



WEBRENCONTRE CERTIFICATION

.....

Médicaments
Retours d'expériences
Audits croisés et nouveau référentiel





Veillez garder vos micros coupés durant les présentations



Un chat est à votre disposition pour poser toutes vos questions, échanger... et passer le bonjour !



En cas de coupure ou débit ralenti, nous vous conseillons de couper votre caméra



Mise à disposition du support sur la plateforme collaborative

[● REC] Enregistrement pour rediffusion partielle

- **Audits croisés : campagne 2024 et perspectives**
- **Produits de santé et nouveau référentiel HAS**
 - Mise en perspective avec le référentiel 2024 et le bilan des Audits croisés Médicament 2024 (MCO/SMR, HAD)
- **Retour d'expérience**
 - CHI Elbeuf Louviers
- **Échanges entre participants**

1

AUDITS CROISÉS MÉDICAMENTS - SANITAIRE, HAD ET URC

CAMPAGNE 2024 ET PERSPECTIVES

PARTENARIAT ÉQUIPES VOLONTAIRES OMÉDIT NORMANDIE - QUAL'VA DEPUIS 2018



- ▶ 100% des participants satisfaits ou très satisfaits
- ▶ Développement vers l'HAD, l'URC et le bloc
- ▶ Démarche valorisable dans le cadre de la certification

2018-2019

1^{ère} itération

- **Sanitaire** : 25 établissements
- **EHPAD** : 25 structures

2020

2^{ème} itération

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

2021

- Etab testeurs HAD et URC
- **Bloc** : travail avec OMÉDIT Bretagne

2022

- 3^{ème} itération MCO SSR
- 1^{ère} itération : HAD, URC et Bloc

2024

4^{ème} itération
MCO SMR HAD et URC (2^{ème})

2025

- EHPAD et handicap
- Traçabilité DMI : travail avec OMÉDIT Bretagne



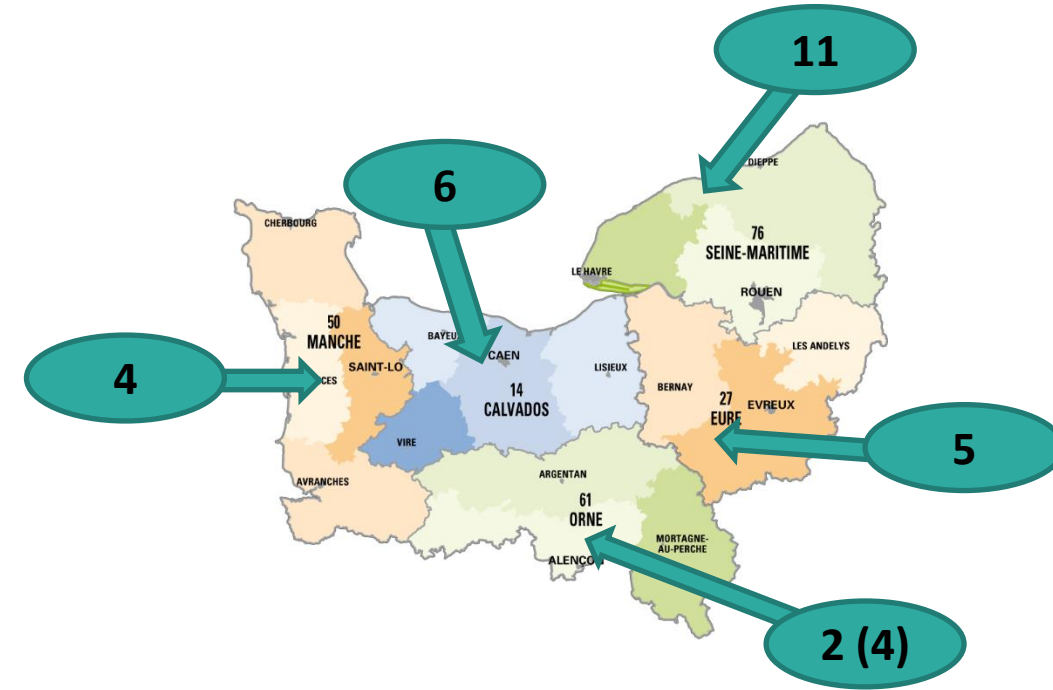
► MCO SMR USLD SM :

