



**2<sup>ème</sup> journée régionale des RSMQ**  
**4<sup>ème</sup> journée régionale des CREX**

# **Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) Où en sommes nous ? Bilan des rapports d'étape 2014**

● MC Lanoue – H du Portal  
Cellule Coordination OMÉDIT Centre



# Bilan des rapports d'étape 2014

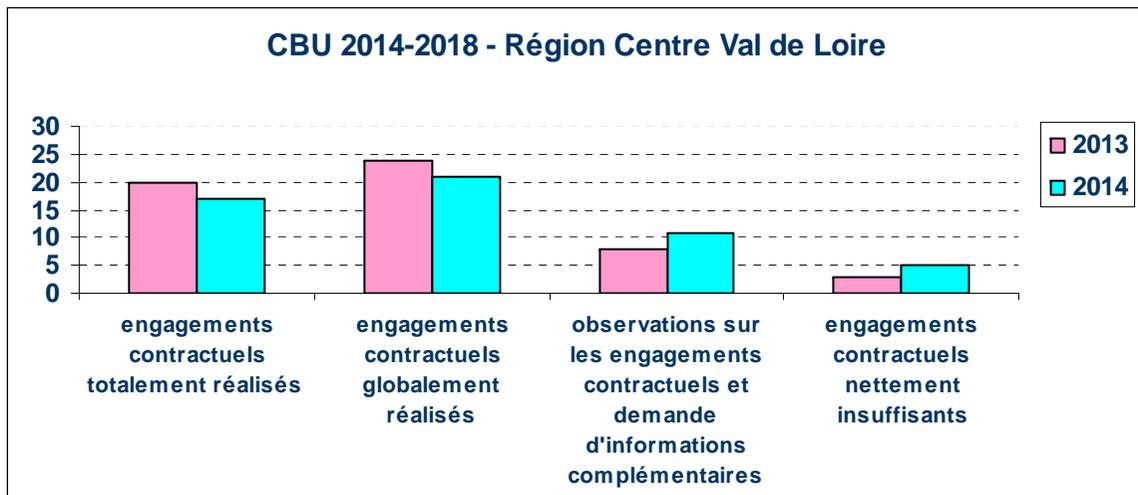
Une vision régionale partielle pour 54 établissements MCO





# Bilan du RAE 2014

2013				2014			
engagements contractuels totalement réalisés	engagements contractuels globalement réalisés	observations sur les engagements contractuels et demande d'informations complémentaires	engagements contractuels nettement insuffisants	engagements contractuels totalement réalisés	engagements contractuels globalement réalisés	observations sur les engagements contractuels et demande d'informations complémentaires	engagements contractuels nettement insuffisants
20	24	8	3	16	21	11	5

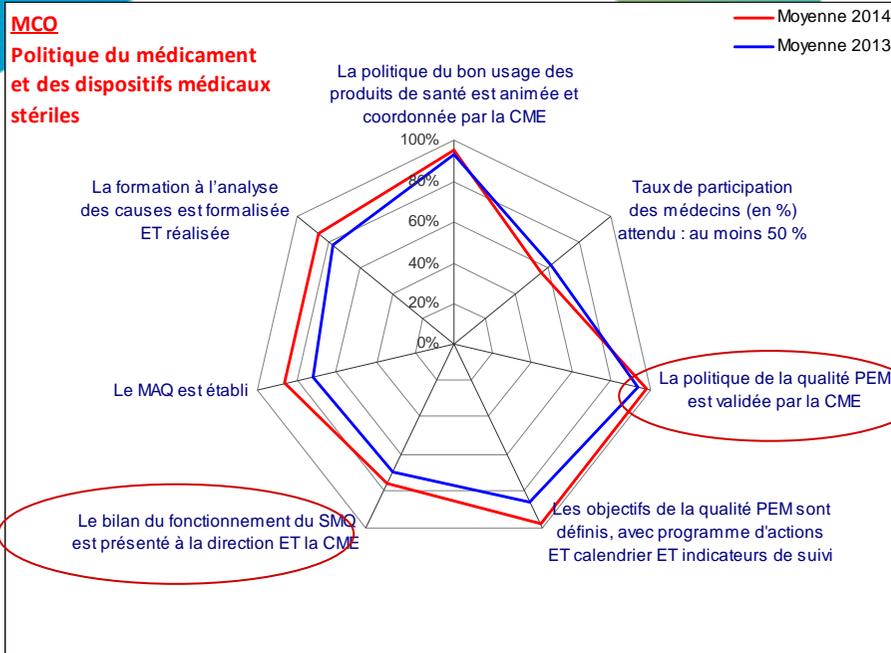


**5 visites sur site**

# Politique du médicament et des DMS

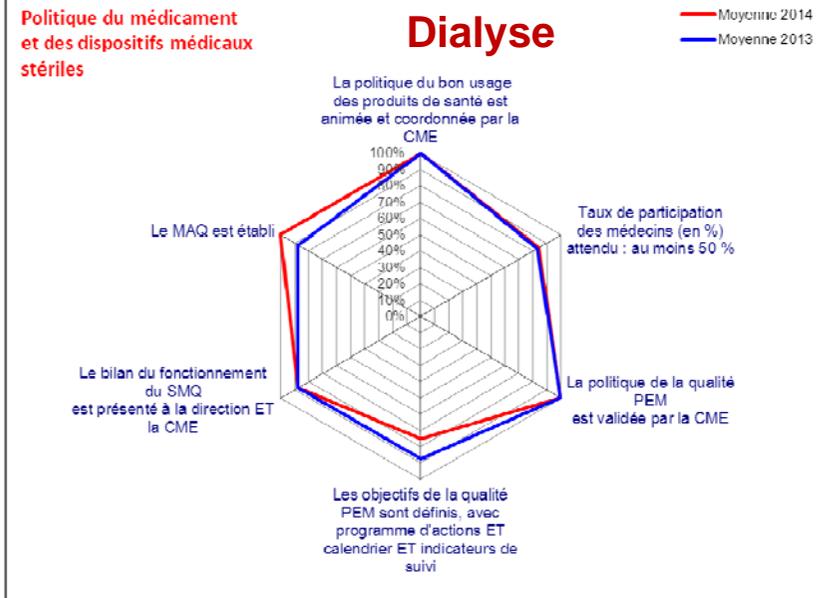
## MCO

### Politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles



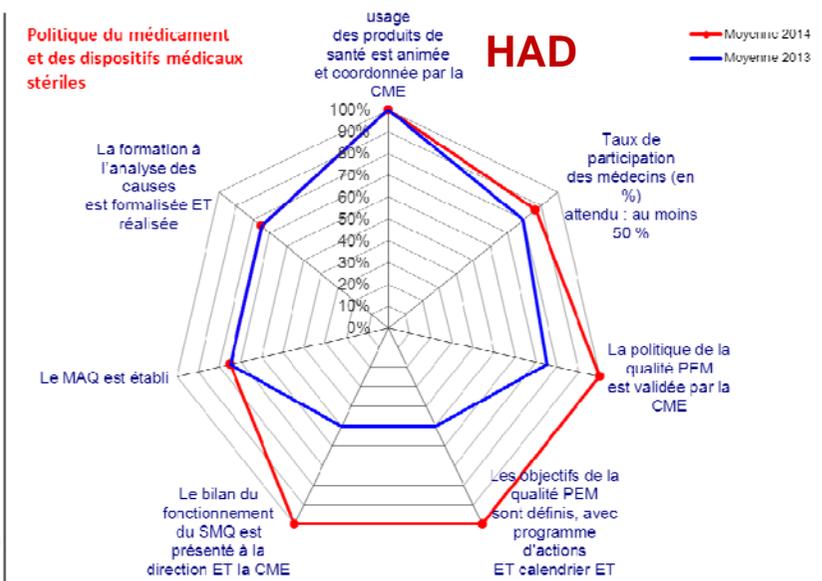
### Politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles

## Dialyse



### Politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles

## HAD



PV CME+++  
 Bilan type RSMQ  
 PV COMEDIMS++  
 Politique PEM actualisée  
 Sessions CREX 2015

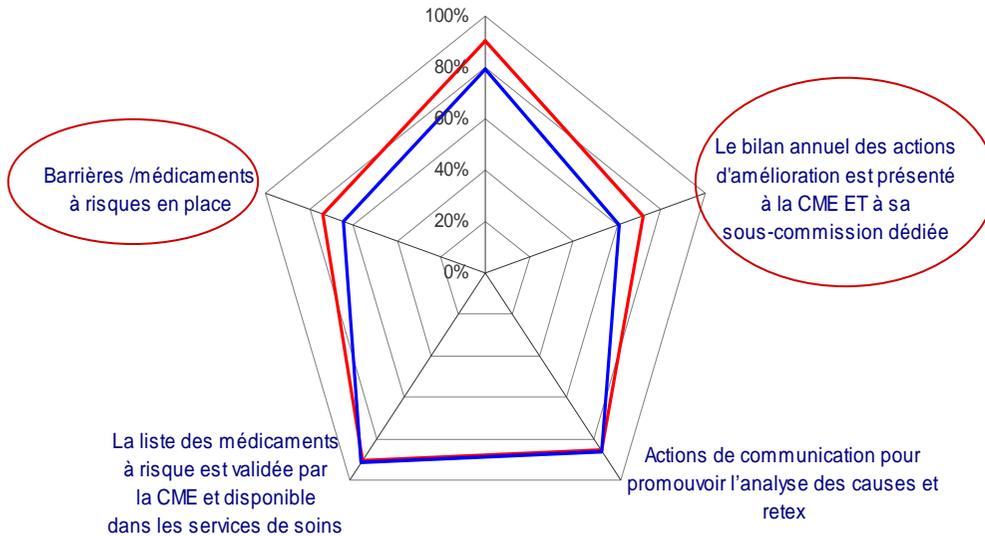
# Gestion des risques de la PEM

## MCO

### Gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse

La fréquence d'analyse des causes des EI/PEM est définie

— Moyenne 2014  
— Moyenne 2013

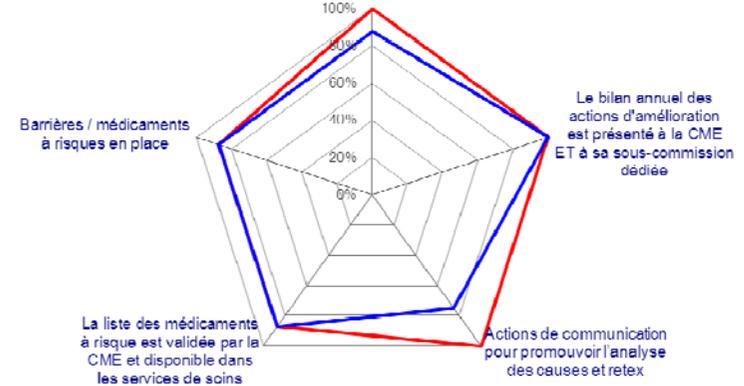


### Gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse

## Dialyse

— Moyenne 2014  
— Moyenne 2013

La fréquence d'analyse des causes des EI/PEM est définie

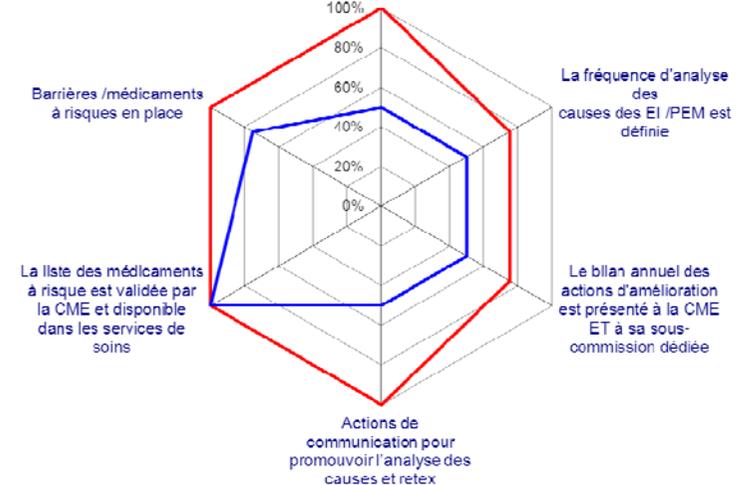


### Gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse

## HAD

— Moyenne 2014  
— Moyenne 2013

Il existe un dispositif de recueil des EI/PEM

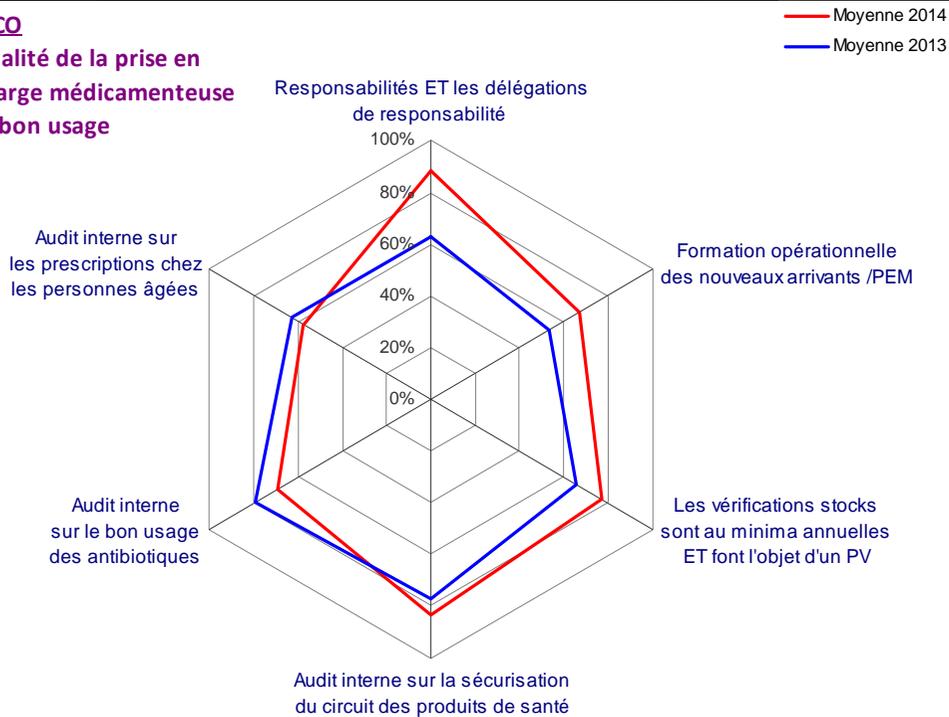


PV CME+++  
Bilan type  
Cartographie actualisée  
Barrières prévention  
➔ FEI

# Qualité de la PEM et Bon Usage

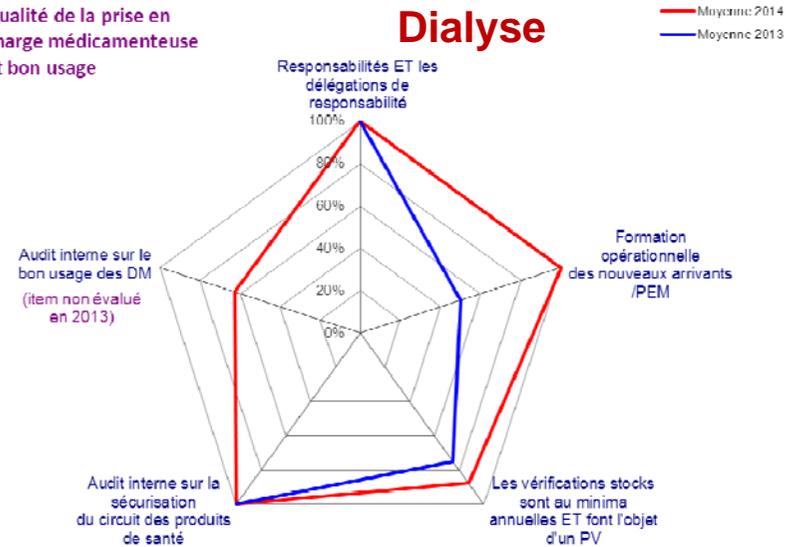
## MCO

### Qualité de la prise en charge médicamenteuse et bon usage

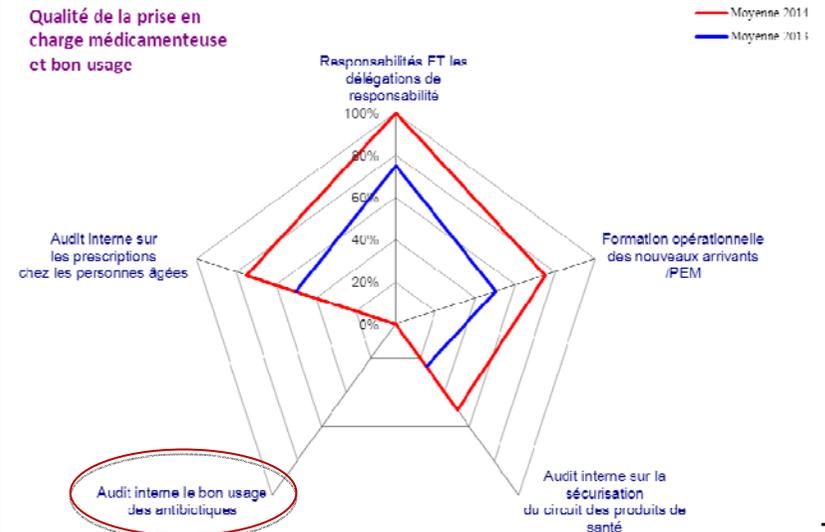


### Qualité de la prise en charge médicamenteuse et bon usage

## Dialyse



### Qualité de la prise en charge médicamenteuse et bon usage



PV vérifications stocks +++  
3 EPP+++  
EPP/ ATB  
Formation des nouveaux arrivants

# Informatisation du circuit du médicament

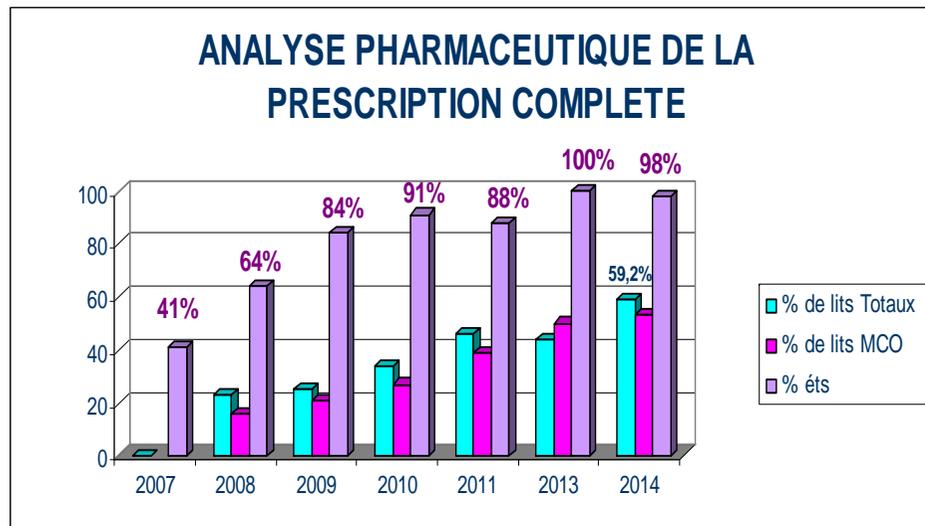
54 établissements (sur les 54) ont acquis un logiciel d'informatisation du **circuit du médicament** = **100%** des établissements (100% éts MCO, 100% Dialyse, 100% HAD)

Informatisation complète de la prescription à l'administration  
**13 127 lits** (10465 en 2013) = **6735 lits MCO** + **6392 autres**

Fin 2013		Fin 2014		<b>62,3% des lits totaux</b> <b>( éts MCO + Dialyse + HAD)</b>  <b>64,7% des lits MCO</b> <b>( éts MCO + Dialyse + HAD)</b>  <b>60% des lits autres</b> <b>(éts MCO)</b>
43 éts MCO/ 43 avec logiciel	3 HAD/4 8 dialyse/8 avec logiciel	43 éts MCO/ 43 avec logiciel	4 HAD/4 8 dialyse/8 avec logiciel	
56% des lits MCO	Aucun lit en HAD	64,7% des lits MCO	Aucun lit en HAD	
47,3 % des lits autres	91% des lits en Dialyse	60 % des lits autres	91% des lits en Dialyse	
51,4% des lits totaux		62,3% des lits totaux		

# Analyse pharmaceutique de la totalité du traitement

Dans 98% des établissements (7 Dialyse/8)  
 12473 lits (5534 lits MCO + 6939 autres)  
**59,2% des lits (MCO + HAD + Dialyse)**



Fin 2013		Fin 2014	
43 éta MCO /43	4HAD/4 8 dialyse/8	42 éta MCO /42	4HAD/4 7 dialyse/8
42,2% des lits MCO	100% des lits en HAD	53,1% des lits MCO	100% des lits en HAD
49,4 % des lits autres	100 % des lits en Dialyse	65,2 % des lits autres	60 % des lits en Dialyse
55,8% des lits totaux		59,2% des lits totaux	

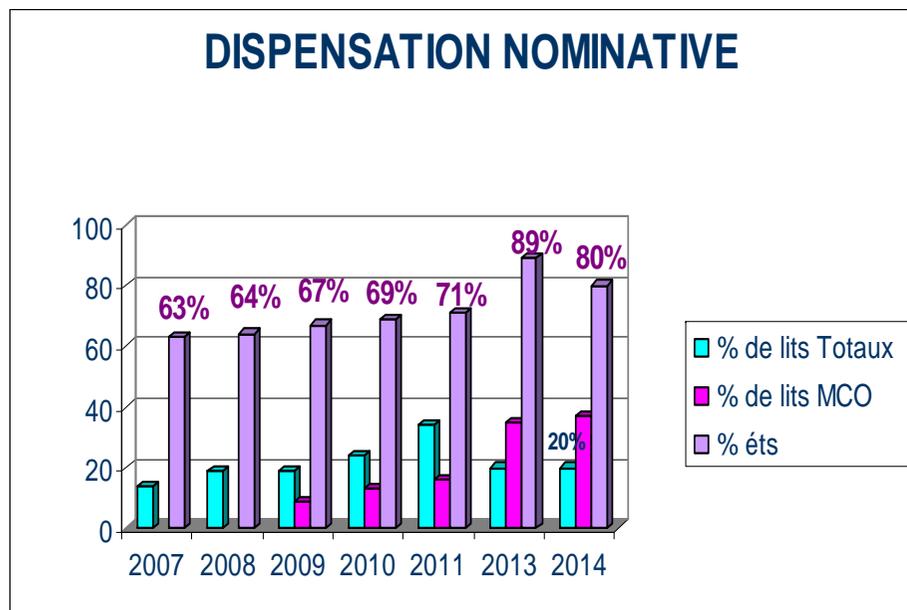
# Délivrance nominative de la totalité du traitement

35/42 établissements MCO (86%)

4/8 centres dialyse et 4 HAD/4 - 43 établissements (80%)

7804 lits (2130 lits MCO + 5674 autres)

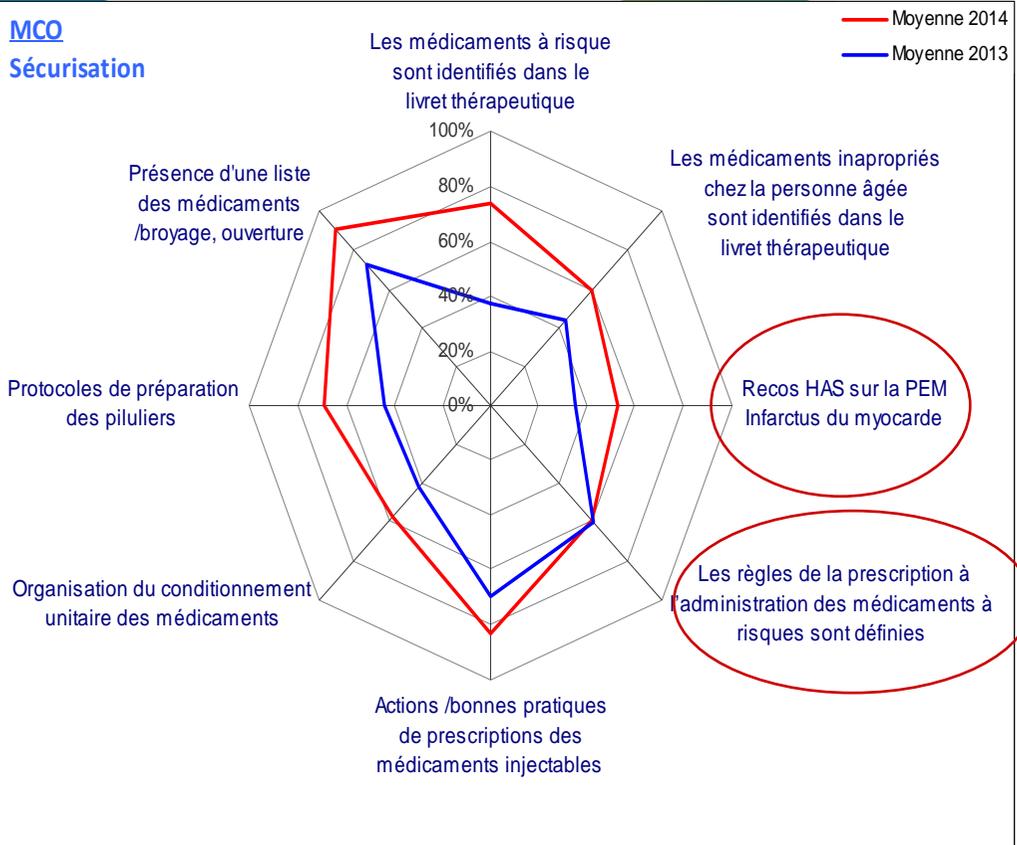
37% des lits (MCO + HAD + Dialyse)



Fin 2013		Fin 2014	
37 éta MCO /43	4HAD/4 8 dialyse/8	35 éta MCO /42	4HAD/4 4 dialyse/8
13,6 % des lits MCO	100% des lits en HAD	20 % des lits MCO	100% des lits en HAD
50% des lits autres	100 % des lits en Dialyse	53,3% des lits autres	71 % des lits en Dialyse
33% des lits totaux		37% des lits totaux	

# Sécurisation des pratiques et des organisations

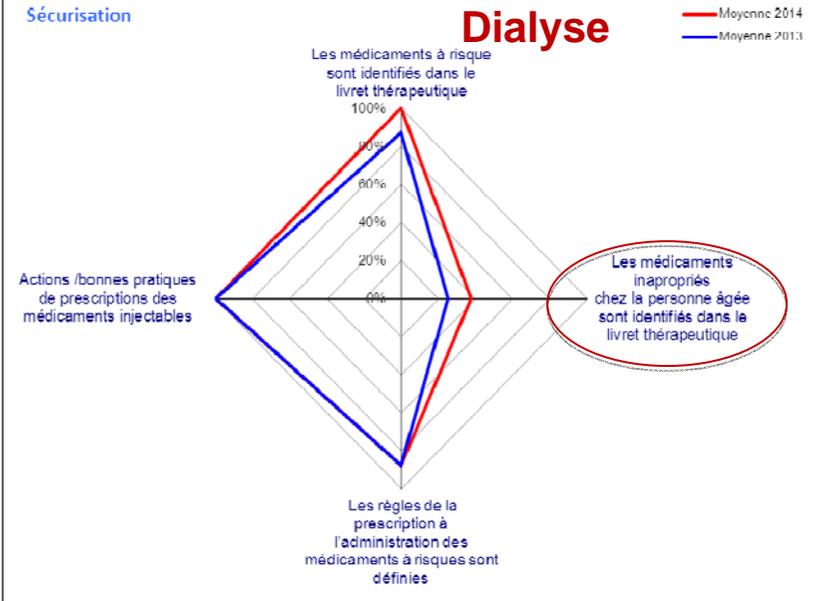
## MCO Sécurisation



Règles de gestion des Mdcts à risque +++  
Score BASI2  
BP préparation piluliers  
Support unique en HAD

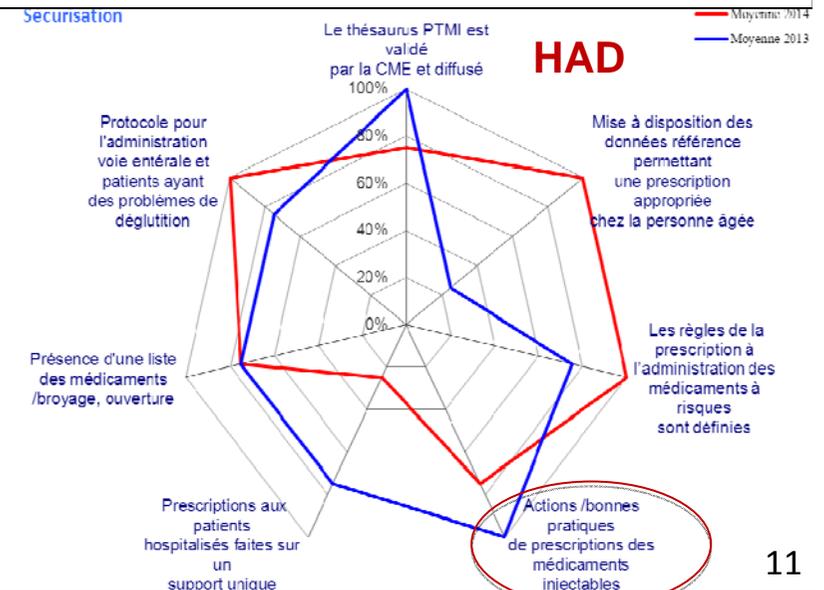
## Sécurisation

## Dialyse



## Sécurisation

## HAD

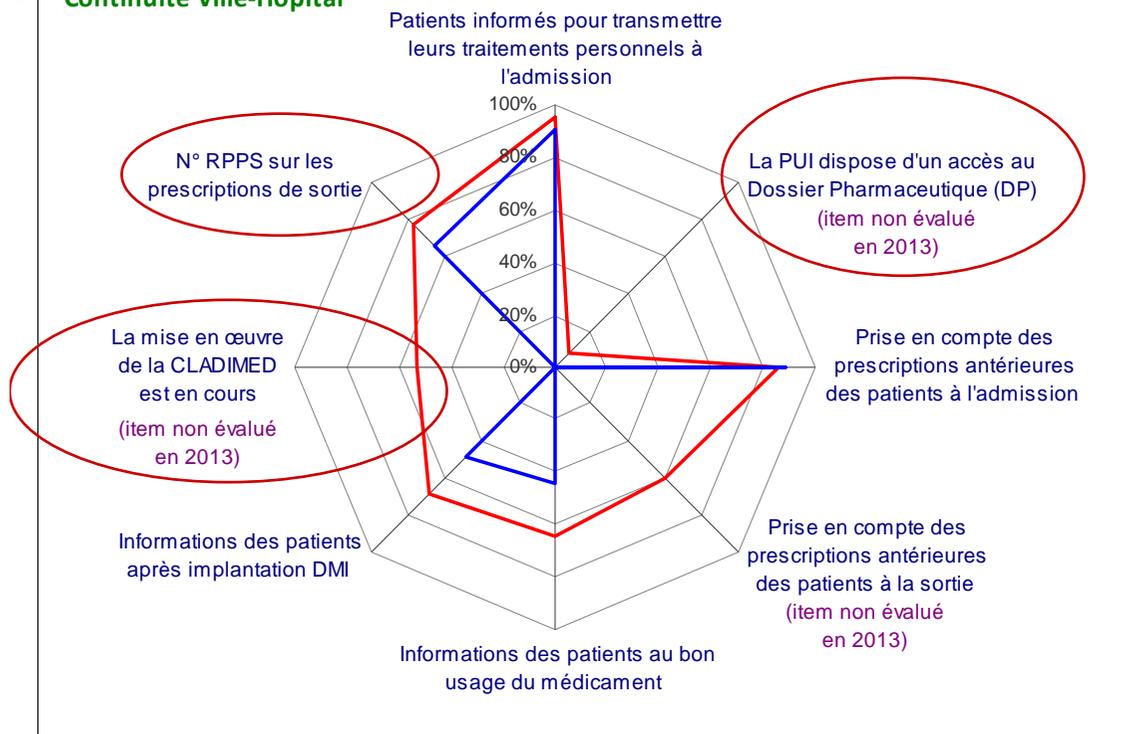


# Continuité Ville - Hôpital

## MCO

### Continuité Ville-Hôpital

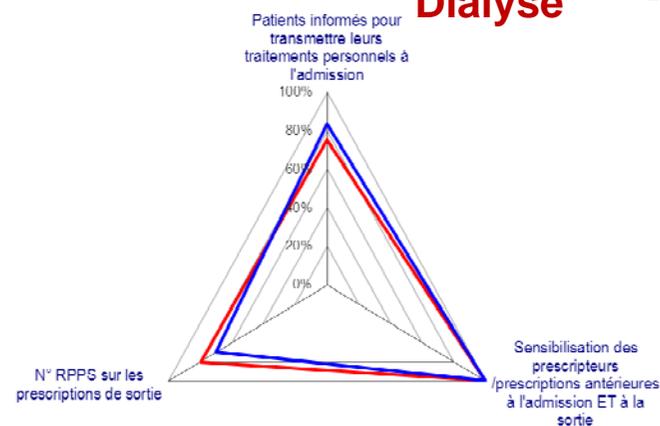
— Moyenne 2014  
— Moyenne 2013



## Continuité Ville-Hôpital

### Dialyse

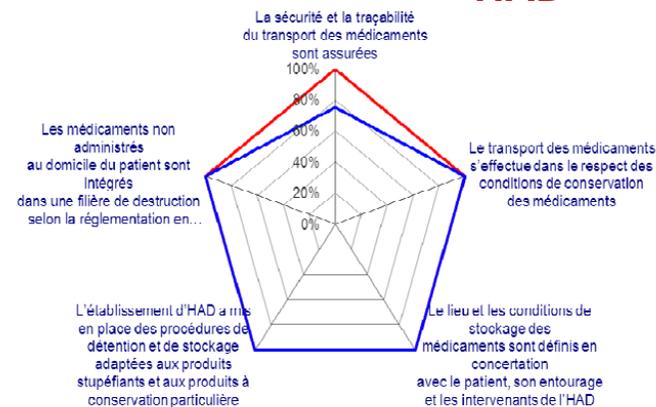
— Moyenne 2014  
— Moyenne 2013



## Transport

### HAD

— Moyenne 2014  
— Moyenne 2013



Accès PUI DP  
Traçabilité DMI remise au patient  
Information aux patients  
Prescription des traitements antérieurs en chirurgie



## **Bilan des rapports d'étape 2014**

Une vision régionale partielle  
pour 54 établissements MCO

mais un appui et accompagnement  
et des outils pour tous





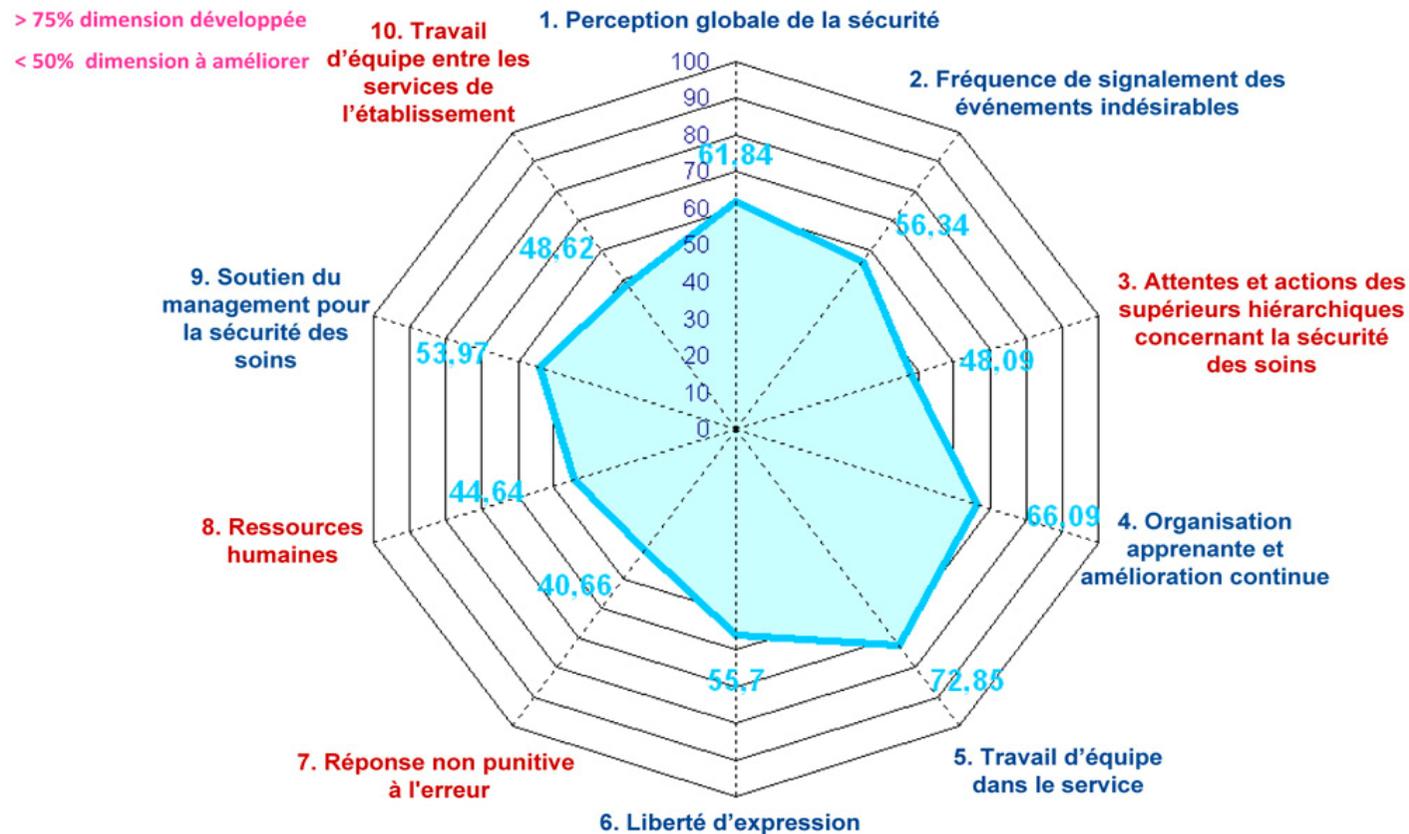
## Culture de sécurité des soins

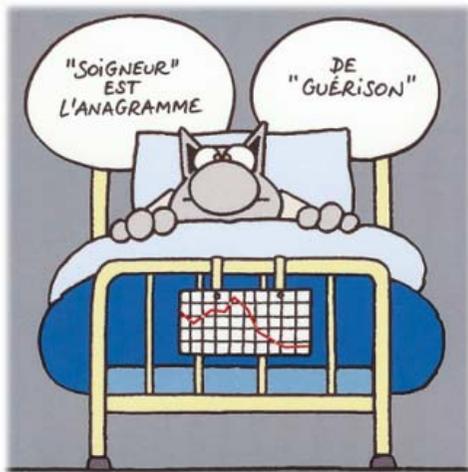
***La « réponse non punitive à l'erreur" et le "soutien du management" pour la sécurité des soins font défaut (HAS - SSA juin 2015)***

- Si le management "ne se préoccupe pas de promouvoir cette culture de sécurité, en confondant par exemple l'erreur avec la faute", "tout le reste s'écroule", peu important "les moyens, les outils ou les méthodes".
- Le "reporting" (incidents signalés) est également faible.

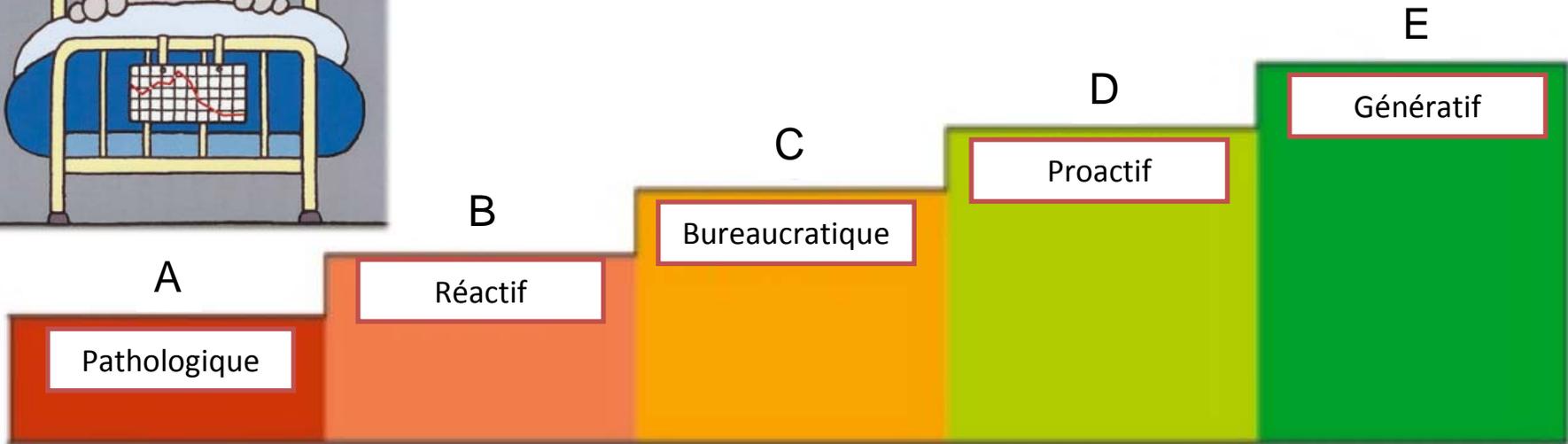


# Les 10 dimensions de la culture de sécurité





# Culture de sécurité



A – Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins ?

B – Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un incident.

C - Nous avons des systèmes en place pour gérer la sécurité des soins

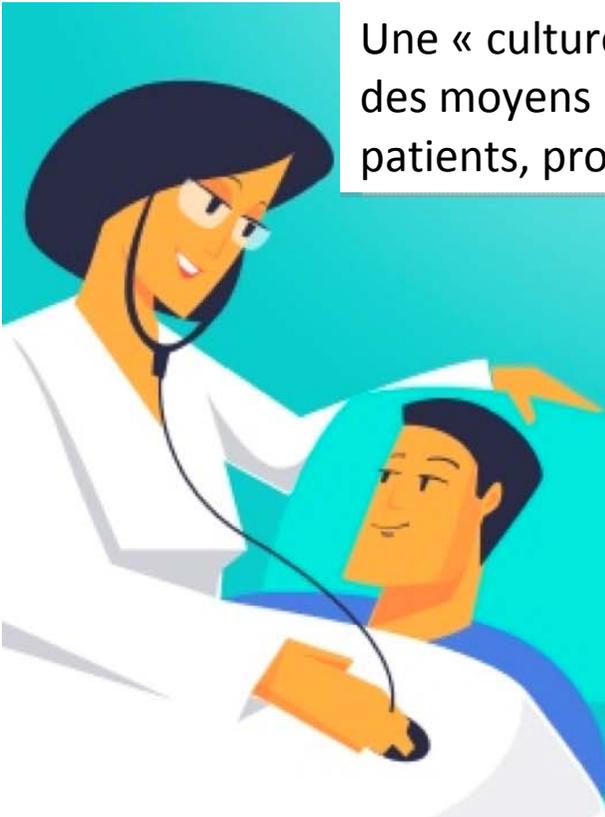
D – Nous sommes toujours en alerte, nous avons toujours à l’esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir

E – La gestion de la sécurité des soins fait partie intégrante de tout ce que nous faisons



HAS, Westrum, Reason

# Des outils pour la sécurité des soins

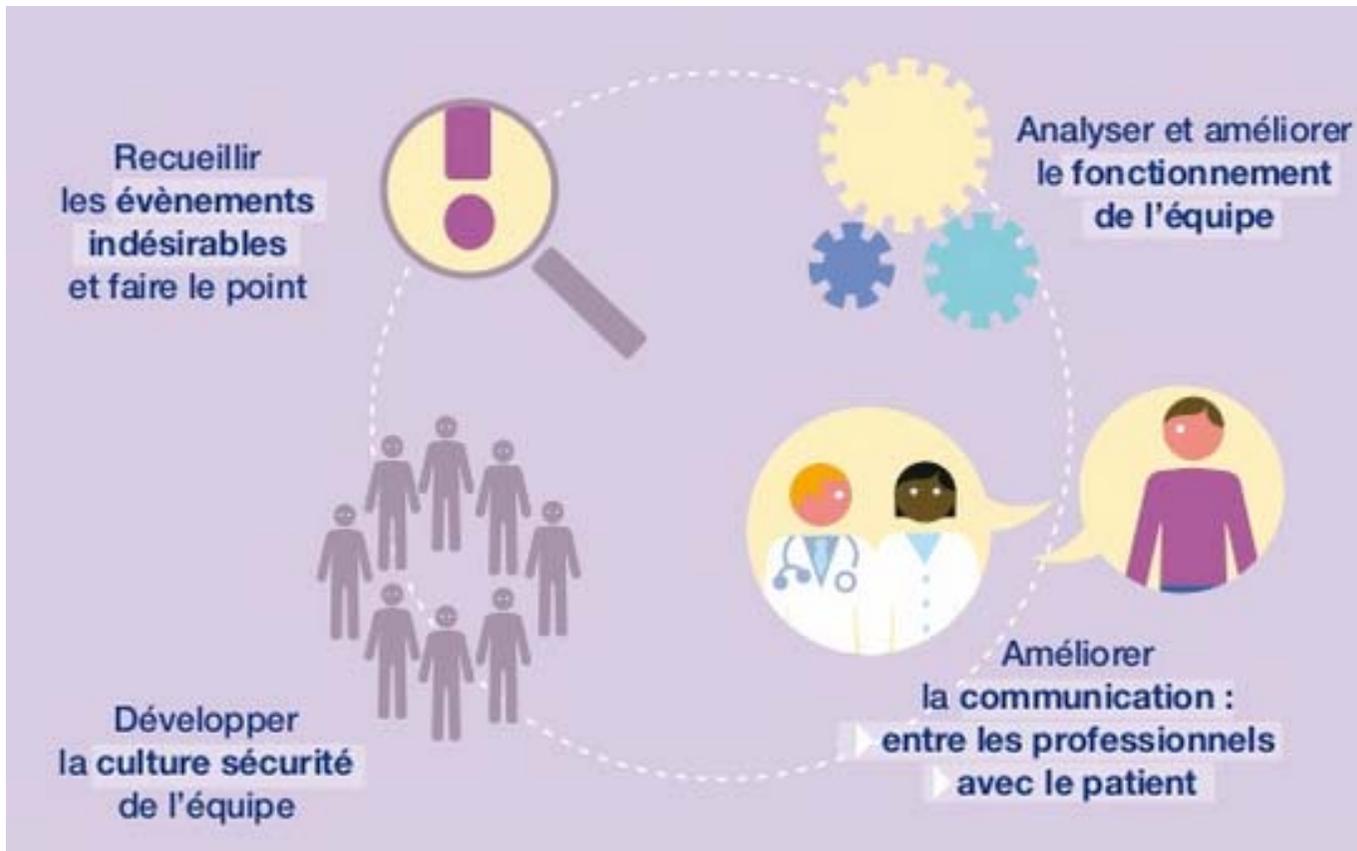


Une « culture juste » en matière de sécurité recherche des moyens pour **améliorer la sécurité** ET **protéger** patients, professionnels de la santé et l'établissement.

-  Mesures pour éviter ou réduire les risques
-  Contexte d'apprentissage de soutien, FSI et charte de bienveillance, CREX, RMM ...
-  Construire une culture de sécurité avec les professionnels de santé, l'organisation **et avec les patients**



## Des leviers, des outils



# Boîte à outils du RSMQ V2

**Sécuriser le parcours du patient  
Ville - hôpital - médico-école**

La gestion des traitements personnels des patients hospitalisés  
<http://www.omedit-centre.fr/ich/medicaments-hospitalises.pdf>  
 Fiche « Bon usage » : Gestion des médicaments personnels à l'hôpital hospitalisés.pdf

Flyer pour informer les patients sur l'observance thérapeutique (impression recto verso)  
<http://www.omedit-centre.fr/ich/medicaments-hospitalises.pdf>  
 Flyer-observance.pdf

Flyer pour attirer l'attention des jeunes parents sur les risques liés à l'utilisation des cotecots lors des soins aux bébés (impression recto verso)  
<http://www.omedit-centre.fr/ich/medicaments-hospitalises.pdf>  
 Flyer-cotecots.pdf

Flyer pour informer les patients sur l'emploi des poches médicamenteuses (impression recto verso)  
<http://www.omedit-centre.fr/ich/medicaments-hospitalises.pdf>  
 Flyer-poches.pdf

Vidéo « Le parcours de santé de Mme Toulemonde »  
<http://www.omedit-centre.fr/ich/medicaments-hospitalises.pdf>  
 2015-04-14-140271016

**Sécuriser le prix en charge  
médicamenteuse des personnes âgées**

Livret régional des médicaments potentiellement appropriés chez les personnes âgées de 75 ans et plus  
<http://www.omedit-centre.fr/ich/medicaments-hospitalises.pdf>  
 Livret régional des médicaments potentiellement appropriés chez les personnes âgées de 75 ans et plus

EPP Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé de plus de 75 ans ou de plus de 85 ans et comorbidités associées (disponible en pdf dans la partie réservée du site de l'OMÉDIT Centre ou en version word sur demande à l'OMÉDIT Centre, uniquement pour les établissements de santé de la région Centre)

**ARS**  
Agence Régionale de Santé

**OMÉDIT**  
Centre-Val de Loire  
Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques

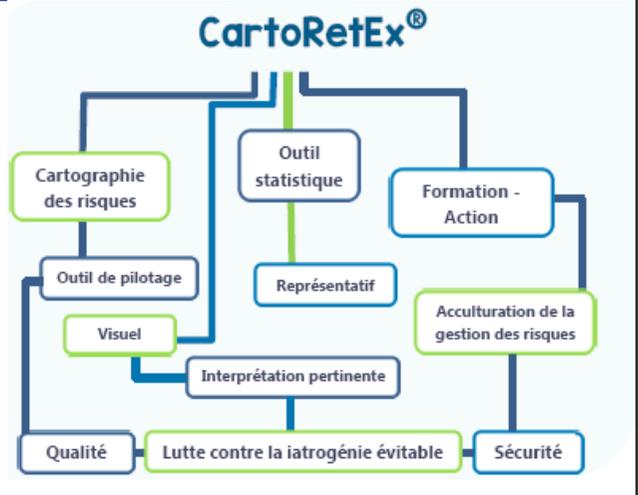
**La boîte à outils  
du RSMQ**

Juin 2015

Issue des travaux contributifs de professionnels de santé de la Région Centre et notamment des membres des Commissions techniques

- « Assurance qualité de la prescription à l'administration »
- « Geriatrie Gériatrie »
- « Commission régionale des anti-infectieux »
- « HAD »
- « Dialyse »

OMÉDIT Centre  
2 rue Tournelle - 37044 Tours Cedex 9  
<http://www.omedit-centre.fr>  
Téléphone : 02 54 33 94 90



## Analyse pharmaceutique

### 4 sessions de formations en 2015

# CREX

### 8 sessions en 2015

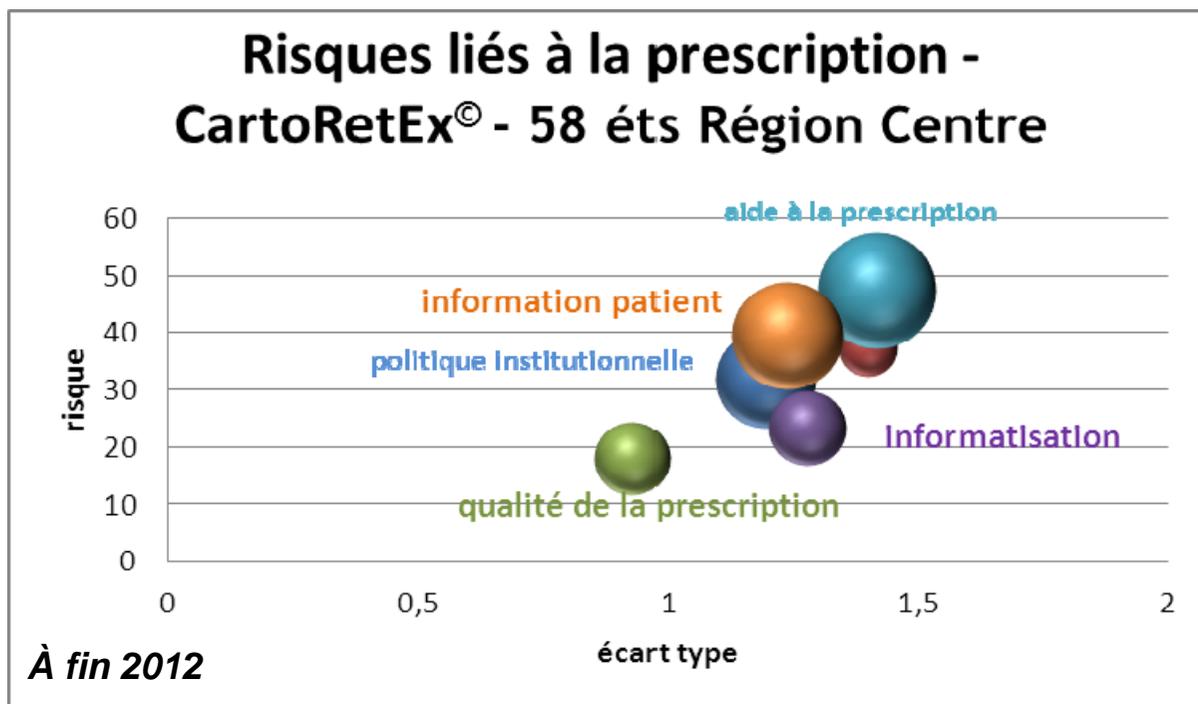
## 2ème journée des référénts en antibiothérapie

### 22 septembre 2015 - CH Blois

### Conférence du Pr Andremont

### CAT bactériémie, ...

# Outils de minimisation des risques liés à la prescription



- Politique Q de la PEM
- BP de prescriptions
- Lits informatisés 80% à fin 2018
- Livret thérapeutique Régional adapté à la Personne Agée actualisé (LTPA - v.2)



# Prendre en compte le traitement personnel



- FBU : Gestion des traitements personnels des patients hospitalisés
  - ☞ Priorité 2015 : Continuité médicamenteuse aux interfaces, dans les services de chirurgie



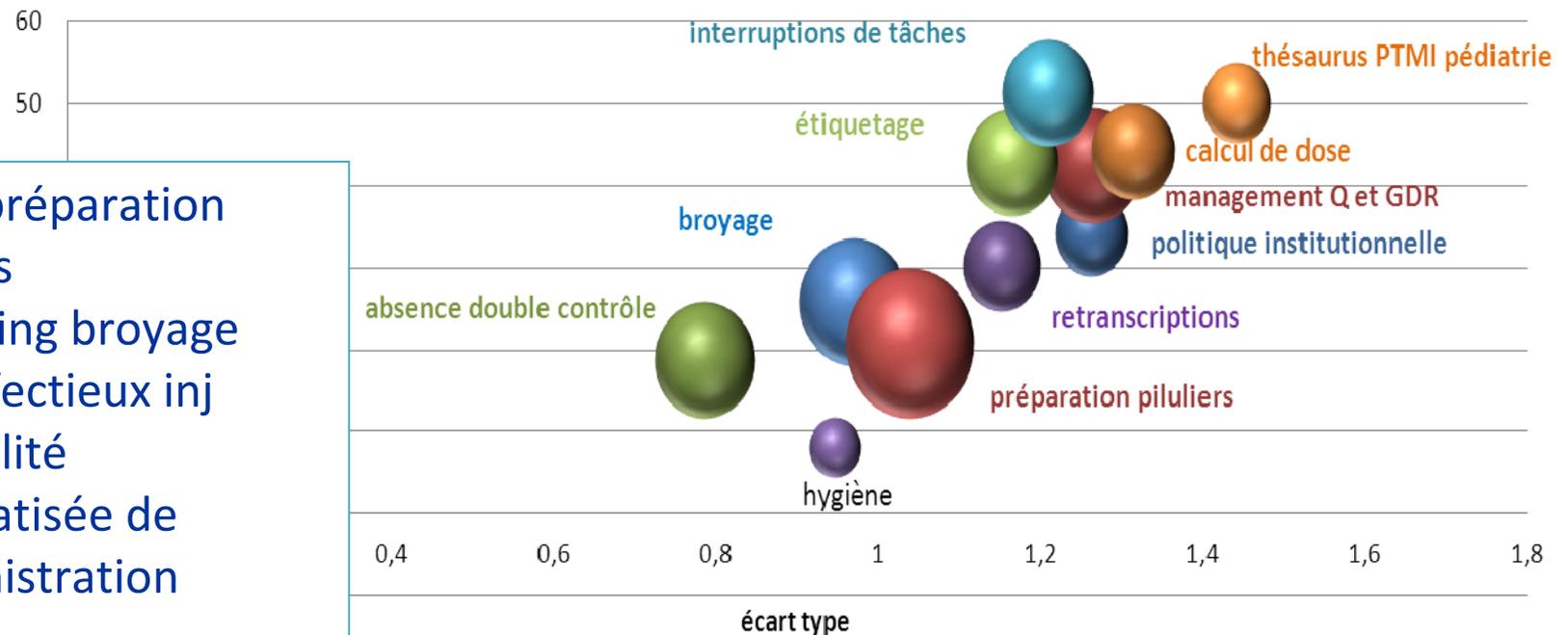
# Outils de minimisation des risques liés à l'administration



## Risques liés à l'administration CartoRetex - 58 êts région Centre

À fin 2012

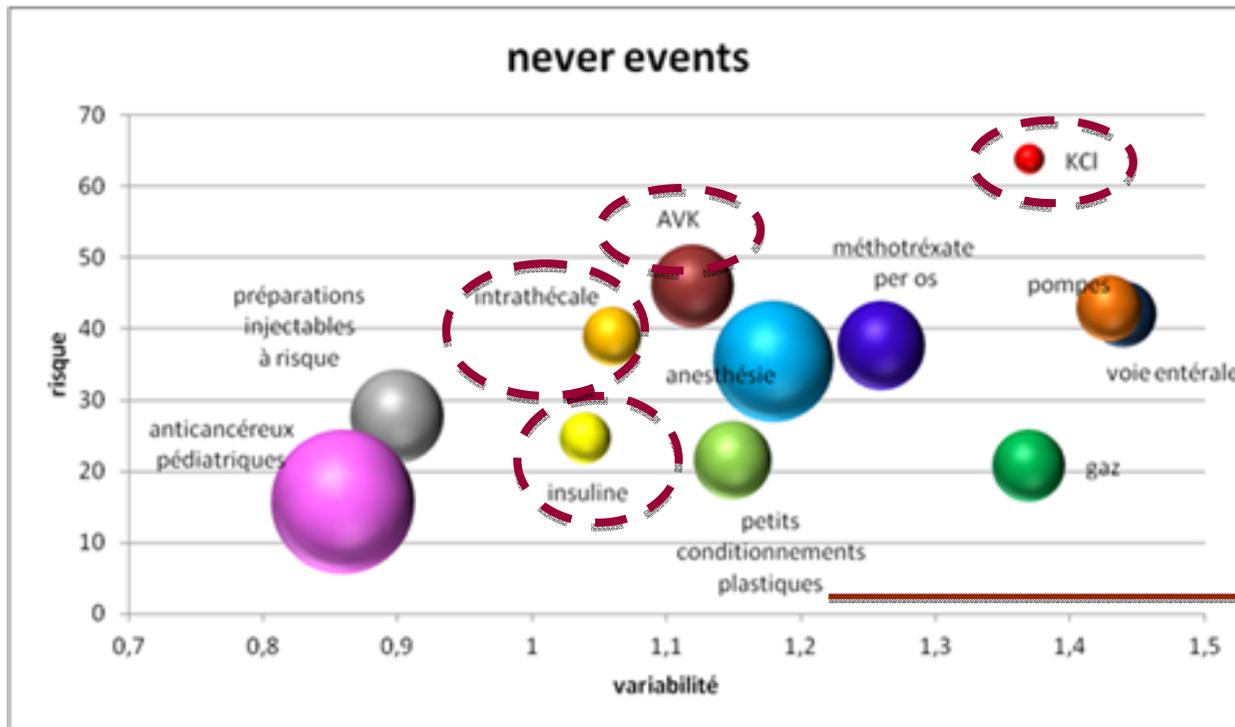
- BP de préparation piluliers
- E-learning broyage
- Anti infectieux inj
- Traçabilité informatisée de l'administration
- EPP
- IT/ HAS - CH Chinon



# Outils de minimisation des risques liés aux Never Events



9 modules e-learning  
1 flyer



**Soyez vigilant**

Il ne faut **JAMAIS utiliser dans le nez ou les yeux** :

- La chlorhexidine sert à désinfecter les parties visibles de la peau
- L'eau oxygénée sert à désinfecter les parties profondes de la peau

Attention des confusions : la dose de antibiotique externe (pour application sur la peau) est administrée par erreur dans le nez ou les yeux à la place d'une solution pour lavage :

- Nasal : sérum physiologique
- NaCl 0,9%
- chlorure de sodium 0,9%
- Oculaire : borax / acide borique type Dacryosérum®

**Que faire en cas d'erreur ?**

**Si erreur de dose dans les yeux**  
Douleur, larmoiement, yeux rouges  
↳ Rincer sous un filet d'eau tiède ou au sérum physiologique

**Si erreur de dose dans le nez**  
Douleur, toux, mousse dans les narines  
↳ Faire mousser et rincer au sérum physiologique

**DANS TOUS LES CAS, PRENDRE L'AVIS DE SON MÉDECIN, PHARMACIEN OU DES URGENTES (112)**

© 2014 - 1 rue de la Santé - 75013 Paris

**OMéDIT Centre**  
Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques de la région Centre  
**ars**  
Océline 2014

**Le casse-tête des doseTTes**

**Testez-VOUS**

1. Une erreur de sélection de dose peut avoir des conséquences graves pour le bébé ?  
Oui / Non
2. Toutes les doses sont conçues pour pouvoir être administrées dans les yeux ou le nez ?  
Vrai / Faux
3. Reliez les termes correspondant entre eux :  
A. Voie oculaire      m. Bouches  
B. Voie cutanée      l. Nez  
C. Voie nasale      p. Yeux  
D. Voie orale      n. Peau
4. Pour ne pas se tromper de dose, le plus simple est de se fier à la couleur de l'étiquette ?  
Vrai / Faux
5. On peut lever le nez sans cliquer avec une dose de chlorhexidine ?  
Vrai / Faux

répondre en dernière page





# Liste des événements qui ne devraient jamais arriver

1. **Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants**
2. **Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable**
3. Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque
4. **Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse**
5. Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
6. Surdosage en anticancéreux notamment en pédiatrie
7. **Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors cancérologie)**
8. **Erreur d'administration d'insuline**
9. **Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire**
10. **Erreur d'administration de gaz à usage médical**
11. **Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...)**
12. **Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (ex : unidose de sérum physiologique, solution antiseptique...) notamment à la maternité ou en pédiatrie**

Modules AVK et AOD

Module sels K+

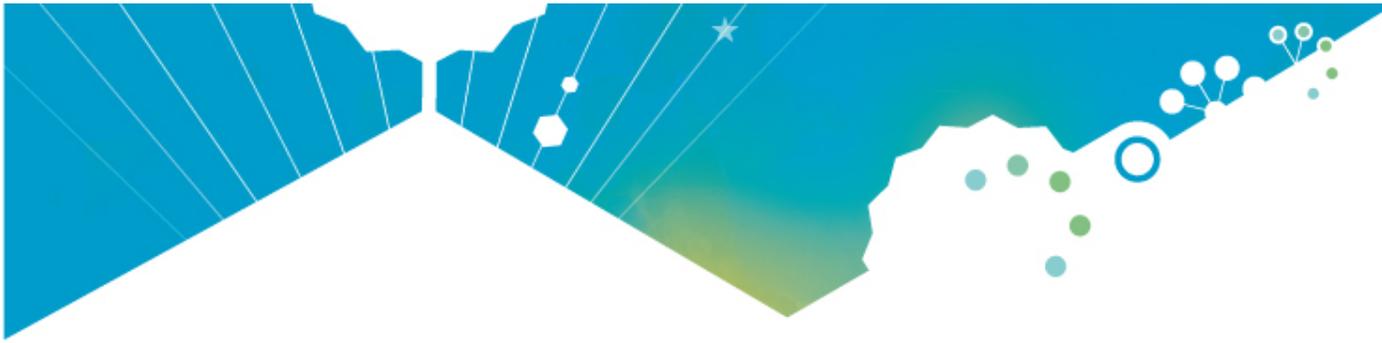
Module intrathécale \*

M. perfusion règle 5B

Modules Insuline \* et stylos

Modules PCA et débit

Flyer « le casse tête des dosettes »



**14<sup>ème</sup> journée plénière de l'OMéDIT Centre**  
***19 novembre 2015 - CH Blois***

***Faites nous connaître vos meilleurs outils pour  
une présentation en plénière!***

