



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips downwards, and then rises towards the right side, creating a wide, shallow arc.

**ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE AMIENS PICARDIE**

Place victor pauchet - 80054 - Amiens

JUILLET 2015

# SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Les décisions par critères du manuel	11
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4.Suivi de la décision	16
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	17
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	18
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	19
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	22
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	27
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	28
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	35
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	45
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	59
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	62
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	110

# PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.  
A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

## 1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

- une présentation de l'établissement actualisée,
- les critères ayant fait l'objet du suivi (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par la Haute Autorité de Santé
- des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :

- la présentation graphique des résultats,
- le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
- les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
- le bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site  
Scope Santé <http://www.scopesante.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

<b>Certification</b>	Sans recommandation
<b>Certification avec recommandation(s)</b>	Au moins une recommandation
<b>Certification avec réserve(s)</b>	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
<b>Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure</b>	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
<b>Non certification</b>	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE AMIENS PICARDIE

**Adresse :** Place victor pauchet  
80054 Amiens SOMME

**Site internet:** <http://www.chu-amiens.fr>

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** Centre Hospitalier Universitaire

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	1101	93	18720
Soins de suite et/ou de réadaptation	90	10	0
Soins de longue durée	190	0	0

Nombre de sites.:	<p>Le CHU Amiens Picardie se situe sur 3 sites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hôpital Nord ;</li> <li>- hôpital Sud ;</li> <li>- centre Saint-Victor.</li> </ul> <p>Un regroupement de toutes ces activités sur un site unique (actuel site Sud), à l'exception des activités d'EPHAD et USLD, est prévu à l'horizon 2016 par l'intermédiaire d'un programme de réhabilitation en cours.</p>
Activités principales.:	<p>Le CHU Amiens Picardie dispose d'activités de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- médecine, chirurgie, obstétrique ;</li> <li>- soins de suite et de réadaptation ;</li> <li>- soins de longue durée.</li> </ul>
Activités de soins soumises à autorisation.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité de médecine.</li> <li>- Activité de chirurgie.</li> <li>- Activité de chirurgie esthétique.</li> <li>- Activité de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale.</li> <li>- Activité de soins de suite et réadaptation.</li> <li>- Activité de soins de longue durée.</li> <li>- Transplantation d'organes et greffe de moelle osseuse.</li> <li>- Chirurgie cardiaque.</li> <li>- Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie.</li> <li>- Neurochirurgie.</li> <li>- Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.</li> <li>- Accueil et traitement des urgences.</li> <li>- Réanimation.</li> <li>- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale.</li> <li>- Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, activités biologiques d'AMP, activités de recueil, traitement, conservation de gamètes et cession de gamètes issus de don, activités de diagnostic prénatal.</li> </ul>

	- Traitement du cancer : par chirurgie, par chimiothérapie, par radiothérapie, utilisation de radio-éléments.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Laboratoire d'hygiène : Accréditation COFRAC des Légionelles selon la norme 17025. Certification Agence de Biomédecine de la Coordination Hospitalière des Prélèvements.

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) « Centre de soins de suite Henriville » relatif à la mise en œuvre de 50 lits de soins de suite de rééducation polyvalente à orientation gériatrique avec un autre établissement de santé privé, dont 25 pour le CHU.</li> <li>- GCS « Les 3 vallées » relatif à la gestion d'un plateau technique de rééducation fonctionnelle avec deux autres établissements de santé public et privé.</li> <li>- GCS « e-santé » relatif aux systèmes d'information régionaux des établissements de santé publics et privés.</li> <li>- GCS « PHARE » visant à la mise en œuvre d'un système d'information hospitalier commun avec d'autres établissements de santé publics de la région de type Progiciel de gestion intégré.</li> <li>- GCS « Institut ophtalmologique de Picardie » relatif à la création d'une structure de chirurgie ambulatoire publique/privée dédiée à l'ophtalmologie</li> <li>- GCS « IFSI de Picardie » relatif à l'organisation des relations et des enseignements entre les différents IFSI de la région, l'UPJV et le Conseil régional de Picardie.</li> <li>- GCS « Unité de traitement du linge - UTIL » relatif à l'exploitation en commun d'une blanchisserie à usage hospitalier.</li> <li>- GCS CRIAVS « Centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles » rassemblant le CHU et les 3 établissements psychiatriques publics de la région.</li> <li>- Groupement d'Intérêt Economique (GIE) « Oncotop » organisant une utilisation partagée de l'un des Petscan du CHU avec des praticiens privés.</li> <li>- GIP « Pour la santé contre la violence en Picardie » réunissant les établissements de santé pivots de la région, l'UPJV, les collectivités, les services de l'Etat et certaines associations intervenant dans le champ des femmes et des personnes contre les violences.</li> <li>- GCS « G4 » promouvant les partenariats entre les CHU de Lille, Rouen, Caen et Amiens dans les domaines du soin, de l'enseignement et de la recherche.</li> <li>- GIP « Cancéropôle Nord Ouest », structure d'animation et de coordination des recherches et de l'innovation thérapeutique dans le domaine du cancer.</li> <li>- GCS « UNI-HA » réunissant de nombreux établissements de santé permettant de mettre en œuvre des stratégies de groupements d'achats publics.</li> </ul>
Regroupement/Fusion.:	Convention de direction commune avec le centre hospitalier de Doullens depuis mars 2010.
Arrêt et fermeture d'activité.:	Pas d'arrêt ou fermeture d'activité au sein du CHU Amiens Picardie.
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Opération de modernisation du CHU Amiens Picardie en cours: première phase réalisée le 15/09/2014 par l'ouverture d'un bâtiment neuf regroupant la majeure partie des activités de MCO. Restructuration totale prévue en 2016 avec un regroupement des activités de MCO sur le site Sud et la conservation du site St Victor orienté autour de la prise en charge des personnes âgées.



## 2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

## 1. Les décisions par critères du manuel

### RECOMMANDATION(S)

8.f (Gestion des évènements indésirables) .

19.a Personnes âgées (Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique) .

20.a Court Séjour (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a Soins de longue durée (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Court Séjour (Prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Soins de longue durée (Prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Soins de suite et/ou de réadaptation (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles) .

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé demande à l'établissement de finaliser sa mise en conformité sur:

- Circuit du médicament (HOPITAL NORD, HOPITAL SUD)
- Laboratoire (HOPITAL SUD, CENTRE GYNECO/OBSTETRIQUE)
- Sécurité électrique sur certains bâtiments (HOPITAL NORD, HOPITAL SUD, CENTRE SAINT VICTOR, CENTRE GYNECO/OBSTETRIQUE)
- Hygiène alimentaire et eau d'alimentation (HOPITAL NORD, HOPITAL SUD, CENTRE SAINT VICTOR, CENTRE GYNECO/OBSTETRIQUE)
- Eaux chaudes sanitaires (HOPITAL SUD)
- Eaux à usage technique (HOPITAL SUD)
- Déchets à risques radioactifs (HOPITAL SUD)
- Déchets à risques chimiques et toxiques (HOPITAL SUD)
- Radiologie interventionnelle (HOPITAL NORD)
- Radioprotection médecine nucléaire (HOPITAL SUD)
- Radiothérapie (HOPITAL SUD)
- Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante sur certains bâtiments (HOPITAL SUD, CENTRE SAINT VICTOR)

Bien que l'établissement ait des avis favorables sur ces thématiques, il n'a pas finalisé la mise en œuvre des actions d'amélioration permettant de lever l'ensemble des recommandations émises lors de ces contrôles externes.

la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur:

- Circuit du médicament (CENTRE GYNECO/OBSTETRIQUE)
- Désinfection des DM (dernier contrôle en 2004 pour HOPITAL NORD et pas de contrôle pour HOPITAL SUD)
- Infrastructures (HOPITAL NORD, CENTRE SAINT VICTOR)
- Eaux chaudes sanitaires (HOPITAL NORD)
- Eaux à usage technique (CENTRE SAINT VICTOR)

- Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques (HOPITAL NORD, HOPITAL SUD, CENTRE SAINT VICTOR, CENTRE GYNECO/OBSTETRIQUE)
- Déchets à risques radioactifs (CENTRE GYNECO/OBSTETRIQUE)
- Déchets à risques chimiques et toxiques (HOPITAL NORD, CENTRE SAINT VICTOR, CENTRE GYNECO/OBSTETRIQUE)
- Sécurité anesthésique (HOPITAL NORD, HOPITAL SUD, CENTRE SAINT VICTOR, CENTRE GYNECO/OBSTETRIQUE)
- Secteur opératoire (CENTRE SAINT VICTOR, CENTRE GYNECO/OBSTETRIQUE)
- Imagerie et exploration fonctionnelle (CENTRE SAINT VICTOR, CENTRE GYNECO/OBSTETRIQUE)
- Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante (HOPITAL NORD, CENTRE GYNECO/OBSTETRIQUE)

La Haute Autorité de Santé demande à l'établissement et à l'autorité de tutelle compétente de prendre toute mesure pour que les actions de contrôle soient rapidement mises en oeuvre.

L'établissement a eu un avis défavorable concernant les eaux à usage technique (HOPITAL NORD) : avis défavorable sur les tours aéroréfrigérantes en 2011 dont les travaux ont été réalisés. L'équipement sera désactivé prochainement.

### 3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé est effective.

#### 4.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il devra remettre dans un délai de 3 mois un (des) plan(s) d'action avec échéancier pour les recommandations émises ou non levées suite à cette nouvelle délibération.

## 3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT



## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

## Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

### Critère 6.d Gestion du linge

*Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.*

**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Le circuit du linge est défini.

En grande partie

Les circuits du linge sont définis sous forme de logigrammes par sites : CHU Nord, Saint Victor et CHU Sud dans les nouveaux locaux depuis novembre 2014. Un GCS mutualisé pour 26 établissements adhérents, situé à 20 kilomètres d'Amiens (Villers-Bretonneux), assure le traitement du linge du CHU depuis mars 2014. Ce linge est ensuite acheminé à la lingerie relais du CHU sud puis distribué et stocké selon les sites dans des rolls housés (housse bleue hermétique) acheminés par automates sur le CHU sud, dans des armoires fermées sur le CHU nord, Saint Victor, Le fontenoy et Saint Vincent ou emballé sous film (secteurs protégés) et enfin utilisé sur des chariots de nursing. Le linge personnel des résidents de l'USLD est traité selon un circuit différencié, par un prestataire externe. Le tri du linge est effectué dans les services par sacs avec des codes de couleurs différentes pour les différents types de linge tels que linge grand plat, tenues professionnelles ou linge contaminé. Le retour des rolls et des armoires et le réapprovisionnement se fait par le circuit inverse selon la méthode du plein-vide. Cependant cette organisation n'est pas formalisée au sein d'une

	En grande partie	procédure globale.
Les besoins par secteur sont quantifiés, et incluent les demandes en urgence.	Oui	Les besoins en linge sont quantifiés à partir des dotations par service : dotations journalières, de semaine et de week-end et jours fériés. Il existe des armoires tampon afin de répondre aux besoins complémentaires si nécessaire. Les armoires navettes dans les services contiennent des fiches de correspondance renseignées à la fois par les professionnels du service et par la lingerie, en cas de réajustements de dotations. Les tenues professionnelles sont définies par catégories. Les demandes en urgence sont prises en compte par le biais du roll ou de l'armoire tampon et les fiches de correspondance.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	Oui	Suite aux circuits réalisés en visite de suivi sur les 3 sites et notamment dans les secteurs de réanimation chirurgicale, d'orthopédie/traumatologie et de pneumo-cardio pédiatrique, il existe pour tous les services, en fonction de leur configuration, un lieu de stockage spécifique et identifié des rolls ou des armoires. L'évacuation des sacs de linge sale est effectuée dans des chariots dédiés et entretenus sur chaque site. L'établissement est doté de supports de tri du linge à la source avec couvercle. Le document intitulé "Bonnes pratiques de la gestion du linge dans les unités de soins" a pour but d'assurer le respect des règles d'hygiène.
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui	Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs et sont réajustés à partir des fiches de correspondance des rolls ou armoires navettes.
Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Oui	Les contrôles bactériologiques sont assurés par le prestataire GCS régulièrement et également au sein de la lingerie relais et dans les secteurs de soins par le personnel de l'Unité d'Hygiène et d'Épidémiologie Hospitalière. Les

	Oui	résultats sont transmis aux cadres logistiques et aux hygiénistes. Le contrôle visuel est assuré par les soignants au niveau du linge hospitalier, des tenues professionnelles, du linge des résidents.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	Il existe un suivi des actions d'amélioration organisé dans le cadre du suivi par le groupe de travail correspondant et de l'évaluation des fiches d'événements indésirables. Ces évaluations ont donné lieu à des actions d'amélioration en terme d'harmonisation des pratiques, de réajustement des dotations et de sensibilisation des professionnels. Cependant, l'évaluation globale de la satisfaction sur la qualité du linge fourni n'est pas réalisée du fait de l'organisation encore récente de ce circuit sur le nouveau site du CHU sud.

## PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.a  
Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.

Oui

Le projet d'établissement 2009-2013 qui développe un axe qualité dans son orientation n°3 « Garantir aux patients une prise en charge de qualité, soucieuse du respect de leurs droits et de leur bonne information » fait toujours référence, sachant que sa mise à jour est en cours. L'établissement a défini la méthodologie d'élaboration de son programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, celui-ci a été validé par les différentes instances en juin 2013 et est actualisé en continu. Le pilotage de ce programme est confié au Comité Stratégique Qualité qui a pris le relais du COPIL certification afin d'assurer la gouvernance de la qualité des soins au sein du CHU Amiens Picardie. Son règlement intérieur a été validé en janvier 2013. L'établissement a validé en mars 2015 la version 4 de sa politique qualité qui précise l'organisation en place et décline des objectifs généraux en fonction de trois axes (processus de prise en charge du patient, gestion des risques et démarches d'évaluation). Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, chaque contrat de pôle hospitalo-universitaire depuis 2012 se décline en 3 volets : finances,

	Oui	qualité et recherche clinique. Chaque objectif du volet qualité est assorti d'indicateurs de suivi et de cible annuelle à atteindre. Ces objectifs sont issus notamment des résultats de la certification, des démarches d'évaluation (indicateurs, enquêtes), de l'analyse de la satisfaction des usagers et des démarches qualité spécifiques.
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	En grande partie	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est décliné en 4 plans d'actions : prise en charge du patient, gestion des risques, évaluation et médicaments. Les responsabilités et les échéances sont définies par action selon les secteurs. Ils prennent en compte les exigences réglementaires, les risques techniques et l'analyse des dysfonctionnements (audit SHAM). Les plaintes et réclamations se retrouvent dans la rubrique « participation des usagers » et les IAS dans les actions à mettre en œuvre dans le cadre de la gestion des EI. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins recense progressivement les actions s'appuyant sur l'analyse de la conformité à la réglementation, les actions à mettre en place suite aux recommandations et décisions des certifications (HAS, COFRAC, JACIE). Cependant, ce programme ne prend pas en compte le bilan des améliorations mises en œuvre suite à l'analyse des événements indésirables et des différentes analyses de risques. L'absence de programme global et de suivi centralisé d'indicateurs ne permet pas d'assurer la coordination entre les différentes instances et secteurs d'activité. À l'échelle de l'établissement, le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins définit les actions à mener, le responsable, les délais, en précisant partiellement les indicateurs de suivi. Cette structuration n'est pas clairement formalisée pour les plans d'actions déployés sur l'ensemble des pôles.

Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	Partiellement	L'établissement a connaissance de huit praticiens inscrits dans un dispositif d'accréditation des médecins. Certaines démarches réalisées peuvent être portées à la connaissance de l'établissement par l'intermédiaire des RMM mais sans que le lien ne soit établi avec les EPR déclarés. Des actions issues de certaines RMM sont intégrées dans le plan d'actions Évaluation du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été présenté et validé par le CODIR, la CME, en réunion des cadres supérieurs de santé, à la CSIRMT et au directoire en 2013. Il est actualisé en continu depuis cette date.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le projet de soins, dans son axe 2 (assurer un niveau de compétences fondamentales pour garantir la sécurité et la qualité des soins) précise, pour chaque fiche action, les objectifs attendus ainsi que les actions à déployer et les indicateurs de suivi. Ces fiches actions sont déclinées sur le terrain. La mise en place des démarches qualité repose sur l'implication de l'encadrement, se traduit par l'existence de plans d'actions définis et déclinés principalement par les secteurs d'activité (services de soins, radiothérapie, services techniques). Le suivi des actions et des indicateurs est assuré par les cadres des unités.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le suivi des plans d'actions est assuré lors de réunions régulières au sein des secteurs concernés, dans le cadre des réunions périodiques des instances et des groupes de travail. Ces plans d'actions font l'objet d'un suivi au niveau du comité stratégique qualité de l'établissement, afin de mutualiser les expériences et d'assurer un pilotage centralisé.



L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	Les plans d'actions du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont évalués régulièrement par le directoire, le COPIL certification et lors de rencontres avec les pilotes en charge des actions. Les indicateurs nationaux, régionaux suivis par le CHU contribuent à l'évaluation annuelle de l'atteinte des objectifs. La diffusion est assurée aux instances et à l'ensemble des personnels. Un bilan global des actions qualité et gestion des risques a été effectué en 2015.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	En grande partie	Les cadres et pilotes procèdent si besoin à des réajustements des plans d'actions en lien avec les instances et commissions concernées en fonction des résultats et des états d'avancement constatés. Le bilan du PAQSS a été réalisé par plans d'actions et présenté en février 2015. Sur les 460 actions recensées, 20% sont réalisées et 49% sont en cours. Cependant, cette évaluation globale très récente n'a pas permis la révision de la politique qualité et sécurité des soins et les ajustements nécessaires à apporter au programme pour la période suivante.

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

## Référence 15: l'identification du patient

**Critère 15.a - Court Séjour**  
**Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge**



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

Oui

L'accueil des patients répond à une organisation formalisée dans la « Procédure de contrôle de l'identité du patient ». Celle-ci décrit les objectifs administratifs ainsi que les responsabilités en termes de saisie et de contrôle lors de la création d'une identité. Elle décrit les règles de vérification de l'identité sur la base d'un document officiel lors de l'admission d'un patient. La mise en place de cette vérification, par les chargés de clientèle, a eu lieu lors de la visite sur tous les secteurs. Le contrôle des nouvelles identités est assuré par la cellule d'identitovigilance (CIV). Les points critiques et situations particulières (accouchement secret, séjour confidentiel, etc.) sont identifiés. Des procédures sont formalisées pour les secteurs ou activités à risque (maternité, AMP, prélèvements, etc.).

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Oui

Les membres de la cellule d'identitovigilance sont formés aux modalités de création et de contrôle d'une identité patient. L'équipe « CIV » assure la formation des chargés de clientèle pour les règles de création d'une identité et sur les

	Oui	modalités de vérification de l'identité. Les professionnels de santé sont sensibilisés à la mise en œuvre d'une identification fiable pour les actes à risques (chirurgie, transfusion, prélèvements).
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	En grande partie	La CIV vérifie et valide quotidiennement toute nouvelle ouverture de dossier. Dans ce cadre, elle peut être amenée à saisir les corrections nécessaires. Le livret d'accueil et l'affichage informent le patient de la procédure d'accueil et en particulier, de la nécessité de présentation d'une pièce d'identité. Cependant, l'application de cette démarche n'est pas évaluée dans tous les secteurs.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Les professionnels de santé suivent les recommandations de vérification de l'identité pour les actes qui le nécessitent (prélèvements, check-list endoscopies et bloc, actes transfusionnels, etc.). Selon la procédure "Fiabilisation de l'identification du patient au CHU Amiens Picardie", la pose de bracelets d'identification n'est requise que dans certaines situations spécifiques définies par l'établissement : patients bénéficiant d'actes à risque, non communicants ou dans l'incapacité d'énoncer une identité de façon fiable. La traçabilité de la vérification est effective pour les prélèvements et les check-lists.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	Certains services suivent, par l'intermédiaire des signalements d'événements indésirables « Erreur d'identité », la fiabilité de l'identification (en particulier le laboratoire par le logiciel dédié). Cependant, la fréquence du suivi de ces signalements n'est pas définie et l'établissement ne réalise pas d'autre évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

## Référence 15: l'identification du patient

**Critère 15.a - Soins de suite et/ou de réadaptation**  
**Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge**



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

Oui

L'accueil des patients répond à une organisation formalisée dans la « Procédure de contrôle de l'identité du patient ». Celle-ci décrit les objectifs administratifs ainsi que les responsabilités en termes de saisie et de contrôle lors de la création d'une identité. Elle décrit les règles de vérification de l'identité sur la base d'un document officiel lors de l'admission d'un patient. La mise en place de cette vérification, par les chargés de clientèle, a eu lieu lors de la visite sur tous les secteurs. Le contrôle des nouvelles identités est assuré par la cellule d'identitovigilance (CIV). Les points critiques et situations particulières (séjour confidentiel, etc.) sont identifiés. Des procédures sont formalisées pour les secteurs ou activités à risque (prélèvements, etc.).

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Oui

Les membres de la cellule d'identitovigilance sont formés aux modalités de création et de contrôle d'une identité patient. L'équipe « CIV » assure la formation des chargés de clientèle pour les règles de création d'une identité et sur les

	Oui	modalités de vérification de l'identité. Les professionnels de santé sont sensibilisés à la mise en œuvre d'une identification fiable pour les actes à risques (transfusion, prélèvements).
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	En grande partie	La CIV vérifie et valide quotidiennement toute nouvelle ouverture de dossier. Dans ce cadre, elle peut être amenée à saisir les corrections nécessaires. Le livret d'accueil et l'affichage informent le patient de la procédure d'accueil et en particulier, de la nécessité de présentation d'une pièce d'identité. Cependant, l'application de cette démarche n'est pas évaluée dans tous les secteurs.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Les professionnels de santé suivent les recommandations de vérification de l'identité pour les actes qui le nécessitent (prélèvements, actes transfusionnels, etc.). Selon la procédure "Fiabilisation de l'identification du patient au CHU Amiens Picardie", la pose de bracelets d'identification n'est requise que dans certaines situations spécifiques définies par l'établissement : patients bénéficiant d'actes à risque, non communicants ou dans l'incapacité d'énoncer une identité de façon fiable. La traçabilité de la vérification est effective pour les prélèvements.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	Certains services suivent, par l'intermédiaire des signalements d'événements indésirables « Erreur d'identité », la fiabilité de l'identification (en particulier le laboratoire par le logiciel dédié). Cependant, la fréquence du suivi de ces signalements n'est pas définie et l'établissement ne réalise pas d'autre évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

## Référence 15: l'identification du patient

**Critère 15.a - Soins de longue durée**  
**Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge**



### Cotation

B

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

Oui

L'accueil des patients répond à une organisation formalisée dans la « Procédure de contrôle de l'identité du patient ». Celle-ci décrit les objectifs administratifs ainsi que les responsabilités en termes de saisie et de contrôle lors de la création d'une identité. Elle décrit les règles de vérification de l'identité sur la base d'un document officiel lors de l'admission d'un patient ou d'un résident. La mise en place de cette vérification, par les chargés de clientèle, a eu lieu lors de la visite sur tous les secteurs. Le contrôle des nouvelles identités est assuré par la cellule d'identitovigilance (CIV). Des procédures sont formalisées pour les secteurs ou activités à risque (prélèvements, etc.).

#### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Oui

Les membres de la cellule d'identitovigilance sont formés aux modalités de création et de contrôle d'une identité patient. L'équipe « CIV » assure la formation des chargés de clientèle pour les règles de création d'une identité et sur les modalités de vérification de l'identité. Les professionnels de santé sont sensibilisés à la mise en œuvre d'une



	Oui	identification fiable pour les actes à risques (transfusion, prélèvements).
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	En grande partie	La CIV vérifie et valide quotidiennement toute nouvelle ouverture de dossier. Dans ce cadre, elle peut être amenée à saisir les corrections nécessaires. Le livret d'accueil et l'affichage informent le patient ou le résident de la procédure d'accueil et en particulier, de la nécessité de présentation d'une pièce d'identité. Cependant, l'application de cette démarche n'est pas évaluée.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Les professionnels de santé suivent les recommandations de vérification de l'identité pour les actes qui le nécessitent (prélèvements, actes transfusionnels, etc.). La traçabilité de la vérification est effective pour les prélèvements. Selon la procédure "Fiabilisation de l'identification du patient au CHU Amiens Picardie", la pose de bracelets d'identification n'est requise que dans certaines situations spécifiques définies par l'établissement : patients bénéficiant d'actes à risque, non communicants ou dans l'incapacité d'énoncer une identité de façon fiable, elle n'est pas appliquée en USLD.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Partiellement	Certains services suivent, par l'intermédiaire des signalements d'événements indésirables « Erreur d'identité », la fiabilité de l'identification (en particulier le laboratoire par le logiciel dédié). Cependant, la fréquence du suivi de ces signalements n'est pas définie et l'établissement ne réalise pas d'autre évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a bis - Court Séjour**  
**Prise en charge médicamenteuse du patient**



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Oui

Les règles générales de prescription sont formalisées dans le cadre de la procédure « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient ». Celles-ci ont été réactualisées par le groupe « médicaments » de la COMEDIMS suite aux remarques de la précédente visite de certification. Elle comporte notamment les modalités de prescription pour les services informatisés qui au jour de la visite bénéficient tous de ce mode de prescription. Cette procédure fait référence à l'ensemble des fiches techniques nécessaires à la mise en œuvre. Elles sont à disposition des professionnels concernés. Elles sont également adaptées en fonction de la restructuration en cours du CHU.

La liste des médicaments à risque a été établie. Une plaquette est remise à l'ensemble des professionnels concernés. De plus, des recommandations issues de différentes bases de données sont accessibles sur l'intranet.

Les conditions de prescription (notamment prescripteurs habilités) pour les stupéfiants, antibiotiques, chimiothérapies, MDS, médicaments hors GHS sont précisées.

<p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p>	<p>Oui</p>	<p>Pour une hospitalisation, le livret d'accueil précise au patient les conditions de prise en charge de son traitement personnel par le CHU. Des documents d'information ont été réalisés et remis lors de la semaine sécurité des patients. Pour les professionnels, une procédure de gestion du traitement personnel du patient hospitalisé est en place dans l'établissement. Cette procédure précise les modalités d'information du patient quant à la manière dont va être pris en charge son traitement, lors de son hospitalisation.</p> <p>Le traitement personnel du patient est pris en compte de manière institutionnelle, et fait l'objet d'un paragraphe particulier dans un poster d'information « Le bon usage du médicament par le professionnel », diffusé à l'ensemble des unités de soins.</p> <p>Dans les services investigués par les experts visiteurs (Chirurgie cardiaque, Oncologie médicale, réanimation respiratoire, cardiologie HS, chirurgie maxillo faciale et Dermatologie, Gériatrie aiguë à l'hôpital nord et Soins Palliatifs à Saint Victor), les médicaments personnels des patients sont soit remis aux accompagnants soit remis aux soignants à l'admission, et rangés nominativement dans l'armoire à pharmacie ou le chariot de distribution des médicaments. Ils leur seront rendus à leur sortie du service.</p> <p>Le traitement hospitalier tient compte du traitement personnel du patient. Le traitement est prescrit systématiquement par le médecin lors de l'admission du patient. Le conditionnement des médicaments permet leur identification jusqu'à l'administration au patient. Les prescriptions de sortie prennent en compte les traitements antérieurs, et un courrier est remis au patient et adressé au médecin traitant. Il comporte l'ensemble du traitement médicamenteux.</p>
<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>La procédure actualisée « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient » reprend l'ensemble des règles organisationnelles assurant la sécurisation du circuit du médicament et fait référence aux fiches techniques correspondantes et accessibles aux</p>

	Oui	<p>professionnels dans la GED.</p> <p>On retrouve notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les règles organisationnelles (Gestion des stocks à la pharmacie et dans les unités de soins, transports, approvisionnement en urgence...),</li> <li>- Les conditions du respect de la chaîne du froid qui sont appliquées comme l'ont constaté les experts visiteurs,</li> <li>- La gestion des traitements personnels,</li> <li>- Les règles de prescription, préparation, administration y compris pour les médicaments à risque et la préparation et administration des médicaments injectables,</li> <li>- Les conditions d'analyse pharmaceutique,</li> <li>- Les conditions de délivrance des médicaments (nominative, nominative reglogalisée et délivrance globale),</li> <li>- Les modalités de délivrance particulières des stupéfiants, MDS, antibiotiques, hors GHS, ATU et essais cliniques,</li> <li>- Les conditions de mise à disposition des informations nécessaires au bon usage des médicaments.</li> <li>- L'éducation thérapeutique et les conseils aux patients,</li> <li>- ...</li> </ul>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	En grande partie	<p>Les règles d'administration des médicaments sont précisées dans la procédure générale « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient ».</p> <p>Une fiche technique spécifique formalise les règles de préparation et d'administration des médicaments injectables.</p> <p>Un certain nombre de protocoles d'administration existent : protocoles d'administration pour l'insuline, la morphine, les antibiotiques injectables, les chimiothérapies. Une liste des médicaments à risque est présente. Une plaquette remise aux professionnels reprend l'ensemble de ces données. Des fiches techniques précisent les contrôles à effectuer pour les médicaments à risque et l'utilisation des matériels standardisés. Une fiche de poste pour des référents pharmaceutiques a été réalisée, sa validation par les instances est en cours. Le déploiement des référents dans les unités est prévu pour 2015.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Compte-tenu de la valeur du critère « rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « tenue du dossier » et de sa valeur de 97% pour la campagne de recueil 2013.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Partiellement	L'analyse pharmaceutique de niveau 2 sur le traitement complet du patient est effective sur 35% des 1109 lits MCO du CHU. La délivrance nominative est présente pour 15% des lits (chirurgie cardiaque, ORL, gériatrie aiguë, rhumatologie, pathologie infectieuse). Dans les autres services la délivrance est globale, ou reglobalisée dans une minorité de service.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	En grande partie	Les bonnes pratiques de fabrication sont appliquées pour la préparation des médicaments non prêts à l'emploi (anticancéreux, radio pharmaceutiques, préparations pédiatriques, nutrition parentérale). Cependant, la présence effective d'un seul radio pharmacien ne permet pas d'assurer la continuité de la présence pharmaceutique tout au long de l'année et donc la validation de toutes les prescriptions ainsi que la libération des préparations qui sont validées le plus souvent a posteriori.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Au jour de la visite, un premier recensement des documents existants a été réalisé. Celui-ci se poursuit pour obtenir une exhaustivité ; parallèlement une réflexion est en cours au sein du COMEDIMS pour identifier au sein du CHU les patients cibles, le type de médicament et l'information à donner durant l'hospitalisation et lors de la sortie du patient. On retrouve une structuration pour les médicaments en rétrocession. La traçabilité délivrée à ce jour n'est retrouvée que dans quelques services où celle-ci peut s'accompagner d'éducation thérapeutique (chirurgie cardiaque, cardiologie

	En grande partie	HS...).
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Dans l'ensemble des parcours réalisés par les experts-visiteurs, la traçabilité de l'administration des médicaments était réalisée en temps réel à l'aide d'un outil informatique et par le personnel habilité. Celle-ci est présente de manière exhaustive sur l'historique des patients consultés dans chacun des services. Tous les médicaments sont identifiables jusqu'au moment de l'administration. Aucune retranscription n'a été constatée par les experts-visiteurs dans les services visités.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	L'outil d'auto-évaluation et de gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients proposé par l'ANAP a été mis en œuvre dans l'ensemble des unités d'hospitalisation à l'exception des Réanimations, blocs opératoires, urgences, Soins continus et soins intensifs qui vont en bénéficier en 2015. Les résultats ont été analysés et présentés et servent à la mise en place des actions d'amélioration. Une EPP a été conduite sur les bonnes pratiques d'administration des comprimés et des gélules. Des audits ont également été réalisés sur le contrôle des armoires de service, la réévaluation de l'antibiothérapie, le circuit logistique du médicament. Cependant, aucun planning ne prévoit de façon structurée des audits périodiques sur les différentes étapes du circuit du médicament.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Le COMEDIMS, au travers de ses six groupes de travail, participe activement aux actions d'amélioration sur le circuit des médicaments. Un bilan annuel est réalisé. Au titre de 2014 ont notamment été réalisées des actions sur : - Le bon usage des anti-coagulants oraux,

En grande partie	<ul style="list-style-type: none"><li>- L'utilisation des HBPM,</li><li>- Les bonnes pratiques d'administration des comprimés et des gélules,</li><li>- L'utilisation des fluoroquinolones, des carbapénèmes,</li><li>- Les modalités de prescription du fer injectable,</li><li>- La liste des médicaments à plus haut risque,</li><li>- ...</li></ul> <p>Tous les comptes rendus et le bilan annuel du COMEDIMS font l'objet d'une diffusion sur son site intranet accessible à l'ensemble des professionnels. Un bilan des consultations est réalisé. De même, le COMEDIMS diffuse des recommandations de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux. Cependant, peu de travaux à ce jour concernent la pertinence des prescriptions.</p>
------------------	---



## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

### Critère 20.b - Court Séjour Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements prenant en charge des patients âgés de plus de 65 ans.*

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

Oui

Une politique de juste prescription chez le sujet âgé a été formalisée en octobre 2013, puis validée en CME en janvier 2014 et diffusée en février 2014 sur l'intranet du CHU. Elle a été réactualisée en septembre 2014.  
Quatre axes ont été définis : avant et lors de la prescription, pendant le traitement et à la sortie du patient. Un groupe de travail assure la mise en place et le suivi des actions qui sont déclinées dans un programme.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises à la disposition des professionnels.

Oui

Pour réaliser une prescription conforme chez le sujet âgé, de nombreux outils (documents) ont été créés et mis à la disposition des prescripteurs : tableau de prescription, plaquette d'information de la filière gériatrique, fiche de bon usage des psychotropes chez le sujet âgé, plaquettes d'information sur la prise en charge des troubles comportementaux, médicaments inappropriés chez le sujet âgé, fiche technique de bonnes pratiques d'administration des comprimés et gélules.  
Ces données viennent compléter l'accès au Vidal, aux

	Oui	référentiels en ligne et l'aide à la prescription disponible dans le logiciel de prescription.
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	En grande partie	<p>Pour accompagner les professionnels dans la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, une unité mobile de gériatrie est présente. Connue des professionnels, elle les accompagne dans la prise en charge médicamenteuse et aide à la diffusion et à l'utilisation des outils fournis.</p> <p>La sensibilisation est également présente dans le cadre des journées régionales annuelles de pharmacologie auxquelles participent de nombreux professionnels, l'envoi systématique de VigipharmAmiens (journal mensuel du Centre de pharmacovigilance).</p> <p>Les professionnels rencontrés lors des parcours dans les unités étaient effectivement sensibilisés à cette problématique dans la majorité des cas.</p> <p>Des actions de formation structurée sur des professionnels cibles sont programmées pour 2015.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	En grande partie	<p>Une EPP portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles sur la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés de plus de 75 ans hospitalisés au CHU d'Amiens est en cours. A ce jour le protocole est défini et les conditions de sa réalisation décrites. Le recueil des données est en cours. Elle va être comparée à la même EPP réalisée en 2012 avant la conduite d'actions d'amélioration.</p> <p>L'évaluation de la politique est programmée pour 2015.</p>
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en œuvre.	Oui	De nombreuses actions d'amélioration, menées dans le cadre d'un plan d'action formalisé 2013-2015, ont conduit à la rédaction et à la diffusion de documents d'aide à la prescription, l'aide au choix de la forme galénique adaptée, les bonnes pratiques d'administration, la mise en place de la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie du

Oui	patient. Une EPP dont le recueil des données est en cours a pour but d'évaluer l'impact des actions mises en place sur les prescriptions inappropriées.
-----	---

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

## Référence 25: La prise en charge dans le service des urgences

**Critère 25.a**  
**Prise en charge des urgences et des soins non programmés**



*Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences.*

### Cotation

A

#### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.

Oui

L'organisation du service d'urgences et des soins programmés s'inscrit dans les orientations du projet d'établissement 2009-2013 et dans la version 4 de sa politique qualité validée en mars 2015, et également dans les objectifs définis par le CPOM en termes de permanence des soins et du SROS III.

Avec le déménagement sur le site SUD, le CHU d'Amiens a regroupé toutes ses urgences sur un seul site. La visite de suivi a montré 3 secteurs d'accueil des urgences dont un secteur d'adultes, un secteur pédiatrique, un secteur gynéco-obstétrical. Le secteur d'urgence pour les adultes (SAUPA (Secteur d'Accueil des Urgences Polyvalentes de l'Adulte)) et le secteur de pédiatrie disposent d'une zone dédiée d'UHTCD propre à leur spécialité, ainsi qu'une zone dédiée à la prise en charge des urgences vitales (SAUV (Secteur d'Accueil des Urgences Vitales)). Les urgences obstétricales et gynécologiques ont également leur entrée d'urgence dédiée à leur spécialité. Le SAUPA est rattaché au pôle ARMU (Anesthésie-Réanimation-Médecine

Oui	<p>d'Urgence), le secteur pédiatrique étant rattaché lui au pôle Femme, Couple, Enfant ainsi que les urgences gynéco-obstétricales. Chaque structure d'accueil et d'urgence a rédigé un règlement intérieur et/ou une charte de fonctionnement. Ils sont soit validés soit en cours de validation pour Avril 2015.</p> <p>Dans ces documents, il est retrouvé le système des admissions des patients à partir des urgences, les modalités d'accueil des populations vulnérables dans toutes leurs composantes. La permanence d'accès aux soins de santé (PASS) est organisée. Une commission des urgences a été réactivée avec en l'occurrence une mission d'appui ANAP. Elle est composée de praticiens, de cadres, de gestionnaires et concernent plusieurs pôles du CHU. Le pôle DRIME (Digestif-Rénal-Infectieux-Médecine Interne), et le DIM participent également. Sa mise en place implique plusieurs autres services du CHU dont le secteur de Médecine Gériatrique, mais également la direction générale du CHU.</p> <p>Le fonctionnement de cette commission est formalisé.</p> <p>L'organisation du fonctionnement des trois structures d'urgence est connue des correspondants et intervenants extérieurs ainsi que des acteurs internes au CHU d'Amiens. L'installation de cette commission a donné lieu à des lettres de mission émanant de la direction générale ; des réunions se sont tenues et des comptes rendus établis.</p> <p>Des coopérations et des partenariats au sein du réseau des urgences sont formalisés.</p> <p>Une Commission relative à l'Organisation de la Permanence médicale et pharmaceutique (COPS) et à la continuité des soins est en place.</p> <p>La communication autour de l'organisation du réseau auprès des acteurs du territoire de santé est formalisée. Des conventions sont signées comme par exemple entre SAMU/SDIS, SAMU/SOS Médecins.</p>
-----	--

<p>Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les responsables des différents secteurs d'activité des urgences ont mis en place des conventions avec les partenaires externes. Des procédures d'organisation des recours aux spécialistes aussi bien en interne qu'en externe sont formalisées dans les contrats de pôle. Des tableaux de présence de la permanence des soins des spécialistes sont affichés au niveau des postes médicaux. Ces tableaux de garde sont adressés à la Direction Générale. Le recours aux avis spécialisés permet de répondre aux besoins des patients.</p> <p>Selon le degré de gravité, les spécialistes sont prévenus avant l'arrivée du patient et devant des situations d'urgence absolue, ils sont présents à l'arrivée du patient.</p>
<p>Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés, selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Le CHU d'Amiens a mis en place des filières courtes et des filières couchées dans toutes les structures d'accueil des urgences. Des filières de soins sont adaptées pour toutes les populations particulières. Des filières plus spécifiques comme la prise en charge de l'AVC ou de l'IDM sont organisées en amont avec le pré-hospitalier et sont directement orientées en SAUV.</p> <p>Toutes ces filières sont déclinées dans le règlement intérieur de chaque structure d'urgence (adultes, pédiatriques et obstétricales). Les professionnels de ces services rencontrés lors de la visite de suivi maîtrisent la connaissance de ces filières et des spécialités de prise en charge. Des entrées directes sont réalisées dans les services de réanimation ou de soins continus sans passer par l'accueil des urgences.</p> <p>Les professionnels ont adapté un code couleur issu du tri de la médecine de catastrophe pour faciliter la prise en charge des patients couchés et ce afin d'optimiser le flux des patients en fonction des contraintes architecturales.</p>
<p><b>E2 Mettre en oeuvre</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le CHU d'Amiens est informatisé avec un logiciel "métier " dédié aux urgences.</p> <p>L'état des lits disponibles est réalisé par les cadres ce qui permet d'avoir la disponibilité des lits en temps réel.</p>

	Oui	<p>Une procédure de gestion des lits d'hospitalisation est rédigée. Les structures des urgences ont connaissance en temps réel de la disponibilité des lits. Une personne est chargée de rechercher les lits d'aval.</p> <p>Une centralisation informatisée des lits disponibles est affichée aux urgences. Les médecins n'ont plus la charge de rechercher les lits depuis novembre 2014. Les "points lits" sont régulièrement organisés notamment en situation de crise ou de tension. Dans le cadre de la mission d'appui, des actions d'amélioration sont en cours d'étude comme par exemple la mise en place d'un référent lit appelé par l'ANAP "Bed Manager".</p> <p>Le SAUPA a mis en place une référente qui reçoit tous les appels téléphoniques et cette personne se charge ensuite de joindre les professionnels ayant en charge le patient.</p> <p>Les services d'aval sont impliqués dans l'accueil des patients venant du SAUPA.</p> <p>Pour la pédiatrie, des lits d'hospitalisation conventionnelle sont à disposition et l'encadrement présent organise les mutations des enfants selon la spécialité dont l'état de santé de l'enfant requiert. Il en est de même pour l'obstétrique.</p> <p>Une consultation avancée de gériatre a été mise en place dans le cadre également de la mission d'appui.</p> <p>Les zones d'UHCTD (adultes, enfants) sont dimensionnées selon les besoins. L'occupation est de 100% /24h et ce sont des urgences pures.</p>
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	Oui	<p>Suite au déménagement et au regroupement de tous les sites d'urgence sur le nouveau CHU Sud d'Amiens, les professionnels ont bénéficié depuis plusieurs années de formation à la mission d'IOA (Infirmière de l'Organisation de l'Accueil). Des fiches de poste sont rédigées et connues des professionnels rencontrés. Le CHU est engagé dans la formation de tous les professionnels gravitant autour de l'accueil des patients.</p> <p>La visite de suivi a permis de rencontrer des professionnels administratifs de l'accueil ainsi que des IOA. Si certains n'ont pas encore bénéficié de la formation institutionnelle,</p>



	Oui	<p>l'encadrement attribue ce poste uniquement à des infirmières ayant au moins deux ans de présence aux urgences.</p> <p>Un médecin d'accueil et d'orientation (MAO) est également présent avec une double casquette (médecin flux et médecin d'accueil). L'IOA est en lien permanent avec le médecin coordonnateur chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux. Les IOA disposent d'outils de tri des patients aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. L'utilisation de la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) est privilégiée chez l'adulte. Une échelle numérique de tri est utilisée chez les enfants selon les signes de gravité observés dès l'accueil afin d'orienter les enfants vers une prise en charge rapide selon leur état de santé.</p> <p>Il existe un programme de formation soit en interne soit en externe avec un support de formation.</p>
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	Oui	<p>Le CHU d'Amiens a développé une offre spécifique pour la prise en charge des soins non programmés directement dans les secteurs d'activité. Des filières sont définies par population spécifique (adulte, enfant) et également par pathologie (douleurs thoraciques, AVC, ..) mais aussi par typologie de prise en charge (ophtalmologie, gynéco-obstétrique, debout, couché, traumatologie).</p> <p>Des services spécifiques comme la réanimation, l'USIC, l'UNV peuvent admettre directement des patients orientés par le pré-hospitalier. Des admissions directes sont également possibles dans certains secteurs comme la gériatrie. Des consultations post-urgence sont également déployées au CHU. Des consultations mains, ORL et psychiatriques sont également organisées.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.	En grande partie	Le suivi des temps d'attente et de passage et selon le degré d'urgence est informatisé. Les différents horaires pouvant suivre l'évolution du séjour aux urgences sont générés dans le logiciel "métier" spécifique urgences. Des éléments de

<p>Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>diagnostic issu d'une analyse quantitative sur la période du 15 décembre 2014 au 11 janvier 2015 ont été présentés lors d'une réunion de service des urgences adultes en mars 2015. Le SAUP a fait l'objet d'une étude MEAH fin 2007 avec pour objectif de réduire les temps d'attente aux urgences pédiatriques. Suite à l'arrivée dans les nouveaux locaux, un dispositif de suivi des temps d'attente est en place. Une analyse des délais d'attente pour la consultation des spécialistes a été réalisée par la mission d'appui. Toutefois, les résultats ne sont pas encore exploités. Le SAUPA est actuellement dans un dispositif de mission d'appui avec l'ANAP.</p> <p>En grande partie</p> <p>Le CHU d'Amiens a formalisé les modalités de recueil des signalements et des dysfonctionnements dans un logiciel dédié. Les situations dites critiques sont analysées sous forme de "debriefing en direct " avec les professionnels concernés. Des RMM (dites de déchoquage) sont organisées devant certaines situations dans la prise en charge des malades graves essentiellement dans la prise en charge du polytraumatisé. Une formation des professionnels des urgences à la déclaration des événements indésirables est prévue notamment avec le déménagement des sites d'urgence sur le site Sud. Les plaintes et les réclamations sont régulièrement suivies ainsi que les demandes de dossiers. Les courriers de remerciements sont également suivis. Un médecin des urgences et un cadre de santé sont formés à la gestion des risques. Des CREX sont initiés. Toutefois, lors de la visite de suivi, les entretiens avec les professionnels ne montrent pas toujours une connaissance du système de déclarations des EI ni leurs motifs. De plus, il n'est pas retrouvé de retour aux déclarants.</p>
--	-------------------------	---

<p>Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le CHU d'Amiens a conduit de nombreuses actions d'amélioration et spécifiquement le regroupement de toutes les urgences sur le site Sud. La rédaction des règlements intérieurs de chaque secteur (adultes, enfants, gynéco-obstétrique) a été réalisée avec les professionnels concernés. Les plaintes et les réclamations sont suivies et transmises à la Commission des Usagers. Une présentation de l'état d'avancement des actions est réalisée en Comité Stratégique Qualité. Les actions d'amélioration du groupe de travail avec la mission d'appui, sont intégrées dans le PAQSS du CHU d'Amiens.</p> <p>De plus, les urgences du CHU d'Amiens sont entrées dans un processus d'amélioration d'organisation post-déménagement.</p>
--	------------	--

## Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

**Critère 26.a**  
**Organisation du bloc opératoire**



*Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'un bloc opératoire.*

**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

Oui

Suite au déménagement sur le site SUD et avec le regroupement de tous les blocs sur un seul lieu, le Plateau Technique Opératoire et Interventionnel (PTOI) a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques afin d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

Ce PTOI est décliné dans le pôle Blocs opératoires qui comprend les blocs opératoires, l'Unité Médico-Chirurgicale Ambulatoire, la Coordination des Greffes et des Prélèvements d'Organes, la Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI), la PUI de stérilisation, et l'IOP (Institut Ophtalmologique Picardie).

