

CERTIFICATION V 2014
IPAQSS

Amélioration de la qualité
et de la sécurité
des prises en charge thérapeutiques

Etat des lieux régional



> Organigramme

- > Comité stratégique
- > Anti-infectieux
- > Anticancéreux
- > Assurance qualité
- > Dialyse
- > Dispositifs médicaux
- > Douleur
- > HAD
- > Gériatrie



- REX V 2010 et EIO (éléments d'investigation obligatoires) *(HAS-sept 2015)*
- Résultats V 2014 (34 éts région Centre Val de Loire)
- Rapports HAS et extractions régionales
 - Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2) en MCO, SSR et SLD
 - Dossier du patient en MCO, SSR, Santé mentale, HAD
 - Dossier d'anesthésie en MCO
 - Réunion concertation pluridisciplinaire en MCO
 - Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en MCO
- Hôpital numérique

Des situations à
risque grave et
immédiat

V 2010



Des éléments
d'investigation
obligatoires (EIO)

V 2014



Produits de santé

- **Situations V2010, à risque grave et immédiat** pour la sécurité des patients et/ou des professionnels de santé

- **Les éléments d'investigation obligatoires (EIO)** = points de passage obligés visant à garantir que chaque thématique est investiguée identiquement, sous tous ses angles, par tout expert-visiteur, dans tout établissement.
 - Obligatoirement investigués par l'expert-visiteur
 - Mention systématique dans le rapport
 - Conformité (points structurants, facteurs-clefs du bon fonctionnement d'un processus)
 - Ecart (points encore insuffisamment maîtrisés)

SITUATIONS A RISQUES OBSERVEES EN V2010 :

Absence de réunions de concertation pluridisciplinaires dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.

EIO

- Démarche **d'évaluation des risques a priori** appropriée, opérationnelle, permettant la **hiérarchisation des risques** et la détermination des modalités de leur traitement.
- Dispositif de gestion des événements indésirables approprié et opérationnel permettant une **analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés**
- **Coordination** des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques.
- Organisation permettant le déploiement et la mise en oeuvre de démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels (notamment RMM et RCP dans les secteurs concernés).

EIO

- **Organisation** pour promouvoir le bon usage des antibiotiques : moyens mobilisés, outils diffusés, actions mises en oeuvre, dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques, etc.
- **Formation** périodique des professionnels au bon usage des antibiotiques.
- **Traçabilité** dans le dossier patient, de la **réévaluation de l'antibiothérapie** entre la 24e et la 72e heure.
- **Évaluations** périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de **bon usage des antibiotiques**, notamment à l'aide d'indicateurs.

Les EIO « Parcours du patient »

SITUATIONS A RISQUES OBSERVEES EN V2010

- Définition de règles de présence et d'un système de gardes et astreintes afin d'assurer la permanence des soins 24h/24
- Défaut d'organisation de la permanence / continuité des soins médicale, paramédicale ou pharmaceutique
- Chariot d'urgence non opérationnel

EIO

- Définition de règles de présence et d'un système de gardes et astreintes afin d'assurer la permanence des soins 24h/24
- Dispositif adapté de prise en charge des urgences vitales
- Organisation de la sortie des patients permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins.

Les EIO « Organisation du bloc opératoire »

SITUATIONS A RISQUES OBSERVEES EN V2010

- **Non-conformité** des locaux ou équipements (dont DM)
- **Non disponibilité des produits de santé (médicaments, produits sanguins...)** au bloc et en SSPI
- Non-respect des modalités de mise en oeuvre de la check-list : renseignement en temps réel, vérifications partagées et croisées, en présence de tous les acteurs, traçabilité des vérifications et signatures des opérateurs, **prescriptions post-opératoires**

EIO

- **Traçabilité des dispositifs médicaux implantables** et des actes, incluant les vérifications effectuées (identitovigilance, traçabilité des ouvertures de salle, etc.).

SITUATIONS A RISQUES OBSERVEES EN V2010

- **Non-respect des bonnes pratiques de prescription** : non-respect des règles de prescription, absence de support unique de prescription / administration ou retranscription des prescriptions
- Défaut d'organisation de la **permanence pharmaceutique**
- **Accès à la pharmacie** par des personnes non habilitées
- Non prise en compte du **traitement personnel** dans l'analyse pharmaceutique
- Non-respect **des conditions de préparation des traitements anticancéreux** et des solutions pour nutrition parentérale (dont non-conformité des locaux)
- Absence d'identification et gestion sécurisée des **médicaments à risque** (présence d'électrolytes concentrés (potassium, magnésium, calcium) dans les services)
- Non-sécurisation des **conditions de stockage** dans les services (armoires, frigos, etc.)
- **Non-respect des bonnes pratiques d'administration**, notamment administration par un professionnel non habilité, administration sur la base d'une retranscription ou non-respect des règles de **traçabilité** : traçabilité globale, traçabilité a priori, traçabilité tardive, traçabilité de la distribution et non de la prise, etc

Les EIO « Management de la prise en charge médicamenteuse »

EIO

- **Politique d'amélioration** de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient avec **dispositions spécifiques au sujet âgé**.
- Projet **d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète** (défini en lien avec le SI, déploiement engagé).
- Actions régulières de **sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse**.
- Règles et supports de prescription validés pour l'ensemble des prescripteurs.
- Continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus **Organisation de la permanence pharmaceutique** (dotation pour besoins urgents, convention, astreinte, etc.)
- Analyse pharmaceutique *a priori* du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel)
- Respect des **bonnes pratiques en matière de préparation** (notamment anticancéreux)
- Respect des **règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments** (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.), particulièrement des **médicaments à risque**
- Respect des règles d'administration (dont traçabilité) des médicaments.
- **Information des patients** sur le bon usage des médicaments
- **Recueil et analyse des erreurs médicamenteuses** avec les professionnels concernés.

EIO

Délivrance de radio pharmaceutique

- à administrer en seringue nominative prête à l'emploi
- par le radio pharmacien en cas de présence d'une PUI dans l'établissement.

EIO

Identification, analyse et hiérarchisation des risques liés à la gestion des équipements et produits au domicile

Equipements et produits concernés

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit)

Dans une vision de parcours du patient traceur

Thématiques V2014	Questionnement
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	<p>Continuité du traitement médicamenteux Le traitement personnel du patient à l'admission a-t-il été pris en compte ? Retrouve-t-on dans le dossier les ordonnances du patient, le nom du pharmacien d'officine ? Retrouve-t-on dans le dossier la traçabilité du retrait de ses médicaments personnels à l'admission, sauf avis du médecin et/ou du pharmacien ? Le cas échéant, a-t-on une trace de la conciliation médicamenteuse à l'admission ?</p>
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	<p>Prescriptions médicamenteuses Les prescriptions médicamenteuses de même que les modifications des prescriptions sont-elles datées, avec le nom du prescripteur, (par un médecin habilité à prescrire), signées et lisibles : poids, taille, dénomination du médicament, posologie (dosage unitaire, rythme d'administration et voie d'administration) ? Absence d'abréviation (en l'absence d'informatisation). Si prescription d'injectables, les modalités de dilution, de la vitesse et de la durée de perfusion, en clair ou par référence à un protocole préétabli à dispensation contrôlée, sont-elles précisées ? L'évaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures est-elle tracée ?</p>
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	<p>Dispensation Les ordonnances pour les médicaments à risques et les médicaments à dispensation contrôlée sont-elles préétablies ? Les interventions pharmaceutiques à la suite de l'identification d'une anomalie dans la prescription sont-elles tracées dans le dossier ?</p>
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	<p>Administration Si applicable, le repérage des troubles éventuels de la déglutition et du profil gériatrique justifiant une aide à l'administration, les informations nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées (mode de communication, d'alimentation, troubles neuro-moteurs, etc.) sont-ils retrouvés dans le dossier ? Le support de traçabilité de l'administration est-il adapté ? Retrouve-t-on la date, l'heure, la dose administrée, le nom et le prénom, ou initiales avec correspondance dans le dossier de l'infirmier(ère) ayant administré le médicament ? L'aide à l'administration est-elle tracée (si applicable) ? En cas de non-administration, le motif et l'information du médecin sont-ils tracés ?</p>
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	<p>Information du patient et éducation du patient à la prise de son traitement L'information du patient sur les modifications apportées à son traitement est-elle réalisée et tracée ? Si applicable, l'éducation du patient à la prise de son traitement médicamenteux (type de médicament, utilité et intérêt, administration et surveillance) est-elle réalisée et tracée ?</p>

Dans une vision de parcours du patient traceur

<p>PARCOURS</p>	<p>Les éléments suivants sont-ils retrouvés dans le dossier du patient ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - les coordonnées du médecin désigné par le patient (il s'agit du médecin référent) ; - les coordonnées du médecin qui a adressé le patient, si différent du médecin référent ; - les coordonnées du médecin responsable du patient au cours de sa prise en charge hospitalière ; - le document médical à l'origine de la prise en charge : lettre du médecin qui a adressé le patient, lettre de mutation interservices ou transfert, fiche des urgences, lettre de consultation hospitalière (avec la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences) ; le bilan fait en amont de l'hospitalisation, si applicable, etc. ; - les ordonnances du patient ; - le nom du pharmacien d'officine ; - le motif d'hospitalisation, les antécédents et les facteurs de risques du patient : médicaux, chirurgicaux, allergiques, et notamment relevé des allergies médicamenteuses ; - le repérage du risque suicidaire le cas échéant ; - le repérage des troubles nutritionnels : poids, taille, IMC ; - la dimension somatique en santé mentale, etc.
<p>PARCOURS</p>	<p>L'efficacité du traitement est-elle évaluée et la recherche d'éventuels effets secondaires réalisée ?</p>
<p>PARCOURS DU PATIENT</p>	<p>La disponibilité des dispositifs médicaux nécessaires au retour à domicile a-t-elle été anticipée (le cas échéant) ?</p> <p>Si patient-traceur est réalisé au moment de la sortie du patient : a minima, un document de sortie/synthèse du séjour du patient lisible par lui, destiné aux professionnels et disponible le jour de la sortie, a-t-il été réalisé dans le but d'assurer la continuité de la prise en charge ?</p> <p>Une information a-t-elle été donnée au patient et/ou son entourage sur son traitement de sortie, les éléments à surveiller de retour à domicile et la surveillance (consultation de suivi, soins paramédicaux, régime, etc.), l'ordonnance a-t-elle été remise au patient, et l'information donnée est-elle tracée ?</p> <p>Les prescriptions sont-elles conformes aux bonnes pratiques, prenant en compte le traitement personnel du patient ?</p> <p>Le patient est-il stable au moment de sa sortie et son plan de soins permet-il son retour à domicile ou son transfert ?</p> <p>Un questionnaire de sortie a-t-il été remis au patient ?</p> <p>Le courrier de fin d'hospitalisation est -il transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires ?</p>
<p>MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES</p>	<p>Les professionnels sont-ils impliqués dans des démarches d'EPP ? Lesquels ?</p> <p>Les professionnels ont-ils connaissance des résultats des indicateurs, notamment des (indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins [IQSS]) ?</p> <p>Sont-ils associés à l'analyse de leurs résultats ?</p> <p>À ceux de leurs secteurs ?</p> <p>Aux indicateurs de spécialité les concernant ?</p> <p>De quelles formations ont-ils bénéficié (ex : prise en charge médicamenteuse, maîtrise du risque infectieux, etc.) ?</p>

Bilan V 2014 au 15/01/2017

■ Résultats V 2014 (34 éta région Centre Val de Loire)

	Total	Certifiés
CHR-CHU	2	2
CH SUP 300 LP	8	4
CH INF 300 LP	13	6
CL SUP 100 LP	15	4
CL INF 100 LP	3	0
ETAB. PSY	14	6
HAD	12	0
HEMODIALYSE	9	1
HOPITAL LOCAL	16	1
SSR	24	10
SLD	2	0
Total	118	34

Décision **V2014** pour l'établissement

- (A)** Certification
- (B)** Certification avec recommandation(s) d'amélioration
- (C)** Certification avec obligation(s) d'amélioration
- (D)** Sursis à statuer
- (E)** Non certification

Niveau	Nombre d'éts	Recos PEM	Obligations PEM	Réserve PEM
A	11			
B	10	5		
C	10		8	
D	3		1	2
Total	34	5	9	2

Niveau	CH	Cliniques	PSY	Hémodialyse	HL	SSR	HL
A		2	2	1		6	
B	2	2	2			4	
C	7		2				1
D	3						

- Pas de réactualisations des procédures
- Sous déclaration des EIG au regard d'ENEIS

Rappel : 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine), soit environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits Entre 3,6% et 4,0 % de l'ensemble des séjours hospitaliers en 2009 - soit entre 330 000 et 490 000 séjours - ont été directement provoqués par un événement indésirable grave (EIG). Un tiers de ces événements indésirables graves étaient liés à la prise d'un médicament. Parmi ces EIG, certains étaient liés au produit (problèmes d'étiquetage ou de conditionnement notamment) et d'autres aux pratiques (erreurs de prescription ou d'administration par exemple)

1 EIM/jour/patient , 20% d'EIM

- Pas d'actions de prévention ou d'atténuation de risques
- Analyse des causes profondes non pluriprofessionnelle (absence de médecins dans les CREX et de soignants dans les RMM)

Principaux écarts - Parcours de soins

- L'offre de programme d'ETP au sein du territoire de santé n'est pas identifiée
- Le matériel nécessaire à la prise en charge d'une urgence vitale (chariot/ trousse d'urgence) n'est pas disponible dans tous les secteurs
- Pas de sécurisation de tous les chariots d'urgence
- Chariot d'urgence non spécifique à la prise en charge de l'hémorragie du post partum

- Pas de nouvelle évaluation entre campagne de recueil malgré score $<$ ou $=$ C pour ICATB, ni d'action priorisée sur le bon usage des Antibiotiques
- Les formations médicales au bon usage des Antibiotiques ne sont pas formalisées ni planifiées
- Pas de tableau de bord Risque infectieux/ Bus ATB

- Risque de textilome car nombre différent de compresses en début et fin d'intervention
- Multiplicité des supports et recopiage rend traçabilité DMI difficile
- Pas d'interface entre logiciel de bloc et celui de stérilisation

Principaux écarts - Management de la prise en charge médicamenteuse

- La **politique d'amélioration et sécurisation PEM** non intégrée dans politique établissement, non diffusée dans les secteurs d'activité et pôles
- Politique non formalisée sur la juste prescription chez la personne âgée
- Le management ne réalise pas d'actions formalisées pour s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Absence d'évaluations des pratiques d'administration
- Absence de tableaux de bord d'indicateurs
- RSMQ non connu ou absent lors de la visite ou sans fiche de poste ni temps dédié
- COMEDIMS non fonctionnel

- **L'analyse des risques** issue de la cartographie a priori n'intègre pas les recos du CBU, les analyses d'erreurs, les IPAQSS

- **CREX** non connus par IDE
 - Absence de CREX à la PUI
 - Pas de REX sur actions améliorations auprès des services suite à analyse

- **Médicaments et population à risques**
 - Non prise en compte population à risques (femme enceinte, enfants, ...)
 - Pas d'identification ni de règles de gestion des mdcts à risque (prescription, dispensation, rangement, administration, information soignants et patients)

Principaux écarts - Management de la prise en charge médicamenteuse

- Accès des locaux et armoires non sécurisés (pas de grille, pas d'alarme, pas de clefs, ...)
- Accès par du personnel non pharmaceutique en dehors heures d'ouverture PUI

■ Modalités de rangements et stocks

- Classement / spécialité non conforme car pas en DCI
- Absence de traçabilité des non conformités
- Traçabilité température et entretien réfrigérateurs insuffisante
- Transport des stupéfiants non sécurisé
- Approvisionnement en containers non scellés pour urgences
- Absence de traçabilité des réceptions de commandes dans services

■ Prescription

- Prescription informatique avec d'autres profils que les médecins
- Co existence supports prescription différents (informatique, papier, ...)
- Recopiage +++
- Prescriptions post opératoires sans début, fin , horaires , voie non précisée
- Prescriptions orales abusives hors urgence

■ Administration

- Administration sans prescription
- Administration par aides-soignantes
- Médicaments déblistérés
- Remise des mdcts de la main à la main
- Identification des piluliers ou poches de perfusion au numéro de chambre
- Traçabilité non faite en temps réel
- Médicaments non identifiables (sachets manuscrits sans n° lot et date péremption)
- Préparation non extemporanée des injectables , des per os broyés
- Pas de trace de l'autoadministration
- Raison de la non administration non tracée

- Mauvaise gestion des **traitements personnels**
- Pas de définition des règles de prescription, dispensation et administration dans les **hôpitaux de jour** (PSY) ni d'évaluation
- **Analyse pharmaceutique** partielle notamment en chimiothérapie
- **Reconstitution chimiothérapies**
 - Locaux non conformes
 - Absence de traçabilité des non conformités

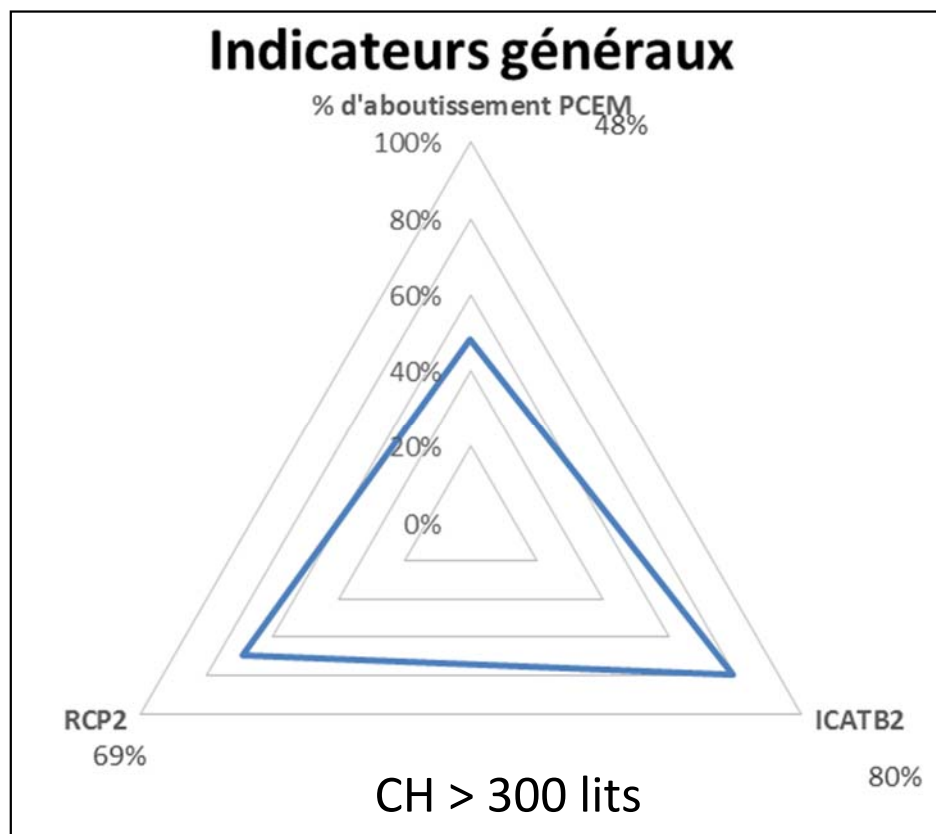
Quels indicateurs pour un pilotage?

3 axes sur produits de santé

- Maturité Processus PEM
- RCP niveau 2 si oncologie
- ICATB2

■ Analyse par typologie d'établissement

- CH >300 lits (CHR + CH référence)
- CH <300 lits
- Cliniques > 100 lits
- Cliniques < 100 lits
- HL (ex HL + SLD)
- SSR
- PSY
- Hémodialyse
- HAD



Evaluation du Management de la prise en charge médicamenteuse

■ Attribution d'une note de 0 à 4

Non défini	= 0
Fonctionnement de base	= 1
Défini	= 2
Maitrisé	= 3
Optimisé	= 4

Intervalles maturité	Avis sur la thématique
Score \geq 75%	Exigence atteinte
Entre 60% et 74%	Recommandation d'amélioration
Entre 40% et 59%	Obligation d'amélioration
Entre 0% et 39%	Réserve

	Pas d'écart	PS	NC	NCM
Fonctionnement non défini	■			
Fonctionnement de base	■			
Fonctionnement défini				■
Fonctionnement maitrisé			■	■
Fonctionnement optimisé		■	■	■

■ Multiplication par 25 --> %



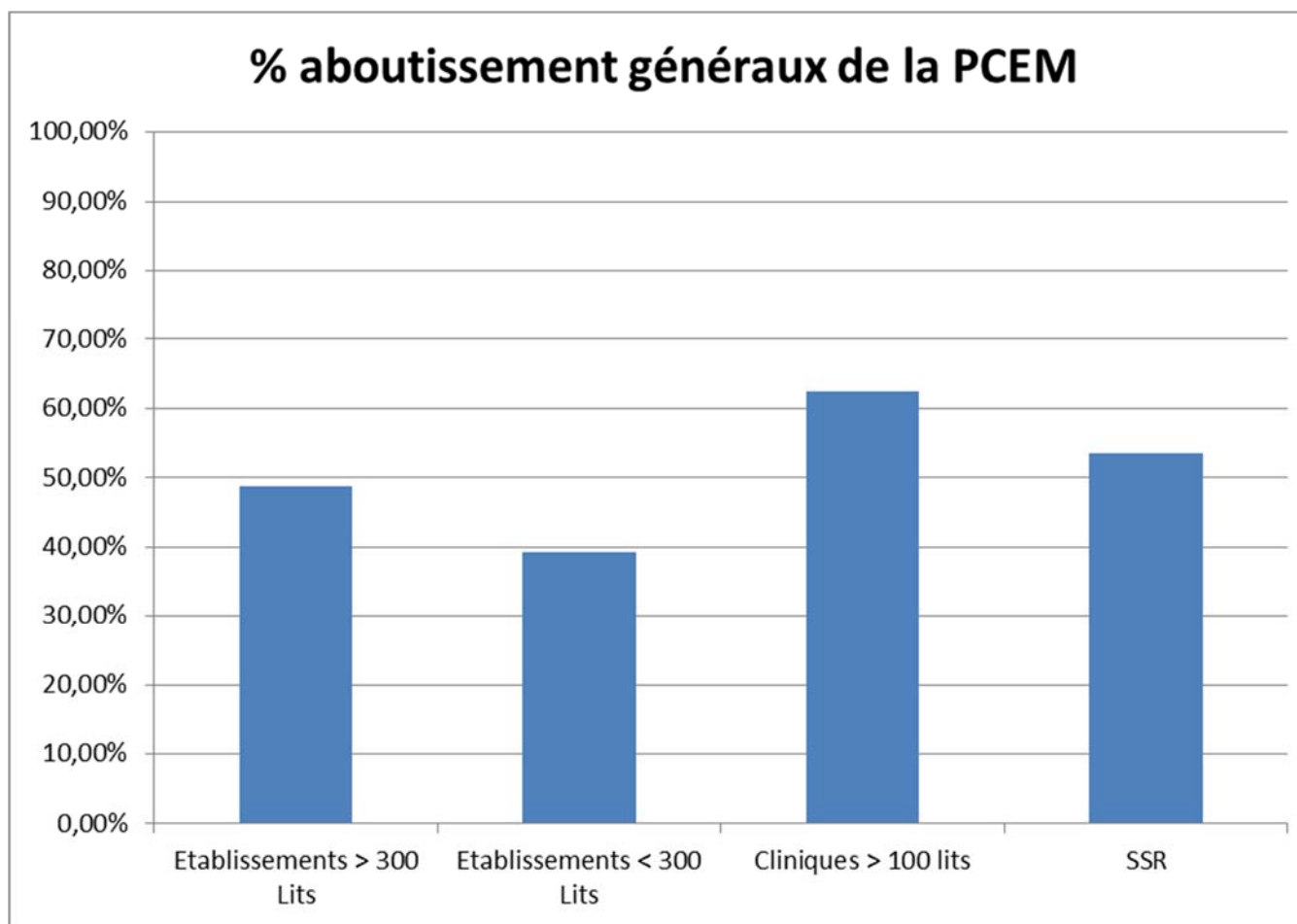
Il est possible d'obtenir un niveau de maturité « Défini » sans aucun écart mentionné.
Il est exclu de retenir un niveau « Optimisé », « Maitrisé » ou « Défini » si une non-conformité majeure a été relevée.

Prise en charge médicamenteuse

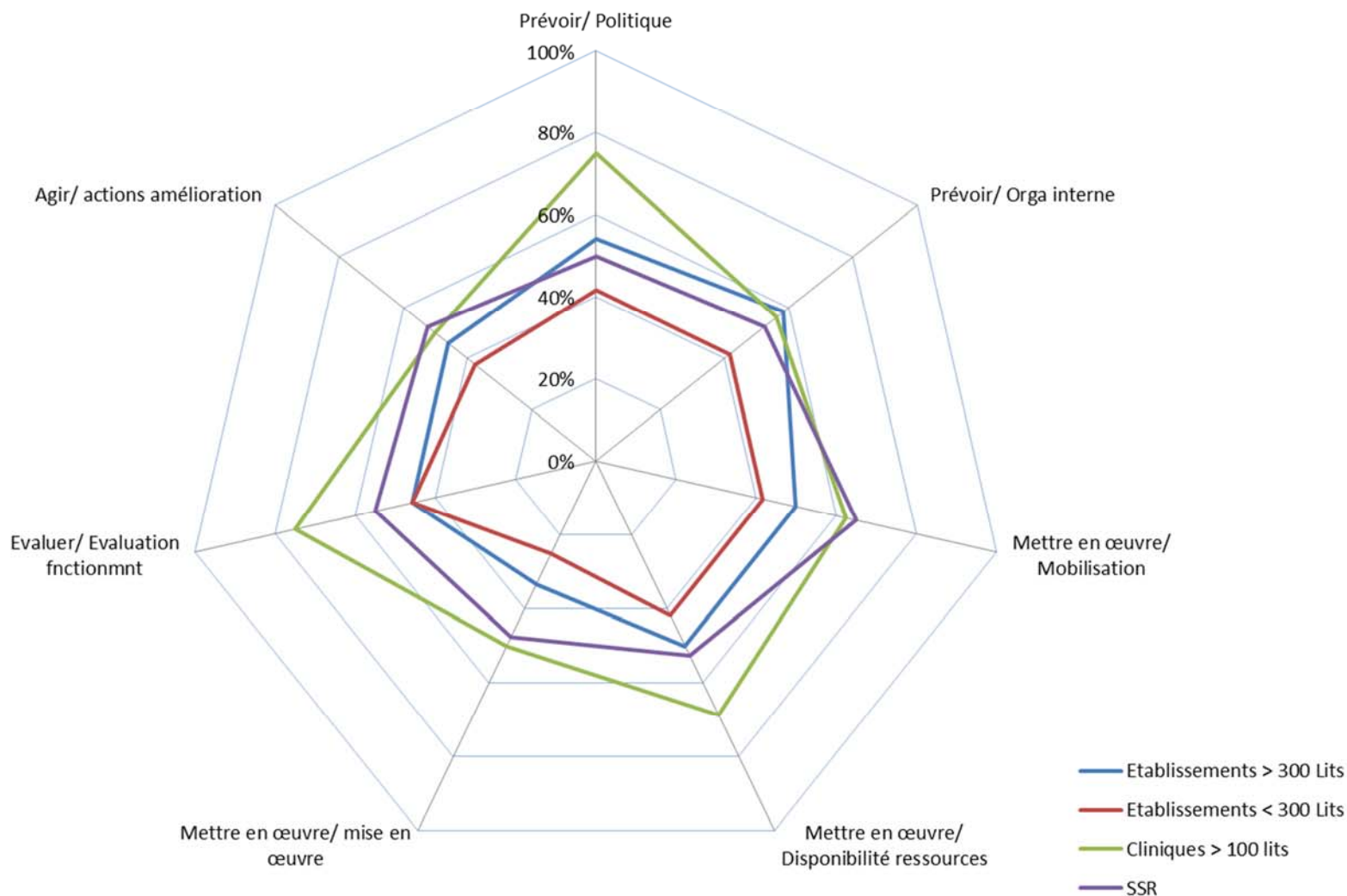
	Prévoir		Mettre en œuvre			Evaluer	Agir
	Définition de la politique	Organisation interne	Mobilisation des équipes	Disponibilité de ressources	Effectivité de la mise en œuvre	Evaluation du fonctionnement	Mise en place des actions d'amélioration
Note / 4	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0
% d'aboutissement	25%	25%	25%	50%	25%	25%	25%
% d'aboutissement PCEM	29						

Evaluation du Management de la prise en charge médicamenteuse

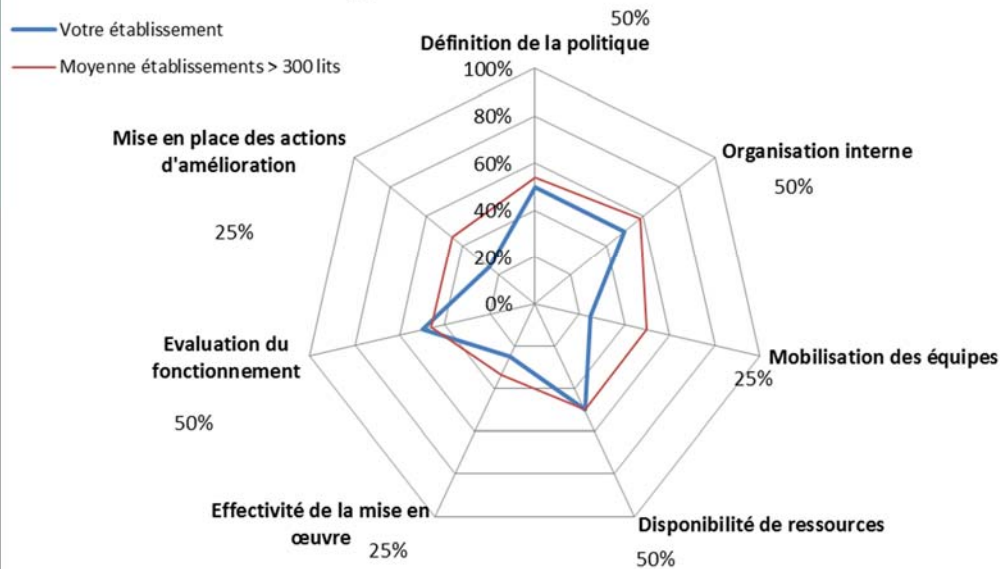
Sur 34 éts région Centre Val de Loire au 15/01/2017



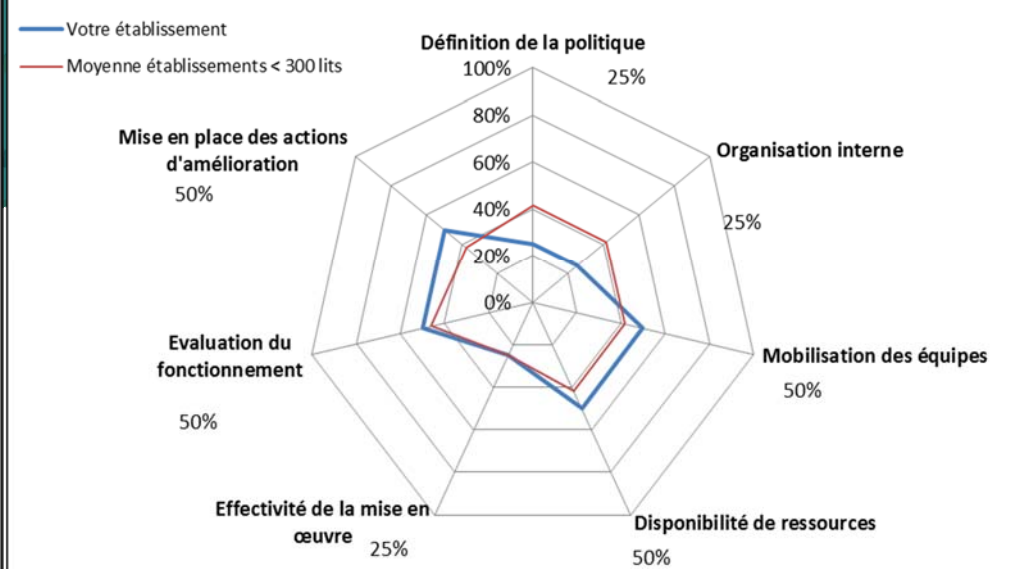
Pourcentage d'aboutissement de la PCEM



Pourcentage d'aboutissement de la PCEM



Pourcentage d'aboutissement de la PCEM



Prise en charge médicamenteuse

	Prévoir		Mettre en œuvre			Evaluer	Agir
	Définition de la politique	Organisation interne	Mobilisation des équipes	Disponibilité de ressources	Effectivité de la mise en œuvre	Evaluation du fonctionnement	Mise en place des actions d'amélioration
Note / 4	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0
% d'aboutissement	50%	50%	25%	50%	25%	50%	25%
% d'aboutissement PCEM	39						
	6 / 10 Etablissements certifiés						

Prise en charge médicamenteuse

	Prévoir		Mettre en œuvre			Evaluer	Agir
	Définition de la politique	Organisation interne	Mobilisation des équipes	Disponibilité de ressources	Effectivité de la mise en œuvre	Evaluation du fonctionnement	Mise en place des actions d'amélioration
Note / 4	1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0
% d'aboutissement	25%	25%	50%	50%	25%	50%	50%
% d'aboutissement PCEM	39						
	6 / 13 Etablissements certifiés						

Décision certification:	D	
PECM	obligation	d'amélioration

Décision certification:	D	
PECM	reserves	d'amélioration

Pas de plan d'actions/PEM ni d'évaluation ni indicateurs dans les services
 IPAQSS TDP
 Absence traçabilité réception commandes et contrôle température dans services
 Identification piluliers au numéro de chambre

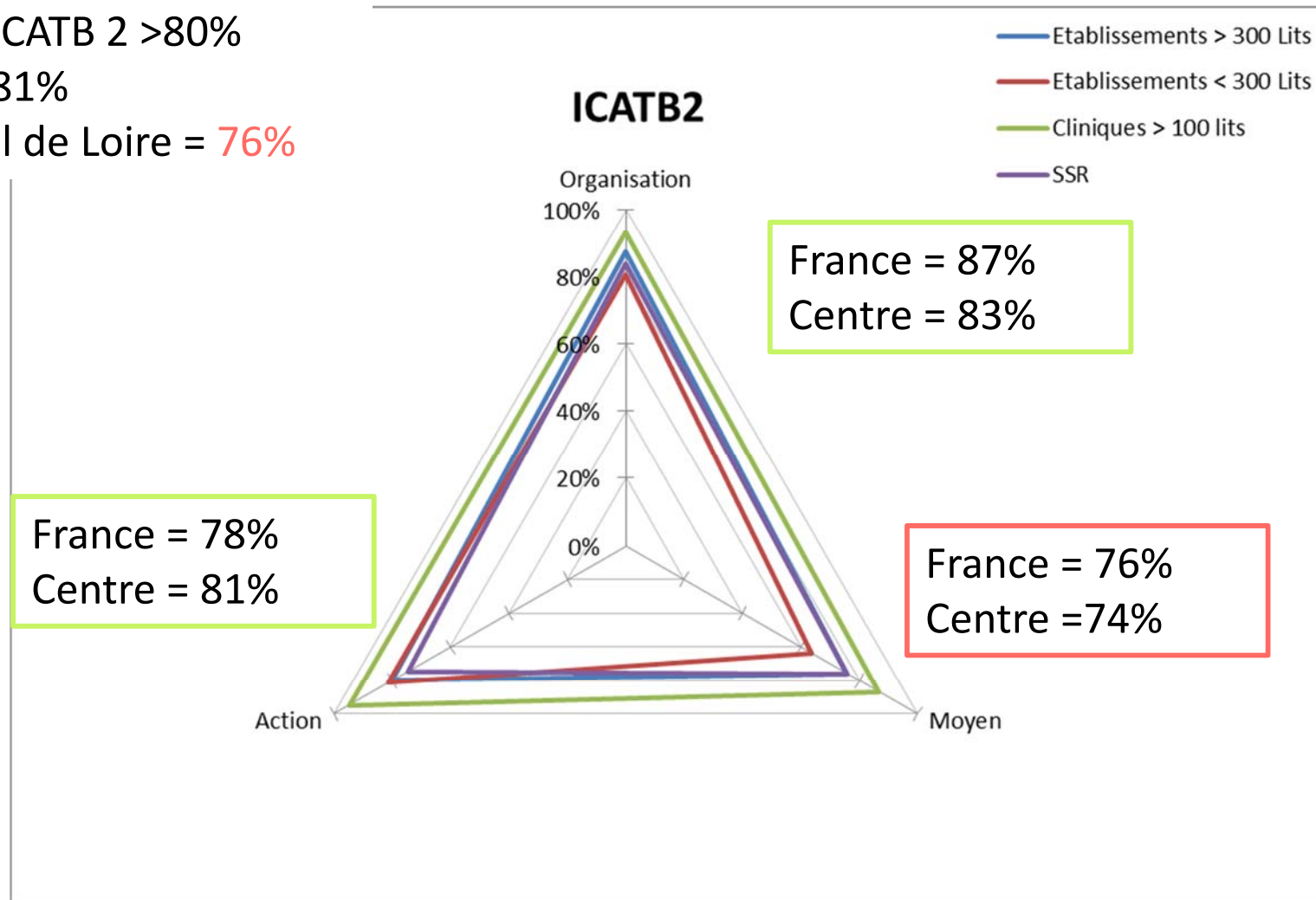
Pas de disposition spécifique personne âgée dans politique
 Procédure et sécurisation accès PUI non-conformes **NCM**
 Pratiques d'administration non-conformes **NCM**

Evaluation du bon usage des antibiotiques ICATB 2

Objectif ICATB 2 >80%

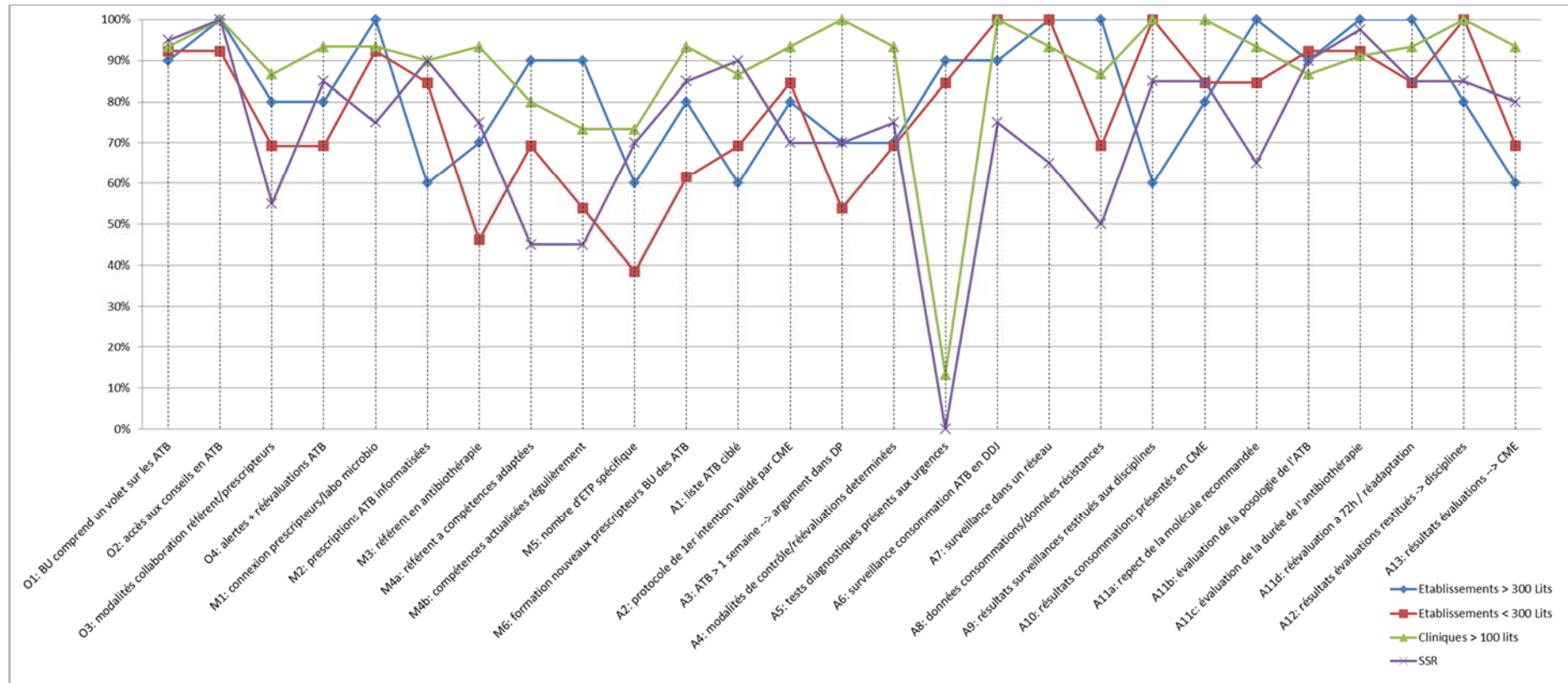
France = 81%

Centre Val de Loire = 76%



Si classe C, D ou E
Dans plan d'actions +++

Moyenne ICATB 2



Principales difficultés

Moyenne ICATB 2

score 78,7

A = 63% états / 60% France

B = 14% états / 22% France

77% en A ou B / 82% France

C = 14% / 11% France

D = 1% / 5% France

E = 8% / 3% France

A5: tests diagnostiques présents aux urgences	27,85%
M4b: compétences actualisées régulièrement	62,03%
M5: nombre d'ETP spécifique	64,56%
A11b: évaluation de la posologie de l'ATB	64,56%
M4a: référent a compétences adaptées	67,09%
M6: formation nouveaux prescripteurs BU des ATB	68,35%
A11c: évaluation de la durée de l'antibiothérapie	70,04%
O3: modalités collaboration référent/prescripteurs	70,89%
A8: données consommations/données résistances	70,89%
O4: alertes + réévaluations ATB	73,42%
M3: référent en antibiothérapie	73,42%
A4: modalités de contrôle/réévaluations déterminées	74,68%
A3: ATB > 1 semaine --> argument dans DP	75,95%
A2: protocole de 1er intention validé par CME	75,95%
A13: résultats évaluations --> CME	75,95%
A11a: respect de la molécule recommandée	77,22%

Les prescriptions dans l'indicateur TDP MCO

Objectif TDP MCO >80%

France = 80%

Centre Val de Loire = 76%

Objectif TDA MCO >80%

France = 86%

Centre Val de Loire = 84%

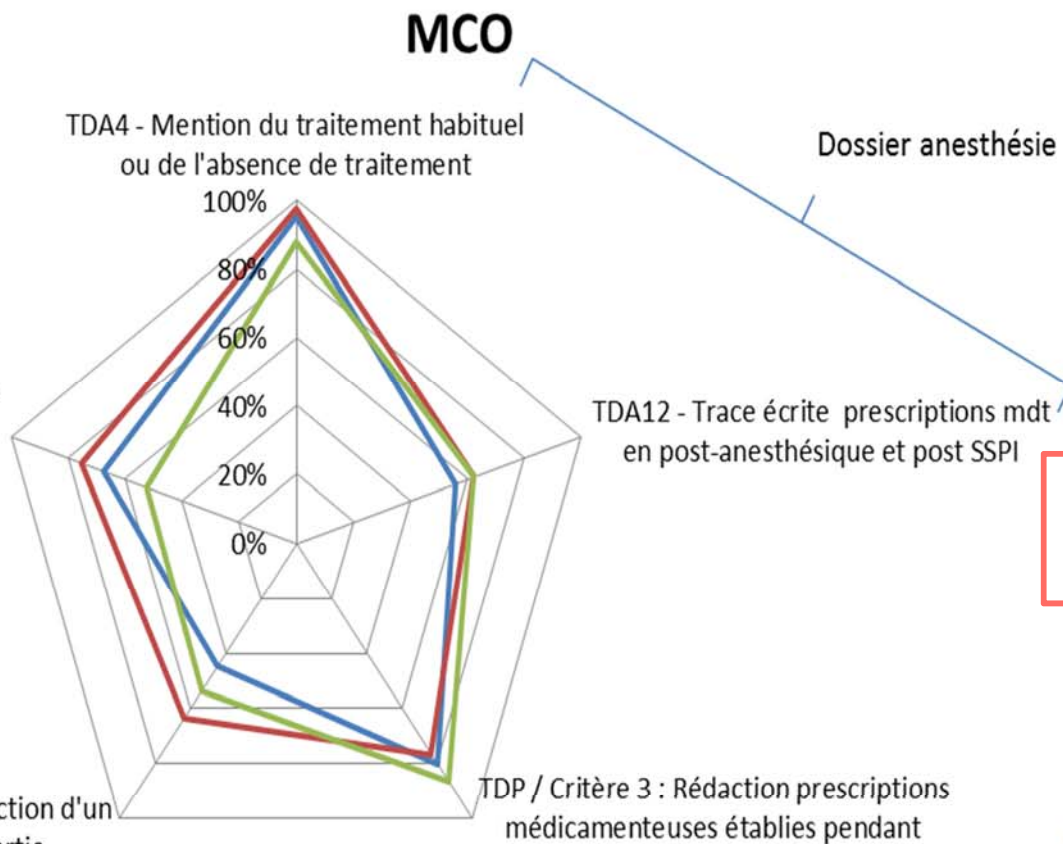
France = 95%
Centre = 96%

TDP / Critère 9 : Courrier fin d'hosp. ou CR comprenant les éléments pour coordination aval

France = 66%
Centre = 63%

France = 56%
Centre = 53%

TDP / Critère 8 : Rédaction d'un traitement de sortie

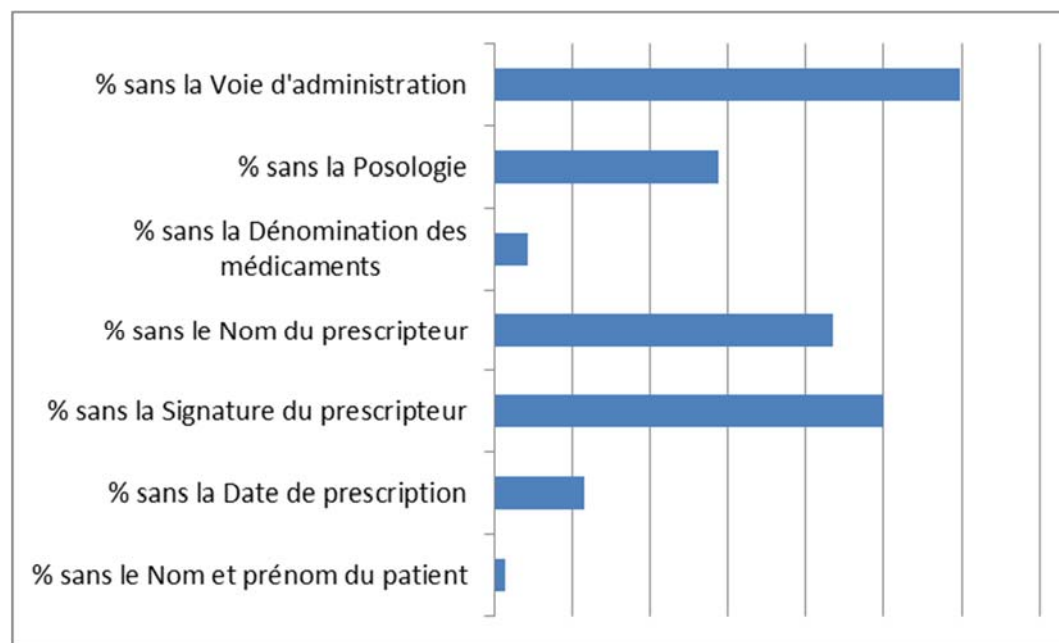


France = 85%
Centre = 83%

— Etablissements > 300 Lits
— Etablissements < 300 Lits
— Cliniques > 100 lits

TDP 3 Critère 3 : Rédaction des prescriptions médicamenteuses **établies pendant** l'hospitalisation

