

INNOVATION

ÉCOUTE



PARTAGE



Audit croisé Médicament  
Sanitaire – HAD – URC - Bloc

.....

**Bilan  
régionale**

Qual'va 

Jeudi 26 janvier 14h30

# SOMMAIRE

## Audit croisé Médicament Sanitaire – HAD – URC - Bloc

1. Contexte
2. Bilan Sanitaire
3. Bilan HAD
4. Bilan URC
5. Bilan Bloc avec date dédiée à venir
6. Présentation calendrier des audits croisés – Questions/réponses



# 1

## Contexte

# Audits croisés Médicament - Campagne 2022



- ▶ **Partenariat OMÉDIT Normandie - Qual'Va**
- ▶ **Projet régional initié en 2018**
- ▶ **100% des participants satisfaits ou très satisfaits**
- ▶ **Développement vers l'HAD, l'URC et le bloc**
- ▶ **Démarche valorisable dans le cadre du CAQES et de la certification**

- ▶ **Améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients au sein des établissements de santé**
- ▶ **Apporter un regard extérieur aux établissements permettant de réaliser un état des lieux de leurs pratiques et dégager leurs points forts et axes d'amélioration**
- ▶ **Favoriser les échanges d'expérience entre professionnels et créer une dynamique inter établissements**

2018-2019

1<sup>ère</sup> itération

- **Sanitaire**: 25 établissements inscrits
- **EHPAD**: 25

2020

2<sup>ème</sup> itération

- **Sanitaire MCO SSR** (37 établissements)
- **EHPAD** (45 inscrits)

Covid  
→ réalisé sur 2020-201

2021

- **HAD** : test 4 HAD
- **URC**: test 5 établissements
- **Bloc**: travail avec OMÉDIT Bretagne

2022

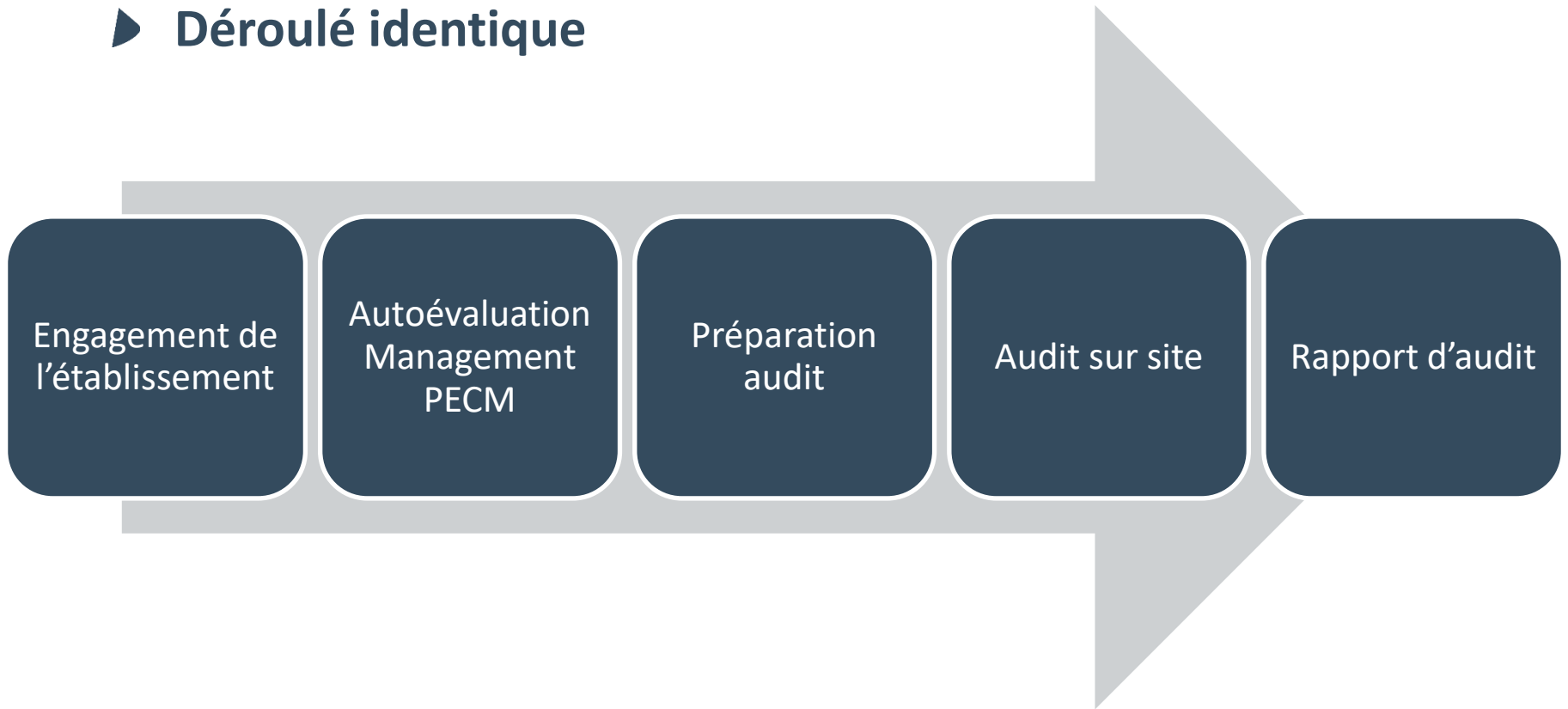
- **3<sup>ème</sup> itération MCO SSR**
- **1<sup>ère</sup> itération HAD et URC**
- **1<sup>ère</sup> itération Bloc**



2022

- 3<sup>ème</sup> itération MCO SSR
- 1<sup>ère</sup> itération HAD
- 1<sup>ère</sup> itération URC
- 1<sup>ère</sup> itération Bloc