Le PTOI est composé de 3 modules pluridisciplinaires sur 2 niveaux de 10 salles interventionnelles chacun qui se décline ainsi :

- module 1 avec de la chirurgie digestive, gynécologique, pédiatrique, urologique et transplantation rénale, urgences,
- module 2 avec de la chirurgie cardiaque, orthopédique et traumatologique, plastique, thoracique, vasculaire et urgences,

	Oui	<p>- module 3 avec de la chirurgie ambulatoire, maxillo-faciale, ophtalmologique, ORL, neurochirurgie, implantologie. Les 2 salles de césarienne sont intégrées au PTOI.</p> <p>Des sites de SSPI proches des salles d'intervention sont ouverts 24h sur 24 dont 10 postes H24, 18 postes de 8h à 20h sur chaque module et 8 postes dédiés à la SSPI enfants.</p> <p>Les processus à risques du PTOI sont identifiés pour chaque type de prise en charge : hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées.</p> <p>Les processus interventionnels prenant en compte toute la prise en charge du patient de l'anesthésie à l'acte opératoire et à la surveillance post-opératoire sont également en place. Un règlement intérieur des SSPI (adultes et enfants) est rédigé.</p> <p>Les processus support (ressources humaines, de l'information, de la pharmacie, du linge, des déchets, des transports intra-hospitaliers) sont protocolisés avec l'arrivée sur le nouveau site.</p> <p>La gouvernance du bloc est gérée par un trio de pôle.</p> <p>Les maintenances curatives et préventives sont gérées.</p> <p>Le PTOI est accompagné par une mission d'appui ANAP.</p>
<p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).</p>	Oui	<p>La démarche qualité du PTOI est documentée et actualisée au vu notamment des nouveaux locaux. Un MAQ est rédigé et accessible à tous les professionnels. L'harmonisation des protocoles et des procédures est réalisée. La charte du PTOI et les règlements intérieurs des SSPI (adultes et enfants) sont rédigées et disponibles dans la gestion électronique des documents. La cartographie des risques est réalisée suite à l'installation dans les nouveaux locaux. Une cellule de régulation modulaire est en place. Une cellule logistique est pilotée par un responsable logistique IBODE de formation et secondée par un référent instrumentation (IDE) pour le suivi du parc d'instrumentation. L'équipe d'agents de stérilisation dépend également de la cellule logistique.</p> <p>Des référents Qualité Gestion des Risques sont nommés au sein du PTOI.</p> <p>La gestion des événements indésirables est en place avec un</p>

	Oui	<p>tableau mensuel des EI, une cellule Qualité Bloc analysent les EI en CREX. Des staffs dans chaque discipline sont également organisés.</p> <p>La formation des nouveaux professionnels est également réalisée.</p>
<p>La Charte de fonctionnement, définie et validée par un Conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.</p>	Oui	<p>Une charte de fonctionnement du PTOI est rédigée dans sa version 4 d'Octobre 2014. Dans ce document, il est retrouvé la gouvernance, la régulation, la programmation, la répartition des salles et des vacations, le circuit du patient au bloc opératoire. Elle fait l'objet de 17 articles.</p> <p>Cette charte des blocs opératoires, déclinée dans le règlement intérieur, définit un schéma de fonctionnement permettant de garantir la sécurité des soins et l'efficacité des organisations. Elle s'applique aux blocs conventionnels, de chirurgie ambulatoire, et aux urgences.</p> <p>La gouvernance du bloc repose sur un directoire des Blocs Opératoires, un Conseil de bloc unique se réunit 4 fois par an, un Conseil de bloc élargi se réunit 1 fois par an.</p> <p>Une cellule de coordination du PTOI est assurée par un binôme de chefs de bloc. Des responsables médicaux de chaque module sont nommés (praticien opérateur et anesthésiste). Chaque module est représenté sur plan paramédical et organisationnel par 2 chefs de bloc.</p> <p>La régulation est assurée par les cadres-chefs du bloc par module soit 6 cadres chefs de blocs pour l'ensemble du PTOI. Ils sont responsables de la régulation de chaque module opératoire.</p> <p>Un cadre-chef de bloc du Pôle des Blocs Opératoires supervise les programmations. La cellule de régulation est composée de médecins anesthésistes et de chirurgiens référents de chaque module et de l'encadrement.</p> <p>La programmation est identique pour les 3 modules y compris pour les salles de chirurgie ambulatoire. Cette programmation est quotidienne, basée sur un prévisionnel hebdomadaire.</p> <p>La gestion des urgences est gérée dans les modules 1 et 2</p>

	Oui	(2 salles) pour la prise en charge des urgences H24. Les prévisions de fermeture de salle sont proposées au Conseil de bloc. La planification des absences est gérée.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	La coordination avec les différents partenaires est organisée pour l'ensemble du PTOI. Les dossiers des patients sont transmis. Un staff dans chaque discipline est organisé une fois par semaine. La programmation est informatisée. Les opérateurs disposent d'une salle informatique pour la saisie des actes et du CROP. Tous les documents relatifs à la prise en charge péri-opératoire sont transmis aux équipes. L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier d'anesthésie" avec une valeur de 77% avec un intervalle de confiance de [74%-80%] pour la campagne de recueil 2013.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information du PTOI est intégré au système d'information hospitalier. Le dossier du patient est informatisé, le dossier d'anesthésie également. Un logiciel Bloc Opératoire est opérationnel. Une salle équipée d'ordinateurs est mise à disposition des opérateurs pour les cotations des actes et le compte rendu opératoire. L'administration des médicaments en SSPI est informatisée. La ckeck-list est également informatisée et partagée avec les services de soins.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	La cellule de régulation est en place sur l'ensemble du PTOI. Elle assure la préparation du programme opératoire. Elle est identique pour les 3 modules sauf pour la chirurgie ambulatoire. Des responsables médicaux et paramédicaux sont identifiés. La fiche de poste du cadre supérieur de pôle est rédigée et est disponible dans le MAQ. La programmation est quotidienne, basée sur un

	Oui	<p>prévisionnel hebdomadaire. L'activité programmée concernant la semaine suivante (programme S-1) fait l'objet d'une prévision hebdomadaire validée lors d'un staff de programmation unique pour les disciplines d'un même module.</p> <p>Le programme opératoire est validé par un anesthésiste et un chirurgien du module et par un représentant de la cellule de régulation.</p> <p>Le respect du programme opératoire fait l'objet d'un suivi. Les dysfonctionnements de la programmation sont identifiés et traités en temps réel par les chefs de blocs. Ils sont présentés et discutés en Conseil de Bloc.</p>
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	Oui	<p>La check-list (CL) sécurité du patient au bloc opératoire est mise en place. Elle est informatisée.</p> <p>Un coordonnateur de la CL est désigné.</p> <p>Des campagnes d'affichage de l'utilisation de la CL sont réalisées.</p> <p>Une évaluation de l'utilisation de la CL est effectuée annuellement.</p> <p>L'indicateur de suivi de son utilisation figure dans le rapport annuel d'activité produit par le Conseil de Bloc.</p> <p>Lors de la visite de suivi, la CL est réalisée en direct par une infirmière IADE en présence de l'anesthésiste puis le time-out est décidé par le chirurgien.</p>
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	Oui	<p>La traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI) est assurée par les IBODE. La traçabilité des actes est assurée par les opérateurs. Les actes d'anesthésie sont également informatisés.</p> <p>Le dossier patient informatisé contient la traçabilité des DMI et des actes ainsi que des vérifications effectuées (CL).</p>
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	<p>Des protocoles et des procédures sont disponibles dans la gestion électronique du CHU.</p> <p>Ces protocoles s'appuient sur les recommandations en vigueur et sont issus des référentiels de bonnes pratiques. Ils sont régulièrement mis à jour, notamment suite au</p>



	Oui	déménagement et au regroupement des 13 sites de bloc en un site unique modulaire.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Un suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré et des actions d'amélioration sont mises en œuvre. Les indicateurs de pilotage mis en place permettent de mesurer les performances organisationnelles du bloc opératoire. Ils sont identiques pour les 3 modules. Ils sont analysés en Conseil de Bloc et par le Directoire. Ils sont diffusés en Conseil de Bloc élargi et aux instances. Ils sont affichés au sein du bloc opératoire pour information à l'ensemble des professionnels. De plus, le PTOI est inscrit dans une mission d'appui avec l'ANAP.

# SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 19/11/2012 au 28/11/2012	Certification avec réserves	visite de suivi	18
Visite de suivi	du 31/03/2015 au 02/04/2015	Certification avec recommandations	plan d'action	3

	Visite initiale	Visite de suivi
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
19.a (Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique) - Personnes âgées	Recommandation	Recommandation
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Recommandation	Recommandation
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée	Recommandation	Recommandation
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Recommandation
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Réserve	Recommandation
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée	Recommandation	Recommandation
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Recommandation

	Visite initiale	Visite de suivi
20.b (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) - Court Séjour	Réserve	Décision levée
25.a (Prise en charge des urgences et des soins non programmés)	Recommandation	Décision levée
26.a (Organisation du bloc opératoire)	Réserve	Décision levée
28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Recommandation
6.d (Gestion du linge)	Recommandation	Décision levée
8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins)	Recommandation	Décision levée
8.f (Gestion des évènements indésirables )	Recommandation	Recommandation

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Fiches de suivi engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Les fiches de suivi donnent à l'établissement l'opportunité de montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et de rendre compte des actions menées. Ces fiches de suivi ont fait l'objet d'une analyse par la Haute Autorité de Santé ce qui lui a permis, le cas échéant, de modifier la cotation du critère impacté.

# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Organiser le stockage du linge dans les unités de soins afin de garantir le respect des règles d'hygiène.

Problématique:

E2-EA2 - La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène - Partiellement : Le circuit est organisé, le transport s'effectue dans des armoires fermées, le stockage est effectué dans des locaux accessibles que par digicodes. Cependant, le stockage du linge dans les unités de soins ne garantit pas le respect des règles d'hygiène (entreposage non filmé du linge dans des espaces non adaptés : mélange linge/matériel).

Résultats obtenus:

Le stockage du linge dans les secteurs est maîtrisé et fait l'objet d'une analyse lors de l'évaluation globale du circuit du linge.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
<p>Groupe projet Linge :</p> <p>Thierry Plantard, Directeur des achats approvisionnement et logistique</p> <p>Laurence Derche, Directrice des soins</p> <p>Elise Grard, Chef du pôle Stratégie, Qualité / Risques et Usagers</p> <p>Elsa Vermeeren, Ingénieur qualité et gestion des risques</p> <p>Céline Douadi, cadre de santé en oncologie pédiatrique</p> <p>Laurent Loisel, cadre de santé cardiologie</p> <p>Françine Carlu, cadre de santé cardiologie</p> <p>Mélanie Deforceville, cadre de santé soins intensifs néonatalogie</p> <p>Vincent Hérin, Faisant fonction cadre de santé</p> <p>Delphine Le Gall, Infirmière Unité d'hygiène et d'épidémiologie Hospitalière</p> <p>Laurence Mbongo, cadre de santé Unité d'hygiène et d'épidémiologie Hospitalière</p> <p>Crespin Adjidé, Praticien Hospitalier Unité d'hygiène et d'épidémiologie Hospitalière</p> <p>Isabelle Darras, Cadre de santé gynécologie</p> <p>Claudie Lhéritier, Cadre de santé service ORL</p> <p>Catherine Debruyne, Cadre de santé gériatrie</p>	<p>M. PLANTARD, Directeur des Achats, Approvisionnement et Logistique.</p> <p>L'Unité d'Hygiène et d'Épidémiologie Hospitalière.</p> <p>Coordination des soins et de la formation</p>	Le service logistique.

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E2-EA1: Mise en place de rolls et d'armoires dédiés au linge houssés et hermétiques	Réalisée	01/09/14 00:00
E2-EA1: Nettoyage hebdomadaire des rolls	Réalisée	01/09/14 00:00
E2-EA1: Mise sous film du linge des secteurs à risque.	Réalisée	01/09/14 00:00
E2-EA1: Mise en œuvre d'échange de rolls quotidien	En cours	01/06/15 00:00



Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E2-EA1: Campagne de prélèvements bactériologique à toutes les étapes du circuit du linge	Réalisée	14/01/15 00:00
E2-EA1: Révision des dotations dans le cadre du Nouveau CHU	Réalisée	15/09/14 00:00
E2-EA1: Auto-évaluation de la gestion du linge par chaque secteur soignant	En cours	01/03/15 00:00
E2-EA1 : Réévaluation des dotations	En cours	07/05/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Mise en place d'indicateurs en lien avec les tests bactériologiques.  
 La réalisation de la campagne de contrôles à toutes les étapes du circuit du linge et la sensibilisation des équipes sont reconduits à périodicité définie. Le suivi des actions s'effectue par une commission ad'hoc: commission linge.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.  
 Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
 Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins



# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Garantir l'exhaustivité du PAQSS et définir des modalités de suivi et d'évaluation.

Problématique:

E1-EA1 - Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.

En grande Partie :

Le projet d'établissement 2009-2013 développe un axe qualité dans son orientation n°3 « Garantir aux patients une prise en charge de qualité, soucieuse du respect de leurs droits et de leur

bonne information ». L'établissement a validé en juin 2012 sa politique qualité qui précise l'organisation en place, et décline des objectifs généraux en fonction de trois axes (processus de prise en charge du patient, gestion des risques et démarches d'évaluation). L'établissement vient de définir la méthodologie d'élaboration de son programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, validée par les différentes instances depuis juin 2012, et commence à recenser son contenu. Au moment de la visite de certification, le programme était en cours d'élaboration mais ne globalisait pas l'ensemble des spécificités du CHU. Celui qui a été présenté ne mentionnait principalement que les objectifs en lien avec la certification. Le pilotage de ce futur programme va être confié à un comité stratégique qualité, dont la mise en place est programmée pour janvier 2013 en relais du COPIL certification. De ce fait, la politique définie n'est pas déclinée dans un programme unique centralisant l'ensemble des actions et/ou plans d'amélioration de secteurs, afin d'assurer le management de la qualité, de la sécurité des soins et la coordination des plans d'actions à travers des indicateurs de suivi identifiés, mais non précisés dans le programme global.

E1-EA2 - Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.

Partiellement :

La CME a revu son règlement intérieur en 2011. Elle est informée de la politique qualité et sécurité des soins, de la mise en place du futur programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle a validé la démarche proposée. Les plans d'actions comportent un responsable identifié soit par action, soit par plan selon les secteurs. Un délai est fixé. Les plans d'actions existants sont menés essentiellement par les responsables de pôles en fonction du projet de soins et des projets de service. Ils prennent en compte les exigences réglementaires, les risques techniques et l'analyse des dysfonctionnements. Les instances définissent leurs actions annuelles, sans que ces actions soient intégrées dans un programme ou plan formalisé, systématique, annuel. Le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en cours de formalisation, recense progressivement les actions s'appuyant sur : l'analyse de la conformité à la réglementation, le circuit du médicament, les EPP, les actions à mettre en place suite aux recommandations et décisions de la certification, les préconisations de la CRU, du CLUD. Ce programme ne prend pas en compte les objectifs et engagements fixés dans le CPOM ou le projet d'établissement, les différentes politiques, le bilan des améliorations mises en oeuvre suite à l'analyse des événements indésirables et des différentes analyses de risques. L'absence de programme global, de bilan annuel, de suivi centralisé d'indicateurs ne permet pas d'assurer la coordination entre les différentes instances et secteurs d'activité. À l'échelle de l'établissement, le futur programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins définit les actions à mener, le responsable, les délais, sans préciser les indicateurs de suivi. Cette structuration n'est pas clairement formalisée pour les plans d'actions déployés sur l'ensemble des pôles.

E1-EA3 - Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.

Partiellement :

L'établissement a connaissance de trois praticiens inscrits dans un dispositif d'accréditation des médecins. Les démarches réalisées ne sont pas portées à la connaissance de l'établissement, et ne sont pas intégrées dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les actions sont reconduites ou prolongées dans le temps, en fonction des bilans réalisés notamment ceux des cadres de santé avec la direction de soins.

E1-EA4 - Le programme est soumis aux instances.

Partiellement :

La méthodologie d'élaboration du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été présentée en CME puis à l'ensemble des instances de l'établissement.

Les instances suivent

leurs propres actions. Le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'étant pas élaboré dans son intégralité, sa présentation aux instances n'est pas réalisée.

E3-EA1 - Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.

En grande partie :

Le suivi des plans d'actions est assuré lors de réunions régulières en présence des secteurs concernés, dans le cadre des réunions périodiques des instances et des groupes de travail. Un tableau de suivi est réalisé pour certaines démarches. Cependant, ces plans d'actions ne font pas l'objet d'un suivi au niveau de l'établissement, afin de mutualiser les expériences et d'assurer un pilotage centralisé dans un tableau de bord consolidé et global à l'échelle de l'établissement.

E3-EA2 - L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.

En grande partie :

Un plan d'actions qualité issu de l'auto-évaluation à blanc est mis en oeuvre par le biais de groupes de travail thématiques et par les directions concernées. Ce plan d'actions est évalué régulièrement par le directoire, COPIL certification et lors de rencontres avec les pilotes en charge des actions. Les plans d'actions des secteurs d'activité sont évalués annuellement dans les bilans de service (reconduction d'enquête) ou lors de « Parcours patients ». Les indicateurs nationaux, régionaux et ceux suivis par l'établissement contribuent à cette évaluation. La diffusion est assurée aux instances et à l'ensemble des personnels. Cependant, l'efficacité des actions menées n'est pas évaluée au niveau de l'établissement dans un bilan annuel des actions qualité et gestion des risques.

E3-EA3 - Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.

Partiellement :

Les cadres et pilotes procèdent si besoin à des réajustements en lien avec les instances. Les instances et commissions en charge des plans d'actions réajustent le programme en fonction des résultats et des états d'avancement constatés. Cependant, l'atteinte des objectifs au niveau de l'établissement n'est pas mesurée. Le programme global étant en cours d'élaboration, il ne peut être évalué.

Résultats obtenus:

Mise en place d'un plan d'actions avec suivi et mise à jour régulière.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Comité Stratégique Qualité	Commission Médicale d'Etablissement Le Pôle Stratégie, Qualité / Risques et Usagers.	Le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins Direction des soins

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1: Déclinaison de la politique qualité dans un programme unique (programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) centralisant l'ensemble des plans d'actions de secteurs avec les indicateurs associés et les objectifs et engagements au Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et projet d'établissement, les différents politiques, les programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins suite à l'analyse des événements indésirables, inspections...	Réalisée	24/01/13 00:00
E1-EA2: Mise en place du Comité Stratégique Qualité	Réalisée	05/07/13 00:00
E1-EA2: Présentation du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins renseigné	Réalisée	29/04/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA4: Suivi, évaluation et ajustements programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins régulier	En cours	27/02/15 00:00
E3-EA1: Évaluer trimestriellement des actions de priorité n°1 présentée en Comité Stratégique Qualité.	En cours	12/02/15 00:00
E3-EA1 et E3-EA2: réalisation d'une évaluation annuelle du Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins devant les instances	Réalisée	27/02/15 00:00
E3-EA3: Ré-organiser le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins suite à l'évaluation début 2015 pour une lecture et une utilisation plus souple et simplifiée.	En cours	01/06/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi, évaluation et ajustement des actions en Comité Stratégique Qualité et mise à jour du PAQSS à partir des retours d'inspection, des analyses d'événement indésirables, de la mise à jour de la réglementation, des contrats et convention passés, des besoins spécifiques dans certains secteurs et toute démarche qualité/gestion des risques dans l'établissement.

Validation institutionnelle:

Validation du PAQSS en Comité de Direction, en Commission médicale d'établissement, en Réunion Cadres , en Commission des soins infirmiers et rééducation médico-techniques, et en Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge, en Comité Technique d'Etablissement et en Directoire

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins



Titre du projet d'amélioration:

S'assurer de l'identification du patient à toute les étapes de sa prise en charge.

Problematique:

E1-EA1 - Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.

En grande partie :

L'accueil des patients répond à une organisation formalisée dans la « Procédure de contrôle de l'identité du patient ». Celle-ci décrit les objectifs administratifs ainsi que les responsabilités en termes de saisie et de contrôle lors de la création d'une identité. Elle ne décrit pas les règles de vérification de l'identité sur la base d'un document officiel lors de l'admission d'un patient. La mise en place de cette vérification, par les chargés de clientèle, a eu lieu lors de la visite sur tous les secteurs (précédemment cette vérification était effective seulement au niveau du SAU hôpital Nord et de la maternité). Le contrôle des nouvelles identités est assuré par la cellule d'identitovigilance (CIV). Les points critiques et situations particulières (accouchement secret, séjour confidentiel, etc.) sont identifiés. Des procédures sont formalisées pour les secteurs ou activités à risque (maternité, AMP, prélèvements, etc.).

E2-EA1 - Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

En grande partie :

Les membres de la cellule d'identitovigilance sont formés aux modalités de création et de contrôle d'une identité patient. L'équipe « CIV » assure la formation des chargés de clientèle pour les règles de création d'une identité. Les chargés de clientèle n'ont pas reçu de formation ciblée sur les modalités de vérification de l'identité. Les professionnels de santé sont sensibilisés à la mise en oeuvre d'une identification fiable pour les actes à risques (chirurgie, transfusion, prélèvements).

E2-EA2 - Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.

En grande partie :

Sur instruction de la direction de la qualité et de la clientèle (intervenue en cours de visite), les chargés de clientèle doivent mettre en oeuvre la vérification de l'identité sur la base d'un document officiel (mis à part le SAU de l'hôpital Nord et la maternité, où la vérification était déjà effective) pour la création du dossier administratif. La CIV vérifie et valide quotidiennement toute nouvelle ouverture de dossier. Dans ce cadre, elle peut être amenée à demander un document officiel (photocopie) pour finaliser le contrôle d'identité et la saisie des corrections. Le nouveau livret d'accueil et un nouvel affichage, mis à disposition des patients pendant la visite, informent le patient de la procédure d'accueil et, en particulier, de la nécessité de présentation d'une pièce d'identité. Cependant, la pérennisation de cette démarche n'a pas pu être vérifiée.

E2-EA3 - Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.

