

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

SYNTHESE DU DOCUMENT

Objectif(s) :	Proposer aux patients les meilleures prestations en termes de Qualité et de Sécurité des soins tout au long de leurs parcours de santé mais également de satisfaire les personnels et les correspondants externes.
Domaine d'application / Destinataires :	CHB
Lien avec d'autre(s) document(s) :	Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins
Référence(s) réglementaire(s) et/ou recommandation(s) :	Voir textes de référence en annexe 5

CIRCUIT DU DOCUMENT

Etapes	Signataires	Dates signatures
Rédaction	Caroline BRAY (Directeur - Direction des Risques, de l'Usager et de la Qualité (DRUQ))	18/11/2019
Validation	Veronique AGNES (Coordonnateur général des soins et des enseignements), Eric FODZO (Président de la CME)	20/11/2019, 19/11/2019
Approbation	Yves MARLIER (Directeur d'établissement)	25/11/2019

MOTIF DE REVISION

Actualisation

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

Table des matières

I. Préambule	3
II. Les axes socles	4
III. Déclinaisons des axes socles	5
IV. Management qualité et gestion des risques : Engagement et Pilotage.....	6
V. Compte qualité et Certification.....	7
VI. La qualité et la sécurité en 15 points	8
1. Les démarches d'évaluation : certification, évaluations, accréditation, évaluations externes, labellisations.....	8
2. La politique d'évaluation des pratiques professionnelles, audits et enquêtes	8
3. Le suivi des indicateurs	8
4. Le dispositif d'accréditation des médecins	8
5. Le programme de formation.....	8
6. La gestion documentaire.....	9
7. La gestion des risques	9
8. Les droits des patients et la politique clientèle	9
9. Le dossier patient.....	9
10. L'identification du patient	9
11. Le management de la prise en charge médicamenteuse et le circuit du médicament	10
12. La surveillance et la prévention du risque infectieux.....	10
13. La politique de préparation face aux situations sanitaires exceptionnelles	10
14. La démarche de développement durable	10
15. La politique de Qualité de vie au travail.....	10
VII. Organisation de la Direction qualité	11
VIII. Le suivi et la diffusion de la politique management de la qualité et sécurité	11
IX. Annexes	12
Annexe 1 : Règlement intérieur Costrat QGDR.....	12
Annexe 2 : Schéma organisationnel Management Qualité et Risques	14
Annexe 3 : Listing des comités, commissions et cellules.....	15
Annexe 4 : Listing des abréviations	18
Annexe 5 : Textes de référence	19

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

I. Préambule

La politique générale de management de Qualité et Gestion des Risques du Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer est partie intégrante du Projet d'Établissement, elle s'articule avec le Projet Médical et le Projet de Soins de l'établissement.

L'ambition du Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer est de proposer aux patients les meilleures prestations en termes de Qualité et de Sécurité des soins tout au long de leurs parcours de santé mais également de satisfaire les personnels et les correspondants externes.

Notre politique qualité mais surtout l'ensemble de notre démarche qualité place le patient au cœur de nos préoccupations afin de lui délivrer la prise en charge la plus efficace dans des conditions d'accueil et de sécurité optimales et dans le respect de ses droits.

Une politique Qualité et Gestion des Risques du Centre Hospitalier de Boulogne sur mer, est formalisée depuis l'année 2000, réévaluée en 2010 et 2015. La perspective d'une nouvelle itération de certification V2014 et la réécriture du projet d'établissement auront également permis une réévaluation de celle-ci dans une perspective 2018 – 2022.

Cette politique générale de management s'articule autour de 4 grandes orientations socles. Sa déclinaison opérationnelle prend corps dans les programmes d'amélioration mis en place pour chacune des orientations stratégiques mais également dans chacun des plans d'actions initiés par toutes commissions ou groupes de travail concourant à l'amélioration de la qualité dans l'établissement. Il revient à l'équipe de la Direction Qualité Gestion des Risques d'en assurer la coordination, la convergence et le suivi.

Cette politique validée par le comité stratégique qualité gestion des risques s'appuie également sur les orientations stratégiques définies par le projet d'établissement et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), les orientations de la Commission médicale d'établissement et de la Coordination générale des soins, dans un objectif de démarche institutionnelle intégrée.

