



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

# **CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE ENFANTS PHYMENTIN**

20 r de dantzig - 75015 - Paris 15eme

JUILLET 2013



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips down, and then rises towards the right side, creating a wide, shallow arc.

## **ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **CENTRE PHYMENTIN**

20 rue de dantzig - 75015 - PARIS 15

JUILLET 2013

# SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. Les décisions par critères du manuel	10
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	11
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	12
4.Suivi de la décision	13
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	14
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	15
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	16
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	18
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	20
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	22
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	27

# PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

## 1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

- une présentation de l'établissement actualisée,
- les critères ayant fait l'objet du suivi (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par la Haute Autorité de Santé
- des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :

- la présentation graphique des résultats,
- le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
- les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
- le bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Internet Platines <http://www.platines.sante.gouv.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

<b>Certification</b>	Sans recommandation
<b>Certification avec recommandation(s)</b>	Au moins une recommandation
<b>Certification avec réserve(s)</b>	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
<b>Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure</b>	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
<b>Non certification</b>	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# CENTRE PHYMENTIN

**Adresse :** 20 rue de dantzig  
75015 PARIS 15 PARIS

**Statut :** Privé

**Type d'établissement :** Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Santé mentale	0	24	0

Nombre de sites.:	Deux sites: - COFI + CMP. - EPI + USIS à deux kilomètres du premier.
Activités principales.:	Psychiatrie infanto-juvénile. 1 centre de consultations pour l'enfant et la famille, et pour l'adoption. 24 places réparties dans 2 hôpitaux de jour.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Activité de psychiatrie.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Participation au Réseau Sud visant à mieux répondre aux besoins des enfants et adolescents en matière de prévention et de soins psychiatriques. Convention du 21 mai 2010 avec l'éducation nationale, sur la mise en place du projet pédagogique de l'unité d'enseignement, dans le cadre de la mise oeuvre du décret n°2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants et des adolescents.
Regroupement/Fusion.:	Sous l'entité Centre Phymentin, regroupement de 3 structures en octobre 2009 : EPI (établissement psychothérapique infantile), USIS (unité de soins intensifsdu soir), COFI CMP (consultation médicopsychologique phymentin).
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/

## 2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

## 1. Les décisions par critères du manuel

### RECOMMANDATION(S)

1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles) .

8.b (Fonction gestion des risques) .

14.a Santé mentale (Gestion du dossier du patient) .

15.a Santé mentale (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) .

20.a Santé mentale (Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient) .

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

### 3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé

L'établissement est exempté du recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé.

#### 4. Suivi de la décision

Par ailleurs, l'ES a choisi de suivre certaines recommandations dans le cadre de la prochaine procédure de certification ; il a élaboré des plans d'actions pour

les recommandations suivantes :

- 1f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)
- 8b (Fonction gestion des risques)
- 14a Santé mentale (Gestion du dossier du patient)
- 15a Santé mentale (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge)
- 20a Santé mentale (Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient)

## 3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

## Référence 5: Le système d'information

### Critère 5.b Sécurité du système d'information

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).

Oui

Le traitement et l'utilisation des données de l'établissement sont sécurisées, que ce soit le dossier médical papier durant sa présence dans les services, le traitement de l'information médicale informatisé pour les requêtes ou envoi à l'ATIH, ou les informations relatives aux personnels.  
L'établissement a créé deux locaux d'archivage exclusivement réservés à cet effet, avec stockage dans des armoires métalliques fermées à clé et résistantes au feu (archivage commun EPI USIS réalisé en juin 2012 et archivage au COFI-CMP).  
La Cellule Qualité Gestion des Risques a rédigé un protocole "Archivages et de Recherche de dossiers archivés", validé par les instances, fin 2012. Une information du personnel concerné a été effectuée par l'établissement.

### E2 Mettre en oeuvre

### Réponses aux EA

### Constats

Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.

Oui

<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.	En grande partie	

## PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

**Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques**

**Critère 8.g**  
**Maîtrise du risque infectieux**



*Cette grille est applicable dans les établissements disposant du score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales généralisé par le ministère de la Santé ou dans les établissements exclus du classement par ce même ministère pour absence de surveillance des infections du site opératoire.*

Cotation	A	
Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score agrégé	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	

# SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 20/09/2011 au 22/09/2011	Certification avec réserves	rapport de suivi	12
Rapport de suivi	MARS 2013	Certification avec recommandations	/	/

	Visite initiale	Rapport de suivi
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Recommandation
5.b (Sécurité du système d'information)	Réserve	Décision levée
8.b (Fonction gestion des risques)	Recommandation	Recommandation
8.g (Maîtrise du risque infectieux)	Recommandation	Décision levée
14.a (Gestion du dossier du patient) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation
20.a (Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Fiches de suivi engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Les fiches de suivi donnent à l'établissement l'opportunité de montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et de rendre compte des actions menées. Ces fiches de suivi ont fait l'objet d'une analyse par la Haute Autorité de Santé ce qui lui a permis, le cas échéant, de modifier la cotation du critère impacté.

# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Archivage des dossiers patient et procédure de consultation des dossiers archivés

Problématique:

Les locaux d'archivage des dossiers patients ne présentent pas toutes les garanties.

Résultats obtenus:

Création de deux locaux d'archivage exclusivement dédiés à cet effet : stockage dans des armoires métalliques fermées à clé et résistantes au feu.  
Rédaction d'un protocole d'archivage et de recherche des dossiers archivés.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
M. Moya Plana:Coordinateur de la Gestion des risques	Dr Metello:médecin de la cellule Qualité Gestion des Risques, Dr Ginoux: médecin directeur de l'EPI, M. Moya Plana: Coordinateur de la Gestion des risques, Mme Noël Hermann: secrétaire de l'EPI, Mme Maïter: secrétaire de l'USIS Mme Nable: secrétaire du COFI CMP, Mme Lacomme: responsable qualité.	Mme Lacomme:Responsable qualité

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Création d'un local d'archivage commun EPI USIS	Réalisée	06/06/12 00:00
Achat d'armoires sécurisées résistantes au feu	Réalisée	13/06/12 00:00
Transfert des dossiers de l'EPI et de l'USIS dans les armoires	Réalisée	20/06/12 00:00
Création au COFI-CMP d'un local d'archivage exclusivement dédié à l'archivage des dossiers patients archivés.	Réalisée	02/07/12 00:00
Rédaction d'un protocole d'Archivages et de Recherche de dossiers archivés par la Cellule Qualité Gestion des Risques	Réalisée	15/10/12 00:00
Validation du protocole d'Archivage et de Recherche des dossiers archivés par le COPIL	Réalisée	03/11/12 00:00
Validation du protocole d'Archivages et de Recherche des dossiers archivés par la CME	Réalisée	05/12/12 00:00
Présentation du protocole aux équipes	Réalisée	16/01/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Évaluation du protocole d'Archivages et de Recherche des dossiers archivés par un audit. Créations d'indicateurs.	Prévue	06/11/13 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi annuel de l'évaluation des indicateurs en Cellule Qualité Gestion des Risques et présentation des résultats au COPIL.

Validation institutionnelle:

Par le COPIL du 3 novembre 2012 et la CME du 5 décembre 2012.

Planification des revues de projet:

Réunion de l'équipe de réalisation sous la direction du Coordinateur de la Gestion des risques

## Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques

### Critère 8.g Maîtrise du risque infectieux



*Cette grille est applicable dans les établissements disposant du score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales généralisé par le ministère de la Santé ou dans les établissements exclus du classement par ce même ministère pour absence de surveillance des infections du site opératoire.*

Cotation	A	
Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score agrégé	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Formalisation et mise en œuvre d'une politique de développement des EPP inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Problématique:

Absence de formalisation de la Politique de développements des EPP et de sa déclinaison en plan d'action des EPP.

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Définition d'un plan d'action des EPP en lien avec la politique qualité gestion des risques de Phymontin.	Mesurer l'impacte des démarches EPP sur la prise en charge des patients.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Agman Directeur Médical de Phymontin	Les directions et les médecins directeur des établissements	Mme Lacomme, Responsable Qualité de Phymontin

Echéancier de réalisation :

Rédaction par la sous commission des EPP d'une politique de développement des EPP en janvier 2012, présentée en COPIL et validée en CME de janvier 2012.  
Mars 2013, formalisation des axes stratégiques en matière de développement des EPP au niveau du centre Phymontin qui sera intégré dans le document de Politique Qualité Gestion des Risques et décliné dans le PAQ.

Modalités d'évaluation :

Evaluation annuelle par la la sous-commission EPP de la CME

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi et analyse du tableau de bord des EPP

Validation institutionnelle:

par la CME

Planification des revues de projet:

Le chef de projet réunit l'équipe de réalisation du projet

# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Formalisation et évaluation de la mission Gestion des risques

Problématique:

Manque de formalisation des relations transversales entre le Coordinateur de la Gestion des Risques et les personnes en charge de la Qualité.  
Définition du champ de la fonction Gestion des risques au sein du centre Phymentin (intégration de cette fonction au sein de l'organigramme du centre Phymentin).  
Description de l'organisation opérationnelle entre la Responsable qualité et le Coordinateur de la Gestion des risques  
Définition d'une méthodologie d'évaluation de la mission Gestion des Risques

## Résultats attendus

### Objectifs intermédiaires

Mieux structurer et évaluer la Gestion des Risques  
1) entre les membres de la Cellule qualité Gestion des Risques  
2) entre les membres de la Cellule qualité Gestion des Risques et les différents instances COPIL, CIVIM, COMEDIMS CLIN, CRU, CME, ...  
3) avec les équipes soignantes des 3 unités du Centre Phymentin.

### Objectifs ultimes

Mieux structurer et évaluer la Gestion des risques au sein du Centre Phymentin

## Responsabilités

### Chef de projet

Dr Metello médecin de la Cellule Qualité Gestion des Risques

### Equipe de réalisation

Membres de la Cellule Qualité Gestion des Risques:  
Dr Metello, M. Moya Plana Coordinateur de la Gestion des risques, Mme Lacomme Responsable qualité

### Personnes ressources

Mme Lacomme Responsable qualité

Echéancier de réalisation :

**DEJA REALISE :**

Quatre demi-journées de formation : La Gestion des Risques Liées aux soins, réunissant l'équipe de réalisation et le médecin Directeur de l'HdJ l'EPI. Formation dispensée par Mme Cecile Goguet (ingénieure Qualité Gestion des risques au CNEH) en octobre et novembre 2012 à la suite d'un diagnostic flash sur l'état des pratiques de la gestion des risques.

Elaboration d'un organigramme intégrant la CQGR dans l'organigramme de l'Etablissement Phymentin, validé en COPIL et en CME.

Bilan 2012 des actions de la cellule Qualité Gestion des Risques. Bilan des fiches d'événements indésirables et analyse des risques.

**A REALISER :**

Présentation à la CRU et au CLIN du 27 mars 2013 des travaux de la CQGR

Retours aux équipes des établissements des travaux de la CQGR courant avril 2013

Evaluation du fonctionnement interne de la CQGR et de son articulation avec les différentes instances en charge de la qualité en novembre 2013.

Modalités d'évaluation :

Définition des critères d'évaluations par la CQGR et auto-évaluation de ces critères

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Evaluation annuelle du fonctionnement de la CQGR et présentation des résultats aux instances et retours aux équipes.

Validation institutionnelle:

Par le COPIL et la CME

Planification des revues de projet:

Réunions de l'équipe de réalisation sous la direction du Coordinateur de la Gestion des Risques



# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Définition d'une politique commune de gestion du dossier patient au trois établissements Phymentin

Problematique:

Uniformisation du dossier patient dans les trois établissements de l'association Phymentin

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Elaborer une politique commune harmoniser la traçabilité du dossier Préciser les habilitations des professionnels pour accéder au dossier	Réalisation d'un dossier patient commun aux trois établissements Phymentin et rédaction d'un protocole commun

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Metello, médecin directeur USIS	Secrétaires des établissements Directions des établissements et Médecins des établissements	Mme Lacomme, Responsable Qualité

Echéancier de réalisation :

Formations des secrétaires des établissements le 21/05/2012 : "optimiser la gestion du dossier patient et anticiper son informatisation" par le Dr Bevernage (médical interface)  
Groupes de travail des médecins afin d'élaborer la politique commune en juin 2012, politique rédigé et validé par la CME du 5 décembre 2012.  
Groupes de travail à partir de décembre 2012 pour la rédaction d'un protocole de tenue du dossier patient commun aux trois unités. Présentation au COPIL du 12/02/2013 et validation par la CME du 20/02/2013  
Restitution du protocole par les secrétaires et la RAQ auprès des équipes courant avril 2013  
Réalisation d'une grille d'audit du dossier patient au second semestre 2013.  
En 2014 réalisation d'un dossier patient commun pour l'ensemble des établissements

Modalités d'évaluation :

Rédaction d'une grille d'audit du dossier patient commune au trois établissements.  
Groupes de travail à mettre en place courant second semestre 2013.

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Audit annuel des dossiers patient à partir de la grille d'audit commune aux trois établissements.

Validation institutionnelle:

Par la CME

Planification des revues de projet:

le chef de projet réunit l'équipe de réalisation, fait les bilan de l'audit et veille à la mise en place du dossier patient commun aux trois établissement (2014)



# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Fiabilisation de l'identification du patient tout au long de la prise en charge.

Problématique:

Absence de formalisation de l'organisation pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Définir et mettre en place une organisation pour fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge, en y associant l'ensemble du personnel administratif et les professionnels de santé.	Fiabiliser à 100% l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
M.X. Moya-Plana (coordinateur de la gestion des risques).	Personnel administratif (les trois secrétaires de chacune des unités) Le médecin de la cellule qualité gestion des risques La responsable qualité	Mme le Dr Agman (directrice médicale de l'Association)

Echéancier de réalisation :

Cellule qualité Gestion des risques du 5 février 2013 et COPIL du 12 février 2013, réflexion sur le cadre de travail et définition d'une politique d'identité-vigilance. La déclinaison de cette politique a été élaborée en groupe de travail, aboutissant à la rédaction d'une procédure de vérification de l'identité des patients à toutes les étapes de la prise en charge. Les groupes de travail se poursuivront jusqu'au mois de juin 2013, afin de permettre aux équipes d'être associées à cette réflexion. Cette procédure sera ensuite présentée en COPIL puis en CME en juillet 2013. Puis un retour à l'ensemble du personnel administratif et aux professionnels de santé sera présenté lors de la réunion de préparation de la rentrée de septembre 2013.

Modalités d'évaluation :

Evaluation en décembre 2013 par la cellule qualité gestion des risques de l'application de cette nouvelle procédure.  
Audit des dossiers patients.  
Suivi et analyse des événements indésirables (Fiches Incidents / Accidents)

Modalités de suivi et de pérennisation des résultats:

Evaluation annuelle et proposition d'éventuelles améliorations, par la cellule qualité gestion des risques et par la CRU, de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

Validation institutionnelle:

par le COPIL et la CME en juillet 2013

Planification des revues de projet:

Réunion de l'équipe de réalisation sous la direction du coordinateur de la gestion des risques en décembre 2013.



# PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Gestion commune de la prise en charge médicamenteuse des établissements de Phymentin

Problématique:

Absence de politique de prise en charge médicamenteuse commune aux trois établissements  
Absence de protocole de prise en charge médicamenteuse commune aux trois établissements  
Absence de support spécifique de prescription commun aux trois établissements

## Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Rédaction d'une politique et d'un protocole commun de prise en charge médicamenteuse aux trois établissements Création d'un support spécifique de prescription. Absence de sensibilisation des équipes au risques d'erreurs médicamenteuses. Absence d'indicateurs d'évaluation de la prise en charge médicamenteuse.	Amélioration, fiabilisation et uniformisation de la prise en charge médicamenteuse des établissements de Phymentin

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr O. Ginoux Médecin directeur de l'EPI	L'infirmière de l'épi et les médecins directeurs des unités	Dr. M. Agman Directrice médicale

Echéancier de réalisation :

Rédaction d'une politique de prise en charge médicamenteuse commune aux trois établissements au COMEDIMS du 5 décembre 2012 et validé par la CME du 5 décembre 2012  
Rédaction d'un protocole de prise en charge médicamenteuse commun aux trois établissements et création d'un support spécifique de prescription des médicaments lors du COMEDIMS du 20 février 2013  
Sensibilisation des équipes au risques d'erreurs médicamenteuses lors de la réunion à la rentrée 2013.

Modalités d'évaluation :

Créations d'indicateurs de la prise en charge médicamenteuse lors du COMEDIMS en septembre 2013

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Audit annuel du circuit du médicament

Validation institutionnelle:

Par les CME du 5 décembre 2012 et du 20 février 2013

Planification des revues de projet:

L'équipe de réalisation planifie les actions d'amélioration qui seront intégrées au PAQ

