



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé

### QUESTIONS / RÉPONSES

#### Sommaire

|   |    |
|---|----|
| Introduction.....   | 2  |
| Pourquoi y a-t-il encore des dysfonctionnements dans la prise en charge du médicament avec pour conséquence des erreurs médicamenteuses aujourd'hui ? ..... | 3  |
| Quelles sont les erreurs médicamenteuses les plus fréquentes à l'hôpital ? .....  | 3  |
| Comment la HAS se mobilise sur le sujet ? .....   | 4  |
| <b>PARTIE 1 - LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ET L'EXPERIMENTATION MED'REC</b> .....  | 5  |
| Qu'a-t-on appris de l'expérimentation, quels sont ses résultats ?.....  | 5  |
| Quels sont les enseignements de l'expérimentation Med'Rec ?.....  | 6  |
| Quelles suites à cette expérimentation ?.....   | 7  |
| <b>PARTIE 2 - L'INTERRUPTION DE TACHES</b> .....  | 8  |
| Qu'est-ce que l'interruption de tâches ? Comment la définir ? .....   | 8  |
| Quelles sont les données chiffrées disponibles sur ce problème?.....  | 8  |
| Comment agir face aux interruptions de tâches? .....  | 9  |
| Que prévoit la HAS à ce sujet ? .....   | 10 |
| <b>ANNEXES</b>  |    |
| Annexe 1 - Références .....   | 11 |
| Annexe 2 - Description des 9 établissements de santé participant au projet Med'Rec .....  | 12 |
| Annexe 3 - Eléments d'investigation obligatoire dans la certification dite V2014.....   | 13 |

## Quelques données :

L'enquête nationale ENEIS sur les événements indésirables graves (EIG) liés aux soins réalisée en 2009 fait apparaître que :

- les EIG liés aux médicaments représentent 32,9% du total des EIG liés aux soins,
- parmi les EIG liés aux médicaments, 51,2% sont considérées comme évitables et 54,5% ont motivé une hospitalisation.

Selon le guichet des erreurs médicamenteuses de l'AFSSAPS, 1 EIG sur deux est une erreur médicamenteuse et 57% des erreurs médicamenteuses déclarées sont des erreurs d'administration.

L'interruption de tâche est une des causes d'erreurs d'administration : 6,7 interruptions de tâches / heure par infirmier (e)<sup>1</sup>.

En l'absence d'une conciliation médicamenteuse à l'admission, le taux d'erreurs médicamenteuses qui aurait pu avoir des conséquences cliniques graves pour le patient est de l'ordre de 5% <sup>2</sup>.

80% des décisions de certification des établissements de santé touchent à la prise en charge du médicament.

## Introduction

La gestion des erreurs liées au médicament fait partie des priorités de la HAS dont l'une des missions principales est l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces erreurs sont de deux natures. Il y a d'une part les effets indésirables du médicament, provoqués par un médicament pris seul ou en association avec d'autres, pouvant donner des interactions avec des conséquences potentiellement graves. Il s'agit alors de iatrogénie et relève de la pharmacovigilance.

Elles sont à distinguer des erreurs médicamenteuses, c'est-à-dire celles consécutives à l'organisation de la prise en charge du médicament.

L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. Elle peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, telles que la prescription, la dispensation, la préparation galénique, la délivrance, l'administration, le suivi thérapeutique mais aussi ses interfaces telles que les transmissions.

L'objectif de la prise en charge médicamenteuse à l'hôpital est d'assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût.

## **Pourquoi y a-t-il encore des dysfonctionnements dans la prise en charge du médicament avec pour conséquence des erreurs médicamenteuses aujourd'hui ?**

La prise en charge médicamenteuse est un processus complexe qui repose sur l'organisation du circuit du médicament. Celle-ci doit prendre en compte dans sa mise en œuvre les facteurs humains et organisationnels, les facteurs environnementaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et les situations à risque<sup>3</sup>. Plusieurs facteurs expliquent la survenue d'erreurs :

- la diversité des pathologies, leur degré d'urgence et de gravité couplée à la diversité des thérapeutiques et des terrains des patients ;
- l'intervention de différents acteurs de santé dont les rôles particuliers sont complémentaires et l'enchaînement de nombreuses étapes qui se réalisent en des lieux géographiquement différents ;
- la circulation d'une information qui n'est d'ailleurs pas toujours accessible ;
- ou encore l'interruption de tâches.

