

Lexique des principaux sigles et termes Qualité



**GROUPE HOSPITALIER
MUTUALISTE
LES PORTES DU SUD**



EN QUA 083



Les Comités et les Instances

CRU *Commission de Relation avec les Usagers*

La CRU assiste et oriente toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et l'informe sur les voies de recours dont elle dispose. Cette commission peut donc recevoir les patients ou proches de patients qui le souhaitent afin de leur apporter des éléments de réponse sur la prise en charge qui leur a été délivrée. La CRU est également force de proposition en matière de politique d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des usagers.

Elle se réunit au moins trois fois par an, le plus souvent pour recevoir un patient ou ses proches. Elle est composée du directeur, du président de la CME, de médecins, de la DSSI, de cadres de santé, du représentant des usagers, de la référente qualité.

CLAN *Comité de Liaison Alimentation Nutrition*

Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition a pour missions de favoriser la prévention de la dénutrition et de participer à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients et de la qualité de la prestation restauration.

Il se réunit trois fois par ans et est composé de médecins, de la pharmacienne, de cadres de santé, du responsable cuisine, du directeur, de la directrice des soins, de la responsable services économiques, de la diététicienne et de la référente qualité.

CLIN *Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales*

Le CLIN coordonne le programme annuel de lutte contre les infections nosocomiales, analyse précisément la situation de l'établissement en matière d'infection nosocomiale, définit et met en œuvre des actions correctives et de prévention, évalue périodiquement les actions mises en œuvre et forme et informe les professionnels.

Il se réunit au moins trois fois par an et est composé du directeur, du président de la CME, du médecin hygiéniste, de l'IBODE hygiéniste, de la directrice des soins, de médecins, des cadres de santé, du pharmacien, de la responsable du pôle hôtelier, des représentants du laboratoire, de la référente qualité.

CLUD *Comité de LUTte contre la Douleur*

Le CLUD élabore des protocoles thérapeutiques, évalue la connaissance et le respect des protocoles, conduit des enquêtes auprès des patients, forme et informe les professionnels aux nouvelles techniques d'analgésie ou antalgiques et propose un programme annuel de lutte contre la douleur.

Il se réunit au moins trois fois par an et est composé de médecins, de soignants, de la directrice des soins et de la référente qualité.

CMM *Comité Mortalité Morbidité*

Le CMM s'interroge sur le caractère évitable de l'événement (décès ou complication morbide), détermine les causes de l'événement dans le cas d'un événement potentiellement évitable et engage les actions destinées à prévenir la survenue d'un événement similaire.

Il se réunit trois fois par an et est composé de médecins, de la DSSI, de cadres de santé, de la référente qualité.

COMEDIMS *COmmission des MEDicaments et DIspositifs Médicaux Stériles*

La COMEDIMS rédige le livret thérapeutique, compare les coûts, veille aux modalités de prescriptions et donne des conseils d'utilisation.

Elle se réunit trois fois par an et est composée des pharmaciens, du directeur, des préparatrices en pharmacie, de la DSSI, des cadres de santé, de médecins, de l'ingénieur biomédical, de la référente qualité.

Comité DIP DPA *Comité Droit et Informations Patient et Dossier du PATient*

Le Comité DIP DPA assure le développement continu de la qualité du dossier patient unique et assure l'amélioration continue de la prise en compte des droits et informations du patient.

Il se réunit au moins trois fois par an et est composé de médecins, du président de la CME, de la DSSI, des cadres de santé, du médecin DIM, de la responsable du DMU, de la référente qualité.

Comité Qualité

Le Comité Qualité définit la politique Qualité et Gestion des Risques de l'établissement et fixe les objectifs à atteindre, valide les plans d'actions et arrête les groupes de travail, valide les propositions de la Cellule qualité et des groupes de travail, suit l'avancement des travaux, s'assure du respect des délais, veille à la diffusion des informations et pilote la démarche de Certification.

Il se réunit au moins 4 fois par an et est composé du directeur, de la DSSI, de la DRH, de l'attachée administrative, et de la cellule qualité.

Commission Restauration

La Commission Restauration favorise les échanges entre la cuisine et le personnel soignant (sur les menus, les changements intervenus dans les services de soins...), identifie et analyse les dysfonctionnements, émet un avis sur le fonctionnement de la restauration et aborde les questions relatives à la qualité des repas, à l'organisation du service restauration et aux éventuelles animations, définit et met en œuvre un plan d'actions visant à améliorer la qualité des prestations, définit les besoins des repas par activité médicale, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, selon les exigences médicales et sensibilise le personnel soignant aux règles d'hygiène et d'HACCP.

Elle se réunit quatre fois par an et est composée de la responsable des services économiques, du chef de cuisine et d'employés de restauration, de la DSSI, des cadres de santé, de la responsable du pôle hôtelier et de la diététicienne.

Copil PASS *COMité de Pilotage de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé*

Le Copil PASS fait connaître la PASS à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, définit et développe des actions d'amélioration et assure le suivi et l'évaluation de l'atteinte des objectifs définis.

Il se réunit trois fois par an et est composé de la conseillère PASS, des assistantes sociales, de la DSSI, du médecin chef et du responsable infirmier du service des urgences, d'un médecin pneumologue, de la pharmacienne, du représentant des usagers et des partenaires externes de la PASS, de la référente qualité.

COVIRIS *COMité de Vigilance et des RISques*

Le COVIRIS définit, met en œuvre, suit et évalue le programme de gestion des risques, identifie les risques à priori afin d'élaborer la cartographie des risques de l'établissement, analyse les événements indésirables et est force de proposition pour les actions d'amélioration, contribue à la coordination des vigilances et sensibilise l'ensemble des professionnels à la gestion des risques, au signalement des événements indésirables et au suivi des actions correctives.

Il se réunit au moins trois fois par an et est composé des vigilants, de la DSSI, des cadres du bloc opératoire et du service des urgences, du responsable service technique, de la responsable du pôle hôtelier et de la Cellule qualité.

CEMECO *CELLule Médico-ECONomique*

La CEMECO travaille sur l'ensemble de la chaîne de facturation afin d'optimiser la déclaration du chiffre d'affaires T2A. Il s'agit d'intervenir sur les dysfonctionnements liés à l'organisation des services et au système d'information.

Elle se réunit tous les 2 mois et est composée du directeur, du médecin DIM, du contrôleur de gestion, du responsable financier, des TIM et de la responsable facturation.



Les Indicateurs Qualité

Indicateurs de Lutte contre les Infections Nosocomiales

Le **score agrégé** des activités de lutte contre les infections nosocomiales (IN) est une synthèse de 4 indicateurs sur lesquels les établissements sont notés en points et classés de A à E :

ICALIN (indice composite des activités de lutte contre les IN) évalue les moyens et actions mis en œuvre dans l'établissement pour lutter contre les IN.

ICSHA (Indicateur Consommation de Solutions Hydro-Alcoolique/nombre de journées d'hospitalisation).

SURVISO (SURVeillance des Infections du Site Opératoire)

ICATB (Indicateur de suivi des prescriptions d'antibiotique).

Score agrégé = (ICALIN x 0,4) + (ISCHA x 0,333) + ICATB + SURVISO

IPAQSS *Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins*

Il s'agit d'un ensemble d'indicateurs regroupés en 3 grandes catégories :

Dossier patient (qualité de la tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, dépistage des troubles nutritionnels, traçabilité de l'évaluation de la douleur)

Dossier anesthésique (qualité de la tenue du dossier d'anesthésie)

Prise en charge de l'infarctus du myocarde.

Chaque année, les établissements doivent renseigner ces indicateurs en auditant un certain nombre de dossiers patients.

Pour la HAS, l'objectif est d'intégrer les résultats de ces indicateurs qualité dans la procédure de certification V2010.



La Gestion Documentaire

La Gestion Documentaire recouvre l'élaboration, la mise à jour et la diffusion des différents documents utilisés au sein de l'établissement. Ces différents types de documents sont :

Procédure

Document décrivant une manière spécifiée d'accomplir une activité, elle est plutôt liée à l'organisation en général. Elle décrit de manière synthétique l'organisation et l'enchaînement des tâches en précisant les ressources et les moyens mis en œuvre.

Protocole

Document décrivant dans le détail la manière de réaliser les tâches mentionnées, qui conditionnent la qualité et la sécurité, en précisant les moyens et les ressources à utiliser.

Fiche technique

Document permettant la réalisation d'une action par une personne (spécifications, fiche de poste, organigramme...).

Enregistrement

Document qui fournit des preuves tangibles de l'efficacité d'une action, d'un fonctionnement, de l'étendue et la satisfaction des exigences pré requises (traçabilité).