



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN

42 rue de paris - 78550 - Houdan

OCTOBRE 2014

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.Suvi 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
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	21
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	22
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	32

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.

Certification	Sans recommandation
Certification avec recommandation(s)	Au moins une recommandation
Certification avec réserve(s)	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
Non certification	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 HOSPITALIER DE HOUDAN

Adresse : 42 rue de paris
78550 Houdan YVELINES

Site internet: <http://www.hopitalhoudan.fr>

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	20	0	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	17	0	0
Soins de longue durée	30	0	0

Nombre de sites.:	Un seul site.
Activités principales.:	Médecine, SSR, SLD.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Médecine, SSR, SLD.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Centre Hospitalier de Dreux. Centre Hospitalier de Versailles. Centre Hospitalier de Rambouillet. Hôpital de Plaisir Grignon. GCS Yvelines Sud (création en août 2011). Objectif du GCS: développer les coopérations et les parcours de soins.
Regroupement/Fusion.:	Prévision d'un GCS avec le CHG de Dreux et le CH de Verneuil sur Avre pour l'année 2013. Objectifs du GCS: formaliser des filières de soins entre hôpital de proximité et hôpital de référence.
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 la certification.

1. Les décisions par critères du manuel

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 Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé demande à l'établissement de finaliser sa mise en conformité sur:

Hygiène alimentaire et eau d'alimentation.

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

L'établissement n'est pas assujetti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé.

4.Suvi de la décision

Données non disponibles

3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.

Oui

Les situations, mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes, sont identifiées dans différents rapports et audits (Commission communale de Sécurité, audit gendarmerie, Document Unique, Plan Blanc, Plan Bleu). Ces différents documents ont fait l'objet d'une synthèse rédigée dans le Plan directeur sécurité incendie et travaux, et plan de secours. De plus, un schéma d'organisation interne en matière de sécurité des biens et des personnes est rédigé et validé par les instances.

Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.

Oui

Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes ont été redéfinies suite au départ du responsable (pour obtenir son diplôme de formateur), la sécurité a été constituée en service autonome, l'organisation et les fiches de missions sont réalisées.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les situations identifiées font l'objet de dispositifs de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Oui	L'établissement dispose d'un SSI (système de sécurité incendie) qui permet de détecter et localiser un incendie. Les personnels dans les services disposent de consignes générales et les formations, interrompues depuis 2011, ont repris en 2012. Les formations incendie ont été validées en commission de formation en novembre 2013 et en CTE en décembre 2013.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Le Schéma Directeur de la Sécurité et des travaux est rédigé, les contrôles réglementaires sont effectués et suivis dans un tableau récapitulatif des contrôles réglementaires. La mise en œuvre des prescriptions qui en découlent est exhaustive.

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 de la sécurité des soins

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Oui

L'établissement a formalisé une procédure de signalement et d'analyse des événements indésirables. Ces déclarations sont réalisées sur des fiches papier, recensées et traitées par le service qualité, l'analyse est réalisée par le comité qualité, risques et vigilances.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

Oui

La responsable qualité a formé les médecins et les professionnels à l'utilisation des fiches d'évènements indésirables en 2011 et 2012.
 Il existe un programme de formation ainsi que des supports de formation.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.

En grande partie

La responsable qualité est formée aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes, le plan de formation prévoit la formation du coordonnateur de la gestion des risques et du président de CME.
 La coordinatrice des soins et la responsable qualité sont formées à la méthode ALARM en novembre 2013. Cependant, la méthode n'est pas encore appréhendée par la

	En grande partie	CME. Une sensibilisation est prévue pour mars 2014.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	L'analyse des causes profondes des événements indésirables est réalisée, et cette analyse est structurée selon une méthodologie définie. La définition du niveau de gravité des FEI et l'actualisation de la procédure 3.1.2 "Circuit des FEI" complètent le dispositif.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Oui	Des actions correctives sont mises en place suite aux analyses en comité qualité, risques et vigilances. Ces actions sont suivies par un responsable et un tableau récapitulatif permet de suivre l'ensemble des traitements de ces actions.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	L'établissement a identifié les événements indésirables récurrents, et les événements indésirables sont hiérarchisés. Tous les événements indésirables sont traités en comité qualité, risques et vigilances. Ce traitement spécifique fait partie des projets 2012-2013.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	En grande partie	Un tableau récapitulatif permet le suivi des traitements des événements indésirables, et l'efficacité des actions est vérifiée. De plus, l'informatisation des FEI avec suivi des actions depuis juillet 2013 et la formation des équipes permettent la réalisation d'un traitement spécifique. Les formations des professionnels est poursuivie sur 2014. Un bilan des actions est prévu après 6 mois de la mise en place du dispositif.

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Court Séjour
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Oui

La prescription est informatisée et ses règles sont formalisées, et il y a une liste précise des médicaments à risques. Il existe un support unique de prescription administration car l'édition du plan d'administration est directement réalisée à partir du logiciel de prescription.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Oui

L'établissement est organisé pour assurer la continuité du traitement du patient de l'entrée à la sortie, la conciliation du traitement du patient est organisée. Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

En grande partie

L'établissement a formalisé la délivrance nominative des médicaments dans le service de médecine, la dotation pour besoins urgents, la réponse aux demandes urgentes de médicaments avec la pharmacie de l'hôpital de Dreux, l'optimisation des stocks à la PUI, les informations et conseils utiles aux utilisateurs. Le conditionnement unitaire des médicaments est exhaustif, ils sont tous étiquetés et sont identifiables jusqu'au moment de l'administration. Lors de l'arrivée dans la pharmacie de l'expert visiteur, une préparatrice était dans les locaux, mais la porte principale

	En grande partie	était bloquée en position ouverte.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments et la traçabilité est organisée. Les protocoles sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le personnel dédié à la gestion et au rangement des médicaments est régulièrement formé par la pharmacienne. Il n'y a pas de protocole d'administration des médicaments à risque.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Les prescriptions sont toutes informatisées et conformes à la réglementation et aux items de "trace écrite des prescriptions médicamenteuses dans les 72 heures de l'admission et à la sortie" de l'indicateur IPAQSS "tenue du dossier patient".
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	La délivrance nominative des médicaments est effective, l'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée dans le logiciel de prescription et porte essentiellement sur les interactions médicamenteuses, car le pharmacien n'a pas d'accès direct aux données cliniques et biologiques du patient.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée, en particulier la réflexion bénéfique risque, mais cette information n'est pas structurée (sauf pour les AVK) et n'est pas tracée dans le dossier du patient.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments sur un support papier unique prescription administration, directement édité à partir du logiciel de prescription, est assurée en temps réel par les IDE.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un audit complet sur le circuit du médicament et un audit sur la prescription des antibiotiques et son évaluation sur la période du 01/04 au 30/05 ont été réalisés en 2012. Il y a eu des audits sur les armoires à pharmacie.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Suite à des évaluations et à des EPP, des actions d'amélioration, notamment sur la pertinence des prescriptions, ont été mises en place, en particulier sur les traitements par AVK, sur le traitement de la douleur, sur les psychotropes et anxiolytiques... Le bilan de ces actions et sa diffusion aux personnels concernés ne sont pas structurés.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Soins de suite et/ou de réadaptation
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Oui

La prescription est informatisée et ses règles sont formalisées, et il y a une liste précise des médicaments à risques. Il existe un support unique de prescription administration car l'édition du plan d'administration est directement réalisée à partir du logiciel de prescription.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Oui

L'établissement est organisé pour assurer la continuité du traitement du patient de l'entrée à la sortie, la conciliation du traitement du patient est organisée. Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

En grande partie

L'établissement a formalisé la délivrance nominative des médicaments dans le service de SSR, la dotation pour besoins urgents, la réponse aux demandes urgentes de médicaments avec la pharmacie de l'hôpital de Dreux, l'optimisation des stocks à la PUI, les informations et conseils utiles aux utilisateurs. Le conditionnement unitaire des médicaments est exhaustif, ils sont étiquetés et sont identifiables jusqu'au moment de l'administration. Lors de l'arrivée dans la pharmacie de l'expert visiteur, une

	En grande partie	préparatrice était dans les locaux, mais la porte principale était bloquée en position ouverte.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments et la traçabilité est organisée. Les protocoles sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le personnel dédié à la gestion et au rangement des médicaments est régulièrement formé par la pharmacienne. Il n'y a pas de protocole d'administration des médicaments à risque.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Les prescriptions sont toutes informatisées et conformes à la réglementation et aux items de "trace écrite des prescriptions médicamenteuses dans les 72 heures de l'admission et à la sortie" de l'indicateur IPAQSS "tenue du dossier patient".
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	La délivrance nominative des médicaments est effective, l'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée dans le logiciel de prescription et porte essentiellement sur les interactions médicamenteuses, car le pharmacien n'a pas d'accès direct aux données cliniques et biologiques du patient.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée, en particulier la réflexion bénéfice risque, mais cette information n'est pas structurée (sauf pour les AVK) et n'est pas tracée dans le dossier du patient.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments sur un support papier unique prescription administration, directement édité à partir du logiciel de prescription, est assurée en temps réel par les IDE.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un audit complet sur le circuit du médicament et un audit sur la prescription des antibiotiques et son évaluation sur la période du 01/04 au 30/05 ont été réalisés en 2012. Il y a eu des audits sur les armoires à pharmacie.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Suite à des évaluations et à des EPP, des actions d'amélioration, notamment sur la pertinence des prescriptions, ont été mises en place, en particulier sur les traitements par AVK, sur le traitement de la douleur, sur les psychotropes et anxiolytiques... Le bilan de ces actions et sa diffusion aux personnels concernés ne sont pas structurés.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Soins de longue durée
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Oui

La prescription est informatisée et ses règles sont formalisées, et il y a une liste précise des médicaments à risques. Il existe un support unique de prescription administration car l'édition du plan d'administration est directement réalisée à partir du logiciel de prescription.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Oui

L'établissement est organisé pour assurer la continuité du traitement du patient de l'entrée à la sortie, la conciliation du traitement du patient est organisée. Il existe une procédure de gestion du traitement personnel du patient.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

En grande partie

L'établissement a formalisé la délivrance nominative des médicaments dans le service de SLD, la dotation pour besoins urgents, la réponse aux demandes urgentes de médicaments avec la pharmacie de l'hôpital de Dreux, l'optimisation des stocks à la PUI, les informations et conseils utiles aux utilisateurs. Le conditionnement unitaire des médicaments est exhaustif, ils sont tous étiquetés et sont identifiables jusqu'au moment de l'administration. Lors de l'arrivée dans la pharmacie de l'expert visiteur, une

	En grande partie	préparatrice était dans les locaux, mais la porte principale était bloquée en position ouverte.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments et la traçabilité est organisée. Les protocoles sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Le personnel dédié à la gestion et au rangement des médicaments est régulièrement formé par la pharmacienne. Il n'y a pas de protocole d'administration des médicaments à risque.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Les prescriptions sont toutes informatisées et conformes à la réglementation et aux items de "trace écrite des prescriptions médicamenteuses dans les 72 heures de l'admission et à la sortie" de l'indicateur IPAQSS "tenue du dossier patient".
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	La délivrance nominative des médicaments est effective, l'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée dans le logiciel de prescription et porte essentiellement sur les interactions médicamenteuses, car le pharmacien n'a pas d'accès direct aux données cliniques et biologiques du patient.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée, en particulier la réflexion bénéfice risque, mais cette information n'est pas structurée (sauf pour les AVK) et n'est pas tracée dans le dossier du patient.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments sur un support papier unique prescription administration, directement édité à partir du logiciel de prescription, est assurée en temps réel par les IDE.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Un audit complet sur le circuit du médicament et un audit sur la prescription des antibiotiques et son évaluation sur la période du 01/04 au 30/05 ont été réalisés en 2012. Il y a eu des audits sur les armoires à pharmacie.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Suite à des évaluations et à des EPP, des actions d'amélioration, notamment sur la pertinence des prescriptions, ont été mises en place, en particulier sur les traitements par AVK, sur le traitement de la douleur, sur les psychotropes et anxiolytiques... Le bilan de ces actions et sa diffusion aux personnels concernés ne sont pas structurés.

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 07/06/2011 au 10/06/2011			
Visite initiale	du 25/09/2012 au 28/09/2012	Certification avec recommandations	rapport de suivi et/ou plan d'action	12
Rapport de suivi	JANVIER 2014	Certification sans recommandation	/	/

	Visite initiale	Rapport de suivi
6.a (Sécurité des biens et des personnes)	Décision levée	Décision levée
6.a (Sécurité des biens et des personnes)	Recommandation	
8.f (Gestion des événements indésirables)		Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour		Décision levée
8.f (Gestion des événements indésirables)	Décision levée	
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée		Décision levée
8.f (Gestion des événements indésirables)	Recommandation	
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Décision levée	
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation		Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Recommandation	
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée	Décision levée	
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée	Recommandation	

	Visite initiale	Rapport de suivi
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Décision levée	
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	