En grande partie :

Les professionnels de santé suivent les recommandations de vérification de l'identité pour les actes qui le nécessitent (prélèvements, check-list endoscopies et



bloc, actes transfusionnels, etc.). La pose de bracelets d'identification n'est effective que dans certaines situations spécifiques (enfants non accompagnés aux urgences pédiatriques ou pour les patients en médecine gériatrique), et ne fait pas l'objet d'une procédure formalisée. La traçabilité est effective pour les prélèvements et la check-list.

E3-EA1 - La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.

Partiellement :

Certains services suivent, par l'intermédiaire des signalements d'événements indésirables « Erreur d'identité », la fiabilité de l'identification (en particulier le laboratoire par le logiciel adapté).

La mise en place du nouveau logiciel devrait permettre de procéder à un suivi à fréquence définie de ces signalements. Cependant, l'établissement ne réalise pas d'autre évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

Résultats obtenus:

Mise en place d'un groupe de travail permettant la formalisation des démarches et la mise en place de sensibilisation et d'audits associés. Un suivi des activités de la CIV et d'indicateurs spécifiques garantissent à ce jour une amélioration continue du processus d'identito-vigilance.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
M. ORMANCEY, Directeur adjoint du Pôle Finances et Investissements. Mme ROMA, Directrice des Soins, Pôle Coordination des Soins et de la Formation.	Chargés de clientèle. La Coordination des soins. La Commission Médicale d'Etablissement	La Direction de la qualité et de la gestion des risques.

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1: Création de la procédure " Fiabilisation de l'identification du patient au CHU AMIENS Picardie "	Réalisée	28/03/14 00:00
E2-EA1: formation des chargés de clientèle relative aux modalités de vérification de l'identité du patient	Réalisée	01/11/13 00:00
E2-EA1: Sensibilisation de tous les professionnels à l'identito-Vigilance	Réalisée	10/02/15 00:00
E2-EA1: Inscription d'une formation à l'identito-vigilance au plan de formation institutionnel 2015	Réalisée	01/01/15 00:00
E2-EA2: Mise à jour du livret d'accueil avec intégration d'informations relatives à la présentation d'une pièce d'identité	Réalisée	09/02/15 00:00
E2-EA2: Diffusion des informations relatives à l'identito-Vigilance sur les écrans grand public dans le NCHU	En cours	20/02/15 00:00
E2-EA3: Rédaction, validation et diffusion de la procédure "Fiabilisation de l'identité du patient au CHU d'Amiens" incluant les modalités de pose du bracelet d'identification	Réalisée	01/01/14 00:00
E3-EA1: Sortie de la charte de signalement des événements indésirables	Réalisée	02/02/15 00:00
E3-EA1 : Exploitation de la base sign@I pour alimenter le CREX	En cours	28/02/15 00:00
E3-EA1: Mise en place d'un Comité de Retour d'Expérience (CREX) identito-vigilance avec formation des membres de ce CREX à l'analyse des EI	En cours	31/03/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1:Audit de dossiers patient, vérification de la pièce d'identité	Réalisée	26/12/14 00:00
E1-EA1:Mise en place de l'indicateur "présence d'une pièce d'identité dans le dossier" grâce à une requête automatique sur le logiciel de gestion.	Réalisée	15/01/15 00:00
E2-EA1: Suite aux sessions de sensibilisation, un quizz de connaissance a été mis en place	Réalisée	10/02/15 00:00
E2-EA2: Réalisation d'un audit des pratiques en identitovigilance	Prévue	31/03/15 00:00
E3-EA1: Mise en place d'indicateur et suivi des activités de la CIV	Réalisée	10/02/14 00:00
E3-EA1: Création du groupe identito-Vigilance pour l'amélioration continue des pratiques	Réalisée	01/04/13 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des indicateurs par la cellule d'identitovigilance et mise en place d'un Comité de retour d'Expérience pour l'analyse des événements indésirables relatifs à l'identito-vigilance. Le bilan annuel du Comité de retour d'Expérience permettra un suivi des actions et une présentation aux instances, notamment au COmité des Vlgilances et des RISques (COVIRIS).  
Formation et sensibilisation continues des professionnels.  
Intégration des actions du groupe au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel et évaluation du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins régulière.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.  
Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins



Titre du projet d'amélioration:

S'assurer de l'identification du patient à toute les étapes de sa prise en charge.

Problématique:

E1-EA1 - Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.

En grande partie :

L'accueil des patients répond à une organisation formalisée dans la « Procédure de contrôle de l'identité du patient ». Celle-ci décrit les objectifs administratifs ainsi que les responsabilités en termes de saisie et de contrôle lors de la création d'une identité. Elle ne décrit pas les règles de vérification de l'identité sur la base d'un document officiel lors de l'admission d'un patient. La mise en place de cette vérification, par les chargés de clientèle, a eu lieu lors de la visite, sur tous les secteurs. Le contrôle des nouvelles identités est assuré par la cellule d'identitovigilance (CIV). Les points critiques et situations particulières (décès, séjour confidentiel, etc.) sont identifiés.

E2-EA1 - Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

En grande partie :

Les membres de la cellule d'identitovigilance sont formés aux modalités de création et de contrôle d'une identité patient. L'équipe « CIV » assure la formation des chargés de clientèle pour les règles de création d'une identité. Les chargés de clientèle n'ont pas reçu de formation ciblée sur les modalités de vérification de l'identité. Les professionnels de santé sont sensibilisés à la mise en oeuvre d'une identification fiable pour les actes à risques (transfert en chirurgie, transfusion, prélèvements).

E2-EA2 - Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.

En grande partie :

Sur instruction de la direction de la qualité et de la clientèle (intervenue en cours de visite), les chargés de clientèle doivent mettre en oeuvre la vérification de l'identité sur la base d'un document officiel pour la création du dossier administratif. La CIV vérifie et valide quotidiennement toute nouvelle ouverture de dossier. Dans ce cadre, elle peut être amenée à demander un document officiel (photocopie) pour finaliser le contrôle d'identité et la saisie des corrections. Le nouveau livret d'accueil et un nouvel affichage, mis à disposition des patients pendant la visite, informent le patient de la procédure d'accueil et, en particulier, de la nécessité de présentation d'une pièce d'identité. Cependant, la pérennisation de cette démarche n'a pas pu être vérifiée.

E2-EA3- Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.

En grande partie :

Les professionnels de santé suivent les recommandations de vérification de l'identité pour les actes qui le nécessitent (prélèvements, actes transfusionnels, etc.). La pose de bracelets d'identification ne fait pas l'objet d'une procédure définie. Toutefois, elle est effective pour les sorties programmées des résidents. La traçabilité est effective pour les prélèvements.

E3-EA1 - La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.

Partiellement :

L'USLD suit, par l'intermédiaire des signalements d'événements indésirables « Erreur d'identité », la fiabilité de l'identification (en particulier le laboratoire par le logiciel exploité). La mise en place du nouveau logiciel devrait permettre de procéder à un suivi à fréquence définie de ces signalements. Cependant, l'établissement ne réalise pas d'autre évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

Résultats obtenus:

Mise en place d'un groupe de travail pour l'amélioration des pratiques.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
M. ORMANCEY, Directeur adjoint du Pôle Finances et Investissements. Mme ROMA, Directrice des Soins, Pôle Coordination des Soins et de la Formation.	Chargés de clientèle. La Coordination des soins. La Commission Médicale d'Etablissement	La Direction de la qualité et de la gestion des risques.

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1: Création de la procédure " Fiabilisation de l'identification du patient au CHU AMIENS Picardie "	Réalisée	28/03/14 00:00
E2-EA1: formation des chargés de clientèle relative aux modalités de vérification de l'identité du patient	Réalisée	01/11/13 00:00
E2-EA1: Sensibilisation de tous les professionnels à l'identito-Vigilance	Réalisée	10/02/15 00:00
E2-EA1: Inscription d'une formation à l'identito-vigilance au plan de formation institutionnel 2015	Réalisée	01/01/15 00:00
E2-EA2: Mise à jour du livret d'accueil avec intégration d'informations relatives à la présentation d'une pièce d'identité	Réalisée	09/02/15 00:00
E2-EA2: Diffusion des informations relatives à l'identito-Vigilance sur les écrans grand public dans le NCHU	Réalisée	15/09/14 00:00
E2-EA3: Rédaction, validation et diffusion de la procédure "Fiabilisation de l'identité du patient au CHU d'Amiens" incluant les modalités de pose du bracelet d'identification	Réalisée	01/01/14 00:00
E3-EA1: Sortie de la charte de signalement des événements indésirables	Réalisée	02/02/15 00:00
E3-EA1 : Exploitation de la base sign@I pour alimenter le CREX	En cours	28/02/15 00:00
E3-EA1: Mise en place d'un Comité de Retour d'Expérience (CREX) identito-vigilance avec formation des membres de ce CREX à l'analyse des EI	En cours	31/03/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1:Audit de dossiers patient, vérification de la pièce d'identité	Réalisée	26/12/14 00:00
E1-EA1:Mise en place de l'indicateur "présence d'une pièce d'identité dans le dossier" grâce à une requête automatique sur le logiciel de gestion.	Réalisée	15/01/15 00:00
E2-EA1: Suite aux sessions de sensibilisation, un quizz de connaissance a été mis en place	Réalisée	10/02/15 00:00
E2-EA2: Réalisation d'un audit des pratiques en Identitovigilance	Prévue	20/04/15 00:00
E3-EA1: Mise en place d'indicateur et suivi des activités de la CIV	Réalisée	31/03/15 00:00
E3-EA1: Création du groupe identito-Vigilance pour l'amélioration continue des pratiques	Réalisée	31/03/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des indicateurs par la cellule d'identitovigilance et mise en place d'un Comité de retour d'Expérience pour l'analyse des événements indésirables relatifs à l'identito-vigilance. Le bilan annuel du Comité de retour d'Expérience permettra un suivi des actions et une présentation aux instances, notamment au COmité des Vlgilances et des RISques (COVIRIS).

Formation et sensibilisation continues des professionnels.

Intégration des actions du groupe au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel et évaluation du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins régulière

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.

Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.

Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.





Titre du projet d'amélioration:

S'assurer de l'identification du patient à toute les étapes de sa prise en charge.

Problématique:

E1-EA1 - Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.

En grande partie :

L'accueil des patients répond à une organisation formalisée dans la « Procédure de contrôle de l'identité du patient ». Celle-ci décrit les objectifs administratifs ainsi que les responsabilités en termes de saisie et de contrôle lors de la création d'une identité. Elle ne décrit pas les règles de vérification de l'identité sur la base d'un document officiel lors de l'admission d'un patient. La mise en place de cette vérification, par les chargés de clientèle, a eu lieu lors de la visite sur tous les secteurs. Le contrôle des nouvelles identités est assuré par la cellule d'identitovigilance (CIV). Les points critiques et situations particulières (décès, séjour confidentiel, etc.) sont identifiés.

E2-EA1 - Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

En grande partie :

Les membres de la cellule d'identitovigilance sont formés aux modalités de création et de contrôle d'une identité patient. L'équipe « CIV » assure la formation des chargés de clientèle pour les règles de création d'une identité. Les chargés de clientèle n'ont pas reçu de formation ciblée sur les modalités de vérification de l'identité. Les professionnels de santé sont sensibilisés à la mise en oeuvre d'une identification fiable pour les actes à risques (transfert en chirurgie, transfusion, prélèvements).

E2-EA2 - Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.

En grande partie :

Sur instruction de la direction de la qualité et de la clientèle (intervenue en cours de visite), les chargés de clientèle doivent mettre en oeuvre la vérification de l'identité sur la base d'un document officiel pour la création du dossier administratif. La CIV vérifie et valide quotidiennement toute nouvelle ouverture de dossier. Dans ce cadre, elle peut être amenée à demander un document officiel (photocopie) pour finaliser le contrôle d'identité et la saisie des corrections. Le nouveau livret d'accueil et un nouvel affichage, mis à disposition des patients pendant la visite, informent le patient de la procédure d'accueil et, en particulier, de la nécessité de présentation d'une pièce d'identité. Cependant, la pérennisation de cette démarche n'a pas pu être vérifiée.

E2-EA3- Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.

En grande partie :

Les professionnels de santé suivent les recommandations de vérification de l'identité pour les actes qui le nécessitent (prélèvements, actes transfusionnels, etc.). La pose de bracelets d'identification dans certaines situations (patients présentant de troubles cognitifs, déplacements pour examens complémentaires, patients déambulants) ne fait pas l'objet d'une procédure formalisée. Cette question a fait l'objet d'une réunion dans le service MPR pédiatrique. La traçabilité est effective pour les

prélèvements.

E3-EA1- La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit), et les erreurs sont analysées et corrigées.

Partiellement :

Les services SSR et MPR suivent, par l'intermédiaire des signalements d'événements indésirables « Erreur d'identité », la fiabilité de l'identification (en particulier le laboratoire par le logiciel exploité). La mise en place du nouveau logiciel devrait permettre de procéder à un suivi à fréquence définie de ces signalements. Cependant, l'établissement ne réalise pas d'autre évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

Résultats obtenus:

Mise en place d'un groupe de travail pour l'amélioration des pratiques.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
M. ORMANCEY, Directeur adjoint du Pôle Finances et Investissements. Mme ROMA, Directrice des Soins, Pôle Coordination des Soins et de la Formation	Chargés de clientèle. La Coordination des soins. La Commission Médicale d'Etablissement	Chargés de clientèle. La Coordination des soins. La Commission Médicale d'Etablissement

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1: Création de la procédure " Fiabilisation de l'identification du patient au CHU AMIENS Picardie "	Réalisée	28/03/14 00:00
E2-EA1: formation des chargés de clientèle relative aux modalités de vérification de l'identité du patient	Réalisée	01/11/13 00:00
E2-EA1: Sensibilisation de tous les professionnels à l'identito-Vigilance	Réalisée	10/02/15 00:00
E2-EA1: Inscription d'une formation à l'identito-vigilance au plan de formation institutionnel 2015	Réalisée	01/01/15 00:00
E2-EA2: Mise à jour du livret d'accueil avec intégration d'informations relatives à la présentation d'une pièce d'identité	Réalisée	09/02/15 00:00
E2-EA2: Diffusion des informations relatives à l'identito-Vigilance sur les écrans grand public dans le NCHU	Prévue	20/02/15 00:00
E2-EA3: Rédaction, validation et diffusion de la procédure "Fiabilisation de l'identité du patient au CHU d'Amiens" incluant les modalités de pose du bracelet d'identification	Réalisée	01/01/14 00:00
E3-EA1: Sortie de la charte de signalement des événements indésirables	Réalisée	02/02/15 00:00
E3-EA1 : Exploitation de la base sign@I pour alimenter le CREX	En cours	28/02/15 00:00
E3-EA1: Mise en place d'un Comité de Retour d'Expérience (CREX) identito-vigilance avec formation des membres de ce CREX à l'analyse des EI	En cours	31/03/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1:Audit de dossiers patient, vérification de la pièce d'identité	Réalisée	26/12/14 00:00
E1-EA1:Mise en place de l'indicateur "présence d'une pièce d'identité dans le dossier" grâce à une requête automatique sur le logiciel de gestion.	Réalisée	15/01/15 00:00
E2-EA1: Suite aux sessions de sensibilisation, un quizz de connaissance a été mis en place	Réalisée	10/02/15 00:00
E2-EA2: Réalisation d'un audit des pratiques en Identitovigilance	Prévue	20/04/15 00:00
E3-EA1: Mise en place d'indicateur et suivi des activités de la CIV	Réalisée	31/03/15 00:00
E3-EA1: Création du groupe identito-Vigilance pour l'amélioration continue des pratiques	Réalisée	31/03/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des indicateurs par la cellule d'identitovigilance et mise en place d'un Comité de retour d'Expérience pour l'analyse des événements indésirables relatifs à l'identito-vigilance. Le bilan annuel du Comité de retour d'Expérience permettra un suivi des actions et une présentation aux instances, notamment au COmité des Vlgilances et des RISques (COVIRIS).

Formation et sensibilisation continues des professionnels.

Intégration des actions du groupe au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel et évaluation du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins régulière.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.

Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel.

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.

Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.



Titre du projet d'amélioration:

Optimisation de la gestion de la Prise en Charge Médicamenteuse.

Problématique:

E1 - Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Partiellement :

Les règles générales de prescription sont formalisées dans le cadre de la procédure « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient ». Cependant, ce document ne précise pas les modalités de prescription informatisée, les règles spécifiques de prescription par les juniors. Il ne fait pas référence, par ailleurs, à des protocoles de prescription pour les médicaments à risque. Les supports de prescription sont définis et en place. Pour 84 % des lits le support unique de prescription/administration est informatisé (logiciel déployé dans l'ensemble des unités hormis les réanimations et les urgences qui utilisent leur logiciel propre). Pour les 16 % de lits encore en circuit papier les prescriptions sont conçues comme support unique de prescription/administration.

Cependant, il a été constaté lors des visites de services l'utilisation dans trois unités (réanimation néphrologique, réanimation pneumologique et néonatalogie/soins intensifs site hôpital Nord) des supports de prescription ne permettant pas la traçabilité de l'administration et nécessitant une retranscription infirmière.

E1 - Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.

Partiellement :

Les modalités de dispensation des médicaments sont définies dans le cadre de la procédure « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient », diffusée le 12 novembre 2012. Cette procédure, dictant les bonnes pratiques en matière de dispensation, sera généralisée à l'ensemble des unités dans le cadre de l'installation de l'établissement sur le monosite (regroupement prévisionnel des quatre sites actuels entre 2014 et 2016). Cependant, elle dicte des règles de bonnes pratiques et non pas toujours les règles d'organisation actuelles (ex. : « la chaîne du froid doit être respectée » ou « la livraison des produits de santé sera programmée à partir de la pharmacie ». De plus, le système de délivrance globale est prépondérant, et implique une analyse pharmaceutique effective que pour 24 % des lits. Cette procédure dicte les règles pour :

- l'analyse pharmaceutique des prescriptions dans le logiciel retenu par l'établissement ;
  - la délivrance des médicaments (dispensation journalière nominative, dispensation reglobalisée, dispensation globale) ;
  - l'acheminement sécurisé des médicaments vers les unités de soins. La procédure générale renvoie à des documents spécifiques, précisant les règles de dispensation pour les MDS, les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée, les médicaments en sus de la T2A.
- Une procédure visant les services de rhumatologie et d'ORL, actuellement seuls services en dispensation nominative pour l'ensemble du traitement, décrit les étapes pour les deux services concernés.

Néanmoins, certains aspects de la dispensation ne sont pas évoqués dans la procédure « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient » :

- l'approvisionnement en urgence en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie ;
- le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur identification jusqu'au moment de l'administration ;
- le respect de la chaîne du froid des médicaments lors des transports, leur conservation et stockage dans les unités ;
- l'information et les conseils aux utilisateurs ;

- la réponse aux demandes urgentes de médicaments ;
- l'optimisation des stocks à la PUI et dans les unités de soins.

Une garde d'interne en pharmacie est assurée sur la pharmacie de l'hôpital Nord en dehors des heures d'ouverture. Les professionnels non habilités n'accèdent pas à la pharmacie en l'absence de cet interne. Les dotations sont établies par service incluant un stock d'urgence, hormis sur le site de Saint-Vincent (constat lors des visites des services de SSR gériatrique et MPR enfants). Les services se dépannent en cas de besoins. - On peut noter l'absence d'antenne de pharmacie sur le Centre de Gynéco/obstétrique (CGO), avec des délais de livraison relativement longs dans la journée selon les professionnels rencontrés.

- Le transport des médicaments vers les unités de soins est sécurisé dans des containers identifiés équipés de scellés. Le circuit des stupéfiants est sécurisé.
- Le conditionnement unitaire des médicaments préconisé jusqu'à l'administration est organisé. Durant les parcours, aucun médicament déconditionné n'a été observé dans les piluliers des chariots de distribution des médicaments dans les services visités.
- La chaîne du froid est respectée lors des transports, conservation et stockage de médicaments. Des sachets isothermes sont prévus dans les bacs de transport. Chaque unité dispose d'un réfrigérateur dédié aux médicaments dans les unités de soins visitées, avec contrôle régulier des températures.

E1 - Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.

En grande partie :

Les règles d'administration des médicaments sont précisées dans la procédure générale « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient ». Une fiche technique spécifique formalise les règles de préparation et d'administration des médicaments injectables.

Un certain nombre de protocoles d'administration existent : protocoles d'administration pour l'insuline, la morphine, les antibiotiques injectables, les chimiothérapies. Une réflexion va être engagée au niveau de la COMEDIMS, afin de valider une liste des médicaments à risque pour lesquels des recommandations seront validées et diffusées auprès des professionnels. Ces documents récents (12 novembre 2012) sont validés et accessibles par l'ensemble des professionnels sur l'intranet. Le matériel, utilisé pour l'administration des médicaments à risque, est conforme aux exigences selon le type de produit. À ce jour, la pharmacie et la direction des soins n'ont validé aucune politique de déploiement de personnels dédiés et formés à la gestion et au rangement des médicaments dans les unités de soins et en particulier des médicaments à risque.

E2 - Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.

Partiellement :

L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est réalisée pour les prescriptions informatisées uniquement et pour 24 % des lits de court séjour. L'établissement, actuellement en délivrance globale majoritairement (soit environ 83 % des lits), a pour projet de s'orienter vers un mode de délivrance nominative généralisé grâce à un projet de robotisation de la préparation des médicaments qui est prévu à partir de 2013 dans les nouveaux locaux de la PUI. Certains services cependant sont déjà :

- en délivrance nominative : l'ORL, la rhumatologie, la chirurgie cardiaque et la gériatrie 2 (soit environ 11 % des lits) ;
- en délivrance reglobalisée : la néphrologie, l'oncologie médicale, les soins palliatifs (soit environ 6 % des lits).

E2 - Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.

Partiellement :

Certaines situations nécessitant une information du patient ont été identifiées : éducation des patients diabétiques, sous traitement AVK, sous biothérapie dans les maladies auto-immunes. Cependant, une réflexion globale, permettant d'identifier l'ensemble des situations ou pathologies nécessitant une information des patients, n'est pas engagée sur l'établissement avec, pour chacune d'entre elles, la définition d'un objectif et des patients ciblés, le type de médicaments utilisés (bénéfice-risque), l'information à délivrer pendant l'hospitalisation et à la sortie. À ce jour, peu de documents structurés remis aux patients dans les services de soins sont recensés par la COMEDIMS. Par ailleurs, la traçabilité de l'information délivrée au patient dans son dossier est hétérogène selon les informations délivrées. Dans le cadre des rétrocessions, la pharmacie informe le patient lors de la délivrance de traitements à risques et lui remet une fiche conseil.

E2 - La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.

Partiellement :



La procédure générale « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient » définit les règles d'administration des médicaments. La majorité des dossiers consultés sur les parcours témoigne d'une traçabilité de l'administration effective par les IDE sur un support unique de prescription/administration. Cependant, lors de ces parcours trois écarts à la procédure ont été constatés :

- retranscription infirmière du fait d'un support inadapté des prescriptions ne permettant pas la traçabilité des administrations en réanimation néphrologique et en réanimation pneumologique ;
- traçabilité de l'administration des médicaments en temps décalé, à la fin de la distribution en salle de soins, en chirurgie maxillofaciale;
- les transcriptions en néonatalogie/soins intensifs site hôpital Nord.