 <p>Centre Hospitalier Boulogne sur Mer DRUQ</p>	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

II. Les axes socles

Les 4 grandes orientations stratégiques qui constituent le socle de base de la politique générale de management de la qualité et de la gestion des risques sont regroupées autour de :

1. La qualité des parcours patients
2. La gestion continue des risques au long des parcours des patients
3. L'analyse de pratiques professionnelles
4. La formation et l'information des professionnels et des usagers

A ces axes socles s'additionnent l'ensemble des différentes politiques et démarches spécifiques entourant notamment :

- ✓ La bientraitance et la promotion des droits des patients
- ✓ La prise en charge de la douleur
- ✓ La prise en charge de la fin de vie
- ✓ La maîtrise du risque infectieux
- ✓ La gestion et l'accessibilité au dossier patient
- ✓ La sécurité de l'identification du patient
- ✓ La qualité de vie au travail
- ✓ Les enjeux d'avenir autour du développement durable

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

III. Déclinaisons des axes socles

1. La qualité des Parcours Patients

Identifiés par typologies de prises en charge (programmées – non programmées) ou par typologies de filières, une fois décrits, les parcours passeront au crible d'audits de processus permettant d'identifier les zones à risques ou nécessitant une vigilance particulière.

Les parcours intégrant les secteurs à risques spécifiés par l'HAS, Endoscopie, Bloc opératoire... feront l'objet d'une prise en considération particulière.

2. La gestion continue des risques au long des parcours des patients

L'analyse des risques à priori, l'analyse des événements indésirables, le pilotage et la coordination de ces deux démarches socles, sont des composantes essentielles de la gestion des risques au sein de l'établissement.

L'établissement poursuivra ses analyses de risques ou audits de processus tels que déjà initiés dans le cadre de la première certification V2014.

Les objectifs de la Direction qualité sont d'instiller ces démarches comme des réflexes jusqu'au cœur des unités de soins, de l'ensemble des directions fonctionnelles, et le long des parcours patients. La mise en place de comités de retours d'expériences institutionnels (Crex pharmacie, Crex bloc opératoire, Crex endoscopie...) contribue à l'ancrage de cette culture qualité.

Le pilotage coordonné et informatisé des événements indésirables avec une identification de référents risques finalisera d'asseoir le processus.

Les vigilances sanitaires et le suivi de la sécurité sanitaire : Les vigilances sanitaires sont coordonnées par des vigilants identifiés, au fait de leurs prérogatives. Les dispositifs de gestions des alertes sont structurés et un bilan annuel des vigilances est produit.

Elles intégreront aussi le projet d'informatisation.

3. L'analyse de pratiques professionnelles

La démarche d'EPP est poursuivie au sein de l'établissement avec une perspective de travail accru sur la pertinence des soins. La démarche « Patients traceurs » instaurée dans le cadre de la préparation de la démarche de certification sera poursuivie en complément des audits de pratiques et des visites de risques thématiques.

Les représentants des usagers et les usagers eux-mêmes seront parties prenantes de la démarche.

4. La formation et l'information des professionnels et des usagers

La co-construction avec les usagers est un axe important porté par la Direction qualité, en adéquation avec l'ensemble des directions fonctionnelles de l'établissement.

Promotrice de la démocratie en santé, la Direction qualité s'attachera à renforcer l'analyse des plaintes et réclamations d'une part, tentera d'innover en impliquant les usagers et leurs représentants dans une démarche commune d'amélioration des pratiques d'autre part.

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

Enfin en s'impliquant dans les processus de gestion des compétences en matière de qualité gestion des risques la Direction qualité participera à l'adaptation des professionnels et des usagers aux innovations et enjeux d'avenir.

IV. Management qualité et gestion des risques : Engagement et Pilotage

La politique de management de la qualité et des risques définit les orientations stratégiques à mettre en œuvre concernant la démarche qualité, la gestion des risques associés aux soins et non associés aux soins sur les quatre prochaines années.