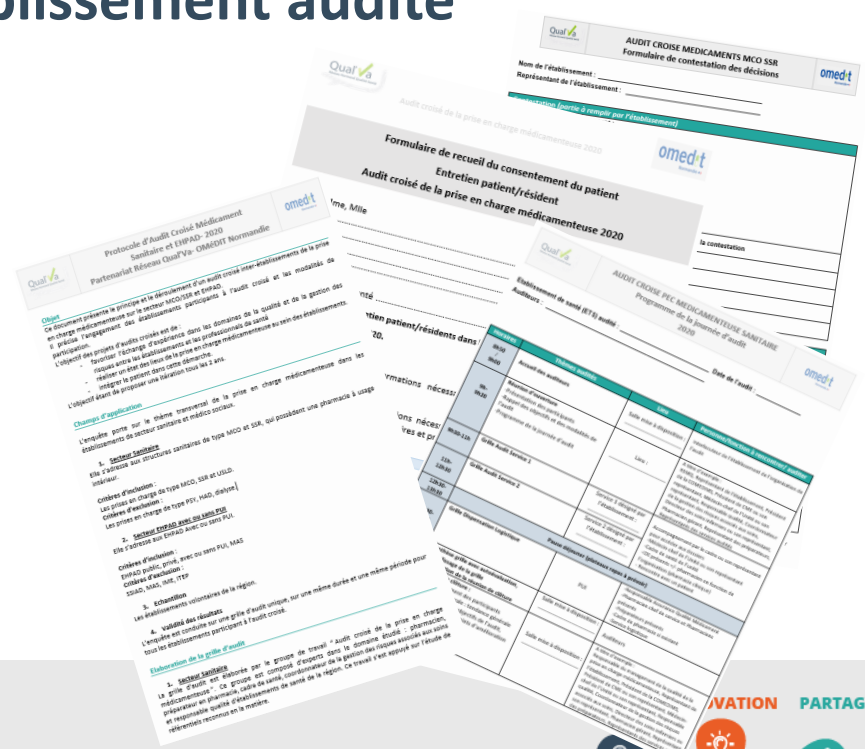
- ▶ Outils régionaux
- ▶ Déroulé identique





Grilles disponibles sur le site de l'OMÉDIT Normandie  
À télécharger sur la plateforme collaborative de Qual'Va

- ▶ Protocole d'audit
- ▶ Grille d'audit
- ▶ Programme de la journée
- ▶ Check-list Préparation de l'établissement audité
- ▶ Fiche pratique pour l'auditeur
- ▶ Consentement du patient
- ▶ Charte d'engagement de l'ES
- ▶ Charte de l'auditeur
- ▶ Formulaire de contestation\*



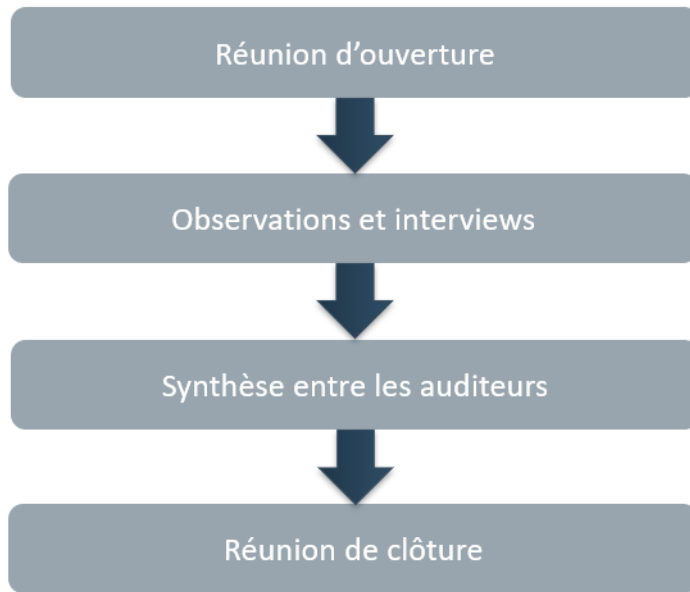
\* A demander à Qual'Va le cas échéant



## ► A titre indicatif :

- Temps à consacrer à chaque étape de la visite
- Personnes à rencontrer

## ► A moduler selon votre organisation



Durée	Etapes	Lieux	Personne/fonction à auditer
...h... 10min	Accueil des auditeurs	Salle mise à disposition	Interlocuteur de l'établissement de l'organisation de l'audit
...h... 15 min	Réunion d'ouverture Présentation des participants Rappel des objectifs et des modalités de l'audit Programme de la journée d'audit	Structure HAD Salle de réunion	Représentant de la direction RSMQ Responsable du management de la qualité de la PECM Pharmacien Médecin coordonnateur Représentant des soignants / Cadre de santé ou IDE coordinateur
...h... 30 min	Retour sur le partie autoévaluation (Facultatif) +/- retour sur les documents éléments de preuves	Structure HAD Salle de réunion	RSMQ Responsable du management de la qualité de la PECM IDE coordinateur
...h... 45 min	Grille d'audit croisé : Partie : Bilan d'admission Prescriptions Bilan de sortie	Structure HAD	Médecin coordonnateur RSMQ Responsable du management de la qualité de la PECM
...h... 30 min	Grille d'audit croisé : Partie : Logistique Organisation/qualité	Structure HAD	Responsable du management de la qualité de la PECM RSMQ Pharmacien IDE coordinateur
<i>Trajet jusqu'à la pharmacie (facultatif)</i>			
...h... 30 min	Grille d'audit croisé : Partie : Dispensation	Pharmacie Ou à la structure HAD	Pharmacien PUI ou officine L'entretien peut aussi avoir lieu par appel téléphonique ou à la structure si le pharmacien peut se déplacer
<i>Visite au domicile</i>			
...h... 1h	Grille d'audit croisé : Partie : Administration au domicile Entretien patient Entretien avec l'IDE	Domicile du patient + structure HAD	IDE en charge du patient Patient et son entourage Observation de la partie soins/administration des médicaments à domicile L'entretien avec l'IDE peut avoir lieu à la structure
...h... 45 min	Synthèse grille Préparation de la réunion de clôture	Salle mise à disposition	Auditeurs
...h... 30 min	Réunion de clôture Restitution des premiers résultats	Structure HAD Salle de réunion	Représentant de la direction RSMQ Responsable du management de la qualité de la PECM Pharmacien Médecin coordonnateur Représentant des soignants / IDE coordinatrice

2

## Bilan Sanitaire



Modification  
de la grille

Modification  
de la grille

2018 - 2019

- 1<sup>ère</sup> campagne d'audits croisés

2020 - (2021)

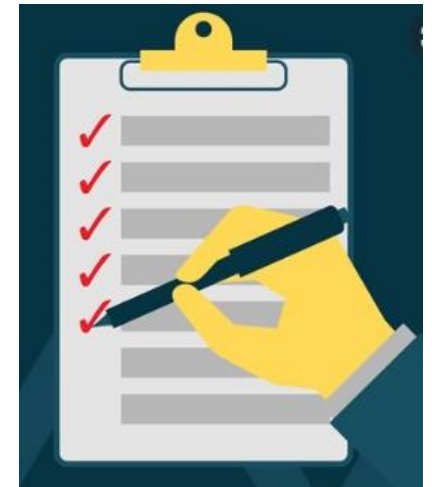
- 2<sup>ème</sup> campagne février à juin



