur l'établissement (Hors EHPAD). Ces documents sont disponibles sur Intraqual. Pour l'EHPAD de l'Hôpital Nord, les documents de recueil et document d'information patient sont également disponibles sur Intraqual.

Formations / sensibilisation des équipes

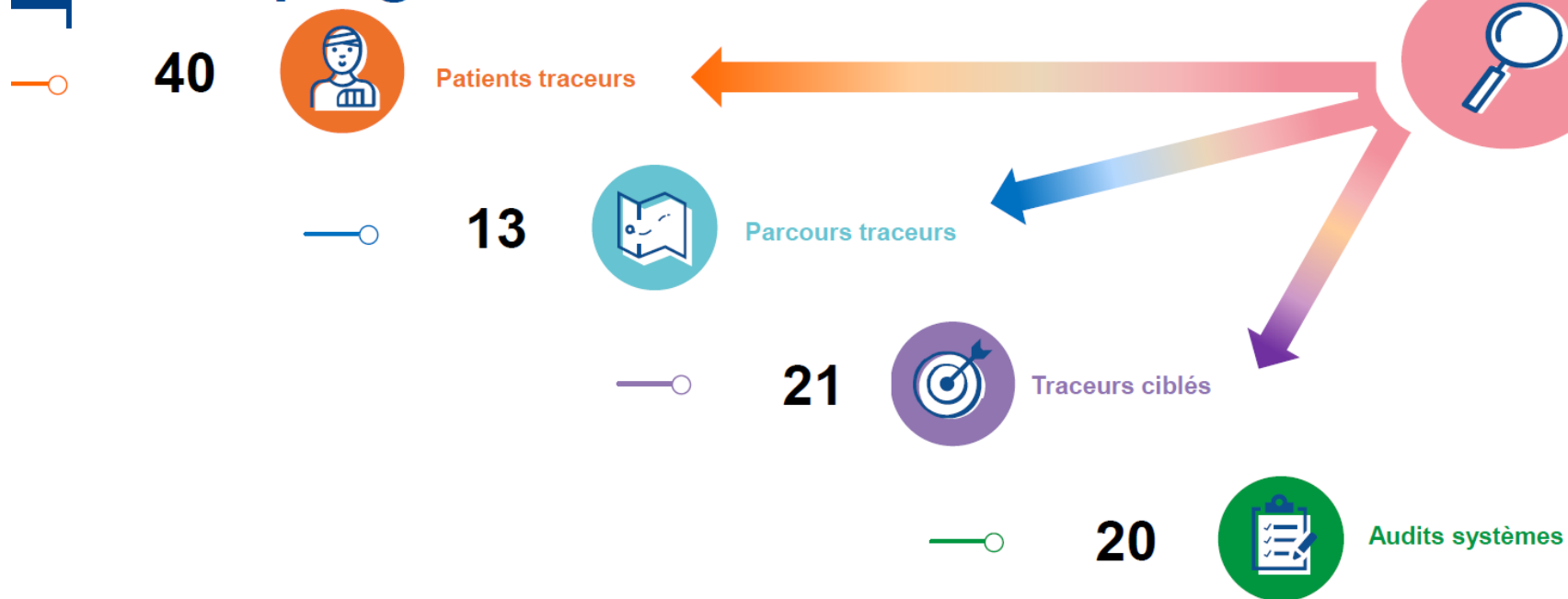
- Temps de sensibilisation spécifiques aux équipes de nuits
- Formation à la Gestion électronique documentaire et déclaration des évènements indésirables (équipes de jour et de nuit)
- Formation à la méthode patient traceur (ouverte aux membres du GHT)
- Actions de sensibilisation des BE/secrétariats médicaux à l'identitovigilance
- ...



CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Visite de certification :

Votre programme



6 rencontres avec la gouvernance

13 rencontre(s) avec les professionnels

1 rencontre(s) avec les représentants d'utilisateurs

Préparation à la visite

- Communication personnalisée de chaque évaluation prévue auprès de l'encadrement et chefs de service
- Rappel des différentes méthodes et organisation pour la visite via un courrier récapitulatif par mail

Préparation de l'évaluation : pour le 18 juin au plus tard, vous (ou le coordonnateur médical que vous aurez identifié) devez :

1. Fournir une liste de 5 dossiers (a minima) de patients sortis d'hospitalisation dans les 2 derniers mois (20/04 au 20/06) et correspondant au profil de parcours demandé par les Experts-Visiteurs, au plus tard la veille de la visite,
2. Récupérer les dossiers papiers (le cas échéant), pour en disposer lors de la visite,
3. Mobiliser un médecin et un cadre de santé et éventuellement un professionnel médical ou paramédical de votre secteur concernés par ce parcours et connaissant les dossiers sélectionnés, capables d'en faire une synthèse brève à l'expert-visiteur puis de répondre aux questions sur vos pratiques de service à partir (mais pas exclusivement) du dossier fil-rouge sélectionné,
4. Vous coordonner avec les autres équipes impliquées dans ce parcours pour réserver une salle de réunion, avec ordinateur (pour accès au dossier patient sur Crossway et sur vos logiciels métiers).
5. Informer par courriel la Direction Qualité direction-qualite@chu-clermontferrand.fr de la salle retenue (site / étage / secteur / ...) pour accueillir l'expert visiteur et réaliser l'entretien.

Réalisation d'une évaluation de type PARCOURS TRACEUR selon les 3 étapes suivantes :

1. Sélection d'un dossier fil-rouge par l'expert visiteur après synthèse orale rapide des 5 dossiers par le (la) médecin
2. Entretien de l'expert-visiteur avec les équipes de soins impliquées dans le parcours
3. Parcours physique (Visite) par l'Expert Visiteur dans les différents secteurs traversés par le patient

Informations complémentaires :

- Remarque : lors de ces échanges sur les parcours traceur, aucun patient n'est rencontré.
- Vidéo de présentation de la méthode par la HAS :

Organisation adaptée / Relai information Direction qualité – services

- Rôle de l'encadrement / chef de service :
 - Fournir le listing des patients correspondant au profil souhaité pour le jour de l'évaluation.
 - Réserver une salle (centralisation par la Direction Qualité) avec accès aux logiciels métiers.
 - Convier les professionnels concernés.
- Rôle Direction qualité / Direction des soins :
 - Relai entre les EV et les services de soins : transmission des listing patient traceur choisis par les EV, centralisation des retours des évaluations en direct
 - Gestion de la logistique entre les 3 sites
 - Gestion des demandes non prévues lors de la visite : rencontre président du CLIN, du CLUD, le RSMQPECM ...

Résultats issus de pré-rapport de visite

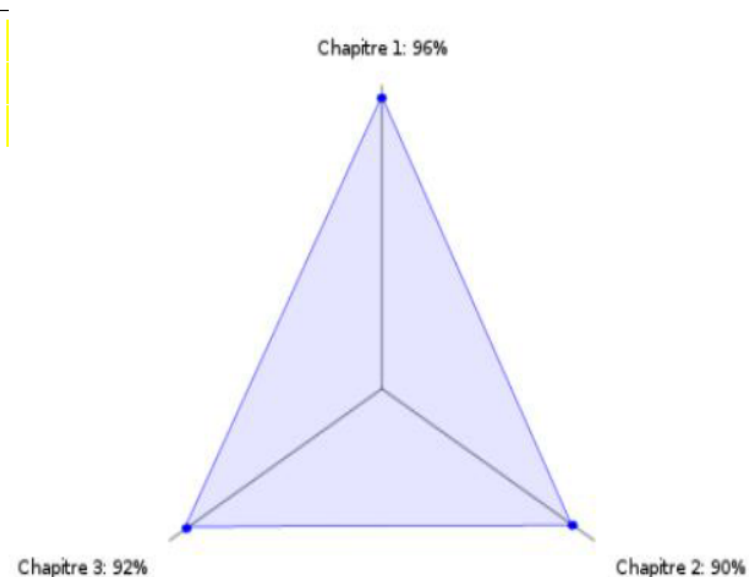
Les résultats globaux

Résultat Evaluation Externe

CHAPITRE 1 : LE PATIENT

CHAPITRE 2 : LES ÉQUIPES
DE SOINS

CHAPITRE 3 : L'ÉTABLISSEMENT
DE SANTÉ



7 fiches anomalies

• Fiche anomalie Médicaments à Risques	41,67%
• Fiche anomalie de la douleur	93%
• Fiche anomalie de la douleur n° 2	93%
• Fiche anomalie IQSS	95%
• Fiche anomalie Maltraitance	88%
• Fiche anomalie Management de la Qualité	88%
• Fiche anomalie Prise en charge somatique en Psychiatrie	50%

Où en sommes-nous ?

- Attente de la décision définitive (*prévue fin novembre 2021*)
- Communication des résultats du pré-rapport auprès des équipes via instances, Commissions, cellules qualité des pôles, réunions cadres ...
- Suivi des actions engagées, poursuite de la dynamique
- Evaluations à pérenniser sur l'année 2022

En conclusion

- Accueil des experts, disponibilité des équipes et organisation logistique salués
- Professionnels désireux de s'investir dans la démarche pour sortir de la crise sanitaire. **Expérience valorisante** de leurs pratiques.
- Résultats **parlants** et **lisibles** pour l'ensemble des professionnels dès la visite de restitution : fiche d'anomalies et critères remarquables.
- **Visite « terrain » très appréciée** par rapport aux précédentes visites

Merci pour votre attention

