



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

**CLINIQUE VAUBAN**

135 avenue Vauban  
93190 Livry Gargan

Juillet 2020

## SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
INTRODUCTION .....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	6
THÉMATIQUE « MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DES RISQUES ».....	7
THÉMATIQUE « PARCOURS DU PATIENT ».....	13
THÉMATIQUE « MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT ».....	16

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

Il s'agit d'une procédure obligatoire.

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

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

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

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

## 2. L'additif au rapport de certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

Le présent additif au rapport de certification rend compte de l'analyse du compte qualité supplémentaire communiqué par l'établissement après une certification avec obligation(s) d'amélioration. Cette analyse porte sur la ou les obligation(s) d'amélioration et se fait selon 3 axes :

- L'identification et la hiérarchisation des risques,
- La cohérence et déploiement du programme d'actions,
- La mobilisation des données et évaluation du programme d'actions,

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

POLYCLINIQUE VAUBAN SANTE	
Adresse	135 avenue Vauban
Département / région	93190 Livry Gargan SEINE-SAINT-DENIS / ILE DE FRANCE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	930025523	SAS VAUBAN SANTE	135 avenue Vauban 93190 LIVRY GARGAN
Etablissement de santé	930300298	POLYCLINIQUE VAUBAN SANTE	135 avenue Vauban 93190 Livry Gargan

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	55	21
MCO	Gynéco-Obstétrique	30	/

# DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## 1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, issus de l'analyse du compte qualité, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement avec recommandations.

## 2. Décisions

### RECOMMANDATIONS

Management de la qualité et des risques

Parcours du patient

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Gestion du risque infectieux

Dossier patient

## 3. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

Votre prochain Compte Qualité devra nous parvenir au format V2020. La HAS ne manquera pas de vous informer des développements en cours de cette future version.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

## THÉMATIQUE « Management de la qualité et des risques »

### 1. Engagement et pilotage

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans l'engagement de la Gouvernance ?	Oui	Les éléments du rapport de certification de la clinique Vauban relatifs à l'exhaustivité du programme d'amélioration continue, à l'organisation de la gestion documentaire, à la gestion des événements indésirables, au suivi des EPP, à l'implication des représentants des usagers et à l'évaluation sont pris en compte :  - dans l'engagement de la Gouvernance (axes de travail),  - dans le pilotage de la démarche (missions du COPIL-QGDR),  - dans le management opérationnel de la démarche (missions des commissions).
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans le pilotage de la démarche ?	Oui	
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans le management opérationnel de la démarche ?	Oui	

### 2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions suite au rapport de certification ?	Oui	Le plan d'actions a été actualisé suite au rapport de certification. Il comprend des actions d'amélioration permettant de répondre aux écarts du rapport. Certaines actions sont finalisées et d'autres en cours ou non initiées.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	En grande partie	La plupart des actions d'amélioration, en lien avec des écarts, sont mises en place ou engagées :

		<p>Le comité de pilotage QGDR a été remis en fonctionnement en mars 2019 et s'est réuni 3 fois entre mars et octobre 2019.</p> <p><b><u>1-Programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS)</u></b></p> <p>En septembre 2019, tous les plans d'actions ont été réunis dans le PAQSS global 2019, y compris ceux du bloc opératoire, de l'endoscopie et de la salle de naissance.</p> <p><b><u>2-Gestion documentaire</u></b></p> <p>L'établissement a investi dans le déploiement d'un logiciel mixte « Qualité et Gestion des Risques » évolutif "gestion des risques et gestion documentaire".</p> <p>Le paramétrage de la nouvelle gestion documentaire a été finalisé en mars 2019. Le travail sur le référencement des documents selon les thématiques HAS est en cours (plus simple - recherche par mots clés).</p> <p>Il est prévu que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le recrutement d'une assistante qualité en janvier 2020 afin de travailler sur ce projet,</li> <li>- la restructuration de la GED soit finalisée en août 2020,</li> <li>- l'évaluation de la nouvelle organisation de la GED soit réalisée en novembre 2020</li> <li>- la formation à l'utilisation de la gestion documentaire informatisée soit effectuée de janvier à décembre 2020.</li> </ul> <p>Actuellement, la gestion documentaire est toujours hétérogène (papier et informatique), peu connue et peu accessible aux professionnels. Elle est tout de même en cours de mise à jour.</p> <p><b><u>3-Gestion des évènements indésirables</u></b></p> <p>Un groupe de travail composé de cadres et médecins a été mis en place afin de travailler sur le projet d'informatisation de la gestion des</p>
--	--	--

		<p>événements indésirables (Détermination du circuit et actualisation de la feuille de signalement des évènements indésirables).</p> <p>La charte d'incitation au signalement des évènements indésirables a été remise à jour et rediffusée en juin 2018.</p> <p>Le logiciel Qualité et Gestion des Risques a été déployé depuis le mois de juin 2019 dans tous les secteurs de la clinique pour la partie gestion des évènements indésirables. Ce logiciel permet de déclarer tout événement indésirable, facilite l'analyse et l'évaluation des risques et améliore le retour suite à une déclaration.</p> <p>Des formations ont été réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour les professionnels à la déclaration informatisée dans tous les services (maternité, chirurgie ambulatoire, chirurgie en hospitalisation complète, plateaux techniques, service administratif ...),</li> <li>- pour les professionnels à la gestion des risques dans les services de soins, au bloc opératoire et endoscopie en juin et juillet 2019,</li> <li>- pour les responsables de services à la méthode d'analyse des risques (ALARM) en avril 2019.</li> </ul> <p>Les évènements indésirables sont analysés d'une façon hebdomadaire tous les mercredis par la cellule qualité et le comité des risques depuis le 30 octobre 2019. C'est la direction, en poste depuis le 14 octobre 2019, qui a mis en place ce comité des risques.</p> <p>La méthode ALARM est utilisée pour l'analyse des événements indésirables graves et récurrents. 3 analyses selon méthode ALARM réalisées : 1 CREX et 1 REMED en avril 2019 et 1 RMM en juillet 2019.</p> <p>L'établissement <b>dit</b> réalisé des bilans des évènements indésirables qui sont présentés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en comité de pilotage a minima trimestriellement,</li> <li>- en comité des risques hebdomadaire depuis octobre 2019,</li> <li>- dans d'autres instances (CODIR, Conseil de bloc, CDU, etc.) pour les évènements indésirables spécifiques.</li> </ul>
--	--	--

		<p><b><u>4-Suivi des démarches EPP</u></b></p> <p>L'établissement dit utiliser un outil de pilotage et de suivi des EPP (tableau de bord, suivi et animé par la cellule qualité).</p> <p>Une nouvelle EPP portant sur la mise en place de la RAAC en urologie, démarrée en mars 2019, a débouché sur une analyse de pertinence, et la réalisation de protocoles notamment concernant le jeûne pré opératoire, ... Cette EPP a été pilotée par le président de CME.</p> <p>Un point sur les EPP a été réalisé lors de deux réunions de CME (novembre 2018 et mars 2019).</p> <p><b><u>5-Implication des représentants des usagers</u></b></p> <p>Les représentants des usagers sont impliqués dans la définition de la politique Qualité et Gestion des risques, dans les instances institutionnelles telles que COPIL Qualité-GDR, CLUD et CLIN.</p> <p><b><u>6-Développement évaluation</u></b></p> <p>Un programme d'audits 2019 a été établi en mars 2019. Pour la plupart des actions d'amélioration du PAQSS global 2019, des indicateurs de suivi sont définis.</p> <p>Un suivi annuel du nombre des procédures mises à jour et créées est réalisé.</p> <p>Il n'existe pas encore de bilan des commissions, ces dernières ont été sensibilisées.</p>
Échéances définies et acceptables ?	En grande partie	Les échéances du plan d'actions sont définies pour la plupart des actions d'amélioration et elles sont courtes (au plus tard en décembre 2020). Quelques actions ne disposent pas d'échéance.

Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	En grande partie	Des modalités de suivi sont définies pour chaque action d'amélioration mais ne permettent pas toutes le suivi des actions en cours ou la mesure de l'efficacité des actions finalisées.
---	------------------	---

### 3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	En grande partie	Les résultats des évaluations ont été actualisés et portent sur la plupart des écarts du rapport sauf sur la nouvelle gestion documentaire qui est en cours de paramétrage.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Partiellement	<p>Les résultats des évaluations menées montrent une redynamisation de la démarche qualité gestion des risques et des premiers résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les comités ont été réactivés ou créés depuis mars 2019 : 3 réunions du comité de pilotage, 2 réunions pour CREX-RMM, ...</li> <li>- 70% des professionnels ont été formés à la déclaration informatisée des événements indésirables en octobre 2019 et les formations se poursuivent jusqu'en décembre 2019 → Le nombre de déclarations d'évènements indésirables a augmenté en 2019 (passage de 156 en 2018 à 248 en 2019 jusqu'en novembre). Ces déclarations ne concernent pas encore l'endoscopie dont la formation est prévue en décembre 2019.</li> </ul>

		<p>-Une nouvelle EPP de spécialité chirurgicale a été mise en place en urologie avec la RAAC. Par contre, la clinique n'a pas développé d'EPP en endoscopie.</p> <p>-Concernant la gestion documentaire, des créations et des mises à jour de documents ont été réalisées en 2019 (30% pour le processus Management, 10% pour processus prise en charge et 2% pour les fonctions supports).</p> <p>Une évaluation de la nouvelle gestion documentaire, en cours de mis en place, est prévue en novembre 2020.</p>
--	--	---

## THÉMATIQUE « Parcours du patient »

### 1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?	Oui	La clinique Vauban a identifié des risques en lien avec les écarts du rapport de certification sur la thématique « Parcours du patient » (conditions d'hébergement en chirurgie ambulatoire et restriction de liberté) et également sur d'autres éléments de la thématique.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Partiellement	Les risques en lien avec les écarts ne présentent aucune analyse écrite expliquant le choix des risques et l'engagement de telle ou telle action d'amélioration. Toutefois, certains risques en lien avec l'ambulatoire expliquent dans la zone commentaire pourquoi ce risque a été choisi et énonce les actions prévues.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	En grande partie	Les niveaux de maîtrise mentionnés semblent cohérents avec les actions d'amélioration déjà finalisées et celles programmées ou en cours. Toutefois, les dispositifs de maîtrise ne sont pas toujours mentionnés, notamment sur le risque relatif à la restriction de liberté.

### 2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	Oui	Le plan d'actions a été actualisé au regard des risques identifiés. La plupart des actions d'amélioration sont finalisées et seulement trois sont en cours.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	En grande partie	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, en lien avec les écarts du rapport, et d'autres sont engagées ou à venir :

		<p><b><u>1- Adaptation des locaux de chirurgie ambulatoire</u></b></p> <p>Afin d'assurer le respect de l'intimité des patients et de la confidentialité des informations en ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des travaux de réaménagement des boxes ont été réalisés en novembre 2019 (cloisonnement des boxes et installation de rideaux).</li> <li>- depuis juin 2019, les patients installés en boxes ne nécessitent pas de soins lourds tels que les pansements, les ablations de sonde ...</li> <li>- les 2 chambres à deux lits comportent des rideaux de séparation.</li> </ul> <p>Il existe un projet de construction d'un nouvel établissement dont les travaux sont prévus entre décembre 2020 et juin 2023.</p> <p><b><u>2- Prescription et surveillance des contentions</u></b></p> <p>Une procédure institutionnelle de restriction de liberté a été rédigée par le cadre de soins et le cadre de maternité et validée conjointement par la Directrice et le Président de CME en octobre 2019. Elle comporte des éléments expliquant les conditions de mise en place, de surveillance et évalue la pertinence de la contention physique. Elle a été diffusée via la gestion documentaire sur Intranet et une confirmation de lecture a été signée par les professionnels concernés.</p> <p>Depuis la rédaction de cette procédure, la clinique n'a pas de cas de patient nécessitant la mise en place d'une contention.</p>
Échéances définies et acceptables ?	Oui	Toutes les actions d'amélioration en cours ou non initiées du plan d'actions ont une échéance adaptée à la nature de l'action.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	En grande partie	La plupart des actions d'amélioration permettent le suivi des actions en cours ou la mesure de l'efficacité des actions finalisées.

### 3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	Partiellement	Les données ont été actualisées mais ne présentent pas de résultats d'évaluation en lien avec les écarts du rapport de certification sur la thématique « Parcours du patient ».
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Partiellement	<p>Les résultats des questionnaires de sortie de 2019 montrent que les patients sont globalement satisfaits du respect de la confidentialité (87% en hospitalisation complète et 74% en ambulatoire) et de l'intimité (84% en hospitalisation complète et 72% en ambulatoire). Cependant, on ne sait pas si ces résultats sont réellement exploitables car on ne connaît pas le taux de retour de ces questionnaires de sortie.</p> <p>Il est prévu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un audit sur le respect de la confidentialité et l'intimité des patients en décembre 2019.</li> <li>- un bilan d'activité de l'année 2019 pour le prochain COPIL-QGDR de début d'année 2020.</li> </ul> <p>La clinique n'a pas encore pu évaluer la prescription et la surveillance des mesures de contention en l'absence de cas de patient nécessitant la mise en place d'une contention.</p>

## THÉMATIQUE « Management de la prise en charge médicamenteuse du patient »

### 1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?	Oui	La clinique Vauban a identifié des risques en lien avec les écarts du rapport de certification sur la thématique « Management de la prise en charge médicamenteuse » (médicament à risques, prescription, traitement personnel, analyse pharmaceutique, administration et erreur médicamenteuse) et également sur d'autres éléments de la thématique.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	En grande partie	La plupart des risques en lien avec les écarts explique dans la zone commentaire pourquoi ce risque a été choisi et les actions prévues mais ce n'est pas le cas pour d'autres risques comme celui sur les médicaments à risques.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	En grande partie	Les niveaux de maîtrise mentionnés semblent cohérents avec les actions d'amélioration déjà finalisées et celles programmées ou en cours. Toutefois, les dispositifs de maîtrise ne sont pas toujours mentionnés, notamment sur les médicaments à risques.

### 2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	En grande partie	Le plan d'actions a été actualisé au regard des risques identifiés. Il comporte quatre actions d'amélioration en cours, une non initiée et toutes les autres actions sont finalisées. Toutefois, une action est présente dans le plan d'actions « en cours » au lieu de « finalisé » avec une échéance réalisée en novembre 2018 (traitement personnel).

<p>Cohérence et déploiement du plan d'actions ?</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La plupart des actions d'amélioration, en lien avec les écarts du rapport, sont mises en œuvre :</p> <p>Le Dossier Patient Informatisé est déployé dans tous les services (Maternité, ambulatoire, hospitalisation complète) et au niveau du bloc opératoire.</p> <p><b><u>1- Identification des médicaments à risque</u></b></p> <p>La liste des médicaments à risques établie a été diffusée auprès de tous les professionnels dans la gestion documentaire via Intranet. Elle a été validée lors du COMEDIMS de mars 2019. Elle a été diffusée via la gestion documentaire sur Intranet et une confirmation de lecture a été signée par les professionnels concernés.</p> <p><b><u>2- Traitement personnel</u></b></p> <p>La procédure de gestion du traitement personnel a été actualisée en février 2019 et validée en COMEDIMS en mars 2019.</p> <p>Un rappel a été <b>a priori</b> réalisé auprès de tous les médecins lors d'une CME de novembre 2018 sur l'obligation de recueillir les traitements personnels et de joindre la copie de l'ordonnance de sortie dans le dossier patient. <b>L'établissement n'a pas apporté la preuve de l'effectivité de ce rappel (compte rendu de CME de novembre 2018 non communiqué).</b></p> <p>Le pharmacien a été formé à la conciliation médicamenteuse en juin 2019.</p> <p>Il est prévu un audit de la gestion du traitement personnel en juin 2020.</p> <p><b><u>3- Uniformisation support de prescription</u></b></p> <p>La suppression totale du support papier a été validée en CME et effective depuis le 15 janvier 2019.</p> <p>Les règles de prescription ont été actualisées et validées en COMEDIMS en mars 2019.</p>
---	-------------------------	--

		<p>Des praticiens ont été formés à la prescription sur le logiciel dossier patient informatisé (DPI) avec le chargé de projet DPI en janvier 2019.</p> <p>Une formation sur l'élaboration des prescriptions et les protocoles médicamenteux dans le dossier patient informatisé a eu lieu en octobre 2019.</p> <p><b><u>4- Développement analyse pharmaceutique</u></b></p> <p>Une procédure de stratégie de mise en œuvre de l'analyse pharmaceutique a été validée lors du COMEDIMS de mars 2019. La procédure mentionne qu'une analyse de niveau 2 est pratiquée par le pharmacien avec un retour des avis pharmaceutiques auprès des médecins et soignants.</p> <p>L'analyse pharmaceutique est réalisée systématiquement par le pharmacien, le champ de validation est bloquant.</p> <p><b><u>5- Traçabilité administration a posteriori</u></b></p> <p>Les protocoles de préparation et d'administration des médicaments l'un pour la chirurgie et l'autre pour la maternité ont été validés en mars 2019 en COMEDIMS.</p> <p>Chaque patient bénéficie d'un plan de soins informatisé en chirurgie et l'administration est tracée en temps réel. On sait que le plan de soin informatisé est également mis en place à la maternité mais on ne sait pas si l'administration est réalisée en temps réel (audit prévu en avril 2020).</p> <p><b><u>6- Erreurs médicamenteuses</u></b></p> <p>La charte d'incitation au signalement des événements indésirables graves a été remise à jour et rediffusée en juin 2018.</p> <p>Le circuit de gestion des feuilles de signalement des événements indésirables a été informatisé en mars 2019.</p> <p>Le personnel a bénéficié d'une formation en octobre 2019 aux erreurs médicamenteuses et à la gestion des risques.</p>
--	--	--

Échéances définies et acceptables ?	Oui	Toutes les actions d'amélioration en cours ou non initiées du plan d'actions ont une échéance, adaptée à la nature de l'action.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	En grande partie	La plupart des actions d'amélioration permet le suivi des actions en cours ou la mesure de l'efficacité des actions finalisées.

### 3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	Partiellement	Les quelques données ont été actualisées et portent sur la déclaration des erreurs médicamenteuses, les prescriptions et l'administration. Elles ne concernent pas les médicaments à risques (connaissance des professionnels et rangement dans les services) ni la traçabilité en maternité, ni le traitement personnel.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Partiellement	<p>Des résultats des évaluations menées montrent des améliorations des pratiques (prescriptions, administration en chirurgie) sur certains éléments de la prise en charge médicamenteuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'audit sur l'utilisation d'un support unique de prescription informatisée, réalisé en mars 2019, montre que 100% des prescriptions sont informatisées et de ce fait, que la conformité de celles-ci a augmenté.</li> <li>- L'audit de traçabilité d'administration des médicaments dans le service de chirurgie, réalisé en septembre 2019, montre que pour chaque patient, le plan de soins informatisé est informatisé.</li> <li>- 70% des professionnels sont formés à la sécurisation du circuit du médicament et la prévention de l'erreur médicamenteuse (formation se poursuit jusqu'à décembre 2019) → il</li> </ul>

		<p>est à signaler une petite hausse du nombre de déclarations des erreurs médicamenteuses en 2019 (passage de 3 en 2018 à 11 en 2019).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 100% des analyses pharmaceutiques sont réalisées par le pharmacien, l'administration ne peut être réalisée sans cette validation (champ de validation bloquant).</li><li>- Un audit du contrôle annuel des pharmacies de services a été réalisé en décembre 2018 par le pharmacien. Il montre que les pharmacies sont globalement bien rangées mais aussi que dans 3 services sur 5 (endoscopie, maternité et bloc obstétrical), il existe des mélanges dans un même tiroir de différents médicaments, dosages et formes. Cet audit ne vérifie pas la bonne identification et le bon rangement des médicaments à risques.</li></ul> <p>Il est prévu un audit sur la traçabilité de l'administration a posteriori en avril 2020 dans le service de maternité.</p> <p>On ne dispose pas de résultat sur les médicaments à risques (connaissance des professionnels et rangement dans les services) ni sur le traitement personnel. Il est toutefois prévu un audit sur la gestion du traitement personnel en utilisant les grilles d'évaluation de l'OMEDIT-IDF en juin 2020.</p>
--	--	--