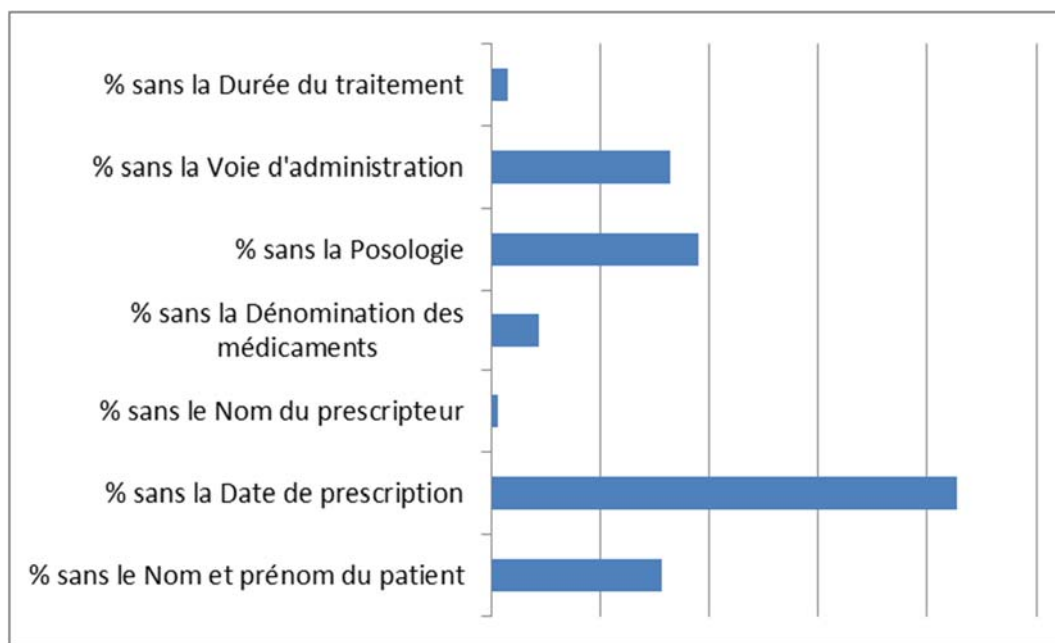
■ **65% des éta**s ont un score > 80%



Si < 80%

Dans plan d'actions +++

TDP 8 Critère 8 : Rédaction d'un **traitement de sortie**
28% des états ont un score > 80%



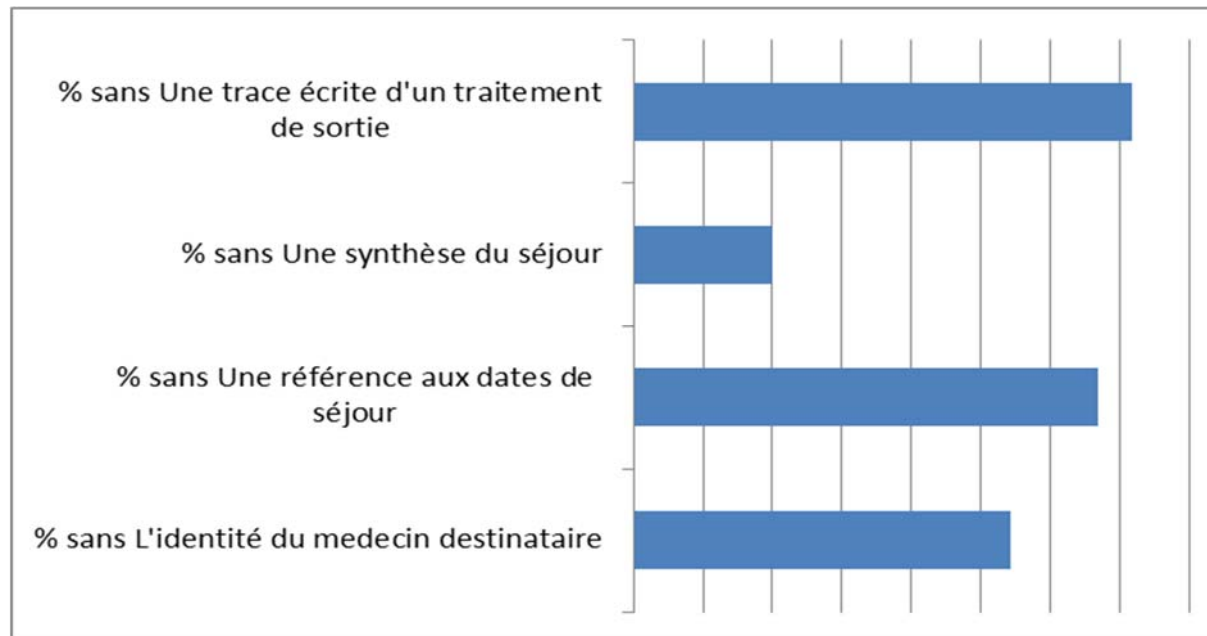
Si < 80%
Dans plan d'actions +++

TDP 9 Critère 9 : **Courrier de fin d'hospitalisation** ou
compte rendu d'hospitalisation comprenant les
éléments nécessaires à la coordination en aval

30% des états ont un score > 80%

Si < 80%

Dans plan d'actions +++



TDA

Critère 4 : Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement

■ 100% des états ont un score > 80%

Critère 12 : Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique et post SSPI

34% des états ont un score > 80%

Si < 80%

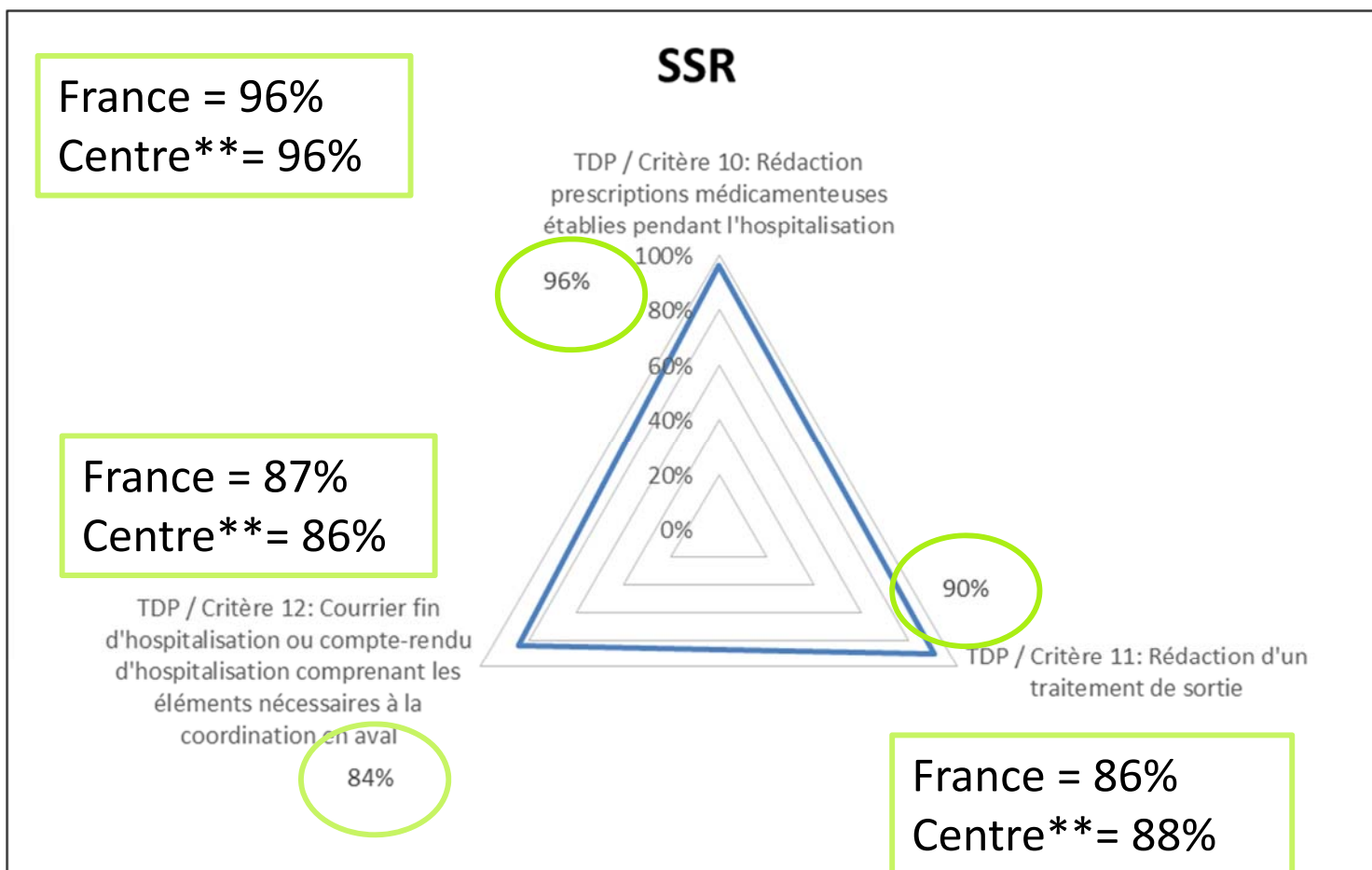
Dans plan d'actions +++

Les prescriptions dans l'indicateur TDP SSR

Objectif TDP SSR >80%

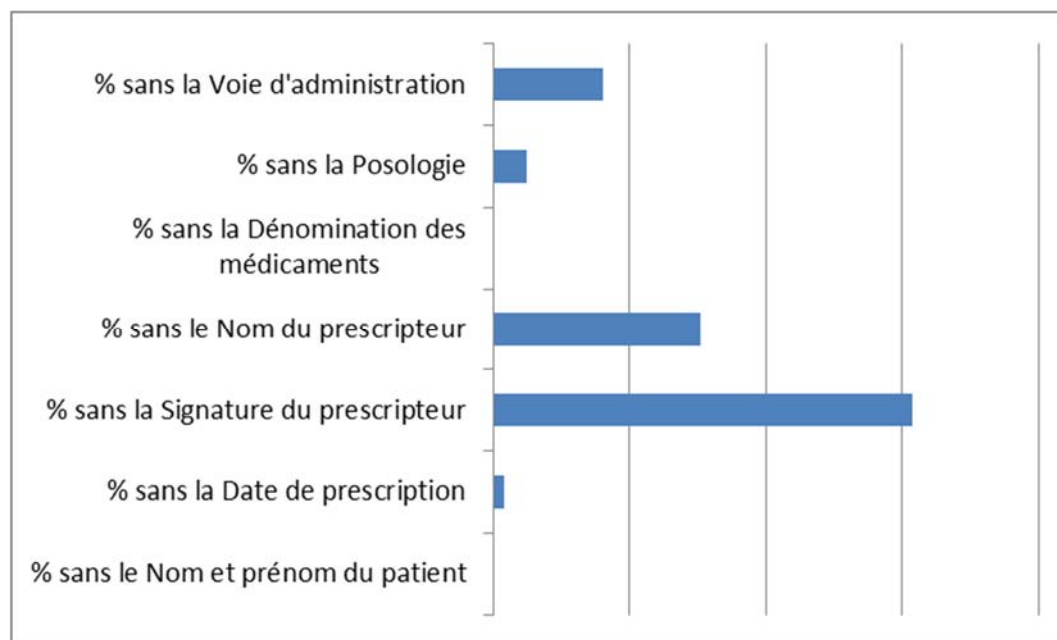
France = 86%

Centre Val de Loire** = 83% (éts avec Services SSR + SSR)

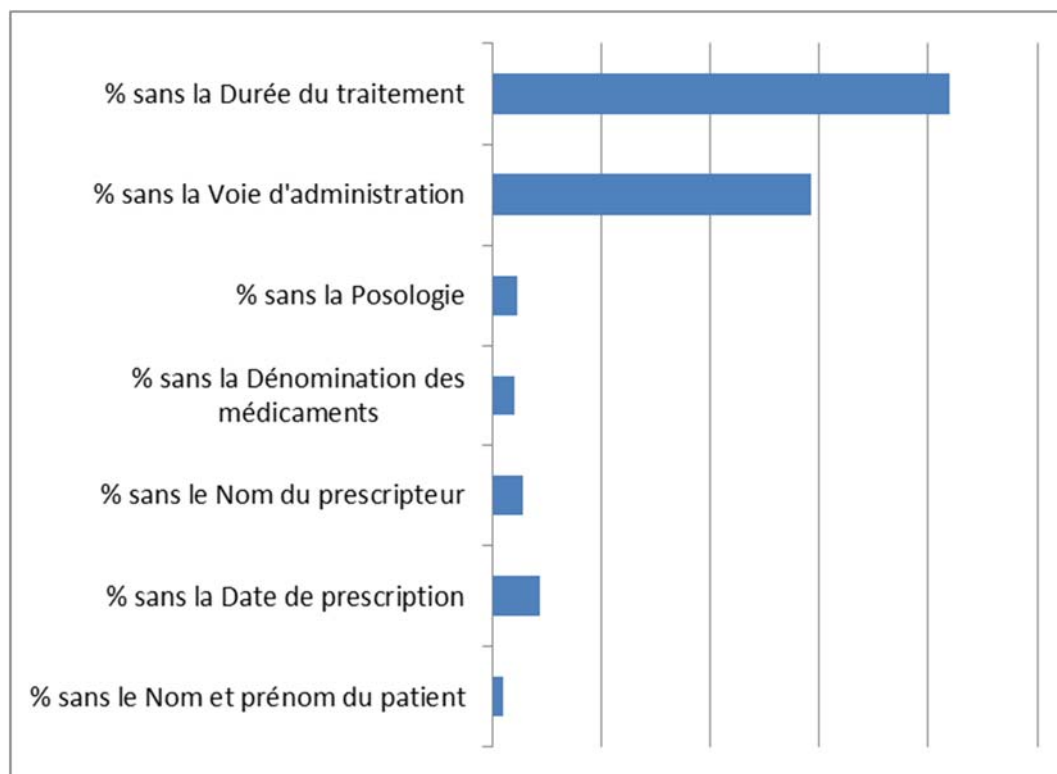


TDP 10 Critère 10: Rédaction des prescriptions
médicamenteuses **établies pendant l'hospitalisation**
96% des états ont un score > 80%

Si < 80%
Dans plan d'actions +++



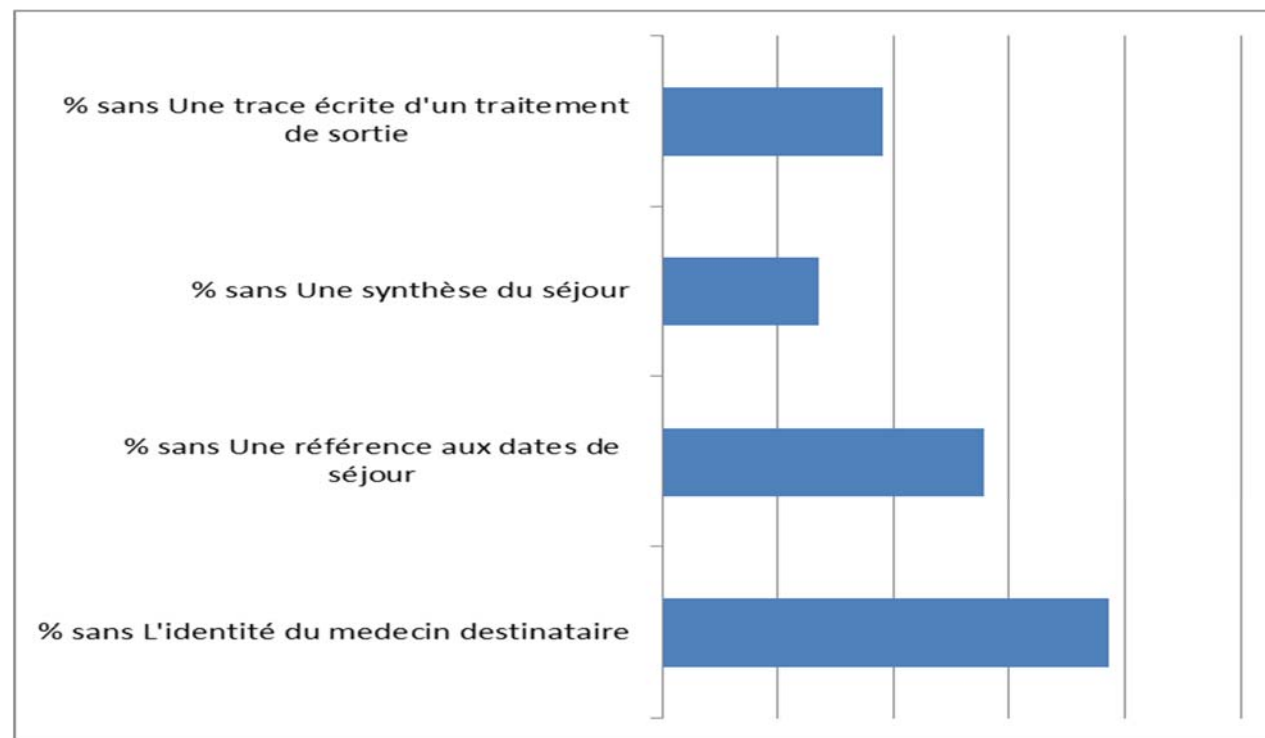
TDP 11 Critère 11 : Rédaction d'un traitement de sortie
76% des états ont un score > 80%



Si < 80%
Dans plan d'actions +++

TDP 12 Critère 12: **Courrier de fin d'hospitalisation** ou
compte-rendu d'hospitalisation comprenant les
éléments nécessaires à la coordination en aval

76% des états ont un score > 80%



Si < 80%

Dans plan d'actions +++

Les prescriptions dans l'indicateur TDP PSY

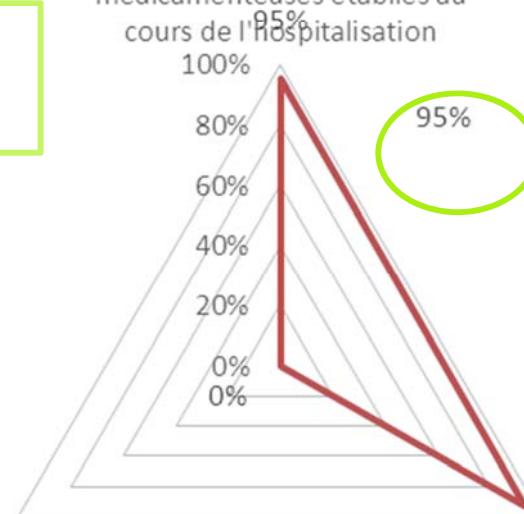
Objectif TDP PSY >80%

France = 82%

Centre Val de Loire** = 77% (services de PSY des états + PSY)

Dossier patient

TDP / Critère 6: Conformité
rédaction des prescriptions
médicamenteuses établies au
cours de l'hospitalisation



France = 94%
Centre** = 93%

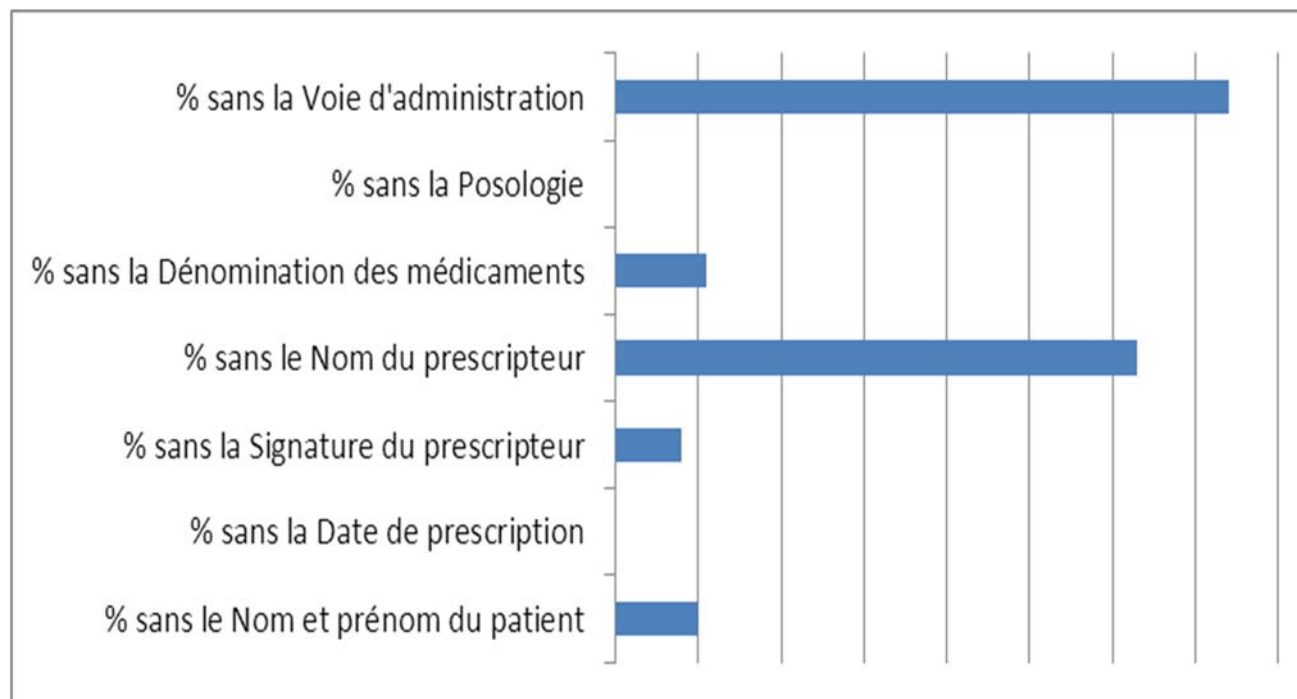
TDP / Critère 7: Conformité de
la rédaction du traitement de
sortie

France = 84%
Centre** = 85%

93%

TDP 6 Critère 6 : Rédaction des prescriptions médicamenteuses **établies pendant l'hospitalisation**