2022

- 3<sup>ème</sup> itération

- ▶ **Traceur ciblé** sur le circuit du **médicament** (grille HAS)
  - ▶ Particularité : **+ Rencontre patient** (critères des 2 itérations précédentes)
  - ▶ **Programme de la journée:**
    - Séance de présentation
    - Consultation documentaire
    - Traceur ciblé Médicament
    - Rencontre patient
    - Temps de synthèse entre les auditeurs
    - Restitution à chaud
- Envoi du rapport (document Excel) à Qual'Va



► **30 établissements inscrits :**

- 29 établissements inscrits dans la démarche
- 1 établissement test

► **Sur ces 30 établissements :**

- 1 abandon
- 1 établissement hors délai (report sur fin 2022)
- 28 rapports reçus

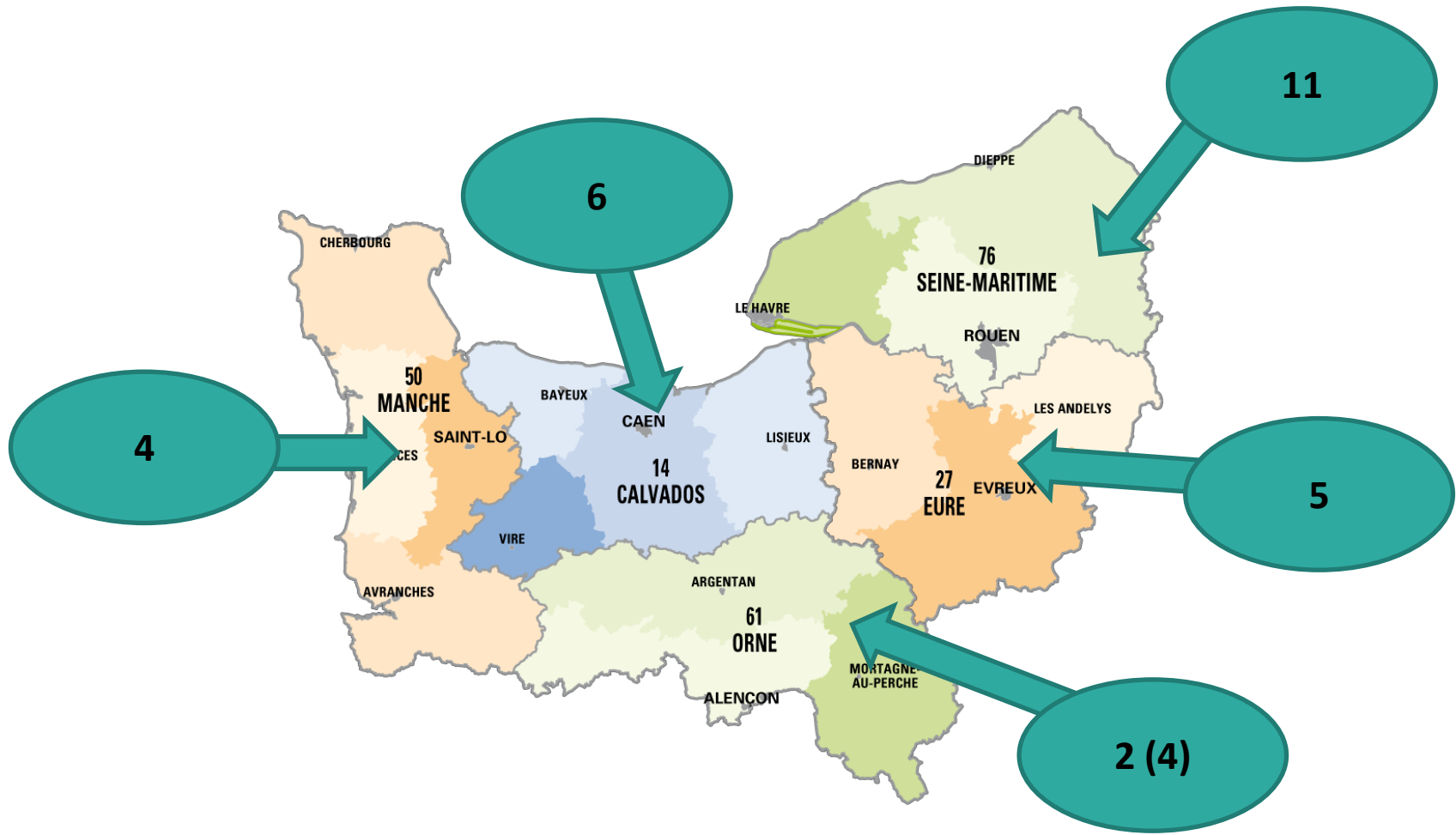


→ **52 professionnels formés sur cette itération**

→ **48 services audités**

→ **47 patients rencontrés**

# RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS



## ► 61 auditeurs

- 28 Pharmaciens
- 19 professionnels de la qualité (Responsables, assistants, ingénieurs, directeurs)
- 5 Cadres de santé
- 4 Responsables / Directeurs des soins
- 2 IDE
- 2 Préparateurs en pharmacie
- 1 Médecin



## ► 48 services audités + 13 services (CHU)\* :

- MCO : **29** (dont 2 en ambulatoire)
- SSR : **13**
- Santé Mentale : **5**
- USLD : **1**

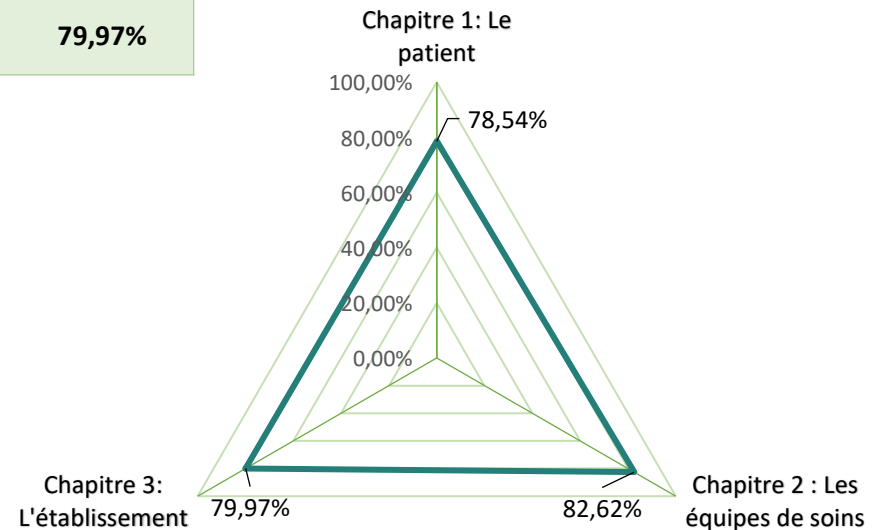
\* Résultats non pris en compte dans l'analyse

# % DE CONFORMITÉ PAR CHAPITRE

## 48 SERVICES AUDITÉS

Chapitre	OUI	NON	NA	% de conformité
Chapitre 1: Le patient	269	76	86	<b>78,54%</b>
Chapitre 2 : Les équipes de soins	1131	270	226	<b>82,62%</b>
Chapitre 3: L'établissement	330	83	14	<b>79,97%</b>

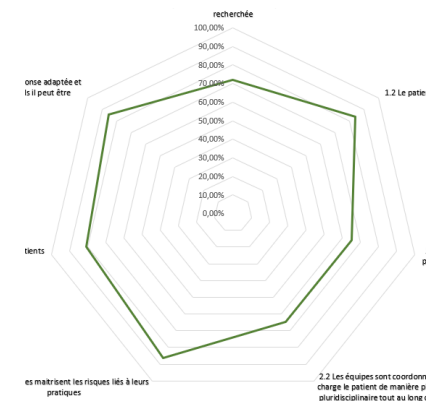
Comparez vous  
avec les résultats  
régionaux !



# % DE CONFORMITÉ PAR OBJECTIF

## 48 SERVICES AUDITÉS

Objectif	OUI	NON	NA	% de conformité
<b>1.1 Le patient est informé et son implication est recherchée</b>	133	50	9	<b>72,04%</b>
1.2 Le patient est respecté	126	24	42	<b>83,85%</b>
1.4 Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	10	2	35	<b>83,33%</b>
<b>2.1 La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein des services</b>	106	56	30	<b>65,12%</b>
<b>2.2 Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge</b>	61	33	2	<b>64,89%</b>
2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	964	181	194	<b>86,39%</b>
3.2 L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	73	18	4	<b>80,64%</b>
3.6 L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	120	20	4	<b>85,54%</b>



Critère	Élément d'évaluation	OUI	NON	NA	% de conformité
1.2-01 Respect de l'intimité et dignité du patient	Les équipements et les locaux garantissent la dignité des patients.	41	7	0	85,42%
	Les pratiques garantissent la dignité des patients.	42	6	0	87,50%
1.2-02 Patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	En cas d'hospitalisation de mineurs dans un service d'adultes, l'environnement est adapté à leur sécurité et protection.	5	1	42	83,33%
2.3-06 Equipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	<b>L'équipe respecte les bonnes pratiques des médicaments à risque à toutes les étapes du circuit.</b>	35	13	0	72,92%
	<b>L'équipe dispose de la liste des médicaments à risque et en connaît les règles de stockage (température, sécurisation...).</b>	28	20	0	58,33%
	<b>Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque.</b>	23	25	0	47,92%
2.3-11 Equipes maîtrisent le risque infectieux	L'environnement du patient est propre.	48	0	0	100,00%
	L'équipe respecte l'utilisation des équipements de protection individuelle et ne porte pas le masque médical en "collier" ou nez/bouche non inclus et/ou liens non attachés, jette les gants (stériles ou non) juste après le geste, change de gants entre 2 patients; ne porte pas de surblouse hors des chambres.	47	1	0	97,92%
	Des containers pour objets piquants/coupants/tranchants sont disponibles à proximité des soins. Leur limite de remplissage est respectée.	43	5	0	89,58%
3.6-05 La PEC des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	Les matériels (chariots, sacs...) dédiés à la prise en charge des urgences vitales sont aisément et rapidement accessibles par les professionnels habilités à intervenir en cas d'urgence vitale.	43	5	0	89,58%
	Il existe un n° d'appel direct et rapidement identifiable par les professionnels pour joindre directement un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence vitale.	42	6	0	87,50%

Critère	Élément d'évaluation	OUI	NON	NA	% de conformité
3.7-04 Les analyses des EI sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement	Les équipes déclarent et partagent les EIAS.	40	7	0	85,11%
	<b>Les équipes mettent en œuvre un plan d'action permettant de prévenir et de limiter les conséquences des EIAS . Le plan d'action est suivi.</b>	31	15	1	67,39%
	<b>L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des EIAS (RMM, CREX, REMED et dispositifs médicaux associés, ...).</b>	31	16	0	65,96%
2.2-20 Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant	Une lettre de liaison est remise au patient avec les explications, par un médecin, le jour de sa sortie en cas de RAD , et le DMP est mis à jour le cas échéant.	35	7	5	83,33%

# RENCONTRE PATIENT

## 47 PATIENTS RENCONTRÉS

Pourcentage de conformité global de l'entretien patient 90,54%

Chapitre	OUI	NON	NA	% de conformité
Chapitre 1: Le patient	160	14	247	93,56%
Chapitre 2 : Les équipes de soin	56	9	169	85,11%

## ► Traceur Ciblé

- Les modalités d'approvisionnement sont définies, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé.
- Les équipes dispensent les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes.
- L'approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels.

## ► Critère avancé

- L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux. 78 %
- La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les plus à risque. 51 %

## ► Patient

- Le patient reçoit une information sur les PSL et les MDS qui lui ont été administrés, les risques encourus, les précautions et les CAT en cas d'incident.

## ► ATB

- Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification. 78%
- Les praticiens doivent pouvoir se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie et pouvoir faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne). 78 %
- Des évaluations régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24e et la 72e heure sont systématiques. 50%
- Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus. 53%

## ► Dispensation

- La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions. 83%
- L'analyse pharmaceutique est organisée et pertinente et intègre les informations du dossier pharmaceutique s'il existe, et les interventions pharmaceutiques sont prises en compte. 91%



## ► Administration

- Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration et l'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables. 63%
- Il existe des modalités de contrôle spécifiques et renforcées pour des médicaments à risque identifiés par l'établissement. 60%
- La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration. 93%
- L'administration ou le motif de non administration du médicament au patient est tracé dans son dossier. 91%

## ► Appro/stockage

- Les modalités d'approvisionnement sont définies, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé. 95%
- Les équipes dispensent les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes. 100%
- L'approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels. 100%
- Les risques liés aux ruptures de stock sont identifiés et font l'objet d'actions palliatives. 93%
- Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées (boîtes fermées, conteneurs sécurisés, conservation du froid...). 83%
- Le stockage des produits de santé est sécurisé, notamment pour les produits à risque. 72%
- Les conditions de stockage des produits thermosensibles sont respectées. 87%
- Le stockage des produits de santé se fait dans les bonnes conditions de conservation. 91%
- Absence de produits périmés. 88%



## ► Critères complémentaires - EI et lettre de liaison (hors TC)

- Les équipes déclarent et partagent les événements indésirables associés aux soins. 85%
- Les équipes mettent en œuvre un plan d'action permettant de prévenir et de limiter les conséquences des événements indésirables associés aux soins. Le plan d'action est suivi. 67%
- L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins (revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés...). 65%
- Une lettre de liaison est remise au patient avec les explications, par un médecin, le jour de sa sortie en cas de retour à domicile, et le dossier médical partagé est mis à jour le cas échéant. 83% → ! NA+++