Durant la visite, afin de sécuriser le processus de traçabilité de l'administration des médicaments en réanimation néphrologique, il a été acté que les anesthésistes réanimateurs signent le traitement recopié par les infirmières.

E3 - Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.

En grande partie :

Deux actions d'évaluation ont été conduites sur le circuit du médicament.

Un audit du circuit portant sur les étapes de préparation et d'administration des médicaments réalisé dans trente-trois unités de soins de court séjour en juillet 2011. Une restitution a été présentée en réunion d'encadrement. Cet audit n'a pas été reconduit. Une auto-évaluation, portant sur toutes les étapes du circuit du médicament, a été conduite au premier semestre 2012 dans l'ensemble des unités de court séjour, hormis les services de réanimation et de pédiatrie. Cette enquête a été conduite sur un mode déclaratif, après visite des unités et entretien avec les cadres, IDE et parfois médecins. Les résultats globaux ont été présentés en réunion de cadres en mai 2012. Ils n'ont pas fait l'objet de communication ni au responsable du management de la qualité, ni au groupe de travail médicament, ni à la COMEDIMS. L'ensemble de ces actions d'évaluation apparaît insuffisamment structuré (absence de protocole d'audit, périodicité du recueil des indicateurs, modalités de restitution institutionnelle aux acteurs concernés, formalisation des actions d'amélioration et de suivi, etc.). Les armoires à pharmacie font l'objet d'un contrôle régulier par les pharmaciens. Ces contrôles n'ont cependant pas donné lieu à la mise en place d'indicateurs de suivi. Par ailleurs, un outil d'auto-évaluation et de gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients proposé par l'ANAP est en cours de déploiement dans les unités de court séjour (mise en oeuvre dans dix-sept unités à ce jour). Il n'a pas encore donné lieu à l'analyse des résultats obtenus.

E3 - Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).

En grande partie :

La COMEDIMS diffuse des recommandations de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux (ex. : en 2012, recommandations sur l'utilisation des insulines et aiguilles à insuline, seringues préremplies de NaCl 0,9 %, utilisation des HBPM, utilisation des nouveaux anticoagulants oraux, utilisation des colles chirurgicales et pansements hémostatiques). Suite à l'évaluation de l'antibiothérapie conduite en décembre 2011, la commission des anti-infectieux a proposé des pistes d'amélioration visant à améliorer le bon usage des antibiotiques sur l'établissement, notamment l'élaboration de recommandations spécifiques sur l'utilisation des anti-infectieux (en particulier sur les antifongiques et les carbapénèmes) ainsi que la mise à jour du référentiel antibiogarde. À ce jour, ce travail n'est pas mis en oeuvre. Par ailleurs, peu de programmes d'EPP portant sur l'évaluation de la pertinence de prescriptions médicamenteuses sont en cours (deux EPP en cours sur l'antibiothérapie et une sur les antifongiques).

Résultats obtenus:

Suivi des actions dans les différents secteurs en lien avec le groupe médicament, notamment la mise à jour de la procédure de "circuit du médicament", la réalisation de l'audit ANAP et l'analyse des résultats pour l'amélioration des pratiques, des journées de sensibilisation auprès des professionnels et des parcours patients dans plusieurs secteurs pour évaluer la pertinence des actions entreprises.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
M. BELHOUT, Responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, Pharmacien	Groupe médicament, en tant que sous-groupe du COMEDIMS	Direction des soins. Pharmacie à Usage Intérieure. CME Service qualité et gestions des risques

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1: Rencontre et suivi itératifs des 3 secteurs ciblés lors de la visite des évaluateurs avec réajustement des pratiques et informatisation.	Réalisée	31/01/13 00:00
E1-EA1 : Déploiement de l'informatisation dans les secteurs de réanimation	Réalisée	15/09/14 00:00
E1-EA2 et E2-EA3: Réactualisation de la procédure "Circuit du médicament" avec intégration : - les modalités de prescription informatisée, les règles spécifiques de prescription par les juniors, les protocoles de prescription pour les médicaments à risque, et certains aspects de la dispensation cités ci-dessus.	Réalisée	31/01/14 00:00
E1-EA2 : Diffusion d'une note d'information relative à la gestion des approvisionnements en urgence	Réalisée	21/12/14 00:00
E1-EA2: Inclusion St Vincent de Paul dans les stocks de dotation	Réalisée	21/11/12 00:00
E1-EA2 : déménagement du CGO pour intégrer le Nouveau CHU	Réalisée	10/10/14 00:00
E1-EA3: Définition d'une liste de médicament à risque par la COMEDIMS	En cours	30/09/14 00:00
E1-EA3: Formalisation d'une politique de déploiement de référents médicament soignants dans les unités de soins	Prévue	15/03/15 00:00
E2-EA1: Mise en place d'une mission d'appui relative à l'organisation de la PUI.	En cours	30/03/15 00:00
E2-EA2: Recensement par la COMEDIMS et auprès des cadres de santé des documents d'information remis aux patients relatifs au bon usage des médicaments.	En cours	15/02/15 00:00
E2-EA3: Mise en place d'un groupe de réflexion relatif à la dispensation nominative	Réalisée	31/08/14 00:00
E2-EA2: Information lors de la semaine sécurité patient avec diffusion de flyers relative à la gestion médicamenteuse	Réalisée	24/11/14 00:00
E2-EA2: Mise à jour du livret d'accueil avec information sur le traitement personnel	Réalisée	09/02/15 00:00
E3-EA1 : Réalisation de l'audit ANAP	Réalisée	30/05/14 00:00
E3-EA1: Suite à l'audit ANAP, mise en place d'un plan d'actions priorisant les actions autour du personnel et de l'analyse pharmaceutique	Prévue	01/06/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E3-EA1-Programme de reconduction de l'audit ANAP dans les secteurs de MCO	Réalisée	30/06/14 00:00
Mise en place d'indicateurs de suivi à l'issue des contrôles d'armoires à pharmacie.	Réalisée	28/06/13 00:00
E3- EA1: Réalisation d'auto-évaluations soignantes des bonnes pratiques liées aux médicaments	Réalisée	20/04/14 00:00
E3-EA2-Développer les évaluations des pratiques professionnelles relatives à la pertinence des prescriptions	En cours	31/12/15 00:00
E3-EA2-Mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles ouverture des gélules et transformation d'un médicament	En cours	30/09/15 00:00
E1-EA1-Evaluation annuelle de la procédure Circuit du médicament	Réalisée	02/01/15 00:00
E3-EA1-Audits ponctuels par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins	En cours	02/11/15 00:00
E3-EA1: suite à l'audit ANAP, poursuite des travaux avec priorisation des secteurs à risque Réanimations, blocs-opératoires, urgences, Soins-Continus, Soins-Intensifs	Prévue	01/06/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Indicateurs et actions mis en place avec état des lieux du groupe médicament réalisé à la COMEDIMS une fois par an: validation du bilan et du programme à venir.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.  
Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins



Titre du projet d'amélioration:

Optimiser la pertinence de la prescription médicamenteuse du sujet âgé hospitalisé et diminuer la iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé.

Problématique:

E1-EA1 - L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.  
Partiellement :

L'établissement n'a pas rédigé et validé de politique de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en vue de réduire la morbi-mortalité évitable. Cet objectif est simplement visé dans la politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

E2-EA1 - Des données de référence, permettant une prescription conforme, sont mises à disposition des professionnels.  
Partiellement :

L'établissement n'a pas travaillé sur des outils spécifiques de conseil à la prescription chez le sujet âgé précisant en particulier les spécificités pharmacocinétiques du sujet âgé, les principes de prescription en gériatrie et des recommandations par classe thérapeutique. Néanmoins, les professionnels ont accès au Vidal, aux référentiels en ligne, et peuvent bénéficier d'une aide à la prescription dans le logiciel informatisé de prescription des médicaments.

E2-EA2 - Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.  
Partiellement :

Aucune action de sensibilisation formelle de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé n'est menée en court séjour. Par ailleurs, l'absence d'unité mobile de gériatrie sur l'établissement, depuis juillet 2011, ne contribue pas à la sensibilisation des équipes sur le terrain. Néanmoins, « Les Dixièmes Journées Régionales de Pharmacovigilance », organisées par le Centre Régional de Pharmacovigilance d'Amiens le 18 octobre 2012, ont mis à l'ordre du jour deux points en lien avec la prescription chez le sujet âgé (« Médicaments ayant des effets anticholinergiques et patients âgés » et « Diminution du nombre de médicaments chez le patient âgés, objectif pertinent et réaliste »). Ces journées étaient ouvertes à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux de l'établissement.

E3-EA1 - La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.  
Partiellement :

Un travail personnel de thèse, portant sur la prévalence et la typologie des prescriptions médicamenteuses inappropriées chez la personne âgée, a été conduit dans quatre services de gériatrie et huit services recevant le plus de personnes âgées. L'échantillon n'est pas statistiquement représentatif de l'établissement.

E3-EA2 - Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en oeuvre.  
Non :

À ce jour, aucune préconisation, visant à améliorer les prescriptions de médicaments chez le sujet âgé en court séjour, n'est mise en oeuvre du fait de l'absence d'un état des lieux général.

Résultats obtenus:

Une politique définit aujourd'hui les axes et les objectifs institutionnels de la juste prescription du sujet âgé. Des outils spécifiques et la présence d'une équipe de gériatrie mobile permettent aux professionnels d'améliorer la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé. Des journées de formation dédiées et des diffusions d'informations permettent à tous de découvrir les outils proposés.  
Une évaluation annuelle des prescriptions de ce type est réalisée.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Groupe de travail "juste prescription du sujet âge" : Dr Gras, Praticien Hospitalier - Pharmacologie Dr Belhout, Responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, Pharmacien M. le Pr Andrejak, Chef de service pharmacologie Mme le Dr Defouilloy, Praticien Hospitalier - Médecine Gériatrique Dr Marquant, Praticien Hospitalier - Médecine Gériatrique	Pharmacie à Usage Intérieure. La CME. Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques. Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles	Dr Jouchoux, Coordonnateur de la gestion des risques.

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1: Formalisation de la politique de juste prescription chez le sujet âgé et communication auprès de la COMEDIMS, du Comité Stratégique Qualité et de la CME. Document diffusé sur Intranet et par note de service.	Réalisée	07/04/14 00:00
E2-EA1: mise en place d'outils spécifiques pour le conseil à la prescription chez le sujet âgé: tableau de prescription, plaquette d'information de la filière gériatrique, fiche technique de bon usage des psychotropes chez le sujet âgé, plaquette de prise en charge des troubles comportementaux, fiche technique des bonnes pratiques d'administration des comprimés et gélules.	Réalisée	06/10/14 00:00
E2-EA2: Mise en place de l'unité mobile de gériatrie	Réalisée	01/01/14 00:00
E2-EA3: Sensibilisation des professionnels lors de journées dédiés (notamment concernant la juste prescription des neuroleptiques et le risque des médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé)	Réalisée	01/04/14 00:00
E3-EA1: Mise en place de moyens permettant la conciliation médicamenteuse dans un service test	Réalisée	05/05/14 00:00
E1-EA2: Plusieurs travaux de thèses superposables ont permis de définir les bases de la mise en place d'une EPP interrégionale (2 autres CHU) dédiée à la juste prescription du sujet âgé"	En cours	05/01/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E3-EA2-Élaboration par le groupe de travail d'un plan d'actions qualité propre permettant un suivi précis des actions proposées	En cours	09/03/15 00:00
E3-EA2-Renouvellement de l'audit sous forme d'une EPP, pour mesurer l'évolution des pratiques du CHU	En cours	04/05/15 00:00
E1-EA1-Évaluation de la politique de juste prescription du sujet âgé	En cours	05/06/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le groupe de travail "juste prescription du sujet âgé" suit, évalue et ré-ajuste les actions entreprises. Des axes de réflexions institutionnels sont en cours avec la CME pour garantir une amélioration continue de la qualité des prescriptions médicamenteuse du sujet âgé.  
Point d'étape des actions réalisé en Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.  
Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel.

Planification des revues de projet:

Rencontres régulières du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins





Titre du projet d'amélioration:

Optimiser la qualité de la prise en charge des patients accueillis au CHU d'Amiens de façon non programmée.

Problématique:

E1-EA1 - L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.

En grande partie :

L'organisation du service des urgences et des soins non programmés s'inscrit dans les orientations du projet d'établissement, les objectifs définis par le CPOM en termes de permanence des soins et le SROS III. Celle-ci est connue aussi bien des correspondants et intervenants extérieurs que des acteurs internes au CHU. L'organisation est formalisée au travers des documents suivants :

- document relatif aux « Modalités de prise en charge des urgences adultes », rédigé par le médecin responsable des urgences et validé par le coordonnateur du pôle (septembre 2010);
- document relatif à « La prise en charge des urgences vitales » définissant les modalités de prise en charge des urgences vitales sur les différents sites du CHU (révision novembre 2010) ;
- document relatif à « L'organisation des flux et circuit patient » définissant l'orientation et les circuits au sein des urgences adultes hôpital Nord (révision octobre 2012) ;
- documents relatif au « Règlement de l'UHTCD » ;
- convention SAMU/SDIS ;
- convention SMAU/SOS médecins ;
- organisation PASS.

Il n'y a pas eu de convocation de la commission des urgences depuis deux ans, malgré les récentes modifications internes (nomination du nouveau médecin responsable, mise en place des « Circuits » et UHTCD sur le SAU de l'hôpital Nord, etc.) et les futures modifications structurelles (nouveau CHU, changement de site). Les modifications, relatives aux organisations médicales (gardes, questions financières, etc.), sont présentées et validées par la commission relative à l'organisation de la permanence médicale et pharmaceutique, et à la continuité des soins (COPS). Un groupe de travail « Urgence adulte » participe au schéma global de coordination du projet « Nouveau CHU ».

E2-EA2 - Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.

Partiellement :

Les différents sites possèdent des infirmières d'orientation et d'accueil (IOA). Une partie des professionnels ont été formés, soit onze professionnels sur quarante ETP pour les sites urgences adultes entre 2009 et 2012 (pas de tableaux pour les urgences pédiatriques pour un effectif de 20,5 ETP). Les plannings des IOA pour les urgences adultes ont été prévus en fonction des pics d'activité identifiés. Les spécificités des sites sont identifiées, et les IOA en place mettent en oeuvre les orientations des patients en fonction des circuits identifiés dans le projet de service.

E3-EA1 - Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.

En grande partie :

Le suivi des temps d'attente est possible grâce au logiciel. Les heures d'arrivée, de prise en charge et de sortie sont notées dans le dossier patient. De plus, les IOA

tracent le degré de gravité.

En revanche, il n'y a pas de revue structurée et à périodicité définie de ces indicateurs : fréquence de recueil et analyse. Un bilan d'activité a été réalisé en 2012 pour le circuit court au SAU

adulte de l'hôpital Nord ainsi qu'une revue statistique des flux, délais d'attente et de prise en charge. Le SAU pédiatrique a fait l'objet d'une étude MEAH fin 2007 « Réduire les temps d'attente et de passage aux SAUP ».

E3-EA2 - Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.

Partiellement :

L'établissement a formalisé les modalités de recueil des signalements et des dysfonctionnements par le logiciel déployé.

Le SAU a réalisé pour l'année 2012 :

- une revue statistique (logiciel : signalements services d'urgences »). Celle-ci ne comprend pas de tableau récapitulatif des signalements ayant fait l'objet d'une analyse, ni de conclusion concernant les mesures prises ou à prendre ;
- un bilan chiffré des demandes de dossiers et réclamations.

Les situations complexes sont analysées sous forme de débriefing « En direct » par les équipes concernées, et certaines situations ont fait l'objet de RMM.

E3-EA3 - Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en oeuvre.

En grande partie :

L'établissement a conduit, ces dernières années, des actions d'amélioration sur deux sites d'urgences

:

- En 2009, une étude MEAH a permis de définir des actions d'améliorations en partie mises en oeuvre au SAU pédiatrique (formation IAO, élaboration d'une échelle de gravité pour l'orientation, etc.).
- Au SAU de l'hôpital Nord, la mise en place d'une organisation avec un circuit de « Soins courts », un circuit de « Soins longs » et la création de lits d'UHTCD pour l'amélioration des délais d'attente et de prise en charge.

La coordination et le suivi de la mise en oeuvre des actions d'amélioration sont prévus. Une évaluation du circuit de « Soins courts » a été réalisée en 2012. Il n'y a pas de tableaux de bord

reflétant le suivi, les personnes référentes et la planification des actions.

Le groupe de travail « urgences adultes » (23 octobre 2012) a pour objectif de porter un diagnostic rapide de l'organisation actuelle, et proposer la meilleure organisation possible (identification des circuits et propositions d'actions cités dans le document) dans les nouveaux locaux (regroupement sur le nouveau site). Mais ce travail ne sera concrétisé qu'au moment de la mise en service des nouvelles urgences, soit en 2014. Ainsi les locaux actuels ne contribuent pas à mettre en oeuvre certaines actions d'amélioration (intimité, confidentialité) à cause des contraintes architecturales.

Résultats obtenus:

La mise en place d'un groupe de travail avec pour mission, l'optimisation de la qualité de prise en charge des patients accueillis aux Urgences.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Groupe gestion des admissions non programmées suivi du groupe ANAP	Chantal Allard-Jacquin, Elisabeth Lewandowski, Pr Christine Ammirati, Dr Bénédicte Douay, Dr Bertrand De Cagny Pr Jean-Pierre Ducroix, Dr Agnès Devendeville ,Dr Roméo ,Elise Grard Valérie Boismartel ,Fabrice Ormancey Sylvie Ebener , Michèle Engrand , Murielle Legris	Equipe des urgences Commission Médicale d'Établissement

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1- Constitution d'un groupe relatif aux admissions non programmées.	Réalisée	16/05/13 00:00
E1-EA1-Mise en place d'un dispositif institutionnel de pilotage des admissions non programmées.	Réalisée	15/09/14 00:00
E3-EA1-Inscription dans le dispositif ANAP	Réalisée	15/09/14 00:00
E1-EA3-Définition des processus de prise en charge en situation normale et en situation de crise.	Réalisée	21/05/14 00:00
E1-EA3-Ouverture d'une consultation de post urgence en médecine interne et gériatrie.	Réalisée	18/02/14 00:00
E1-EA3-Accélération de la rotation des lits en augmentant le nombre de sorties de patients avant 11 H	Réalisée	30/09/13 00:00
E1-EA3-Création de salon d'un sortie dans le NCHU.	En cours	20/03/15 00:00
E1-EA1-Réactualisation du livret d'accueil du patient en spécifiant les modalités de sortie et le choix des structures d'aval.	Réalisée	09/02/15 00:00
E2-EA2-Formation des professionnels des sites Urgences à l'accueil et l'orientation des patients.	Prévue	15/03/15 00:00
E3-EA2-Mise en place d'un CREX urgence : composition + formation. Formalisation de l'analyse et des actions correctives mises en place à l'issue de dysfonctionnements recueillis par le biais d'un tableau de bord.	Réalisée	02/12/14 00:00
E1-EA1-Rédaction du règlement intérieur des urgences dans le cadre du Nouveau CHU	En cours	30/03/15 00:00
E3-EA3-Réorganisation des urgences vitales dans le cadre du Nouveau CHU	En cours	30/03/15 00:00
E3-EA1-Suivi d'indicateurs internes au SAU	Réalisée	31/12/14 00:00
E3-EA1-Mission d'appui et d'évaluation des organisations des urgences du Nouveau CHU	En cours	28/02/15 00:00
E2-EA2-Formation des professionnels des urgences à la déclaration des événements indésirables	Prévue	20/03/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E3-EA1-Analyse des indicateurs de suivi ANAP à périodicité définie	Réalisée	12/06/13 00:00
E3-EA3-Réévaluation du logigramme de Prise en Charge	Réalisée	21/05/14 00:00
E3-EA1-Comparatif des indicateurs SAU Nouveau CHU et ancienne organisation	Réalisée	30/12/14 00:00
E2-EA2-Suivi du taux de formation des professionnels IOA	En cours	15/03/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi périodique par le groupe ANAP

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.  
Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du PAQSS



Titre du projet d'amélioration:

Optimiser le fonctionnement des blocs opératoires.

Problématique:

E1-EA1 - Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

Partiellement :

Les blocs opératoires du CHU d'Amiens sont répartis sur quatre sites d'inégale importance. Chaque spécialité chirurgicale dispose de son bloc. Huit sont implantés à l'hôpital Nord, trois à l'hôpital

Sud, trois au Centre Gynéco-Obstétrique (CGO) et un au centre Saint-Victor (ophtalmologie). Compte tenu de la dispersion des sites, de la multiplicité des blocs sur chaque site et du temps imparti, la visite a concerné un peu plus de 50 % des blocs opératoires. Les points critiques des processus à risque des blocs opératoires ont été identifiés de manière globale, sans différenciation suivant les sites et les types de prise en charge. La hiérarchisation des risques et le programme d'action de réduction des risques ne sont pas finalisés.

E1-EA2 - Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).

Partiellement :

Certains éléments d'une démarche qualité sont retrouvés sur les différents sites : organisation de la prise en charge du patient, organisation de l'intégration des nouveaux arrivants, signalement des événements indésirables. Une documentation est en place, sous forme dématérialisée et papier, mais les protocoles et procédures concernant notamment la prise en charge du patient sont rarement datés et signés, et ne sont pas au format qualité. Concernant la maîtrise de l'environnement et, en particulier de l'air, une organisation et une maintenance des équipements sont en place, mais il n'y a pas de dispositif de contrôle régulier de la suppression des salles. Cela est particulièrement sensible dans certaines salles, sans sas d'entrée, dont les portes sont en bois, sans joint d'étanchéité et qui peuvent rester ouvertes au cours de la préparation des patients (ex. : bloc d'ophtalmologie). Il persiste des murs techniques et du mobilier de rangement dans les salles, sauf au bloc de neurochirurgie. Du fait de l'exiguïté de certains locaux, des zones de stockage sont installées dans des espaces ouverts au contact du circuit patient. Par ailleurs, à l'hôpital Nord, le nombre de postes de soins en SSPI par rapport au nombre de salles d'opération est non conforme à la recommandation SFAR du 11 décembre 2002, qui préconise l'installation d'au moins 1,5 lits ou emplacement de lit par site anesthésique. Sur ce site, le nombre de lits (dix) ne respecte pas ce niveau, puisque quatorze salles sont exploitées, ce qui peut poser des problèmes de fluidité dans la filière de prise en charge à certaines heures de la journée. Il en est de même à l'hôpital Sud (six postes de SSPI pour six salles d'opération). Le nouveau CHU sera construit sur un plateau unique en 2014. Il n'existe pas de manuel qualité formalisant une démarche totalement structurée et coordonnée pour l'ensemble des blocs opératoires.

E1-EA3 - La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.

En grande partie :

Une charte de fonctionnement général des blocs opératoires a été établie et diffusée en janvier 2012, à charge pour les équipes des différents sites de l'adapter au fonctionnement de chaque bloc.

