



1^{ère} journée régionale des RSMQ
3^{ème} journée régionale des CREX

La qualité de la prise en charge médicamenteuse Où en sommes-nous ?



Ouverture – *M. Lemarchand - ARS Centre*

Qualité de la PECM - où en sommes-nous ?

- Point de vue de la DGOS - *P. Kujas - bureau PF2 (sous réserve)*
- Bilan de la certification V.2010 - *B. Lecomte - ARS Centre*
- Bilan des RAE 2013 - *MC. Lanoue - OMÉDIT Centre*

Être RSMQ - mode d'emploi

- Piloter : choisir, construire, gérer ses indicateurs pour proposer des actions d'amélioration
 - *ML. Alfandari - Clinique Saint Gatien, Tours*
 - *M. Emonet - CH Blois*
- Donner du sens à la démarche coordonnée de gestion des risques liée à la PECM
 - *AMDEC / CartoRetEx® : mêmes objectifs, mêmes résultats ?
N. Tessier, I. Hermelin-Jobet - CHR Orléans*
 - *Vision régionale sur les barrières de prévention des médicaments à risque - H. du Portal - OMÉDIT Centre*
- Présenter, valoriser le travail du RSMQ, communiquer sur la démarche
 - F. Cloitre, N. Mabs, CH Romorantin-Lanthenay*
- Le calcul des doses
 - MC. Blache, E. Guedon - CHIC Amboise Château-Renault*
- Quelques outils pour aller plus loin - *OMÉDIT Centre*

DGOS

Direction générale
de l'offre de soins

**Bilan de l'enquête :
mise en œuvre
arrêté 6 avril 2011**

**1^{ère} journée régionale des RSMQ
3^{ème} journée régionale des CREX
11 septembre 2014**

Paule Kujas
Adjoint au chef de bureau
Qualité et sécurité des soins
Sous-direction du pilotage de la
performance des acteurs de l'offre de soins
Direction générale de l'offre de soins



Arrêté du 6 avril 2011 - Calendrier



**Avril
2012**

Engagement de la direction dans le cadre du SMQ
Dispositions organisationnelles
Responsabilité
Communication

**Octobre
2012**

Étude des risques
Système de déclaration interne
Formalisation de l'organisation
Planification des actions d'amélioration

**Avril
2013**

Exigences générales du SMQ
Système documentaire –
Maîtrise de ce système
Formation du personnel

- Évaluation de la mise en place d'une politique, visibilité nationale
- Benchmarking (régions, professionnels)
- Anonyme, volontaire
- Marge de manœuvre pour des actions d'appui, accompagnement
- Mesure un temps donné
- Coordination par les OMEDIT

Mise en oeuvre

- Envoi du fichier Excel aux OMEDIT pour commentaires
- Commentaires jusqu'à **vendredi 19 avril**
- Passage en CNP, instruction diffusée aux ARS
- Recueil **du 7 mai 2013 au 5 juin**, retour par mail:
dgos.pf2.produitsdesante@gmail.com
- Présentation aux OMEDIT en avril 2014

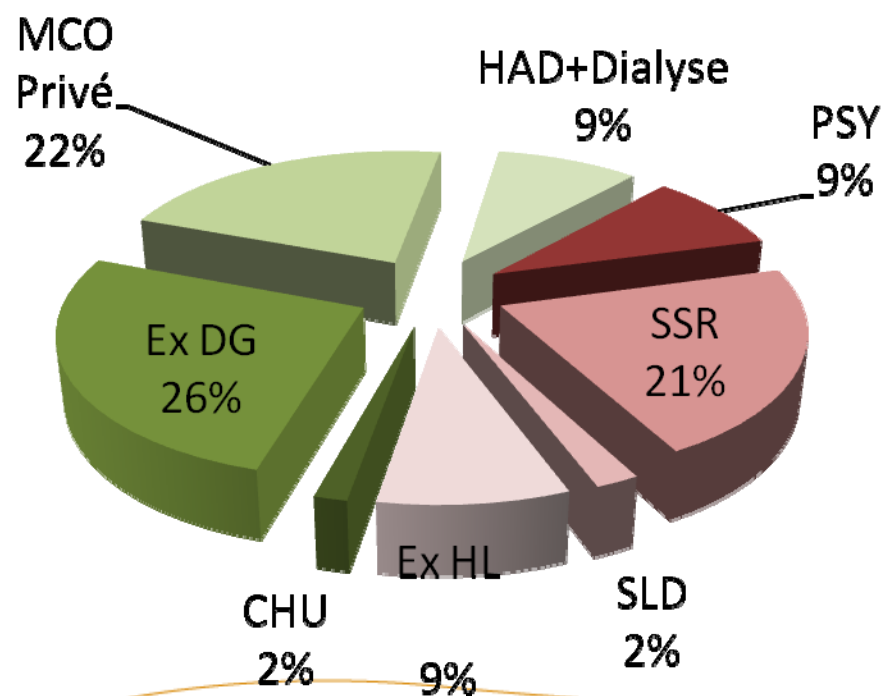
Mise en oeuvre

Région																		
Date de synthèse																		
Questions	Choix multiples	Etablissements signataires du CBU						Etablissements non signataires du CBU										
		MCO CHU	MCO CH	MCO ESPIC	MCO Privé	MCO HAD	MCO Dialyse	PSY public	PSY privé	PSY espic	SSR public	SSR privé	SSR espic	SLD public	SLD public	SLD public	Ex HL	
Typologie des établissements de la région (remplir chaque item par le nombre d'établissements)																		
Typologie des établissements participants à la présente enquête (remplir chaque item par le nombre d'établissements)																		
Niveau d'informatisation du circuit du médicament dans la région (remplir chaque item par le nombre d'établissements)	Prise en charge médicamenteuse (PEM) totalement informatisée de la																	
	PEM informatisée pour une partie au moins de la prescription à l'administration																	
	% moyen de lits informatisés (numérateur= nombre de lits et places bénéficiant du circuit informatisé du médicament (prescription - dispensation - administration) dénominateur=nombre de lits et places installés)																	
	Pas du tout																	
	En projet																	
Niveau d'informatisation du circuit du médicament des établissements répondeurs (remplir chaque item par le nombre d'établissements)	Prise en charge médicamenteuse (PEM) totalement informatisée de la prescription à l'administration																	
	PEM informatisée pour une partie au moins de la prescription à l'administration																	
	% moyen de lits informatisés (numérateur= nombre de lits et places bénéficiant du circuit informatisé du médicament (prescription - dispensation - administration) dénominateur=nombre de lits et places installés)																	
	Pas du tout																	
	En projet																	
Commentaires																		

- 2 types de questions
 - Questions générales sur la typologie des établissements
 - 19 questions relatives à l'arrêté du 6 avril 2011
- 26 régions questionnées
- Au 14 juin 2013 : retour de 18 régions
- Tous les établissements hors champ du médico social sont intégrés au questionnaire

Typologie des établissements participants

- 18 régions
- 1060 établissements participants sur 2033 (52,1%)
 - 625 signataires du CBU (59,0%)
 - 435 non signataires du CBU (41,0%)

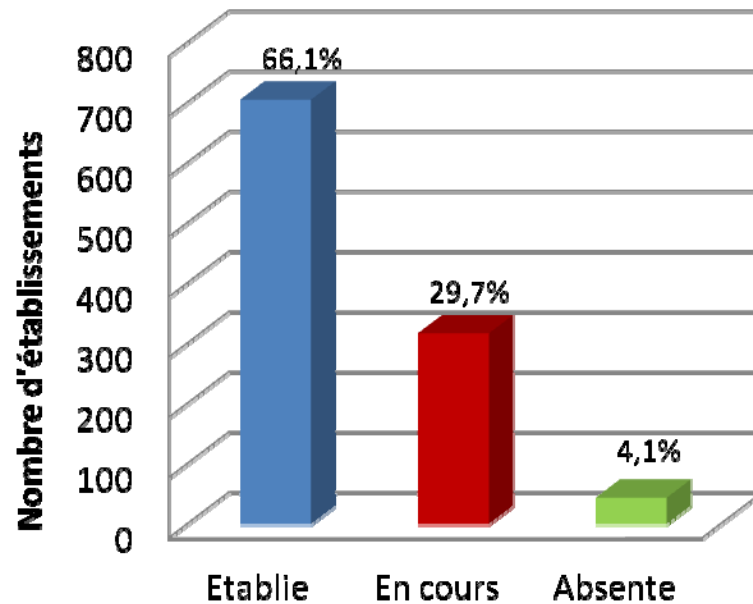


Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

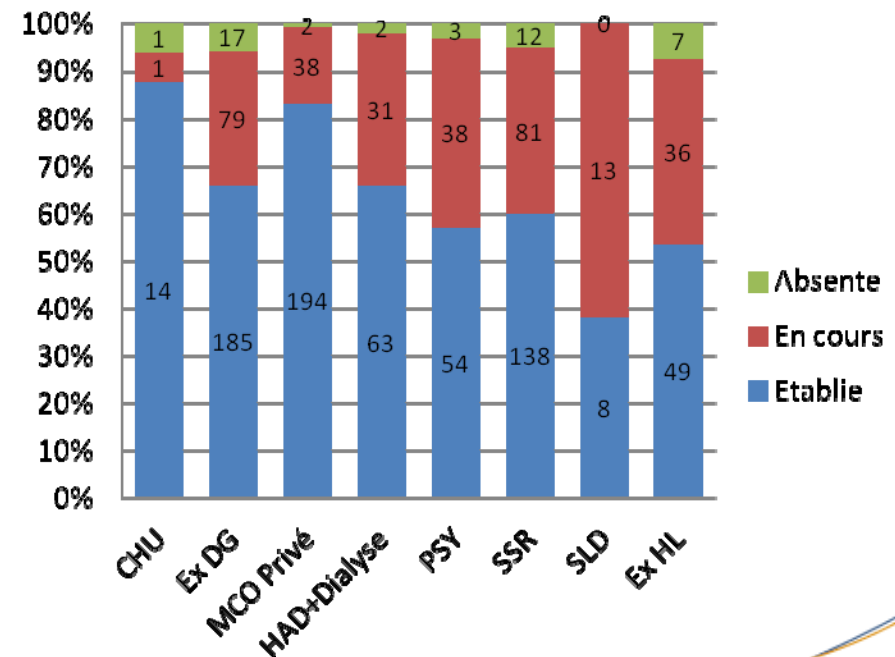
Article 3 de l'arrêté du 6 avril 2011
Délai d'application : avril 2013

- Mise en place d'une politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse

Ensemble des ES participants



Par type d'établissements

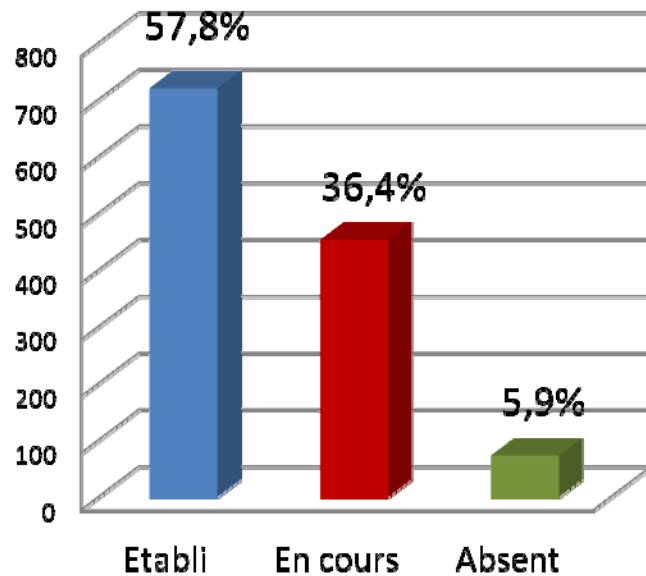


Programme d'actions en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles

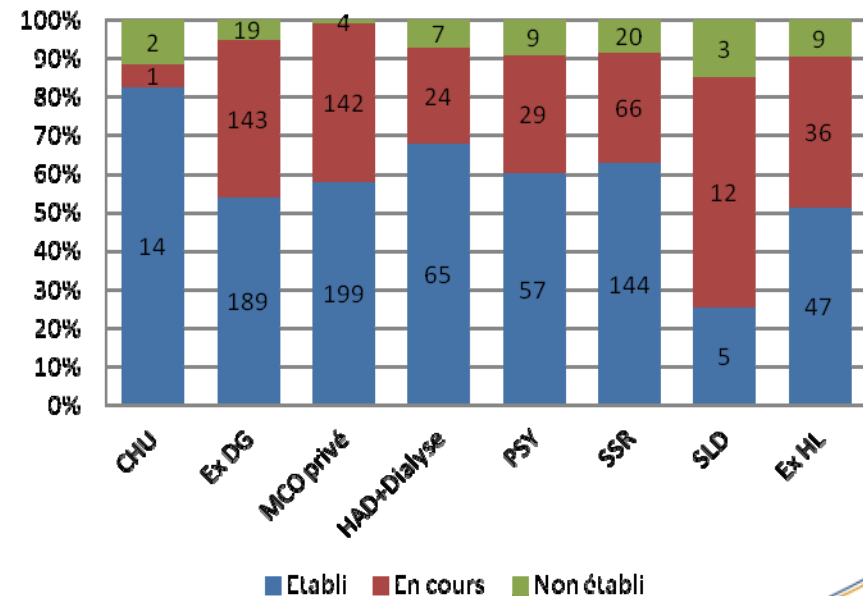
Article 4 de l'arrêté du 6 avril 2011
 Délai d'application : avril 2012

- Intégré au programme d'action d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- Assorti d'indicateurs de suivi qui tient compte des engagements qui font suite à la procédure de certification, des résultats des contrôles et inspections et du bilan des améliorations mises en oeuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables

Ensemble des ES participants



Par type d'établissements



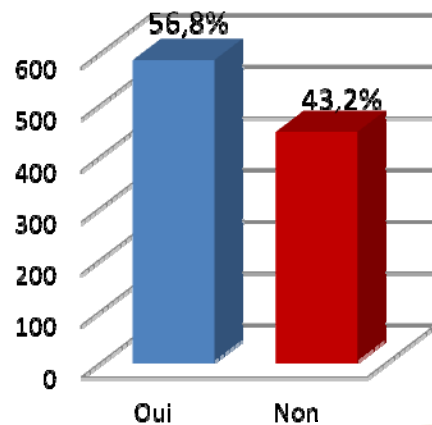
Actions prioritaires : « never events »

Définies dans le circulaire du 14 février 2012

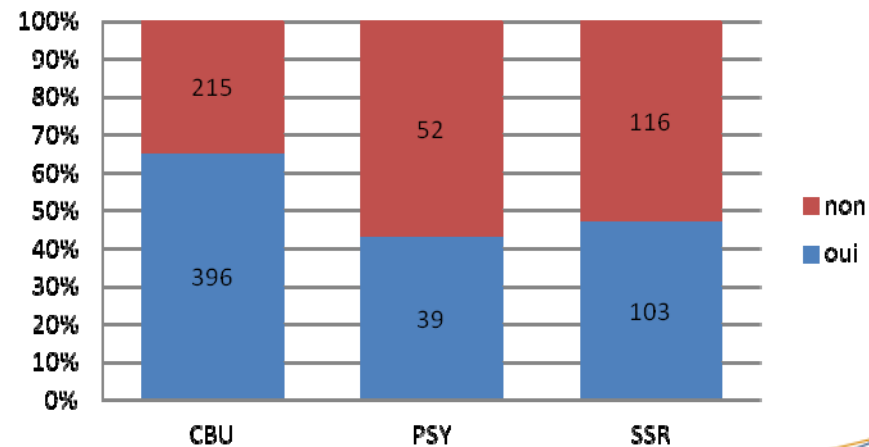
- Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants ;
- Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable ;
- Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles les modes de préparation est à risque ;
- Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse ;
- Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale ;
- Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale ;
- Erreur d'administration des anticancéreux notamment en pédiatrie ;
- Erreur d'administration d'insuline ;
- Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire ;
- Erreur d'administration de gaz à usage médical ;
- Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...) ;
- Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (exemple : unidoses de sérum physiologique, solution antiseptique...) notamment à la maternité ou en pédiatrie.

- La liste des « never events » figure t-elle parmi les actions d'amélioration prioritaires?

Ensemble des ES participants



Par type d'établissements

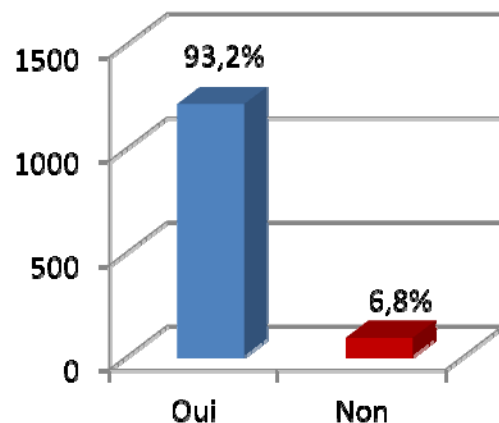


Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ)

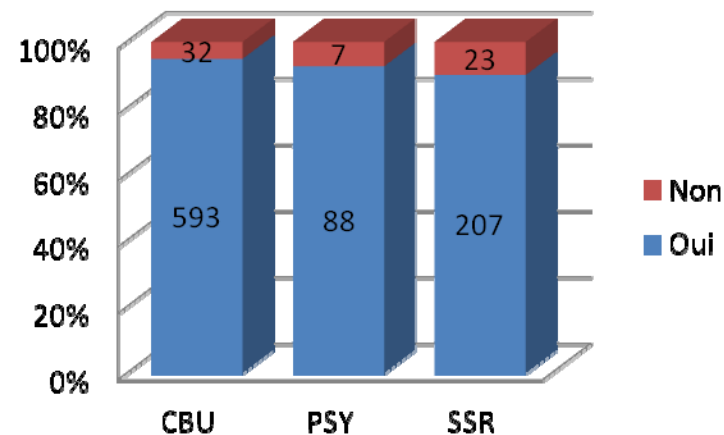
▪ Nomination du RSMQ

Article 5 de l'arrêté du 6 avril 2011
Délai d'application :
Avril 2012

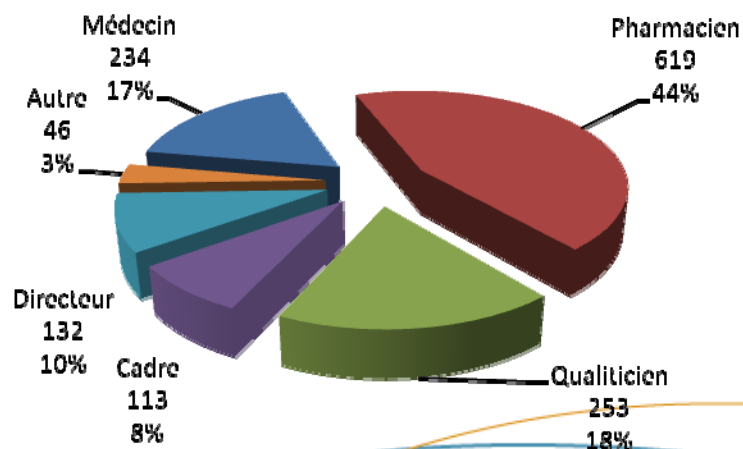
Ensemble des ES participants



Par type d'établissements



▪ Fonction du RSMQ

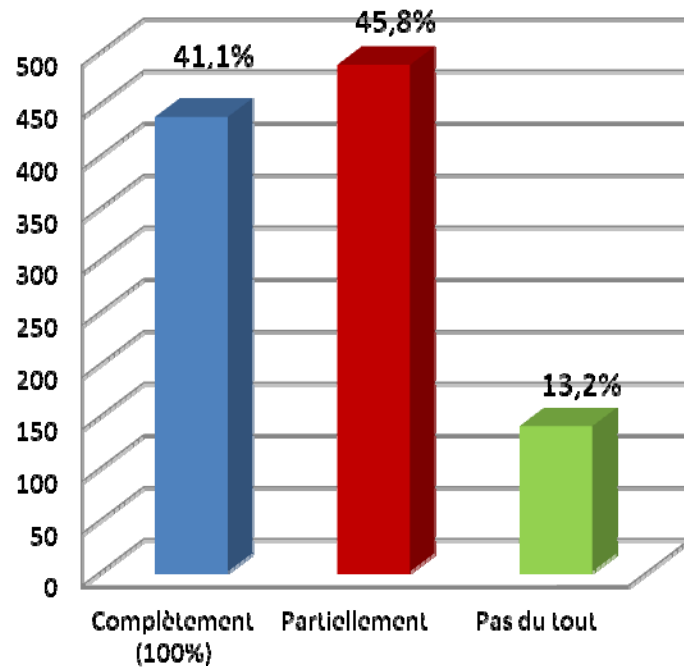


15,5% des RSMQ sont aussi coordinateurs de la gestion des risques

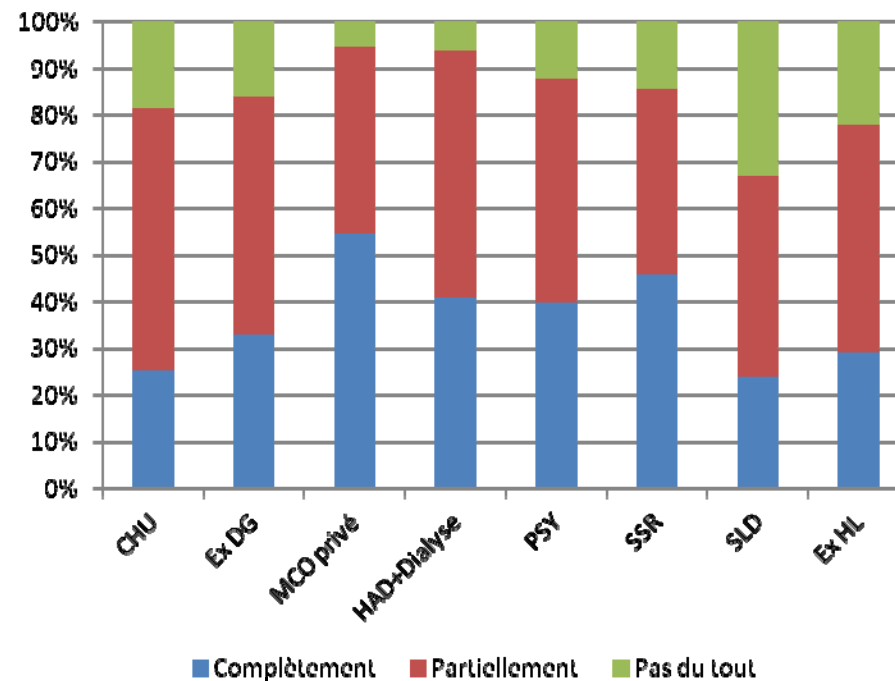
Formalisation des responsabilités, des autorités et les délégations de responsabilité de chaque acteur impliqué

Article 7 de l'arrêté du 6 avril 2011
Délai d'application : Avril 2012

Ensemble des ES participants



Par type d'établissements

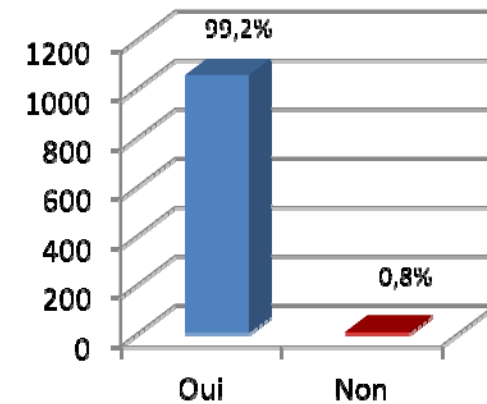


Dispositif de déclaration interne des événements indésirables, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements

Article 9 de l'arrêté du 6 avril 2011
 Délai d'application : octobre 2012

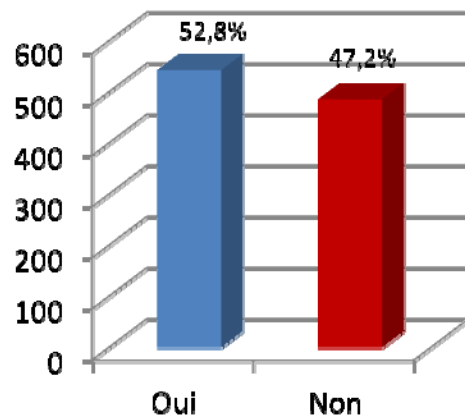
- Existe-t-il un dispositif de déclaration interne?

Ensemble des ES participants

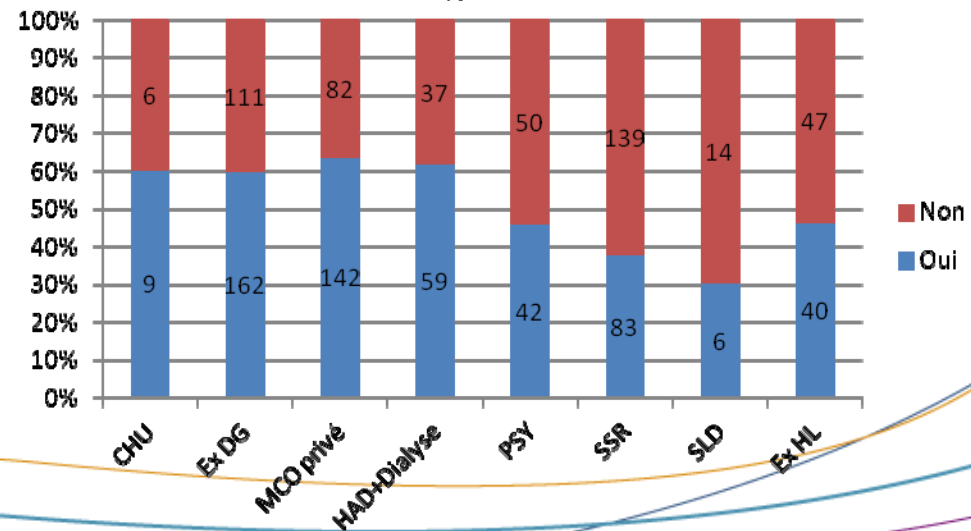


- Engagement de non poursuite des déclarants

Ensemble des ES participants



Par type d'établissements

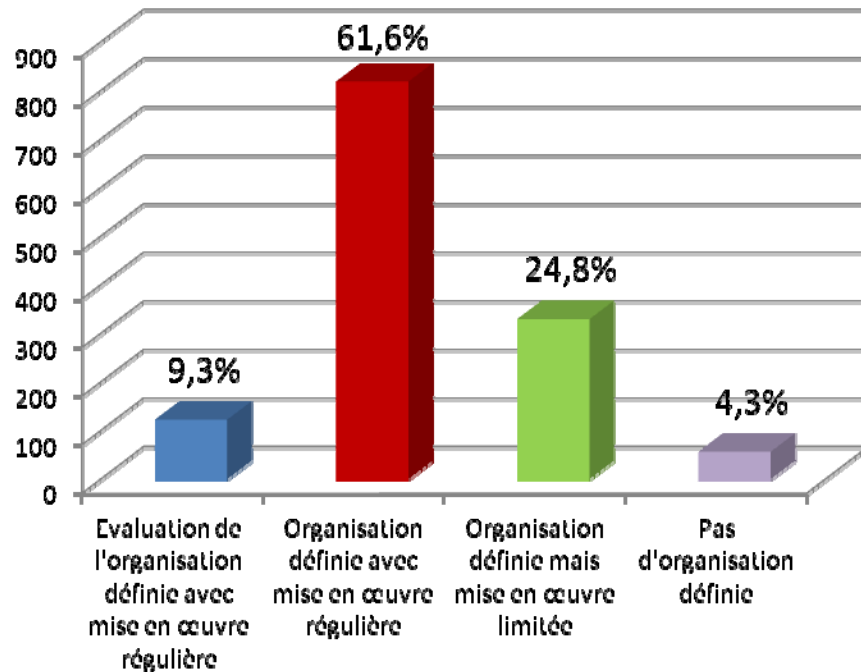


Analyse des évènements *a posteriori*

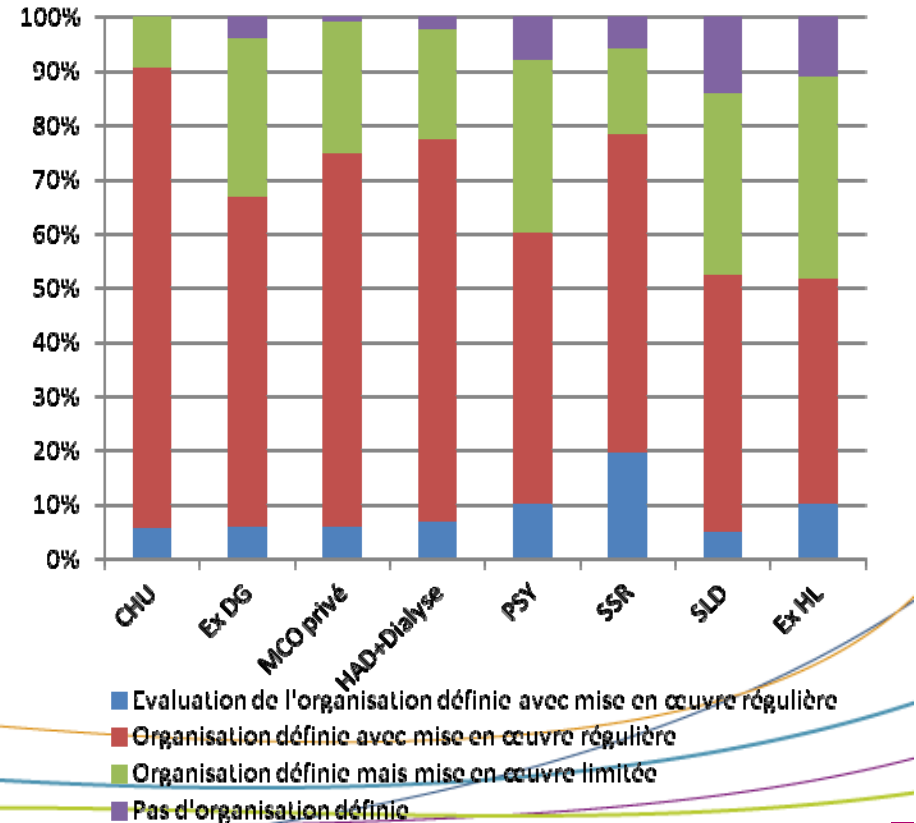
Article 10 de l'arrêté du 6 avril 2011
Délai d'application : octobre 2012

■ Analyse des évènements *a posteriori*

Ensemble des ES participants

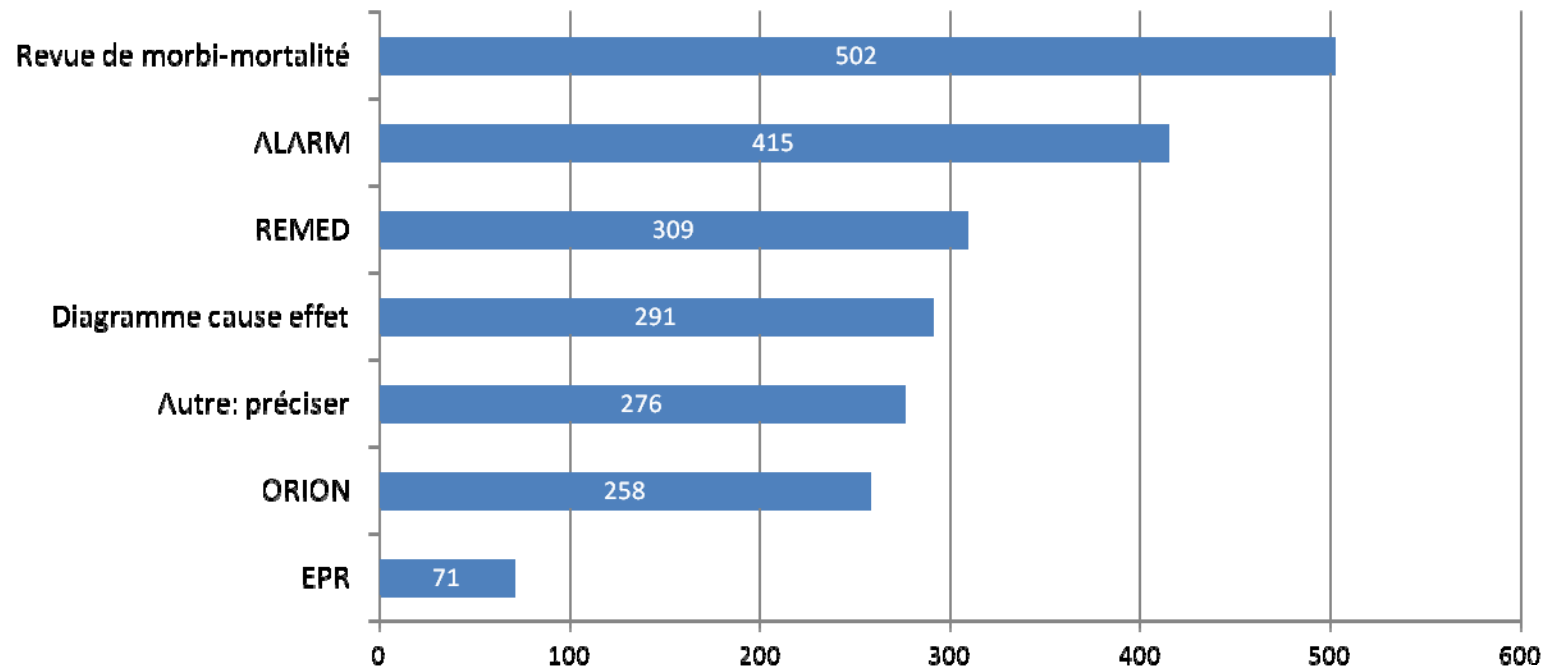


Par type d'établissements



Méthodologies employées pour l'analyse des événements *a posteriori*

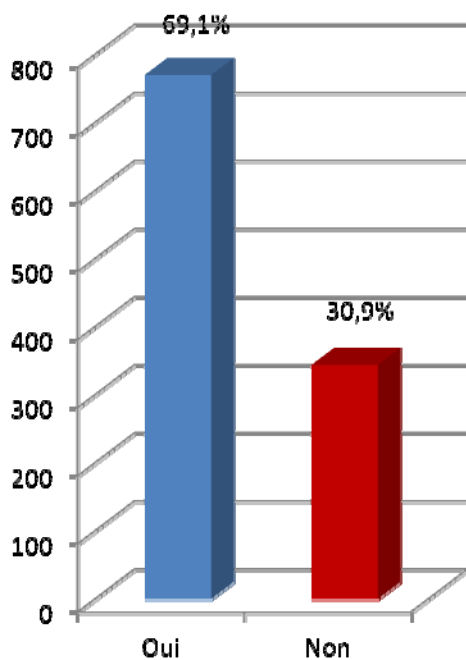
Méthodologies employées pour l'analyse des événements à posteriori



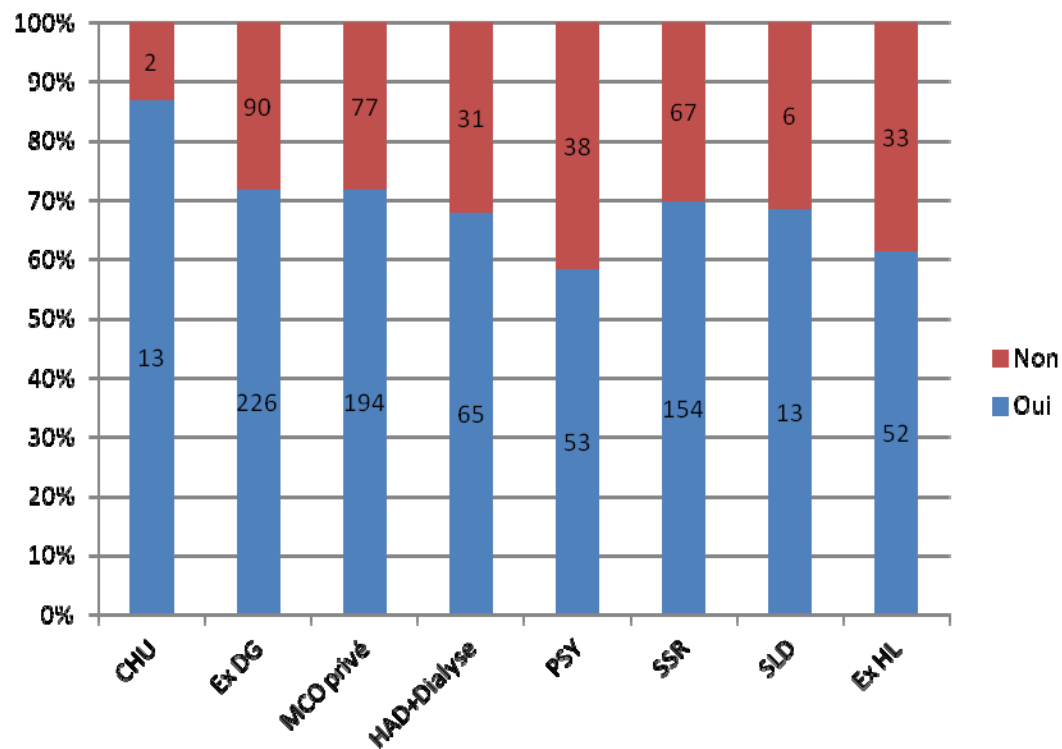
Autres méthodes citées : ENEIS, CECCQA, 5M, AMDEC, Ishikawa, 5 pourquoi, REASON, ACRES, AUDIT, CREX, arbre des causes, RHEI, XEPP, MAIL, RECUPERARE-SANTE...

Evolution des déclarations des événements indésirables, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements

Ensemble des ES participants



Par type d'établissements

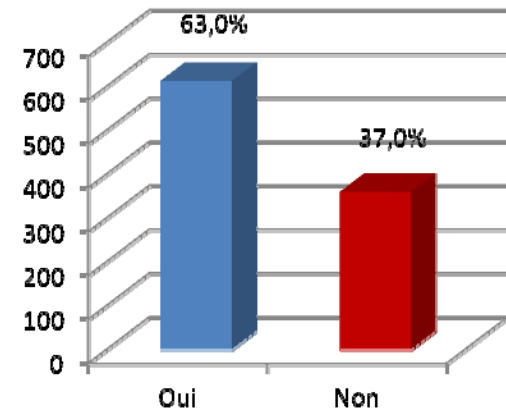


Engagement à l'organisation de retour d'expérience dans le cadre de l'instruction du 28 septembre 2012

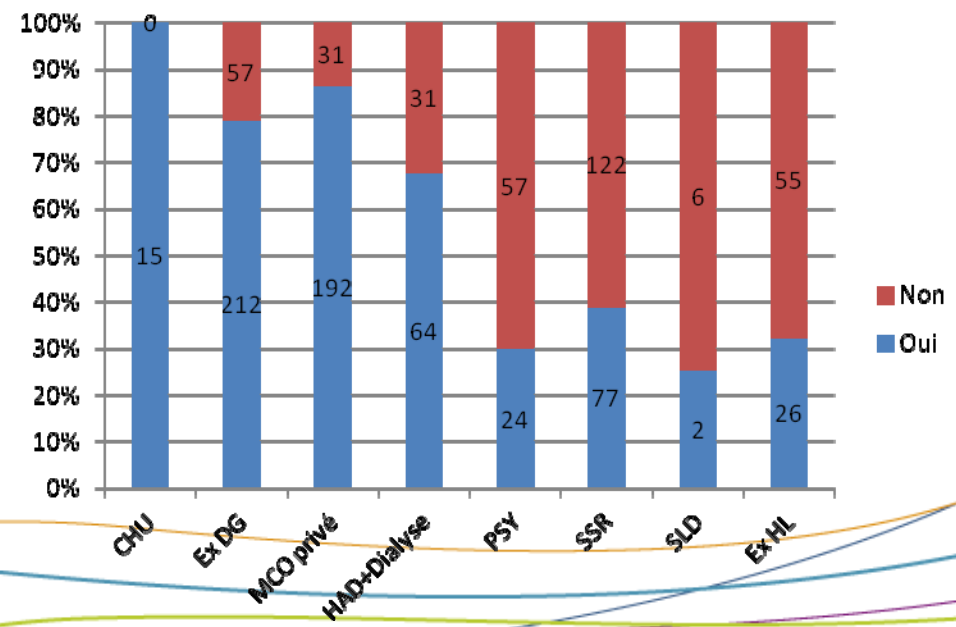
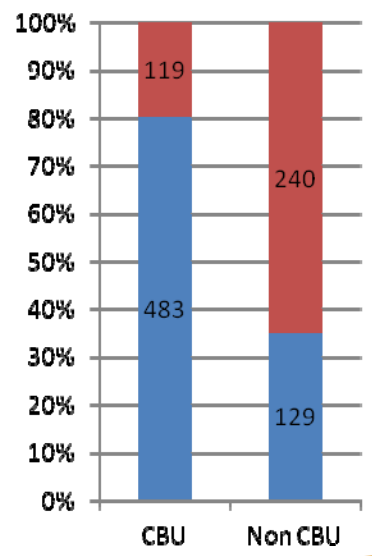
Exigences de la certification v2010 des ES
AC déléguée dans le cadre de la LFSS 2012

➤ moins d'établissements répondeurs : 971 sur 1060 (91,6%)

Ensemble des ES participants

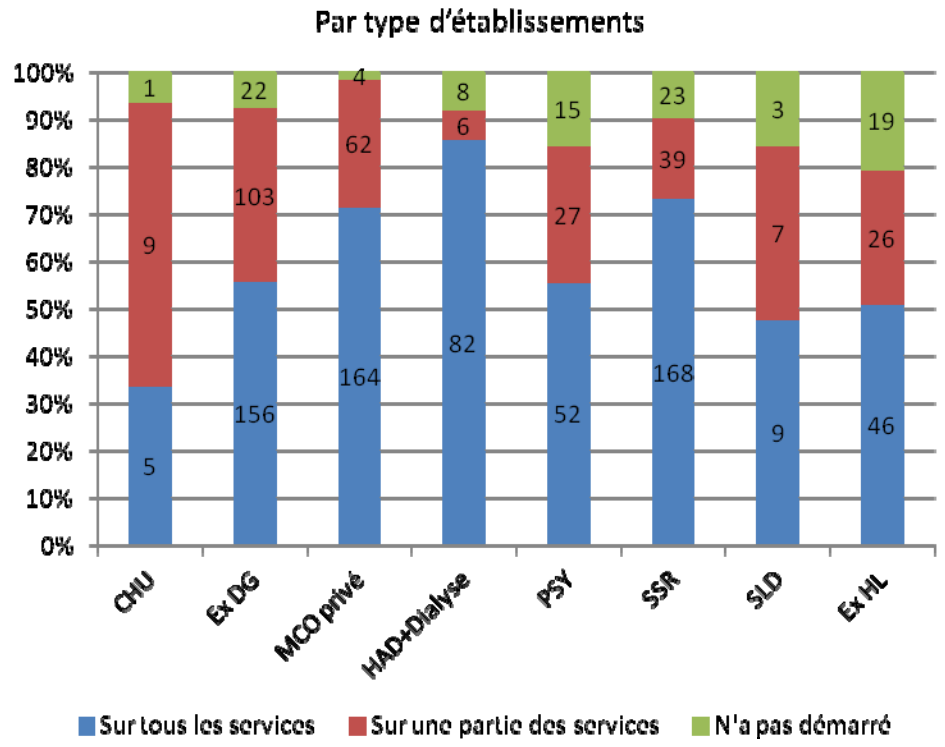
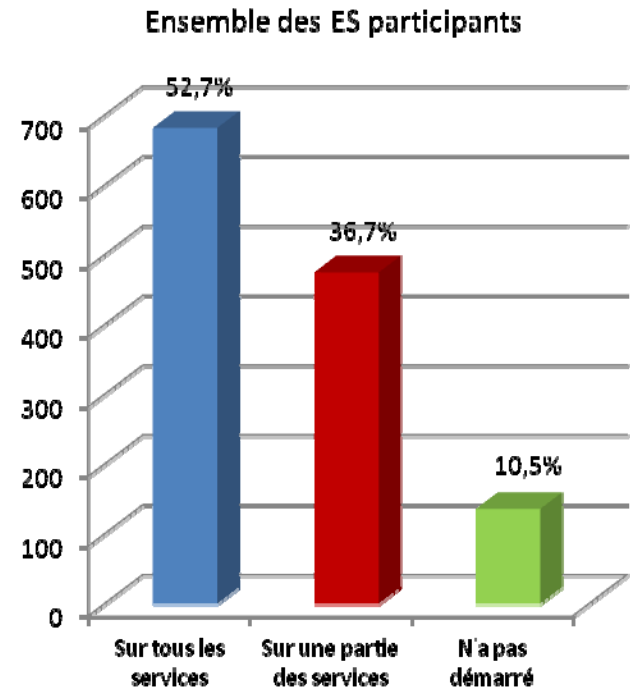


Par type d'établissements



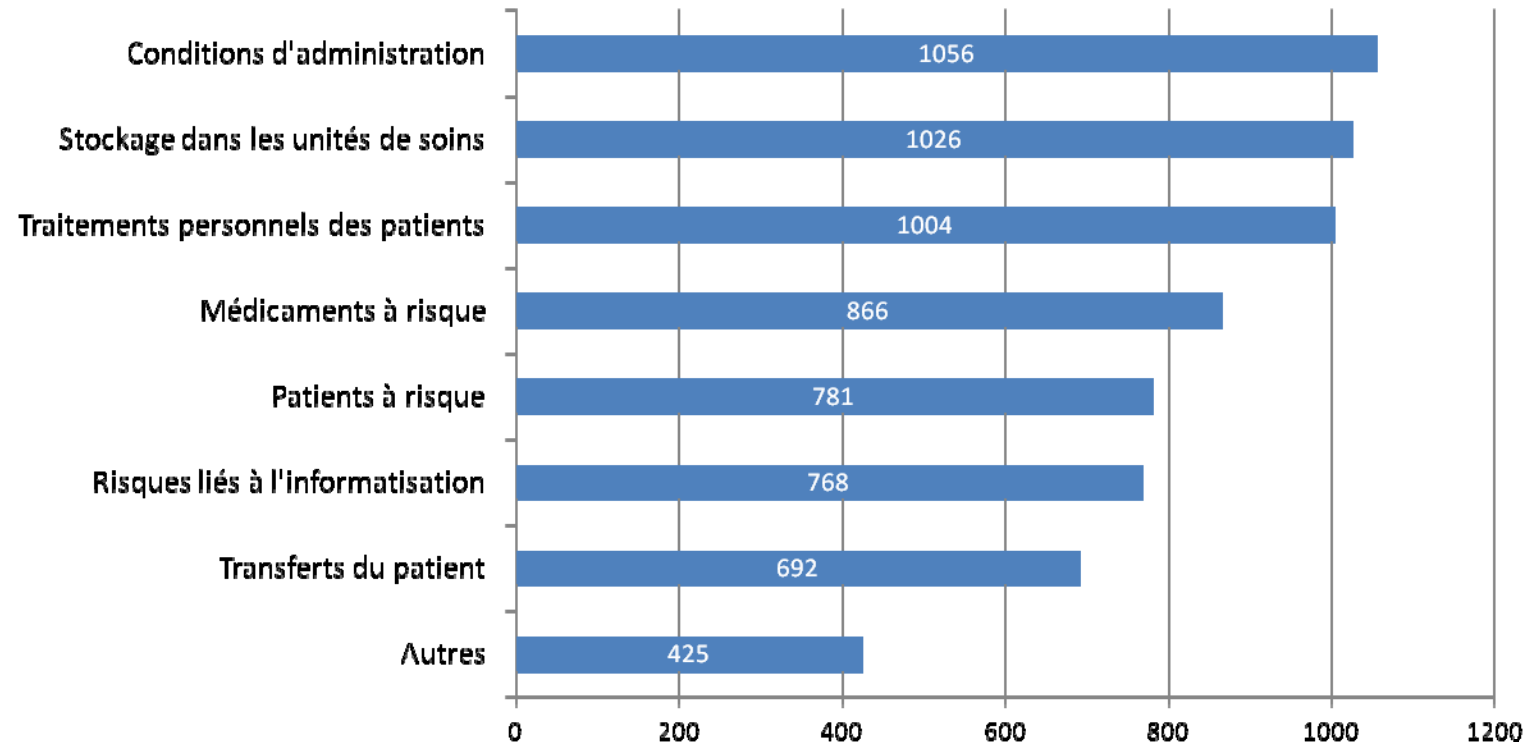
Etude des risques *a priori*

Article 8 de l'arrêté du 6 avril 2011
 Délai d'application : octobre 2012



Critères intégrés dans l'étude de risques *a priori*

Critères intégrés dans l'étude de risques *a priori*

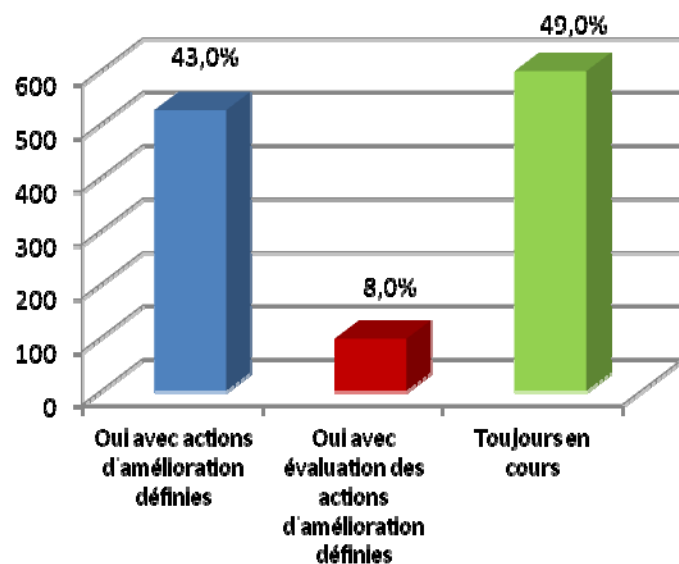


Autres critères cités : prescription, approvisionnement, identité patient, organisation...

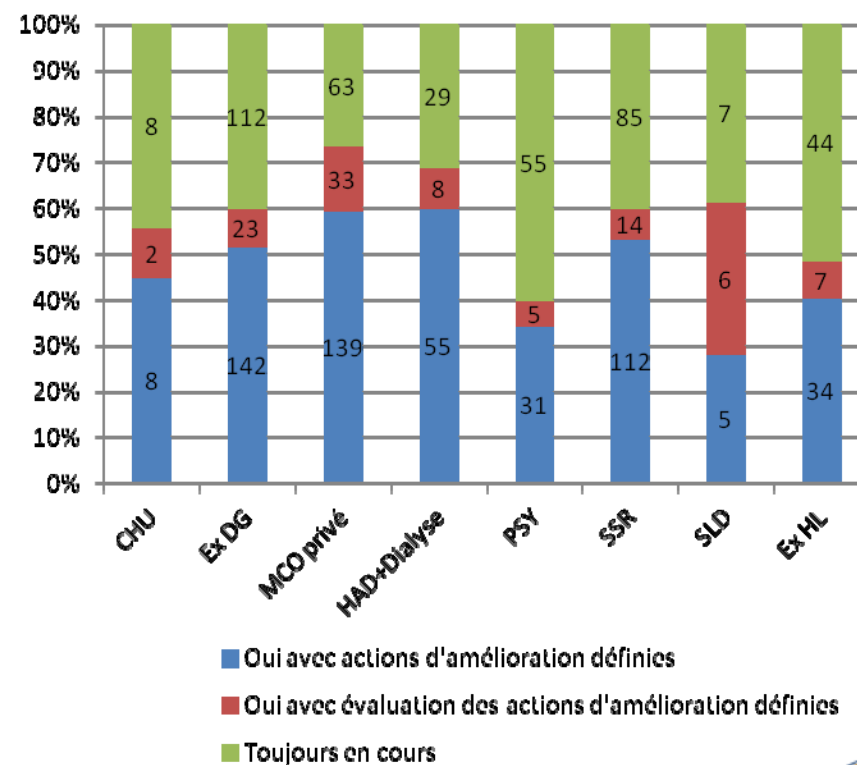
1^{ères} démarches d'analyses de risques *a priori*

Article 8 de l'arrêté du 6 avril 2011
 Délai d'application : octobre 2012

Ensemble de ES participants

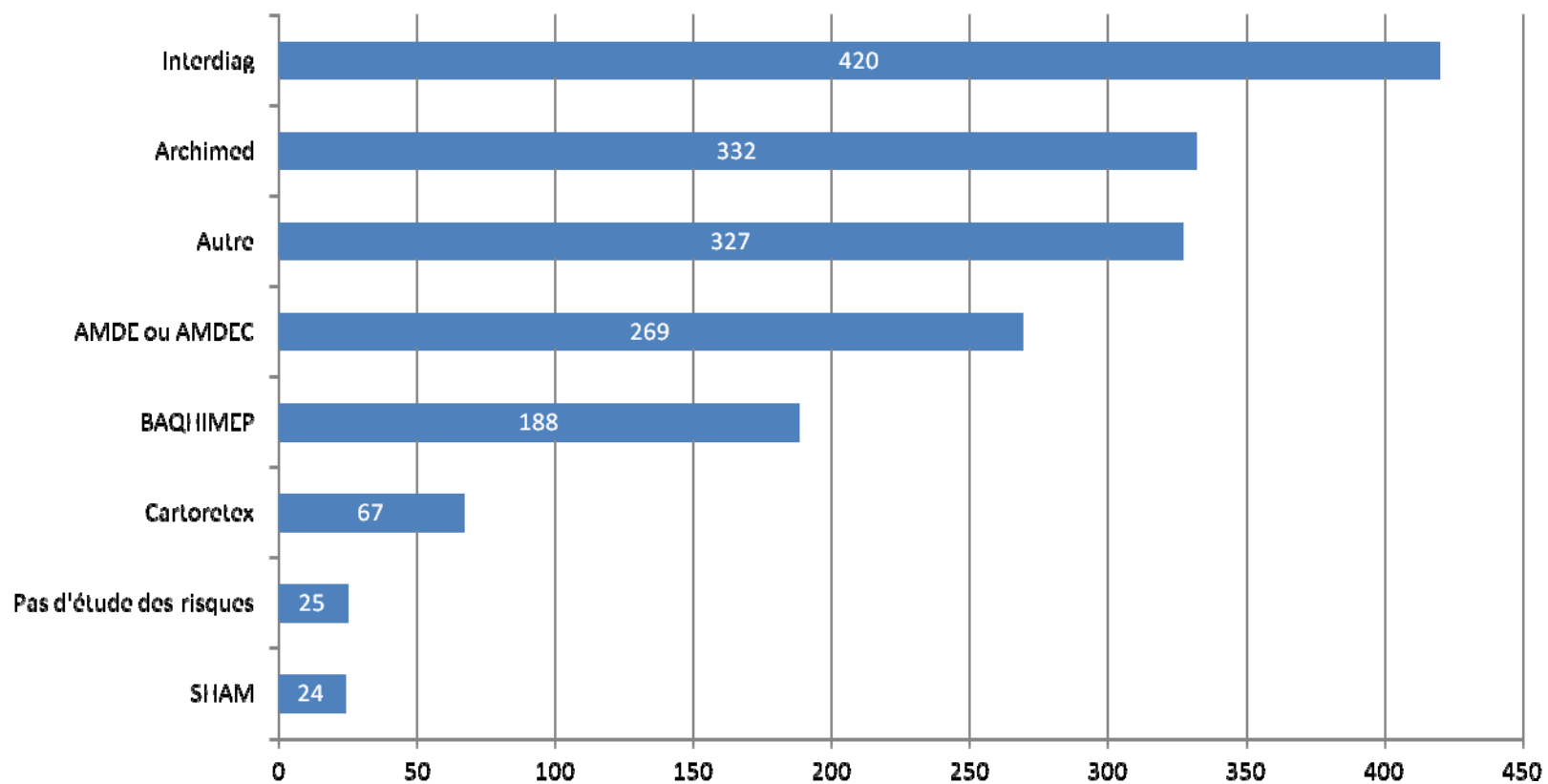


Par type d'établissements



Méthodologies employées pour les études de risques *a priori*

Méthodologies employées pour les études de risques *a priori*



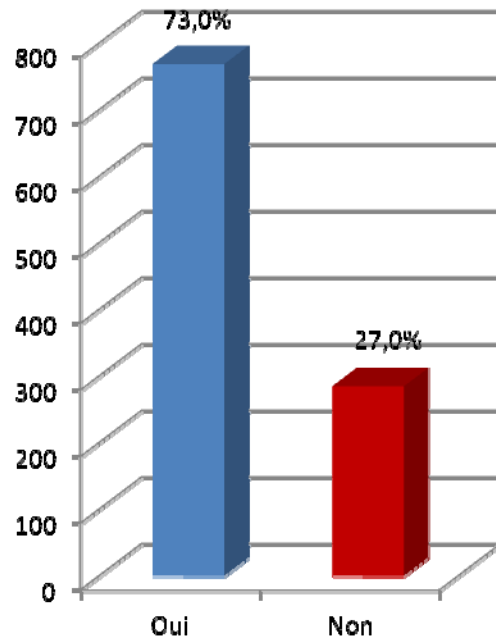
Autres méthodes citées : APR, analyse préliminaire des causes...

Formations spécifiques

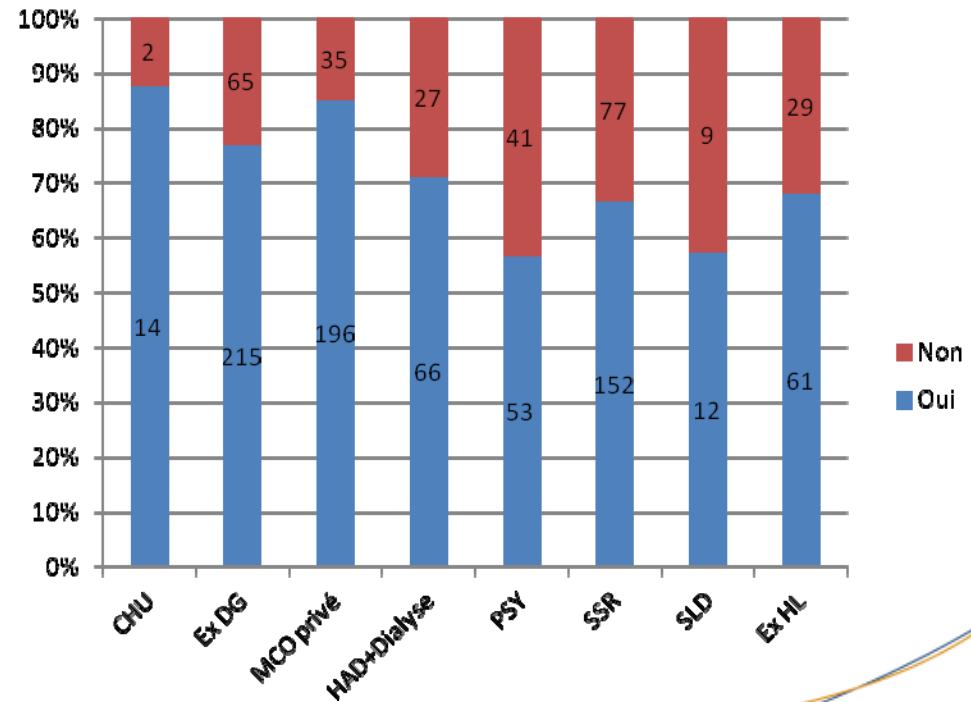
Article 7 de l'arrêté du 6 avril 2011
Délai d'application : Avril 2013

- Plan de formation pluriannuel
- Pour tous nouveaux arrivants
- Lors de la mise en place d'une nouvelle procédure ou mode opératoire

Ensemble des ES participants



Par type d'établissements



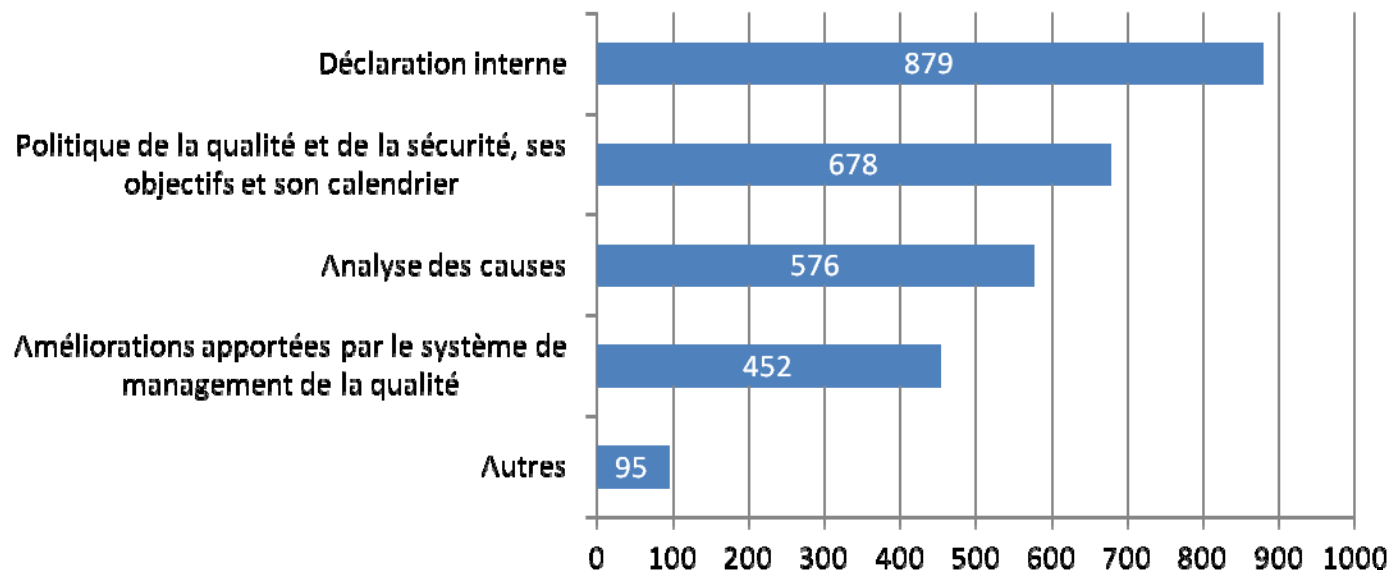
Communication interne relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

Article 12 de l'arrêté du 6 avril 2011
Délai d'application : Avril 2012

OBJECTIFS

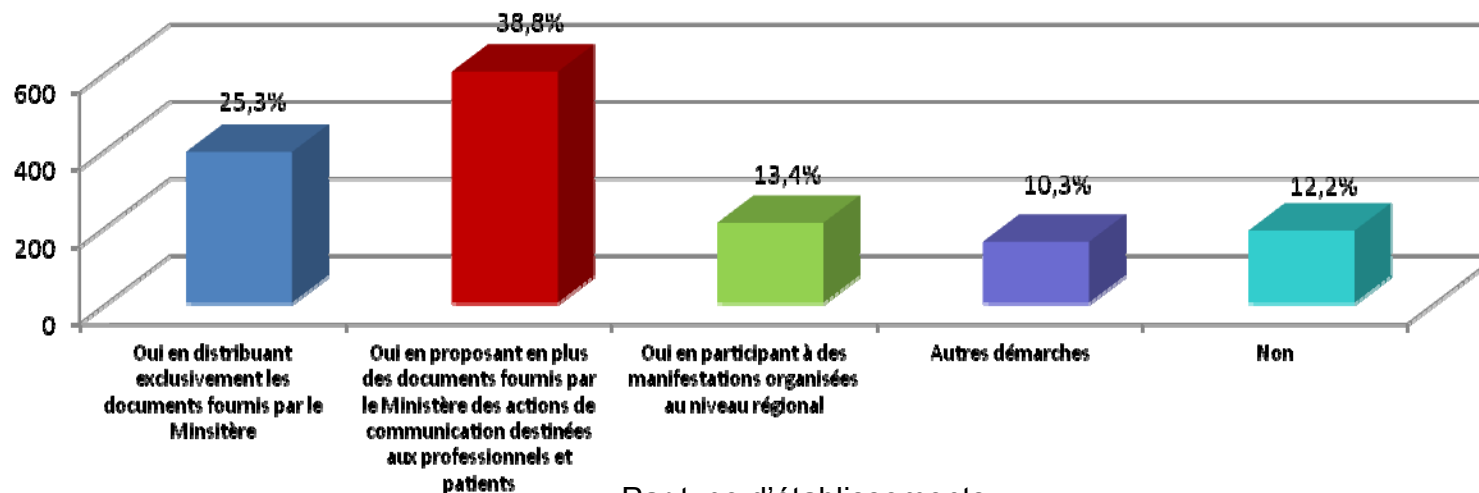
- Favoriser la déclaration interne des événements indésirables
- Promouvoir l'analyse des causes liées aux déclarations internes
- Faire connaître au personnel les améliorations apportées
- Susciter l'intérêt du personnel et son implication dans le partage de retour d'expérience

Ensemble des ES participants



Participation à la semaine sécurité des patients 2012

Ensemble des ES participants



Par type d'établissements

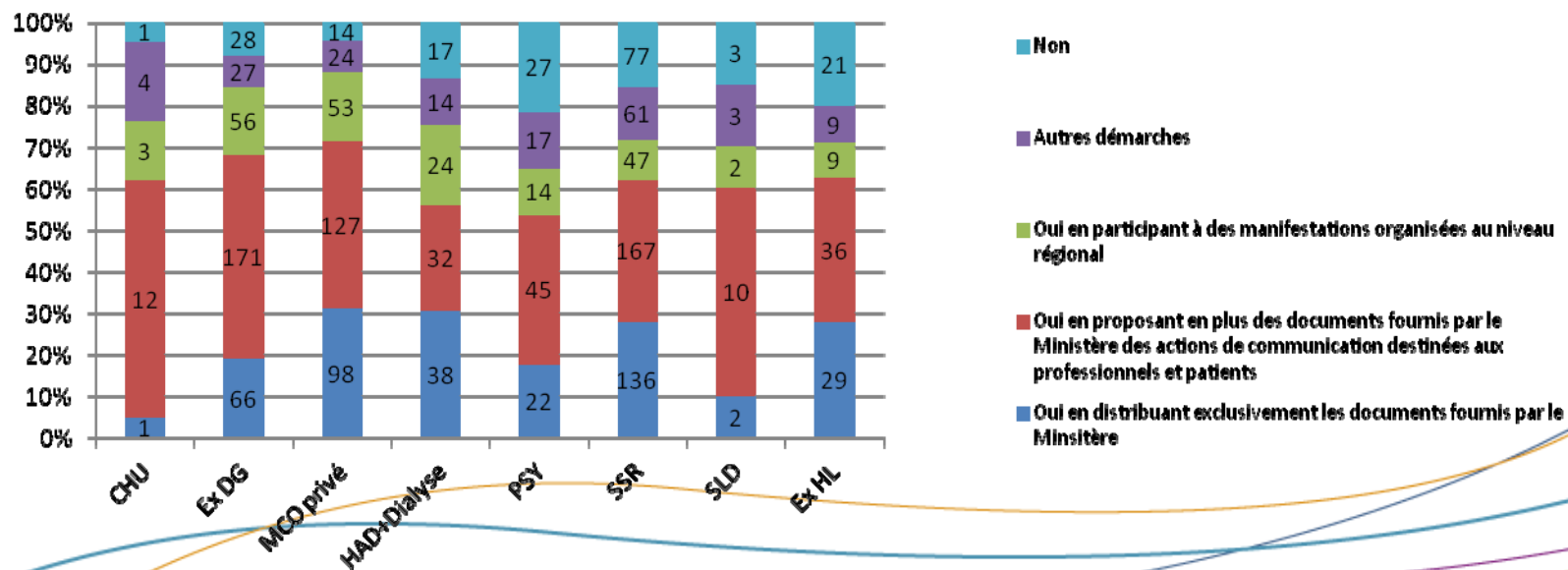


Tableau récapitulatif

NATURE DE L'ARTICLE	DÉSIGNATION DE L'ARTICLE	DÉLAIS D'APPLICATION après publication	CBU	Non CBU	TOTAL
Système de management de la qualité (SMQ) : exigences générales	Article 3	Au plus tard deux ans	96%	95%	96%
Engagement de la direction dans le cadre du SMQ	Article 4	Au plus tard un an	96%	91%	94%
Dispositions organisationnelles (nomination du RSMQ)	Article 5	Au plus tard un an	95%	88%	93%
Système documentaire. — Maitrise du système documentaire	Article 6	Au plus tard deux ans			
Responsabilité et formation du personnel	Article 7	Responsabilité : au plus tard un an	89%	83%	87%
		Formation du personnel : au plus tard deux ans	79%	64%	73%
Etude des risques encourus lors de la prise en charge médicamenteuse	Article 8	Au plus tard dix-huit mois	53%	47%	51%
Déclaration interne des événements indésirables, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse en vue de leur analyse et de la détermination des actions d'amélioration	Article 9	Au plus tard dix-huit mois	100%	99%	99%
Formalisation de l'organisation adoptée pour traiter les déclarations internes en vue d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse	Article 10	Au plus tard dix-huit mois	98%	92%	96%
Planification des actions d'amélioration	Article 11	Au plus tard dix-huit mois			
Communication	Article 12	Au plus tard un an			quasi-totalité
Dispositions applicables à l'ensemble des médicaments	Article 13	Immédiate			
Dispositions particulières concernant les médicaments classés comme stupéfiants	Article 14	Immédiate			

- Taux de participation des ES important (et des OMEDIT)
- Résultats de l'enquête concordants avec le bilan des inspections régionales
- Mesures mises en application pour la grande majorité des ES ayant participé à l'enquête
- Très forte implication des ES, signataires **et** non signataires du CBU
- Effort à poursuivre notamment pour :
 - la réalisation des analyses de risques *a priori*
 - la formation du personnel

- Réaliser un retour d'expérience avec les OMEDIT, HAS, ANSM, ANAP, DAC (groupe « historique » de travail) pour étudier les opportunités :
 - d'actions d'accompagnement, de formation
 - de mise à disposition de nouveaux outils
 - d'évolution de la certification des établissements
 - d'évolution de la contractualisation

- Mise en œuvre d'une évaluation relative à la délégation financière des retours d'expérience

- Travaux à mener avec l'ANSM sur le bilan des déclarations auprès du guichet erreur médicamenteuse en lien avec la HAS



Bilan régional de la Certification V2010

Brigitte LECOMTE
Qualificienne Pôle Appui à la Performance

Vendredi 11 septembre 2014

➤ **En région Centre :**

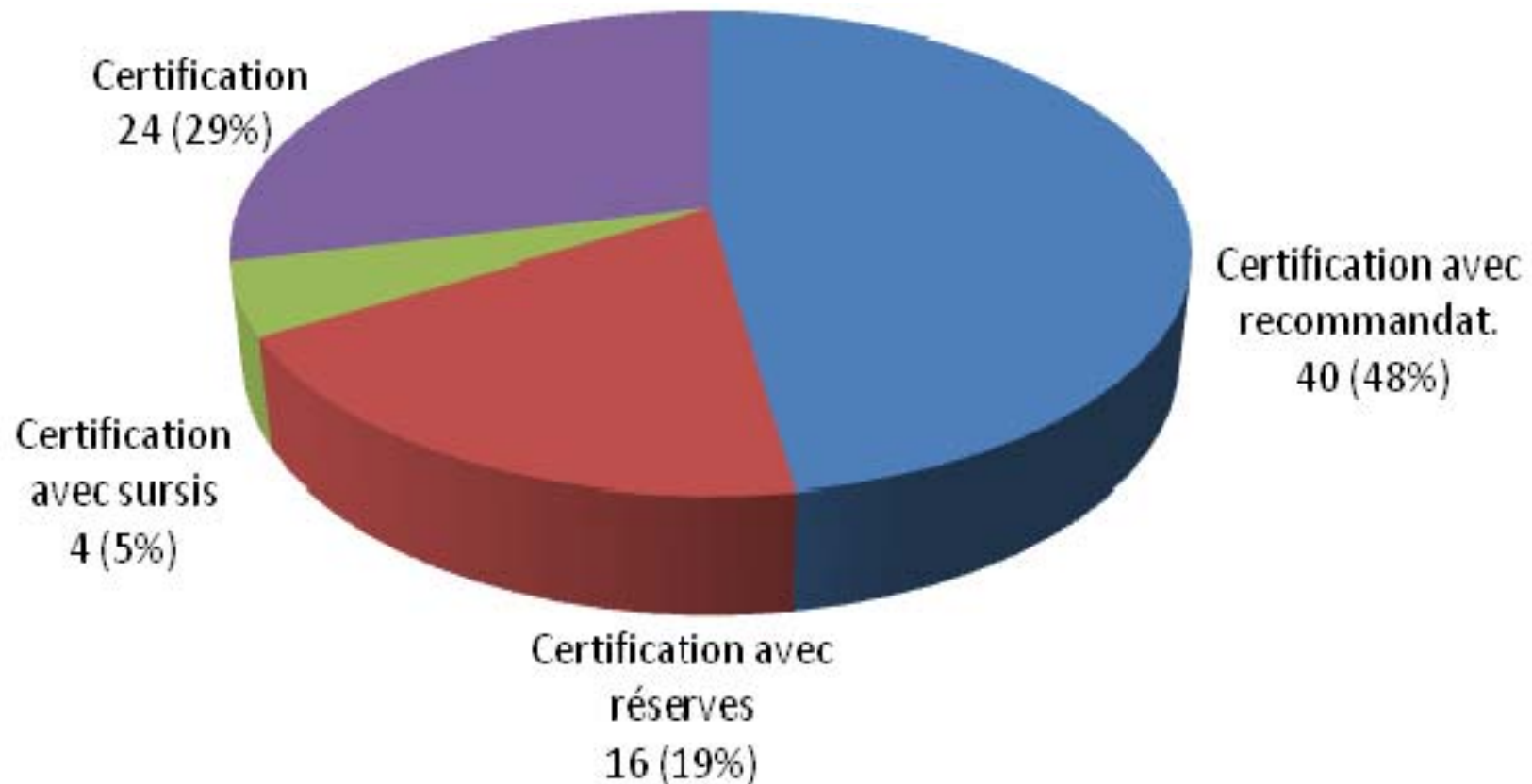
110 établissements engagés au départ dans la démarche de certification V 2010

➤ **Mars 2014 :**

- 84 établissements disposent de leurs résultats
- 15 établissements en attente des résultats
- 6 établissements en attente de la visite initiale

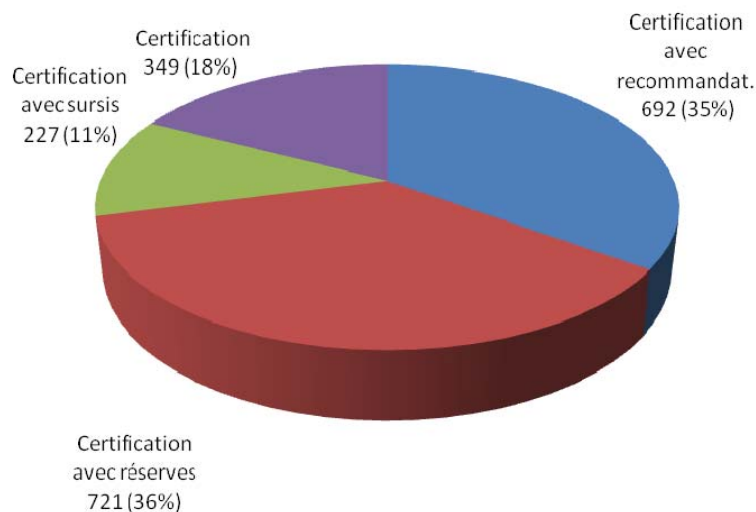


Répartition des niveaux de certification en Région Centre – mars 2014 (84 établissements) :

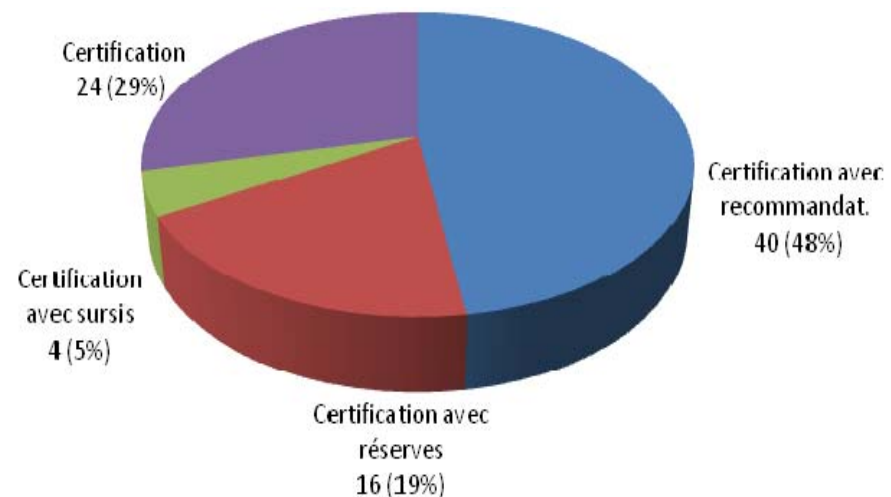


Résultats comparatifs National / Centre

Répartition des niveaux de certification – mars 2014 :

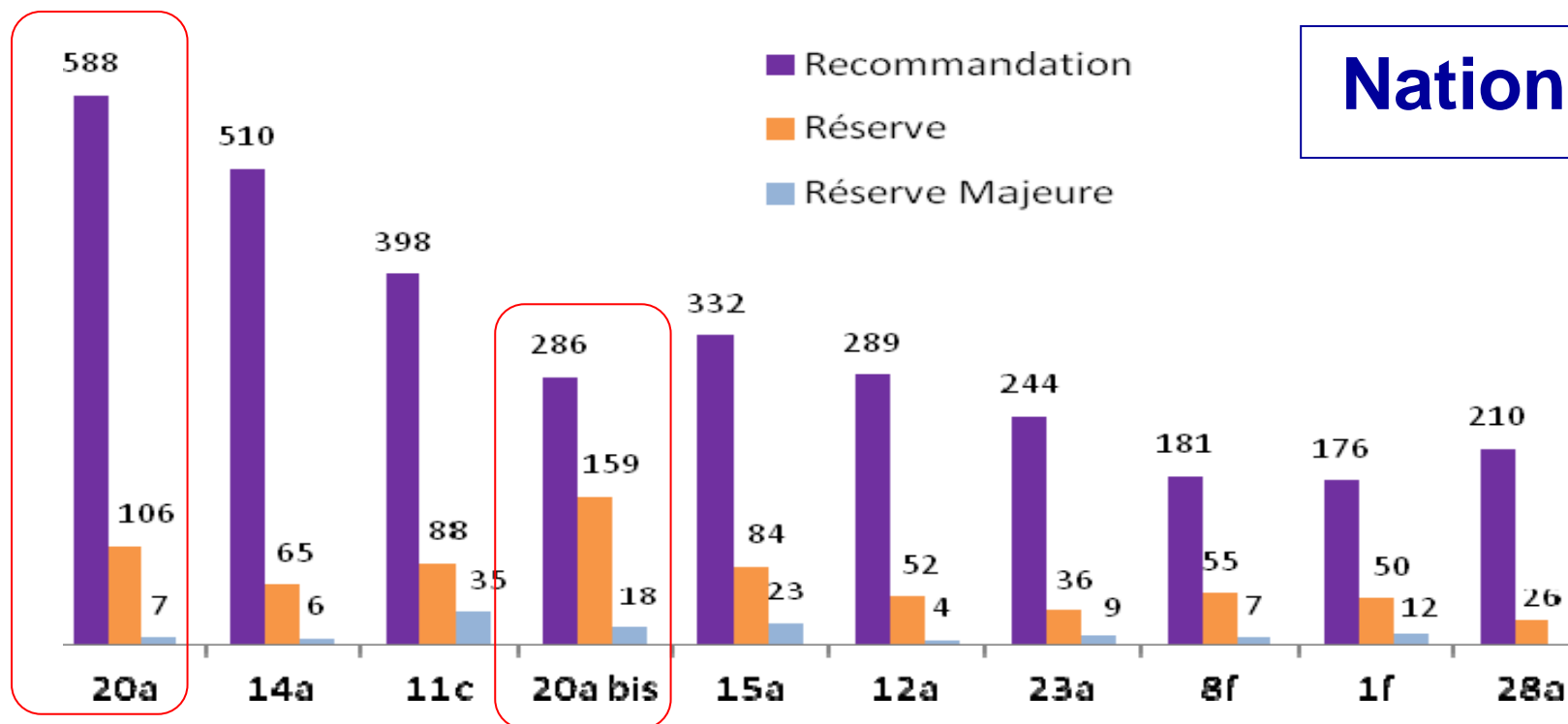


National (1997 ES)
(Certification et Actualités N°13)
avril-juin 2014



Centre

National



Critères PEP :

20a et 20a bis : Management de la PEC médicamenteuse du patient et PEC médicamenteuse du patient

14a : Gestion du Dossier du Patient

15a : Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

12a : Prise en Charge de la douleur

8f : Gestion des Evènements Indésirables

1f : Politique et organisation de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles

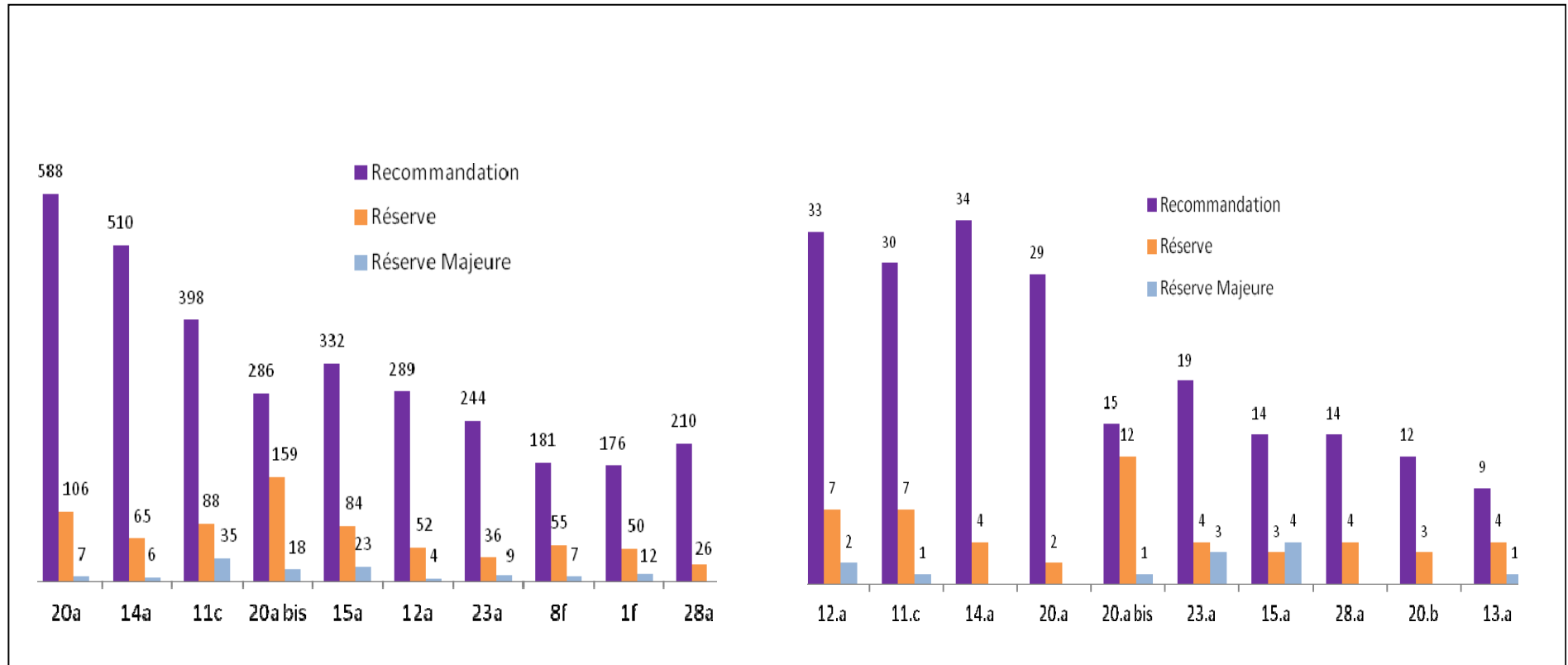
Autres critères :

11c : Information du patient en cas de dommage lié aux soins

23a : Education Thérapeutique du Patient

28a : Mise en œuvre des démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles

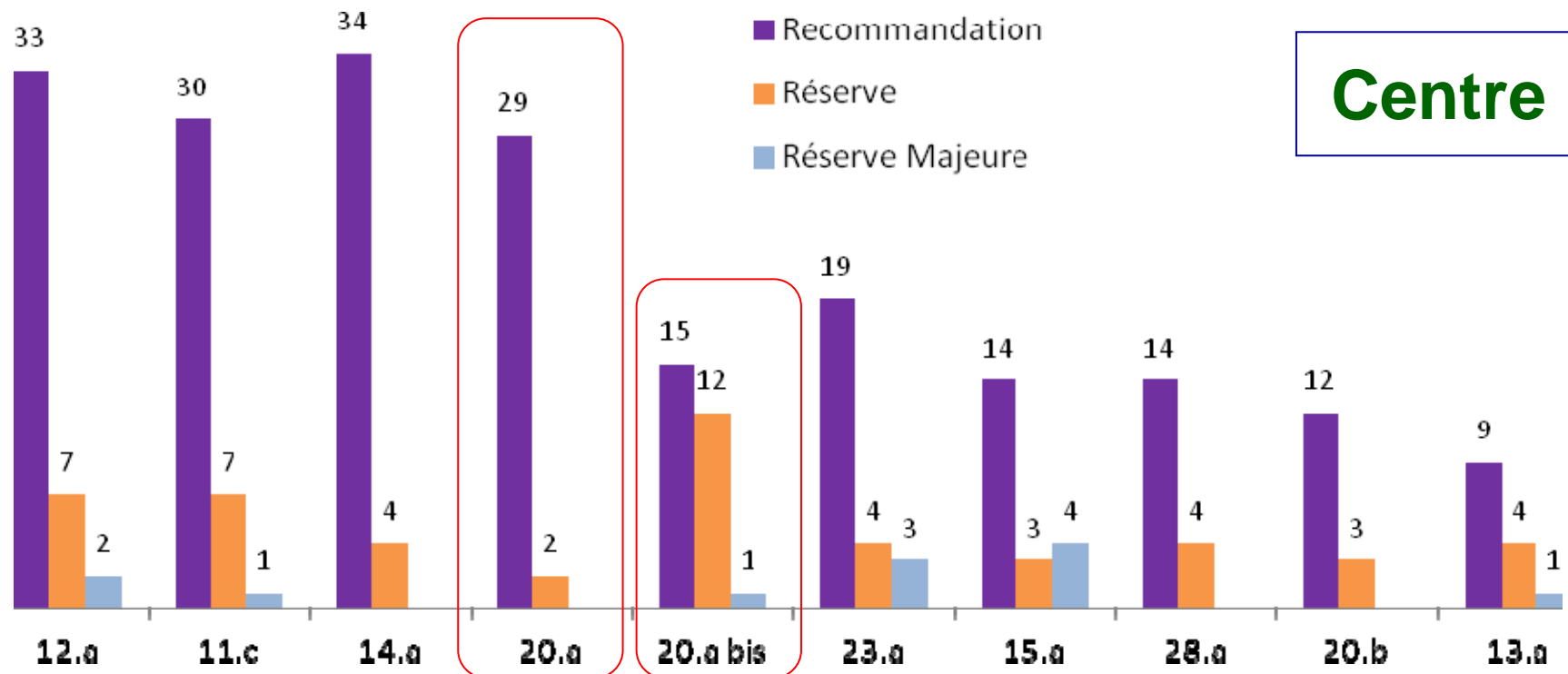
Top 10 des critères les plus concernés par les décisions : National / Régional



National

(Certification et Actualités N°13
avril-juin 2014)

Centre



Critères PEP :

12a : Prise en charge de la douleur

14a : Gestion du Dossier du Patient

20a et 20a bis : Management de la PEC médicamenteuse du patient et PEC médicamenteuse du patient

15a : Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

13a : Prise en charge et droit des patients en fin de vie

Autres Critères :

11c : Information du patient en cas de dommage lié aux soins

23a : Education Thérapeutique du Patient

28a : Mise en œuvre des EPP

20b : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Référence 20 « PEC médicamenteuse » :

3 critères :

- 20a : Management de la Prise En Charge Médicamenteuse du patient (Pratique Exigible Prioritaire)
- 20a bis : Prise En Charge Médicamenteuse du patient (Pratique Exigible Prioritaire) **Majorité de réserves !**
- 20 b : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé



Points à améliorer sur le critère 20a :

- **Politique (inexistante : citée 4 fois)**
- **Logiciel de prescription non utilisé**
- **Formation sur le risque d'erreurs médicamenteuses**
- **Analyse des indicateurs, des erreurs : réalisation de CREX**
- ***Maîtrise de la sécurité de l'administration (20abis?)***
- ***Limitation d'accès à la pharmacie (20abis?)***
- ***Action sur la pertinence des prescriptions (20abis?)***
- ***Analyses pharmaceutiques réalisées en ville (20abis?)***
- **Pas de référent pharmaceutique dans les unités de soins (20a ou 20abis ?)**

Points à améliorer sur le critère 20a bis :

- **Règles de prescription non formalisées**
- **Pas de support unique de prescription**
- **Pas de validation systématique des ordonnances**
- **Pas de priorité d'analyse médicamenteuse**
- **Transport non sécurisé**
- **Analyse pharmaceutique non traçée**
- **Pas de double vérification pour les médicaments à risque**
- **Pas d'identification des piluliers**
- **Distribution sans vérification de l'identité**
- **Pas de traçabilité de l'administration ou a posteriori**
- **Prise de médicaments non contrôlée**
- **Information du patient non structurée ou absente**
- **Absence d'audit du circuit du médicament et donc aucune action**

Conclusion :

- **Positionnement correct de la région Centre par rapport au national**
- **Démarche qualité de la PEC médicamenteuse engagée, à poursuivre**
- **Sujet de travail identifié sur la PEC douleur**
- **Tendances à confirmer en fin de V2010**





1^{ère} journée régionale des RSMQ
3^{ème} journée régionale des CREX

Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) Où en sommes nous ? Bilan des rapports d'étape 2013

 MC Lanoue - Coordonnateur OMÉDIT Centre



Bilan des rapports d'étape 2013

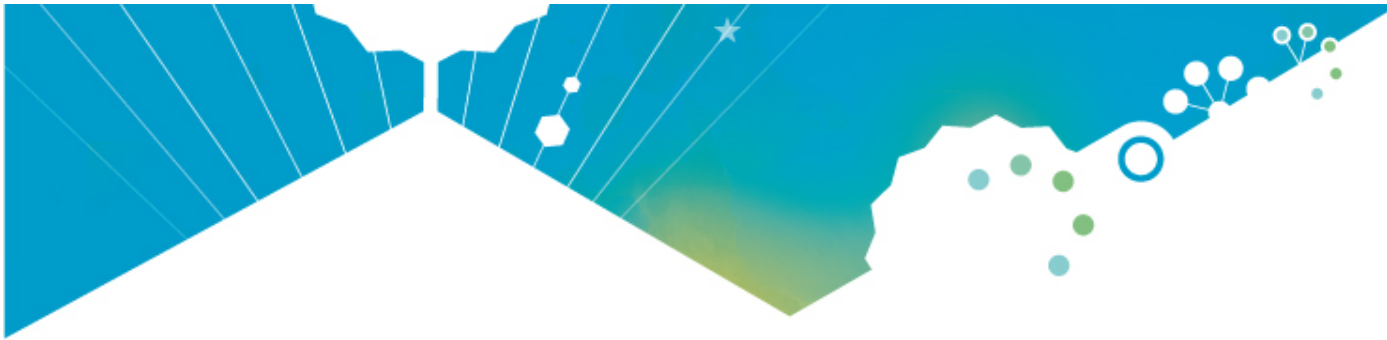
Une vision régionale partielle

102 établissements en région Centre concernés par l'arrêté du 6 avril 2011

<u>Etablissements non signataires du CBU</u>					
<u>PSY</u> public	<u>PSY</u> privé	<u>SSR</u> public	<u>SSR</u> privé	<u>SSR</u> esplic	<u>Ex HL</u>
3	9	1	10	11	13
<u>Etablissements signataires du CBU</u>					
<u>MCO</u> CHU	<u>MCO</u> CH	<u>MCO</u> ESPIC	<u>MCO</u> Privé	<u>MCO</u> HAD	<u>MCO</u> Dialyse
2	21	1	19	4	8

47 éts non MCO



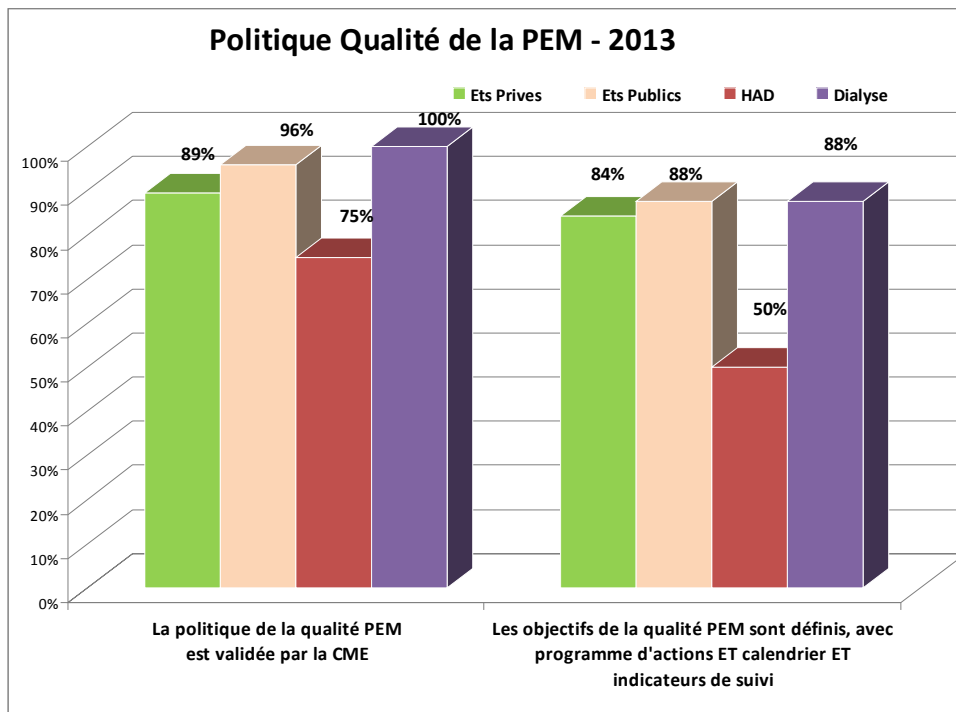


Bilan des rapports d'étape 2013 **Une vision régionale partielle**

- Le management de la PECM par la qualité
 - ↳ un axe fort dans le nouveau CBU (2013-2017 puis 2014-2018)
- Intégration
 - des objectifs de l'arrêté du 6 avril 2011
 - des attentes de la HAS (références 20)



La politique qualité de la PECM



Est définie dans 46 éts/55
 = 84% des éts MCO (53% en 2012)

Des axes prioritaires
 Des objectifs
 Inscrits dans le projet médical

A compléter par

- calendrier
- indicateurs

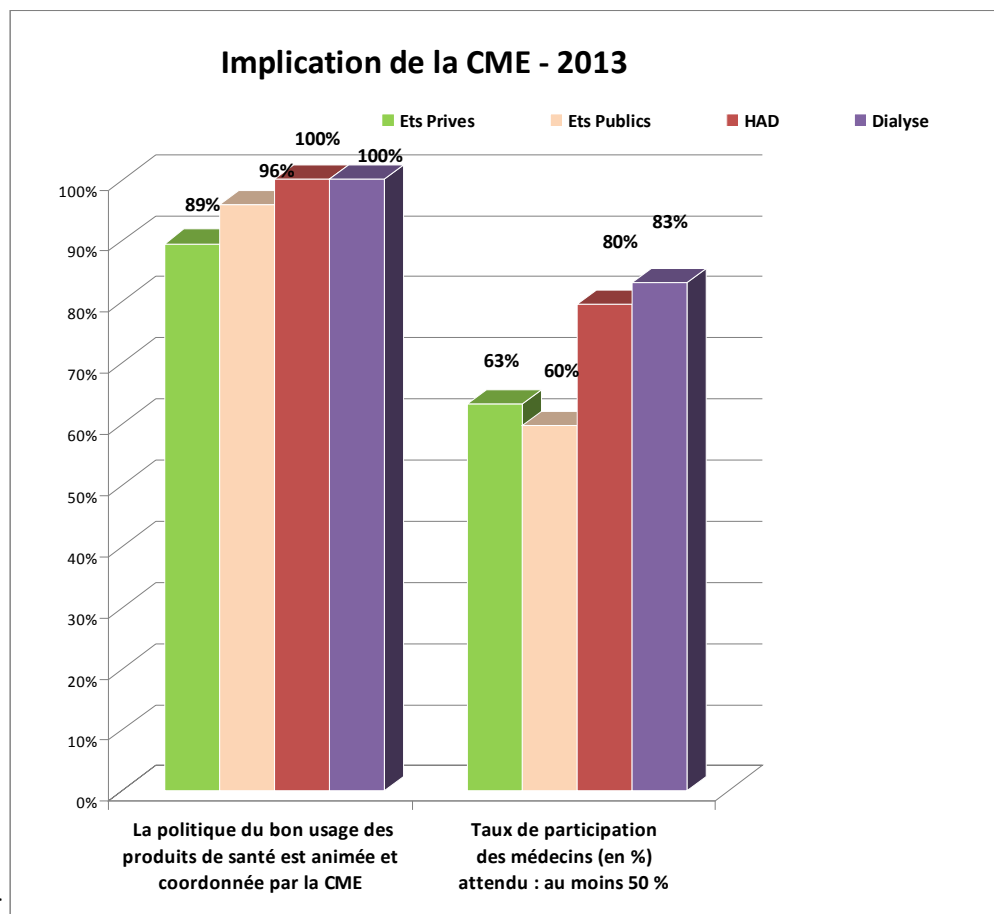


Actions d'amélioration

👉 **l'inscrire dans la durée**

👉 **l'actualiser**

La CME est engagée dans la politique qualité de la PEM et du bon usage



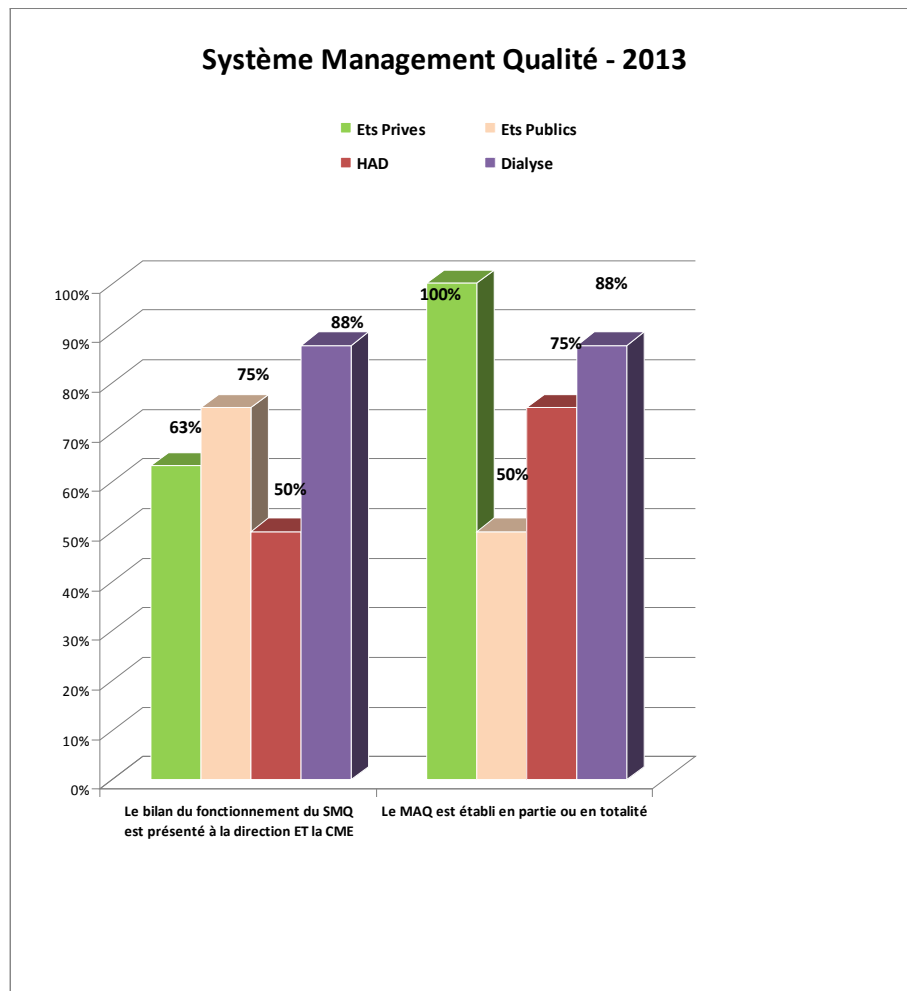
Actions d'amélioration

👉 **Sensibiliser les prescripteurs**

👉 **Un point PECM à chaque CME**



Le SMQ est en place



Le bilan est réalisé dans **71%** des états

Actions d'amélioration

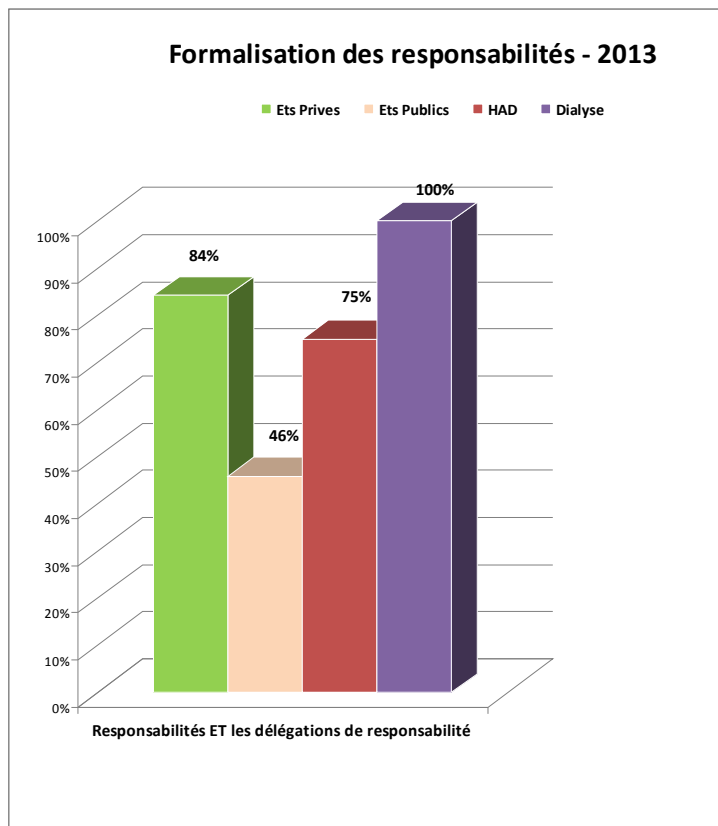
- 👉 **Présenter le bilan du SMQ**
- 👉 **Finaliser le MAQ**



**MAQ du CH
Châteauroux**

Formalisation des responsabilités

La direction formalise les responsabilités, les autorités et les délégations de responsabilité de chaque acteur et les communique ➡ dans 69% des états (38% en 2012)



Pas seulement fiches poste du personnel pharmaceutique

Mais aussi

- RSMQ
- IDE
- AS
- Prescripteur
- Livreur, patient,



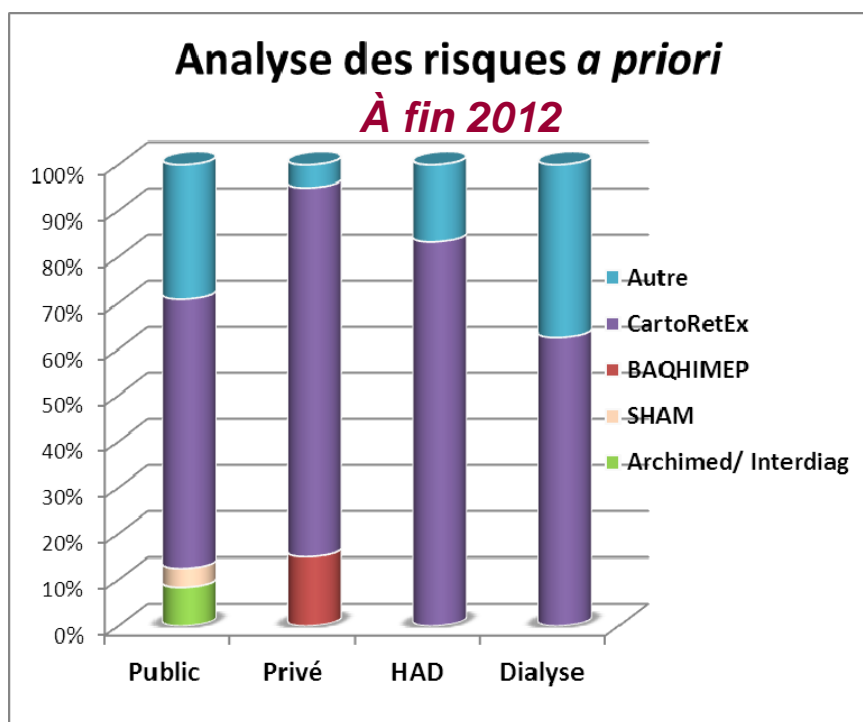
Responsabilités, autorités et délégations de responsabilité dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse du patient



Ce document a été validé le 4 décembre 2013 par le Comité Stratégique de l'OMÉDIT Centre
Commission « Clarté de la prescription et l'observance »

Étude des risques *a priori*

La direction après concertation avec le Pdt CME fait procéder à une étude des risques encourus par les patients. **Cette étude doit comprendre les dispositions prises pour réduire les événements jugés évitables.**



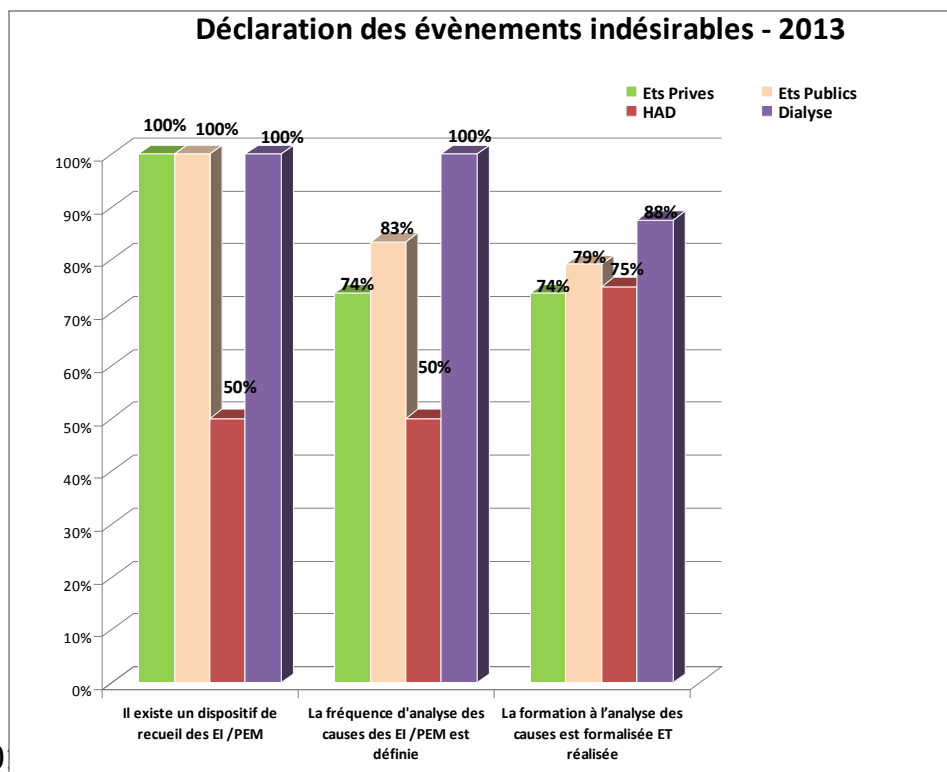
Actions d'amélioration

- 👉 Identifier les actions prioritaires à mettre en œuvre avec
 - 👉 pilote
 - 👉 calendrier
 - 👉 indicateur
- 👉 Réévaluer

Étude des risques *a posteriori*

Incitation à la déclaration des évènements indésirables - Organisation

La direction met en place une organisation et une procédure de déclaration interne des évènements indésirables dans 93% des états (72% en 2012). La direction ET la CME soutiennent et favorisent la mise en œuvre de Comités de Retours d'Expériences (CREX) dans 93% des états

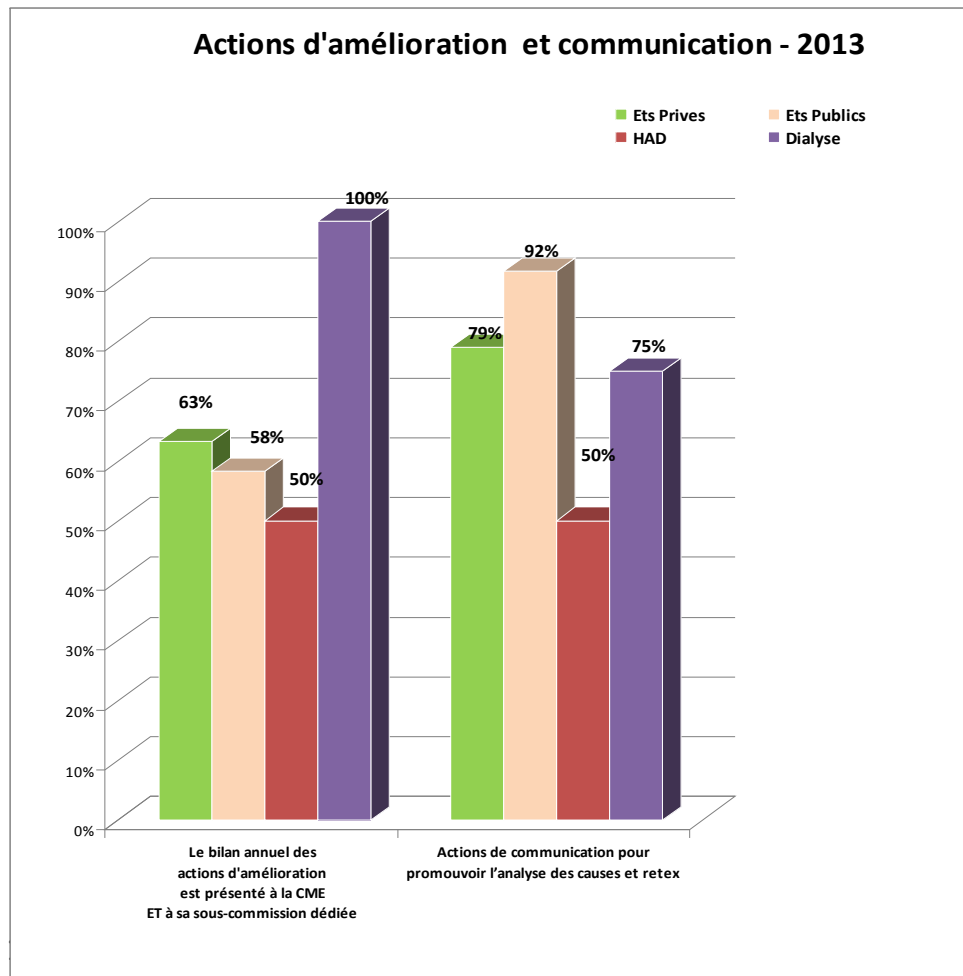


Actions d'amélioration

- 👉 Fiche simple de déclaration
- 👉 Respect méthodologie
- 👉 Sensibiliser les prescripteurs
- 👉 Formations CREX
 - Débutants
 - Confirmés

Actions d'amélioration Communication

Présentation des actions d'amélioration à la CME dans 65%
des états (38% en 2012)



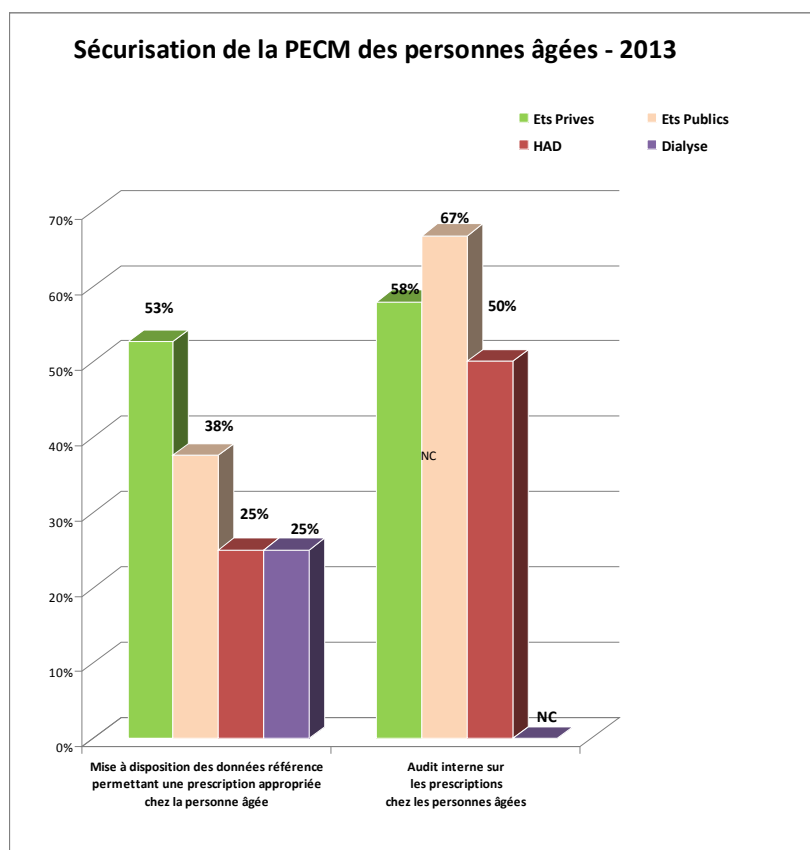
Très forte ↗ des actions de
communication dans 82%
des états

- Bureaux de pôle
- Référents pharmacie
- Réunions de cadre
- DSSI
- Entretiens d'évaluation
- Journal interne
- Fiche patient
- Livret d'accueil

➡ **À poursuivre**

Sécurisation du processus de la PECM des personnes âgées

L'accès aux données de référence est formalisé dans 38% des états. Une EPP a été menée dans 62% des états



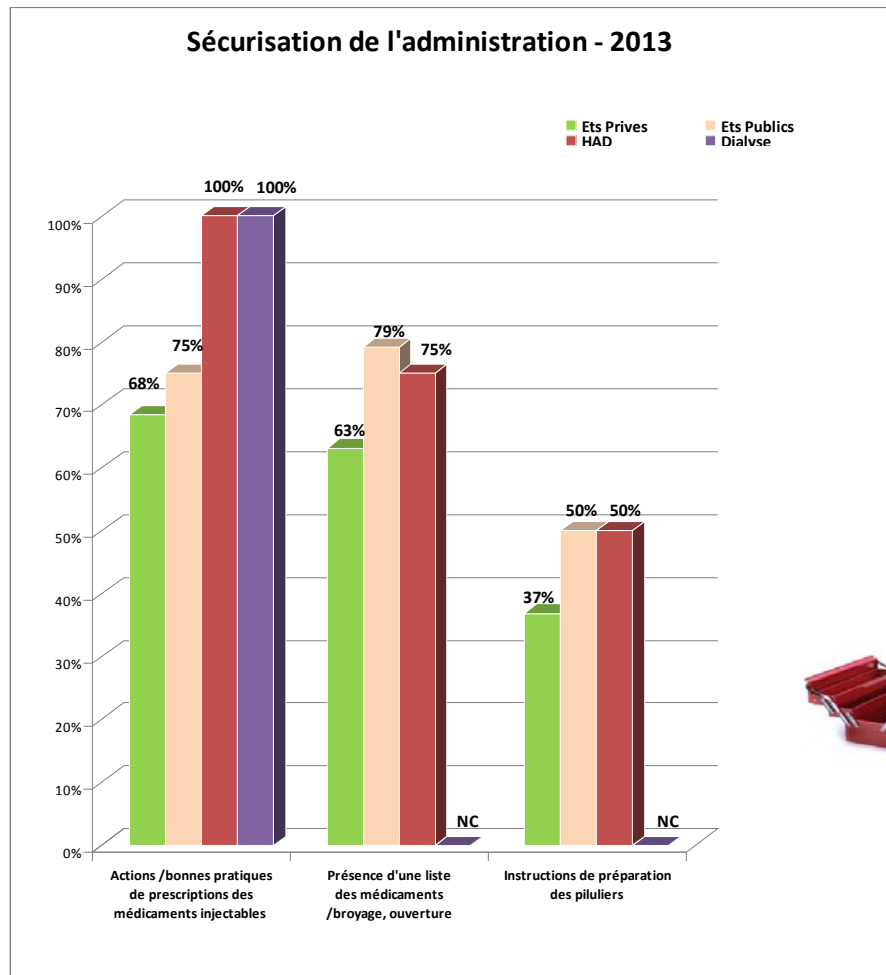
- Grille d'EPP régionale
- Livret thérapeutique régional adapté à la personne âgée

Sécurisation de l'administration

Action de sécurisation des médicaments injectables dans **78%** des états

Mise à disposition d'une liste des mdcts pouvant être broyés/ouverts dans **72%** des états

Présence d'instructions sur préparation des piluliers dans **45%** des états

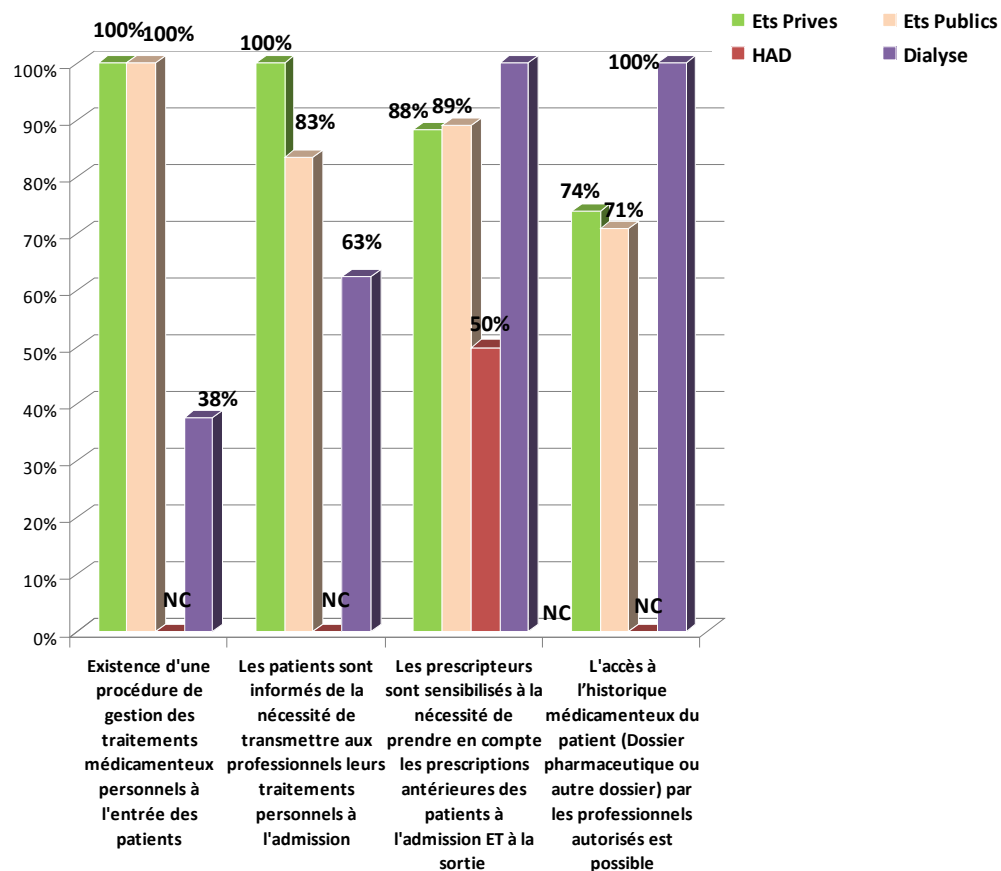


- **Guide de reconstitution des anti-infectieux injectables**
- **Module de e-learning**
- **BP préparation des piluliers (*en cours*)**

Conciliation médicamenteuse



Conciliation médicamenteuse - 2013



- 13^{ème} journée plénière OMéDIT 19 novembre 2014

- Accès au DP

- Nouvel indicateur RAE 2014 ciblant la chirurgie

Informatisation du circuit du médicament

54 établissements (sur les 55) ont acquis un logiciel d'informatisation du **circuit du médicament** = **98%** des établissements (100% éts MCO, 100% Dialyse, 75% HAD)

Informatisation complète de la prescription à l'administration

10 465 lits (7860 en 2011) = 5501 lits MCO + 4964 autres

Fin 2008	Fin 2013	
29 éts avec logiciel	43 éts MCO/ 43 avec logiciel	3 HAD/4 8 dialyse/8 avec logiciel
21 % des lits MCO	56% des lits MCO	Aucun lit en HAD
23 % des lits autres	47,3 % des lits autres	91% des lits en Dialyse
22% des lits totaux	51,4% des lits totaux	

50,6% des lits totaux
(éts MCO + Dialyse + HAD)

54% des lits MCO
(éts MCO + Dialyse + HAD)

47,3% des lits autres
(éts MCO)

Analyse pharmaceutique de la totalité du traitement

Dans **100%** des établissements
10307 lits (4451 lits MCO + 5856 autres)

Fin 2008	Fin 2013	
35 éts	43 éts MCO/43	4 HAD/4 8 dialyse/8
16 % des lits MCO	42,2% des lits MCO	100% des lits en HAD
31% des lits autres	49,4 % des lits autres	
23,4% des lits totaux	55,8% des lits totaux	100 % des lits en Dialyse

49,8% des lits totaux
(éts MCO + Dialyse + HAD)

43,7% des lits MCO
(éts MCO + Dialyse + HAD)

55,7% des lits autres
(éts MCO)

Délivrance nominative de la totalité du traitement

37/43 établissements MCO (86%)

8/8 centres dialyse et 4 HAD/4

49 établissements soit 89%

7257 lits (2008 lits MCO + 5249 autres)

Fin 2008	Fin 2013	
35 éts	37 éts MCO /43	4HAD/4 8 dialyse/8
non renseigné	13,6 % des lits MCO	100% des lits en HAD
non renseigné	50% des lits autres	100 % des lits en Dialyse
19% des lits totaux	33% des lits totaux	

35% des lits totaux
(éts MCO + Dialyse + HAD)

19,7% des lits MCO
(éts MCO + Dialyse + HAD)

50% des lits autres
(éts MCO)

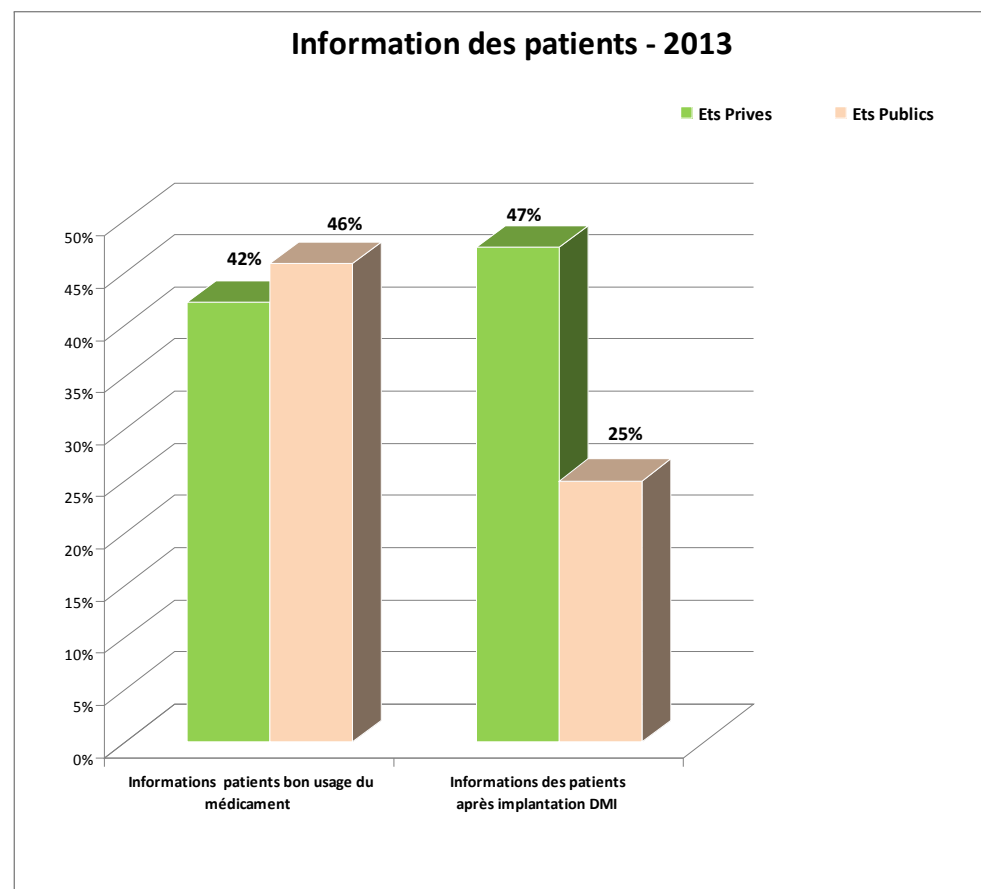
Informations au patient

Sur le bon usage des médicaments dans **44%** des ét

Sur les DMI implantés dans **35%** des ét

Actions d'amélioration

👉 **Mutualisation et partage**





Conclusion

*Mutualisation
Partage d'expérience*



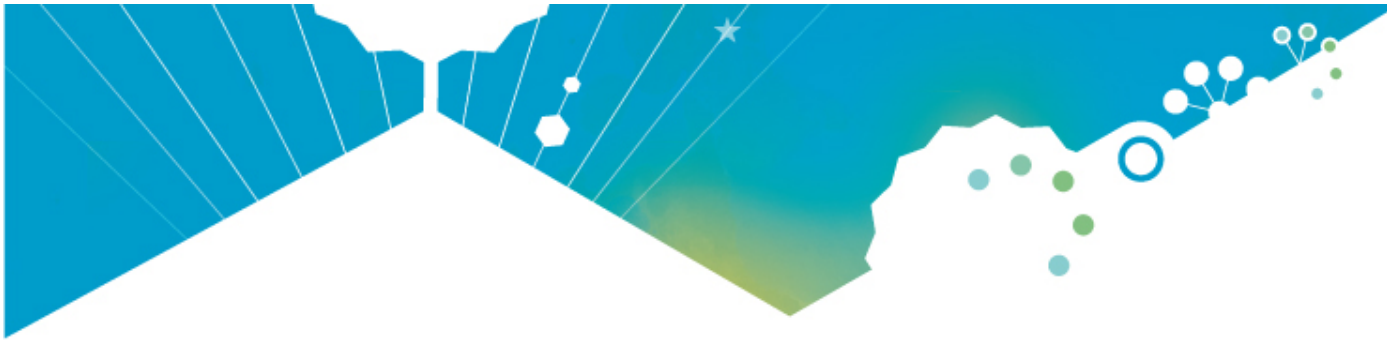
*Recommandations
Fiches
Guides*



*Sensibilisation
Formation*

Audits, EPP





1^{ère} journée régionale des RSMQ
3^{ème} journée régionale des CREX

**« Piloter : choisir, construire, gérer ses indicateurs
pour proposer des actions d'amélioration »**

- ◆ Dr M.L. Alfandari, Directrice du risque médical
Clinique Saint Gatien et Clinique de l'Alliance.



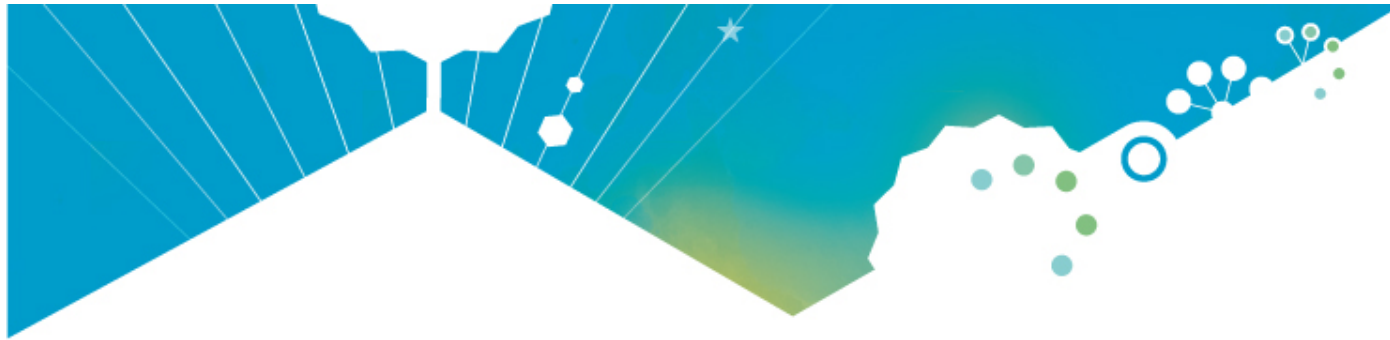


DÉFINITIONS PILOTAGE-INDICATEURS

Le pilote du processus est le garant de l'efficacité de son processus.

1. L'efficacité d'un processus est sa capacité à atteindre les objectifs fixés.
2. Les indicateurs de performance mesurent l'efficacité du processus (indicateurs sur objectifs).

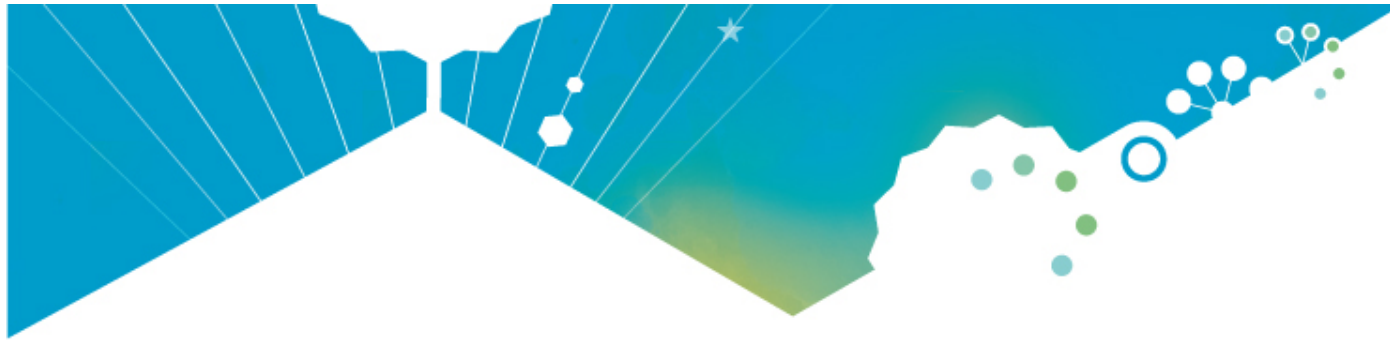




Choix des indicateurs

- 1) Informations DIRECTES sur le processus
- 2) Mesure claire et facilement suivie par la direction et le personnel
- 3) Nombre raisonnable et valeurs fixées réalistes
- 4) Régionale (C-CLIN); nationale (DMS) et/ou internationale (ISO, taux ambulatoire)





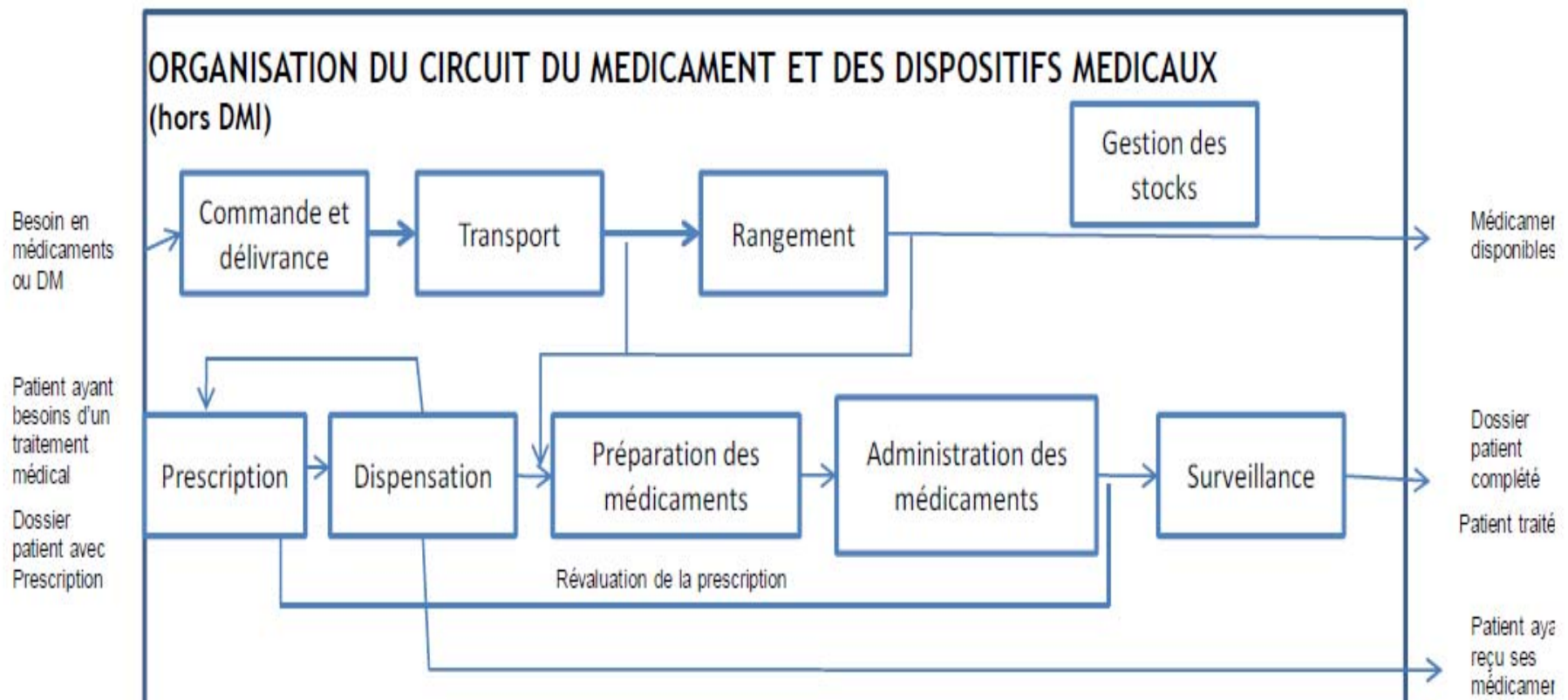
Choix des indicateurs

Mesure la réponse apportée à une problématique

- 1) Impose de bien définir la problématique
- 2) Impose de valider la réponse
- 3) Impose de choisir un indicateur qui mesure la réponse (non le problème)
- 4) Impose de définir l'objectif (ce n'est pas 100% et tout de suite)



Le processus Circuit du médicament (CMS) de la clinique Saint-Gatien et la clinique de l'Alliance :

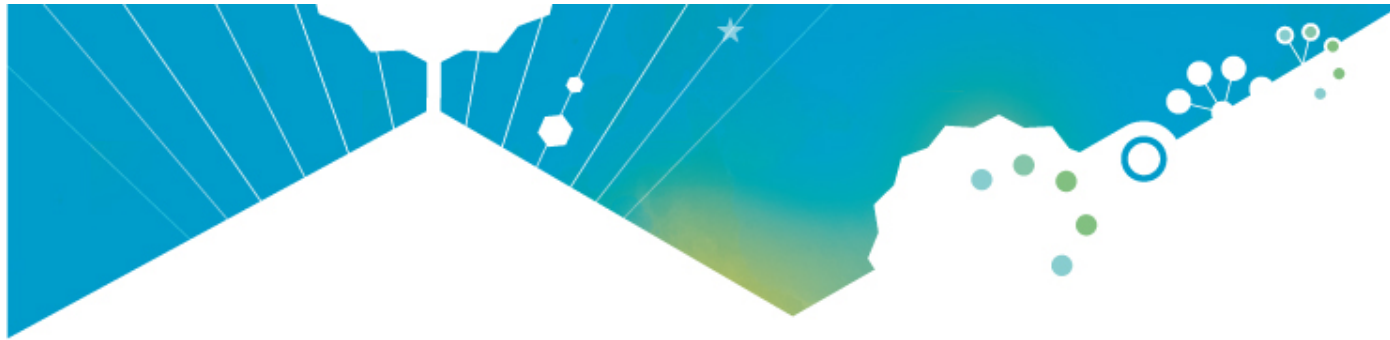




Évaluation : audit ISO 9001 (AFNOR)

Juin 2013 – Point fort : Suite à des événements indésirables liés au circuit du médicament, deux CREX (un retour d'expérience sur insuline et un sur une allergie) ont eu lieu depuis début 2013. Ils ont donné lieu à des actions d'amélioration au niveau de la maîtrise du circuit.

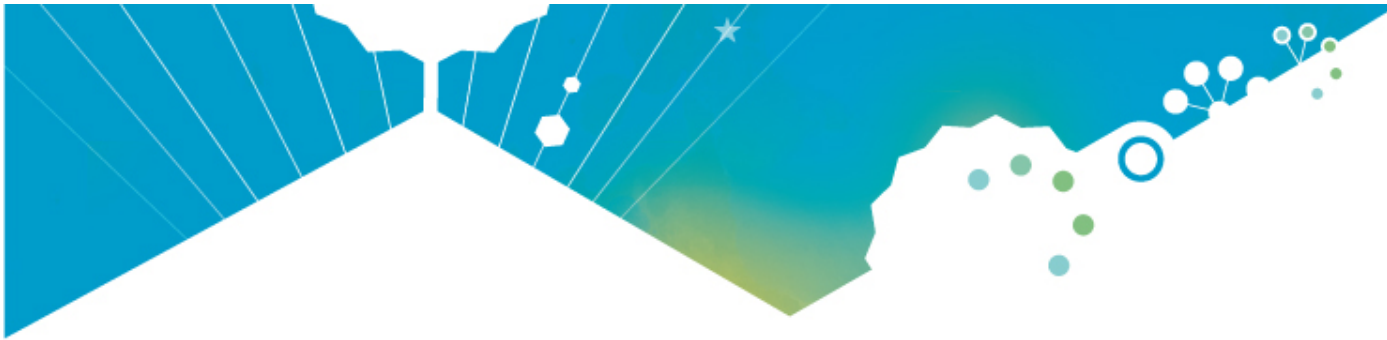
Juin 2014 – Point fort : Supervision des risques et de la qualité complète et suivie : iatrogénie, sécurité de la délivrance et de la prescription, retours d'expérience sur les incidents (CREX), revue de processus, plan d'amélioration, audits internes opérationnels. Le calcul de quelques indicateurs qualité ou gestion des risques reste à activer.



Choix des indicateurs

- Reflet des activités du processus
- Répond aux problématiques internes
- Répond aux exigences externes
- Aide au pilotage pour atteindre les objectifs



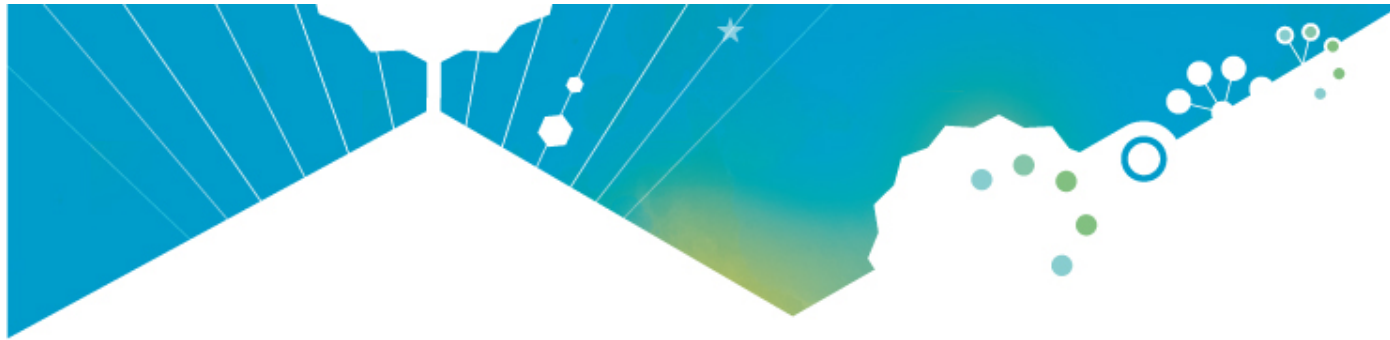


Choix des indicateurs

Reflet des activités du processus à risque patient

- 1) prescription
- 2) dispensation
- 3) préparation
- 4) administration
- 5) surveillance



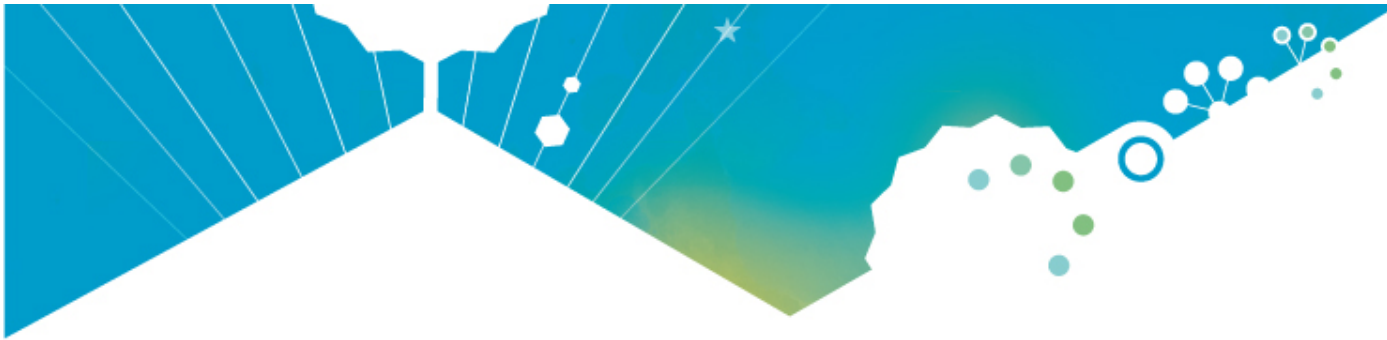


Choix des indicateurs

Répond aux problématiques

- 1) Fiche de non-conformité (organisation) et signalement des événements indésirables (sécurité)
- 2) Cartographie des risques (ex les NEVERS EVENTS)
- 3) Évaluation de bonnes pratiques; commission iatrogénie, RMM, RCP, REX,....
- 4) Recommandations des sociétés savantes (analyse ph)
- 5) Recommandations des tutelles (décrets, CBU)





Choix des indicateurs

Bien définir son objectif

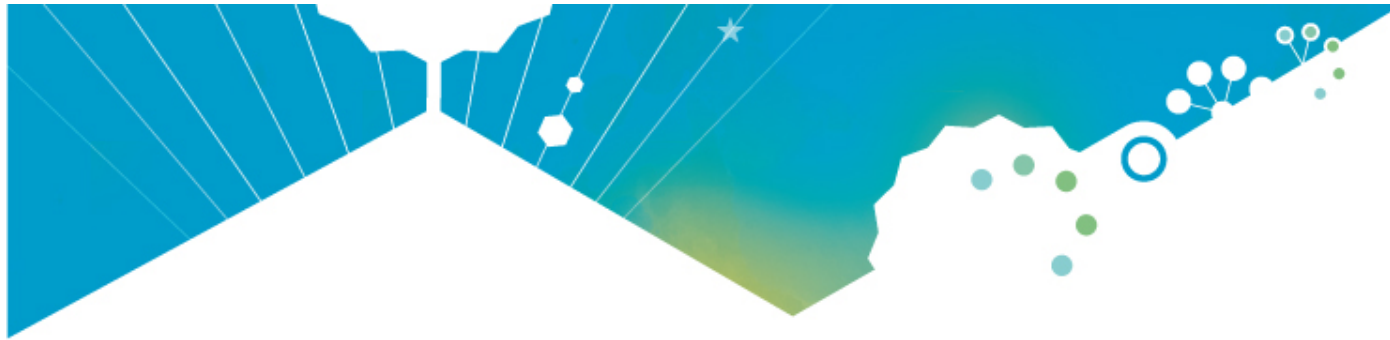
Prescription

Niveau 1 : conformité (IPAQSS)

Niveau 2 : qualitatif (ICTAB), risque (gestion anticoagulant)

Niveau 3 : pertinence (RCP chimio hors protocole)





Choix des indicateurs

Ex. activité : prescription

Niveau 1 conformité :

Problématique : le non respect des exigences réglementaires d'une prescription sur le nom ET la signature du médecin, l'indication des posologies....

Réponse validée par les tutelles : informatisation

Indicateur (de moyen) qui mesure la réponse : taux informatisation /lits ou place suivi dans les CBU

Suivi de l'objectif (exigences réglementaires des prescriptions) :
indicateur de résultats les IPAQSS





Choix des indicateurs

Ex. activité : prescription

Niveau 2 : répondre à une problématique interne (FNC, EBP) « les audits de dossiers patient retrouve une prescription non informatisé en ambulatoire pédiatrie, et secteur endoscopie avec des posologies, durée, fréquence de surveillance non précisées ».

Action d'amélioration : mise en place de protocole d'établissement structuré

Indicateur de pilotage : taux de prescriptions informatisées en secteur endoscopie et pédiatrie

Indicateur de performance : IPAQSS

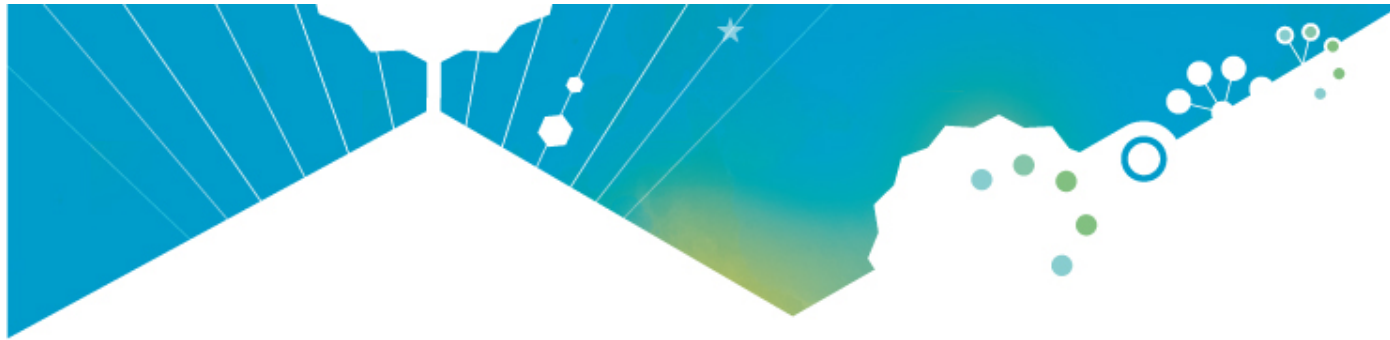


Indicateurs CMS

Activité	Problématique	Indicateur de moyen (analyse fine ou une réponse)	Indicateur de résultat
prescription	exigence réglementaire des prescriptions dont LISIBILITE	Taux Informatisation en cardiologie Taux de prescription informatisée en endoscopie et en pédiatrie	IPAQSS
dispensation	-NC sur les posologies, contre-indications et interactions principales -Non Adaptations posologiques, liens avec résultats biol et évènements traceurs.	Lits informatisés suivi en analyse pharmaceutique	Conformité de la prescription des antibiotiques (enquête CCLIN ouest)
	Sécurité des patients pour les médicaments à risque	Analyse des prescriptions pour les nouveaux anticoagulants	100% conformité des recommandations (ex RCP hors AMM en Autorisation chimiothérapie)
préparation			
Administration	Sécurité du patient pour les médicaments à risque	Respect des bonnes pratiques d'administration des médicaments injectables	
	Défaut dans la continuité des soins	Nombre de formations en iatrogénie	Taux de Justification de la non administration dans le plan de soin et Taux traçabilité de l'administration
surveillance	Prévenir les EIG lié aux médicament Améliorer le dépistage et l'analyse des EIG médicamenteux	Taux de conformité des surveillances post-opératoires/prescription 4 commissions iatrogénies 4 REX/ an	50 déclarations annuels iatrogénie

Les indicateurs : une quantification des efforts à fournir

Nom et prénom du patient identifiable	All	100,0%
	StG	100,0%
Date de prescription	All	100,0%
	StG	100,0%
Signature du prescripteur	All	100,0%
	StG	100,0%
Nom du prescripteur	All	100,0%
	StG	100,0%
Dénomination des médicaments	All	100,0%
	StG	100,0%
Posologie	All	92,5%
	StG	100,0%
Voie d'administration	All	100,0%
	StG	23,0%
Traçabilité de l'administration IDE conforme	All	95,0%
	StG	91,0%
Argumentation si non administration	All	75,0%
	StG	69,0%
		95%
		90%



Gestion des indicateurs

Poursuivre la sécurisation de l'administration

SMQ : répondre à une problématique « Dopasoins met en avant des erreurs de traçabilité d'administration »

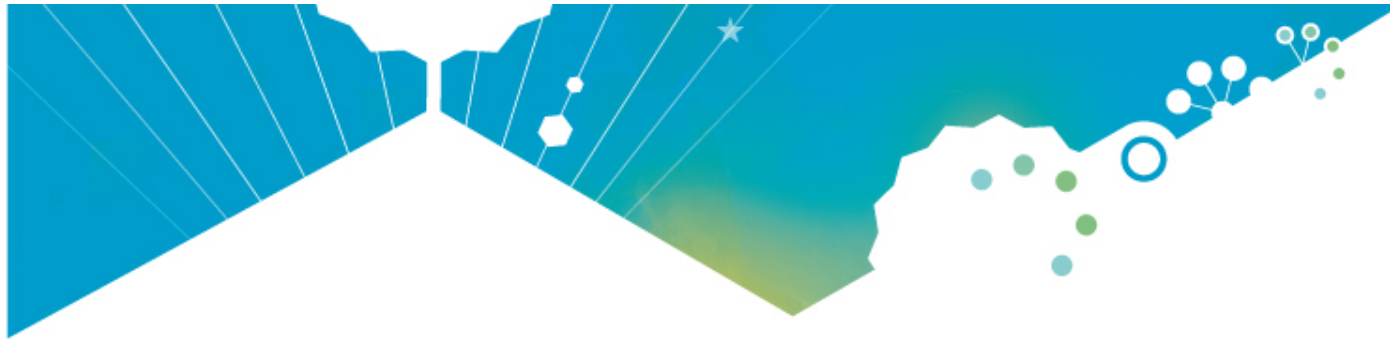
Actions d'amélioration :

1. Sensibilisation/formation : mise en place de formation sur la iatrogénie; participation aux commissions iatrogénie des référents de service et aux comités Dopasoins
2. Utilisation de l'outil planification « automatique » du logiciel de prescription => cela veut dire aussi une prescription STRUCTURÉE.

Indicateur de pilotage : traçabilité de l'administration

Indicateur de performance : si non administration, argumentation





Les indicateurs : couvrir le champ des activités

- Pas d'indicateurs de pilotage pluri-annuels pour « **préparation** »
- L'établissement réalise **ponctuellement** des **audits de bonnes pratiques** sur la préparation des piluliers
- **Visite du CBU** : « mettre en place une évaluation RÉGULIÈRE sur la préparation ».

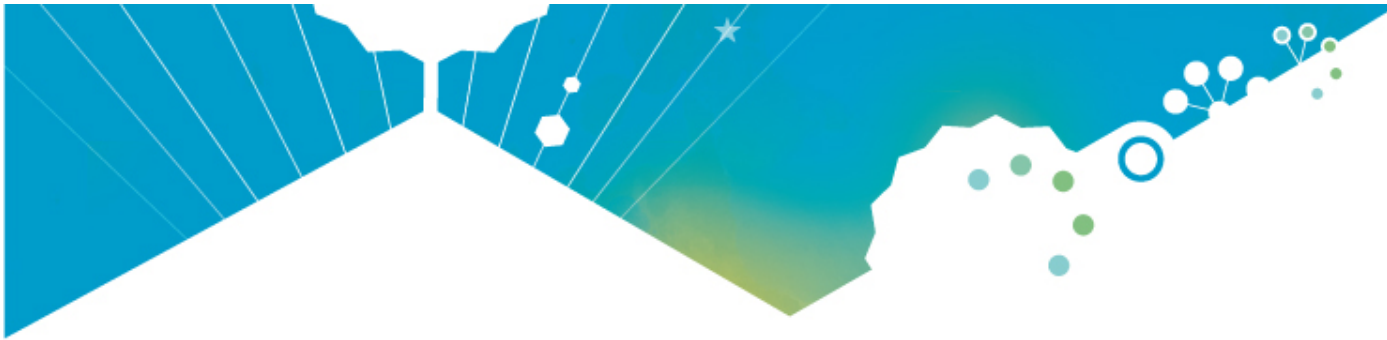




Les indicateurs : Connaitre le terrain Différence DPE et papier

Causes de non conformité (*) (dossiers évalués (**) = 73)		
Nom et prénom du patient	0	0%
Date de prescription	0	0%
Signature du prescripteur	32	44%
Nom du prescripteur	34	47%
Dénomination des médicaments	1	1%
Posologie	4	5%
Voie d'administration	32	44%



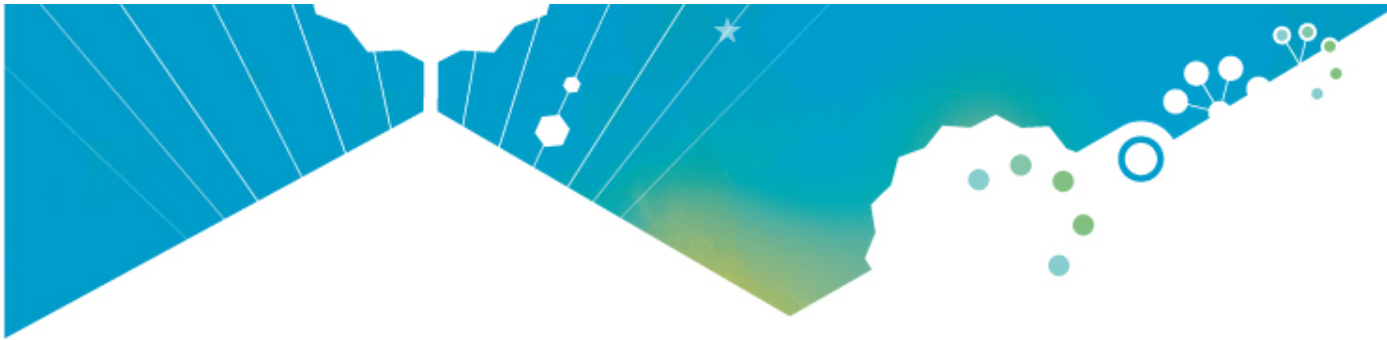


Les indicateurs

Une aide au pilotage !!!!

- 1) 2013 : échec informatisation médecine cardiologie Saint-Gatien
- 2) Analyse en revue de processus du circuit du médicament (pilotes) et avec les processus supports (gestion système information, GRH...) :
 - demande de modification du logiciel (lisibilité, convivialité)
 - formation insuffisante des soignants
 - temps d'accompagnement des médecins inexistant (paramétrage initial, suivi...)
- 3) Analyse en revue de direction (avec la direction et les représentants de la CME) : le projet est maintenu, temps de partenariat avec Dopasoins pour mise en place d'une nouvelle version, des moyens sont déployés (formateur externe des médecins, accompagnement d'une IDE dédiée...)





Les indicateurs

Une aide au pilotage !!!!

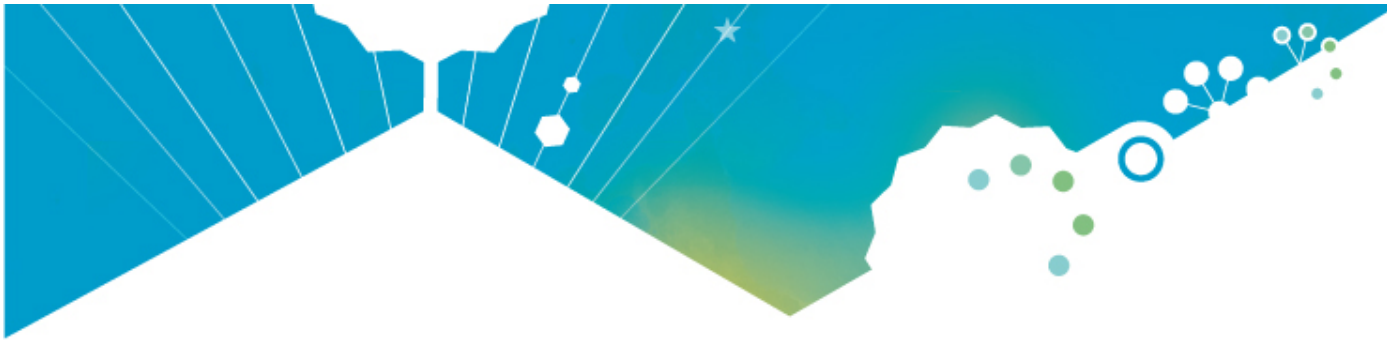
Résultat 1^{er} semestre 2014

Prescriptions informatisées en cardiologie.
Prescriptions informatisées structurées en cardiologie.

StG

2898	3126	2731	5683	6849	7333
97,0%	99,0%	98,0%	97,7%	97,6%	97,9%





Conclusion

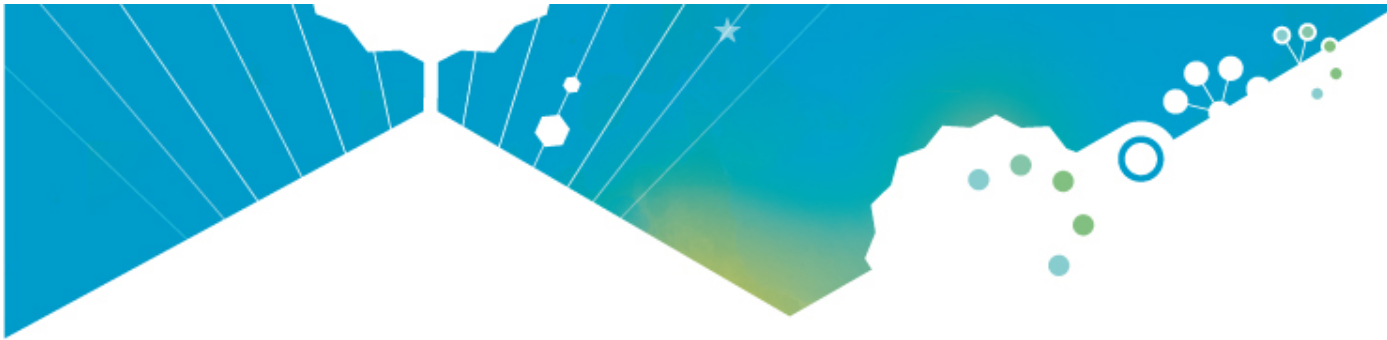
Information directe : un principe

- Plus on veut un système de management pertinent et réactif, plus on doit être nombreux à le suivre.
- Être nombreux = inclure les acteurs de TERRAIN
- Manageur = coordinateur et formateur

Cycle d'amélioration rapide

- Éventuellement dans la journée = TIME OUT





1^{ère} journée régionale des RSMQ
3^{ème} journée régionale des CREX

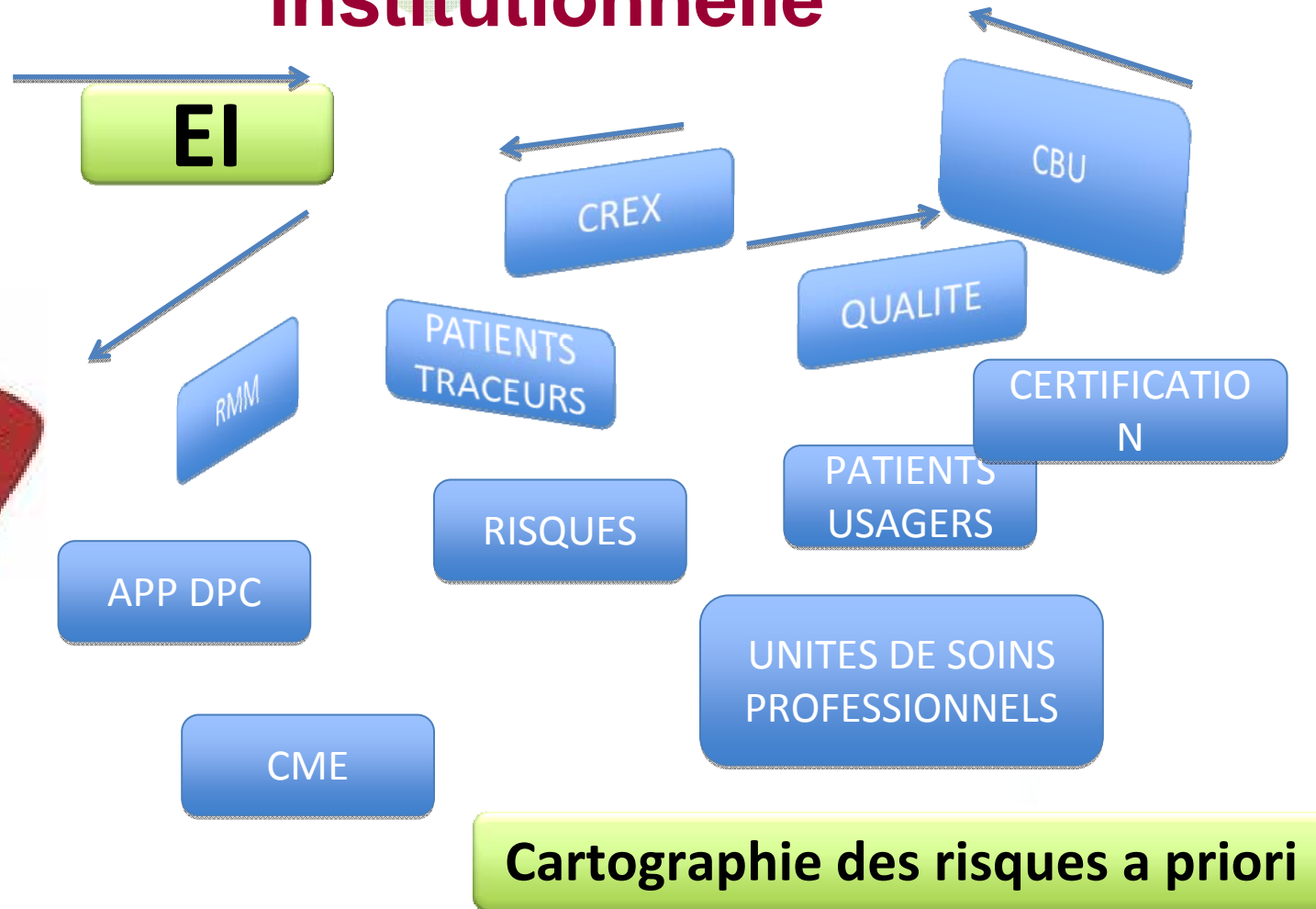
**Le RSMQ et la gestion des risques liés à la PECM.
Piloter : choisir, construire, gérer ses indicateurs
pour proposer des actions d'amélioration.**

 Mathilde Emonet - Pharmacien – RSMQ CH Blois



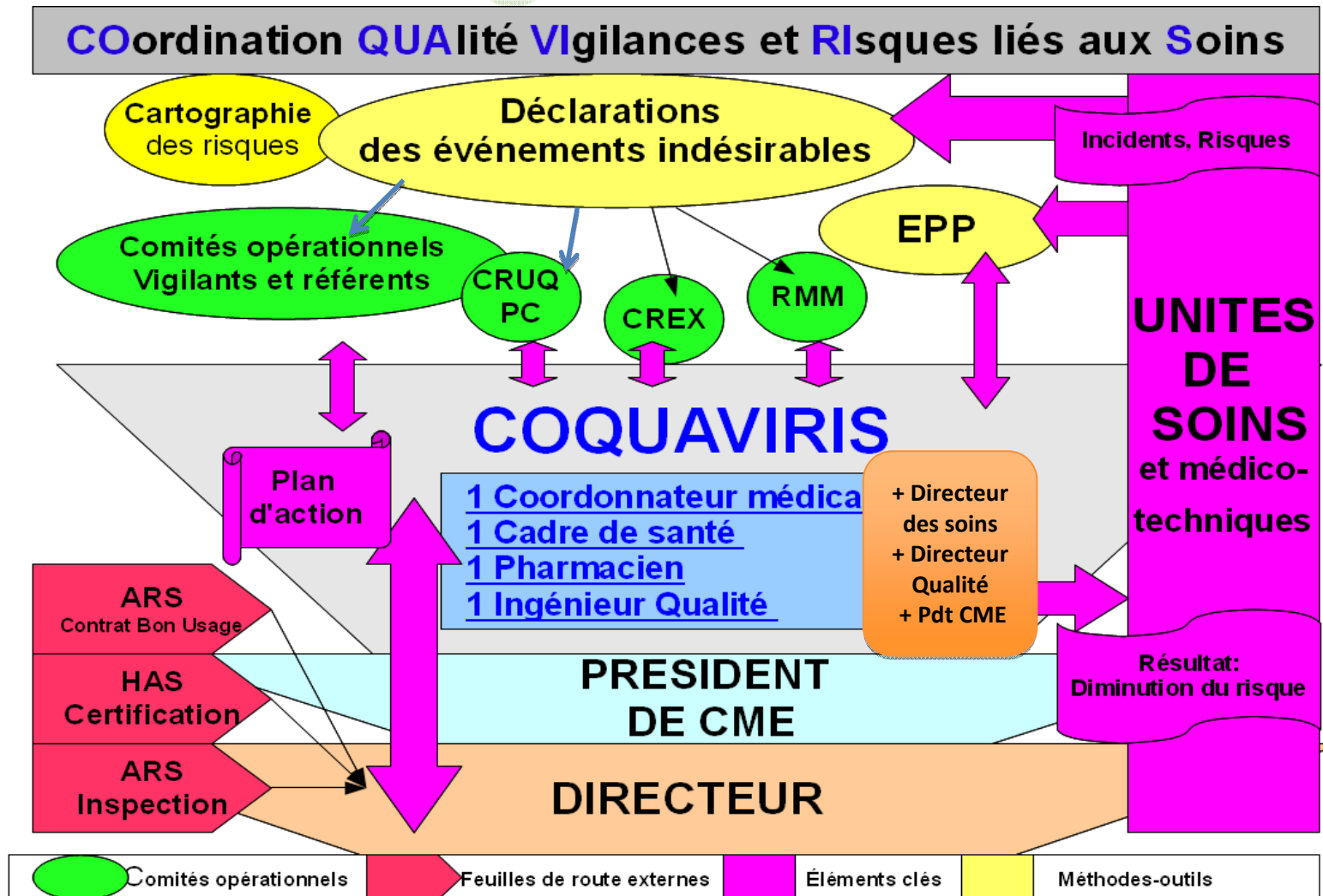


Organisation, structuration institutionnelle





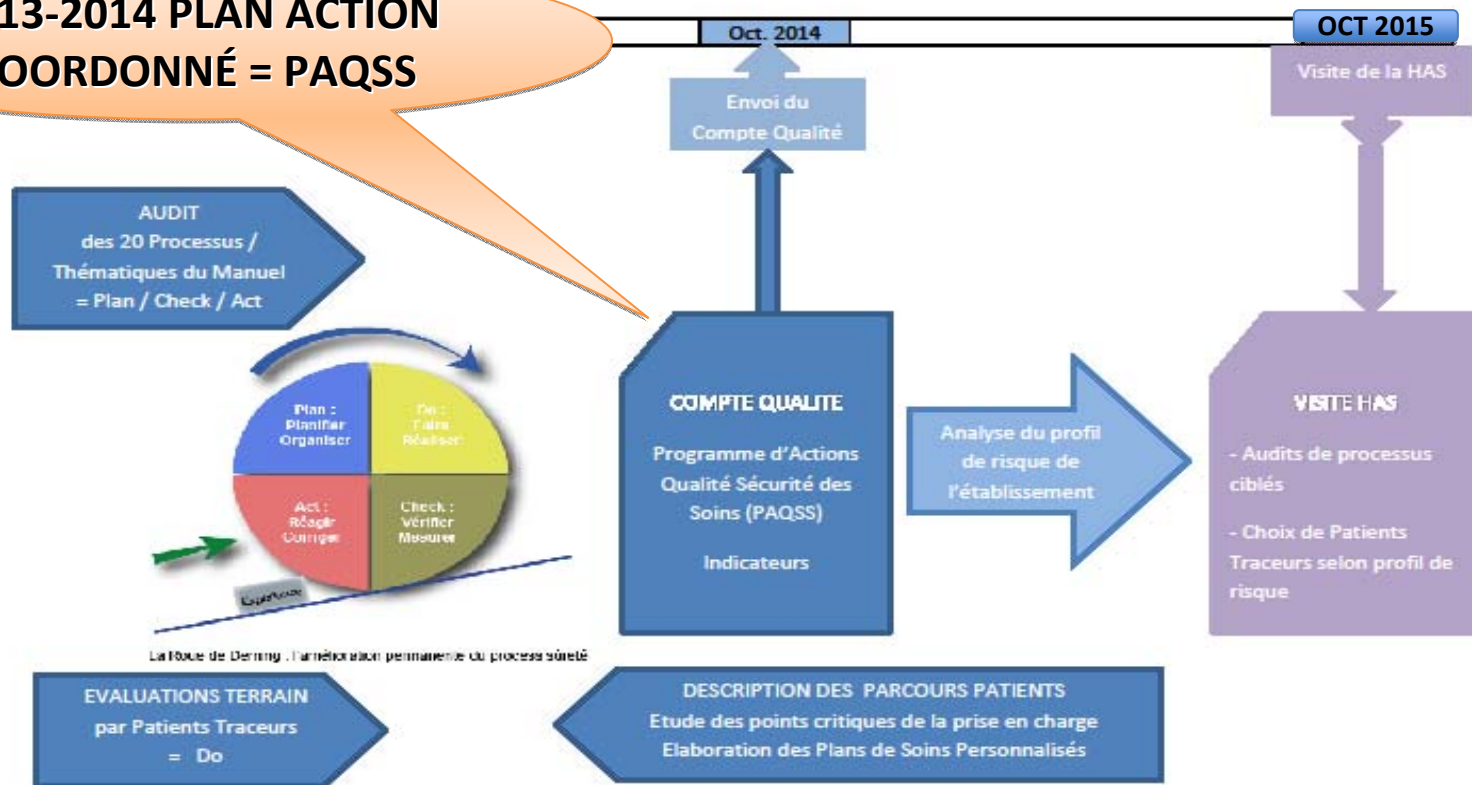
Organisation, structuration institutionnelle





Organisation, structuration institutionnelle V 2014

2013-2014 PLAN ACTION COORDONNÉ = PAQSS





Organisation, structuration institutionnelle



Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins

Année 2014

Centre Hospitalier de BLOIS

Validé par la CME le 11/03/2014
Présenté à la CRUQPC le 3/04/2014,
Au Directoire le 14/04/2014,
Au Conseil de Surveillance le 17/04/2014,
A la CSIRMT le 16/04/2014,
Au CHSCT le 20/05/2014





Organisation, structuration institutionnelle

Sommaire

Préambule	2
Bilan et constats	3
Méthodologie	4
Abréviations et acronymes	5
AXE 1 : PROMOUVOIR UN ENGAGEMENT PERENNE ET COORDONNE DES DEMARCHES QUALITE	6
★ 1° Coordonner et accompagner les démarches de Certifications HAS, ISO, accréditation et évaluations externes	6
2° Favoriser le bon usage des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles	6
3° Améliorer la prise en charge de la douleur	7
4° Optimiser la prise en charge nutritionnelle.....	7
5° Harmoniser et dématérialiser le Dossier Patient	8
6° Valoriser les Analyses de Pratiques Professionnelles dans le cadre du dispositif de DPC	8
7° Développer les évaluations de pertinence des soins	8
8° Développer l'éducation thérapeutique et valoriser l'éducation à la santé.....	9
9° Améliorer la gestion documentaire.....	9
AXE 2 : DEVELOPPER LA CULTURE DE SECURITE DES SOINS	10
★ 1° Développer le Retour d'Expérience : signalement des EI / CREX / RMM.....	10
2° Sécuriser la prise en charge médicamenteuse	10
3° Gérer les risques en secteurs interventionnels : bloc opératoire, endoscopie et salles de naissance	11
4° Améliorer la traçabilité du Bénéfice/Risque lors de l'élaboration du projet de soins	11
5° Coordonner les vigilances sanitaires	12
6° Prévenir le risque infectieux / biologique et favoriser le bon usage des antibiotiques.....	12
7° Prévenir et dépister les escarres.....	13
8° Gérer le risque informatique.....	13
9° Prévenir les risques professionnels	13
AXE 3 : ASSOCIER LES USAGERS, POSITIONNER LE PATIENT COMME CO-ACTEUR DE SA SECURITE	14
1° Optimiser la prise en compte de l'expression des usagers	14
2° Favoriser le respect des droits des patients	14
3° Action de communication lors de la Semaine de la Sécurité des patients	14
4° Etendre la diffusion des indicateurs nationaux	14
5° Ethique	14



Organisation, structuration institutionnelle

Les points clés :

- * Tribune ouverte systématique de communication pour la COQUAVIRIS à chaque CME.
- * Organisation en **quator opérationnel hebdomadaire**, et en **Coquaviris plénière mensuelle** associant le Directeur des soins, le Directeur Qualité, l'Assistante Qualité et le Président de la CME.



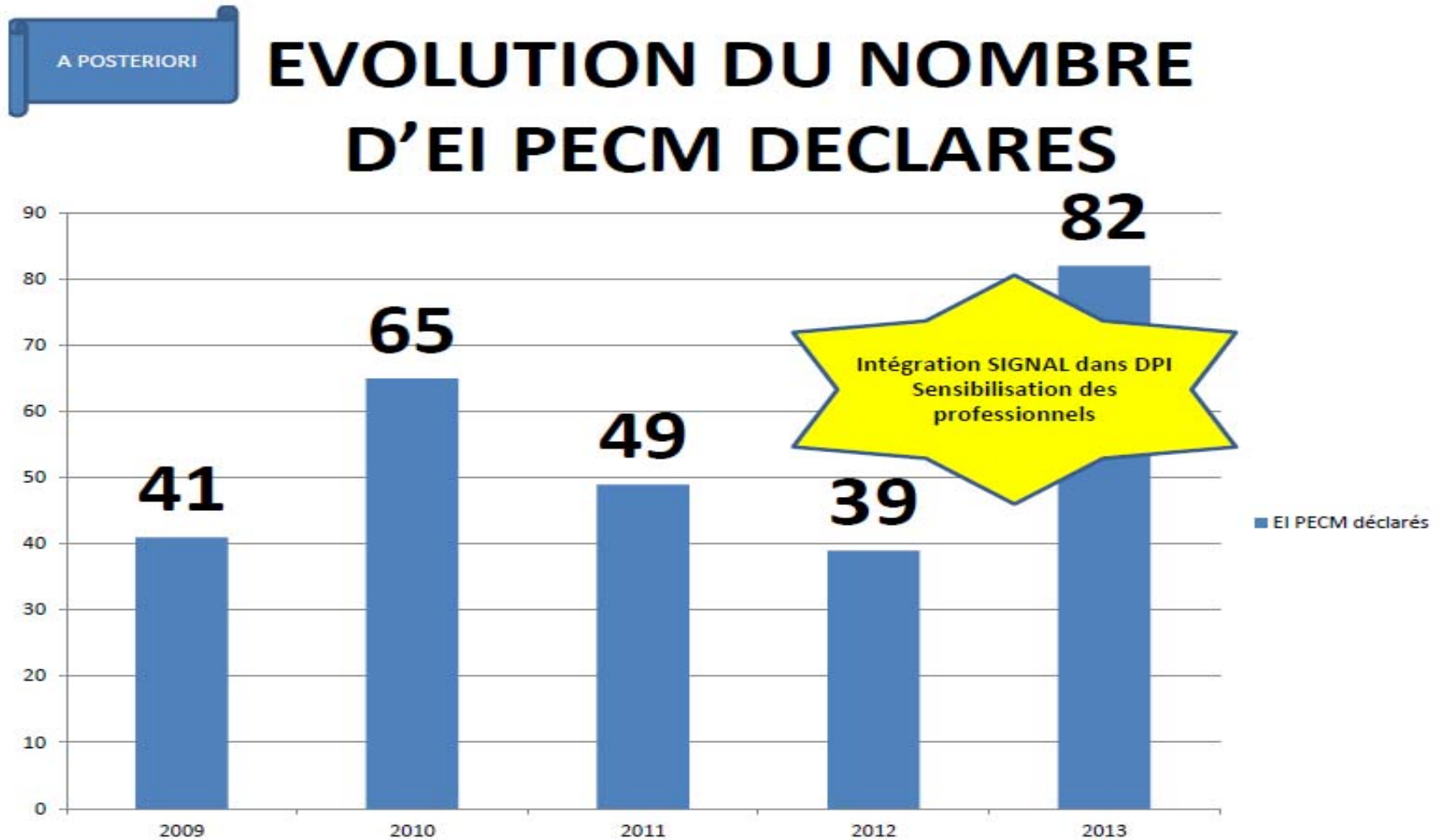
Organisation, structuration opérationnelle : optimiser la déclaration des EI

Le commencement...
Pour promouvoir une démarche de GDR = optimiser le circuit de déclaration et de réponse au déclarant

Logiciel de déclaration des EI (Signal®) intégré dans le dossier patient informatisé, accès en 1 clic (même code utilisateur)

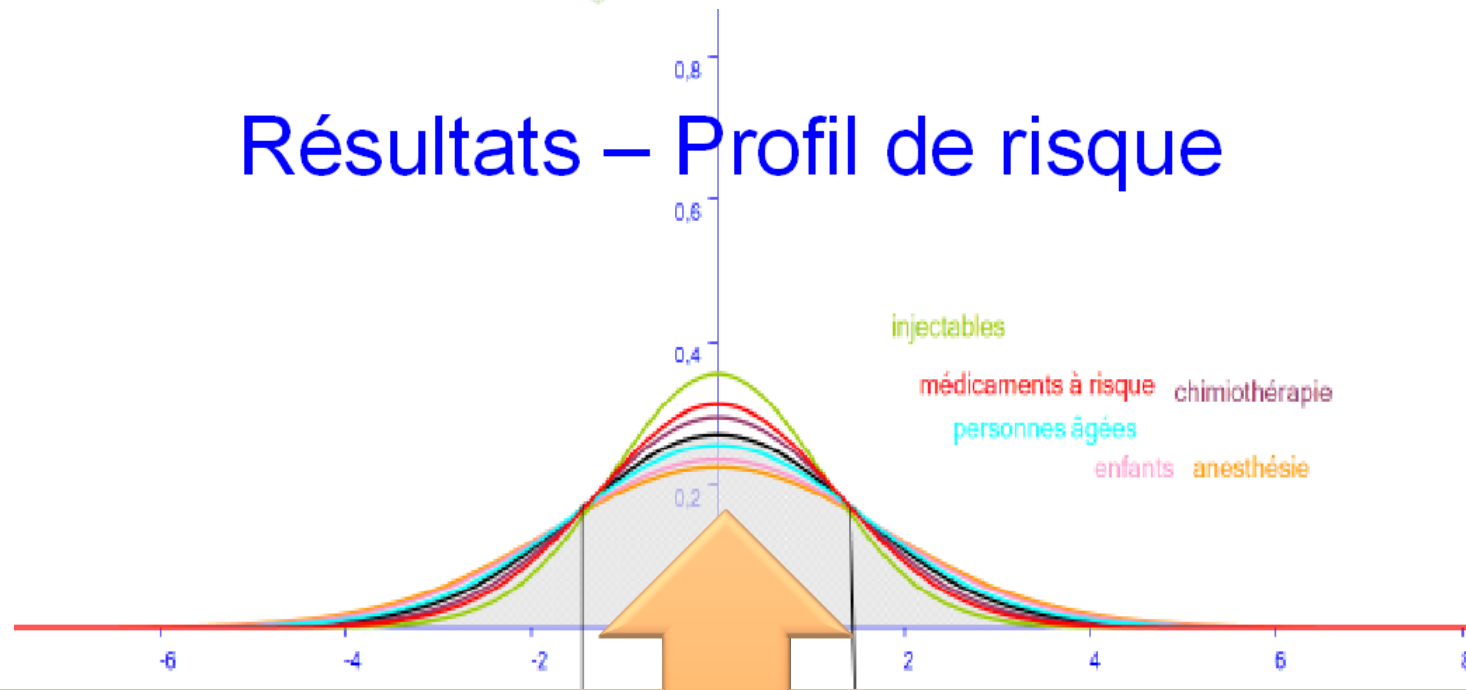
The screenshot shows a patient information system interface. On the left, there is a cartoon mouse character holding a broom, with the text 'Balayer devant sa porte' above it. The main area displays a menu with various options, including 'Signal' which is highlighted in blue. The menu items include: Chg UF Traitante, Chg Intervenant, Echanger lit 2, Départ Per, Suspension, Retour du, Décision M, Lit Disponible, Dossier, Suivi Médical, Activité Médicale, Examen, Indicateurs Physio / Dossier Soins, Historique des Dossiers de Soins, Bureautique, Mouvements du séjour, Demande Admission, Demande Brancardage, PH / Blocs, Info diverses (chambre seule), Modification identité patient, Action Patient, Transformer Hospi en Cext, Transformer Cext en Hospi, Résultats biologiques d'un patient, Biologie des patients du service, Pharmacie, Spec Pharmaceutiques, Télémédecine NeuroChir, Signal, and Editions. The bottom status bar shows 'EMONET Mathilde [Session : emonetm Poste : 2012L028]' and the date '19/08/2014'.

Organisation, structuration opérationnelle : mesurer l'évolution



Organisation, structuration opérationnelle : conduire une cartographie des risques a priori

Résultats – Profil de risque

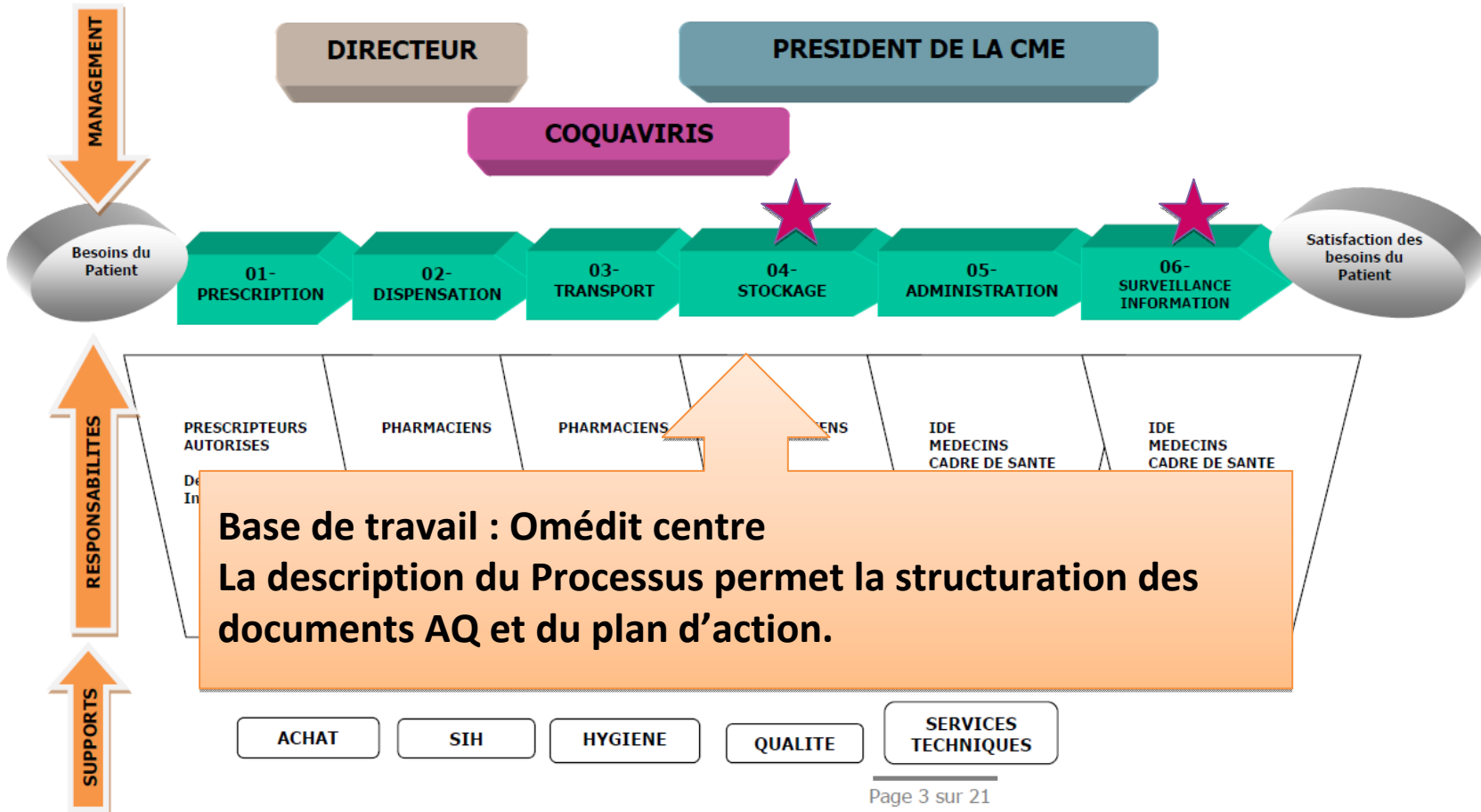


**Outil régional CARTORETEX[®], cartographie pôle par pôle
Élaboration du plan d'action au fur et à mesure, tribunes audits
restitutions répétées.....les messages passent !**



Organisation, structuration opérationnelle : décrire le processus avec responsabilités et délégations

	REFERENCE		DATE D'APPLICATION
	L	1	/2014
Prise en charge médicamenteuse (PECM) au Centre Hospitalier de Blois			





Organisation, structuration opérationnelle : suivre un plan d'action

Eléments entrants	Axe	ENGAGEMENTS				SUIVI			
		Objectifs	Actions d'amélioration	Pilote	SOUS-PROCESSUS	Echéance prévue	Etat d'avancement	Liens vers résultats obtenus	Commentaires Indicateurs

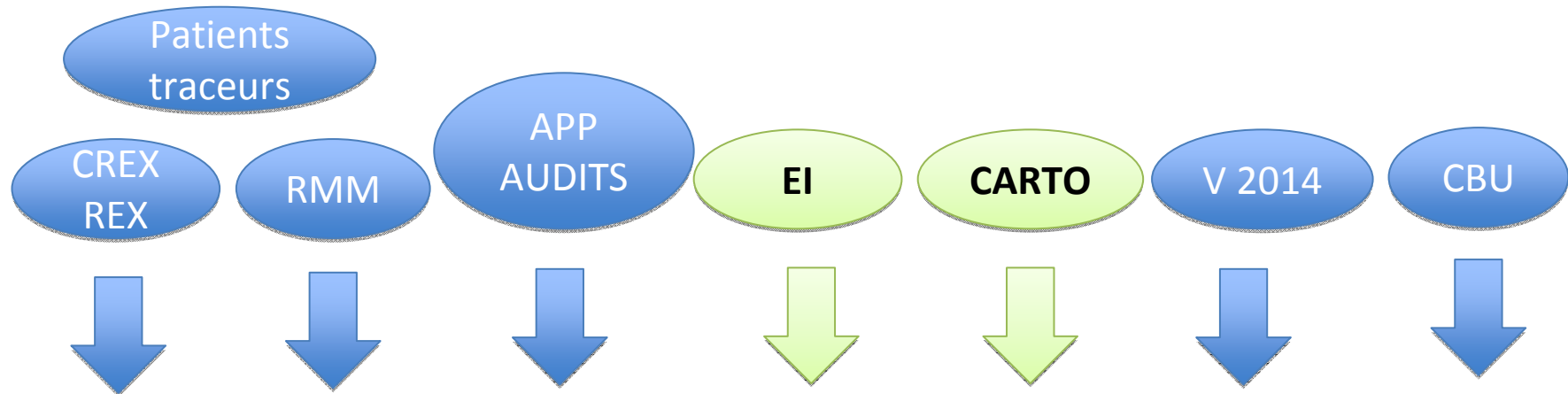
V 2014 EPP admin 2012 Enquête ARS GDR EN EHPAD	7	Sécuriser la prise en charge médicamenteuse chez les patients à risque : <u>sujet âgé</u>	Audit NLP Alzheimer dans le cadre de l'enquête ARS GDR en EHPAD	RSMQ PUI	P	nov-14			
			Livret gériatrique : selon enquête GDR EHPAD : intégré les recommandations sur les médicaments inappropriés sujet âgé au logiciel métier	RSMQ COMEDI MS-PUI	P D S	oct-14			
			Création de la sous commission gériatrie OU commission de coordination gériatrique ? Conduite des actions en lien avec le risque "personnes âgées", le suivi de la convention	COMEDIMS		mars-14			10/04/2014 MAIL

Lien avec le sous processus qui permet de décliner le plan par sous processus avec les interlocuteurs dédiés

Eléments entrants = feuille de route (CBU, arrêtés) + GDR A priori (cartographie des risques, APP) + GDR A posteriori (n° El....)



Organisation, structuration opérationnelle : coordonner des actions



**Les actions à mettre en œuvre convergent, notion de « fruits mûrs »
Prioriser selon la criticité Et la faisabilité**

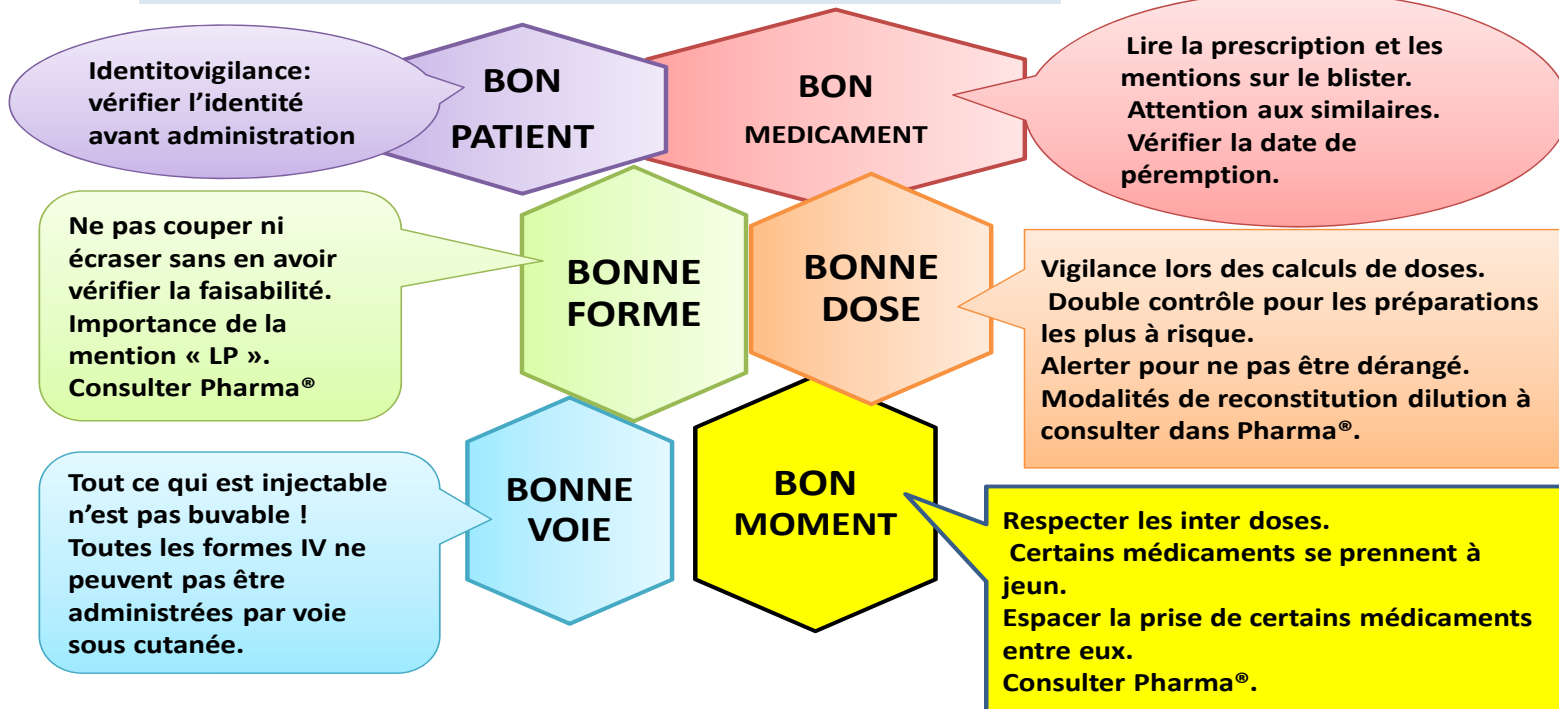


Organisation, structuration opérationnelle : Actions « fondations »

05-ADMINISTRATION

Règles d'administration au CHB les « 6 » B :

COQUAVIRIS 08/2014
Processus L: PECM
Sous processus L05: Administration

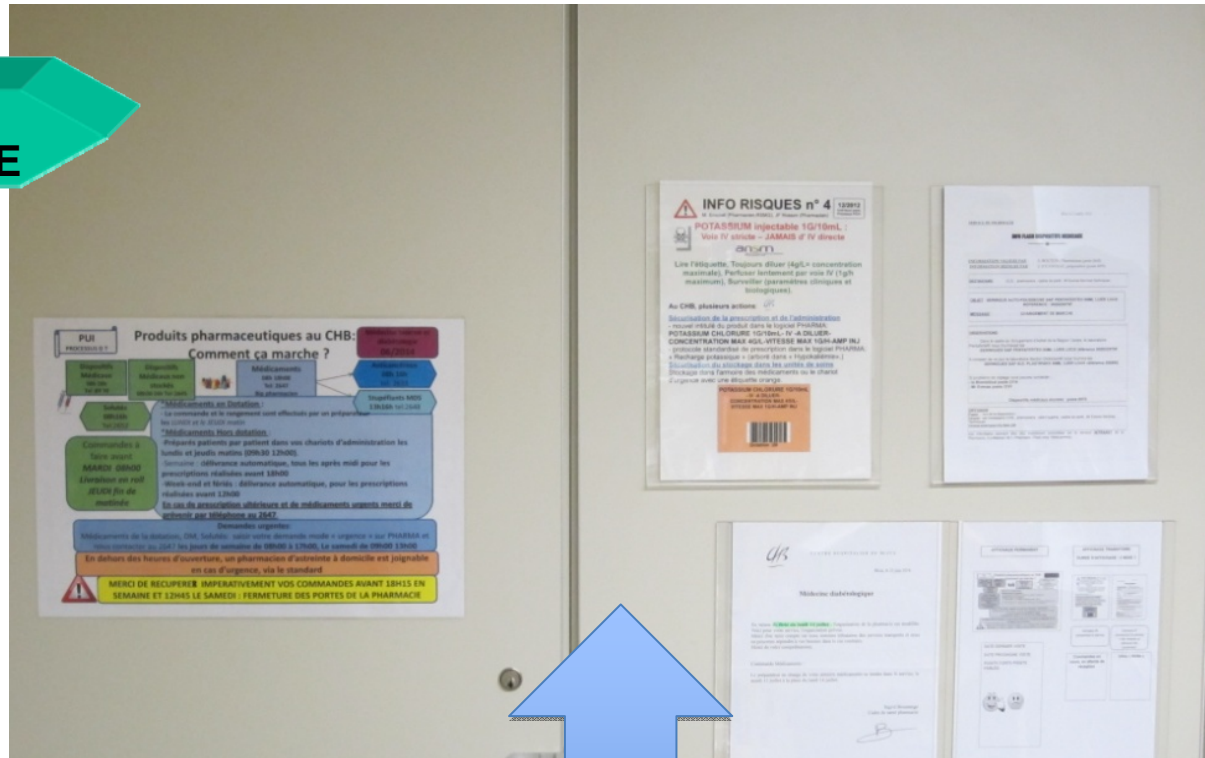


**TRACER EN TEMPS REEL L'ADMINISTRATION.
LE MOTIF DE TOUTE NON ADMINISTRATION DOIT ETRE RENSEIGNE (Pharma® ou DSI).**



Organisation, structuration opérationnelle : Actions « fondations »

04- STOCKAGE



Standardiser l'affichage.
Optimiser le suivi des stocks.
Développer la prise en charge des commandes et du rangement
par des préparateurs en pharmacie.

Organisation, structuration opérationnelle : Informer, communiquer



INFO RISQUES n° 5

06/2014
PECM
Sous processus
Administration

M. Emonet (Pharmacien-RSMQ); JF Husson, V. Barry (Pharmaciens)

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE ET AMOXICILLINE SEULE **LES ERREURS A NE PLUS FAIRE**

L'ASSOCIATION **AMOXICILLINE ET ACIDE CLAVULANIQUE** N'A PAS LE MEME SPECTRE D'ACTION, NI LES MEMES SCHEMAS THERAPEUTIQUES, NI LES MEMES EFFETS SECONDAIRES QUE L'AMOXICILLINE SEULE.
DE FACON GENERALE TOUJOURS LIRE ATTENTIVEMENT LES ETIQUETTES AVANT ADMINISTRATION.

EN CAS DE PRESCRIPTION
D'AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE 2Gr/200 mg :
UTILISER LES FLACONS AU DOSAGE 2Gr 200mg
NE PAS UTILISER LES FLACONS 1 Gr/200 mg
1 flacon Amoxicilline + Acide Clavulanique 2 Gr/200mg
≠ 2 flacons Amoxicilline + Acide Clavulanique 1 Gr/200mg



Création d'un support de communication dédié :
INFO RISQUES (7 depuis 2012)

+ 1 flacon « Amoxicilline 1Gr »



INFO RISQUES n° 6

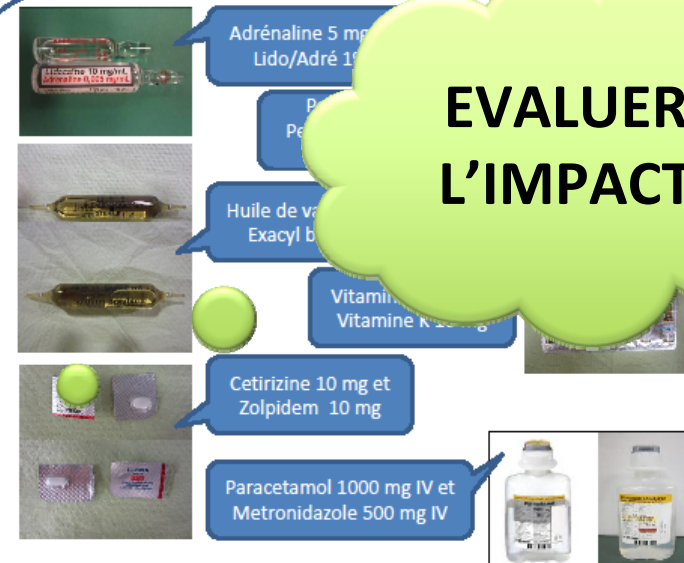
07/2014
PECM
Profil Never events
Sous Processus DSA

M. Emonet (Pharmacien-RSMQ); JF Husson (Pharmacien)

CONFUSION ENTRE MEDICAMENTS

Vous avez dit « never events »?

Exemples d'erreurs médicamenteuses lors de dispensation, de préparation ou d'administration liées à une confusion entre médicaments au CHB



**EVALUER
L'IMPACT**

les mentions inscrites sur l'étiquette ou le blister

Organisation, structuration opérationnelle : pour l'ensemble des sous processus, il faut évaluer



PECM
Sous processus P A

Résultats AUDIT « Prescriptions et Administrations médicamenteuses conditionnelles » COQUAVIRIS - Mai 2014

CONTEXTE Recommandation HAS de mars 2012, « le motif de toute « non administration » doit être tracé »
OBJECTIFS DE L'AUDIT - Evaluer la traçabilité du motif de non administration - Evaluer la notification en prescription de la condition d'administration
METHODE : L'audit a eu lieu 1 jour donné, sur les prescriptions en cours pour tous les patients présents dans les 24h qui précèdent l'audit. Ont été prises en compte les 5 dernières prises pour chaque patient. Auditeurs : M. EMONET (RSMQ), D. BRULE (IDE, DSI), E. MARCHAIS (Etudiante cadre), A. MATHON (Pharmacie) Périmètre : 4 services de MCO choisis car les prescriptions médicamenteuses conditionnelles y sont disponibles : 2 services de médecine, 2 services de chirurgie. Critères d'exclusion : Prescriptions conditionnelles de substituts nicotiniques
OUTILS : Grille : Utilisation d'une grille d'audit élaborée en interne, consultation des logiciels PHARMA et DSI
RESULTATS 88 patients sur 124 soit 70%, bénéficiaient de prescriptions conditionnelles le jour de l'enquête et ont été inclus. Soit 163 lignes (20%) de prescriptions conditionnelles sur 851 lignes de prescription, 547 administrations potentielles. A noter que 68% des lignes de prescriptions concernent des antalgiques (puis 6,4% d'anxiolytiques, 5,2% d'anti-nauséux, 2% de sédatifs...).
<p>LA PRESCRIPTION SUR PHARMA</p> <p>■ AVEC condition d'administration ■ SANS condition d'administration</p> <p>45% 55%</p>
<p>ADMINISTRATIONS POTENTIELLES = 547</p> <p>■ Non administrées avec motif : 280 ■ Non administrées sans motif : 128 ■ Administrées : 120 ■ Non renseignées : 19</p> <p>69% 31%</p> <p>60% des "non administrations" ont un motif Maxi : 86 % Mini : 28%</p> <p>31% des « non administrations » ne retrouvent de justifications ni dans pharma, ni dans le DSI Maxi 72% Mini 14%</p>
<p>Le motif est tracé dans 69% des « non administration » dans le DSI et/ou Pharma®. Il existe une disparité des pratiques en fonction des services qui va nécessiter la mise en place d'actions d'information et de sensibilisation ciblées après arbitrage de la direction des soins sur le « où » et « que » tracer. Cet audit va également nous permettre d'intégrer des conditions d'administration plus précises, notamment au sein des protocoles de prise en charge post-opératoire en chirurgie. Il serait intéressant d'évaluer la présence du motif en cas de « non administration » sur les lignes de prescription non conditionnelles.</p>

Informatisation des données : dossier de soins + prescriptions informatisées = recueil facilité pour plus de 547 administrations .



Conclusion



Travail au cœur de la mêlée, légitimité (?)



U: utile
U: utilisé
U: utilisable





1^{ère} journée régionale des RSMQ
3^{ème} journée régionale des CREX


AMDEC / CartoRetEX[®] :
mêmes objectifs, mêmes résultats ?

Dr Isabelle Hermelin-Jobet, pharmacien Praticien Hospitalier
Nadège Tessier, Ingénieure Qualité et Gestion des Risques

CHR Orléans



Contexte

- La politique d'amélioration de la PEM = axe stratégique de la politique qualité et GDR du projet d'établissement du CHRO depuis 2010
- En s'appuyant sur :
 - L'organisation *a priori* par le management de la qualité du circuit du médicament suite à :
 - Notre AMDEC initiée en 2010,
 - La réglementation : arrêté 6/4/11 et circulaire 14/2/12
 - Le retour d'expérience du circuit *a posteriori* au travers de la cellule de GDR  fiches événements indésirables

Objectifs

- L'**AMDEC**, l'audit et les actions de réduction des risques initiés en 2010
- Outil d'autoévaluation **CartoRetEX[®]** et l'analyse des risques sur la **PEM** réalisée depuis fin 2012 à ce jour
- Les **risques résiduels** de l'AMDEC sont-ils détectés par **CartoRetEX[®]**
- Les **avantages** et **inconvénients** de chaque méthode
- Outil **le mieux adapté** pour **préparer la V2014 ?**

Conduite de l'AMDEC : 10 étapes

- Définition du **champ** et de la **nature** de notre étude : 01/2010
- Constitution d'une **équipe pluridisciplinaire** AMDEC : 02/2010
- Définition de **l'acceptabilité du risque** : 02/2010
 - Échelle de gravité, de fréquence ou vraisemblance, niveau acceptabilité du risque, échelle de maîtrise du risque avec Diagramme de Farmer
- Identification des **causes de défaillances** et les capacités de détection
- Identification des **effets** des causes de défaillances
- Évaluation de la **criticité** des défaillances
- **Hiérarchisation des défaillances** par une cotation (Farmer)
- Recherche des **actions** correctives et préventives : à partir 06/2010
- Mise en œuvre des **actions** : à partir 06/2010
- Réévaluation de l'analyse AMDEC : **AUDIT** : 1 semestre 2011

Conduite du projet CartoRetEX[®] : 9 étapes (1)

- Définir le **champ** et la **nature de l'étude**

Profils à risque

Médicaments
à haut risque

Injectables

Chimiothérapie

Médicaments
et anesthésie

Personne âgée
et / ou
polyhandicapée

Enfants

Médicaments
radio-marqués
Radiothérapie

- Constituer une **équipe pluridisciplinaire**

Conduite du projet CartoRetEX® : 9 étapes (2)

- Préparer l'auto-évaluation
 - Constituer des binômes cadres de santé / pharmaciens
 - Définir les effectifs à auditer / service / pôle : Loi de Poisson
- Réaliser l'auto-évaluation et la saisie des données : 01 à 04/13
 - Interview : paramédicaux, patients, RSMQ, coordonnateur GDR
 - Document papier : médecins, chefs de pôle, pharmaciens
- Analyser l'auto-évaluation avec le pharmacien ARS Centre

Conduite du projet CartoRetEX[®] : 9 étapes (3)

Auto-évaluation par acteur



Restitution par processus

Approche processus

Prescription

Dispensation

Transport

Administration

surveillance



Approche par acteur

Chef de pôle

Management de la qualité

Prescripteur, physicien

Pharmacien

IDE, manip radio, puer, PPH

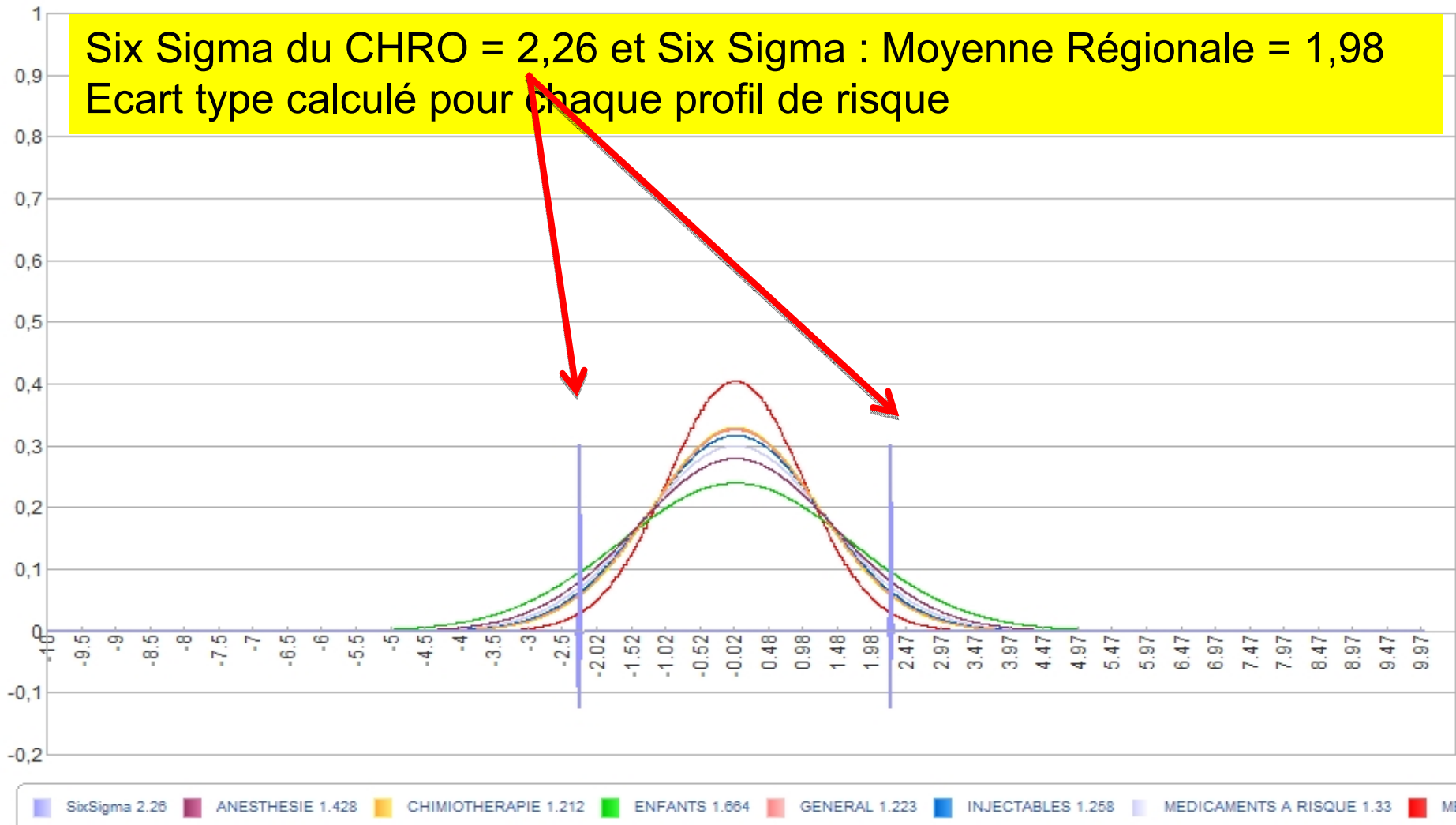
Aide-soignant, Aux. Puer.

Patient

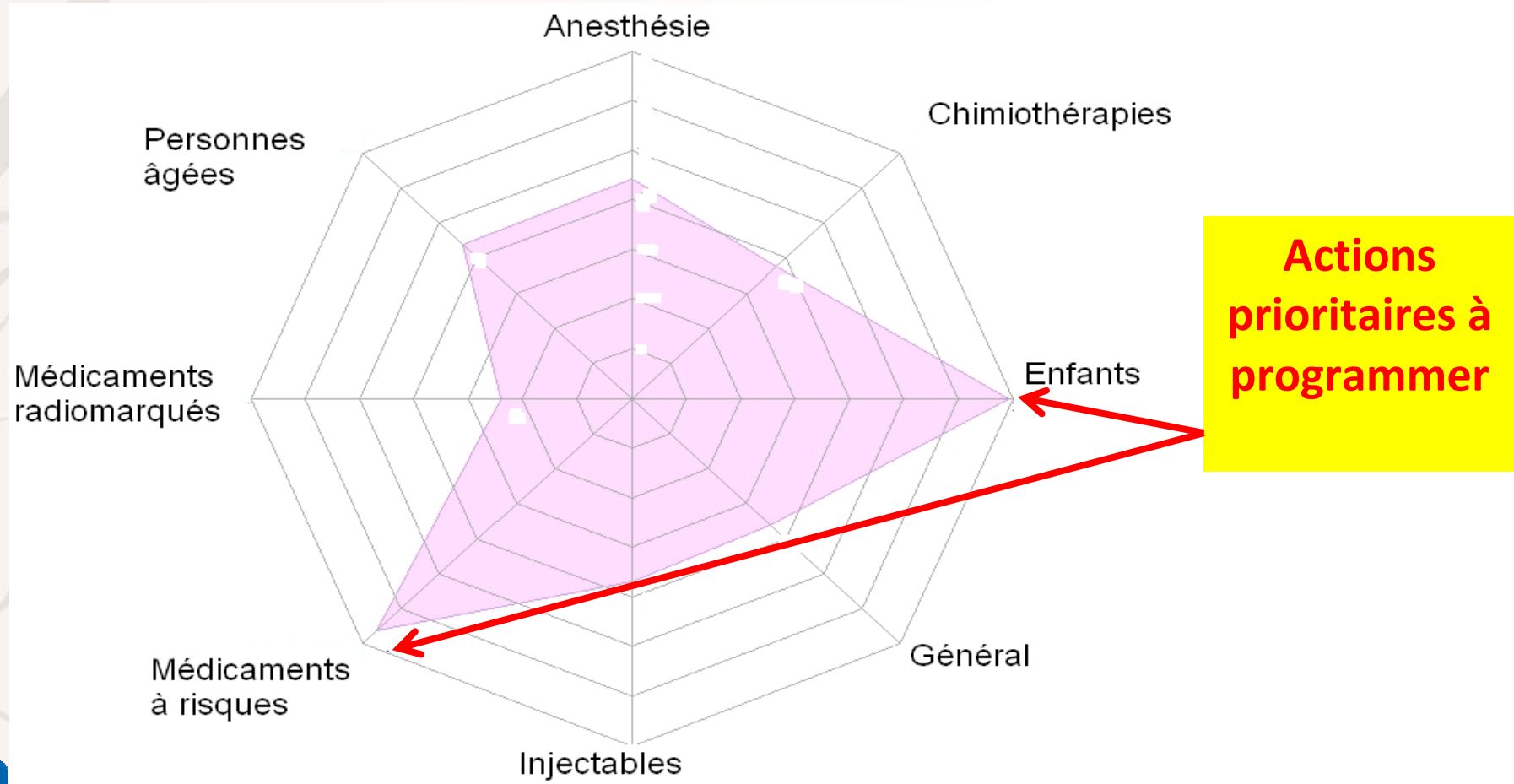
- Restituer les résultats par acteurs, par processus, par facteurs de risques en COPIL trimestriel avec DG, DSSI, DUQC, par pôle et en instances

Courbe de Gauss par profil défini dans CartoRetEX[®] et Six sigma calculé par le logiciel

Six Sigma du CHRO = 2,26 et Six Sigma : Moyenne Régionale = 1,98
Ecart type calculé pour chaque profil de risque



Résultat « profils à risques » pour CHRO




**Actions
prioritaires à
programmer**

Conduite du projet CartoRetEX[®] : 9 étapes (4)

- Rechercher les actions correctives et préventives par pôle :
 - Évaluer le niveau de maîtrise des « never events » et 5B
- Mettre en œuvre des actions par pôle : définition en juin avec ingénieure GDR
- Programmer une nouvelle auto-évaluation pour V2014


Risques résiduels AMDEC détectés par CartoRetEX® ?

- AMDEC :
 - 99 risques identifiés
 - 47 risques prioritaires  39 actions d'amélioration
 - Reste 12 risques insuffisamment atténués
- CartoRetEX® : OUI
 - Détection des 12 risques atténués avec une sensibilité par pôle
 - Sauf concernant la réception des produits non évaluée

Comparaison entre les deux outils (1)

Méthodologie	AMDEC	CartoRetEX®
Identification des situations à risque	A priori	A priori
Type d'approche	Écart aux référentiels, selon l'approche processus de la prise en charge médicamenteuse	Risque → Never Events ciblés
Besoin de ressources humaines en GDR	Oui, au moins ingénieur qualité GDR	Non pas forcément, formation ARS des pilotes
Auto-évaluation sur le terrain	Pas forcément, conseillée	De principe obligatoire auprès de tous les professionnels impliqués, rôle pédagogique

Comparaison entre les deux outils (2)

Méthodologie	AMDEC	CartoRetEX®
Auditeurs	Pharmacien + ingénieur GDR ou cadre circuit médicament  peu implication des services	Pharmaciens + cadres de santé observés/observateurs Rôle pédagogique
Analyse des risques	Cotation de la fréquence, la gravité, la maîtrise des risques par des professionnels humains dans un petit groupe de travail (20 personnes)	Objective par calculs statistiques. Respect la Loi de Poisson pour les effectifs de l'autoévaluation. Gommage de l'effet déclaratif
Type outil	Grille construite par les professionnels.	Logiciel clé en mains facile à utiliser
Appropriation de l'outil	Facile autour d'un pilote	Difficile, nécessite une formation Impossibilité de ré-évaluer les résultats sans intervention de la société prestataire

Comparaison entre les deux outils (3)

Méthodologie	AMDEC	CartoRetEX°
Chronophage	± construction de la grille	Oui autoévaluation sur papier puis saisie informatique
Questions d'audit	libres	Imposées pour le traitement des données. Manque réception produits de santé
Analyse des résultats	En cas de criticité trop importante → action immédiate	Au mieux fin autoévaluation un pôle, pour l'ETS fin autoévaluation complète
Présentation des résultats	A réaliser : logigramme, histogramme ...	Préprogrammée avec le logiciel par pôle défini et pour l'ETS

Comparaison entre les deux outils (4)

Méthodologie	AMDEC	CartoRetEX®
Comparaison des résultats	A échelle 1 ETS ou types d'hospitalisation	Échelle d'1 pôle
Comparaison entre ETS	Impossible ≠ grilles	Oui : même outil utilisé au niveau régional
Mise en œuvre des actions	Risques détectés avec criticités élevée parfois difficile à réduire : démotivant pour professionnels	Risques détectés par variabilité entre pôle : il suffit de suivre l'exemple d'1 pôle qui maîtrise le risque
Total des avantages	4	9

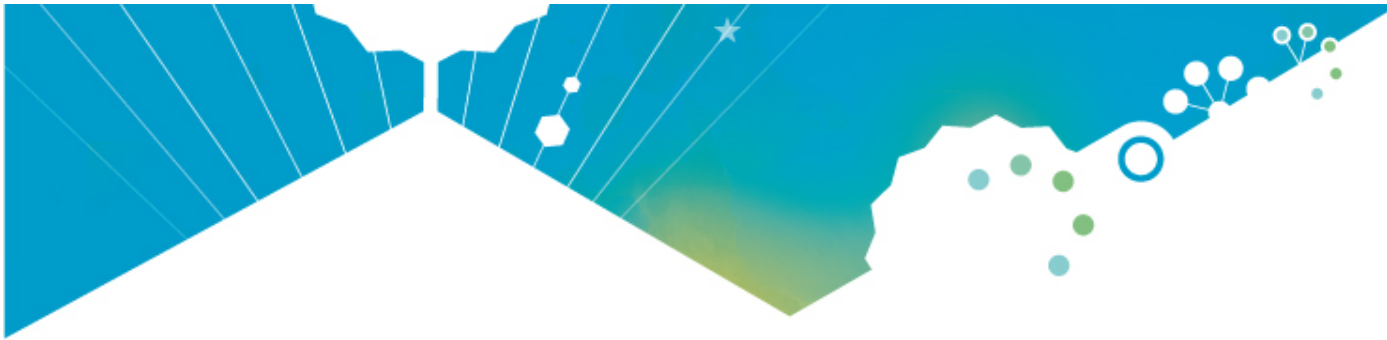
Conclusion

- Mise en évidence des **mêmes risques principaux**
- Pour V2014 : utilisation CartoRetEX® oui :
 - Travail **scientifique robuste** : adaptation **Six Sigma** de Taguchi : évaluation de la Non-Qualité
 - Travail **objectif** : pas d'élaboration de notre propre grille
 - Réflexion à **l'échelle de la région** Centre : même outil pour tous !

MAIS

- **Dépendance** pour l'exploitation des données ...
- Écart entre les résultats obtenus par CartoRetEX® et les attendus du compte qualité pour la certification V2014

➔ Solution = **mix des deux méthodes** : AMDEC et utilisation des statistiques pour recueillir les données (loi de Poisson), **approche polaire ?**



1^{ère} journée régionale des RSMQ
3^{ème} journée régionale des CREX

Vision régionale sur les barrières de prévention des médicaments à risque

Bilan des RAE 2013

● H. de Bouët du Portal - OMÉDIT Centre





Médicament à haut risque

List of High-Alert Medications de l'Institute for Safe Medication Practices

- Médicaments comportant un **risque élevé de causer des préjudices graves aux patients en cas d'erreur** lors du circuit du médicament ¹
- Les erreurs mettant en cause ces médicaments ne sont **pas forcément plus fréquentes** qu'avec les autres produits, mais leurs conséquences peuvent être **dévastatrices** pour les patients ^{1,2}

1 - Institute for Safe Medication Practices. «ISMP's List of High-Alert Medications ». Institute for safe medications practices. Medication safety tools & resources. Site de l'Institute for safe medication practices [en ligne] <http://www.ismp.org/>

2- Institute for Healthcare Improvement. «High-Alert Medications Require Heightened Vigilance.» Site de l'Institute for Healthcare Improvement [en ligne] <http://www.ihl.org/>



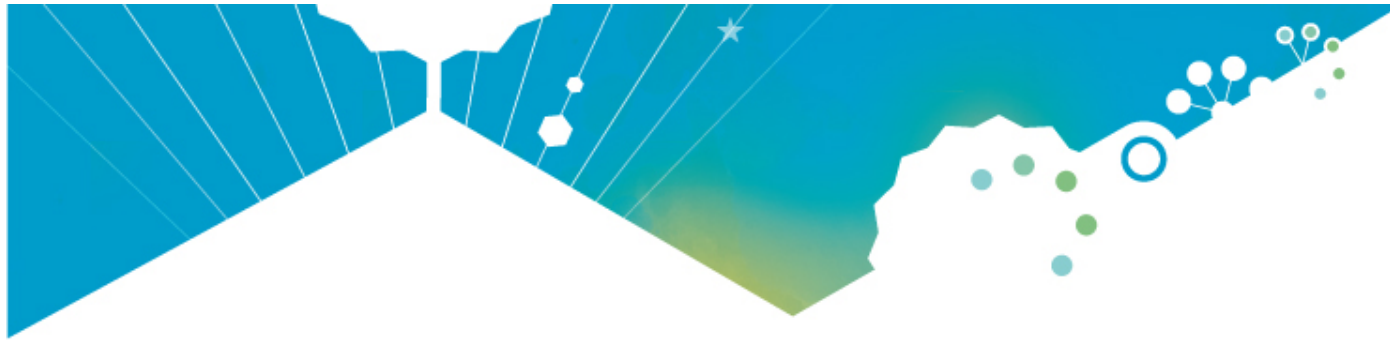


Médicament à risque

www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Aide-elaboration_Liste-medicaments-a-risque.pdf

<p>COMMISSION QUALITÉ DE LA PRESCRIPTION À L'ADMINISTRATION</p>	<p>FICHE DE BON USAGE</p> <hr/> <p>Aide à l'élaboration d'une liste de médicaments à risque</p>	<p>Date de rédaction : Septembre 2011</p> <p>Validation au Comité Stratégique : 18 avril 2012</p>
---	---	---

Médicaments requérant une sécurisation de la prescription, de la dispensation, de la détention, du stockage, de l'administration et un suivi thérapeutique approprié, fondés sur le respect des données de référence afin **d'éviter les erreurs pouvant avoir des conséquences graves sur la santé du patient** .Il s'agit le plus souvent de médicaments à **marge thérapeutique étroite**. »



Liste de médicaments à risque

- Liste **datée, réactualisée** régulièrement, **validée** CME
- Liste **à hiérarchiser**, à discuter dans chaque établissement (consommations, spécificités locales, RetEx...)



Points clés

- ▶ Identifier sa propre liste de médicaments à risque
- ▶ Assurer la préparation des médicaments à risque par les pharmaciens
- ▶ Restreindre le stockage et/ou limiter l'accès à ces médicaments afin de diminuer le risque
- ▶ Favoriser le prêt à l'emploi
- ▶ Standardiser les règles de prescription
- ▶ Redoubler de vigilance

www.has-sante.fr/guide/SITE/risque.htm



Sécurisation et autoévaluation de
l'administration des médicaments

Médicaments
à risque



Outils

- ▶ Liste des médicaments à risque
- ▶ Protocole thérapeutique médicamenteux
- ▶ Protocole d'antidotes (s'assurer de leur disponibilité)
- ▶ Procédure d'étiquetage
- ▶ Double vérification



Liste des médicaments à risque

Circulaire d'application du 14 février 2012 ¹

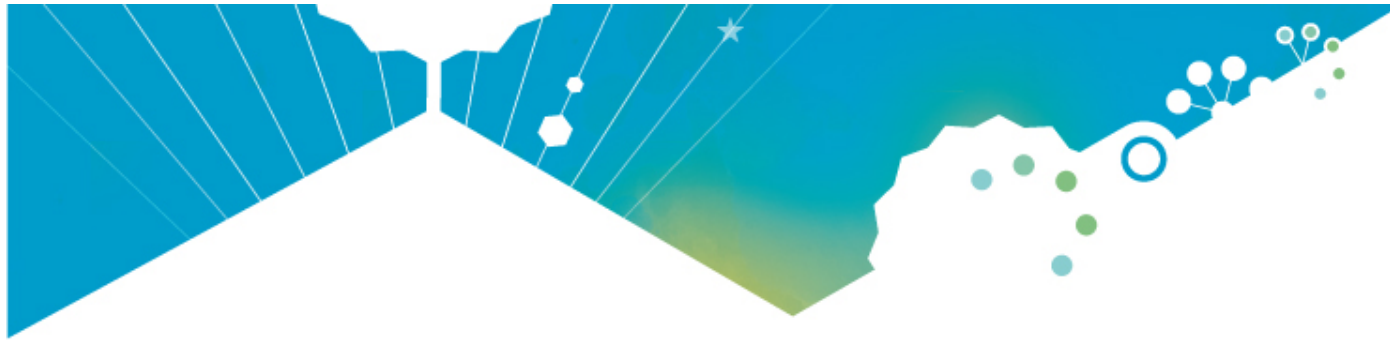
- liste des 12 évènements ne devant jamais arriver
« **never events** ² »
- médicaments fréquemment liés à des **erreurs de préparation et/ou d'administration**



6 modules de e-learning sur les Never Events

- Potassium injectable ³
- Injection par voie intrathécale (avec l'ANSM) ⁴
- Insulines, anticoagulants (AVK, AOD, inj.) - *en cours*

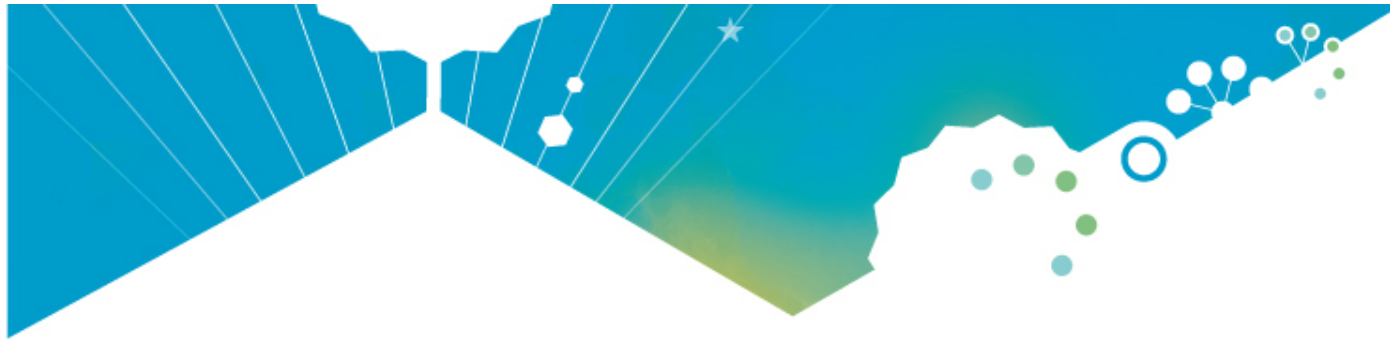
- 1 - *Circulaire N°DGOS N° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 (annexe III) relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé*
- 2 - *Dossier thématique de l'ANSM : Sécurité du médicament à l'hôpital*
- 3 - *omedit-centre.fr/Potassium_web_web/co/Potassium_web.html (ou omedit-centre.fr/potassium)*
- 4 - *omedit-centre.fr/intrathecale_web_web/co/intrathecale_web.html (ou omedit-centre.fr/ITH)*



Méthodologie

- Extraction à partir des rapports d'étape 2013
- N = 51 (39 établissements MCO + 8 dialyse + 4 HAD)
- Documents papiers ou numérisés, informations concernant les médicaments à risque :
 - **Listes** des médicaments à risque,
 - **Barrières** de prévention, récupération, atténuation
 - **Règles** de prescription, dispensation, stockage, administration
 - Actions **communication**

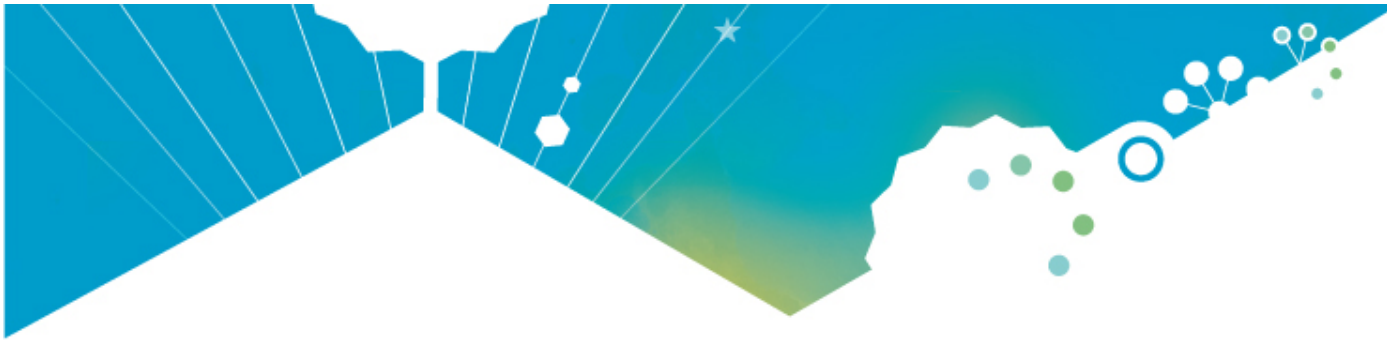




Résultats - synthèse des listes

- Anticancéreux injectables (reconstitution centralisée) : 99%
- Électrolytes hypertoniques inj. (KCl) : 81%
- Anticoagulants oraux (AOD, AVK) : 55%
- Opiacés : 53%
- Agonistes adrénergiques et tonicardiaques : 50% (adrénaline et atropine, norAd, isoprénaline ...)
- Insulines : 37%
- Anti-infectieux : 32%
- Anticancéreux formes orales : 27%
- Midazolam, Propofol : 25%
- Benzodiazépines : 20%



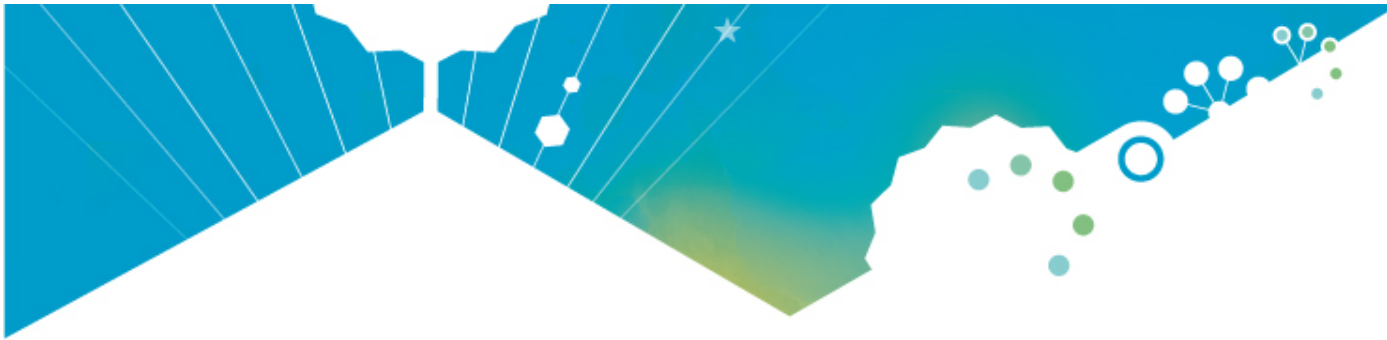


Résultats - synthèse des listes (2)

Des listes adaptées **selon** les **activités** ou les structures

- Ex. Médit à Risque en dialyse
 - Eau de dialyse
 - EPO
 - Héparine IV, Fer inj., électrolytes hypertoniques
- Ex. MR en HAD
 - Opiacés / kit antidote





Résultats - focus sur Never Events

Travaux sur :

- Potassium inj. : 67%
- Préparation d'injectables à risque : 33%
- Gaz à usage médical (MEOPA, O₂) : 25%
- Programmation dispositif d'administration : 16%
- Injections intrathécales : 14%
- Petits conditionnements / unidoses : 12%



Barrières



- **Imposer** les meilleurs standards ergonomiques industriels de présentation des médicaments (injectables et comprimés ++)
- **Suppression** de certaines présentations, **révision** des dotations (fortes doses, dénomination proches...),
- **Paramétrer** le logiciel informatique : avec liste des médicaments à risque, message d'alerte affiché si médicament à administration non quotidienne ...
- **Protocoles, PTMI** : anesthésiques, opiacés, MTX, ACoag
- Stockage dédié / **étiquetage** / pas de rangement alphabétique
- **Affiches** pour MTX ou KCl... applicables et lisibles !
- **Formation** des IDE, **ETP** (ACoag, Antinéoplasiques)



Ex. listes MR

Médicaments / Classes	Nature du risque	Mesures mises en œuvre*
Anticoagulants Per os AVK et nouveaux anticoagulants (Dabigatran, Rivaroxaban..)	Prescription, posologie, surveillances (surdosages) Substitution entre AVK et nouveaux anticoagulants	Procédure « Bon usage des AVK » Ennov, Gestion documentaire, circuit du médicament Recommandations HAS nouveaux anticoagulants (Dabigatran, Rivaroxaban) Ennov, Gestion documentaire, circuit du médicament
Insulines	Stockage, modalités d'administration en pousse seringues	
Anticancéreux par voie Orale Méthotrexate	Posologie par semaine	« Communiqué Methotrexate 2011 » Ennov, Gestion documentaire, circuit du médicament
Estramustine Estracyl®	Précautions d'emploi	« Fiche de bon usage de l'estramustine » Ennov, Gestion documentaire, circuit du médicament
Morphiniques	Posologie, administration perfusion IV, compatibilités en sous cutanée Prescription en soins palliatifs	Table d'équianalgésie morphiniques Ennov, Gestion documentaire, circuit du médicament
Benzodiazépines Hypnovel, Midazolam	Prescription en soins palliatifs	
Sels de K ou Na concentrés	Stockage, dispensation, administration	Feuillelet ANSM « Chlorure de K » Ennov, Gestion documentaire, circuit du médicament Présence sur boîte de stockage Prescription sécurisée dans Osiris®, produit de dilution obligatoire

Médicaments anticoagulants

- Risques de confusion liés à la forme des comprimés de Previscan®

Risque d'erreur médicamenteuse lié à l'étroite ressemblance des comprimés quadriséables en forme de trèfle de Previscan® 20 mg avec ceux d'autres spécialités à visée cardiovasculaire telles que Nebivolol, Lisinopril et Captopril commercialisées par différents laboratoires génériqueurs (FP du 04/10/2011, du 10/03/2010).

- nouveaux anticoagulants oraux : recul trop faible en terme de pharmacovigilance

Médicaments stupéfiants

- confusion dans les dénominations
- CREX : mai 2009 (Moscontin® 10 mg/Sevredol® 10 mg), juin 2011 (Oxynorm® 10 mg/Oxycontin® 10 mg)

Médicaments à rythme d'administration non quotidienne

- Cyclage informatique : absence ou erreur
- biphosphonates : actonel®, adavance®, fosavance®
- methotrexate par voie orale : en une prise unique par semaine. La posologie s'exprime en mg/semaine (CREX) (FP du 11/07/2011)

Médicaments faisant l'objet d'un contrôle strict sur Dopasoins, avec enregistrement de chaque non-conformité et intervention du référent informatique auprès des prescripteurs.

Médicaments administrés par dispositifs programmables

- insuline : CREX mai 2008, CREX avril 2010
- héparine : CREX janvier 2009

Médicaments avec modalités d'administration particulières :

- chlorure de potassium injectable : Injection lente et diluée (CREX action 2010 : le réserver au chariot d'urgence)
- gilenya® (surveillance cardiologique imposant hospitalisation 24 heures)

Médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé (voir liste R)

Ex. liste MR (2)

Liste des produits à risque et nature du risque selon les secteurs cliniques considérés :

■ = risque intrinsèque ; ● = profil physio-patho ; ▲ = caractère exceptionnel

Médicaments / Classes	Pédiatrie (hors réa)	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Gériatrie moyen / long séjours	Psychiatrie	Réa (péd/ad) + Blocs + S. réveil	Raison majeure	Mesures mises en œuvre*
Adrénaline IV	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ●	MTE	A
Aminosides, vancomycine	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ●	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ●	MTE	F (fiches Comed n°10-172, n°11-180, 185)
Anti-arythmiques : digoxine	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ●	MTE	
Anticoagulants PO (Dabigatran, Rivaroxaban, Ticagrelor, AVK)	■ ● ▲	■ ●	■ ●	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	MTE	F (fiche Comed n°09-124, n°10-176, n°12-177, 178, 188)
Ciclosporine, évérolimus, sirolimus, tacrolimus	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	MTE	Fiche de BU en cours de rédaction
Colchicine	■ ● ▲	■ ●	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	MTE	
HBPM, Fondaparinux	■ ● ▲	■ ●	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ●	MTE	F (fiches Comed n°09-120, n°10-176, 179, n°12-178, 189)
Insulines	■ ●	■ ●	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ●	MTE	F (fiche Comed n°09-106)
Lithium	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ●	■ ● ▲	MTE	Fiche de BU en cours de rédaction
Méthotrexate PO	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	MTE	C feuillet (ANSM)
Morphiniques, Kétamine	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ●	MTE	F (fiches Comed n°09-37, n°10-108, n°11-77, n°12-186, 193, 194) + Table d'équianalgésie morphiniques
Ropivacaïne	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ●	Risque erreur de voie	B (alerte du 28/02/2012)
Sels de K ou Na concentrés	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ● ▲	■ ●	MTE	A (affiche ANSM)

MTE : marge thérapeutique étroite



Ex. liste MR (3)

Médicament à risque	Mesure(s) de sécurisation
Adrénaline / Atropine (pour le risque de confusion des noms)	Ne pas ranger à proximité (dotations et chariot d'urgence)
benzodiazépines injectables Tranxene®, Valium®, Equanil® chez le patient agé	PTMI (protocole thérapeutique médicamenteux infirmier)
Cefuroxime 0.1mg peropérateur	Protocole de préparation infirmier
Chlorure de potassium 10%/10 ml injectable	Hors rangement alphabétique, PTMI, affiche AFSSAPS
Chlorure de sodium 20% - 4g/20 ml injectable	Hors rangement alphabétique, PTMI
Cordarone® 150 mg/3 ml injectable	PTMI
Depakine® injectable	PTMI
Digoxine® 0.5 mg/2 ml injectable	PTMI
Gluconate de calcium 10%/10 ml injectable	Hors rangement alphabétique, PTMI
Insuline rapide 100UI/ml flacon de 10 ml	PTMI
Lovenox® injectable, dosages curatifs	PTMI + dosages curatifs 0.8ml et 1 ml hors dotation
Methotrexate® comprimé	Hors dotations, <i>verrouillage MY VISIT</i>
Ropivacaine injectable	PTMI (Formation), étiquetage
Xarelto® 10 mg comprimé	PTMI

Ex. paramétrage logiciel informatique

Lors de la recherche du médicament, identification des spécialités à risque (fond orangé)

Libellé	Autre	Inj	Nu
APOMORPHINE (APOKINON) 30MG/3ML INJ STYLO	X	X	
MORPHINE (MORPHINE) 10MG/1ML INJ	X	C	
MORPHINE (MORPHINE) 50MG/5ML INJ	X	C	
MORPHINE SULFATE (ACTISKENAN) 10MG GÉLULE	X		

Une fois prescrit, le méd à risque apparaît avec l'icône



Type	Statut	Voie	Libellé	Début	Fin
GAZ	EC	NEZ ARTIFICIEL	OXYGENE "SPONTANÉES" GAZ à durée déterminée sur 60min, à 19h à 3 L/min par Nez artificiel	06/03/2013 19:00	07/03/2013
PSE	EC	PERFUSION LENTE	CHLORYDRATE DE MORPHINE 10MG/1ML IV + EPPI PSE à durée déterminée sur 24h00, à 16h 10 mg soit 1 mL/h de MORPHINE (MORPHINE) 10MG/1ML INJ 24 mL	07/03/2013 16:00	07/03/2013

Dans son plan de soin, lorsque l'IDE sélectionne son activité, le médicament à risque se présente en zone orangée

Seringue électrique

DXCARE REANIMATION (Lit : (Né(e) le : 12/05/1960)

CHLORYDRATE DE MORPHINE 10MG/1ML IV + EPPI

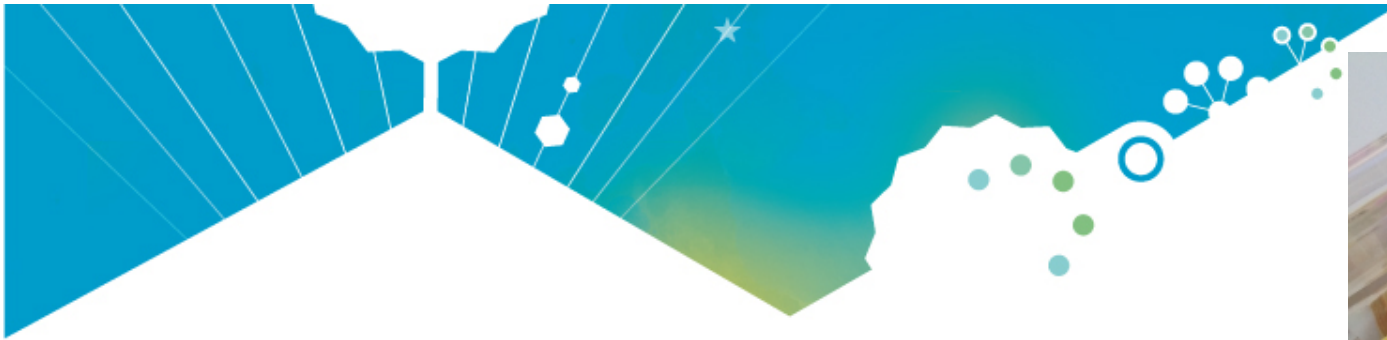
Détail Prescription

Liste des seringues

Perfusion

07/03/2013 16:00

ANNULEE



Ex. étiquettes

Médicament à Risque
POTASSIUM CHLORURE 10%
AMPOULE 1g/10ml

I.V.D.

Code 212 LISTE 1



KCl
 Chlorure de Potassium
 HYPERTONIQUE

MÉDICAMENT À RISQUE
VOIE INTRATHECALE

Nom prénom :

Traitement :

Dosage/dilution :

Voie :

H de préparation.....

Date : / /20.....

H début : H fin :

Débit : mL/h

Préparé par :

Kit de formation

PREVENIR
et
DECLARER
les
erreurs
médicamenteuses

Ex. information formation

12 millions d'ampoules de KCl vendues par an en France
+ 12 millions de risques d'erreurs graves

Chlorure de Potassium (KCl)

4 règles pour éviter les erreurs

- Lire toutes les mentions de l'étiquetage**
- Toujours diluer** dans une solution pour perfusion (concentration maximale 50 mmol/L de potassium soit 4 g/L de KCl, chez l'adulte)
- Perfuser lentement en IV** en contrôlant la vitesse (< 15 mmol/heure de potassium soit environ 1 g/heure de KCl, chez l'adulte)
- Surveiller** les paramètres cliniques et biologiques - monitoring cardiovasculaire

Attention solution hypertenue
1 g de KCl = 15,4 mmol de potassium

afssaps

METHOTREXATE par voie orale (hors cancérologie)

= Prise hebdomadaire

7 points pour éviter les accidents

- Insister sur la posologie particulière (prescription et délivrance): **une prise par semaine**
- Établir une ordonnance **claire et lisible, sans abréviation**, et être en mesure de vérifier le schéma posologique (communication interprofessionnelle)
- Fixer avec le patient le **jour de la prise** en le précisant sur l'ordonnance et la boîte (éviter le mardi car confusion avec matin)
- Parler de la **possible confusion** entre le méthotrexate et les autres comprimés dont la prise est plus fréquente, notamment l'acide folique
- Sensibiliser le patient aux **différents dosages** (boîte de 2,5 mg et de 10 mg)
- Encourager les patients à **noter la prise** du Méthotrexate sur un calendrier
- Informier le patient sur les **signes évocateurs d'un surdosage** au méthotrexate à savoir la fièvre et les ulcérations buccales.

Méthotrexate
> 2,5 mg comprimés
> 10 mg comprimés sécables

Consultation obligatoire en cas de surdosage

Pour déclarer les erreurs médicamenteuses et / ou les incidents du circuit du médicament :

Appeler la pharmacie au 50.29 de 8h30 à 17h30

En dehors de ces horaires et week-end / jours fériés, utiliser la feuille jaune

Personne n'est à l'abri d'une erreur médicamenteuse.

L'erreur est plus généralement le résultat d'une cascade de défaillances, issues d'une organisation insuffisamment sécurisée.

Les erreurs médicamenteuses au niveau de la prescription, de la préparation, de la dispensation, du stockage et de l'administration, peuvent avoir des conséquences graves.

Hospitalisation prolongée
Mauvaise prise en charge
Décès

Nous cherchons des solutions et non des coupables

Que voulons-nous faire ?

- Collecter les dysfonctionnements
- Écouter les professionnels
- Proposer et mettre en place des actions correctives
- Communiquer pour éviter que cela se reproduise

Une erreur qui ne s'analyse pas est une erreur qui se reproduira

DECLARER C'EST S'AMÉLIORER

L'ERREUR MÉDICAMENTEUSE JE LA DÉCLARE... ...ON EN PARLE

- LE CIRCUIT DES PATCHS**
Les patchs de jours précédents n'ont pas été décollés, ce qui expose le patient à un surdosage. Le circuit des patchs est à revoir.
- ALLERGIE**
Le médecin a prescrit l'antibiotique, le pharmacien a délivré et l'IDE a administré, pourtant tous devaient connaître l'allergie renseignée dans le dossier du patient. L'alerte allergie doit être plus évidente.
- HOMONYMES**
Dupont reçoit le traitement de Dupont. Le patient doit être identifié avant l'administration.
- UN AÉROSOL EN INTRAVEINEUX**
L'IDE s'est rendu compte de l'erreur avant l'administration. La voie d'administration doit toujours être vérifiée.

Ces quatre événements ont eu lieu en 2009 dans un même établissement. Leur déclaration a permis d'améliorer le circuit du médicament pour une meilleure prise en charge du patient.

ON ÉVITE QU'ELLE SE REPRODUISE

Ex. fiches B.U.

NeverEvents

FICHE 2 : LE CHLORURE DE POTASSIUM INJECTABLE « KCL » (1/2)
Sécurisation de l'étape de préparation et d'administration – P.PHA...

LE KCL DANS LE COMMERCE


- CHLORURE DE POTASSIUM 7,5% (0,075 g/ml), 10% (0,10 g/ml), 15% (0,15 g/ml), 20 % (0,20 g/ml), solution à diluer pour perfusion

Dosage ⇒ 1g de KCl = 13.4 mmol

INDICATIONS

Cet électrolyte présenté en solution hypertonique est principalement prescrit pour :

- le traitement des hypokaliémies ;
- la correction des troubles hydro-électrolytiques ;
- un apport de potassium dans le cadre de la nutrition parentérale.

CONTRE INDICATIONS 

L'administration de ce médicament est contre-indiquée en cas d'**hyperkaliémie** ou toute situation pouvant entraîner une hyperkaliémie (insuffisance rénale sévère, insuffisance surrénalienne aiguë, acidose métabolique décompensée).

NeverEvents

FICHE 1 : LES MEDICAMENTS ANTICOAGULANTS AVK (2/2)
Améliorer la prescription et l'éducation thérapeutique du patient – P.PHA...

L'INR " cible " est la valeur d'INR à rechercher pour obtenir un traitement efficace. Il dépend de la maladie pour laquelle le traitement est prescrit.

Dans la plupart des cas	Dans certains cas	Dans tous les cas
Il doit se situer entre 2 et 3 : <ul style="list-style-type: none"> un INR inférieur à 2 reflète une dose insuffisante un INR supérieur à 3 correspond à une dose trop forte, avec un risque potentiel d'hémorragie 	L'INR cible doit être plus élevé, compris entre 3 et 4,5, pour que le traitement soit efficace.	Un INR supérieur à 5 est associé à un risque hémorragique accru.

CONTROLE DE L'INR

Les contrôles de l'INR sont réalisés à fréquence déterminée par le médecin.

En début de traitement, les contrôles sont réguliers pour trouver la dose d'AVK qui correspondent à l'INR cible. Dès que le traitement est stabilisé, le contrôle est maintenu à raison d'une fois par mois pour éviter le surdosage et le risque de thrombose. Si les résultats montrent un déséquilibre du traitement, la fréquence du contrôle sera plus régulière jusqu'à stabiliser l'INR.

SURVEILLANCE SIGNES EVOCATEURS D'UN SURDOSAGE

Centre Hospitalier Pharmacie

MODALITES DE PRISE DES COMPRIMES DE METHOTREXATE
PHA-MED/EQ/006/A

CE MEDICAMENT DOIT ETRE PRIS UNIQUEMENT 1 JOUR PAR SEMAINE.

 Plusieurs patients sous méthotrexate ont pris leurs comprimés tous les jours au lieu d'une seule fois par semaine. Ce type d'erreur est dangereux : il conduit à un surdosage qui peut provoquer des effets indésirables graves.

Aussi, vous devez être vigilants et respecter strictement la prise sur 1 jour par semaine : si la prescription ne comporte pas cette fréquence d'administration, en parler au médecin.

A remplir par la pharmacie :

NOM DU SERVICE :

NOM/PRENOM PATIENT :

NOM du médicament délivré :

DOSE PAR SEMAINE (mg)	NOMBRE DE COMPRIME(S) PAR SEMAINE EN UNE PRISE UNIQUE

Cocher le jour de prise des comprimés (et uniquement un jour par semaine) :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE

Un surdosage peut se traduire par un ou plusieurs symptômes suivants : ecchymoses (bleus) ou saignements inexpliqués, fatigue inhabituelle, fièvre, plaies ou inflammation de la bouche, nausées, vomissements, diarrhées sévères, selles foncées ou sang dans les selles.
En informer immédiatement le médecin.



Actions Communications Ex. KCI concentrés 15 et 20%

- Focus KCI lors de la 11^{ème} journée plénière (novembre 2012)
- Module de e-learning (depuis mars 2013, > 8900 connexions)
- Indicateur
 - 👉 suivi des **consommations MCO** en région Centre
des KCI 7.46%, 10%, 15% et 20% ?

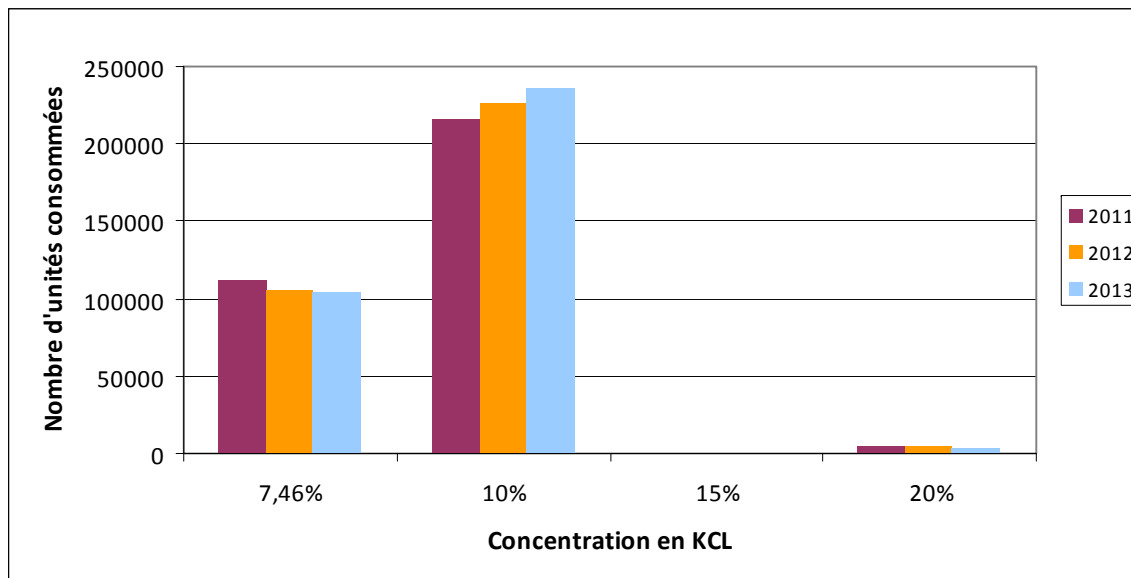
Ex. consommations KCl en région Centre

	2012	2013
Nb d'éts MCO consommant du KCl	40	37*
Nb d'ampoules délivrées	337 827	345 529
Quantité délivrée (en grammes)	358 435 g	349 765 g
Formes disponibles 0,746g/10mL ; 1g/10mL ; 2g/20mL ; 1,5g/10mL 1g/5mL ; 2g/10mL ; 4g/20mL	26 éts : 1 forme 12 éts : 2 formes 2 éts : 3 formes	25 éts : 1 forme 10 éts : 2 formes 2 éts : 3 formes
Concentrations disponibles par établissement	31 éts : 1 conc° 9 éts : 2 conc°	28 éts : 1 conc° 9 éts : 2 conc°
Répartition concentrations	4 7,46% (31.43%) 10% (67,12%) 15% (0.02%) 20% (1.45%)	3 7,46% (30.22%) 10% (68,56%) suppression 20% (1.22%)

* 1 fusion d'éts,
1 fermeture, 1 éts
ne consomme
plus en 2013

Ex. consommations KCI en région Centre

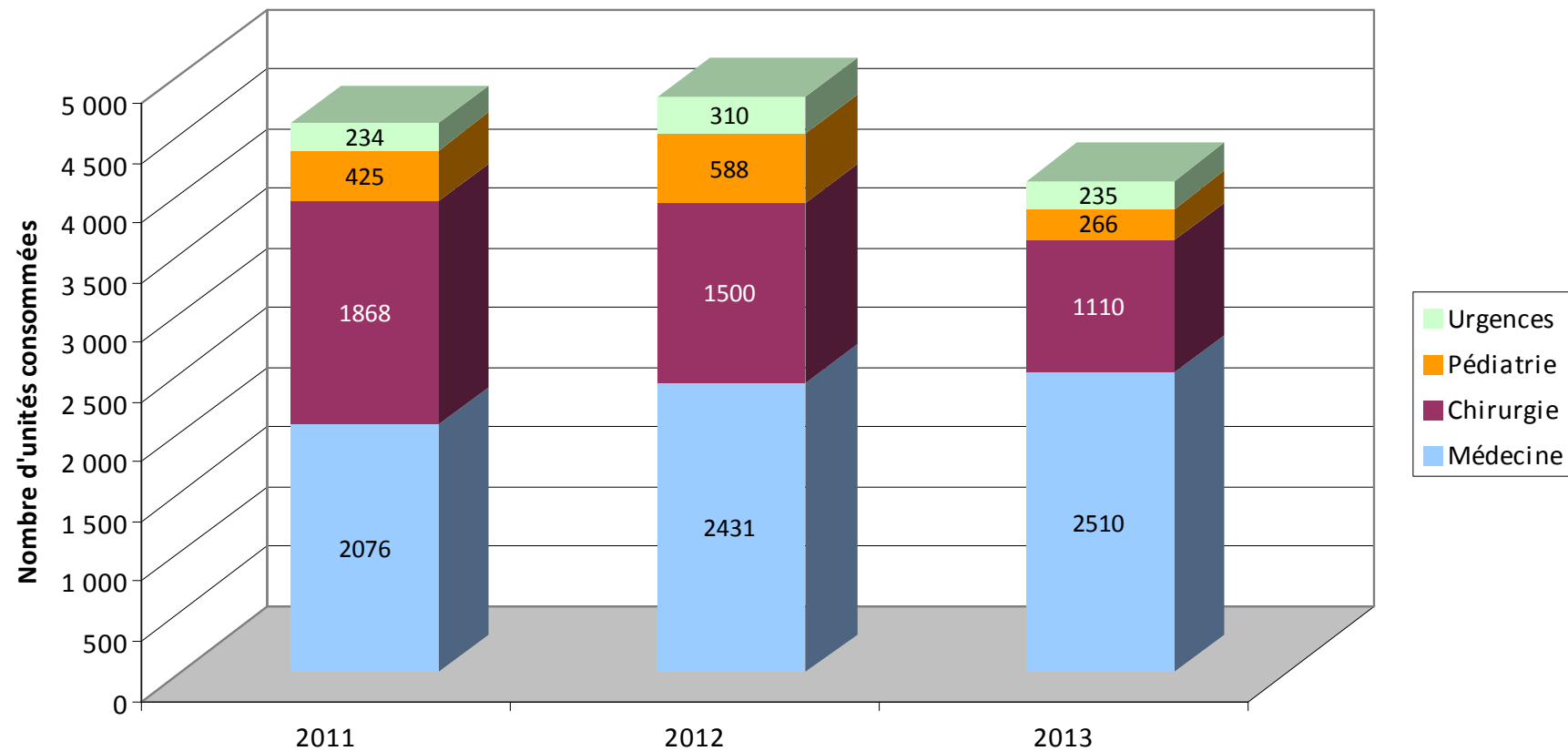
Concentration KCI	Nb unités délivrées en 2012	Nb unités délivrées en 2013	Evolution 2013/2012
7,46%	106 166	104 411	-1,7%
10%	226 756	236 898	4,5%
20%	4 903	4 220	-13,9%



- Pertinence / révision des dotations KCI effectuées ?
- Sensibilisation sur ce risque à poursuivre ?

Ex. consommations KCI en région Centre

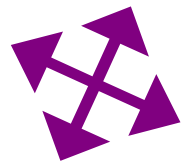
KCI 20% - répartition des consommations
(nombre d'unités) par type d'activité



Conclusion

Mutualiser

Alimenter la boîte avec des documents, diaporamas, proposés par les établissements ?



Partager

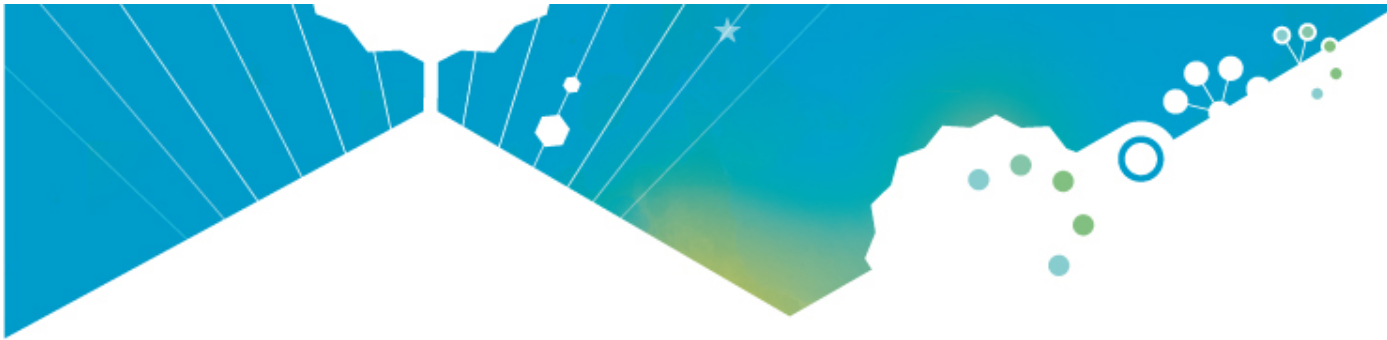
Sur la partie réservée du site internet

Mesurer

Focus sur potassium
Focus sur MTX hors cancéro
Focus sur inj° intrathécales



Autres attentes ?



1^{ère} journée régionale des RSMQ
3^{ème} journée régionale des CREX

**Présenter et valoriser
le travail du RSMQ**
Retour d'expérience du CH Romorantin

● Dr F Cloitre - RSMQ / Dr N Mabs - Pharmacien



Présenter et valoriser le travail du RSMQ

Contexte réglementaire :

Arrêté du 6 avril 2011

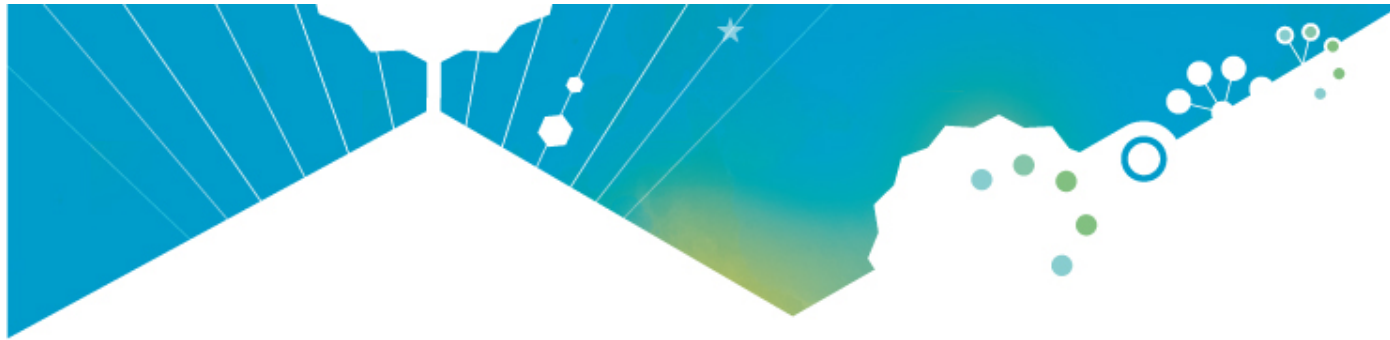
Circulaire du 14/02/2012 et Guide sur l'organisation et le management de la qualité de la PECM à l'hôpital.

Au CHRL

- Nomination d'un binôme de RSMQ le 30/08/2012 :
 - Missions définies
 - Personnes ressources identifiées

Fil conducteur :

Réduire les risques d'un processus complexe mettant en jeu de multiples acteurs et de multiples interfaces.



Fonctionnement

Membre de la CME

Membre de droit du Comité de pilotage qualité gestion des risques (COFIL)

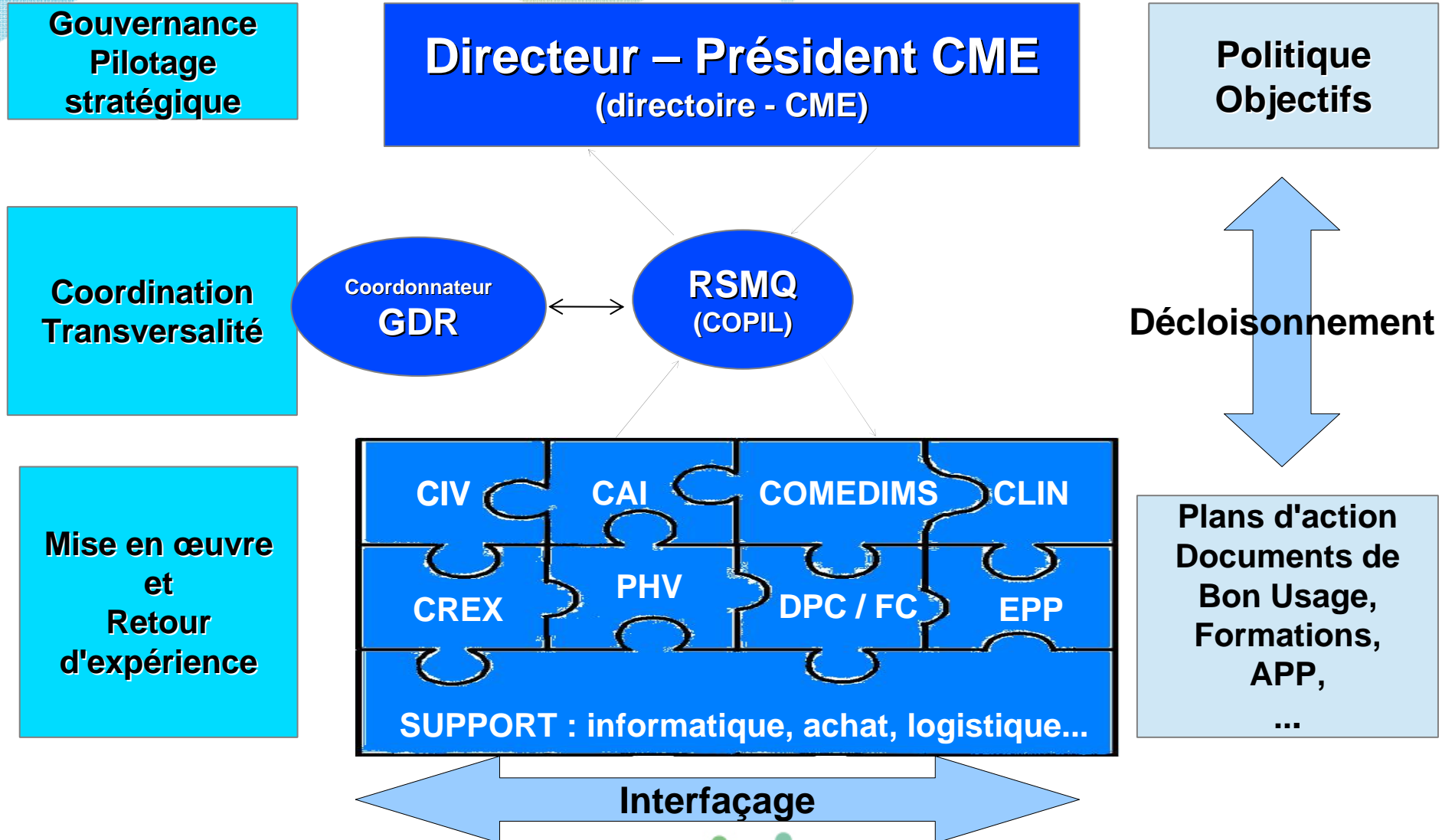
Membre de droit de toutes les instances du « Jeudi Qualité » :
Comedims, Clud, Clin, CAI, CIV, Commission EPP, CREX...

Membre du Copil restreint = Cellule d'appui

- RSMQ / Président de CME / Coordonnateur de la gestion des risques / Direction des soins infirmiers / Responsable Qualité et Assistante qualité



CHRL – Positionnement du RSMQ





Les outils du RSMQ

Les outils externes

La réglementation

Les résultats de visites de certification, de visites d'inspection

Le rapport d'étape du CBU

L'appui de l'Omedit

Les outils internes

Projet d'Etablissement, CPOM

Manuel de Management de la Qualité de la PECM :
politique et cartographie du processus


Bilan et programme d'actions

Instances qualité, CREX, cartographie des risques a priori...

Plan d'action qualité et gestion des risques (PAQGDR)

Tableaux

EPP, indicateurs, fichier des procédures



**Appui de la
cellule qualité**

Politique et objectifs

La politique de management de la prise en charge médicamenteuse a été définie et validée au CHRL dès octobre 2012 (cf .MMQ)

Trois Axes et six priorités, elles-mêmes déclinées en objectifs ont été identifiés :

Axe Qualité

1. Formaliser l'organisation de la PECM
2. Développer la démarche qualité et la structuration de la gestion des risques a priori et a posteriori
3. Informatiser, en lien avec le SIH (système d'informatisation hospitalier) les principales étapes de la prise en charge médicamenteuse

Axe Gestion Des Risques

4. Prendre en compte les patients à risque (plus particulièrement les personnes âgées)
5. Prendre en compte les médicaments à risques

Axe Communication Formation Analyse de pratique

6. Former et informer les professionnels



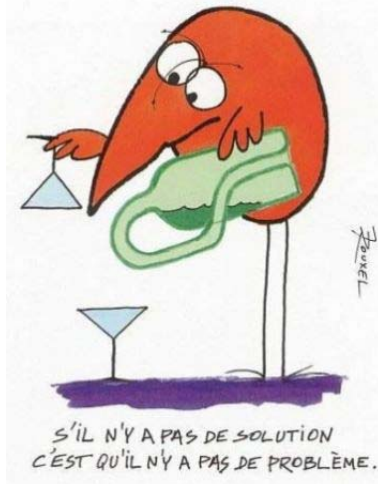
Communiquer sur la démarche : Bilan du RSMQ notre vision

Ce qui est attendu :

Bilan obligatoire : arrêté et élément de preuve du CBU

Doit être présenté au Directeur et au Président CME

Il permet de proposer les améliorations du système de management de la PECM



11/09/2014

Certes,

mais comment le rendre attractif pour qu'il devienne l'outil du management de la PECM ?

Il doit s'intégrer à l'existant tout en se différenciant des différents outils existants

Il n'est pas le bilan des instances (Comedims, ...)

Comment va t-il être utilisé, et par qui ?

Comment présenter son contenu (tableau, diaporama, ...), l'exhaustivité est-elle nécessaire ?

Pas de trame régionale ou nationale

Quelques pistes : *Interventions Journées Paris Descartes juin 2012*



143

Communiquer sur la démarche : Bilan du RSMQ notre vision

Notre proposition pour restituer une vision transversale et coordonnée

Partir des trois axes de notre politique de la PECM : Axe AQ, Axe GDR, Axe communication

- **Extraire les démarches pertinentes d'amélioration de la PECM, à l'aide de nos différents outils, :**

Les instances : Comedims, Clud, CAI, CIV, Clin, Crex, Pharmacovigilance, etc

Les évaluations externes : certification, inspections, du CBU

Les indicateurs nationaux, régionaux, internes

- **Évaluer le niveau d'atteinte des objectifs**

En pourcentage / Atteint ou non atteint

- **Proposer les nouvelles améliorations à la direction et au président de la CME pour sécuriser la PECM**

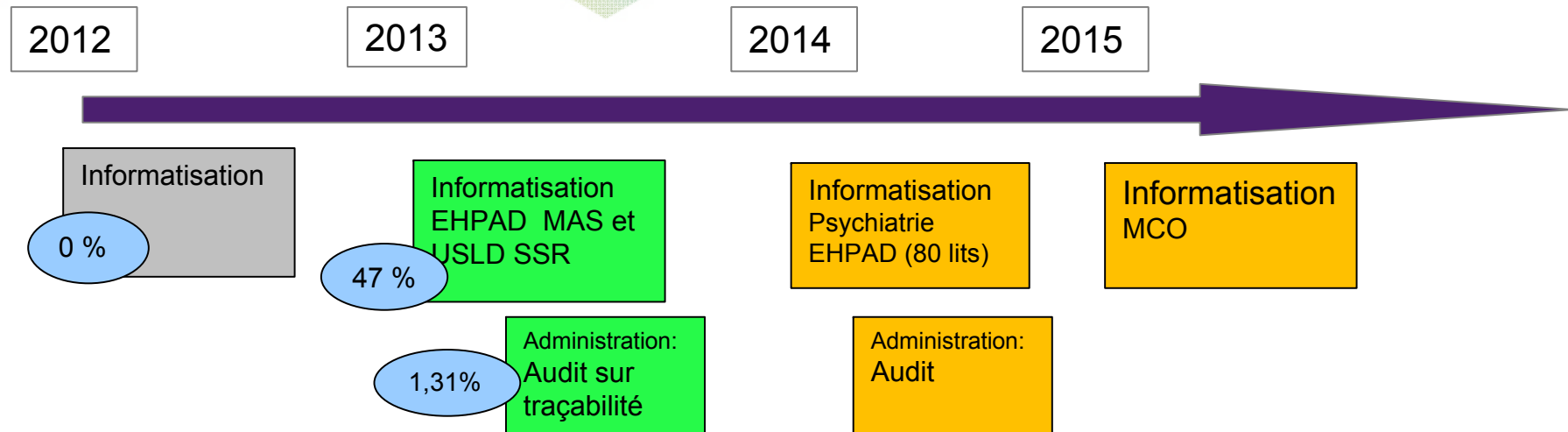
Fil conducteur :

Réduire les risques d'un processus complexe mettant en jeu de multiples acteurs et de multiples interfaces.

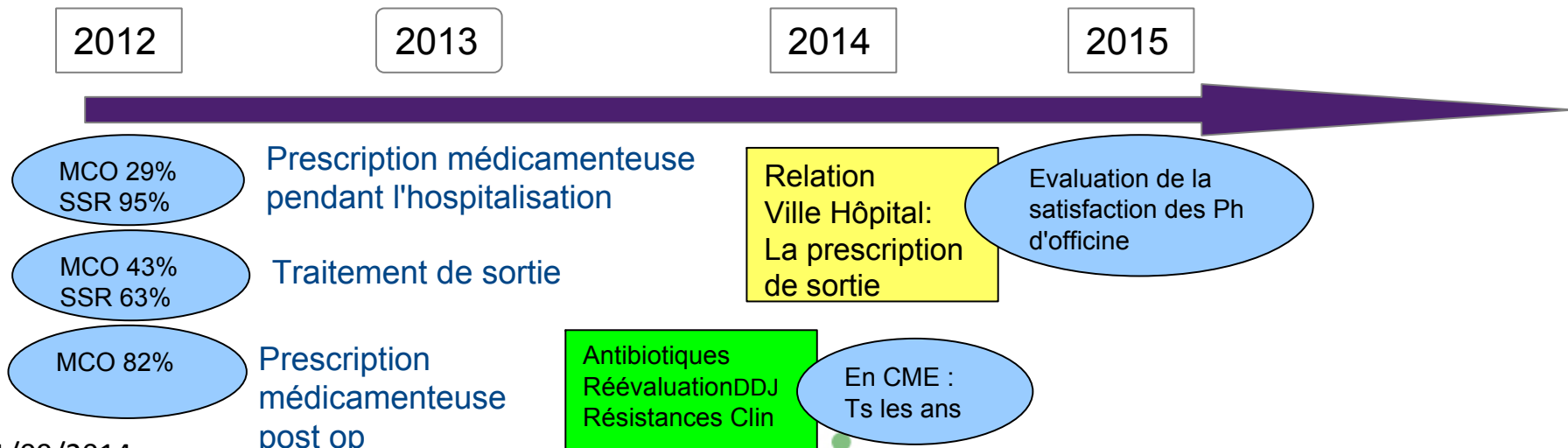


Exemple de présentation - AXE AQ

Informatisation : Prescription /Administration



Prescription : IPAQSS tenue dossier patient – Prescription de sortie



Exemple de présentation : Atteintes des objectifs

Axe Qualité

Formaliser l'organisation de la PECM

Développer la démarche qualité et la gestion des risques *a priori*

Développer la démarche qualité et la gestion des risques *a posteriori*

Informatiser, en lien avec le SIH (système d'informatisation hospitalier)
les principales étapes de la prise en charge médicamenteuse

Axe Gestion Des Risques

Prendre en compte les patients à risque (plus particulièrement les personnes âgées)

Prendre en compte les médicaments à risque

Axe Communication formation

Former et informer les professionnels



Exemple de présentation Propositions du RSMQ

Choix stratégiques (V2010-CBU- inspection)
Priorisations (issues des retours d'expérience)
Échéances (réalisables)



Axe Qualité

Poursuivre l'informatisation selon les échéances

Nouvelle version V1 du MMQ à valider (2014)

Organiser le système d'assurance qualité (rédaction des procédures pour chaque processus de la PEM cf. modèle Châteauroux) (aboutissement 2015)

Travail sur les relations Hôpital ville (exploitation du questionnaire de nov 2013 et mise en place d'un plan d'action). Améliorer la tenue du dossier patient (2014)

Axe gestion des risques

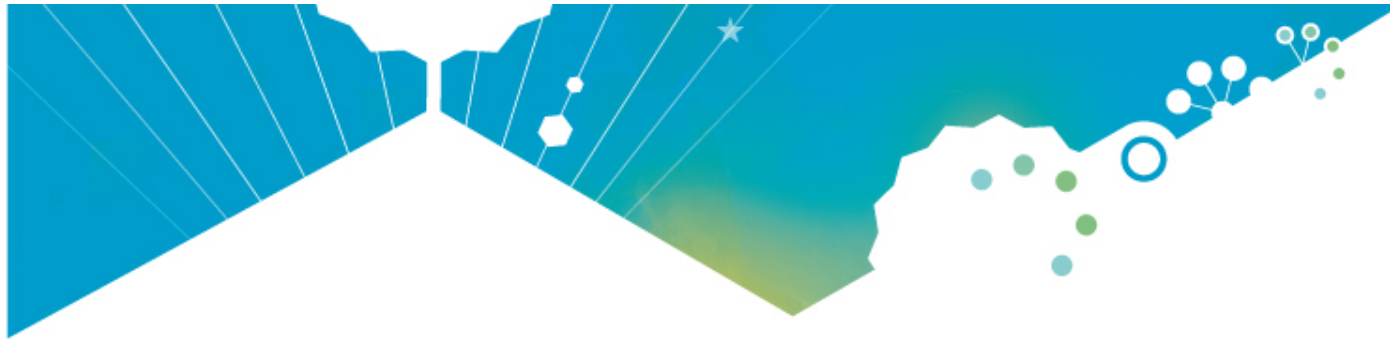
Pérenniser les CREX, maintenir une dynamique de déclaration des FEI

Prolonger le travail sur la cartographie des risques (2014-2015)

Axe communication

Bon usage des antibiotiques : baisse de la DDJ (2014)

Stratégie de communication : choix (2014)



Bilan du bilan du RSMQ Concrètement en interne

Attentes de la direction : connues

Est-ce suffisant ?

Fiche de mission : connue

Qu'est-ce qui a changé depuis un an ?

Bilan : réalisé

Qui connaît le RSMQ ?

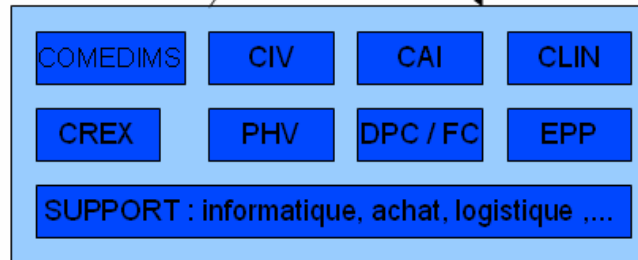
Forte implication du RSMQ

Qui connaît ses missions ?

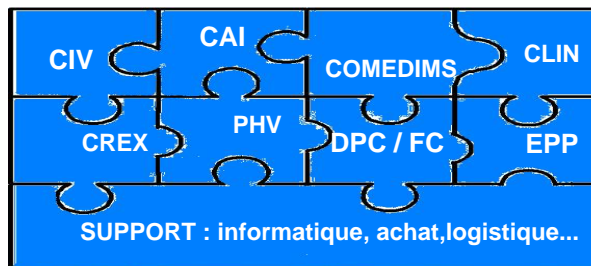


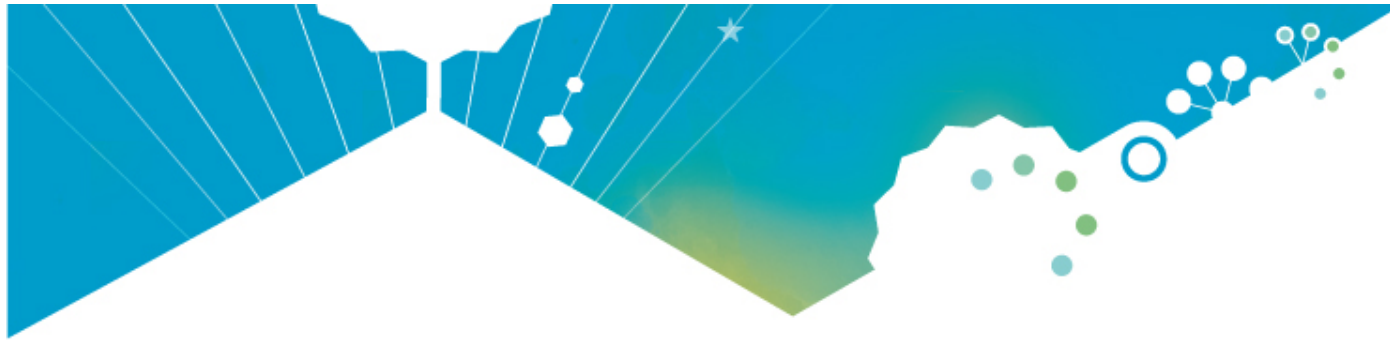
Quelles sont les évolutions ?

Avant la nomination du RSMQ, il existait déjà une démarche d'amélioration de la PECM



Le RSMQ apporte une cohérence, un lien et un rapprochement entre les instances et les acteurs, il améliore ainsi la cohérence autour de la PECM





Quelles sont les évolutions ?

Quelques exemples

- PTI : travail centralisé grâce au RSMQ
- Formation pour le pôle médico-technique
« sensibilisation à la gestion des risques associés aux soins dans les établissements de santé »
- Sécurisation du circuit du KCl (stockage, prescription, formation e-learning)





Conclusion

Le RSMQ doit aller au delà de sa « vision métier »

La notion de leadership est importante

- Obtenir l'adhésion des communautés médicales et soignantes au management de la qualité de la PECM
- Obtenir l'adhésion des instances « non médicales »
- Faire accepter les propositions d'amélioration
- Assurer la coordination transversale



Dans l'avenir



Soutien méthodologique

Outil régional pour le choix de thématiques pertinentes

Retour d'expérience :

Échanges (Forum?) avec les états de la région

Réflexion sur les moyens de communiquer ?

Fil conducteur :

Réduire les risques d'un processus complexe mettant en jeu de multiples acteurs et de multiples interfaces.



1^{ère} journée régionale des RSMQ
3^{ème} journée régionale des CREX

APP « Calcul de dose »

Retour d'expérience du CHIC Amboise / Château-Renault (37)

- Marie-Claude BLACHE, Coordonnateur des Risques Associés aux Soins
- Véronique THOMAS, Coordonnateur Général des soins
- Estelle GUEDON, Pharmacien, COPIL Prise en Charge Médicamenteuse



ORIGINE DU PROJET

Juin 2012 : auto-évaluation avec CARTORETEX[®]

**Étape de préparation des médicaments =
risque majeur (97.7 %) :**

- Pas d'évaluation des connaissances
- Pas de double contrôle
- Pas de traçabilité des calculs

PROGRAMME D' ACTIONS

- Élaboration du plan d'actions par le COPIL prise en charge médicamenteuse, à partir de l'outil CARTORETEX®
- Pilotage de l'étape de préparation des médicaments par la Direction des soins qui la définit comme un objectif prioritaire (projet de soins 2013-2015)
- Travail de collaboration Coordonnateur des soins et coordonnateur des risques
- Intégration de cette APP dans un programme de DPC

OBJECTIFS

- Sécuriser l'étape de préparation des médicaments en ciblant les médicaments à risque au CHIC
- Évaluer le niveau de maîtrise des calculs de doses, dilutions et débits



MÉTHODOLOGIE

- Étape 1 : Information des services
- Étape 2 : évaluation anonyme des connaissances (2013)
 - 8 sessions de 1 h 30 min
 - 173 (189 concernées) personnes évaluées (Cadres, IDE, sages-femmes, préparateurs en pharmacie)
 - Calculs de niveau 1 (sur une échelle de 4) concernant des médicaments et des pratiques du CHIC
- Étape 3 : analyse et restitution des résultats
 - Toutes les instances (Directoire, CME, COVIG, copil RSMQ, CSIRMT, ...)
 - Tous les services au moment des transmissions
- Étape 4 : apport de connaissances (2014)
- Étape 5 : 2^{ème} évaluation (2015)

RÉSULTATS (1)

42 % des professionnels ont une note > 15

- 58 % des professionnels ont une note ≤ 12
- 7 % de copies blanches
- Quelques résultats :

2) La prescription médicale est la suivante : 500 ml de G 5 % à passer en 1h30.
(Rappel : 1 ml = 20 gouttes)

Calculez le débit de la perfusion en :

- ml/h : 333 ml / h .
- gouttes/min : ~~660~~ 6660 gtes

RÉSULTATS (2)

- 2 points critiques identifiés :
 - Morphine :
 - 25 % de bonne réponse
 - Sous-dosage + + +
- => douleur non prise en charge

RÉSULTATS (3)

- Insuline :
 - 22 % de bonne réponse
 - Sur-dosage + + + => 10 fois la dose

6) Prescription d'insuline à la seringue électrique

Préparez un pousse-seringue de 50 ml contenant de l'Umuline® et du chlorure de sodium.

Vous disposez de flacons de 10 ml d'Umuline® dosés à 100 UI/ml.

a) Détaillez la composition de votre seringue de 50 ml pour obtenir une concentration d' Umuline ® à 1 UI /ml?

○ Nombre d' UI d' Umuline® : 50

○ Nombre de ml d' Umuline ® : 5

b) A quelle vitesse réglerez-vous le pousse-seringue pour passer 2 UI / h ? 2 ml/h

c) En 6h, quelle quantité d'insuline aura reçu le patient ? (en UI) ~~12~~ 12

RÉSULTATS (4)

- 2 points positifs identifiés :
 - Règle de 3 maîtrisée :
 - 85 % de bonne réponse
 - Préparation d'AB ou de dose pédiatrique
 - KCl concentré :
 - 100 % de bonne réponse

ANALYSE

- Effet boycott et copiage : à la marge grâce au respect de l'anonymat
- Focalisation sur le nom du médicament qui entraîne un blocage du professionnel
- Retour des résultats dans les services : très positif avec échanges fructueux et demande d'accès à « sa » copie
- Prise de conscience de ses insuffisances personnelles

PLAN D'ACTION (1)

- Mise à disposition des corrigés pédagogiques
- Apport de connaissances :
 - E-learning obligatoire en 2014
- Contrôle des connaissances (sur les mêmes modalités) lors des recrutements
- Mise en place de fiches pour les médicaments à risque avec notamment des abaques (2014)
- Paramétrages informatiques de PSE notamment (2014)

PLAN D'ACTION (2)

- Présentation du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? » en CSIRMT et mise à disposition de tous (2014)
- 2^{ème} évaluation des connaissances (2015) :
 - Avec calculs de niveau 1 pour mesurer l'implication des professionnels et l'impact de la formation
- Formalisation du programme selon les modalités de l'OGDPC
- Travail valorisé par l'inspection de la prise en charge médicamenteuse (OMÉDIT fin 2013)



CONCLUSION

- Réveil des consciences + + +

« Profite des erreurs des autres : tu n'auras pas assez de toute ta vie pour les faire toutes toi-même »

Merci de votre attention



1^{ère} journée régionale des RSMQ
3^{ème} journée régionale des CREX

Quelques outils pour aller plus loin

● H de Boüet du Portal - MC Lanoue – OMéDIT Centre



La boîte à outils du RSMQ



- Site OMéDIT
- à compléter

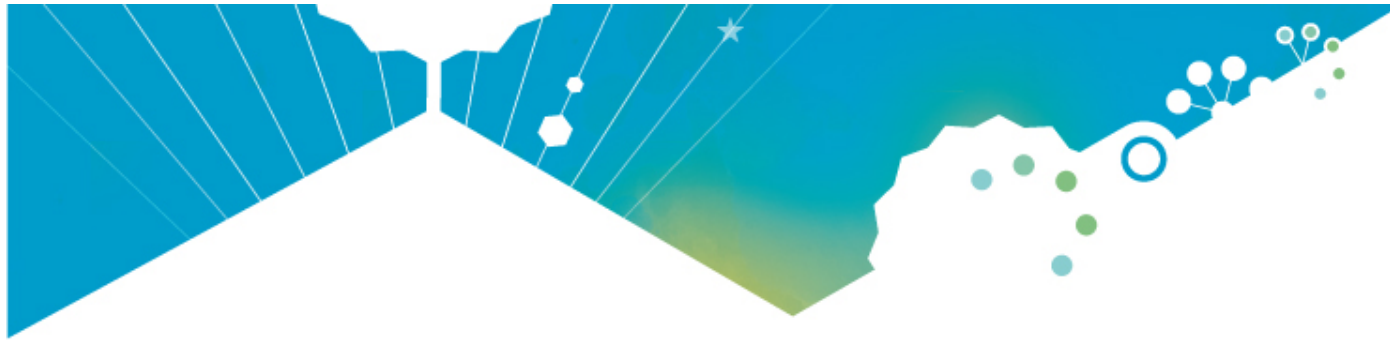
13^{ème} journée plénière de l'OMéDIT Centre

19 novembre 2014

Salle Mairie - Tours

PNSP - Biomédicaments -

Conciliation médicamenteuse,...



« Engageons-nous pour des soins plus surs »

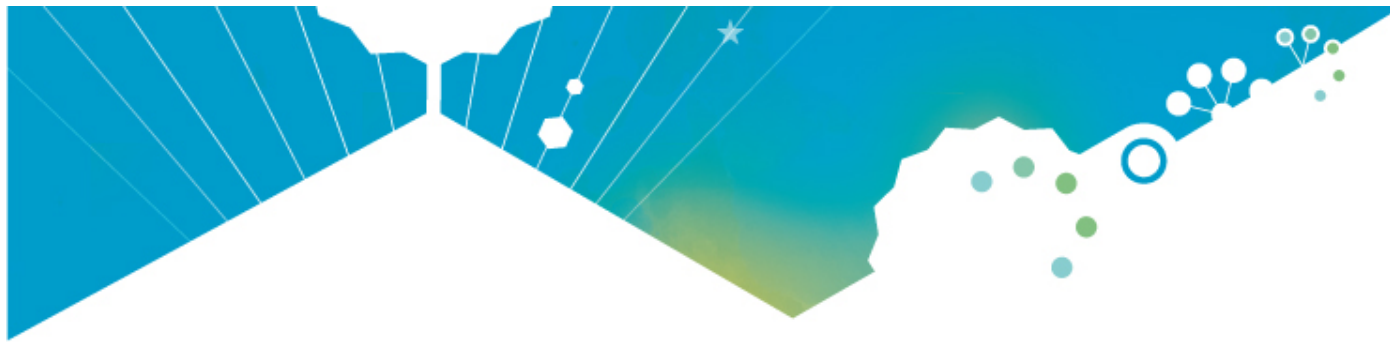
- Faites connaître vos actions pour la
4^{ème} **Semaine de la sécurité des patients 2014**
du 24 au 28 novembre 2014

« Ensemble, engageons-nous pour des soins continus entre la ville et l'hôpital »

Inscrivez-vous à l'événement et commandez
gracieusement, **avant le 9 octobre**, les supports de
communication depuis le site du ministère :

www.sante.gouv.fr/formulaire-commande-d-outils.html





« Engageons-nous pour des soins plus surs »

- Café « SSP « La continuité médicamenteuse »

27 novembre 2014 - Orléans - ARS

médicaments : ayons les bons réflexes

semaine de la sécurité des patients

- Les médicaments, la sécurité en tout lieu et à tout moment

La sécurité médicamenteuse est l'affaire de tous, tant pour les patients que pour les professionnels de santé.

Pour en savoir plus sur les médicaments et leur utilisation pratique
• www.medicaments.gouv.fr • www.arsm.sainte.fr

Pour déclarer un effet indésirable (patient comme professionnel)
• www.arsm.sainte.fr

ensemble, engageons-nous pour des soins continus entre la ville et l'hôpital
www.sainte-geneviève.fr/arsp

accompagnons les traitements

semaine de la sécurité des patients

- L'exemple de la chimiothérapie par voie orale

Les chimiothérapies par voie orale, utilisées pour le traitement du cancer, sont de moniteur complexe et peuvent comporter des risques d'effets indésirables spécifiques, qui nécessitent une information partagée.

Pour en savoir plus sur les médicaments et leur utilisation pratique
• www.medicaments.gouv.fr • www.arsm.sainte.fr • www.sainte-geneviève.fr • www.a-cancer.fr

Pour déclarer un effet indésirable (patient comme professionnel)
• www.arsm.sainte.fr

ensemble, engageons-nous pour des soins continus entre la ville et l'hôpital
www.sainte-geneviève.fr/arsp

partageons l'information : la lettre de liaison

semaine de la sécurité des patients

- Le partage d'information est essentiel à la qualité des soins et à la sécurité du patient : à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation, l'information nécessaire doit être transmise par une lettre de liaison à tous les professionnels de santé assurant la prise en charge du patient.
- À la sortie, la lettre de liaison est également remise au patient : il dispose ainsi de toutes les informations utiles à la continuité de ses soins.

Pour en savoir plus sur la lettre de liaison
• www.sainte-geneviève.fr • www.hci-sainte.fr

ensemble, engageons-nous pour des soins continus entre la ville et l'hôpital
www.sainte-geneviève.fr/arsp