## ► Patient

- Le patient, notamment âgé, ses proches et/ou aidants sont informés du risque de dépendance iatrogène lié à l'hospitalisation et de son évaluation. 66%

3

## Bilan HAD



## ▶ Avril à juin 2022

## ▶ Outil régional

- 1 partie d'autoévaluation sur le management
- 1 partie en audit croisé sur le terrain

## ▶ Questions classées selon l'interlocuteur

- Médecin, cadre, IDE, patient

## ▶ Différentes parties :

- Bilan d'admission, Prescriptions, Dispensation à la pharmacie, Domicile du patient : Administration et suivi thérapeutique (préparation, administration, élimination des médicaments), Logistique : stockage à la structure HAD ou au domicile, Organisation, Bilan de sortie

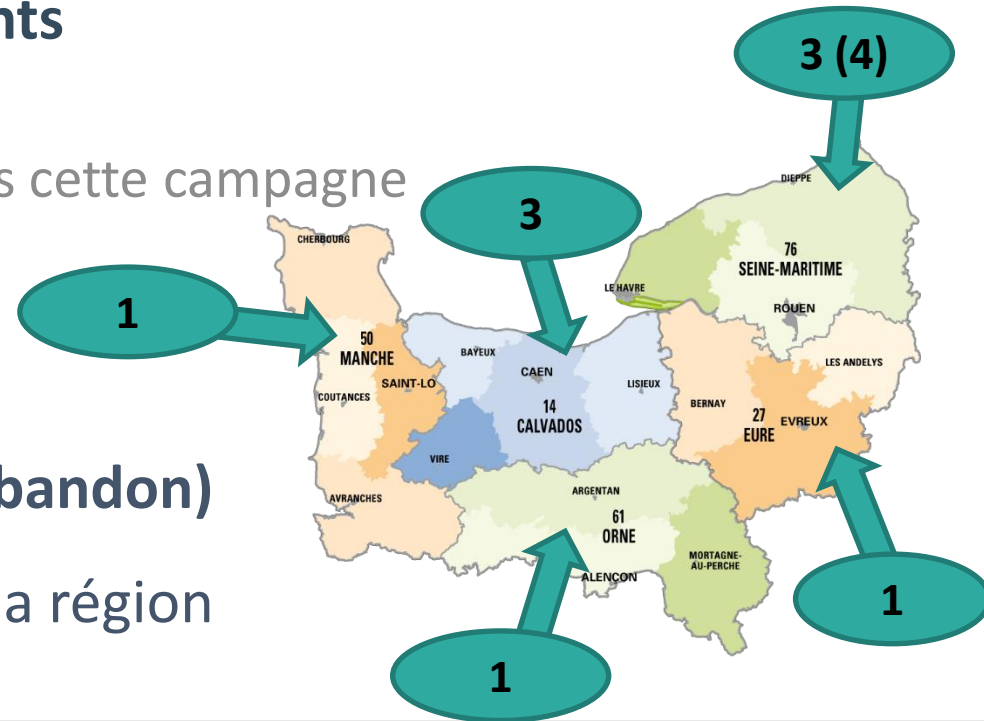
- ▶ **Sur le terrain : antenne, au domicile**
- ▶ **Entretiens avec les professionnels**
- ▶ **Observations**
  - Environnement des professionnels
  - Pratiques des professionnels
- ▶ **Visite des locaux**
  - Salle de soins
  - Stockage des médicaments
  - ...
- ▶ **Détection et recueil des preuves vues, lues, entendues**

## ► Formation

- 15 professionnels formés : E-learning + visio
- 100% des participants satisfaits ou très satisfaits

## ► Participants : 10 établissements

- 2 établissements testeurs
- 8 établissements inscrits dans cette campagne



→ 9 rapports d'audit reçus (1 abandon)

soit 39% des structures HAD de la région



## ► Sur le terrain : salle de soins, rencontre équipe

## ► Passage au domicile du patient avec entretien patient

- Sélectionner un patient si possible avec un « traceur ciblé médicaments à risque en HAD » :
  - Des prescriptions de stupéfiants +/- PCA
  - Ou chimiothérapies anti-cancéreuses injectables
  - Ou sous MEOPA
  - NB : si aucun patient ne répond à ces critères, possibilité de réaliser l'entretien patient
- **Nouveau ! Mise à disposition d'un courrier au patient à lui remettre lors de l'entretien**

## ► Passage à la pharmacie

9 structures inscrites  
/23 HAD Normandes

## Grille d'auto-évaluation de la prise en charge médicamenteuse en HAD

### Campagne 2022

	Niveau de conformité
1. Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse	82,00%
2. Gestion des erreurs médicamenteuses	84,72%
3. Informatisation	61,90%
4. Formation et sensibilisation	67,39%
<b>Pourcentage de conformité globale :</b>	<b>78%</b>



## Grille d'audit croisé de la prise en charge médicamenteuse en HAD

### Campagne 2022

	Niveau de conformité
1 : Bilan d'admission	92,74%
2 : Prescriptions	73,10%
3 : Dispensation - pharmacie d'officine ou PUI	78,66%
4 : Administration au domicile	85,76%
A. Préparation des médicaments	85,59%
B. Administration des médicaments	84,61%
C. Elimination des médicaments	93,06%
5 : Logistique	84,25%
A. Stockage des médicaments au sein de la structure HAD	88,46%
B. Stockage des médicaments au domicile du patient	76,67%
6 : Organisation/qualite	85,19%
7 : Bilan de sortie	58,33%
8 : Entretien avec le patient (ou l'aidant)	88,69%
<b>Pourcentage de conformité globale :</b>	<b>83%</b>

## Evaluation des situations à risques

### Campagne 2022

	Niveau de conformité
PCA	82,70%
STUPEFIANTS	89,65%
CHIMIOThERAPIES ANTI-CANCEREUSES INJECTABLES ET ORALES	89,73%
MEOPA	82,40%

- ▶ Bilan d'admission - 92%
- ▶ Préparation des médicaments - 85%
- ▶ Elimination des médicaments - 95 %
- ▶ Stockage des médicaments à l'HAD (antenne)

- ▶ **Formation des nouveaux arrivants - 42%**
- ▶ **Réalisation d'une évaluation des connaissances lors de la formation des nouveaux arrivants en HAD - 39%**
- ▶ **Organisation de formation et sensibilisation des professionnels**
  - À la manipulation des cytotoxiques injectables et per os - 57%
  - À l'utilisation des PCA - 77%
  - A l'utilisation du MEOPA - 100%
- ▶ **Pas de support unique de prescription/administration - 44%**
- ▶ **Stockage des médicaments à domicile**
  - Gestion des médicaments thermosensibles - 55%
  - Gestion du MEOPA - 50%
- ▶ **Bilan de sortie - 58%**

4

## Bilan URC



- ▶ **Audit sur l'ensemble du circuit des chimiothérapies anti-cancéreuses**
- ▶ **Partenariat OMÉDIT Normandie - Qual'Va**
- ▶ **Mars à Juin 2022**
- ▶ **Grâce à un outil OMÉDIT Ile de France**
  - 1 partie d'autoévaluation sur le management (à remplir en amont par l'établissement audité)
  - 1 partie en audit croisé sur le terrain
- ▶ **Démarche valorisable dans le cadre du CAQES et de la certification**



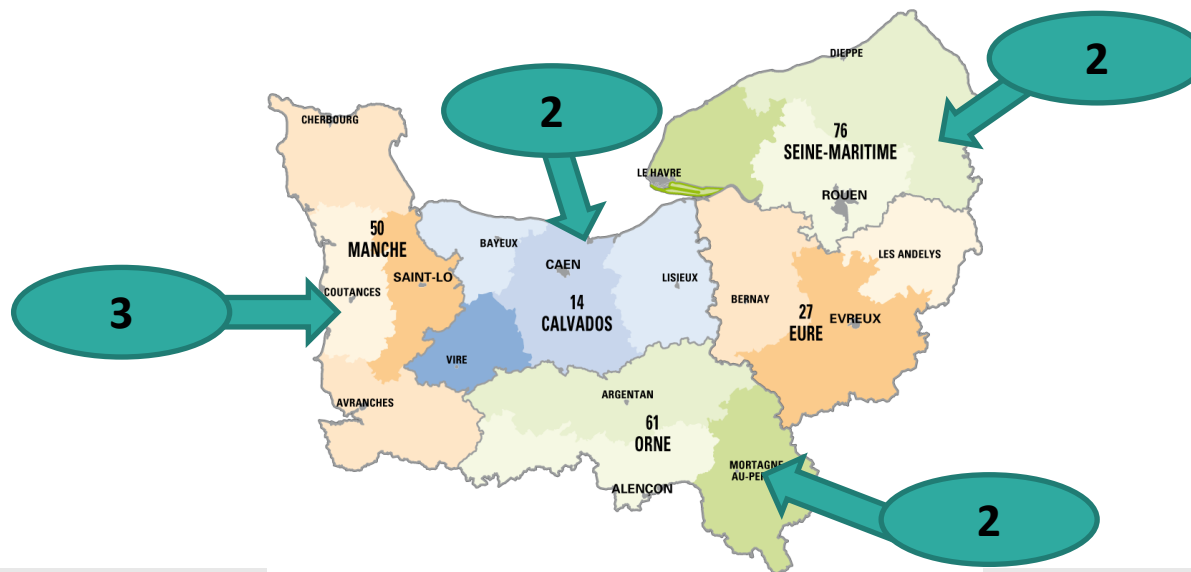
- ▶ **20 participants au groupe de travail (15 établissements différents)**
- ▶ **6 auditeurs sensibilisés (appartenant à 5 établissements)**
- ▶ **Grille testée dans 5 URC en 2021 : CH Dieppe, CH Bayeux, CHU Caen, CH Elbeuf, Clinique des Ormeaux**

## ► Préparation par OMÉDIT - Qual'Va

- Présentation des outils lors d'une visio-conférence de 2h

## ► Participants

- 9 établissements inscrits → 9 rapports reçus



# GRILLE D'AUDIT : OUTIL RÉGIONAL INFORMATISÉ

- ▶ **Fichier Excel = Rapport**
- ▶ **Contient grille d'audit, résultats et plan d'actions**
- ▶ **7 onglets**
  - Mode d'emploi
  - Identification établissement
  - Pilote et Management
  - Processus
  - Coopération – Sous traitance
  - Résultats
  - Plan d'actions

