



UNIVERSITE TOULOUSE III

PAUL SABATIER

FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE : 2016

THESE 2016 / TOU3 / 2078

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Après soutenance du MEMOIRE

Du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement le 4 Octobre 2016

Par Pierre Mignonat

Sécurisation de l'administration des médicaments :
une évaluation des pratiques professionnelles
réalisée au Centre Hospitalier Gérard Marchant

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Laurence BONNET

JURY :

Président

Madame le Professeur Brigitte SALLERIN

1^{ère} assesseur

Monsieur le Maître de conférences Jean GRELLET

2^{ème} assesseur

Madame le Docteur Mylène SEGONDS

3^{ème} assesseur

Madame le Docteur Laurence BONNET



UNIVERSITE TOULOUSE III

PAUL SABATIER

FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE : 2016

THESE 2016 / TOU3 / 2078

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Après soutenance du MEMOIRE

Du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement le 4 Octobre 2016

Par Pierre Mignonat

Sécurisation de l'administration des médicaments :
une évaluation des pratiques professionnelles
réalisée au Centre Hospitalier Gérard Marchant

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Laurence BONNET

JURY :

Président	Madame le Professeur Brigitte SALLERIN
1 ^{ère} assesseur	Monsieur le Maître de conférences Jean GRELLET
2 ^{ème} assesseur	Madame le Docteur Mylène SEGONDS
3 ^{ème} assesseur	Madame le Docteur Laurence BONNET

PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} octobre 2015

Professeurs Émérites

M. BASTIDE R	Pharmacie Clinique
M. BERNADOU J	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRONG	Physiologie
M. CHAVANT L	Mycologie
Mme FOURASTÉ I	Pharmacognosie
M. MOULIS C	Pharmacognosie
M. ROUGE P	Biologie Cellulaire

Professeurs des Universités

Hospitolo-Universitaires

M. CHATELUT E	Pharmacologie
M. FAVRE G	Biochimie
M. HOUIN G	Pharmacologie
M. PARINI A	Physiologie
M. PASQUIER C (Doyen)	Bactériologie - Virologie
Mme ROQUES C	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A	Pharmacologie
Mme SALLERIN B	Pharmacie Clinique
M. SÉ P	Hématologie
M. VALENTIN A	Parasitologie

Universitaires

Mme BARRE A	Biologie
Mme BAZIARD G	Chimie pharmaceutique
Mme BENDERBOUS S	Mathématiques – Biostat.
M. BENOIST H	Immunologie
Mme BERNARDES-GÉNISSON V	Chimie thérapeutique
Mme COUDERC B	Biochimie
M. CUSSAC D (Vice-Doyen)	Physiologie
Mme DOISNEAU-SIXOU S	Biochimie
M. FABRE N	Pharmacognosie
M. GAIRIN J-E	Pharmacologie
Mme MULLER-STAUTMONT C	Toxicologie - Sémiologie
Mme NEPVEU F	Chimie analytique
M. SALLES B	Toxicologie
M. SÉGUI B	Biologie Cellulaire
M. SOUCHARD J-P	Chimie analytique
Mme TABOULET F	Droit Pharmaceutique
M. VERHAEGHE P	Chimie Thérapeutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. CESTAC P	Pharmacie Clinique	Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme GANDIA-MAILLY P (*)	Pharmacologie	Mme AUTHIER H	Parasitologie
Mme JUILARD-CONDAT B	Droit Pharmaceutique	M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
M. PUISSET F	Pharmacie Clinique	Mme BON C	Biophysique
Mme SÉRONIE-VIVIEN S	Biochimie	M. BOUAJILA J (*)	Chimie analytique
Mme THOMAS F	Pharmacologie	Mme BOUTET E	Toxicologie - Sémiologie
		M. BROUILLET F	Pharmacie Galénique
		Mme CABOU C	Physiologie
		Mme CAZALBOU S (*)	Pharmacie Galénique
		Mme CHAPUY-REGAUD S	Bactériologie - Virologie
		Mme COSTE A (*)	Parasitologie
		M. DELCOURT N	Biochimie
		Mme DERAËVE C	Chimie Thérapeutique
		Mme ÉCHINARD-DOUIN V	Physiologie
		Mme EL GARAH F	Chimie Pharmaceutique
		Mme EL HAGE S	Chimie Pharmaceutique
		Mme FALLONE F	Toxicologie
		Mme FERNANDEZ-VIDAL A	Toxicologie
		Mme GIROD-FULLANA S (*)	Pharmacie Galénique
		Mme HALOVA-LAJOIE B	Chimie Pharmaceutique
		Mme JOUANJUS E	Pharmacologie
		Mme LAJOIE-MAZENC I	Biochimie
		Mme LEFEVRE L	Physiologie
		Mme LE LAMER A-C	Pharmacognosie
		M. LEMARIE A	Biochimie
		M. MARTI G	Pharmacognosie
		Mme MIREY G (*)	Toxicologie
		Mme MONTFERRAN S	Biochimie
		M. OLICHON A	Biochimie
		M. PERE D	Pharmacognosie
		Mme PORTHE G	Immunologie
		Mme REYBIER-VUATTOUX K (*)	Chimie Analytique
		M. SAINTE-MARIE Y	Physiologie
		M. STIGLIANI J-L	Chimie Pharmaceutique
		M. SUDOR J	Chimie Analytique
		Mme TERRISSE A-D	Hématologie
		Mme TOURRETTE A	Pharmacie Galénique
		Mme VANSTEELANDT M	Pharmacognosie
		Mme WHITE-KONING M	Mathématiques

(*) titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires	
Mme COOL C	Physiologie
Mme FONTAN C	Biophysique
Mme KELLER L	Biochimie
Mme PALUDETTO M.N (**)	Chimie thérapeutique
M. PÉRES M.	Immunologie
Mme ROUCH L	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique

(**) Nomination au 1^{er} novembre 2015

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Brigitte Sallerin

Je tiens à vous remercier de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Maître de conférences Jean Grellet

Pour avoir accepté de juger ce travail, pour y avoir apporté votre regard, je vous adresse mes remerciements. Soyez assuré de ma sincère considération.

A Madame le Docteur Mylène Segonds

Tu as accepté de participer au jury de cette thèse. Accepte mes sincères remerciements et trouve ici l'expression de ma considération.

A Madame Le Docteur Laurence Bonnet

Merci d'avoir accepté d'encadrer ma thèse et de m'avoir si bien accompagné. Votre disponibilité, votre écoute, votre dynamisme et vos conseils avisés ont été les moteurs de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de toute ma gratitude.

REMERCIEMENTS

A mes parents, A mes grands-parents

Merci pour votre soutien lors de toutes mes longues années d'études.

A mes sœurs, Cécile et Clémence

Merci pour tout ... à votre tour maintenant. ☺

A mes amis,

Merci à mes vieux amis palois : Philibert, Gaëlle, Florian, Nicolas, Manu.

Merci à tous mes Amis de la fac sans qui ces premières années de pharma n'auraient pas été aussi fun : Hervé Binôme forever, Hélène la franglaise, Carole, Marion, Cléa, Marie, Sarah, Thomas ... et même Marc !

Merci à mes amis de l'internat et mes co-internes pour tous les grands moments de ma vie d'interne : Serri, Guigui, Anne lise, Anne-Sophie, Manu, Amandine, Sarah, MCC, Léa et tous les autres.

Merci à Audrey, ma double Co-interne qui est un peu ma deuxième mère (en moins bien quand même).

Merci à l'équipe du CH marchant pour ce stage très enrichissant : Laurence, Chantal, Mylène, Caroline, Mélanie, Christopher, Cindy, Anne Marie, Corinne, Clémence, Brigitte, Audrey.

Merci à l'équipe du CH de Pau pour ces 2 stages formidables : Jean-Yves, Sylvie, Véronique, Brigitte, Cécile, Vincent et toute l'équipe.

A Panthéa,

بہنہ شکر از شما بچہ گاہ منبرای غنقتو، حظیت خود را ... من شما را دوست دارم سہیل قوی

Table des matières

Table des figures.....	9
Table des tableaux	10
Table des annexes.....	11
Liste des abréviations	12
INTRODUCTION	13
PARTIE I : Organisation du circuit du médicament, risques associés et gestion des risques..	14
I. Le circuit du médicament et les spécificités du CH Marchant.....	15
1. La prescription	16
1.1 Définition	16
1.2 Personnel habilité	16
1.3 Le choix du médicament	16
1.4 Support et formulation de la prescription.....	17
2. La dispensation	18
2.1 Définition	18
2.2 L'analyse pharmaceutique.....	19
2.3 La préparation des doses à administrer (sur étiquetage)	20
2.4 La délivrance des médicaments.....	21
3. Le transport	22
4. L'administration.....	22
4.1 Définition	22
4.2 Personnel habilité	22
4.3 Préparation des piluliers	23
4.4 Les contrôles préalables à l'administration	23
4.5 L'administration et l'information au patient	24
4.6 L'enregistrement de l'administration	25
II. Les risques dans le circuit du médicament et leur gestion.....	26
1. Iatrogénie, évènements indésirables médicamenteux et erreurs médicamenteuses.....	26
1.1 Iatrogénie médicamenteuse	26
1.2 Évènements indésirables	26
1.3 Erreurs médicamenteuses	28
2. La prescription	29

2.1 La prescription médicale	29
2.2 Les interruptions de tâche lors de la prescription.....	29
2.3 La prescription hospitalière à l'entrée et la conciliation médicamenteuse.....	29
2.4 Informatisation de la prescription	30
3. La dispensation	31
3.1 Le risque selon le type de dispensation	31
3.2 La validation pharmaceutique	31
4. L'administration.....	33
4.1 Réflexion sur l'interruption de tâche.....	33
4.2 La préparation des piluliers	34
4.3 Problématique des solutions buvables.....	35
4.4 Écrasement des médicaments.....	36
4.5 Risque pour les médicaments injectables	37
4.6 Administration et contrôle.....	39
4.9 Enregistrement et traçabilité de l'administration	42
PARTIE II : Mise en place d'un audit sur l'administration des médicaments : une évaluation des pratiques professionnelles	43
I. Matériel et méthode.....	44
1. Qu'est-ce qu'un audit ?	44
1.1 Définition	44
1.2 Déroulement théorique d'un audit.....	44
2. La mise en place de l'audit	45
2.1 Contexte et problématique ayant conduit à l'audit.....	45
2.2 Calendrier de l'audit.....	46
2.3 Mise en place institutionnelle.....	48
2.4 Mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles	48
2.5 Constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire	50
2.6 Méthodologie de la rédaction de la grille de l'audit.....	51
2.7 Réunion de mise en place de l'audit.....	53
3. Exécution de l'audit	54
3.1 Organisation lors de l'audit	54
3.2 Déroulement de l'audit.....	55
4. Focus sur le rôle de l'interne en pharmacie lors de l'EPP	55

II. Résultat de l'audit	56
1.1 Organisation générale dans les unités	56
1.2 Préparation avant administration.....	58
1.2.1 Solutions buvables.....	58
1.2.2 Multi-doses hors solutions buvables.....	60
1.3 Contrôle avant administration	61
1.4 Administration proprement dite	63
1.5 Enregistrement de l'administration	64
1.6 Item déclaratif de l'audit	65
1.6.1 Gestion des risques liés à l'administration	65
1.6.2 Préparation des médicaments pour une permission du patient.....	66
2. Axes d'amélioration proposés par le groupe de travail.....	68
3. Communication	69
Partie III. Discussion	73
1. Réflexion sur les interruptions de tâche lors de l'administration des médicaments et solutions pouvant réduire ces interruptions	74
2. Rédaction des bonnes pratiques de préparation et d'administration des formes buvables	76
2.1 Ouverture et péremption des formes buvables	76
2.2 Utilisation des pipettes d'administration des formes buvables	76
2.3 Préparation des solutions buvables à l'avance	77
2.4 Mélange des formes buvables lors de la préparation	78
3. Mise en place d'une culture de l'étiquetage des formes multi-doses non buvables	78
4. Identification des médicaments jusqu'à leur administration par une amélioration de dispensation des formes sèches.....	79
5. Réorganisation de l'accès aux documents d'aide à l'administration	80
6. Augmentation de l'utilisation de l'informatique comme support de vérification de la prescription	81
CONCLUSION	82
Bibliographie	83
Annexes	87

Table des figures

Figure 1 : Le macroprocessus du circuit du médicament ANSM 2011	15
Figure 2 : Exemple de prescription sur Cortexte®.....	18
Figure 3 : Exemple d'analyse pharmaceutique et d'avis pharmaceutique	19
Figure 4 : Plaquette non ré-étiquetée et plaquette ré-étiquetée	20
Figure 5 : Exemple de plan d'administration Cortexte®	24
Figure 6 : Taux d'erreurs selon le type de service de soins	33
Figure 7 : Extrait du tableau d'aide à la bonne utilisation des formes sèches du CH Marchant	37
Figure 8 : « Les 5 B » pour une sécurisation de l'administration	41
Figure 9 : Comparaison d'un ancien pilulier (en bleu) avec un nouveau pilulier (en rouge) ..	46
Figure 10 : Lettre qualité de mars 2016 concernant l'audit sur l'administration des médicaments.....	70
Figure 11 : Lettre qualité de juillet 2016 concernant l'audit sur l'administration des médicaments.....	72
Figure 12 : Exemple de gilet jaune « ne pas déranger »	75
Figure 13 : Exemple d'affichette « ne pas déranger ».....	75
Figure 14 : Gobelet contenant des dispositifs d'administration mélangés (pratique à risque) et flacons associés à leurs dispositifs d'administration correspondants (pratique sécurisée)	77
Figure 15 : Nouvelle organisation de l'intranet hospitalier	80

Table des tableaux

Tableau 1 : Exemple d'erreurs médicamenteuses selon l'étape du circuit du médicament	28
Tableau 2 : Type d'erreurs et leurs taux lors de l'administration des médicaments	39
Tableau 3 : Fiche d'évaluation de l'audit	49
Tableau 4 : Binômes du groupe de travail.....	51
Tableau 5 : Répartition des unités de soins par binômes	54
Tableau 6 : Résultats de l'audit à propos des solutions buvables	58
Tableau 7 : Résultats de l'audit à propos des contrôles avant administration.....	62
Tableau 8 : Résultats de l'audit à propos de la gestion des risques	66
Tableau 9 : Résultats de l'audit à propos de la préparation des traitements pour les permissions patients	67

Table des annexes

Annexe 1 : Résultats détaillés de l’audit « sécurisation de l’administration des médicaments » Avril 2016	87
Annexe 2 : Recommandations en matière d'écrasement des comprimés et d'ouverture des gélules.....	94
Annexe 3 : Lettre qualité du CH Marchant Février 2016	95
Annexe 4 : Lettre qualité du CH Marchant Juillet 2016	97
Annexe 5 : Fiche projet EPP version Août 2016	99
Annexe 6 : Plan d’action du projet EPP version Août 2016	102
Annexe 7 : Formulaire de demande d’EPP commission EPP	104

Liste des abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de la Santé
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CPC : Centre de Post - Cure
COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP : Code de Santé Publique
DNI : Divergence Non Intentionnelle
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIG : Evènement Indésirable Grave
ENEIS : Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins
GDN : Gérard De Nerval
GHS : Groupe Homogène de Séjour
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
NAP : Neuroleptique à Action Prolongée
PAJA : Pavillon d'Admission pour Jeunes Adultes
PPH : Préparateur en Pharmacie Hospitalière
SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique
UCHA : Unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents
UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Le circuit du médicament dans les établissements de santé est un processus complexe et pluridisciplinaire. Il contient de nombreux risques potentiels qu'il est indispensable de réduire au minimum.

La sécurisation de ce circuit du médicament est indispensable pour améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients. L'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 instaure une véritable culture de la qualité du circuit du médicament. Cette sécurisation doit se faire de manière globale sur l'ensemble des étapes.

Lors d'une cartographie des risques conduite en 2013 (selon la méthode Archimed), les risques de l'ensemble du circuit du médicament ont été estimés. Sept points ont été définis comme critiques. Sur ces sept points trois concernaient l'étape d'administration des médicaments :

- la taille insuffisante des piluliers,
- l'absence de consigne de ne pas interrompre le personnel lors de l'administration ou de la préparation des médicaments,
- les médicaments ne sont pas tous en conditionnement unitaire.

L'étape d'administration des médicaments n'est pas complètement sécurisée dans notre centre hospitalier. Pour pouvoir sécuriser cette étape, nous devons identifier les points à risque. Un audit dans l'ensemble de nos unités de soins devrait permettre d'identifier ces risques.

PARTIE I : Organisation du circuit du médicament, risques associés et gestion des risques

I. Le circuit du médicament et les spécificités du CH Marchant

Le circuit du médicament est défini par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) selon les termes suivants : « processus de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient, hospitalisé dans un établissement de santé, résident d'un établissement médico-social ou en soins ambulatoires. Ce processus interdisciplinaire est constitué par les étapes de prescription, de dispensation, d'administration et de suivi thérapeutique, et comprend le traitement de l'information » (1).

Ce circuit est détaillé étape par étape dans la suite de ce travail. Pour chaque étape nous décrirons le circuit classique ainsi que les spécificités et les particularités de notre établissement.

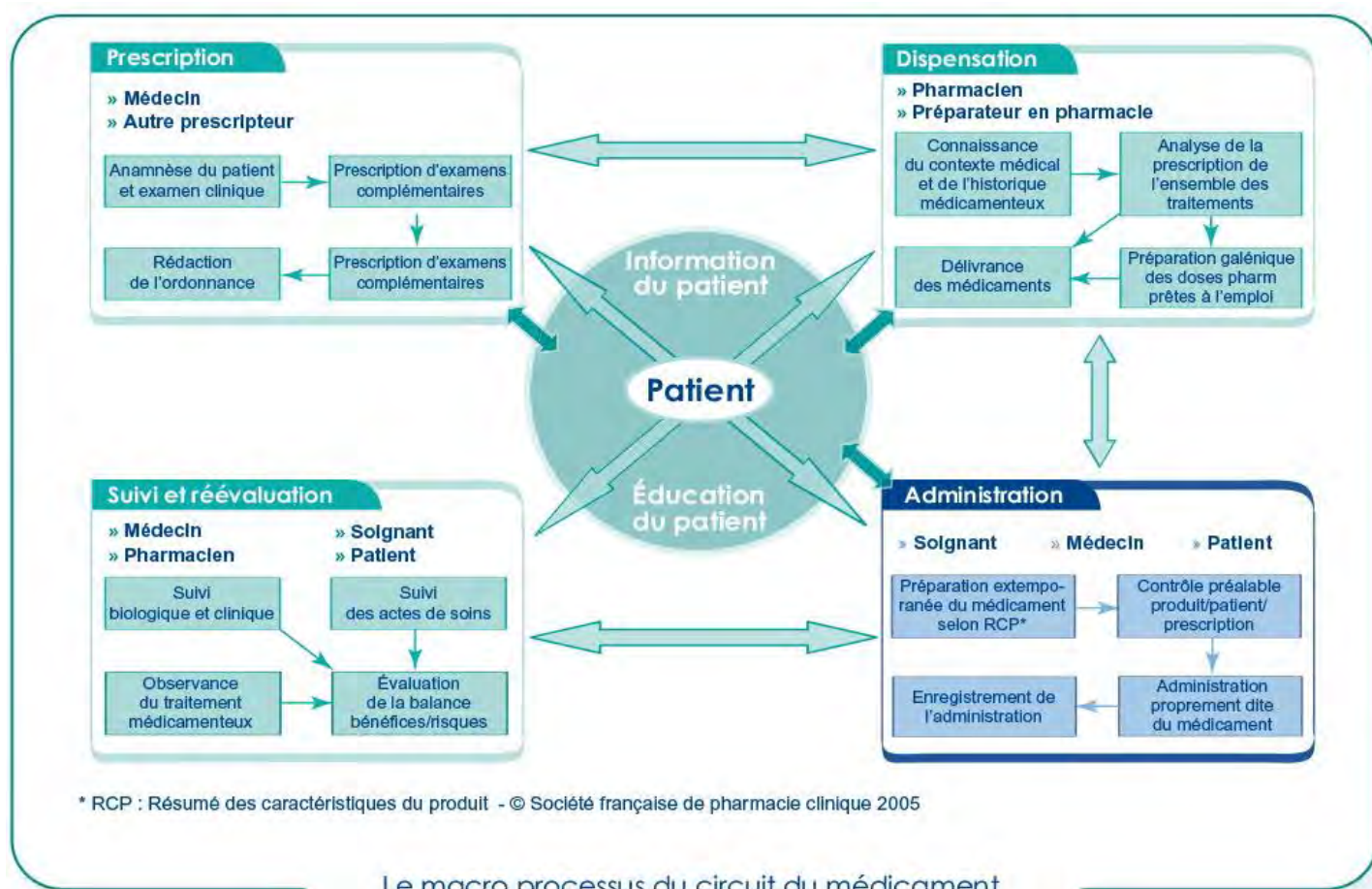


Figure 1 : Le macroprocessus du circuit du médicament ANSM 2011

1. La prescription

1.1 Définition

Elle est définie par la SFPC comme « l'ensemble des activités assurées par un médecin ou un prescripteur habilité et comportant, à partir de la prise en charge d'un patient : l'anamnèse, l'examen clinique, la prescription éventuelle d'examens complémentaires, la décision thérapeutique tenant compte de la balance bénéfices risques, l'information du patient, la rédaction de l'ordonnance et sa communication au patient ou aux soignants. » (2)

1.2 Personnel habilité

Une prescription doit obligatoirement être exécutée par le personnel habilité. Le plus couramment il s'agit d'un docteur en médecine mais les odontologistes, les sages-femmes et les internes ayant reçu délégation sont aussi autorisés à prescrire. (3)

La liste des prescripteurs autorisés doit être transmise au pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'établissement.(3)

1.3 Le choix du médicament

L'article R- 4127-8 du CSP précise les modalités de choix du traitement par le prescripteur :

« Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles » (4)

1.4 Support et formulation de la prescription

Le support de la prescription est l'ordonnance. L'arrêté du 6 avril 2011 énonce les mentions indispensables (5):

- Nom, la qualité, la qualification, le titre ou la spécialité du prescripteur,
- Son identifiant,
- Sa signature,
- La date à laquelle l'ordonnance a été rédigée,
- Le nom de l'établissement ou du service de santé (pour les établissements de santé),
- Les informations concernant le patient (nom et prénom, le sexe, l'âge, sa taille et son poids),
- La dénomination du médicament,
- La posologie,
- Le mode d'emploi,
- La durée de traitement,
- Le nombre éventuel de renouvellements de la prescription.

