



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Compte Qualité

Illustrations

*pour le remplissage de la partie III du compte qualité
« Diagnostiquer et prioriser »*

Avertissement

Les illustrations présentées dans ce document ont vocation à guider l'établissement dans l'élaboration de son compte qualité au regard des attendus de la Haute Autorité de santé.

Ces illustrations ne sont ni exhaustives ni limitatives.

Issues de différents comptes qualité exploités dans le cadre de l'expérimentation conduite par la HAS au second semestre 2013, elles ne font pas de lien entre les différentes rubriques de la partie III du compte qualité ici présentée.

En revanche, dans une même rubrique, les données sont analysées de manière cohérente.

Table des matières

Illustration n°6 :

Thématique « Gestion du risque infectieux » 4

Illustration n°7 :

Thématique « Prise en charge de la douleur » 13

Illustration n°8 :

Thématique « Management de la prise en charge médicamenteuse du patient »..... 18

Avis au lecteur

Numérotation utilisée dans les illustrations

Comme l'indique la maquette commentée du compte qualité, les étapes 1 et 2 peuvent être réalisées soit l'une après l'autre, soit simultanément. Aussi, il est proposé de numéroté pour chaque thématique les seules données utilisées (de D1 à Dn) dans la phase d'identification des risques au regard de celles qui sont listées dans la rubrique « Résultats d'évaluation et indicateurs ».

De la même manière, il est proposé aux établissements de classer les risques par ordre de priorité et de les numéroté de R1 à Rn.

Grille de criticité proposée par la HAS et mobilisée dans les illustrations

Il s'agit d'un modèle retenu en 5 niveaux.

Un exemple d'échelle de gravité		Un exemple d'échelle de vraisemblance	
G1. Mineure	Conséquences mineures sans préjudice (ex : retard simple)	V1. Très improbable	Ou « jamais vu »
G2. Significative	Incident avec préjudice temporaire (ex : retard avec désorganisation de la prise en charge)	V2. Très peu probable	Ou « vu une fois dans ma carrière »
G3. Majeure	Incident avec impact (ex : report, prolongation anormale de l'hospitalisation, transfert non prévu en réanimation, perte de fonction transitoire)	V3. Peu probable	Ou « vu dans d'autres établissements »
G4. Critique	Conséquences graves (ex : ré-intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente)	V4. Possible / Probable	Ou « survient dans l'établissement »
G5. Catastrophique	Conséquences très graves (ex : invalidité permanente, séquelles graves, décès)	V5. Très probable à certain	Ou « vécu dans mon secteur d'activité »

Grille d'analyse du niveau de maîtrise proposée par la HAS et mobilisée dans les illustrations¹

Niveau	Description synthétique
Niveau 4	On sait faire face, bonne maîtrise : plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue
Niveau 3	On a tout prévu : plans d'action en place avec indicateurs
Niveau 2	On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes - veille mais sans actions
Niveau 1	On découvre le risque : aucune action en place - études en cours - actions inefficaces ...

¹ La HAS précise que cette grille est en cours de tests et qu'elle est susceptible de faire l'objet d'ajustements dans les prochains mois.

Illustration n°6 :

Thématique « Gestion du risque infectieux »

1. Identification des principaux risques et des dispositifs de maitrise en place

Dénomination générique des risques, listés dans l'ordre de priorité établi par l'établissement. Cette dénomination sera reportée dans le plan d'actions correspondant.

La HAS utilise une échelle de 1 à 5 pour déterminer la fréquence et la gravité. L'établissement peut utiliser une échelle différente et utiliser la colonne « Commentaires » pour expliquer comment il établit la priorisation de ses risques.

Niveau de maitrise évalué par l'ES

Explications, notes ou commentaires destinés à la HAS ou à l'établissement en interne.