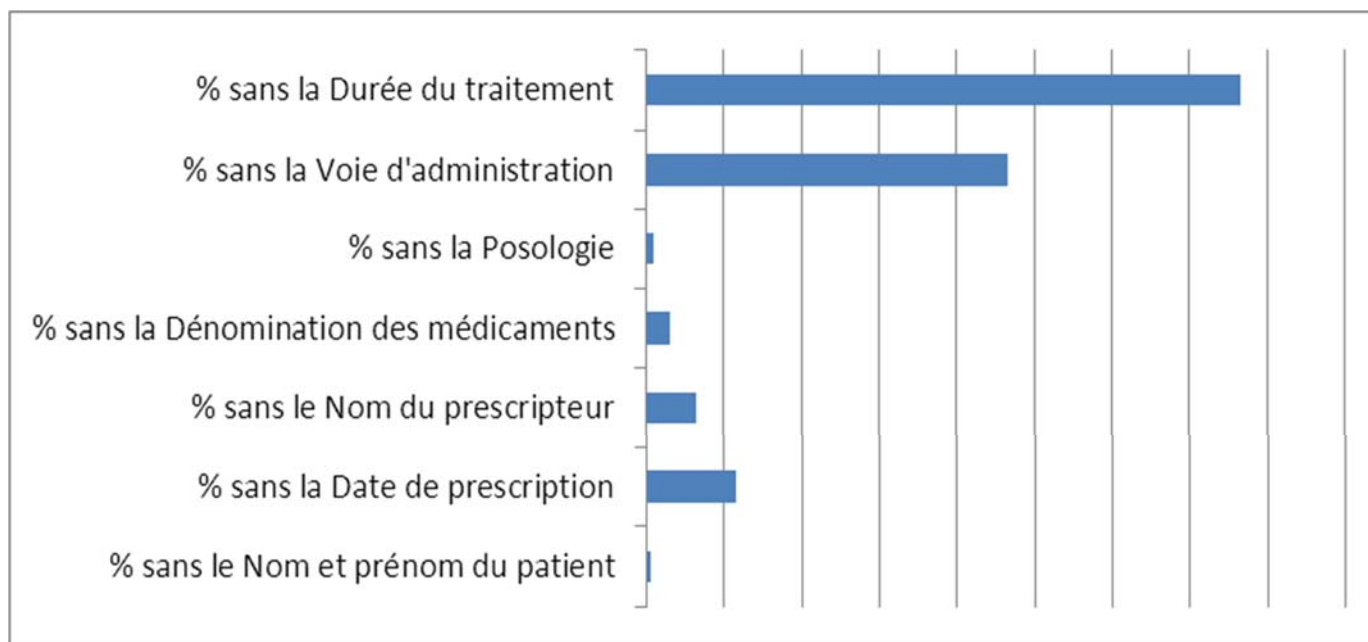
■ **88% des états** ont un score > 80%



Si < 80%
Dans plan d'actions +++

TDP 7 Critère 7 : Conformité de la rédaction du traitement de sortie

67% des états ont un score > 80%



Si < 80%

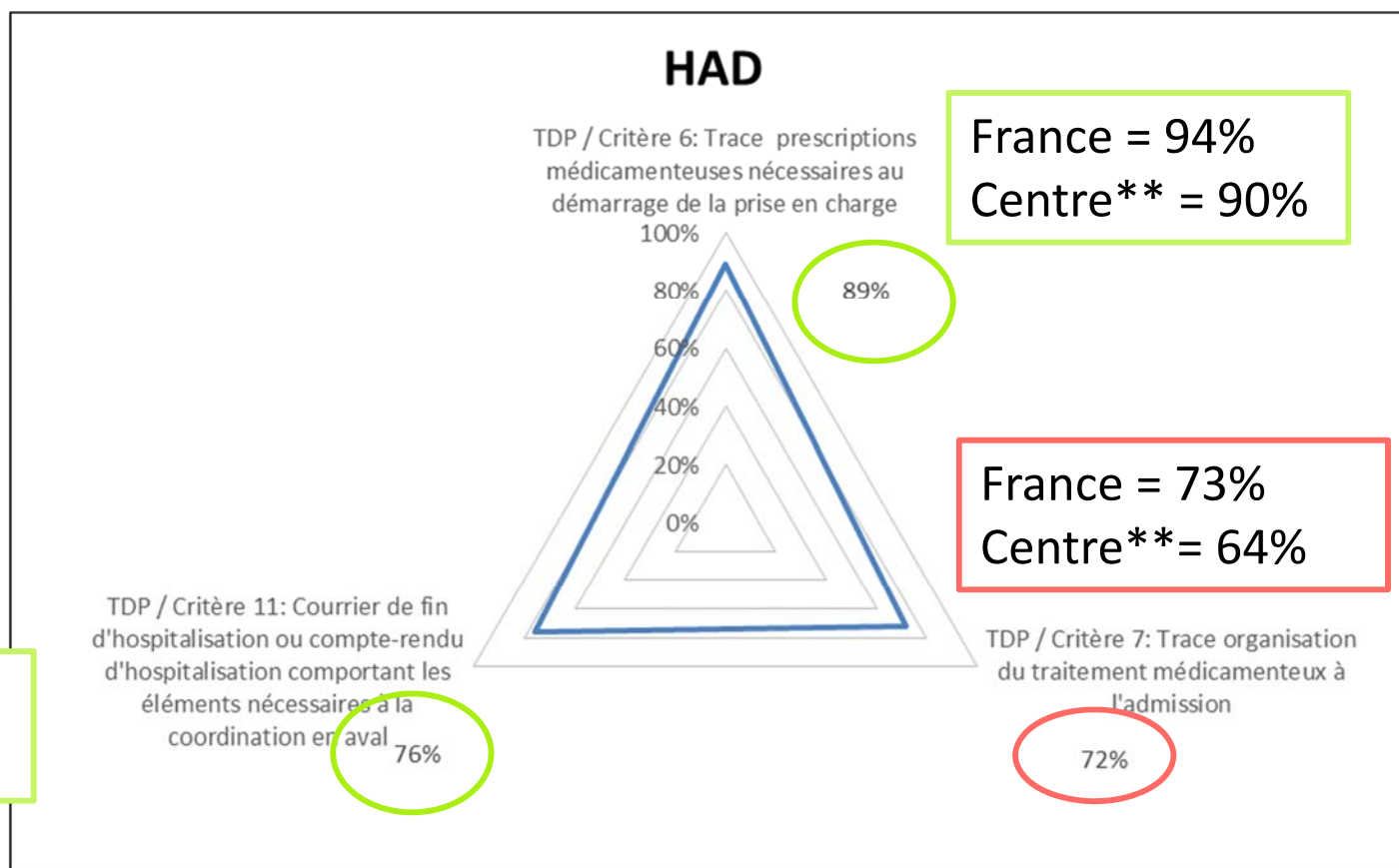
Dans plan d'actions +++

Les prescriptions dans l'indicateur TDP HAD

Objectif TDP HAD >80%

France = 81%

Centre Val de Loire** = 76% (HAD publiques et privées)



Niveau 2 - la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes est retrouvée dans le dossier du patient (RCP 2)

17% des états ont un score > 80%

Si < 80%

Dans plan d'actions +++

D3.1 Taux séjour prescriptions informatisées - seuil >50

D3.5 Taux séjour plan soins informatisé alimenté par ensemble des prescriptions - seuil >50

(8 éta n'ont pas renseigné Osis)

Si < 50%

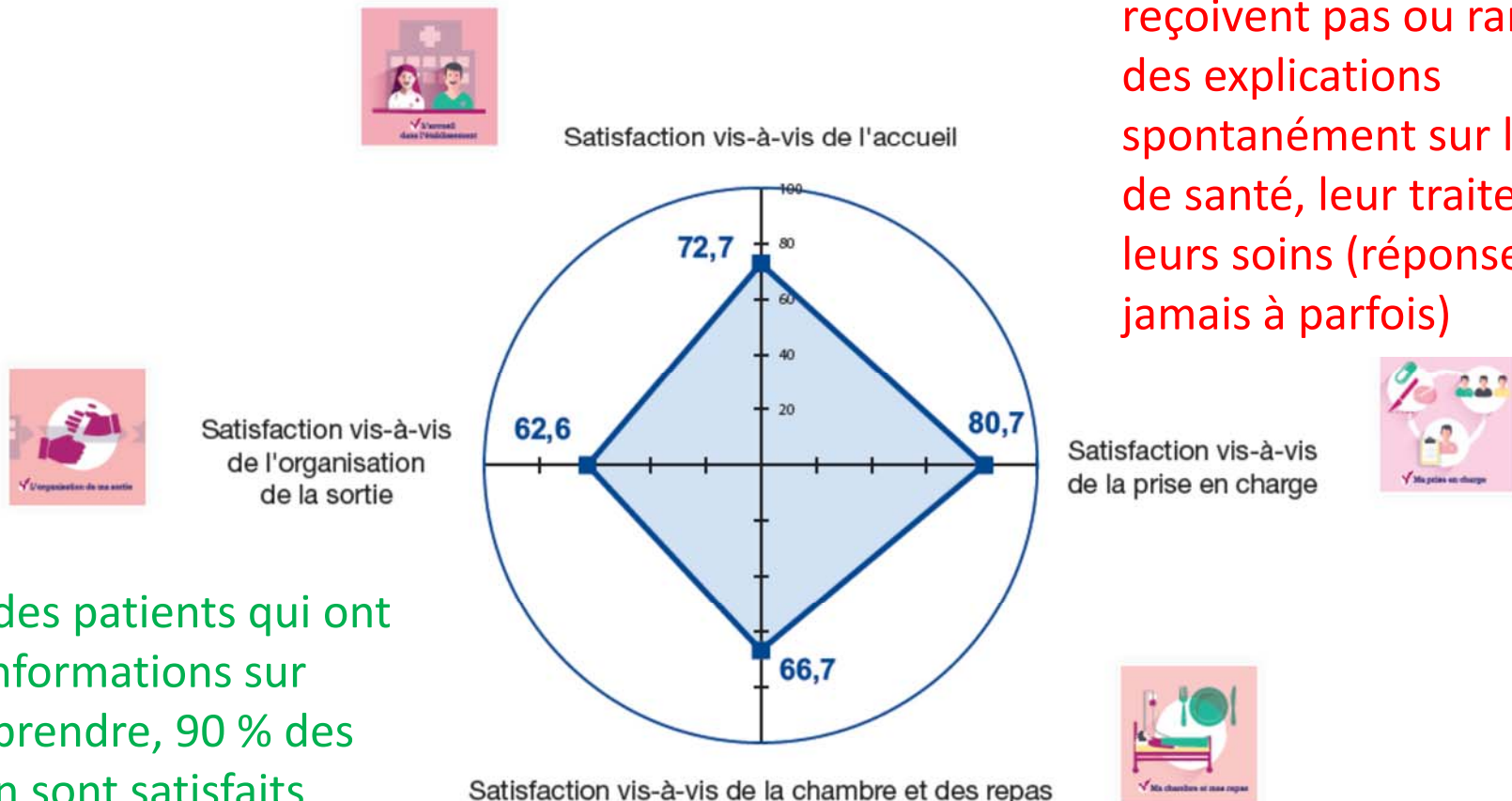
Dans plan d'actions +++

Indicateur code	Valeur Cible	Nombre d'établissements qui ont atteint la valeur cible	%	Nombre de réponses
D3.1	50	92	91%	101
D3.5	50	72	71%	102

Données France

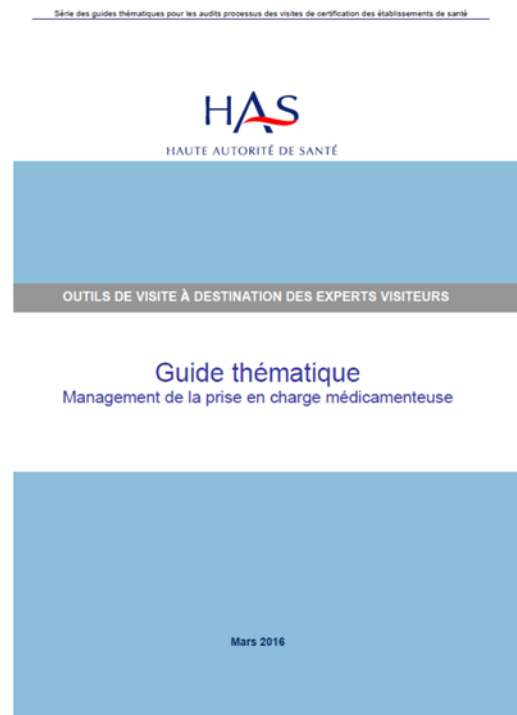
17,2% des patients

— Scores de satisfaction globaux nationaux par dimensions du parcours



Sur 78 % des patients qui ont reçu des informations sur Médcts à prendre, 90 % des patients en sont satisfaits

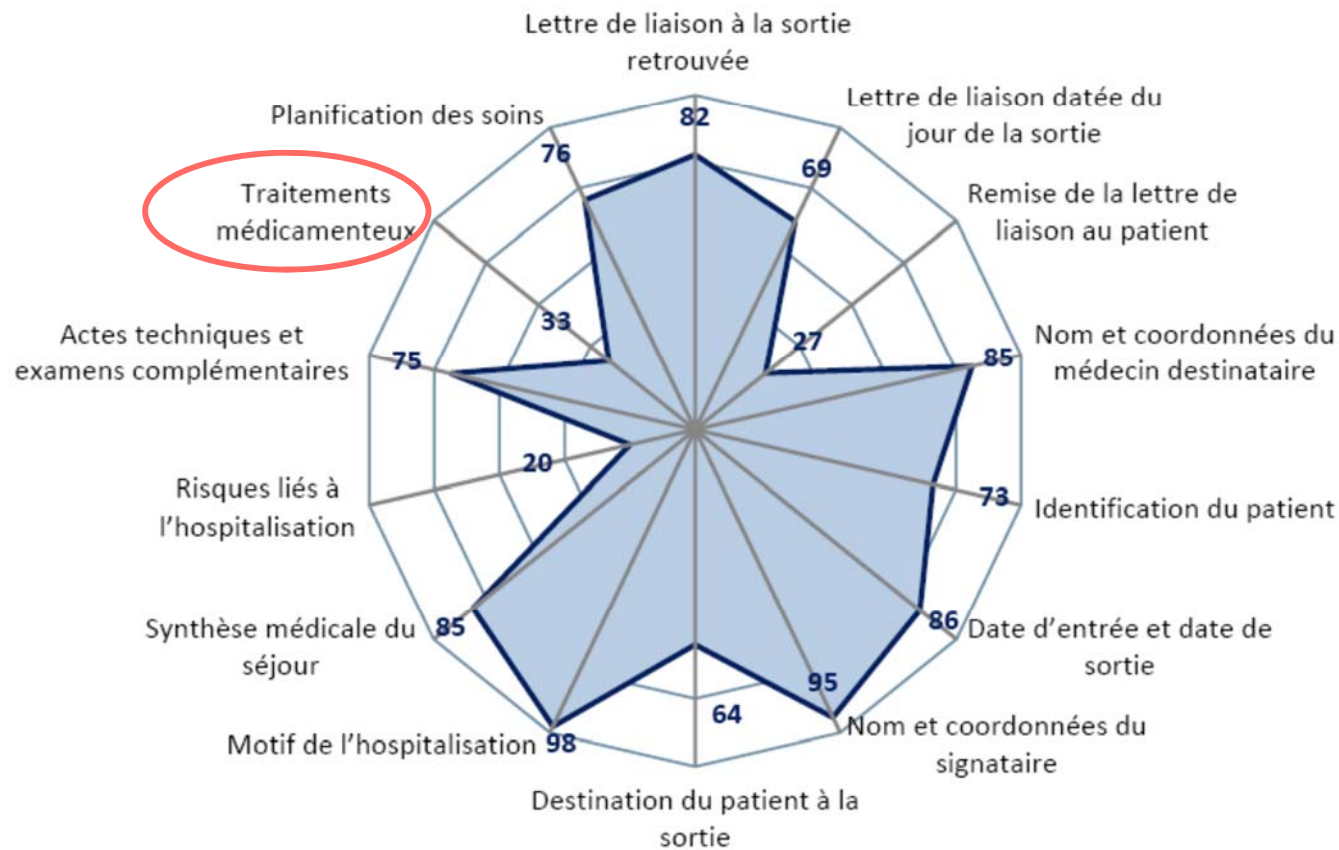
- Préparer, organiser et améliorer sa certification V2014
 - Des textes et référentiels opposables
 - Des guides HAS



■ Préparer, organiser et améliorer ses IQSS

■ La lettre de liaison

Figure 3. Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » - Campagne 2016 – données 2015 - Résultats détaillés des 13 critères composant le score



■ Préparer, organiser et améliorer ses IQSS

- La lettre de liaison

13. Traitements médicamenteux (critère 13)

Le critère est satisfait si on retrouve sur la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible :

- la liste des médicaments à l'entrée du patient ou la mention de l'absence de traitement à l'entrée ;

ET

- la liste des médicaments à la sortie du patient (avec pour chaque prescription de médicament : sa dénomination commune, sa posologie (dosage unitaire ET le rythme d'administration), sa voie d'administration ET sa durée de prescription) ou la mention de l'absence de traitement à la sortie.

- En France 6 principaux systèmes de défense sont préconisés :
 1. Prescription informatisée
 2. Analyse pharmaceutique
 3. Délivrance nominative
 4. Double contrôle des médicaments
 5. Administration par l'IDE qui a préparé
 6. Traçabilité de l'administration en temps réel

- Les 10 éléments les plus utilisés contre les défaillances :
 1. Système qualité et management des risques
 2. Information du patient
 3. Éducation du patient
 4. Éducation et formation des personnels
 5. Communication entre les professionnels
 6. Réduire les facteurs environnementaux (lumière, bruit, interruptions, charge de travail)
 7. Étiquetage, packaging et nomenclature de dénomination
 8. Stockage et standardisation
 9. Dispositifs adaptés de contrôle, d'utilisation et de suivi (2 check)
 10. Documentation sur le médicament

Des guides et fiches de bonnes pratiques

- Approvisionnement en dehors ouverture PUI
- BP préparation piluliers
- Protocoles Thérapeutiques Médicamenteux Infirmiers
- Etiquetage des seringues
- Chaine du froid des anticancéreux
- Maintenance des DM (ANSM)
- Livret thérapeutique adapté personne âgée
- Médicaments à risque
- Gestion traitements personnels
- Politique PEM et responsabilités



Observatoire des
Médicaments
Dispositifs médicaux
Innovations Thérapeutiques

OMéDIT
Centre-Val de Loire

OMÉDIT CENTRE CONTRACTUALISATION PRATIQUES ET USAGES EVENEMENTS

Accueil

LES ACTUALITÉS

03/01/2017 Journal Officiel
Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville (PHEV)
+ 4 % - le taux d'évolution des dépenses reste inchangé entre 2016 et 2017
En savoir plus

Recherche

2017

VOIR TOUTES LES ACTUALITÉS

PARCOURS PATIENT

OUTILS, GUIDES, TEXTES

MÉDICAMENTS DISPOSITIFS MÉDICAUX INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES

LES PLUS CONSULTÉS E-LEARNING CIRCUITS RSMQ

Liens utiles Textes officiels Accès région Centre-Val de Loire

Des grilles d'évaluation des pratiques dans les unités de soins

- Qualité du stockage
- Pratiques d'administration
- Bon usage et réévaluation des antibiotiques
- Prescription personne âgée
- InterDiag DMS v2



Appui et accompagnement Les outils du RSMQ

Gestion des risques

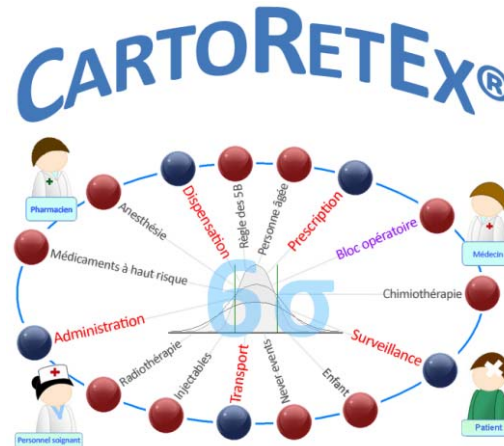
- CartoRetEx

Formation e-learning

- 5 B
- Prise en charge médicamenteuse pour nouveaux arrivants
- Calcul de doses

Formation DPC

- CREX initiation et perfectionnement
- Conciliation médicamenteuse (25/04;13/06;26/09;05/12 en 2017)



Les outils du RSMQ

A destination des patients

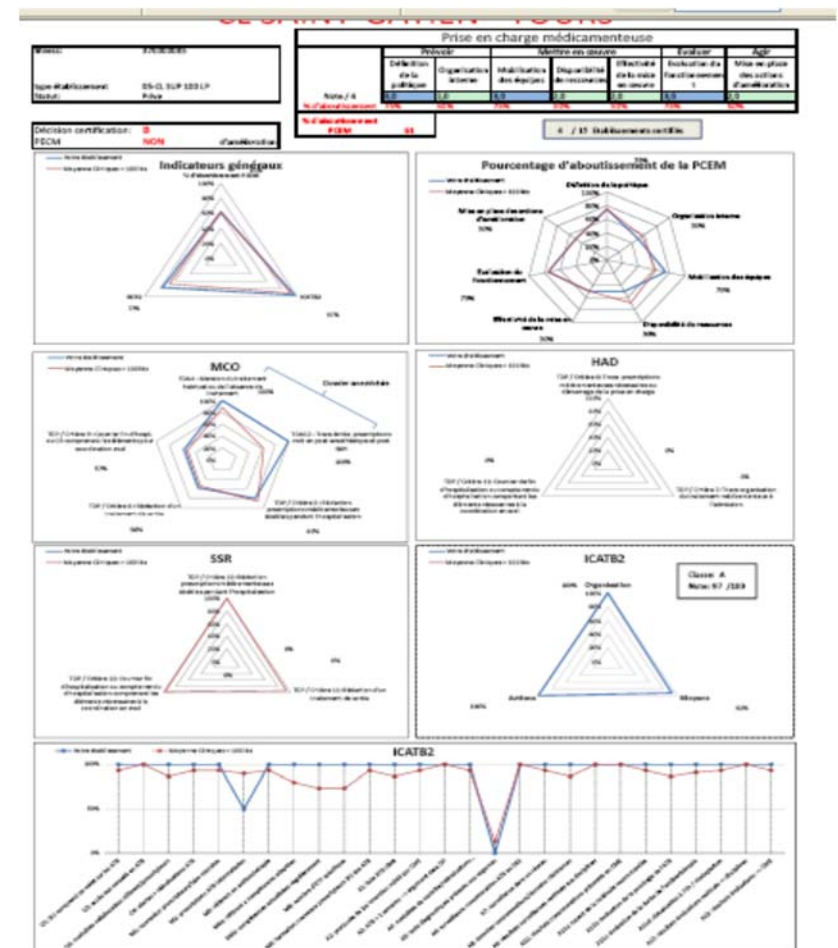
- évaluation fiches anticancéreux oraux

A destination des équipes

- Interruption de tâches

A destination CME

- tableaux bord



Mesurer la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques

Des données à mobiliser de façon adaptée à la thématique

- IQSS nationaux
- Indicateurs nationaux ou régionaux
- EPP

pour travailler sur des risques prioritaires et évaluer les plans d'action

Vérifier la cohérence entre le risque identifié et choisi et le plan d'action concret et opérationnel

Aller chercher les risques organisationnels et liés au management

Des situations à risque bien connues (EIO)

Rechercher l'efficacité de la gestion des risques et pas seulement les causes

R. Amalberti « Les patients sont très bons pour détecter les évènements indésirables. Ils détectent des évènements que ne voient pas les professionnels »

(Weingart, JGenIntMed, 2005 , Weissman, AnnInt Med, 2008 ,Schwappach, Med care, 2009)

Comment s'appuyer sur l'équipe et les patients ?



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé

**Mettre en œuvre la conciliation
des traitements médicamenteux
en établissement de santé**

Sécuriser la prise en charge médicamenteuse
du patient lors de son parcours de soins

Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins

Décembre 2016

Isabelle Alquier
Conseiller technique
DAQSS-MSP

DÉFINITION HAS

"La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle.

Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts* .«

*
Définition Collège HAS, Mars 2015

...UN CONSTAT RENFORCÉ PAR L'EXPÉRIMENTATION MED'REC

- Une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses*



- 21 320 erreurs médicamenteuses sont interceptées et corrigées chez 22 863 patients de plus de 65 ans hospitalisés après passage aux urgences et conciliés à leur admission.
 - En moyenne, pour un patient concilié ce sont une erreur médicamenteuse mais également un changement de traitement non documenté qui sont retrouvés lors de son admission en établissement de santé.
- Au titre des missions de la HAS sur la qualité des soins et la sécurité du patient, le Collège se prononce, en mars 2015, pour l'élaboration d'un guide de mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux en établissements de santé prenant en compte le lien ville-hôpital.

➤ Publication Janvier 2017

OBJECTIFS DU GUIDE

- Sensibiliser les professionnels et les patients à la conciliation des traitements médicamenteux,
- Favoriser une mise en œuvre par la mise à disposition des outils de CTM et des cas concrets
 - A destination de tous les professionnels aussi bien de ville qu'en établissements, sanitaires, médico-sociaux
 - La cible étant le parcours de soins du patient incluant les points de transition que sont
 - l'admission & la sortie
 - le transfert intra-établissement cad entre services de soins
 - le transfert entre établissements

COMMENT RÉPONDRE AUX OBJECTIFS

- Un groupe de travail pluri-professionnel - 26 personnes
- Une relecture interne et externe
- Une concertation juillet-septembre 2016
- Un guide évolutif en 4 chapitres
- Une modélisation synthétique du processus partagée et validée
- Des illustrations de mises en situations

évaluées et reproductibles

...UNE DOCTRINE

- La conciliation des traitements médicamenteux qui associe le patient et repose sur un leadership, une implication pluri-professionnelle dont un échange médico-pharmaceutique ; son implantation interroge les organisations

↳ *Adapter son organisation pour adopter la démarche.*

UN CHALLENGE

Modéliser les
différentes étapes de
la conciliation des
traitements
médicamenteux pour
en faire une démarche
reproductible et
partagée, et ce, quel
que soit
l'environnement



01

**Les éléments clefs
du guide**

L'ARCHITECTURE DU GUIDE

4 chapitres consécutifs à un préambule, suivis d'annexes et d'une bibliographie

■ Appréhender

- historique
- les attentes des professionnels
- les attentes des patients et de leur entourage

■ Comprendre

- définition et description des différentes séquences de la conciliation
- déclinaison des différentes modalités de conciliation
- périmètre de la conciliation : ce que n'est pas la conciliation médicamenteuse

■ Mettre en œuvre

- implanter et déployer la conciliation médicamenteuse
- favoriser le lien ville-hôpital
- Inscrire la conciliation médicamenteuse dans le programme de gestion des risques

■ Concilier en pratique

- exposé de cas pratique ciblant les différents points de transition

....LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX SELON 4 SÉQUENCES CLÉFS

1. Recueillir les informations

- Connaître à chaque point de transition les médicaments du patient qui sont pris ou a prendre,
- Formaliser les informations recueillies en tenant compte de l'automédication, de l'historique médicamenteux et de la non-adhésion thérapeutique du patient.