- 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

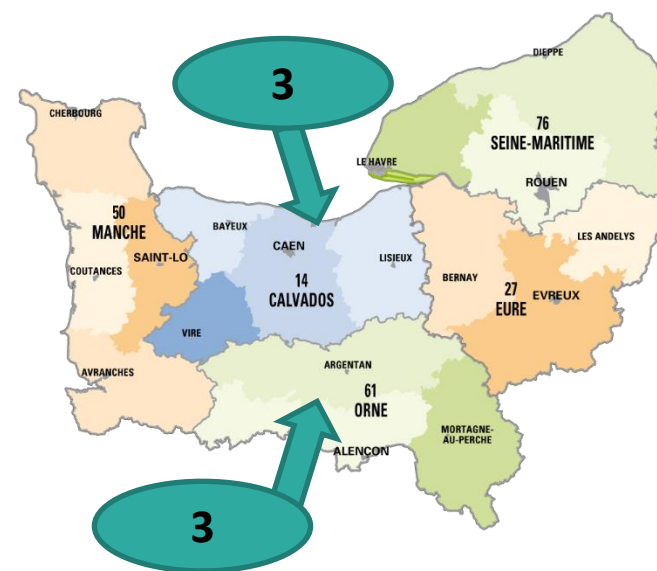


► AUDIT CROISÉ EN HAD

- Participants : 6 HAD

→ 6 rapports d'audit reçus

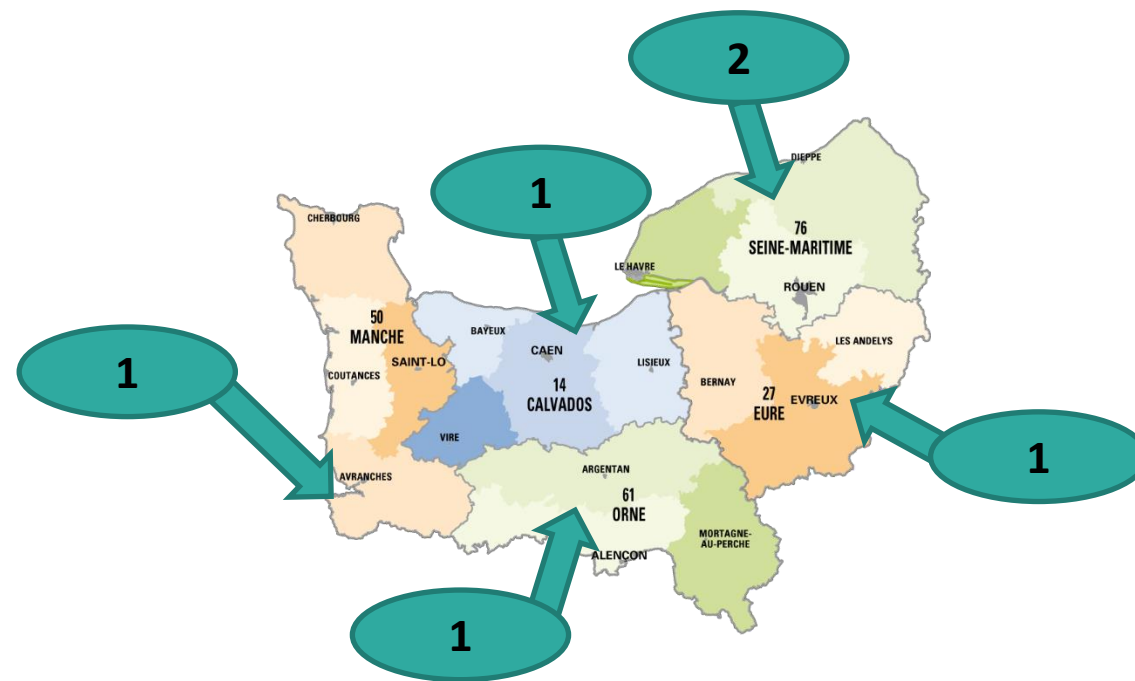
soit 23% des structures HAD de la région



► AUDIT CROISÉ EN URC

- Participants : 6 Unités

→ 6 rapports d'audit reçus



► 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)* :

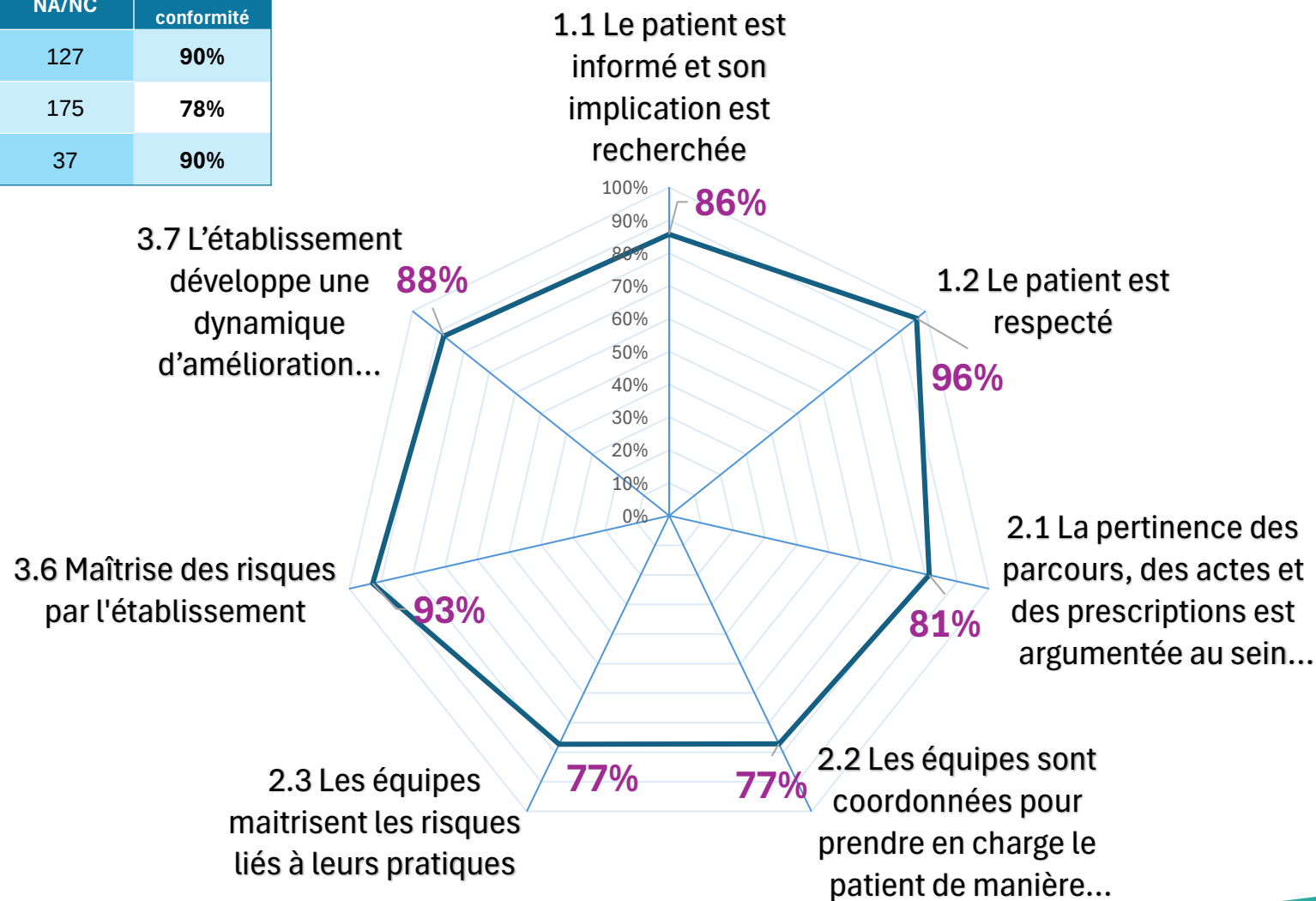
- MCO : **29** (dont 2 en ambulatoire)
- SSR : **13**
- Santé Mentale : **5**
- USLD : **1**

** Résultats non pris en compte dans l'analyse*

RÉSULTATS 2024 - 48 SERVICES NORMANDS

Chapitre	OUI	NON	NA/NC	% de conformité
Chapitre 1 : Le patient	57	6	127	90%
Chapitre 2 : Les équipes de soin	721	206	175	78%
Chapitre 3 : L'établissement de santé	171	20	37	90%

Pourcentage de conformité par objectif



- Résultats audits croisés

- ▶ **Traceur ciblé** sur le circuit du **médicament**
 - *nouvelle grille HAS avec inclusion éléments à regarder*
- ▶ **Particularités :**
 - + critères douleur, sortie, chariot urgence vitale
 - + Rencontre patient (critères des 2 itérations précédentes)
- ▶ **Prévu :**
 - Finalisation dès parution de la fiche pédagogique PECM
 - Séance de présentation de la grille (webinaire)
 - Grille mise à disposition sur site de l'OMéDIT et téléchargeable sur la plateforme collaborative de Qual'Va dès 2025
 - **Lancement d'une campagne d'audits croisés début 2026**





MÉDICAMENT ET NOUVEAU RÉFÉRENTIEL HAS

3 chapitres



LE PATIENT



LES ÉQUIPES
DE SOINS



L'ÉTABLISSEMENT
DE SANTÉ

« Les équipes expliquent et fournissent au patient vulnérable un comparatif de son traitement habituel (avant son séjour) et de son traitement à la sortie (après son séjour) »

« Le patient, dont l'autonomie dans la prise de son traitement est confirmée et tracée, est informé des médicaments qu'il prend et des consignes d'administration. Les professionnels s'assurent de la prise des traitements. La traçabilité de l'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est assurée. Les piluliers sont identifiés. Les péremptions sont contrôlées »

« Un sur-étiquetage des produits à risque (par exemple le cyclophosphamide) est effectué sur chaque unité médicamenteuse lorsque le blister d'origine risque de prêter à confusion. L'analyse pharmaceutique des prescriptions est systématiquement réalisée »

« Une organisation est mise en œuvre pour la prise des traitements des patients autonomes. Les proches sont informés de la non-disponibilité des professionnels par une affiche « préparation des traitements en cours » »

VERBATIM RAPPORT DE CERTIFICATION

« Un guide de prescription des antibiotiques, de leur stabilité, des protocoles d'antibiothérapie, élaborés par les infectiologues, est à disposition dans le logiciel de gestion documentaire »

« Des temps de concertation sont mis en œuvre entre différents médecins dont le médecin hygiéniste, le médecin référent du patient et le médecin référent des antibiotiques. Les argumentations font l'objet d'une traçabilité »

« La prescription conditionnelle d'antalgiques n'est pas protocolisée, par exemple aux Urgences, en Cardiologie et ne répond pas toujours à une évaluation scorée »

« La liste des médicaments à risque est le plus souvent générique et n'est pas adaptée aux différents services/secteurs. Dans la GED, la liste en vigueur est une liste unique datant du 05/04/ 2022. Dans certains services, la liste comporte des médicaments à risque ne concernant pas leurs activités »

« Les professionnels concernés sont sensibilisés, mais pas toujours formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque et à leur récupération »

« les armoires de stockage sont le plus souvent ouvertes dans les postes de soins.

Le contrôle de température des réfrigérateurs n'est pas toujours régulièrement réalisé et les conduites à tenir en cas d'excursion de température ne sont pas toujours connues »

« Sur l'ensemble des étages, les chariots de médicaments sont accessibles aux patients dans les couloirs de l'unité et ne sont pas sécurisés (fermés à clés).

Les piluliers ne sont pas identifiés avec l'identité du patient, mais plutôt avec le numéro de chambre »



Critère 2.2-07: Conciliation des traitements médicamenteux

Avancé

- La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les plus à risque (patient âgé, oncologie...) de manière pluriprofessionnelle.
- 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.



- 71 % des etab ont identifié les secteurs/profils
- 59 % des etab ont mis en œuvre la conciliation

Critère n°2.1-04 : Les équipes réalisent la **conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées**

Standard

- La conciliation médicamenteuse est **engagée** pour les secteurs et profils de patients les plus à risque (gériatrie, oncologie, patients âgés polymédicamentés, patients sous chimiothérapies...)
- La conciliation médicamenteuse est programmée pour les **secteurs et profils de patients les plus à risque** dans lesquels elle n'est pas déjà réalisée
- La conciliation médicamenteuse est **réalisée selon les bonnes pratiques** avec notamment : les 3 sources d'information, la rencontre du patient et/ou son entourage, l'échange médico-pharmaceutique
- Le bilan médicamenteux est **accessible dans le dossier patient**
- Une **évaluation de la pertinence** de l'activité de conciliation est réalisée (bilan de la conciliation) et les corrections apportées



2.1-04

Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées

Vidéo/tuto / formation	Document/boites à outils
- Formations Caen et Rouen - Module e-learning Répondre aux attendus sur la CONCILIATION des traitements médicamenteux	- Boite à outils : Conciliation médicamenteuse - Groupe de travail interrégional PPH : module elearning de formation et cas pratiques (en cours)



Critère 2.3-03: Les équipes respectent les bonnes pratiques de **prescription** et de **dispensation** des médicaments **Standard**

- La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions [97 %]
- L'analyse pharmaceutique intègre les informations du DP du patient (Ordre des pharmaciens, Assurance maladie), pour tous les patients dotés d'un DP [23 %]
- La pharmacie réalise l'analyse pharmaceutique et évalue la pertinence de la prescription [81 %]
- Les interventions de la pharmacie sont prises en compte par les services prescripteurs. [81 %]

Critère n°2.2-02 : Les équipes respectent les bonnes pratiques de **prescription des médicaments** **Impératif**

- La prescription d'entrée prend en compte le traitement habituel du patient
- La prescription mentionne clairement l'identification et la signature du prescripteur, la date et l'heure, la dénomination des molécules en DCI, la posologie, le solvant et son volume (injectable), et la voie d'administration
- La **capacité d'autogestion et d'autonomie** du patient (hors programme PAAM) dans la prise de son traitement habituel est évaluée, réévaluée et tracée par le prescripteur
- Toute prescription conditionnelle est argumentée **en référence à une valeur seuil**
- Les prescriptions sont réalisées en temps utile par des professionnels habilités **sans retranscription** par des professionnels non médicaux

Critère n°2.2-03 : Les équipes respectent les bonnes pratiques de **dispensation** des médicaments **Standard**

- Le pharmacien réalise l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance en s'appuyant sur les données biologiques du patient et l'accès à son dossier
- Les **interventions pharmaceutiques sont prises en compte** par les services prescripteurs
- La délivrance des médicaments est adaptée aux besoins des services (journalier, hebdomadaire, mensuel) au regard des prescriptions
- L'avis du pharmacien est sollicité lors des RCP
- La gouvernance met à disposition des professionnels de l'établissement un(des) logiciel(s) adapté(s) pour faciliter et optimiser les analyses pharmaceutiques
- Le choix du(des) logiciel(s) est réalisé en conformité avec le **plan de maîtrise des DM numériques** mis en place au sein de l'établissement.



Critère 2.3-07: **L'approvisionnement, le stockage et l'accès** aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

Standard

- Les modalités d'approvisionnement sont définies, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé [100 %]
- Les équipes dispensent les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes
- Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées (boîtes fermées, conteneurs sécurisés, conservation du froid...) [79 %]
- L'approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels [94 %]
- Les risques liés aux ruptures de stock sont identifiés et font l'objet d'actions palliatives [100 %]
- Le stockage des produits de santé se fait dans les bonnes conditions de conservation
- Absence de produits périmés
- Les règles de stockage (température, sécurisation...) sont respectées. [46 %]



Critère n°2.2-04 : Les équipes respectent les bonnes pratiques **d'approvisionnement** des produits de santé

Standard

- Les modalités d'approvisionnement répondent aux besoins des professionnels, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé
- Le pharmacien identifie les risques liés aux **ruptures de stock**, informe les prescripteurs et met en place des actions palliatives en collaboration avec les utilisateurs
- Le **stockage** des produits de santé se fait dans les bonnes conditions **à la pharmacie à usage intérieur et dans les services de soins**
- Les **conditions de transport** des produits de santé sont adaptées et sécurisées.

2.2-02, -03 et -04

Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription, dispensation et d'approvisionnement



Le traceur
ciblé

Vidéo/tuto / formation

Modules e-learning Normandie/Centre Val de Loire (en cours de mise à jour)

- Le respect des bonnes pratiques de prescription
- Le respect des bonnes pratiques de dispensation
- Le respect des bonnes pratiques d'approvisionnement, transport et stockage des produits de santé dans les unités de soins
- Le respect des bonnes pratiques d'administration
- Le respect des bonnes pratiques de préparation dans les unités de soins



Critère 2.3-04: Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

Standard

- Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration et l'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables [70 %]
- La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration [86 %]
- L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier. [83 %]

Critère n°2.2-05 : Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

Impératif

- Les professionnels habilités respectent les **bonnes pratiques** de préparation **en évitant les interruptions de tâches**
- Les professionnels habilités respectent les bonnes pratiques d'administration
- Les situations à risque devant faire l'objet de précautions particulières ont été identifiées (injectables, médicaments reconstitués en pédiatrie, pousse seringue électrique, PCA, chimiothérapies, préparations de poches de perfusion avec reconstitution, multiplicité des préparations...) et les bonnes pratiques mises en œuvre
- La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement vérifiée avant l'administration par les professionnels habilités
- L'administration du médicament ou le motif de non-administration est tracé dans son dossier au moment de la prise par les professionnels habilités
- La **prise de son traitement habituel par le patient autonome** (hors programme PAAM) est **tracée** par les professionnels habilités, après prescription médicale.



Critère 2.3-06 : Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

Impératif

- L'équipe respecte les bonnes pratiques des médicaments à risque à toutes les étapes du circuit (la prescription, la dispensation, l'administration, le suivi, la surveillance et la réévaluation) [69%]
- Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque [75 %]
- La liste des médicaments à risque est adaptée et connue [80 %]
- Les règles de stockage (température, sécurisation...) sont respectées [46 %]



Critère n°2.2-06 : Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse

Impératif

- Les professionnels sont **formés** à la **prévention du risque médicamenteux**
- Les professionnels **connaissent les moyens de maîtrise** des médicaments les plus à risque
- Une **liste des médicaments les plus à risque**, établie de manière collégiale, est adaptée à l'activité et connue des professionnels
- Le circuit des préparations en atmosphère contrôlée (chimiothérapie, immunothérapie, biothérapie, nutrition parentérale, radiopharmaceutique...) est maîtrisé (prescription, analyse pharmaceutique, préparation, libération, transport, stockage et administration)
- Les **erreurs médicamenteuses** sont analysées en équipe et font l'objet d'un plan d'actions suivi



2.2-06

Les équipes préviennent les risques d'erreurs médicamenteuses

Impératif

Vidéo/tuto / formation	Quizz/Audit / enquêtes
- Outils de sensibilisation aux interruptions de tâches Interruption de taches OMéDIT Normandie - Module d'e-learning sur la prévention du risque médicamenteux (disponible en juin 2025) (actualisation du module « Maîtriser l'utilisation des MAR ») - Webinaires « Erreur médicamenteuse : apprendre pour prévenir » Fiches RETEX Kit de sensibilisation et formation à la GDR a posteriori d'erreurs médicamenteuses - Module d'e-learning Bonnes pratiques de perfusion : module « Analgésie Contrôlée par le Patient (pompe PCA) » - Film d'analyse de scénario : « Des morphiniques pour Chantal Gique » - Formation latroMed 360°#néonatalogie - Liste régionale de reconstitution/dilution des médicaments injectables pédiatriques : Liste de reconstitution des médicaments en pédiatrie	- Grille d'audit ChimioPrep - Auto-évaluation sur les pratiques de préparation des MERM



Critère n°2.2-07 : L'établissement **promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)**

Avancé

- Les services volontaires définissent les **critères** de déploiement du programme " Patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM) en hospitalisation " et les **indicateurs d'évaluation** de la démarche
- Les services et les patients volontaires mettent en œuvre le programme " Patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM) en hospitalisation " en personnalisant le programme aux patients concernés
- Une **évaluation** de la démarche " Patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM) en hospitalisation " est conduite collectivement et des actions d'amélioration sont mises en place.

Auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)



Le traceur
ciblé

Avancé

Vidéo/tuto	Document/boites à outils
• Les vidéos OMÉDIT Bretagne : Version professionnels et Version patients • Le module d'e-learning OMÉDIT Centre Val de Loire et Bretagne Module	• Le guide HAS et outils HAS (mis à jour en janvier 2025) : Site de la HAS • RETEX et boite à outils Normandie : autoadministration

Critère n°2.1-06 : La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

Standard

- Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification. [90%]
- 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). [90%]
- Des évaluations régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24e et la 72e heure sont systématiques. [83 %]
- Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.

[60%]



Le traceur
ciblé

Critère n°2.4-02 : La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

Impératif

- L'établissement met en place les éléments-clés d'un **programme de bon usage des antibiotiques** (politique, plan de formation des personnes ressources, stratégie d'évaluation : indicateurs et programme d'évaluation)
- Les praticiens sont formés au bon usage des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus
- Toute prescription d'un traitement antibiotique et/ou sa prolongation est justifiée dans le dossier
- Les praticiens se réfèrent à un référentiel pour l'antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent en antibiothérapie
- Les prescriptions d'antibiotiques sont systématiquement réévaluées entre la 24e et la 72e heure
- L'EOH, les équipes, le référent en antibiothérapie, la PUI et le laboratoire de microbiologie, le cas échéant, **surveillent leur consommation d'antibiotiques et les résistances aux ATB**



Le traceur
ciblé

2.4-02

La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

Impératif

Vidéo/tuto / formation	Quizz/Audit / enquêtes	Document/ boites à outils
Module e-learning - Exigences certification / Bon usage des antibiotiques Répondre aux attendus HAS sur le bon usage des antibiotiques Mise à jour en cours + webinaire	• Audit régional : Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques critiques, V2018, Omedit-NormAntibio-CPias Normandie • Audit ATB Omedit AntibioEst, 2021 • Boîte à outils, RésOMÉDIT : certification des établissements de santé pour la qualité des soins, V mai 2022 • Audits sur le bon usage des antibiotiques en établissements de santé, NormAntibio-OMÉDIT Normandie-CPias Normandie • OMÉDITQuizz : testez vos connaissances sur la durée des antibiotiques, OMÉDIT Normandie	• Normantibio : NORMANTIBIO

Non spécifique
Médicament

Critère n°2.2-20 : **Une lettre de liaison** à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soin **Standard**

- 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 de Mon espace santé (DMP) est mis à jour le cas échéant. [64 %]
- L'organisation des soins à la sortie et les prescriptions, avec le matériel nécessaire, sont prévues en amont de la sortie. [90 %]
- Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extrahospitalier intègrent : l'identité complète du patient, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service adresseur, les résultats des derniers examens complémentaires, les prescriptions. [100 %]

Critère n°1.2-04 : **Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge** **Standard**

- En prévision de sa sortie, le patient est informé sur les éventuels nouveaux traitements prescrits, la nécessité de signaler tout effet indésirable lié au traitement, et dispose d'un **comparatif expliqué entre le traitement d'entrée et de sortie**
- Une lettre de liaison est remise au patient avec les explications, par un médecin ou par un autre membre de l'équipe de soins, le jour de sa sortie ou la veille en cas de retour à domicile, et versée dans le dossier médical de Mon espace santé (DMP), sauf opposition du patient.



1.2-04

Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge

Standard

Vidéo/tuto / formation	Quizz /Audit / enquêtes	Document/boites à outils
- Accompagnement au déploiement de la conciliation médicamenteuse dans le parcours : outils et formations pluriprofessionnelles https://www.omedit-nag.fr/formations-evenements/formations (OMÉDIT NAGG) - Vidéo Mes médicaments, je les prends correctement ! https://www.youtube.com/watch?v=Nx004DG3L88 , (OMÉDIT Bourgogne-Franche – Comté)	Grille d'aide à la réévaluation de la pertinence de prescription pour patients âgés-Personne âgée (OMÉDIT Normandie) Ressources pédagogiques	- Bon usage : Fiches à destination des patients/aidants destinées à sensibiliser sur la iatrogénie médicamenteuse : benzodiazépines, IPP, ADO, anti-hypertenseurs Outils patients (OMÉDIT Normandie) - Flyer « Mes médicaments - mes bons réflexes » https://www.omedit-nag.fr/outils-guides/domicile (OMÉDIT NAGG)

Non spécifique
Médicament

Critère 3.6-05 La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement

Impératif

- Les professionnels de soins savent détecter les symptômes d'une urgence vitale et connaissent les premiers gestes de prise en charge d'une urgence vitale
- Les chariots ou sacs d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins : la composition est adaptée aux profils des patients accueillis dans l'unité, leur vérification est tracée et un registre d'utilisation est tenu
- Les professionnels de soins réalisent des exercices de mise en situation
- Tous les professionnels de soins sont régulièrement formés aux gestes de première urgence.
- 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.
- Il existe un numéro d'appel unique et rapidement identifiable par les professionnels pour joindre directement un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence.
- Une évaluation du dispositif de prise en charge des urgences vitales valide son efficacité.



2.2-12 Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales

Impératif

- Il existe un numéro d'appel unique et dédié, connu des professionnels, pour joindre directement un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence vitale
- Tous les professionnels de soins sont formés aux gestes de 1^{ère} urgence (détection d'une urgence vitale, conduite à tenir...)
- Les chariots ou sacs d'urgence sont adaptés aux patients accueillis dans l'unité et accessibles
- Les chariots ou sacs d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins, leur vérification est tracée et un registre d'utilisation est tenu
- Les professionnels de soins réalisent des exercices de mise en situation
- Une évaluation du dispositif de prise en charge des urgences vitales valide son efficacité

2.2-12

Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales

Impératif

Document/boites à outils

- Gestion des antidotes et médicaments d'urgence : Antidotes et médicaments d'urgence [Boites à outils antidotes et médicaments d'urgence](#) (OMÉDIT Normandie)



1.1-10 Le patient est informé des DM qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées

Professionnels

- La **pose** du dispositif médical implantable, son identification et l'information du patient sont tracées :
 - dans le dossier du patient ;
 - dans la lettre de liaison et/ou les documents de sortie ;
 - et, s'ils existent, dans le dossier médical de Mon espace santé (DMP) et le dossier pharmaceutique.
- La carte d'implant contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est prête pour être remise au patient à sa sortie.

Patient

- Avant la pose du dispositif médical implantable, le **patient a été informé** : type de dispositif médical, durée de vie prévisionnelle, suivi nécessaire...
- Le patient est informé des **complications possibles et des conduites à tenir** (précautions à prendre par le patient ou par un professionnel de santé et bon usage du dispositif) à la suite de l'implantation du dispositif.

1.2-03 Le patient connaît les DM qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées

Standard

Professionnels

- La **pose** du dispositif médical implantable, son **identification** et **l'information du patient** sont tracées dans le dossier du patient.
- La **carte d'implant, ou équivalent**, contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est **remise au patient** à sa sortie.

Patient

- Avant la pose du dispositif médical implantable, le **patient a été informé** : type de dispositif médical, durée de vie prévisionnelle, suivi nécessaire...
- Le patient est informé des **complications possibles et des conduites à tenir** (précautions à prendre par le patient ou par un professionnel de santé et bon usage du dispositif) à la suite de l'implantation du dispositif.

Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées



Le parcours traceur

Standard

Vidéo/tuto / formation	Cartographie / Audit	Document/boites à outils
Dispositifs médicaux implantables : tous acteurs ! (OMÉDIT NAGG) Websérie DMI (RESOMEDIT)	Inter Diag DMS-DMI 2021 (ANAP) - Audit croisé "évaluation du management de la qualité du circuit des DMI dans les établissements de santé" (OMÉDIT Normandie) Dispositifs médicaux	Guide de traçabilité sanitaire des DMI (Europharmat, 2025) - Guide de poche "Traçabilité des DMI" (OMÉDIT Normandie) Fiches d'information patients (OMÉDIT GE) Flyer à destination des patients "Vous êtes porteur d'un implant" (OMÉDIT NAGG)



1.2-08 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

Impératif

Patient

- Le patient évalue sa douleur dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir et ce jusqu'au soulagement de la douleur et une amélioration de sa qualité de vie

Professionnels

- Pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de vulnérabilité, une attention particulière est portée sur les **modalités d'évaluation** adaptées de la douleur.
- L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont **retrouvés dans le dossier** (quand une prescription « si besoin » est réalisée, le besoin – niveau de douleur – est précisé)

1.1-05 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

Impératif

Patient

- Le **patient est incité à exprimer sa douleur**, dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir, et ce jusqu'au soulagement de la douleur et à une amélioration de son bien-être et/ou de sa qualité de vie.

Professionnels

- **L'anticipation** et les mesures pour soulager la **douleur, évaluée** à l'appui d'une **échelle adaptée**, sont **retrouvées dans le dossier**.
- Les **réévaluations de la douleur sont tracées dans le dossier** permettant une adaptation de la thérapeutique si besoin.
- Les **professionnels proposent des modes de prise en charge non médicamenteuse** de la douleur.



Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

Vidéo/tuto / formation	Quizz/Audit / enquêtes	Document/boites à outils
2 Webinaires « Douleurs et spécificités du handicap » et « Douleur chez le sujet âgé » - Douleur - Campagne « Bon usage des opioïdes » message-cles-campagne.pdf - Neurostimulation transcutanée en EHPAD dans l'espace formation - Module e-learning « Bonnes pratiques de perfusion par PCA » Bonnes Pratiques de perfusion par pompe PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient) - Webinaire sur les Bonnes Pratiques de perfusion : « Analgésie Contrôlée par le Patient (pompe PCA) » - Contextes et enjeux autour de 2 EIGS en lien avec la PCA Webinaire PCA 28.02.2025 – YouTube	Grille d'audit « Etat des lieux de la prise en charge des patients sous opiacés forts en HAD »	Site internet PEDIADOL - Echelle Douleur neuropathique pédiatrique DN4P Site internet du Centre National Ressources Douleur (CNRD) Site internet du RSVA Site internet Sante BD



2.4-04 Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables

Standard

Gouvernance

- L'établissement informe les équipes des efforts conduits en termes de consommations d'eau, d'énergie et d'émissions de gaz à effet de serre.

Professionnels

- Une réflexion pluriprofessionnelle sur la réalisation de soins écoresponsables est menée afin d'identifier des actions d'amélioration au sein des services.
- La révision des protocoles de soins prend en compte la dimension des soins écoresponsables (réduction des interventions inutiles, révision du matériel nécessaire...).
- L'équipe évalue l'impact des actions en faveur de soins écoresponsables qu'elle met en œuvre.



3.4-02 L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables

Standard

Gouvernance

- Le **projet d'établissement** intègre une **stratégie de développement durable** partagée avec les partenaires territoriaux.
- L'établissement a **mis en œuvre des procédures** favorisant les **achats écoresponsables**.

Professionnels

- Tous les **services** ou, **a minima**, les **pôles** développent une **action en faveur du développement durable**.
- Le **réfèrent développement durable** accompagne les professionnels dans la mise en œuvre des projets « développement durable » au niveau des unités et des services.
- Les **équipes sont sensibilisées aux soins écoresponsables** et à l'impact environnemental de leurs pratiques (gestion des déchets, consommation de ressources (matériels, produits, eau, électricité...))



Critère 3.4-03 L'établissement agit pour la transition écologique

Standard

Gouvernance

- L'établissement ajuste sa stratégie aux risques environnementaux auxquels il est exposé.
- L'établissement favorise la mobilité durable pour ses professionnels et ses patients.
- L'établissement **réduit ses déchets** à la source.
- Une **filière adaptée** est en place pour chaque type de déchets et suit la procédure de traçabilité.
- L'établissement met en œuvre un plan de rénovation de ses locaux.

Professionnels

- Le **tri des déchets est opérationnel** (poubelles de tri pour les différents types de déchets, faciles d'accès et des **affiches expliquant les règles de tri**).

Les équipes et l'établissement sont engagés dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables et l'établissement agit pour la transition écologique

Vidéo/tuto / formation	Quizz/Audit / enquêtes	Document/ boites à outils
PLAN HEALTH FAIRE : formation innovante, destinée à sensibiliser les acteurs de la santé au développement durable Plan-health-faire (OMÉDIT IDF)	Calculateur d'empreinte carbone des gaz anesthésiques à partir d'une extraction des consommations de médicaments Calculateur de l'empreinte carbone des gaz anesthésiques - OMEDIT Ile de France (OMÉDIT IDF)	Check-list « Ma stratégie Achats durables » Checklist Achats durables (OMÉDIT IDF)

► Outils transition écologique en santé

Formation Plan Health Faire
sur l'ensemble des territoires
Formations de formateurs en cascade



Sensibilisation des patients
« le rendre écoresponsable à l'officine »
Thèse étudiants

Bilan carbone du circuit de distribution des médicaments
Construction d'une politique de développement durable

Cabinets Médecine générale
Officines et PUI
Thèse étudiants

Politique
développement
durable

Former
Sensibiliser

Partager

Achats
durables

Ecoprescription
et
Ecosubstitution

Mises en
commun
Bonnes
pratiques
Outils

Référentiel régional d'écoprescription /
écosubstitution (Principes et guide)
Thèse étudiants

Référentiel d'éco-prescription et d'éco-
substitution en infectiologie Antibiotiques
Normantibio

Juste prescription Pansements (réduire les non
utilisés / ACV carbone par type de plaies)

Optimisation thérapeutique / Parcours
OPTIMEDOC ES et EHPAD

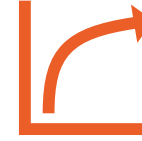
Optimiser le parcours des patients sous
chimiothérapies orales
CREX ES/Ville
Green pharma 2025 (TRIMED)
volume de MNU

Labellisation Green Bloc
Limiter Desflurane, N2O, déchets, Recycler,
Réutiliser ...

REX AUDIT CROISE HAD



- ▶ Analyse pharmaceutique et préparation nominative pour 7 j par la pharmacie
- ▶ Sécurisation des médicaments au domicile
- ▶ Pas de stockage de MEOPA au domicile
- ▶ Conciliation médicamenteuse
- ▶ Feuille de double contrôle PCA
- ▶ Liste MAR spécifique
- ▶ Stockage à l'HAD conforme



- ▶ Absence de logiciel permettant d'avoir un support unique
- ▶ Traçabilité des stupéfiants domicile/PUI
- ▶ Sécuriser l'accès au dossier de soin au domicile
- ▶ Formaliser le PAAM
- ▶ Systématiser la double vérification des PCA
- ▶ Mettre à disposition des documents infos patients sur les médicaments délivrés
- ▶ Réfléchir à la mise en place d'une conciliation médicamenteuse.
- ▶ Mettre en place un système de sécurisation du MEOPA et formation PS
- ▶ Référencement GED

► 8 critères dont 4 impératifs et 1 avancé

- Critère n°2.1-04 : Les équipes réalisent la **conciliation médicamenteuse** pour les populations ciblées
- Critère n°2.2-02 : Les équipes respectent les bonnes pratiques de **prescription** des médicaments
- Critère n°2.2-03 : Les équipes respectent les bonnes pratiques de **dispensation** des médicaments
- Critère n°2.2-04 : Les équipes respectent les bonnes pratiques **d'approvisionnement** des produits de santé
- Critère n°2.2-05 : Les équipes respectent les bonnes pratiques **d'administration** des médicaments
- Critère n°2.2-06 : Les équipes **préviennent les risques d'erreur médicamenteuse**
- Critère n°2.2-07 : L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (**PAAM**)
- Critère n°2.4-02 : La pertinence des prescriptions **d'antibiotiques** est argumentée et réévaluée

3

CHI ELBEUF LOUVIERS

DR ELISE RÉMY, PHARMACIEN &

SOAZIG FEUILLET INGÉNIEUR QUALITÉ

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

47

MCO : 356 lits et 40 HAD

SMR : 126 lits

USS : 800 places

(EHPAD : 456 lits)

2 sites : Elbeuf (les Feugrais) et Louviers

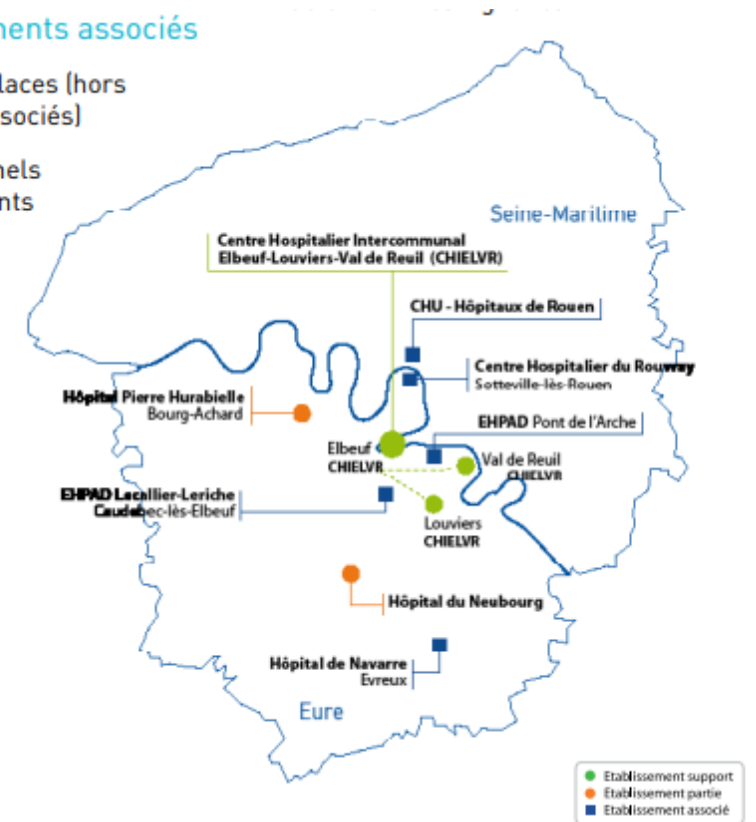
HDJ, consultations, urgences sur les 2 sites

(81 072 passages aux urgences, 9428 interventions chirurgicales, 1558 naissances)

→ 5 établissements associés

→ 1 653 lits et places (hors établissements associés)

→ 2 900 personnels (hors établissements associés)



► Contexte

1^{ère} visite de certification en septembre 2022 : 95,14% d'objectifs atteints

- Chapitre 1 : le patient 96%
- Chapitre 2 : les équipes de soins : 94%
- Chapitre 3 : l'établissement : 95%
- 5 fiches anomalies (1 sur la douleur, 3 sur environnement du mineur URG PED, SSPI et 1 sur intimité salle d'endoscopie)

- Certification sous condition : « bien que l'établissement soit éligible à une certification avec mention, la commission de certification a prononcé une décision de certification sous condition au regard :

De différents points dont risques non maîtrisés sur le circuit du médicament notamment les médicaments à risque (bonnes pratiques de stockage et sécurisation du transport des stupéfiants) mais pas de fiche anomalie

Pas de container fermé pour les stupéfiants hors HAD, frigos non adaptés et sans surveillance de température avec alarme sur HDJ, dialyse et infectiologie / stockage des gaz pas toujours sécurisé (chaines installées pendant la certif) / stockage des médicaments hors liste non individualisés par spécialité

- Recours envoyé très détaillé (20 pages) : réponse « la HAS est souveraine » ...

- **Qualité** : extraction des critères spécifiques au circuit des médicaments et travail en commun en amont avec les pharmaciens et encadrement
- Audits traceurs réalisés en amont dans les services et audits de chariots de soins (logo à risque), communication aux équipes +++ et relais qualité dans les unités
- **Pharmacie** : un pharmacien référent par service (quelque soit le sujet), staff dans les services pour redéfinir les médicaments à risque, documents disponibles dans la GED (écrasement comprimés, conservation des multidoses, découpage blisters, médicaments non disponibles ...), audits des armoires de dotation des services par les PPH
- **Organisation de l'approvisionnement des services** : alertes si nouvelle prescription ou changement, PPH qui réapprovisionnement les armoires des services, gestion des hors listes à la semaine

► 2^{ème} visite de certification : 19 au 23 février 2024

25 patients traceurs, 15 parcours traceurs, 17 traceurs ciblés et 23 audits systèmes

Résultats : au global : 97,18%

Chapitre 1 : le patient 98%

Chapitre 2 : les équipes de soins 98%

Chapitre 3 : l'établissement 96%

1 fiche anomalie : stockage non sécurisé des médicaments à risque dans la SAUV des urgences de Louviers (armoire ne fermant pas à clef) : fiche levée avant décision de certification (armoire en commande non reçue avant la certification)

Certification avec mention Haute Qualité des Soins

- **Conciliation médicamenteuse systématique** en chimiothérapie et en HDJ gériatrie
- **Préparation des chimiothérapies** à 100% en UPC, avec contrôle DRUGCAM
- **Circuit du médicament** informatisé, analyse pharmaceutique, pharmacien référent par unité
- **Livret thérapeutique** intégré au logiciel de prescription
- **Administration** : vérification concordance entre produit/patient/prescription
- **Médicament identifiable** jusqu'à son administration (DJIN automatisée patients SMR, HAD, EHPAD : 986 lits), surétiquetage pour médicaments à risque non conditionnement unitaire
- **Traçabilité administration** ou motif de non-administration du médicament assurée

- **Antibiothérapie** : pertinence des prescriptions, staff en réanimation, analyse des prescriptions avec infectiologues
- **Sécurisation du transport / stockage au domicile** des produits de santé en HAD
- **Péremptions contrôlées, ruptures de stock** surveillées quotidiennement, **surveillance frigos** avec alarme et appel pharmacien d'astreinte

- **Armoires de stockage**, chariots de distribution de médicaments pas toujours sécurisés (notamment SAUV urgences), portes de salles de soins parfois ouvertes
- **Liste des médicaments à risque** non adaptée à chaque service notamment réa, pédiatrie, maternité (fait durant la visite)
- **Date limite d'utilisation sur les multidoses** pas toujours indiquée, multidoses parfois accessibles sur le chariot de distribution des médicaments
- Pas d'utilisation du **Dossier Pharmaceutique** (DP)

- **Stockage plein/vide** avec médicaments accessibles aux AS
- **Frigos** ne fermant pas à clef dans les salles de soins
- **Logo médicaments à risque** non collé sur le stylo à insuline

- Démotivation et incompréhension des professionnels après la 1^{ère} visite, difficulté de remobiliser pour la 2^e visite
- Pendant la visite et au moment des restitutions : professionnels sur la défensive car certaines remarques jugées inappropriées
- Absence de texte réglementaire concernant certains points du circuit (ex : salle de soins accessible aux AS) et désaccord entre experts
- Restitution finale et note globale très satisfaisante mais goût amer
- **Amélioration continue de la qualité pour continuer à progresser et maintenir les exigences**



ÉCHANGES ENTRE PARTICIPANTS

VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE !



- ▶ Grilles d'évaluation selon le référentiel v2025 (dont grille critères impératifs)
- ▶ Nouvelle grille audit croisé « PECM » dès parution des fiches pédagogiques
- ▶ N'oubliez pas le **FORUM de discussion** de la communauté de pratiques **Certification** pour poser vos questions entre professionnels.

Des idées, des besoins ? N'hésitez pas à nous contacter.



- ▶ Webrencontre **Certification des établissements de santé**
« Thématique Qualité Gestion des risques du référentiel v2025 » -
Lundi 7 juillet de 14 h à 15 h 30
- ▶ Webrencontre **Certification des établissements de santé**
Lundi 29 septembre de 14 h à 15 h 30
- ▶ Webrencontre **Facteurs Humains et Organisationnels**
Vendredi 19 septembre de 13 h 30 à 15 h (date à confirmer)
- ▶ Webrencontre **Relations avec les Usagers**
Mardi 18 novembre (matin)
- ▶ Café rencontre **Evènements indésirables associations aux soins**
Mardi 9 décembre (après-midi)