Présentée au comité stratégique puis aux différentes instances, elle est la référence de travail de la Direction qualité. En lien avec le projet d'établissement et le projet médico-soignant, elle fait l'objet de réajustements et de suivis, via les plans d'actions en relation avec les thématiques du compte qualité.

✓ L'échelon stratégique

Le comité stratégique qualité, risques et évaluations est présidé par le Directeur d'établissement en collaboration avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Il se réunit à minima trois fois par an aux fins d'orienter et de piloter l'ensemble de la démarche qualité, gestion des risques et évaluation. Le comité de pilotage est l'organe stratégique et décisionnel de la démarche.

L'ordre du jour est défini par la Direction qualité.

Sa composition et son fonctionnement sont décrits dans un règlement intérieur (annexe 1), la Direction qualité, la Direction des soins, les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins en sont invités permanents.

✓ L'échelon de coordination

Celui-ci est à la charge de l'ensemble de l'équipe de la Direction qualité, chacun pour ce qui le concerne.

Cet échelon s'attache à assurer la cohérence et la coordination du travail de l'ensemble des commissions, comités, groupes de travail et de réflexion de l'établissement. Il s'articule avec la communauté médicale et paramédicale et l'ensemble du corps de direction.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité regroupe l'ensemble des plans d'actions issus des commissions, groupes de travail, indicateurs, évaluations, audits, analyses de risques...

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

La mise en place d'une « Commission parcours patients », sous-commission de la CME, intégrant médicaux, paramédicaux, coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, direction, cristallisera une partie du dispositif de coordination.

✓ L'échelon opérationnel

Il est assumé par la Direction qualité pour ce qui la concerne, notamment quant à l'accompagnement des équipes dans l'appropriation de la démarche de certification et la démarche qualité gestion des risques. Cet échelon sera également partagé et assuré par les différents pilotes de commissions, comités et animateurs de thématiques spécifiques.

V. Compte qualité et Certification

Le Centre hospitalier de Boulogne sur Mer élabore et alimente régulièrement le compte qualité, comme outil de dialogue avec la Haute Autorité de Santé.

Pour chacune des thématiques du compte qualité, des pilotes ont été identifiés, ils sont associés en responsabilité au remplissage de celui-ci.

La gestion et la mise à jour du compte qualité sont assurées par la Direction qualité, en collaboration avec les pilotes des analyses a priori et des groupes de pilotage institutionnels, les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins et les représentants des usagers.

La Direction et les instances décisionnaires, par l'intermédiaire du COSTRAT qualité et gestion des risques, valident le compte qualité et certifient l'exactitude des données et des informations communiquées, tant sur les résultats que sur l'association des professionnels et des usagers.

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

VI. La qualité et la sécurité en 15 points

1. Les démarches d'évaluation : certification, évaluations, accréditation, évaluations externes, labellisations...

Les démarches d'évaluations de l'établissement reposent sur des références officielles, labellisées : HAS, COFRAC, LABELIX... Le suivi de ces démarches est assuré par l'équipe qualité dans leur ensemble, et plus spécifiquement par des ingénieurs qualité affectés spécifiquement en fonction de leur qualification.

2. La politique d'évaluation des pratiques professionnelles, audits et enquêtes

Reposant sur la sous-commission EPP, la démarche d'évaluations des pratiques professionnelles est active dans l'établissement.

Le tableau de bord des EPP est incrémenté par la direction qualité qui assure également les suivis de celles-ci.

La direction qualité est à la disposition de l'ensemble des professionnels de l'établissement pour accompagner méthodologiquement toutes démarches d'évaluations. Elle collige l'ensemble de ces démarches de façon à pouvoir en établir un tableau de bord et alimenter le cas échéant les plans d'actions en rapport.

3. Le suivi des indicateurs

Les indicateurs nationaux sont suivis, ils font l'objet d'une communication officielle dans les instances et auprès des usagers. Ceux-ci pourront faire l'objet de l'élaboration d'un tableau de bord spécifique d'établissement et par pôles d'activité.

4. Le dispositif d'accréditation des médecins

Les démarches d'accréditations médicales établies sur la base du volontariat font l'objet d'un recensement et d'un suivi cogérés par la DIRAM et la Direction qualité.