2. Synthétiser les informations

- Rédiger le bilan médicamenteux

3. Valider le bilan médicamenteux

- Attester de la faisabilité du bilan médicamenteux

4. Partager et exploiter le bilan médicamenteux

- Servir la démarche diagnostique,
- Optimiser la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments,
- Améliorer l'information du patient et son entourage.

La conciliation des traitements médicamenteux de l'admission à la sortie...

RECUEILLIR LES INFORMATIONS

SYNTHÉTISER LES INFORMATIONS

VALIDER LE BILAN MÉDICAMENTEUX

PARTAGER ET EXPLOITER LE BILAN MÉDICAMENTEUX



OBJECTIFS

- Connaître à chaque point de transition les médicaments du patient qui sont pris ou qui sont à prendre.
- Formaliser les informations recueillies en tenant compte de l'automédication, de l'historique médicamenteux et de la non-adhésion thérapeutique du patient.
- Rédiger le bilan médicamenteux.
- Attester de la fiabilité du bilan médicamenteux.
- Servir la démarche diagnostique.
- Optimiser la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments.
- Améliorer l'information du patient et de son entourage.

MODALITÉS

- Lister les médicaments en consultant au minimum 3 sources d'information différentes, voire autant que de besoin.
- Rechercher l'existence éventuelle d'une non-adhésion thérapeutique du patient.
- Enregistrer l'ensemble des informations recueillies sur un support standardisé.
- Classer et/ou enregistrer le support dans le dossier patient.
- Disposer du motif d'hospitalisation, des antécédents médicaux, des données biologiques et des allergies.
- Recouper et analyser les informations recueillies.
- Résumer et rédiger les informations sous forme de bilan médicamenteux.
- Vérifier la bonne réalisation des activités du processus de conciliation.
- Confirmer la cohérence du bilan médicamenteux en regard des informations recueillies.
- Apposer la signature du responsable sur le support.
- Intégrer le bilan à une nouvelle prescription ou comparer le bilan médicamenteux à la prescription en cours.
- Repérer et analyser les divergences (écarts) qui posent problème.
- Réaliser un échange collaboratif entre médecins et pharmaciens.
- Rédiger consécutivement la nouvelle prescription.
- Expliquer au patient et à son entourage les changements de son traitement.
- Transmettre les informations à l'ensemble des professionnels de santé (via la lettre de liaison le cas échéant).

OUTILS

- Fiche de recueil des médicaments par source d'information.
- Trame d'entretien avec le patient. 
- Fiche de conciliation des traitements médicamenteux.
- Fiche de conciliation des traitements médicamenteux dans laquelle figurent le bilan médicamenteux et les divergences.
- Fiche d'information et plan de prises destinés au patient et à son entourage sur les médicaments à prendre à son domicile.
- Fiche d'information destinée aux professionnels de santé ville/hôpital sur les médicaments à poursuivre. 

CIBLE

... pour contribuer à la qualité, la sécurité et la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins.

....UNE ÉTAPE PRÉALABLE

Favoriser le **lien ville-hôpital** autour du **patient**
.....en impliquant le **professionnel de ville**

- Identifier les disciplines concernées et les professionnels intéressés du territoire,
- Organiser des rencontres et délivrer le message relatif au projet de conciliation en précisant leur rôle dans la démarche,
- Expliquer le besoin et la réponse en termes de continuité des soins,
- Satisfaire les attendus des médecins, pharmaciens et infirmiers des soins de ville concernant les traitements des patients,
- Rencontrer les organismes qui les représentent tels que les URPS, les conseils régionaux de l'ordre des médecins, pharmaciens et infirmiers,
- Faire connaître le plan de communication à l'agence régionale de santé,
- Associer les représentants de l'Assurance maladie.

- Certains, exclusivement réservés à la démarche de conciliation (Fiches de conciliation),
- D'autres, complétant et/ou mutualisant des outils existants (Lettre de liaison, plan de posologie, exemple de support de formation...).
- ▶ Des outils éprouvés et reproductibles (Interactifs).



Téléchargeables depuis la boîte à outils

LES MISES EN SITUATION

- Proposant des mises en situation (Exemples de modes opératoires) relatives à la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie.
 - ▶ Téléchargeables et imprimables

Concilier à l'admission/sortie les patients hospitalisés en chirurgie programmée et non programmée.
Concilier à l'admission/sortie les patients hospitalisés en gériatrie.
Concilier à l'admission/sortie les patients hospitalisés en HAD.
Concilier les patients admis aux urgences.
Concilier à l'admission les patients hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).
Concilier à l'admission les patients hospitalisés en SSR, SSR pédiatrique.
Concilier à l'admission les patients hospitalisés en psychiatrie.
Concilier à l'admission les patients hospitalisés en médecine.

Titre :

Présentation de l'établissement	Contexte
Nom de l'établissement :	Patients qui bénéficient de la conciliation des traitements médicamenteux :
Statut :	Éléments déclenchant la conciliation des traitements médicamenteux :
	Mode de conciliation : <input type="checkbox"/> Proactif <input type="checkbox"/> Rétroactif
Modalités d'implantation de la conciliation des traitements médicamenteux	
Y a-t-il eu une phase test ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Période de la phase test ? : Du _____ au _____
Services de soins concernés :	
Caractéristiques des patients conciliés :	
Modalités de formation : - E-learning ? - Autres (à préciser) :	
Indicateurs de la phase test :	
Modalités de déploiement	
Date du déploiement :	
Services de soins concernés :	
Indicateurs (si différents de la phase test) :	
Outils développés :	
Particularités (Éléments ayant facilité la conciliation des traitements médicamenteux chez les patients hospitalisés)	

Recueillir les informations

 Descriptif du processus	 Professionnels impliqués	 Outils utilisés
	 Particularités	

Synthétiser les informations

 Descriptif du processus	 Professionnels impliqués	 Outils utilisés
	 Particularités	

Valider le bilan médicamenteux

 Descriptif du processus	 Professionnels impliqués	 Outils utilisés
	 Particularités	

Partager et exploiter le bilan médicamenteux

 Descriptif du processus	 Professionnels impliqués	 Outils utilisés
	 Particularités	



02

**Comment s'approprier
le guide**

UN GUIDE AVANT TOUT...

- Un guide qui n'est pas opposable,
- Un guide qui s'adresse :
 - Aux professionnels de santé en établissement de santé,
 - Aux professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens d'officine, infirmières) et aux organismes les représentant.
 - ▶ Avec les OMEDIT comme relais
- Un guide qui propose des leviers, outils... pour initier, compléter une démarche de conciliation des traitements médicamenteux
 - ▶ Mais il appartient à chaque établissement de santé de s'approprier les différentes propositions, recommandations en fonction de son organisation, ses ressources et ses orientations.

.....MAIS..... CE N'EST QU'UN GUIDE!!!

- Ce n'est pas un "kit de mise en œuvre" clé en main!!
- Il n'aborde pas la mise en oeuvre de la conciliation des traitements médicamenteux en ville.



03

Les perspectives

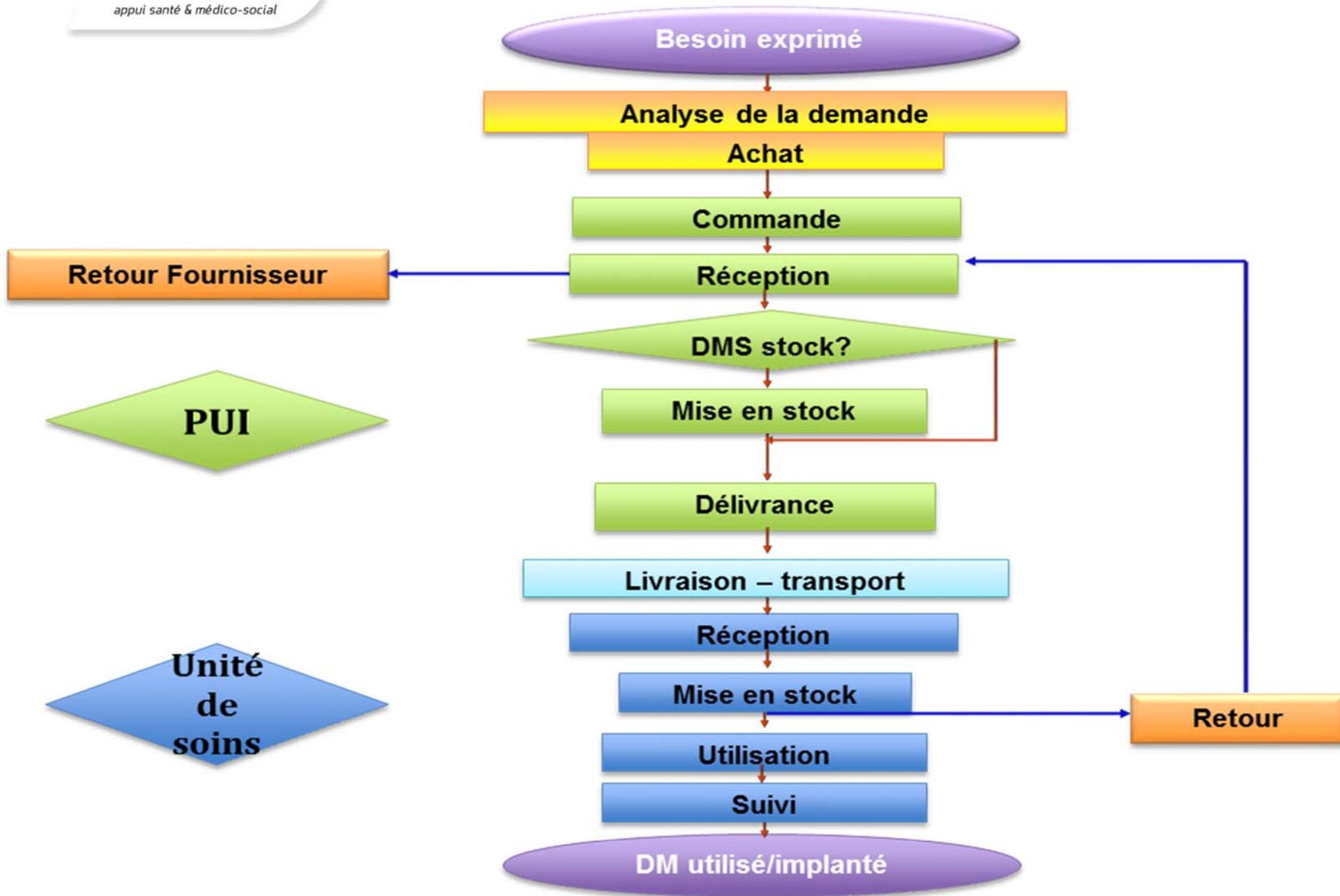
UN GUIDE ÉVOLUTIF

- Évaluation de la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux à partir du guide,
- Mises en situation complémentaires (Cancérologie, ambulatoire...),
- Lien avec la certification.

CIRCUIT DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES EN ETABLISSEMENTS DE SANTE OUTIL INTER DIAG DMS

Journée régionale CREX-RSMQ

19 Janvier 2017



CONTEXTE

En 2012, l'ANAP a développé un outil d'auto-évaluation de la sécurisation du circuit des DMS dans les Etablissements de santé : INTERDIAG DMS V1.0.

Cette démarche est basée sur trois principes fondamentaux :

➤ **Approche «*bottom-up*» :**

par les acteurs de première ligne et au plus près du lieu de soin : unités de soins et PUI

➤ **Démarche pluridisciplinaire :**

Susciter le dialogue pluridisciplinaire : embarquer tous les acteurs de soins gravitant autour du patient pour une culture de sécurité partagée

➤ **Diagnostic partagé par tous :**

Objectiver le niveau de performance du circuit : ne s'améliore que ce qui peut se mesurer...

Présentation de l'Outil INTERDIAG DMS V1.0

L'outil se présente en DEUX MODULES :

Un module « PUI »

- ❖ Politique de sécurisation de l'établissement
- ❖ Circuit des DMS au niveau de la PUI

Un module « Unité de soins »

- ❖ Circuit des DMS au niveau de l'unité de soins
- ❖ Pratiques de soins et évaluation des pratiques

Module PUI

A - Objectif de l'outil Diagnostic Dispositifs Médicaux Stériles (DMS)

L'outil Diagnostic DMS est un outil d'auto-évaluation de la sécurisation du circuit des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé.

L'outil se présente en deux modules :

- Module relatif au circuit des DMS au sein de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et à la politique de l'établissement
- Module relatif au circuit des DMS au sein de l'Unité de soins et aux pratiques de soins.

Cet outil permet :

- d'évaluer le niveau de sécurisation du circuit des DMS
- d'établir une cartographie des risques liés au circuit des DMS
- d'identifier les axes prioritaires d'amélioration
- d'engager les acteurs du circuit des DMS dans des plans d'actions concrets.

B - Utilisation de l'outil Diagnostic Dispositifs Médicaux Stériles

L'utilisation de l'outil se fait en 3 étapes :

- saisie des données dans les onglets de l'outil
- vérification de la complétude
- visualisation et analyse des résultats obtenus (cf 'Scores', 'Résultats', 'Cartographie')

1. Saisie des données

Mode d'emploi

Identification

- | | |
|---|--|
| 1 | <u>Politique de sécurisation du circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS) de l'établissement</u> |
| 2 | <u>Circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS) au sein de la PUI</u> |

2. Vérifications

Incomplet

Incomplet

Incomplet

3. Résultats

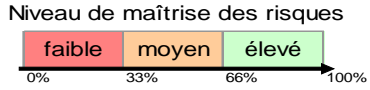
Scores

Résultats

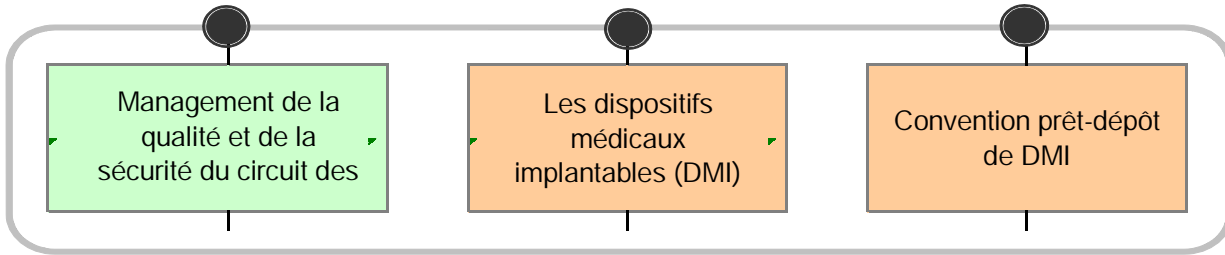
Cartographie

Module Diagnostic DMS : Module PUI

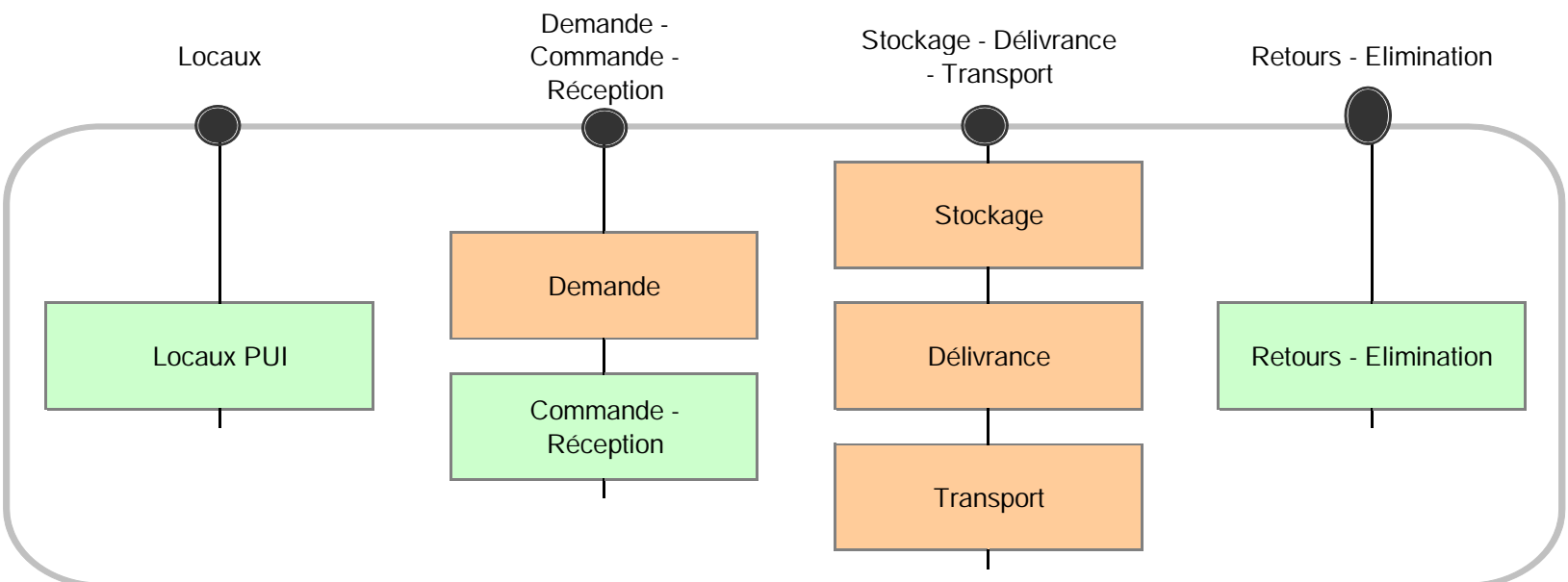
Cartographie détaillée de vos points forts et vulnérabilités du circuit



Politique de sécurisation du circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS) de l'établissement



Circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS) au sein de la PUI



Outil Diagnostic DMS

Dispositifs Médicaux Stériles

Module Unité de Soins

A - Objectif de l'outil Diagnostic Dispositifs Médicaux Stériles (DMS)

L'outil Diagnostic DMS est un outil d'auto-évaluation de la sécurisation du circuit des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé.

L'outil comprend deux modules :

- Module relatif au circuit des DMS au sein de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et à la politique de l'établissement
- Module relatif au circuit des DMS au sein de l'Unité de soins et aux pratiques de soins.

Cet outil permet :

- d'évaluer le niveau de sécurisation du circuit des DMS
- d'établir une cartographie des risques liés au circuit des DM
- d'identifier les axes prioritaires d'amélioration
- d'engager les acteurs du circuit des DMS dans des plans d'actions concrets.

B - Utilisation de l'outil Diagnostic Dispositifs Médicaux Stériles

L'utilisation de l'outil se fait en 3 étapes :

- saisie des données dans les onglets de l'outil
- vérification de la complétude
- visualisation et analyse des résultats obtenus (cf 'Scores', 'Résultats', 'Cartographie')

1. Saisie des données

Mode d'emploi

Identification

1 Circuit des dispositifs médicaux stériles dans l'unité de soins

2 Pratiques de soins et Evaluation des pratiques

2. Vérifications

Incomplet

Incomplet

Incomplet

3. Résultats

Scores

Résultats

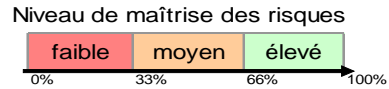
Cartographie



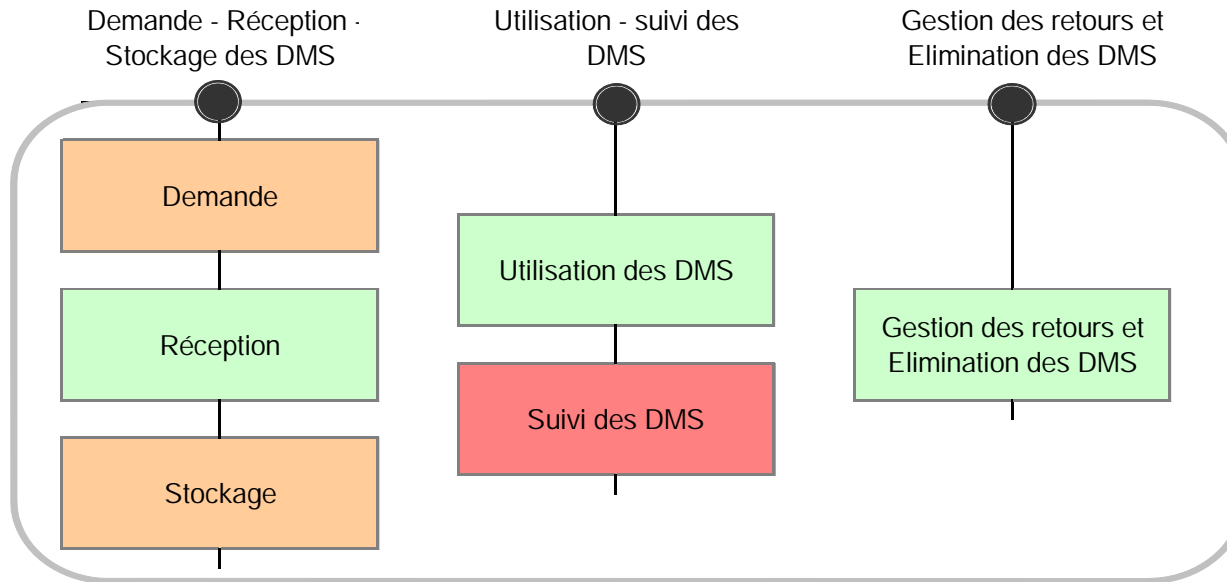
Outil Diagnostic DMS : Module Unité de soins

JJ/MM/ANNEE

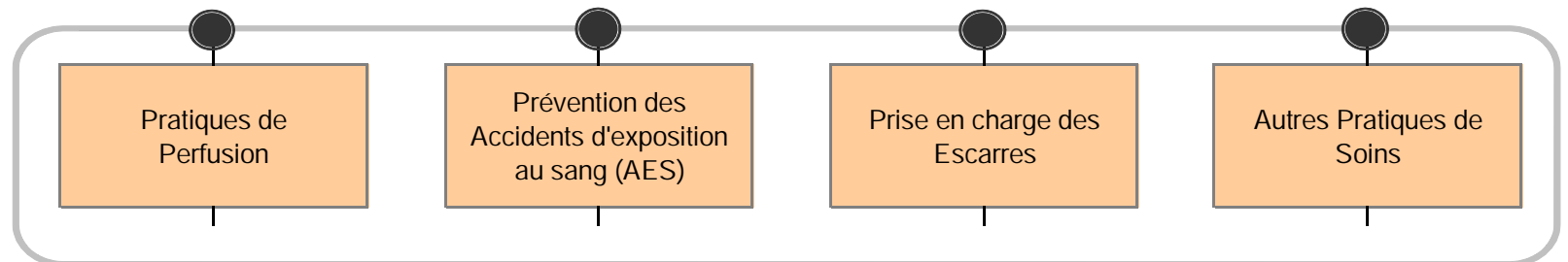
Cartographie détaillée de vos points forts et vulnérabilités du circuit



Circuit des dispositifs médicaux stériles dans l'unité de soins



Pratiques de soins et Evaluation des pratiques



Outil INTER DIAG DMS : une gestion des risques *a priori*

Barrières de sécurité	Objectifs recherchés
Système documentaire (procédures, instructions, protocoles)	Formalisation de l'organisation, des responsabilités et des liens entre la PUI/service logistique/Unités de soins/instances de l'ES Evaluation du personnel Supports de formation pour les nouveaux arrivants (ou interim, turn-over RH,...) Sortir d'une culture orale
Sécurisation de la manipulation des DM de la réception à l'utilisation	Garantir les performances techniques du DM et l'état stérile (exigences réglementaires) aux différentes étapes du processus
Promouvoir les bonnes pratiques de stockage,	Conformité des locaux, hygiène, sécurité
Bonnes pratiques de transport	Garantir l'intégrité des DMS, matériel de transport sécurisé
Suivi des non conformités	Développer la gestion des risques <i>a posteriori</i>
Actions de prévention des risques liés à l'organisation de la supply chain : dotations, contrôle, demande, réception, gestion des stocks PUI et US, mise à jour régulière des dotations ...	Mettre à disposition le bon DM au bon patient au bon moment : (délais de prise en charge, erreur produit, Maîtriser les demandes en urgence Amélioration des conditions de travail du personnel
Information, formation, sensibilisation	Livret des DM, séances et supports d'information/formation, sensibilisation aux risques liés à l'organisation du processus et à l'usage des DMS...
Encadrement et Évaluation des pratiques de soins	Promouvoir le bon usage des DMS

Outil INTER DIAG DMS : une gestion des risques *a priori*

Barrières de sécurité	Objectifs recherchés
Traçabilité des DMI	Sécurité sanitaire, Matéiovigilance, respect des exigences réglementaires,
Relations PUI et US	Fluidifier l'information, communication, coordination,.. entre les acteurs
Locaux, équipement de stockage	Sécurisation des conditions de stockage et de la délivrance ergonomie, amélioration des conditions de travail optimisation des espaces optimisation de la productivité
Système d'information	Fluidification de l'information Coordination des acteurs du circuit Réactivité de la supply chain Conditions de travail Partage de l'information

ÉVALUATION DE L'OUTIL INTERDIAG DMS®

Deux ans après sa publication et son déploiement...