Lors de la visite, ce travail de déclinaison et de validation par les conseils de bloc n'est pas finalisé, et il existe une grande hétérogénéité de la documentation fournie entre les différents



blocs. La plupart des blocs ont formalisé un ou des parcours patients suivant le type de prise en charge et mis en place une cellule de régulation, mais tous les items de la charte générale ne sont pas repris et adaptés à chaque bloc. La démarche d'implémentation de la charte générale peut être avancée comme, par exemple, aux blocs de neurochirurgie et d'obstétrique ou débutante aux blocs d'orthopédie et de chirurgie viscérale. Les documents organisant le fonctionnement des SSPI sont distincts des documents concernant les phases pré et perinterventionnelles. L'ensemble est rarement formalisé sous la forme d'une charte approuvée par tous les intervenants et validée par les conseils de bloc. Par ailleurs, les règles de fonctionnement et les missions des conseils de blocs ont été précisées en janvier 2012, permettant la mise en place progressive de ces conseils dans les différents sites. Auparavant, les conseils de blocs n'étaient pas constitués, et les problèmes les concernant étaient le plus souvent abordés en réunion de programmation opératoire, sans traçabilité des décisions et de leur suivi. Lors de la visite, un à cinq comptes-rendus, suivant les blocs, témoignent de l'activité récente de ces conseils. Il n'y a pas de compte-rendu pour le conseil du bloc des urgences.

E1-EA4 - L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient, est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.

En grande partie :

Une organisation est en place pour assurer la coordination entre les différents secteurs et les différents professionnels sur la prise en charge périopératoire. Cependant, au cours de la visite, les experts-visiteurs ont constaté la validation inconstante de la visite préanesthésique dans quelques dossiers parmi ceux consultés. L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier anesthésique » avec une valeur de 80 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [76 %-85 %] pour la campagne de recueil 2011.

E1-EA5 - Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.

En grande partie :

Il existe un système d'information au bloc opératoire qui permet la gestion des soins. Il est majoritairement basé sur l'utilisation de supports papier, sauf pour les prescriptions postopératoires qui sont le plus souvent informatisées. Le bloc de neurochirurgie est pilote pour l'expérimentation des applications informatiques de programmation opératoire, de suivi peropératoire et anesthésique. Des modalités d'intégration au système d'information hospitalier sont définies. Cette intégration était incomplète en raison notamment de la multiplicité des supports et/ou interfaces papier ou informatiques.

E2-EA2 - La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.

En grande partie :

La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en place. Elle est utilisée, mais un audit réalisé en mai et juillet 2012 a montré quelques non-conformités dans le recueil des différents items. Les modalités de traçabilité de la vérification sont prévues.

E2-EA3 - La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.

En grande partie :

L'établissement a mis en place un dispositif permettant la traçabilité des DMI et des actes. La feuille d'écologie peropératoire et les formulaires de traçabilité des DMI ne sont pas systématiquement intégrés dans le dossier patient, mais uniquement conservés au bloc (ex. : bloc de chirurgie cardiaque et d'orthopédie).

E2-EA4 - Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.

En grande partie :

Les professionnels s'appuient sur des procédures et protocoles issus de documents actualisés. Cependant, ces derniers, notamment ceux concernant la prise en charge du patient, sont rarement datés et signés et ne sont pas au format qualité.

E3-EA1 - Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre. Partiellement :

Il existe un tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. L'analyse des indicateurs et des fiches d'événements indésirables donnent lieu à des actions d'amélioration. Le retour d'expérience n'est pas organisé de manière systématique, et les actions mises en oeuvre ne sont pas formalisées sous la forme d'un plan d'amélioration permettant un suivi exhaustif.

Résultats obtenus:

Optimisation de la démarche qualité au sein du bloc opératoire unifié dans le cadre du Nouveau CHU.  
Création d'un pôle "Bloc Opératoire".  
Mise en place du CREX et de la cellule qualité bloc.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Pr CANARELLI, Président de la CME. Pr LORNE, Co-Chef du pôle Bloc Opératoire. Pr MERTL, Co-Chef du pôle Bloc Opératoire. Mme EBENER, Chef du pôle Coordination des Soins et de la Formation. M. Dourens, Cadre supérieur du pôle Bloc Opératoire.	M. ROUCOUT, Cadre de santé au Bloc Opératoire. Mme HIOLLE, Cadre de santé au Bloc Opératoire. La Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques.	Dr JOUCHOUX, Coordonnateur de la Gestion des Risques associés aux soins. Les services techniques. La Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1: Formalisation de la cartographie des risques	En cours	30/03/15 00:00
E1-EA2: Rédaction et suivi du manuel d'assurance qualité	En cours	30/03/15 00:00
E1- EA2: Mise en conformité architecturale et maîtrise de l'environnement dans le cadre du Nouveau CHU	Réalisée	15/09/14 00:00
E1- EA2 : Gestion des ressources humaines en SSPI permettant de respecter la recommandation SFAR de décembre 2002	Réalisée	15/09/14 00:00
E1-EA3: Définition d'une charte de bloc et d'une charte de bloc spécifique à la chirurgie ambulatoire validée par les membres du conseil de bloc dans la configuration Nouveau CHU	Réalisée	05/01/15 00:00
E1-EA4: Réalisation systématique des visites pré-anesthésiques	En cours	15/12/14 00:00
E1-EA4 : Acquisition d'un système informatique pour le bloc opératoire (Dx Bloc) permettant l'informatisation des supports	Réalisée	15/09/14 00:00
E2-EA1: Mise en place de journées de sensibilisation aux objectifs et à la méthode de remplissage de la check-list.	Prévue	28/02/15 00:00
E2- EA2: Informatisation de la feuille d'écologie peropératoire des formulaires de traçabilité des DMI	Réalisée	15/09/14 00:00
E2-EA2 : Réalisation d'une campagne de sensibilisation interne au bloc autour de la check-list	Prévue	28/02/15 00:00
E3-EA1 : Existence d'indicateurs de suivi	Réalisée	01/02/15 00:00
E3-EA1 : Existence d'un comité de retour d'expérience	Réalisée	19/12/14 00:00
E1-EA1- Suite à l'analyse des risques a priori (cartographie des risques) définition d'un plan d'action dans la nouvelle configuration Nouveau CHU.	En cours	01/06/15 00:00
E1-EA1- Mise en place d'une Gestion Électronique Documentaire (GED) adaptée aux organisations Nouveau CHU	En cours	01/06/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E2-EA2 : Évaluation des pratiques des recueils des différents items de la Check-list.	Réalisée	09/03/15 00:00
E3-EA1 : Audit bloc opératoire par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins	Réalisée	15/12/14 00:00
E3-EA1 : Suivi des indicateurs du bloc opératoire	Réalisée	01/02/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi, évaluation et ajustements en Conseil de bloc.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.  
Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Formaliser les méthodes d'analyse et le suivi des actions déclinées dans le cadre de la gestion des EI

Problematique:

E1-EA1 - Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

En grande partie :

Un COVIRIS est en place depuis quelques mois (juin 2012). Sa composition permet une représentation des vigilances et des professionnels des domaines de risques identifiés. Ce COVIRIS s'est réuni trois fois, a défini son règlement intérieur et ses missions qui commencent à se mettre en place, ce qui actuellement ne permet pas d'assurer une coordination effective des différents systèmes de recueils (événements indésirables, événements « informatiques », issus des services techniques et du système de plaintes et réclamations). Une procédure « Déclaration d'un événement indésirable », mise à jour en octobre 2012, définit la gestion des événements indésirables. En fin d'année 2011, l'établissement a changé son logiciel de gestion des risques, et le support informatisé est accessible à l'ensemble des professionnels. Plusieurs fiches informatisées sont mises à disposition en fonction du type d'événement à déclarer (fiche événement indésirable, fiches spécifiques bloc opératoire et laboratoire, fiches pour chaque vigilance). Toutes les fiches sont collectées, recensées sur le logiciel spécifique puis transmises à des référents identifiés (coordonnateur des risques, vigilants, cadre de santé, ingénieur qualité, etc.) en fonction des workflows définis. Les notions de gravité et de probabilité sont intégrées dans l'analyse des fiches. Cependant, ces notions sont utilisées sans être clairement définies dans la procédure de signalement (échelles non formalisées).

E2-EA3 - L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.

En grande partie :

Les événements, identifiés comme graves, bénéficient d'une première analyse réalisée rapidement par le responsable concerné, afin de définir les actions à entreprendre et de limiter la survenue d'un même incident. Pour les situations le nécessitant, l'analyse approfondie est réalisée par le responsable concerné (vigilant, pharmacien, coordonnateur des risques, médecin du travail, etc.) qui peut s'appuyer sur les commissions existantes (commission AES par exemple). Cette analyse intègre les professionnels concernés par l'événement, ainsi que des responsables et des experts. Les outils d'analyse choisis reposent sur les méthodes Orion (utilisée en radiothérapie) et sur les méthodes RMM, Alarm et 5M. Des informations, concernant l'utilisation de ces méthodes, ont été dispensées aux professionnels. L'appropriation varie selon les équipes (sélection des cas et analyse des causes profondes en RMM). Cependant, l'organisation mise en place n'est pas définie dans la procédure de gestion des événements indésirables ; la gravité est appréciée sans être clairement définie ; les outils sont utilisés sans bénéficier d'une méthodologie d'utilisation commune. Une cellule de coordination et d'analyse des événements indésirables graves vient de se constituer, et développe ses missions.

E3-EA1 - Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.

En grande partie :

Des actions correctives hiérarchisées sont déclinées, en cohérence avec les analyses de causes des événements indésirables. Les actions sont coordonnées et suivies par le secteur de soins concerné ou le référent. Cependant, la traçabilité des actions et de leur évaluation n'est pas totalement exhaustive ni intégrée dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en voie d'élaboration.

E3-EA2 - Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.

Partiellement :

Une analyse profonde des événements indésirables récurrents a été réalisée en hémovigilance, avec la mise en place de formation pour diminuer ce type d'événement indésirable. Cependant, à la taille de l'établissement, la coordination, le suivi, les méthodes d'analyse à utiliser lors de l'identification d'événements indésirables récurrents ne sont pas formalisés.



E3-EA3 - L'efficacité des actions correctives est vérifiée.

Partiellement :

L'efficacité des actions correctives est vérifiée au travers de la récurrence, de la réapparition de l'événement indésirable traité. Des actions d'EPP sont mises en oeuvre. Le dispositif d'évaluation et de mesure d'impact n'est pas en place pour l'ensemble des événements, des actions concernés, et ne permet pas de démontrer une amélioration des résultats sur la base

## Résultats attendus

### Objectifs intermédiaires

Rénovation du logiciel sign@I, sensibilisation des professionnels et mise à jour de la procédure de déclaration des événements indésirables

### Objectifs ultimes

Garantir l'exploitation de la base d'événements indésirables sign@I permettant l'alimentation du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel.

## Responsabilités

### Chef de projet

Coordonnateur de la gestion des risques.

### Equipe de réalisation

Les vigilants.  
La Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques.

### Personnes ressources

Commission Médicale d'Établissement  
Direction du système d'information.  
Coordination des soins et de la formation.

Echéancier de réalisation :

E1-EA1 - Formation « Gestion des risques » des référents qualité de pôle : réalisée mai 2013

E1-EA1 - Rédaction et diffusion d'une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables: réalisée février 2015

E2-EA2 - Formation des membres des CREX à la méthode ALARM réalisée : réalisée du 24 au 27 juin 2014 (membres du CREX Bloc opératoire et membres du CREX Médicaments) et début décembre 2014 (membres du CREX urgences). Formation des membres du CREX identitovigilance prévue. D'autres CREX existent déjà dans l'établissement comme par exemple dans les secteurs de radiothérapie ou d'hématologie clinique.  
Formation des membres du CREX identitovigilance prévue courant mars 2015.  
Réflexion engagée par le COVIRIS afin d'optimiser les nouvelles fonctionnalités du logiciel Sign@I.

E2-EA3- Acquisition de la nouvelle version de Sign@I courant 2ème semestre 2015, nouveau fonctionnement de sign@I et validation du routage par l'équipe qualité/gestion des risques. Action en cours.

E2-EA3- Mise à jour de la fiche de signalement Sign@I pour intégration des notions de gravité et de fréquence lors de l'analyse et lors de la relecture Qualité/GDR. A réaliser (en attente de l'arrivée du logiciel).  
Action prévue pour le deuxième semestre 2015.

E2-EA3 - Modification des workflows sur Sign@I afin d'assurer un retour aux déclarants des signalements effectués. A réaliser (en attente de l'arrivée du logiciel).  
Action prévue pour le deuxième semestre 2015.

E3-EA2 - Extraction de tableaux de bords d'événements indésirables liés à des thématiques spécifiques dans le cadre du transfert nouveau CHU : Bloc opératoire, brancardage, restauration. Réalisée décembre 2014

E1-EA1- Révision de la procédure de signalement des EI afin d'y intégrer les échelles de gravité et de probabilité, les modalités d'analyse des causes profondes et la méthode d'analyse des EI récurrents (ALARM). A réaliser septembre 2015.

E2-EA1- Sensibilisation des professionnels à l'analyse des EI prévue en 2015 (organisme de formation SHAM retenu), inscription au PFC 2015. Action en cours

E2-EA3- Désignation de responsables de risques (risques professionnels, risques technologiques, risques informatiques, risques liés aux soins et vigilances) par les directions concernées pour coordination effective au sein du COVIRIS. A réaliser 1er semestre 2015.

Modalités d'évaluation :

E2-EA3- Élaboration d'un bilan annuel du COVIRIS

E3-EA3- Élaboration et suivi d'un tableau de bord des EI, plans d'actions et mesures de suivi.  
Action prévue : 1er semestre 2016

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des actions lors des réunions du COVIRIS.  
Suivi des actions en Comité Stratégique Qualité.  
Statistiques de déclaration sur l'outil Sign@I.  
Suivi des actions des statistiques

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.  
Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins



# PLAN D'ACTION

CHAPITRE 2 : Prise en charge du patient  
Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées : Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Titre du projet d'amélioration:

Optimiser la prise en charge des personnes âgées par la formation, l'accompagnement des professionnels et s'assurer de l'efficacité du dispositif décliné.

Problématique:

E1-EA1 - Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Partiellement :

Le projet d'établissement prévoit le développement d'un pôle de référence de gériatrie, notamment pour la prise en charge de la démence ou la prévention de l'ostéoporose et des fractures. Cependant, à ce jour, le CHU n'a pas formalisé de projet structuré de prise en charge des personnes âgées définissant des cibles à atteindre et les moyens à affecter. Certains besoins spécifiques sont identifiés et intégrés dans des projets transversaux coordonnés par le CLAN ou le CLUD.

E2-EA1 - La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

Partiellement :

L'établissement n'a pas formalisé un programme de formation institutionnel spécifique à cette prise en charge définissant les besoins, les cibles et les moyens. Des actions ponctuelles de sensibilisation sont menées par les gériatres qui interviennent dans les services de chirurgie ou au service des urgences de l'hôpital Sud par exemple. Des actions d'EPP en cours sur la prise en charge des troubles nutritionnels et de la douleur en gériatrie sont également l'occasion d'actions de sensibilisation auprès des équipes.

E2-EA2 - La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

Partiellement :

La coordination des professionnels autour de la prise en charge globale des personnes âgées était assurée par l'unité mobile de gériatrie qui intervenait sur l'ensemble du CHU depuis 2008. Celle-ci ne fonctionne plus depuis 2011 en raison du départ de plusieurs professionnels. L'établissement prévoit de reconstituer cette unité en 2013. Certaines actions, comme la prise en charge des troubles nutritionnels et de la douleur, sont coordonnées par les comités compétents et les référents nutrition et douleur identifiés dans les secteurs d'activité. Un gériatre participe activement au CLAN.

E3-EA1 - Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.

Partiellement :

Les actions d'évaluation reposent sur des EPP en cours concernant la prise en charge de la douleur et de la dénutrition chez la personne âgée, ou le processus d'admission d'un résident et de sa famille en EHPAD et USLD par exemple. Un audit est actuellement coordonné par le responsable de médecine interne ; ses conclusions ne sont pas disponibles au moment de la visite. L'établissement n'a pas développé de dispositif structuré d'évaluation de l'organisation et de la coordination de la prise en charge des personnes âgées.

E3-EA2 - L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.

En grande partie :

Le CHU a mis en place de nombreuses conventions avec des structures d'HAD, d'EHPAD, de SIAD visant à faciliter l'accès aux soins et la réadaptation des personnes âgées. L'établissement étudie actuellement ses possibilités d'implication dans le réseau gériatrique départemental, récemment constitué.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Définir puis mettre en oeuvre la politique du CHU Amiens Picardie de prise en charge des personnes âgées.	Garantir et évaluer la qualité de prise en charge des personnes âgées.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Devendeville, Chef de service Médecine Gériatrique Dr Marquant, Praticien Hospitalier Médecine Gériatrique M. Giracca, Directeur adjoint Direction commune de Doullens Pr Ducroix, Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier	Commission Médicale d'Etablissement Coordination Générale des soins Direction de la qualité et de la gestion des risques	Pôle Autonomie

Echéancier de réalisation :

E2-EA1- Information des médecins généralistes des modalités d'accès des gériatres, pour avis spécialisé, via les GSM – Modalités précisées via les courriers de sortie - Réalisée, Septembre 2014

E1-EA1- Réactivation de l'EMG en février 2013, information via note de service 08/13 du 13.02.2013

E2-EA1- Élaboration d'une plaquette sur la filière gériatrique, à formaliser selon le modèle institutionnel. Réalisée, octobre 2013

E2-EA1- Fiche d'information sur les patients ou les situations pour lesquelles le recours à l'EMG est possible déposée dans l'ensemble des services du Sud. Réalisée, octobre 2013

E2-EA1- Inscription d'un axe institutionnel de formation « Identification et prise en charge spécifique de la personne âgée accueillie au sein de l'ensemble des unités de soins du CHU » au plan de formation continue 2015. Réalisée.

E2-EA1- Mise en place de la grille ISAR dans des unités test de l'Hôpital Sud après formation des professionnels sur l'intérêt de cette évaluation et des modalités de recueil. Mai 2014

E2-EA1- Sensibilisation/Formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des personnes âgées.  
Action prévue courant 2015

E2-EA1- Interventions en staffs relatives à la prise en charge de la personne âgée  
Action prévue courant 2015

EA2-EA1- Sensibilisation/Formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des personnes âgées :

- Cours aux aides-soignants (IFAS) les 20 et 22 mai sur le vieillissement (6 h).
- Diffusion des fiches dépistage ISAR en Dermatologie et Cardiologie (mai 2014).
- Diffusion fiche « bon usage des psychotropes chez la personne âgée ». Conduite proposée dès que la problématique de prescription de psychotrope est rencontrée (adressée aux médecins et internes des services de cardiologie, endocrinologie, dermatologie, néphrologie..) – avril 2014
- Éducation des professionnels sur la nécessité de connaître le statut nutritionnel (poids, évaluation des apports alimentaires, albumine..), recherche de troubles de déglutition, utilisation échelles douleurs, rappel des bonnes pratiques de contention...(avril 2014)
- Réactualisation de fiches informations sur risque de chute, prise en charge des patients ayant des troubles du comportement. (avril 2014)

E2-EA1- Resensibilisation des médecins urgentistes sur le recours possible à une consultation post-urgence (St-Victor et St-Vincent de Paul).  
Action réalisée le 1er juillet 2014.

E3-EA2- Inscription du CHU dans le plan déploiement du logiciel Trajectoire de l'Agence Régionale de Santé  
Action prévue courant 2015



Modalités d'évaluation :

E3-EA1- Étude de la mise en place de la grille ISAR à tous les patients de plus de 75 ans entrants avec sollicitation de l'UMG pour évaluation gériatrique standardisée.  
Actions réalisées du 15 juin au 31 juillet 2014.

E3-EA1- Évaluation de la mise en place des formations  
Action prévue pour 2015.

E3-EA1- Évaluation des parcours de soins au sein du CHU  
Action prévue pour 2015.

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

Suivi des actions lors des réunions du groupe de travail.  
Mise à jour des actions lors de la révision du PAQSS institutionnel.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.  
Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins



# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Décliner la politique et définir le pilotage de la démarche associée.  
Favoriser la déclaration des erreurs médicamenteuses et en assurer l'analyse.  
Informers les professionnels de santé des recommandations et règles de bon usage

Problematique:

E1-EA1 - L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

En grande partie :

Une politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, rédigée par le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse en lien avec le responsable de la gestion des risques liés aux soins, a été cosignée par la directrice générale et le président de CME, puis validée en CME le 9 octobre 2012. Cette politique comporte des objectifs précis visant à assurer la sécurisation du circuit à toutes ses étapes. Cette politique n'est pas encore déclinée en plan d'actions pour chaque objectif avec des responsables identifiés, des moyens, des échéances et des indicateurs de suivi.

La politique affichée est en lien notamment avec les exigences du contrat de bon usage du médicament, les décisions de la certification, la prévention des risques à chaque étape de la prise en charge, l'informatisation, la sensibilisation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses.

E1-EA3 - Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

En grande partie :

Le logiciel de prescription informatisée est en lien direct avec le livret thérapeutique 2012 et le VIDAL (substitutions et interactions médicamenteuses). D'autres outils sont mis à disposition des professionnels : le logiciel exploité pour la prescription des antibiotiques, le livret douleur, etc. Le livret thérapeutique est mis à jour à chaque nouveau marché. Le VIDAL est régulièrement actualisé, mais pas le logiciel exploité pour la prescription des antibiotiques.

E2-EA1 - Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.

Partiellement :

Les professionnels sont sensibilisés de façon informelle à la iatrogénie médicamenteuse : staffs médicaux, réunions de service, réunions cadres, journées de formation des internes, interventions ponctuelles auprès des prescripteurs, journées annuelles de pharmacovigilance, lettres d'information VIGIPHARM. Néanmoins à ce jour, aucune action spécifique de sensibilisation à la déclaration des erreurs médicamenteuses et aux risques liés au circuit du médicament n'a été conduite auprès des équipes paramédicales et médicales. Les professionnels interrogés lors des parcours services méconnaissent la fiche de déclaration des erreurs médicamenteuses et les circuits de déclaration.

Il est prévu qu'un budget spécifique soit réservé pour assurer la sensibilisation des équipes et la formation méthodologique sur le CREX médicament sur 2013. Par ailleurs à ce jour, aucune politique visant à identifier un référent pharmaceutique dans les unités de soins n'est déclinée au sein de l'établissement.

E3-EA1 - Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.

En grande partie :

Un suivi d'indicateurs est réalisé au travers du rapport d'étape annuel du CBUM. L'indicateur IPAQSS sur la tenue du dossier patient (volet conformité des prescriptions) est recueilli annuellement. D'autres indicateurs comme les indicateurs SAE (Statistiques Annuelles par Établissement), certains indicateurs SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique), l'ICATB sont également recueillis.

Cependant, l'ensemble des étapes du circuit du médicament n'est pas assorti d'indicateurs qualitatifs. Par ailleurs, le dispositif d'évaluation n'est pas coordonné, structuré et suivi régulièrement dans le cadre d'un tableau de bord pharmaceutique global.

E3-EA2 - Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.

Partiellement :

Une organisation est en place pour recueillir les erreurs médicamenteuses. Les déclarations sont faites sur la fiche de déclaration d'événements indésirables institutionnelle dans le logiciel exploité. À ce jour, aucune procédure de déclaration d'erreur médicamenteuse n'a été rédigée afin de définir le cadre et les conséquences de ces erreurs ainsi que les modalités de déclaration, le référent et le circuit de déclaration. La procédure générale de déclaration et de gestion des événements indésirables n'intègre pas de paragraphe spécifique sur la déclaration et la gestion de l'erreur médicamenteuse.

Un CREX médicament vient d'être mis en place. Une première réunion a eu lieu début novembre 2012, afin de valider un règlement intérieur. Ce dernier reprend notamment la composition, les missions, le fonctionnement du CREX, mais il ne précise pas la méthode employée pour l'analyse des événements retenus. Du fait de la faible antériorité du dispositif et de l'absence de sensibilisation ciblée sur cette thématique, très peu de déclarations d'erreurs médicamenteuses ont été signalées à ce jour (dix erreurs de prescription et sept erreurs d'administration sur l'ensemble de l'établissement), et aucune n'a fait l'objet d'une analyse structurée et formalisée en collaboration avec les professionnels déclarants. La première réunion d'analyse du CREX est programmée en janvier 2013.

E3-EA3 - Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels. Partiellement :

Un certain nombre d'actions d'amélioration ont été engagées ou sont en cours, suite aux évaluations conduites (audit circuit médicament 2011 et 2012) : informatisation du circuit, consignes pour la prescription, la gestion et l'administration des médicaments dans les services (poster), politique des médicaments personnels des patients, identification nominative des piluliers, etc. Du fait de la récence du CREX médicament, il n'a pu encore être force de proposition dans ce cadre. Par ailleurs, la centralisation et la coordination de l'ensemble de ces actions, dans un tableau de suivi avec responsables et échéances définis, ne sont pas effectives, et la rétro-information auprès des professionnels concernés

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les objectifs</li> <li>- Asseoir les structures garantissant le pilotage et la mise en oeuvre des objectifs du CHU en la matière</li> </ul>	Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
M. BELHOUT, Responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, Pharmacien	Groupe médicament, en tant que sous-groupe du COMEDIMS	Direction des soins. Pharmacie à Usage Intérieure. CME

Echéancier de réalisation :

E1-EA1 :

- Mettre en place un plan d'actions issus de la politique médicamenteuse.

Action réalisée

Action réalisée : 29 avril 2013

E1-EA3 :

- Programme de protocolisation en cours d'élaboration pour les services n'étant pas sur Dx Care

Action en cours.

Date de réalisation prévue : décembre 2015

E2-EA1 :

- Mise en place de journée de sensibilisation sur le thème du médicament

Action réalisée : 28 janvier 2015 - 03 février 2015 - 16 février 2015

- Reconduire annuellement des journées de sensibilisation

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : janvier 2016

E2-EA2 :

- Programme de sensibilisation SHAM

Action en cours.

Date de réalisation prévue : 2ème semestre 2015

- Mise en place de référents médicament dans les secteurs de soin

Action en cours en date du : 2ème semestre 2015

- Utilisation du réseau des référents médicament pour transmettre les informations relatives aux analyses réalisées en comité de retour d'expérience et le plan d'action qualité définit

Action en cours en date du : mars 2015

- Formation des référents médicaments

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : 2ème trimestre 2015

E3-EA2 :

- Insertion d'un paragraphe relative à la déclaration des événements indésirables médicamenteux lors de la révision de la procédure institutionnel de déclaration des événements indésirables.

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : mai 2015

- Mise en place et diffusion de la charte de déclaration des événements indésirables

Action en cours.

Date de réalisation prévue : fin février 2015

- Fonctionnement en routine du comité de retour d'expérience médicament  
Action réalisée

E3-EA3 :

- Lors du changement de version du logiciel d'EI, favoriser le retour au déclarant après l'analyse.

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : septembre 2015

- Lorsqu'un EI est analysé au cours d'un CREX, faire le retour au déclarant.

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : octobre 2015

- Formaliser la rétro information des membres du CREX vers le groupe médicament

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : avril 2015

Modalités d'évaluation :

E3-EA1 :

- Construction d'un tableau de bord associant un indicateur par étape du circuit du médicament.

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : décembre 2015

E3-EA1: Suivi d'indicateurs relatifs aux déclarations d'événements indésirables médicamenteux

Actions réalisées: janvier 2015

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

Suivi des actions lors des réunions du groupe de travail.

Mise à jour des actions lors de la révision du PAQSS institutionnel.

Point organisé entre les pilotes et la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.  
Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins



# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Décliner la politique et définir le pilotage de la démarche associée.  
Favoriser la déclaration des erreurs médicamenteuses et en assurer l'analyse.  
Informers les professionnels de santé des recommandations et règles de bon usage.

Problematique:

E1-EA1 - L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

En grande partie :

Une politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, rédigée par le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse en lien avec le responsable de la gestion des risques liés aux soins, a été cosignée par la directrice générale et le président de CME puis validée en CME le 9 octobre 2012. Cette politique comporte des objectifs précis visant à assurer la sécurisation du circuit à toutes ses étapes. Cette politique n'est pas encore déclinée en plan d'actions pour chaque objectif avec des responsables identifiés, des moyens, des échéances et des indicateurs de suivi.

La politique affichée est en lien notamment avec les exigences du contrat de bon usage du médicament, les décisions de la certification, la prévention des risques à chaque étape de la prise en charge, l'informatisation, la sensibilisation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses.

E1-EA3 - Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

En grande partie :

Le logiciel de prescription informatisée est en lien direct avec le livret thérapeutique 2012 et le VIDAL (substitutions et interactions médicamenteuses). D'autres outils sont mis à disposition des professionnels : le logiciel exploité pour la prescription des antibiotiques, le livret douleur, etc.

Le livret thérapeutique est mis à jour à chaque nouveau marché. Le VIDAL est régulièrement actualisé, mais pas le logiciel exploité pour la prescription des antibiotiques.

E2-EA1 - Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.

Partiellement :

Les professionnels sont sensibilisés de façon informelle à la iatrogénie médicamenteuse : staffs médicaux, réunions de service, réunions cadres, journées de formation des internes, interventions

ponctuelles auprès des prescripteurs, journées annuelles de pharmacovigilance, lettres d'information VIGIPHARM. Néanmoins, à ce jour, aucune action spécifique de sensibilisation à la déclaration des erreurs médicamenteuses et aux risques liés au circuit du médicament n'a été conduite auprès des équipes paramédicales et médicales. Les professionnels, interrogés lors des parcours services, méconnaissaient la fiche de déclaration des erreurs médicamenteuses et les circuits de déclaration.

Il est prévu qu'un budget spécifique soit réservé pour assurer la sensibilisation des équipes et la formation méthodologique sur le CREX médicament sur 2013.

Par ailleurs, à ce jour, aucune politique visant à identifier un référent pharmaceutique dans les unités de soins n'est déclinée au sein de l'établissement

E3-EA1 - Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.

En grande partie :

Un suivi d'indicateurs est réalisé au travers du rapport d'étape annuel du CBUM. L'indicateur IPAQSS sur la tenue du dossier patient (volet conformité des prescriptions) est recueilli annuellement. D'autres indicateurs comme les indicateurs SAE (Statistiques Annuelles par Établissement), certains indicateurs SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique), l'ICATB sont également recueillis.

Cependant, l'ensemble des étapes du circuit du médicament n'est pas assorti d'indicateurs qualitatifs. Par ailleurs, le dispositif d'évaluation n'est pas coordonné, structuré et suivi régulièrement

dans le cadre d'un tableau de bord pharmaceutique global.

E3-EA2 - Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.

Partiellement :

Une organisation est en place pour recueillir les erreurs médicamenteuses. Les déclarations sont faites sur la fiche de déclaration d'événements indésirables institutionnelle dans le logiciel exploité. À ce jour, aucune procédure de déclaration d'erreur médicamenteuse n'a été rédigée afin de définir le cadre et les conséquences de ces erreurs ainsi que les modalités de déclaration, le référent et le circuit de déclaration. La procédure générale de déclaration et de gestion des événements indésirables n'intègre pas de paragraphe spécifique sur la déclaration et la gestion de l'erreur médicamenteuse. Un CREX médicament vient d'être mis en place. Une première réunion a eu lieu début novembre 2012 afin de valider un règlement intérieur. Ce dernier reprend notamment la composition, les missions, le fonctionnement du CREX, mais il ne précise pas la méthode employée pour l'analyse des événements retenus. Du fait de la faible antériorité du dispositif et de l'absence de sensibilisation ciblée sur cette thématique, très peu de déclarations d'erreurs médicamenteuses ont été signalées à ce jour (dix erreurs de prescription et sept erreurs d'administration sur l'ensemble de l'établissement), et aucune n'a fait l'objet d'une analyse structurée et formalisée en collaboration avec les professionnels déclarants. La première réunion d'analyse du CREX est programmée en janvier 2013.

E3-EA3 - Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels. Partiellement :

Un certain nombre d'actions d'amélioration ont été engagées ou sont en cours suite aux évaluations conduites (audit circuit médicament 2011 et 2012) : informatisation du circuit, consignes pour la prescription, la gestion et l'administration des médicaments dans les services (poster), politique des médicaments personnels des patients, identification nominative des piluliers, etc. Du fait de la récence du CREX médicament, il n'a pu encore être force de proposition dans ce cadre. Par ailleurs, la centralisation et la coordination de l'ensemble de ces actions dans un tableau de suivi avec responsables et échéances définis n'est pas effective, et la rétro-information auprès des professionnels concernés n'est

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les objectifs</li> <li>- Asseoir les structures garantissant le pilotage et la mise en oeuvre des objectifs du CHU en la matière</li> </ul>	Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
M. BELHOUT, Responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, Pharmacien	Groupe médicament, en tant que sous-groupe du COMEDIMS	La Pharmacie à Usage Intérieure. Commission Médicale d'établissement Direction des soins

Echéancier de réalisation :

E1-EA1 :

- Mettre en place un plan d'actions issus de la politique médicamenteuse.

Action réalisée

Action réalisée : 29 avril 2013

E1-EA3 :

- Programme de protocolisation en cours d'élaboration pour les services n'étant pas sur Dx Care

Action en cours.

Date de réalisation prévue : décembre 2015

E2-EA1 :

- Mise en place de journée de sensibilisation sur le thème du médicament

Action réalisée : 28 janvier 2015 - 03 février 2015 - 16 février 2015

- Reconduire annuellement des journées de sensibilisation

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : janvier 2016

E2-EA2 :

- Programme de sensibilisation SHAM

Action en cours.

Date de réalisation prévue : 2ème semestre 2015

- Mise en place de référents médicament dans les secteurs de soin

Action en cours en date du : 2ème semestre 2015

- Utilisation du réseau des référents médicament pour transmettre les informations relatives aux analyses réalisées en comité de retour d'expérience et le plan d'action qualité définit

Action en cours en date du : mars 2015

- Formation des référents médicaments

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : 2ème trimestre 2015

E3-EA2 :

- Insertion d'un paragraphe relative à la déclaration des événements indésirables médicamenteux lors de la révision de la procédure institutionnel de déclaration des événements indésirables.

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : mai 2015

- Mise en place et diffusion de la charte de déclaration des événements indésirables

Action en cours.

Date de réalisation prévue : fin février 2015

- Fonctionnement en routine du comité de retour d'expérience médicament

Action réalisée

E3-EA3 :

- Lors du changement de version du logiciel d'EI, favoriser le retour au déclarant après l'analyse.

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : septembre 2015

- Lorsqu'un EI est analysé au cours d'un CREX, faire le retour au déclarant.

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : octobre 2015

- Formaliser la rétro information des membres du CREX vers le groupe médicament

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : avril 2015

Modalités d'évaluation :

E3-EA1 :

- Construction d'un tableau de bord associant un indicateur par étape du circuit du médicament.

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : décembre 2015

E3-EA1: Suivi d'indicateurs relatifs aux déclarations d'événements indésirables médicamenteux

Actions réalisées: janvier 2015

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

Suivi des actions lors des réunions du groupe de travail.

Mise à jour des actions lors de la révision du PAQSS institutionnel.

Point organisé entre les pilotes et la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.

Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.

Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Décliner la politique et définir le pilotage de la démarche associée.  
Favoriser la déclaration des erreurs médicamenteuses et en assurer l'analyse.  
Informers les professionnels de santé des recommandations et règles de bon usage.

Problematique:

E1-EA1 - L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

En grande partie :

Une politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, rédigée par le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse en lien avec le responsable de la gestion des risques liés aux soins, a été cosignée par la directrice générale et le président de CME, puis validée en CME le 9 octobre 2012. Cette politique comporte des objectifs précis visant à assurer la sécurisation du circuit à toutes ses étapes. Cette politique n'est pas encore déclinée en plan d'actions pour chaque objectif avec des responsables identifiés, des moyens, des échéances et des indicateurs de suivi.

La politique affichée est en lien notamment avec les exigences du contrat de bon usage du médicament, les décisions de la certification, la prévention des risques à chaque étape de la prise en charge, l'informatisation, la sensibilisation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses.

E1-EA3 - Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

En grande partie :

Le logiciel de prescription informatisée est en lien direct avec le livret thérapeutique 2012 et le VIDAL (substitutions et interactions médicamenteuses). D'autres outils sont mis à disposition des professionnels : le logiciel exploité pour la prescription des antibiotiques, le livret douleur, etc.

Le livret thérapeutique est mis à jour à chaque nouveau marché. Le VIDAL régulièrement. Cependant, le logiciel exploité pour la prescription des antibiotiques n'est pas actualisé.

E2-EA1 - Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.

Partiellement :

Les professionnels sont sensibilisés de façon informelle à la iatrogénie médicamenteuse : staffs médicaux, réunions de service, réunions cadres, journées de formation des internes, interventions

ponctuelles auprès des prescripteurs, journées annuelles de pharmacovigilance, lettres d'information VIGIPHARM. Néanmoins, à ce jour aucune action spécifique de sensibilisation à la déclaration des erreurs médicamenteuses et aux risques liés au circuit du médicament n'a été conduite auprès des équipes paramédicales et médicales. Les professionnels interrogés lors des parcours services méconnaissent la fiche de déclaration des erreurs médicamenteuses et les circuits de déclaration.

Il est prévu qu'un budget spécifique soit réservé pour assurer la sensibilisation des équipes et la formation méthodologique sur le CREX médicament sur 2013. Par ailleurs, à ce jour, aucune politique visant à identifier un référent pharmaceutique dans les unités de soins n'est déclinée au sein de l'établissement.

E3-EA1 - Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.

En grande partie :

Un suivi d'indicateurs est réalisé au travers du rapport d'étape annuel du CBUM. L'indicateur IPAQSS sur la tenue du dossier patient (volet conformité des prescriptions) est recueilli annuellement. D'autres indicateurs comme les indicateurs SAE (Statistiques Annuelles par Établissement), certains indicateurs SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique), l'ICATB sont également recueillis.

Cependant, l'ensemble des étapes du circuit du médicament n'est pas assorti d'indicateurs qualitatifs. Par ailleurs, le dispositif d'évaluation n'est pas coordonné, structuré et suivi régulièrement dans le cadre d'un tableau de bord pharmaceutique global.

E3-EA2 - Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.

Partiellement :



Une organisation est en place pour recueillir les erreurs médicamenteuses. Les déclarations sont faites sur la fiche de déclaration d'événements indésirables institutionnelle dans le logiciel exploité. À ce jour, aucune procédure de déclaration d'erreur médicamenteuse n'a été rédigée afin de définir le cadre et les conséquences de ces erreurs ainsi que les modalités de déclaration, le référent et le circuit de déclaration. La procédure générale de déclaration et de gestion des événements indésirables n'intègre pas de paragraphe spécifique sur la déclaration et la gestion de l'erreur médicamenteuse. Un CREX médicament vient d'être mis en place. Une première réunion a eu lieu début novembre 2012, afin de valider un règlement intérieur. Ce dernier reprend notamment la composition, les missions, le fonctionnement du CREX, mais il ne précise pas la méthode employée pour l'analyse des événements retenus. Du fait de la faible antériorité du dispositif et de l'absence de sensibilisation ciblée sur cette thématique, très peu de déclarations d'erreurs médicamenteuses ont été signalées à ce jour (dix erreurs de prescription et sept erreurs d'administration sur l'ensemble de l'établissement), et aucune n'a fait l'objet d'une analyse structurée et formalisée en collaboration avec les professionnels déclarants. La première réunion d'analyse du CREX est programmée en janvier 2013.

E3-EA3 - Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels. Partiellement :

Un certain nombre d'actions d'amélioration ont été engagées ou sont en cours suite aux évaluations conduites (audit circuit médicament 2011 et 2012) : informatisation du circuit, consignes pour la prescription, la gestion et l'administration des médicaments dans les services (poster), politique des médicaments personnels des patients, identification nominative des piluliers, etc. Du fait de la récence du CREX médicament, il n'a pu encore être force de proposition dans ce cadre. Par ailleurs, la centralisation et la coordination de l'ensemble de ces actions dans un tableau de suivi avec responsables et échéances définis n'est pas effective, et la rétro-information auprès des professionnels concernés n'est pas structurée et assurée de façon systématique.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
- Définir les objectifs - Asseoir les structures garantissant le pilotage et la mise en oeuvre des objectifs du CHU en la matière	Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
M. BELHOUT, Responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, Pharmacien	Groupe médicament, en tant que sous-groupe du COMEDIMS	Direction des soins. Pharmacie à Usage Intérieure. CME

Echéancier de réalisation :

E1-EA1 :

- Mettre en place un plan d'actions issus de la politique médicamenteuse.

Action réalisée

Action réalisée : 29 avril 2013

E1-EA3 :

- Programme de protocolisation en cours d'élaboration pour les services n'étant pas sur Dx Care

Action en cours.

Date de réalisation prévue : décembre 2015

E2-EA1 :

- Mise en place de journée de sensibilisation sur le thème du médicament

Action réalisée : 28 janvier 2015 - 03 février 2015 - 16 février 2015

- Reconduire annuellement des journées de sensibilisation

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : janvier 2016

E2-EA2 :

- Programme de sensibilisation SHAM

Action en cours.

Date de réalisation prévue : 2ème semestre 2015

- Mise en place de référents médicament dans les secteurs de soin

Action en cours en date du : 2ème semestre 2015

- Utilisation du réseau des référents médicament pour transmettre les informations relatives aux analyses réalisées en comité de retour d'expérience et le plan d'action qualité définit

Action en cours en date du : mars 2015

- Formation des référents médicaments

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : 2ème trimestre 2015

E3-EA2 :

- Insertion d'un paragraphe relative à la déclaration des événements indésirables médicamenteux lors de la révision de la procédure institutionnel de déclaration des événements indésirables.

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : mai 2015

- Mise en place et diffusion de la charte de déclaration des événements indésirables

Action en cours.

Date de réalisation prévue : fin février 2015

- Fonctionnement en routine du comité de retour d'expérience médicament

Action réalisée

E3-EA3 :

- Lors du changement de version du logiciel d'EI, favoriser le retour au déclarant après l'analyse.

Action non initiée.

Date de réalisation prévue :septembre 2015

- Lorsqu'un EI est analysé au cours d'un CREX, faire le retour au déclarant.

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : octobre 2015

- Formaliser la rétro information des membres du CREX vers le groupe médicament

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : avril 2015

Modalités d'évaluation :

E3-EA1 :

- Construction d'un tableau de bord associant un indicateur par étape du circuit du médicament.

Action non initiée.

Date de réalisation prévue : décembre 2015

E3-EA1: Suivi d'indicateurs relatifs aux déclarations d'événements indésirables médicamenteux

Actions réalisée: janvier 2015

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des actions lors des réunions du groupe de travail.

Mise à jour des actions lors de la révision du PAQSS institutionnel.

Point organisé entre les pilotes et la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.

Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

# PLAN D'ACTION

CHAPITRE 2 : Prise en charge du patient

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Soins de longue durée : Prise en charge médicamenteuse du patient

Titre du projet d'amélioration:

Optimisation de la gestion de la Prise en Charge Médicamenteuse.

Problematique:

E1-EA1 - Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

En grande partie :

Les règles générales de prescription sont formalisées dans le cadre de la procédure « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient » diffusée le 12 novembre 2012. Cependant, ce document ne précise pas les modalités de prescription informatisée, les règles spécifiques de prescription par les juniors. Il ne fait pas référence par ailleurs à des protocoles de prescription pour les médicaments à risque. Les supports de prescription sont définis et en place. Pour 100 % des lits, le support unique de prescription/administration est informatisé dans le logiciel.

E1-EA3 - Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.

Partiellement :

Les modalités de dispensation des médicaments sont définies dans le cadre de la procédure « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient » diffusée le 12 novembre 2012. Cette procédure, dictant les bonnes pratiques en matière de dispensation, sera généralisée à l'ensemble des unités dans le cadre de l'installation de l'établissement sur le monosite (regroupement prévisionnel des quatre sites actuels entre 2014 et 2016). Cependant, cette procédure dicte des règles de bonnes pratiques et non pas toujours les règles d'organisation actuelles (ex. : « la chaîne du froid doit être respectée » ou « la livraison des produits de santé sera programmée à partir de la pharmacie »). De plus, le système de délivrance globale est prépondérant, et implique une analyse pharmaceutique effective que pour 24 % des lits. Cette procédure dicte les règles pour :

- l'analyse pharmaceutique des prescriptions dans le logiciel retenu par l'établissement ;
- la délivrance des médicaments (dispensation journalière nominative, dispensation reglobalisée, dispensation globale) ;
- l'acheminement des médicaments vers les unités de soins.

La procédure générale renvoie à des documents spécifiques, précisant les règles de dispensation pour les MDS, les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée, les médicaments en sus de la T2A.

Une procédure visant les services de rhumatologie et d'ORL, actuellement seuls services en dispensation nominative pour l'ensemble du traitement, décrit les étapes pour les deux services

concernés. Néanmoins, certains aspects de la dispensation ne sont pas évoqués dans la procédure « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient » :

- l'approvisionnement en urgence en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie ;
- le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur identification jusqu'au moment de l'administration ;
- le respect de la chaîne du froid des médicaments lors des transports, leur conservation et stockage dans les unités ;
- l'information et les conseils aux utilisateurs ;
- la réponse aux demandes urgentes de médicaments,
- l'optimisation des stocks à la PUI et dans les unités de soins.

Une garde d'interne en pharmacie est assurée sur la pharmacie de l'hôpital Nord en dehors des heures d'ouverture. Les professionnels non habilités n'accèdent pas à la pharmacie en l'absence de cet interne. Les dotations sont établies par service incluant un stock d'urgence, hormis sur le site de Saint-Vincent (constat lors des visites des services de SSR gériatrique et MPR enfants. Les services se dépannent en cas de besoins.

- Le transport des médicaments vers les unités de soins est sécurisé dans des containers identifiés équipés de scellés. Le circuit des stupéfiants est sécurisé.
- Le conditionnement unitaire des médicaments préconisé jusqu'à l'administration est organisé. Durant les parcours aucun médicament déconditionné n'a été observé dans les piluliers des chariots de distribution des médicaments dans les services visités.
- La chaîne du froid est respectée lors des transports, conservation et stockage de médicaments. Des sachets isothermes sont prévus dans les bacs de transport. Chaque unité dispose d'un réfrigérateur dédié aux médicaments dans les unités.

E1-EA4 - Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.

En grande partie :

Les règles d'administration des médicaments sont précisées dans la procédure générale « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient ». Une fiche technique spécifique formalise les règles de préparation et d'administration des médicaments injectables.

Un certain nombre de protocoles d'administration existent : protocole d'administration pour l'insuline, la morphine, les antibiotiques injectables. Une réflexion doit être engagée au niveau du COMEDIMS, afin de valider une liste des médicaments à risque pour lesquels des recommandations seront validées et diffusées auprès des professionnels.

Ces documents récents (12-11-2012) sont validés et accessibles par l'ensemble des professionnels sur l'intranet. Le matériel utilisé pour l'administration des médicaments à risques est conforme aux exigences selon le type de produit. À ce jour, la pharmacie et la direction des soins n'ont validé aucune politique de déploiement de personnels dédiés et formés à la gestion et au rangement des médicaments dans les unités de soins, et en particulier des médicaments à risques.

E2-EA2 - Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.

En grande partie :

L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est réalisée pour quatre unités d'USLD du site de Saint-Victor (Poséidon 0, Poséidon 1, Poséidon 3 et Athéna 2), soit environ 52 % des lits. Ce contrôle pharmaceutique n'est cependant pas tracé dans le logiciel. Les prescriptions de médicaments transitent par la pharmacie, et sont à la base d'une délivrance nominative bimensuelle.

Pour les trois autres unités d'USLD (Athéna 1, Athéna 3 et Poséidon 2), soit environ 48 % des lits, les traitements sont contrôlés par le pharmacien, sans traçabilité, avec une délivrance globale des médicaments. L'établissement a pour projet de s'orienter vers un mode de délivrance nominative généralisé, grâce à un projet de robotisation de la préparation des médicaments qui devrait être effectif à partir de 2013 dans les nouveaux locaux de la PUI.

E2-EA4 - Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.

Partiellement :

Lorsque l'état cognitif du patient le permet, des conseils sont donnés sur les particularités de bon usage des médicaments, par exemple : prise au cours du repas pour certains médicaments. Certaines situations nécessitant une information du patient ont été identifiées : éducation des patients diabétiques, sous traitement AVK. Cependant, une réflexion globale, permettant d'identifier

l'ensemble des situations ou pathologies nécessitant une information des patients, n'est pas engagée sur l'établissement avec pour chacune d'entre elles la définition d'un objectif et des patients ciblés, le type de médicaments utilisés (bénéfice-risque), l'information à délivrer pendant l'hospitalisation et à la sortie. À ce jour, peu de documents structurés remis aux patients dans

les services de soins sont recensés par le COMEDIMS. Par ailleurs, la traçabilité de l'information délivrée au patient dans son dossier est hétérogène selon les informations délivrées.

E3-EA1 - Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.

Partiellement :

Un seul audit du circuit du médicament portant sur les étapes de préparation et d'administration des médicaments a été réalisé dans deux unités de SLD sur sept en juillet 2011. Une restitution a été présentée en réunion d'encadrement. Cet audit n'a pas été reconduit. Il doit être reprogrammé en 2013.

Cette action d'évaluation apparaît insuffisamment structurée (absence de protocole d'audit, périodicité du recueil d'indicateurs, modalités de restitution institutionnelle aux acteurs concernés,

formalisation des actions d'amélioration et de suivi, etc.). Les armoires à pharmacie font l'objet d'un contrôle régulier par les pharmaciens. Ces contrôles n'ont cependant pas donné lieu à la mise en place d'indicateurs de suivi.

E3-EA2 - Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).

En grande partie :

La COMEDIMS diffuse des recommandations de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux. Par exemple en 2012, recommandations sur l'utilisation des insulines et aiguilles à insuline, seringues préremplies de NaCl 0,9 %, utilisation des HBPM, utilisation des nouveaux anticoagulants oraux.

Suite à l'évaluation de l'antibiothérapie conduite en décembre 2011, la commission des anti-infectieux a proposé des pistes d'amélioration visant à améliorer le bon usage des antibiotiques sur l'établissement, notamment l'élaboration de recommandations spécifiques sur l'utilisation des anti-infectieux (en particulier sur les antifongiques et les

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Garantir l'optimisation du management de la prise en charge médicamenteuse	Evaluation et réajustement des pratiques médicamenteuses

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
M. BELHOUT, Responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, Pharmacien	Groupe médicament, en tant que sous-groupe du COMEDIMS	Direction des soins. Pharmacie à Usage Intérieure. Commission Médicale d'Établissement



Echéancier de réalisation :

E1-EA1 : Réactualisation de la procédure "Circuit du médicament" avec intégration : les modalités de prescription informatisée, les règles spécifiques de prescription par les juniors, les protocoles de prescription pour les médicaments à risque, et certains aspects de la dispensation cités ci-dessus.

Réalisée le : 31/01/2014

E1-EA1 : Diffusion d'une note d'information relative à la gestion des approvisionnements en urgence

Réalisée le : 21/12/2014

E1-EA3: Définition d'une liste de médicament à risque par la COMEDIMS

Réalisée le : 30/09/2014

E1-EA3: Formalisation d'une politique de déploiement de référents médicament soignants dans les unités de soins

Réalisée le : 15/01/2015

E2-EA1 : Mise en place d'une mission d'appui relative à l'organisation de la PUI.

Actions en cours :

Échéance de réalisation : 02/02/2015

E2-EA2 : Recensement par la COMEDIMS et auprès des cadres de santé des documents d'information remis aux patients relatifs au bon usage des médicaments.

Actions en cours :

Échéance de réalisation : 15/02/2015

E2-EA3 : Mise en place d'un groupe de réflexion relatif à la dispensation nominative

Réalisée le : 31/08/2014

E2- EA2 : Information lors de la semaine sécurité patient avec diffusion de flyers relative à la gestion médicamenteuse

Réalisée le : 24/11/2014

E2-EA2 : Mise à jour du livret d'accueil avec information sur le traitement personnel

Réalisée le : 09/02/2015

E3-EA1 : Réalisation de l'audit ANAP

Action réalisée courant Mai 2014.

E3-EA1: Suite à l'audit ANAP, mise en place d'un plan d'actions priorisant les actions autour du personnel et de l'analyse pharmaceutique

Échéance de réalisation : fin du 1er semestre 2015

E3-EA3 : Intégration des objectifs qualité dans les contrats de pôle concernant le médicament

Actions en cours :  
Échéance de réalisation : 30/04/2015

Modalités d'évaluation :

E3-EA1-Programme de reconduction de l'audit ANAP dans les secteurs de SLD :  
Action réalisée le : 30/06/2014

Mise en place d'indicateurs de suivi à l'issue des contrôles d'armoires à pharmacie.  
Actions en cours :  
Échéance de réalisation : 28/06/2013

E3- EA1: Réalisation d'auto-évaluations soignantes des bonnes pratiques liées aux médicaments  
Action réalisée le : 20/04/2014

E3-EA2-Développer les évaluations de pratiques professionnelles relatives à la pertinence des prescriptions  
Actions en cours :  
Échéance de réalisation : 31/01/2013

E3-EA2-Mise en place d'une évaluation de pratiques professionnelles ouverture des gélules et transformation d'un médicament  
Action en cours.  
Échéance de réalisation : 02/02/2015

E1-EA1-Évaluation annuelle de la procédure Circuit du médicament  
Action réalisée le : 02/01/2015

E3-EA1-Audit ponctuel par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.  
Actions en cours :  
Échéance de réalisation : 02/11/2015

E3-EA1: suite à l'audit ANAP, poursuite des travaux avec priorisation des secteurs à risque Réanimations, blocs-opératoires, urgences, Soins-Continus, Soins-Intensifs  
Action prévue pour 01/06/2015

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Indicateurs et actions mis en place avec état des lieux du groupe médicament réalisé à la COMEDIMS une fois par an: validation du bilan et du programme à venir.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.  
Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

# PLAN D'ACTION

CHAPITRE 2 : Prise en charge du patient

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Soins de suite et/ou de réadaptation : Prise en charge médicamenteuse du patient

Titre du projet d'amélioration:

Optimisation de la gestion de la Prise en Charge médicamenteuse.

Problématique:

E1-EA1 - Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

En grande partie :

Les règles générales de prescription sont formalisées dans le cadre de la procédure « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient » diffusée le 12 novembre

2012. Cependant, ce document ne précise pas les modalités de prescription informatisée, les règles spécifiques de prescription par les juniors. Il ne fait pas référence par ailleurs à des protocoles de prescription pour les médicaments à risque. Les supports de prescription sont définis et en place. Pour 100 % des lits le support unique de prescription/administration est informatisé dans le logiciel.

E1-EA3 - Les modalités, assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, sont définies.

Partiellement :

Les modalités de dispensation des médicaments sont définies dans le cadre de la procédure « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient », diffusée le 12 novembre 2012. Cette procédure, dictant les bonnes pratiques en matière de dispensation, sera généralisée à l'ensemble des unités dans le cadre de l'installation de l'établissement sur le monosite (regroupement prévisionnel des quatre sites actuels entre 2014 et 2016). Cependant, cette procédure dicte des règles de bonnes pratiques et non pas toujours les règles d'organisation actuelles (ex. « la chaîne du froid doit être respectée » ou « la livraison des produits de santé sera programmée à partir de la pharmacie »).

De plus, le système de délivrance globale est prépondérant, et implique une analyse pharmaceutique effective que pour 24 % des lits.

Cette procédure dicte les règles pour :

- l'analyse pharmaceutique des prescriptions dans le logiciel retenu par l'établissement ;
- la délivrance des médicaments (dispensation journalière nominative, dispensation reglobalisée, dispensation globale) ;
- l'acheminement des médicaments vers les unités de soins. La procédure générale renvoie à des documents spécifiques, précisant les règles de dispensation pour les MDS, les stupéfiants, les antibiotiques à dispensation contrôlée, les médicaments en sus de la T2A. Une procédure visant les services de rhumatologie et d'ORL, actuellement seuls services en dispensation nominative pour

l'ensemble du traitement, décrit les étapes pour les deux services concernés.

Néanmoins, certains aspects de la dispensation ne sont pas évoqués dans la procédure « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient », soit :

- l'approvisionnement en urgence en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie ;
- le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur identification jusqu'au moment de l'administration ;
- le respect de la chaîne du froid des médicaments lors des transports, leur conservation et stockage dans les unités ;
- l'information et les conseils aux utilisateurs ;
- la réponse aux demandes urgentes de médicaments ;
- l'optimisation des stocks à la PUI et dans les unités de soins.

Une garde d'interne en pharmacie est assurée sur la pharmacie de l'hôpital Nord en dehors des heures d'ouverture. Les professionnels non habilités n'accèdent pas à la pharmacie en l'absence de cet interne.

Les dotations sont établies par service incluant un stock d'urgence, hormis sur le site de Saint-Vincent (constat lors des visites des services de SSR gériatrique et MPR enfants).

Les services se dépannent en cas de besoins.

- Le transport des médicaments vers les unités de soins est sécurisé dans des containers identifiés, équipés de scellés. Le circuit des stupéfiants est sécurisé.

- Le conditionnement unitaire des médicaments préconisés jusqu'à l'administration est organisé. Durant les parcours, aucun médicament déconditionné n'a été observé dans les piluliers des chariots de distribution des médicaments dans les services visités.

- La chaîne du froid est respectée lors des transports, conservation et stockage de médicaments. Des sachets isothermes sont prévus dans les bacs de transport. Chaque unité dispose d'un réfrigérateur dédié aux médicaments, dans les unités de soins visitées avec contrôle régulier des températures.

E1-EA4 - Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.

En grande partie :

Les règles d'administration des médicaments sont précisées dans la procédure générale « Circuit du médicament : de la prescription médicale à l'administration au patient ». Une fiche technique spécifique formalise les règles de préparation et d'administration des médicaments injectables.

Un certain nombre de protocoles d'administration existent : protocoles d'administration pour l'insuline, la morphine, les antibiotiques injectables. Une réflexion doit être engagée au niveau du COMEDIMS pour valider une liste des médicaments à risque pour lesquels des recommandations seront validées et diffusées auprès des professionnels. Ces documents récents (12 novembre 2012) sont validés et accessibles par l'ensemble des professionnels sur l'intranet. Le matériel utilisé pour l'administration des médicaments à risque est conforme aux exigences selon le type de produit.

À ce jour, la pharmacie et la direction des soins n'ont validé aucune politique de déploiement de personnels dédiés et formés à la gestion et au rangement des médicaments dans les unités de soins, et en particulier des médicaments à risques.

E2-EA2 - Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.

En grande partie :

L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est réalisée pour les trente et un lits de SSR du site de Saint-Victor, sans cependant être tracée dans le logiciel exploité. Les prescriptions de médicaments transitent par la pharmacie et sont à la base d'une délivrance reglobalisée. Les soixante-douze lits de SSR du site de Saint-Vincent ne font pas l'objet d'une analyse pharmaceutique des prescriptions, et donnent lieu à une délivrance globale. L'établissement a pour projet de s'orienter vers un mode de délivrance nominative généralisé, grâce à un projet de robotisation de la préparation des médicaments qui est prévu à partir de 2013 dans les nouveaux locaux de la PUI.

E2-EA4 - Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.

Partiellement :

Lorsque l'état cognitif du patient le permet, des conseils sont donnés sur les particularités de bon usage des médicaments (ex. : prise au cours du repas pour certains médicaments). Certaines situations nécessitant une information du patient ont été identifiées : éducation des patients diabétiques, sous traitement AVK. Cependant, une réflexion globale, permettant d'identifier l'ensemble des situations ou pathologies nécessitant une information des patients, n'est pas engagée sur l'établissement avec pour chacune d'entre elles la définition d'un objectif et des patients ciblés, le type de médicaments utilisés (bénéfice/risque), l'information à délivrer pendant l'hospitalisation et à la sortie.

À ce jour, peu de documents structurés remis aux patients dans les services de soins sont recensés par le COMEDIMS. Par ailleurs, la traçabilité de l'information délivrée au patient dans son dossier est hétérogène selon les informations délivrées.

E3-EA1 - Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.

Partiellement :

Un seul audit du circuit du médicament portant sur les étapes de préparation et d'administration des médicaments a été réalisé dans deux unités de SSR sur cinq en juillet 2011.

Une restitution a été présentée en réunion d'encadrement. Cet audit n'a pas été reconduit. Il doit être reprogrammé en 2013.

Cette action d'évaluation apparaît insuffisamment structurée (absence de protocole d'audit, périodicité du recueil d'indicateurs, modalités de restitution institutionnelle aux acteurs concernés,

formalisation des actions d'amélioration et de suivi, etc.). Les armoires à pharmacie font l'objet d'un contrôle régulier par les pharmaciens. Ces contrôles n'ont cependant pas donné lieu à la

mise en place d'indicateurs de suivi. Par ailleurs, un outil d'auto-évaluation et de gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients proposé par l'ANAP est en cours de déploiement (seul le SSR du site de Saint-Victor y a participé à ce jour). Il n'a pas encore donné lieu à l'analyse des résultats obtenus.

E3-EA2 - Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).

En grande partie :

La COMEDIMS diffuse des recommandations de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux

(ex. : en 2012, recommandations sur l'utilisation des insulines et aiguilles à insuline, seringues préremplies de NaCl 0,9 %, utilisation des HBPM, utilisation des nouveaux anticoagulants oraux).

Suite à l'évaluation de l'antibiothérapie conduite en décembre 2011, la commission des anti-infectieux a proposé des pistes d'amélioration visant à améliorer le bon usage des antibiotiques sur l'établissement, notamment l'élaboration de recommandations spécifiques sur l'utilisation des anti-infectieux (en particulier sur les antifongiques et les carbapénèmes), ainsi que la mise à jour du référentiel antibiogarde. À ce jour, ce travail n'est pas mis en oeuvre. Par ailleurs, un seul programme d'EPP est en cours sur l'évaluation de la pertinence de prescriptions

## Résultats attendus

### Objectifs intermédiaires

Garantir l'optimisation du management de la prise en charge médicamenteuse

### Objectifs ultimes

Evaluation et réajustement des pratiques médicamenteuses

## Responsabilités

### Chef de projet

M. BELHOUT, Responsable du management de la prise en charge médicamenteuse,  
Pharmacien

### Equipe de réalisation

Groupe médicament, en tant que sous-groupe  
du COMEDIMS

### Personnes ressources

Direction des soins.  
Pharmacie à Usage Intérieure.  
CME

Echéancier de réalisation :

E1-EA1 : Réactualisation de la procédure "Circuit du médicament" avec intégration : les modalités de prescription informatisée, les règles spécifiques de prescription par les juniors, les protocoles de prescription pour les médicaments à risque, et certains aspects de la dispensation cités ci-dessus.

Réalisée le : 31/01/2014

E1-EA1 : Diffusion d'une note d'information relative à la gestion des approvisionnements en urgence

Réalisée le : 21/12/2014

E1-EA3: Définition d'une liste de médicament à risque par la COMEDIMS

Réalisée le : 30/09/2014

E1-EA3: Formalisation d'une politique de déploiement de référents médicament soignants dans les unités de soins

Réalisée le : 15/01/2015

E2-EA1 : Mise en place d'une mission d'appui relative à l'organisation de la PUI.

Actions en cours :

Échéance de réalisation : 02/02/2015

E2-EA2 : Recensement par la COMEDIMS et auprès des cadres de santé des documents d'information remis aux patients relatifs au bon usage des médicaments.

Actions en cours :

Échéance de réalisation : 15/02/2015

E2-EA3 : Mise en place d'un groupe de réflexion relatif à la dispensation nominative

Réalisée le : 31/08/2014

E2- EA2 : Information lors de la semaine sécurité patient avec diffusion de flyers relative à la gestion médicamenteuse

Réalisée le : 24/11/2014

E2-EA2 : Mise à jour du livret d'accueil avec information sur le traitement personnel

Réalisée le : 09/02/2015

E3-EA1 : Réalisation de l'audit ANAP

Action réalisée courant Mai 2014.

E3-EA1: Suite à l'audit ANAP, mise en place d'un plan d'actions priorisant les actions autour du personnel et de l'analyse pharmaceutique

Échéance de réalisation : fin du 1er semestre 2015

E3-EA3 : Intégration des objectifs qualité dans les contrats de pôle concernant le médicament

Actions en cours :



Échéance de réalisation : 30/04/2015

Modalités d'évaluation :

E3-EA1-Programme de reconduction de l'audit ANAP dans les secteurs de SLD :  
Action réalisée le : 30/06/2014

Mise en place d'indicateurs de suivi à l'issue des contrôles d'armoires à pharmacie.  
Actions en cours :  
Échéance de réalisation : 28/06/2013

E3- EA1: Réalisation d'auto-évaluations soignantes des bonnes pratiques liées aux médicaments  
Action réalisée le : 20/04/2014

E3-EA2-Développer les évaluations de pratiques professionnelles relatives à la pertinence des prescriptions  
Actions en cours :  
Échéance de réalisation : 31/01/2013

E3-EA2-Mise en place d'une évaluation de pratiques professionnelles ouverture des gélules et transformation d'un médicament  
Action en cours.  
Échéance de réalisation : 02/02/2015

E1-EA1-Évaluation annuelle de la procédure Circuit du médicament  
Action réalisée le : 02/01/2015

E3-EA1-Audit ponctuel par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.  
Actions en cours :  
Échéance de réalisation : 02/11/2015

E3-EA1: suite à l'audit ANAP, poursuite des travaux avec priorisation des secteurs à risque Réanimations, blocs-opératoires, urgences, Soins-Continus, Soins-Intensifs  
Action prévue pour 01/06/2015

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Indicateurs et actions mis en place avec état des lieux du groupe médicament réalisé à la COMEDIMS une fois par an: validation du bilan et du programme à venir.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.  
Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Développer la mise en œuvre des RMM et RCP dans les secteurs concernés

Problématique:

E1-EA1 - Les différents secteurs d'activité clinique ou médicotechnique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.

En grande partie.

E1-EA2 - Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

Partiellement :

La commission EPP a élaboré un modèle de règlement intérieur des RMM qui a été présenté à l'ensemble des services. Ce document précise les modalités d'organisation : responsabilités, périodicité, sélection des cas, déroulement des réunions, traçabilité, archivage, actions menées et modalités de suivi. Les différents services concernés par les RMM sont engagés de manière très variable. Le secteur d'anesthésie-réanimation, par exemple, a formalisé ses règles de tenue des RMM, et assure un bilan annuel depuis plusieurs années. D'autres services, engagés très récemment, en chirurgie par exemple, n'ont pas validé leurs règles de fonctionnement ni prévu le suivi des actions d'amélioration identifiées.

E1-EA3 - Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.

Partiellement :

Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » et de sa valeur de 40 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [28 %-52 %] pour la campagne de recueil 2011.

E2-EA1 - Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.

En grande partie.

E2-EA2 - L'engagement des professionnels est effectif.

Partiellement.

E3-EA1 - Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.

En grande partie.

E3-EA2 - Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place, afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.

Partiellement.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Étendre le champ d'actions de la commission EPP aux EPP, RMM et RCP	Assurer la mise en oeuvre d'une politique de management des EPP/RMM au CHU

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Commission EPP	Professeur GANRY, chef de service épidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique. Murielle LEGGERI-LEGRIS, cadre supérieur du pôle DRIME Dr Yves JOUCHOUX, coordonnateur de la gestion des risques	Equipe qualité gestion des risques CME

Echéancier de réalisation :

<p>E1-EA3- Présentation d'un état des RCP à chaque 3C (bimensuel) avec envoi des numéros de dossiers présentant des anomalies à chaque responsable RCP concerné Action réalisée courant 2014</p> <p>E3-EA2- Développement d'un outil de suivi des EPP / RMM sur le CHU : Acquisition du logiciel AP<sup>2</sup> Action réalisée</p> <p>E2-EA2- Information des chefs de service, via la présidence de CME, de la nécessité de RMM et la centralisation des CR associés. Réalisée 2ème semestre 2014.</p> <p>E2-EA3- Information de l'encadrement médical et soignant de la prochaine campagne de recueil de l'indicateur RCP : dates de recueil, modalités d'évaluation, période sur laquelle seront tirés au sort les dossiers. Réalisée 1er semestre 2014</p> <p>E3-EA1- Formation à la méthode RMM des services. Action en cours (formation de plusieurs secteurs)</p> <p>E3-EA2- Développement des priorités institutionnelles EPP Action prévue courant juin 2015</p>
--

Modalités d'évaluation :

E3-EA1- Audit de dossiers RCP en cours de finalisation par le Dr Gignon et M. Votte (Président du centre de coordination en cancérologie).  
Réalisée 1er semestre 2015

E3-EA1- Mise en place d'un audit continu des RCP suivant les mêmes critères que l'INCa pour tous les nouveaux patients bénéficiant d'une chimiothérapie  
Action à réaliser courant 2015

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des actions lors des commissions EPP.  
Inscription des actions au PAQSS.

Validation institutionnelle:

Présentation de l'état d'avancement des actions en Comité Stratégique Qualité.  
Inscription des actions du groupe dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel

Planification des revues de projet:

Rencontre régulière du Comité Stratégique Qualité.  
Évaluation annuelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins