

Partie 3

Boîte à outils

Sommaire

Partie 3. Boîte à outils

3.1 Comment les utiliser	59
Boîte 1 : les outils d'aide à la gestion des données	61
▶ Une fiche pour le patient	61
▶ Une fiche pour les patients & les familles	63
▶ Une fiche pour les professionnels	65
▶ Liste des produits présentant une similitude (consonance et visuelle)	69
▶ Liste des comprimés non sécables et non broyables	71
▶ Thésaurus des protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers	73
Boîte 2 : outils de prévention et de récupération	75
▶ Mémo	75
▶ Check-list	77
▶ Double vérification	81
▶ Auto-évaluation par le critère du manuel de certification V2010	89
Boîte 3 : méthodes et outils d'analyse à posteriori des erreurs	91
▶ Revue de Mortalité et Morbidité (RMM)	91
▶ Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs associés (REMED)	92
▶ Comité de Retour d'Expérience (CREX)	92
Références bibliographiques	93

Partie 3. Boîte à outils

Cette partie met à votre disposition un certain nombre d'outils, dont les objectifs sont différents mais complémentaires ; ils sont classés selon leur fonction.

Outils à votre disposition

① Des outils d'aide à la gestion des données (outils supports)

- Une fiche patient.
- Une fiche pour les professionnels de santé.
- Des listes : la liste des produits à consonance identique, la liste des comprimés non sécables et non broyables, la liste des spécialités pédiatriques adaptées.
- Un thésaurus des protocoles IDE.

② Des outils de prévention et de récupération de l'EM

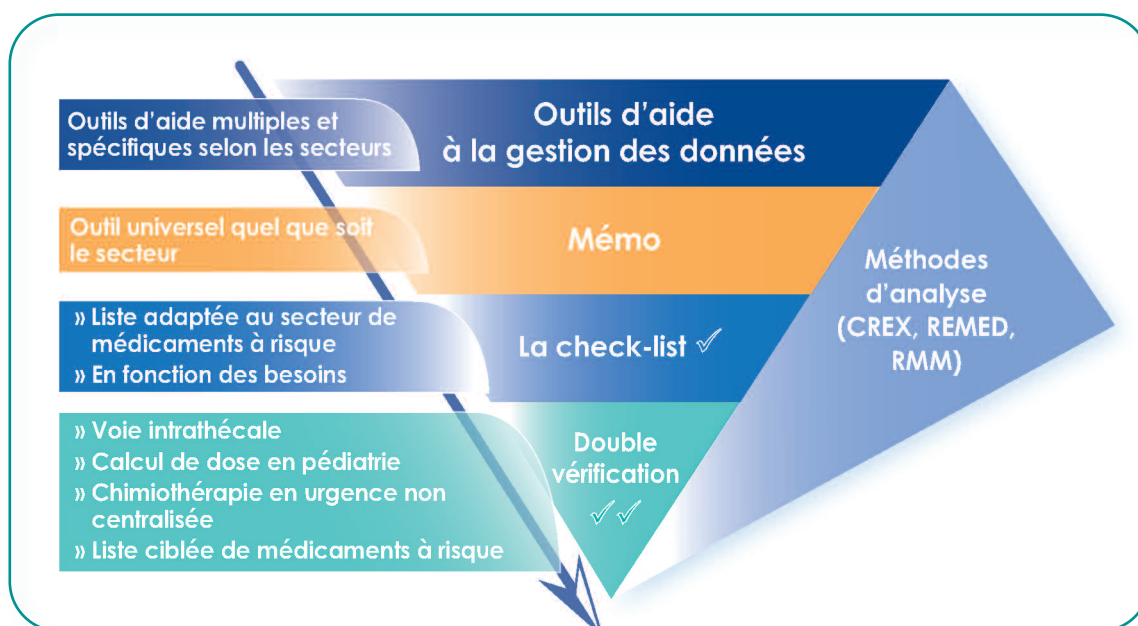
- Un Mémo.
- Une check-list.
- Une double vérification.
- L'outil d'auto-évaluation par le critère de certification V2010.

③ Des méthodes et outils d'analyse *a posteriori* des erreurs

- La Revue de Morbi-Mortalité (RMM).
- Le Comité de Retour d'Expérience (CREX).
- La Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs associés (REMED).

3.1 Comment les utiliser

Les 2 premières catégories d'outils ont vocation à être largement diffusés et utilisés dans différents secteurs et tout au long du processus d'administration. Les outils de contrôle doivent être utilisés de manière ciblée. Les outils d'analyse *a posteriori* sont utilisés dans un cadre défini par l'institution.



Boîte 1. Les outils d'aide à la gestion des données

Fiche pour le patient

Préambule (1-7)

Afin de permettre au patient de participer à l'interception d'une erreur au moment de l'administration, un outil est proposé ci-dessous pour faciliter l'échange avec les professionnels de santé et leur implication.

Dans le cadre du développement professionnel continu, les professionnels de santé sont formés aux techniques de communication. Le processus de communication qui s'établit entre le professionnel de santé et le patient débute dès son admission et à pour but notamment de :

- améliorer les résultats thérapeutiques,
- réduire le risque lié aux interactions médicamenteuses,
- éviter les erreurs médicamenteuses,
- améliorer le bien être et la santé du patient,
- expliquer les effets thérapeutiques attendus,
- informer sur les effets secondaires possibles,
- permettre une meilleure observance,
- responsabiliser le patient face à sa pathologie et à son traitement.

A. Objectif de la fiche

Cette fiche destinée à tout patient hospitalisé et à son entourage permet :

1 D'établir un partenariat entre le patient et les soignants :

- connaître la conduite à tenir avant toute administration de médicament,
- informer le patient du traitement à travers une trame de question qu'il peut poser,
- informer le patient de ses droits et devoirs.

2 De partager et mieux prendre en compte ses besoins.

3 D'assurer un bon usage des médicaments.

Cette fiche patient permet également aux professionnels de santé d'être mieux informés des attentes des patients et de leur contribution dans la prise en charge médicamenteuse.

Les outils	
	Fiche patient et famille
	Fiche traitement
	Fiche pour les professionnels

B. Champ(s) d'application

Il appartient aux établissements de santé et notamment aux différents secteurs d'activité d'identifier les secteurs, pathologies et patients et/ou de la famille susceptibles d'être partie prenante.

- Les patients hospitalisés.
- Les pathologies chroniques.
- En cours d'hospitalisation.
- À l'entrée et à la sortie de l'hôpital.
- Certains produits.

C. Mise en œuvre

La fiche peut être remise à l'admission du patient ; puis, en fonction de sa situation clinique, de ses capacités cognitives, langage, le personnel infirmier informe le patient des modalités de sa participation.

D. Évaluation

- Nombre de fiches remises.
- Nombre de patients associés.
- Item intégré dans l'évaluation de la satisfaction du patient.

Fiche pour les patients et les familles

Fiche pour les patients et les familles



Vous et vos médicaments à l'hôpital

Chaque patient hospitalisé est concerné par la prise en charge des médicaments qui lui sont administrés. En tant qu'acteur de votre santé, vous avez un rôle à jouer ; vous participez au **Bon médicament** qui vous est administré, à la **Bonne dose, au bon moment** et **selon la Bonne voie** d'administration.



La fiche me concerne

- Je suis un patient hospitalisé (adulte ou enfant),
- Je suis un membre de la famille, la personne de confiance,
- J'ai déjà un certain nombre de médicaments à prendre,
- Je veux connaître mon traitement pour être capable de prévenir en cas d'erreur
- Je veux aider à prévenir les erreurs de médicaments,
- Je veux comprendre mon traitement pour me prendre en charge correctement.

Vous aider dans la recherche de l'information afin d'être acteur dans votre traitement



Quel est mon rôle avant de prendre un médicament ?

- **Je décline mon identité** : je prononce de façon claire, mes nom, prénom et date de naissance.