5. Le programme de formation

La direction qualité établit un plan de formation institutionnel inscrit dans le plan de formation de l'établissement, cette démarche pédagogique s'adapte aux attentes des professionnels, aux références nationales et aux axes prioritaires des plans d'actions de l'établissement. Adossée à un réseau régional de qualité, elle promeut pour ce qui la concerne des formations auprès des professionnels en lien avec les besoins de l'établissement.

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

6. La gestion documentaire

Structurée au travers d'un logiciel, la gestion documentaire intègre l'ensemble des documents sources utiles et nécessaires au fonctionnement des activités des services soignants, techniques, logistiques et administratifs de l'établissement.

Le développement à venir prévoit une autonomisation de l'ensemble des professionnels sur ce sujet et prévoit également un circuit d'intégration des documents administratifs et des comptes rendus d'instances.

7. La gestion des risques

La gestion des évènements indésirables

Le projet d'informatisation et de structuration du circuit de traitements des FEI est engagé, il prévoit : une simplification des FEI, une automatisation des workflows de traitement et une identification de gestionnaires de risques.

L'exploitation des analyses de causes et des retours d'expériences sont pilotés par la Direction qualité.

Une démarche constante de promotion des déclarations d'évènements indésirables auprès des professionnelles est engagée.

L'annonce d'un dommage associé aux soins fait l'objet d'une procédure spécifique.

L'analyse de risques a priori

Des analyses de risques a priori existent sur les secteurs à risques (blocs, urgences, endoscopie, médicaments, médecine nucléaire, imagerie, coronarographie).

Des pilotes sont identifiés pour assurer le management de ces démarches et les communiquent à la Direction qualité, qui assure, autant que de besoins, le soutien méthodologique.

8. Les droits des patients et la politique clientèle

Les inclusions des patients à la démarche de certification, à certains groupes thématiques et aux patients traceurs sont effectives. La participation aux projets, à certains COPIL et à certaines instances témoignent d'une posture d'engagement des représentants des usagers.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est coordonnée par la Direction qualité.

9. Le dossier patient

L'informatisation du dossier patient est une priorité pour l'établissement. Le déploiement des projets concernant le dossier, la qualité de celui-ci et les modalités d'évaluations font l'objet d'arbitrages en COPIL « Dossier patient ». Des pilotes techniques, médicaux et paramédicaux sont identifiés et y collaborent.

10. L'identification du patient

L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge est un thème sensible pour l'établissement. La mise en place d'une cellule d'identito-vigilance est effective.

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application : 25/11/2019

11. Le management de la prise en charge médicamenteuse et le circuit du médicament

Le management de la prise en charge médicamenteuse et la thématique spécifique du circuit du médicament, font l'objet d'une politique, de l'identification d'un référent management de la prise en charge médicamenteuse, de pilotes de thématiques HAS, d'une démarche d'analyse des risques a priori et d'un CREX médicament pluri professionnel.

La commission « qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient » coordonne à la fois les plans d'actions et les projets ayant trait à cette thématique.

12. La surveillance et la prévention du risque infectieux

Etayées par une politique, coordonnées par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, relayées par un ensemble de référents au sein de l'établissement, la surveillance et la prévention du risque infectieux sont structurées dans l'établissement et font l'objet de publications d'indicateurs.

13. La politique de préparation face aux situations sanitaires exceptionnelles

La mise à jour des plans de réactions aux situations sanitaires exceptionnelles est réalisée. Ces plans d'urgence font l'objet de tests d'évaluation et d'exercices sous divers formats, à périodicité régulière.

14. La démarche de développement durable

La démarche de développement durable s'organise autour d'un comité de pilotage et l'identification d'un ambassadeur développement durable. Ces deux actes signent l'engagement de l'établissement dans ce champ.

15. La politique de Qualité de vie au travail

Pilotée par la Direction des Ressources Humaines, la politique QVT est élaborée, elle est intégrée à la politique sociale de l'établissement, elle fait l'objet de présentations, de discussions et d'évaluations au sein d'un Copil QVT.

Un représentant QVT est identifié, son activité se fait en lien avec le service de santé au travail. Un circuit spécifique d'analyses des causes est établi autour, entre autre, du suivi des FEI et du DUERP.

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

VII. Organisation de la Direction qualité

La direction qualité est composée de :

- ✓ Un directeur qualité
- ✓ Un médecin
- ✓ Trois ingénieurs qualité (deux affectés à la cellule de coordination en cancérologie (3C), à la démarche d'accréditation des laboratoires et au processus qualité en radiologie)
- ✓ Une assistante qualité

Un organigramme est établi, l'ensemble des professionnels composant cette direction se réunit au moins une fois par semaine.

L'équipe assure le suivi de l'ensemble de la démarche, assure l'animation des commissions de retour d'expériences et certains comités de pilotage.

Un coordonnateur médical de la gestion des risques associé aux soins a été identifié par voie de décision, son travail est accompagné du soutien de deux autres praticiens hospitaliers et de deux coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins paramédicaux.

VIII. Le suivi et la diffusion de la politique management de la qualité et sécurité

Cette politique a vocation à être communiquée à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Elle sera diffusée via le système de gestion documentaire et de fait accessible à tous.

Elle fera l'objet d'une réactualisation autant que nécessaire, et à périodicité régulière.

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application : 25/11/2019

IX. Annexes

Annexe 1 : Règlement intérieur Costrat QGDR

Composition

- Directeur général
- Président de CME
- Coordonnateur générale des soins et des enseignements
- Directeur qualité
- Coordonnateur(s) médical(aux) de la gestion des risques associés aux soins
- Coordonnateur(s) paramédical(aux) de la gestion des risques associés aux soins
- Conseiller médical DRUQ
- Ingénieurs qualité
- Assistant qualité

La présidence est assurée par le Directeur de l'établissement.
Le comité peut inviter toute personne compétente, s'il le juge nécessaire.

Missions

Ses missions sont de :

- Définir, prioriser et coordonner les démarches d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques associés 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.
- Promouvoir la culture qualité et gestion des risques au travers de la mise en œuvre et du suivi des démarches d'analyse des risques a priori et a posteriori.
- Assurer le suivi de la mise en œuvre de la certification HAS (préparation, organisation, communication et suivi), des démarches d'accréditation et de labellisation (COFRAC, JACIE, IHAB...), d'évaluations externes (EHPAD) et du suivi des indicateurs IQSS.
- Coordonner la stratégie de communication concernant la qualité et la gestion des risques, en collaboration avec la cellule communication tant auprès des professionnels que des usagers (accueil des nouveaux personnels, articles, affiches, réunion d'information, sites internet et intranet...).

Fonctionnement

- Fréquence de réunions :
 - Trois fois par an, au minimum
 - Mensuelle durant l'année de certification
- Le secrétariat est assuré par la DRUQ (Invitations, ordres du jour, comptes rendus...).
- Ordre du jour :
 - Transmis 10 jours avant la date de réunion par la DRUQ
 - Si des membres permanents ou invités souhaitent ajouter un sujet à l'ordre du jour, ils doivent le transmettre à la DRUQ 15 jours avant la date de réunion et assurent leur présentation
- Le planning des réunions est défini en début de chaque semestre.

