

RETEX VISITE CERTIFICATION HAS CHU RENNES



CERTIFICATION HAS : PARCOURS – TERRITOIRE – USAGERS

EQUIPE QUALITÉ ET COORDINATION GESTION DES RISQUES

N.GIOVANNACCI

DIRECTRICE QUALITÉ, GESTION DES RISQUES ET RELATIONS AVEC LES USAGERS

D.VEILLARD

MÉDECIN COORDONNATEUR QUALITÉ GESTION DES RISQUES



LE CHU EN QUELQUES CHIFFRES



563 609 consultations
externes



130 545 entrées



3 786 naissances



821 M€
budget total



116 224

PASSAGES AUX
URGENCES

31 143

INTERVENTIONS DONT

662 avec robot
chirurgical

L'AMBULATOIRE REPRESENTE

50,4 % de l'ensemble des
séjours MCO du CHU
(séances incluses)

417 898

appels
au centre 15



915

PERSONNELS
MEDICAUX

7 483

PERSONNELS NON-
MEDICAUX

4 SITES

1 657 LITS

248 PLACES

12 POLES

61 SERVICES

- Abdomen et métabolisme
- Anesthésie - Samu - urgences réanimations - médecine interne et gériatrie
- Biologie
- Cœur-poumons-vasseaux
- Femme-enfant
- Imagerie et explorations fonctionnelles
- Locomoteur
- Médecines spécialisées
- Neurosciences
- Odontologie
- Pharmacie
- Santé publique

***Pas de service de psychiatrie
ni de radiothérapie et médecine nucléaire***



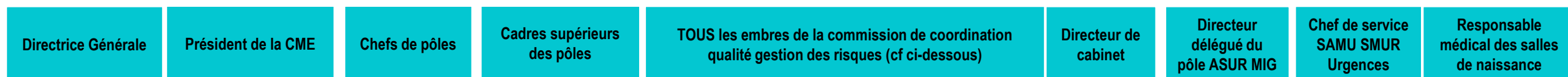
- 930 000 habitants
- 9 établissements répartis sur 15 sites
- 5 311 lits et places
- 12 483 ETP



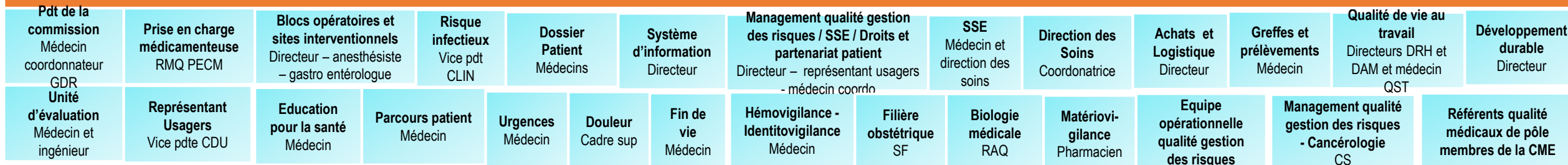
LE PILOTAGE DE LA DÉMARCHE QGDR AU CHU DE RENNES



Comité de pilotage Qualité Gestion des Risques



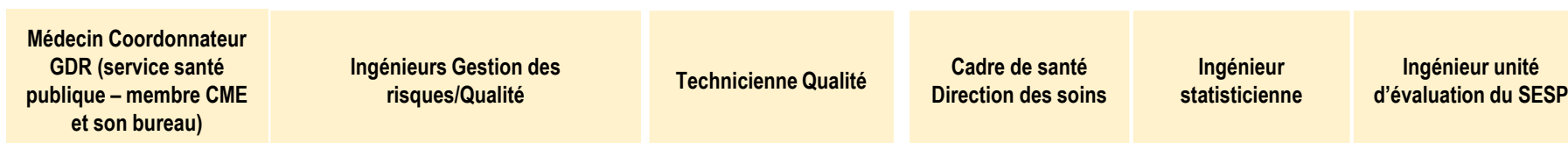
Commission de Coordination Qualité Gestion des Risques (commission de la CME)



Autres commissions et organisations thématiques

EOH, CLIN, COMEDIMS, CLAN, CLUD, USTH, Pharmacie, Unité d'évaluation, Cellules qualité des pôles
 VIGILANCES : identitovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance ...

Equipe Opérationnelle Qualité Gestion des Risques



Accompagnement des pôles dans leur démarche qualité gestion des risques et évaluations

Réseau des référents qualité des pôles (médicaux et non médicaux)

ENGAGEMENT DANS LA PROCÉDURE ET PRÉPARATION DE LA VISITE

GESTION CRISE COVID



Novembre 2020 :
COFIL qualité pour engagement
calendrier CHU et
GHT

Début Mars 2021 :
- Dates visites validées
- Engagement préparation



Décembre 2020 :
- Accord du Directoire
pour visite en Oct 2021
(vs Sept proposé par
HAS)
- Concertation au sein
du GHT pour un
calendrier étalé sur 6
mois (oct 2021-mars
2022)

Mot d'ordre pour cette préparation :
- Information++ à tous soutenue par l'équipe qualité
coordination gestion des risques
- Evaluations (au regard des objectifs du référentiel)
à l'échelle des équipes : volontaire et adaptée au
contexte (notamment sanitaire) – valorisation des
acquis++

Mi Mars 2021 :
- Calendrier confirmé par la
HAS
- Mobilisation des référents
qualité pôle (1 visio/mois)
- Mobilisation des pilotes de
processus et diffusion fiches
thématiques (Gouvernance,
Gestion documentaire,
Points forts / avancées,
Actions d'amélioration /
risques)
- Mise à disposition grille auto
évaluation par thématique
(éléments évaluation
référentiel)

A partir d'Avril 2021 :
Engagement des équipes dans
démarche volontaire d'auto
évaluation sur base grilles
thématiques diffusées (outil
sphinx avec retour immédiat
résultats; très mobilisées par
les équipes; 15mn en
moyenne)

A partir d'Avril 2021 :
Déroulement du plan de
communication ciblé et à tous : e
news letters, actu sur courrier du
CHU... aux instances (chaque CME
notamment), commissions CME et
autres comités...


Avril et Mai 2021 :
maintien de 2 semaines qualité
thématique
- Blocs opératoire (travail en équipe et
check lists)
- Identitovigilance

Juin à Septembre 2021
- Plénières communication à
tous et ciblés (secrétariats et
bureaux entrées, transports,
psychologues...
- Rencontre équipes staff
médicaux y compris internes
- Information aux étudiants
médecine, dentaire, pharmacie

Juillet 2021
Diffusion à tous
de capsules vidéos
sur d'autres
thématiques (crise
suicidaire, risques
numériques,
développement
durable...)



UNE PRÉPARATION ADAPTÉE AU CONTEXTE

- « Valoriser l'existant et les adaptations à la crise sanitaire »
- Appui sur les commissions de la CME et autres comités/COPIL institutionnels pour réaliser des fiches thématiques et des grilles d'auto-évaluation (diffusion à tous les services cliniques et médico-techniques - appropriation volontaire, en équipe) 
- Renforcement du programme d'évaluation (méthodes traceurs++)
- Sensibilisation sur des thématiques spécifiques via des capsules vidéo (3 mn pour 3 questions/réponses par expert interne du sujet)
- Priorisation des actions sur les critères impératifs (13 pour le CHU)
- Implication des usagers (particulièrement RU mais pas exclusivement) dans la préparation
- Animation du réseau des référents qualité médicaux et paramédicaux des pôles
- Sensibilisation de la gouvernance des pôles
- Sensibilisation des professionnels médicaux (dont les internes) :
 - intervention à chaque CME et Directoire
 - Intervention lors des staffs médicaux (sept 2021)
 - Communication auprès des étudiants des facs de médecine, pharmacie et dentaire
- Dynamique GHT (partage d'infos, d'outils, démarches d'évaluation en commun...)

PRÉPARATION DE LA VISITE : MOBILISATION DES 5 MÉTHODES D'INVESTIGATION



→ Méthode Patient traceur :

- Programme annuel porté par UF évaluation - service épidémiologie et santé publique : 1 par service et par an

→ Méthode Parcours traceur : 1 parcours/pôle avant date de visite (équipe qualité coordination GDRAS + représentants des usagers)

→ Méthode Traceur ciblé :

- Programme d'expérimentation porté par plusieurs pilotes de processus (risque infectieux, PECM, risque transfusionnel)

→ Méthode observations :

- Mise à disposition de la grille des experts visiteurs sur sphinx
- Appropriation par les unités pour autoévaluation de leurs pratiques et organisations selon les besoins/possibilités des unités

PLANIFICATION DE LA VISITE



- Réception du pré-programme + calendrier non complet S-5 semaines (semaine du 6/09)
- Conférence téléphonique HAS - Coordo EV - CHU le 20/09
- Réception d'un calendrier plus adapté le 27/09 (nouveaux échanges)
- Réception du calendrier définitif le 4/10 :
 - 39 +3 patients traceurs; 11 parcours traceurs; 22 traceurs ciblés ; 15 audits système dont 5h sur la dynamique d'amélioration et gestion des risques
- Importance de bien l'analyser pour éviter trop d'ajustements durant la visite car il y a déjà beaucoup d'inconnues (ex : tous les traceurs ciblés et les audits système entretien prof (et nous avons eu peu d'ajouts ou de modifications))
- Calista : peu mobilisé ; basculement synthèses évaluation traceurs réalisés
- Une visite du 11 au 15 Octobre 2021, sur 5 jours dont une visite de nuit sur 4 sites
- 9 experts visiteurs dont 2 EV PT (1j pour l'un 2j pour le 2nd); tous les services/toutes les spécialités ont été « visités »

VISITE DU 11 AU 15 OCTOBRE 2021



→ Réunion d'ouverture / bilan fin de visite

- DG, DGA, PCME, Vices PCME, DSCG, Direction QGdR, Coordo QGdR, RU, quelques pilotes de processus (médicament, risque infectieux, dossier)
- Présentation d'un ppt dont contexte / crise COVID

→ Bilan journalier du matin

- Mêmes personnes que pour la réunion d'ouverture + en fonction des thématiques de la veille (invitation des pilotes des processus concernés)

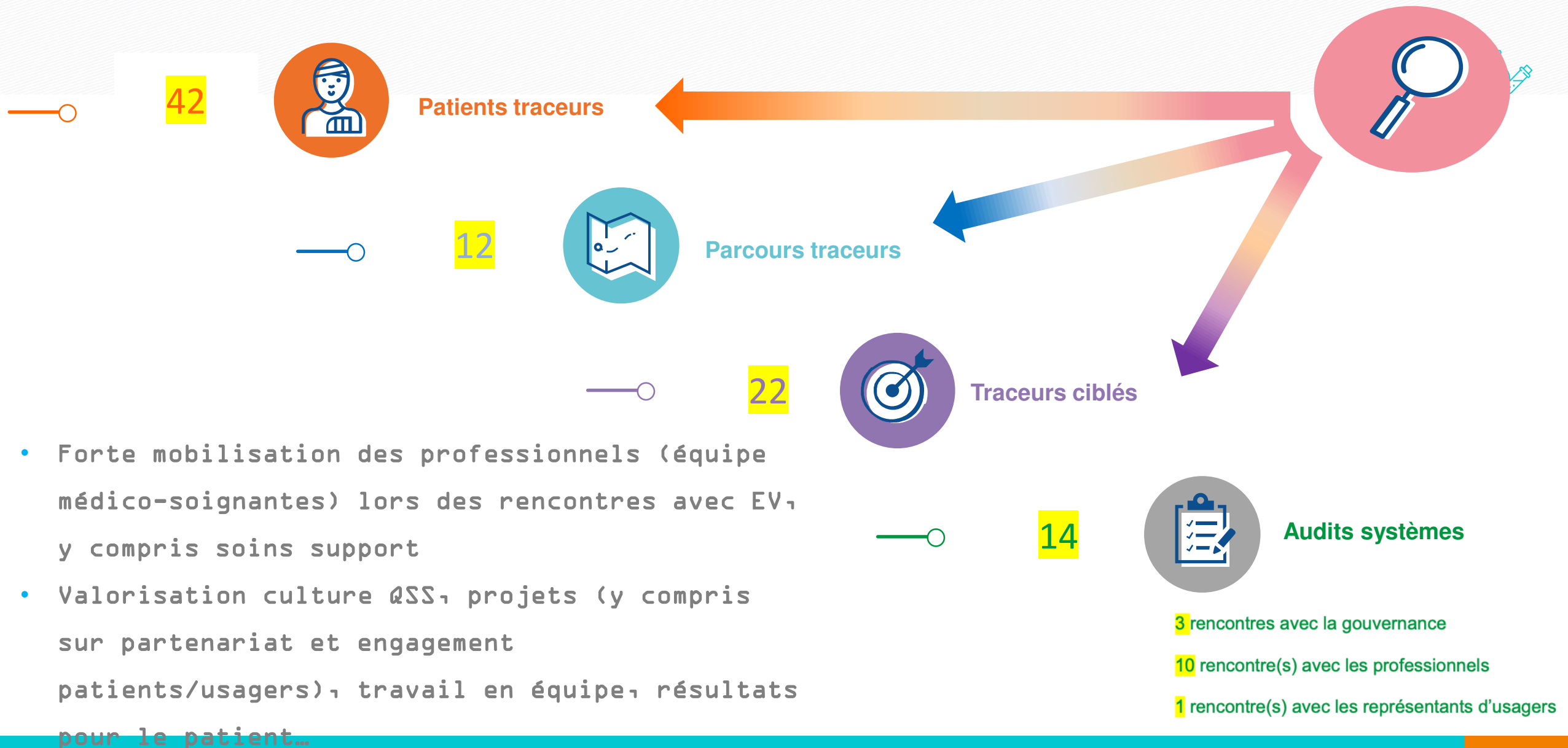
→ Réunion de calage du début d'AM

- Directeur qualité, médecin coordonnateur GDR, ingénieurs qualité CHU + plusieurs membres de l'équipe EV
- Chercher les unités non vues ! => préparation ++ car c'est la plupart du temps l'établissement qui propose

→ Réunion de synthèse du soir (en interne au CHU)

- Membres : DG, DGA, PCME, Vices PCME, DSCG, Direction QGdR, médecin Coordo QGdR, RU, quelques pilotes de processus (médicament, risque infectieux, dossier)
- Objectif : à partir des retours des UF des visites de la journée, présenter une synthèse par thématique afin d'anticiper le bilan du lendemain matin avec les EV

VISITE DU 11 AU 15 OCTOBRE 2021

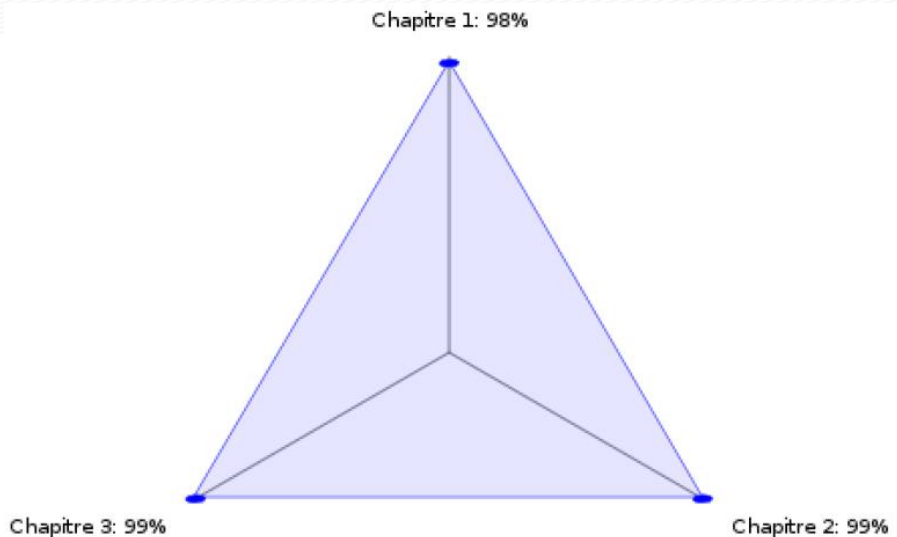


SCORE GLOBAL



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

98.69%



	Titre	
> Chapitre 1	Le patient	98,11%
> Chapitre 2	Les équipes de soins	98,76%
> Chapitre 3	L'établissement	99,19%

→ 0 fiche anomalie

→ 100% des critères impératifs atteints

LES RÉSULTATS PAR OBJECTIF



1.1 Le patient est informé et son implication est recherchée	93%	2.4 Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	98%
1.2. Le patient est respecté	99%	3.1 L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
1.3. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%	3.2 L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	99%
1.4. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%	3.3 La gouvernance fait preuve de leadership	100%
2.1 La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%	3.4. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	97%
2.2 Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%	3.5 Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%	3.6. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	99%
		3.7. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	98%

Légende : Inférieur à 25 % / Compris entre 25% & 49 / Compris entre 50% & 74% / Supérieur à 75%

LES RÉSULTATS POUR LES CRITÈRES IMPÉRATIFS



Critères	Score
1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.2-01 Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	97%
1.2-02 Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.2-08 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
2.2-12 Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	100%
2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	100%
2.3-12 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-20 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)	100%
2.4-04 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins	100%
3.2-06 L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	100%
3.3-01 La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	100%
3.6-01 La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.7-03 Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	100%

Critères avancés (5) :

4 à 100% et 1 à 80%

RESTITUTION ET SUIVI DE LA VISITE



→ Restitution:

- A la gouvernance, le matin (avec temps d'échanges)
- En plénière, l'après midi (en présentiel en amphi + visio transmission dans un 2nd amphi) (sans temps d'échanges mais bien perçue par les professionnels)

→ Suivi de la visite :

- Rapport provisoire fin octobre 2021 : Pas d'éléments nouveaux / échanges lors visite et restitution quelques « remarques » de l'établissement surtout sur le chapitre 3
- Décision et rapport définitif en Février 2022 avec « remarques » pris compte
- Communication instances, commissions CME, autres comités, pôles... et GHT
- Mobilisation des résultats pour nouveau programme QGDR CHU et GHT (en cours et en lien avec projet d'établissement CHU et projet MSP GHT)