Id de données liées	Id du risque	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maitrise en place	Niveau de maitrise	Commentaires ES
D3 D4 D5	R1	Emergence d'une résistance aux ATB liés à l'absence de réévaluation de l'antibiothérapie à la 72 ^{ème} heure	3	3	9	Développement d'une fonctionnalité de réévaluation de l'antibiothérapie à la 72 ^{ème} heure sur le dossier informatisé Evaluation régulière de la traçabilité de la réévaluation		Axe d'amélioration
//	R2	Transmission croisée des microorganismes y compris les pathogènes émergents.	2	4	8	Recommandations validées par le CLIN. Programmes d'EPP sur le risque infectieux validés.		
//	R3	Diffusion d'une épidémie régionale au sein de l'établissement.	1	4	4	Recommandations validées par le CLIN. Participation au Réseau CCLIN.		
//	R4	Manque de formation et de sensibilisation des professionnels (turn over, charge de travail élevée).	2	2	4	Formations internes et externes prévues au plan de formation. Professionnels experts identifiés avec temps dédié (médical et paramédical). Programmes d'EPP sur le risque infectieux validés.		

D1 D2	R5	Risque d'AES avec les DM non sécurisés.	1	3	3	Recommandations validées par le CLIN. Programmes d'EPP sur le risque infectieux validés.		
----------	----	---	---	---	---	---	--	--

1

Identification de la donnée mobilisée parmi celles listées infra

2. Résultats d'évaluation et indicateurs

2.1. Critère(s) du manuel de certification rattachés à la thématique

Date de la dernière décision de certification : JJ/MM/AAAA

Libellé du critère du manuel v2010	Niveau de décision (pas de décision, recommandation, réserve ou réserve majeure)	Id de la donnée
8g (Maîtrise du risque infectieux)	Pas de décision	/
8h (Bon usage des antibiotiques)	Pas de décision	/
7d (Hygiène des locaux)	Pas de décision	/

2.2. Indicateurs de qualité et de sécurité nationaux en lien avec la thématique

Indicateurs TBIN

Date	Libellé de l'indicateur	Prise en charge	Classe	Valeur	Fourchette	Id de la donnée
2011	Tableau de bord infection nosocomial Score agrégé	MCO	A	98,08	/	/
2011	ICALIN	MCO	A	94,5	/	/
2011	ICSHA	MCO	A	138,8	/	/
2011	ICALISO	MCO	A	100	/	/
2011	ICATB	MCO	A	100	/	/
2011	ICABMR	MCO	A	100	/	/

2.3. Autres indicateurs nationaux et régionaux en lien avec la thématique

Date	Opérateur en charge	Libellé de l'indicateur	Prise en charge	Classe	Valeur	Commentaires ES	Id de la donnée
2011	Groupe de Prévention des Infections en Cancérologie GPIC	DDJ Antibiotiques	MCO	/	303,4	301,6 : année 2011	D1
2012	COMPAQH	SAPHORA/ I-SATIS Satisfaction de la propreté de la chambre	MCO	/	96%	100% : année 2011	
2012	InVS/ RAISIN	Surveillance nationale des ISO : taux d'infection après chirurgie mammaire	MCO	/	2,4%	4% : année 2011	
2012	InVS/ RAISIN-CCLIN	Surveillance nationale des	MCO	/	6,07%	6,71%	

		AES : incidence des AES pour 100 ETP IDE					
2012	InVS/RAISIN-CCLIN	Enquête de prévalence des infections nosocomiales	MCO	/	7,69%	18,8% Année 2011	
2012	InVS/RAISIN-CCLIN	Taux d'incidence du SARM pour 1000 journées d'hospitalisation	MCO	/	0,09 %	0,13 % Année 2011	
2012	InVS/RAISIN-CCLIN	Taux d'incidence des EBLSE pour 1000 journées d'hospitalisation	MCO	/	0,04 %	0,21 % Année 2011	
2012	InVS/ARS/CCLIN	Signalement externe des infections nosocomiales e-sin	MCO	/	2	1 Année 2011	

2.4. Autres résultats d'évaluation en lien avec la thématique

Date	Libellé de l'évaluation	Prise en charge	Résultat	Commentaires ES	Id de la donnée
2012	Taux pertinence de l'antibioprophylaxie chirurgicale	MCO	91%	89% : année 2011	
2012	Surveillance annuelle du taux d'ISO de la chirurgie du sein	MCO	2.4%	2,97% : année 2011	
2012	Surveillance annuelle du taux d'ISO de la chirurgie du sein ayant nécessité une reprise chirurgicale	MCO	1.6%	1,28 % : année 2011	D2
2012	Nombre AES	MCO	16	13 : année 2011	
2012	Taux évitabilité des AES	MCO	25%	62 % : année 2011	
2012	Taux d'observance de l'hygiène des mains pour l'indication 1 de l'OMS (avant contact avec le patient au plus près du soin) en hospitalisation	MCO	87%		D3
2012	Nb signalement interne infections nosocomiales	MCO	34	26 : année 2011	D4
2012	Nb d'infections associées aux soins ayant fait l'objet d'une analyse approfondie des causes (méthode ALARM)	MCO	4	8 : année 2011	
2012	Nb de réunions de correspondants paramédicaux	MCO	3	5 : année 2011	
2012	Nb de réunions de CLIN	MCO	4	4 : année 2011	

2011	Audit GREPH Précautions standard	MCO	Taux de formation des professionnels 93% dont 65% dans les 5 dernières années Taux de conformité d'utilisation des équipements de protection 48%		
2011	Audit GREPH préparation cutanée de l'opéré	MCO	Conformité globale des actes 73% Conformité globale de l'information et traçabilité 60%		
2011	Audit circuits au bloc ARLIN	MCO	Conformité globale 82%		
2011	Audit tenue des services : conformité globale	MCO	88.7%		
2012	Evaluation de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24 ^e et 72 ^e heure	MCO	57.45 %	40 % en 2010	D5

3. Analyse des résultats

Les résultats montrent une bonne maîtrise du risque infectieux (TBIN, indicateurs suivis par l'INVS et le CCLIN).

Une forte dynamique est engagée sur cette thématique dans l'établissement comme en témoigne le nombre d'indicateurs et d'évaluations développés par l'ES. Les audits internes ont permis d'identifier des potentialités d'amélioration pour la période à venir.

L'ensemble des indicateurs suivis ou évaluations réalisées sur le thème du bon usage des antibiotiques montre un niveau plutôt satisfaisant.

La majorité des indicateurs traduit une évolution positive, avec notamment une légère augmentation de la consommation globale d'antibiotiques.

Cependant les résultats des évaluations des pratiques professionnelles mettent en évidence encore des insuffisances relatives à la systématisation et à la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^e et 72^e heure.

Fait référence au n°
du risque identifié
dans le tableau initial

4. Plans d'action

Id du risque	Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Pilote	Début prévu	Echéance prévue	Modalités / Indicateurs de suivi	État d'avancement
R4	Systématiser la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie à 72h pour l'ensemble des molécules antibiotiques et pour l'ensemble des services.	Intégrer 100% des molécules antibiotiques pour le rappel automatique Rendre la fonctionnalité bloquante pour les prescriptions médicamenteuses	CLIN	01/2013	12/2014	Taux de lits informatisés Taux de molécules antibiotiques avec rappel automatique	En cours
R2	Développer les revues de pertinence de prescription des antibiotiques (molécules, indications)	Réaliser une revue de pertinence	CLIN	01/2014	12/2014	Nombre d'EPP réalisées	En attente
R6 R2	Améliorer la prévention de la transmission croisée	Harmoniser les pratiques de maîtrise de la diffusion des BMR et des pathogènes émergents à risque épidémique	CLIN	01/2013	06/2014	Résultats audit GREPH précautions complémentaires contact	En cours
	Améliorer la prévention de la transmission croisée	Améliorer l'éducation des personnels et des patients au risque de transmission des microorganismes	EOH	01/2013	12/2016	Nb personnels formés Consommations de SHA par secteurs d'activité Taux d'observance de l'hygiène des mains et des précautions standard	En cours
R2 R3	Prévenir le risque infectieux chez les professionnels de santé	Améliorer la sécurité des gestes à haut risque d'AES	Direction des soins, EOH et médecine travail	01/2013	12/2016	Nb AES Nb traitement prophylactique VIH prescrit Nb professionnels formés Nb analyse des causes réalisé	En cours
	Prévenir le risque infectieux chez les professionnels de santé	Généraliser la mise à disposition de DM sécurisés	PUI/EOH et médecin	01/2013	12/2014	Nb DM sécurisés mis à disposition -Nb professionnels formés à	En cours

			e santé au travail			l'utilisation des DM sécurisés	
	Prévenir le risque infectieux chez les professionnels de santé	Améliorer la couverture vaccinale des professionnels pour la grippe, rougeole, coqueluche	Directio n (RH) et médecin e travail	01/2013	12/2017	Taux de couverture vaccinale	En cours