## **Quelles sont les erreurs médicamenteuses les plus fréquentes à l'hôpital ?**

Les erreurs médicamenteuses à l'hôpital sont diverses. Le bilan du guichet des erreurs médicamenteuses de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ex-Afssaps) en donne une cartographie assez précise : erreurs d'omission, de doses, de produit, de formes galéniques, de techniques d'administration, de voie, de débit, de durée d'administration, de moment, de patient, de produits/flacons périmés ou détériorés.

L'analyse des résultats de certification dite V2010 (cycle démarré dans les établissements de santé depuis 2010 et qui se termine en ce moment) permet d'identifier les situations à risque observées dans les établissements :

- non-respect des bonnes pratiques de prescription : non-respect des règles de prescription, absence de support unique de prescription / administration ou retranscription des prescriptions ;
- 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.

## Comment la HAS se mobilise sur le sujet ?

### Au travers de différents travaux :

- la HAS a conduit l'expérimentation Med'Rec sur la conciliation des traitements médicamenteux (voir partie 1),
- la HAS a notamment publié un guide d'amélioration de la sécurisation de l'administration des médicaments en 2012 pour prévenir la survenue des erreurs médicamenteuses.

Elle a ainsi adapté le Five Rights dans son guide d'amélioration de la sécurisation de l'administration des médicaments publié en 2012 pour prévenir la survenue des erreurs médicamenteuses. Elle y a entériné la méthode des 5 B (apport au bon patient du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie et dans les bonnes conditions), fil conducteur des démarches d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en établissements de santé.

Ce guide fait l'objet de travaux complémentaires au fil des années avec prochainement une actualisation relative aux interruptions de tâches lors de l'administration des médicaments (voir partie 2).

### Au travers de la certification :

La HAS a intégré la prise en charge médicamenteuse dans la certification des établissements de santé depuis son origine, renforçant version après version les exigences dans ce domaine. Les critères consacrés à la prise en charge médicamenteuse ont été affinés, la HAS a défini des éléments d'investigation obligatoires. Par exemple, les experts visiteurs vont s'assurer :

- que l'établissement dispose d'une politique de management de la prise en charge médicamenteuse du patient en cohérence avec la réglementation<sup>4</sup>;
- qu'il a intégré dans son système d'information un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse du patient ;
- ou encore qu'il mène régulièrement des actions de sensibilisation et de formation aux erreurs médicamenteuses (Voir liste complète Annexe 3).

## **PARTIE 1 - LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ET L'EXPERIMENTATION MED'REC**

La HAS s'est jointe en 2009 à l'initiative High5s, démarche internationale initiée par l'Organisation mondiale de la santé et qui ciblait cinq solutions de sécurité prioritaires. La HAS a retenu deux solutions sur cinq : la check-List au bloc opératoire et la précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins. Concernant cette deuxième solution, intitulé « projet Med'Rec », elle a mené une expérimentation pendant 5 ans avec 9 établissements de santé (voir Annexe 2) avec l'objectif de parvenir à tester la faisabilité d'une procédure standardisée efficace et facile à répliquer dans l'ensemble des établissements de santé.

Med'Rec, c'est la contraction en anglais pour Medication Reconciliation, la conciliation des traitements médicamenteux en français. L'expérimentation s'est concentrée sur une des étapes de l'hospitalisation, l'admission et a ciblé des patients âgés de plus de 65 ans.<sup>5</sup> L'objectif du projet Med'Rec visait à prévenir ou corriger des erreurs médicamenteuses par l'obtention, au moment de l'admission donc, de la liste exhaustive et complète de tous les médicaments pris ou à prendre en routine par le patient avant son hospitalisation, qu'ils soient prescrits par le médecin, ou pris en automédication. Cette liste constitue le bilan médicamenteux optimisé (BMO).

Le collège de la HAS a validé pour la première fois en France une définition de cette procédure :

« 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 sur les médicaments du patient, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. »

Ce sont les résultats de cette expérimentation que présente aujourd'hui la HAS.

L'expérimentation menée par la France nommée Med'Rec (Medication Reconciliation) sur la conciliation des traitements médicamenteux a permis d'intercepter 46 188 divergences médicamenteuses (écarts) sur 27 447 patients conciliés.

### **Qu'a-t-on appris de l'expérimentation, quels sont ses résultats ?**

Pendant 5 ans, 9 établissements de santé ont mis en place la conciliation des traitements médicamenteux. Le nombre de patients qui ont fait l'objet d'une conciliation à leur admission admis aux urgences a régulièrement augmenté sur la période. En 2014, le pourcentage de patients conciliés par rapport aux patients admis varie de 2,6% à 64,9%, variation expliquée notamment par le nombre de patients éligibles à la conciliation d'un établissement à l'autre.

Quelques chiffres :

27 447 patients ont été conciliés à leur admission permettant aux professionnels d'intercepter 46 188 divergences, c'est-à-dire 46 188 situations pour lesquelles le professionnel a observé un écart entre le bilan médicamenteux établi à l'admission et la prescription en cours, une fois le patient hospitalisé.

Parmi ces écarts observés, il faut distinguer :

- les erreurs médicamenteuses ;
- des changements de traitement voulus mais non expliqués par le médecin.

Pour 8 des 9 établissements, il est possible de chiffrer cette distinction. Ainsi, sur un échantillon de 22 863 patients conciliés, les écarts se répartissent ainsi :

- 21 320 erreurs médicamenteuses interceptées ;
- 23 381 changements de traitement non expliqués.

En moyenne, c'est donc 1 patient qui aurait présenté dans son traitement, s'il n'avait pas été concilié, 1 erreur médicamenteuse et 1 changement non documenté.

Côté temps passé à la conciliation, il varie de 30 à 70 minutes pour une durée moyenne se situant plutôt autour de 30 minutes. Plusieurs éléments interviennent : l'existence ou non d'un dossier pharmaceutique ou encore le couplage par les équipes de la conciliation à l'analyse pharmaceutique dans l'objectif de regarder la pertinence des traitements, l'articulation ville-hôpital, entre-autre....

Enfin, la majorité des établissements a étendu le champ de l'expérimentation à d'autres services ou catégories de patients que ceux visés par Med'Rec, la conciliation a ainsi été testée dans des services de cardiologie, de médecine interne, en rhumatologie et en traumatologie notamment.

## **Quels sont les enseignements de l'expérimentation Med'Rec ?**

C'est une démarche médico-pharmaceutique autour de deux temps forts qui sont la réalisation et la validation du bilan médicamenteux par le pharmacien et un échange collaboratif entre le pharmacien et le médecin autour d'un patient acteur de sa santé autant que de possible.

L'expérimentation a conforté l'intérêt de la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux pour les professionnels et établissements de santé participant à l'expérimentation: le nombre de conciliations a progressé sur la période et d'autres services ont également profité de l'expérimentation. Pour eux, la conciliation représente une démarche puissante de prévention et d'interception d'erreurs médicamenteuses qui contribue à l'optimisation thérapeutique des prescriptions.

C'est une démarche qui est simple dans son principe, mais complexe dans sa mise en œuvre :

- qui interroge les organisations ;
- qui repose sur une institutionnalisation de la démarche ;
- qui demande une nécessaire standardisation des pratiques et de leur organisation ainsi que d'une coordination ;
- qui ne peut être déployée immédiatement sur l'ensemble d'un établissement, mais qui passe obligatoirement par une phase test, un ciblage et une formation des professionnels de santé ;
- qui demande une implication des acteurs de ville.

## Quelles suites à cette expérimentation ?

La HAS, à l'occasion de la publication des résultats de l'expérimentation Med'Rec, met à disposition des équipes et des établissements les différents outils utilisés et élaborés durant l'expérimentation :

- un mode opératoire de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission ;
- une fiche de recueil des informations par source pour concilier ;
- un guide d'entretien du patient à l'admission en établissement de santé pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé ;
- une fiche de conciliation des traitements à l'admission ;
- un outil de caractérisation de la gravité potentielle des conséquences de l'erreur médicamenteuse ;
- et 3 fiches pédagogiques qui expliquent la démarche à l'aide d'exemples.