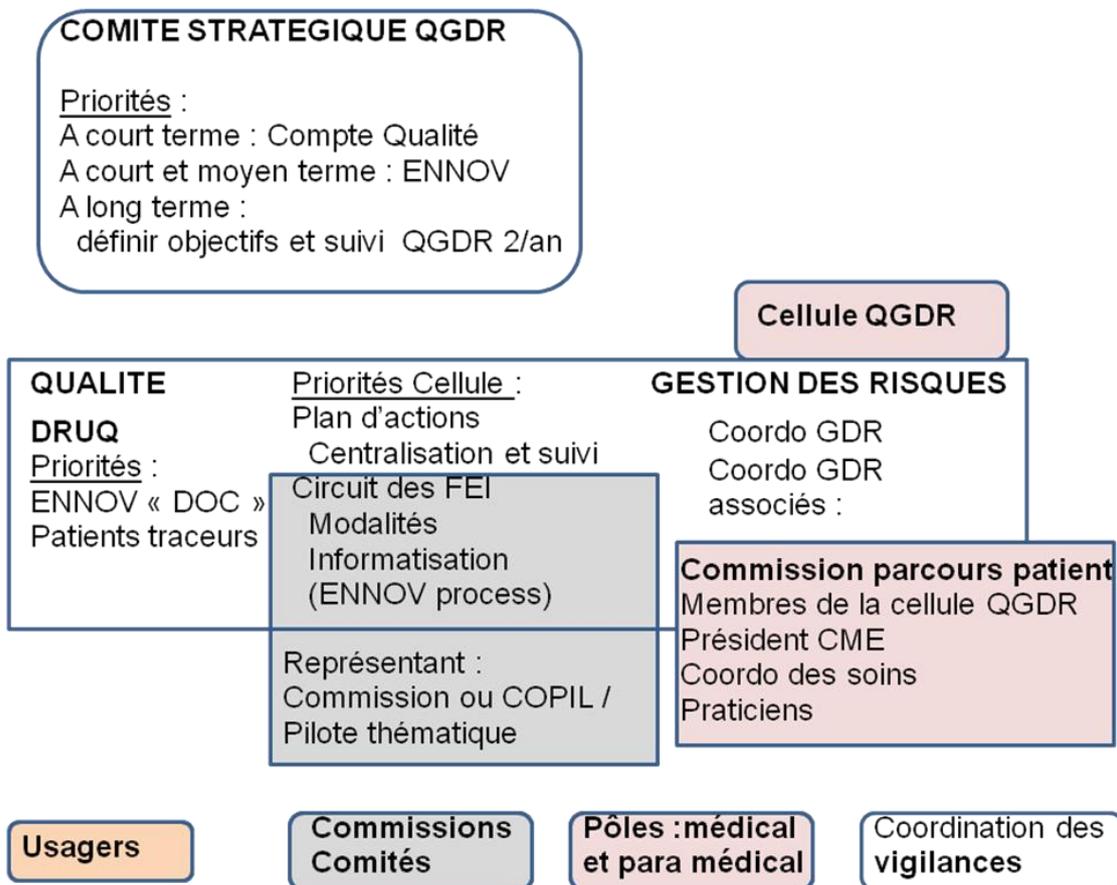
 <p>Centre Hospitalier Boulogne sur Mer DRUQ</p>	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

Programme d'actions et rapport d'activités

- Un bilan d'activité du Comité est élaboré annuellement, par la DRUQ.
- Le Comité assure le suivi du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Un bilan du PAQSS est réalisé une fois par an par la DRUQ selon les données transmises par les différents pilotes de thématiques, les commissions et groupes de travail. Il est validé en comité puis présenté aux instances de l'établissement et à la CDU.
- L'avancement des thématiques HAS et les modifications du compte qualité sont passés en revue annuellement. Le bilan des différentes commissions attachées à ces thématiques est fait à cette occasion.
- Le comité rend compte de ses travaux en Directoire pour validation, en CME et en CSIRMT pour information, au moins une fois par an.

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

Annexe 2 : Schéma organisationnel Management Qualité et Risques



	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

Annexe 3 : Listing des comités, commissions et cellules

Conseil de Surveillance
Directoire
Comité stratégique (CoStrat) du GHT Côte d'Opale
CTE (<i>Comité Technique d'Etablissement</i>)
CHSCT (<i>Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail</i>)
CME (<i>Commission Médicale d'Etablissement</i>)
Comité médical du GHT Côte d'Opale
CSIRMT (<i>Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques</i>)
CSIRMT (<i>Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques</i>) du GHT Côte d'Opale
CDU (<i>Commission des Usagers</i>)
CDU du GHT Côte d'Opale
Comité territorial des élus locaux
Conférence de dialogue social
CODIR (Comité de Direction)
CPP (Comité de Pilotage des Projets)
Comité stratégique Qualité et Gestion des Risques (COSTRAT QGDR)
Sous-commission EPP
CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)
Commission de coordination des vigilances
CSTH (Conseil sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance)
CIV (Comité d'IdentitoVigilance)
COMEDIMS (COmité du MEDicament et des Dispositifs Médicaux Stériles) Gpe 1 « Livret du médicament et des DMS »
COMEDIMS (COmité du MEDicament et des Dispositifs Médicaux Stériles) Gpe 2 « Commission des antibiotiques »
COMEDIMS (COmité du MEDicament et des Dispositifs Médicaux Stériles) Gpe 3 « Comité du management des risques de la prise en charge médicamenteuse »
CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur)
Conseil de bloc
CLAN (Comité de Liaison Alimentation et Nutrition)



POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022

Réf : GED-0863

Version : 03

Date d'application :

25/11/2019

Commission des menus (Hôpital, SSR, Psychiatrie)
Commission des menus (USLD JF Souquet)
Comité éthique
COPS (Commission Permanence des Soins)
Commission des admissions et soins non programmés
Commission du personnel médical
Commission de formation
Commission absentéisme et accidents du travail
Commission de maintien à l'emploi et postes aménagés
Comité de pilotage Qualité de vie au travail
Commission des Risques professionnels
Commission des secrétariats médicaux
Réunions budgétaire DRH / DS
Réunions budgétaire affaires médicales et travaux
Réunions budgétaire Achats
Réunions budgétaire Pharmacie
Réunion Encadrement paramédical / Direction des Soins
Réunion Cadres Supérieurs de Santé / Direction des soins
Commission de recherche clinique
Commission des équipements médicaux
Plateforme GHT SIH
COFIL PACS (système d'archivage et de transmission d'images)
COFIL SIRIUS
Groupe de travail DPI (Dossier Patient Informatisé) Paramédical
COFIL Dossier Patient
COFIL Bienveillance
Fédération de Cancérologie
Fédération d'Education Thérapeutique
COFIL IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé)
COFIL Violences et prévention de l'agressivité aux Urgences

 <p>Centre Hospitalier Boulogne sur Mer DRUQ</p>	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

Commission RABC
COFIL PMO
Bureaux de pôle Médecine
Bureaux de pôle Médecine Cancérologie
Bureaux de pôle Chirurgie
Bureaux de pôle Mère Enfant
Bureaux de pôle Urgences Réanimation UMJ
Bureaux de pôle Santé mentale Addictologie
Bureaux de pôle Activités transversales

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

Annexe 4 : Listing des abréviations

CDU : Commission des usagers

CME : Commission médicale d'établissement

CHSCT : Comité hygiène, sécurité et conditions de travail

COFIL : Comité de pilotage

COSTRAT : Comité stratégique

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CREX : Comité de retour d'expérience

CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

CTE : Comité technique d'établissement

DIRAM : Direction des Affaires médicales

DRUQ : Direction des Risques, Usagers et de la Qualité

DUERP : Document unique et d'évaluation des risques professionnels

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

FEI : Fiche d'événement indésirable

HACCP : Hazard analysis critical control point

HAS : Haute autorité de santé

IHAB : Initiative hôpital ami des bébés

IQSS : Indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins

PAQSS : Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

QVT : Qualité de vie au travail

RABC : Risk analysis bio contamination control

RMM : Revue de morbidité-mortalité

RSQ : Réseau Santé Qualité

	POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE 2018 - 2022	Réf : GED-0863
		Version : 03
		Date d'application :
		25/11/2019

Annexe 5 : Textes de référence

- Ma santé 2022
- Procédure de certification V2014 des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du Code de la santé publique - Actualisation Avril 2019
- Manuel de certification HAS
- Référentiel HAS des éléments d'investigation obligatoires (EIO) et situations à risques
- Décision du 10 juin 2015 du collège de la Haute Autorité de santé portant modification de la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L. 6133-7, L. 6321-1, L. 6147-7 et L. 6322-1 du code de la santé publique.
- CIRCULAIRE N°DGOS N° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé
- Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- CIRCULAIRE N°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- Guide de la HAS "Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé".
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé
- Décret 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé
- Décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Décret n°2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; Articles L. 6111-2, L. 6114-3, L. 6143-7 et L. 6144-1 du code de la santé publique.
- Décret 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé