



www.ch-boulogne.fr

**CENTRE HOSPITALIER
DE BOULOGNE-SUR-MER**
Allée Jacques Monod, BP 609
62321 Boulogne-sur-Mer Cédex
03 21 99 33 33

Réalisation **demain l'Agence**

LA REVUE
DU CENTRE HOSPITALIER
DE BOULOGNE-SUR-MER
SEXTANT

N°54
NOVEMBRE
2015



**LA
CERTIFICATION**
Découvrez
toutes ses applications !

H
Centre Hospitalier
Boulogne sur Mer



C'est une nouvelle visite de certification qui s'annonce au CHB...

Pendant cinq jours, du 30 novembre au 4 décembre 2015, cinq experts visiteurs, professionnels de santé, viendront évaluer le fonctionnement de notre Centre Hospitalier. Cette visite est l'occasion de bénéficier d'un regard extérieur sur nos organisations et pratiques.

Depuis maintenant près de 20 ans, l'ANAES*, puis la HAS**, a perfectionné le modèle de la visite, évoluant vers une évaluation toujours plus proche de la réalisation des soins au patient. Parallèlement, le regard que nous portons, nous, hospitaliers, sur la démarche qualité, a lui aussi pris en maturité.

Parce que nous nous savons imparfaits, mais perfectibles, mais aussi et surtout, parce que nous avons conscience de notre responsabilité dans la qualité et la sécurité des soins dus aux patients, la démarche qualité fait désormais partie de nos pratiques quotidiennes : évaluations de pratiques professionnelles, revues de morbidité-mortalité, comités de retour d'expérience... Bref, le questionnement sur nous-mêmes est le levier de notre progression.

Non plus un examen de passage, la visite de certification doit désormais nous permettre d'objectiver le chemin parcouru, valider le trajet en cours, mais aussi et surtout, nous accompagner pour tracer la route à venir.

Yves MARLIER • Directeur

* ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
** HAS : Haute Autorité de Santé

Directeur de publication : Yves Marlier, Directeur.
Rédacteur en chef : Sophie Dupuis, Chargée de communication.
Comité de rédaction : Cécile Dupont, Florence Gambier, Pauline Gence, Claude Lemaire, Alexandra Waroquier.
Impression : La Monsoise.
Photos : Stevens fievet - Arémotion.

SOMMAIRE

LA CERTIFICATION ET SES ETAPES

PAGE 3

> Résultats et suivi de la Certification V2010

PAGE 4

> Les étapes de la Certification V2014

> La visite

- Les dates de visite
- Les experts visiteurs de la HAS

PAGE 5

> Les changements

PAGE 6

> Un nouveau mécanisme décisionnel suite à la visite de certification

LA DEMARCHE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS AU CHB

PAGE 7

> Le pilotage de la qualité et de la gestion des risques

PAGE 8 à 9

> Les comités et commissions qualité et risques

- Le COQUASS
- La sous-commission EPP
- Le Comité de suivi des plaintes et EI

PAGE 10 à 17

> Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins au CHB

- Management et gestion de la qualité et des risques
- Gestion du risque infectieux
- Droits des patients
- Gestion du dossier patient
- Identification des patients
- Parcours du patient
- Prise en charge de la douleur
- Prise en charge du patient en fin de vie
- Prise en charge médicamenteuse du patient

PAGE 18

> Les vigilances sanitaires

PAGE 19

> Les indicateurs d'activité du CHB

PAGE 20 à 21

> Les IPAQSS

> Quelques chiffres et réussites de la démarche qualité et risques du CHB

PAGE 22 à 26

> Les commissions

> Les instances

> Les abréviations

LA CERTIFICATION ET SES ÉTAPES



Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, la certification des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins.

Elle concerne tous les établissements de santé, de petite ou grande taille, publics ou privés, les groupements de coopération sanitaire et réseaux.

Ces démarches sont coordonnées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

> Résultats et suivi de la Certification V2010

En 2011, le CHB a été certifié avec recommandations.

Des axes d'amélioration ont été mis en œuvre :

Recommandations

14a. Gestion du dossier du patient (SSR).

20a. Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (SSR, USLD).

28a. Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : conformité des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en Cancérologie.

28b. Pertinence des soins.

Actions

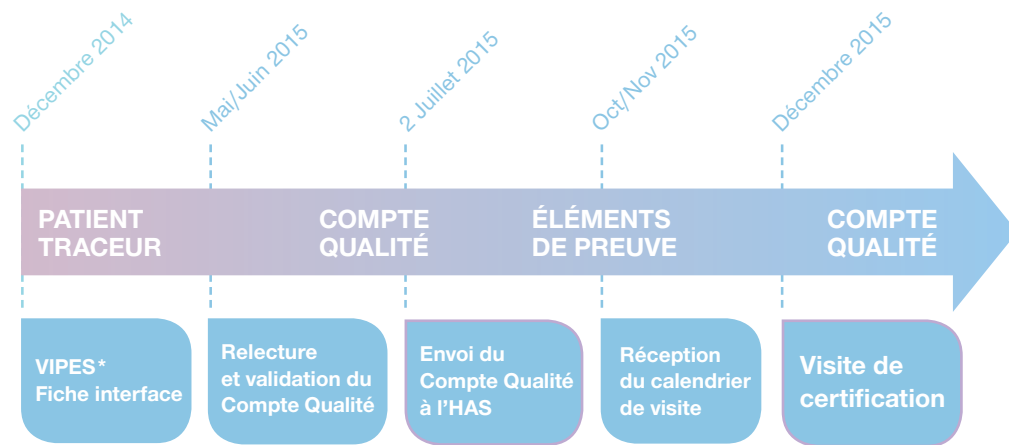
Mise en place d'un dossier unique circulant.
Sélection des documents utiles à la continuité des soins.
Révision du règlement de la tenue du dossier et procédures.
Externalisation des dossiers archivés et réorganisation des archives.

Informatisation des prescriptions et de l'administration des médicaments.

Ajout des spécialités médicales sur la fiche RCP
Enregistrement des fiches RCP dans Clinicom®.

Mise en place d'un objectif d'EPP dans les contrats de pôles
Informations dans les instances, les pôles, commissions, réunions des cadres.
Adhésion au réseau REQUA pour avoir accès à des grilles d'EPP de pertinence... Suivi d'indicateurs.

> Les étapes de la Certification V2014



* VIPES : Volet d'Identification et de Planification des Etablissement de Santé.

La certification HAS V2014 renforce la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, par la mise en œuvre d'un compte qualité et l'évolution des méthodes de visite (méthode dite du patient traceur et audit de processus). Le manuel de certification V2010, actualisé en janvier 2014, reste en vigueur.

> La visite

- Les dates de visite

Du 30 novembre au 4 décembre 2015

- Les experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé



Expert visiteur	Rôle	Fonction	Région
Simone Nerome	Coordonnateur	Médecin	Ile-de-France
Gerard Menuet	Expert-Visiteur	Gestionnaire	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Marie-Josée D'Alche-Gautier	Expert-Visiteur	Médecin	Basse-Normandie
Jeannine Birrien	Expert-Visiteur	Autre	Bretagne
Roland Le Goff	Expert-Visiteur	Soignant	Bretagne

Approche par thématique et priorités de la Certification V2014

La HAS a choisi pour la V2014 une approche par thématique centrée sur le patient, aussi bien pour l'élaboration du compte qualité (CQ) que les évaluations patient traceur ou audits de processus.

Liste des thématiques obligatoires dans le Compte Qualité

- Management de la qualité et des risques
- Qualité de vie au travail
- Gestion du risque infectieux
- Droits des patients
- Parcours du patient
- Prise en charge de la douleur
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie
- Gestion du dossier patient
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- Prise en charge médicamenteuse du patient
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
- Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque : endoscopie, médecine nucléaire, salle de naissance, imagerie interventionnelle
- Gestion du système d'information

Au CHB, des pilotes de thématiques ont été nommés par décision du directeur pour compléter le compte qualité du CHB et assurer le suivi des plans d'actions issus de l'analyse de risques de chaque thématique.

> Les changements

La HAS a créé l'application informatique SARA®* pour gérer toutes les démarches de certification des établissements, réseaux et structures.

* SARA ® = Saisie des Auto-évaluations et des RAports de certification

Le compte qualité

Le compte qualité est un nouvel outil informatique intégré à SARA®, basé sur l'identification et l'analyse des risques par thématique. Cet outil remplace l'autoévaluation.

Au CHB, il permet de suivre le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).

Les nouvelles méthodes de visite

La visite de certification V2014 concerne l'ensemble des exigences du manuel. Des priorités dans le programme de visite sont établies en fonction des enjeux spécifiques de l'établissement (activités, parcours complexes, secteurs à risque, thématique d'impulsion...)

• La méthode d'évaluation par patient traceur

Nouvelle méthode d'Evaluation de Pratiques Professionnelles (EPP) visant à :

- Analyser le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval
- Identifier les points positifs, les points à améliorer, mettre en œuvre des axes d'amélioration et en assurer le suivi.

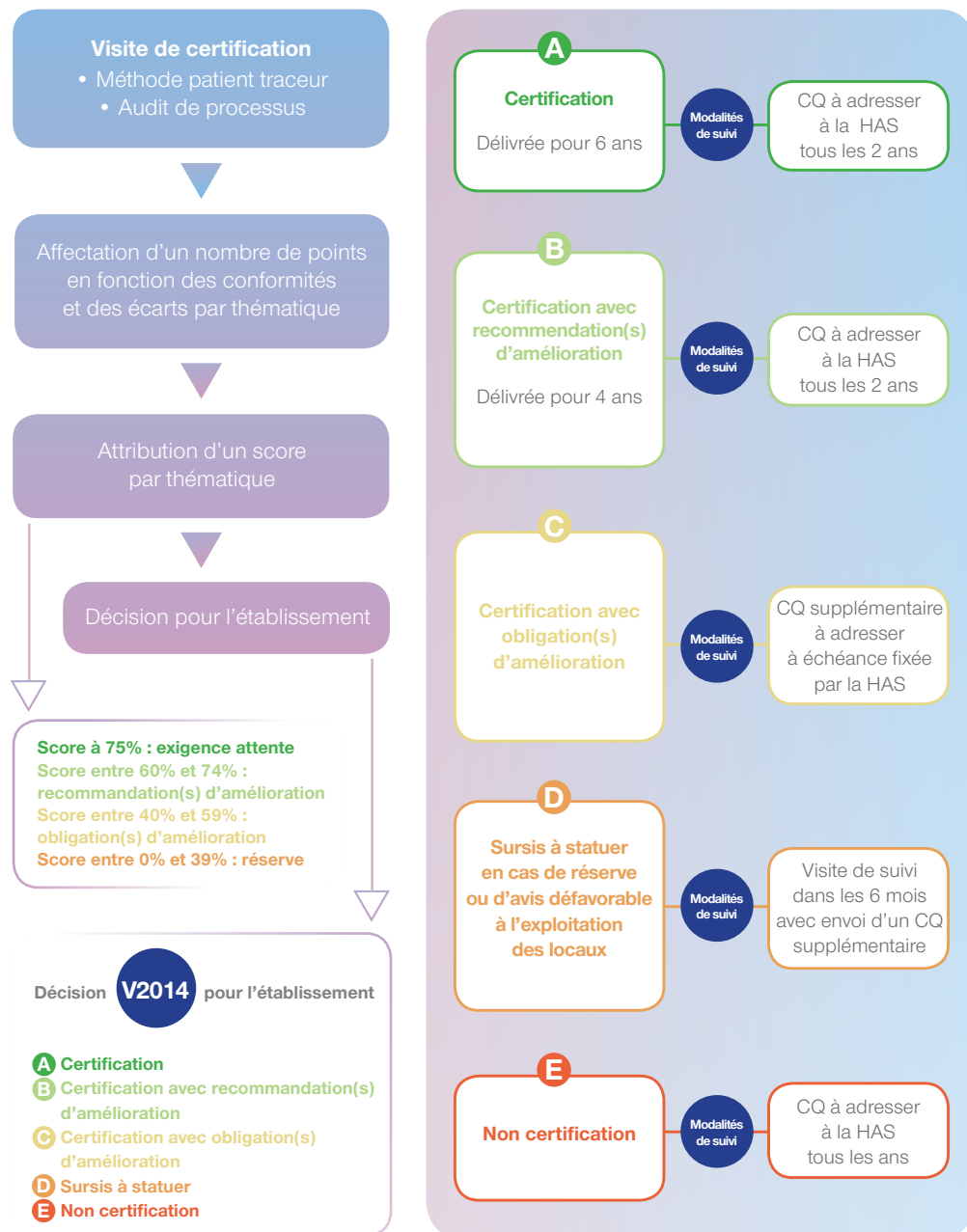
L'analyse du parcours patient peut comprendre :

- Un entretien avec le patient et/ou son entourage (Lors de la visite de certification, les experts ne feront peut-être pas d'entretiens avec les patients/proches.)
- Un entretien avec les professionnels de santé afin d'évaluer le dossier du patient et les pratiques.

• L'audit de processus

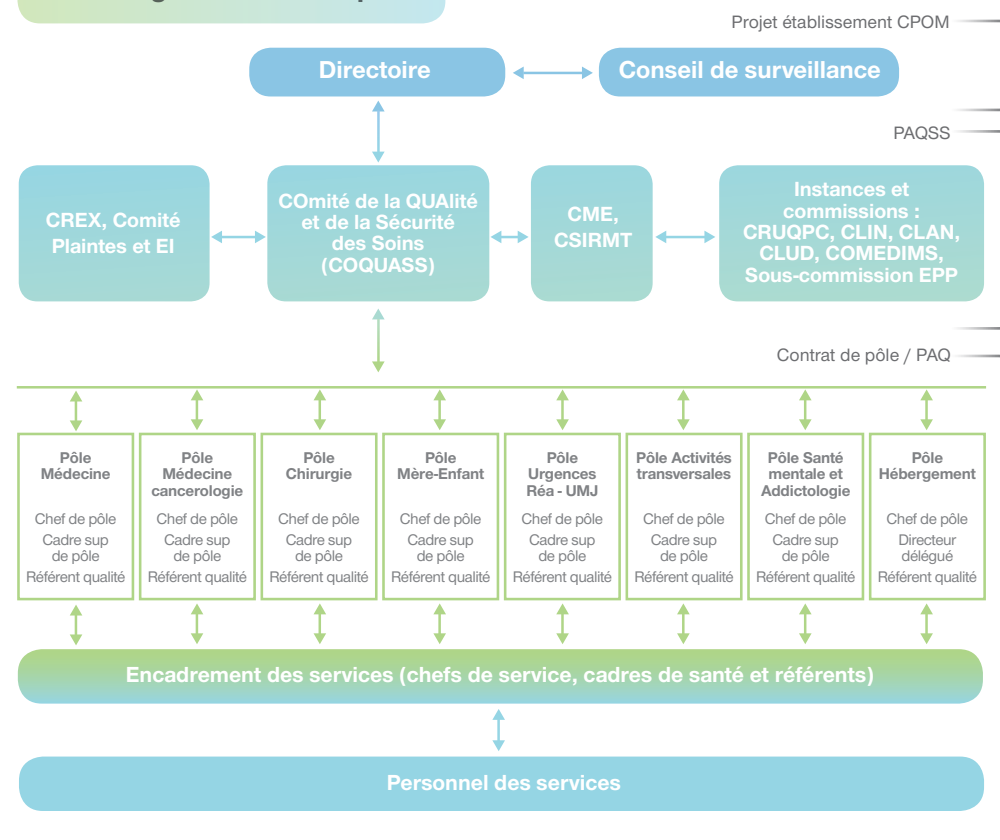
Il consiste à investiguer les thèmes de la certification cités ci-dessus pour s'assurer de leur maîtrise (pilotage, rôles et responsabilités, mise en œuvre réelle sur le terrain, traçabilité, évaluation et amélioration continue) et de leur efficacité (capacité à atteindre les objectifs).

> Un nouveau mécanisme décisionnel suite à la visite de certification



LA DEMARCHE D'AMELIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SECURITÉ DES SOINS AU CHB

> Le pilotage de la qualité et de la gestion des risques



Les référents qualité des pôles

Un médecin et un cadre de santé ou cadre supérieur de pôle ont été nommés par décision du directeur, sur proposition des pôles. Leur mission principale consiste à mettre en pratique, au sein de leur pôle, la démarche d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques définie au niveau institutionnel. Ils sont le relais entre le COQUASS et les services de soins.

> Les comités et commissions qualité et risques

■ Le COmité QUALité et Sécurité des Soins (COQUASS)

Il définit et coordonne la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques liés aux soins (politique et programme) en collaboration avec la direction, la CME et ses sous-commissions, la CSIRMT, les instances, les pôles et groupes de travail.

Il assure l'organisation et le suivi de la démarche de certification.

Sa composition

- Le directeur d'établissement
- Les directeurs adjoints et le directeur délégué aux EHPAD
- La coordinatrice générale des soins ou son représentant
- La directrice du Centre de Formations aux Métiers de la Santé
- Le président ou vice président de la CME
- Le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins
- L'équipe de la DRUQ
- Le président du CLIN ou son représentant
- Le président du CLUD ou son représentant
- Le président du CLAN ou son représentant
- Le président de la Sous-Commission EPP ou son représentant
- Le président de la Sous-Commission des Vigilances ou son représentant
- Le président de la COMEDIMS ou son représentant
- Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
- Les référents qualité des pôles



■ La Sous-Commission des Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP)

« L'EPP consiste en l'analyse des pratiques, en référence à des recommandations, selon une méthode validée par la H.A.S., et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. » (HAS)

La certification évalue le déploiement des démarches EPP dans tous les secteurs d'activités et selon les méthodes existantes :

- Audit
- Méthode du patient traceur
- Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), Staff EPP
- Suivi d'indicateurs, dont les IPAQSS
- Analyse de la pertinence des soins et des actes
- Méthodes d'analyse des risques (analyse des risques a priori et a posteriori, Comité de Retour d'EXpérience, Revue de Mortalité Morbidité...)
- Simulation

Un tableau de bord décrit les démarches d'EPP. Il est suivi par la Sous Commission EPP composée de médecins, de cadres et de l'équipe de la DRUQ, qui se réunit tous les deux mois. Toute personne intéressée peut y participer.

Le Président de la Sous-Commission EPP est le Dr Eric FODZO (chirurgien orthopédique).

■ Le Comité de suivi des plaintes et événements indésirables

Il assure le suivi des plans d'actions après analyse des plaintes et des événements indésirables les plus critiques.





> Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins au CHB (PAQSS) 2015-2019

Le PAQSS a été actualisé suite au remplissage du compte qualité par les pilotes de thématiques. Les axes relatifs à un domaine d'activité spécifique n'ont pas été repris dans ce document. Les axes d'amélioration institutionnels par thématique sont les suivants :

■ Management et gestion de la qualité et des risques

- Accompagner et impliquer les pôles dans la démarche qualité et gestion des risques en intégrant des indicateurs dans les contrats de pôles (*En continu*)
- Simplifier le circuit des documents qualité (procédures, protocoles...), la gestion des fiches d'événements indésirables et leurs suivis en mettant en place l'informatisation (*Échéance : 2016-2017*)
- Développer les méthodes d'EPP innovantes (simulations...) (*Échéance : 2016-2017*)
- Sensibiliser les cadres et intendantes des services de soins au renvoi des questionnaires de satisfaction (*Échéance : Mars 2016*)
- Former les nouveaux agents aux outils qualité (risques, EPP...) (*1 à 2 fois par an*)
- Développer la culture qualité et sécurité au sein du CHB en communiquant sur les actions réalisées (affiches, commissions...) (*En continu*)
- Vigilances : (*Echéance : 2017*)
 - Structurer la cellule de coordination des vigilances
 - Sensibiliser les professionnels aux signalements des incidents liés à l'utilisation des produits de santé
 - Informatiser le système de déclaration

■ Gestion du risque infectieux

Bon usage des antibiotiques

(*Échéance : 2019*)

- Tracer l'intervention des référents en antibiothérapie dans le dossier patient informatisé
- Poursuivre les formations des prescripteurs au bon usage des antibiotiques
- Harmoniser les pratiques de prescriptions
- Limiter la durée de prescription des antibiotiques
- Réévaluer la prescription à 48h-72h (intégration d'une alerte dans le logiciel de prescription)

Risques liés aux soins :

(*Échéance : 2018-2019*)

- Prévenir les infections lors de gestes à risque en poursuivant les EPP et les formations du personnel soignant
- Connaître et appliquer les précautions standards et précautions complémentaires par une formation en continu des équipes soignantes

Diffusion, émergence de bactéries hautement résistantes

(*Échéance : 2018*)

- Anticiper la prise en charge d'un patient porteur et/ou suspect de BHR en mettant en place une alerte informatique lors d'une réadmission

Risque environnemental

(*Échéance : 2018*)

- Sécuriser la continuité des soins lors des travaux en renforçant la surveillance environnementale dans les zones à risques
- Maîtriser les bonnes pratiques de bio nettoyage par le personnel en participant aux formations et en évaluant les pratiques
- Maîtriser la gestion des déchets en proposant au personnel de participer aux formations et en évaluant les pratiques





■ Droits des patients

(Échéance : 2016)

Information du patient

- Informer le patient et en assurer la traçabilité par :
 - L'organisation de formations sur l'information et l'annonce d'un dommage lié aux soins
 - La réalisation d'une affiche institutionnelle
 - La révision des documents « Désignation de la personne de confiance et la personne à prévenir »
 - L'incitation des patients à reformuler l'information donnée
- Réviser les documents de consentement pour les actes invasifs
- Améliorer la traçabilité de la mention de la protection judiciaire et de la personne de confiance en révisant le document « règlement intérieur du dossier patient » (MCO, SSR, PSY, USLD)

Bienveillance

- Développer une culture et une dynamique de bienveillance en rédigeant une politique et un programme de bienveillance et en réalisant des actions de communication et de sensibilisation des patients, visiteurs, professionnels

Respect des libertés individuelles et gestion des restrictions de libertés

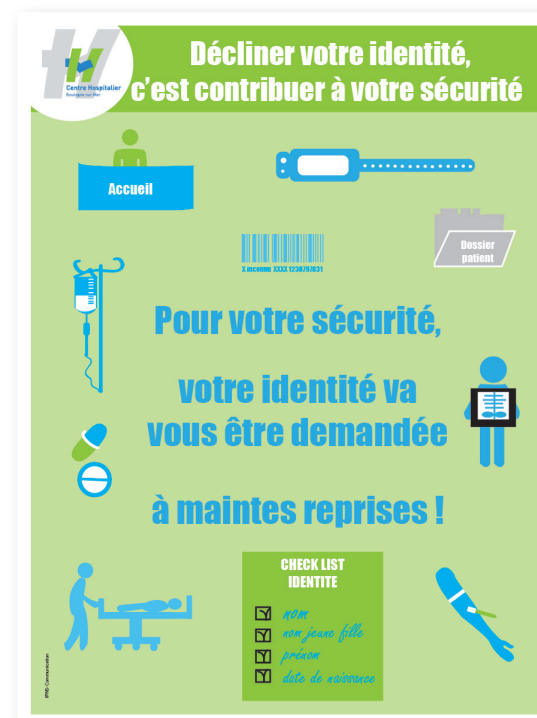
- Décider en équipe de toute prescription de restriction de liberté et tracer l'information donnée au patient ou à son entourage
- Tracer la réévaluation médicale et la surveillance d'une contention passive couchée

■ Gestion du dossier patient

(Échéance : 2015)

- Création d'un dossier unique circulant pour toutes les spécialités reprenant l'ensemble des documents nécessaires à la prise en charge ultérieure du patient
- Création d'un dossier médical pendant le séjour du patient (extensos)
- Uniformisation du rangement du dossier médical pendant le séjour (extensos) : même composition des onglets dans les services de SSR et MCO
- Mise en place d'un tri par les IDE et par les secrétaires à la fin du séjour
- Favoriser et généraliser les observations médicales et en assurer le rangement systématique
- Uniformiser les documents médicaux pendant le séjour
- Projet institutionnel d'informatisation du dossier patient

(Échéance : 2015-2019)



■ Identification des patients

(Échéance : 2016)

- Assurer la sécurité de la prise en charge des patients en généralisant les bracelets d'identification du patient dans tous les services et en réalisant des audits de pratiques
- Analyser les événements indésirables en lien avec l'identitovigilance et assurer le suivi des axes d'amélioration
- Veiller à la mise en œuvre de la politique d'identitovigilance par :
 - La vérification de l'application des protocoles relatifs à la création d'un dossier administratif et à la vérification de l'identité
 - La formation des différentes catégories de professionnels à l'identitovigilance

■ Parcours du patient

Prévention et prise en charge des escarres (Échéance : 2017)

- Harmoniser les pratiques et prévenir l'apparition d'escarre par des formations
- Evaluer les pratiques et la traçabilité concernant la prévention et le traitement des escarres

Actions éducatives (Échéance : 2019)

- Favoriser la traçabilité des actions éducatives envers le patient

Dépistage de la dénutrition (Échéance : 2016)

- Repérer les patients dénutris et faire appel au personnel spécialiste (diététicienne et nutritionniste) pour la prise en charge et la cotation de la dénutrition

Indicateurs IPAQSS (Échéance : 2015)

- Améliorer la traçabilité du poids et de l'IMC, du risque d'escarre tout au long du séjour et en réalisant des audits mensuels (IPAQSS hors protocole)

Conformité de la rédaction du traitement de sortie en MCO, PSY (Échéance : 2015)

- Créer une lettre de liaison donnée au patient à la sortie, permettant d'indiquer le traitement (par défaut traitement de long cours et par voie orale) ou la remise d'une ordonnance (manuscrite ou tirée du logiciel de prescription)

Délai d'envoi du courrier de sortie (MCO, PSY) (Échéance : 2016)

- Informatiser la lettre de liaison



■ Prise en charge de la douleur (Échéance : 2016)

- Structurer l'organisation institutionnelle de la prise en charge de la douleur
- Harmoniser les échelles de la douleur
- Harmoniser les pratiques de prise en charge de la douleur
- Former les professionnels à l'évaluation et la prise en charge de la douleur
- Impliquer les professionnels à la traçabilité de l'évaluation de la douleur
- Réaliser un suivi des indicateurs IPAQSS sur la douleur (hors protocole)

■ Prise en charge du patient en fin de vie (Échéance : 2016)

- Réduire le délai de prise en charge des patients en situation palliative
- Diffuser et mettre en place le projet de vie individualisé des patients en situation palliative





■ Prise en charge médicamenteuse du patient

Prescription (Échéance : 2018)

- Généraliser l'informatisation de la prescription
- Poursuivre la formation des prescripteurs par les pharmaciens
- Développer les aides à la prescription
- Réviser et actualiser les protocoles de prescription
- Préciser les spécificités patients dans le dossier (ex : défaut de déglutition)

Dispensation / délivrance (Échéance : 2018)

- Renforcer la connaissance et la formation continue du personnel de la pharmacie

Administration (Échéance : 2016-2018)

- Former les personnels et suivre la traçabilité d'administration sur le logiciel
- Évaluer la traçabilité de l'administration
- Poursuivre l'audit croisé sur la prise en charge médicamenteuse
- Poursuivre la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient en organisant des réunions d'encadrement sur le thème des médicaments et en mettant en place des séances de formation des cadres de santé au logiciel
- Organiser une formation e-Learning «Prise en charge médicamenteuse»

Chimiothérapie (Échéance : 2018)

- Réaliser le suivi automatisé de chaque étape de la préparation
- Organiser la restitution des formations continues réalisées
- Réaliser une concertation sur le choix et la mise en place des dispositifs d'administration avec les différents intervenants

Continuité de prise du médicament lors de l'entrée et de la sortie ou transfert du patient (Échéance : 2017)

- Mise en place de la « Check-list » sortie du patient

Transport des médicaments (Échéance : 2017)

- Tracer les températures au départ et à l'arrivée pour le SSR, USLD et la Psychiatrie

Stockage des médicaments dans les services de soins (Échéance : 2015)

- Sécuriser les locaux détenant les médicaments des services de soins en informant le personnel sur la nécessité de fermer les chariots et les portes

Approvisionnement des médicaments (Échéance : 2018)

- Sensibiliser les prescripteurs à la prise en compte du «livret des médicaments» et du fichier «proposition de substitution»
- Informer les praticiens sur les médicaments en rupture par les industries pharmaceutiques
- Améliorer le planning journalier interne à la pharmacie en y intégrant des personnes dédiées aux «bons de dettes» et au «reconditionnement des médicaments»



> Les vigilances sanitaires

Une vigilance sanitaire est une organisation permettant de recueillir, surveiller et évaluer les incidents, les effets indésirables et les risques d'incidents ou d'effets indésirables liés aux produits de santé après leur mise sur le marché, dans le but d'éviter qu'ils ne se reproduisent.

Les vigilances sanitaires applicables au CHB sont :

Activités	Vigilances
Médicaments	Pharmacovigilance
Dispositifs Médicaux	Matéiovigilance
Organes, tissus ou cellules issus du corps humain et utilisés à des fins thérapeutiques chez l'homme, ainsi que leurs dérivés	Biovigilance
Infections nosocomiales, maladies à déclaration obligatoire, épidémie	Infectiovigilance
Produits sanguins labiles	Hémovigilance
Dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, réactifs	Réactovigilance
Produits cosmétiques, d'hygiène corporelle	Cosmétovigilance
Identité du patient	Identitovigilance
Procréation médicale assistée	AMPvigilance

Organisation

Un comité de coordination des vigilances est en place au CHB. L'organisation repose sur l'existence de correspondants et la mise en œuvre de circuits de diffusion/signalement mais également sur des réseaux régionaux et nationaux.

Des circuits de signalement des vigilances sont définis en fonction de l'origine du signalement.

- Le signalement est émis par une agence nationale/régionale à destination des acteurs directement concernés, nous parlons **d'alerte descendante**.

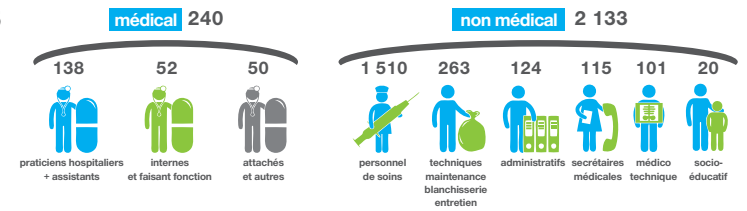
Les alertes descendantes peuvent provenir par exemple de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, du ministère de la santé ou de l'ARS.

- Le signalement est émis par les acteurs directement concernés à destination de l'agence nationale/régionale, nous parlons **d'alerte ascendante**. Dans ce cas, pour le CHB, lorsqu'un professionnel de santé identifie un problème, il remplit une **fiche de signalement des vigilances** et la transmet au correspondant concerné.

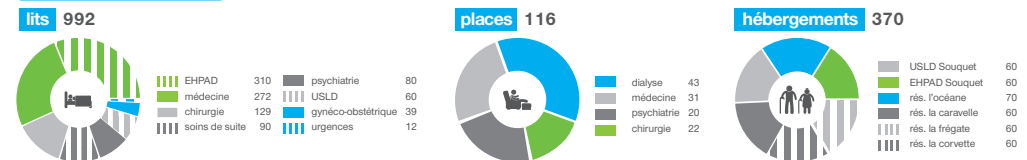


> Les indicateurs d'activité du CHB

PERSONNEL total : **2 373**
(exprimé en équivalent temps plein)



CAPACITÉ D'ACCUEIL



ACTIVITÉS



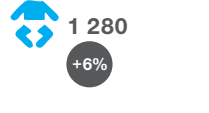
DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR



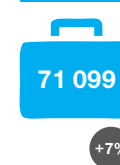
JOURNÉES D'HOSPITALISATIONS



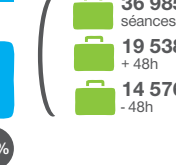
NAISSANCES



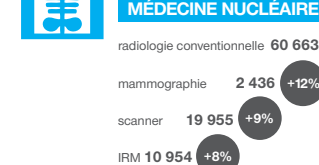
SÉJOURS



IMAGERIE MÉDICALE MÉDECINE NUCLÉAIRE



INTERVENTIONS BLOC



LABORATOIRE



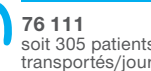
REPAS



INTERVENTIONS TECHNIQUES



BRANCARDAGE



LINGE



> LES IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Ces indicateurs permettent d'évaluer la prise en charge et le suivi des dossiers des patients au cours de leur hospitalisation. Les résultats de ces indicateurs servent à informer les usagers, mobiliser les professionnels de santé pour améliorer leurs pratiques et mettre en place des actions correctives.

INDICATEURS TRANSVERSAUX DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS Années 2012 et 2013

Mots Clés	Intitulé	Description	Secteur	Résultat
Qualité du dossier patient	Tenue du dossier patient	Cet indicateur évalue la qualité du dossier du patient hospitalisé	MCO	80/100 B
			SSR	88/100 A
			PSY	69/100 C
			HAD	NC NC
Courrier de fin d'hospitalisation	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	Cet indicateur évalue la qualité du courrier de fin d'hospitalisation et de son délai d'envoi	MCO	71/100 B
			SSR	99/100 A
			PSY	53/100 C
			HAD	NC NC
Évaluation de la douleur	Traçabilité de l'évaluation de la douleur	Cet indicateur mesure la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier	MCO	88/100 B
			SSR	94/100 A
			HAD	NC NC
Suivi du poids	Dépistage des troubles nutritionnels	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels chez le patient adulte	MCO	96/100 A
			SSR	93/100 A
			PSY	53/100 C
			HAD	NC NC
Qualité du dossier anesthésique	Tenue du dossier anesthésique	Cet indicateur évalue la qualité du dossier anesthésique	MCO	92/100 A
Évaluation du risque d'escarre	Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre	Cet indicateur évalue la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre dans le dossier du patient adulte	HAD	NC NC
Décision médicale en équipe en cas de cancer	Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	Cet indicateur évalue si une proposition de traitement a été émise par au moins trois médecins de spécialités différentes lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer	MCO	72/100 B

A B C NR NV NC NC : Non concerné (pas d'activité) - Non concerné (non comparable)

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES Années 2012 et 2013

Mots Clés	Intitulé	Description	Résultat
Hygiène des mains	Indicateur de consommation de produits hydro alcooliques (ICSHA.2)	Cet indicateur est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains	96/100 A
Bon usage des antibiotiques	Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)	Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques	77/100 B
Maîtrise des bactéries multi-résistantes	Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR)	Cet indicateur évalue l'organisation pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes, les moyens mobilisés et les actions mise en œuvre pas l'établissement	100/100 A
Prévention des infections nosocomiales	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2)	Cet indicateur évalue l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre	85/100 A
Risque infectieux opératoire	Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO)	Cet indicateur évalue l'organisation pour la prévention des infections du site opératoire en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement	87/100 A

> Quelques chiffres et réussites de la démarche qualité et risques du CHB

Satisfaction (2014)

Taux de retour : 18.3%
Nb de questionnaires : 4749 en hospitalisation complète et 729 en hospitalisation de jour ou ambulatoire
Note de satisfaction : 8.77 sur 10

Nb de plaintes et réclamations : 118
Délai de réponse : 29 jours

Nombre d'EPP (2014) : 16

Revue de Mortalité Morbidité (2014) : 34 cas analysés

Le CHB est accrédité :

- au niveau du laboratoire (COFRAC),
- pour la prise en charge des patients nécessitant une autogreffe (JACIE),
- pour la coordination des prélèvements multi-organes (Agence de Biomédecine).

Gestion des risques

Nombre de Fiches d'Événement Indésirable (2014) : 727

Démarches d'analyses des risques a priori en cours au CHB :

- bloc
- coronarographie
- dossier du patient
- endoscopie
- imagerie
- informatique
- laboratoire
- linge (RABC)
- médecine nucléaire
- prélèvement multi-organes
- prise en charge médicamenteuse
- psychiatrie,
- salle de naissance
- stérilisation
- urgences

> Les commissions

Sigle	Instances	Président	Missions
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition	Dr LEPAGE	Le CLAN a vocation à participer par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades, et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition.
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales	Dr FIEVET	Le CLIN coordonne la gestion du risque infectieux et nosocomial par des actions de prévention, de surveillance, de formation et de communication reprises dans un programme annuel. Il propose des objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales et associées aux soins. Le CLIN et l'Unité Opérationnelle d'Hygiène présentent chaque année un programme d'actions et élaborent un rapport annuel d'activités reprenant, entre autres, les indicateurs nationaux.
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur	Dr MAHIEUX	Les missions du CLUD sont : - de proposer, pour améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées et qui doivent figurer dans le projet d'établissement, - de coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, - d'aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement, - de susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.
COMEDIMS	Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles	Dr BRUNIN Dr CHOCHOIS Dr PORDES	La COMEDIMS participe à la sécurisation d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux. Ses missions sont : - de définir et mettre en œuvre la politique et le programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients, - d'élaborer la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (DMS) dont l'utilisation est recommandée au CHB, - d'émettre des recommandations en matière de prescription et bon usage et déterminer le suivi de produits sensibles ou nécessitant une évaluation, - d'élaborer des recommandations de lutte contre la iatrogénie.

> Les commissions

Sigle	Instances	Président	Missions
	Sous commission Evaluations de Pratiques Professionnelles	Dr FODZO	La sous commission recense les actions d'EPP en cours ainsi que leur état d'avancement. La DRUQ et la sous commission accompagnent les équipes dans leurs démarches d'EPP. La sous commission rédige un rapport annuel d'activité transmis aux instances.
COQUASS	Comité QUALité et Sécurité des Soins	M. MARLIER	Le comité est chargé de mettre en œuvre et assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
	Comité des plaintes et événements indésirables	M. MARLIER	Le comité analyse et assure le suivi des plaintes et événements les plus critiques, nécessitant une décision de la direction, en termes d'action ou d'investissement.
COPIL Dossier Patient	Comité de Pilotage Dossier Patient	M. MARLIER	Mis en place suite à la recommandation sur le dossier patient en SSR lors de la certification V2010, Le comité définit et coordonne les actions relatives au dossier patient (sous format papier), conformément à la réglementation et aux recommandations en vigueur.



> Les instances

Sigle	Instances	Président	Missions
CS	Conseil de Surveillance	M. CUVILLIER, Député Maire de Boulogne-sur-Mer	Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle de la gestion de l'établissement. Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.
-	Directoire	M. MARLIER	Le directoire approuve le projet médical et élabore le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il conseille le directeur dans la gestion de l'établissement.
CME	Commission Médicale d'Etablissement	Dr CHOCHOIS	La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. La CME élabore et assure le suivi du projet médical.
CTE	Comité Technique d'Etablissement	M. MARLIER	Le comité est composé de représentants des personnels de l'établissement. Il est consulté sur les conditions et l'organisation du travail. Il est tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels de l'établissement.
CHSCT	Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail	M. MARLIER	Il est chargé d'étudier et de donner des avis sur les questions relatives à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des personnels. Il contribue à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'établissement et à l'amélioration de leurs conditions de travail.
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques	Mme LHEUREUX	La commission est consultée pour avis sur le projet de soins de l'établissement, et sur l'organisation générale des soins.
CRU	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge	M. MARLIER	La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle examine les plaintes et les réclamations ; elle contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

> Les abréviations

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
ARS	Agence Régionale de Santé
ASN	Autorité de Sûreté Nucléaire
CBU	Contrat de Bon Usage du médicament
CHB	Centre Hospitalier de Boulogne-sur-mer
CHSCT	Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail
CIV	Comité d'Identité et de Vigilance
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIC	Comité Local d'Information et de Coordination
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de LUTte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COMEDIMS	COMmission des MEDicaments et des DISpositifs Médicaux Stériles
COPIL	COMité de PILotage
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CQ	Compte Qualité
CREX	Comité de Retour d'EXpérience
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSTH	Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DAF	Direction des Affaires Financières
DG	Direction Générale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRIRE	Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
DRUQ	Direction des Risques de l'Usager et de la Qualité
DS	Direction des Soins
DSEL	Direction des Services Economiques et Logistiques
DSIO	Direction du Système d'Information et d'Organisation
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EI	Événement Indésirable
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FEI	Fiche d'Événement Indésirable
GED	Gestion Electronique des Documents
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
IOA	Infirmier d'Orientation et d'Accueil
IPAQSS	Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PAQSS	Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PAQSS	Politique d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PDCA	Plan (Prévoir) Do (Mettre en oeuvre) Check (Evaluer) Act (Agir)
PMO	Prélèvement Multi-Organes
PPS	Programme Personnalisé de Soins
RABC	Risk Analysis and Biocontamination Control
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
REQUA	REseau QUALité de Franche-Comté
RMM	Revue de Morbidité Mortalité
SARA	Saisie des Auto-évaluations et des RAports de certification (Nom de l'application informatique qui permet de gérer la démarche de certification)
SIH	Système d'Information Hospitalier
SPDT	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
SPDRE	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et Réadaptation
UMJ	Unité Médico-Judiciaire
UOH	Unité Opérationnelle d'Hygiène
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
UTEP	Unité Transversale d'Education du Patient
VIPES	Volet d'Identification et de Planification de l'Etablissement de Santé