Le support de la prescription est traditionnellement sur un format papier. La prescription peut être rédigée sous un format informatique sous réserve d'une signature électronique et d'une possibilité d'impression papier.(6)

Au CH Marchant, l'informatisation de la prescription est étendue à toutes les unités de soins. Les médecins rédigent leurs prescriptions sur le logiciel Cortexte®. La figure 2 est un exemple de prescription informatisée sur Cortexte®.

cortexteNet

Analyse phar...

ANALYSE PHARM. 61 KG | 161 CM | 23.53 | CLCREA : ? | S2 BONNAF 02/02 | TOTAL : 6 | Fermer

Médicaments + Ordonnance institution Visu. tableau DCI Tri pr. fixe/SB

Début	Médicaments	Unité	A fixer	Matin	Midi	A-M	Soir	Coucher	Fin	Alertes
29/03/2016 09:51 N.	AMOXICILLINE ARROW 1 g cp pellic dispers amoxicilline * 1 g ; voie orale ; cp dispers - voie orale comprimé pelliculé dispersible	cpr	Tous les jours	1	1		1		04/04/2016 23:59 N.	- i i+ i=
29/03/2016 09:51 N.	DAFALGAN 1 g cp pellic paracétamol * 1 g ; voie orale ; cp - voie orale comprimé pelliculé	cpr	Tous les jours	1	1		1		02/04/2016 23:59 N.	- i i+ i=
25/02/2016 11:18 M.	LOXAPAC 25 mg/ml S buv FI/60ml loxapine * 25 mg/ml ; voie orale ; sol buv - voie orale ⚠ solution buvable	gte	Tous les jours	15			15			- >> i i+ i=
15/09/2015 03:42 S.	RISPERDAL 1 mg/ml S buv FI/120ml+ser rispéridone * 1 mg/ml ; voie orale ; sol buv - voie orale ⚠ solution buvable	mL	Tous les jours				2			- >> i i+ i=
25/02/2016 11:18 M.	LOXAPAC 25 mg/ml S buv FI/60ml loxapine * 25 mg/ml ; voie orale ; sol buv - voie orale ⚠ solution buvable	gte	(15) à fixer (15) à fixer Si besoin							- >> i i+ i=
15/09/2015 03:42 S.	STILNOX 10 mg cp pellic séc zolpidem tartrate * 10 mg ; voie orale ; cp - voie orale , si insomnie ⚠ comprimé pelliculé sécable	cpr	Si besoin					(1)		- >> i i+ i=

Arrêter le fil de discussion.

Histo. Recos Contrôler Durée : 28 jours Imp. ▲ Imp. TT ▲ Valider Val Comm Val Réserv Refuser

Erreur : La cl... Attention médicaments non pris en compte dans les contrôles. Erreurs pendant les contrôles.

Interaction de niveau A prendre en compte décelée pour le patient. Contre-indication : Doublon et incompatibilité : Posologie et durée :

Traitement du 29/03/2016 au 25/04/2016 Signé le 29/03/2016 09:52 par : Médecin.

En attente analyse pharma.

Dernière analyse : ordonnance du 29/02/2016 au 27/03/2016 signée par : Médecin, Validé le 29/02/2016 16:14 par : Biologiste Pharmacien

Figure 2 : Exemple de prescription sur Cortexte®

2. La dispensation

2.1 Définition

La dispensation est, selon le CSP (article R 4235-48), définie comme l'acte pharmaceutique associant à la délivrance des médicaments les points suivants (7) :

- L'analyse pharmaceutique de la prescription,
- La préparation des doses à administrer,
- La mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage.

La dispensation est une mission du pharmacien avec des délégations possibles aux autres personnels de la pharmacie.(3)

2.2 L'analyse pharmaceutique

L'analyse pharmaceutique est la première étape de la dispensation.

Elle vise à vérifier sur un plan réglementaire, la validité de l'ordonnance (vérification des points cités en 1.4) et sur un plan pharmaco-thérapeutique, le pharmacien doit vérifier les points suivants(3):

- posologie,
- mode d'administration,
- incompatibilité,
- redondance de prescription,
- interaction médicamenteuse.

En cas de problème, un avis pharmaceutique doit être envoyé au prescripteur.

Toutes ces étapes sont tracées et conservées dans le logiciel Cortexte®.

Dans notre établissement, l'analyse pharmaceutique est réalisée par les 3 pharmaciens et les 2 internes de pharmacie. L'analyse est faite sur le logiciel Cortexte®.

Ci-dessous un exemple d'une intervention pharmaceutique suite à une contre-indication.

The screenshot displays the Cortexte® software interface. At the top, there are tabs for 'Médicaments', 'Ordonnance institution', 'Visu. tableau', 'DCI', and 'Tri pr. fixe/SB'. Below these, a table lists medications with columns for 'Début', 'Médicaments', 'Unité', 'A fixer', 'Matin', 'Midi', 'A-M', 'Soir', 'Coucher', 'Fin', and 'Alertes'. The table includes entries for GABAPENTINE ARROW 400 mg gél, HALDOL 5 mg Cpr B/30, LAMOTRIGINE ARROW 100 mg Cpr disp Plq/30, NEULEPTIL 10 mg Gél 1Plq/50, DAFALGAN 1 g cp pellic, DOMPERIDONE ARROW 10 mg cp pellic, STILNOX 10 mg cp pellic séc, and DIAZEPAM RENAUDIN 10 mg/2 ml S inj 100Amp/2ml. A red box highlights the entry for DOMPERIDONE ARROW 10 mg cp pellic, indicating a contraindication with HALDOL. Below the table, there are buttons for 'Histo.', 'Recos', 'Contrôler', and 'Durée : 28 jours'. At the bottom, a message states: 'Erreur : La cla... Attention médicaments non pris en compte dans les contrôles. Erreurs pendant les contrôles. Interaction de niveau 2 Contres-indications décelée pour le patient. Contre-indication : Doublon et incompatibilité : Posologie et durée :'. A red box highlights the message: 'Validé avec réserve le 29/03/2016 11:13 par Biologiste Pharmacien Accès au fil de discussion Avis: Contre indication entre Haldol et Domperidone, risque de torsades de pointe.'

Figure 3 : Exemple d'analyse pharmaceutique et d'avis pharmaceutique

2.3 La préparation des doses à administrer (sur étiquetage)

Dans notre établissement, il est nécessaire de sur-étiqueter les contenants primaires (blisters) de certains médicaments.

En effet, dans de nombreux cas, le contenant primaire conçu par le laboratoire ne permet pas le découpage unitaire des formes sèches sans perdre une identification complète (nom du médicament, date de péremption et numéro de lot). Il y a donc nécessité d'un travail de ré-étiquetage du contenant primaire par le personnel de la pharmacie. Ce travail consiste à utiliser un logiciel contenant une base de données permettant d'éditer des étiquettes. Elles sont ensuite collées sur le contenant primaire.

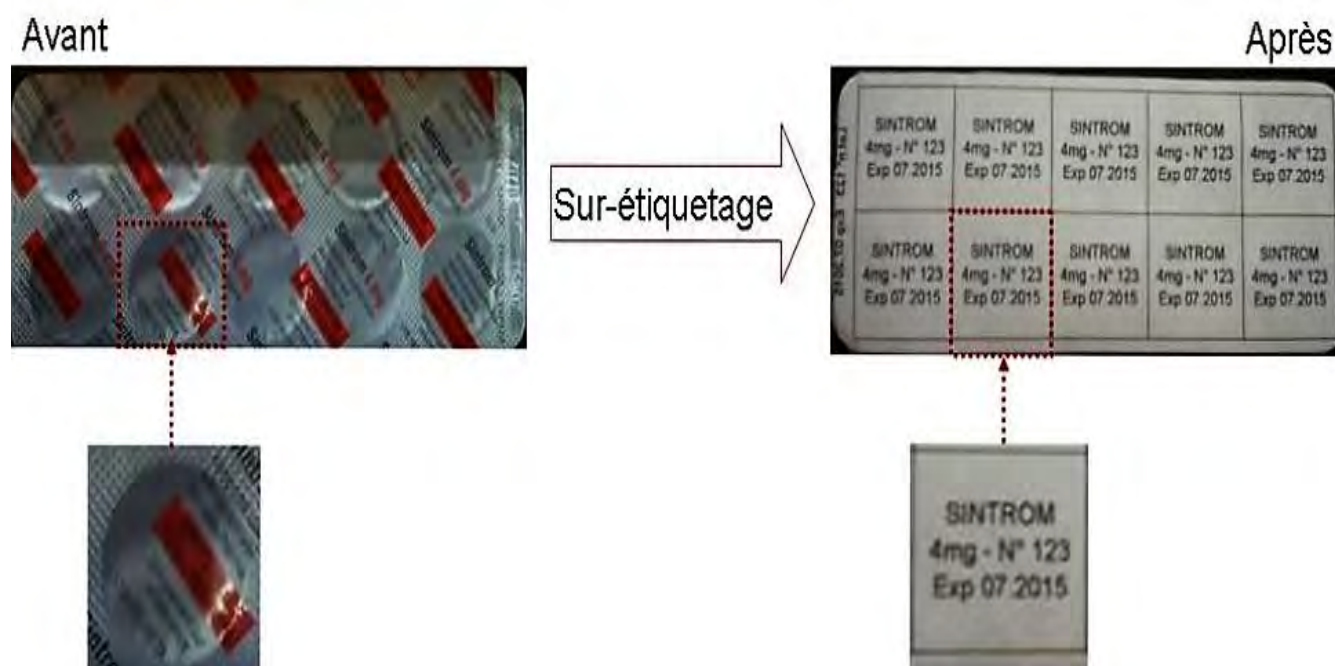


Figure 4 : Plaquette non ré-étiquetée et plaquette ré-étiquetée

Les formes sèches sortant de la pharmacie sont donc toutes identifiables, même quand elles sont découpées de façon unitaire.

2.4 La délivrance des médicaments

La délivrance est la mise à disposition des spécialités prescrites, dans un délai adapté, aux unités de soins. (3)

La délivrance peut se faire selon plusieurs modalités :

- délivrance globale : à partir d'une commande faite par le service. Il n'y a pas d'adéquation entre la commande et les ordonnances des patients.
- délivrance globalisée : à partir des ordonnances du service, une commande de médicaments est calculée. Les médicaments sont envoyés de manière globale sans distinction entre les patients.
- délivrance nominative : à partir des ordonnances du service, les médicaments sont délivrés pour chaque patient.

Des modalités de délivrance particulières existent pour certains groupes de médicaments : stupéfiants, cytotoxiques, médicaments dérivés du sang, médicaments hors GHS, ATU, ...

Au CH Marchant, la délivrance se fait de manière nominative bihebdomadaire pour les unités d'admissions ou hebdomadaire pour les unités de suites.

Pour chaque unité de soins, le préparateur en pharmacie utilise une requête sur Cortexte® pour calculer des quantités nécessaires au picking. Il obtient un listing global des quantités et un listing des médicaments par patient.

Sur notre établissement il existe un triple approvisionnement :

- la délivrance nominative : le PPH approvisionne les casiers patients avec les quantités nécessaires jusqu'à la prochaine délivrance,
- la délivrance par dotation : pour les médicaments de consommation courante, le service a une dotation. Cette dotation est réalimentée au même moment que la délivrance nominative selon les demandes faites par le service grâce au logiciel de commande E-magh 2 « demandes de services »,
- pour les demandes ne pouvant pas attendre la prochaine délivrance et pour l'intégralité des stupéfiants, un IDE de l'unité de soins, ou un aide-soignant (sauf stupéfiants), se déplace au guichet de la pharmacie. Les médicaments lui sont délivrés après consultation des ordonnances.

Les tiroirs patients et la caisse de dotation, une fois préparés, sont envoyés au service en même temps.

3. Le transport

Le transport des médicaments entre la pharmacie et les unités de soins respecte les règles d'hygiène et de sécurité.

Les conditions essentielles à la bonne qualité du transport sont à prendre en compte :

- les containers de transport doivent être identifiables et scellés,
- maintien de la température et des conditions de conservation (notamment pour les produits stockés au réfrigérateur et les produits sensibles à la lumière),
- transport rapide des produits urgents,
- organisation de la réception dans les unités.

La traçabilité est assurée par la signature du bon de réception par l'IDE (ou Aide-soignant) qui réceptionne.

4. L'administration

4.1 Définition

Selon la SFPC, l'administration correspond à « l'ensemble d'activités assurées par un soignant et comportant, à partir de la prise de connaissance de l'ordonnance : la préparation extemporanée conformément (...), les contrôles préalables (...), l'administration proprement dite du médicament au patient, l'information du patient, l'enregistrement de l'administration ». (2)

4.2 Personnel habilité

L'IDE est l'acteur principal de l'administration des médicaments. Les textes de lois stipulent que l'administration est une responsabilité de l'IDE (8). S'il délègue cette tâche à un autre personnel (étudiant infirmier, aide-soignant), elle reste sous sa responsabilité.(9)

L'administration peut être réalisée par le médecin, même si en pratique courante c'est l'IDE qui assure ce rôle.

4.3 Préparation des piluliers

La préparation des piluliers est une étape critique de l'administration. Dans notre établissement les piluliers sont préparés par les IDE de l'unité de soins.

Elle comporte les étapes suivantes : (10)

- Identification des piluliers pour chaque patient,
- Impression ou consultation du support de préparation → l'ordonnance la plus récente rédigée par le médecin (dans notre cas l'ordonnance Cortexte®) ,
- Répartition dans les piluliers,
- Traçabilité de la préparation des piluliers,
- Contrôle des piluliers.

Au CH Marchant, la cueillette des médicaments se fait, à la pharmacie, durant la dispensation et la répartition dans les piluliers se fait avant l'administration dans l'unité de soins (en général la nuit précédant les administrations). C'est donc un binôme PPH + IDE qui intervient pour la préparation des piluliers.

4.4 Les contrôles préalables à l'administration

Les contrôles sont primordiaux dans l'administration des médicaments.

Les vérifications suivantes sont un préalable à l'administration (11) :

- vérification de la concordance entre la prescription et la préparation (y compris les piluliers),
- vérification pour les préparations injectables et buvables du calcul de dose, de la cohérence des volumes et de l'aspect,
- vérification de l'étiquetage des préparations et des piluliers.

Une fois ces étapes exécutées, l'IDE administre les médicaments.

4.5 L'administration et l'information au patient

L'étape d'administration comporte plusieurs vérifications au « lit du patient » (11):

- Vérification de l'identité du patient,
- Vérification de la cohérence entre l'identité du patient/le nom sur le pilulier/le nom sur la prescription,
- Vérification de l'absence d'allergie.

Après ces ultimes vérifications, l'IDE administre les médicaments.

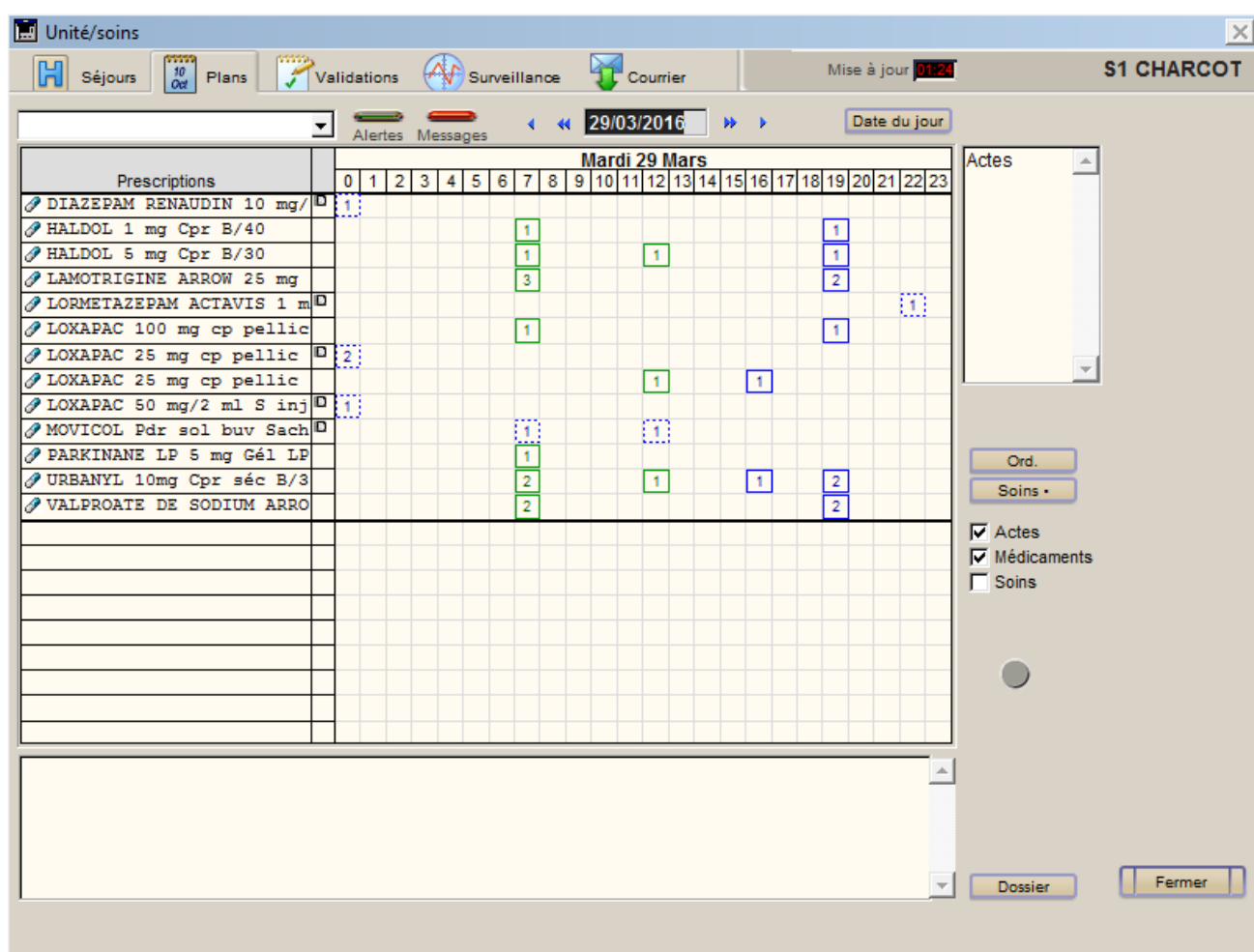


Figure 5 : Exemple de plan d'administration Cortexte®

Le temps de l'administration est mis à profit pour informer le patient sur son traitement (changement de prescription, observance, explication sur les effets indésirables ...)

4.6 L'enregistrement de l'administration

L'enregistrement est fait juste après l'administration. Idéalement il doit être fait en temps réel pour chaque patient (11). Il peut être sous format papier ou informatique.

L'enregistrement comporte :

- le nom du médicament, la forme, la dose, la voie d'administration,
- la date, l'heure,
- pour les injectables, le soluté de perfusion, la durée d'injection,
- l'identification de la personne administrant.

Tous les incidents doivent être tracés : les non administrations, les effets indésirables, ...

Dans notre établissement, la traçabilité se fait sous format informatique grâce au le logiciel Cortexte®.

II. Les risques dans le circuit du médicament et leur gestion

1. Iatrogénie, événements indésirables médicamenteux et erreurs médicamenteuses

1.1 Iatrogénie médicamenteuse

La iatrogénie est définie par la SFPC par « toute conséquence indésirable ou négative sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel de santé et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé »(2). Elle concerne l'intégralité des soins apportés par un professionnel de santé à un patient. Dans notre cas nous nous intéresserons plus particulièrement à la iatrogénie médicamenteuse.

1.2 Événements indésirables

La SFPC définit les événements indésirables comme un dommage survenu chez le patient au cours de sa prise en charge. L'événement ne se limite pas aux soins apportés et concerne aussi les conditions de vie du patient dans l'établissement.(2)

Au niveau de la gestion des risques quand on parle d'événements indésirables, on évoque une situation qui s'écarte des procédures. Cette situation serait une source d'augmentation du risque.(2)

Nous nous intéresserons en priorité aux événements indésirables médicamenteux qui sont des dommages survenant pour un patient en lien avec sa prise en charge médicamenteuse.

➔ Événement indésirable inévitable

Un événement inévitable est un événement qui survient même si le soin a été mené de manière conforme à la prise en charge. Il ne représente donc pas une priorité dans la prévention des événements indésirables.

➔ Evènement indésirable évitable

Un évènement évitable est un évènement qui ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge. Les évènements indésirables évitables peuvent donc être diminués avec une amélioration de la prise en charge.

➔ Evènement indésirable grave

Evènement ayant provoqué chez le patient des conséquences graves telles que mise en jeu du pronostic vital, décès, séquelles invalidantes. Il existe une échelle de gravité allant de « mineur » à « catastrophique ».

Une étude de grande ampleur a été menée en France : il s'agit de l'Enquête Nationale sur l'Etude des Evènements Indésirables associés aux Soins (ENEIS).

L'étude ENEIS 2004 a montré que les évènements indésirables graves survenus lors d'une hospitalisation pouvaient être estimés à 7,2% (12), dont 37,5% sont considérés comme évitables.

Plus précisément, les EIG associés aux médicaments pouvaient être estimés à 1.3 évènements pour 1000 journées d'hospitalisation. Parmi les 52 évènements indésirables graves répertoriés : (13) (12)

- 36 arrivent dans des conditions d'utilisation normale,
- 16 étaient liés à des défauts de pratique,
- 9 à des utilisations de médicaments inadaptés,
- 7 à des absences de traitement.

Les résultats sont confirmés par une deuxième enquête ENEIS de même méthodologie menée en 2009. (14)

1.3 Erreurs médicamenteuses

Une erreur médicamenteuse est un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait dans la prise en charge médicamenteuse du patient.(2)

Une étude montre que sur 36 établissements américains, il y avait une erreur dans 19% des doses dispensées ou administrées(15). Une immense majorité des erreurs médicamenteuses ne conduit pas à un événement iatrogène médicamenteux, mais dans 1% des cas un événement iatrogène est survenu.(13)

Les erreurs médicamenteuses sont des événements très variables (tableau 1). Elles peuvent avoir lieu sur l'ensemble du circuit du médicament, de la prescription jusqu'au suivi thérapeutique(16).

Etape du circuit du médicament	Types d'erreurs
Prescription	Omission : nom du médicament, forme du médicament, voie d'administration, posologie, dosage, horaire du traitement.
Transcription	Erreur de retranscription : nom, voie, dosage, posologie, omission et rajout de dose non prescrite.
Dispensation	Erreur de médicament, médicament non prescrit, omission de médicament, erreur de dosage.
Administration	Erreur d'administration Omission de doses Erreur de posologie Erreur de médicament Erreur de patient Erreur d'heure de prise Erreur de voie d'administration Non prise en compte des allergies Ajout de dose non autorisé (non prescrite)

Tableau 1 : Exemple d'erreurs médicamenteuses selon l'étape du circuit du médicament

2. La prescription

2.1 La prescription médicale

La prescription est un exercice complexe et comportant des risques certains.

En 2009, le taux d'erreur déclaré à l'Afssaps (actuellement ANSM) concernant la prescription était de 6,9% (17). Sur ces déclarations, les erreurs seraient dues à la méconnaissance des médicaments mais aussi à une mauvaise utilisation du logiciel de prescription. Les taux d'erreur sont cependant très variables selon les sources : on peut retrouver des taux allant jusqu'à 40% (18).

2.2 Les interruptions de tâche lors de la prescription

Une interruption de tâche est un événement externe dont la survenue est imprévisible et nuit à l'attention cognitive du prescripteur(19).

Les interruptions sont chronophages mais avant tout, sont génératrices d'erreur de prescription. Selon plusieurs études, les médecins seraient interrompus entre 6,7 et 10,3 interruptions/heure/médecin.(19) Les quatre sources d'interruptions sont les appels téléphoniques, les discussions, le bruit environnant et les tâches non optimales ou multitâches. Peu d'études concluent sur un lien direct entre les interruptions de tâche et l'erreur de prescription. Cependant ce lien est décrit dans le cas des administrations de médicaments par les infirmiers ; on peut supposer qu'une diminution des interruptions ne pourra être que bénéfique sur la qualité des prescriptions.

2.3 La prescription hospitalière à l'entrée et la conciliation médicamenteuse

Lors de l'admission d'un patient dans une de nos unités de soins, le prescripteur rédige l'ordonnance d'entrée du patient. Une étude menée dans 3 unités d'admissions, montre

qu'une divergence non intentionnelle est retrouvée dans 10% des cas. Il s'agit essentiellement de médicaments de médecine somatique même dans le cas des établissements psychiatriques.

Dans un service de géro-psycho-geriatrie d'un autre établissement, on retrouve dans 76,4 % des cas au moins une divergence non intentionnelle (20) (avec une moyenne de 2,1 DNI par prescription initiale). Il s'agit d'omissions de médicaments dans 76% des cas.

Ce risque d'erreur de prescription à l'entrée est bien réel dans notre établissement. Pour limiter ce risque, la conciliation médicamenteuse a été instaurée à partir de novembre 2015 dans un nombre restreint d'unités. Les premiers résultats montrent un nombre de divergences cohérentes avec les données de la littérature.(21)

2.4 Informatisation de la prescription

Dans notre établissement l'informatisation de la prescription de unités de soins est totale.

L'informatisation de la prescription est une solution pour la sécurisation du circuit. Elle comporte de nombreux avantages sur les points suivants (3):

- une prescription en temps réel : dès qu'un médecin modifie sa prescription l'ensemble des utilisateurs du logiciel (IDE, Pharmaciens, PPH) peut la voir en direct,
- une meilleure traçabilité des prescriptions et une plus grande facilité de consultation,
- une aide à la prescription avec une connexion entre la prescription et les banques de données. Au CH Marchant, le livret du médicament de l'établissement est connecté à la prescription : les médecins peuvent donc voir si les spécialités pharmaceutiques sont disponibles à la pharmacie. La prescription est aussi connectée aux données du Vidal Hoptimal ® : le médecin prescripteur et le pharmacien qui valide peuvent voir les contre-indications entre les médicaments et consulter les monographies.

3. La dispensation

3.1 Le risque selon le type de dispensation

Les erreurs médicamenteuses lors de l'étape de dispensation représentent selon les études 11 à 14 % des erreurs du circuit du médicament.(18)

Nous avons déjà décrit les différents procédés de dispensation : globale, globalisée et nominative.

Les événements iatrogènes médicamenteux seraient de 42% à 58% pour une dispensation globale, tandis qu'avec une dispensation nominative ils seraient de 16% à 38%.(22)

La dispensation nominative permet aussi un gain de temps important pour les IDE. Il est de 30/45 min par 24h et par IDE dans un service de géro-psycho-geriatrie de 20 Lits.(23)

Dans un établissement, le passage sur 28 lits de MCO d'une dispensation globale à une dispensation nominative a fait chuter le taux d'erreur de 10% à 0,3%. Le gain de temps est estimé à 3heures/24h pour 2 IDE et 24 lits. (24)

3.2 La validation pharmaceutique

La validation pharmaceutique est une étape indispensable pour une dispensation médicamenteuse sécurisée. Au CH Marchant, la prescription informatisée permet que l'ensemble des ordonnances soient validées par le pharmacien ou l'interne en pharmacie.

A titre d'exemple, sur la période du 15 juin 2015 au 15 juillet 2015, 105 interventions ont été réalisées pour 87 patients (environ 5,5% des ordonnances totales). Pour chaque intervention, le pharmacien émet un avis pharmaceutique sur la prescription médicale. Sur ces 105 interventions 43 ont donné lieu à des validations avec réserves. Dans une grande majorité des cas (76%), les interventions concernent des médicaments du système nerveux. Sur ces interventions, 64% ont été acceptées par les prescripteurs et 28 (26% des interventions) ont déclenché un changement de prescription.

Les problèmes rencontrés sont :

- des sur dosages (34%),
- des interactions médicamenteuses (12%) essentiellement des interactions augmentant le risque de torsade de pointe,
- des non conformités au livret du médicament (prescription de médicaments hors livret alors qu'une équivalence est disponible au livret),
- des voies et/ou administrations inappropriées (10%), très souvent une absence de date de fin de prescription,
- des médicaments prescrits en systématique alors qu'ils devraient être prescrits en « Si besoin »,
- des non conformités au référentiel ou contre-indications (9%) avec l'absence de date d'arrêt pour les formes orales après la prescription d'antipsychotiques à action prolongée.

Les interventions proposées par le pharmacien sont des adaptations posologiques, des arrêts de médicaments, des optimisations de modalités d'administration et une substitution ou échange en cas de non-conformité avec le livret.

Nos données sont comparables aux autres établissements. Sur un établissement d'Ile de France, 11% des prescriptions ont nécessité une intervention pharmaceutique. Pour 81 interventions pharmaceutiques, il y a eu un changement de traitement dans 26% des cas.(25)

Sur un autre établissement, le taux d'interventions pharmaceutiques est compris entre 6% et 16%.(26)

4. L'administration

Il existe de nombreuses définitions pour l'erreur d'administration. La plus communément admise est qu'une erreur d'administration est tout écart par rapport à l'ordonnance du prescripteur comme elle est inscrite dans le dossier du patient.(27)

Ces erreurs ont des causes multifactorielles et concernent l'intégralité des médicaments administrés.

Ces erreurs auraient un taux d'environ 30% dans la plupart des données de la littérature.(27)

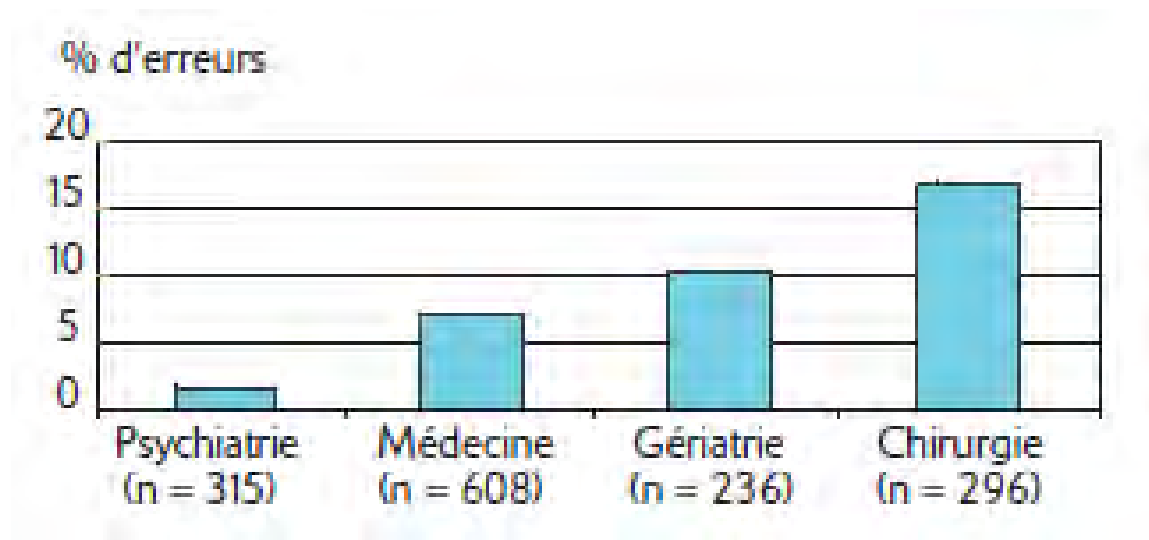


Figure 6 : Taux d'erreurs selon le type de service de soins

4.1 Réflexion sur l'interruption de tâche

L'interruption de tâche est un problème récurrent lors de la préparation et l'administration des médicaments.

Une étude portant sur 98 IDE montre que sur 4271 doses administrées, il y a une interruption de tâche pour 53% des doses administrées. Les interruptions sont corrélées à une augmentation de 13% du risque d'erreurs médicamenteuses et de 12% du risque d'erreurs procédurales (non-respect des procédures ne générant pas systématiquement une erreur médicamenteuse) .(19) (28)

Le risque d'une erreur majeure sans interruption de tâche est de 2%. Avec quatre interruptions, il passe à 5%.

Une autre étude sur 18 IDE montre que les interruptions surviennent dans 66% des cas pendant la préparation des médicaments et dans 34% des cas lors de leur administration.(19) (29)

Le nombre d'interruptions est compris entre 3.5 et 10 par heure et par IDE selon les différentes études.(19) (30) (31) (32)

Dans notre établissement, aucun audit n'a abordé ce sujet pour l'instant. Il serait intéressant d'auditer les pratiques des services sur ce point.

4.2 La préparation des piluliers

Comme vu précédemment, la préparation des piluliers se fait dans les unités de soins dans notre établissement. Les médicaments sont dispensés par la PUI pour quelques jours. Il y a une limitation du risque d'erreur de préparation des piluliers par rapport à une dispensation globale. Ce risque ne peut cependant pas être considéré comme négligeable.

Dans une analyse sur le taux d'erreur des piluliers destinés à des services de psychiatrie, un établissement de santé a recensé 6% de lignes non conformes, soit environ 1 erreur toutes les 26 lignes. (33)

Une expérience sur la préparation des piluliers réalisés par des étudiants en soins infirmiers montre une diversité des erreurs assez importantes :

- Présence d'un médicament périmé (30%),
- Non identification du pilulier (24%),
- Modification de posologie non pris en compte (17%),
- Médicaments sortis de leurs contenants primaires (retirés du blister) (14%),
- Erreur de répartition (9%),
- Médicament manquant (4%),
- Erreur de dosage (1%).

Ces erreurs sont d'autant plus inquiétantes que nous ne connaissons pas les pratiques de nos unités de soins vis-à-vis du double contrôle des piluliers.

Sur un autre établissement, il a été rapporté que 25% des IDE ne faisaient jamais recontrôler leurs préparations de piluliers.(34) On peut légitimement s'interroger sur ces pratiques.

4.3 Problématique des solutions buvables

L'utilisation des solutions buvables en psychiatrie est importante. La sécurisation de l'administration de ces formes est donc un point important pour un CH psychiatrique.

Un certain nombre de règles doivent être suivies pour garantir l'hygiène et la sécurité de ces préparations (35):

- préparer à partir de la prescription non retranscrite (dans notre cas à partir de la prescription Contexte),
- nettoyer et désinfecter le plan de travail,
- préparer le matériel nécessaire : un gobelet par patient et les pipettes correspondantes à chaque médicament,
- ranger les flacons dans un endroit propre et sec à l'abri de la lumière,
- inscrire la date d'ouverture sur le flacon et vérifier la péremption avant utilisation,
- mesurer avec précision la quantité nécessaire avec la pipette correspondante au médicament,
- ne pas dissocier le couple flacon/instrument de mesure,
- laver le matériel après utilisation (instrument de mesure, gobelet, ...),
- ne pas sortir les flacons multi-doses de la salle de soins.

Un des problèmes majeurs de ces formes buvables est l'inversion de l'instrument de mesure (le plus souvent des pipettes) entre deux spécialités n'ayant pas la même concentration. Pour donner un exemple la loxapine 25 mg/ml et la cyamémazine 40 mg/ml ont tous les deux des pipettes graduées en gouttes. Pour une prescription de 50 gouttes de loxapine (= 50 mg) si l'IDE prélève avec une pipette de cyamémazine, elle prélèvera en réalité 1,25 mL de loxapine soit 31.25 mg. L'erreur serait donc de 37.5% de la posologie prescrite.

L'ANSM a fait une campagne de communication sur ce sujet sous le nom « Ne vous mélanger pas les pipettes ». Les conseils sont principalement destinés à un usage ambulatoire mais ils sont aussi valables pour l'usage hospitalier (36):

- Garder le dispositif d'administration dans la boîte du médicament correspondant,
- En cas de perte ou de doute, demander conseil à un professionnel de santé,
- Lire attentivement la notice, cette dernière contient des informations importantes.

4.4 Écrasement des médicaments

Écraser un médicament consiste à broyer ou découper une capsule ou un comprimé, à ouvrir une gélule et à broyer ce qu'elle contient.

Cette définition s'applique également lorsqu'un patient garde son traitement en bouche et le mâche.

L'écrasement des médicaments est un problème courant dans les services de soins. Il concerne particulièrement la gériatrie avec un nombre conséquent de patients ayant des troubles de la déglutition.

Dans étude a prouvé que 42% des médicaments ne devraient pas être écrasés (forme galénique non conçue pour être broyée).(37)

Sur cette même étude, dans des unités de soins gériatriques (EHPAD, USLD...) 32% des patients étaient concernés par le broyage d'une partie de leur traitement. Lorsqu'il y avait broyage, dans 74% des cas, tous les médicaments étaient broyés ensemble sans prévenir le médecin prescripteur.(37)

Un audit sur les écrasements de médicaments pour des patients avec une sonde de nutrition entérale démontre la sous-utilisation des formes alternatives (forme buvable, orodispersible, soluble) permettant d'éviter l'écrasement. En effet, ces formes ne sont utilisées que dans 34% des cas alors qu'elles sont disponibles pour 57% des médicaments.(38)

Cette situation, bien que rare, est sûrement possible dans notre établissement. Il y a un service de long séjour gériatrique (USLD), où les troubles de la déglutition sont fréquents.

Pour limiter le risque, des outils et des consignes ont été mis en place au sein de notre CH :

- substituer des formes équivalentes aux comprimés et aux gélules permet d'éviter ces situations,

- favoriser l'introduction au livret des médicaments de formes oro-dispersibles et de formes buvables réduit le problème de manière importante. Ces formes solubles, liquides ou dispersibles sont disponibles pour 57% des médicaments(38),
- consulter, dans le cas où il n'existe pas de formes adaptées et/ou la substitution est impossible, le document disponible sur l'intranet hospitalier. Il s'agit d'un tableau décrivant les possibilités de broyage, l'ouverture, l'administration par sondes ainsi que des commentaires sur les alternatives. L'IDE peut ainsi déterminer s'il y a possibilité ou non d'écrasement/broyage,

	Ecrasement possible	Ouverture gélule	Administration par sonde naso-gastrique	Commentaires/ Alternative
ABILIFY cpr	non	/	/	utiliser Abilify orodispersible
ACICLOVIR EG cpr	oui	/	oui	utilisation préférable de la forme buvable

Figure 7 : Extrait du tableau d'aide à la bonne utilisation des formes sèches du CH Marchant

- utiliser un matériel adapté à l'écrasement disponible dans les services. Les bonnes pratiques d'écrasement des comprimés sont disponibles dans l'intranet hospitalier,
- se référer au médecin prescripteur ou au pharmacien, dans le cas où l'écrasement/ouverture est impossible. Le médecin réévaluera sa prescription avec une forme adaptée au patient.

4.5 Risque pour les médicaments injectables

Le risque d'erreur de préparation ou d'administration des médicaments injectables conduit parfois à des erreurs très graves. Dans une étude, sur 430 doses observées d'injectables, il y a au moins une erreur dans 49 % des cas. Ces erreurs sont le plus souvent d'un impact clinique modéré (29%) ou mineur (19%) mais dans 1% des cas l'impact clinique est sévère.(39)

Dans une autre étude, 302 erreurs d'administration sont retrouvées, 42% pour non administration dans les délais prévus et 19,5% pour une technique d'administration non adaptée (le plus souvent injection trop rapide).(22)

La gestion du risque des médicaments injectables passe par les mêmes principes de base que les médicaments per os.

Il existe des spécificités propres aux médicaments injectables lors de la préparation et l'administration (40):

- regroupement du matériel (tubulure, seringue, pousse seringue, ...),
- vérification de la voie d'administration (IM, IV, SC),
- reconstitution / dilution avec un éventuel calcul de dose,
- étiquetage si perfusion ou administration avec un pousse seringue,
- Réglage, lors de l'administration, du débit et si besoin des dispositifs d'administration,
- traçabilité classique avec en plus le débit et la dilution.

Dans notre établissement, l'utilisation assez rare des formes injectables (hors NAP) minore le risque d'évènements indésirables.

Les neuroleptiques à action prolongée sont les médicaments les plus à risque dans notre établissement. Des solutions sont déjà en place. Au moment de la dispensation, une procédure particulière est dédiée à ces médicaments :

- validation informatique des ordonnances contenant un NAP par le pharmacien,
- dispensation nominative des produits (il n'y a aucune dotation),
- traçabilité informatique par le PPH via un fichier Excel® pour les NAP les plus coûteux (les NAP des neuroleptiques de 2^{ème} génération),
- traçabilité manuelle par le même PPH lors du picking du produit,
- traçabilité manuelle des administrations par l'IDE sur la « carte de traitement » individuelle pour chaque patient.

Cette procédure permet de limiter les doubles dispensations et donc limite le risque de doubles administrations. La traçabilité de l'administration doit être assurée par l'IDE de l'unité. Ce système n'est toutefois pas totalement efficace sur les doubles administrations :

des événements indésirables de doubles administrations de NAP ont été déclarés par les unités de soins. Les erreurs d'administrations des NAP restent donc un problème dans notre établissement.

Les antipsychotiques par voie injectable sont aussi utilisés pour les situations de crise. Ils sont donc souvent utilisés dans des situations d'urgence. Il est légitime de penser que le risque d'erreur est augmenté dans ces situations.

4.6 Administration et contrôle

Les erreurs d'administration sont très variables selon les études. De nombreuses données existent dans la bibliographie. Le tableau suivant montre les principaux types d'erreurs ainsi que leur répartition (27) (42)

Types erreurs d'administration	Taux de l'erreur
Erreur d'administration (au total)	7% sur le circuit du médicament
Omission de dose	50%
Erreur de posologie	7,6%
Erreur de médicament	5.7%
Erreur de patient	1.9%
Erreur d'heure de prise	2.7%
Erreur de voie d'administration	1.5%
Non prise en compte des allergies	1.3%
Ajout de dose non autorisé (non prescrite)	9.3%

Tableau 2 : Type d'erreurs et leurs taux lors de l'administration des médicaments

La règle des 5B est un outil simple et rapide, à utiliser juste avant l'administration, permettant de limiter les erreurs, elle comporte 5 items à vérifier par l'IDE administrant les médicaments (11):

Les 5B



- ☒ Je suis certain(e) de l'identité du patient
- ☒ J'ai vérifié la prescription, l'étiquetage du médicament de manière attentive
- ☒ Le dosage est approprié au poids, à la voie, au mode d'administration
- ☒ Le médicament est approprié à la voie prescrite
- ☒ J'ai vérifié la qualité de la voie, l'état psychologique et clinique du patient
- ☒ J'ai correctement programmé la pompe à perfusion
- ☒ J'ai vérifié le plan de soins du patient
- ☒ J'ai informé le patient
- ☒ J'ai tracé l'administration

Avant d'administrer un médicament, vous devez contrôler

MÉMO



❶ Le bon patient

S'assurer que le bon médicament va être administré au bon patient :

- vérifier l'identité du patient lors de chaque administration.
- connaître la procédure en vigueur dans votre établissement en cas d'homonymie.
- utiliser 2 identifiants.
- si l'état du patient le permet, lui demander de se présenter (ses nom, prénom et date de naissance).
- si l'état du patient ne le permet pas, d'autres moyens peuvent être utilisés, comme le bracelet d'identification, la photo dans certains secteurs, etc.

❷ Le bon médicament

S'assurer de donner au bon patient, le médicament prescrit.

- la prescription doit être rédigée pour le bon patient ; elle est lisible et conforme aux exigences réglementaires.
- prendre le temps de **lire de façon attentive l'étiquette**, notamment lors des 3 vérifications successives :
 - au moment de la collecte du médicament dans le stock du service (armoire, chariot, etc.),
 - au moment de la préparation (reconstitution, pilulier),
 - et juste avant de donner le médicament au patient dans sa chambre.

❸ La bonne dose

S'assurer d'administrer la bonne concentration, dilution, dose du médicament prescrit.

- vérifier les calculs de dose réalisés et si besoin faire vérifier par un autre professionnel. L'infirmier(ère) doit connaître les doses « habituelles » des médicaments.
- questionner le prescripteur ou le pharmacien lorsque la dose prescrite diffère de la posologie habituelle.
- la dose prescrite est adaptée au patient (enfant, personne âgée, insuffisant rénal, etc.).
- une attention particulière est portée lors des calculs de dose et de dilution.
- faire une double vérification en cas de doute sur les calculs et systématiquement pour certains médicaments considérés à risque et certains secteurs.

❹ La bonne voie

S'assurer d'utiliser la voie prescrite.

- s'assurer que la voie est appropriée et sécurisée.
- les abréviations sont connues et formalisées dans une fiche d'instruction.
- demander confirmation pour certaines voies très à risque (intrathécale en particulier).

❺ Le bon moment

Certains médicaments sont administrés à certaines heures et fréquences spécifiques.

S'assurer que l'administration est réalisée au bon moment :

- selon les besoins du patient et tenter de concilier « son bon moment » avec les contraintes liées au traitement.
- selon les contraintes pharmacocinétiques propres à chaque médicament.

Figure 8 : « Les 5 B » pour une sécurisation de l'administration

L'objectif d'une bonne administration est de donner au bon patient, le bon médicament à la bonne dose, par la bonne voie et au bon moment.

4.9 Enregistrement et traçabilité de l'administration

L'enregistrement est une étape cruciale dans la qualité de l'administration. Une erreur d'enregistrement pourra générer une double administration, un oubli d'administration.

L'idéal pour sécuriser l'enregistrement de l'administration est de suivre les recommandations :

- Assurer l'enregistrement en temps réel sur le support unique de la prescription (dans notre cas le dossier patient Cortexte®)
- Tous les critères de traçabilité (cités plus haut) doivent être présents
- Tracer les non administrations et les effets indésirables

PARTIE II : Mise en place d'un audit sur l'administration des médicaments : une évaluation des pratiques professionnelles

I. Matériel et méthode

1. Qu'est-ce qu'un audit ?

1.1 Définition

Le principe de l'audit est de mesurer les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue (recommandations professionnelles) (43).

Ce référentiel d'évaluation doit être issu de données validées récentes et tenir compte de la réglementation.

L'audit peut porter sur l'ensemble d'un processus (ex : le circuit du médicament), une partie de ce processus (ex : l'administration des médicaments), un thème transversal (ex : le dossier patient) ou une organisation.

1.2 Déroulement théorique d'un audit

Un audit se déroule selon plusieurs étapes : (44)

- choix du thème : dans notre cas les résultats d'un audit plus large et antérieur sur le circuit du médicament, nous ont conduit à auditer l'étape d'administration des médicaments (voir « contexte et problématique ayant conduit à l'audit »),
- choix des critères d'évaluation (aussi appelés indicateurs) : ils doivent correspondre à un nombre limité d'objectifs d'amélioration. La difficulté est de se restreindre dans les critères pour rendre l'audit faisable, tout en sélectionnant les critères évaluant les risques les plus importants. (Voir « rédaction de la grille d'audit »),
- réalisation du premier audit et analyse des résultats,
- mise en place d'actions d'amélioration. Ces actions doivent être concrètes, faisables et organisées,
- réévaluation des pratiques avec un 2^{ème} audit. Son intérêt est donc de constater l'efficacité (ou l'échec) des actions correctives.

2. La mise en place de l'audit

2.1 Contexte et problématique ayant conduit à l'audit

Cet audit s'intègre dans un contexte d'amélioration de la qualité du circuit du médicament à l'hôpital Marchant. Pour bien cerner la problématique du circuit du médicament dans notre établissement, il faut revenir sur la cartographie des risques Archimed® conduite en 2013.

Une cartographie des risques est une recherche de l'ensemble des risques a priori (risque pouvant arriver) sur un processus. En 2013, nous avons identifié 7 points critiques pour la sécurisation du circuit du médicament :

- l'absence de procédures dégradées en cas de panne informatique,
- les conditions de prescriptions junior et protocoles de prescriptions conditionnelles,
- l'absence de sensibilisation/formation de l'ensemble du personnel soignant et des médecins à l'intérêt de déclarer les erreurs médicamenteuses,
- le principe de rangement des armoires à pharmacie dans les unités de soins ne permet pas toujours d'éviter les confusions,
- les piluliers ne conviennent pas à la pratique de nos unités de soins (trop petits),
- il n'existe pas de consigne de ne pas déranger un IDE qui prépare les médicaments,
- les médicaments ne sont pas tous en conditionnement unitaire.

Les solutions pour diminuer les cinq autres risques ont été travaillées.

Au cours de l'étape d'administration des médicaments, deux risques sont identifiés comme « inacceptables » : les piluliers non adaptés à nos pratiques et l'absence de consigne de ne pas déranger les IDE lors de la préparation des médicaments.

Ces deux risques « inacceptables », bien réels dans notre circuit, peuvent générer des erreurs d'administration et avoir de lourdes conséquences sur les patients.

Dans un premier temps, le risque associé aux piluliers non adaptés a été géré par l'achat de nouveaux piluliers de taille plus importante. Ce nouveau matériel semble convenir aux unités de soins utilisatrices.

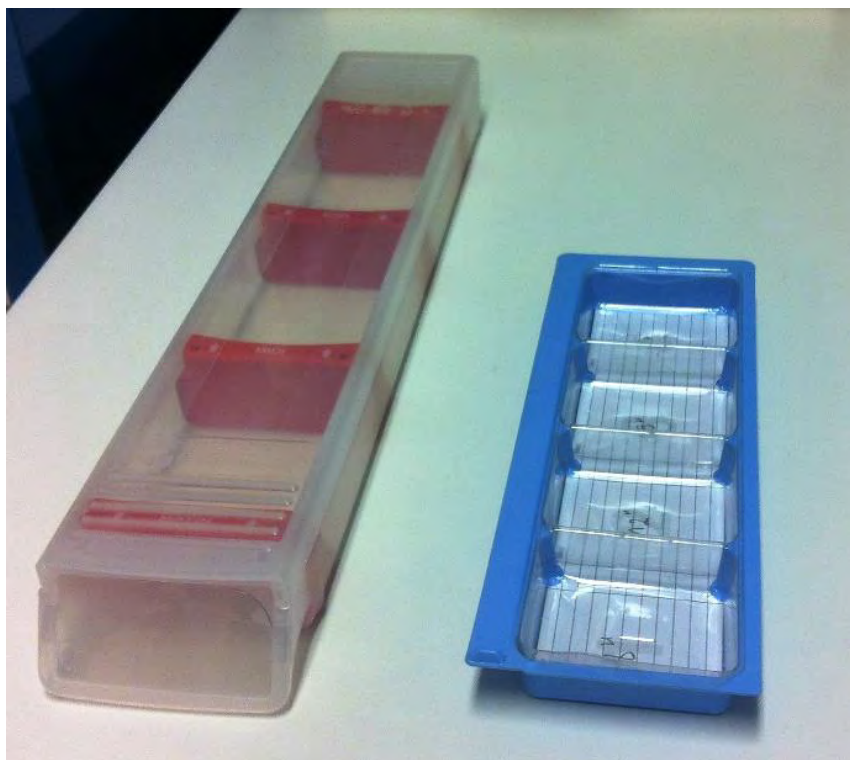


Figure 9 : Comparaison d'un ancien pilulier (en bleu) avec un nouveau pilulier (en rouge)

L'absence de consigne de ne pas déranger les IDE lors de la préparation des médicaments n'a pas encore été travaillée. Ceci est à améliorer pour diminuer le risque lors de cette préparation.

Ce contexte nous a donc conduit à la réalisation d'un audit concernant l'administration des médicaments.

2.2 Calendrier de l'audit

Le plan d'action décrit les différentes étapes de l'audit, dates de réalisation, les commentaires et l'état d'avancement :

Plan d'actions du projet			
Etapes de projet	Date de réalisation	Commentaires	Avancement en %
Choix du thème – Argumentaire	Novembre 2015	Fréquence – Marge d'amélioration - Faisabilité	100%
Repérage des acteurs	Janvier 2016	Mise en place de l'équipe projet	100%
1ere réunion de lancement	25/01/2016	Définition des objectifs Choix des référentiels Formalisation de la fiche projet	100%
2eme réunion	17/02/2016	Elaboration des outils, guides	100%
1ere maquette de la grille d'audit	Février 2016	Service qualité – logiciel Sphinx	100%
Test des outils	Février- mars 2016	Sur un échantillon réduit, avec 2 binômes sur un service pour chaque binôme	100%
3 ^{ème} réunion	14 mars 2016	Validation de la méthode et des outils, organisation de l'audit	100%
Communication du projet	Février 2016	Lettre qualité	100%
Recueil des données sur le terrain	Mars-avril 2016	A l'aide de la grille de recueil	100%
Saisie des résultats	avril 2016	Service qualité - Sphinx	100%
4 ^{ème} réunion de travail	13 mai 2016	Analyse des résultats Elaboration du plan d'action	100 %
Validation du plan d'action	17 juin	Commission EPP	Oui
Communication des résultats et du plan d'action	3 ^{ème} trimestre 2016	Réunion cadres supérieurs + envoi des résultats par service à chaque chef de pôle et cadre associé + CSIRMT + réunion des cadres + réunion référents PUI + CME + COMEDIMS + Lettre Qualité	OK le 3 mai. service Qté le 19 mai 23/09/16 09/09/16 04/07/16 29/09/16 23/06/16 Juillet 2016
Mise en œuvre du PAQ	3 ^{ème} et 4 ^{ème} trimestre 2016	Par les acteurs concernés	
5 ^{ème} réunion de travail		Organiser le 2 ^{ème} cycle d'évaluation de l'audit.	
Communication du projet		En lien avec service communication et service qualité	

Recueil des données sur le terrain		A l'aide de la grille de recueil	
Saisie des résultats		Service qualité - Sphinx	
6 ^{ème} réunion de travail		Analyse des résultats Décision du devenir ultérieur de l'audit : - Clôture - Suivi indicateur - Poursuite 3 ^{ème} cycle	
Communication du projet		En lien avec service communication et service qualité	

2.3 Mise en place institutionnelle

Cet audit a été accepté par le comité d'évaluation et d'audit, puis présenté :

- CME (commission médicale d'établissement) : présentation du projet en décembre 2015.
- réunion des cadres supérieurs : présentation effectuée en novembre 2015
- Copil qualité de l'établissement : présentation effectuée en janvier 2016
- CSIRMT : présentation effectuée en novembre 2015

2.4 Mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles

Cet audit rentre dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles. Nous avons fait une demande EPP par l'intermédiaire de la fiche projet. L'intérêt d'intégrer notre audit dans une évaluation des pratiques professionnelles est de structurer un cadre réglementaire et institutionnel. Notre audit ne sera pas qu'un simple questionnaire sur l'étape d'administration des médicaments. Il s'inscrira dans un processus entier (l'EPP) qui est indispensable à la réalisation de notre objectif final : sécuriser l'administration dans les unités de soins

La commission EPP a validé notre demande EPP.

Nom de l'EPP demandée	Amélioration des conditions d'administration des médicaments
Nom et fonction du demandeur	Nom : Bonnet Laurence / Fonction : Responsable du management de la prise en charge médicamenteuse / Service : Pharmacie Demande validée en commission EPP : OUI ☒ NON ☐ le 18/03
Le contexte de la demande	Suite à la cartographie des risques avec l'outil Archimed en 2013, un des axes d'amélioration encore non exploré concerne la partie « administration » du circuit du médicament
La marge d'amélioration probable	Meilleures conditions d'administration afin de diminuer le risque d'erreurs d'administration des médicaments
Le périmètre d'investigation souhaité	Unités d'hospitalisation continue, 20 services → admissions, suites, PAJA, Chaurand, USLD, UHSA, UCHA, CPC Maignan, Pont de Bois
Les Objectifs / Les enjeux	Dernière étape du circuit du médicament, l'administration est celle qui constitue la phase la plus sensible car elle est le dernier verrou de sécurité avant le patient
La mesure de criticité de la pratique (entourer la cotation souhaitée)	Gravité potentielle ou réelle pour le patient (G): Critique : événement extrême (décès, séquelle irréversible...) 4 Grave : allongement de la durée d'hospitalisation, séquelles importantes réversibles... 3 Peu grave : impactant peu le patient 2 Sans conséquence : sans réelle conséquence pour le patient 1 Fréquence de l'événement, (F): Très fréquent : 1 fois par semaine 4 Fréquent : De 1 à 4 fois par mois 3 Occasionnel : Moins de 1 fois par mois 2 Rare : Moins d'une fois par an 1 DéTECTABILITÉ et curabilité de l'événement (D): Aucune maîtrise 4 Maîtrise partielle 3 Maîtrise en grande partie 2 Maîtrise totale 1 ⇒ Criticité : $G \times F \times P = 16$ De 1 à 2 = Non critique De 3 à 8 = Peu critique De 9 à 26 = Critique De 27 à 64 = Très critique

Tableau 3 : Fiche d'évaluation de l'audit

Une criticité du processus est calculée. Dans notre cas, la gravité pour le patient est considérée comme « grave », la fréquence est « très fréquent » et la détectabilité est « maîtrise en grande partie ». Ces trois critères nous donnent une criticité dite « critique » avec un score de 24.

2.5 Constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire

Une fois ce projet validé par l'ensemble des commissions, nous avons pu constituer le groupe de travail qui participera à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour constituer ce groupe de travail, un appel au volontariat a été lancé (sous format d'un mail) auprès des cadres des unités de soins.

L'objectif était d'avoir un groupe de travail pluridisciplinaire (IDE, cadre de santé, préparateur en pharmacie hospitalière, interne, ingénieur qualité, pharmacien) pour multiplier les points de vue et les compétences.

Le groupe de travail a été constitué, en formant des binômes de profil différent. Nous avons cherché une complémentarité dans les compétences des binômes.

Chaque binôme devait comporter au moins une personne avec :

- Une compétence d'auditeur,
- Une expérience des unités de soins (cadre de santé ou IDE).

Un binôme devait avoir les autorisations pour entrer dans l'UHSA (service destiné aux patients détenus). Dans notre cas, il s'agissait du binôme 2.

Binôme 1	Bobichon Mélanie (PPH)	Galey Marie-Pierre (IDE Verlaine)
Binôme 2	Bonnet Laurence (pharmacien)	Cardoso Carlos (cadre de santé)
Binôme 3	Levarato Isabelle (IDE VG)	Mignonat Pierre (interne pharmacie)
Binôme 4	Loriato Caroline (cadre pharmacie)	Pouy Nicole (IDE Artaud)
Binôme 5	Texier Nathalie (ingénieur qualité)	Casero Amélie (IDE UHSA B)
Binôme 6	Ybert Magalie (cadre de santé)	Renaud Cécile (IDE Claudel)
Binôme 7	Sensiau Marie Josée (Auditeur cellule qualité)	Satge Stéphanie (IDE Cervantes)

Tableau 4 : Binômes du groupe de travail

« sécurisation de l'administration des médicaments »

En jaune les personnes ayant la compétence « auditeur »

2.6 Méthodologie de la rédaction de la grille de l'audit

La rédaction de la grille de l'audit est une étape clé de notre EPP. Cette grille nous permet une évaluation réelle de nos pratiques et ainsi de détecter les risques principaux. Cette grille ne doit pas être trop longue ce qui rendrait l'exécution laborieuse mais il faut quand même évaluer un maximum de risques pour sécuriser correctement l'étape du circuit du médicament auditée. Un équilibre doit être trouvé pour concilier détection des risques et faisabilité de l'audit.

Pour l'élaboration de cette grille de l'audit, nous nous sommes aidés d'audits réalisés sur le circuit du médicament et l'étape d'administration.

La réalisation des audits sur le circuit du médicament étant assez fréquente dans d'autres établissements français, nous avons sélectionné les plus intéressants.

Une grille d'audit sur l'administration et la préparation des médicaments proposée par l'ARS dans la Région PACA/Corse(45) s'est révélée très utile pour structurer notre grille. D'autres documents nous ont aidé dans la rédaction :

- Une grille d'audit sur le circuit du médicament de QualiLor Santé, (46)
- Le guide d'administration du CH d'Agen, (47)
- Le guide méthodologique pour les évaluations demandées au contrat de bon usage de l'OMEDIT PACA Corse, (48)
- Un rapport sur la sécurité de l'administration des médicaments du réseau qualité des établissements de santé de Franche Comté. (49)

Les recommandations ANSM sur l'administration des médicaments ont été une source très utile pour évaluer les bonnes pratiques d'administration.(11)

La grille de l'audit concerne l'administration des médicaments dans sa globalité : préparation, administration proprement dite, enregistrement, surveillance. Elle est utilisable pour les trois horaires d'administration (matin, midi, soir).

Dans un premier temps, la grille de l'audit concernait la préparation des piluliers et l'administration des médicaments. La partie préparation des piluliers a été abandonnée pour des raisons de faisabilité. En effet, les piluliers sont préparés au cours de la nuit dans les services de soins. L'IDE choisit le moment le plus pratique pour la préparation de ces piluliers de son unité de soins. Il est donc très compliqué de mobiliser un binôme d'auditeurs pour cette tâche au moment précis de la préparation.

Dans notre EPP, nous n'avons pas intégré de manière volontaire d'item concernant les médicaments injectables. Nous avons fait ce choix pour plusieurs raisons :

- les médicaments injectables (hors NAP) sont peu utilisés dans notre établissement. La probabilité d'auditer cette pratique est très faible. Les résultats seraient non représentatifs de nos pratiques,

- les NAP (neuroleptiques à action prolongée) sont couramment utilisés en psychiatrie mais leur administration n'a lieu que tous les 15 à 28 jours. Il serait difficile d'auditer cette administration. Nous avons choisi d'en faire un travail spécifique pour un futur audit.

Les médicaments stupéfiants ont été exclus de cette EPP. Leur administration suit des règles bien particulières et leur traçabilité très stricte garantit une sécurisation du circuit.

De la même manière, les gaz médicaux n'entrent pas dans le cadre de notre EPP.

Un point important a été soulevé en réunion par un des membres du groupe de travail. Dans l'unité de soins où il travaille des cas d'erreurs lors de la préparation des médicaments pour les permissions de sorties (sortie de l'établissement de moins de 48h) ont été observés. Il a donc été décidé de consacrer une partie de la grille de l'audit à des items sur la préparation des sorties pour permission. Pour des raisons pratiques, cette partie de l'audit est déclarative et se fera en questionnant l'IDE qui administre les médicaments le jour de l'audit.

2.7 Réunion de mise en place de l'audit

Réunion du 25/01/2016 :

Présentation du projet au groupe de travail (base Archimed, présentation institutionnelle).

Définition du champ d'application de l'audit → Les zones ouvertes des 20 services d'hospitalisation continue de l'établissement : les unités d'admissions, les unités de suites, PAJA, UHSA, UCHA, Chaurand, CPC Pont de bois, CPC Maignan et USLD.

Réunion du 17/02/2016 :

Élaboration de la grille de l'audit en s'appuyant sur un premier travail fait par l'interne.

Organisation d'une phase de test par 3 binômes (dont 1 n'ayant pas participé à la rédaction de la grille de l'audit) dans 4 unités (PAJA, Verlaine, Charcot et GDN).

Réunion du 14/03/2016 :

Finalisation de la grille de l'audit après les tests dans les unités de soins.

Détermination de la répartition des services entre les binômes (2.1).

Programmation de la période de l'audit du 14/03/2016 au 29/04/2016.

3. Exécution de l'audit

3.1 Organisation lors de l'audit

Chaque binôme se rendra dans 3 unités de soins. La répartition des unités a eu lieu lors de la réunion du 14/03/2015. Les binômes choisissent des unités de soins dans lesquelles ils ne travaillent pas.

Binôme 1	Bobichon Mélanie (PPH)	Galey Marie-Pierre (IDE Verlaine)	Cervantès, Maupassant, PAJA
Binôme 2	Bonnet Laurence (Pharmacien)	Cardoso Carlos (Cadre de santé)	UHSA A et B, CPC Pont de Bois
Binôme 3	Levarato Isabelle (IDE VG)	Mignonat Pierre (Interne pharmacie)	UCHA, Chaurand, Charcot
Binôme 4	Loriato Caroline (Cadre pharmacie)	Pouy Nicole (IDE Artaud)	Van Gogh, Bonnafé, Prigogine
Binôme 5	Texier Nathalie (Ingénieur qualité)	Casero Amélie (IDE UHSA B)	Verlaine, Laborit, GDN
Binôme 6	Ybert Magalie (Cadre de santé)	Renaud Cécile (IDE Claudel)	CPC Maignan, USLD Riser
Binôme 7	Marie-Josée Sensiau (Auditeur cellule qualité)	Satge Stéphanie (IDE Cervantes)	Artaud, Claudel, Dupre

Tableau 5 : Répartition des unités de soins par binômes

Chaque binôme réalise 2 audits par unités de soins (idéalement sur des périodes d'administration différentes).

3.2 Déroulement de l'audit

Le délai pour réaliser ces audits est de 1,5 mois. Pour l'organisation nous avons cherché à être le plus souple possible pour faciliter l'exécution de l'audit. Chaque binôme s'organise pour trouver des dates convenant aux 2 membres et prévient lui-même le service audité. Les cadres des services sont consultés pour déterminer la date avant chaque passage dans une unité.

Une fois la grille de l'audit remplie, le binôme l'envoie au Service qualité qui enregistre les résultats dans un logiciel de compilation automatique des résultats (Sphinx).

4. Focus sur le rôle de l'interne en pharmacie lors de l'EPP

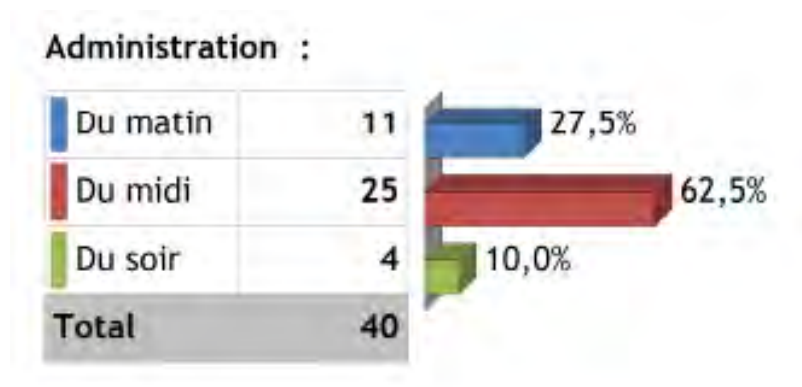
L'interne en pharmacie a joué un rôle moteur important lors de la préparation, du déroulement et de l'analyse de cette EPP :

- Une recherche bibliographique a été faite pour identifier les risques principaux à auditer. Nous avons ciblé les principaux risques potentiels dans notre établissement et donc les problèmes prioritaires à auditer.
- Présentation aux institutions et aux différentes commissions de l'établissement pour une meilleure acceptation du projet.
- Préparation des réunions du groupe de travail avec notamment la sélection des documents les plus utiles au groupe, la gestion administrative des réunions et la rédaction des comptes rendus des réunions.
- Animation active des réunions du groupe de travail.
- Etablissement de propositions pour la grille de l'audit qui ont ensuite été discutées par le groupe de travail.
- Suivi du bon déroulement avec aide aux binômes d'audit si nécessaire
- Analyse des résultats de l'audit.
- Participation aux rédactions des axes de travail lors de la réunion d'analyse des résultats.

II. Résultat de l'audit

Le groupe de travail a audité la totalité des unités de soins initialement prévues. Il y a donc 40 audits au total pour 20 unités.

Les audits devaient concerner les 3 administrations de la journée. La répartition est représentée sur la figure suivante :



1.1 Organisation générale dans les unités

Dans 90% des cas, ce sont les IDE qui administrent les médicaments :

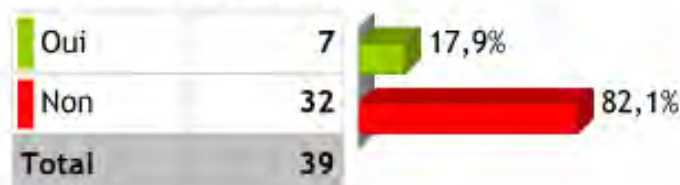


Pour les 10% de cas où l'IDE ne prend pas en charge l'administration, elle est réalisée :

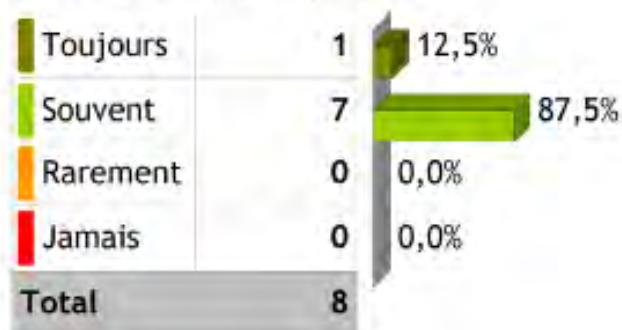
- Dans 2 cas par un élève infirmier sous la surveillance de l'IDE
- Dans 2 cas par le patient lui même

L'existence d'une organisation formalisée pour limiter les interruptions de tâche lors de l'administration n'est retrouvée que dans 17,9 % de cas. Dans les cas où cette organisation est mise en place, elle est respectée :

Une organisation formalisée est mise en place pour éviter de déranger l'IDE :



Si oui, est-t-elle respectée ?



Les moyens observés pour limiter les interruptions sont :

- Les patients sont reçus séparément pour la prise de leurs médicaments avec fermeture de la porte de la pièce,
- Consigne orale de ne pas déranger l'IDE administrant les médicaments,
- Un IDE s'occupe des tâches courantes (demandes des patients, téléphone, ...) permettant qu'un autre IDE administre les traitements.

1.2 Préparation avant administration

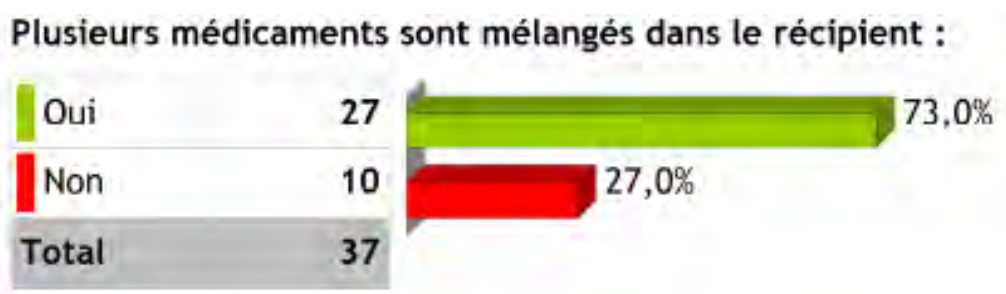
1.2.1 Solutions buvables

	OUI		NON		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
La date d'ouverture est inscrite sur le flacon	9	22.5	31	77.5	40
La durée de validité est vérifiée par rapport à la date d'ouverture	6	15	34	85	40
Le nom du médicament est vérifié sur la pipette	33	84.6	6	15.4	39
Chaque pipette est rangée dans le carton correspondant	13	33.3	26	66.6	39
La même personne administre et prépare les formes buvables	38	97.4	1	2.6	39

Tableau 6 : Résultats de l'audit à propos des solutions buvables

En théorie, les formes buvables doivent être introduites dans un récipient et mélangées avec de l'eau pour administration.

Dans une majorité de cas, les spécialités sont mélangées entre elles (dans quelques cas avec d'autres formes).



Les mélanges se font le plus souvent entre spécialités de psychotropes buvables :

- Neuroleptiques entre eux (8 situations)
- Neuroleptiques et anxiolytiques (9 situations)
- Neuroleptiques et antalgiques (1 situation)
- Neuroleptiques et vitamine B12 (1 situation)
- Neuroleptiques et laxatifs (1 situation)
- Neuroleptiques et médicaments cardiovasculaires (antiagrégant) (2 situations)

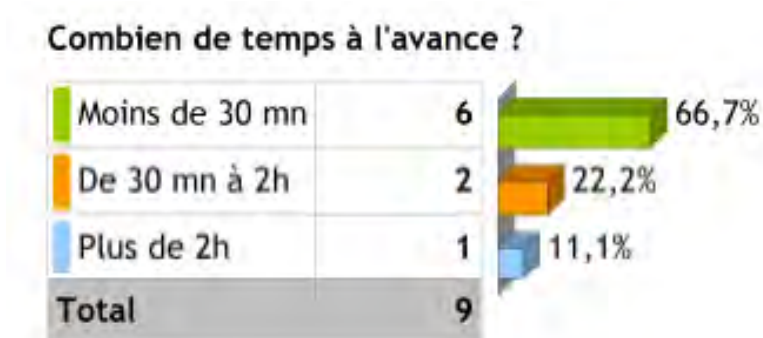
Dans la majorité des cas, les formes buvables sont diluées dans de l'eau.



Dans les cas où les formes buvables ne sont pas mélangées uniquement dans de l'eau, on retrouve :

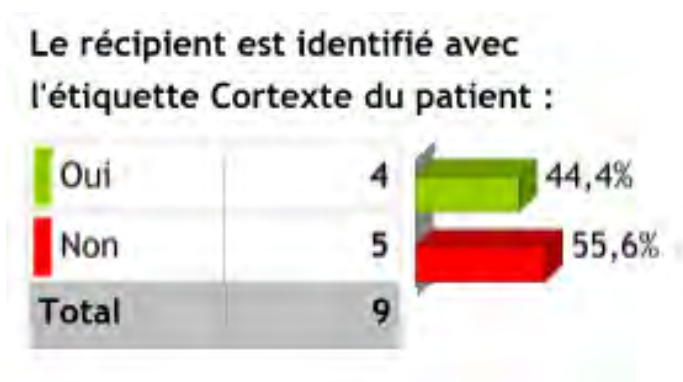
- Un mélange eau et sirop dans 7 cas : la raison principale évoquée est de masquer l'amertume de ces solutions,
- Dans 1 cas, il n'y avait aucune dilution,
- Dans 4 cas, aucune information n'a été inscrite par l'auditeur.

Bien que dans la majorité des unités, les préparations soient faites de manière extemporanée, il existe des cas où la préparation se fait à l'avance. 9 situations se sont présentées dans les 40 audits.

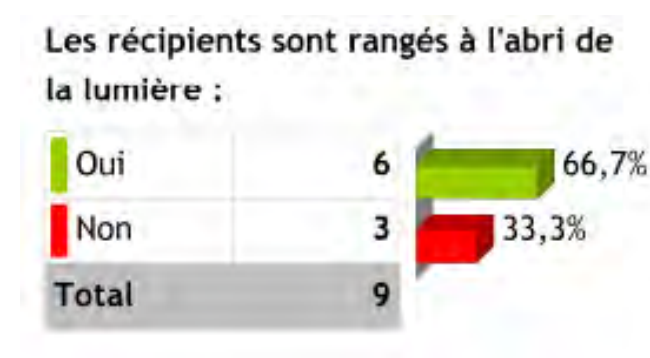


Les préparations sont effectuées, en général, juste avant l'administration et par la personne qui administre. Les préparations à l'avance augmentent le risque d'erreur d'administration et de détérioration du principe actif.

Dans le cas de préparation à l'avance, seulement 44% des préparations sont identifiées avec l'étiquette issue du logiciel Cortexte®. Il existe un risque d'administration d'une préparation d'un patient à un autre patient.



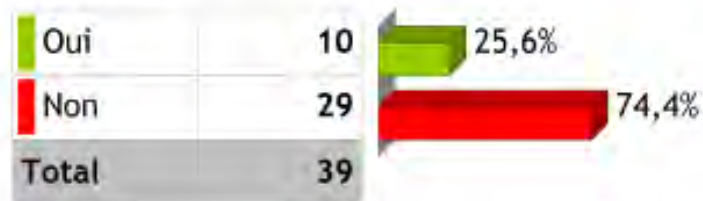
Le risque de détérioration des principes actifs par la lumière est minimisé dans 66,7% des cas.



1.2.2 Multi-doses hors solutions buvables

Les traitements multi-doses (crème, pommade, gel, ...) doivent être nominatifs (une spécialité pour un patient). Dans ce contexte, il est donc indispensable d'identifier les multi-doses (hors solution buvable). Dans nos unités de soins la traçabilité avec l'étiquette patient n'est pas encore une pratique majoritaire avec seulement 25.6% d'identification correcte.

L'étiquette patient est présente sur chaque multidoses :

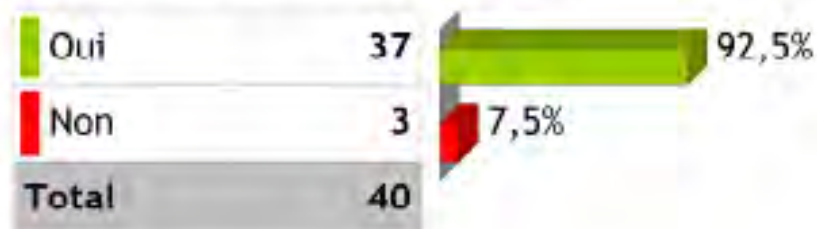


1.3 Contrôle avant administration

Les auditeurs ont éprouvé des difficultés à observer et renseigner les items du contrôle avant administration. La connaissance des patients par l'IDE est difficile à évaluer. De la même manière, il est difficile d'affirmer que l'IDE compare l'identité du patient, le nom inscrit sur le pilulier et le nom sur l'ordonnance (papier et/ou informatique).

Nous constatons que dans une grande majorité d'administrations, les IDE connaissent l'identité de leurs patients (92.5%).

L'IDE connaît tous les patients :



Sur seulement trois audits, l'IDE ne connaissait pas l'identité d'au moins un patient. A chaque fois, il a demandé son nom au patient.

	oui		non		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Le nom du patient est comparé au nom sur le pilulier	36	95%	2	5%	38
Le nom sur l'ordonnance et celui du patient sont comparés	37	92,5%	3	7,5%	40
La vérification est effectuée avec une ordonnance imprimée	30	75%	10	25%	40
La vérification est effectuée à l'écran cortexte	16	40%	24	60%	40

Tableau 7 : Résultats de l'audit à propos des contrôles avant administration

On voit que l'IDE compare (dans 95% des cas) l'identité du patient au nom inscrit sur le pilulier et (dans 92,5 % des cas), l'identité du patient au nom sur l'ordonnance de ce patient.

Les 3 résultats précédents ne sont pas représentatifs des situations réelles, étant donné les difficultés d'observations de ces items par le groupe de travail.

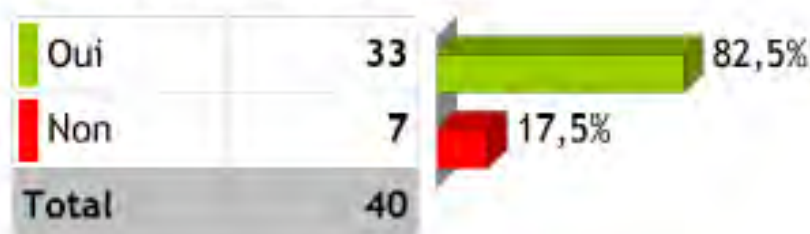
La vérification de l'ordonnance et l'adéquation entre le traitement dans le pilulier et le traitement prescrit se fait le plus souvent (75%) par l'intermédiaire de l'ordonnance papier imprimée à partir de Cortexte®. L'utilisation du support informatique est moins répandue (40%). Il est à noter que certains IDE contrôlent à la fois l'ordonnance imprimée et l'ordonnance informatique (6 cas soit 15%).

1.4 Administration proprement dite

L'administration des médicaments est réalisée en grande majorité avec de l'eau (82,5%). Dans les cas où un autre véhicule est retrouvé, il s'agit majoritairement d'eau avec du sirop

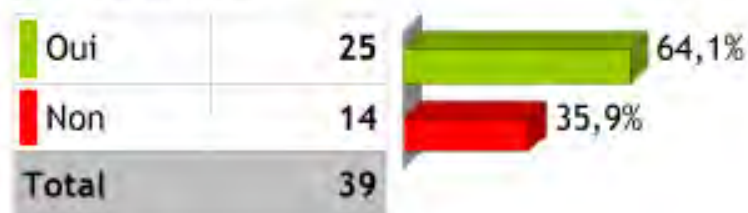
Dans quelques cas les comprimés sont introduits (broyés ou non) dans de purée. L'intérêt est de pouvoir faire ingérer au patient ayant des troubles de la déglutition leurs médicaments, tout en limitant le risque de fausse route.

Le liquide utilisé pour avaler les médicaments est de l'eau :



Les médicaments sont identifiés par leurs contenants primaires (blisters pour les formes sèches). Une fois retiré du blister, le médicament n'est plus identifiable dans sa totalité (DCI, N° de lot, date de péremption). Nous avons 14 cas où l'identification n'est pas totale, essentiellement des comprimés sortis de leurs contenants primaires.

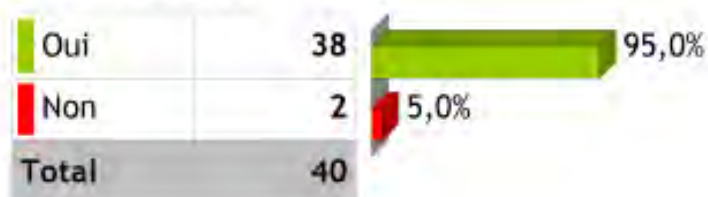
TOUS les médicaments restent identifiables (nom, lot et date de péremption) en totalité jusqu'à la prise :



1.5 Enregistrement de l'administration

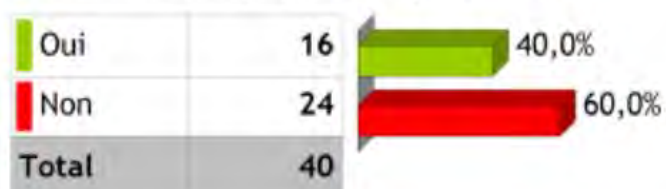
L'enregistrement de l'administration est réalisé dans la 95% des situations par l'IDE ayant administré les médicaments.

L'IDE qui a administré trace l'administration dans Cortexte :

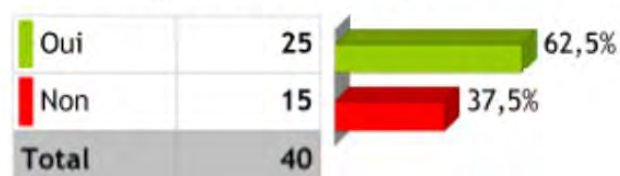


L'enregistrement de l'administration est réalisé dans 40% des cas entre chaque patient. L'IDE prend le temps de valider l'administration dans Cortexte® avant de faire l'administration du prochain patient. Dans 60% des cas, l'IDE s'occupe de l'administration de tous les patients avant de commencer à tracer les administrations dans Cortexte®.

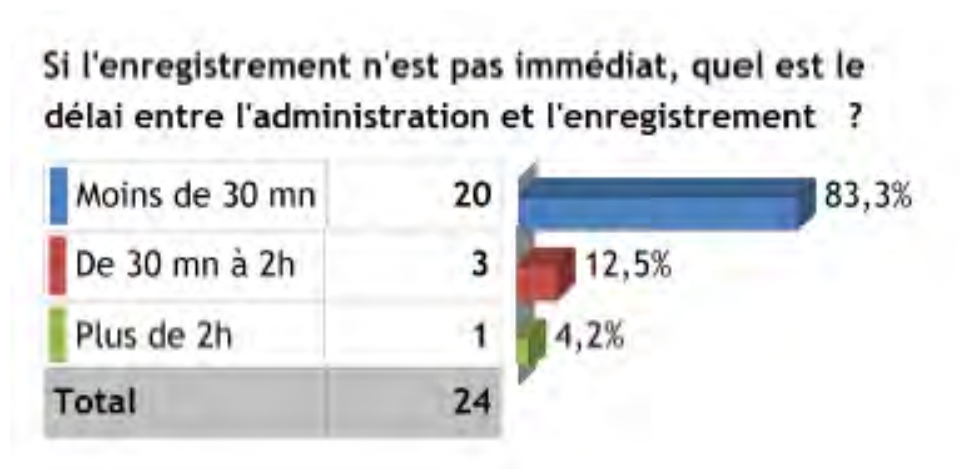
La traçabilité de l'administration se fait immédiatement, après chaque patient :



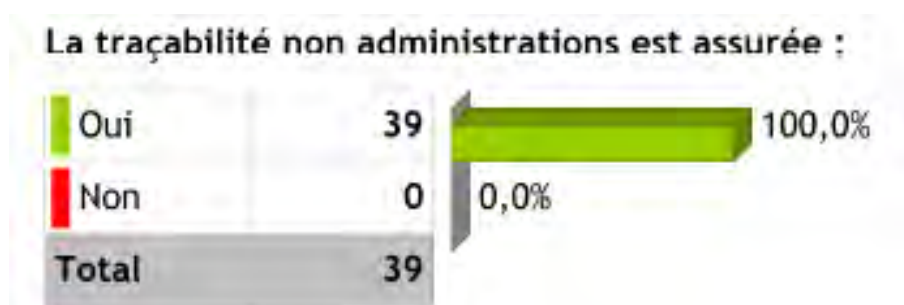
La traçabilité est effectuée après l'administration à tous les patients



Dans les cas où l'enregistrement de l'administration se fait après l'administration des médicaments à tous les patients : elle est faite rapidement après, dans 83,3 % des cas avec un délai de moins de 30 minutes.



Dans toutes les situations, la traçabilité des médicaments non administrés (refus du patient, absence du médicament, ...) est assurée.



1.6 Item déclaratif de l'audit

1.6.1 Gestion des risques liés à l'administration

D'après ce qui est déclaré, la traçabilité des EI observés est optimale puisque le résultat est de 100%. Ce résultat est cependant à nuancer : en effet notre audit est déclaratif sur ces items.

La connaissance de la disponibilité des documents d'aide à l'administration des médicaments n'est que de 18%. Ce taux pourrait s'expliquer par un manque de communication sur la disponibilité et la difficulté pour retrouver ces documents sur l'intranet hospitalier.

	Oui		Non		Total
Les effets indésirables observés sont enregistrés dans Cortexte	40	100%	0	0%	40
Le médecin est prévenu des effets indésirables	39	100%	0	0%	39
Savez-vous qu'il existe des documents d'aide à l'administration sur l'intranet	7	18%	32	82%	39

Tableau 8 : Résultats de l'audit à propos de la gestion des risques

1.6.2 Préparation des médicaments pour une permission du patient

Ces différents items de l'audit permettent de mieux évaluer les préparations des médicaments pour les permissions des patients.

Dans l'ensemble les pratiques semblent cohérentes. Mais deux points sont plus problématiques :

- Seulement dans 31.25% des cas, le médecin modifie l'ordonnance pour la conversion des formes liquides vers les formes solides. Dans 30% des cas, le médecin modifie les prescriptions pour les médicaments en « Si besoin ».
- Dans les cas où, l'IDE convertit les formes buvables en formes sèches (62,5% des cas). Il utilise, dans 62% des cas, un support de conversion. Les 38% des cas où l'IDE n'utilise pas de support sont plus à risque d'erreur de conversion.

	Oui		Non		Total
Le traitement est préparé en présence du patient	8	24,3%	25	75,7%	33
Le médecin modifie l'ordonnance pour faire la conversion des formes buvables vers les formes solides	10	31,25%	22	68,75%	32
Le médecin modifie les prescriptions pour les « Si besoin »	10	30%	23	70%	33
L'IDE convertit lui-même les formes buvables vers les formes solides	20	62,5%	12	37,5%	32
Si oui il utilise lui-même un support de conversion pour le changement de forme	18	62%	11	38%	29
L'ordonnance est donnée au patient	23	72%	9	28%	32
Les récipients pour les formes buvables sont adaptés à une seule prise (1 prise = 1 récipient)	29	88%	4	12%	33
Les traitements sont identifiables (nom du patient, nom médicament, lot et péremption) jusqu'à la prise :	24	73%	9	27%	33

Tableau 9 : Résultats de l'audit à propos de la préparation des traitements pour les permissions patients

2. Axes d'amélioration proposés par le groupe de travail

Les résultats ont été compilés par le Service qualité au début du mois de mai. Le groupe de travail s'est réuni le 13 mai 2016 pour analyser et élaborer un plan d'action.

Le plan d'action est composé de 6 grands axes :

1) **Réflexion sur les interruptions de tâche lors de l'administration des médicaments**

Cette piste de réflexion a été proposée suite aux résultats sur les items « une organisation est mise en place pour éviter de déranger les IDE » et « si oui, est-elle respectée ? ».

Comme nous l'avons vu précédemment, la majorité des unités de soins n'a pas d'organisation limitant les interruptions de tâche. Une partie du groupe de travail (un cadre et trois IDE) se consacre à cet axe d'amélioration.

2) **Rédaction des bonnes pratiques de préparation et d'administration des formes buvables**

L'idée de conception de ce document vient des réponses peu satisfaisantes sur les items concernant les solutions buvables : « date d'ouverture inscrite sur le flacon, vérification de la durée de validité après péremption, rangement des pipettes dans leur carton correspondant ». Certaines techniques de préparation, plus de deux heures en avance, même si elles sont rares, nous incitent à la rédaction et à la diffusion d'un tel support d'aide. Cet axe sera développé par deux internes en pharmacie.

3) **Mise en place d'une culture de l'étiquetage des formes multi-doses non buvables** (crèmes, pommades, ...) Cet axe vient des nombreuses réponses négatives à l'item « l'étiquette patient est présente sur chaque multi-dose ».

4) **Revoir la gestion des dispensations des formes sèches par Cortexte®**

Pour l'item « tous les médicaments restent identifiables (nom, lot et date de péremption) en totalité jusqu'à la prise », dans 36% des cas, il y a au moins un médicament non identifié.

Le groupe de travail a identifié le problème : il s'agit de comprimés laissés dans les piluliers sans leurs contenants primaires (blisters). Souvent il s'agit de demi comprimé dans le cas de demi- prise.

5) Réorganisation du chemin d'accès, sur l'intranet du CH, aux documents d'aide à l'administration

Une majorité d'infirmiers ne connaît pas le chemin d'accès ou l'existence de ces documents, pourtant très utiles à leur pratique. En effet à l'item déclaratif « savez-vous qu'il existe des documents d'aide à l'administration sur l'intranet » 82% des IDE répondent par la négative.

Un travail de refonte du site intranet est en cours dans l'établissement indépendamment de notre EPP. En parallèle, dans le cadre de la préparation à la certification, les préparateurs en pharmacie se rendront dans les unités de soins afin de mieux faire connaître l'ensemble des outils.

6) Augmentation de l'utilisation du support informatique (par rapport au support papier) pour la vérification des prescriptions.

En analysant les réponses aux deux items « la vérification est effectuée sur l'ordonnance imprimée » et « la vérification est effectuée à l'écran (Cortexte®) », nous avons constaté que dans seulement 40% des cas, la vérification est réalisée à l'aide de la version informatique de l'ordonnance. Cet axe sera travaillé par le même groupe que l'axe N° 1.

Tous ces axes de travail ont été présentés à la commission EPP du 18 juin 2016.

3. Communication

Une communication à l'ensemble de l'établissement a été possible par l'intermédiaire de la lettre qualité du février 2016. Elle décrivait brièvement les objectifs, la période et l'étendue de l'audit.

La méthode du patient traceur : une nouvelle approche dans la V 2014 !

C'est une méthode d'audit qui permet d'observer l'organisation de la continuité des soins d'un patient durant sa prise en charge. En 2016, le CH Marchant a le projet de mettre en œuvre cet exercice au rythme d'un audit patient traceur, par secteur, par semestre. Les médecins, cadres et personnels des unités sont, dès à présent, sollicités pour s'approprier avec le service qualité cette nouvelle méthode d'audit. Deux sessions de sensibilisation seront organisées sous forme de conférences à destination de l'encadrement médical et non médical afin que chacun puisse acquérir une base de connaissances générales communes sur cette méthode. Les dates de ces conférences vous seront communiquées ultérieurement.



RENCONTRE Marc Campaner



Coordonnateur de la gestion des
risques associés aux soins

Pourquoi déclarer un événement indésirable ?

Plusieurs raisons existent, la plus importante, c'est de soulever une problématique sur une situation de travail pour qu'elle soit analysée. Cette analyse, qu'elle soit réalisée au sein de l'unité ou au sein d'une cellule pluri professionnelle doit permettre d'éviter de reproduire cette problématique à un autre moment. Cette culture de la déclaration doit s'inscrire dans le temps pour que l'ensemble des acteurs puissent en mesurer les effets positifs et donc l'intérêt collectif.

A votre avis, existe-t-il des obstacles à une déclaration ?

Plusieurs obstacles à cette culture persistent :

- La réticence à mettre en lumière une problématique de fonctionnement, la crainte du jugement ou de la sanction.
- Le manque de temps ou de connaissance de l'outil informatique permettant cette déclaration. (Le service qualité reste joignable à tout moment à ce sujet).
- Penser que déclarer ne changera rien, c'est participer à la mise en insécurité des professionnels qui se retrouveront dans la même situation. Lire les conclusions des analyses des événements indésirables déclarés permet de mesurer le bien-fondé de ces déclarations.

Pouvez-vous nous rappeler les grands principes de la politique de non sanction ?

Pour instaurer une culture de déclaration efficace dans une entreprise, il est bien évident qu'il ne peut y avoir de place pour une sanction consécutive à la déclaration d'une erreur. C'est pour cette raison que l'établissement a inscrit ce principe dans sa politique qualité au début de l'année 2014. Le respect de ce principe est fondamental

pour instaurer un environnement de travail sécurisant tant pour le soignant que pour le soigné.

Seule la répétition volontaire d'erreurs constitue une faute qui, elle est sanctionnable.

La déclaration d'une erreur est une démarche d'amélioration de notre outil de travail.

Depuis 2014, les E.I sont déclarés de manière électronique :

- Chaque agent peut faire le choix de signaler un E.I
- La procédure de déclaration et les formulaires sont accessibles sur intranet.
- Si vous ne parvenez pas ou plus à vous connecter, n'hésitez pas à solliciter le service qualité au 05 61 43 40 51 pour réinitialiser votre compte.



Audit sur l'administration du médicament

Le service de la pharmacie lance une EPP sur l'administration du médicament et la préparation extemporanée (réalisée au moment de l'utilisation) des médicaments par les infirmiers.

L'objectif est l'amélioration des pratiques en diminuant le risque d'erreurs lors de l'administration. Cet audit débutera fin février ou début mars. Il concernera les zones ouvertes des 20 services d'hospitalisation continue et ne concernera pas les médicaments stupéfiants et les fluides médicaux.

Nous vous remercions du bon accueil que vous réserverez aux auditeurs.

Pour toute question, contacter Laurence BONNET, pharmacienne et Pierre MIGNONAT, interne en pharmacie.

Figure 10 : Lettre qualité de mars 2016 concernant l'audit sur l'administration des médicaments

Les résultats ont été communiqués de la manière la plus large possible. Les différentes étapes de la campagne de communication sont :

- présentation des résultats aux cadres supérieurs (03/05/2016),
- envoi des résultats de chaque unité de soins aux chefs de pôles et cadres correspondants (19/05/2016),
- présentation des résultats au COMEDIMS (23/06/2016),
- présentation des résultats au référents PUI (04/07/2016),
- présentation des résultats aux cadres (09/09/2016),
- présentation des résultats à la CSIRMT (23/09/2016),
- présentation des résultats à la CME (29/09/2016).

La lettre qualité de juillet 2016 a repris les principaux objectifs (limiter les interruptions de tâches, utilisation de l'ordonnance Cortexte®, rédaction des bonnes pratiques de préparations et d'administrations des formes buvables, amélioration de l'identification des formes sèches) et une interview de 2 membres du groupe de travail. Dans cette interview, les questions/réponses concernent l'audit : l'intérêt et les enseignements de l'audit, les solutions concrètes à mettre en œuvre. Une dernière question/réponse rappelle l'intérêt du signalement des erreurs médicamenteuses, culture trop peu développée dans notre établissement.

Une autre partie de la communication sera réalisée par les préparateurs en pharmacie. Ils iront dans leurs unités de soins respectives pour communiquer les résultats précis aux personnels. Ils proposeront des solutions adaptées à chaque unité de soins pour améliorer l'administration des médicaments.

Leur participation à la sécurisation de l'administration des médicaments permettra de contribuer à la sécurisation de l'administration et de renforcer les liens entre les unités de soins et la PUI.

la lettre de la Qualité

LE DÉPÔT HÔPITALIER
Gérard Marchant
CHU de Bordeaux
N°33 - juillet 2016

L'administration des médicaments : une étape à risques.

Conscient de l'importance de cette ultime étape dans le circuit du médicament, le service de la pharmacie, accompagné d'auditeurs et de référents pharmacie a réalisé une EPP sur l'administration des médicaments dans les services de soins.

Globalement, les résultats sont bons et les auditeurs ont été très bien accueillis. Les infirmiers ont toujours eu plaisir à expliquer et montrer leur manière d'administrer les médicaments aux patients. A l'issue de cette évaluation, les objectifs de travail pour sécuriser les pratiques sont de :

- Limiter les interruptions de tâches et privilégier l'administration via Cortexte plutôt que par les ordonnances imprimées.
- Rédiger et diffuser des recommandations de bonnes pratiques sur les formes buvables.

- Améliorer le système d'identification des médicaments jusqu'à l'administration.
- Leur mise en œuvre concrète vous sera prochainement proposée.

Pour aller plus loin :
« L'interruption de tâches lors de l'administration de médicaments ».
(Source HAS, Janvier 2016)
(Disponible sur la base de données du centre de documentation)



@ Les résultats complets de cet audit sont disponibles sur Intranet :
Qualité / évaluation et indicateurs / EPP / EPP en cours.



Marie-Pierre Galey et Isabelle Levarato, infirmières et référentes pharmacie à Verlaine et Van Gogh, ont bien voulu répondre à nos questions :

Quelques questions et réponses et enseignements tirés de cet audit :

L'intérêt de ces audits est d'évaluer nos pratiques et de les uniformiser de façon cohérente.

A Verlaine, cela a permis de repenser la distribution des médicaments, avec la validation sur Cortexte, la mise des étiquettes

patients sur les médicaments multi-doses, les dates d'ouverture des flacons... Mais aussi, cet audit a été un moyen de questionner les bonnes pratiques en faisant passer des messages de rappel aux soignants.

A Van Gogh, le référent pharmacie s'appuiera sur les résultats de cet audit, dès leur publication, pour faire passer les messages sur les recommandations de bonnes pratiques.

Des solutions concrètes nous semblent-elles possibles à mettre en œuvre ?

Les solutions sont simples à mettre en place avec la volonté de tous, en repensant l'agencement de la salle de soins (à l'exception peut-être des unités qui disposent de postes de soins très exigus).

Dans la plupart des services, par exemple, il est assez aisé de revoir la place de l'ordinateur, pour faciliter la validation.

Ce qui est primordial aussi, c'est que l'infirmier ne soit pas interrompu pendant l'administration des traitements. Mais ceci n'est possible que si toute l'équipe soignante respecte cette règle. Il sera alors nécessaire, mais faisable, de revoir l'orga-

nisation du temps de la distribution dans certains services (en moyenne, 25 minutes suffisent pour donner les médicaments aux patients).

La limite du signalement de l'erreur médicamenteuse vous semble-t-elle élevée ?

Les erreurs médicamenteuses sont mieux signalées qu'auparavant. Cependant, certaines personnes sont réticentes à déclarer, de peur de se faire sanctionner.

Chacun doit comprendre qu'au contraire, ces déclarations permettent d'améliorer les pratiques et d'éviter les erreurs. Les conséquences pourraient être plus préjudiciables au patient.

Les signalements sont encore freinés par la nécessité d'aller chercher le formulaire sur Intranet et le fait que cela ne soit pas anonyme.

Aujourd'hui, seules les erreurs importantes sont déclarées dans les fiches d'événements indésirables. Mais le service de la pharmacie est informé si l'erreur vient de la délivrance.

L'effort doit donc encore porter sur le signalement de ces incidents.

Figure 11 : Lettre qualité de juillet 2016 concernant l'audit sur l'administration des médicaments

Partie III. Discussion

1. Réflexion sur les interruptions de tâche lors de l'administration des médicaments et solutions pouvant réduire ces interruptions

L'interruption de tâche est une pratique qui gêne la qualité de l'administration des médicaments. Nous devons réfléchir à des processus permettant de limiter les interruptions tout en ne gênant pas le fonctionnement de l'unité de soins.

Les interruptions sont issues de plusieurs sources : les patients, les autres professionnels de santé du service et les appels téléphoniques.

Les résultats de l'EPP, nous montrent que cette culture de « non interruption » n'est pas généralisée sur notre établissement. La sensibilisation des cadres des unités devrait permettre de diffuser le message aux personnels et d'améliorer le travail en équipe pour limiter le risque.

Pour diminuer les sources d'interruption de l'IDE administrant les médicaments, les pistes de réflexion suivantes devraient permettre de faire baisser le nombre d'interruptions (50) :

- évincer le téléphone de la zone de préparation des médicaments et ne pas le confier à l'IDE responsable de l'administration des médicaments,
- limiter le bruit ambiant dans la zone (alarmes, discussion entre collègues ...),
- vérification du matériel à disposition avant de commencer l'administration,
- repenser l'ergonomie de la zone pour limiter les déplacements inutiles.

Le repérage de l'IDE responsable de l'administration des médicaments est une autre solution à la réduction des interruptions de tâche. Le repérage est relativement simple de mise en place et représente un coût modeste. Parmi des systèmes très simples pour repérer une IDE à ne pas interrompre, les plus courantes étant le port d'un gilet « ne pas déranger », port d'un brassard « ne pas déranger », affichette « ne pas déranger » au niveau du poste de travail.



Figure 12 : Exemple de gilet jaune « ne pas déranger »



Figure 13 : Exemple d'affichette « ne pas déranger »

Une autre possibilité pour limiter les interruptions est la création d'une zone non accessible durant l'administration des médicaments par l'ensemble des personnes présentes dans le service (patient, famille, personnel, ...). En effet, la création d'une zone de ce type (appelée « quiet zone patient » permettrait de réduire les interruptions de 89% et ferait chuter le nombre d'erreurs de 60%. (51)

Ce système de « zone de de soins » est respecté dans la quasi-totalité des unités auditées par notre EPP. Dans nos unités, il existe toujours un local fermé pour permettre l'administration des médicaments (salle de soins infirmiers). Il serait important de conseiller aux rares services qui ne font pas entrer le patient dans la salle de soins pour l'administration, de changer leur fonctionnement pour réduire le risque d'erreur de manière efficace et relativement simple.

2. Rédaction des bonnes pratiques de préparation et d'administration des formes buvables

Le groupe de travail a déterminé un axe d'amélioration sur ce point sensible de l'administration. La rédaction de ce guide se fera en recoupant les informations de différents guides de bonnes pratiques d'administration. Nous adapterons les consignes aux spécificités de notre établissement.

Quelques mesures portants sur les points les plus critiques sont décrites ci-dessous.

2.1 Ouverture et péremption des formes buvables

Nous avons réfléchi à l'utilisation d'une étiquette autocollante pré remplie pour chaque spécialité. La durée de conservation serait déjà indiquée sur cette étiquette. Lors de la première ouverture d'un flacon de solution buvable, l'IDE devrait inscrire sur l'étiquette pré remplie du flacon la date d'ouverture avec un marqueur indélébile. La traçabilité de la date d'ouverture est garantie.

2.2 Utilisation des pipettes d'administration des formes buvables

Les résultats de l'audit montrent que les dispositifs d'administration des formes buvables (« pipettes ») sont trop souvent rangés de manière inappropriée : elles sont toutes rangées dans un même récipient. Le risque d'erreur lors du choix du dispositif est important.

L'ANSM recommande de ne pas mélanger les pipettes et communique sur ce sujet. (36)

Une diffusion de ce document de l'ANSM est déjà réalisée dans notre établissement (ce document est disponible sur l'intranet de l'établissement).

La recommandation faite est de garder les contenants secondaires des formes buvables (carton contenant le flacon). Les dispositifs d'administration doivent être placés dans chaque contenant secondaire. Le risque de mauvais choix lors de l'administration des formes buvables est diminué.

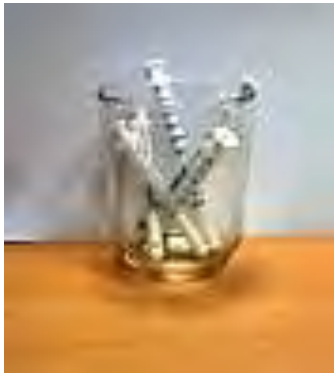


Figure 14 : Gobelet contenant des dispositifs d'administration mélangés (pratique à risque) et flacons associés à leurs dispositifs d'administration correspondants (pratique sécurisée)

2.3 Préparation des solutions buvables à l'avance

La préparation des formes buvables à l'avance est relativement courante dans les unités de soins, même si très souvent la préparation ne se fait que quelques minutes avant l'administration.

Dans les quelques cas où la spécialité buvable est préparée très en avance (plus de 30min dans certains des cas), certaines spécialités pourraient se dégrader. Nous ne pouvons plus avoir la certitude de la qualité du produit administré.

La préparation à l'avance pose aussi un problème d'identité-vigilance : une préparation devant le patient de manière extemporanée limite au maximum le risque d'administrer les préparations d'un patient à un autre. Une préparation à l'avance génère un risque de mélanger les préparations avant l'administration et de les administrer au mauvais patient. Ce risque semble bien réel dans notre établissement, étant donné que dans plus de la moitié des cas (55%) de préparation à l'avance, il n'y a pas d'identification correcte (avec l'étiquette patient) du contenant.

Le conseil à diffuser auprès des IDE est de ne pas préparer les formes buvables à l'avance et dans le cas où l'organisation ne permet pas de préparer extemporanément, de faire cette préparation juste avant d'administrer (moins de 30 min).

Etant donné le faible nombre de cas où la préparation est faite à l'avance, la bonne pratique de préparation extemporanée semble diffusable et applicable à l'ensemble des services.

2.4 Mélange des formes buvables lors de la préparation

Dans la quasi-totalité des situations, les IDE mélangent toutes les formes buvables dans un même récipient avant de faire boire son contenu au patient. Une administration de chaque solution buvable séparément est trop complexe et fastidieuse dans la pratique courante d'une unité de soins.

Il est plus pertinent de se demander quelle est la stabilité d'une solution buvable quand elle est mélangée bien avant l'administration (certains de nos cas à plus de 2 heures) et avec des produits très variables (dans certains cas de notre audit, un mélange a été fait avec des laxatifs en poudre et des antipsychotiques). La stabilité ne peut pas être garantie étant donné le peu d'études sur ce genre de situation.

La solution la plus raisonnable est que, lorsque l'IDE prépare à l'avance les médicaments, elle ne mélange pas des produits non semblables. Le mélange doit se faire le plus près possible de l'administration de la solution au patient.

3. Mise en place d'une culture de l'étiquetage des formes multi-doses non buvables

Pour une meilleure sécurité d'utilisation des formes multi-doses non buvables, l'instauration d'un étiquetage systématique est une solution simple. L'instauration d'une culture de l'étiquetage par le cadre de santé devrait être efficace pour sécuriser ce risque.

4. Identification des médicaments jusqu'à leur administration par une amélioration de dispensation des formes sèches

Dans 36% des cas, au moins un médicament n'est pas identifiable dans au moins un pilulier d'un patient.

Notre groupe de travail a retrouvé, lors de l'audit, des comprimés « entamés » sortis de leurs blisters. Ils ne sont donc plus identifiables.

Ces comprimés entamés sont gardés par les IDE dans les piluliers. En effet si l'IDE jetait les comprimés entamés, il ne lui resterait plus assez de comprimés jusqu'à la prochaine dispensation.

Le problème vient du nombre insuffisant de comprimés dispensés aux unités de soins.

La version actuelle du logiciel Cortexte® ne calcule pas le nombre de comprimés pour donner la possibilité aux IDE de jeter les comprimés entamés. Le logiciel additionne les demi-comprimés.

Pour donner un exemple expliquant ce problème : pour une dispensation de 3 jours d'une prescription d'un demi comprimé matin, midi et soir. Le logiciel calcule 1,5 comprimé par jour multiplié par 3 jours donc au total 4,5 comprimés. En pratique, le PPH donne 5 comprimés. L'IDE qui prépare son pilulier n'a que ces 5 comprimés. Il met 2 comprimés dans le pilulier du lendemain et garde les autres pour les jours suivants. L'IDE administrant retire du blister un comprimé le matin et donne un demi comprimé. Le demi-comprimé restant dans le pilulier n'est plus parfaitement identifiable. Si l'IDE jette le demi- comprimé, il n'aura plus assez de comprimés pour l'administration du soir.

Pour résoudre ce problème, il faudrait que Cortexte® arrondisse le demi comprimé par prise à un comprimé entier délivré par prise. Dans notre cas l'IDE aurait 3 comprimés dans le pilulier et pourrait jeter tous les demi-comprimés en trop. La dispensation devrait être de 3 cp/J soit 9 comprimés.

Le service du DIM de notre établissement a la charge de la gestion du logiciel Cortexte®. A la demande du groupe de travail, il s'est mis en rapport avec le concepteur du logiciel pour demander une amélioration du logiciel.

5. Réorganisation de l'accès aux documents d'aide à l'administration

Dans cette EPP, nous avons détecté qu'une grande majorité des IDE ne connaît pas la disponibilité de documents d'aide à l'administration (82%). La rédaction de nombreux protocoles, fiches, procédures ne sert à rien si elles ne sont pas facilement accessibles aux utilisateurs concernés. La complexité de notre chemin d'accès au document est bien réelle.

L'objectif est de simplifier l'accès à ces documents pour qu'ils soient utiles et permettent de réduire les risques d'erreurs. En Juillet 2016, une mise à jour de l'intranet hospitalier a permis de faciliter le chemin d'accès.



Figure 15 : Nouvelle organisation de l'intranet hospitalier

Le dossier pharmacie est modifiable par le personnel de la PUI sans l'intervention du service informatique. Nous pourrions donc le réorganiser pour rendre son utilisation plus simple.

Il nous faudrait aussi communiquer de manière plus importante, pour faire connaître l'existence de ces documents aux personnels soignants.

6. Augmentation de l'utilisation de l'informatique comme support de vérification de la prescription

Dans les résultats de l'audit, nous avons constaté que dans la majorité des administrations, l'IDE utilise encore le format papier (ordonnances imprimées à partir de Cortexte®). Le risque de l'utilisation unique de ce support papier est que l'ordonnance ne soit pas à jour lors de la préparation des piluliers ou de l'administration des médicaments.

Lors de la prescription, le médecin imprime l'ordonnance, la signe et la range dans un classeur dédié. Lors de l'administration ou de la préparation des piluliers, l'IDE consulte l'ordonnance papier dans ce classeur. Il existe un risque que le médecin ne respecte pas cette procédure, l'ordonnance dans le classeur ne correspondra pas à la dernière prescription.

Avec l'utilisation unique de l'ordonnance informatique, ce risque est supprimé.

Le groupe de travail doit réfléchir à des ajustements qui permettront l'utilisation du « tout informatique ».

Dans notre EPP, nous avons pu observer que certains utilisent uniquement l'informatique pour la vérification des prescriptions.

Le frein à l'utilisation semble être au niveau organisationnel :

- Une habitude a été prise par des services sur l'utilisation des ordonnances papiers.
Une impulsion par le cadre de l'unité sur l'utilisation de l'informatique permettrait d'améliorer cette pratique
- Les salles de soins ne sont pas organisées toutes de la même manière, une meilleure ergonomie de l'installation des ordinateurs dans les salles de soins permettrait une diffusion de la vérification informatique

CONCLUSION

Comme nous l'avons précédemment vu, la sécurisation du circuit du médicament est indispensable pour améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge de nos patients. Cette sécurisation doit se faire de manière globale pour l'ensemble des étapes du circuit du médicament, logique respectée dans notre établissement.

Ce projet a permis au groupe de travail d'identifier les points à travailler dans l'étape d'administration du médicament. Six axes prioritaires de réflexion sont en cours de réalisation : les interruptions de tâche, les bonnes pratiques de préparations et d'administrations des formes buvables, l'étiquetage des multi-doses non buvables, la gestion des dispensations des formes sèches, la réorganisation de l'intranet de l'hôpital et l'augmentation de l'utilisation du support informatique pour la vérification des ordonnances.

Le groupe de travail doit réfléchir à des solutions pragmatiques et réalistes pour améliorer la sécurisation de l'administration. Une fois ces solutions mises en place, un deuxième audit sera réalisé pour constater l'efficacité des actions entreprises. Nous pourrions conclure sur l'efficacité de notre évaluation des pratiques professionnelles dans notre établissement.

Cette évaluation des pratiques professionnelles a d'autres avantages. Elle a permis un travail pluridisciplinaire témoignant d'une synergie importante entre les différents professionnels de notre établissement. Elle a augmenté la collaboration entre le personnel de la pharmacie et les unités de soins.

Sur un point de vue plus personnel, ce travail m'a permis d'être acteur d'un projet institutionnel. J'ai ainsi pu saisir les avantages et surmonter les difficultés d'un projet de cette dimension. Ces compétences me seront essentielles pour mes futurs projets professionnels.

Bibliographie

1. Collomp R. Pilotage de la performance du circuit du médicament hospitalier au travers du management des risques iatrogènes. École Nationale Supérieure des Mines de Paris; 2008
2. Schmitt étienne, Antier D, Bernheim C, Dufay E, Husson MC, Tissot E. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. 1er Edition.
3. Haute Autorité de Santé. Organisation du circuit du médicament dans les établissements de soins. 2005.
4. Code de la Santé Publique. R 4127 8. 2004.
5. Code de Santé Publique. 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. 2011.
6. Direction générale de l'offre de soins. Qualité de la prise en charge médicamenteuse Outils pour les établissements de santé. 2012.
7. Code de la Santé Publique. Article R 4235 48. 2004.
8. Code de la Santé Publique. Article R4311-2. 2008
9. Code de la Santé Publique. Article R4312-14 responsabilité infirmier et aide soignant. 2004.
10. OMEDIT Centre. Bonne pratique de préparation des piluliers. 2015.
11. Bioy X. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. Const Rev Droit Const Appliqué. 2010
12. Chaleix M, Izotte-Kret M, Bru-Sonnet R, Quenon J-L, Olier L. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. 2010
13. Quenon JL. Epidémiologie des erreurs médicamenteuses - Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en aquitaine - Hopital Xavier Amozon. 2007.
14. Direction de la recherche des études d'évaluation et des statistiques. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. 2005.
15. Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication Errors Observed in 36 Health Care Facilities. Arch Intern Med. 2002
16. Lisby M. Errors in the medication process: frequency, type, and potential clinical consequences. Int J Qual Health Care. 2005

17. AFSSAPS. Guichet erreurs médicamenteuses : Présentation et bilan depuis la mise en place 2009. 2009.
18. ANAP appui santé et médico-social. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient - la délivrance nominative des médicaments dans les établissements de santé. 2012.
19. Raimbault M, Bussières J-F, Lebel D. Réflexion sur les interruptions dans le circuit du médicament et leurs retombées. Pharmactuel [Internet]. 2011
20. Gerard M. La conciliation des traitements médicamenteux en géronto-psychiatrie : quelles sources d'informations utiliser ? UB Bordeaux; 2014.
21. Paumier C. Conciliation des traitements médicamenteux dans un établissement de santé mentale :  valuation d'une nouvelle organisation. EPSM Lille-Métropole, Arment eres, France European Psychiatry; 2015.
22. Etienne Schmitt,. « Le risque médicamenteux nosocomial ». Masson; 1999.
23. F. Lagrange, F. Jacq, C. Arnoux, M.-A. Boraso. Production robotisée des doses médicamenteuses prêtes à l'emploi : bilan après cinq ans. 2010.
24. Maire L., Thèse Mise en place d'une DJDR : impact sur le temps de travail du personnel. ( tude menée à la PUI du GHE des Hospices Civils de Lyon). 2010
25. Estellat C, Colombet I, Vautier S, Huault-Quentel J, Durieux P, Sabatier B. Impact of pharmacy validation in a computerized physician order entry context. Int J Qual Health Care. 2007
26. Montana M, Villano P, Rousseau MC. Informatisation,  valuation et sécurisation du circuit du médicament. J Pharm Clin. 2009
27. McBride-Henry K, Foureur M, others. Medication administration errors: understanding the issues. 2006
28. Westbrook JI, Woods A, Rob MI, Dunsmuir WT, Day RO. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. Arch Intern Med. 2010
29. Biron A, Lavoie-Tremblay M, Loiselle C. Characteristics of Work Interruptions During Medication Administration. Journal of Nursing Scholarship - Wiley Online Library; 2009.
30. Biron A, Loiselle C, Lavoie-Tremblay M. Work interruptions and their contribution to medication administration errors: an evidence review. 2009.
31. McGillis L, Pedersen C, Fairley L. Losing the moment : understanding interruptions to nurses' work. 2010.
32. Kalisch B, Aebbersold M. Interruptions and multitasking in nursing care. 2010.

33. Le Tohic S, Muziotti C, Ferrand E, Paul F, Bailli G, Gauthier G, et al. Analyse des erreurs de préparation des piluliers dans le cadre de la DJIN destinée au service de psychiatrie à l'HIA Laveran. 2015.
34. Mullot H, Le Garlantezec P, Aupee O, Bohand X. Circuit du médicament et pratiques infirmières : évaluation dans un hôpital des armées en 2006. Rech Soins Infirm. 2008
35. ORMEDIMS Poitou-charentes. Commission sécurisation du circuit du médicament : fiche pratique forme buvable (Administration). 2008.
36. ANSM. Communication “ Ne vous mélanger pas les pipettes .” 2013.
37. Perdereau VB, Moreau C, Friocourt P, Harnois C. Écrasement des médicaments en gériatrie: mise au point et recommandations de bonnes pratiques. 2016
38. Ech-chaouy A, Giesenfeld A, Ziegler O, Quilliot D. Médicaments et nutrition entérale: audit sur la galénique, le pillage et le mode d'administration. Nutr Clin Métabolisme. 2007
39. Taxis K, Barber N. Causes of intravenous medication errors: an ethnographic study. Qual Saf Health Care. 2003
40. Boquillon M. Sécuriser l'administration des médicaments injectables. 2011.
41. Headford C1, McGowan S, Clifford R. Analysis of medication incidents and development of a Medication Incident Rate Clinical Indicator. 2001
42. Haute Autorité de santé. Audit clinique : Évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. 2006.
43. Joras M, HAS Service évaluation des pratiques professionnelles. Développement professionnel continu (DPC) – Fiche méthode – L'audit clinique [Internet]. Éditions EMS; 2015
44. OMEDIT PACA Corse. Audit sur les processus d'administration et de logistique. 2009.
45. Qualilor santé. Grille audit organisationnel : circuit du médicament.
46. CH Agen. Guide d'administration, sous-commission chargée de la prescription et de la prévention du risque nosocomial et iatrogénique. 2009.
47. OMIT ARH PACA Corse. Guide méthodologique pour les évaluations demandées au contrat de bon usage 2009/2011. 2011.
48. REQUA. La sécurité de l'administration des médicaments - Réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté. 2007.
49. Haute Autorité de Santé. L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments « Comment pouvons-nous créer un système où les bonnes interruptions sont autorisées et les mauvaises bloquées ». 2016.

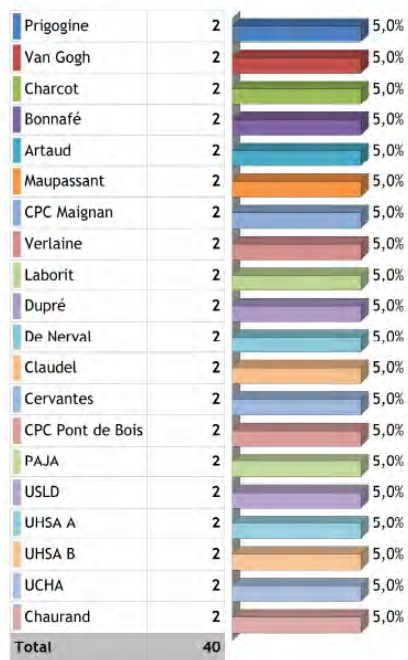
50. King College London. Interruptions to nurses during medication administration: are there implications for the quality of patient care? 2010.

Annexes

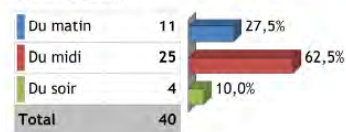
Annexe 1 : Résultats détaillés de l'audit « sécurisation de l'administration des médicaments »



Unité :

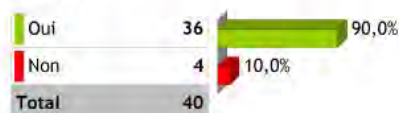


Administration :



I-ORGANISATION GENERALE

L'administration est réalisée par un IDE du service :



Si non, par qui ?

Deux étudiants infirmiers sous la surveillance d'un IDE.

Le patient

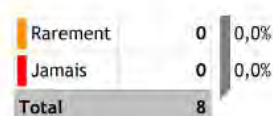
Par le patient lui-même.

Un étudiant infirmier sous couvert de l'IDE.

Une organisation formalisée est mise en place



Si oui, est-elle respectée ?



Si oui quel est le moyen d'action mis en place :

Les patients sont reçus dans la salle de soins de façon individuelle. Porte fermée.

Pas de téléphone, consigne orale de ne pas déranger, salle de distribution fermée.

PEC individuelle, porte fermée dans la salle de soins.

Salle fermée, téléphone donné à une autre IDE.

Si effectif le permet, une IDE gère les appels et demandes des patients pendant l'administration.

Si effectif suffisant, deux IDE se détachent (un pour l'administration, l'autre pour gérer les demandes (appels...))

Traitements donnés patient/patient dans salle de soins fermée.

Une autre soignante du service répond aux demandes utilitaires des patients pour que l'IDE qui donne les médicaments ne soit pas dérangée.

II-PREPARATION AVANT ADMINISTRATION

A) Solutions buvables

Vérification de la prescription avant chaque préparation (nom, dose, ...)

	Oui	Non	Total
La date d'ouverture du flacon est inscrite sur le flacon :	9	31	40
La durée de validité est vérifiée par rapport à la date d'ouverture :	6	34	40
Le nom du médicament est vérifié sur la pipette :	33	6	39
Chaque pipette est rangée dans le carton correspondant :	13	26	39
La même personne prépare et administre les formes buvables :	38	1	39
Total	99	98	197

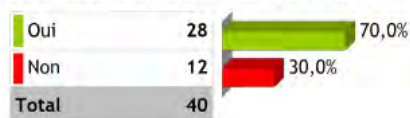
Plusieurs médicaments sont mélangés dans le récipient :

Oui	27	73,0%
Non	10	27,0%
Total	37	

Si oui, lesquels :

Neuroleptique / Neuroleptique
neuroleptiques
Neuroleptiques/Anxylotiques
Tercian/valium
Aldol/Valium/Loxapac
Gouttes neuroleptiques
Loxapac et valium.
Loxapac/Valium
Neuroleptique
Neuroleptique / Neuroleptique / Kardégic
Neuroleptique / Vitamine B12
Neuroleptique et laxatif
Neuroleptique et valium
Neuroleptiques anxylotiques.
Neuroleptiques avec neuroleptiques et neuroleptiques avec anxylotiques.
Neuroleptiques/Antalgiques/Autres (anti coagulants...)
si Dépakine donné à part.
Tercian et valium.

Le médicament est dilué dans de l'eau :



Si Non, avec quoi ?:

Non dilué.
Eau et sirop
Sirop et eau
Avec du sirop en fonction de la demande du patient.
Dans du sirop à la demande du patient.
Sirop de grenadine.
Sirop de menthe
Sirop grenadine

Si les solutions buvables sont préparées en avance :

Combien de temps à l'avance ?



Le récipient est identifié avec l'étiquette Contexte du patient :

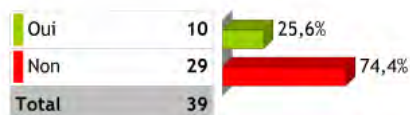


Les récipients sont rangés à l'abri de la lumière :



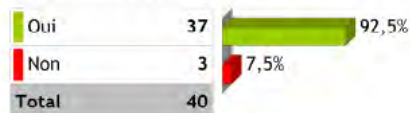
B) Multi-dose nominatif hors solution buvable (crème, pommade, collyre, ...)

L'étiquette patient est présente sur chaque multidoses :



III. CONTROLE AVANT ADMINISTRATION

L'IDE connaît tous les patients :



Si Non, comment vérifie t-il les identités :

Demande le nom

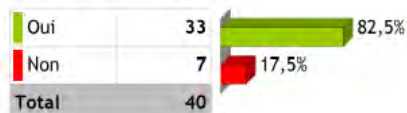
Le nom est demandé au patient.

Rappelez-moi votre nom et prénom ? Quel est votre numéro de chambre ?

	Oui	Non	Total
Le nom du patient est comparé au nom sur le pilulier :	36	2	38
Le nom sur l'ordonnance et celui du patient sont comparés :	37	3	40
La vérification est effectuée avec une ordonnance imprimée :	30	10	40
La vérification est effectuée à l'écran (Cortexte) :	16	24	40
Total	119	39	158

IV-ADMINISTRATION

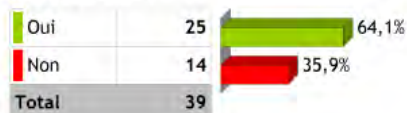
Le liquide utilisé pour avaler les médicaments est de l'eau :



Si non, autre véhicule pour l'administration :

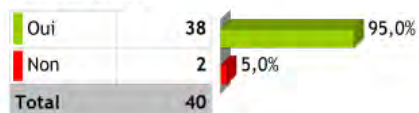
Eau et sirop
Non dilué.
Sauf pour les formes sèches.
Sirop de grenadine.
Sirop et eau
Trouble déglutition : médicament dans purée.

TOUS les médicaments restent identifiables (nom, lot et date de péremption) en totalité jusqu'à la prise :

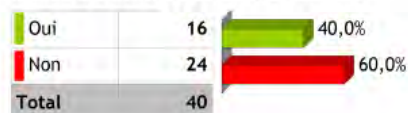


V-ENREGISTREMENT DE L'ADMINISTRATION

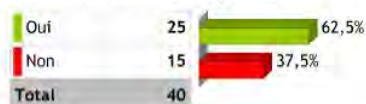
L'IDE qui a administré trace l'administration dans Cortexte :



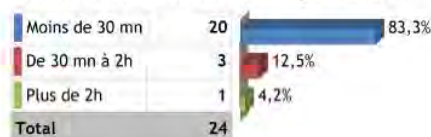
La traçabilité de l'administration se fait immédiatement, après chaque patient :



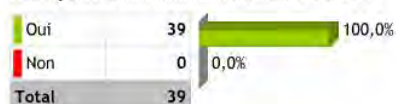
La traçabilité est effectuée après l'administration à tous les patients



Si l'enregistrement n'est pas immédiat, quel est le délai entre l'administration et l'enregistrement ?



La traçabilité non administrations est assurée :



Après l'observation, en déclaratif :

A - Gestion des risques liés à l'administration des médicaments

	Oui	Non	Total
Les effets indésirables observés sont enregistrés dans Cortexte :	40	0	40
Le médecin est prévenu des effets indésirables :	39	0	39
Savez-vous qu'il existe des documents d'aide à l'administration sur l'intranet :	7	32	39
Total	86	32	118

B - Préparation des médicaments pour une permission du patient

	Oui	Non	Total
Le traitement est préparé en présence du patient :	8	25	33
Le médecin modifie l'ordonnance pour faire la conversion des formes buvables vers les formes solides :	10	22	32
Le médecin modifie les prescriptions pour les "SI BESOIN" :	10	23	33
L'IDE convertit lui-même les formes buvables vers les formes solides :	20	12	32
Si oui il utilise un support de conversion pour le changement de forme :	18	11	29
L'ordonnance est donnée au patient :	23	9	32
Les récipients pour les formes buvables sont adaptés à une seule prise (1 prise = 1 récipient) :	29	4	33
Les traitements sont identifiables (nom du patient et nom médicament, lot et péremption) jusqu'à la prise :	24	9	33
Total	142	115	257

Annexe 2 : Recommandations en matière d'écrasement des comprimés et d'ouverture des gélules

RECOMMANDATIONS EN MATIERE D'ECRASEMENT DES COMPRIMES ET D'OUVERTURE DES GELULES

Règles générales :

En l'absence de rainure sur un comprimé, la division est aléatoire et devrait être évitée. Il est préférable d'utiliser un autre dosage voire une autre forme (solution buvable par exemple).

Il ne faut ni couper, ni écraser, ni ouvrir les formes orales :

- ➡ Gastro-résistantes (sauf pour les sondes jéjunales).
- ➡ A libération modifiée (retard, LP, ORO), les gélules LP peuvent être ouvertes mais sans écraser leur contenu.
- ➡ Contenant des principes actifs instables à la lumière ou à l'air.
- ➡ A base de substances irritantes ou toxiques.
- ➡ Contenant des substances à marge thérapeutique étroite (AVK, anticonvulsivant, digoxine...).
- ➡ Contenant un excipient huileux (capsules).

Cf. fiche « Bon usage des formes sèches » sur intranet (Classeurs Docs, Pharmacie, 3. Protocoles - conduites à tenir, 12. Tableau = Bon usage des formes sèches.pdf).

En pratique :

Voie orale :	Passage par sonde :
S'assurer que le comprimé peut être écrasé ou la gélule ouverte.	S'assurer que le comprimé peut être écrasé ou la gélule ouverte.
Mettre des gants.	Mettre des gants.
Ecraser le comprimé le plus finement possible.	Ecraser le comprimé le plus finement possible.
Disperser la poudre obtenue avec 10-15 ml d'eau.	Disperser la poudre obtenue avec 10-15 ml d'eau puis mettre ce mélange dans une seringue. Si besoin, stopper la nutrition. Rincer la tubulure.
Administer le médicament.	Administer le médicament. Il est indispensable de bien rincer la sonde après chaque passage de médicaments.

L'administration doit se faire extemporanément : ne pas écraser les comprimés à l'avance car les principes peuvent être instables à l'air, à l'humidité ou à la lumière.

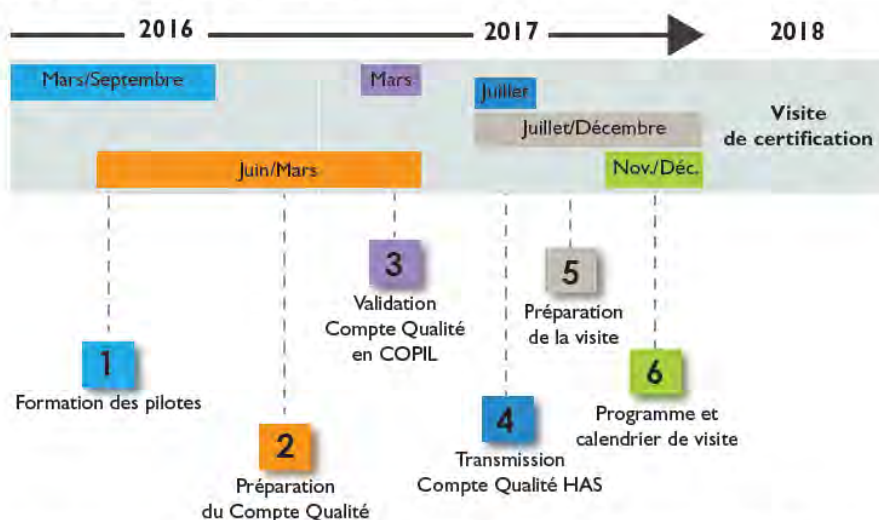
En cas d'administration de plusieurs médicaments :

- ➡ NE PAS écraser plusieurs comprimés en même temps.
- ➡ Le mortier et le pilon devront être nettoyés entre chaque médicament.



CERTIFICATION : l'établissement sur la ligne de départ

La prochaine visite de certification devrait avoir lieu en janvier 2018. L'établissement est d'ores et déjà en train de se préparer... le rétro calendrier se décline ainsi :



Notre rapport, préalable à la visite, (appelé compte qualité) sera remis à la Haute Autorité de Santé en juillet 2017. Le compléter est un exercice nouveau, pour lequel nous allons être formés dès le mois d'avril.

L'IDENTITOVIGILANCE : une sécurité pour les patients et les soignants

L'Identitovigilance est une identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.

Depuis septembre 2013, le CH Marchant s'est doté d'une cellule d'Identitovigilance qui définit la politique, assure le suivi et formule des préconisations. Certaines d'entre elles ont été mises en œuvre, comme la mise en place d'une identité provisoire, d'une identité consolidée, l'utilisation des étiquettes...

Dans un souci d'efficacité et de pertinence, une enquête a été diligentée dans le but d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des personnels au contact des patients.

40 personnes ont ainsi été auditées, tous corps professionnels confondus, réparties dans toutes les unités de soins de tous les pôles. Les résultats sont disponibles sur Intranet : Démarche qualité > évaluation et indicateurs. Retenons essentiellement que :

- l'identitovigilance est un acte de soins et tous les professionnels de l'établissement sont concernés ;
- on ne peut pas créer une identité lors d'un premier contact téléphonique ;
- tous les objets concernant le patient

doivent être étiquetés avec les étiquettes Cortexte.

Les réponses confirment néanmoins que les positions évoluent vis-à-vis des bracelets d'identification et des photographies notamment. Il faut continuer à déployer la politique d'Identitovigilance en se concentrant sur les points cités précédemment. Ces résultats sont exploités lors des formations prodiguées par le DIMSP.



La méthode du patient traceur : une nouvelle approche dans la V 2014 !

C'est une méthode d'audit qui permet d'observer l'organisation de la continuité des soins d'un patient durant sa prise en charge. En 2016, le CH Marchant a le projet de mettre en œuvre cet exercice au rythme d'un audit patient traceur, par secteur, par semestre. Les médecins, cadres et personnels des unités sont, dès à présent, sollicités pour s'approprier avec le service qualité cette nouvelle méthode d'audit. Deux sessions de sensibilisation seront organisées sous forme de conférences à destination de l'encadrement médical et non médical afin que chacun puisse acquérir une base de connaissances générales communes sur cette méthode. Les dates de ces conférences vous seront communiquées ultérieurement.



RENCONTRE Marc Campaner



Coordonnateur de la gestion des
risques associés aux soins.

Pourquoi déclarer un événement indésirable ?

Plusieurs raisons existent, la plus importante, c'est de soulever une problématique sur une situation de travail pour qu'elle soit analysée. Cette analyse, qu'elle soit réalisée au sein de l'unité ou au sein d'une cellule pluri professionnelle doit permettre d'éviter de reproduire cette problématique à un autre moment. Cette culture de la déclaration doit s'inscrire dans le temps pour que l'ensemble des acteurs puissent en mesurer les effets positifs et donc l'intérêt collectif.

À votre avis, existe-t-il des obstacles à une déclaration ?

Plusieurs obstacles à cette culture persistent :

- La réticence à mettre en lumière une problématique de fonctionnement, la crainte du jugement ou de la sanction.
- Le manque de temps ou de connaissance de l'outil informatique permettant cette déclaration. (Le service qualité reste joignable à tout moment à ce sujet).
- Penser que déclarer ne changera rien, c'est participer à la mise en insécurité des professionnels qui se retrouveront dans la même situation. Lire les conclusions des analyses des événements indésirables déclarés permet de mesurer le bien-fondé de ces déclarations.

Pouvez-vous nous rappeler les grands principes de la politique de non sanction ?

Pour instaurer une culture de déclaration efficace dans une entreprise, il est bien évident qu'il ne peut y avoir de place pour une sanction consécutive à la déclaration d'une erreur. C'est pour cette raison que l'établissement a inscrit ce principe dans sa politique qualité au début de l'année 2014. Le respect de ce principe est fondamental

pour instaurer un environnement de travail sécurisant tant pour le soignant que pour le soigné.

Seule la répétition volontaire d'erreurs constitue une faute qui, elle est sanctionnable.

La déclaration d'une erreur est une démarche d'amélioration de notre outil de travail.

Depuis 2014, les E.I sont déclarés de manière électronique :

- Chaque agent peut faire le choix de signaler un E.I
- La procédure de déclaration et les formulaires sont accessibles sur intranet.
- Si vous ne parvenez pas ou plus à vous connecter, n'hésitez pas à solliciter le service qualité au 05 61 43 40 51 pour réinitialiser votre compte.



Audit sur l'administration du médicament

Le service de la pharmacie lance une EPP sur l'administration du médicament et la préparation extemporanée (réalisée au moment de l'utilisation) des médicaments par les infirmiers.

L'objectif est l'amélioration des pratiques en diminuant le risque d'erreurs lors de l'administration. Cet audit débutera fin février ou début mars. Il concernera les zones ouvertes des 20 services d'hospitalisation continue et ne concernera pas les médicaments stupéfiants et les fluides médicaux.

Nous vous remercions du bon accueil que vous réserverez aux auditeurs.

Pour toute question, contacter Laurence BONNET, pharmacienne et Pierre MIGNONAT, interne en pharmacie.



L'administration des médicaments : une étape à risques

Conscient de l'importance de cette ultime étape dans le circuit du médicament, le service de la pharmacie, accompagné d'auditeurs et de référents pharmacie a réalisé une EPP sur l'administration des médicaments dans les services de soins.

Globalement, les résultats sont bons et les auditeurs ont été très bien accueillis. Les infirmiers ont toujours eu plaisir à expliquer et montrer leur manière d'administrer les médicaments aux patients.

A l'issue de cette évaluation, les objectifs de travail pour sécuriser les pratiques sont de :

- Limiter les interruptions de tâches et privilégier l'administration via Cortexte plutôt que par les ordonnances imprimées.
- Rédiger et diffuser des recommandations de bonnes pratiques sur les formes buvables.

- Améliorer le système d'identification des médicaments jusqu'à l'administration.

Leur mise en œuvre concrète vous sera prochainement proposée.



Pour aller plus loin :

« L'interruption de tâches lors de l'administration de médicaments ».

(Source HAS, Janvier 2016)

(Disponible sur la base de données du centre de documentation)



Les résultats complets de cet audit sont disponibles sur Intranet :

Qualité / évaluation et indicateurs / EPP / EPP en cours.



Marie-Pierre Galey et Isabelle Levarato, infirmières et référentes pharmacie à Verlaine et Van Gogh, ont bien voulu répondre à nos questions :

Quels sont pour vous les intérêts et enseignements tirés de cet audit ?

L'intérêt de ces audits est d'évaluer nos pratiques et de les uniformiser de façon cohérente.

A Verlaine, cela a permis de repenser la distribution des médicaments, avec la validation sur Cortexte, la mise des étiquettes

patients sur les médicaments multi-doses, les dates d'ouverture des flacons... Mais aussi, cet audit a été un moyen de questionner les bonnes pratiques en faisant passer des messages de rappel aux soignants.

A Van Gogh, le référent pharmacie s'appuiera sur les résultats de cet audit, dès leur publication, pour faire passer les messages sur les recommandations de bonnes pratiques.

Des solutions concrètes vous semblent-elles mises à mettre en œuvre ?

Les solutions sont simples à mettre en place avec la volonté de tous, en repensant l'agencement de la salle de soins (à l'exception peut-être des unités qui disposent de postes de soins très exigus).

Dans la plupart des services, par exemple, il est assez aisé de revoir la place de l'ordinateur, pour faciliter la validation.

Ce qui est primordial aussi, c'est que l'infirmier ne soit pas interrompu pendant l'administration des traitements. Mais ceci n'est possible que si toute l'équipe soignante respecte cette règle. Il sera alors nécessaire, mais faisable, de revoir l'orga-

nisation du temps de la distribution dans certains services (en moyenne, 25 minutes suffisent pour donner les médicaments aux patients).

La culture du signalement de l'erreur médicamenteuse vous semble-t-elle évoluer ?

Les erreurs médicamenteuses sont mieux signalées qu'auparavant. Cependant, certaines personnes sont réticentes à déclarer, de peur de se faire sanctionner.

Chacun doit comprendre qu'au contraire, ces déclarations permettent d'améliorer les pratiques et d'éviter les erreurs. Les conséquences pourraient être plus préjudiciables au patient. Les signalements sont encore freinés par la nécessité d'aller chercher le formulaire sur Intranet et le fait que cela ne soit pas anonyme.

Aujourd'hui, seules les erreurs importantes sont déclarées dans les fiches d'événements indésirables. Mais le service de la pharmacie est informé si l'erreur vient de la délivrance.

L'effort doit donc encore porter sur le signalement de ces incidents.

La traçabilité dans le dossier patient en progression

Comme tous les ans, nous avons réalisé un audit sur la traçabilité des actes dans les dossiers patients (audit IPAQSS).

80 dossiers ont été tirés au sort parmi des séjours de patients hospitalisés de février à septembre 2015, dans les services de psychiatrie générale.



Ces résultats seront publiés sur le site Internet Scope Santé, accessible à tous les publics. L'établissement affiche une nette progression depuis le dernier audit réalisé en août 2015.

En effet, l'indicateur général de bonne tenue du dossier patient est passé de **78% à 85%**.

En particulier, nous observons une amélioration réelle sur les indicateurs suivants :

- La présence du **document médical de l'adresneur**, grâce certainement à la mise à disposition de scanners dans les services (de 70% à 96%) ;
- Le **contenu de l'évaluation initiale médicale** faite dans les 24 h est désormais plus complet (de 32% à 56%), même si des efforts restent à faire sur le recueil des antécédents somatiques ;
- Le **délai d'envoi du Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH)** dans les 8 jours a fait un bond après quelques années sans évolution (63%) ;
- Le **dépistage des troubles nutritionnels** (poids/taille/IMC) affiche une nette progression (de 51% à 75%).

Aujourd'hui, nous vous encourageons à poursuivre vos efforts, car ces résultats sont le fruit d'un travail de fond, de longue haleine, mené par tous les professionnels.

IPAQSS

Les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) constituent des indicateurs permettant d'évaluer la prise en charge et le suivi des dossiers des patients au cours de leur hospitalisation. Organisé par la Haute Autorité de Santé, le recueil annuel de ces IPAQSS est obligatoirement effectué par les établissements de soins situés sur le territoire français, qu'ils soient publics ou privés.

Les résultats complets sont disponibles sur Intranet :
Qualité / évaluation et indicateurs / audit dossier patient.

Conférences patient traceur le 29/09 et 07/10

La certification V2014 est lancée dans la perspective d'une visite prévue début 2018. Des groupes thématiques sont en place avec leur pilote opérationnel. C'est l'affaire de tous et non seulement de ceux qui sont en pilotage. L'audit « patient traceur » s'inscrit dans cette nouvelle démarche de certification.

Conférences/débats sur la méthode d'audit « patient traceur »

- Nouvelle méthode d'audit proposée par la HAS, elle sera utilisée par les experts visiteurs lors des prochaines visites de certification.
- D'ores et déjà, nous pouvons nous approprier cette méthode d'évaluation, concrète, et liée à la prise en charge directe de nos patients car elle s'appuie sur leur parcours de soin.

Deux demi-journées de conférences/débats sur ce thème sont organisées :

- **Judi 29 septembre de 9 h à 12 h.**
- **Vendredi 7 octobre de 9 h à 12 h.**

Animées par le **Dr Charet**, formateur/consultant, médecin au CH de Villefranche de Rouergue et Expert-visitateur de la HAS, elles sont destinées aux médecins, cadres de santé et soignants de toutes les unités de soins.

Programmes et modalités d'inscriptions disponibles sur Intranet :

Qualité / évaluation et indicateur / audit patient traceur.



À vos chapeaux !

Comme tous les ans, et bien que cette année le soleil se soit fait un peu désiré, nous avons déclenché le niveau 1 du plan canicule depuis le 1er juin.

Le médecin référent canicule est le Dr Bourrel et, en son absence, le Dr Viguer.

Si les températures s'élèvent un peu plus, l'ARS nous demandera de passer en niveau 2. Et si elles s'élèvent trop, c'est le Préfet qui nous enjoindra de passer au niveau 3.

Tous les documents et conduites à tenir sont disponibles sur Intranet :

Qualité / plan de crise.



@ctualité des instances Qualité / Risques

Le CR du COPIL Qualité du 2 juin est disponible sur intranet

« Démarche qualité/organisation de la qualité ».

Le CR de la commission EPP du 17 juin :

« Démarche qualité/évaluation et indicateurs/commission EPP ».



CELLULE D'EVALUATIONS ET D'AUDITS

Fiche projet

Date de mise à jour de la fiche projet : **24/08/2016 (par LB)**

Nom du projet	Administration des médicaments
Chef de projet (nom, fonction, service)	Bonnet Laurence, Pharmacienne PH
Equipe projet (nom, fonction, service)	Bobichon Mélanie (préparatrice), Galey Marie-Pierre (IDE Verlaine), Bonnet Laurence (pharmacienne), Cardoso Carlos (cadre de santé PAJA), Levarato Isabelle (IDE Van Gogh), Loriato Caroline (cadre pharmacie), Pouy Nicole (IDE Artaud), Texier Nathalie (ingénieur qualité), Casero Amélie (IDE UHSA B), Ybert Magali (cadre de santé HJ ADOS), Renaud Céline (IDE Claudel), Sensiau Marie-Josée (chef de projet qualité) Mignonat Pierre (interne pharmacie), Satge Stéphanie (IDE Cervantes).

Les références réglementaires / Référentiels / Conférences de consensus...	- Les bonnes pratiques d'administration des médicaments, 2002 - comité régional du médicament et des dispositifs médicaux ARH région Centre - Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, juillet 2011 - HAS - Les bonnes pratiques de réalisation des piluliers dans les établissements sanitaires - OMEDIT Centre Loire - Formes orales buvables : bonnes pratiques de préparation, commission sécurisation du circuit du médicament, ORMEDIMS Poitou-Charentes, janvier 2008
Le public ciblé/ champ d'application	L'audit portera sur : - 20 services d'hospitalisation continue du CH Marchant - Uniquement dans la zone ouverte de chaque service - Hors médicaments stupéfiant et hors fluides médicaux - Concerne l'administration et la préparation extemporanée des médicaments - Ne concerne pas l'étape de préparation des piluliers - Pas de limitation selon le type de patient
Les objectifs / les enjeux	Amélioration des pratiques pour la diminution du risque d'erreur dans l'administration des médicaments.
Le choix de la méthode	Il s'agit d'un audit observationnel prospectif. Cette évaluation sera effectuée par l'équipe du projet composée de 14 personnes. Un auditeur dans chaque binôme. L'évaluation utilise une grille de critères proposés par le groupe de travail lors de la réunion de février 2016. Cette grille est testée par le groupe de travail avant réalisation de l'audit. Chaque binôme aura 3 services à auditer 2 fois chacun. Il y aura 40 audits au total.
Les critères de justification du projet	
Fréquence	Pluri journalière → 3 fois par jour.
Faisabilité	
Marge d'amélioration	Meilleures conditions d'administration afin de diminuer le risque d'erreurs d'administration des médicaments
Les indicateurs de suivi/processus/activité	Nombre d'erreurs d'administration
Possibilité de comparaison avec d'autres services d'autres établissements	Comparaison de la pratique des services entre eux.

Plan de communication au sein de l'établissement	
Interne au(x) service(s) audité(s)	- Information des cadres et médecins des services avant de commencer les audits - Article dans la lettre qualité
Communication institutionnelle	Le projet a été présenté à plusieurs instances du CH : - CME le 17/12/2015 - Réunion cadres supérieurs le 18/11/2015 - CSIRMT le 20/11/2015 - A présenter à la réunion qualité du mois de juin
Calendrier	
Cf plan d'actions	L'évaluation se déroulera sur une période définie à partir de mars 2016 compte tenu du temps nécessaire à l'analyse d'un dossier et des disponibilités des évaluateurs. La synthèse de l'audit est réalisée sous la responsabilité du pilote du groupe projet audit.
Utilisation de la grille de recueil des données	
Les membres de l'équipe projet ont été formés afin d'homogénéiser le recueil de données. Parmi les modalités d'utilisation de la grille, on retient les suivantes : • les patients ne doivent pas être identifiés sur les grilles : le coordonnateur est chargé de veiller au respect de la confidentialité ; • utiliser la case « commentaires » pour préciser certaines pratiques ou organisations spécifiques au service	

Annexe 6 : Plan d'action du projet EPP version Août 2016

Plan d'actions du projet			
Etapes de projet	Date de réalisation	Commentaires	Avancement en %
Choix du thème - Argumentaire	Novembre 2015	Fréquence - Marge d'amélioration - Faisabilité	100%
Repérage des acteurs	Janvier 2016	Mise en place de l'équipe projet	100%
1ere réunion de lancement	25/01/2016	Définition des objectifs Choix des référentiels Formalisation de la fiche projet	100%
2eme réunion	17/02/2016	Elaboration des outils, guides	100%
1ere maquette de la grille d'audit	Février 2016	Service qualité - logiciel Sphinx	100%
Test des outils	Février- mars 2016	Sur un échantillon réduit, avec 2 binomes sur un service chacun	100%
3 ^{ème} réunion	14 mars 2016	Validation de la méthode et des outils, organisation audits	100%
Communication du projet	Février 2016	Lettre qualité	100%
Recueil des données sur le terrain	Mars-avril 2016	A l'aide de la grille de recueil	100%
Saisie des résultats	avril 2016	service qualité - Sphinx	100%
4 ^{ème} réunion de travail	13 mai 2016	Analyse des résultats Elaboration du plan d'actions	100 %
Validation du plan d'actions	17 juin	Commission EPP	oui
Communication des résultats et du plan d'action	3T2016	Réunion cadres sup + envoi des résultats par service à chaque chef de pôle et cadre associé + CSIRMT + réunion des cadres + réunion référents PUI + CME (à voir par LB) + COMEDIMS + LQ	OK le 3 mai. Fait par service Qté le 19 mai 23/09/16 09/09/16 04/07 29 09 ? ? 23/06/16 Juillet 2016
Mise en œuvre du PAQ	3 et 4T2016	Par les acteurs concernés	

5 ^{ème} réunion de travail		Organiser le 2 ^{ème} cycle d'évaluation de l'audit.	
Communication du projet		En lien avec service communication et service qualité	
Recueil des données sur le terrain		A l'aide de la grille de recueil	
Saisie des résultats		service qualité - Sphinx	
6 ^{ème} réunion de travail		Analyse des résultats Décision du devenir ultérieur de l'audit : - Clôture - Suivi indicateur - Poursuite 3 ^{ème} cycle	
Communication du projet		En lien avec service communication et service qualité	



COMMISSION EPP

Formulaire de demande d'EPP

Nom de l'EPP demandée	Amélioration des conditions d'administration des médicaments
Nom et fonction du demandeur	Nom : Bonnet Laurence Fonction : Responsable du management de la prise en charge médicamenteuse Service : Pharmacie Demande validée en commission EPP : OUI ☒ NON ☐ Si oui, date : 18/03/2016
Le contexte de la demande	Suite à la cartographie des risques avec l'outil Archimed en 2013, un des axes d'amélioration encore non exploré concerne la partie « administration » du circuit du médicament
La marge d'amélioration probable	Meilleures conditions d'administration afin de diminuer le risque d'erreurs d'administration des médicaments
Le périmètre d'investigation souhaité	Unités d'hospitalisation continue 20 services → admissions, suites, PAJA, Chaurand, USLD, UHSA, UCHA, CPC Maignan, Pont de Bois

Les Objectifs / Les enjeux	Dernière étape du circuit du médicament, l'administration est celle qui constitue la phase la plus sensible car elle est le dernier verrou de sécurité avant le patient
La mesure de criticité de la pratique (entourer la cotation souhaitée)	Gravité potentielle ou réelle pour le patient (G): Critique : événement extrême (décès, séquelle irréversible...) 4 Grave : allongement de la durée d'hospitalisation, séquelles importantes réversibles... 3 Peu grave : impactant peu le patient 2 Sans conséquence : sans réelle conséquence pour le patient 1 Fréquence de l'événement, (F): Très fréquent : 1 fois par semaine 4 Fréquent : De 1 à 4 fois par mois 3 Occasionnel : Moins de 1 fois par mois 2 Rare : Moins d'une fois par an 1 DéTECTABILITÉ ET CURABILITÉ DE L'ÉVÉNEMENT (D): Aucune maîtrise 4 Maitrise partielle 3 Maitrise en grande partie 2 Maitrise totale 1 ⇒ Criticité : $G \times F \times P = 16$ De 1 à 2 = Non critique De 3 à 8 = Peu critique De 9 à 26 = Critique De 27 à 64 = Très critique

AUTHOR : MIGNONAT Pierre

TITLE : SECURING MEDICINES ADMINISTRATION : AN EVALUATION OF PROFESSIONALS PRACTICES AT GERARD MARCHANT HOSPITAL CENTER

ABSTRACT :

Medicines administration is a key step within the medication circuit. In order to ameliorate medicine delivery, an evaluation of professional practices has been conducted at Gérard Marchant hospital center. Thus, a multidisciplinary working group has been gathered. Audits conducted within the EPP (Evaluation of Professional Practices) have led to establish six main working directions, which are: the limitation of task interruptions, the creation of a good practices guide regarding oral forms preparations and deliveries, the instauration of multi-doses non oral forms tagging culture, the amelioration of dispensing dry forms management, the reorganization of the hospital intranet and the augmentation of digital use to check ordinances. Amelioration in managing the risks of the previous points will permit to secure medicines administration in our hospital.

KEY WORDS : medication circuit, audit, evaluation of professional practice, medicines administration.

AUTEUR : MIGNONAT Pierre

TITRE ET RESUME : SECURISATION DE L'ADMINISTRATION DES
MEDICAMENTS : UNE EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU
CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT

L'administration des médicaments est une étape importante du circuit des médicaments. Une évaluation des pratiques professionnelles a été menée au sein du CH Gérard Marchant pour améliorer l'administration. Un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué pour sa réalisation. Des audits intégrés dans notre EPP ont permis de définir 6 axes de travail prioritaires : limitation des interruptions de tâche, Création d'un guide des bonnes pratiques de préparations et d'administrations des formes buvables, instauration d'une culture de l'étiquetage des multi-doses non buvables, amélioration de la gestion des dispensations des formes sèches, réorganisation de l'intranet de l'hôpital et augmentation de l'utilisation du support informatique pour la vérification des ordonnances. Une amélioration de la gestion des risques sur ces axes, nous permettra de sécuriser l'administration des médicaments dans notre établissement.

TITRE ET RESUME EN ANGLAIS : voir au recto de la dernière page de la thèse

MOTS-CLES : circuit du médicament ; audit ; évaluation des pratiques professionnelles ;
administration des médicaments.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Pharmacie

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. : Faculté des sciences pharmaceutiques, 35 Chemin
des Maraîchers, 31400 Toulouse

DIRECTEUR DE THESE : Dr BONNET Laurence