Ce rapport d'expérimentation démontre l'intérêt de la conciliation des traitements médicamenteux en tant que démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses. Cette étape préalable accomplie, la HAS a décidé d'élaborer un guide sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux en établissements de santé (à l'admission, aux transferts, à la sortie) prenant en compte l'articulation ville-hôpital. Celui-ci doit permettre la réplique et le déploiement de la procédure de conciliation dans l'ensemble des établissements de santé qui le souhaitent.

Un groupe de travail multi-professionnel (pharmaciens, médecins, gestionnaires, sage-femme et paramédicaux) a été constitué et a commencé à travailler.

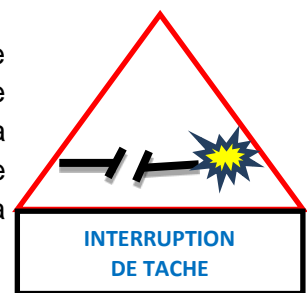
Ce guide sera mis à disposition des professionnels au cours de l'année 2016.

## PARTIE 2 - L'INTERRUPTION DE TACHES

Après avoir publié en 2012 le guide « outils de sécurisation et d'auto évaluation de l'administration des médicaments », la HAS a conduit une enquête sur son appropriation par les professionnels de santé. Celle-ci a permis d'identifier des thématiques avec de forts enjeux de sécurité, notamment la question d'interruption de tâches (IT) à l'étape de l'administration du médicament pour laquelle la HAS développe un guide et des outils à l'intention des professionnels de santé.

### Qu'est-ce que l'interruption de tâches ? Comment la définir ?

L'interruption de tâches est définie comme une interruption non prévue et non planifiée de l'exécution d'une activité humaine initiée par une source interne ou externe au destinataire. Cette rupture se traduit par la suspension d'une tâche initiale pouvant aller jusqu'à effectuer une tâche imprévue qui se traduit par une rupture ou la résiliation de la tâche principale<sup>6</sup>.



Les interruptions de tâches sont inhérentes au travail en équipe qui s'appuie sur la coordination et la communication entre les différentes personnes. Elles affectent l'attention, peuvent générer du stress et donc générer des erreurs. Il est difficile de reprendre une tâche interrompue, augmentant ainsi le risque d'erreurs médicamenteuses. A ce jour, l'interruption de tâches est socialement perçue comme un fonctionnement normal auquel les professionnels sont habitués.

Les études disponibles le montrent : une infirmière sera interrompue en moyenne 7 fois par heure.

Les sources d'interruptions de tâches sont multiples : échanges entre professionnels, appels téléphoniques, bruits, discussions ou activités multitâches. Les interruptions sont nombreuses et souvent de courte durée.

Certaines actions – comme le marquage au sol d'une zone protégée, une salle dédiée à la préparation des piluliers, le blocage du téléphone et des appels ou encore la présence de 3 personnes maximum dans la salle de préparation des médicaments – ont démontré leur efficacité pour réduire les erreurs médicamenteuses.

### Quelles sont les données chiffrées disponibles sur ce problème?

On recense de nombreuses études<sup>7</sup> portant sur les interruptions de tâche au décours de la prise en charge médicamenteuse, principalement dans les unités de soins, auprès des infirmières et des médecins.

Elles montrent que :

- le taux d'interruptions moyen est de 6,7 par heure par infirmière ;



- chaque interruption est associée à une augmentation du risque d'environ 13 % d'erreurs (par exemple, ne pas enregistrer l'administration d'un médicament dans le dossier patient, ou administrer le mauvais médicament) ;
- les interruptions sont dues à des conversations déclenchées par les infirmières elles-mêmes dans 22 % à 36,5 % des cas, aux sollicitations de la part des patients dans 4,7 % à 26,4 % des cas, mais qu'elles sont aussi liées à l'environnement de travail dans 4,5 % à 13 % des cas (par exemple, la pharmacie n'a pas en stock les doses nécessaires de médicaments, une alarme de monitoring se déclenche) ;
- sur 4 271 doses de médicaments administrés, l'interruption de tâche est constatée dans 53% des doses administrées.

## Comment agir face aux interruptions de tâches?

Les outils à eux seuls ne suffisent pas, c'est le fonctionnement de l'équipe qui est l'axe majeur sur lequel il faut agir en sensibilisant les professionnels de santé pour qu'ils prennent conscience des conséquences des interruptions de tâches. Faire un état des lieux des interruptions de tâches devrait permettre de repérer les situations à risques, les auteurs des interruptions ainsi que leurs motifs et de décrire l'environnement de travail.

Les solutions doivent être personnalisées afin de s'adapter à la culture de sécurité de l'équipe, elles doivent être décidées en équipe.

Ces solutions permettront alors de prévenir l'interruption de tâches, de récupérer la tâche interrompue tout en sachant comment la reprendre en sécurité, d'agir sur son motif afin d'agir sur les causes profondes.

## Illustration des méthodes et outils pour limiter les interruptions de tâches

| Préconisations pour les professionnels de santé                                  | Quelques exemples d'outils   |
|--|--|
| Des actions de sensibilisation et d'éducation                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Film pédagogique</li> <li>- Séances de simulation</li> </ul>  |
| Des actions pour une prise de conscience   | <p><b>Outils clés en main : Kit d'audit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grille d'observation des pratiques lors de l'administration des médicaments</li> <li>- Questionnaire permettant de partager sa perception entre membres de l'équipe</li> <li>- Questionnaire permettant de connaître le comportement du patient et de son entourage lorsqu'il a besoin d'un professionnel de santé</li> </ul> |
| Des actions permettant la prévention de l'interruption de tâches                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actions sur l'environnement de travail, exemple : isoler le local de préparation des médicaments</li> <li>- Information des autres membres de l'équipe lors de la réalisation d'une activité de soins qui nécessite toute son attention (exemple : mettre une affiche le stipulant)</li> </ul>  |
| Des préconisations permettant la récupération de la tâche après son interruption | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils pour éviter le simple recours à la mémoire (exemple : utilisation d'une check-list)</li> <li>- Rôle de l'interrupteur qui doit pouvoir rappeler au professionnel interrompu où il en était</li> </ul>  |

### Que prévoit la HAS à ce sujet ?

Une fiche d'aide à la gestion de l'interruption de tâches lors de l'administration des médicaments va être mise à disposition des professionnels de santé au début de l'année 2016.

Cette fiche sera également accompagnée d'une boîte à outils clé en main permettant de sensibiliser les professionnels à partir d'un film, mis à leur disposition, ainsi que les supports pour conduire un audit.

La fiche et les outils seront ensuite testés par des équipes volontaires et feront l'objet d'un partage d'expérience.

## Annexe 1 - Références

- 1- Biron AD, Loisel CG, Lavoie-Tremblay M. Work interruptions and their contribution to medication administration errors: an evidence review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2009;6(2):70–86.
- 2- Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, Etchells EE. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005;165(4):424-9. 408  
Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, 409 Carty MG, Karson AS, Bhan I, Coley CM, Liang CL, Turchin A, McCarthy PC, Schnipper 410 JL. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med.* 2008;23(9):141-22.  
Dufay E, Morice S, Dony A, Baum T, Doerper S, Rauss A, et al. The clinical impact of medication reconciliation on admission to a French hospital - a prospective observational study. *EJHP* In press. ID.ejhpharm-2015-000745.R2.  
Quélenec B, Beretz L, Paya D, Blicklé JF, Gourieux B, Andrès E, Michel B. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *Eur J Intern Med.* 2013;24(6):530-535.
- 3- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, JORF n°0090 du 16 avril 2011 page 6687.
- 4- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, JORF n°0090 du 16 avril 2011 page 6687.
- 5- L'expérimentation Med'Rec a ciblé des patients âgés de plus de 65 ans admis par les urgences, puis hospitalisés en court séjour. C'était un choix délibéré et non une limite de l'expérimentation car c'est la population la plus complexe.
- 6- Cette définition s'inspire de celles de Brixey et al et de Berg et al.
- 7- Biron AD, Loisel CG, Lavoie-Tremblay M. Work interruptions and their contribution to medication administration errors: an evidence review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2009;6(2):70–86.
  - Westbrook JI, Woods A, Rob MI, Dunsmuir WT, Day RO. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med.* 2010;170(8):683–690.
  - McGillis Hall L, Pedersen C, Fairley L. Losing the moment: understanding interruptions to nurses' work. *J Nurs Adm.* 2010;40(4):169–176.
  - Kalish BJ, Aebersold M. Interruptions and multitasking in nursing care. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(3):126–132.
  - Biron AD, Lavoie-Tremblay M, Loisel CG. Characteristics of work interruptions during medication administration. *J Nurs Scholarsh.* 2009;41(4):330–336.
  - Anthony K. et al. No interruptions Please: impact of a no interruption Zone on Medication Safety in Intensive care Units. *Crit Care Nurse* 2010, 30: 21-29.

## Annexe 2 - Description des 9 établissements de santé participant au projet Med'Rec

| Nom  | Statut/type                                   | Nombre de lits   |
|--|---|--|
| Centre Hospitalier<br>Universitaire de Bordeaux<br>Site géographique Groupe<br>Hospitalier Sud | Public<br>Centre Hospitalier<br>Universitaire | <input type="checkbox"/> Court Séjour/ Long<br>séjour: 1093<br><input type="checkbox"/> Ambulatoire: 72                                      |
| Centre Hospitalier de<br>Compiègne-Noyon   | Public<br>Centre Hospitalier                  | <input type="checkbox"/> Court Séjour: 418<br><input type="checkbox"/> Long séjour: 142<br><input type="checkbox"/> HAD / Ambulatoire: 43/25 |
| Centre Hospitalier<br>Universitaire de Grenoble  | Public<br>Centre Hospitalier<br>Universitaire | <input type="checkbox"/> Court Séjour: 1388<br><input type="checkbox"/> Long séjour: 419<br><input type="checkbox"/> Psychiatrie : 54        |
| Centre Hospitalier de<br>Lunéville   | Public<br>Centre Hospitalier                  | <input type="checkbox"/> Court Séjour: 162<br><input type="checkbox"/> Long séjour: 30<br><input type="checkbox"/> HAD / Ambulatoire: 30/15  |
| Association clinique la Croix<br>Blanche de Moutier-Rozeille                                   | Privé<br>spécialisé en chirurgie              | <input type="checkbox"/> Court Séjour : 48   |
| Centre Hospitalier<br>Universitaire de Nîmes   | Public<br>Centre Hospitalier<br>Universitaire | <input type="checkbox"/> Court Séjour : 722<br><input type="checkbox"/> Long séjour: 295<br><input type="checkbox"/> Psychiatrie : 265       |
| GH-AP<br>HP Paris Nord Val de Seine<br>Hôpital Bichat-Claude<br>Bernard                        | Public<br>Centre Hospitalier<br>Universitaire | <input type="checkbox"/> Court Séjour: 1718<br><input type="checkbox"/> Long séjour: 596<br><input type="checkbox"/> Psychiatrie : 85        |
| Centre Hospitalier de Saint-<br>Marcellin  | Public<br>Centre Hospitalier                  | <input type="checkbox"/> Court Séjour: 30<br><input type="checkbox"/> SSR: 50<br><input type="checkbox"/> EHPAD: 142                         |
| Hôpitaux Universitaires de<br>Strasbourg   | Public<br>Centre Hospitalier<br>Universitaire | <input type="checkbox"/> Court Séjour: 1854<br><input type="checkbox"/> Long séjour: 287<br><input type="checkbox"/> Psychiatrie : 92        |

## Annexe 3 - Eléments d'investigation obligatoire dans la certification dite V2014

Les experts visiteurs doivent s'assurer que l'établissement de santé :

- dispose d'une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient avec des dispositions spécifiques au sujet âgé ;
- a intégré dans son système d'information un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse ;
- mène régulièrement des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse ;
- mette en place des règles et supports de prescription validés pour l'ensemble des prescripteurs ;
- s'assure de la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus ;
- organise la permanence pharmaceutique avec une dotation pour les besoins urgents, convention, astreinte ;
- réalise une analyse pharmaceutique *a priori* du traitement complet des patients en incluant le traitement personnel ;
- respecte les bonnes pratiques en matière de préparation (notamment anticancéreux) soit assuré ; les règles de gestion, de rangement, de transport et de stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid,..), et tout particulièrement pour les médicaments à risque ; les règles d'administration dont la traçabilité des médicaments ;
- informe les patients sur le bon usage des médicaments ;
- recueille et analyse les erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés ;
- mette en place un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs.