



POURQUOI LE  
MàR\* EST-IL AUSSI  
MÉCHANT ?

# SEMAINE SÉCURITÉ PATIENT 2023

Prise en charge médicamenteuse

MàR\* = Médicament À Risque



# CONSIGNES

---



Micros ET caméras sont coupés au lancement du webinaire  
Posez vos questions dans le TCHAT

Des temps d'échanges sont prévus ponctuellement tout au long de la présentation

Le webinaire ( replay) et les outils seront mis en disposition sur nos sites internet



# Q1

- Avez-vous passé votre certification V2020?



# LE RÉFÉRENTIEL DE CERTIFICATION V2024



Chapitres sont déclinés en plusieurs objectifs, déclinés en plusieurs critères

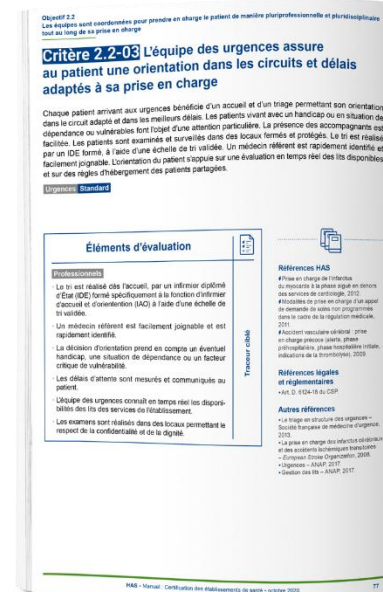


Le manuel

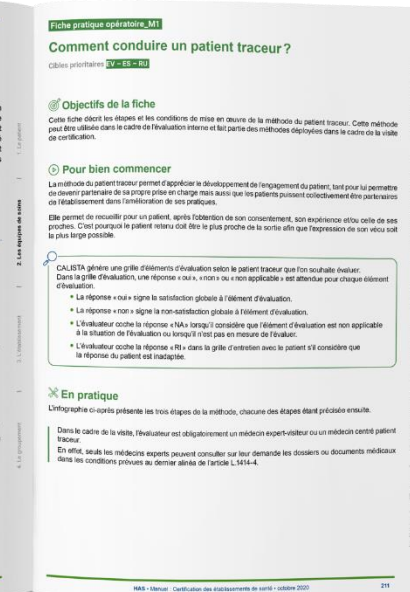
## Référentiel



## Fiches critères



## Fiches pratiques



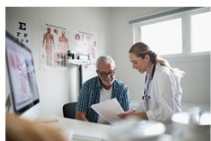
Certification des établissements de santé pour  
**la qualité des soins :**  
**15 objectifs**

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



# BOÎTE À OUTILS DE LA HAS LE MANUEL DE CERTIFICATION



## 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



**Évaluation de la prise en charge médicamenteuse**  
selon le référentiel de certification

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 soins<sup>1</sup>. 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.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enquête nationale ENEIS sur les événements indésirables graves (EIG) liés aux soins, réalisée en 2009.  
<sup>2</sup> 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](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 (2.3-04).

**Actions**

- Rechercher l'implication du patient et de ses proches (1.1-13, 1.3-02).
- 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), (3.7-03).

**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 comme 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, Mars 2022](#)

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation de la douleur et des soins palliatifs selon le référentiel de certification, Mars 2022](#)

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation des secteurs interventionnels selon le référentiel de certification, Mars 2022](#)



## Q2

- Avez-vous eu une ou plusieurs fiches anomalies au regard du critère C 2.3-06 "les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque" ?



# 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.



# LES MÉDICAMENTS À RISQUES



## 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**



## Q3

- Au moment de l'administration, on doit appliquer la règle des 5B. Pouvez-vous énoncer cette règle ?



# RÈGLE DES 5 B : À CHAQUE ÉTAPE DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

---

5 B

PATIENT

MÉDICAMENT

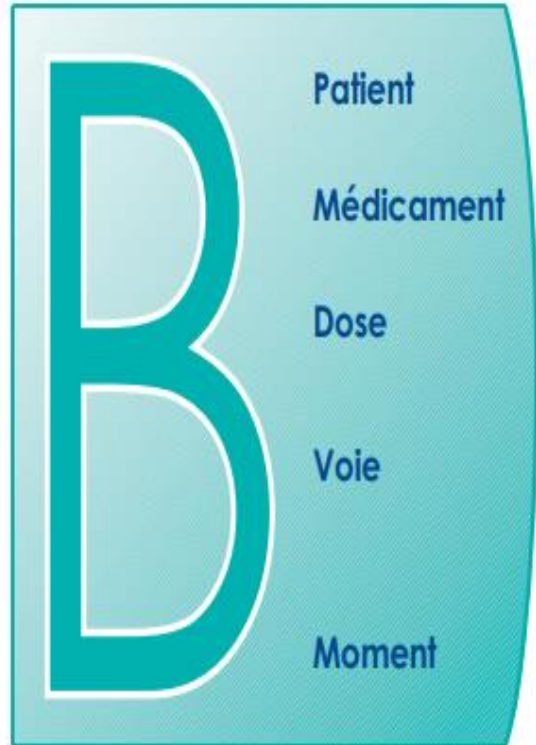
DOSE

VOIE

MOMENT



# RÈGLE DES 5 B : À CHAQUE ÉTAPE DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT



S'assurer de l'IDENTITÉ du patient à TOUTES les étapes de sa PECM

Vérifier la CONCORDANCE ENTRE LA SPECIALITE prescrite et celle à préparer/ administrer

Vérifier la DOSE et le CALCUL de DOSE surtout lorsqu'il s'agit d'un Médicament à risque ou d'une préparation injectable à destination d'un dispositif de programmation

Vérifier la cohérence entre la VOIE , les MODALITÉS D'ADMINISTRATION, le MÉDICAMENT et L'ÉTAT CLINIQUE du patient - S'assurer de la COMPATIBILITÉ du matériel ou système d'administration

Vérifier l'HEURE et le RYTHME d'administration du traitement





# RÈGLE DES 5 B : À CHAQUE ÉTAPE DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

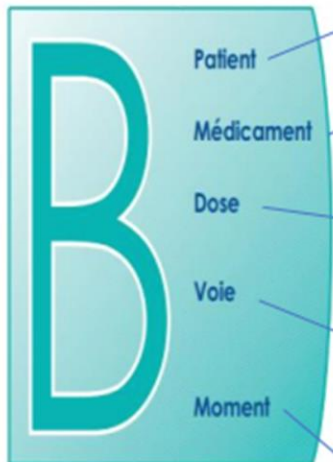


*« L'objectif de la prise en charge médicamenteuse est d'assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût »*



**J'AI UN DOUTE , JE VÉRIFIE !  
ET JE N'ADMINISTRE PAS !**

## Règle des 5B : à chaque étape de la prise en charge médicamenteuse du patient



- Patient** : S'assurer de l'**IDENTITÉ** du patient à **TOUTES** les étapes de sa PECM
- Médicament** : Vérifier la **CONCORDANCE ENTRE LA SPECIALITE** prescrite et celle à préparer/ administrer
- Dose** : Vérifier la **DOSE** et le **CALCUL** de DOSE  
Surtout lorsqu'il s'agit d'un **Médicament à Risque** ou d'une préparation injectable nécessitant un dispositif de programmation
- Voie** : Vérifier la cohérence entre la **VOIE**, les **MODALITÉS D'ADMINISTRATION**, le **MÉDICAMENT** et l'**ÉTAT CLINIQUE** du patient et s'assurer de la **COMPATIBILITÉ** du matériel ou système d'administration
- Moment** : Vérifier l'**HEURE** et le **RYTHME** d'administration du traitement

PARTAGER POUR S'AMELIORER !



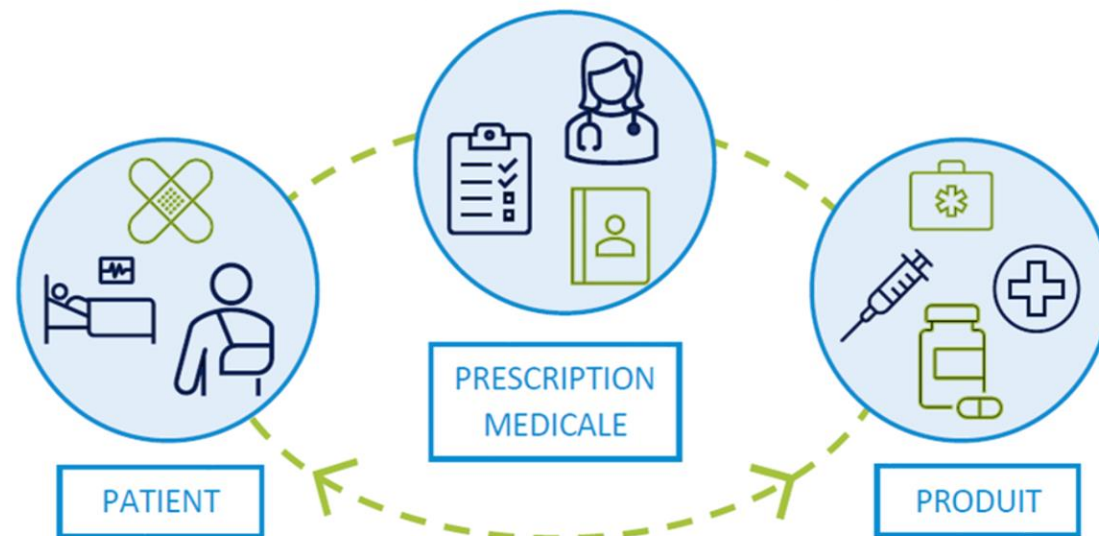
<https://rsqr-hdf.com/>



[contact@rsqr-hdf.com](mailto:contact@rsqr-hdf.com)



## LES 3P



PARTAGER POUR S'AMELIORER !



## Q4-5

- Q4 : Que vous évoquent les médicaments à risque?
- Q5: Qu'est-ce qu'un médicament à risque?



# LES MÉDICAMENTS À RISQUES

Les Médicaments à risques sont les médicaments dont une **erreur d'utilisation** (à l'une des étapes de la prise de la charge médicamenteuse) peut avoir **des conséquences graves sur la santé** du patient et qui doivent faire l'objet de mesures de sécurisation adaptées.



## Q6

- Lesquelles de ces particularités peuvent faire d'un médicament un « médicament à risque » dans votre service ?



# FICHE PÉDAGOGIQUE SUR LA PECM :

## LES POINTS CLÉS – LES MÉDICAMENTS À RISQUE



### 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.**



# FICHE PÉDAGOGIQUE SUR LA PECM : LES POINTS CLÉS – LES MÉDICAMENTS À RISQUE



## 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 cancérologie)
8. Erreur d'administration d'insuline
9. Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire
10. Erreur d'administration de gaz à usage médical
11. Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques, ...)
12. Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (ex : unidoses 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](http://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf)

## Q7 – Q8

- Q7: La liste des médicaments à risque est un document établi par l'ANSM applicable à tous les établissements de santé?
- Q8 : Dans votre établissement, la liste des médicaments à risques est.....





# LA LISTE DES MAR

Dans un but de **sécurisation du circuit du médicament**, chaque établissement de santé doit établir sa propre liste des médicaments à risque, **adapté à l'activité** de chaque secteur/service.

- Une liste spécifique des médicaments à risques de chaque unité/secteur/pole doit être identifiée, connue des professionnels et consultable
- La liste des médicaments à risque doit être élaborée en concertation avec tous les professionnels
- La liste des médicaments à risque doit être régulièrement révisée et adaptée
- La formation des professionnels sur ces médicaments à risques doit être réalisée et régulièrement renouvelée.

## Q9

- Q9: Quels médicaments à risques sont identifiés dans votre établissement?

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

## ELABORER / IDENTIFIER SES MHR EN ES

- [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](#)

## Q10

- Citez des exemples de mesures qui permettent de sécuriser le circuit des médicaments à risques



# MESURES BARRIÈRES

- Habilitation des professionnels (prescription, administration)
- Formation des nouveaux arrivants
- Identification visuelle (pictogramme)
- Stockage séparé
- Choix de conditionnement adapté
- Sécurisation informatique
- Prévention des interruptions de tâches
- Double contrôle
- Protocoles dédiés
- Disponibilité antidotes et protocoles associés

...



## Q11

- Lors de la visite de certification, par quelle méthode est évaluée le critère 2.3-06 " Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque" ?



## 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) ;
- à posologie dépendante du poids.

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

Tout l'établissement **Impératif**

La liste des médicaments à risque est adaptée et connue



### Références HAS

- ↑ Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 2013.
- ↑ Flash sécurité patient « Médicaments à risque : sous-estimer le risque c'est risqué », 2021.
- ↑ Flash sécurité patient « Accidents liés à un médicament à risque : qui dit potassium (KCl), dit vigilance maximale » - 2021.
- ↑ Flash sécurité patient- le stockage des curares... Des erreurs pas si rares, 2022.
- ↑ Bon usage des opioïdes antalgiques – Prévention et prise en charge du mésusage et des surdoses d'opioïdes, 2022.

### 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.

### 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 médicale et aux médicaments dans les établissements de santé.
- Décret n° 2022-114 du 1<sup>er</sup> février 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine nucléaire.

## Éléments d'évaluation



Traceur ciblé

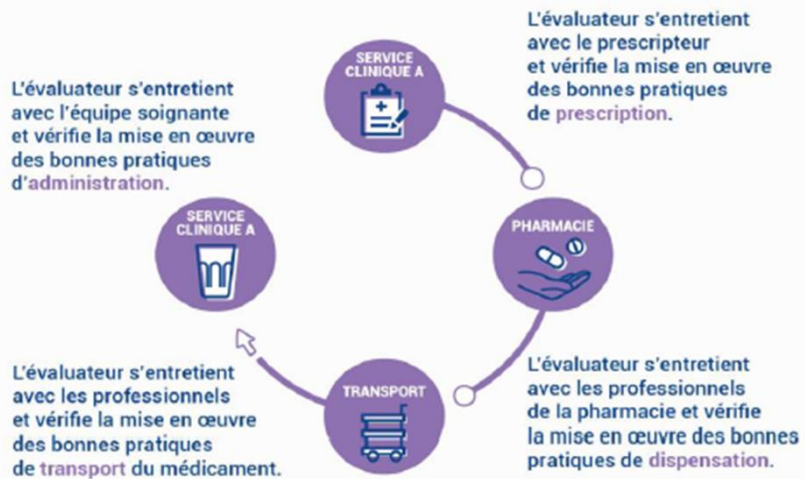


### Professionnels

- 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.

## LES ETAPES

### 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.

- Choix du traceur
- Reconstitution du circuit
- Identification des professionnels impliqués
- Echanges avec les professionnels et vérification des bonnes pratiques
- Consultation de la documentation liée





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



# GRILLE TRACEUR CIBLÉ HAUTS-DE-FRANCE



## • Grille Traceur ciblé – Insuline

2022

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 (U/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 RA/PDE 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

## • Grille Traceur ciblé – ANTICOAGULANTS

- Appel à volontaire pour tester la grille
- Diffusion courant Novembre

NOUVEAUTE  
2023





CRITERE  
IMPERATIF

# MÉDICAMENTS À RISQUE : EN RÉSUMÉ



Résomedit  
Le réseau des OMéDITs

## 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 en région HDF  
( BASE EM 2021)

40 Never Events recensés sur l'année 2021 (121 en 2020 ; baisse de 67 %)

anticoagulants

Insuline

spécialités utilisées en anesthésie  
réanimation au bloc opératoire



Structure  
Régionale  
d'Appui  
RSQR Hauts-de-France



# TEMPS D'ÉCHANGES



# QUELQUES QUESTIONS SUR DES MAR IDENTIFIES

A VOS ECRANS , on reprend le WOOCLAP  
Evaluons ensemble nos connaissances

## Q12

- Quelles sont les réponses exactes concernant le traitement par AVK?



# JE SUIS UN MAR : AOD / ANTICOAGULANTS/ANTIAGRÉGANTS



omedit  
Normandie

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

Accueil / Boîte à outils / Anticoagulants / Anticoagulants

## Fiches de bon usage sur les anticoagulants/antiagrégants plaquettaires



### Fiches patient

- Acénocoumarol - Sintrom®
- Acide acétylsalicylique - Kardégic®
- Apixaban - Eliquis®
- Clopidogrel - Plavix®
- Ticagrélor - Brilique®
- Dabigatran - Pradaxa®
- Fluindione - Préviscan®
- Prasugrel - Efigent®
- Rivaroxaban - Xarelto®
- Ticlopidine - Ticlid®
- Warfarine - Coumadine®
- Carte patient " Je suis sous anticoagulant "



### Fiches professionnels

Acénocoumarol - Sintrom®

### Fluindione

PREVISCAN®

FICHE  
CONSEIL  
Professionnel

#### Présentation et caractéristiques

PREVISCAN est un anticoagulant oral, qui appartient à la famille des AVK- antivitamines K et un antithrombotique. Il empêche la formation de caillots. L'effet anticoagulant se manifeste après plusieurs jours de traitement et, de même, persiste plusieurs jours après l'arrêt.

Dosage	Présentation
Previscan® 20 mg	Comprimé quadrisécable rose. Boîte de 30

- Contrôle en routine indispensable : l'INR ou International Normalized Ratio. L'INR idéal est de 2,5 ; un INR inférieur à 2 reflète une anticoagulation insuffisante ; un INR supérieur à 3 traduit un excès d'anticoagulation. Un INR supérieur à 5 est associé à un risque hémorragique
- Si hémorragie grave : arrêt des AVK, et il est recommandé d'administrer en urgence un CCP (concentrés de complexes prothrombiniques) en association à de la vitamine K

#### Indications

Renouvellement d'un traitement équilibré par fluindione dans les indications suivantes :

- **Cardiopathies emboligènes** : prévention des complications thromboemboliques en rapport avec certains troubles du rythme auriculaire (fibrillations auriculaires, flutter, tachycardie atriale), certaines valvulopathies mitrales, les prothèses valvulaires.
- **Prévention des complications thromboemboliques des infarctus du myocarde compliqués** : thrombus mural, dysfonction ventriculaire gauche sévère, dyskinésie emboligène...
- **Traitement des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire** ainsi que la prévention de leurs récives.

#### Posologie et mode d'administration

Adulte	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.
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

MISE À DISPOSITION DE FICHES  
PATIENTS ET FICHES  
PROFESSIONNELLES, GUIDE DE BON USAGE

RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

ars  
Normandie

omedit  
Normandie

## GUIDE DE BON USAGE DES ANTICOAGULANTS

Version de septembre 2022

<https://www.omedit-normandie.fr/media-files/34151/guide-anticoagulant-regional-20220926.pdf>





## Q13

- Un patient atteint de troubles de la déglutition a une prescription de dabigatran (Pradaxa<sup>®</sup>). Pouvez-vous ouvrir la gélule afin d'administrer le traitement?

**BROYABLES BUVABLES ... ET SI ON ÉCHANGEAIT SUR NOS PRATIQUES**

### 1 QUIZZ BROYABLES

L'acte de broyage ou d'ouverture d'une gélule...

- Est effectué par une IDE
- Peut être délégué à un(e) aide soignant(e) ou un aidant(e)
- Est sans risque pour le personnel soignant
- Nécessite le port d'Équipement de Protection Individuelle (ou EPI)

### 2 CAS PRATIQUES

Administration du XELODA (Capecitabine) Exemple d'un CAS PRATIQUE

CONDUITE À TENIR

- La pratique du broyage/craquement relève d'une prescription médicale
- XELODA = anticancéreux par voie orale
- Les médicaments cytotoxiques ne doivent pas être écrasés
- Le XELODA doit être administré 30 minutes après le repas le matin et le soir (l'absorption de nourriture diminue le taux d'absorption de la Capecitabine)
- Attention lors de la préparation des médicaments anticancéreux par les IDE, l'opérateur à risque pour femme enceinte ou allaitante

Avez-vous d'autres exemples en pratique courante qui vous viennent à l'esprit?

### 3 BP ET OUTILS

FOCUS sur l'ÉCRASEMENT DES MÉDICAMENTS

**À ÉVITER**

- Les médicaments broyables sont souvent présentés en formes multi-doses sous un dispositif d'administration: fioles, seringues, seringues pré-remplies, seringues stériles
- Défiler des règles autour de l'utilisation des formes multi-doses à destination d'un ou plusieurs patients au sein du service
- Si la règle est floue → un patient, plusieurs, plusieurs dans l'attente d'un soin de fin de vie ou de soins palliatifs
- Les effets de probabilité, l'incertitude de la solubilité, l'absorption et l'absorption avec le dispositif d'administration utilisé peuvent être sources de risques majeurs
- Ne pas préparer les formes broyables à l'avance
- Étiqueter sur les produits (confusion entre mg et ml)
- Caractériser la préparation utilisée, inscrire la date d'expiration + DD
- Prévoir un recours à des alternatives non broyables sous forme de DD et en cas de limite d'utilisation
- Consulter le site de veille de consommation et de disposition des médicaments, en cas d'absence de DD, se référer à la notice
- En cas de limite de validité et à défaut:
  - Standardiser les produits sur le respect des préconisations médicamenteuses et éviter de le préparer
  - Étiqueter l'utilisation des dispositifs d'administration (spécies, patients, doses...)

Optimiser le traitement avant de broyer

Chercher équivocal d'administration est propre à son médicament broyable!

### QUIZZ BUVABLES

OUVERTURE ET UTILISATION D'UN FLACON MULTIDOSE

Dès la 1ère utilisation!

- Je colle l'étiquette du patient sur le bouchon du flacon.
- Je renseigne la DOJ/ DLU
- Je mets la pipette avec les autres dispositifs doseurs pour bien la retrouver
- Après utilisation, je replace le flacon buvable entamé dans mon armoire de service

### ECHANGES

Les différents dispositifs doseurs?

Broiables, Buvables... Et si on échangeait sur nos pratiques?

+ info OMeDiT HDF

**Telechargez moi**

### Sources

**Broiables**

- Site de veille de consommation et de disposition des médicaments
- Site de veille de consommation et de disposition des médicaments
- Site de veille de consommation et de disposition des médicaments
- Site de veille de consommation et de disposition des médicaments
- Site de veille de consommation et de disposition des médicaments

**Buvables**

- Site de veille de consommation et de disposition des médicaments
- Site de veille de consommation et de disposition des médicaments
- Site de veille de consommation et de disposition des médicaments
- Site de veille de consommation et de disposition des médicaments
- Site de veille de consommation et de disposition des médicaments

Broiables, Buvables... Et si on échangeait sur nos pratiques?

Dans le cadre de la Semaine Sécurité Patient 2022, l'OMeDiT Hauts-de-France participe à la journée de rencontre des professionnels et des usagers avec les partenaires de la Région.

Cette brochure a été réalisée comme support à la thématique sécurisée en atelier personnel autour des médicaments broiables et buvables et des risques associés à ces pratiques.

Tout plaisir à retrouver l'ensemble des sources et outils

FORAP, OMeDiT, CIPiGS, France Avenir Santé, moys, France Santé

Un atelier de la journée SSP 2022





Selon une étude prospective\* menée en 2012 sur **l'écrasement des médicaments** en gériatrie, de fréquentes erreurs ont été identifiées autour de cette pratique :

- 42% des médicaments broyés avaient une forme galénique contre-indiquant l'écrasement ;
- les médicaments d'un même malade étaient écrasés ensemble dans 75% cas et mélangés à des véhicules divers pour l'administration;
- le matériel utilisé (mortier: 92,6 %) était souvent commun pour plusieurs patients (59,4 %) ;
- les médicaments étaient administrés à la suite immédiate de la préparation (83,5 %) mais avec des horaires d'administration très variables.

En ce qui concerne **les préparations buvables**, une étude française prospective observationnelle \*\* menée dans un hôpital pédiatrique évaluait la pratique de préparation et d'administration avec une pipette et une cuillère mesure par l'entourage des enfants (= les aidants) . Les résultats sont eux aussi marquants :

- 50% des médicaments sont mal reconstitués au départ (*pas suffisamment ou trop d'eau mis avec la poudre ou pas suffisamment d'agitation*)
- Les informations sur les conditionnements sont parfois sources de confusion (*trait indicateur de volume de remplissage pouvant être confondu avec une marque présente sur le verre du flacon*);
- pour la cuillère-mesure , les valeurs des volumes sont difficiles à lire ;
- Les notices, même si elles insistent sur les points importants, ne sont pas toujours été bien lues par l'entourage.

**L'écrasement des médicaments et le recours aux formes buvables exposent à des risques iatrogènes et des risques professionnels... les principales recommandations accompagnant cet atelier pratique vous sont présentées ci-contre**

\* Article « L'écrasement des médicaments en gériatrie : une pratique « artisanale » avec de fréquentes erreurs qui nécessitent des recommandations » - CHU de Rouen, revue de Médecine interne (Volume 33, Issue 10, October 2012, Pages 546-551)

\*\* « cuillères mesures et modalités de reconstitution pour les formes buvables en pédiatrie mal maîtrisées par l'entourage des enfants » - <https://preparationhospitaliere.com/2016/02/12/cuilleres-mesures-et-modalites-de-reconstitution-pour-les-formes-buvables-en-pediatrie-mal-maitrisees-par-lentourage-des-enfants/>

## Broyables, que retenir ?

- Le broyage doit rester **exceptionnel**
- Avant tout, s'interroger sur la pertinence du produit prescrit (**réévaluation**) puis rechercher une **alternative** galénique ou thérapeutique
- Ne procéder qu'à l'écrasement ou ouverture qu'après cette première étape et toujours consulter les **référentiels existants (listes disponibles des formes écrasables)**
- **Le médecin doit prescrire le broyage** -> sur la ligne du médicament avec la mention « à écraser »
- Le broyage est une **activité** devant être réalisée **par l'infirmier(ère), sans délégation possible aux aides-soignant(e)s ou aux aidant(e)s**
- La forme **galénique** choisie par le laboratoire pharmaceutique est étudiée pour obtenir **l'action optimale** du médicament.
- Connaître les **formes galéniques** des spécialités pharmaceutiques et leurs **caractéristiques** va permettre de savoir si elles peuvent être ouvertes, sécables ou broyables.
- Ne pas réaliser de broyage ou ouvrir :
  - ⇒ Formes à **libération prolongée (LP)**
  - ⇒ Formes à **libération modifiée (LM)**
  - ⇒ Formes **gastro-résistantes***Attention distinguer gélule gastrorésistante et gélule contenant des microgranules LP gastro résistants*
- Se méfier des formes sublinguales = ne pas les écraser, les laisser fondre sous la langue
- Des formes ne nécessitent pas d'être écrasées car « dispersibles » : lyoc, orodispersibles, effervescentes

**Optimiser le traitement avant de broyer**

## Buvables, que retenir ?

- Les médicaments buvables sont souvent présentés en **flacons multi-doses** avec un dispositif d'administration : cuillère-mesure, gobelet, compte-gouttes, seringue orale
- **Définir des règles** autour de l'utilisation des formes multidoses à destination d'un ou plusieurs patients au sein du service
- Si la règle un flacon = un patient s'applique, apposer alors l'étiquette patient sur le corps du flacon et pas sur le bouchon
- Les étapes de préparation, reconstitution de la solution ou suspension et l'administration avec le **dispositif d'administration dédié** peuvent être sources de mauvais usage
  - ⇒ **Ne pas préparer les formes buvables à l'avance**
  - ⇒ **Ne pas les mélanger entre elles**
  - ⇒ **Vigilance sur les posologies ( confusion entre mg et ml )**
- Lors de la première utilisation, inscrire la date d'ouverture « **DO** »
- Penser au recours à des **étiquettes pré-remplies** avec date d'ouverture « DO » et date limite d'utilisation « DLU »
- Consulter la **liste de durée de conservation** mise à disposition par l'établissement. En cas d'absence de liste, se référer à la notice.
- En service de pédiatrie et à domicile:
  - ⇒ **Sensibiliser les parents** sur le respect des prescriptions médicales : posologie et durée de la prescription
  - ⇒ Expliquer **l'utilisation des dispositifs d'administration** (pipettes, gobelets doseurs...)

**Chaque dispositif d'administration est propre à son médicament buvable !**















# OUTILS À VOTRE DISPOSITION

## LISTE NATIONALE DES MÉDICAMENTS CONCERNANT L'ÉCRASEMENT DES COMPRIMÉS ET L'OUVERTURE DES GÉLULES

Collaboration OMÉDIT Normandie - Société Française de Pharmacie Clinique (Groupe Gériatrie)  
Mise à jour le 19 septembre 2023

**Legende :**


	<b>G</b> : goût désagréable		<b>E</b> : écrasement possible		<b>NE</b> : ne pas écraser ni croquer		<b>O</b> : ouverture possible		<b>NO</b> : ne pas ouvrir		<b>D</b> : délitement possible (colonne G)
	<b>E</b> : prise possible avec de l'eau		<b>J</b> : prise possible avec un jus d'orange		<b>L</b> : prise possible avec du lait		<b>C</b> : prise possible avec une compote		<b>Y</b> : prise possible avec un yaourt		<b>V</b> : prise immédiate après préparation

**Vous pouvez contribuer à la mise à jour de ce tableau :**

Si vous disposez de réponses laboratoires plus récentes ou si vous détectez un produit manquant, envoyez nous un e-mail à l'adresse ci-dessous :

[ars-normandie-omedit@ars.sante](mailto:ars-normandie-omedit@ars.sante)

Notez qu'il est nécessaire de disposer d'une **réponse écrite du laboratoire** afin de compléter le tableau. Nous pourrons ainsi l'actualiser grâce à vos contributions.

[Lisez-moi](#) Liste nationale 



# OUTILS À VOTRE DISPOSITION:

## LISTE NATIONALE DES MÉDICAMENTS CONCERNANT L'ÉCRASEMENT DES COMPRIMÉS ET L'OUVERTURE DES GÉLULES

Principe actif <input type="text"/>	Forme galénique <input type="text"/>	Classe ATC <input type="text"/>	Libellé ATC3 <input type="text"/>	Libellé ATC4 <input type="text"/>	Goût <input type="text"/>	Modalités de préparation <input type="text"/>	Source des modalités <input type="text"/>	Autre source <input type="text"/>
DABIGATRAN 75, 110 et 150 mg (Pradaxa)	Gélule	B01AE07	Antithrombotiques	Inhibiteurs directs de la thrombine			RCP	

Alternatives galéniques <input type="text"/>	Informations RCP, notice patient et Thériaque <input type="text"/>	Réponses laboratoires résumées <input type="text"/>	Date de mäj <input type="text"/>
Non	Risque de surdosage et donc de saignements si ouverture de la gélule.	<u>Boehringer 18-08-2020</u> : cf. RCP. Sensible à l'humidité.	18/04/2023



Saisissez une spécialité, une substance active,  
une classe pharmacothérapeutique,  
un critère clinique, un générique...  
pour accéder à une information complète

RECHERCHE SIMPLE RECHERCHE AVANCÉE RECHERCHE PHYTO ONCOTHERIAQUE

Afficher les spécialités supprimées (NSFP)

Complément de forme pharmaceutique ▼

Précisez votre recherche

FORME PHARMACEUTIQUE = COMPRIME  
 ET ▼ COMPLEMENT DE FORME PHARMACEUTIQUE = ECRASEMENT POSSIBLE

Rechercher

Nouvelle recherche

1. Mode RECHERCHE AVANCEE
2. Choix du critère « complément de forme pharmaceutique »
3. Sélectionner « NE PAS CROQUER NI ECRASER » OU « ECRASEMENT POSSIBLE »

## Q14

- Les règles de bon usage du KCL injectable préconisent :



## CHLORURE DE POTASSIUM INJECTABLE À DILUER



**! DANGER MORTEL :**  
TOUJOURS DILUER POUR ÉVITER LE RISQUE DE DÉCÈS PAR ARRÊT CARDIAQUE

### PRESCRIPTION : LES RÈGLES À RESPECTER

- ◆ Privilégier la voie orale pour traiter les hypokaliémies légères à modérées.
- ◆ Réserver la voie IV uniquement pour les hypokaliémies sévères ( $K^+ < 3$  mmol/L) ou en cas de voie orale impossible.
- ◆ Calculer l'apport total en KCl et vérifier les médicaments hyperkaliémisants (association déconseillée).

### Mentions devant figurer sur la prescription :

- ◆ Posologie en quantité : adultes en gramme, enfants en mmol/kg/j.
- ◆ Volume total de diluant : NaCl 0,9 % ou glucose 5 % sans dépasser 1 g de KCl / 250 mL ou 13,4 mmol de KCl / 250 mL.
- ◆ Débit de perfusion : NE JAMAIS DÉPASSER 1 g/heure de KCl ou 13,4 mmol/h de  $K^+$ .
- ◆ Voie et mode d'administration : TOUJOURS par perfusion en IV LENTE.

### PRÉPARATION : SOLUTION À DILUER SYSTÉMATIQUEMENT

- ◆ Lire toutes les mentions de l'étiquetage.
- ◆ Préparer sans interruption de tâche. TOUJOURS diluer la solution sans dépasser 1 g de KCl / 250 mL ou 13,4 mmol de KCl / 250 mL.
- ◆ Concentration max finale : 4 g/L de KCl ou 53,6 mmol/L.
- ◆ Étiqueter la préparation : dose + volume total.
- ◆ Réaliser un double contrôle de la préparation et de l'étiquetage si possible.

### ADMINISTRATION DE LA DILUTION : EN PERFUSSION IV LENTE UNIQUEMENT

- ◆ JAMAIS d'IV directe, ni SC ni IM.
- ◆ Vérifier la concordance entre prescription, médicament et patient avant administration.
- ◆ Uniquement après dilution, perfuser lentement : 1 g/h.
- ◆ SURVEILLER régulièrement les paramètres cliniques et biologiques + si nécessaire monitoring cardiovasculaire.

### STOCKAGE DÉDIÉ ET DISTINCTIF

- ◆ Ranger les ampoules de KCl à l'emplacement dédié et à distance des autres électrolytes.
- ◆ Étiquetage d'alerte distinctif.
- ◆ Restreindre les stocks selon les besoins des services.



**AIDE À LA PRÉPARATION ET À L'ADMINISTRATION**  
Attention : à adapter aux enfants, aux patients en réanimation, en restriction hydrique, en insuffisance rénale.

### QUANTITÉ DE KCl

	1g	2g	3g	4g
Quantité de potassium ( $K^+$ )	13,4 mmol	26,8 mmol	40,2 mmol	53,6 mmol
Volume minimal après dilution dans NaCl 0,9 % ou G5 %	250 mL	500 mL	1 000 mL	1 000 mL
Durée minimale de perfusion	1 h	2 h	3 h	4 h

J'accède à la fiche Flash " Accidents liés à un médicament à risque : qui dit potassium (KCl) dit vigilance maximale ! "

HAS - Juin 2021

**Accidents liés à un médicament à risque**  
Qui dit potassium (KCl) dit vigilance maximale

24 juin 2021

Ça peut aussi vous arriver

**Événement 1**  
**PERFUSSION DE KCl TROP RAPIDE ENTRAÎNANT LE TRANSFERT EN SOINS INTENSIFS**  
Une perfusion de 6g de potassium pour une correction d'hypokaliémie, correctement préparée, est programmée par une étudiante IDE. Le patient est transféré en soins intensifs pour surveillance étroite du fait de la toxicité cardiaque du chlorure de potassium.  
Que s'est-il passé ? Cause immédiate : La durée de perfusion de KCl a été programmée sur 1 h au lieu de 24 h.  
Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes :  
- L'IDE encadrante a été interrompue lors du double contrôle de la programmation de la pompe par l'étudiante IDE.  
- L'équipe infirmière était confrontée de remplissage et informée en raison d'un fort absentéisme, d'une surcharge de travail et de la fatigue du personnel soignant.

**Événement 2**  
**CONFUSION ENTRE DES AMPOULES DE GLUCOSE ET DE KCl ENTRAÎNANT LE DÉCÈS**  
Après administration de potassium injectable pour un premier patient, l'IDE administre une solution de potassium par voie intraveineuse directe à une seconde patiente, ce qui entraîne son décès.  
Que s'est-il passé ? Cause immédiate : L'IDE a administré une solution intraveineuse de KCl à la place d'une solution de glucose prescrite.  
Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes :  
- Le rangement du KCl était inadéquat. Le KCl n'a pas été identifié comme médicament à risque.  
- L'IDE a sélectionné une ampoule de KCl à la place de glucose, n'a pas contrôlé le nom du médicament et préparé la mauvaise ampoule.  
- L'activité dans le service des urgences était très importante.  
- Une panne informatique a dérangé la gestion administrative des patients.  
- Le panne informatique a généré une charge de travail supplémentaire pour les équipes soignantes et a augmenté le nombre d'interruptions de tâches.

HAS

Prévenir les erreurs médicamenteuses liées aux injections de potassium. "Never Event" POTASSIUM – Omedit Centre Val de Loire

Prévenir les erreurs médicamenteuses liées aux injections de potassium. "Never Event" POTASSIUM

Version 1.7 mise à jour en février 2019 (création mars 2013)



## Q15

- Relier l'antidote au médicament concerné



# ANTIDOTES

Antidote des <b>AVK</b>	<b>Vitamine K1<sup>®</sup></b> Solution injectable et buvable Posologie à adapter en fonction des INR et de la symptomatologie En cas d'hémorragie grave : 10 mg en IV lente (1H) ou par VO, en association à concentrés de complexe prothrombique, peut être renouvelé au bout de 12H
Antidote du <b>dabigatran</b> (Pradaxa)	<b>Idarucizumab Praxbind</b> Agent de neutralisation spécifique du Dabigatran (Pradaxa <sup>®</sup> ) quand une réversion rapide de ses effets anticoagulants est requise
Antidote de l' <b>héparine</b> en cas de surdosage	<b>sulfate de protamine<sup>®</sup> Protamine</b>
Antidote de l'intoxication aux : - <b>Opiacés</b> - <b>Morphinomimétiques</b>	<b>Naloxone Narcan<sup>®</sup></b> Diluer 1 ampoule dans 10 ml de sérum physiologique - Injecter ml par ml jusqu'à correction de la dépression respiratoire - Ne pas dépasser une dose maximale de 1 mg - Relais en perfusion continue 0,4 mg/h

## Q16

- Identifier les différents types d'insuline



# JE SUIS UN MAR : INSULINE

Différents types d'insuline* (en stylo jetable en date du 12/2020)	DCI - Spécialité	Administration	Remise en suspension
 Action ultra-rapide <15min 2-4h	Insuline glulisine APIDRA® 100U/mL SoloSTAR®		Non
	Insuline lispro LYUMJEV® 100U/mL Junior KwikPen™		
	Insuline lispro LYUMJEV® 200U/mL Junior KwikPen™		
 Mélange d'insulines ultra-rapide + intermédiaire <15min 12-18h	Insuline lispro HUMALOG MIX®25 100U/mL KwikPen™	20 à 30 min avant le repas	<p>⚠ Remettre en suspension</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Saisir le stylo par une extrémité</li> <li>Tourner alternativement et lentement une dizaine de fois le poignet</li> </ol>
	Insuline lispro HUMALOG MIX®50 100U/mL KwikPen™		
	Insuline aspartate 30 NOVOMIX®30 100U/mL FlexPen®	Au moment du repas	
	Insuline aspartate 50 NOVOMIX®50 100U/mL FlexPen®		
	Insuline aspartate 70		

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

**médicament à risque** (icône éclair)

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.