Méthode : plan de l'étude d'évaluation

Questionnaire en ligne à l'aide du logiciel d'enquête statistique Limesurvey



- ✗ Identification de l'établissement
- ✗ Evaluation de l'utilisation de l'outil: déploiement dans votre établissement
- ✗ Evaluation de l'utilisation de l'outil: objectifs de l'auto-évaluation
- ✗ Evaluation de l'utilisation et de la finalité de l'outil: élaboration de plans d'action
- ✗ Evaluation de l'utilisation et de la finalité de l'outil: retours d'expérience
- ✗ Perspectives d'évolution de l'outil



~ 40 questions



Résultats : établissements répondants

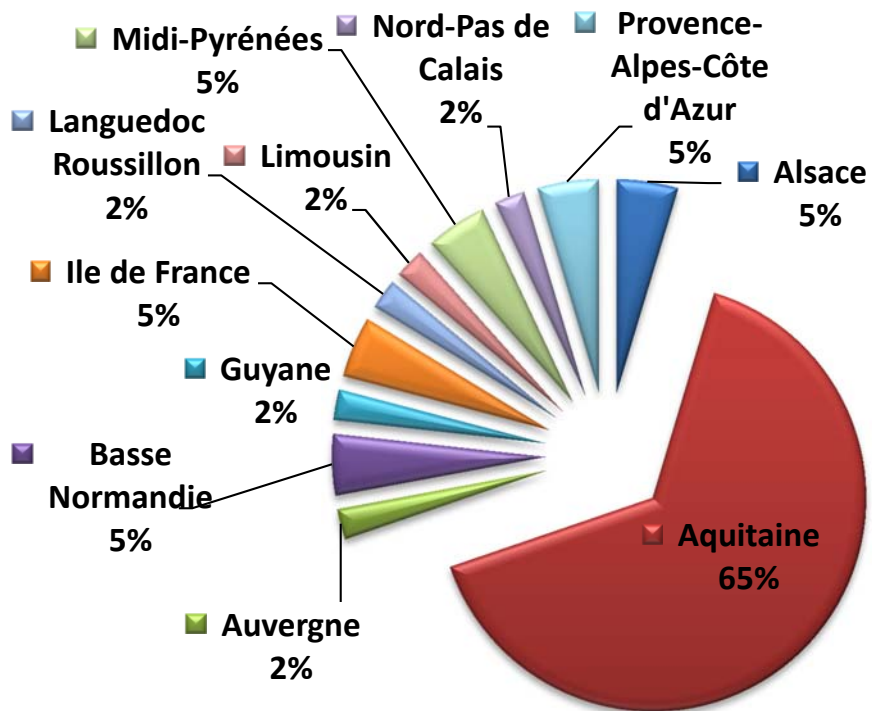


Fig 1: régions des établissements répondants

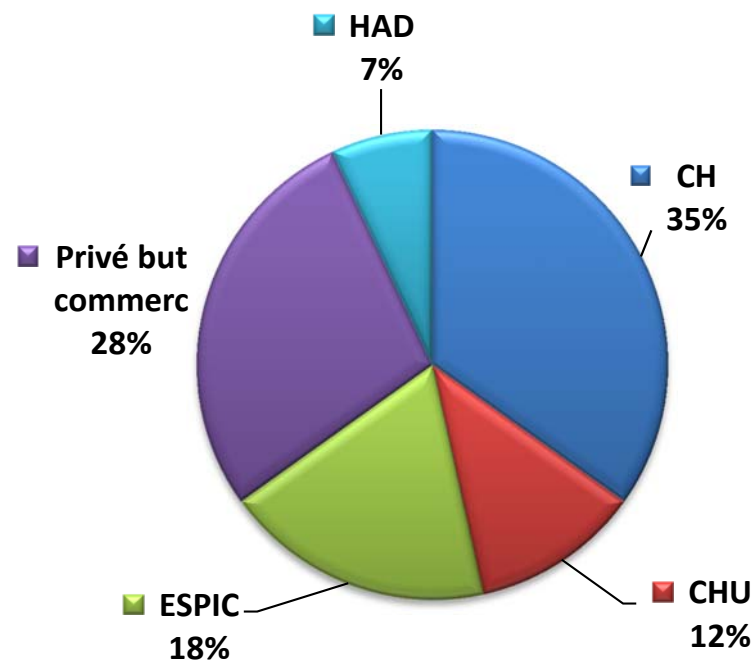


Fig 2 : profil des établissements répondants

n = 43 répondants

33 réponses complètes
10 réponses partielles

Résultats: coordonnateurs de la démarche d'auto-évaluation

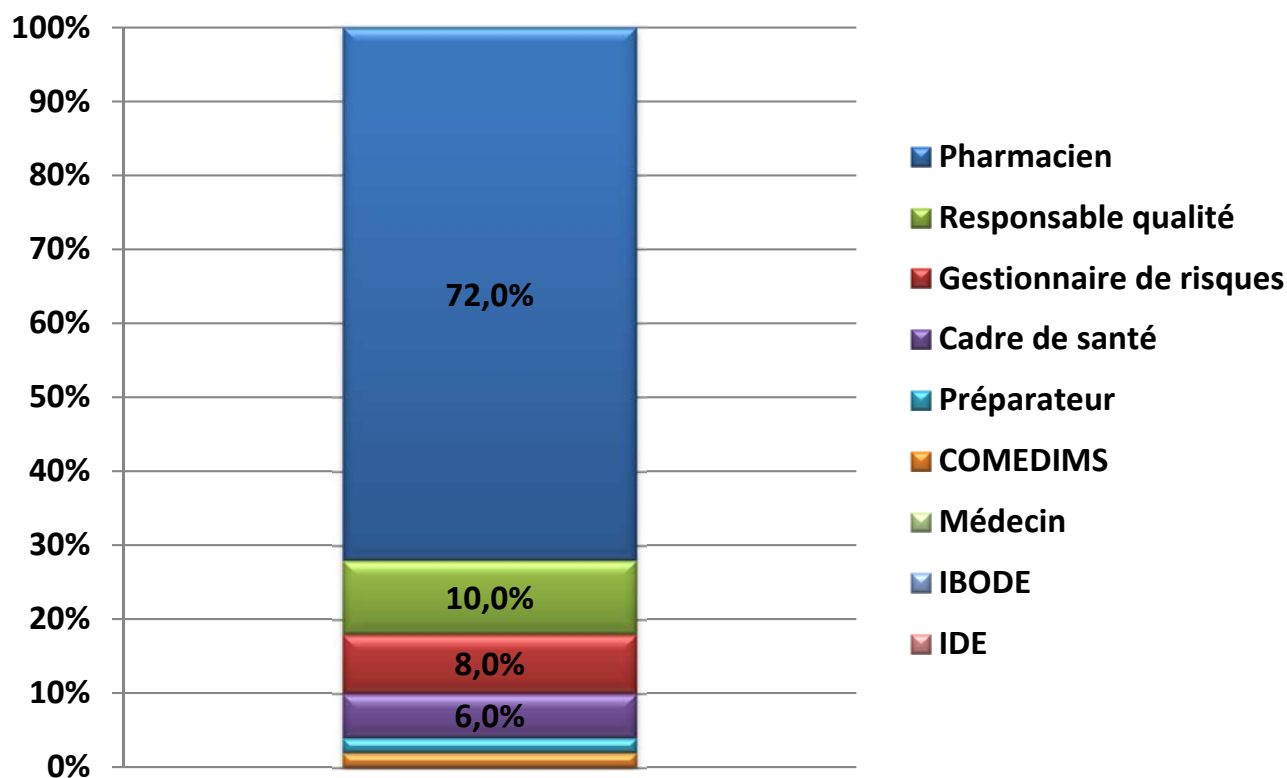


Fig 3 : Profil des coordonnateurs de la démarche d'auto-évaluation

Le **pharmacien** est le **principal coordonnateur** de la démarche d'évaluation (73% des cas) de par sa position centrale dans l'organisation du circuit des DMS en étant à l'interface des différents acteurs impliqués dans ce processus (fournisseurs, unités de soins, instances de l'établissement en charge de la politique des dispositifs médicaux, de la qualité et sécurité des soins, ...)

Résultats : participants à la démarche d'auto-évaluation

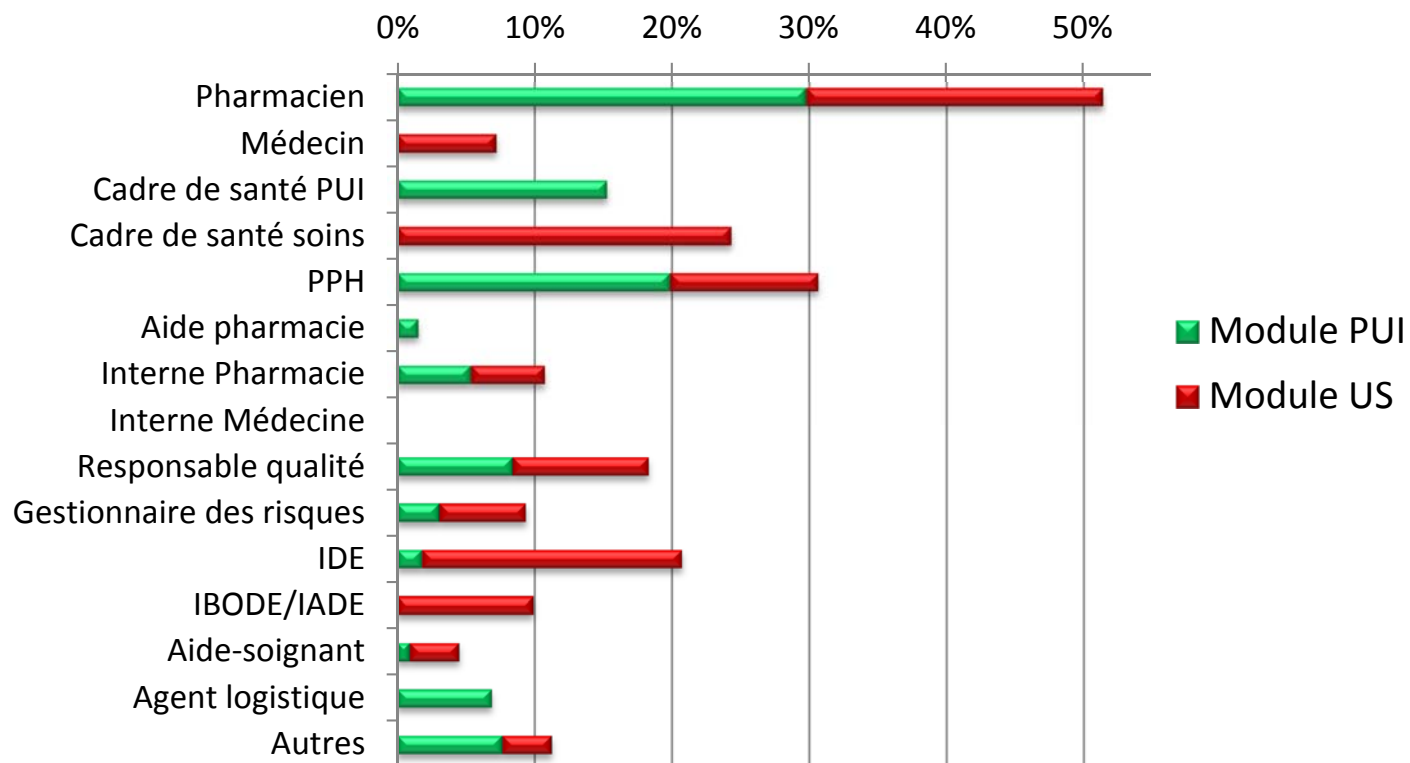


Fig 4 : Profil des participants à la démarche d'auto-évaluation

Les principaux participants sont :

Module PUI (n = 128): les **pharmaciens** (30%), les **préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH)**, (20%) et les **cadres de santé PUI** (16%)

Pour le module US (n = 135): les **cadres de santé soins** (24%), les **pharmaciens** (22%) et les **IDE** (18%).

Résultats : quels outils ont été utilisés ?

■ PUI / US ■ PUI seul ■ US seul

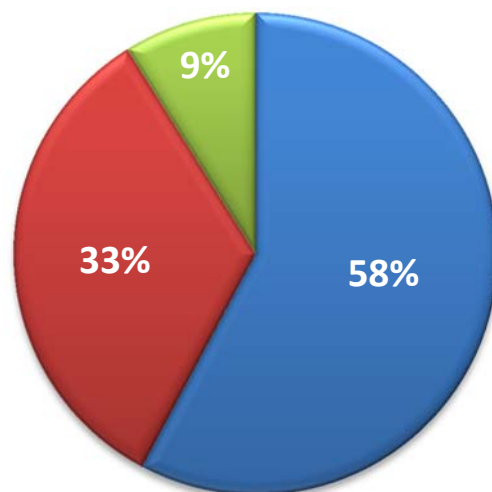


Fig 5 : Niveau de déploiement des 2 modules par les établissements

31,4%

des US utilisent l'outil
INTERDIAG DMS®
(médiane)



n = 1601 US

Principalement les **2 modules PUI et US sont utilisés simultanément** et il est rare que le module US soit utilisé seul, le pharmacien étant le principal coordonnateur de la démarche d'autoévaluation (73% des cas). Trop nombreuses sont encore les démarches d'auto-évaluation qui se cantonnent à la PUI par manque de ressources.

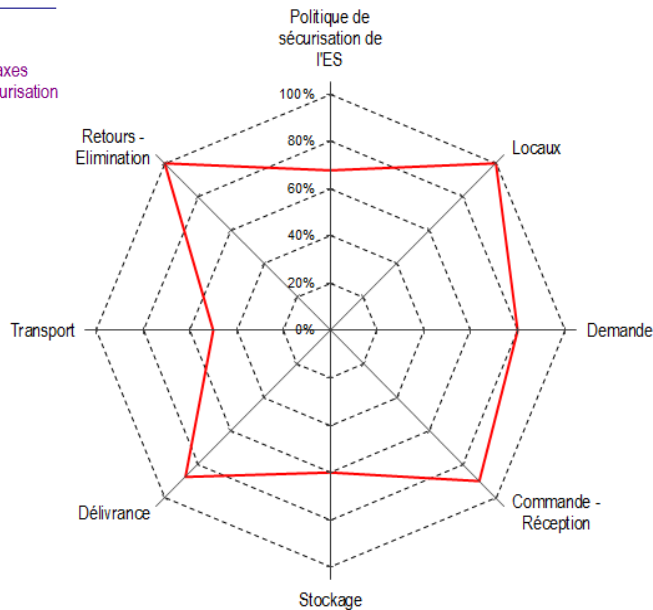
Résultats : niveau de satisfaction général

Verbatims

« Revoir quelques formulations et terminologies »

« L'intérêt réside dans l'analyse et la restitution rapide des résultats »

Radar des 8 axes de sécurisation



Module PUI	Module US
Ergonomie de l'outil	
Clarté et facilité de compréhension des questions	
92,3%	86,2%
Facilité de compréhension des résultats	
100%	
Temps moyen nécessaire pour aboutir à l'auto-évaluation du circuit	
100%	93,1%



Résultats : niveau de satisfaction général

Verbatims

« Permet de prendre la mesure des connaissances de chaque personnel de la PUI sur les DM, la qualité, le management »

Module PUI	Module US
Objectifs d'auto-évaluation	
Etablissement d'un dialogue entre tous les acteurs	
89,7%	82,1%
Identification des points critiques du circuit des DMS	
89,7%	85,2%
Identification des axes prioritaires et axes d'amélioration	
94,7%	85,2%

« Le dialogue se fait essentiellement avec les référents de chaque service »

« Les points critiques sont souvent connus mais l'outil est un argument "officiel", permettant notamment d'appuyer les demandes auprès de la direction »

« Insuffisance du volet DMI »

Résultats : plans d'actions mis en œuvre



Module PUI

51% des cas

Module US

36% des cas

Fig 6 : Proportion d'établissement ayant mis en œuvre des plans d'actions suite à l'utilisation d'INTERDIAG DMS®

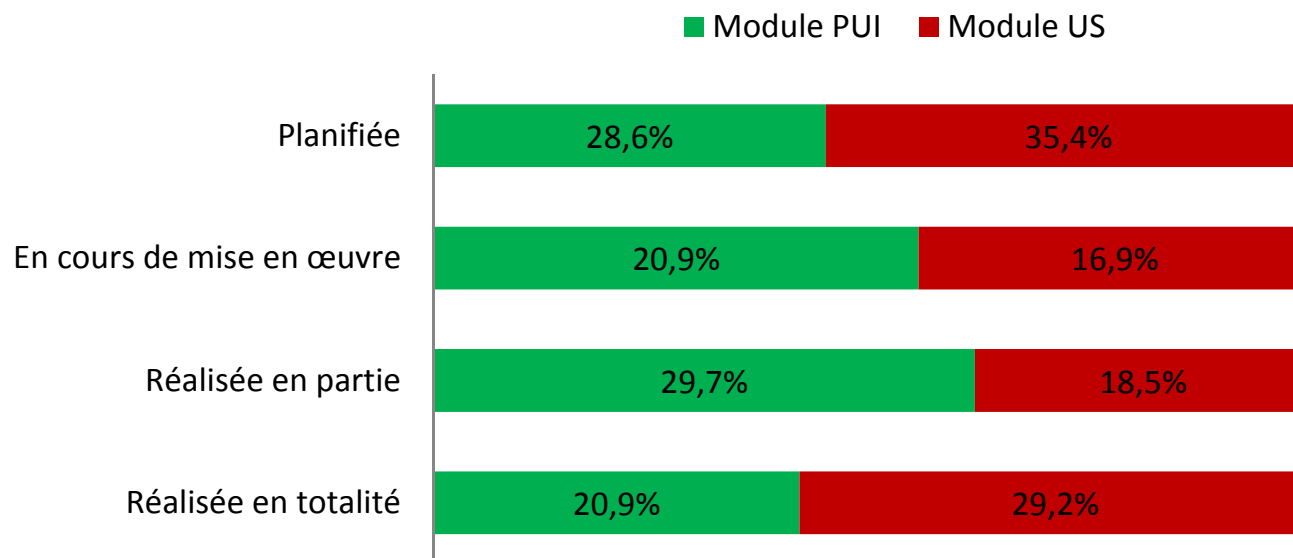


Fig 7 : Etat d'avancement des actions d'amélioration au moment de l'évaluation

Résultats : plans d'actions mis en œuvre

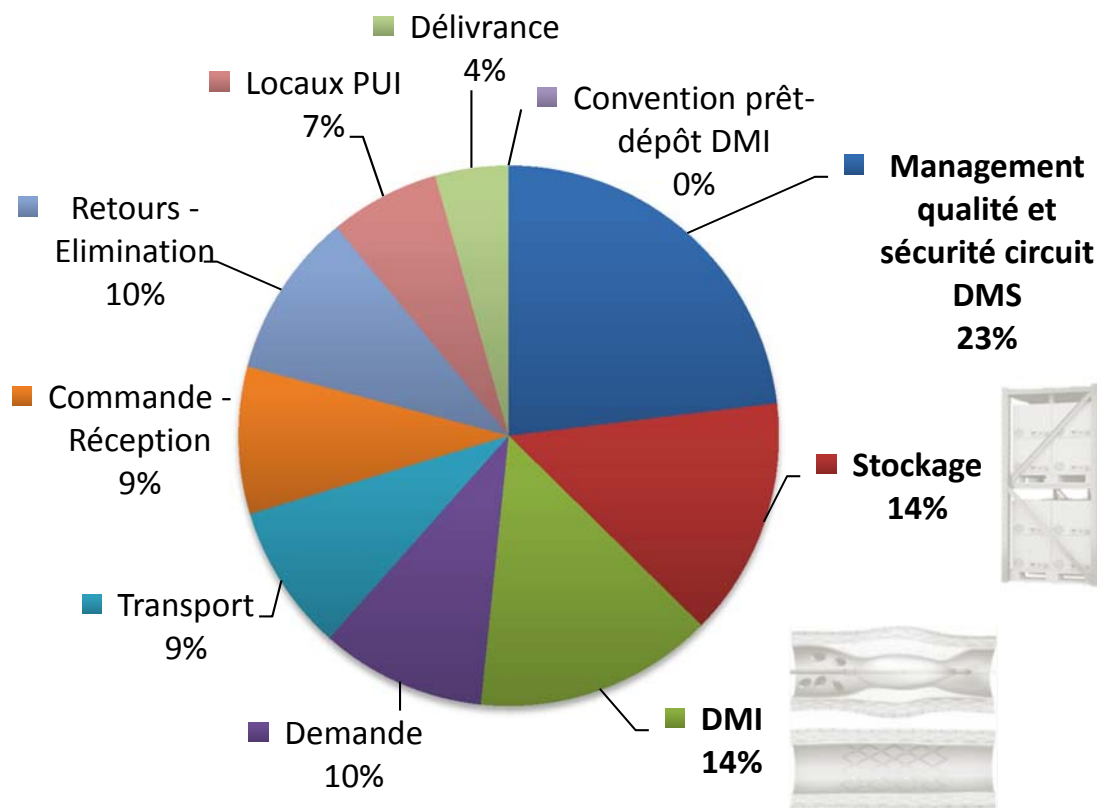


Fig 8 : Répartition des actions d'amélioration mises en œuvre pour le module PUI

Les plans d'actions se concentrent principalement sur des problématiques de **management de la qualité et de la sécurité (23%)**, de **stockage (14%)**, de **Dispositifs Médicaux Implantables (14%)**

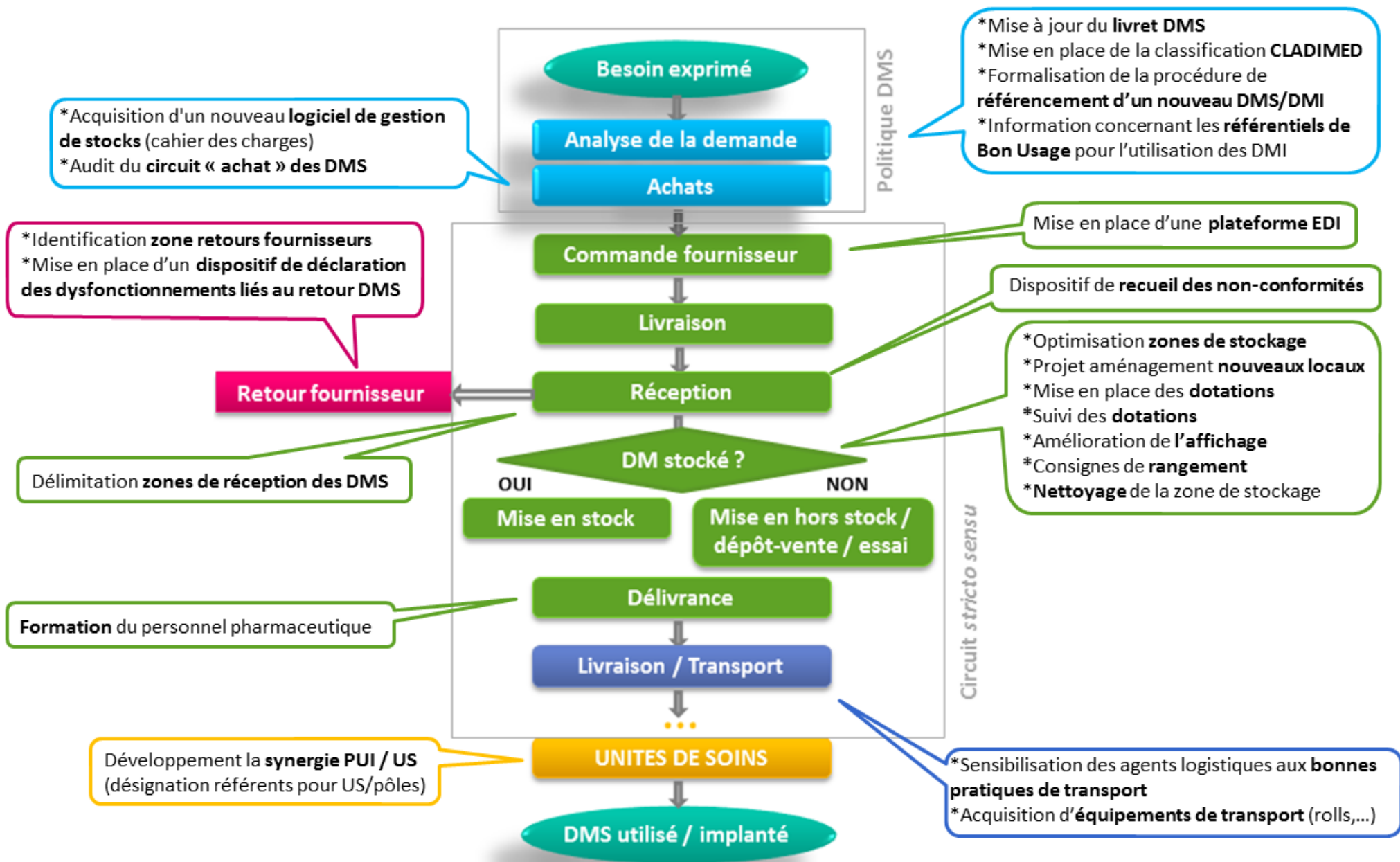


Fig 9: exemples de plans d'actions mis en œuvre sur le circuit des DMS à la PUI

Résultats : plans d'actions mis en œuvre

A titre informatif, une liste plus exhaustive...

Management qualité et sécurité circuit DMS	<p><u>Système documentaire</u>: mise à jour du Manuel d'Assurance Qualité (MAQ), du livret DMS / Formaliser et valider les procédures</p> <p><u>Information/Formation</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Développer et entretenir la synergie PUI / US *Former les acteurs des DMS dans l'établissement (logiciel de stock DMS, évaluation des règles de stockage à la PUI,...) <p><u>Informatisation</u>: Audit du circuit d'achat des DMS / Cahier des charges pour acquisition d'un nouveau logiciel de gestion de stocks</p>
Stockage	<p><u>Amélioration du stockage</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Mise à jour des procédures / des modes opératoires (affichage des consignes de rangement par ordre alphabétique,...) *Réaménagement / Optimisation des aires de stockage / Revoir zones de décartonnage / Projet de nouveaux locaux *Développement du plein-vidé *Mise en place des dotations dans les US et de leur suivi
DMI	<p><u>Système documentaire</u>: formaliser et valider les modes opératoires et procédures (circuit des DMS, DMI explantés, élimination DMIA, retours à la PUI, destruction, suivi des échecs de pose)</p> <p><u>Information/Formation</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Information des prescripteurs concernant les référentiels de bon usage des DMI facturables en sus des GHS *Former le personnel concerné (élimination des DMIA, notification des échecs de pose) *Mise au point régulière des référencements en COMEDIMS <p><u>Informatisation</u>: du circuit des DMI</p>
Demande	<ul style="list-style-type: none"> *Elaborer ou mettre à jour un livret DMS / Mise en place de la classification CLADIMED *Formaliser la procédure de référencement d'un nouveau DMS
Transport	<ul style="list-style-type: none"> *Sensibiliser aux bonnes pratiques de transport (formation des préparateurs) *Rationaliser les commandes / Investir dans des rolls supplémentaires et améliorer leur traçabilité
Commande - Réception	<ul style="list-style-type: none"> *Mettre en place une plateforme EDI pour les commandes / Planifier l'informatisation de la réception (douchettes) *Mettre en place des recueils de non-conformités
Retours - Elimination	<ul style="list-style-type: none"> *Sensibiliser à la gestion des retours de DMS (mise en place de dispositifs de déclaration) *Identification d'une zone de "retours fournisseurs" à la PUI
Locaux PUI	<ul style="list-style-type: none"> *Identification des zones de stockage des DMS à la PUI ou délocalisées (mode de rangement, zone de quarantaine,...) *Formaliser les procédures de nettoyage de ces zones avec la société de nettoyage
Délivrance	<ul style="list-style-type: none"> *Formation du personnel affecté à cette tâche

Résultats : plans d'actions mis en œuvre

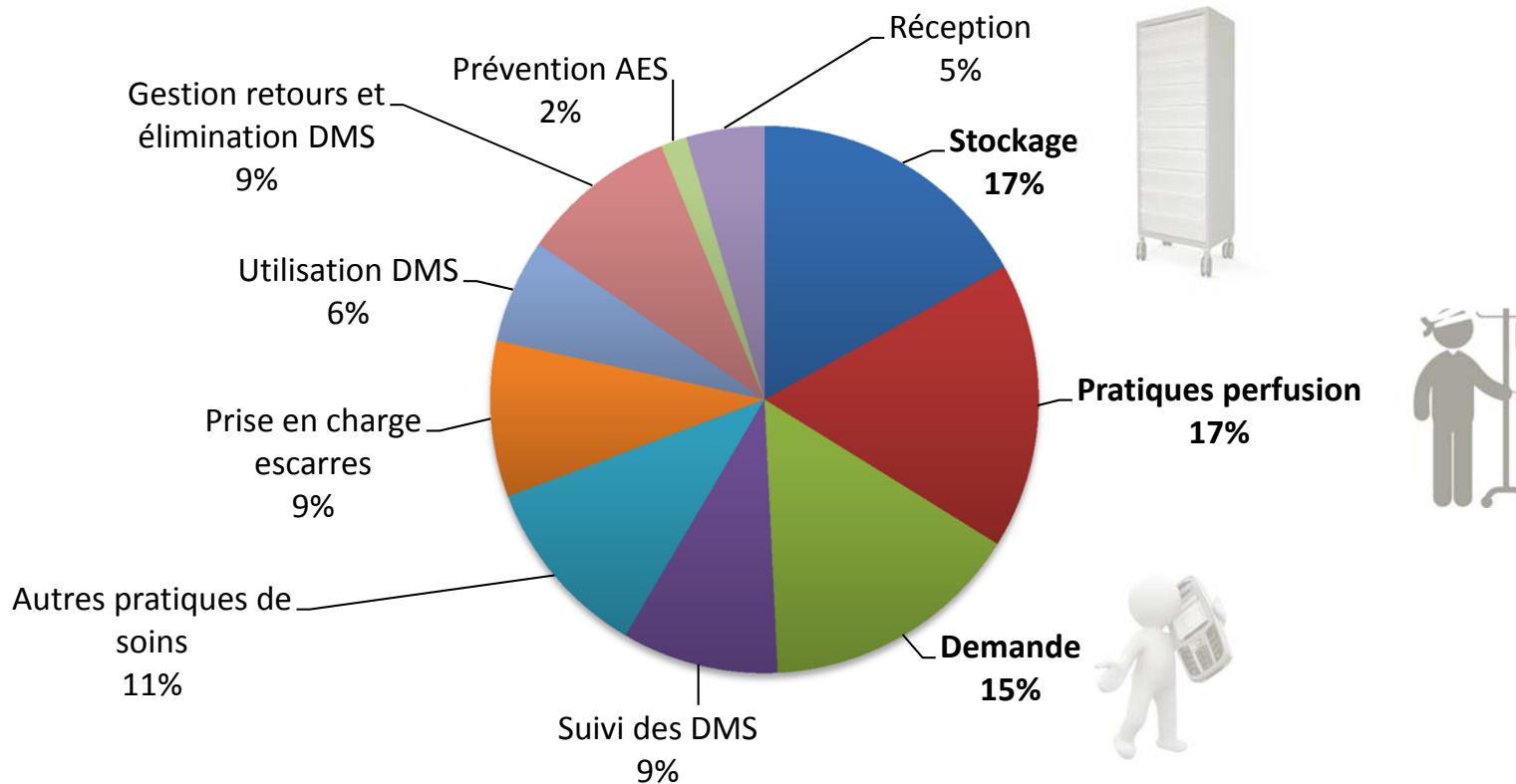


Fig 10: répartition des actions d'amélioration mises en œuvre pour le module US

Les plans d'actions se concentrent principalement sur des problématiques de **stockage (17%)**, de **pratiques de perfusion (17%)**, de **demande des DMS (15%)**

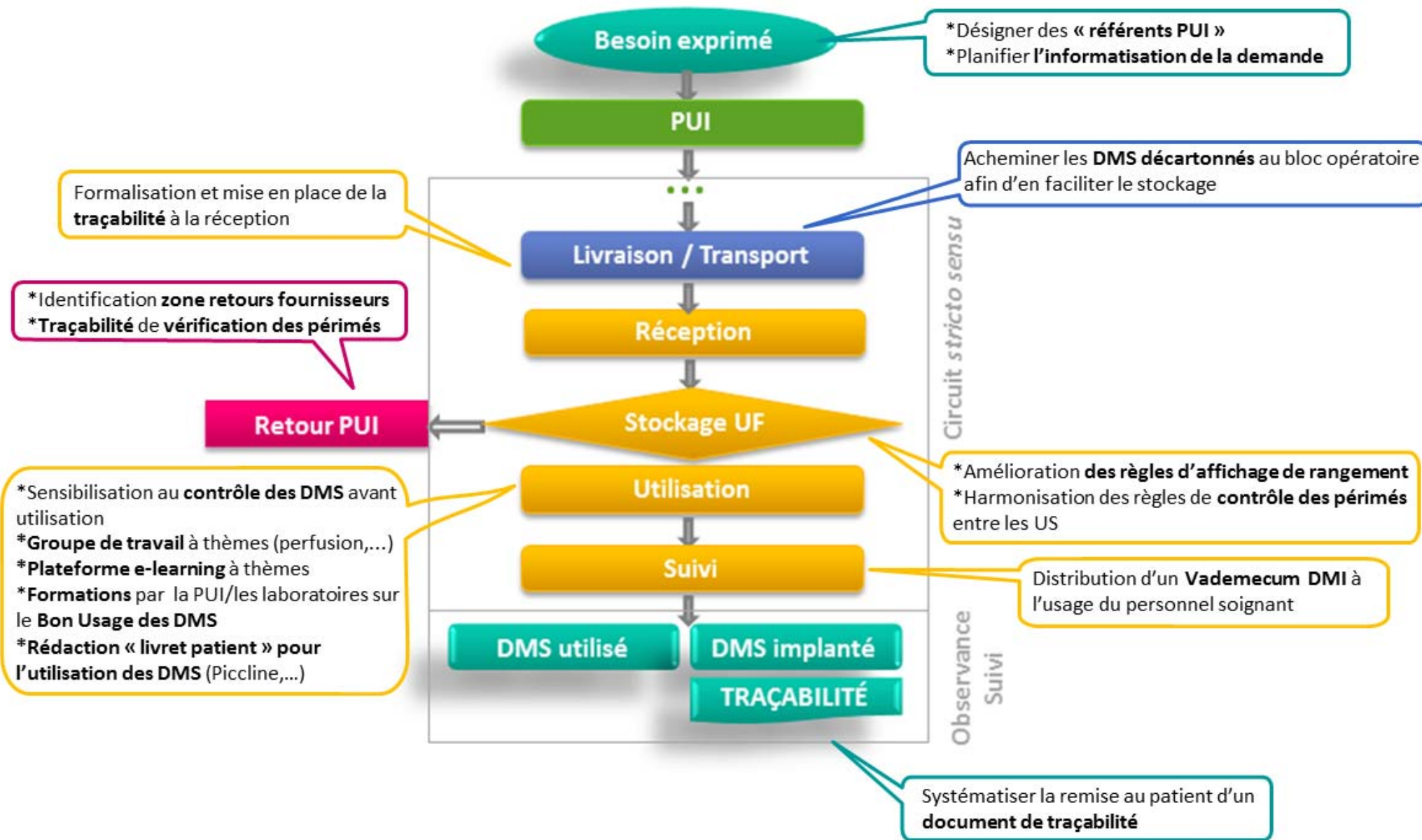


Fig 11: exemples de plans d'actions mis en œuvre sur le circuit des DMS dans les unités de soins

Résultats : plans d'actions mis en œuvre

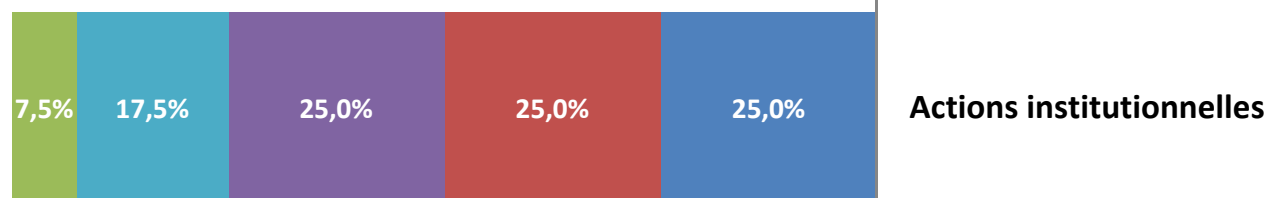
A titre informatif, une liste plus exhaustive...

Stockage	<ul style="list-style-type: none"> * Informer sur les bonnes pratiques de stockage et diffusion du document <i>ad hoc</i> * Améliorer l'affichage des DM dans les stocks des US * Elaborer des règles de rangement des DMS (armoires à pharmacie selon la taille des DMS, séparateurs dans les tiroirs) * Harmoniser l'organisation des contrôles de péremption * Acquisition d'un système de rangement plein-vide
Pratiques de perfusion	<ul style="list-style-type: none"> * Créer un groupe de travail sur la perfusion (avec audits de pratiques) * Effectuer des audits de pratiques * Organiser des formations sur les bonnes pratiques de perfusion avec les OMEDIT et diffusion de l'outil "Bonnes pratiques de perfusion"
Demande	<ul style="list-style-type: none"> * Désigner des "référénts PUI" dans les US (pour améliorer la communication PUI / US) * Planifier l'informatisation de la commande * Formaliser les procédures dégradées DMI / DMS en cas de panne du système informatique
Suivi des DMS	<ul style="list-style-type: none"> * Distribuer le Vademecum des DMI à l'usage des acteurs du circuit * Acquérir un outil informatique de gestion des dépôts * Systématiser la remise au patient d'un document de traçabilité des DMI posés (carte implant, photocopie du dossier patient)
Autres pratiques de soins	<ul style="list-style-type: none"> * Créer un groupe de travail sur les cathéters * Créer une plateforme d'e-learning (DM d'abord urinaire et respiratoire) * Réaliser des audits sur les pansements
Prise en charge des escarres	<ul style="list-style-type: none"> * Créer un groupe de travail sur la prise en charge des escarres (avec audits de pratiques) * Référencer les travaux menés au niveau régional et national et application en local (nouveau protocole "pansements" du CLIN,...) * Organiser des formations par les laboratoires sur la prévention des escarres (coordonnées par les cadres de soins)
Utilisation DMS	<ul style="list-style-type: none"> * Rédiger 'un livret "patient" pour l'utilisation des Picline (Peripheric Inserted Central Catheter) * Sensibiliser le personnel soignant au contrôle des DM avant leur utilisation * Réaliser des formations courtes et ciblées sur le bon usage des DMS
Gestion retours et élimination DMS	<ul style="list-style-type: none"> * Informer les cadres de soins sur les procédures de gestion des retours * Identifier la zone de "retours fournisseurs" dans chaque US * S'assurer de la traçabilité des vérifications de périmés dans chaque US par l'intermédiaire des cadres de soins
Réception	<ul style="list-style-type: none"> * Acheminer les DMS décartonnés au bloc opératoire afin d'en faciliter le stockage (implique une réorganisation du circuit global) * Traçabilité de la réception
Prévention AES	-

Leviers institutionnels : valorisation de la démarche



■ EPP ■ Formation - Action ■ Evaluation interne ■ Autres ■ DPC



Actions institutionnelles

- Gestion des non conformités à la PUI
- Présentations hebdomadaires par les préparateurs en réunion de service de sujets liés à une voie d'abord.

- Restitution en COMEDIMS
- Présentation outil en réunion de pôle
- Compte qualité de la V2014

- Audit sur les conditions de stockage
- Audit sur les escarres
- Enquêtes de pratiques chez les IDE: abord urinaire, pansements, schémas de montage PCA/PCEA, prélèvements sanguins à l'aiguille
- Programme « Bloc sans latex »

- Analyse *a posteriori* des EIM liés aux pratiques de perfusion
- Formations des préparateurs et soignants aux différentes étapes du circuit (par les pharmaciens, les cadres, les fournisseurs de DMS)
- « Heure qualité » pour les cadres
- Action du pharmacien auprès de la CME pour que les chirurgiens remettent systématiquement un document de traçabilité au patient

- Circuit des DMS
- Circuits logistiques
- Bonnes pratiques de perfusion
- Nutrition / Escarres
- Veinites



Résultats : suggestions d'amélioration COMMUNES

Problèmes posés dans les 2 modules	Suggestions d'amélioration
Utilisation du terme « adaptée » pour les zones de stockage	Préciser le terme par un ou des adjectifs plus précis (zone identifiée/dédiée, notion de volume/superficie,...)
Utilisation du terme « régulièrement » pour l'entretien des locaux	Préciser la fréquence d'entretien attendue
Utilisation du terme « sensibilisé à / réunions de sensibilisation » pour le personnel soignant	Préciser si le personnel doit avoir suivi une formation spécifique ou si des supports sur les modalités de stockage doivent être affichées
Utilisation des termes « instructions / protocoles / procédures »	Uniformiser le vocabulaire employé et l'explicitier si besoin
Proposition de réponses à choix multiples non adaptées	Adapter les choix de réponses possibles à chaque item
Existence de plusieurs réponses possibles dans un même item (existence d'une procédure ET connaissance par le personnel)	Séparer les affirmations concernées en 2 items distincts
Absence d'item sur la connaissance par le personnel des procédures ou du livret existants	Créer 2 items supplémentaires relatifs à la connaissance et à l'emplacement du livret





Résultats : suggestions d'amélioration

Module PUI

Ajout d'items	Essais cliniques / évaluation des DMS
	Echantillothèque
	Modalités de gestion des stocks
Développement d'items	Matéiovigilance
	Suivi des périmés dans les stocks
	Mode de passation des commandes aux fournisseurs
	Différencier les statuts possibles: - pour les DMS (en stock/hors stock) - pour les DMI (achat direct, dépôt permanent, dépôt temporaire)
	Volet informatisation
	Volet traçabilité
	Module spécifique aux DMI
Autres	Prise en compte des relations entre les différentes interfaces
	Prendre en compte l'effectif du service pour l'évaluation
	Pondérer les questions





Résultats: suggestions d'amélioration

Module US

Ajout d'items	Evaluation des connaissances des US sur les informations relatives aux ruptures d'approvisionnement
	Traçabilité de vérification des périmés
	Rappel des textes règlementaires au regard de certaines exigences
Développement d'items	Certains items étant communs avec INTERDIAG médicaments®, il serait intéressant d'avoir une passerelle (ex: prescription des DMS, conciliation,...)
	Différencier les cas où les stocks sont gérés par les pharmaciens et ceux où ils sont gérés par les US
	Différencier un outil blocs opératoires et un outil unités fonctionnelles
	Selon l'US concerné, avoir la possibilité de rentrer dans les pratiques de soins et de les détailler
	Dans le cadre de l'HAD plutôt considérer le domicile du patient à la place de l'US



Points saillants

- ✓ Cette étude d'évaluation a permis de mettre en exergue les points critiques liés à l'organisation du circuit des DMS en mobilisant les acteurs de première ligne. Cette démarche s'est concrétisée par de nombreux plans d'actions opérationnels.
- ✓ Certaines actions demeurent toutefois difficilement accessibles, soit conditionnées par la rénovation des locaux, soit liées aux systèmes d'information et le problème d'interopérabilité y afférent notamment pour la traçabilité des DMI. Cependant, une grande partie des actions d'amélioration reste réalisable.
- ✓ Certains ES ont utilisé l'outil uniquement au niveau de la PUI sans déploiement au niveau des unités de soins. Il est important d'étudier le circuit dans sa globalité, de la PUI jusqu'à l'unité de soins (US). Mais, il s'agit d'une première étape dans la sécurisation de ce processus.
- ✓ A défaut de ressources, d'autres ES ont fait le choix de déployer l'outil progressivement sur un périmètre restreint en ciblant certaines unités de soins selon leurs propres priorités liées à leur contexte local.
- ✓ Cette étude a permis également de recueillir des retours d'expérience afin d'améliorer la granularité et la précision des items de l'outil.

Module PUI

A - Objectif de l'outil Inter Diag Dispositifs Médicaux Stériles (DMS)

L'outil Inter Diag DMS est un outil d'auto-évaluation de la performance du circuit des Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) dans les établissements de santé. Il se présente sous deux modules :

1. **Module "PUI"** relatif au circuit des DMS au sein de la Pharmacie à Usage Intérieur, avec un onglet spécifique aux dispositifs médicaux implantables (DMI)
2. **Module "US"** relatif au circuit des DMS et aux pratiques de soins dans les Unité de Soins (avec un volet dédié à la traçabilité des DMI pour les US concernées).

Cet outil permet :

- d'évaluer et d'objectiver le niveau de sécurisation du circuit des DMS et des DMI
- d'établir la cartographie des risques liés au circuit des DMS et des DMI
- d'identifier les axes prioritaires d'amélioration
- d'engager les établissements dans des plans d'action opérationnels.

B - Utilisation de l'outil Inter Diag DMS

L'utilisation de l'outil se fait en 3 étapes :

- saisie des données dans les onglets de l'outil
- vérification de la complétude
- visualisation et analyse des résultats obtenus (cf 'Scores', 'Radars', 'Cartographie')

1. Saisie des données

Mode d'emploi

Identification

1 Circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS) au sein de la PUI

2 Circuit des dispositifs médicaux implantables (DMI) au sein de la PUI

2. Vérifications

Incomplet

Incomplet

Incomplet

3. Résultats

Scores

Résultats DMS

Résultats DMI

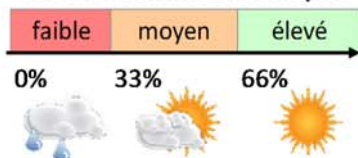
Cartographie

InterDiag DMS 2 : module PUI

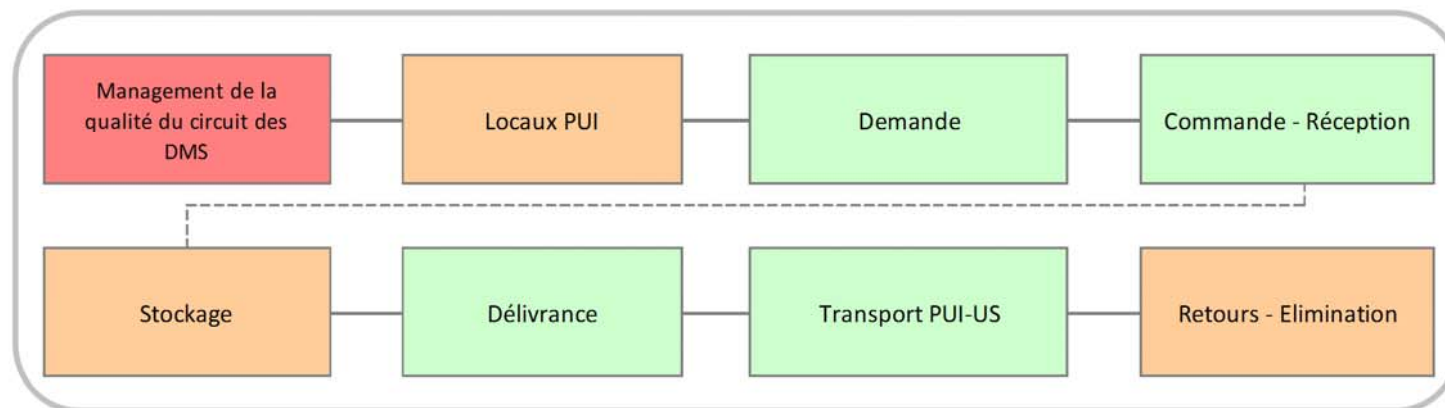
TEST
21/11/16

Cartographie détaillée de vos points forts et vulnérabilités du circuit

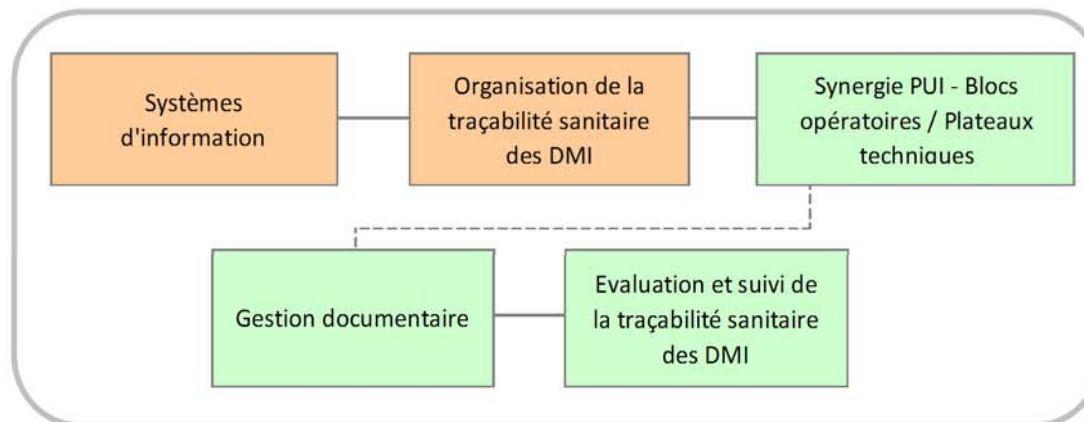
Niveau de maîtrise des risques



Circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS) au sein de la PUI



Circuit des dispositifs médicaux implantables (DMI) au sein de la PUI



Module US

A - Objectif de l'outil Inter Diag Dispositifs Médicaux Stériles (DMS)

L'outil Inter Diag DMS est un outil d'auto-évaluation de la performance du circuit des Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) dans les établissements de santé. Il se présente sous deux modules :

1. Module "PUI" relatif au circuit des DMS au sein de la Pharmacie à Usage Intérieur, avec un onglet spécifique aux dispositifs médicaux implantables (DMI)
2. Module "US" relatif au circuit des DMS et aux pratiques de soins dans les Unité de Soins (avec un volet dédié à la traçabilité des DMI pour les US concernées).

Cet outil permet :

- d'évaluer et d'objectiver le niveau de sécurisation du circuit des DMS et des DMI
- d'établir la cartographie des risques liés au circuit des DMS et des DMI
- d'identifier les axes prioritaires d'amélioration
- d'engager les établissements dans des plans d'action opérationnels.

B - Utilisation de l'outil Inter Diag DMS

L'utilisation de l'outil se fait en 3 étapes :

- saisie des données dans les onglets de l'outil
- vérification de la complétude
- visualisation et analyse des résultats obtenus (cf 'Scores', 'Radars', 'Cartographie')

1. Saisie des données

Mode d'emploi

Identification

- 1 Circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS) dans l'US
- 2 Pratiques de soins
- 3 Circuit des dispositifs médicaux implantables (DMI) dans l'US

2. Vérifications

Incomplet

Incomplet

Incomplet

Incomplet

3. Résultats

Scores

Radars DMS

Radars Pratiques de soins

Radars DMI

Cartographie

Accueil

Scores

Radars DMS et
Pratiques de
soins

Radar DMI

Cartographie

InterDiag DMS 2 : module US

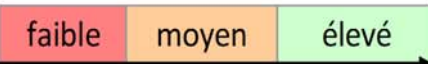
ANAP

06/01/16



Cartographie détaillée de vos points forts et vulnérabilités du circuit

Niveau de maîtrise des risques



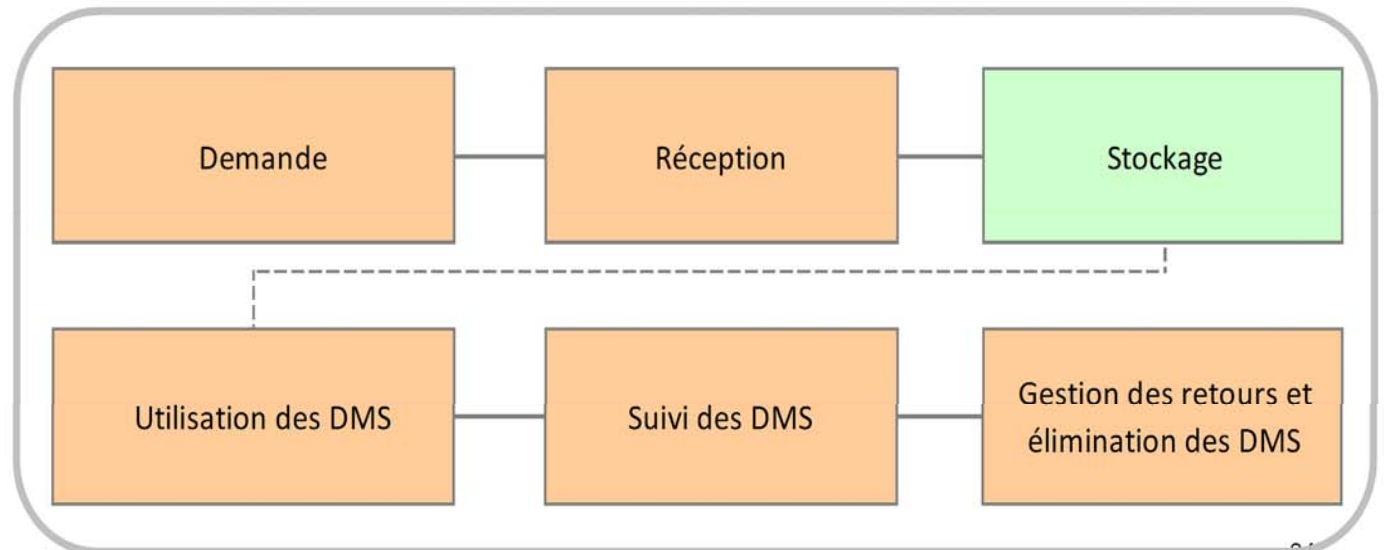
0%

33%

66%

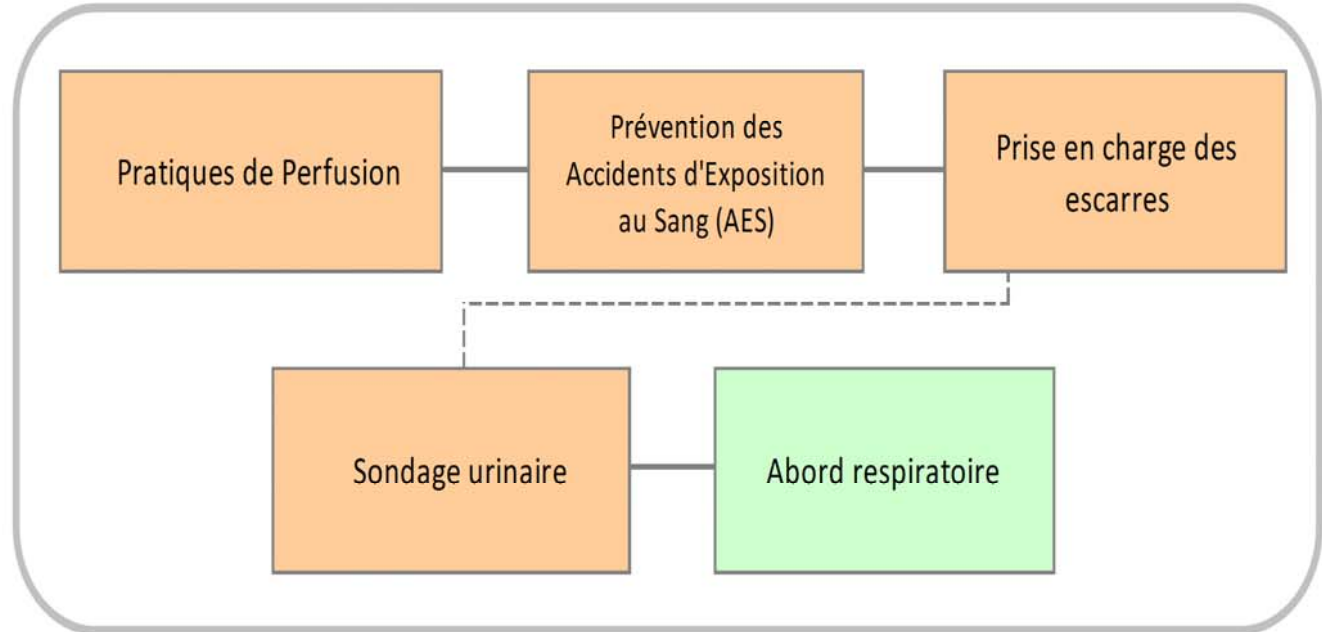


*Circuit des dispositifs
médicaux stériles (DMS)
dans l'US*

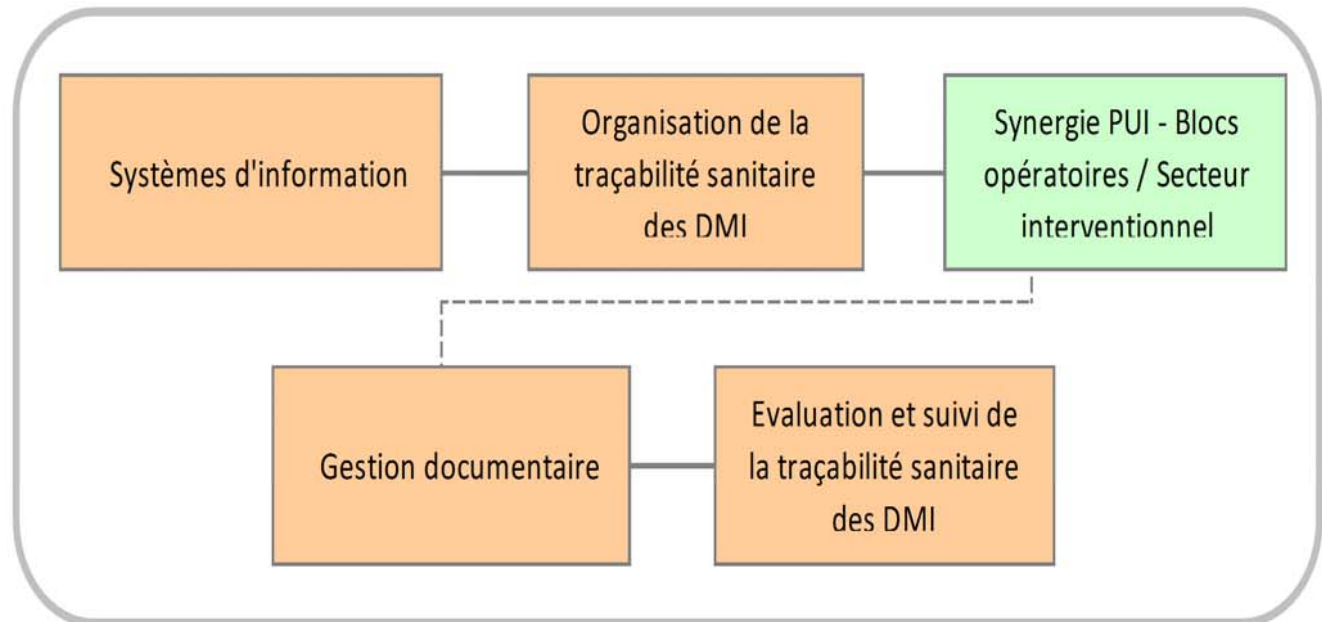




Pratiques de soins



Circuit des dispositifs médicaux implantables (DMI) dans l'US



InterDiag DMS 2 : module US

ANAP

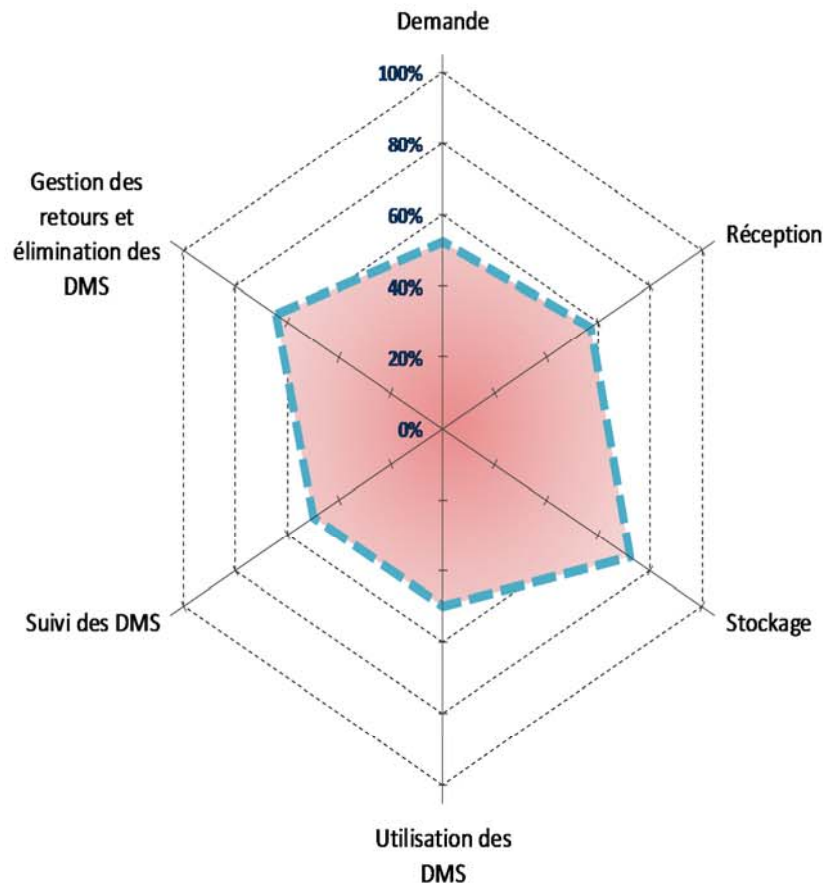
06/01/16



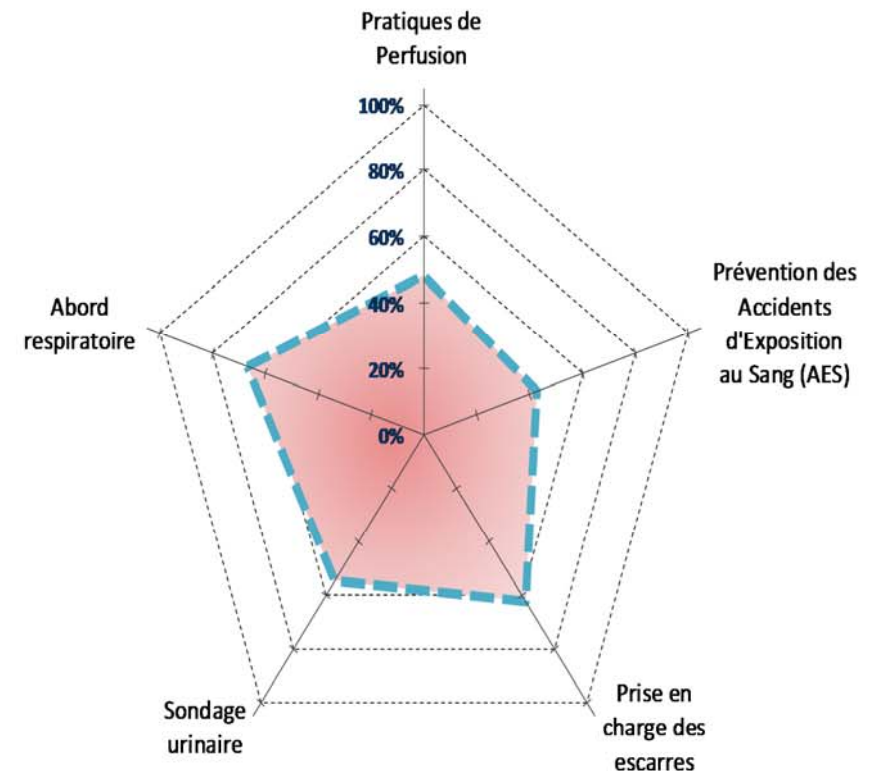
Synthèse de vos résultats : maîtrise des risques



**Radar des 6 axes :
Circuit des DMS**



**Radar des 5 axes :
Pratiques de soins**



InterDiag DMS 2 : module US

ANAP
06/01/16

Synthèse de vos résultats : maîtrise des risques

Radar des 5 axes Circuit DMI

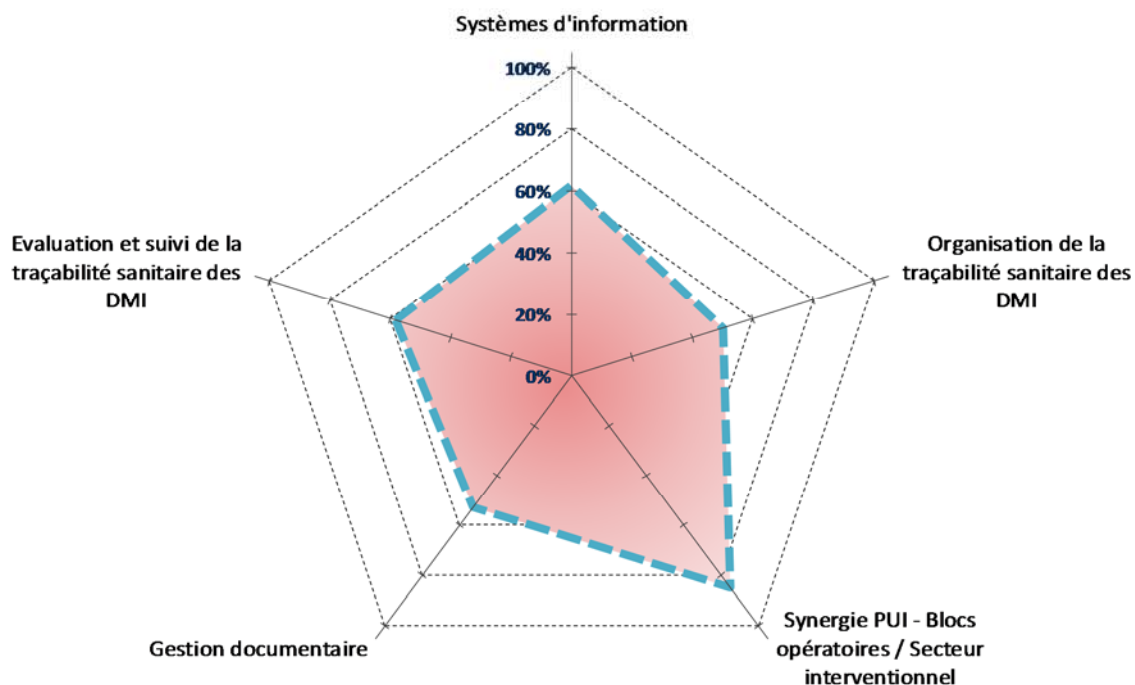


Tableau de synthèse des résultats : Circuit DMI

	Votre Score	Moyenne	min	MAX				
Don: 12 | 1	Systèmes d'information	62%	..	..	..	..	..	..
Don: 13 | 0	Organisation de la traçabilité sanitaire des DMI	50%	..	..	..	..	..	..
Don: 14 | 0	Synergie PUI - Blocs opératoires / Secteur interventionnel	85%	..	..	..	..	..	..
Don: 15 | 0	Gestion documentaire	53%	..	..	..	..	..	..
Don: 16 | 1*	Evaluation et suivi de la traçabilité sanitaire des DMI	58%	..	..	..	..	..	..

Votre score	Max	Min	Max	
100%	Système d'information
100%	Organisation
100%	Synergie PUI
100%	Gestion de l'outil

Pondération = combinaison de deux critères

- **Impact de l'item sur la sécurisation du circuit** en tant que « barrière de sécurité »
 - **Effort requis** pour sa mise en œuvre/son déploiement
-
- ❖ Disponibilité d'une barrière de sécurité intégrée (équipement, système d'information, Lecteurs codes-barres,...) : 2 points/item
 - ❖ Traçabilité des DMI :
2 points/item à l'exception des items relatifs à :
 - la formalisation de l'organisation et/ou système documentaire : 1 point/item
 - la traçabilité effectuée manuellement : 1point/item (incitation à l'informatisation de la traçabilité des DMI)

- ❖ Evaluation de la traçabilité (audits, contrôles, suivi...) : 2 points/item à l'exception des items relevant de la formalisation documentaire
- ❖ Gestion des retours/Élimination des DMS : 2 points/item (criticité élevée)
- ❖ Formation/Information du personnel : 2 points/item (sensibilisation et adhésion des acteurs)
- ❖ Pilotage et gouvernance de la sécurisation du circuit des DMS/DMI : 2 points/item
- ❖ Formalisation/Gestion documentaire (procédures, instructions,...) : 1 point/item

Axe		Item	Accessibilité	Action à mettre en place	Pilote	Échéance (ex: 2017T3)	Indicateur	Etat d'avancement	Commentaires
Axe 2	Réception	B.01	Il existe une zone ou espace dédiés à la réception des DMS dans votre US	Très difficile					
Axe 2	Réception	B.02	Il existe une procédure documentée ou instruction relative au contrôle de la réception des DMS dans votre US	Difficile					
Axe 2	Réception	B.03	Cette procédure ou instruction est connue du personnel soignant	Difficile					
Axe 3	Stockage	C.07	Le personnel de l'US est sensibilisé à ces risques liés aux conditions du stockage des DMS	Moyenne					
Axe 3	Stockage	C.08	Un contrôle de la péremption et de l'intégrité du conditionnement des DMS en stock dans l'US est effectué au moins trimestriellement	Difficile					
Axe 3	Stockage	C.09	Ce contrôle de péremption est enregistré dans un document de suivi	Très difficile					
Axe 2	Réception	B.01	Il existe une zone ou espace dédiés à la réception des DMS dans votre US	Très difficile					
Axe 2	Réception	B.02	Il existe une procédure documentée ou instruction relative au contrôle de la réception des DMS dans votre US	Difficile					
Axe 2	Réception	B.03	Cette procédure ou instruction est connue du personnel soignant	Difficile					
Axe 3	Stockage	C.07	Le personnel de l'US est sensibilisé à ces risques liés aux conditions du stockage des DMS	Moyenne					

Module US : outil de synthèse

A - Présentation de l'outil de Synthèse Inter Diag DMS dans les US

Cet outil permet de réaliser la synthèse des résultats de l'inter Diag DMS issus de l'auto-évaluation des unités de soins, à l'échelle de l'établissement ou d'un échantillon donné. Cette synthèse permet :

- d'évaluer le niveau moyen de sécurisation du circuit des DMS de l'établissement ou de l'échantillon ;
- d'établir d'une cartographie globale des risques liés au circuit des DMS des US ;
- d'identifier les axes prioritaires communs aux US considérées ;
- d'élaborer un plan d'actions commun et partagé.

B - Étapes d'utilisation de l'outil

La démarche d'utilisation de l'outil passe par 5 étapes :

1 - mettre l'ensemble des fichiers Inter Diag DMS des unités de soins considérées dans un même répertoire.

Nota : l'outil de synthèse ne doit pas se trouver dans le même répertoire que ces fichiers

Attention : Eviter toutes modifications de mise en forme des fichiers (outil Inter Diag DMS "module US" et outil de synthèse)

2 - activer la macro du fichier

3 - copier l'adresse du répertoire à importer dans la case nommée "adresse du répertoire"

4 - cliquer sur le bouton "Synthèse des unités" pour lancer les calculs

5 - visualiser et analyser la synthèse des résultats obtenus

Synthèse des résultats

Identifiez votre synthèse

Votre établissement

texte libre

Typologie de votre établissement

menu

Intitulé de la synthèse

texte libre

Date

texte libre

Nombre d'unités

texte libre

Responsable de la
synthèse

texte libre

L'ANAP remercie tous les établissements ayant participé à l'évaluation, ainsi que les OMEDIT et l'association EUROPHARMAT de leur collaboration