Présentation ChimioPREP

Identification Etablissement

Pilotage et Management

Processus

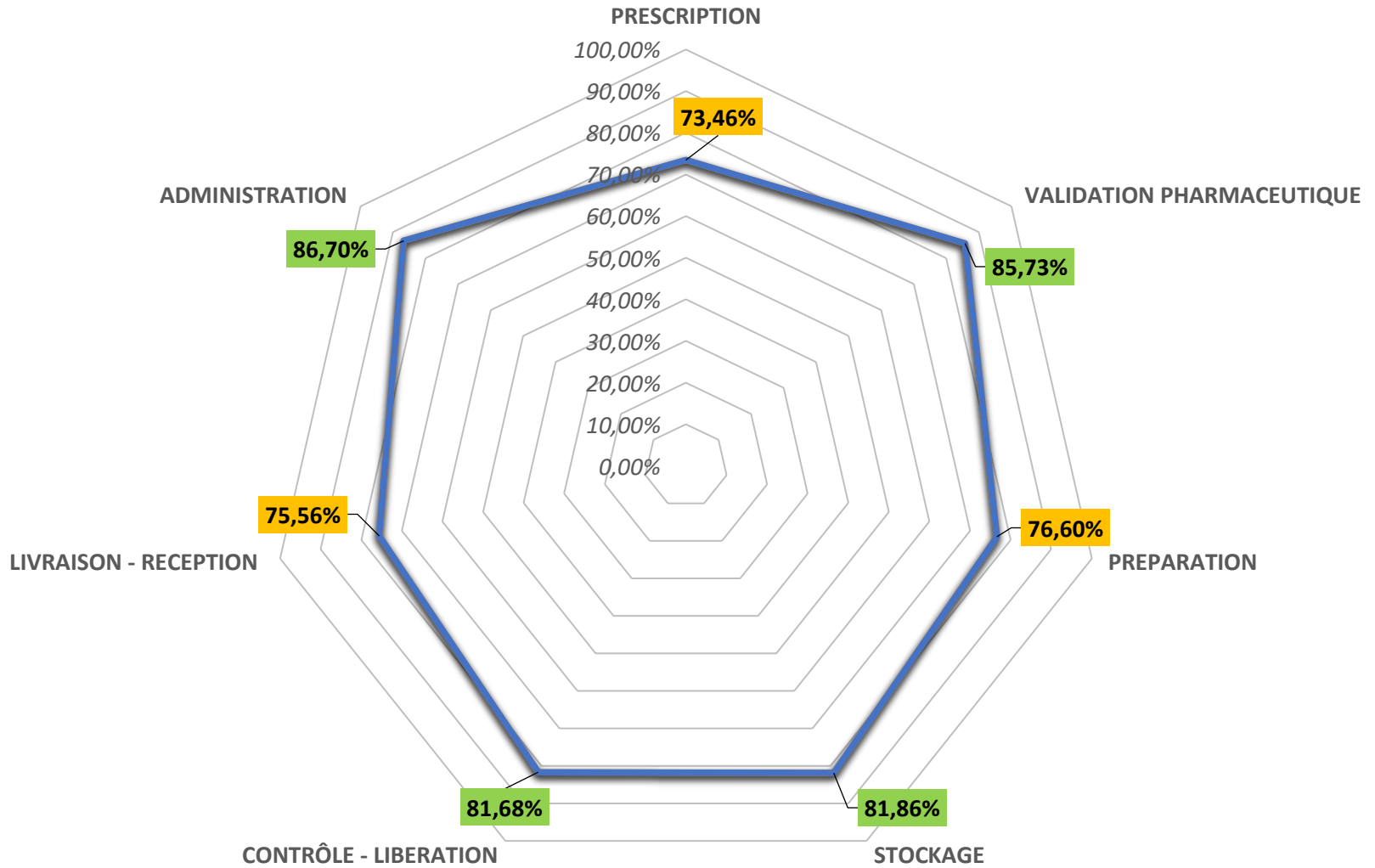
Coopération - Sous Traitance

Résultats

Plan d'actions

	Score
<b>Score Pilotage et Management</b>	<b>76,62%</b>
<b>QUALITE - HYGIENE - GESTION DES RISQUES</b>	<b>69,44%</b>
<b>SYSTEME D'INFORMATION</b>	<b>77,64%</b>
<b>PERSONNEL: FORMATION - EVALUATION</b>	<b>81,11%</b>
<b>ZAC - LOCAUX</b>	<b>75,18%</b>
<b>ZAC - EQUIPEMENT</b>	<b>77,50%</b>
<b>COMMUNICATION</b>	<b>96,11%</b>
<b>QUALITE - HYGIENE - GESTION DES RISQUES</b>	<b>69,44%</b>
Hygiène	83,33%
Qualité - Gestion des risques	62,50%
<b>ZAC - LOCAUX</b>	<b>75,18%</b>
Conception et maintenance	76,56%
Surveillance microbiologique de l'environnement	62,50%
Surveillance du traitement d'air	86,11%
Maintenance du traitement d'air	71,53%
Qualification opérationnelle	77,78%
<b>ZAC - EQUIPEMENT</b>	<b>77,50%</b>
Généralités	68,06%
Qualification opérationnelle	94,44%
Surveillance microbiologique	78,47%
<b>COMMUNICATION</b>	<b>96,11%</b>
Communication HDJ	97,22%
Communication Service d'hospitalisation	95,00%

## Processus



PRESCRIPTION	73,46%
VALIDATION PHARMACEUTIQUE	85,73%
PREPARATION	76,60%
Généralités	77,78%
Personnel et infrastructures	91,11%
Retour des préparations à la PUI	78,33%
Autres	33,33%
STOCKAGE	81,86%
Généralités	66,67%
Stockage des spécialités et solvants servant à la fabrication	88,89%
Stockage des produits finis	75,20%
CONTRÔLE - LIBERATION	81,68%
Documentation - Traçabilité	85,80%
Nature des contrôles	57,41%
Périmètre des contrôles	86,62%
LIVRAISON - RECEPTION	75,56%
Personnel et matériel de transport	75,00%
Réception et stockage au niveau de l'HDJ / dans les unités de soins	76,19%
ADMINISTRATION	86,70%
Généralités	91,92%
Organisation du parcours patient	77,78%
INTRATHECALES	77%
Préparations intrathécales	66%
Administration intrathécales	75%

3 répondants	Score
<b>Score Prestataire: Coopération Effective</b>	<b>76,36%</b>
Organisation	80,00%
Système d'information	70,83%
Conditions de transport	91,67%
Gestion des risques	41,67%
Système documentaire de la sous-traitance	75,00%
Organisation de la production chez le prestataire	75,00%

1 répondant	Score
<b>Score Donneur d'Ordre : Coopération Effective</b>	<b>71,43%</b>
Modalités de facturation	100,00%
Système d'information	50,00%
Transport	72,73%
Système documentaire de la sous-traitance	75,00%
Processus	72,22%

2 répondants	Score
<b>Score Prestataire: Maturité du projet</b>	<b>51,61%</b>
Thématiques analysées	60,42%
Modalités de facturation	21,43%

0 répondant	Score
<b>Score Donneur d'Ordre : Maturité du Projet</b>	<b>NA</b>
Généralités	NA
Thématiques analysées	NA
Modalités de facturation	NA

## ► Pilotage et Management/RH :

- Formation théorique et pratique des préparateurs et pharmaciens
- Proportion de personnel expérimenté (au - 1 an sur le poste + formation initiale) au sein de l'équipe de préparation est significative
- Pas de turn-over important des préparateurs de l'UPAC
- Préparateurs de l'UPAC sont polyvalents

## ► Communication :

- Service d'HDJ et hospitalisation : la communication entre les prescripteurs et l'UPAC est fluide et efficace
- Service d'HDJ et hospitalisation : la communication entre les infirmières et l'UPAC est fluide et efficace



## ► Qualification opérationnelle :

- Qualification des équipements réalisée a minima tous les ans
- Qualifications tracées et archivées avec validation des résultats par le pharmacien

## ► Contrat de maintenance préventive/corrective pour tous les équipements de préparation (hottes et/ou isolateurs)

## ► Processus :

- Prémédications figurent sur la prescription des anticancéreux

## ► **Coopération : Donneur d'ordre**

- Contrat de sous-traitance est régulièrement MAJ (volumétrie, modalités de préparation ou de contrôle, conditions de transport)
- Responsabilités de chacun sont définies dans le contrat
- Planification des RV de l'HDJ chez le donneur d'ordre est transmise au prestataire pour faciliter la préparation et la MAD des préparations par le prestataire

## ► Pilotage et Management :

- Audits sur le circuit des médicaments anticancéreux stériles réalisés au moins 1 fois/an
- Tous les préparateurs sont réévalués régulièrement sur la préparation des anticancéreux stériles
- Mode dégradé en cas de dysfonctionnement de la CTA existant

## ► Processus/Préparation : Procédure relatant la CAT en cas de dysfonctionnement majeur nécessitant l'arrêt de production

- Les protocoles sont révisés à minima 1 fois/an
- La libération pharmaceutique est systématiquement tracée
- L'équipement dédié au contrôle qualité (spectrophotomètre, CLHP, balance...) est qualifié
- Le contrôle des préparations est indépendant

## ► Nature des contrôles

- Les systèmes de contrôle mis en place garantissent-ils de vérifier la conformité des préparations au niveau :
  - Qualitatif - 100,00%
  - Quantitatif - 88,89%
  - Microbiologique - 11,11%
- 22% avec numéro de lot des solvants de reconstitution

## ► **Coopération : Prestataire**

- Analyse de risques pour cette activité de sous-traitance : 0%
- Définition d'une liste d'indicateurs principaux à suivre pour piloter la sous-traitance : 0%
- Mise en œuvre de réunions type RETEX entre le DO et le prestataire afin d'optimiser l'activité de sous-traitance : 66%

## ► **Coopération : Donneur d'ordre**

- Le personnel assurant les livraisons dispose d'un kit de décontamination et d'une trousse d'urgence en cas de fuite d'anticancéreux : 0%
- Le personnel assurant les livraisons est formé à la conduite à tenir en cas de fuite d'anticancéreux : 0%
- Pour le transport des produits thermosensibles, la livraison s'effectue dans des conteneurs qualifiés ou des conteneurs dont la température est suivie : 0%

5

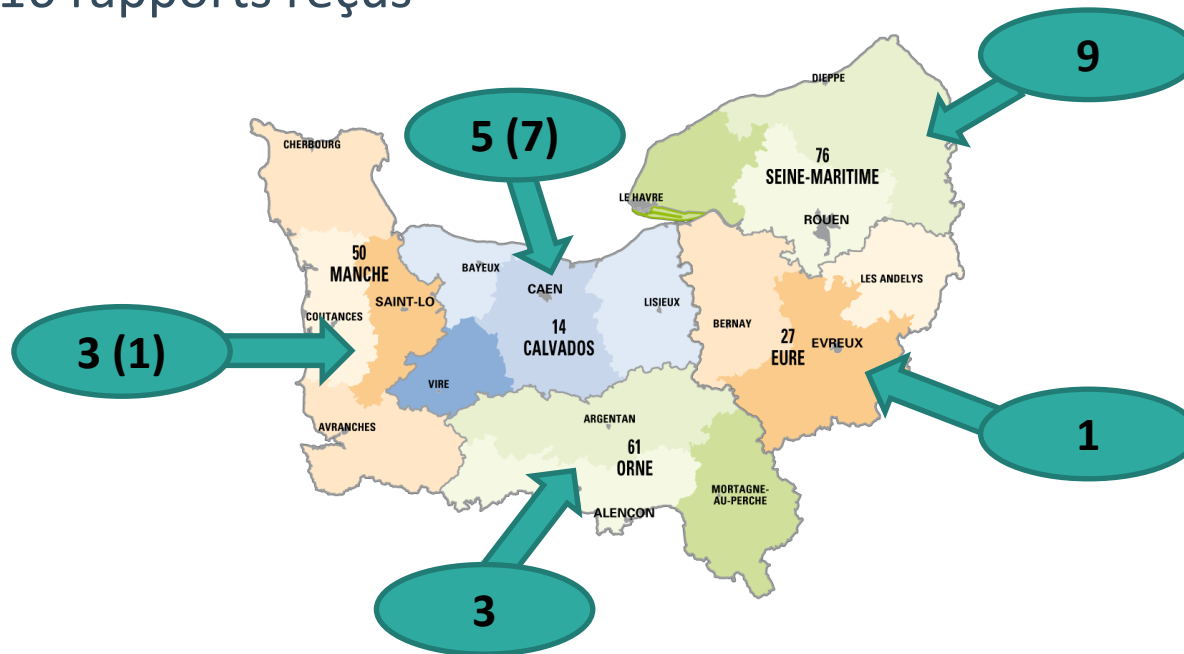
## Quelques mots sur BLOC



- ▶ **Audit sur l'ensemble du circuit du médicament pour un patient opéré au Bloc opératoire**
- ▶ **Partenariat OMÉDIT Normandie et OMÉDIT Bretagne - Qual'Va**
- ▶ **Septembre à décembre 2022**
- ▶ **Grâce à un outil interrégional**
  - 1 partie d'autoévaluation (à remplir en amont par l'établissement audité)
  - 1 partie en audit croisé sur le terrain (bloc) avec rencontre patient
- ▶ **161 éléments d'évaluation**

► **24 établissements inscrits, sur ces 24 établissements :**

- 3 abandons
- 5 établissements avec report sur 2023
- 16 rapports reçus





## ► Premiers retours

- Forte participation pour cette 1<sup>ère</sup> campagne interrégionale
  - Représentativité des typologies d'établissements publics et privés (diversité des activités chirurgicales)
  - Disponibilité des acteurs qui se sont prêtés au jeu / audités et auditeurs
- Des disparités organisationnelles
  - Informatisation, Médicaments à risque, formalisation / gestion documentaire / protocoles standardisés des préparations, accueil des nouveaux arrivants, antibioprophylaxie, étiquetage des seringues, gestion des EIAS, stockage sécurisé

## ► Visio programmée au 2<sup>ème</sup> trimestre 2023

- Membres auditeurs/audités + Membres du groupe de travail inter-régional contributifs (experts métiers, représentants usagers et sociétés savantes)

6

## Présentation calendrier des audits croisés – Questions/réponses



- ▶ **Prochaine campagne 2023 pour l’EHPAD**
  - Lancement des inscriptions au mois d’avril 2023
  - Dates de formation optionnelle : e-learning 1<sup>er</sup> au 17 juin puis ½ journée en présentielle 19 juin (Caen) ou 26 juin (Rouen) 2023
  - Audits été à fin octobre
  
- ▶ **Groupe de travail Secteur du handicap en 2023**
  - Objectif : Valider un outil d’auto-évaluation PEC médicamenteuse
  - Audit dossier spécifique sur ce secteur (recherche de volontaires médecins/IDE)

- ▶ **Mise à disposition grille ANAP Stérilisation**
- ▶ **Révision grille Traceur Ciblé Médicament Sanitaire 2023**
- ▶ **MCO/SSR, Santé Mentale, USLD, HAD, URC, Bloc, stérilisation**
- ▶ **En cours : grille ANAP OMÉDIT secteur psychiatrie adulte (mai 2023)**
- ▶ **2024 : changement d'organisation**
  - Calendrier commun au niveau régional - 1<sup>er</sup> semestre 2024
  - Tableau dynamique d'inscription des auditeurs et audités volontaires
    - Chaque établissement trouve son auditeur
    - 1 audit reçu 1 audit donné
    - Dates enregistrées
  - Visios : Lancement 2024 (1 visio par thème de présentation des outils de la méthode)
  - Mise à disposition des kits auditeurs/audités pour les auditeurs/audités inscrits dans la démarche d'audit





# Échanges Outils Formations



**Réseau Normand  
Qualité Santé**

4, Avenue de Cambridge  
14200 Hérouville Saint Clair



02 31 95 10 59



contact@qualva.org



qualva.org

