



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

## **Certification V2010 & réf. 20**

### **Synthèses nationale et régionale**

### **Tirer parti des enseignements**

● B. Lecomte, ARS Centre-Val de Loire





**2<sup>ème</sup> Journée Régionale des RSMQ**

**4<sup>ème</sup> Journée Régionale des CREX**

**« Certification V2010 et référence 20**

**Synthèses nationale et régionale**

**Tirer parti des enseignements »**

**16/06/15**

**Brigitte LECOMTE**

**Qualificienne - Pôle Appui à la Performance - ARS**

## — RESULTATS DE CERTIFICATION V 2010

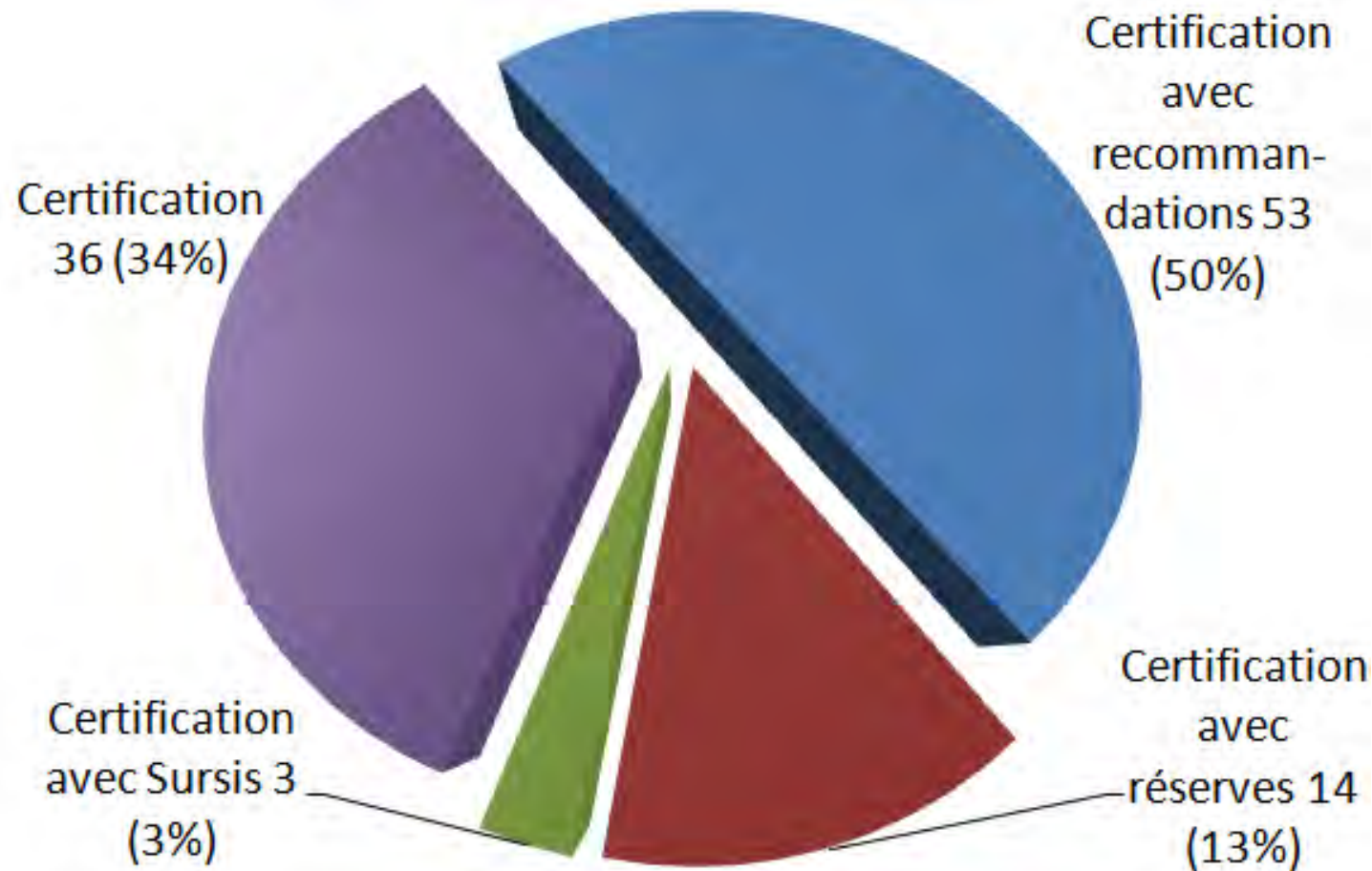
### ➤ En région Centre-Val de Loire :

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

### ➤ Avril 2015 : 106 ES

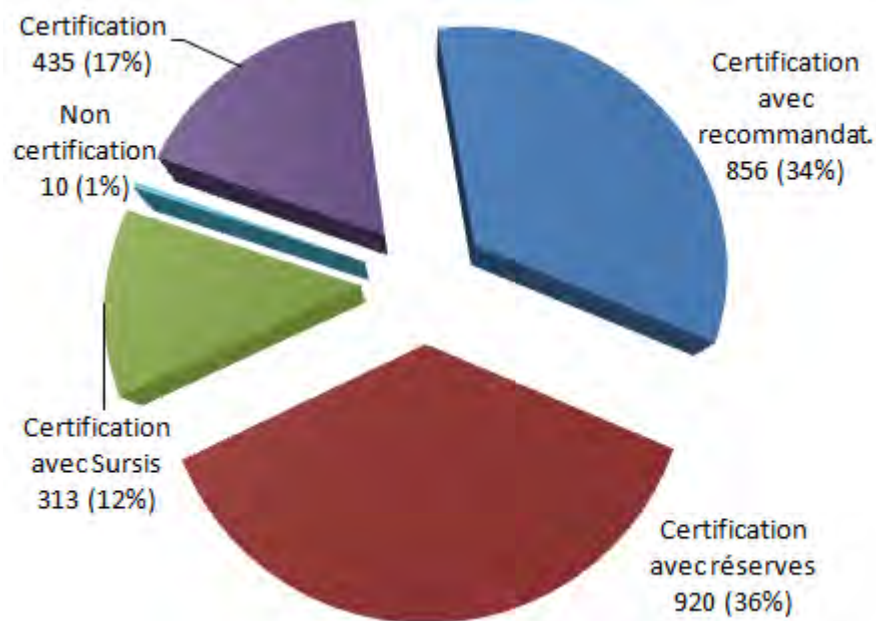
- 96 établissements disposent de leurs résultats définitifs (+- plans d'actions)
- 10 établissements sont en suivi

## Répartition des niveaux de certification en région Centre-Val de Loire - avril 2015 (106 établissements) :



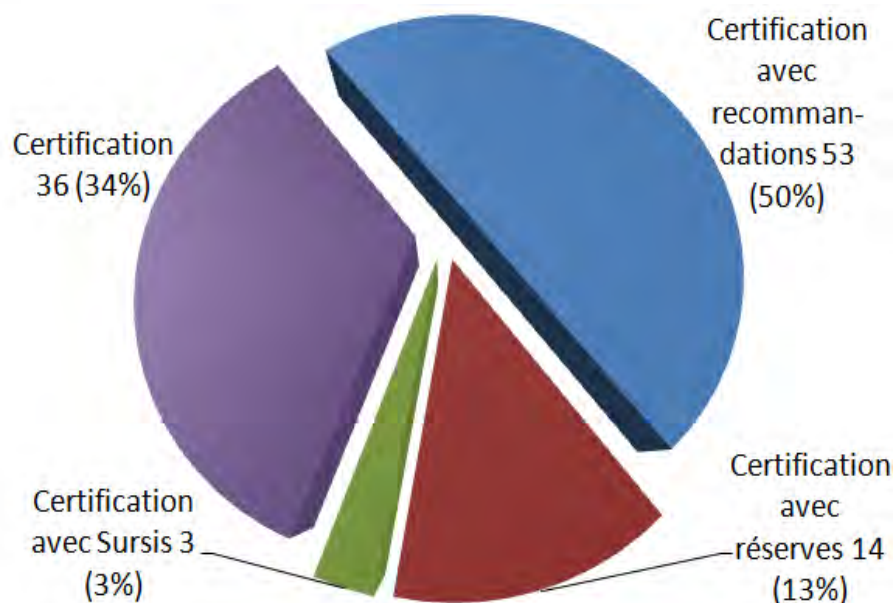
# Résultats comparatifs National/Centre-Val de Loire

## Répartition des niveaux de certification – avril 2015 :



### National (1997 ES)

([http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2030590/fr/barometre-de-la-certification-v2010](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2030590/fr/barometre-de-la-certification-v2010)) avril-2015



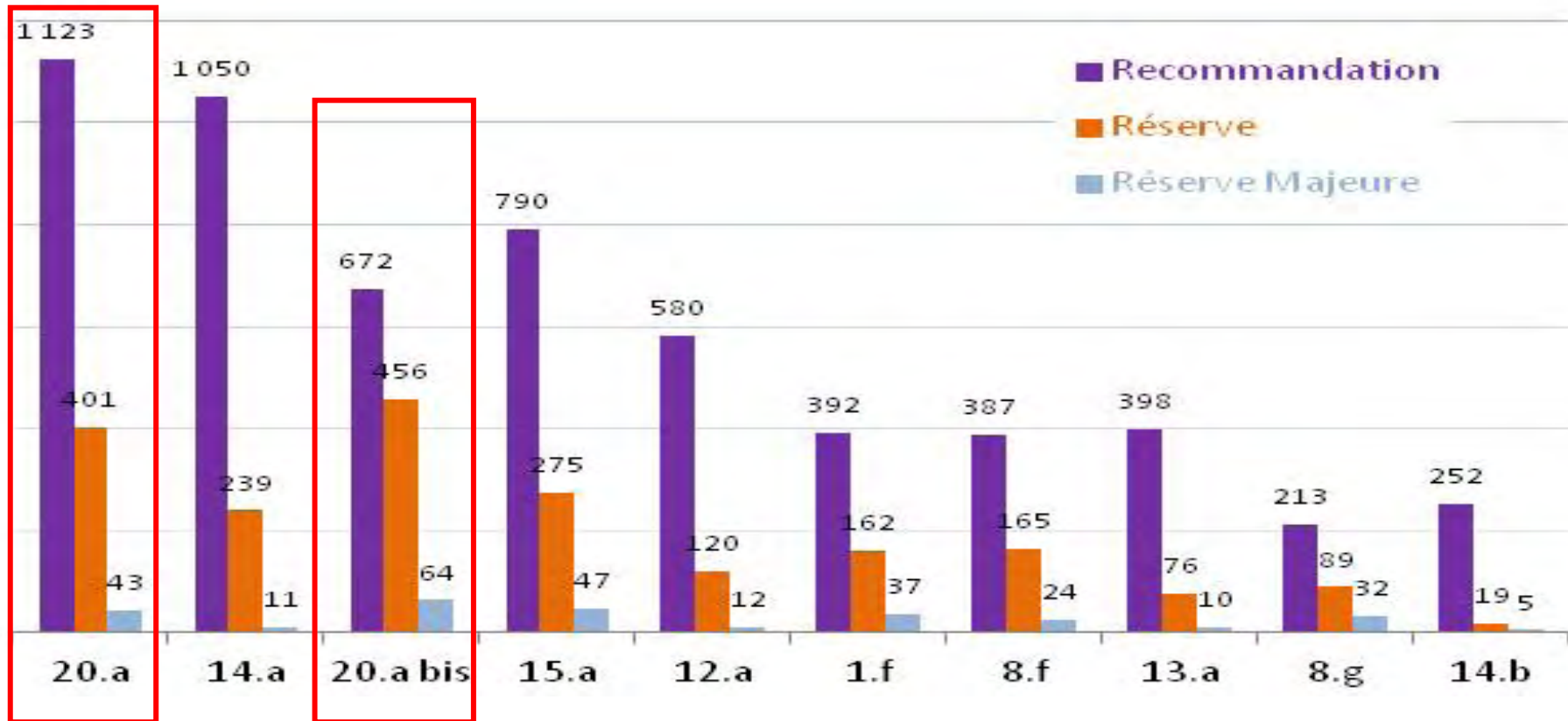
### Centre-Val de Loire (106 ES)

## — Référence 20 : PEC médicamenteuse

### 3 critères :

- **20a** : Management de la Prise En Charge Médicamenteuse du patient (PEP)
- **20a bis** : Prise En Charge Médicamenteuse du patient (PEP)
- **20 b** : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

# NATIONAL - TOP 10 des critères PEP (publication HAS avril 2015) :



**1<sup>er</sup> : 20a : Management de la PEC médicamenteuse du patient : 1567 décisions**

**2<sup>ème</sup> : 20a bis : PEC médicamenteuse du patient : 1392 décisions dont le maximum de réserves**

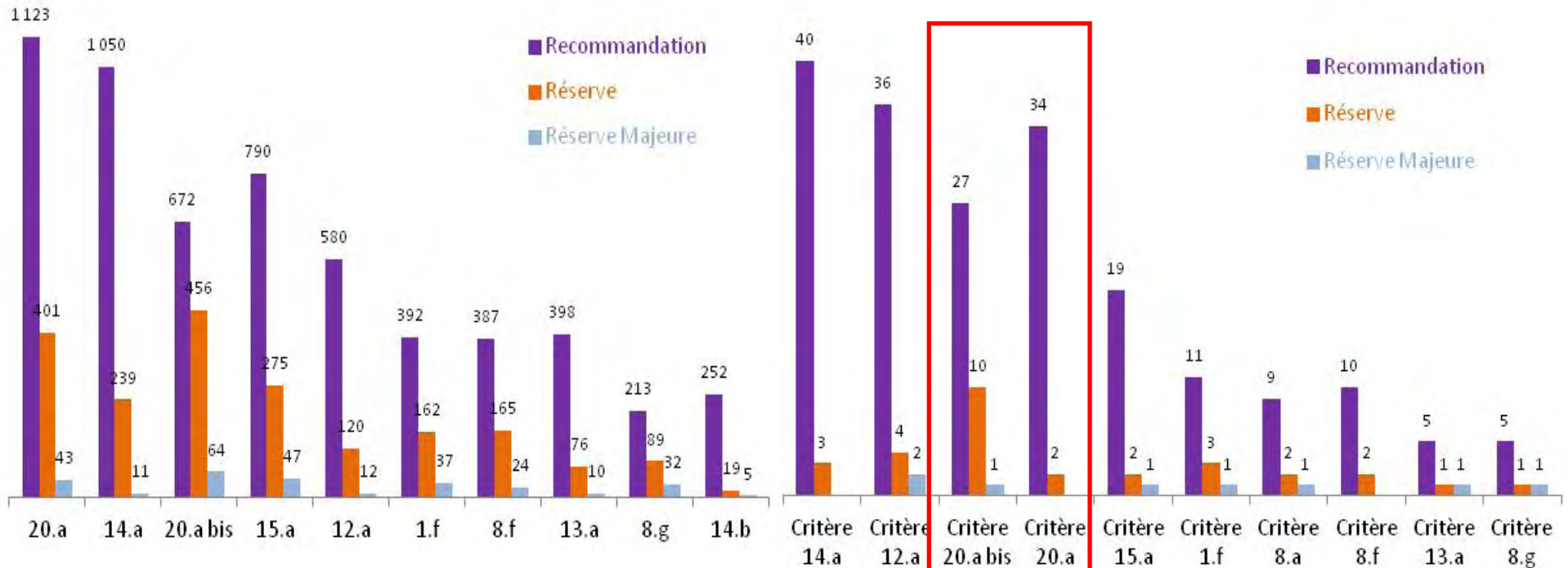
14a : Gestion du Dossier du Patient : 1300 décisions

15a : Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge : 1112 décisions

12a : Prise en Charge de la douleur : 712 décisions

**CRITERES 20a en tête des décisions depuis le début de la V2010 au niveau national !**

# Top 10 des critères PEP les plus concernés par les décisions : National / Régional – Avril 2015



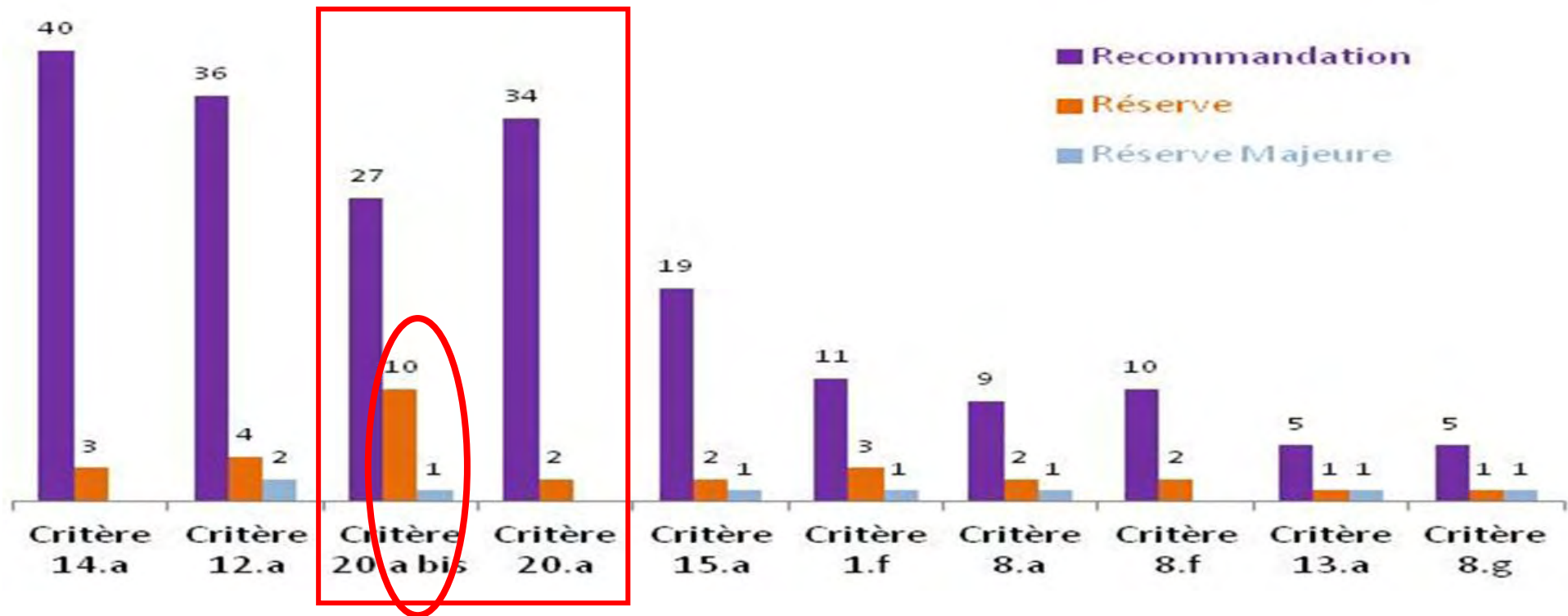
**National**

**Centre – Val de Loire**

([http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2030590/fr/barometre-de-la-certification-v2010](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2030590/fr/barometre-de-la-certification-v2010)) avril 2015



## REGIONAL - TOP 10 des critères PEP (source HAS avril 2015) :



14a : Gestion du Dossier du Patient : 43 décisions

12a : Prise en Charge de la douleur : 42 décisions

**20abis : PEC médicamenteuse du patient : 38 décisions**

**mais le maximum de réserves (comme au niveau national)**

**20a : Management de la PEC médicamenteuse du patient : 36 décisions**

15a : Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge : 22 décisions

— **Résultats V2010 région – Référence 20 - CRITERE 20b**  
**Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé**

— Réserves dans 8 ES de la région dont 1 réserve majeure, toutes levées (2 ES : transformées en recommandations)

— **Avril 2015** : 10 recommandations pour 6 ES

- Visites qui se sont déroulées en début de V2010
- La moitié des recommandations en court séjour
- L'autre moitié sur tous les secteurs de PEC

— **12<sup>ème</sup> rang régional** du classement de tous les critères (84)  
(les 6 premiers PEP, puis 11c information du patient, 23a ETP et 28 a,b,c EPP)

**Rang national = ?**

— **V 2010 - CRITERE 20b**  
**Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé**

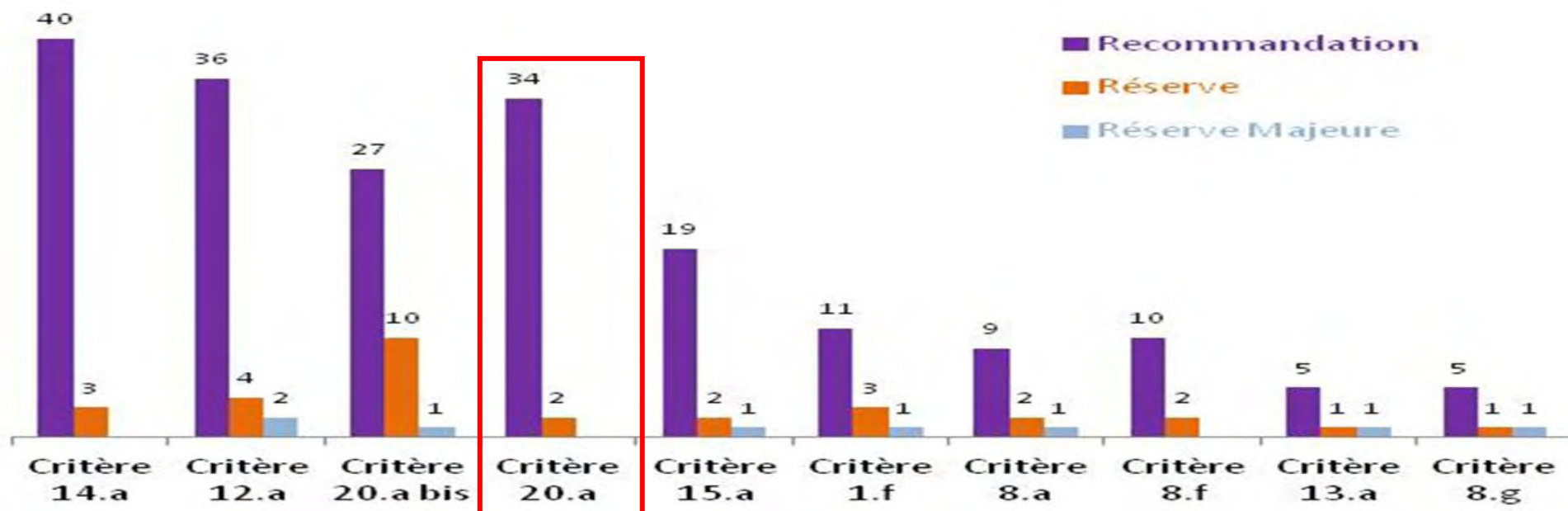
**Points à améliorer :**

- Réflexion sur les prescriptions inappropriées
- Actions de sensibilisation / formation du personnel
- Suivi des actions d'amélioration suite à l'évaluation des prescriptions



## Résultats V2010 région - Réf. 20 - CRITERE 20 a Management de la PEC médicamenteuse

- Réserves dans 8 ES de la région (2 en réserve majeure)  
1 seule réserve maintenue dans un ES après suivi
- Avril 2015** : 2 réserves et 34 recommandations (majorité dans les CH, 1/3 en court séjour, 1/3 en SSR, 1/3 sur autres PEC)
- 4<sup>ème</sup> rang du classement PEP en nombre de décisions**  
(1<sup>er</sup> au niveau national)



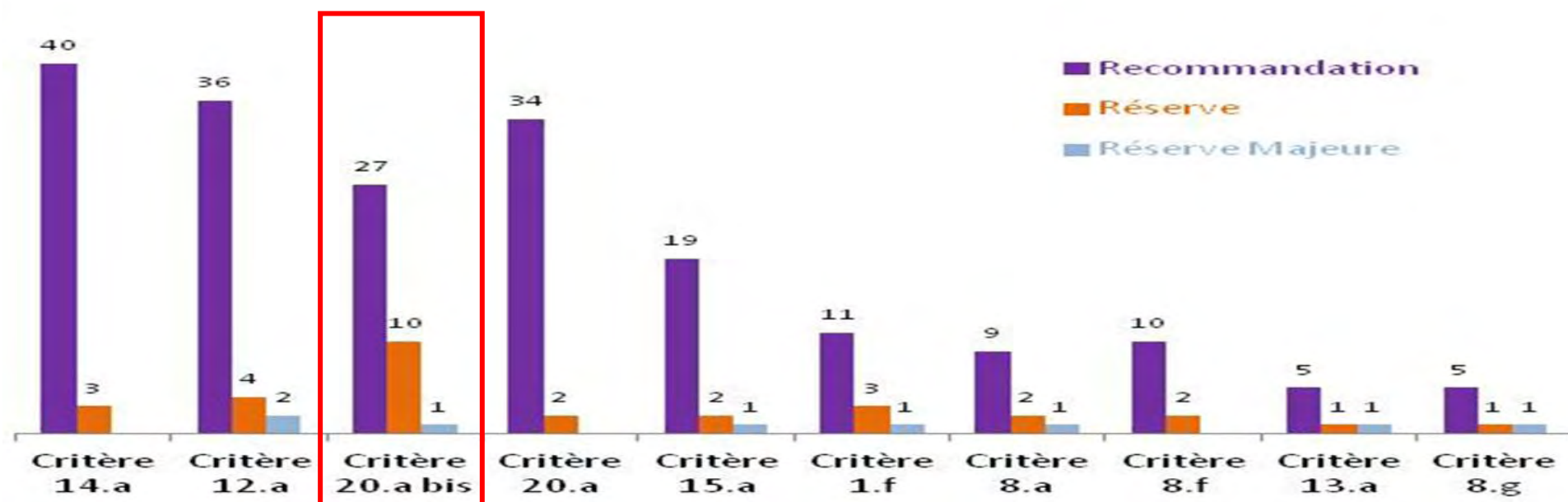
## — V 2010 - CRITERE 20 a Management de la PEC médicamenteuse

### Points à améliorer :

- Supports uniques de prescription / d'administration
- Dispensation observée hors procédure : NON
- Retranscription de traitement : NON
- Culture du risque d'erreur médicamenteuse
- Traçabilité de l'information donnée au patient
- Informatisation de la PEC médicamenteuse

## Résultats V2010 région – Réf.20 - CRITERE 20a bis PEC médicamenteuse du patient

- Réserves dans 15 ES de la région (2 en réserve majeure) réserves levées pour 9 ES
- **Avril 2015** : 1 réserve majeure - 10 réserves (7 ES) et 27 recommandations (majorité dans les CH, 1/3 en court séjour, 1/3 en SSR, 1/3 sur autres PEC) – suivis en cours
- **3<sup>ème</sup> rang du classement PEP en nombre de décisions**  
**1<sup>er</sup> rang en nombre de réserves (depuis le début de la V 2010 Régional/National)**



## — V 2010 - CRITERE 20 a bis PEC médicamenteuse du patient

### Points à améliorer :

- Accès PUI
- Respect des règles et supports de prescription
- Continuité du traitement médicamenteux (retranscription : NON)
- Sécurisation de la dispensation (conditionnement – identification)
- Sensibilisation au risque d'erreurs médicamenteuses
- Réalisation de CREX dans tous les secteurs d'activité de l'ES
- Respect des procédures pour les médicaments à risque
- Traçabilité de l'information donnée aux patients
- Traçabilité de l'administration
- Informatisation
- Evaluation et actions d'amélioration : moyens / responsabilités  
échéances / communication

## — Conclusions V 2010 – référence 20

- Un très bon positionnement de la région notamment sur le 20a « Management de la PEC médicamenteuse »
- Des améliorations depuis le début de la V2010 avec l'évolution de la réglementation : arrêté du 6 avril 2011, CBUM, mise en place des CREX et des RSMQ
- Un accompagnement fort de l'OMÉDIT Centre-Val de Loire (mobilisation des professionnels dans les différentes commissions)
- Grande disparité entre établissements
- Des efforts à poursuivre car :



## — V 2014 - PEC Médicamenteuse

- **Exigences maintenues et renforcées - Même manuel**
- 20 – **PEP - Thématique** « PEC médicamenteuse » obligatoire dans le Compte Qualité et en visite
- **Compte Qualité** : identification, analyse et hiérarchisation des **risques** de la thématique + plans d'actions (GT commun QUALIRIS-OMÉDIT)
- Visite : **Audit de processus** et **Patient Traçeur**  
Recueil d'**EIO** (Eléments d'Investigation Obligatoire)  
(Guide EIO V2014 – HAS Avril 2015 - page 25)
- **Décision par thématique**

## Focus : processus décisionnel V2014 #3

- **Guide V2010 sur le processus décisionnel listant les situations à risques les plus fréquemment pointées par la HAS au travers de « dérogations » :**
  - [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/v2010\\_processusdecisionnel\\_jurisprudence.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/v2010_processusdecisionnel_jurisprudence.pdf)
- **Mise en avant de 3 autres situations :**
  - Non prise en compte du traitement personnel
  - Non disponibilité des produits de santé (médicaments, produits sanguins...) au bloc et en SSPI
  - Non respect des règles de programmation (tableau de programmation établi non conformément, programme non accessible à tous, urgences non prises en compte) au bloc et dans les secteurs interventionnels

## — CERTIFICATION V 2014

### ➤ En région Centre-Val de Loire :

105 établissements inscrits dans la démarche de certification V 2014

### ➤ 16 Juin 2015 :

- 12 visites réalisées
- 6 prévues d'ici fin décembre 2015



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

## **Visites de certification V2014 & réf. 20** **Premiers retours d'expériences**

- M. Emonet, A. Mathon - CH de Blois
- O. Lavezzi – Centre de réadaptation Bois Gibert
- D. Champigny - Clinique Saint Gatien de Tours
- A. Reberga, A. Pichou - CH de Dreux (diaporama non diffusé)
- I. Crenn-Roncier, P. Beutter - CHU de Tours



2ème journée régionale des RSMQ

# Retour d'Expérience du CH BLOIS Visite de certification V2014

Mardi 16 juin 2015

**Mathilde EMONET- Pharmacien RSMQ**

**Annabelle MATHON - Cadre de santé QGDR**



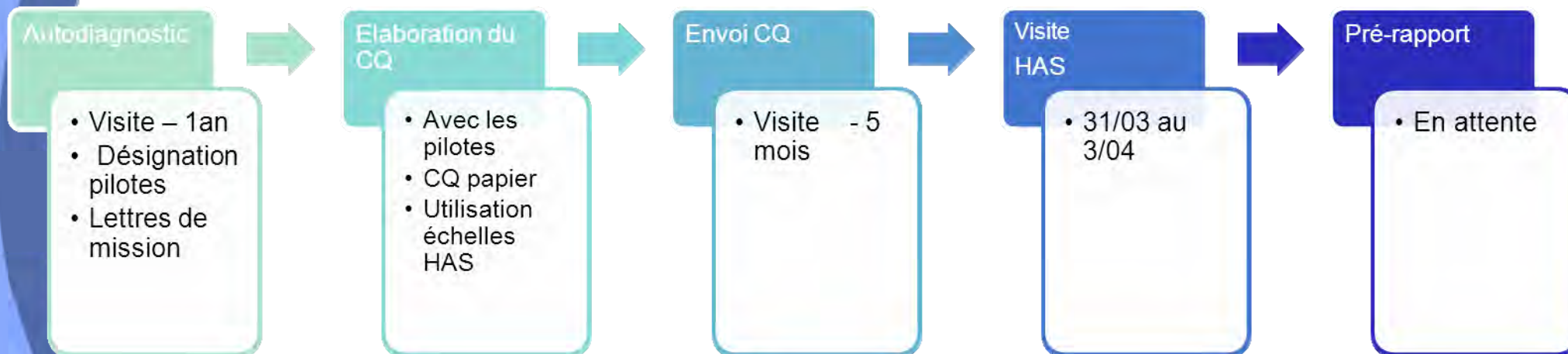
# De la V 2010 ... à la V 2014

- > Stabilité du manuel
- > **Compte Qualité**, outil de la continuité et du pilotage de la certification => cycle plus continu et plus synchronisé
- > **Méthodes de visites plus performantes**, dans la réalité des prises en charge : **Audit de Processus / Patients Traceurs**
- > Basées sur *l'identification et une analyse de ses risques* par thématique par l'établissement de santé
- > Résultats attendus : une *hiérarchisation des risques* (matrice de criticité) et une déclinaison en *plans d'action*



*Mettre en évidence **SES** propres dispositifs de maîtrise et ses opportunités d'amélioration en termes de qualité et de sécurité des soins  
=> *Compte Qualité personnalisé = profil de risque de l'établissement**

# La visite de certification au CH BLOIS



- 720 lits sanitaires (MCO- SSR- SLD- Psy)
- 31 mars au 3 avril 2015 : 4 jours
- 5 Experts Visiteurs
- 12 audits de processus
- 7 Patients Traceurs



# La visite de certification au CH BLOIS

12 Processus audités  
dont 1 non obligatoire

Management

10. Management de la  
qualité et des risques

11. Gestion du risque  
infectieux

Prise en charge du patient

1. Droits des patients
  2. Parcours du patient
  3. PEC de la douleur
  4. Gestion du dossier du patient
  5. PEC médicamenteuse
  6. PEC des urgences et soins non programmés
  7. Management de la PEC du patient au bloc opératoire
- Management de la PEC dans les secteurs à risque :
8. *Imagerie interventionnelle*
  9. *Endoscopie*
  10. *Salle de naissance*

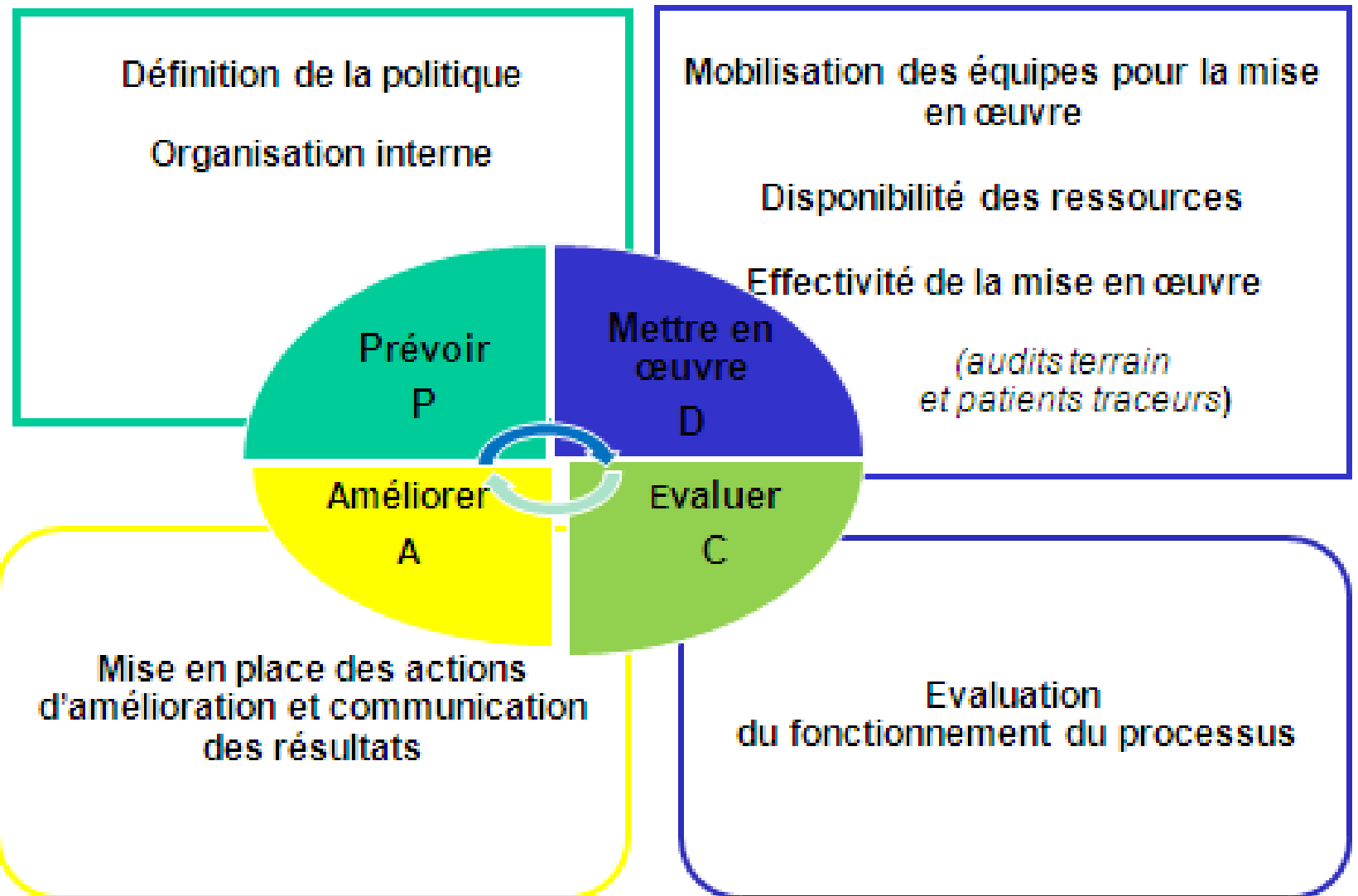




# Les 7 Patients Traceurs

Secteurs d'activité / services	Pathologie Spécificités	Mode d'entrée
<b>Cardiologie</b>	Prise en charge OAP (œdème aigu du poumon)	Urgences
<b>Chirurgie – hospitalisation de semaine</b>	<i>Prise en charge en gynécologie : hystérectomie</i>	Programmé
<b>Chirurgie Ambulatoire</b>	<i>Intervention viscérale : hernie inguinale</i>	Programmé
<b>Obstétrique</b>	Accouchement par césarienne	Urgences
<b>SSR locomoteur et neurologique</b>	Pathologies de soins de rééducation et de réadaptation locomoteur et neurologie : rééducation suite AVC ischémique	Programmé
<b>SLD</b>	Prise en charge polypathologique : maintien à domicile impossible	Programmé
<b>Psychiatrie générale</b>	Patient jeune hospitalisé pour un 1er épisode aigu.	/

# Méthode : vision Processus P D C A



# La visite de certification au CH BLOIS

## Thématique « PEC Médicamenteuse », J1

### Organisation spécifique en 3 TEMPS:

#### **1) Rencontre avec les pilotes 1h30**

- Pharmacien RSMQ, Pharmacien gérant PUI, Cadre supérieur du Pôle activités transversales

**Support : EIO éléments d'investigation obligatoire**



**P C A**

#### **P Politique**

**Lettre de missions**

**Délégations et responsabilités...**

#### **C Evaluations**

**Suivi d'indicateurs**

#### **A Mise en place des actions d'amélioration**

**Communication des résultats**



# Rencontre pilote: comment se préparer

Disponible sur le site  
HAS

EIO

## Management de la prise en charge médicamenteuse ÉLÉMENTS D'INVESTIGATION OBLIGATOIRES

1. Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient avec dispositions spécifiques au sujet âgé.

Élément de preuve :

[POLITIQUE COMEDIMS](#)

Commentaires : à mettre à jour lors du prochain projet d'établissement en // de la politique qualité, intégrer les dispositions sur le sujet âgé

[POLITIQUE QUALITE 2010 2014](#)

[AVENANT POLITIQUE QUALITE 2010 2014](#)

[LISTE DES MEDICAMENTS A RISQUE AU CHB](#)

[MEDICAMENTS A RISQUE PV CME 9 avril 2013.pdf](#)

[LISTE DES MEDICAMENTS INAPPROPRIES CHEZ LE SUJET AGE](#)

2. Informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse (projet en lien avec le SI ; déploiement).

[2 RAPPORT CBU 2014 L 107](#)

3. Actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse.

[3.SSP 2014 POSTER DES RESULTATS](#)

[3.SSP 2014 ARTICLE CHB INFO](#)



**CBU**



# La visite de certification au CH BLOIS

## Thématique « PEC Médicamenteuse », J1

### 2) Vérification « terrain » 4h

D

\*En Réanimation, Oncologie-Hématologie-Rhumatologie, Pédiatrie et Médecine néonatale et à la pharmacie (URCC)

Vérification des modalités de stockage des médicaments, traitements personnels, chaîne du froid, chariot d'urgence et suivi, reconstitution des injectables, interruptions de tâches, interrogation des professionnels sur la « culture » qualité sécurité, comment déclarer une erreur, notion de CREX, REX...IPAQSS,

\*Au cours des 7 patients traceurs



**Accompagnement de l'expert par le RSMQ**

# Sur le terrain, les points « positifs »

**PRESCRIPTION informatisée 95% des lits**  
**ANALYSE PHARMACEUTIQUE 95% des lits**  
**Délivrance nominative 55% des lits**  
**« Conciliation » médicamenteuse d'entrée pour tous les patients relevant d'une chirurgie programmée (soit 12% des patients total CHB 2014)**  
**Logiciel Pharma mis à jour au fil de l'eau, support d'information des professionnels :**

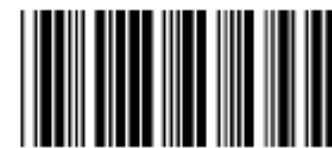
- modalités de reconstitution/ dilution/administration
- 200 protocoles
- forme écrasable ou non
- identification des MAR et documentations associées
- identification des MIP

**Affichage standardisé sur l'ensemble des armoires du CHB avec les règles d'administration, la gestion des traitements personnels**  
**Les INFOS RISQUES / INFO FLASH**

**Etiquetage standardisée sur l'ensemble des armoires du CHB**  
**Gestion des stocks en unités de soins par des préparateurs pour 40% des unités**



**VALIUM 10MG 2ML INJ**



Serv :1021\*  
 Dot :2  
 Liste I

Ref : 4332 N° produit : 265

**DIAZEPAM**



## 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

- Adrénaline 5 mg et Lido/Adrè 1%
- Perindopril 2 mg et Perindopril/Indapamide 2mg/0,625 mg
- Huile de vaseline et Exacyl buvable
- Vitamine K 2 mg et Vitamine K 10 mg
- Cetirizine 10 mg et Zolpidem 10 mg
- Paracetamol 1000 mg IV et Metronidazole 500 mg IV

Pour tous les médicaments, avant toute administration ou manipulation:

Lire systématiquement et attentivement toutes les mentions inscrites sur l'étiquette ou le blister



M. Kuzzay (Pharmacien), M. Emonet (Pharmacien-RSMQ),  
 K. Dieckmann (Pédiatre), H. Mouna (Pédiatre),  
 MN. Cartron (Cadre de santé).

## SECURISER LA PREPARATION DES SOLUTIONS INJECTABLES EN NEONATALOGIE ET PEDIATRIE

Afin de réduire les risques relatifs à la préparation de mélanges pour administration parentérale en Néonatalogie et Pédiatrie, il est impératif d'utiliser, chaque fois que cela est possible, une solution prête à l'emploi (exemple: PEDIAVEN®).

Lorsqu'aucune solution prête à l'emploi ne répond aux besoins, la préparation d'une solution adaptée est à envisager. Le risque est multiple : erreur de produit, de dose, contamination bactériologique. Mesurer la balance bénéfice/risque avant chaque prescription et, afin de réduire ces risques, respecter impérativement les recommandations suivantes pour la préparation.

Chaque préparation doit être réalisée de façon extemporanée, selon le schéma ci dessous, et administrée dans l'heure.



### POINTS CRITIQUES :

- Au cours des manipulations, ne jamais toucher : le site d'injection de la poche, le corps du piston de la seringue, l'embout de la seringue ou le bouchon des flacons ;

**5 INFOS RISQUES PAR AN DEPUIS 10/2012  
 AFFICHAGE SUR LES ARMOIRES DANS LES EMPLACEMENTS DEDIES**

# Sur le terrains, les points « à améliorer »

Étiquetage des bacs patients  
du chariot d'administration  
avec le numéro de chambre  
Nom du patient souhaité



Pas d'étiquetage standardisée  
des injectables

+ : un format déjà déployé  
dans une unité

+: risque identifié et action planifiée  
dans CQ PAQSS

---

CROFT Lara (06/10/1929) (F)

SSPPATIENT0073

SSPPATIENTN3

PARACETAMOL 1000mg

1 GRAMMES à 22:15 le 11/06/2015

CH BLOIS

---

Chariot d'urgence : suivi non  
conforme constaté dans une unité

+: audit chariot U réalisé, risque  
identifié, plan d'action en cours de  
mise en œuvre





## Prise en charge médicamenteuse PECM : restitution orale

### Définition de la politique

Politique existante

### Organisation interne

Pilotage organisé

Forte implication du RSMQ

Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre

Disponibilité des ressources

Effectivité de la mise en œuvre

Ressources humaines et matérielles prévues

Formalisation réalisée

Informatisation complète

Problème informatique

(WIFI et lenteurs du système pour les patients d'USLD)

Piluliers et injectables reconstitués identifiés par numéro de chambre

(et non par nom de patient)



Mise en place des actions d'amélioration et communication des résultats

Déclinaison du PAQSS par secteur.  
Diffusion d'un tableau de bord avec des indicateurs ciblés et les points essentiels.

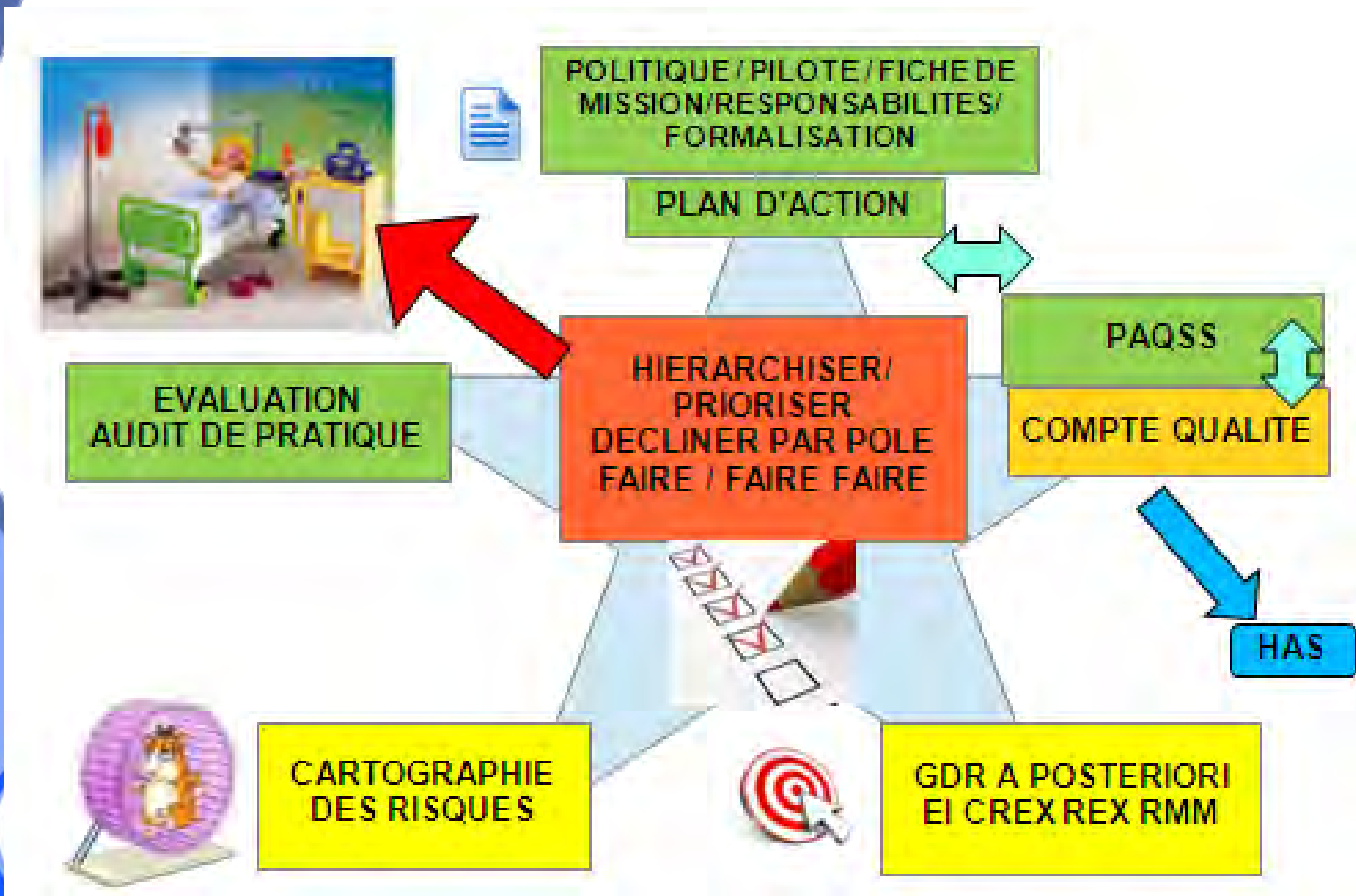
Evaluation du fonctionnement du processus

Evaluations réalisées

Evaluation des pratiques à développer et notamment pour les pratiques de préparation et d'administration en unité de soins.

Développement de la déclaration des erreurs médicamenteuses, de l'apprentissage par l'erreur.





# La visite de certification au CH BLOIS

**Visite de TERRAIN**, au contact de la réalité : présence des EV dans les services, Patients Traceurs

Sincérité des échanges avec les professionnels (pédagogie)

Au CHB, « terreau fertile » au service de la qualité

Accent très fort sur la GDR, pour tous les processus, intégrée au sein des services (déclinaison des actions au sein des services)

Organisation interne d'une restitution post-visite



Attente de la réception du pré-rapport / retard annoncé, qualification des écarts ?



CENTRE BOIS-GIBERT



Centre Prévention Réadaptation Soins de Suite Cardiologie du Sport



**CIRCUIT DU MEDICAMENT A BOIS GIBERT  
CERTIFICATION V2014**

Dr Orso-François LAVEZZI, Cardiologue  
Blois, le 16 JUIN 2015.



# D'OÙ JE PARLE...

**CENTRE BOIS-GIBERT**

**établissement SSR**

équipe **pluri-disciplinaire**

**patients** atteints d'une affection cardio-vasculaire

reprise d'**autonomie**

**éducation** thérapeutique

**entraînement** physique

**Mutualité Française Centre Val de Loire**

**Je n'ai pas de lien d'intérêt**

avec les entreprises produisant des produits de santé

(article L4113-13 du CSP)

# CONCILIER DES EXIGENCES A PRIORI CONTRADICTOIRES...



Il ne faut pas  
seulement le  
dire, il faut le  
faire !

## **Double exigence en contexte SSR**

**Sécuriser le circuit du médicament**

=> organisation et management <=

**Donner plus d'autonomie aux patients**

=> connaissance et gestion du traitement <=

## **Concilier cette double exigence**

**Circuit du médicament = un tout**

**impliquant le PATIENT = ACTEUR CENTRAL DE SON PROJET DE SOINS**

**Education thérapeutique du patient**

atelier médicaments, entretiens individuels

**Gérer les risques**

=> évènements indésirables, audits, organisation, rôle du patient <=

# QUE S'EST-IL PASSE ENTRE 2010 ET 2014?

## **Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé**

Engagement fort de la direction dans la sécurisation du circuit du médicament et le management de sa qualité en s'appuyant sur une étude des risques, une gestion des risques et une formation de l'ensemble du personnel à cette nouvelle culture.

## **LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé**

Cette loi introduit l'obligation de certification des LAP hospitaliers (article 32) et de prescription en DCI (article 19) au plus tard le 01 janvier 2015.

# CHANGEMENT D'ORGANISATION

## **Transfert de tâches pour recentrer les professionnels sur leur cœur de métier**

Reconditionnement et préparation des piluliers en PUI par l'équipe pharmaceutique et non plus dans les Unités de Soins par des infirmières

## **Nouveaux moyens humains et matériels**

2 préparateurs en pharmacie à temps partiel

2 pharmaciens mi-temps

1 appareil à reconditionner

## **Formation du personnel à la gestion des risques**

Formation à l'analyse des risques a priori: CARTORETEX (Omedit Centre)

Formation à l'analyse des risques a posteriori: CREX (Omedit Centre)

Formation à l'analyse pharmaceutique (Omedit Centre)

Début des 1ers CREX et mise en place de la déclaration d'erreur par le patient (2011-2012) et son intégration informatique.



# RECONDITIONNEMENT EN PUI

Automate de reconditionnement



BISOPROLOL 2.5 MG  
liste 1  
cpé sécable  
Exp:06/03/2014  
Lot #  
CRCV BOIS GIBERT



Reconditionnement unitaire

# CHANGEMENT DE MATERIEL



## Pour le patient:

- Pilulier
- Boîte de transport

## Pour les IDE:

- Plateau de 8 piluliers
- Charriot de distribution

## Pour le transport

## PUI/Unités de Soins:

- Armoires sécurisées



# CHANGEMENT D'OUTIL INFORMATIQUE

- Nouveau dossier patient informatisé début 2014 permettant de répondre aux exigences en matière de LAP hospitalier et d'hôpital numérique.
- Très important travail de paramétrage.
- Certification du LAP en novembre 2014.

# PRESCRIPTION DU MODE D'ADMISTRATION DES MEDICAMENTS EN RCV

REPONSE GRADUEE EN FONCTION DE L'AUTONOMIE EVALUEE DU PATIENT

<b>RESPONSABILITE SUIVANT LE MODE DE DISTRIBUTION</b>	Administration infirmierie (sous le regard de l'IDE)	Distribution par repas	Distribution globale
<b>VERIFICATION ULTIME (3ème)</b>	<b>IDE de l'horaire</b>	<b>IDE de l'horaire</b>	<b>PATIENT</b>
<b>ADMINISTRATIO N</b>	<b>IDE de l'horaire</b>	<b>PATIENT</b>	<b>PATIENT</b>

ACCOMPAGNEMENT



AUTONOMIE



# CONCILIATION A L'ADMISSION

[114948] MR Jany | Ecran bilans mesures - Conciliation médicamenteuse d'entrée

Utilisation d'un pilulier ou d'un semainier  Oui  Non  ne sait pas

Bilan des boîtes de médicaments  Oui  Non  non disponibles  
*(vues par le médecin)*

Boîtes dans un tupperware:  
KARDEGIC 75MG  
BISOCE 2.5MG  
BIPRETERAX 5/1.25  
LASILIX 40MG  
JANUMET 50/1000  
ATORVASTATINE 80MG  
ESOMEPRAZOLE 40MG

Facturette de l'ordonnance  Oui  Non  non disponible  
*(Préciser DCI si médicament générique et nom de marque dans les autres cas)*

Facture N°60496 du 02/02/2010, ord. du 02/02/2010

Identifiant : 41200269 3  
Opérateur : 3  
3547822 - METFORMINE MYL 850mg 1x3.82 - 133684  
3324737 - KARDEGIC 160mg Pdr s 1x2.81  
3962834 - CLOPIDOGREL MYLAN 75 2x30.75 - 133685  
3514636 - ACEBUTOLOL TEVA 200mg 1x5.17 - 133686  
3430698 - TAHOR 40mg Cor pell 2x43.08 - 133687  
4871950 - ONE TOUCH VITA Kit p 1x79.44  
4871967 - ONE TOUCH VITA Bdlet 1x39.4  
7659185 - ONE TOUCH ULTRA SOFT 1x16  
6652583 - STERILUX Cot hydr TI 1x1.06  
3691849 - DIASEPTYL 0,5X S a c 1x3.64  
3932081 - PANTOPRAZOLE MYLAN P 1x11.58 - 133688  
Montant Total : 310,58  
Part AMD : 200,79  
Part AMC : 109,79  
Part Assuré : 0,00

28

28/11/2014 // 17h41

Il est utile d'évaluer les habitudes du patient. Si le semainier est parfois utile à l'observance il est porteur de risques...


Examiner le sac, le tupperware, le semainier devrait faire parti de l'examen clinique ... très instructif.


C'est un relevé de dispensation qui permet de savoir si le patient dispose d'un princeps ou d'un générique.


Eventuellement noter ici les coordonnées du pharmacien d'officine .

# CONCILIATION A L'ADMISSION

[114948] MR Jany - Ecran bilans mesures - Conciliation médicamenteuse d'entrée

**Déclaration du patient**  Oui  Non  non fiable   
*(De mémoire par le patient)*

**Compte rendu d'hospitalisation**  Oui  Non   
*(informations obtenues dans le courrier de l'établissement prescripteur)*

**Traitements modifiés à l'admission**  Oui  Non   
*(Préciser les traitements arrêtés définitivement ou pour la durée du séjour)*


**Date du relevé**

Dr Orso LAVEZZI - Cardiologue - 28/11/2014 // 17h41

**Toujours indispensable notamment pour dépister l'automédication... mais aussi tester la mémoire, les connaissances du patient.**

**Etat des lieux des traitements antérieurs fait par l'établissement prescripteur.**

# CONCILIATION A L'ADMISSION

**Traitements modifiés à l'admission**  Oui  Non 

*(Préciser les traitements arrêtés définitivement ou pour la durée du séjour)*

Stop SITAGLIPTINE. Conservation de la METFORMINE seule.  
Modification répartition fer et acide folique.

Date du relevé

Dr Orso LAVEZZI - Cardiologue - 28/11/2014 // 17h41

Il s'agit essentiellement des modifications faites à l'admission par rapport à l'établissement prescripteur de la RCV (divergences intentionnelles... à distinguer de l'oubli... ou « saut de ligne »).



# GESTION DU TRAITEMENT PERSONNEL

Résumé médical | Obs médicales | Dossier | Biologie | Imagerie | Pharmacie | Diagramme | Trans ciblées | Const / caract | EBM

06/11/2014 16:37 ---> 06/11/2014 16:37

## TRAITEMENT PERSONNEL DU PATIENT - Restituer son traitement personnel au patient

<u>DONNEES</u>	<u>ACTIONS</u>	<u>RESULTATS</u>
Traitement personnel	Traitement stocké à la pharmacie	Traitement personnel du patient restitué à sa sortie // Cible clôturée par l'intervenant.

Mme Nolwen DABOUIS - I.D.E. - 06/11/2014 // 16h37

**Aucun traitement personnel ne doit être stocké dans la chambre: le devenir du traitement personnel est systématiquement tracé par l'IDE à l'admission.**

# GESTION DU TRAITEMENT PERSONNEL

15/05/2015 10:28 ---> 17/05/2015 20:44

<u>DONNEES</u>	<u>ACTIONS</u>	<u>RESULTATS</u>
Devenir du TT personnel ?	<i>Mme Marie-claude GRUEL - Pharmacien - 15/05/2015 // 10h28</i> Vu avec le patient.	N'avait pas de traitement perso à l'arrivée. // Cible clôturée par l'intervenant.
	<i>Mme Marie-liesse TILLOY - I.D.E. - 17/05/2015 // 20h44</i>	

Lorsque le devenir du traitement personnel n'est pas renseigné, ouverture d'une cible par le pharmacien avec réponse de l'IDE.

# GESTION DU TRAITEMENT PERSONNEL

18/11/2014 13:06:20 - Commentaire dans le Dossier Patient

le Pantoprazole risque d'entraîner une perte d'efficacité de l'Eviplera suite à une modification du pH intestinal et une diminution de l'absorption de l'Eviplera

TT perso: Bisoprolol 1.25 et cardensiel 1.25, Ramipril 2.5, Previscan, Flecainide LP 150, Furosemide 40, tardyferon B9 et un autre médicament sans indication de nom

Mme Marie-claude GRUEL - Pharmacien - 18/11/2014 // 13h06

**Au cours de la première analyse pharmaceutique, le pharmacien mentionne les traitements personnels stockés à la PUI.**

# CONCLIATION DE SORTIE

Bilan des boîtes de médicaments

Oui  Non  non dis

(vues par le médecin)

en attendant chir: KDG, 75 Prava 20, Atenolol 50, Ramipril 2.5, TNT

## Conciliation médicamenteuse de sortie

Stop ATENOLOL 50 mg remplacé par NEBIVOLOL 5 mg  
Stop PRAVASTATINE 20 mg remplacé par ATORVASTATINE 20 mg  
Stop DOLIPRANE 1000 EFFERVES pour l'apport sodé compte tenu du régime peu salé 8g par jour. Préférer les comprimés ou gélules.  
Stop TRINITRINE 10/24H

Conciliation de sortie  
facile à faire  
si le bilan d'entrée est  
correctement fait...

Visite essentiellement à éviter les  
« soupes de sorcière » au retour à  
domicile en indiquant au patient  
les traitements antérieurs arrêtés  
ou les traitements remplacés par  
un autre. C'est aussi l'occasion de  
prescrire un traitement antérieur  
dont on a donné un équivalent  
pendant le séjour.



Date du relevé

# Retour sur l'audit Prise en charge Médicamenteuse

- Programme :
  - Matin : visite de la PUI + rencontre avec les pilotes  
(2h45)
  - Après-midi : vérifications terrain (3h00)

# MATIN : VISITE DE LA PUI + RENCONTRE AVEC LES PILOTES (2H45)

PEC Patients âgés	Procédure dédiée + livret thérapeutique OMEDIT Centre, Liste médicaments broyables OMEDIT Hte Normandie -> <b>perfectible</b>
Informatisation complète	LAP certifié, dossier patient informatisé
Sensibilisation/Formation EI	GDR informatisée, CREX, CARTORETEX, médicaments à risque
Règles & supports prescription validés	LAP certifié, prescripteurs identifiés
Continuité médicamenteuse	Conciliation BG: IDE, médecin, pharmacien entre J0 et J1
Permanence pharmaceutique (dotation pour besoins urgents, convention, astreinte, etc.)	Armoires pour dotation en besoins urgents, convention pharmacie de ville, convention hôpital, procédure d'astreinte.
Analyse pharmaceutique a priori	J0: LAP IAM/CIM10. J1: ttt perso + analyse
Respect des bonnes pratiques en matière de préparation	PUI, préparateurs, poste de cueillette, appareil reconditionnement, LAP
Gestion, rangement, transport et stockage des médicaments, médicaments à risque.	PUI, armoires sécurisées, armoires de dotation, identification et rangement spécifiques des médicaments à risque avec liste.
Respect des règles d'administration (dont traçabilité) des médicaments.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RCV: organisation spécifique: contrat d'observance, validation de retour du pilulier et transmission ciblée si non prise.</li> <li>• SSCV: organisation hospitalière classique -&gt; <b>perfectible dans le timing.</b></li> </ul>
Information des patients sur le bon usage des médicaments	Lors des modifications de prescription en CS et par l'ETP dédiée.
Recueil et analyse des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés.	Déclaration par les professionnels, par les patients intégrés au système informatique de GDR, analyse en CREX.
Dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs.	Compte qualité.

# ALERTE ALLERGIE CONTRE-INDICATION PROFIL

DAFALGAN CODEINE, comprimé pelliculé



**Attention, des allergies ont été détectées**

- Paracétamol et propacétamol -> Paracétamol et propacétamol : Paracétamol
- Paracétamol DC -> Paracétamol et propacétamol : Paracétamol
- Paracétamol



Prescription de: Dr Orso LAVEZZI - Cardiologue - RPPS n° : 10003743647 - 28/05/2015 // 18h24 Base BCB - Version N° 5.0.2.7 - Date E

Éléments pris en compte (codés)	Résumé des alertes
<b>Profil</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Date de naissance: 16/05/1952</li><li>• Age: 63 ans</li><li>• Sexe: M</li><li>• Taille : 178 cm 20/04/2015</li></ul>	<b>Contre-indication profil - Maladies (codées)</b> <b>Précautions d'emploi</b> DAFALGAN CODEINE, comprimé pelliculé (Déficit en G6PD / D55,0) <a href="#">En savoir plus ...</a> <i>Source: Banque Claude Bernard - Resip</i>
<b>Maladies en cours</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• (D550) Anémie due à une carence en glucose-6-phosphate déshydrogénase [G6PD]</li><li>• (Z500) Rééducation des cardiaques</li><li>• (I351) Insuffisance (de la valvule) aortique (non rhumatismale)</li><li>• (E6690) Obésité, sans précision, avec indice de masse corporelle inférieur à 4</li><li>• (I10) Hypertension essentielle (primitive)</li><li>• (Z955) Présence d'implant et de greffe vasculaires coronaires</li><li>• (Z953) Présence d'une valvule cardiaque xénogénique</li></ul>	<b>Contre-indication profil</b> <b>Contre-indications</b> <b>Attention : le poids du patient est manquant ou périmé. Les alertes ne peuvent être évaluées correctement</b>
<b>Biologie</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Clairance: 67 mL/min/1,7 Selon la méthode de Cockroft 29/04/2015</li></ul>	<b>Surdosage / Sous dosage</b> <b>Attention : le poids du patient est manquant ou périmé. Les alertes ne peuvent être évaluées correctement</b>
<b>Médicaments pris en compte</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• DAFALGAN CODEINE, comprimé pelliculé</li></ul>	<b>Liste des produits ayant un impact sur la conduite</b> DAFALGAN CODEINE, comprimé pelliculé (Niveau 2) <i>Source: Banque Claude Bernard - Resip</i>

## APRÈS-MIDI : VÉRIFICATIONS TERRAIN (3H00)

- En SSCV, audit sur l'administration des médicaments le midi.
- En RCV, audit sur l'administration des médicaments le soir (organisation de la distribution par repas avec les 5B par l'IDE).
- Organisation et rangement de l'armoire de dotation pour besoins urgents en RCV.
- Rangement, liste et identification des médicaments à risque en RCV.
- Déclaration d'erreurs par le patient, actions de communication sur les CREX .



# PATIENT TRACEUR

Sur la PECM du patient des Soins de suite:

- Généralités sur l'entrée du patient. Gestion du traitement personnel récupéré, stocké à la PUI avec traçabilité informatique.
- Conciliation d'entrée avec un formulaire dédié.
- Protocole isolement urinaire.
- Traçabilité sur l'éducation AVK.

# PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

## POINTS POSITIFS :

- La politique et l'organisation interne sont définies
- Forte mobilisation des équipes, travail important sur la sécurisation de la PECM
- Événements indésirables déclarés par les professionnels  
+ déclaration d'erreur par le patient
- Dispensation nominative journalière + validation pharmaceutique + lien BCB intégré au dossier patient
- Système différent de la réglementation mais très efficace et en corrélation avec le projet d'autonomisation du patient
- Résultats satisfaisants de l'audit IPAQSS
- Actions remarquables : conciliation médicamenteuse d'entrée, la place du patient à l'entrée et pendant le séjour.

# PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

## ACTIONS A METTRE EN PLACE :

- Traçabilité de l'administration (SSCV)
- Définir de nouveaux audits sur :
  - Circuit du médicament
  - La qualité de la prescription
  - La prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée



**Visite HAS**  
**Clinique Saint-Gatien**  
**Mars 2015**  
**(Daniel Champigny)**



# Domaines investigués

<b>Management de la qualité et des risques</b>
Droits des patients
<b>Parcours du patient</b>
<b>Management de la prise en charge médicamenteuse du patient</b>
<b>Dossier du patient</b>
<b>Gestion du risque infectieux</b>
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque : endoscopie
Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque : TIUIM - imagerie

# Visite de la thématique « prise en charge médicamenteuse »

## ❖ Un référentiel → celui de la Haute autorité de santé

La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé doit assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût. Elle s'appuie sur la maîtrise de la prescription, de la dispensation, de l'administration et sur la surveillance thérapeutique du patient. Sa continuité nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville.

La mise en place d'une démarche qualité concertée de ce processus systémique complexe, pluriprofessionnel, présentant de nombreuses interfaces concourt à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse évitable.

Ainsi, le travail en équipe, la double vérification avant l'exécution d'actes à risque, notamment dans les unités de soins, et les échanges réguliers entre les équipes de la pharmacie et des secteurs cliniques doivent être développés.

Pourront contribuer à la satisfaction de ce critère les actions réalisées dans le cadre du contrat de bon usage du médicament (CBU) entre l'établissement et l'ARS, le suivi de l'indicateur HAS sur la tenue du dossier du patient (deux items sur la trace écrite des prescriptions médicamenteuses), le bilan des erreurs médicamenteuses déclarées et analysées, les rapports d'audit interne ainsi que les actions d'amélioration en place.

### R Critère 20.a Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

#### E1 | Prévoir

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier, est défini.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

#### E2 | Mettre en œuvre

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.

#### E3 | Évaluer et améliorer

Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, est réalisé.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.

# Visite de la thématique « prise en charge médicamenteuse »



## ❖ Audit du processus de prise en charge médicamenteuse

- Évaluation de l'organisation pour s'assurer de la maîtrise du processus et de vérifier son application sur le terrain,
- Visite de la pharmacie + service de soins,
- Éléments d'investigation obligatoire : liste (à suivre).

# Visite de la thématique « prise en charge médicamenteuse »

Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient avec dispositions spécifiques au sujet âgé.

Projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète (défini en lien avec le SI, déploiement engagé).

Actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse.

Règles et supports de prescription validés pour l'ensemble des prescripteurs.

Continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus

Organisation de la permanence pharmaceutique (dotation pour besoins urgents, convention, astreinte, etc.)



# Visite de la thématique « prise en charge médicamenteuse »

Analyse pharmaceutique <i>a priori</i> du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel).
Respect des bonnes pratiques en matière de préparation (notamment anticancéreux).
Respect des règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.), particulièrement des médicaments à risque.
Respect des règles d'administration (dont traçabilité) des médicaments.
Information des patients sur le bon usage des médicaments
Recueil et analyse des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés.
Dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs.

# Visite de la thématique « prise en charge médicamenteuse »

## ❖ 3 patients traceurs

→ Trois thématiques retenues :

- Médecine USC Cardiologie,
- Chirurgie ambulatoire,
- Chirurgie Hospitalisation.

→ Permet d'alimenter chaque processus retenu pour une évaluation lors de la visite dont les exigences liées au circuit du médicament (exemples ci-après),

# Visite de la thématique « prise en charge médicamenteuse »

<b>Prise en charge médicamenteuse</b>	<b>MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT</b>	<b>Continuité du traitement médicamenteux</b> Le traitement personnel du patient à l'admission a-t-il été pris en compte ? Retrouve-t-on dans le dossier les ordonnances du patient, le nom du pharmacien d'officine ? Retrouve-t-on dans le dossier la traçabilité du retrait de ses médicaments personnels à l'admission, sauf avis du médecin et/ou du pharmacien ? Le cas échéant, a-t-on une trace de la conciliation médicamenteuse à l'admission ?	P/E	20a bis
<b>Prise en charge médicamenteuse</b>	<b>MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT GESTION DU RISQUE INFECTIEUX</b>	<b>Prescriptions médicamenteuses</b> Les prescriptions médicamenteuses de même que les modifications des prescriptions sont-elles datées, avec le nom du prescripteur, (par un médecin habilité à prescrire), signées et lisibles : poids, taille, dénomination du médicament, posologie (dosage unitaire, rythme d'administration et voie d'administration) ? Absence d'abréviation (en l'absence d'informatisation). Si prescription d'injectables, les modalités de dilution, de la vitesse et de la durée de perfusion, en clair ou par référence à un protocole préétabli à dispensation contrôlée, sont-elles précisées ? L'évaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures est-elle tracée ?	E	20a bis, 8h

# Visite de la thématique « prise en charge médicamenteuse »

<b>Prise en charge médicamenteuse</b>	MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	<b>Dispensation</b> Les ordonnances pour les médicaments à risques et les médicaments à dispensation contrôlée sont-elles préétablies ? Les interventions pharmaceutiques à la suite de l'identification d'une anomalie dans la prescription sont-elles tracées dans le dossier ?	E	20a bis, 8h
<b>Prise en charge médicamenteuse</b>	MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	<b>Administration</b> Si applicable, le repérage des troubles éventuels de la déglutition et du profil gériatrique justifiant une aide à l'administration, les informations nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées (mode de communication, d'alimentation, troubles neuro-moteurs, etc.) sont-ils retrouvés dans le dossier ? Le support de traçabilité de l'administration est-il adapté ?	P/E	20a bis

# Visite de la thématique « prise en charge médicamenteuse »



## C'est également l'occasion d'aborder les éléments fournis aux experts visiteurs :

- **Le compte qualité** avec les risques définis pour le circuit du médicament (Cartographie + Amdec): tous définis mais quelques uns choisis.
- **Les EPP** en lien avec la thématique : en interne « Sécuriser la préparation, l'administration, la surveillance, l'enregistrement IDE »




# Visite de la thématique

## « gestion du risque infectieux »



**Avec la thématique « gestion du risque infectieux », c'est aussi l'occasion d'aborder le circuit du médicament :**

- La prescription pour 48-72H, puis les réévaluations,
  - Les commissions ATB, la liste des ATB, la délivrance nominative, les protocoles antibiotiques ou les aides à la prescription, le suivi des consommations....
- 



# Bilan de la visite



## **Processus « prise en charge médicamenteuse du patient »**

L'analyse pharmaceutique, si elle est satisfaisante du point de vue qualitatif serait insuffisante du point de vue quantitatif (bien que l'objectif du CBU soit atteint).

En réanimation, absence du nom et de la signature du prescripteur sur certaines prescriptions du cahier de réanimation.

## **Processus « gestion du risque infectieux »**

Aucun écart relevé



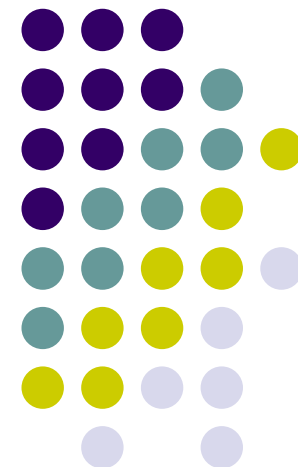
# V2014 au CHU de Tours

## Prise en charge médicamenteuse (PECM)



Préparation, déroulement de la visite  
et 1<sup>ère</sup> analyse des résultats

- Pr P. Beutter, coordonnateur de la GDR liés aux soins et RSMQ de la PECM
- I. Crenn-Roncier, pharmacienne associée au RSMQ PECM, coordonnateur QGDR du pôle SPPS



Omédit : 2<sup>ème</sup> journée RSMQ Blois le 16/06/2015





# Plan

- Historique : V 2010
- Préparation de la V 2014
  - Thématique PECM
- Déroulement de la visite
  - Thématique PECM
- Résultats
- 1<sup>ère</sup> analyse
- Conclusion



# Historique V 2010

- Autoévaluation préparatoire V 2010 sept. 2009
- Autoévaluation réelle V 2010 juin 2010
- Visite des auditeurs du 4 au 10/10/2010
- Certification avec simples recommandations
  - BU des ATB
  - Prise en charge de la douleur MCO + SM
  - Gestion du dossier patient MCO + SM + SSR
  - Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé MCO + SM
  - Prise en charge des urgences et soins non programmés



# Préparation de la V 2014

## Dispositif QGDR au CHU de Tours

Politique institutionnelle QGDR définie par la Direction Générale, le Président de CME et la CSIRMT

Bilan et plan d'action présenté 1 fois/an au Conseil de surveillance et au Directoire

Point QGDR systématique à chaque CME pour avis et validation

# Préparation de la V 2014



## Dispositif QGDR au CHU de Tours

Coordination de la QGDR - repose sur la Commission QGDR de la CME

- Présidée par le médecin coordonnateur de la GDR liés aux soins
- Propose des actions d'amélioration de la qualité et sécurité des soins, des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- Thématiques provenant du PAQ de la CRUQPC et des différentes commissions (CLIN, CLUD, CLAN, CCVS, Comed)
- Se réunit 8 fois/an
- Déclinaison au sein des pôles via un Comité QGDR des pôles

# Préparation de la V 2014



## Structures opérationnelles

- Cellule gestion des risques coordonnée par le CGDR et le DQ
  - Comporte des professionnels experts ou opérationnels
  - Analyse les fiches d'EI
  - Toutes les 6 semaines
- Commission des EPP
- Groupes auditeurs
  - Auditeurs cliniques
  - Auditeurs internes ISO



# Préparation de la V 2014

## Démarche globale

- Référentiel V 2014 identique V 2010 : autoévaluation en avril 2013
- Approche processus PDCA
  - Processus de direction
  - Processus support
  - Processus de prise en charge
- PEP - Nouvelles thématiques : accompagnement des secteurs interventionnels pour mise en place de cartographie des risques à priori (endoscopie, salle des naissances, radio interventionnelle, médecine nucléaire, blocs opératoires)



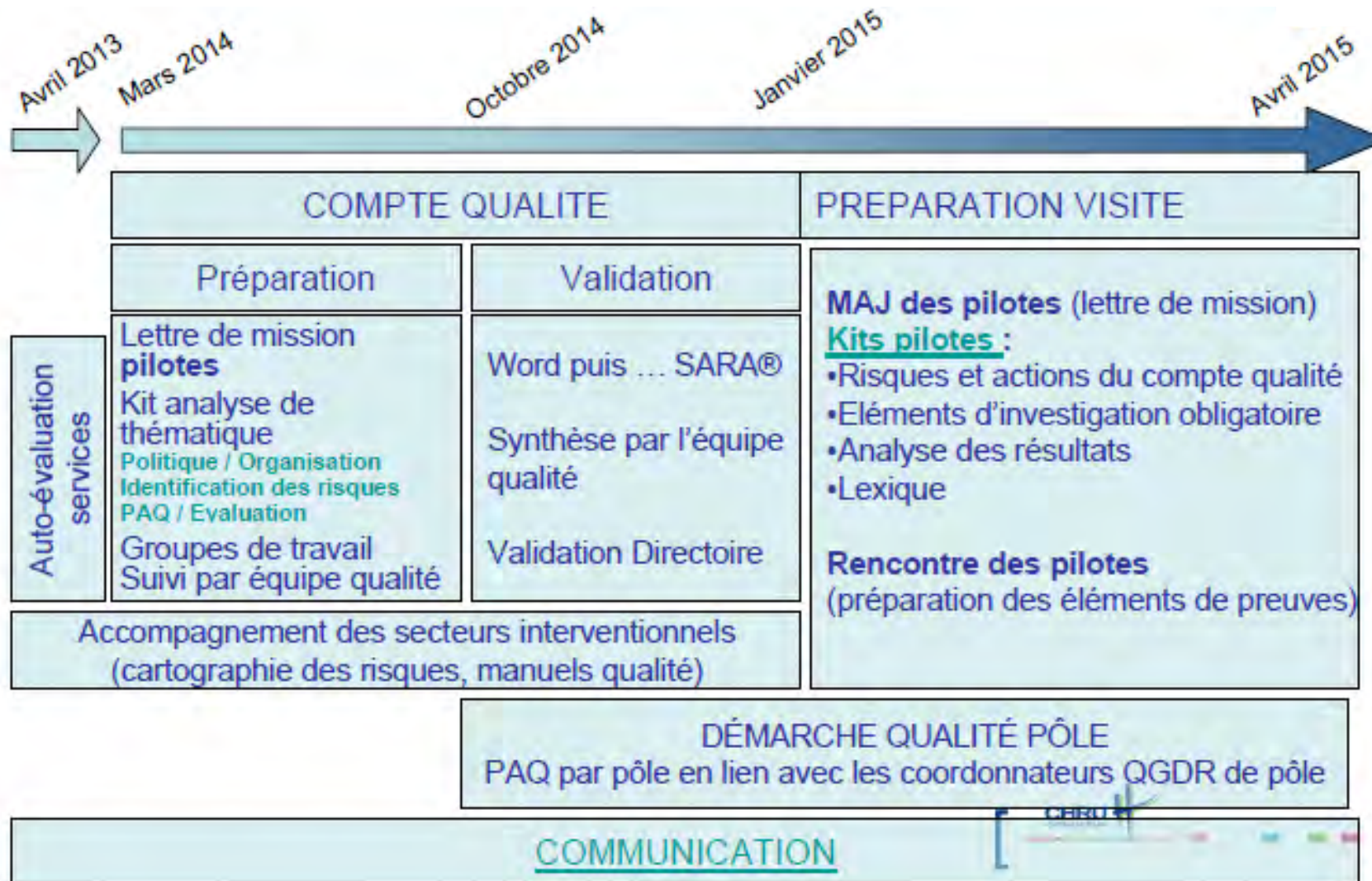
# Préparation de la V 2014

## Démarche globale

- Profil de risques de l'ETS
- Compte qualité
  - Groupes thématiques existants ou créés (projet d'ETS incluant le projet Qualité, plan Qualité)
  - Groupes de synthèse
- Patients traceurs - expérimentation en réel
- Contractualisation avec les pôles (annexe qualité actualisée en cohérence avec le projet médical)



# Préparation de la visite







# Préparation de la V 2014

## Démarche spécifique à la PECM

### Convergence CBU - RETEX - V 2014

- Mise en œuvre de RETEX
  - Nomination du RSMQ - janvier 2012
  - Politique QGDR de la PECM - avril 2012
  - Cartographie des risques à priori de la PECM et PAQ - 1 groupe de travail / sous processus multidisciplinaire, méthode MARIE - octobre 2012
  - Procédures et modes opératoires, gestion et suivi des EI, déclaration des EI, administration médicaments collaboration IDE / AS - avril 2013
  - Formalisation de l'organisation pour traiter les NC internes - octobre 2012
  - Définition des responsabilités des différents acteurs



# Préparation de la V 2014

## Démarche spécifique à la PECM

- Dispositif de sensibilisation aux EM - avril 2013
- Formation CREX - avril 2013
- Communication institutionnelle
  - CME - newsletter pôle
  - Groupe auditeur clinique
  - Semaine sécurité patients depuis octobre 2012
- MAQ PECM du CHU - avril 2012 et diffusion 2014
- Revue de Direction - depuis avril 2012

Composition : RSMQ, 2 pharmaciens adjoints, Président du Comed, direction Qualité, coordonnateur général des soins, 1 représentant DFSI, 1 médecin SIMEES, coordonnateur et chef de service du pôle SPPS, 1 PV, 3 médecins cliniciens

- Réunion 2 fois/an
- Revue des indicateurs + suivi du PAQ



# Préparation de la V 2014

## Démarche spécifique à la PECM

- Revues de direction de la PECM du CHU 2014
  - 24/03/14 - Circuit des EI lié à la PECM - modification de la classification Kaliweb
  - 10/04/14 - Validation du MAQ PECM - présentation V 2014
  - 02/07/14 - Validation de l'état des lieux PECM / PDCA PAQ
  - 03/11/14 - A partir de la cartographie des risques - préparation du compte qualité PECM



# Préparation de la V 2014

## Démarche spécifique à la PECM

- Revue de direction de la PECM du CHU 2015
  - 05/03/15 - Bilan 2014 - Objectifs 2015
    - Compte qualité
    - Eléments d'investigation obligatoires
    - IPAQSS Circuit du médicament
    - ICATB2
    - Actions 2014
    - EM 2014
    - Bilan des Cellules Qualité et commissions GDR PECM
    - Objectifs PAQ 2015

# PECM

## Risques du compte qualité



11- Médicament																		
RISQUES								Actions										
Id du risque	Libellé du risque	Fréq.	Grav.	Crit.	Dispositif de maîtrise en place	Niveau de maîtrise	Commentaires	Id du risque	Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Pilote	Début prévu	Début réel	Ech. prévue	Ech. réelle	Modalités de suivi	État d'avancement	
R1	Erreur d'administration en lien avec les calculs de doses majorée en pédiatrie	P4	G3	C2 9,6	A Clocheville, le pharmacien a travaillé avec différentes équipes pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse. Par exemple, pour les calculs de doses, un document (médicaments de l'urgence) a été élaboré avec un médecin réanimateur. Il est en cours de diffusion dans tous les services de Clocheville au niveau des chariots d'urgence. Par ailleurs le service de réanimation néonatale prescrit sur un fichier Excel, qui calcule les dilutions à faire. Pour les autres services, des documents synthétisant les posologies des principaux médicaments utilisés et leurs conditions de perfusion ont été rédigés et sont en cours de diffusion. La prescription médicamenteuse informatisée du logiciel Millenium est en cours de déploiement au sein de l'établissement. Elle comporte le paramétrage des IV ce qui standardise les conditions de perfusion et calcule les doses.	M3		R1	Améliorer la sécurisation de l'administration des médicaments	Élaborer et diffuser une procédure d'administration médicamenteuse complétée par un MOP sur la collaboration IDE/AS	Direction des soins RSMQ	janv-14	janv-14		Déc. 2014		Procédure et MOP validés et diffusés Suivi des EI en lien avec le processus administration	
R2	Gestion des traitements personnels	P3	G3	C2 6,3	Audit gestion des traitements personnels (résultats transmis en juin 2014) Plan d'actions défini.	M2		R2	Améliorer la gestion des traitements personnels	Réaliser un audit sur la gestion des traitements personnels et communiquer les résultats	Groupe auditeurs cliniques RSMQ	avr-14	avr-14	juin-15		Audit réalisé. Actions de communication en cours	En cours	
R3	Utilisation des médicaments à risques	P3	G3	C2 6,3	Liste médicaments à risque élaborée, présentée en CME + disponible sur le site COMED (Intranet) Mise en place de recommandations d'identification et de stockage dans les unités de soins disponible sur le site COMED (Intranet) Déploiement du dispositif de sensibilisation aux EM et formation d'une journée aux EM proposée au plan de FC comprenant l'utilisation des médicaments à risque.	M2		R3	Améliorer la gestion des médicaments à risque	Harmoniser le stockage des médicaments à risques dans les armoires à pharmacie des services	Pharmacien adjoint au RSMQ	juin-15		juin-15		Audit sur le stockage des médicaments à risque prévu dans le programme annuel d'audits par les auditeurs cliniques	Non débuté	



# PECM

## Eléments d'investigation obligatoires



L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

# PECM

## Éléments d'investigation obligatoires



ÉLÉMENTS D'INVESTIGATION OBLIGATOIRES	Éléments de preuves	Interlocuteurs
Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient avec dispositions spécifiques au sujet âgé	Manuel qualité (ok) CR COMED (Intranet) Audit PEC médicamenteuse sujet âgé Site Intranet du COMED Livret thérapeutique CR revue de direction COMED Revue de direction PEC Commission gériatrie du COMED	Groupe de pilotage PECM
Informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse (projet en lien avec le SI ; déploiement)	Rapport d'étape CBU 2014 État des lieux du déploiement au 1 <sup>er</sup> avril 2015 avec projection à la fin de l'année et si possible avec % de lits informatisés	Groupe de pilotage PECM DFSI



# PECM

## Éléments d'investigation obligatoires



ÉLÉMENTS D'INVESTIGATION OBLIGATOIRES	Éléments de preuves	Interlocuteurs
<p>Actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse</p>	<p>Éléments de méthodologie sensibilisation aux erreurs médicamenteuses (ok)            Bilan formation :            Nombre de personnes formées kit ou film + formation PANACEA (23 et 24 /06 et 25/09)            Plan d'actions qualité pôle (ok)</p>	<p>Groupe de pilotage PECM</p>
<p>Règles et supports de prescription validés pour l'ensemble des prescripteurs</p>	<p>Site Intranet du COMED            Supports papiers de prescription            Liste des prescripteurs habilités            Livret de l'interne            Programme « journée de l'interne » : prescription personnes âgées en Médecine et en PSY            Outil de formation des prescripteurs à la prescription informatisée            DPP : connexion avec droits d'accès par profil</p>	<p>PUI            UF              DFSI</p>
<p>Continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus</p>	<p>Audit traitement personnel (grille + résultats + plan de restitution + diaporama de restitution)            Fiche COMED TTT personnel            Procédure administration médicamenteuse            DPP            DPP / documents médicaux / Entretien pharmaceutique/conciliation entrée/sortie            Permanence des soins : Interne de garde</p>	<p>PUI            UF</p>

# PECM

## Éléments d'investigation obligatoires



ÉLÉMENTS D'INVESTIGATION OBLIGATOIRES	Éléments de preuves	Interlocuteurs
Organisation de la permanence pharmaceutique (dotation pour besoins urgents, convention, astreinte, etc.)	<b>Classeur d'astreinte</b> <b>Procédures générales PUI (à voir sur place)</b> Organisation PUI Garde et astreinte pharmaceutique	PUI
Analyse pharmaceutique <i>a priori</i> du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel)	<b>CR 2014 + 2015 groupe de travail transversal pharmacie clinique</b> Analyse des ordonnances nominatives et autres sur demandes Pharmacien en lien avec les services	PUI
Respect des bonnes pratiques en matière de préparation (notamment anticancéreux)	UBCO certifié ISO 9001 Radiopharmacie Nutrition parentérale secteurs sous assurance qualité Pilotage par indicateurs (tableau de bord EPP)	PUI
Respect des règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.), particulièrement des médicaments à risque	<b>Procédure «Relations services de soins/Pharmacie» (PUI/MOP/146/LOG/DIS)</b> <b>PV des Visites annuelles des pharmacies des services (CBU)</b> Liste des médicaments à risques ( <b>intranet</b> ) <b>ODJ réunion de cadres supérieurs + noms des participants</b> Groupe travail médicaments à risque	PUI

# PECM

## Éléments d'investigation obligatoires



ÉLÉMENTS D'INVESTIGATION OBLIGATOIRES	Éléments de preuves	Interlocuteurs
Respect des règles d'administration (dont traçabilité) des médicaments	Procédure administration (ok) Audit administration 2011 (ok) IPAQSS circuit du médicament (ok)	UF
Information des patients sur le bon usage des médicaments	Projet d'Éducation thérapeutique VIH/Diabète/AVK/Dialyse/cancéro, antiépileptique (ML) Actions semaine sécurité Audit traitement personnel Forum des usagers (CR sur thématique) journée formation/action	UF PUI
Recueil et analyse des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés	MOP/GDR/004 recueil de données erreurs médicamenteuses CR CGDR plénière (ok) Bilan EI 2014 (ok) Bilan CREX	Groupe de pilotage PECM UF PUI
Dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs	EPP PUI pilotage par suivi d'indicateurs Plans d'audits Cartographie des risques et plan d'actions Revue de direction PEC médicamenteuse Audits annuels sur la PEC médicamenteuse	Groupe de pilotage PECM

# PECM

## Synthèse



### Analyse des résultats PEC médicamenteuse

Le pilotage de la PECM s'intègre dans le dispositif global du management de la qualité en lien avec le COMED, la PUI, les trios de pôles et les services, le comité de coordination de la vigilance sanitaire et le centre régional de pharmacovigilance. La direction générale a nommé un RSMQ et 2 adjoints pharmaciens au RSMQ. Le choix a été fait que le RSMQ soit le PU-PH coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins, membre de l'équipe qualité.

Le pilotage opérationnel est assuré par la revue de direction sous la responsabilité du RSMQ comprenant des membres du COMED, du trio de pôle SPPS, de la direction qualité, des médecins, la pharmacovigilance.

La démarche qualité-gestion des risques de la PECM correspond à la déclinaison de l'arrêté dit RETEX. Un manuel qualité a été rédigé reprenant les différentes attentes de la PECM, il est disponible sur Intranet. Il est à noter que la préparation des cytotoxiques centralisée sur un seul site (Bretonneau) est certifiée ISO depuis 8 ans. L'établissement répond aux exigences du CBU.

Cette démarche a été communiquée et validée en instances.

Une cartographie des risques sur la PECM « générale » a été établie selon la méthode institutionnelle (outil MARIE). Il a été décidé de ne pas réaliser de cartographie spécialisée sur les médicaments à risque, populations et voie d'administration. En revanche des actions ciblées sur ces thématiques ont été définies. D'une manière générale, le plan d'actions sur la PECM a été élaboré (fichier Excel) et est suivi par l'équipe qualité et validé par la revue de direction. Le plan d'actions intègre le suivi de la V2010 et notamment la recommandation en lien avec l'absence de démarche d'évaluation de la PEC médicamenteuse chez le sujet âgé. Des actions ont été mises en place et sont suivies dans le plan d'action afin de répondre à cette recommandation.

# PECM

## Synthèse



En parallèle, un état des lieux des risques liés à la phase pilote du déploiement du logiciel de prescription informatisée a été initié et suivi par un groupe composé de pharmaciens, médecins, cadre de santé, directeur de soins, équipe qualité, équipe DPP. Après cette première étape d'état des lieux le groupe est invité régulièrement à la cellule gestion des risques plénière pour assurer le suivi du déploiement de la prescription informatisée.

En ce qui concerne le signalement des événements indésirables liés à la PECM, ils sont déclarés via le logiciel Kaliweb. Une analyse systématique est menée en cellule plénière des risques (des analyses type RMM, REMED sont conduites avec les équipes si besoin).

Un rapport type est utilisé au sein de l'établissement pour toute Erreur médicamenteuse avérée avec ou sans conséquence (MOP/GDR/004).

Un lien est fait avec le Centre régional de pharmacovigilance pour le suivi des erreurs compliquées d'un effet indésirable avec une participation du médecin pharmacovigilant à la cellule gestion des risques plénière. Si la cellule souhaite informer les professionnels de santé d'un risque particulier, la diffusion d'une alerte sanitaire par papier et/ou mail est utilisée.

Au moins deux audits par an sont inscrits au programme annuel d'audits de l'établissement en lien avec le CBU. Ces audits sont menés par le groupe auditeurs cliniques de l'établissement. Le choix des sujets d'audits se fait en coordination avec les pharmaciens aux adjoints au RSMQ. Les résultats des audits sont présentés en CME, en commission des soins et aux équipes.

Le plan de formation comprend des actions de formation sur la PECM notamment 3 sessions de formation d'une journée aux erreurs médicamenteuses par un organisme extérieur.

# PECM

## Synthèse



De même, l'équipe qualité a mené une action de formation/action pour l'ensemble des professionnels concernés par cette thématique. Cette formation/action initiée en 2013 se traduit par la diffusion d'un diaporama et/ou du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? » par le cadre du service et le chef de service. Un émargement a été demandé avec obligation de la renouveler auprès des nouveaux arrivants tous les 6 mois (au moment du changement d'internes). Le COMED met à disposition de nombreux outils d'aide dont par exemple :

- des formations e-learning et fiches de bon usage sur le site Intranet
- le livret thérapeutique, les bases de médicaments, le protocole de gestion du traitement personnel, les protocoles thérapeutiques...
- les documents d'information patients sur certains secteurs et/ou prise de certains traitements (anticoagulants, insuline).

Il est à noter que la réanimation pédiatrique (secteur à risque) a mis en place des outils d'aide à la prescription en réanimation pédiatrique

La thématique PECM est évaluée par de nombreux outils (dont l'EPP) et indicateurs suivis en revue de direction dont :

- les résultats d'audits et leur suivi
- le bilan des événements indésirables déclarés via Kaliweb avec le suivi des actions décidées en cellule gestion des risques plénière
- les résultats des indicateurs IPAQSS et leur suivi
- le suivi des indicateurs Hôpital numérique
- le suivi du plan d'actions de la cartographie des risques.

# PECM PAQ



## Objectifs 2015

Prescription administration informatisée -MCO hors réa + PSY, SSR et EHPAD

Prescription, fabrication et administration chimiothérapie injectable (déploiement du logiciel chimio)

Médicaments à risque :

- Groupe de travail ( diffusion du diaporama médicaments à risques - juin 2015)
- Etiquetage dans les unités de soins juin-juillet 2015
- Audit 2<sup>nd</sup> semestre 2015 (plan d'audit)

Participation d'un pharmacien à la cellule GDR restreinte

Audit réévaluation de l'antibiothérapie et usage des antibiotiques critiques (requête DPP ?)

Groupe de travail « Circuit du médicament en EHPAD » (état des lieux et plan d'actions)

# Déroulement de la visite CHU



## Visite du 14 au 22 avril 2015

<b>Participants</b>	5 experts visiteurs + 1 observateur HAS
<b>Fonctions</b>	2 médecins, 1 directeur, 1 directeur des soins (IBODE), 1 cadre sup de rééducation
<b>Rencontres</b>	17 groupes de pilotes de thématiques (13 thématiques)
<b>Visites de services</b>	23 services visités
<b>Patients traceurs</b>	3 méd, 3 chir, 2 SSR, 2 Psy et 2 péd.



# Déroulement de la visite CHU



- Réunion d'ouverture - Directions CHU + pilotes thématiques
- Débriefing quotidien et restitution par thématiques / visites de la veille et choix des UF visitées le jour
- Réunion de clôture - restitution orale uniquement
- Rapport d'audit en septembre 2015 ?

# Journée type de l'équipe qualité



- **Bilan journalier :**
  - Présents : DG/PCME/CGS - équipe qualité- membres de la commission QGDR restreinte + Président du CLIN + DRH, DAM, DFSI.
- Accompagnement des EV sur les sites...
- **Contact avec chacune des équipes rencontrées pour un débriefing**
- **Préparation des éléments de preuves complémentaires + argumentaire en vue des réajustements du lendemain !!!!**



Importance du **choix** des personnes présentes au bilan journalier

**Piste d'amélioration** : inviter les pilotes rencontrés la veille **mais** ...

# Déroulement de la visite PECM



- Rencontre avec les pilotes de la thématique - membres revues direction PECM
- Visite des sites de la PUI - 4 secteurs d'activité
- Visite des unités de soins - 5 sites

AGENDA Pilotes Médicament		
EV : Madame Françoise BIZOUART		
Pr Patrice BEUTTER, Dominique BAETZ, Isabelle CRENN-RONCIER, Isabelle GEFFARD		
Mar 14/04	14:00 - 15:30	<b>Bretonneau Rencontre pilotes</b>
	15:30 - 17:00	Visite pharmacie Bretonneau + UBCO
Mer 15/04	09:00 - 12:00	Bretonneau ( <i>visites de services</i> )
Mer 15/04	14:00 - 15:30	Visite pharmacie site Trousseau
	15:30 - 17:00	Trousseau ( <i>visites de services</i> )
Ven 17/04	09:00 - 10:30	Visite pharmacie site Clocheville
	10:30 - 12:00	Clocheville ( <i>visites de services</i> )
Lun 20/04	09:00 - 12:00	Ermitage ( <i>visites de services</i> )
Lun 20/04	14:00 - 17:00	CPU ( <i>visites de services</i> )



# Résultats

## 6-Prise en charge médicamenteuse

**Politique et stratégie clairement définie mais un terrain qui reste encore à maîtriser**

<b>Politique</b>	Définie et intégrée dans l'ensemble de la politique qualité
<b>Responsables</b>	Identifiés, Commission QGDR de la CME
<b>Carto des Risques</b>	Précisés, hiérarchisés par criticité
<b>Plans d'action</b>	Élaborés en fonction des risques Informatisation en cours
<b>Déclarations d'EI</b>	Personnels sensibilisés
<b>CREX, RMM</b>	Après analyse des EI

# 1<sup>ère</sup> analyse

## PECM



- Renfort des actions avec la Direction des Soins
- Audits
  - Médicaments à risque
  - Administration des préparations injectables
  - Gestion des stocks dans les unités de soins
    - PUI application du MOP Visites de services
    - UF

# CONCLUSION



<b>Politique</b>	Définie, validée par les instances
<b>Responsables</b>	identifiés
<b>Carto des Risques</b>	Précisés, hiérarchisés par criticité
<b>Plans d'action</b>	Élaborés en fonction des risques et évalués par audits et indicateurs spécifiques
<b>Formation des prof.</b>	En adéquation avec les besoins et risques
<b>Déclarations d'EI</b>	Organisée, EI analysés
<b>CREX, RMM</b>	Après analyse des EI, avant modification politique et actions



# CONCLUSION

## REX des services

- **Rencontre des pilotes**

- Échanges axés sur la politique, la stratégie  
Attention à avoir les bons interlocuteurs
- ⇒ Parfois en contradiction avec un nombre limité de pilotes

- **Les visites « terrains »**

- Lieux connus au dernier moment
- Une thématique peut en cacher d'autres...



# CONCLUSION

## REX des EV

- Compte qualité
  - Préparation facilitée car :
    - Beaucoup de documents joints
    - Synthèse de la thématique
- Visite
  - Accueil
  - Transparence
  - Accompagnement / gestion du temps
  - Réactivité des équipes





# CONCLUSION

## PEU de SURPRISES

- Lien recommandations V 2010 ?
- Niveau d'exigence élevée
- Visite = reflet du quotidien des équipes
- Communication post visite en interne peu aisée
  - Estimation des résultats difficile
  - Ecart connus mais non qualifiés



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

## **Les erreurs des « chambres des erreurs »** **Erreurs non vues & difficultés rencontrées**

- I. Chartrin, C. Querrien - CH de Vendôme
- A. Reberga, A. Pichou - CH de Dreux



# La chambre des erreurs

*CHARTRIN Isabelle : Pharmacien*  
*QUERRIEN Christel : Gestionnaire des risques*  
*16 juin 2015*

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



## La chambre des erreurs

*Animation réalisée dans le cadre de la semaine de sécurité des patients le 25 novembre 2015*

### Objectifs :

- *Faire prendre conscience aux professionnels et aux usagers des risques auxquels nous sommes confrontés lors d'une prise en charge en soins (tous acteurs)*
- *Communiquer sur les risques observés*

# SEMAINE SECURITE DES PATIENTS *Novembre 2014*

*Extrait du journal interne du CH Vendôme  
(novembre 2014)*

Comme tous les ans, en novembre, a lieu la semaine de la sécurité des patients qui se tiendra **sous la halle du marché couvert le 25 novembre 2014 de 10h à 16h**. Le thème général retenu par le ministère est la coordination des professionnels de santé pour la sécurité des patients en ville, à l'hôpital et en médico-social. Le CHV s'est positionné comme organisateur pour la deuxième année d'un forum. Des activités du CHV seront représentées mais également celles des professionnels extérieurs. Les professionnels auront l'opportunité de tester la «chambre des erreurs», dispositif qui permet de conscientiser les risques auxquels nous sommes confrontés dans la prise en charge.

*Nous vous attendons nombreux.*



**CHV** CENTRE HOSPITALIER DE VENDOME

**2ème forum**  
**Semaine de la sécurité des patients**

**Le 25 novembre 2014**  
**de 10h00 à 16h00**

Ayons les bons réflexes

Partageons l'information

Accompagnons les traitements

**Ensemble, engageons-nous  
Pour des soins continus  
entre la ville et l'hôpital**

**sous la halle du marché couvert  
de Vendôme**



RISQUE	Pourquoi ce risque ? Conduite à tenir
1-Risque d'identité sur bracelet	Identitovigilance <u>Conduite à tenir</u> : demander au patient sa pièce d'identité et d'épeler son nom, prénom, date de naissance lors de chaque soin
2-Erreur de numéro de séjour	Identitovigilance <u>Conduite à tenir</u> : ne pas utiliser les étiquettes d'admission comprenant le numéro de séjour et IPP, des hospitalisations précédentes
3-Stylo d'insuline sans étiquette patient	Le stylo doit être uni-patient et donc bien identifié à son nom et prénom <u>Conduite à tenir</u> : vérifier avant chaque soin la <b>bonne identité, le bon patient, le bon médicament, le bon dosage, au bon moment, la bonne voie</b> = règle des <b>5B</b>
4-Sonde urinaire par terre sans support	Risque de transmission infectieuse <u>Conduite à tenir</u> : respecter les bonnes pratiques en hygiène – utiliser un support adapté au type de poche
5-Date d'ouverture du flacon de solution hydro-alcoolique notée mais délai dépassé (06/08/2014)	Risque de contamination du produit <u>Conduite à tenir</u> : respecter le délai de conservation après ouverture des flacons multidoses



<b>6-Boite collecteur à aiguille piquant – coupant – tranchant dont la fermeture temporaire n’est pas utilisée</b>	Risque de chute de la boîte et accident d’exposition au sang <u>Conduite à tenir</u> : mettre en place la fermeture temporaire de la boîte après utilisation
<b>7-Aiguille non recapuchonnée dans un plateau de soins</b>	Risque d’accident d’exposition au sang <u>Conduite à tenir</u> : respecter les bonnes pratiques d’élimination immédiate des DASRI (Déchets d’Activité de Soins à Risque Infectieux)
<b>8-Traitement médicamenteux personnel présent sur le guéridon</b>	Le patient risque de s’auto-administrer ses médicaments personnels – iatrogénie médicamenteuse <u>Conduite à tenir</u> : les traitements personnels du patient ne doivent pas être laissés à disposition dans sa chambre (sauf éducation thérapeutique ou cas exceptionnel)
<b>9-Pousse-seringue : différence entre le débit noté sur étiquette (4ml/h) et le débit réglé sur le pousse-seringue (2ml/h)</b>	Risque de sous-dosage et d’erreur médicamenteuse <u>Conduite à tenir</u> : -C’est le professionnel qui prépare la perfusion qui la pose -vérifier la concordance entre la prescription, l’étiquette et le débit affiché sur le pousse-seringue -pour chaque professionnel, vérifier la concordance de ces éléments lorsqu’il prend en charge le patient
<b>10-L’urinal est posé sur l’adaptable</b>	Risque infectieux, mauvaise image du soin <u>Conduite à tenir</u> : Après chaque utilisation, nettoyer, désinfecter et ranger le matériel







# Débriefing

- Remise des fiches « trouver les erreurs » pour analyse
- Un échange avec les professionnels et usagers est organisé après leur passage dans la chambre des erreurs avec des pharmaciens, hygiéniste, référents AES

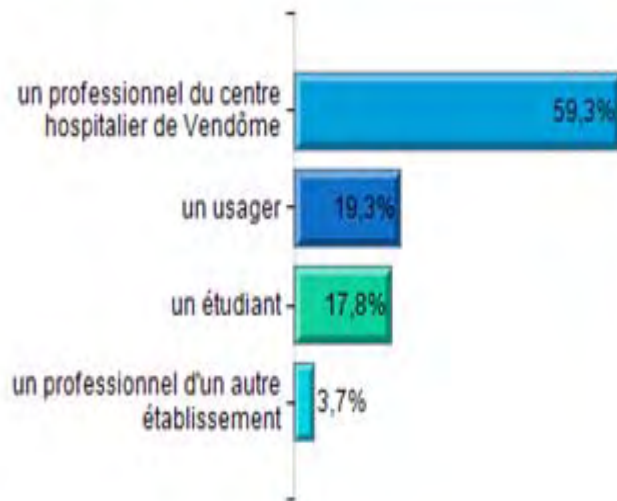


# Résultat des fiches « trouver les erreurs »

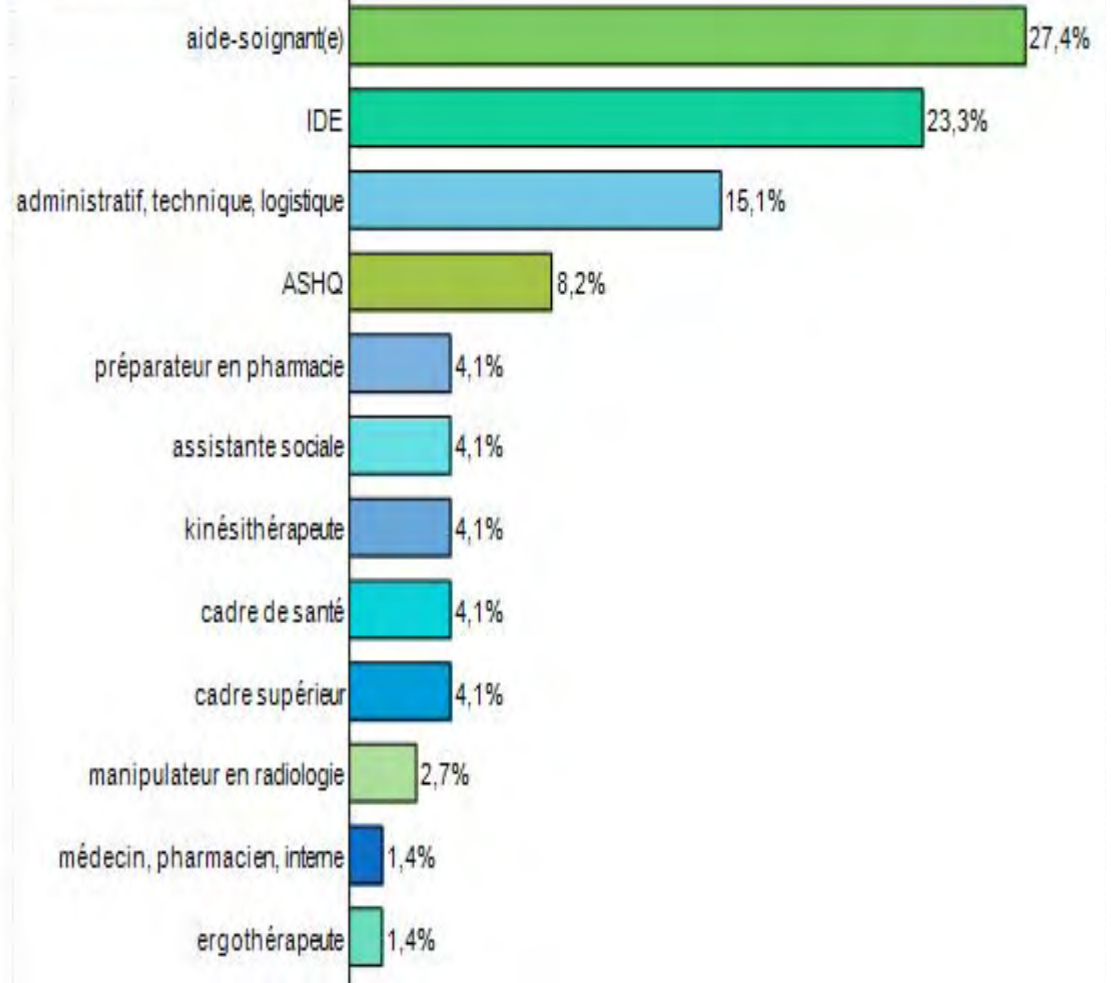
*Analyse des 150 fiches de la  
journée sécurité des soins du 25/11/2014*

### 1. Vous êtes :

Taux de réponse : 90,0%

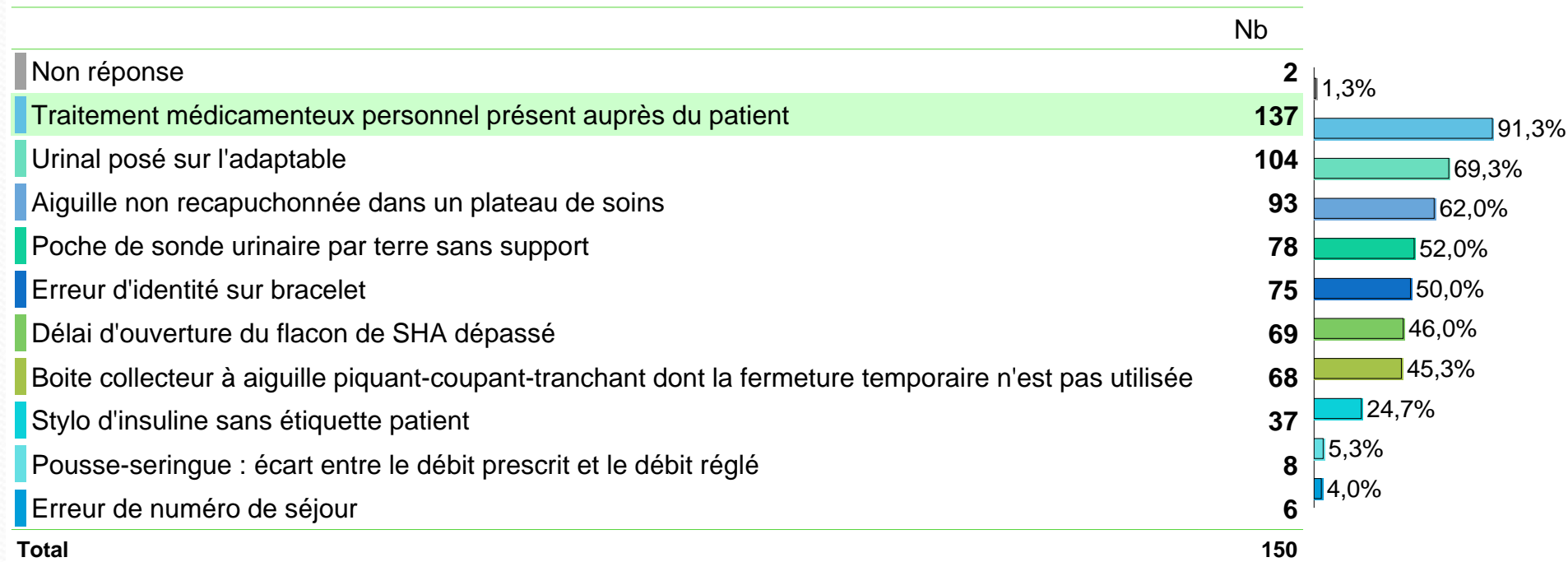


### 2. Si vous êtes un professionnel :



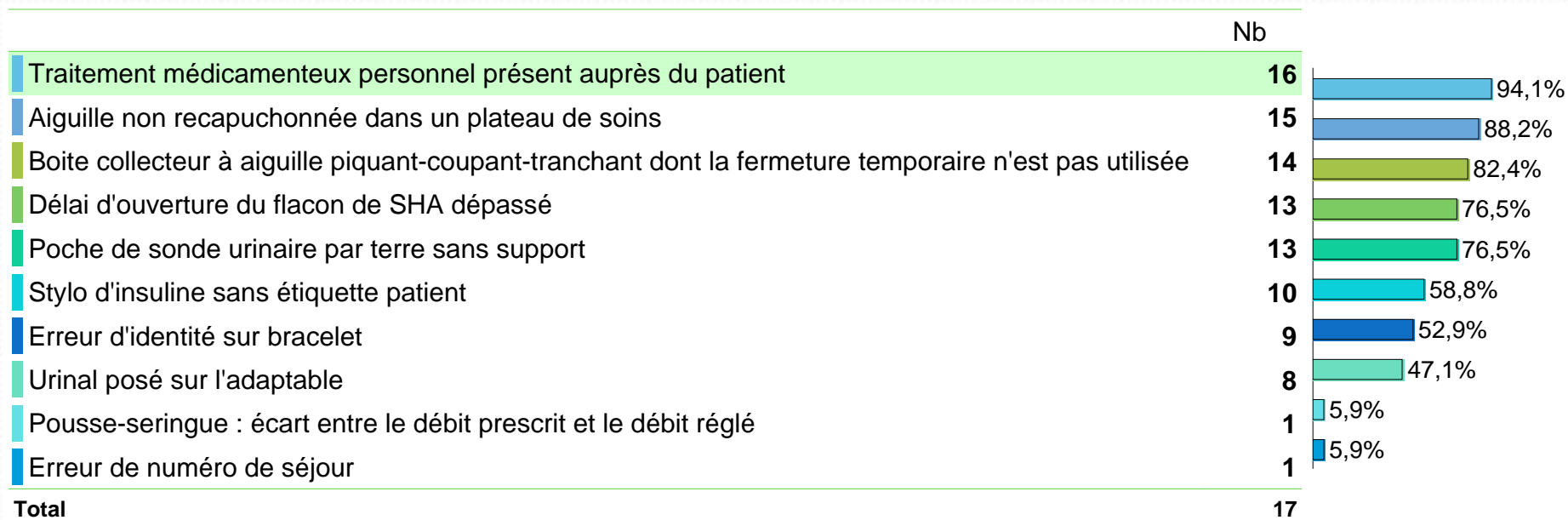
## Les erreurs repérées sont :

Taux de réponse : **98,7%**

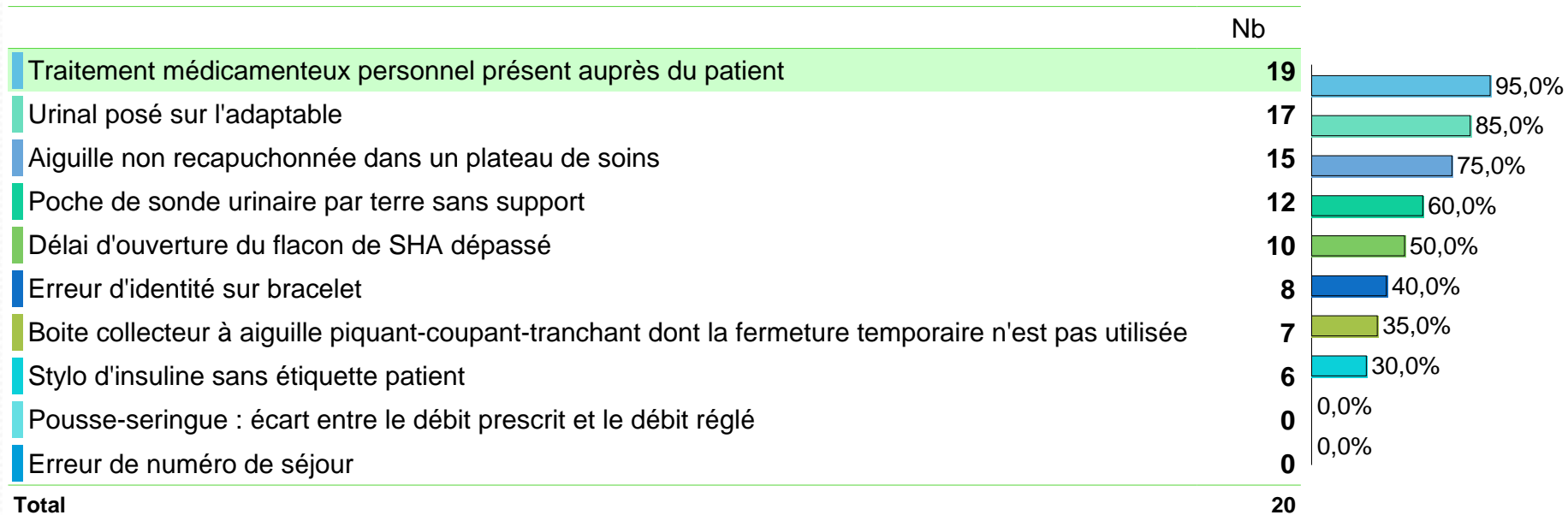


*Les personnes interrogées ont aussi relevé l'absence d'appel malade et la présence de linges et fils électriques au sol, l'inaccessibilité du lève-malade, le non respect de la confidentialité du dossier resté dans la chambre.*

## Les erreurs repérées par les professionnels IDE



## Les erreurs repérées par les professionnels AS





# Résultat enquête de satisfaction sur la journée sécurité des soins

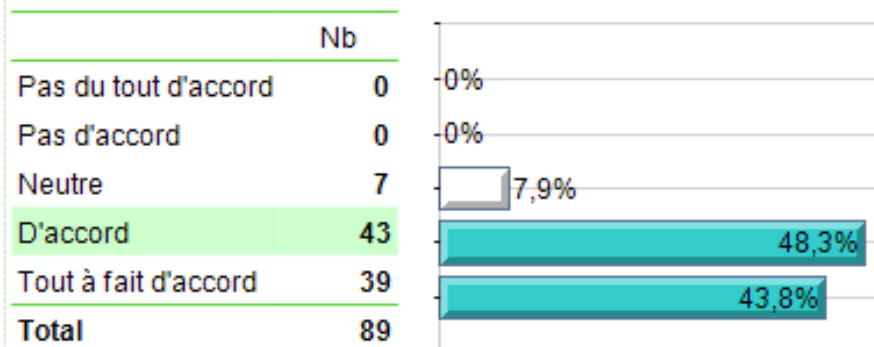




## 89 retours

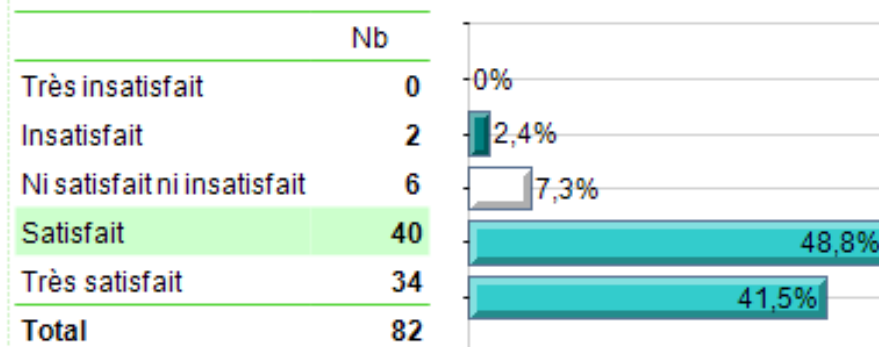
### 1. contenu de l'information ?

Taux de réponse : 100,0%



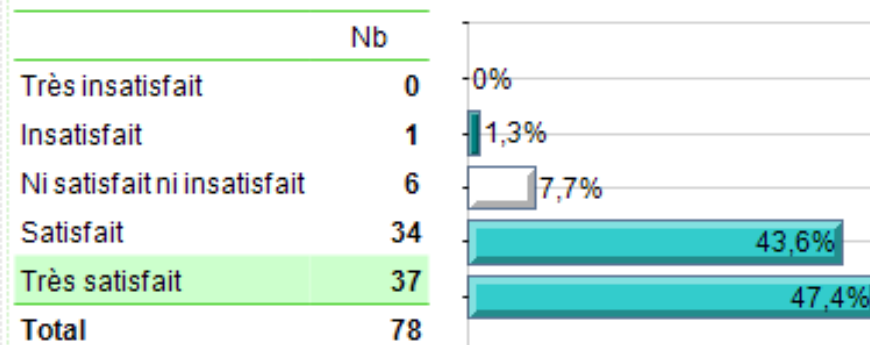
### 2. à travers les stands ?

Taux de réponse : 92,1%



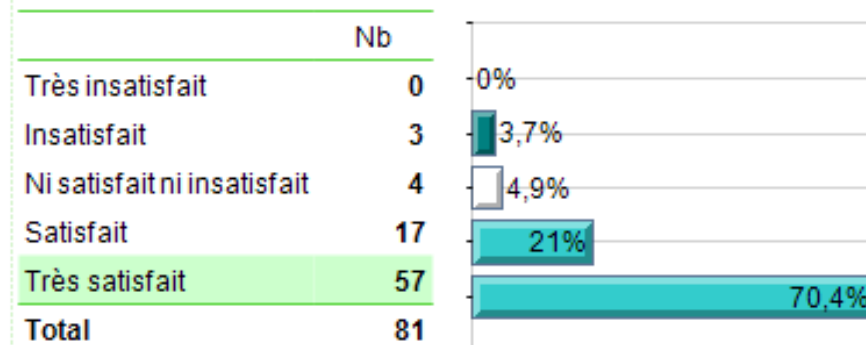
### 3. à travers les ateliers ?

Taux de réponse : 87,6%



### 4. à travers la chambre des risque ?

Taux de réponse : 91,0%



*Les visiteurs ont suggéré de renouveler cet événement, d'en faire davantage de publicité.*

# Conclusion

- Prise de conscience
- Très riche, échanges fructueux
- A renouveler et à enrichir



***Mise en place d'une chambre des  
erreurs comme outil de communication  
autour de la culture de l'erreur et de la  
déclaration des évènements  
indésirables***

Gestion des risques associés aux soins, médicamenteux et Hygiène Hospitalière

A. Reberga, Pharmacien, RSMQ

A. Pichou, Cadre gestionnaire des risques associés aux soins

C. Petraccia, IDE hygiéniste



Expérience de « simulation »

Réalisée dans le cadre de la  
Semaine de sécurité des  
patients, 25 et 27 novembre  
2014

**semaine de la sécurité des patients** Mardi 25 et jeudi 27 novembre 2014  
**Salle de réunion du Self**

Hygiène des mains  
Utilisation de l'outil Blue Médi

**Blue Medi Santé** 

Bientraitance et risques professionnels  
Gestion des excréta

**Jeudi 27/11/2014 de 10h00 à 16h00 :**  
**Hall de l'hôpital**  
Cinquième journée sur les droits et devoirs des Usagers portant tout particulièrement sur l'installation de la Maison des Usagers organisée par le Service Juridique et des Relations avec les Usagers et les Représentants des Associations

**Venez tester LA CHAMBRE DES ERREURS !!!**

Erreurs médicamenteuses  
Hygiène  
Identitovigilance  
Hémovigilance...





# « Chambre des erreurs »

- Ouverte à tous les professionnels
- Sur 2 jours
- 1 poste de soins et 1 chambre de patient reconstitués
- 10 minutes
- 20 erreurs à trouver
- Thématiques : circuit du médicament, hygiène, identitovigilance
- Débriefing à la sortie



# Salle de soins



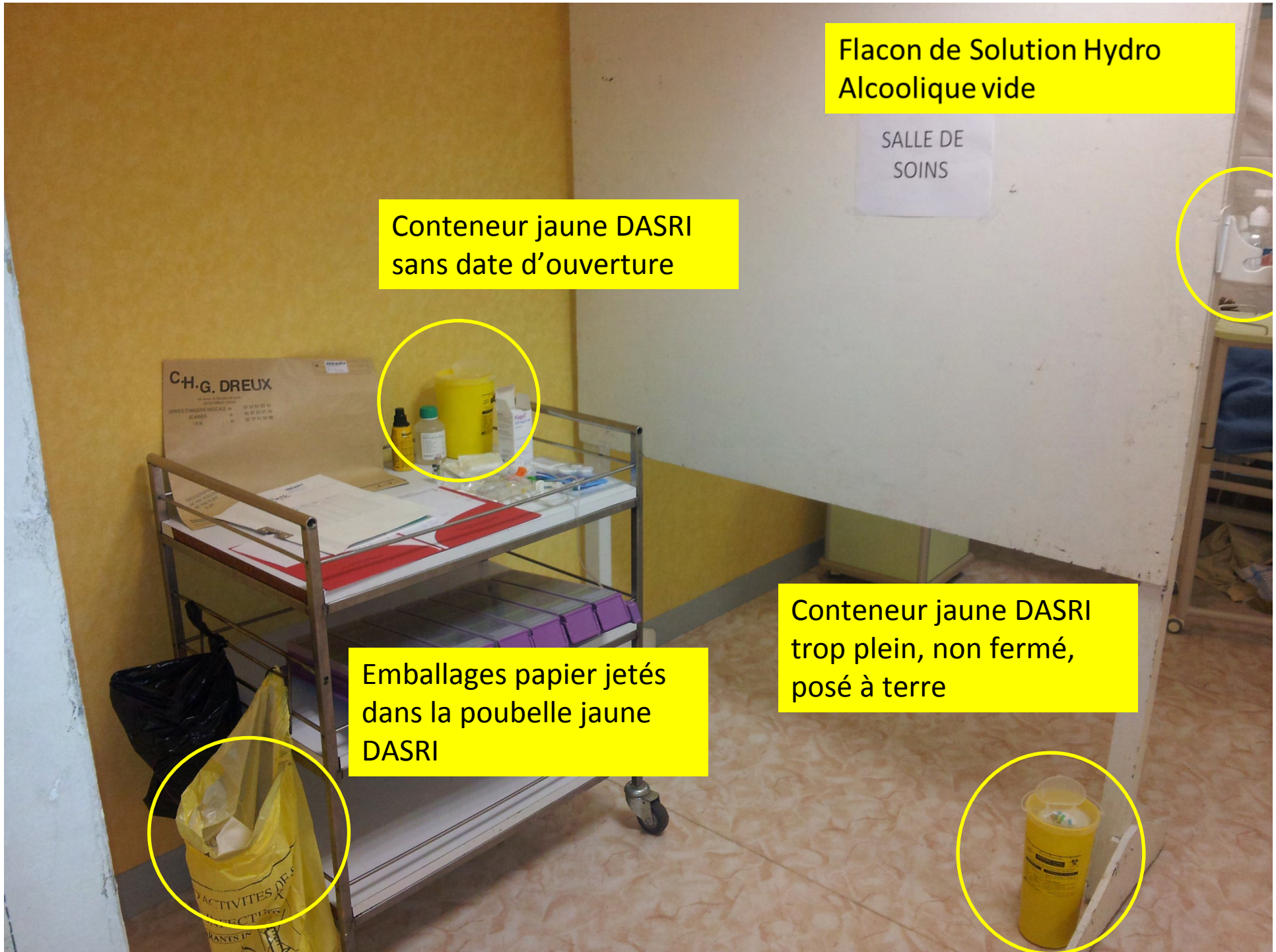
Flacon de Solution Hydro  
Alcoolique vide

SALLE DE  
SOINS

Conteneur jaune DASRI  
sans date d'ouverture

Emballages papier jetés  
dans la poubelle jaune  
DASRI

Conteneur jaune DASRI  
trop plein, non fermé,  
posé à terre



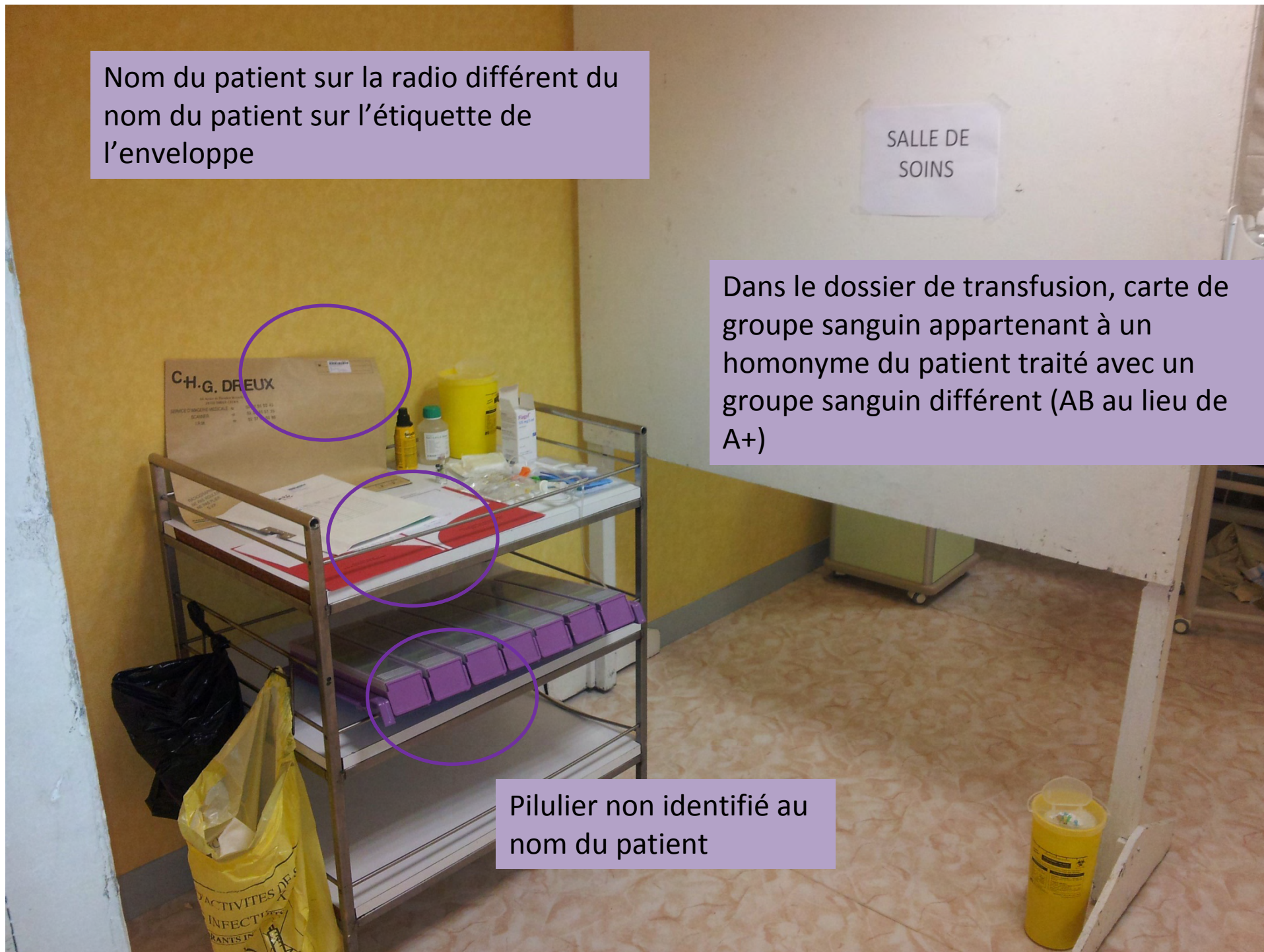


Nom du patient sur la radio différent du nom du patient sur l'étiquette de l'enveloppe

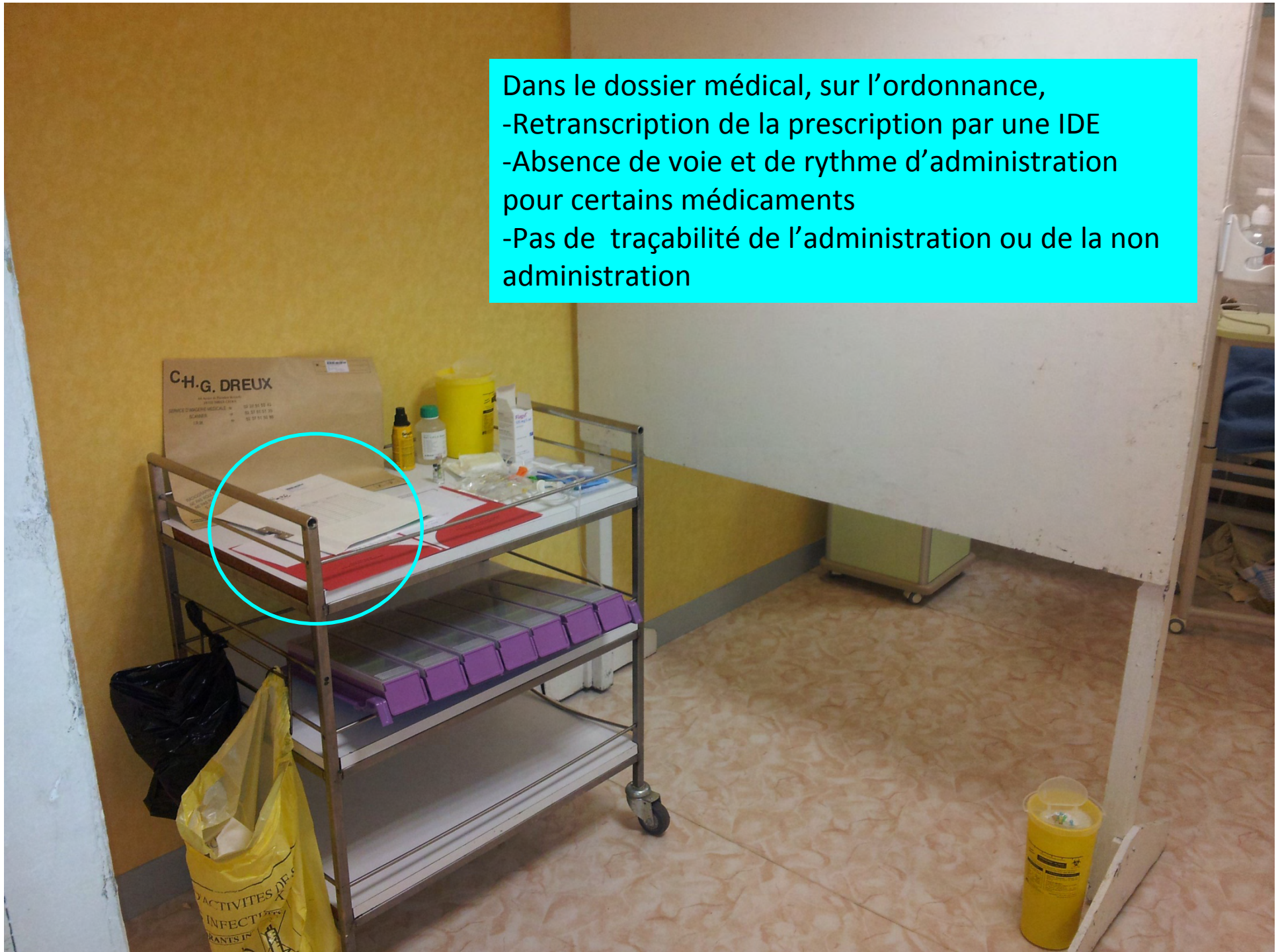
SALLE DE SOINS

Dans le dossier de transfusion, carte de groupe sanguin appartenant à un homonyme du patient traité avec un groupe sanguin différent (AB au lieu de A+)

Pilulier non identifié au nom du patient



Dans le dossier médical, sur l'ordonnance,  
-Retranscription de la prescription par une IDE  
-Absence de voie et de rythme d'administration  
pour certains médicaments  
-Pas de traçabilité de l'administration ou de la non  
administration



SALLE DE  
SOINS

Médicament Actilyse périmé

Médicament Flagyl entamé  
sans date d'ouverture

Poche de NaCl 0,9% ouverte,  
tubulure fixée, mais absence  
d'informations sur le  
contenu, le nom du patient.

C.H.G. DREUX

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

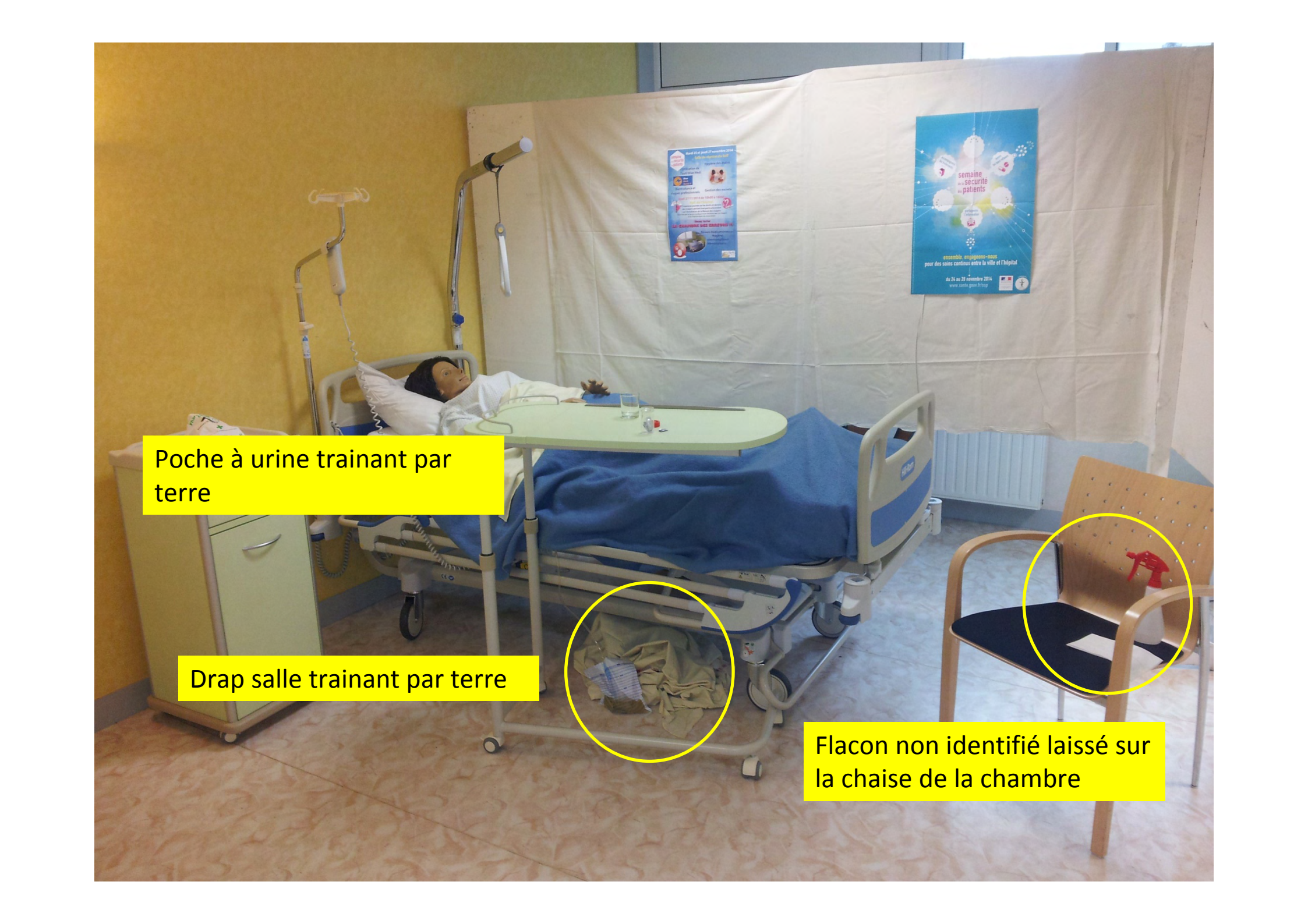
Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

Service de Soins Médicaux

# Chambre

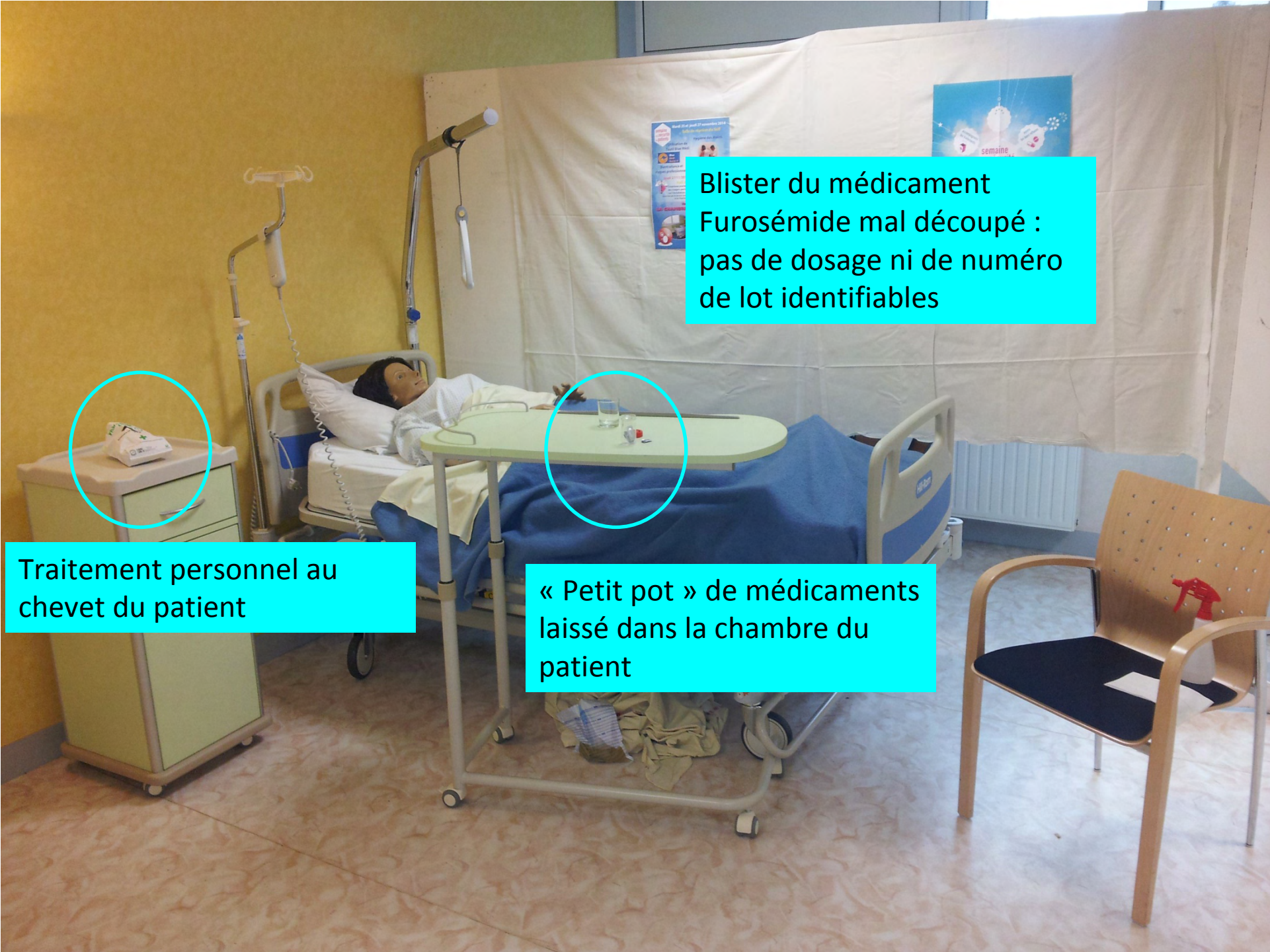




Poche à urine trainant par terre

Drap salle trainant par terre

Flacon non identifié laissé sur la chaise de la chambre

A photograph of a hospital room. A patient is lying in a bed with a blue blanket. A bedside table holds a glass of water and some pills. A chair is visible on the right. A white curtain is behind the bed. There are posters on the wall. Three cyan circles highlight specific areas: one on a bedside table, one on the bedside table, and one on the floor under the bed. Three cyan text boxes provide descriptions of these areas.

Blister du médicament  
Furosémide mal découpé :  
pas de dosage ni de numéro  
de lot identifiables

Traitement personnel au  
chevet du patient

« Petit pot » de médicaments  
laissé dans la chambre du  
patient



Etiquette collée sur le bracelet d'identification différente de celle du dossier



Erreurs non volontairement  
introduites mais trouvées  
par les professionnels !







- Pas de sonnette
- Lit non branché
- Lit trop haut
- Adaptable trop loin
- Chaise en tissu
- Barrières non mises



170 participants

Répartition :

-55 IDE

-36 AS et ASH

-19 cadres

-15 Administratifs

-6 pharmaciens

-3 Médecins

-11 PPH

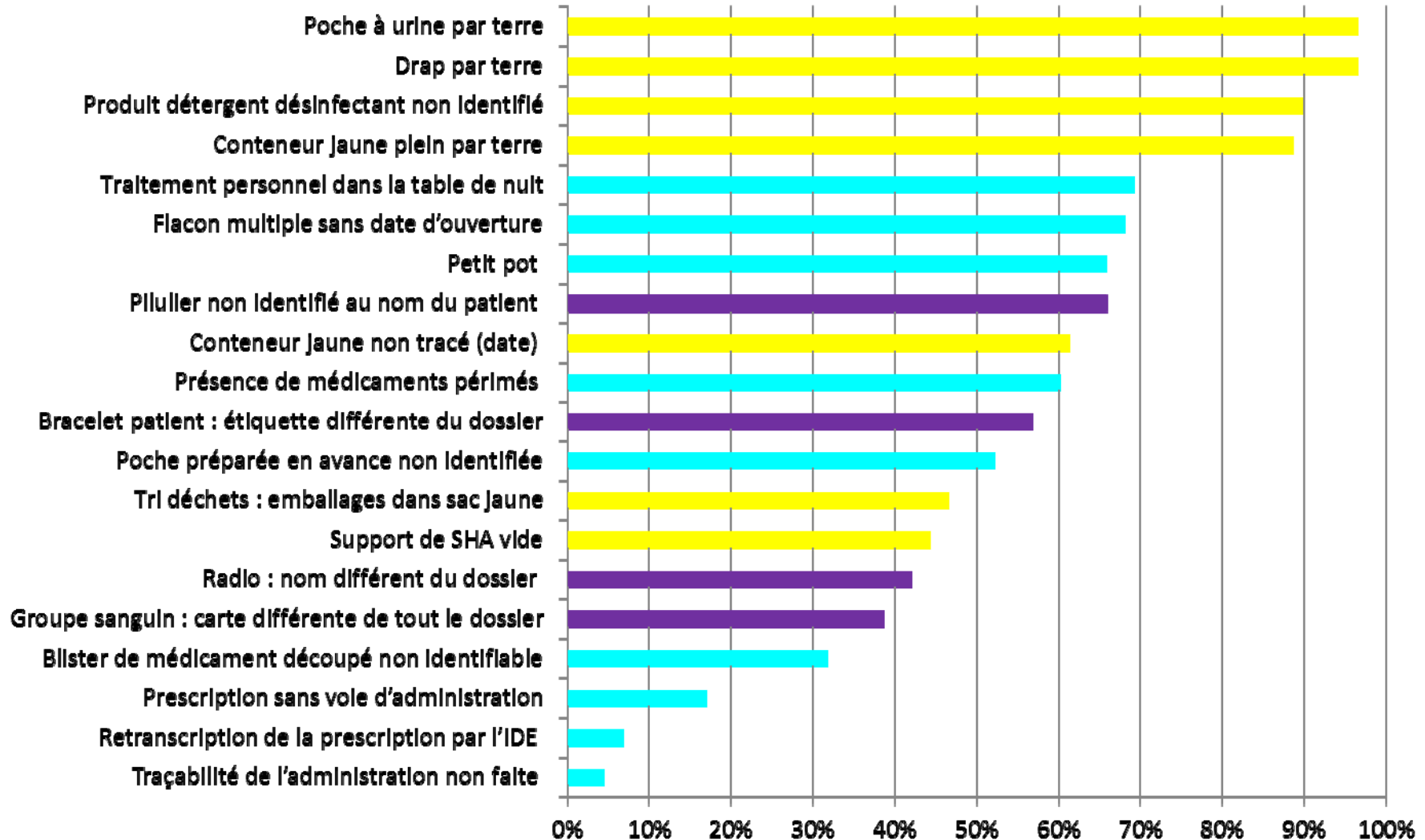
-18 autres (diététicienne, brancardier, tech labo, manip)

88 questionnaires de réponses (1 questionnaire pour plusieurs participants)



# Résultats

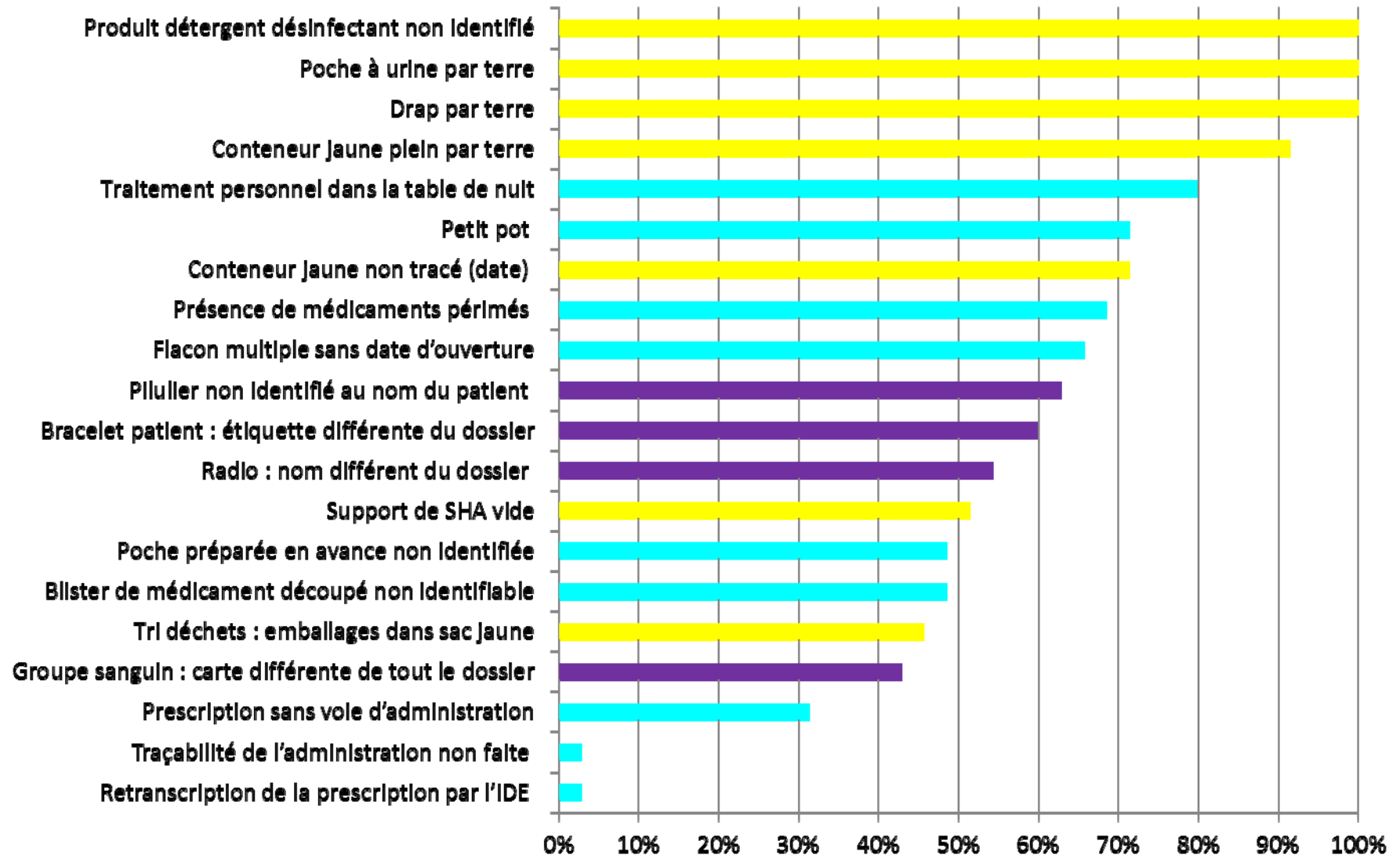
88 documents de réponse (plusieurs personnes / doc)





# Résultats

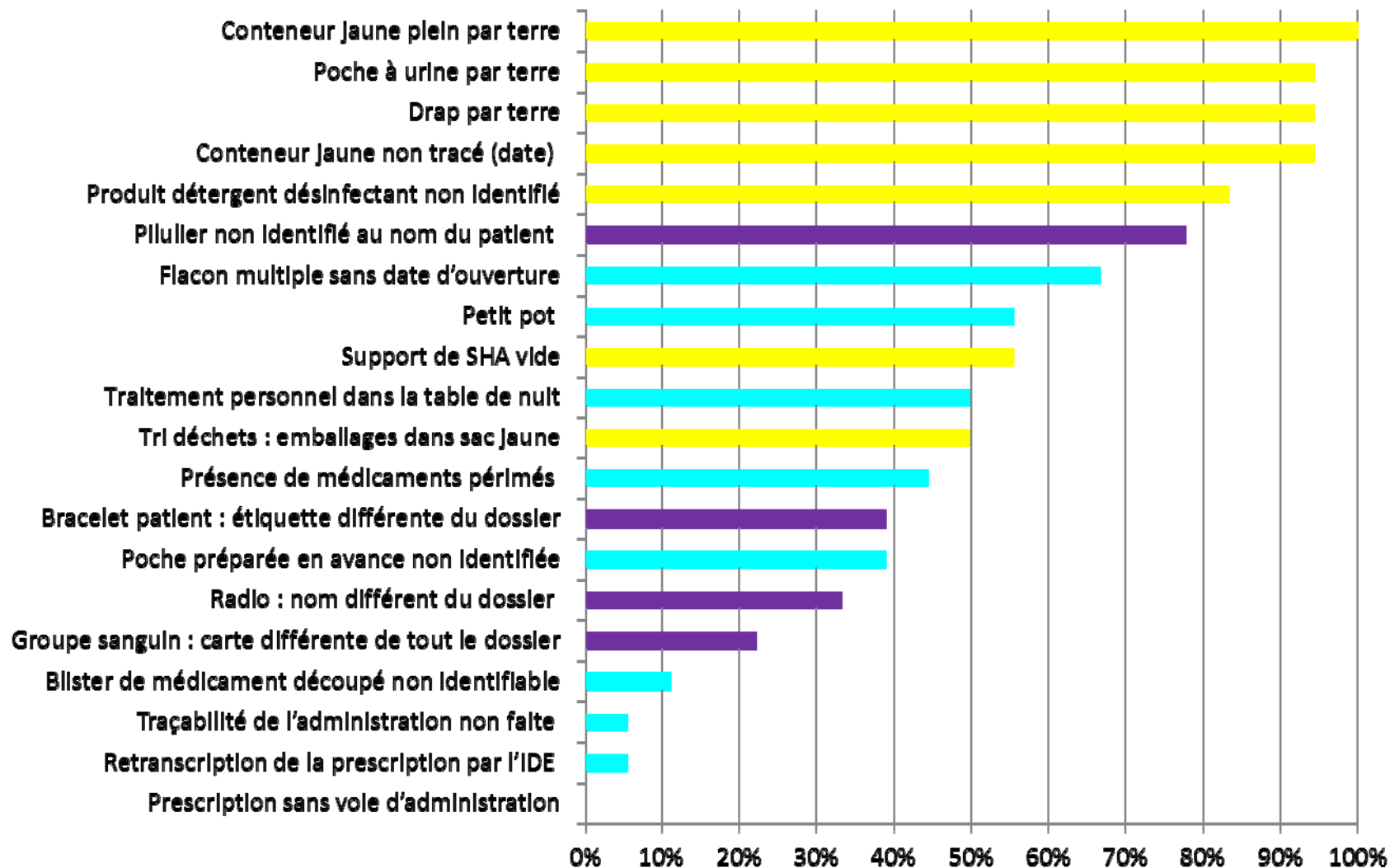
35 réponses « IDE »





# Résultats

18 réponses « AS »





# Satisfaction

- 80 questionnaires remplis

	oui
1. Avez-vous apprécié de participer à la chambre des erreurs ?	100%
2. Trouvez-vous que les erreurs sont faciles à repérer?	68%
3. Le temps imparti est-il suffisant ?	54%
4. Cette expérience vous a-t-elle été utile ?	99%
5. Avez-vous découvert des erreurs que vous ne connaissiez pas ?	63%
6. Souhaiteriez-vous participer de nouveau à une autre chambre des erreurs ?	100%



# Perspectives de sujets

Circuit du médicament	4
Personne en isolement	3
Hygiène	3
Dossiers	2
Services spécifiques (psy, EHPAD)	2
Intervention voies publiques	
Accueil du patient	
Transmission d'équipe	
Sécurité autour du patient (matériel)	
Prescriptions médicales (cathécolamines en réa)	
TTt et administration	
Patient contagieux	
Elimination des déchets	
Transfert de service (ex : prépartum aux suites de couches)	
Motif d'hospitalisation et installation du patient	
Confidentialité	
Organisation des transferts de bloc	
pharmacovigilance et réactovigilance	
Alimentation particulière (diabétique)	
Parcours pédiatrique, barrière ouverte, jouets dangereux	
Préparation défunt en chambre mortuaire	
Prescription informatique	
Laboratoire	





## Conclusion/Discussion

- Pics d'affluence entre 12h30 et 16h ont nécessité de faire entrer plusieurs personnes à la fois, remplissant un seul et même questionnaire → *entrées programmées par petits groupes*
- Pas assez de temps passé ou trop d'erreurs à trouver → *sujets plus précis avec moins d'erreurs*



# Conclusion

- Expérience riche et satisfaisante
- Importance du moment d'échange à la sortie de la chambre
  - Initiation d'un dialogue constructif intra et inter équipes
  - Rappel sur les bonnes pratiques
  - Distribution des plaquettes ou procédures

## Pour déclarer les erreurs médicamenteuses et les erreurs liées aux soins



**Appeler au 50.29 de 8h à 17h**

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



Personne n'est à l'abri d'une erreur.

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



**DÉCLARER C'EST S'AMÉLIORER**

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

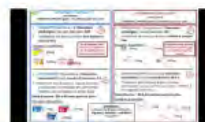
### Médicaments anticoagulants oraux

- Nouveaux anticoagulants oraux (Pradaxa/Xarelto/Eliquis)
- AVK
- Rédactions de plaquettes à destination des soignants
- Formation des soignants en lien avec l'UPE
- Etiquetage spécifique dans les armoires des unités de soins et à la PUI



### Médicaments stupéfiants

- Confusion dans les dénominations et entre les formes LI et LP



### Médicaments administrés par dispositifs programmables

- Insuline, Héparine
- Révision des protocoles de PEC des diabétiques
- Formation et diffusion dans les différents services
- Rappel bonnes pratiques de préparation d'1 PSE

### Médicaments cytotoxiques peros

- Methotrexate peros et autres cytotoxiques peros
- Diffusion des bonnes pratiques de l'Omedit centre
- Dispensation nominative



### Médicaments avec modalités d'administration particulières :

- Chlorure de potassium
- Révision des dotations dans les services
- Formation des soignants

### Médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé

- Identifiés dans le livret thérapeutique
- Diffusion des recommandations Omedit Poitou Charente



## LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE LORS DE VOTRE HOSPITALISATION



(1) Pour des raisons de sécurité (surdosage, interaction par auto-médication...) les médicaments vous sont retirés à votre arrivée dans le service.

(2) Selon les médicaments disponibles sur l'Hôpital, des substitutions par des génériques\* ou des équivalents thérapeutiques\*\* peuvent être effectuées.

(3) Si un médicament ou son équivalence n'est pas disponible, il est possible, avec votre autorisation, d'utiliser les médicaments de votre traitement personnel.

(4) L'infirmier(e) est responsable de l'administration de vos médicaments lors de votre hospitalisation. Sur votre demande le médecin hospitalier peut vous autoriser à gérer seul votre traitement personnel.

(5) Si ce n'est pas le cas, pensez à le réclamer aux infirmier(e)s.

### Définitions

#### \* GÉNÉRIQUES :

Un médicament générique est un médicament qui comporte la (les) même(s) substance(s) active(s) au même dosage que le médicament de référence, dit princeps.

#### \*\* ÉQUIVALENTS THÉRAPEUTIQUES :

Un médicament équivalent possède une substance active de la même classe pharmaceutique que le médicament habituel. Il peut nécessiter un ajustement posologique.



# DÉCHETS D'ACTIVITÉS DE SOINS

Provenance : chambre de patients, chariot de soins, salle de consultation, office sale...

- Perfusion
- Sondes
- Collecteurs d'urines vidangés
- Crachoirs
- Compresses souillées
- Sang et dérivés
- Petits déchets anatomiques
- Couches diarrhées infectieuses ou chimiothérapie

Flacons en verre représentant un risque toxique ou de contamination

- Seringues montées
- Objets piquants, tranchants : aiguilles, lames, ampoules, petits verres cassés



... NE PAS SURCHARGER



SACS ET COLLECTEURS FERMÉS IDENTIFIÉS : «SERVICE- DATE»



SÉCURITÉ



# Conclusion

- Remobilisation des équipes autour d'un concept nouveau, interactif et ludique
- Expérience renouvelée depuis sur la prise en charge des patients septiques, et en imagerie interventionnelle