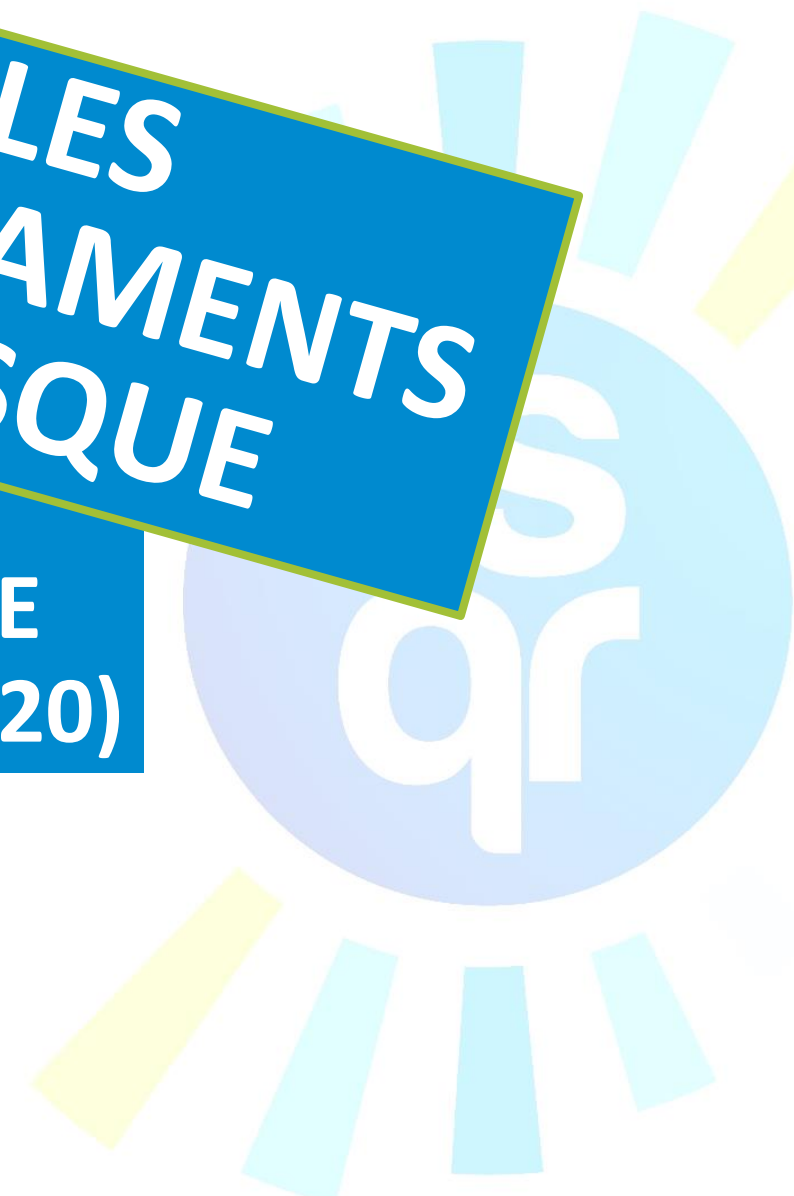




LES MÉDICAMENTS À RISQUE

WEBINAIRE CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR LA QUALITÉ DES SOINS (V2020)

Prise en charge médicamenteuse





CONSIGNES



Merci de couper vos micros...
... mais de laisser vos caméras allumées

Si vous souhaitez prendre la parole, « levez la main » dans Teams, inscrivez votre question dans la discussion en ligne... et de nombreux temps d'échanges sont prévus !

Le support vous sera envoyé par mail

Le webinaire est enregistré et sera disponible en replay



PLAN

- Rappels généraux sur le Référentiel de Certification
- Fiches pédagogiques en lien avec la PECM – HAS
- Focus Médicaments à risque : Critère impératif
- Proposition de Grille Traceur Ciblé et quick audit : suivi d'un MAR, l'insuline

LE RÉFÉRENTIEL DE CERTIFICATION

- Liens utiles :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2969340/fr/decouvrir-la-nouvelle-certification

https://www.has-sante.fr/jcms/r_1495044/fr/mettre-en-oeuvre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins



Chapitres sont déclinés en plusieurs objectifs, déclinés en plusieurs critères

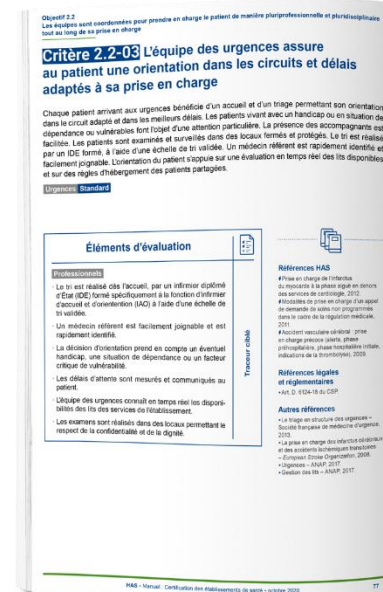


Le manuel

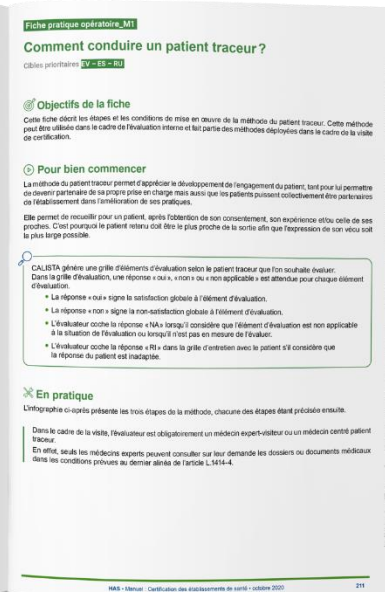
Référentiel



Fiches critères



Fiches pratiques



Certification des établissements de santé pour
la qualité des soins :

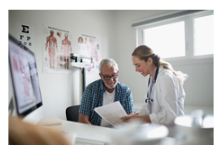
15 objectifs

3 CHAPITRES
 15 OBJECTIFS
 17 CRITÈRES IMPÉRATIFS

1. Le patient est informé et son implication est recherchée
2. Le patient est respecté
3. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
4. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge
5. La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe
6. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
7. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
8. Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle
9. L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
10. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
11. La gouvernance fait preuve de leadership
12. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
13. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
14. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté
15. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

CHAPITRE 1 : LE PATIENT

4 objectifs



- Le patient est informé et son implication est recherchée
- Le patient est respecté
- Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
- Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

CHAPITRE 2 : LES ÉQUIPES DE SOINS

4 objectifs



- La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et partagée avec le patient
- Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
- Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
- Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

CHAPITRE 3 : L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

7 objectifs



- L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
- L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
- La gouvernance fait preuve de leadership
- L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
- Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail (QVT) impulsée par la gouvernance
- L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté
- L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

I. Le patient



1. **Est informé et son implication est recherchée** Critères PECM
2. **Est respecté** Critères PECM
3. **Ses proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec son accord**
4. Ses conditions de vie et de lien social sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

II. L'équipe



5. **La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée en son sein** Critères PECM
6. **Est coordonnée pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire** Critères PECM
7. **Maitrise les risques liés à ses pratiques** Critères PECM
8. **Evalue ses pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patiente** Critères PECM

III. L'établissement



9. **Définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire**
10. **Favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement**
11. Sa gouvernance fait preuve de leadership
12. **Favorise le travail en équipe et le développement des compétences**
13. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
14. **Dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté**
15. **Développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins** Critères PECM



BOÎTE À OUTILS DE LA HAS

LA FICHE PÉDAGOGIQUE SUR LA PECM

Dédiée à l'évaluation de la prise en charge médicamenteuse et rappelle :

- ✓ Les enjeux nationaux
- ✓ En quoi la certification répond à ces enjeux
- ✓ Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite



La prise en charge médicamenteuse est un processus complexe qui repose sur l'organisation du circuit du médicament. Celle-ci doit prendre en compte dans sa mise en œuvre les facteurs humains et organisationnels, les facteurs environnementaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et les situations à risque.

Plusieurs facteurs expliquent la survenue d'erreurs :

- l'intervention de différents acteurs de santé dont les rôles particuliers sont complémentaires et l'enchaînement de nombreuses étapes qui se réalisent en des lieux géographiquement différents ;
- la diversité des pathologies, leur degré d'urgence et de gravité couplée à la diversité des thérapeutiques et des terrains des patients ;
- des projets thérapeutiques de plus en plus complexes nécessitant un développement d'information adapté au patient d'autant plus délicate ;
- la circulation d'une information qui n'est d'ailleurs pas toujours accessible ;
- ou encore l'interruption de tâches.

L'objectif de la prise en charge médicamenteuse à l'hôpital est d'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.

Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments HAS, 2013

Enjeux nationaux

- Lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse.
- Éviter les erreurs médicamenteuses.
- Sécuriser les médicaments à risque.
- Promouvoir le bon usage des antibiotiques et lutter contre l'antibiorésistance.
- Promouvoir la conciliation des traitements médicamenteux.
- Développer la culture de la pertinence des prescriptions médicamenteuses.

Principales données actuelles

- Les EIG liés aux médicaments représentent 32,9% du total des EIG liés aux soins¹. Parmi les EIG liés aux médicaments :
 - 51,2% sont considérées comme évitables ;
 - 54,5% ont motivé une hospitalisation.
- Une part notable des (ré)hospitalisations est évitable, notamment celles fréquentes liées à des problèmes médicamenteux (iatrogénie, problèmes d'observance et sous traitement) : entre 20 et 30% des prescriptions ne sont pas pertinentes.²

¹ Enquête nationale ENES sur les événements indésirables graves (EIG) liés aux soins, réalisée en 2009.
² Stratégie nationale de santé 2018-2020.

Un mémo utile pour les experts visiteurs et les établissements

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_pec_medicamenteuse.pdf

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de l'hospitalisation à domicile selon le référentiel de certification

→ L'hospitalisation à Domicile (HAD) est un mode d'hospitalisation à part entière, dont les objectifs sont de :

- mettre en place et coordonner au domicile du patient l'intervention de multiples professionnels, salariés ou libéraux, autour du projet thérapeutique du patient, décliné en un projet de soins personnalisé du patient ;
- garantir la continuité des soins au domicile.

→ L'HAD permet d'assurer, au domicile du patient, des **soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés** qui se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des actes et permet également aux patients d'éviter, de retarder ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement.

→ L'HAD concerne des patients de tous âges (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, relèveraient d'une hospitalisation complète.

Enjeux nationaux

- Hôpital au plus près du patient.
- Garantir la continuité des soins au domicile.
- Inscrire les prises en charge dans des parcours de soins.
- Donner toute sa place à l'HAD dans « MA SANTÉ 2022 ».

Principales données actuelles (ATIH, données 2018/FNEHAD)

- 122000 patients hospitalisés en HAD.
- 147 établissements exerçant uniquement une activité d'HAD.
- 288 établissements d'HAD en France.

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Réaliser et partager une analyse des transferts en HAD avec les services prescripteurs et les HAD (23-04).

Actions

- Rechercher l'implication du patient et de ses proches (1-13, 13-02).
- Coordonner les équipes de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire et s'assurer de la continuité des soins tout au long de la prise en charge du patient (2-2-13, 2-2-14).
- Maîtriser les risques liés aux pratiques spécifiques à l'HAD (2-3-05).

Évaluation

- Analyser et exploiter les indicateurs qualitatifs dont les IQSS (coordination de la prise en charge en HAD), (13-03).

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la douleur et des soins palliatifs selon le référentiel de certification

La douleur est un symptôme. Elle doit être soulagée rapidement. L'évaluation de la douleur et toutes décisions de prise en charge sont tracées et renseignées. La douleur du patient doit être systématiquement recherchée et c'est elle qui fait foi.

Les soins palliatifs sont considérés comme une prise en charge. Ils cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. Ce sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort.

La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 relative aux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dispose, que : « Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir pour effet d'abréger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L.1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Enjeux nationaux

- Rendre le patient acteur dans sa prise en charge de la douleur.
- Développer les compétences spécifiques des professionnels.
- Avoir recours à des expertises ou avis spécialisés.
- Renforcer la prise en charge de la douleur en fin de vie.
- Impliquer l'entourage du patient.
- Favoriser l'élaboration des projets de soins en incluant toute les équipes de soins et les professionnels de soins de support, dans les situations de fin de vie.
- Développer les compétences spécifiques des professionnels en soins palliatifs.

Éléments clés

Douleur : véritable enjeu de santé publique depuis 1995

- Facteur d'efficacité pour faciliter la guérison des patients.
- Principe n°2 de la charte de la personne hospitalisée.
- 87% : Indicateur IPAQSS campagne 2019.
- 235 structures « douleur chronique » (SDC) pour 227 000 patients traités par an (DGOS 2017).

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification

Les personnes âgées constituent une population :

- **spécifique** en raison de la survenue fréquente de polyopathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de prévalence augmentée de fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance. (source HAS) ;
- **hétérogène**, plus souvent hospitalisée, pour une durée plus longue et en passant plus fréquemment par le service des urgences.

Enjeux nationaux

- Développement de la coordination et animation du lien Ville/Hôpital.
- Fluidification des parcours et facilitation des admissions directes.
- Limitation des passages aux urgences.
- Renforcement de la formation pour une meilleure prise en charge des personnes âgées.
- Meilleure intégration de la prévention de la dépendance dans les pratiques.
- Optimisation de la continuité des soins à la sortie : lutte contre la rupture des parcours et réduction des ré-hospitalisations évitables.

Principales données actuelles (Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée - 2018)

- Géronto-croissance : en 2030, 1 personne sur 3 aura plus de 60 ans, assortie d'une augmentation de la perte d'autonomie chez le sujet âgé.
- Fragilités fonctionnelles, sociales et psychologiques.
- Les personnes âgées représentent 29% des séjours hospitaliers du secteur du court séjour, 40% de l'HAD et 50% des SSR.
- 45% des passages aux urgences de personnes âgées sont suivis d'une hospitalisation.
- Plus de 30% d'hospitalisations potentiellement évitables et 18% de réadmissions non programmées à J30.
- 60% de décès à l'hôpital :
 - hospitalisation plus fréquentes et durées moyennes de séjour prolongées,
 - allongement du temps de passages aux urgences,
 - perte d'autonomie liée à l'hospitalisation de l'ordre de 30 à 60%.

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage

- Adapter et développer une offre de soins en lien avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour les parcours des patients du territoire et participer aux projets territoriaux de parcours (3-1-01).
- Participer à la coordination des parcours sur le territoire ou extra territoire dans le cas d'activités de recours (3-1-04).
- Fluidifier les parcours : prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales, limiter le temps de passage et favoriser les hospitalisations directes (3-1-07).
- Promouvoir la prévention et la détection de la maltraitance ordinaire au sein de l'établissement (3-2-06).

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la prévention des infections associées aux soins selon le référentiel de certification

→ **Une infection est dite associée aux soins (IAS) si elle survient** au cours ou au décours d'une prise en charge diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. On parle d'infection nosocomiale lorsque l'IAS a été contractée à l'hôpital.

→ Le malade peut s'infecter avec ses propres micro-organismes, à la faveur d'un acte invasif et/ou en raison d'une fragilité particulière.

→ Les micro-organismes peuvent aussi avoir pour origine les autres malades (transmission croisée), les personnels ou la contamination de l'environnement hospitalier.

Enjeux nationaux

- Surveiller les infections associées aux soins.
- Développer leur prévention en ciblant les infections les plus fréquentes et les plus graves.
- Réduire les risques infectieux associés aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle.
- Réduire les infections associées aux dispositifs invasifs.
- Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance.
- Assurer la promotion de la vaccination des professionnels de santé.

Principales données actuelles

- Les IAS concernent 5% des patients hospitalisés soit 470 000 cas/an.
- Les IAS les plus courantes sont :
 - Infections urinaires ;
 - Infections du site opératoire ;
 - Pneumonies ;
 - Bactériémies.
- C'est la troisième cause d'événement indésirable grave.
- 20 à 30% des IAS sont évitables.
- Elles entraînent :
 - des durées d'hospitalisation prolongées ;
 - des réinterventions chirurgicales ;
 - 3000 à 4000 décès/an.
 - Les risques augmentent avec l'âge du patient, son terrain, et la nature des actes pratiqués : un patient porteur d'un dispositif invasif a un risque d'être infecté multiplié par 4,61.
 - 25 millions de cathéters veineux /an sont posés aux patients en France.
 - Faible taux de couverture des personnels de santé pour les vaccins recommandés (grippe < 40%).

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification, Septembre 2020](#)

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation de la prévention des infections associées aux soins selon le référentiel de certification, Novembre 2020](#)

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation de la douleur et des soins palliatifs selon le référentiel de certification, Décembre 2020](#)

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation des secteurs interventionnels selon le référentiel de certification, Novembre 2020](#)



RAPPEL SUR LES CRITÈRES

Standards :

Attendus de la certification

Impératifs :

Ce que l'on ne veut plus voir dans les établissements



Si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification

Avancés :

Exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour



17 CRITÈRES IMPÉRATIFS

→ Ce qu'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé
→ Si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement

- Pour un critère impératif, si l'évaluation n'atteint pas le niveau d'exigence attendu, une « fiche anomalie » est rédigée.
- Elle caractérise la nature de l'anomalie et en détermine les causes. Sont appréciés :
 - l'impact sur le patient,
 - les pratiques habituelles,
 - la connaissance de l'établissement de cette situation,
 - l'intégration dans la gestion de ses risques,
 - et les éventuelles mesures conservatoires mises en œuvre ou projetées.

Cet argumentaire, partagé avec l'établissement, a vocation à éclairer la prise de décision de la commission de certification.

LA FICHE PECM

- Focus sur un critère impératif :
LES MEDICAMENTS à RISQUE

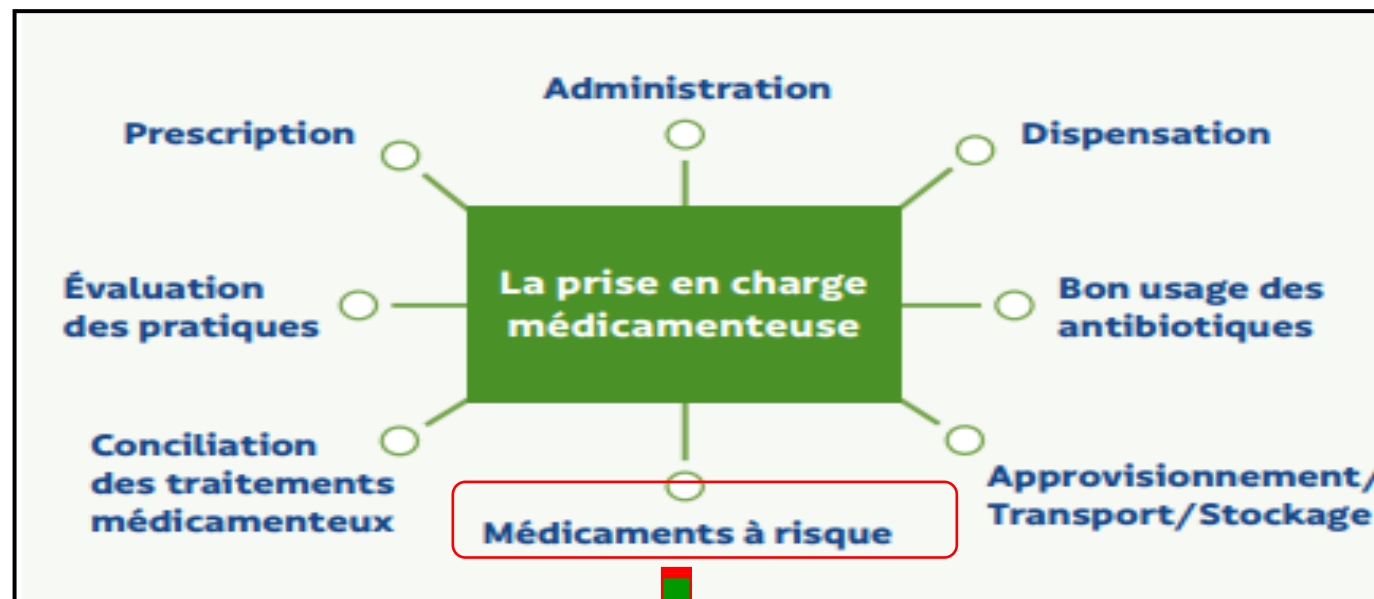




Fiche pédagogique sur la PECM : Les points clés – Les Médicaments à risque

L'objectif de la prise en charge médicamenteuse à l'hôpital est d'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.


Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments HAS, 2013




Critère impératif



Fiche pédagogique sur la PECM : Les points clés – Les Médicaments à risque

 **Vous vous assurez** de l'identification par l'établissement de la liste de ses médicaments à risques.

 **point de vigilance** : cette liste **dépend du type de pathologie prise en charge**, elle doit être **spécifique** à chaque établissement, pôle d'activité.

Les médicaments à risques devant être gérés différemment des autres, **vous observerez** à toutes les étapes du circuit (prescription, dispensation, stockage, administration et suivi thérapeutique) les mesures mises en place pour **sécuriser la prise en charge du patient**.

Vous recherchez si l'établissement à :

- identifié ses médicaments à risques ;
- mis en place de **barrières de sécurité** pour **prévenir** les erreurs.

4 familles de médicaments identifiés comme les médicaments les plus à risque

(source : Institute for Healthcare Improvement [IHI])

1. les anticoagulants ;
2. les narcotiques et opiacés ;
3. les insulines ;
4. les sédatifs.

7. Les médicaments à risques



- Identification des médicaments à risques
- Sécurisation des médicaments à risques
- Les Never Events

Définition - 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

Les **Médicaments à risques** sont :

- des médicaments **requérant une sécurisation** de la **prescription**, de la **dispensation**, de la **détention**, du **stockage**, de l'**administration** et un **suivi thérapeutique approprié** ;
- fondés sur le respect des données de référence afin d'éviter les erreurs pouvant avoir des conséquences graves sur la santé du patient (exemples : anticoagulants, antiarythmiques, agonistes adrénergiques IV, digitaliques IV, insuline, anticancéreux, solutions d'électrolytes concentrées...) ;
- il s'agit le plus souvent de médicaments à marge thérapeutique étroite.

Les erreurs d'utilisation des médicaments à risque ne sont pas forcément plus fréquentes mais elles ont des conséquences plus graves pour le patient.

La sécurisation de l'utilisation des médicaments à risque obéit à 3 objectifs :

- **prévenir, détecter les erreurs** ;
- **atténuer** les conséquences ;
- **informer et sensibiliser** les patients, familles et professionnels de santé sur les risques liés à ces produits dans les établissements de santé.



Fiche pédagogique sur la PECM : Les points clés – Les Never Events

Zoom sur les *Never Events* (Les 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 oncologie)
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



Liste (établie par l'ANSM et la DGOS) d'événements qui ne devraient jamais arriver

Les "*Never Events*" sont des événements indésirables graves évitables, qui n'auraient pas dû survenir si des mesures de prévention adéquates avaient été mises en œuvre.

La liste est inspirée de la démarche des "*Never Events*" du *National Health Service (NHS)* en GB adapté aux spécificités des pratiques françaises. La liste la plus connue est celle de l'*Institute for Safe Medication Practices (ISMP's List of High Alert Medications)*.

www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf

LES NEVER EVENTS

Ces évènements qui ne devraient jamais arriver !

Confusion = Danger

Nature du gaz = lire l'étiquette et non la couleur de la bouteille

Erreur d'administration de **GAZ MÉDICAUX**

AVK, anticoagulants oraux directs

Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des **ANTICOAGULANTS** oraux

Type d'insuline
Type de seringue
Dosage (UI)

Confusion = Danger

Erreur d'administration d'**INSULINE**

K+ Solution hypertonique

Erreur lors de l'administration du chlorure de **POTASSIUM** injectable

Confusion = Danger

Une dosette peut en cacher une autre

Erreur lors de l'utilisation de petits conditionnements **UNIDOSES** en plastique (sérum physiologique, antiseptique...)

!

Compatibilité, dilution, modalités d'administration...

Erreur de **PRÉPARATION** d'injectables pour lesquels le mode de préparation est à risque

LIRE les étiquettes

Petits conditionnements de solution injectable

Erreur d'administration de médicaments au **BLOC OPÉRATOIRE** (anesthésie-réanimation)

Voie injectable

Confusion = Danger

Voie orale / entérale

Erreur d'**ADMINISTRATION** par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale

surdosage = danger

Méthotrexate voie orale = 1 prise unique par semaine

Erreur de rythme d'administration du **MÉTHOTREXATE** par voie orale

Anticancéreux

Surdosage = Danger

Surdosage en **ANTICANCÉREUX** notamment en pédiatrie

Pompes à perfusion, seringues électriques...

Bon usage du matériel

Erreur de **PROGRAMMATION** des dispositifs d'administration

!

Injection intrathécale = haut risque

Erreur d'administration par injection **INTRATHÉCALE** au lieu de la voie intraveineuse

HAS 11 % des erreurs liées aux produits de santé concernent l'anticoagulation

9. Erreur lors de la prise en charge des patients traités par anticoagulants

Hémorragie ou thrombose

Risque d'hémorragie > surveillance des saignements
Pas d'automédication sans conseil (interactions médicamenteuses ++)

Posologies variables :

- AVK : selon les résultats biologiques (INR) > carnet de suivi
- AOD (anticoagulants oraux directs) : selon l'indication
- Modalités de relai anticoagulant injectable - AVK / AOD variables

HAS 27 % des erreurs liées aux médicaments sont dues à une mauvaise utilisation ou manipulation des dispositifs médicaux

10. Erreur de programmation des dispositifs d'administration

Toxicité ou inefficacité

Eviter la prescription de débits horaires comportant une décimale (source d'erreur !) sauf en néonatalogie

Préparation et administration par la même personne = IDE habilitée
Double contrôle de la programmation

11. Erreur de préparation d'injectables avec un mode de préparation à risque

1 perfusion sur 10 présente un risque d'erreur

Prescription avec **nom et volume de diluant + durée** de l'administration

Tous les médicaments injectables en IV ne le sont pas en IM ou SC et inversement

Double contrôle des calculs de dose fortement conseillé !

Étiquetage de la préparation : étiquettes standardisées

Reconstitution : vérifier les données de stabilité (selon solvant et concentration)

Préparation et administration par la même personne

Respect des règles d'hygiène ++

Vérifier la compatibilité avec les médicaments co-administrés en Y

12. Surdosage en anticancéreux

Toxicité ++ des anticancéreux

Vérification poids/taille à chaque cure

Sensibiliser aux précautions d'utilisation, aux effets indésirables, aux risques d'interactions médicamenteuses

Surveiller les paramètres cliniques (température, tension artérielle...)

Respect du rythme et durée d'administration

• Manipulation des médicaments (gants, lavage des mains) et gestion des déchets et excréta

Pour sécuriser l'administration des médicaments, utilisation de :

La règle des 5 B

Le **BON** médicament

au **BON** moment

au **BON** patient

à la **BONNE** dose

avec la **BONNE** voie d'administration

Retrouvez toutes les informations sur les Never Events sur notre site : www.omedit-paysdelaloire.fr

* Rapport HAS : Les erreurs associées aux produits de santé déclarées dans la base EIGS - 19/11/2020

PLAQUETTE INFO

LES NEVER EVENTS

Ces événements qui ne devraient jamais arriver !

omedit
PAYS DE LA LOIRE

V1 - Mai 2021

Risques liés aux produits de santé :

Dans le rapport de la HAS* sur les erreurs liées aux produits de santé entre 2017 et 2019 :

HAS 75 % des erreurs concernent des médicaments dits « à risque », pour la plupart appartenant à la liste des **never events**

« les événements qui ne devraient jamais arriver... si des mesures de prévention avaient été mises en œuvre »

Savez-vous repérer les prescriptions à risque et connaissez-vous les mesures de prévention ?

Une liste de 12 événements « Never Events » a été élaborée :

- ils sont par définition évitables
- ils sont liés à des produits de santé
- ils peuvent être dus aux organisations

Légende

Risques

Points clés

Prescription

Administration

Stockage

HAS 65 % des erreurs liées aux produits de santé concernent l'étape d'administration

1. Erreur d'administration d'insuline

Hypoglycémie → coma

Insulines = médicaments à marge thérapeutique étroite

• **Confusion entre insulines lentes et insulines rapides !**

La prescription doit être **complète** : nom, forme (stylet, flacon, cartouche), horaire, posologie + **Pas d'abréviation** : écrire "unité" en toutes lettres : un "U" mal écrit peut être lu "zéro" > Dose x10 !

Si utilisation de seringues : **seringues à insuline** obligatoirement, graduées en unités (U), pas de seringues graduées en mL

Ne jamais mélanger des insulines différentes dans la même seringue

1 stylet = 1 patient → coller une étiquette patient sur le corps du stylet

2. Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium (KCl) injectable

Arrêt cardiaque

• **Confusion entre ampoules, erreur d'administration ou de dilution**

- Lire toutes les mentions de l'étiquetage
- Toujours diluer (concentration max de 4 g/L de KCl)
- Double contrôle de la préparation
- Perfuser lentement (IV lente) : vitesse max de 1 g/heure de KCl
- Surveiller les paramètres cliniques et biologiques

Lieu de rangement à part et identifié avec étiquette = médicament à risque - solution hypertonique - doit être dilué -

3. Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale

Surdosage pouvant être mortel

Méthotrexate par voie orale = 1 prise unique par semaine !

Deux dosages existants : comprimés de 2,5 mg et de 10 mg

Préciser le jour de prise, éviter le mardi (confusion avec « matin »)

Exprimer la posologie en mg/semaine

4. Erreur d'administration de gaz médicaux

Asphyxie - inefficacité - brûlure

• **Confusion entre les bouteilles de gaz** > Lire l'étiquette est le seul moyen d'identifier le gaz (ne pas se fier uniquement à la couleur)

Ne pas utiliser une bouteille qui a subi un choc ou si le raccord fuit

Lors du branchement ne pas forcer le raccord

Veiller à l'absence de corps gras sur le visage du patient (crème...)

• **Ne jamais fumer** près d'une source d'oxygène (risque d'explosion)

5. Erreur lors de l'utilisation de petits conditionnements unidoses en plastique

Effets indésirables graves (pédiatrie)

• **Confusion entre conditionnements** > Lecture attentive de l'étiquette

Unidoses = usage unique : jeter les dosettes après utilisation

Voie d'administration différente = lieu de stockage différent

6. Erreur de voie d'administration : - injection parentérale au lieu de la voie orale (VO) ou entérale - injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse (IV)

Toxicité ++ et inefficacité

La prescription doit préciser **la voie d'administration !**

Ne **jamais injecter** un médicament qui ne porte pas la mention injectable !

Utiliser des dispositifs médicaux adaptés, spécifiques de la voie utilisée et ne jamais forcer la connexion (difficulté > possible erreur)

Bien étiqueter les seringues : étiquette patient, dénomination de la spécialité, dosage, heure de pose et voie d'administration

7. Erreur d'administration de médicaments au bloc opératoire

Anesthésie / Réanimation = risque iatrogène multifactoriel

Nombreux médicaments à marge thérapeutique étroite

Population à risque et contexte d'urgence (réanimation)

Petits conditionnements : risque de confusion, d'erreur de lecture ou d'interprétation et d'erreur de dilution

- > Seringues préparées : **étiquetage et couleur standardisés**
- > **Lecture** attentive des étiquettes des ampoules avant utilisation
- > **Pas d'interruption de tâche** lors de la préparation !



II LES EQUIPES DE SOINS

OBJECTIF 2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

Critère 2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

Les médicaments à risque entraînent un risque plus élevé de dommage aux patients et les erreurs dues à ces médicaments sont plus fréquentes. Ils doivent donc être gérés spécifiquement à toutes les étapes du circuit du médicament.

Sont principalement concernés les médicaments :

- de dénomination à risque de confusion ;
- à marges thérapeutiques étroites ;
- présentant des modalités d'administration particulières ; par exemple, les médicaments radio-pharmaceutiques (MRP).

Leur liste est évolutive et prend en compte les retours d'expérience et les *never events*.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

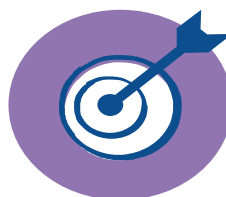
Professionnels

- L'équipe dispose de la liste des médicaments à risque utilisés dans leur service et en a connaissance.
- L'équipe dispose des règles de stockage des médicaments à risque et en a connaissance.
- Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque.



Traceur ciblé

Méthode d'investigation



Traceur ciblé



Références HAS

↑ Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 2013.

Références légales et réglementaires

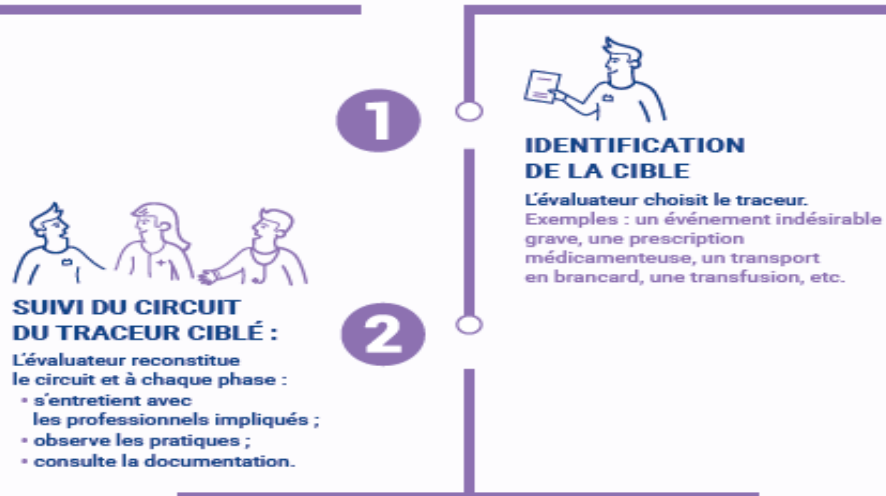
- Art. R. 6111-10 du CSP.
- Art. 8 et 13, et annexe de l'arrêté du 6 avril 2011 modifié relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Autres références

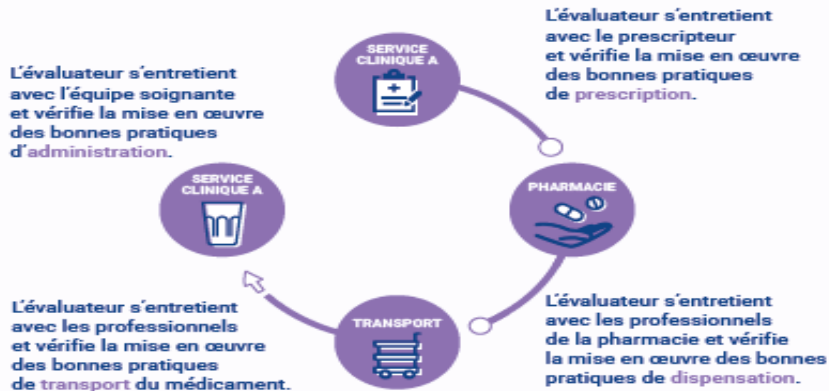
- ANSM – Les événements qui ne devraient jamais arriver – *never events*.
- Inter diag médicaments en établissements de santé V2 – ANAP, 2014.
- Déclarations européennes de la pharmacie hospitalière – EAHP, 2019.

MÉTHODE DU TRACEUR CIBLÉ

Évaluation de la mise en œuvre d'un processus ciblé.



EXEMPLE D'UN TRACEUR CIBLÉ SUR UNE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE



La méthode du traceur ciblé se différencie de la méthode de l'audit système ; elle est conduite en partant du terrain pour remonter vers le processus.

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins :
patients, soignants, un engagement partagé

- Lister ses MHR
 - Spécifiques à l'établissement
 - Spécifiques à la prise en charge
- Les identifier (documentation, transport et stockage compris)
- S'assurer de leur connaissance auprès des professionnels

OBSERVER à toutes les étapes du circuit (prescription, dispensation, stockage, administration et suivi thérapeutique) les mesures mises en place pour sécuriser la prise en charge du patient.

Quels outils?

Les Omedits proposent des outils de formation et d'évaluation sur les MAR

Nous vous en présentons quelques uns



Elaborer / identifier ses MHR en ES

➤ L'équipe dispose de la liste des médicaments à risque utilisés dans le service et en a connaissance

- [Aide à l'élaboration d'une liste de médicaments à risque](#) - Omédit Centre
- [Les médicaments à consonance ou apparence semblables](#) – Omédit Centre Val de Loire -(look-alike, sound-alike ou « LASA »)
- [Liste de médicaments de niveau d'alerte élevé de l'ISMP](#)
- [Exemple de poster de communication d'un ES](#)

➤ L'équipe dispose des règles de stockage des médicaments à risque et en a connaissance

- Ex du KCI : Never Event chlorure de potassium injectable : [synthèse des mesures barrières existantes](#) -> préconisation de mesures barrières de stockage au niveau des unités de soins et [Grilles d'auto-évaluation](#)

➤ Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque

Des boites à outils disponibles pour vous permettre de vous y retrouver :

- Affiches
- Fiches Médicaments
- E-learning

Never Events - BO Normandie

omedit Normandie
Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

Accueil / Boîte à outils / Never events / Never events

Les évènements "qui ne devraient jamais arriver"

La prévention d'évènements "qui ne devraient jamais arriver" liés à des produits de santé est un enjeu de soins (circulaire DGOS du 14 février 2012). L'OMÉDIT de Normandie propose d'accompagner les établissements dans cette démarche, en mettant à disposition des outils sur chaque thématique "Never Events".

Les outils - Omedit Bretagne

omedit BRETAGNE

SUIVEZ-NOUS [Twitter] [YouTube] [LinkedIn]

INSCRIPTION NEWSLETTER [Email]

Rechercher ...

ACCUEIL OMÉDIT Bretagne C.A.Q.E.S. FORUM CONTACT

GAZ À USAGE MÉDICAL

NEVER EVENT GAZ À USAGE MÉDICAL : OUTILS PROPOSÉS PAR L'OMÉDIT BRETAGNE

- COVID-19 - CORONAVIRUS
- Anti-cancéreux
- Anti-infectieux
- Coordination Ville-Hôpital
- Dispositifs Médicaux (DM)
- Médicaments/Produits de santé
- Personnes âgées
- Pharmacie clinique
- Qualité Sécurité Vigilance

e-learning « Prévenir les risques liés à l'utilisation des bouteilles de gaz à usage médical (format A4) »

Grille d'auto-évaluation du circuit des bouteilles de gaz à usage médical en établissement de soins. La grille se présente sous la forme d'une grille d'audit et permet d'identifier rapidement les mesures à mettre en place.

Never Event gaz à usage médical : synthèse des mesures barrières existantes (Mai 2016)

Plaquette info « Bouteille de gaz à usage médical : consignes de sécurité » (Mai 2016)

Étiquettes emplacements pour les bouteilles de gaz à usage médical (format A4)

Vidéo « Monter/démonter un manodétendeur sur une bouteille de gaz à usage médical »

Monter/Démonter un manodétendeur sur une bouteille de gaz à usage médical

Lien Omedit Centre Val de Loire

Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux, Innovations Thérapeutiques

OMÉDIT Centre-Val de Loire

OMÉDIT CENTRE CONTRACTUALISATION PRATIQUES ET USAGES EVENEMENTS

Accueil > E-learning et simulation > Gestion des risques

Résultats pour "Les événements "qui ne devraient jamais arriver" (Never Events)"

- Anticoagulants Anti Vitamine K (AVK) : prévenir les erreurs**
OMÉDIT Centre-Val de Loire 07/02/2019
mots clés : sécurisation, AVK, anticoagulant formation, iatrogénie
Module de e-learning
- Anticoagulants Oraux Directs (AOD) : prévenir les erreurs**
OMÉDIT Centre-Val de Loire 11/02/2019
mots clés : sécurisation, AOD, anticoagulant formation, iatrogénie
Module de e-learning
- Gaz médicaux : prévenir les risques liés à l'utilisation des bouteilles**
OMÉDIT Bretagne 01/05/2016
mots clés : gaz médical, sécurisation, formation
Module de e-learning
- Insulines : prévenir les erreurs médicamenteuses**
OMÉDIT Centre-Val de Loire 17/11/2014
mots clés : never events, diabète, formation, sécurisation, insuline, iatrogénie
Module de e-learning
- Méthotrexate oral : prévenir les surdosages**
OMÉDIT Bretagne 01/10/2014
mots clés : sécurisation, never events, méthotrexate, formation
Module de e-learning
- Potassium injectable : prévenir les erreurs**
OMÉDIT Centre-Val de Loire 19/02/2019
mots clés : sécurisation, never events, potassium, événement indésirable, injection, iatrogénie
Module de e-learning
- Voie intrathécale : prévenir les erreurs d'injection**
OMÉDIT Centre-Val de Loire 04/12/2013
mots clés : sécurisation, never events, intrathécale, événement indésirable, injection, iatrogénie
Module de e-learning

➤ Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque

Des outils disponibles pour sensibiliser les professionnels



EIGS ✓ Flash sécurité patient : partageons nos expériences

Sécuriser l'utilisation des médicaments à risque est essentiel car les erreurs liées à leur mésusage ont des conséquences graves pour le patient.

La Haute Autorité de santé publie aujourd'hui des nouveaux « Flash sécurité patient » sur la gestion des médicaments dits à risque, fruits de la collaboration HAS et de ses partenaires en Région, les Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMEDIT) ; et autres structures régionales d'appui (SRA)

Ces productions s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques mises à la disposition des professionnels de santé. Chaque « Flash sécurité patient » décrit plusieurs situations (événements) sélectionnées dans la base REX-EIGS ou la base REX accréditation.



Flash
sécurité patient

Médicaments à risque
Sous-estimer le risque c'est risqué
10 juin 2021

MESURER
& AMÉLIORER
LA QUALITÉ

Ça peut aussi vous arriver

[J'accède à la fiche Flash " Médicaments à risque : sous-estimer le risque c'est risqué "](#)

Lien [Page](#) dédiée OMEDIT



Famille MHR identifiée : AOD

MHR + Never Events



Les anticoagulants/antiagrégants : mise à disposition de fiches patients et les fiches professionnels

- Boîte à outils anticoagulants et Fiches - Omédit Normandie

- Outils d'aide à l'adaptation posologique des AOD : [adaptations posologiques](#), [recommandations selon FR](#)

	En raison d'une importante variabilité interindividuelle, la posologie d'AVK est strictement individuelle. La dose d'équilibre doit être recherchée et maintenue. Elle est habituellement de 20 mg, à adapter en fonction des résultats biologiques. Administré en une prise par jour, il est préférable que la prise ait lieu le soir, afin de pouvoir modifier la posologie dès que possible après les résultats de l'INR.
Adulte	
Sujet âgé	La dose moyenne d'équilibre est plus faible chez le sujet âgé que chez le sujet jeune, habituellement 1/3 à 1/2 de la dose.

Insuline : mise à disposition de **fiches pratiques** , **e-learning**

Prévenir les erreurs médicamenteuses liées aux insulines - "Never Event" INSULINE

Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques de la région Centre avec la participation du groupe de travail erreurs médicamenteuses

OMÉDIT Centre **ansm**

Prévenir les erreurs médicamenteuses liées aux insulines - "Never Event" INSULINE

1.0 novembre 2014

Prévenir les erreurs médicamenteuses liées aux insulines - "Never Event" INSULINE

Introduction

Objectifs : PRÉVENIR les erreurs graves et évitables liées aux insulines

- Offrir un support de certification, formation et auto-évaluation des connaissances sur le "Never Event Insuline".
- Offrir aux étudiants, infirmiers, opticiens, manipulateurs des professions de santé, cadres de santé... un appui dans l'utilisation des insulines.

Mode d'emploi : utilisation en ligne SURTABLETTE

- Temps moyen : 30 minutes (sans consultation des ressources bibliographiques et documents annexes).
- Toutefois, l'évaluation des connaissances, avant et après le contenu d'apprentissage.
- Les résultats restent anonymes et ne sont pas collectés par le service (sous réserve d'attestation de participation / formation, et de feuille des résultats obtenus au total).
- Cliquez sur les liens (dans l'encadré) pour ouvrir les nombreux documents de référence.
- Merci de compléter le questionnaire d'évaluation proposé en fin de module.

Auteurs :

- Rédacteurs : OMÉDIT Centre (L. Lepage, J. Charbon, MC. Lamière)
- Paix des d'adhésifs des auteurs avec les entreprises produisant les produits de santé évalués dans ce module de formation (article L4133-13 du CSP).
- Modérateurs :
 - Membres de la commission "suivi de la prescription" de l'OMÉDIT Centre
 - Membres du groupe de travail "Toujours médicamenteux" de l'ANSM
 - Approuvateurs : Comité scientifique de l'OMÉDIT Centre

Accréditation :

Les documents, ressources et liens figurant dans le module de formation sont préparés en France. Leur utilisation ne dispense en aucun cas les intervenants d'encadrer leur savoir critique vis-à-vis des données présentées et doit se faire sous leur responsabilité. Les informations fournies sont destinées à améliorer, et non à remplacer, le relation qui existe entre le patient et le professionnel de santé.

Stylos d'insuline jetables (voie S.C.) : bien les identifier pour ne pas se tromper

STYLOS D'INSULINE JETABLES (VOIE S.C.) : BIEN LES IDENTIFIER POUR NE PAS SE TROMPER

Médicament à risque

L'insuline est un **médicament à risque**. Je respecte la règle des « 5B » de la Haute Autorité de Santé.

Il existe **différents types d'insuline**, permettant un traitement personnalisé : elles se **distinguent** selon leur **durée** et leur **début d'action** ainsi que leur **moment d'administration**.

B

Patient
Médicament
Dose
Voie
Moment

INSULINE « POUR VIVRE » (BASALE)	INSULINE « POUR MANGER » (PRANDIALE)
<ul style="list-style-type: none"> Insuline à action LENTE Objectif : équilibrer la glycémie toute la journée 	<ul style="list-style-type: none"> Insuline à action RAPIDE injectée au moment des repas en fonction de la glycémie avant le repas et du nombre de glucides ingérés L'insuline rapide n'est pas obligatoire Objectif : empêcher l'hyperglycémie après les repas

FOCUS SUR « LES INSULINES FORTEMENT CONCENTRÉES »

FOCUS SUR :

LES INSULINES FORTEMENT CONCENTRÉES

La plupart des insulines ont une concentration de 100 UI (unités internationales) par millilitre (mL), mais ces dernières années **des insulines fortement concentrées** sont apparues sur le marché avec des concentrations de **200 ou 300 UI par mL** (uniquement sous forme de stylo pré-rempli).

Que faire face à une prescription d'insuline fortement concentrée ?

- Administration du traitement selon le nombre d'UI prescrits
- Aucune conversion ni calcul de dose : 1 UI d'insuline reste 1 UI d'insuline quelle que soit la concentration : 100, 200 ou 300 UI/mL.

Dans certains cas, un ajustement de posologie peut être nécessaire lors du switch vers une insuline fortement concentrée.

En aucun cas, la solution injectable d'insuline de concentration 200 ou 300 UI/mL ne doit être transférée dans un autre dispositif d'administration !

INSULINES avec plusieurs concentrations :						
Insuline		Nom commercial		Stylo pré-rempli	Délivre par palier de	Quantité totale / Volume total
Insuline rapide		HUMALOG® 100 UI/mL	KwikPen® 100 UI/mL		1 UI	300 UI / 3 mL
		Junior KwikPen® 100 UI/mL	Junior KwikPen® 100 UI/mL		0,5 UI	300 UI / 3 mL
Insuline lente		HUMALOG® 200 UI/mL	KwikPen® 200 UI/mL		1 UI	600 UI / 3 mL
		LANTUS® 100 UI/mL	Solostar® 100 UI/mL		1 UI	300 UI / 3 mL
Insuline dégluée		TRESIBA® 100 UI/mL	Solostar® 300 UI/mL		1 UI	450 UI / 1,5 mL
		TRESIBA® 200 UI/mL	DoubleStar® 300 UI/mL		2 UI	900 UI / 3 mL
		TRESIBA® 100 UI/mL	Uniquement disponible en cartouche de 3 mL pour stylo rechargeable			
		TRESIBA® 200 UI/mL	FlexTouch® 200 UI/mL		2 UI	600 UI / 3 mL

Version 1 – septembre 2020



Médicaments à risque : En résumé



CRITERE
IMPERATIF

Critère 2.3-06 : les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

LES ATTENDUS

- Identification des médicaments à risque : **liste régulièrement révisée et adaptée**
- La sécurisation de l'utilisation des médicaments à risque obéit à 3 objectifs :
 - Prévenir et détecter les erreurs
 - Atténuer les conséquences
 - Informer et sensibiliser les patients, familles et professionnels de santé

VIGILANCE SPECIFIQUE



- **Liste des médicaments à risque** : propre à chaque établissement, pôle d'activité (dépend du type de pathologie prise en charge)
- Mise en place de **barrières de sécurité** pour prévenir les erreurs
- Médicaments principalement concernés : dénomination à risque de confusion, marges thérapeutiques étroites et modalités d'administration particulières (ex : médicaments radio-pharmaceutiques)

Médicaments les plus à risque

- Anticoagulants
- Insulines
- Narcotiques et opiacés
- Sédatifs

Source : Institute for Healthcare Improvement [IHI]

LE TRACEUR CIBLE

Ex de la grille traceur ciblé « Circuit du médicament » - Donnée d'entrée :
prescription d'insuline

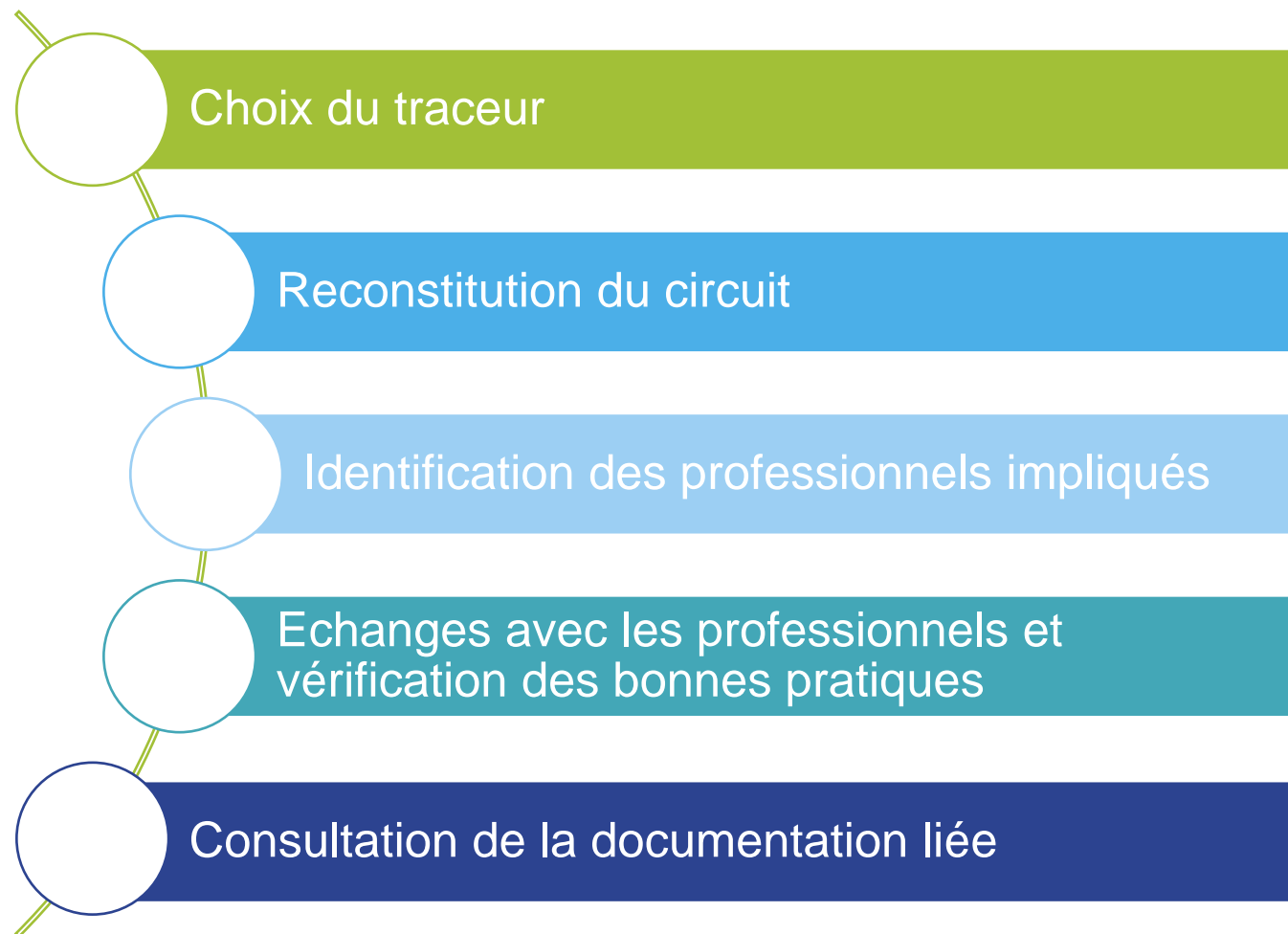




TRACEUR CIBLÉ



LES ETAPES





8 traceurs ont été préalablement définis par la HAS dans le cadre des visites de certification. Ils ciblent les processus suivants :

- **Circuit du médicament et des produits de santé**
- Gestion des produits sanguins labiles
- Gestion des évènements indésirables graves
- Prévention des infections associées aux soins
- Accueil non programmé
- Transport intra-hospitalier des patients
- Gestion des vigilances sanitaires
- Prélèvement et greffe d'organes et de tissus

EXEMPLE D'UN TRACEUR CIBLÉ SUR UNE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE



- Identifier une donnée d'entrée :
- Demande de transports pour une traceur ciblé sur le transport intra-hospitalier,
 - Prescription médicale pour le médicament, ...



La méthode du traceur ciblé se différencie de la méthode de l'audit système; elle est conduite en partant du terrain pour remonter vers le processus.





GRILLE TRACEUR CIBLÉ HAUTS-DE-FRANCE



• Grille Traceur ciblé – Insuline

- Proposition de test en établissement
- Pré-requis : Insuline considérée comme MAR
- Nov-Dec : Réalisation auto-évaluation
- Janvier : Restitution régionale

A		B		C		D		E		F	
 Réseau Santé Qualité Risques Hauts-de-France		Traceur Ciblé "Circuit du médicament" Donnée d'entrée : prescription de l'insuline									
Rencontre	Etapes	Evaluation		Documents	Oui/Non/NA		Commentaires OMEDIT				
Equipe	Prescription médicamenteuse	Les critères de qualité de la prescription (datée, signée,...) sont respectés		> Observations dossier patient		Prescription manuscrite/informatique - RETRANSCRIPTION NON AUTORISEE					
		Parmi ces critères de qualité de la prescription sont retrouvés POIDS et TAILLE du patient (ajustement dose Insuline)		> Observations dossier patient							
		La prescription est nominative		> Dossier patient		Notion de mise à disposition en DOTATION ?					
		Le recueil des traitements médicamenteux à l'admission permet la continuité du traitement par insuline avec le respect de la posologie et du rythme d'administration		> Dossier patient		Bilan de médication/conciliation					
		La prescription de la posologie et du rythme d'administration est retrouvée.		> Dossier patient							
		On retrouve sur la prescription l'indication de la dose (en chiffre, non ambiguë) / indication sur les modalités de dilution, notamment pour les PM en intra veineuse et/ ou la concentration du produit (UI/ml)		> Dossier patient		Vérifier que le logiciel permet la prescription en UI explication des PM en intraveineux? Focus administration IV en continu Existe t'il des alertes sur des fortes posologies? prescription et/ou l'administration d'insuline RAPIDE dépasse rarement 25 unités. Si prescription manuscrite, indication "unité " en toute lettres (pas d'abréviation U ou UI) Vérification que le libellé visible sur l'écran ne porte pas à confusion (attention aux libellés courts) Alerte quand prescriptions concomitantes 2 insulines rapides, 2 insulines lentes					
		Il est précisé dans la prescription le dispositif spécifique d'injection (sc ou IV en pompe électrique)		> Dossier patient		Stylo, seringue SC Insuline graduée en UI, SE, pompe SC, pompe IV					



FICHE FORAP – GRILLE QUICK AUDIT MAR



Grille Quick Audit MAR:

Outil proposé dans le cadre de la fiche mémo sur le critère impératif 2.3-06 - les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

- L'audit se compose:
 - Grille d'entretien médecin
 - Grille d'entretien IDE
 - Grille d'observation
- L'audit peut être réalisé sous forme d'audits croisés entre services ou établissements

LES PROCHAINS WEBINAIRES THÉMATIQUES

Save the date





LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE ET LA CONCILIATION



Les éléments essentiels :

- Prescription informatisée
- Prescription manuscrite
- Habilitations
- Prescriptions particulières
- Prescriptions à hauts risques
- Support unique de prescription d'administration
- Conciliation

→ 19 Octobre 2021 à 13h en visioconférence

→ Inscription : <https://forms.office.com/r/sCHgMCcCSw>



LA DISPENSATION, L'APPROVISIONNEMENT, TRANSPORT ET STOCKAGE



Les éléments essentiels :

- Analyse pharmaceutique des prescriptions
- Préparation éventuelle des doses à administrer
- Délivrance des médicaments
- Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament
- Gestion des commandes
- Transports des produits
- Règles de stockage

→ 23 Novembre 2021 à 13h en visioconférence

→ Inscription : <https://forms.office.com/r/sCHgMCcCSw>



L'ADMINISTRATION



Les éléments essentiels :

- Prescription prise en compte
- Vérification des concordances entre le produit, le patient et la prescription
- Administration par un professionnel de santé habilité
- Traçabilité dans le dossier
- Information et surveillance du patient

→ 30 Novembre 2021 à 13h en visioconférence

→ Inscription : <https://forms.office.com/r/sCHgMCcCSw>



[Foire aux questions](#)
RESOMEDIT

Liens utiles

[Site RSQR](#)

[Site OMEDIT](#)

[Site HAS](#)



LIENS UTILES



- Lien vers la Page FORAP : <https://www.forap.fr/nouvelle-production-du-groupe-certification-de-la-forap-les-fiches-memos-sur-les-criteres-imperatifs>
→ A venir : fiche mémo sur les Médicaments à risque



Nouvelle certification

Réunion régionale « Retours d'expériences des établissements de soins : enseignements des premières visites de certification »

Le 15 Octobre 2021 de 10h à 12h30 en visioconférence

Organisée par l'ARS, la SRA RSQR et FAS, en présence de la HAS

Les établissements de santé sont invités à diffuser l'information auprès de leurs professionnels soignants



LIEN REPLAY DISPONIBLE:

**JOURNÉE RÉGIONALE :
CERTIFICATION POUR LA
QUALITÉ DES SOINS**



Framaforms

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins

Dans le cadre de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins (HAS - Haute Autorité de Santé), nous vous invitons à nous faire part de vos questions relatives aux critères en lien avec la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM).

Ces questions ont pour objectif d'alimenter un thésaurus des interrogations émises par les établissements. Une réponse collégiale du ResOMÉDIT, en cohérence avec le manuel de certification, sera apportée à ces dites interrogations.



Résomedit
Le réseau des OMÉDITs

Pour consultez ce thésaurus des questions, rendez-vous prochainement sur les sites des OMÉDITs :