### INSULINE « POUR VIVRE » (BASALE)

- Insuline à action **LENTE**
- Objectif : équilibrer la glycémie toute la journée

### INSULINE « POUR MANGER » (PRANDIALE)

- 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

B

- Patient
- Médicament
- Dose
- Voie
- Moment

⚠ Remettre en suspension

- Saisir le stylo par une extrémité
- Tourner alternativement et lentement une dizaine de fois le poignet

Non

Attention : le stylo XULTOPHY® contient une association médicamenteuse constituée d'insuline dégludec et de lutide (analogue GLP-1)

⚠ Remettre en suspension

- Saisir le stylo par une extrémité
- Tourner alternativement et lentement une dizaine de fois le poignet



Différents types d'insuline* (en stylo jetable en date du 12/2020)	DCI - Spécialité	Administration	Remise en suspension
<b>Action ultra-rapide</b> 	Insuline glulisine <b>APIDRA® 100U/mL SoloSTAR®</b> Insuline lispro <b>LYUMJEV® 100U/mL Junior KwikPen™</b> Insuline lispro <b>LYUMJEV® 200U/mL Junior KwikPen™</b> Insuline lispro <b>HUMALOG® 100U/mL KwikPen™</b> Insuline lispro <b>HUMALOG® 200U/mL KwikPen™</b> Insuline asparte <b>NOVORAPID® 100U/mL FlexPen®</b> Insuline asparte <b>FIASP® 100U/mL FlexTouch®</b>	Au moment du repas	Non
<b>Action intermédiaire</b> 	Insuline humaine isophane <b>INSULATARD® 100U/mL FlexPen® ou Innolet®</b> Insuline humaine isophane <b>UMULINE®NPH 100U/mL KwikPen™</b>	Injection indépendante des repas : à faire systématiquement 1 ou 2 injections par jour à heure fixe	<b>⚠ Remettre en suspension</b> 1. Saisir le stylo par une extrémité 2. Tourner alternativement et lentement une dizaine de fois le poignet
<b>Action lente</b> 	Insuline glargine <b>LANTUS® 100U/mL SploSTAR®</b> Insuline glargine <b>ABASAGLAR® 100U/mL KwikPen™</b> Insuline détémir <b>LEVEMIR® 100U/mL FlexPen® ou Innolet®</b> Insuline dégludec <b>TRESIBA® 200U/ml FlexTouch®</b> Insuline glargine <b>TOUJEO® 300U/mL SoloSTAR® ou DoubleSTAR®</b>	Injection indépendante des repas : à faire systématiquement 1 injection par jour à heure fixe	Non Attention : le stylo XULTOPHY® contient une association médicamenteuse constituée d'insuline dégludec et de liraglutide (analogue GLP-1)
<b>Action mixte = mélange d'insulines rapide + intermédiaire</b> 	Insuline humaine 30 <b>UMULINE PROFIL®30 100U/mL KwikPen™</b>	20 à 30 min avant le repas	<b>⚠ Remettre en suspension</b>
<b>Action mixte = mélange d'insulines ultra-rapide + intermédiaire</b> 	Insuline lispro <b>HUMALOG MIX®25 100U/mL KwikPen™</b> Insuline lispro <b>HUMALOG MIX®50 100U/mL KwikPen™</b> Insuline asparte 30 <b>NOVOMIX®30 100U/mL FlexPen®</b> Insuline asparte 50 <b>NOVOMIX®50 100U/mL FlexPen®</b> Insuline asparte 70	Au moment du repas	1. Saisir le stylo par une extrémité 2. Tourner alternativement et lentement une dizaine de fois le poignet

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

## 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 !



Focus sur la fiche <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2020/09/insulines-concentrees-VF.pdf>

### INSULINES avec plusieurs concentrations :

Insuline	Nom commercial	Stylo pré-rempli	Délivre par palier de	Quantité totale	Volume total
Insuline lispro 	HUMALOG® 100 UI/mL	KwikPen® 100 UI/mL	1 UI	300 UI	3 mL
		Junior KwikPen® 100 UI/mL	0,5 UI	300 UI	3 mL
	HUMALOG® 200 UI/mL	KwikPen® 200 UI/mL	1 UI	600 UI	3 mL
Insuline glargine 	LANTUS® 100 UI/mL	Solostar® 100 UI/mL	1 UI	300 UI	3 mL
	TOUJEO® 300 UI/mL	Solostar® 300 UI/mL	1 UI	450 UI	1,5 mL
		DoubleStar® 300 UI/mL	2 UI	900 UI	3 mL
Insuline dégludec 	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

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

# JE SUIS UN MAR : INSULINE



AUDIT TRACEUR CIBLÉ  
MÉDICAMENT À RISQUE INSULINE

RESTITUTION DES RÉSULTATS

Jeudi 9 juin 2022 – **distanciel**

TECHNIQUE INJECTION – AIDE INFO



1

2

3



IDENTIFICATION EN ZONE DE STOCKAGE

Identification des insulines en tant que MAR en armoire réfrigérée



RAPPEL DES ATTENDUS EN VISITE – VOLET STOCKAGE

Zoom sur le stockage

Le **stockage** des produits de santé doit être **sécurisé**, notamment pour les produits à risques. Les conditions de stockage des produits thermosensibles doivent être respectées. Le stockage des produits de santé doit se faire dans les bonnes conditions de conservation. Il ne doit pas y avoir de produits périmés en stock.



Cliquez sur les logos des Omédits



LIENS UTILES :  
BOITE OUTILS DES OMEDIT

- Quelques rappels sur le Bon Usage des insulines
- À la première utilisation, sortir l'insuline du réfrigérateur 1 heure avant l'injection pour qu'elle atteigne la température ambiante : l'injection d'insuline froide est douloureuse.
  - Remettre l'insuline sur une peau propre en respectant l'hygiène des mains
  - alternativement et lentement une insuline laiteuse en saisisant le stylo par une extrémité et en tournant
  - Palper le site d'injection pour s'assurer de l'absence de lipodystrophie
  - Purger le stylo à sa première utilisation et avant chaque utilisation du stylo
  - Injecter à angle droit. Maintenir l'aiguille sous la peau en fin d'injection pendant 10 secondes.
  - Retirer toujours l'aiguille du stylo après injection et l'éliminer immédiatement dans un collecteur DASRI

Fiches outils :  
• STYLOS D'INSULINE JETABLES (VOIE S.C.) : BIEN LES IDENTIFIER POUR NE PAS SE TROMPER  
• FOCUS SUR « LES INSULINES »  
• COMMENT SÉCURISER LE TRANSPORT ET LE STOCKAGE DES INSULINES ?  
• BON USAGE DES INSULINES : QUE FAIRE SI LE STYLO À INSULINE SE BLOQUE ?

Cliquez sur les logos des Omédits







Structure  
Régionale  
d'Appui  
RSQR Hauts-de-France



WOOCLAP s'arrête mais restez  
avec nous ...  
LES ÉCHANGES CONTINUENT

➤ 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 :

The collage features several screenshots from the Omedit website:

- Top Left:** A banner for "Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique" with the Omedit Normandie logo and navigation links.
- Top Right:** A green callout box with the text "AFFICHES FICHES MÉDICAMENTS E-LEARNING".
- Center:** A screenshot of the "OMÉDIT Bretagne" website showing a search for "GAZ À USAGE MÉDICAL". It lists "NEVER EVENT GAZ À USAGE MÉDICAL : OUTILS PROPOSÉS PAR L'OMÉDIT" with categories like COVID-19, Anti-cancéreux, and Anti-infectieux. A video thumbnail titled "Monter/Démonter un manodétendeur sur une bouteille de gaz" is highlighted.
- Bottom Left:** A red "NEVER EVENTS" sign and a list of error types: "1. Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments", "2. Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable", "3. Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles les...", "4. Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie...", "5. Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie..."
- Bottom Right:** A screenshot of search results for "Les événements 'qui ne devraient jamais arriver' (Never Events)", listing various medication-related errors and associated e-learning modules.

**LES OUTILS DES OMÉDITS**

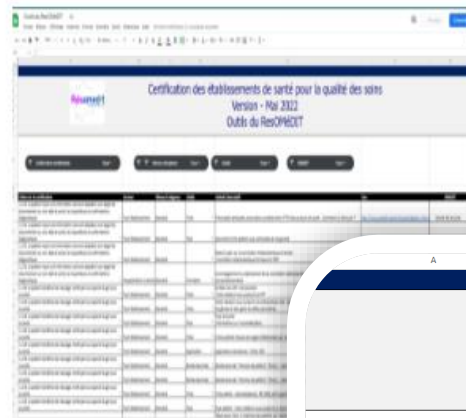


## Outil GoogleSheet RESOMEDIT dédié à la PECM - Certification

L'Outil GoogleSheet du Résomédit dédié aux OUTILS PECM dans le cadre de la CERTIFICATION est désormais disponible

Vous trouverez l'accès à l'outil en cliquant sur l'image ci contre ->

- Constitué de 3 onglets
  - Notice
  - OUTIL à filtrer
  - Critères PECM
- Il est téléchargeable au besoin par l'établissement s'il souhaite une copie locale en excel – Vous trouverez un petit tutoriel disponible ci dessous en PDF.
- Les établissements sont toutefois invités à consulter régulièrement la version en ligne afin de disposer de la version la plus actualisée



Certification des établissements de santé pour la qualité des soins Version - Novembre 2022 Outils du ResOMÉDIT						
Titre de la certification	Secteur	Niveau d'exigence	Outils	Intitulé /descriptif	Lien	OMÉDIT
3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	Tout l'établissement	Standard	Fiche	Fiches Situation & Médicaments à Risque en Psychiatrie Episode 1 : Parcours soin & Médicaments à action prolongée	<a href="https://www.omeditbretagne.fr/activites-et-thema">https://www.omeditbretagne.fr/activites-et-thema</a>	Bretagne
	Ambulatoire	Standard	Grille	Pour chaque médicament "never events": - Grilles d'auto évaluation	<a href="https://www.omeditbretagne.fr/never-events-2/">https://www.omeditbretagne.fr/never-events-2/</a>	Bretagne
3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	Tout l'établissement	Standard	E-learning	Pour chaque médicament "never events": - e learning	<a href="https://www.omeditbretagne.fr/never-events-2/">https://www.omeditbretagne.fr/never-events-2/</a>	Bretagne
	Tout l'établissement	Standard	Site Internet	Pour chaque médicament "never events": - Synthèses des mesures barrières	<a href="https://www.omeditbretagne.fr/never-events-2/">https://www.omeditbretagne.fr/never-events-2/</a>	Bretagne
3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	Tout l'établissement	Impératif	Video	Outil de formation et sensibilisation sur les never events : analyse de scenario	<a href="https://www.omeditbretagne.fr/boite-a-outil-quali">https://www.omeditbretagne.fr/boite-a-outil-quali</a>	Bretagne

### Outil Résomédit

- Constitué de 3 onglets :
  - Notice
  - OUTIL à filtrer
  - Critères PECM
- Utilisation de filtre multiple
  - > sinon CTRL+F

➤ 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

**Ça peut aussi vous arriver**

MESURER & AMÉLIORER LA QUALITÉ

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

Lien [Page](#) dédiée OMEDIT



Structure  
Régionale  
d'Appui  
RSQR Hauts-de-France



MERCI POUR VOTRE  
ATTENTION



# Contacts

---



[ars-hdf-dos-omedit@ars-hdf.fr](mailto:ars-hdf-dos-omedit@ars-hdf.fr)

Secrétariat : 03 62 72 78 71



[contact@rsqr-hdf.com](mailto:contact@rsqr-hdf.com)



# Préparer la **Semaine Sécurité Patient Nationale 2023**



La SRA vous propose un rendez-vous quotidien (**webinaire**)

**UN JOUR, UN OUTIL**

**IMPLICATION DES RU DANS  
LA SSP**

**26 SEPT** 

**09 OCT**

**LES INCONTOURNABLES DU  
CREX**

**POURQUOI LE MAR\* EST-IL  
AUSSI MÉCHANT ?**

**10 OCT**

**11 OCT**

**IDENTITOVIGILANCE  
LE BON SOIN, AU BON PATIENT**

**ÉTHIQUE ET CERTIFICATION**

**12 OCT**

**13 OCT**

**MALTRAITANCE  
TÉMOIGNAGES DE PRATIQUES  
PROFESSIONNELLES**

**GÉRER LE CHARIOT D'URGENCE  
ET LES URGENCES VITALES**

**16 OCT** 

**INSCRIPTION GRATUITE**