

# Projet qualité et sécurité des soins

## Centre hospitalier de Gonesse

2024 – 2028



Janvier 2024

Groupement Hospitalier de Territoire



Plaine de France



Sommaire.....	2
1 Introduction .....	4
2 Cycle de validation .....	4
Notre politique qualité .....	5
1 Nos axes stratégiques .....	6
2 Nos objectifs qualité .....	7
Nos indicateurs qualité.....	8
1 L'exploitation de nos indicateurs .....	9
2 Nos indicateurs qualité par objectifs .....	10
Notre système de management par la qualité.....	16
1 Notre amélioration continue .....	17
2 Nos plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins .....	18
3 Notre pilotage.....	19
3.1 Les référents et experts.....	21
3.2 Le bureau qualité.....	23
3.3 Le COPIL qualité.....	23
3.4 Les instances, comités et groupes de travail.....	23
3.5 Les référents.....	23
3.6 Les réunions qualité .....	23
4 Les moyens mis en œuvre.....	24
4.1 Notre logiciel Intraqual.....	24
4.2 Nos formations qualité.....	24
4.3 Notre communication .....	24
5 Nos évaluations.....	25
Pour mesurer notre niveau de qualité, nous nous évaluons en interne et sommes évalués en externe par les organismes accréditeurs et certificateurs. ....	25
5.1 Les évaluations internes .....	25
5.1.1 L'évaluation de la pertinence des pratiques.....	25
5.1.2 La mesure de l'expérience patient .....	25
5.2 Les évaluations externes .....	25
5.2.1 Les indicateurs nationaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS) .....	25
5.2.2 L'Accréditation des médecins exerçant une spécialité ou activité à risque .....	26
5.2.3 Les visites externes .....	26
Notre organisation fonctionnelle .....	27
1 Nous planifions .....	28
1.1 Nous formalisons nos orientations stratégiques dans notre projet qualité.....	28
1.2 Nous structurons la mise en œuvre .....	28

1.3 Structurer le suivi de l'atteinte des objectifs.....	29
2 Nous mettons en œuvre nos plans d'actions.....	29
2.1 Nous suivons nos PAQSS .....	29
2.2 Nous nous formons .....	30
2.3 3.Nous traitons les évènements indésirables.....	30
2.4 Nous coordonnons nos vigilances .....	31
2.5 Nous gérons nos risques a priori .....	32
2.6 Nous gérons nos documents .....	32
2.7 Nous communiquons et développons la culture qualité.....	32
2.8 Nous gérons les crises .....	32
3 Nous évaluons nos pratiques et écoutons l'expérience de nos patients .....	33
3.1 Nous exploitons nos indicateurs .....	33
3.2 Nous évaluons l'expérience de nos patients .....	34
3.3 Nous évaluons nos pratiques .....	34
4 Nous nous ajustons et nous nous améliorons .....	35
5 Conclusion.....	36
6 Glossaire des sigles et acronymes.....	37

## 1 Introduction

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients constitue une priorité pour le Centre Hospitalier de Gonesse.

L'objectif de l'établissement est d'apporter une réponse adaptée aux besoins des usagers et à leur entourage dans un contexte de sécurité optimale et d'amélioration continue de la prise en charge.

Le management par la qualité et la gestion des risques au Centre Hospitalier de Gonesse est structurée depuis 1999.

Le projet qualité a pour objet de décrire la politique qualité et le système de management mis en place au Centre Hospitalier de Gonesse (CHG) afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients, de développer la culture qualité et sécurité des soins auprès de nos professionnels et d'accroître la satisfaction de nos usagers.

Quatre projets ont été menés à terme sur les périodes suivantes : 1999/2004, 2003/2006, 2007/2011 et 2013/2017.

Le présent projet qualité est établi pour la période 2024-2028. Son élaboration sous l'égide de la Direction et de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) a été menée en cohérence avec le projet médical et le projet de soins et s'appuie sur :

- ❖ Le bilan du précédent projet Qualité Gestion des risques (2017-2019)
- ❖ Les bilans des indicateurs de l'année 2022 et 2023 (Bilan des événements indésirables, bilan de l'expérience patient, bilan des indicateurs qualité nationaux, bilan des résultats des audits internes...)
- ❖ Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)
- ❖ Le contrat pluriannuel des objectifs et des moyens (CPOM)
- ❖ Les différents rapports d'évaluation des tutelles (HAS, ARS, CGLPL...)

Il concerne le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Ce document a vocation à être diffusé en interne à l'ensemble du personnel via notre logiciel de gestion documentaire et en externe à toute personne ou organisme en faisant la demande.

## 2 Cycle de validation

- ❖ Bureau qualité :
- ❖ Copil Qualité :
- ❖ Directoire :
- ❖ CME :
- ❖ CSMIRT :
- ❖ CSE
- ❖ Conseil de surveillance :

# Notre politique qualité

## 1 Nos axes stratégiques

Notre politique qualité et sécurité des soins repose sur cinq axes stratégiques et prioritaires.



## 2 Nos objectifs qualité

Les six axes de notre politique qualité et gestion des risques sont déclinés en objectifs atteignables.

### Axe 1 : Renforcer la culture qualité et sécurité des soins

- **Objectif 1 : Améliorer la structuration du pilotage et la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**
- **Objectif 2 : Sensibiliser et former nos professionnels**
- **Objectif 3 : Promouvoir une culture du signalement et de l'analyse des événements indésirables**
- **Objectif 4 : Structurer un système de gestion documentaire efficace**
- **Objectif 5 : Développer l'évaluation des pratiques et la culture du résultat**

### Axe 2 : Poursuivre la sécurisation de nos processus et la mise en place d'une coordination globale des risques

- **Objectif 1 : Renforcer la prévention et la prise en charge des risques associés aux soins**
- **Objectif 2 : Pérenniser une gestion des risques au sein des secteurs à risques**
- **Objectif 3 : Améliorer l'organisation des dispositifs de gestion des situations sanitaires exceptionnelles**
- **Objectif 4 : Améliorer la coordination des vigilances**

### Axe 3 : Développer l'expérience du patient, du résident et de la personne accueillie

- **Objectif 1 : Evaluer et prendre en compte « l'expérience patient »**
- **Objectif 2 : Développer l'implication des représentants des usagers et des associations dans notre amélioration continue de la qualité**
- **Objectif 3 : Promouvoir l'implication du patient dans sa prise en charge et la préservation de son autonomie**
- **Objectifs 4 : mobilise les actions d'expertise des patients**

### Axe 4 : Améliorer la coordination et la continuité des soins de nos parcours patients

- **Objectif 1 : Faciliter l'accès aux soins des populations spécifiques et vulnérables**
- **Objectif 2 : Promouvoir les partenariats et les collaborations sur le territoire**
- **Objectif 3 : Améliorer l'organisation des parcours**

### Axe 5: Développer notre attractivité

- **Objectif 1 : Promouvoir le développement durable**
- **Objectif 2 : Promouvoir la qualité de vie au travail**

# Nos indicateurs qualité

# 1 L'exploitation de nos indicateurs

Chacun de nos objectifs est traduit en indicateur qualité pour lequel une cible a été définie. Le suivi de ces indicateurs nous permet de suivre l'atteinte des objectifs. Tout indicateur dont la cible n'est pas atteinte doit donner lieu à des actions d'amélioration.

Nos indicateurs sont colligés par le service qualité-gestion des risques. Ils sont présentés et exploités à trois niveaux :

## ❖ *Au niveau institutionnel*

Annuellement, au 1<sup>er</sup> trimestre, les comités et instances font le bilan des indicateurs et des thématiques qu'ils pilotent. Le bureau qualité veille à ce que l'ensemble des indicateurs soient exploités par les pilotes et s'assure que les PAQSS thématiques sont bien mis à jour. Le bureau suit le tableau de bord des indicateurs institutionnels accessible par la gouvernance dans le canal *TEAMS - Management qualité institutionnel*.

## ❖ *Au niveau des pôles*

Les indicateurs qualité sont formalisés dans les contrats de pôle. Les indicateurs qualité sont communiqués à chaque pôle lors des réunions de dialogue de gestion du pôle.

## ❖ *Au niveau des services de soins*

Annuellement, au 1<sup>er</sup> trimestre, les services exploitent le bilan de leurs indicateurs en réunion qualité Q1. Cette exploitation permet la définition d'axes de progrès formalisés dans le PAQSS du service. Les résultats des indicateurs du service sont affichés sur le tableau d'affichage des informations qualité du service. Ils sont accessibles dans le canal *TEAMS – Copil Qualité* dans le dossier du service.

## 2 Nos indicateurs qualité par objectifs

### Axe 1 : Renforcer la culture qualité et sécurité des soins

#### Objectif 1 : Améliorer la structuration du pilotage et la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Taux de comités qui se sont réunis en conformité avec leur règlement intérieur	Interne	Institutionnel	80%
Taux des PAQSS institutionnels mis à jour/total PAQSS institutionnels	Interne	Institutionnel	80%
Taux des PAQSS des services mis à jour/ total PAQSS services	Interne	Institutionnel	80%
Taux de réalisation des réunions qualité des services	Interne	Institutionnel	80%

#### Objectif 2 : Sensibiliser et former nos professionnels

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Nombre de formations qualité-risques proposées	Interne	Institutionnel	+10%
Taux de réalisation du programme de formation qualité-sécurité des soins	Interne	Institutionnel	60%
Nombre d'évènements de sensibilisation/formation organisés	Interne	Institutionnel	3

#### Objectif 3 : Promouvoir une culture du signalement et de l'analyse des évènements indésirables

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Taux d'EIAS / total EI	Interne	Institutionnel	60%
Taux EI clôturé/ total EI	Interne	Institutionnel	80%
Taux EIG clôturés/total EI	Interne	Institutionnel	100%
Taux EI ayant été analysés par l'équipe/ total EI nécessitant une analyse (EI C3)	Interne	Institutionnel	80%
Taux de professionnels formés à gestion des évènements indésirables	Interne	Institutionnel	+20%
Réalisation de l'enquête sécurité des soins	Interne	Institutionnel	1/secteur
Taux de tenu des comités d'analyses	Interne	Institutionnel	80%

#### Objectif 4 : Structurer un système de gestion documentaire efficace

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Taux de documents périmés	Interne	Institutionnel	< à 20%
Taux de consultation sur Intraqual	Interne	Institutionnel	< à 50%
Taux de professionnels formés à la gestion documentaire	Interne	Institutionnel	+20%

#### Objectif 5 : Développer l'évaluation des pratiques et la culture du résultat

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Taux de participation aux campagnes nationales obligatoires des IQSS	Interne	Institutionnel	100%
Nombre d'évaluation internes réalisés (audits, traceurs...)	Interne	Institutionnel	1/secteur
Taux de réalisation des exploitations des indicateurs par les services	Interne	Institutionnel	80%/pole
Taux de réalisation des exploitations des indicateurs par les pôles	Interne	Institutionnel	80%/site
Taux de réalisation des exploitations des indicateurs par les instances	Interne	Institutionnel	80%/site
Résultat de certification de l'établissement	HAS	Institutionnel	Certifié
Taux de conformité audit interne critères impératifs	Interne	Institutionnel	100%/site
Nombre de structures accrédités, certifiés ou labellisés	Interne	Institutionnel	Constant ou hausse
Réception d'une dotation financière dans le cadre d'IFAQ	Interne	Institutionnel	oui
Taux de projets médicaux incluant des indicateurs qualité/projets	Interne	Institutionnel	hausse

## Axe 2 : Poursuivre la sécurisation de nos processus et la mise en place d'une coordination globale des risques

### Objectif 1 : Renforcer la prévention et la prise en charge des risques associés aux soins

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
<b>La maîtrise du risque infectieux</b>			
Nombre d'infections du site opératoire	Interne	MCO	0
Infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de genou	IQSS	MCO	0
Infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche	IQSS	MCO	0
Indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques	IQSS	Institutionnel	100%
Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	IQSS	Institutionnel	80%
<b>La prise en charge médicamenteuse</b>			
Prescriptions hospitalières exécutées en ville d'inhibiteurs de la pompe à protons	CAQES	Institutionnel	En baisse
Prescriptions hospitalières exécutées en ville de systèmes de perfusion à domicile	CAQES	Institutionnel	En baisse
Prescription des antibiotiques	CAQES	Institutionnel	En baisse
Prescriptions des médicaments génériques	CAQES	Institutionnel	En baisse
ATBIR	IQSS	Institutionnel	80%
Taux de Revues des Erreurs liées aux médicaments	Interne	Institutionnel	80%
<b>La prise en charge de la douleur</b>			
Evaluation et prise en charge de la douleur	IQSS	Institutionnel	80%

### Objectif 2 : Pérenniser une gestion des risques au sein des secteurs à risques

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Mise à jour annuelle de la cartographie des risques du secteur	Interne	Secteur à risques	1
Taux de conformité de la check-list	Interne	Secteur interventionnels	80%
Taux RMM réalisés	Interne	Secteur à risques	80%
Nombre de visite de risques	Interne	Institutionnel	1 / 4 ans

### Objectif 3 : Améliorer l'organisation des dispositifs de gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible annuelle
Nombre de personnes formées à la gestion de crise	Interne	Institutionnel	+20%
Réalisation d'un exercice de crise	Interne	Institutionnel	1
Mise à jour des volets du plan blanc	Interne	Institutionnel	1

## Objectif 4 : Améliorer la coordination des vigilances

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible annuelle
Nombre de tenue du COVIRIS	Interne	Institutionnel	2
Taux de tenue du comité pour chaque vigilance en conformité avec le règlement intérieur	Interne	Institutionnel	80%
<b>Réactovigilance</b>			
Taux alertes avec impact patient	Interne	Institutionnel	100%
Taux alertes traités	Interne	Institutionnel	100%
Nb lot de réactifs impactés détruits et remplacés	Interne	Institutionnel	Pour suivi
<b>Matérovigilance</b>			
Taux alertes nous concernant	Interne	Institutionnel	Pour suivi
Taux d'alertes déclarés graves	Interne	Institutionnel	Pour suivi
Taux alertes traités	Interne	Institutionnel	100%
Taux alertes fournisseurs			
<b>Pharmacovigilance</b>			
Taux alertes nous concernant	Interne	Institutionnel	Pour suivi
Taux alertes traités	Interne	Institutionnel	100%
Taux d'alertes avec Retrait de lots	Interne	Institutionnel	Pour suivi
<b>Hémovigilance</b>			
Taux d'erreurs identité bloquantes	Interne	Institutionnel	En baisse
Taux de destructions PSL	Interne	Institutionnel	En baisse
Taux de conformité de la traçabilité	Interne	Institutionnel	100%
Taux de personnels formés	Interne	Institutionnel	80%
<b>Radioprotection</b>			
Bilan dosimétrique	Interne	Institutionnel	conforme
Taux de personnels formés	Interne	Institutionnel	80%

## Axe 3 : Développer l'expérience du patient, du résident et de la personne accueilli

### Objectif 1 : Evaluer et prendre en compte « l'expérience patient »

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible annuelle
Tenue du bureau expérience patient	Interne	Institutionnel	4
Nombre d'enquêtes expérience patient réalisées	Interne	Institutionnel	1
Taux de satisfaction global des patients	Esatis Interne Avis google	Institutionnel	80%
Taux de retour des enquêtes	Esatis Interne	Institutionnel	30%
Taux de réclamation et plaintes	Interne	Institutionnel	<10%
Tenu d'une réunion EHPAD avec les familles	interne	EHPAD	2 par an

### Objectif 2 : Développer l'implication des représentants des usagers et des associations dans notre amélioration continue de la qualité

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible annuelle
Nombre de réunions de la CDU	Interne	Institutionnel	3
Nombre de réunions de la CVS	Interne	EHPAD	3
Taux de comités où les RU participent	Interne	Institutionnel	50%
Taux de participation des RU à nos évaluations internes	Interne	Institutionnel	+20%
Taux de passage des usagers au sein de la maison des usagers	Interne	Institutionnel	+10%

### Objectif 3 : Promouvoir l'implication du patient dans sa prise en charge et la préservation de son autonomie

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Traçabilité de l'information projet de soins /projet de vie	IQSS	SSR	80%
Tenue du dossier patient	IQSS	HAD	80%
Nombre de projet d'autonomisation du patient développés	Interne	Institutionnel	+20%
Taux de conformité audit traçabilité personnes de confiance/à prévenir	Interne	Institutionnel	80%
Taux de conformité audit traçabilité directives anticipées	Interne	Institutionnel	80%

### Objectifs 4 : mobilise les actions d'expertise des patients

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible annuelle
Nombre de formations ETP réalisées / an	Interne	Institutionnel	+20%
Nombre de nouveaux programmes d'ETP mis en place	Interne	Institutionnel	+20%
Nombre de patient ressources/experts	Interne	Institutionnel	+20%
Taux d'EIG où le patient a été impliqué dans l'analyse	Interne	Institutionnel	+10%

## Axe 4 : Améliorer la coordination et la continuité des soins de nos parcours

### Objectif 1 : Faciliter l'accès aux soins des populations spécifiques et vulnérables

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Nombre de demandes d'interprétiariats	Interne	Institutionnel	+10%
Nombre de patients suivis par le service social	Interne	Institutionnel	Pour suivi
Taux de conformité d'accessibilité de l'établissement aux personnes porteurs d'handicap	Interne	Institutionnel	100%
Taux de conformité des secteurs accueillant des mineurs hors pédiatrie	Interne	Institutionnel	100%
Taux de conformité de la traçabilité de l'évaluation des dépendances de la personne âgée dans le dossier paramédicale	Interne	Institutionnel	80%

### Objectif 2 : Promouvoir les partenariats et les collaborations sur le territoire

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible annuelle
Nombre de partenariats/conventions formalisés avec les structures extérieures	Interne	Institutionnel	+10%
Nombre de parcours sur le territoire formalisés	Interne	Institutionnel	+10%
Taux de participation aux CPTS	Interne	Institutionnel	100%

### Objectif 3 : Améliorer l'organisation des parcours

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible annuelle
Qualité de la lettre de liaison à la sortie	IQSS	Institutionnel	80%
Taux de réhospitalisations toutes causes et toutes racines de GHM confondues à 3 jours	IQSS	CA	<10%
Taux de réhospitalisations toutes causes et toutes racines de GHM confondues à 30 jours	IQSS	CA	<10%
Taux de tenue du comité parcours complexes en conformité avec le règlement intérieur	Interne	Institutionnel	80%
Prescriptions hospitalières exécutées en ville de transport	Caques	Institutionnel	Baisse
Ré-hospitalisation à 3 mois pour décompensation d'une insuffisance cardiaque	Caques	Institutionnel	Baisse
Parcours périnatalité	CAQES	Institutionnel	hausse
Nombre de parcours ambulatoire formalisé	Interne	Institutionnel	hausse

## Axe 5: Développer notre attractivité

### Objectif 1 : Promouvoir le développement durable

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Taux de réunion accessibles par TEAMS	Interne	Institutionnel	80%
Nombre de projets d'amélioration éco-responsable dans les services	Interne	Institutionnel	5
Taux de réunion de la commission	Interne	Institutionnel	100%
Taux de réalisation des actions du PAQSS	Interne	Institutionnel	70%

### Objectif 2 : Promouvoir la qualité de vie au travail

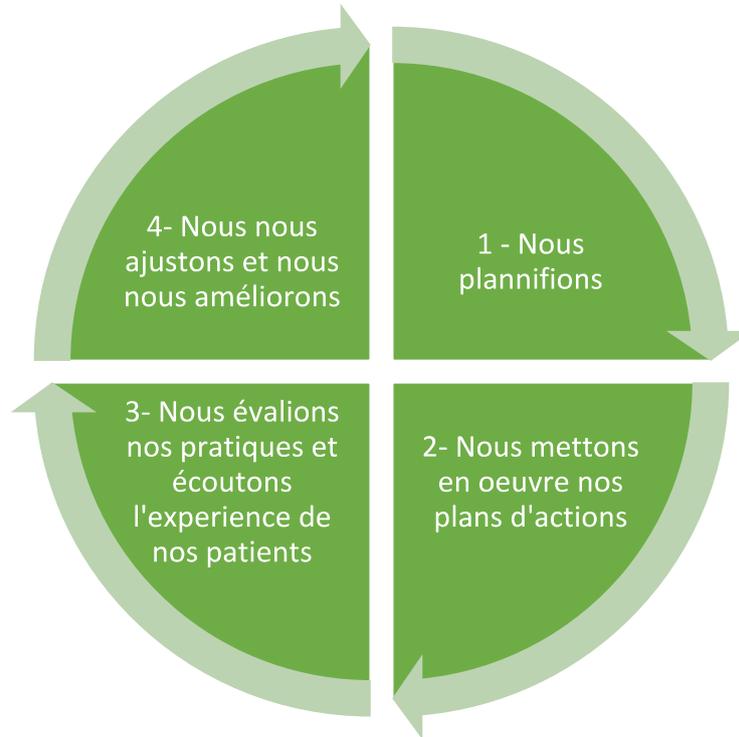
Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Taux de réunion de la commissions attractivité	Interne	Institutionnel	100%
Taux de réalisation des actions du PAQSS	Interne	Institutionnel	70%
Nombre d'évènements institutionnels à l'attention du personnel	Interne	Institutionnel	hausse
Nombre de projets d'amélioration de la qualité de vie au travail	Interne	Institutionnel	hausse
Taux de livret d'accueil du personnel/total service	Interne	Institutionnel	hausse

# Notre système de management par la qualité

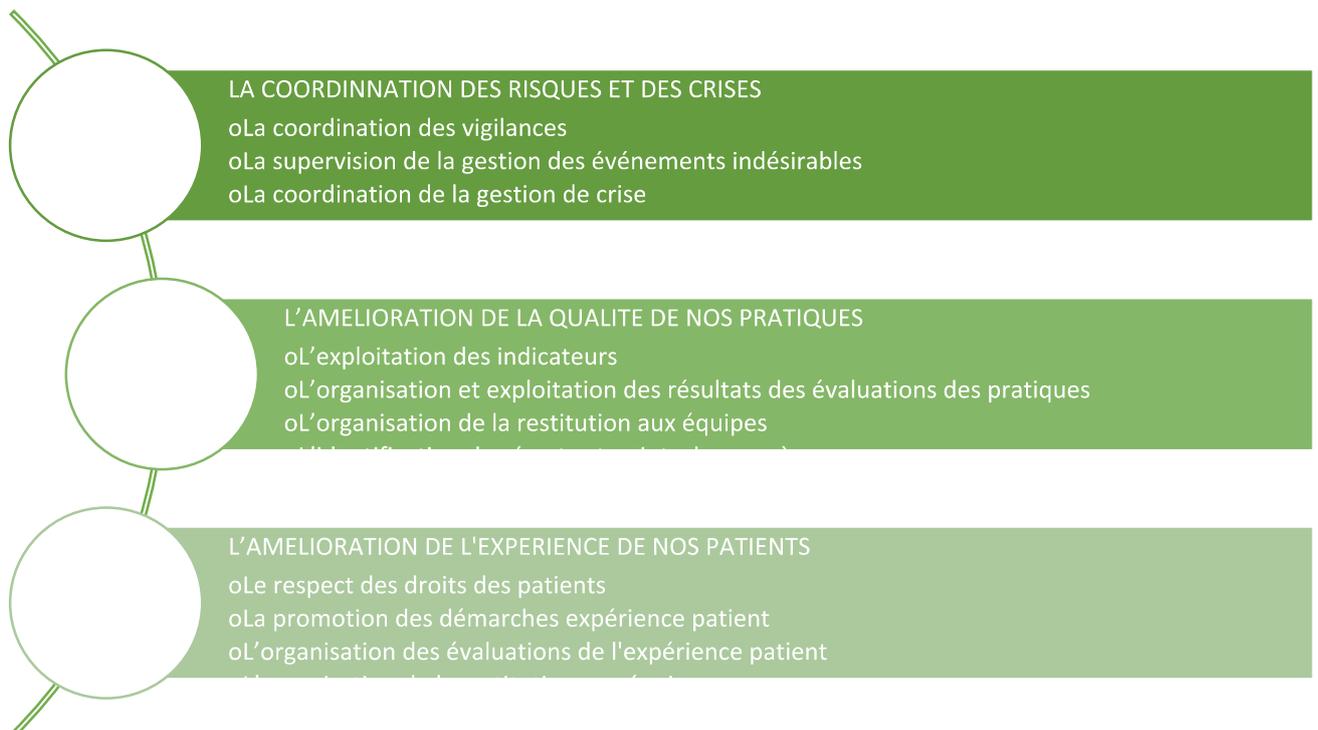
# 1 Notre amélioration continue

## Notre management par la qualité

s'appuie sur une démarche en quatre temps, symbolisée par la Roue de Deming,



est structuré en trois volets.



Pour atteindre nos objectifs, nous identifions des actions d'améliorations.

Ces actions sont formalisées dans nos plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS)

Les actions sont définies et nos PAQSS élaborés à partir :

- Des résultats des évaluations des pratiques internes : EPP, traceurs, audits...
- Des résultats de nos indicateurs internes et nationaux
- Du bilan des évènements indésirables
- Des risques prioritaires identifiés dans nos cartographies des risques
- Des résultats des évaluations de l'expérience de nos patients
- Des résultats des enquêtes réalisées auprès de nos professionnels
- Des actions identifiées dans le cadre des réclamations et des plaintes des usagers
- Des résultats des certifications, des inspections et des audits externes
- Des exigences réglementaires

Les PAQSS sont suivis à deux niveaux :

### ❖ *Au niveau institutionnel*

Des PAQSS thématiques transversaux sont formalisés et suivis par les instances, groupes de travaux, comités ou équipes référentes portant une thématique.

Les PAQSS sont centralisés et accessibles par la gouvernance et les pilotes de thématiques dans le canal *TEAMS - Management qualité institutionnel*.

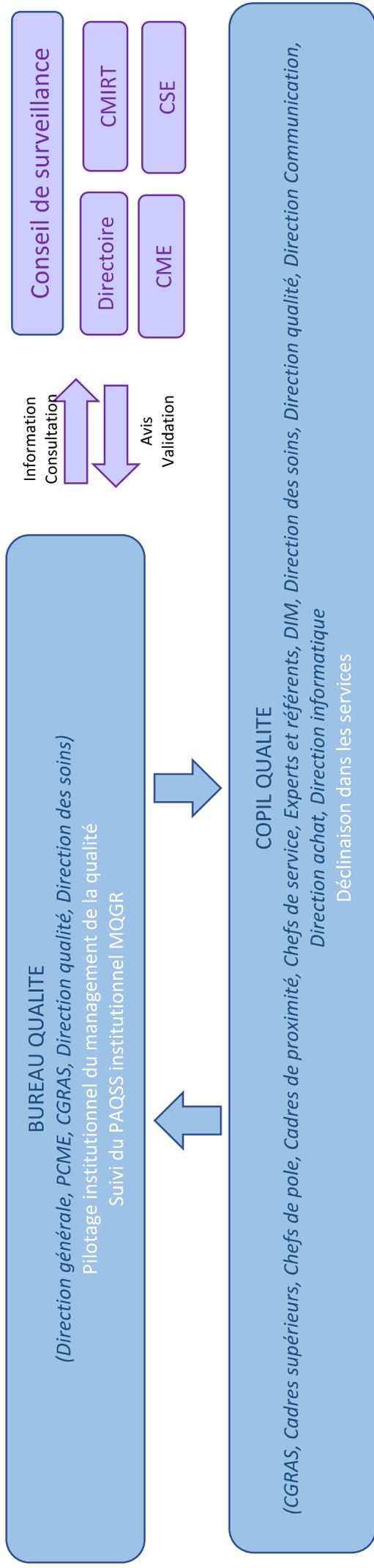
### ❖ *Au niveau des services*

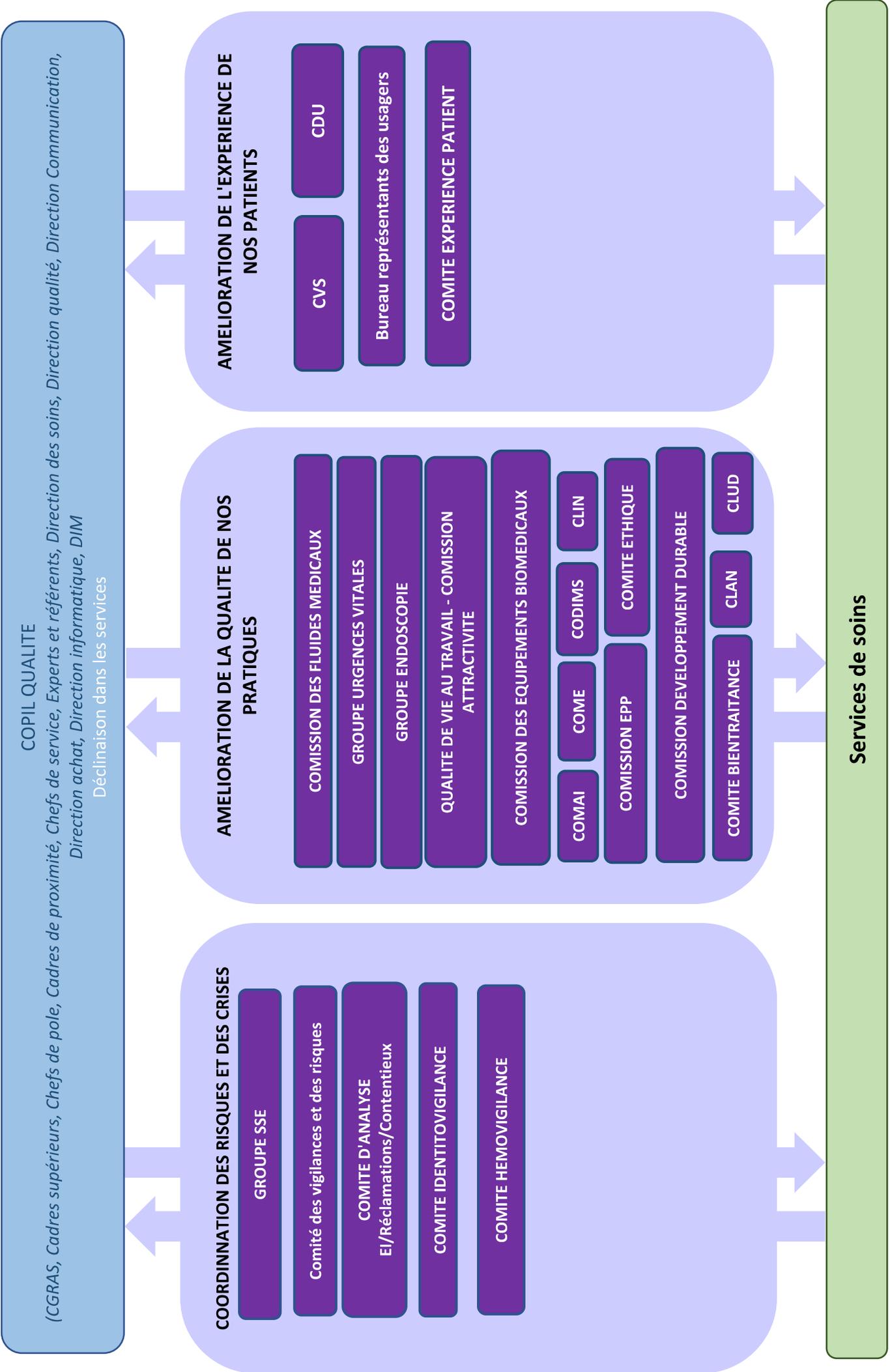
Tous les services de soins et médico-sociaux formalisent leurs actions d'amélioration dans le PAQSS du service.

Il est piloté par le chef de service et le cadre de santé de l'unité et s'appuie sur les experts des thématiques et les interventions méthodologiques du service qualité-gestion des risques et de la Direction des soins. Un ingénieur qualité référent du service apporte une aide méthodologique au service en réunion qualité quant au suivi de ses actions au regard de ses résultats d'évaluations internes (évaluations des pratiques, indicateurs...).

Pour les services administratifs, la politique qualité est portée par le responsable de service sous la supervision du Directeur fonctionnel et de la Direction qualité.

Les PAQSS des services sont accessibles dans le canal *TEAMS – Copil Qualité* dans le dossier du service. La version actualisée est affichée sur le tableau d'affichage des informations qualité du service.





### 3.1 Les référents et experts

#### COFIL QUALITE

(CGRAS, Cadres supérieurs, Chefs de pôle, Cadres de proximité, Chefs de service, Experts et référents, Direction des soins, Direction qualité, Direction Communication, Direction achat, Direction informatique  
Déclinaison dans les services

#### COORDINATION DES RISQUES ET DES CRISES

Le coordinateur de la gestion des risques GHT

Cellule  
opérationnelle  
identitovigilance

Reactovigilant

Materiovigilant

Hémovigilant

Pharmacovigilant

Biovigilant

Référent SSE

Cybervigilance

Responsable de la  
sécurité des Systèmes  
d'information GHT

Délégué à la protection  
des données GHT

Référent qualité DSI

Cellule radioprotection

Responsable Sécurité

#### AMELIORATION DE LA QUALITE DE NOS PRATIQUES

Ingénieur qualité référent pôle de soins

Ingénieur qualité référent pôle de soins

RSMQ

EOH

Cadre expert en soins GHT

Ingénieur qualité GHT référent médico-social/  
médico-technique GHT

#### AMELIORATION DE L'EXPERIENCE DE NOS PATIENTS

Patient expert

Unité d'éducation  
thérapeutique

Chargé des dossiers médicaux

Chargé des relations avec les usagers  
(gestion des réclamations et des  
contentieux)

Services de soins

#### EXPLOITATION DES INDICATEURS

IQSS, indicateurs internes

#### TRAITEMENT DES EIAS

Analyse systématique  
Retour d'expérience aux équipes

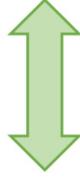
#### EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Réalisation d'audit interne, patient traceur,  
autoévaluation...

#### EVALUATION DE L'EXPERIENCE PATIENT

Projet de promotion de l'expérience patient, enquête  
de satisfaction et expérience patient...

**SERVICES : cadre de proximité et chef de service**



#### REUNIONS QUALITES

En équipe,  
Exploitation des indicateurs  
Exploitation des résultats  
des évaluations des  
pratiques  
Exploitation des résultats de  
l'expérience patient  
Exploitation du bilan du  
traitement des EI  
Mise à jour PAQSS Service

#### FORMATIONS ET COMMUNICATION

Formation dans les  
services  
Café qualité  
Affichage qualité  
Courrier interne  
RIC

#### REUNIONS DE DIALOGUE DE GESTION

Exploitation des indicateurs  
Synthèse des bilan qualité par services (à terme)

**POLES : cadre de pole et chef de pole**

### **3.2 Le bureau qualité**

Le bureau qualité se réunit avant chaque COPIL qualité et regroupe la direction générale, le président de CME, le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins, la direction qualité et la direction des soins. Les principales missions du bureau sont :

- ❖ D'élaborer et de suivre de la politique qualité
- ❖ D'identifier les priorités et de mettre en œuvre et de suivre du PAQSS management de la qualité et de gestion des risques
- ❖ D'exploiter les indicateurs institutionnels
- ❖ D'identifier une stratégie pour développer une culture qualité sécurité dans l'établissement
- ❖ De suivre le calendrier des visites de certifications et d'accréditations
- ❖ D'élaborer l'ordre du jour des copil qualité
- ❖ D'avoir une vue centralisée de l'ensemble des thématiques pilotés par les comités, instances et groupes de travail

Des points réguliers sont effectués par le bureau qualité : au Directoire, à la commission médicale d'établissement, à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, au comité social d'établissement, à la commission des usagers et à la commission de vie sociale

### **3.3 Le COPIL qualité**

Le COPIL se réunit tous les deux mois et regroupe l'ensemble de la direction, des référents et pilotes des encadrants médicaux et paramédicaux des services et des pôles. La principale mission du COPIL qualité est de décliner sur le terrain les actions décidées par le bureau qualité et les comités institutionnels.

### **3.4 Les instances, comités et groupes de travail**

Des comités, instances et groupes de travail ont pour mission d'améliorer des thématiques en transversal sur le site. Ils déploient les actions formalisées sur le PAQSS.

Un règlement intérieur formalise la composition et les missions de chaque comité.

### **3.5 Les référents**

Des personnes ressources expert ou référent d'une thématique sont identifiés sur notre structure. Une fiche de poste ou de mission formalise les missions de chaque référent.

### **3.6 Les réunions qualité**

Au sein des services, les professionnels sont rencontrés. L'ingénieur qualité référent du service organise avec l'encadrement des réunions qualité trimestrielles (Réunion Q1, Q2, Q3 et Q4) afin de communiquer et d'échanger sur l'ensemble des données de mesure de la qualité et de la sécurité des soins : les indicateurs, la gestion des évènements indésirables ... Le PAQSS du service est mis à jour.

Au sein des pôles, en réunion de dialogue de gestion, les indicateurs qualité sont exploités.

### 4.1 Notre logiciel Intraqual

Le logiciel Intraqual est notre logiciel de gestion documentaire et de gestion des évènements indésirables.

Il est administré par le service qualité et gestion des risques.

### 4.2 Nos formations qualité

#### ➤ Les formations institutionnelles

L'articulation entre la Direction Qualité et le service de formation continue est effective.

La Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins, la Direction Qualité en lien avec les commissions, comités, responsables médicaux de pôle, cadre paramédical de pôle, les référents qualité risque de pôle et les pilotes de thématique déterminent les besoins en matière de formation à partir :

- Des circulaires et/ou des décrets d'application, nouvelles recommandations HAS ou de l'ANESM
- Des résultats des évaluations
- De la nécessité de maîtriser des nouvelles méthodes à appliquer dans le cadre du management par la qualité
- Du programme d'actions Qualité.

#### ➤ Les formations au sein des services

Les experts et référents sont amenés à réaliser des formations au sein des services de soins concernant leur thématique.

### 4.3 Notre communication

Afin d'entretenir une culture qualité auprès des professionnels des établissements, il est nécessaire de réaliser des actions de communication et de sensibilisation régulières.

Les actions de communication portent sur les priorités identifiées au niveau national, régional, sur les objectifs institutionnels ainsi que sur les thèmes choisis par les secteurs d'activité.

Les différents outils de communication existant au sein du groupement sont utilisés :

- Les mails en diffusion générale
- Le site internet
- Le site intranet
- La diffusion de vidéo
- Le courrier interne disponible dans les courriers de fiches de paie
- L'affichage dans les services : panneau d'affichage informations patients et Panneau d'affichage Qualité
- Les évènements et rencontres avec les professionnels : forums, Rencontres inter-cadres...
- Les présentations aux instances, commissions et autres groupes de travail.
- La réunion inter-cadres (RIC)

Pour mesurer notre niveau de qualité, nous nous évaluons en interne et sommes évalués en externe par les organismes accréditeurs et certificateurs.

### 5.1 Les évaluations internes

#### 5.1.1 L'évaluation de la pertinence des pratiques

Des audits internes sont menés en fonction d'un programme d'audits défini dans le plan d'évaluation annuel.

Le CH de Gonesse promeut une culture de l'évaluation de la pertinence des pratiques. Un plan annuel institutionnel d'évaluation des pratiques interne est formalisé. De plus la commission des EPP tient un tableau de bord des EPP du site.

Plusieurs modes d'évaluations des pratiques sont déployés et utilisés par nos professionnels :

- Les patients traceurs
- Les parcours traceurs
- Les traceurs ciblés
- Les grilles d'observation
- Les audits système
- Les évaluations des Pratiques Professionnelles
- Les Audit internes
- Les Enquêtes
- Les indicateurs internes

#### 5.1.2 La mesure de l'expérience patient

Notre établissement participe au recueil e-satis, les résultats sont consultables sur internet et sont affichés dans les services.

Un questionnaire expérience patient déposé dans le livret d'accueil est proposé aux patients depuis Septembre 2023. Des questionnaires de satisfaction spécifiques par secteurs sont aussi déployés (ex : maternité et imagerie).

Une enquête annuelle d'entretiens avec les patients est réalisée sur une journée en Avril.

Des enquêtes ponctuelles sont menées annuellement sur des thématiques spécifiques comme la restauration.

### 5.2 Les évaluations externes

#### 5.2.1 Les indicateurs nationaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS)

Le groupement s'engage à réaliser les évaluations obligatoires dans tous les secteurs concernés. Il s'engage également à communiquer en interne et en externe sur les résultats de ces évaluations et à les présenter aux diverses instances et groupes de travail concernés.

L'analyse des résultats donne lieu à la définition d'actions d'amélioration si nécessaire et au suivi de ces actions.

### **5.2.2 L'Accréditation des médecins exerçant une spécialité ou activité à risque**

Suivant le décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé, la gouvernance de l'établissement promeut l'accréditation auprès des équipes médicales.

### **5.2.3 Les visites externes**

- ❖ La Certification HAS de l'établissement
- ❖ Les évaluations externes des structures médico-sociales
- ❖ L'évaluation externe du Prélèvement Multi-Organes par l'Agence de Bio-Médecine (ABM)
- ❖ L'accréditations ISO 15189 des laboratoires d'analyse de biologie médicale
- ❖ Les inspections de l'ARS
- ❖ Les inspections de l'ASN
- ❖ Les visites du CGLPL
- ❖ Les audits menés par les compagnies d'assurance

# Notre organisation fonctionnelle

## 1.1 Nous formalisons nos orientations stratégiques dans notre projet qualité

### Au niveau institutionnel

- ❖ La directrice qualité, la coordonnatrice des soins et le CGRAS propose au bureau qualité une politique qualité en formalisation des axes et des objectifs institutionnels. Ils identifient les indicateurs d'atteinte des objectifs institutionnels. Le bureau qualité valide le projet qualité et est garant du processus de validation du projet. Le projet est présenté et validé en instances auprès du Directoire, de la CME, de la CSMIRT, de la CDU et du conseil de surveillance avant diffusion.

### Au niveau du pôle

- ❖ La direction qualité propose en concertation avec le pôle les indicateurs qualité à intégrer au contrat de pôle qui seront suivis lors des réunions de dialogues de gestion.

### Au sein du service

- ❖ Le chef de service et le cadre s'assure de la prise de connaissance par l'équipe de soins des axes de la politique qualité, des objectifs qualité associés et des indicateurs qualité concernant le service.

## 1.2 Nous structurons la mise en œuvre

### Au niveau institutionnel

- ❖ La direction qualité:
  - Coordonne le bureau qualité, le COPIL qualité et le COVIRIS
  - Structure et déploie la trame de PAQSS
  - Identifie pour chaque secteur et pour chaque thématique un ingénieur référent
  - Fait l'interface avec la HAS et les organismes certificateurs
- ❖ La direction des soins :
  - S'assure des ressources en termes d'encadrement
  - Coordonne les CSMIRT du site et du GHT et s'assure qu'un point qualité est mis à chaque ordre du jour
  - Coordonne les réunions d'encadrement et s'assure qu'un point qualité est à l'ordre du jour
  - Identifie un cadre expert
  - Construit le calendrier des évaluations des pratiques à l'attention de l'encadrement paramédical
  - Confie des missions transversales d'amélioration des pratiques à l'encadrement supérieur
- ❖ Le CGRAS s'assure qu'un point qualité est mis à l'ordre du jour de chaque CME

- ❖ Le bureau qualité :
  - Décline sur le terrain via le COPIL qualité
  - Fait le lien avec les instances et les groupes de travail sur l'avancée des thématiques
  - S'assure de la tenue des instances et des groupes de travail
  - S'assure qu'un pilote est identifié pour chaque thématique et chaque vigilance
  - Commandite les états des lieux et les évaluations de pratique auprès des pilotes
  - Valide les achats liés aux remises en conformité liés aux visites d'évaluations externes

#### Au sein du service

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité planifient avec l'ingénieur qualité les réunions qualité trimestriel en équipe dans les services

### **1.3 Structurer le suivi de l'atteinte des objectifs**

#### Au niveau institutionnel

- ❖ La direction qualité :
  - Construit et collige le tableau de bord des indicateurs institutionnels
  - Restitue annuellement au bureau qualité les résultats

## 2 Nous mettons en œuvre nos plans d'actions

### **2.1 Nous suivons nos PAQSS**

#### Au niveau institutionnel

- ❖ Les comités, instances et groupes :
  - Identifient des écarts et points de progrès concernant leur thématique
  - Mettent à jour le PAQSS institutionnel de leur thématique.
  - Mettent à jour des documents transversaux concernant leur thématique
- ❖ L'ingénieur qualité :
  - Apporte une aide méthodologique au pilote de l'instance pour la mise à jour des PAQSS
  - Centralise les PAQSS thématique sur TEAMS
  - Consolide annuellement les PAQSS thématiques dans le rapport d'activité MQGR du site
- ❖ Le bureau qualité :
  - Formalise et suit les actions institutionnelles dans le PAQSS MQGR
  - Décline les actions institutionnelles à l'encadrement en Copil qualité

#### Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
  - S'assurent de la communication à l'équipe des décisions transmises en copil qualité
  - Formalisent et suit les actions du service dans le PAQSS service
  - S'assurent de la prise de connaissance de l'Equipe des actions qualité du service
  - Consolident à chaque réunion qualité le PAQSS service pour affichage dans le service
- ❖ L'ingénieur qualité :
  - Réalise des réunions qualité dans les services (4 réunions qualité par an par service)
  - Apporte une aide méthodologique à l'encadrement pour la mise à jour des PAQSS service
  - Centralise les PAQSS service sur TEAMS

Le chef de pole et le cadre supérieur de pole :

- S'assure du suivi des PAQSS de service du pole par les chefs de services et les cadres de proximité
- Prennent connaissance des contenus des PAQSS
- Alerte le copil qualité ou les instances si nécessaire

## **2.2 Nous nous formons**

### Au niveau institutionnel

- ❖ La direction des ressources humaine
  - Des formations sont accessibles et répondent aux besoins institutionnels
- ❖ La direction des soins :
  - Coordonne les parcours d'intégration des cadres
  - Conduit un dispositif de formation à l'attention de l'encadrement
- ❖ La direction qualité :
  - Réalise les formations qualité dans le cadre du dispositif de formation à l'attention de l'encadrement
  - Coordonne les évènements de promotion de la culture qualité
  - Identifie par semestre la session de formations qualité flash à réaliser dans tous les services de soins
- ❖ Le cadre expert réalise un point qualité en journée d'accueil des nouveaux arrivants.

### Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
  - Sollicite les pilotes de thématique si besoin de formation dans le service
  - Inscrit en formation institutionnels les professionnels
  - Organise avec les séances de formation dans les services
- ❖ L'ingénieur qualité et l'EOH réalisent des formations qualité dans les services.

## **2.3 3.Nous traitons les évènements indésirables**

- ❖ Le coordinateur de la gestion des risques GHT
  - Administre le logiciel de gestion des évènements indésirables
  - Met à disposition les outils nécessaires à l'analyse
  - Réalise le bilan des EI et établie les indicateurs internes EI par service, par pole et pour le site
  - S'assure du traitement des EI par l'ensemble des secteurs
  - Fait le lien avec les ingénieurs qualité des secteurs
- ❖ Le CGRAS :
  - Anime le Comité des vigilances et des risques (COVIRIS)
  - Présente le bilan des EIG et des EI en CME

### Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
  - Réalise en équipe l'analyse systémique des causes en cas d'EIG et d'EIAS de criticité élevé (C3)
  - Formalise et suit sur Intraqual le plan d'action de l'EI
  - Réalise un retour d'expérience à l'équipe
  - Réalise des RMM
  
- ❖ L'ingénieur qualité :
  - Hiérarchise les EI : EIG et EIAS en appliquant l'échelle de criticité institutionnelle
  - Apporte une aide méthodologique à l'équipe de soins lors des analyse systémiques
  - Répond à l'ARS en cas d'EIG
  - Présente le bilan des EI du service
  - Met à disposition sur TEAMS les retours d'expérience anonymisé
  
- ❖ Le CGRAS :
  - Valide le caractère EIG de l'EI
  - Apporte une aide méthodologique à l'équipe lors des analyse systémiques des EIG

## **2.4 Nous coordonnons nos vigilances**

### Au niveau institutionnel

- ❖ Un expert est identifié pour chaque vigilance :
  - L'identitovigilance et le comité identitovigilance
  - Le matériovigilance
  - L'hémovigilance et le comité hémovigilance
  - L'infectiovigilance (l'EOH)
  - La cellule radioprotection
  - La pharmacovigilance
  - La réactovigilance
  - La cybervigilance : le responsable de la sécurité des systèmes d'information et le délégué à la protection des données
  
- ❖ Le CGRAS coordonnent le Comité des vigilances et des risques (COVIRIS).

## **2.5 Nous gérons nos risques a priori**

### Au niveau des services

- ❖ Les équipes de secteurs à risques participent à l'élaboration des cartographies de risques.
- ❖ Le coordonnateur de la gestion des risques, des vigilances et des crises GHT apporte son aide méthodologique et formalise les cartographies de risques.

## **2.6 Nous gérons nos documents**

### Au niveau institutionnel

- ❖ L'ingénieur qualité gère le logiciel de gestion documentaire.

### Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité actualisent les documents du service.
- ❖ L'ingénieur qualité apporte une aide méthodologique à l'encadrement pour la mise à jour des documents sur Intraqual.

## **2.7 Nous communiquons et développons la culture qualité**

### Au niveau institutionnel

- ❖ Le bureau qualité définit la stratégie de communication et des événements pour promouvoir la culture qualité.

### Au niveau des services

- ❖ L'ingénieur qualité :
  - Coordonne la mise en œuvre des outils : courrier interne, création de fiches mémos...
  - Décline les affichages qualité et les transmet aux encadrants du service
  - Tiens à jour le classeur qualité du service
  - Met à jour l'affichage Information Patient des services
- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité s'assurent de la mise à jour de l'affichage qualité et du classeur qualité

## **2.8 Nous gérons les crises**

### Au niveau institutionnel

- ❖ Le référent SSE:
  - Coordonne la mise à jour du plan blanc
  - Organise les exercices de crise
  - Fait l'état des lieux du matériel
  - Organise les formations associées au plan blanc
- ❖ Le responsable sécurité est garant de la mise à jour du plan de sécurisation de l'établissement.

### Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
  - S'assurent de la prise de connaissance du plan blanc par l'équipe
  - Participent à l'actualisation du plan blanc

## 3 Nous évaluons nos pratiques et écoutons l'expérience de nos patients

### 3.1 Nous exploitons nos indicateurs

#### Au niveau institutionnel

- ❖ Le bureau qualité :
  - S'assure de l'exploitation des indicateurs à tous les niveaux : instances, pole et service
  - Identifie des actions transversales
  - Met à jour du PAQSS MQGR avec les actions décidées
  - Communique en Copil qualité
  
- ❖ Les instances, comités et groupes de travail :
  - Exploite des indicateurs de la thématique
  - Met à jour du PAQSS thématique avec les actions décidées
  
- ❖ L'ingénieur qualité :
  - Coordonne les campagnes des IQSS
  - Collige les résultats dans le tableau de bord des Indicateurs institutionnel
  - Restitue annuellement au bureau qualité
  
- ❖ Le médecin DIM
  - Procède au tirage au sort des dossiers à auditer
  - Donne les accès et les droits à Qualhas
  
- ❖ Le cadre expert supervise l'exploitation des indicateurs par l'encadrement de proximité.

#### Au niveau du pole

- ❖ L'ingénieur qualité restitue annuellement en réunion de dialogue de gestion.
  
- ❖ Le chef de pole réalise le bilan des indicateurs en bureau de pole.

#### Au niveau des services

- ❖ L'ingénieur qualité :
  - Accompagne les médecins dans la saisie des audits dossiers sur Qualhas
  - Restitue les résultats au service en réunions qualité
  - Formalise une affiche des indicateurs par service
  
- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
  - S'assurent de la prise de connaissance par l'équipe des résultats des indicateurs du service
  - Exploitent les indicateurs
  - Mettent à jour du PAQSS service avec les actions décidées

### **3.2 Nous évaluons l'expérience de nos patients**

#### Au niveau institutionnel

- ❖ Le comité des usagers et le comité de la vie social :
  - Valide le calendrier des enquêtes expérience patient annuel du site
  
- ❖ Le comité expérience patient
  - Développe les actions de promotion de l'expérience patient
  - Développe des outils de recueil de l'expérience patient
  
- ❖ Le patient expert promet les projets améliorant l'expérience patient au sein des services.
  
- ❖ La chargée des relations avec les usagers :
  - Coordonne le bureau des représentants des usagers et la CDU.
  - Coordonne la réponse au patient en cas de réclamation/contentieux
  - Fait l'interface avec l'assureur
  - Communique annuellement les indicateurs réclamation et contentieux aux services
  
- ❖ L'ingénieur qualité :
  - Coordonne la plateforme E-satis
  - Collige les résultats E-satis
  
- ❖ Le médecin DIM
  - Transmet les fichiers E-mails des patients à la direction qualité
  - Donne les accès et les droits à E-satis

#### Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
  - Réalisent un point en équipe en cas de réclamation/contentieux
  - Communiquent à la CRUA le rapport d'enquête
  - S'assurent que l'équipe a pris connaissance des résultats des mesures de l'expérience patient
  - Mettent à jour du PAQSS service avec les actions décidées
  
- ❖ L'ingénieur qualité formalise une affiche résultats expérience patient par service.

### **3.3 Nous évaluons nos pratiques**

#### Au niveau institutionnel

- ❖ Les instances, comités et groupes de travail
  - Coordonne l'audit de leur thématique dans les services
  - Exploite les résultats de l'audit
  - Identifie les points de progrès et écarts
  - Met à jour du PAQSS thématique avec les actions décidées
  
- ❖ Le cadre expert en soins :
  - Coordonne les évaluations internes des pratiques associées aux soins en lien avec les cadres de proximité.
  - Accompagne les cadres dans l'évaluation des pratiques en proposant des outils, formations aux cadres de proximité
  - Tient à jour le planning institutionnel de l'évaluation des pratiques

- ❖ Le chef de pôle s'assure que tous les secteurs du pôle ont des modalités d'évaluation des pratiques.
- ❖ La cadre supérieure de pôle :
  - Pilote d'une mission transversale d'amélioration des pratiques
  - S'assure qu'il y a au moins une EPP dans le pôle
- ❖ L'ingénieur qualité :
  - Apporte une aide méthodologique dans la création des grilles d'audit
  - Apporte une aide méthodologique dans l'analyse des résultats et création de rapport
  - Réalise les audits aux référentiels en cas de visite d'évaluation externe (HAS, AFNOR...)

#### Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
  - Exploitent les résultats de l'audit
  - Mettent à jour du PAQSS service avec les actions décidées
- ❖ L'ingénieur qualité
  - Restitue les résultats d'audits dans les services
  - Apporte une aide méthodologique en cas de construction d'outil d'évaluation.

## 4 Nous nous ajustons et nous nous améliorons

#### Au niveau institutionnel

Les comités, instances et groupe de travail :

- S'assurent qu'un point PAQSS et indicateurs sont à l'ordre du jour
- Analysent l'ensemble des données (indicateurs, écarts d'audits...) concernant leurs thématiques
- Ajustent les PAQSS institutionnels

Le bureau qualité :

- Suit et exploite les données et des indicateurs institutionnels
  - Des résultats des audits, des EPP...
  - Des résultats des cartographies des risques
  - Des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des usagers, des professionnels
  - Des actions identifiées dans le cadre des réclamations et/ou plaintes des usagers
  - Des résultats des certifications, des normes ISO, des Evaluations Externes
  - Des visites externes, des contrôles, des audits externes et des inspections
- Conclue sur l'atteinte des objectifs institutionnels du projet qualité
- Coordonne la réalisation du bilan de la politique qualité
- Présente pour validation au directoire et aux instances

## 5 Conclusion

La politique qualité et sécurité des soins s'est incontestablement étoffée à l'issue de chacune des procédures de certification menées par la HAS. Notre établissement s'organise pour décliner son PAQSS en respectant les 4 dimensions identifiées par Shortell et reprises par la HAS :

- 1- la Dimension stratégique : le PAQSS s'appuie sur l'engagement de la direction en coordination avec la CME. Il mobilise tous les professionnels.
- 2- la Dimension culturelle : Le PAQSS vise au développement d'une culture de sécurité.
- 3- la Dimension structurelle : le pilotage de la démarche repose sur une coordination des différents pilotes par la direction qualité.
- 4- la Dimension technique : le PAQSS repose sur un système d'information, des méthodes et outils validés et des résultats d'évaluations internes et externes.

Le souffle de cette politique se doit d'être continu.

Notre ambition est de définir une politique concourant à sensibiliser et impliquer l'ensemble des professionnels dans cette démarche. En cela, si la démarche qualité apparaît comme un objectif global, elle relève nécessairement de la considération et de l'investissement de chacun.

## 6 Glossaire des sigles et acronymes

ABM	Agence de <b>Bio-Médecine</b>
ARS	Agence <b>Régionale de Santé</b>
CAI	Comité <b>Anti-Infectieux</b>
CDU	Comité <b>Des Usagers</b>
CIV	Cellule d' <b>Identito-Vigilance</b>
CLAN	Comité de <b>Liaison Alimentation / Nutrition</b>
CLIN	Comité de <b>Lutte contre les Infections Nosocomiales</b>
CLUD	Comité de <b>Lutte contre la Douleur</b>
CME	Commission <b>Médicale d'Etablissement</b>
CODIR	Comité de <b>Direction</b>
COMAI	Comité des <b>Anti-Infectieux</b>
COMEDIMS	Commission du <b>Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles</b>
COFIL	Comité de <b>Pilotage</b>
COVIRIS	Comité des <b>Vigilances et des Risques</b>
CPOM	Contrat <b>Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens</b>
CREX	Comité de <b>Retour d'Expérience</b>
CSIRMT	Commission de <b>Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique</b>
CSTH	Comité de <b>Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance</b>
EHPAD	Etablissement d' <b>Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes</b>
EPP	Evaluation des <b>Pratiques Professionnelles</b>
GED	<b>Gestion Electronique des Documents</b>
GHT	<b>Groupe hospitalier de territoire</b>
HAS	<b>Haute Autorité de Santé</b>
PAQSS	<b>Plan d'Amélioration de la Qualité / Sécurité des Soins</b>
RMM	Revue de <b>Mortalité et de Morbidité</b>