Illustration n°7 :

Thématique « Prise en charge de la douleur »

1. Identification des principaux risques et des dispositifs de maitrise en place

Id de données liées	Id du risque	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maitrise en place	Niveau de maitrise	Commentaires ES
D2 ; D3 ; D5 ; D6	R1	Défaut de surveillance ou de soulagement	3	3	9	- Mise en place du CLUD en 2012 - Formation d'une soignante à un DU douleur - Élaboration de protocoles MEOPA et EMLA et diffusés dans les services	3	« <i>Priorité pour la période à venir</i> »
D2 ; D3 ; D6	R2	Défaut ou absence d'évaluation initiale	2	3	6	- Mise en place du CLUD en 2012 - Formation d'une soignante à un DU douleur - Élaboration de protocoles MEOPA et EMLA et diffusés dans les services	1	
D2 ; D3 ; D5	R3	Défaut de formation spécifique douleur	3	2	6	- Mise en place du CLUD en 2012 - Formation d'une soignante à un DU douleur - Élaboration de protocoles MEOPA et EMLA et diffusés dans les services	2	
/	R4	Défaut d'appropriation et de l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur	3	2	6	- Mise en place du CLUD en 2012 - Formation d'une soignante à un DU douleur - Élaboration de protocoles MEOPA et EMLA et diffusés dans les services	3	« <i>Priorité d'action 2013</i> »
/	R5	Manque de coordination et dialogue insuffisant autour des pratiques de prise en charge de la douleur	2	2	4	- Mise en place du CLUD en 2012 - Formation d'une soignante à un DU douleur - Élaboration de protocoles MEOPA et EMLA et diffusés dans les services	2	

2. Résultats d'évaluation et indicateurs

2.1. Critère(s) du manuel de certification rattachés à la thématique

Date de la dernière décision de certification : 10/01/2011

Libellé du critère du manuel v2010	Niveau de décision (pas de décision, recommandation, réserve ou réserve majeure)	Id de la donnée
12a (Prise en charge de la douleur)	Recommandation	D1

2.2. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux en lien avec la thématique

Date	Libellé de l'indicateur	Prise en charge	Classe	Valeur	Fourchette	Id de la donnée
2011	Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)	MCO	C	65	[60 ;70]	D2
2011	Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)	SSR	C	27	[25 ;29]	D3

2.3. Autres indicateurs nationaux et régionaux en lien avec la thématique

Date	Opérateur en charge	Libellé de l'indicateur	Prise en charge	Classe	Valeur	Commentaires ES	Id de la donnée
2011	Projet COMPAQH - INSERM	Enquête téléphonique SAPHORA item « satisfaction prise en charge de la douleur »	MCO, SSR	/	60%	/	D4

2.4. Autres résultats d'évaluation en lien avec la thématique

Date	Libellé de l'évaluation	Prise en charge	Résultat	Commentaires ES	Id de la donnée
2011	Evaluation de la douleur	MCO, SSR	78%		D5
2012	EPP traçabilité de la douleur dans le dossier de soins	MCO, SSR	Etape 5 : évaluation d'impact		D6
2012	Nombre d'EI douleur	MCO, SSR	3	2 : année 2011	
2012	Niveau de satisfaction relevée dans les questionnaires de sortie	MCO, SSR	83.5 %	81% : année 2011	
2012	Suivi de la consommation des antalgiques	MCO, SSR	Augmentation de 20% par rapport à l'année précédente		
2012	% de personnes formées à la PEC douleur	MCO, SSR	30%	23 % : Année 2011	

2012	Nombre de séance du bureau du CLUD	MCO, SSR	4	2 : année 2011	
2012	Taux de participation au CLUD	MCO, SSR	60 %	60 % : Année 2011	

3. Analyse des résultats

Au regard des résultats insuffisants des indicateurs IPAQSS en 2011 et face à un écart conséquent entre les activités MCO et SSR, une analyse a été faite afin d'identifier les pistes d'amélioration.

L'établissement a mis en place des moyens permettant d'une part de développer la culture qualité et d'autre part de promouvoir l'utilisation des indicateurs dans le pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Les derniers résultats internes obtenus montrent une nette amélioration, notamment en MCO.

Le président de la CME et la Direction des soins visent 100% de traçabilité des pratiques par thématique et responsabilisent les professionnels au travers des différentes sous-commissions et groupes de travail (pour atteindre cet objectif.

Ces mesures ont permis d'améliorer les pratiques :

- Evaluation de la douleur avec une échelle en systématique à l'admission
- Traçabilité de la douleur même en cas d'absence de douleur
- Choix d'échelles adaptées aux patients accueillis
- Elaboration de protocoles MEOPA et EMLA et diffusés dans les services

Des points sont encore à améliorer :

- Utilisation de la même échelle par tous les soignants pour un même patient
- Mise à disposition d'outils d'évaluation adaptés au niveau de compréhension et à la personne non communicante
- Surveillance des effets secondaires des morphiniques
- Réévaluation de la douleur après la mise en place d'un traitement

4. Plans d'action

Id du risque	Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Pilote	Début prévu	Echéance prévue	Modalités / Indicateurs de suivi	État d'avancement
R1	Evaluer le suivi de l'évaluation de la douleur	Réaliser un audit sur le suivi du soulagement de la douleur après administration d'un antalgique	Médecin coordonnateur	06/2013	-	Second tour d'audit	En cours
R1 R2 R3	Améliorer la prise en charge de la douleur des patients ou résidents en fin de vie	Faire intervenir l'EMASP sur l'établissement	Président de la CME	01/2013	Suivant les besoins	Taux d'intervention sur 2013	En cours
R5	Développer une culture douleur en secteur sanitaire	Réaliser des actions de formations et de sensibilisation au sein des services	IDE DU douleur	01/2013	Annuel	IPAQSS 2013	En cours
		Mise en place de référents douleur dans les services	CLUD	2013	2014	1 référent par service	En cours

Illustration n°8 :

**Thématique « Management de la prise en charge
médicamenteuse du patient »**

1. Identification des principaux risques et des dispositifs de maitrise en place

Id de données liées	Id du risque	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maitrise en place	Niveau de maitrise	Commentaires
D2	R1	Erreur d'administration	2	3	6	Procédures et modes opératoires spécifiques Action de sensibilisation et de formation de professionnels	1	
D1	R2	Mauvaise gestion des stocks/défaut d'acheminement	2	2	4	Nomination d'un pilote en charge de la sécurisation de la PEC médicamenteuse	2	
D2 ; D3	R3	Erreur de prescription	3	3	9	Formalisation des règles de prescription Action de sensibilisation et de formation de professionnels Procédures et modes opératoires spécifiques	1	
D4	R4	Non validation du traitement global d'un patient	2	3	6	Validation pharmaceutique du traitement globale du patient	3	Priorité d'action

2. Résultats d'évaluation et indicateurs

2.1. Critère(s) du manuel de certification rattachés à la thématique

Date de la dernière décision de certification : JJ/MM/AAAA

Libellé du critère du manuel v2010	Niveau de décision (pas de décision, recommandation, réserve ou réserve majeure)	Id de la donnée
20a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient)	Recommandation	D1
20a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient)	Pas de décision	D2
20b (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé)	Pas de décision	

2.2. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux en lien avec la thématique

Date	Libellé de l'indicateur	Prise en charge	Classe	Valeur	Fourchette	Id de la donnée
2012	Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation	MCO	A	100		D3

2.3. Autres indicateurs nationaux et régionaux en lien avec la thématique

Date	Opérateur en charge	Libellé de l'indicateur	Prise en charge	Classe	Valeur	Commentaires ES	Id de la donnée
2012	ARS	CBUM : informatisation de la prescription complète	MCO	/	100%		
2012	ARS	CBUM : nombre de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutique	MCO	/	44%	38% : année 2011	
2012	ARS	CBUM : Nombre de lits MCO bénéficiant d'un enregistrement informatisé des administrations	MCO	/	100%		
2012	ARS	CBUM : Taux de DMI tracés	MCO	/	100%		
2012	ARS	CBUM : Centralisation des préparations	MCO	/	100%		

		des médicaments anti cancéreux					
2012	OMIT/ ARS	CBUM : Taux d'évolution des médicaments de la liste en sus	MCO	/	11%		
2012	ARS/ CPAM	CBUM : Taux d'évolution des prescriptions hospitalières médicamenteuses prescrites en ville	MCO	/	7.9%		

2.4. Autres résultats d'évaluation en lien avec la thématique

Date	Libellé de l'évaluation	Prise en charge	Résultat	Commentaires ES	Id de la donnée
2012	Taux de prescriptions hors livret thérapeutique	MCO	En cours de développement		D4
2012	Nombre de substitutions pharmaceutiques	MCO	536	305 : année 2011	
2012	Taux d'erreur à la sortie de la pharmacie pour les sachets préparés par l'automate (sachets non conformes à la prescription nominative)	MCO	0,0035 %	0,0051% : année 2011	
2013	Nombre d'événements indésirables signalés en lien avec le circuit du médicament	MCO	7	7 : année 2012	
2012	Audit de conformité du circuit du médicament au regard des exigences réglementaires	MCO	82% de conformité	60% de conformité année 2011	
2012	Nb COMEDIMS	MCO	4	4 : année 2011	

3. Analyse des résultats

Les évaluations et le suivi des indicateurs du processus de prise en charge médicamenteuse permettent à l'établissement de faire les constats suivants :

- l'organisation mise en place au niveau du circuit du médicament permet de respecter en grande partie les exigences réglementaires. Des actions d'amélioration ont été réfléchies et programmées dans un plan d'actions en vue de renforcer la conformité à la réglementation et atteindre l'objectif de 100% de conformité.
- l'informatisation des prescriptions médicales permet à l'établissement d'atteindre les 100% de conformité de ces prescriptions.
- la mise en place d'un automate de dispensation nominative des formes sèches permet de

sécuriser le processus et d'atteindre un taux d'erreurs de dispensation de l'ordre de 0,0035%

- la mise en place d'un système de déclaration des événements indésirables en lien avec le circuit du médicament devrait permettre à l'établissement de repérer les événements indésirables survenant sur le circuit mais surtout d'en faire une analyse systématique et de proposer des actions préventives.
- la poursuite du déploiement de l'analyse pharmaceutique pour l'ensemble des secteurs d'activité.

4. Plans d'action

Id du risque	Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Pilote	Début prévu	Echéance prévue	Modalités de suivi	État d'avancement
R2 R4	Sécuriser la prise en charge médicamenteuse	Poursuivre le déploiement de l'analyse pharmaceutique en incluant la pharmacie clinique	COMEDI MS		06/2013	Nombre de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutique complète	En cours
	Sécuriser la prise en charge médicamenteuse	Mettre en place une instance commune d'analyse des EI	COMEDI MS		09/2014	Nombre de réunions réalisées par an Nombre d'EI analysés Nombre d'actions correctives identifiées Nombre d'actions correctives mises en œuvre	En cours
	Sécuriser la prise en charge médicamenteuse	Promouvoir le signalement des EI	Pilote PEC médicamente		En continu	Nombre d'EI déclarés Nombre d'EI analysés	En cours
	Sécuriser la prise en charge médicamenteuse	Mettre en place une coordination efficace avec les professionnels de ville pour assurer la continuité	Pilote PEC médicamente		Fin 2017	Nombre de réunions de mise en place du projet	En attente

		de la PECM	nteuse			Nombre de professionnels de ville participants	
	Sécuriser la prise en charge médicamenteuse	Revoir des règles de gestion des stocks Sensibilisation des professionnels aux nouvelles modalités de gestion des stocks révisés	Pilote PEC médicamenteuse	01/2013	2013	Procédure révisée	En cours



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Haute Autorité de santé

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex