



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE
CERTIFICATION
C.H.I. DE L'OUEST VOSGIEN**

**1280, avenue Division Leclerc
88307 NEUFCHATEAU**

JUIN 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	11

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

2.1 La caractérisation générale qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

2.2 Les résultats de l'établissement :

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	
Adresse	1280, avenue division leclerc 88307 Neufchateau
Département / région	VOSGES / CHAMPAGNE-ARDENNE/LORRAINE/ALSACE
Statut	Centre Hospitalier
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	540021235	GCS TELESANTE LORRAINE	6 allée de longchamp 54600 VILLERS LES NANCY
Entité juridique	880007299	CHI DE L'OUEST VOSGIEN	1280 avenue de la division leclerc Bp 249 88307 NEUFCHATEAU
Etablissement de santé	880788773	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE CENTRE HOSPITALIER DE VITTEL	191 av maurice barres 88800 Vittel
Etablissement de santé	880000070	CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	191 avenue maurice barres Bp 129 88804 Vittel
Etablissement de santé	880000054	CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	1280, avenue division leclerc Bp 249 88307 Neufchateau

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	30	/	4
MCO	Gyneco-Obstétrique	15	/	/
MCO	Médecine	132	15	/
SLD	SLD	30	/	/

SSR	SSR	134	10	/
-----	-----	-----	----	---

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	/
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Cf. Fiche Interface
Regroupement / Fusion	Fusion des hôpitaux de Neufchâteau et de Vittel le 1er janvier 2013.
Arrêt et fermeture d'activité	Octobre 2012 : suspension de la pratique thérapeutique de chirurgie des cancers digestifs.
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement avec obligation d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
Droits des patients
Dossier patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient en endoscopie

Recommandations d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
Gestion du système d'information

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

4. 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.

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
PRISE EN CHARGE
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS

2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

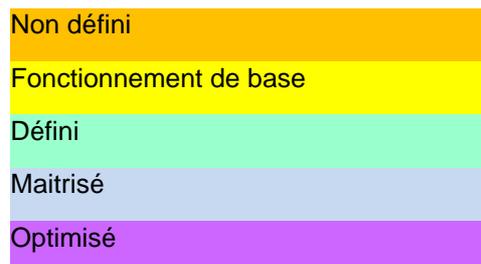
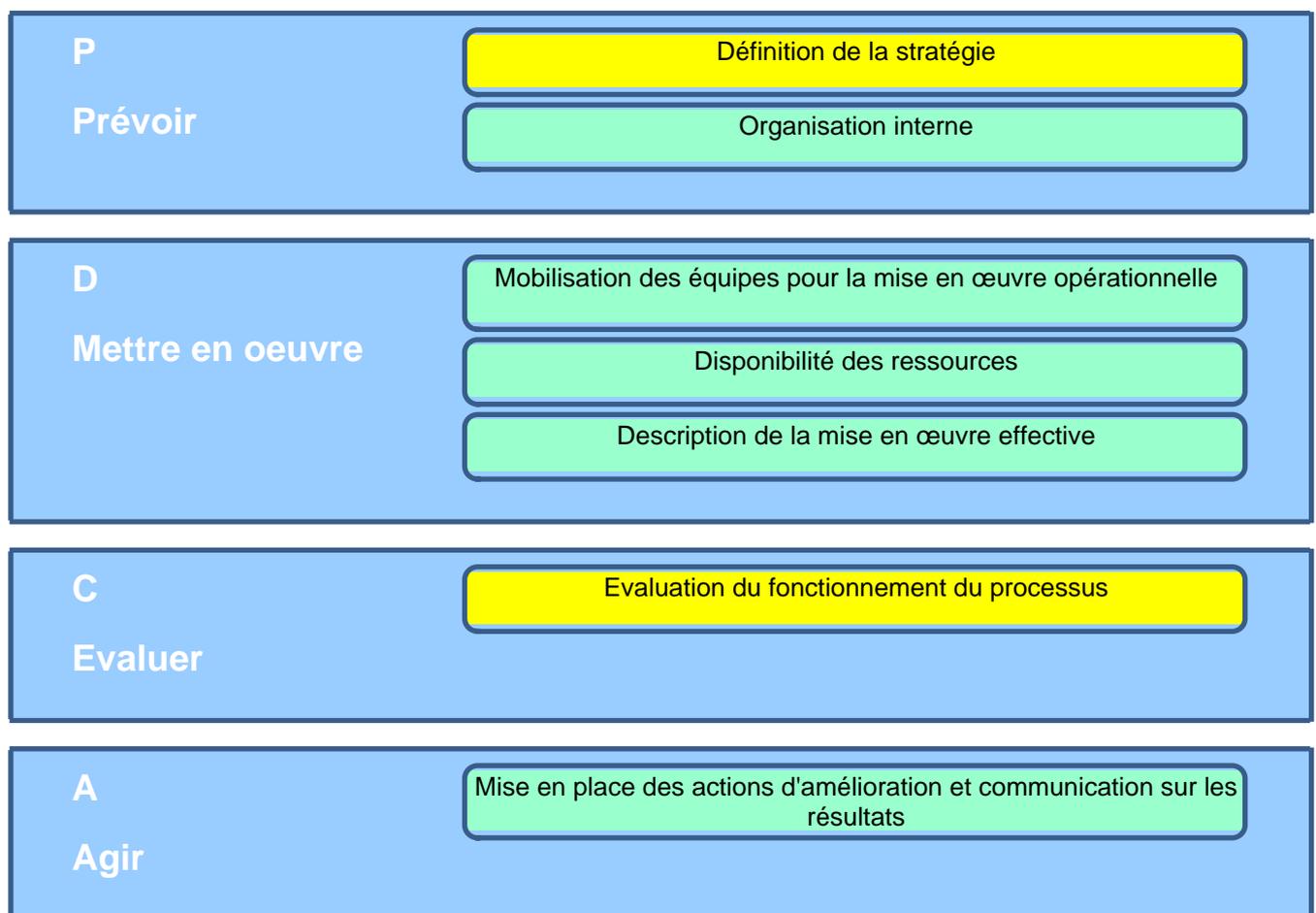
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les locaux de la PUI du site de Neufchâteau sont situés au rez de chaussée du bâtiment principal. La PUI du site de Vittel est localisée au sous-sol du bâtiment "Beau Site". Une stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) du patient est formalisée et validée par les instances du CHOV. Elle est intégrée au programme qualité-gestion des risques de l'établissement, validé par les instances en décembre 2014. Les moyens nécessaires permettant sa mise en œuvre sont identifiés. Cette stratégie repose sur un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) et un Manuel d'Assurance Qualité (MAQ) de la PECM uniques intégrant les spécificités des sites de Neufchâteau et de Vittel et, en particulier, celles relatives au sujet âgé. Pour l'élaboration de sa stratégie, l'établissement a notamment exploité les résultats des indicateurs IQSS et du CBUM, les évaluations des pratiques professionnelles, les analyses des événements indésirables ainsi que les résultats de la visite initiale V2014 de janvier 2015 et de l'inspection de l'ARS de décembre 2015. Néanmoins, cette stratégie ne repose pas encore sur une démarche d'identification structurée des risques qui lui permettrait la hiérarchisation et la priorisation des plans d'actions associés. A la suite de la décision de la HAS, l'établissement a réalisé une "Revue de processus" qui lui a permis de formaliser la description complète de son circuit de prise en charge médicamenteuse du patient. Cette revue de processus a été réalisée sur les deux PUI et sur tous les secteurs d'activité des deux sites du CHOV en concertation avec les professionnels concernés. Sur la base d'un recensement de tous les dysfonctionnements du circuit du médicament, le CHOV a identifié quatre principaux axes de travail : 1- Promotion du Bon Usage du Médicament; 2- Prévention des risques associés à chaque étape de la PECM dans les populations à risques; 3- Analyse des erreurs médicamenteuses; 4- Amélioration de l'évaluation de la PECM. Ces travaux ont conduit à l'élaboration des plans d'actions d'amélioration pour lesquels des pilotes ont été désignés et un échéancier défini.

ORGANISATION INTERNE

Le CHOV a mis en place une organisation interne permettant de piloter le processus. Les instances réglementaires en lien avec le médicament sont en place : Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS), Commission des Anti-infectieux et Commission Locale des Gaz (CLG). Les organigrammes des deux PUI sont formalisés, validés par les instances et diffusés. Chaque professionnel dispose d'une fiche de fonction. Un responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ) et un cadre sont désignés pour les deux sites. Leurs missions et leurs responsabilités sont définies. Pour chaque service, un pharmacien, un préparateur et une IDE sont nommés référent PECM. Un Manuel Qualité décrit l'ensemble du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et, en particulier, celles relatives au sujet âgé ainsi que les responsabilités, les formations et la pharmacovigilance. Il inclut le fonctionnement de l'Unité Centralisée de Préparation des Chimiothérapies placée sous la responsabilité d'un pharmacien. Un livret thérapeutique, disponible pour tous, recense les médicaments et dispositifs médicaux disponibles. Les ressources humaines (quantitatives et qualitatives) nécessaires au fonctionnement du processus de PECM sont identifiées. Cependant, elles ne répondent pas complètement aux objectifs que l'établissement s'est fixés pour sécuriser le circuit du médicament. Dans la volonté de mettre en place un pilotage commun aux deux sites (RSMQ et cadre commun), le temps d'encadrement dédié au site de Vittel n'est pas en adéquation avec les besoins d'accompagnement des professionnels. Un dispositif structuré de gestion documentaire institutionnel intégrant les procédures définies et formalisées est mis en place à toutes les étapes de la prise en charge du patient de l'entrée à sa sortie y compris lors des transferts. Les outils d'aides à la prescription selon les données de référence et d'administration, actualisés et validés sont mis à la disposition des prescripteurs. La filière d'élimination pour les déchets cytotoxiques est identifiée.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Une Revue de processus mensuelle PECM est organisée pour chaque service des deux sites; une IDE référente médicament, un pharmacien et un préparateur référents sont nommés. L'encadrement s'assure régulièrement de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues au travers d'audits réalisés sur la sécurisation de la prise en charge des patients en particulier

dans le domaine du médicament. Une attention particulière est portée sur les populations à risques telles que les personnes âgées. Il en est de même pour la prescription, la préparation et l'administration des médicaments considérées comme à haut risque ou à marge thérapeutique étroite.

Des actions régulières de communication et de sensibilisation au risque d'erreurs médicamenteuses sont organisées à destination des instances (CME/COVIRISQ/CSIRMT), de l'encadrement (Journée Encadrement Qualité/JEQ), des référents (Journée Référent), des services (informations sur EI/CREX/RMM, les 5B, et le circuit du médicament) et des professionnels (Journal interne diffusé à tous les agents avec la feuille de paye) ainsi que lors de la semaine Sécurité Patient (Chambre des erreurs).

Le management a mis en place une organisation pour favoriser et valoriser le signalement interne des EI (charte de non sanction), des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la PECM dans tous les secteurs d'activité ainsi que de l'importance du retour d'expérience (mise en place de CREX sur chaque site et dans chaque pôle pour le site de Neufchâteau). Un système de déclaration des événements indésirables (EI) intégrant les erreurs médicamenteuses est en place et accessible aux professionnels.

Des actions correctives sont identifiées au cours de la Revue de processus mensuelle avec les professionnels concernés. Cependant, les autres professionnels ne sont pas systématiquement informés des résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les fiches de poste définissant les missions des professionnels sont diffusées et connues. La formation des nouveaux arrivants est assurée.

La continuité de la PECM est assurée par un système de permanence sur place dans la journée et la nuit, le week-end et les jours fériés par une astreinte sur le site de Neufchâteau. Le site de Vittel n'a pas d'astreinte pharmaceutique mais le recours à un pharmacien est organisé conformément à une procédure de demande de produits pharmaceutiques en dehors des heures d'ouverture de la PUI.

Les PUI des deux sites sont installées dans des locaux adaptés, dimensionnés aux besoins de l'activité et sécurisés (porte à code, alarme). L'Unité Centralisée de Préparation des Chimiothérapie est intégrée dans la PUI du site de Neufchâteau. Les locaux sont conformes aux normes requises. Les produits cytotoxiques sont détenus et stockés dans l'UCPC dans des armoires ventilées. La gestion des stocks est organisée et opérationnelle. Les professionnels sont formés sur les pratiques spécifiques de gestion et de bonnes pratiques de préparation.

L'entreposage des dispositifs médicaux (DM et DMI) et des solutés est assuré dans les conditions préconisées par les fournisseurs et selon les règles établies par la PUI.

Dans les services de soins, les ressources matérielles (locaux et équipements) sont adaptées et entretenues (armoires de pharmacie fermant à clef, chariot à médicaments sécurisés, réfrigérateurs avec traçabilité des températures, chariots d'urgence scellés, coffre à stupéfiant sécurisés). La fermeture des locaux, armoires de rangement ou chariots est assurée.

L'informatisation des lits est, au moment de la visite de suivi, de 100 % sur le MCO et de 62 % pour l'ensemble du CHOV.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse (commande, prescription, administration) est, au moment de la visite, déployée et effectivement utilisée par tous les professionnels sur l'ensemble du site de Neufchâteau y compris aux Urgences. Sur le site de Vittel, le module de commande des médicaments est opérationnel et les autres fonctions seront mises en route dès la fin des formations des professionnels programmées pour la fin février 2016. En attendant, les professionnels continuent d'utiliser un autre logiciel permettant seulement la prescription et nécessitant une édition papier pour permettre la traçabilité de l'administration. L'informatisation complète de la PECM devrait être opérationnelle à partir de mars 2016.

Par ailleurs, un module « conciliation médicamenteuse » développé dans le logiciel institutionnel est en cours de test. Un logiciel spécifique est utilisé pour les prescriptions de chimiothérapies.

Les ressources documentaires utiles à l'activité des professionnels sont mises à leur disposition via le système documentaire institutionnel. Elles comprennent des documents institutionnels de référence ainsi que des procédures opérationnelles et des outils d'aide à la prescription (Livret thérapeutique, livret d'équivalence, etc.) et à l'administration, actualisés et validés.

Le livret thérapeutique intègre des conseils pour la prescription et l'administration des médicaments y compris ceux pouvant ou non être écrasés. Les médicaments à risque sont identifiés.

Des documents à destination des patients sont proposés. Ils concernent principalement les AVK et l'éducation thérapeutique des patients diabétiques.

Le circuit des fluides médicaux conditionnés est également organisé, y compris en cas d'urgence, et tracé. Les niveaux des stocks des fluides médicaux en vrac (oxygène, protoxyde d'azote) font l'objet d'une télésurveillance et d'un télé-jaugeage par le fournisseur avec un report d'alarme.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les deux PUI réalisent l'approvisionnement, la détention, le stockage, la dispensation, la délivrance des médicaments ainsi que des dispositifs médicaux stériles et non stériles. Elles assurent également, aux heures ouvrables, la rétrocession des médicaments.

L'Unité Centralisée de Préparation des Cytotoxiques (UCPC) est rattachée et située dans la PUI du site de Neufchâteau. Elle réalise les opérations de détention, de stockage, de dispensation, de préparation et de

délivrance des cytotoxiques.

La liste des prescripteurs habilités est régulièrement mise à jour et diffusée aux PUI, les identifiants et mot de passe sont définis par prescripteurs. Une procédure dégradée est disponible, en cas de panne informatique, dans les services et est connue des professionnels.

L'évaluation initiale des patients permet d'identifier les profils justifiant d'une aide à l'administration.

La gestion du traitement personnel du patient est prise en compte et les situations dans lesquelles il peut être utilisé sont définies. Ce traitement est réévalué à l'entrée dans le service et lors de la sortie. Les médicaments personnels sont séquestrés pendant l'hospitalisation et ne sont rendus que ceux figurant sur l'ordonnance de sortie (les autres sont envoyés à la PUI pour destruction).

La prescription médicale respecte les bonnes pratiques. Les traitements sont régulièrement réévalués. Une réévaluation des antibiotiques est assurée à 48-72 heures.

Sur les deux sites, la validation pharmaceutique a priori intégrant le traitement personnel du patient est effective et opérationnelle. Les pharmaciens disposent d'un accès informatique au dossier des patients ainsi qu'aux résultats d'imagerie et de biologie.

La délivrance des médicaments est assurée par l'intermédiaire de commandes informatisées réalisées pour chaque service des sites de Neufchâteau et de Vittel sur des dotations validées et régulièrement mises à jour.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation et de la livraison des médicaments de la pharmacie aux secteurs d'activité sont respectées. Il existe des spécificités concernant les modalités d'approvisionnement, de transport et de traçabilité des médicaments dérivés du sang, des stupéfiants, des produits de la chaîne du froid, des molécules hors T2A et des produits à dispensation nominative et/ou contrôlée.

Le transport des médicaments et des DM/DMI vers les services de soins est assuré par les professionnels dans des contenants assurant l'hygiène, la sécurité et la confidentialité.

Des conseils et informations sont, le cas échéant, apportées aux services par les pharmaciens et les préparateurs soit via le système d'information institutionnel soit directement.

Dans la plupart des services du CHOV, l'administration des médicaments est réalisée à l'aide de piluliers dont la préparation est journalière ou hebdomadaire. La préparation des piluliers est réalisée à la PUI par un préparateur puis validée par un pharmacien. Le contrôle ultime est assuré par l'IDE. L'administration des médicaments est assurée conformément aux procédures internes. La traçabilité de la prise des médicaments par les patients est assurée en temps réel et les non administrations sont tracées et argumentées.

La réception dans les services est placée sous le contrôle de l'IDE. Le rangement des produits dispensés dans les armoires de dotation permet une identification fiable des produits de santé avec un étiquetage conforme et une séparation entre les différents produits et dosages. Les médicaments restent identifiables jusqu'au moment de leur administration. Les médicaments à risque font l'objet d'une signalisation spécifique. Ce rangement est effectué par une IDE ou par un préparateur lorsque le réapprovisionnement de l'armoire de service est réalisé à la PUI.

La gestion des rétrocessions est organisée avec un circuit patient spécifique et l'indication des horaires d'ouverture.

La mise à disposition d'un bureau dédié assure la confidentialité et le respect du secret professionnel.

Les PUI n'ont pas d'agrément pour réaliser des préparations hospitalières mais elles fabriquent quelques préparations magistrales et officinales. Ces préparations suivent des protocoles validés assurant la traçabilité des matières premières.

Les interfaces entre la pharmacie et les différents secteurs d'activités du CHOV sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de ses actions. Des indicateurs (conformité des prescriptions), tableaux de bord, bilan d'activité, sont construits dans le cadre du CBUM, des indicateurs IQSS, de résultats d'audits (dossiers, antibiothérapie, antibioprofylaxie, armoire de service, administration du médicament). L'utilisation des antibiotiques, l'administration des médicaments, la réalisation des piluliers à la PUI, la prescription des AVK ont fait l'objet d'une Évaluation des Pratiques Professionnelles.

Cependant, il n'existe pas encore de dispositif structuré d'évaluation périodique de l'ensemble du processus de prise en charge médicamenteuse. Des actions d'évaluations sont réalisées mais ne permettent à l'établissement de s'assurer qu'il atteint ses objectifs sur l'ensemble du processus de prise en charge médicamenteuse. Il n'a pas défini des indicateurs de suivi sur l'ensemble du processus. La périodicité des revues du processus est définie mais pas celles des évaluations et l'établissement ne possède pas d'outil lui permettant de centraliser l'ensemble de ses résultats d'évaluation ce qui ne lui permet pas encore de s'appuyer sur ses résultats pour ajuster ses actions d'amélioration.

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Le CHOIV met en place des actions d'amélioration qui sont intégrées et articulées avec le programme d'action institutionnel.

Le programme d'action de la PECM fait l'objet d'un suivi. Il est articulé avec le PAQSS de l'établissement.

Une communication est assurée en Revue de processus, aux Journées Qualité, en COMEDIMS et en CME.

L'information est relayée aux professionnels par différents vecteurs.