

AUDIPOG 13 septembre 2021

Retour sur la visite de certification CHU de Clermont-Ferrand



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE



CONTEXTE

Démarche de certification commune GHT

- Juin 2018 : courrier de la HAS appelant les établissements d'un même GHT à s'engager dans une démarche de certification conjointe
- Juillet 2018 : Engagement en juillet 2018 des 14 établissements de santé du GHT

14 ES de taille hétérogène et aux calendriers de visite propres

➤ **Impact sur le CHU : passage en début de cycle de certification et non en fin**



- **Démarche de certification**

 - 26/11/2020 : Publication du référentiel et du manuel de certification

 - 01/12/2020 : Webinaire de présentation aux ES

 - 07/12/2020 : Webinaire de présentation à destination des usagers

- **Contexte sanitaire particulier : seconde vague COVID-19**

- **Appel à ES volontaires**

 - 04/12/2020 : la HAS recense les établissements volontaires pour participer en amont du démarrage de la visite – visite sur le second trimestre 2021. Engagement nécessairement au niveau du GHT

CONTEXTE

calendrier contraint =>
1 challenge, volonté partagée

17/12/2020 : réponse positive du GHT pour participer à l'expérimentation (2ème trimestre 2021)

⇒ Visites à programmer pour tous les ES dans un délai de 6 mois avec passage en premier de l'ES support du GHT (CHU CF).

⇒ Visite du CHU programmée du 21 au 25 juin 21

Avantage : un accompagnement renforcé individualisé pour l'appropriation du référentiel de la certification proposé par la HAS



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Se préparer : Stratégie du CHU

- **Coordination Centrale** (Copil certification) basée sur le dispositif de coordination QGR existant
- **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 (binôme médico-soignant) par sous-groupe avec l'appui d'un interlocuteur de la Direction qualité (DQ) pour chacun des sous-groupes.
 - Fiche Mission pour les pilotes intégrant l'ensemble des critères à explorer
- **Déploiement de évaluations** (traceurs) à marche forcée sur un maximum de services menés par un médecin attaché à la DQ et expert visiteur
- **Communication renforcée** auprès des professionnels notamment via interlocuteurs de la DQ en direction des pôles.

Se préparer : Coordination centrale

- Renforcement du cadencement des réunions dont reporting des « supra-pilotes » et bilan des traceurs => mise à jour du PAQSS
- Réunions techniques hebdomadaires de préparation à la V2020
- Retro planning
- Serveur partagé V2020

- 1-HAS
- 2-Organisation démarche V2020
- 3-Communication
- 4- Pôles
- 5- Domaines
- 6-Evaluations
- 7-Résultats

- Accès à la plateforme Calista aux membres de coordination centrale



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Se préparer: Groupe de travail par Domaines / sous- domaines



Parcours	Secteurs à risques	Autres domaines	Domaines pilotage
<ul style="list-style-type: none">- Enfant/adolescent- Personne âgée- Psychiatrie- SSR- Précarité-Transport- Cancérologie	<ul style="list-style-type: none">- Radiologie interven--Chirurgie interven--Greffes et PMO-urgences-SMUR, SAMU-Réanimations, SI, SC-Anesthésie-Bloc-Endoscopie-Maternité	<ul style="list-style-type: none">- PEC médicamenteuseDM / stérilisation- Dossier Patient / SIH<ul style="list-style-type: none">• Dossier patient• SIH- Gestion des risques / EI / Vigilances / SSE- Droits des patients / usagers / patient partenaire/ Ethique / Bientraitance- PEC Douleur / Soins Palliatifs (2 sous-groupes)	<ul style="list-style-type: none">- Management QGR- Management QVT- Leadership- RU / Engagement patient



CLERMONT-I
CENTRE HOSPITALIER

Fiche Mission

	CERTIFICATION V2020 <i>Lettre mission pilotes domaine/thématique :</i> Parcours Patient : Transport	CCOGR
Date de diffusion : 24/03/2021	Page 1 sur 3	

Le CHU est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques pour la satisfaction et la sécurité des patients.

La nouvelle procédure de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) est appelé « V2020 » et est prévue au CHU du **21 au 26 juin 2021**.

1- Délimitation des pilotes domaine/thématiques

Nom des pilotes : ██████████ Nom des co-pilotes : ██████████
Commissions/Comité impliqués : CoFP

Domaine	Pilotes Médecin	Co-Pilotes paramédicaux / Direction	Référent DQGRDU
Parcours Patient : Transport	██████████	██████████	██████████

Liste des pilotes : [DQGRDU-DIP-009](#) Liste des pilotes domaines HAS

2-Manuel de Certification HAS V2020 - Critères

- ✓ **Manuel de certification HA 8 V2020** : lien sur la GED [DQGRDU-EXT-001](#) Manuel de certification HAS V2020 (sommaire des critères p.20) et lien vers [l'outil d'autoévaluation du référentiel](#)
- ✓ **Fiche pédagogique HA 8** : [DQGRDU-EXT-034](#) Evaluation de la fonction transport intra hospitalier
- ✓ **Critères du manuel de certification HA 8** :

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
CHAP.2 LE 8 EQUIPE 8 DE SOIN 8	2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	2.3-22 Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé	Critère standard 2-3-22.pdf	Patient traceur Traceur Ciblé
		2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	Critère standard 2-3-11.pdf	Patient traceur Traceur Ciblé Observation

Autres critères V2020 concernant tous le transport :

Chapitre 1 : Le patient

- Critère 1.1-03 : **Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités** (p.31)
- Critère 1.2-01 : **Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité** (p.47)

	CERTIFICATION V2020 <i>Lettre mission pilotes domaine/thématique :</i> Parcours Patient : Transport	CCOGR
Date de diffusion : 24/03/2021	Page 2 sur 3	

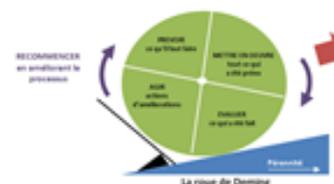
- Critère 1.2-05 : **Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant** (p.51)
- Critère 1.2-08 : **Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement la douleur** (p.54)

Chapitre 2 : Les équipes de soins

- Critère 2.3-01 : **Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge** (p.96)
- Critère 2.3-10 : **Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains** (p.105)
- Critère 2.3-11 : **Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires** (p.106)
- Critère 2.4-01 : **Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés** (p. 120)
- Critère 2.4-04 : **Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins** (p.123)

3-Missions des pilotes de la thématique / du domaine

- ✓ Définir et mettre en œuvre des objectifs.
- ✓ Identifier et maîtriser les risques majeurs : s'appuyer sur les travaux et outils existants (cartographie, audits).
- ✓ Mesurer le niveau de maîtrise par des évaluations : suivi des indicateurs (dont IQSS), enquêtes, audits, patient traceur, parcours traceur, traceur ciblé, revues de pertinence/APP, visite des risques
- ✓ Mettre en œuvre des actions d'amélioration, suivre les résultats obtenus et les inscrire au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).
- ✓ Garantir la mise en œuvre et la mise à jour de la gestion documentaire.
- ✓ Rencontrer les Experts Visiteurs lors de la visite de certification.



4- Méthodologie

- Poursuivre la dynamique des groupes de travail pluridisciplinaires. Les réunions font l'objet d'un **aménagement** et d'un **compte-rendu** qui seront enregistrés dans le serveur partagé mis à disposition.
- S'assurer de la réalisation d'évaluations
Grille HAS :
→ Patient traceur : [Grille d'évaluation patient traceur HAS DQGRDU-PT-EXT-001](#)
- 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 :
 - o Auto-évaluation avant fin mai 2021
 - o Visite de certification du 21 au 26 juin 2021

Se préparer: Groupe de travail par domaines / sous-domaines

2 à 3 réunions des sous-groupes entre mi-février et mi-juin 2021

- Auto-évaluation à partir des cartographies de risques existantes, des fiches pédagogiques et des grilles HAS mises à disposition des établissements sous CALISTA et des résultats des évaluations terrain
- Plan d'actions pour chacun des supra-groupes
- Reporting des supra-groupes à la coordination
- Intégration des éléments au PAQSS existant (pas de refonte du PAQSS, ventilé par thématique)

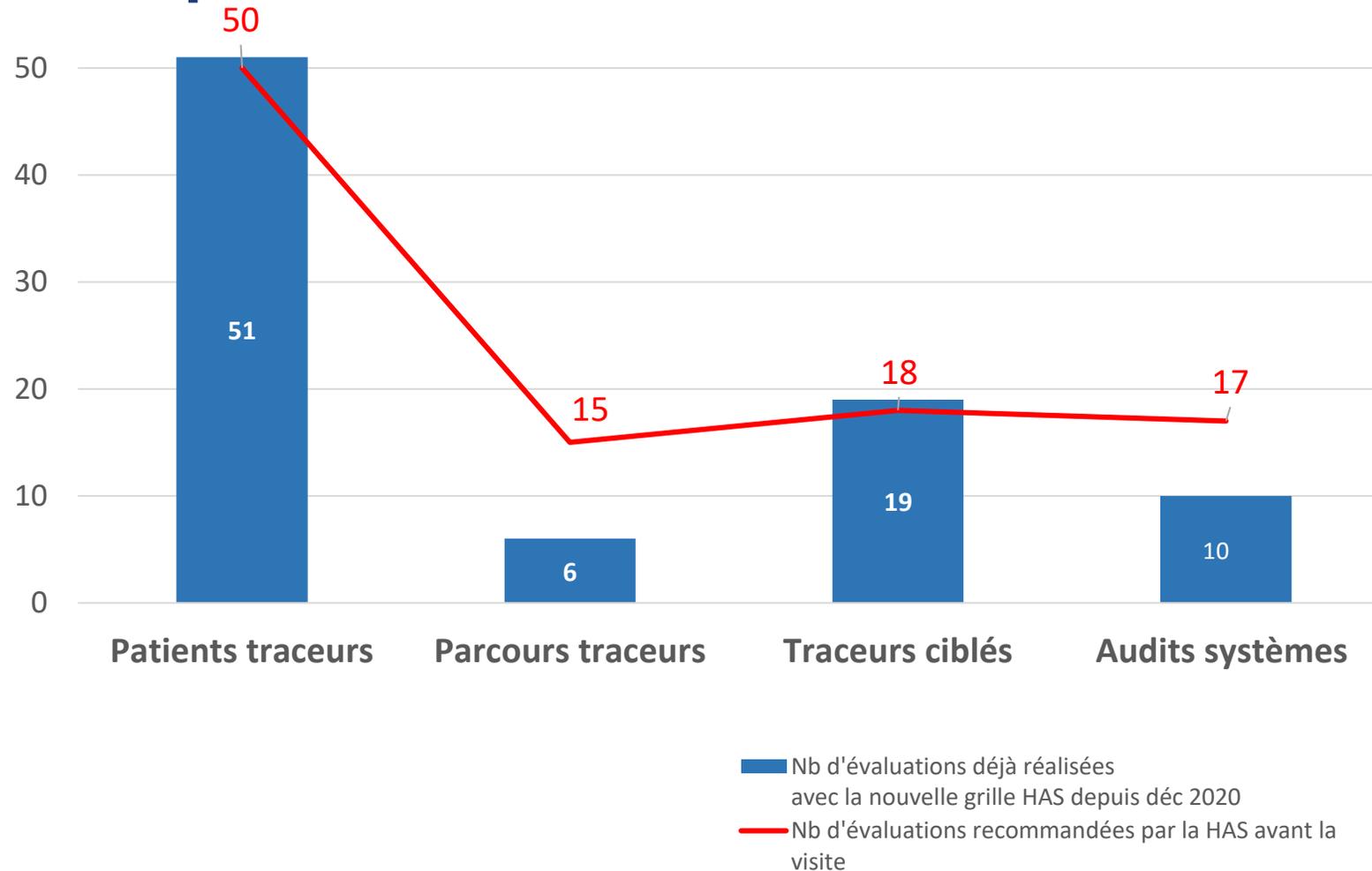
Se préparer: Déploiement des traceurs dans les services

- Mobilisation +++ de l'encadrement soignant pour l'organisation des évaluations
- Patients traceurs, parcours traceurs et traceurs ciblés menés essentiellement le médecin de la DQ avec les grilles de Calista
- Observations, évaluation complémentaire avec audit managérial de la tenue du service mis en place fin 2020 par la coordination des soins
- Synthèse de l'évaluation adressée au service
- Plan d'actions (1 à 2) de réajustement par service ou par pôle – tracé soit dans le PAQSS ou en fiche actions dans le work-flow existant

Très bonne adhésion des équipes médicales et paramédicales aux évaluations plus proches du terrain

Se préparer

Déploiement des traceurs avant la visite



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



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Les enseignements de notre préparation

- **Recentrer les Patients Traceurs sur le service**
- En V2020 en plus des PT il y a le parcours traceur qui vise à évaluer l'ensemble du parcours.

Le Patient Traceur est centré sur un patient et son histoire dans le service

- **Le parcours traceur** fait le point sur tout un parcours à partir d'une sélection de 5 dossiers et d'une enquête terrain

Le Parcours traceur mesure la coordination des équipes et la continuité des soins.



Se préparer: communication renforcée

- Formations à la nouvelle certification :
 - Accès large aux webinaires de la HAS et internes au GHT.
 - Présentation de la V2020 dans les pôles / services par la DQ
 - Ensemble des documents HAS dans la GED du CHU (pavé sur la page de garde)
- Réunions bimensuelles en visio de la CGS pour l'encadrement soignant et les équipes
- Rubrique « info Qualité » dans la revue mensuelle du CHU
- Nouvel onglet « Démarche Qualité», dans la page d'accueil de l'intranet du CHU
- Mémos spécifiques pour les professionnels dans la GED et large diffusion
- Package « Affichage obligatoire » au service reprographie



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Outils de communication

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

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	<p>Manuel Qualité et Gestion des risques du CHU</p> <p>Il existe un comité de pilotage de cette démarche : le CCQSGR qui est organisé en sous-commission de pilotage :</p> <p>Organigramme fonctionnel du comité de coordination de la qualité, sécurité et de la gestion des risques (CCQSGR)</p>
Qu'est-ce que le PAQSS ?	<p>Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) regroupe l'ensemble des actions institutionnelles du CHU.</p> <p>Il est accessible sur Intraqual via ce lien : le PAQSS 2020</p>
Indicateur de la qualité de la sécurité des soins (IQSS)	<p>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.</p> <p>Plaquette IQSS 2019/2020</p>
E-Satis	<p>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.</p>

GESTION DOCUMENTAIRE = INTRAQUAL DOC

Outil de Gestion documentaire	<p>Intraqual Doc est l'outil informatisé du CHU qui permet de recenser et gérer l'ensemble documents du CHU (institutionnels ou de services).</p> <p>Intraqual est accessible via l'intranet du CHU </p> <p>Le guide d'utilisation d'Intraqual est accessible via ce lien : Rechercher un document sur le logiciel Intraqual</p>
Formation à l'utilisation de la GED	<p>Des formations flash sont organisées à la demande de l'encadrement par la Direction Qualité</p> <p>Contact via : Coop_GED@chu-clermontferrand.fr</p>

GESTION DES RISQUES - VIGILANCES

Coordination de la Gestion des Risques Associés aux Soins	<p>Le Professeur Cusmane Tracou est le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CERAS). Il préside le Comité de Revue des Evénements Indésirables (CREI) et coordonne le déploiement des CREX, RMM et ACP.</p>
Evénements Indésirables (EI)	<p>Pour signaler un EI, réaliser une Fiche d'événement indésirable (FEI) dont les modalités sont décrites dans le procédure de signalement et de gestion des événements indésirables.</p> <p>L'accès se fait via l'intranet du CHU. </p>
Formation FEI	<p>Des formations flash sont organisées à la demande de l'encadrement par la Direction Qualité</p> <p>Contact via : Evénements-Indésirables@chu-clermontferrand.fr</p>
Analyse des événements indésirables graves associés aux soins	<p>Elle se fait avec les méthodes d'analyse de cause profonde (ACP), lors de CREX (Comité de retour d'expérience), de RMM (Revue de Morbi-mortalité) de pôle ou de service, ou à l'initiative du CREI.</p>

Nom des Vigilants	<ul style="list-style-type: none"> - Le Dr Frederic LIBERT pour l'addictovigilance - Le Dr Soline VORLHON pour l'AMP vigilance - Le Dr Denis PONS pour la biovigilance - Le Dr Eric DUCHER pour l'hémovigilance - Le Dr GOMEZ Sandra pour l'identitovigilance - Le Dr Véronique BOIKO-ALAUX pour la matérivigilance - Le Dr Chenaf CHOUKI pour la pharmacovigilance - Le Pr Louis BOYER pour la radioprotection - Le Dr Anne-Françoise SERRE-SAPIN pour la réactovigilance - Mr Marc WALDMANN pour la sécurité du système d'information
Déclarer une vigilance	<p>Des fiches de signalement spécifiques à chaque vigilance sont accessibles sur l'intranet : </p>
Gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE)	<p>La gestion des SSE est décrite dans le Plan Blanc de l'établissement, celui-ci fait le lien avec le dispositif ORSAN au niveau territorial.</p> <p>Des formations spécifiques à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles sont proposées au plan de formation de l'établissement.</p>

IDENTITOVIGILANCE

Vérification de l'identité du patient	<p>→ Patient consent :</p> <p>La vérification de l'identité doit être réalisée via une question ouverte : Pouvez-vous déclarer votre identité ? Comment vous appelez-vous ?</p> <p>Vérifier le Nom de naissance – Prénom – Date de naissance avec le bracelet d'identification et avec les documents du dossier patient</p> <p>→ Patient inconscient :</p> <p>La vérification de l'identité doit être réalisée avec le bracelet d'identité et la concordance avec les éléments du dossier patient (bon de transport, demande d'examen, prescriptions...)</p> <p>Le document des bonnes pratiques d'identitovigilance est disponible sur Intraqual.</p>
Autorité de Gestion des Identités (AGI)	<p>Commission en charge de la mise en place de la Politique d'identitovigilance et charte d'identitovigilance. Elle coordonne la diffusion des documents institutionnels et le suivi des actions d'amélioration (audits, rédaction de documents, sensibilisation/formation).</p>
Cellule d'identitovigilance (CIV)	<p>La CIV est l'interlocuteur direct des professionnels pour la gestion des erreurs d'identité (modification, fusion)</p>
Erreur d'identité	<p>→ Après vérification de la pièce d'identité auprès du patient : Contacter la CIV au 61510 ou par mail : identitovigilance@chu-clermontferrand.fr qui réalisera les modifications selon la procédure de modification d'identité et fusion.</p> <p>→ Tout constat d'une erreur d'identité ayant engendré un EI dans la prise en charge du patient doit être signalé via une FEI</p>
Formation identitovigilance	<p>Il existe un e-learning identitovigilance : contacter le service formation</p>

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

Connaissez-vous la Politique de prévention et gestion du risque infectieux	<p>La politique de prévention et gestion du risque infectieux est disponible sur Intraqual.</p> <p>Elle comporte 3 axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les actions de prévention du risque infectieux.
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - la maîtrise des incidents, accidents et situations d'ailleurs épidémiques. - Développer la formation des professionnels du CHU sur la prévention du risque infectieux associé aux soins.
	<p>Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales est l'instance de pilotage de la prévention et de la gestion du risque infectieux.</p> <p>Les procédures du CLIN sont accessibles via Intraqual.</p>
des déchets	<p>Une politique de gestion des déchets est définie sur l'établissement.</p> <p>Il existe également une procédure du CLIN sur le tri et la gestion des déchets. Ces documents sont disponibles sur Intraqual.</p>

ACCREDITATION MEDICAL

pratiques médicales (APP)	<p>C'est une méthode permettant d'améliorer les pratiques des professionnels. Les APP sont coordonnées par la Commission des Analyses de Pratiques Professionnelles.</p> <p>La liste des APP de votre pôle/service est consultable auprès de votre cadre supérieur de santé et/ou cadre de santé.</p>
----------------------------------	---

r patient – Système Information Hospitalier (SIH)

tenu du dossier	<p>La Procédure de « gestion du dossier patient » est disponible sur Intraqual : Procédure de gestion du dossier patient</p> <p>L'instance en charge du pilotage du dossier patient est la Commission Dossier Patient.</p>
atient à son dossier	<p>La procédure : « Accès au dossier patient à la demande d'un établissement hospitalier, d'un cabinet médical ou à la demande du patient ou d'un avocat » est disponible sur Intraqual.</p> <p>Le livret d'information pour les patients est également accessible sur Intraqual.</p>
l'information	<p>Le système d'information regroupe l'ensemble des matériels et logiciels contribuant au stockage, au traitement et aux échanges d'information au sein de l'établissement et avec ses partenaires extérieurs (ordinateurs, dossier patient, messagerie, téléphone, fax, imprimantes...)</p>
tenir en cas de panne est informatique	<p>Un incident ou une panne informatique est un dysfonctionnement affectant le fonctionnement, la disponibilité ou l'intégrité des outils informatiques.</p> <p>En journée (8h-17h), appeler le support informatique au 33333.</p> <p>En période d'astreinte (17h-8h, week-end et jours fériés), l'informaticien d'astreinte peut être joint par l'intermédiaire du standard.</p> <p>Si le problème ne peut être résolu immédiatement, le Plan de Continuité d'Activité (PCA) peut être déclenché si nécessaire (en fonction de l'activité du service et du</p>



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Outils de communication

vidéos sur la confidentialité des données personnelles



INFO QUALITÉ

EN ROUTE POUR UNE DÉMARCHÉ 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



Préparer la visite de certification

- Durée de visite **1 semaine** – 7 EV + 3 médecins PT (1 jour) + participation d'un observateur de la HAS
 - Calendrier complexe à organiser au vu des séquences très courtes sur le terrain
- 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):

Nombreux échanges avec la HAS pour caler le planning de visite

Votre programme

40



Patients traceurs

13



Parcours traceurs

21



Traceurs ciblés

20



Audits systèmes

6 rencontres avec la gouvernance

13 rencontre(s) avec les professionnels

1 rencontre(s) avec les représentants d'utilisateurs

Préparer la visite de certification



Sur le planning de visite :

- 40 patients traceurs programmés selon le volume d'activité codée par l'établissement et les autorisations d'activité.
- 13 parcours traceurs programmés selon les filières existantes.
- 21 Traceurs ciblés
- 20 Audits systèmes (dont 11 rencontres avec des professionnels dans un service et 6 avec la gouvernance)

Préparer la visite de certification

Soit à la rencontre des équipes sur le terrain : **95 séquences à organiser**

Patients traceurs : Liste de patients à établir dans le service (+ document accord patient), lister des professionnels à mobiliser, Salle de rencontre avec dossiers patients accessibles

Parcours traceurs (*définis dans le planning de visite*) : sélectionner 4 à 5 dossiers < 2 mois , lister des professionnels à mobiliser sur le parcours complet , Salle de rencontre avec dossiers patients accessibles

Traceurs ciblés : lister des professionnels à mobiliser, préparer les documents à présenter (gestion des EIG)

Audits systèmes rencontre avec des professionnels dans un service : lister les services possibles = > non investigués par d'autres évaluations

Préparer la visite de certification

Traceurs ciblés

Circuit du médicament et produit de santé	Transport intra-hospitalier	Affection associée aux soins	Accueil non programmé :	Produit sanguin labile	Prélèvements et greffes d'organe	Gestion des EIG
4	3	6	2	2	1	3

Gestion des EI : Choix de l'établissement : EIG déclarés à l'ARS avec ACP, RMM ou CREX (actions dans le PAQSS et APP - 1 EIG concernant 1 MAHR

Audits systèmes rencontre avec des professionnels dans un service : lister les services possibles => non investigués par d'autres évaluations

Préparer la visite de certification

Autres audits systèmes :

- Leadership Qualité de Vie au travail - Travail en équipe (2h30)
- Coordination ville-hôpital - Engagement patient (2h30)
- Dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins - Maitrise des risques (3h)
- Rencontre avec les représentants des usagers (1h45)

Préparation de l'échange à partir d'un PWP et prévoir disposition les documents preuves à mettre à disposition , lister les personnes à convier, salle de réunion

Visite de certification

Planning contraignant sans temps mort : 5 jours

- 1^{er} jour : premières évaluations débutées 1h30 après le début de la visite
- 5^{ème} jour sans évaluation, réservé à la restitution

Pas d'ajout d'évaluations supplémentaires : nombre d'audits conforme aux prévisionnels sous CALISTA.



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Visite de certification

- **Réunion d'ouverture**

Participation de la gouvernance, PWP rapide de présentation de l'établissement

Mise à disposition de la salle de réunion pour l'équipe d'EV , accès informatique et présentation rapide de l'intranet (GED) et des éléments de preuve colligés

- **Evaluations sur le terrain**

Accompagnement de chaque EV dans ses déplacements

- **Briefing en fin de journée avec l'établissement** : point sur les patients traceurs et l'ajustement du calendrier

Listing des patients pour la sélection des patients traceurs

Mise à disposition des éléments de preuve réclamer

- **Briefing du matin** : point sur les constats à date et échange avec l'établissement (idem visites précédentes) avec visualisation rapide pour l'établissement



Visite de certification

- **Être rigoureux**
- logistique de l'organisation
- mise à disposition des éléments de preuve dès demande par les EV;
- **Etre adaptable**
- sélection des patients traceurs pré- choisis la veille puis le matin même (in fine l'ensemble des patients présents dans 1 service avec le motif d'admission)
changement d'évaluation, contrôle après 1 première évaluation, etc.
- **Etre réactif**
- aux remarques émises par les experts-visiteurs (fiches anomalies annoncées au fur et à mesure)



CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Visite de certification



:Evaluation du leadership

CPOM, suivi des indicateurs ES , documents montrant le pilotage de l'ES, point indicateurs Qualité institutionnel, déclinés dans les pôles/services (contrat de pôle), : connaissance sur le terrain

Dimension GHT : Politique qualité du GHT, dispositif en place (manuel qualité GHT)



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

RETEX Visite de certification

- 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 où moins de professionnels rencontrés



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Restitution

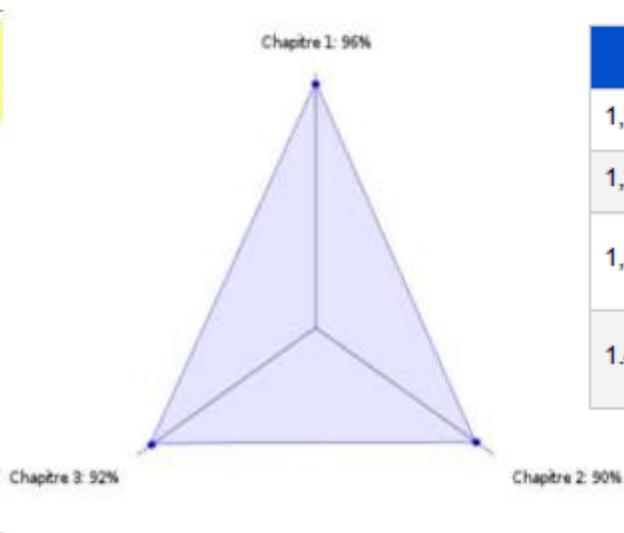
Les résultats globaux

Résultat Evaluation Externe

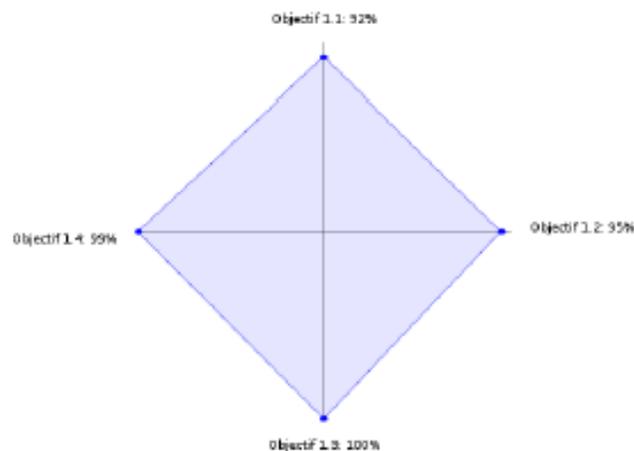
CHAPITRE 1 : LE PATIENT

CHAPITRE 2 : LES ÉQUIPES DE SOINS

CHAPITRE 3 : L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ



Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre

97% du score maximal

Objectifs		
1,1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	92%
1,2	Le patient est respecté.	95%
1,3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

- Accueil et participation des chefs de service très appréciés
- Interopérabilité des SI observé
- atout de l'autoévaluation réalisée en amont de la visite : photographie de l'établissement par rapport aux critères attendus.
- Critères impératifs à consolider prioritairement, particulièrement scrutés lors de la visite
- Anomalies : plan d'actions à enclencher de suite
- S'engager dans les démarches patients partenaires, la mesure de l'expérience patient

En conclusion

- Auto-évaluation à la main de l'ES : structurante
- Diffuser au plus près des acteurs terrains via audits, formations-flash et réunions d'encadrement, de pôle
- Dispositif valorisant pour les équipes de professionnels
- Valoriser l'existant auprès des experts-visiteurs
- Poursuivre le dispositif QGDR existant dans l'établissement