- Je communique mon traitement habituel aux équipes de soins et je m'assure que le traitement signalé à l'entrée a été pris en compte dans la prescription. **En cas de doute, je n'hésite pas à poser la question.**

- Il se peut que les médicaments que je prends habituellement ne soient pas disponibles dans l'hôpital et qu'on me donne un générique ou un équivalent pendant mon hospitalisation. **Je n'hésite pas à poser des questions pour bien comprendre à quoi sont destinés les différents médicaments qui me sont donnés.**

- Je prends connaissance des consignes pour prendre correctement mon traitement (heure, à avaler, à laisser fondre sous la langue...) **En cas de doute, je n'hésite pas à faire répéter.**

- Avant chaque prise, je relis attentivement le nom du médicament que je prends et la dose à prendre. Avant chaque injection, je redemande quel est le produit qui m'est donné et la dose qui m'est injectée.

- Si je ressens des démangeaisons, des difficultés à respirer, des rougeurs, etc., après avoir pris un médicament (comprimé ou piqûre), **je n'hésite pas et j'appelle immédiatement l'infirmier(ère).**

- Je prends le traitement que l'on me donne, même si je me sens mieux et que je suis tenté de vouloir arrêter.

- Les médicaments que je dois prendre ont un étiquetage qui me permet de les reconnaître, aussi je les conserve tels que. En revanche, si l'un d'eux n'est pas identifiable, **je ne le prends pas et en informe l'infirmier(ère).**



Ce que je ne dois pas faire ?

- Prendre des médicaments à l'insu du médecin ou de l'infirmier(ère). Vous avez peut-être l'habitude de prendre des médicaments qui ne nécessitent pas d'ordonnance ou à base de plantes, parlez-en au médecin.

- Ne pas prendre les médicaments qui me sont donnés sans le dire. Vous avez le droit de douter ou de refuser de prendre un traitement, informez l'équipe de votre décision et parlez-en au médecin.

- Modifier une dose de ma propre initiative sans l'accord préalable du médecin.

Quelles sont les questions que je dois poser ?

- Pourquoi je dois prendre ce médicament ?

- Pourquoi le nom du médicament n'est pas le même que sur la prescription ? puis-je le prendre ?

- Quelle est la dose que je dois prendre et combien de fois par jour et pendant combien de temps ?

- Dans quoi et à quelle heure dois-je prendre mon médicament ?

- Comment dois-je prendre mon traitement (à jeun, au moment des repas, etc.) ?

- Le médicament va-t-il entraîner des

effets secondaires ; Si oui, lesquels et que dois-je faire si cela arrive ?

- Habituellement, je prends d'autres médicaments, cela pose-t-il un problème. Si oui, que dois-je faire ?



Fiche pour les professionnels

Fiche pour les professionnels

Préambule

Cette fiche est proposée aux professionnels de santé en vue de renforcer la communication avec le patient et/ou son entourage sur sa prise en charge médicamenteuse en cours d'hospitalisation. Elle est complémentaire de la fiche existante pour le patient.

La relation soignant/soigné qui s'établit entre le professionnel de santé et le patient débute dès son admission et a pour objectifs, notamment dans le cadre de la PECM de :

- améliorer les résultats thérapeutiques,
- réduire le risque lié aux interactions médicamenteuses,
- éviter les erreurs médicamenteuses,
- améliorer le bien-être et la santé du patient
- expliquer les effets thérapeutiques attendus,
- informer sur les effets secondaires possibles,
- permettre une meilleure observance,
- responsabiliser le patient face à sa pathologie et à son traitement,
- s'assurer qu'il a bien compris son traitement,
- assurer la continuité de son parcours de soins.

A. Objectif de la fiche

Cette fiche est destinée à tout professionnel de santé et permet :

- d'établir un partenariat avec le patient et/ou son entourage,
- de partager et mieux prendre en compte ses besoins et attentes,
- d'identifier les éléments à communiquer,
- d'assurer un bon usage des médicaments,
- d'identifier les professionnels de ville prenant en charge le patient pour assurer une prise en charge, optimale à l'entrée et un relais efficace et rapide à la sortie de l'hôpital.

B. Champ(s) d'application

- Tous les professionnels sont concernés ; il appartient aux établissements de santé de définir les secteurs concernés.
- L'administration des médicaments pour les patients hospitalisés.

C. Mise en œuvre

La fiche peut être remise à tout nouvel arrivant (nouveau professionnel, intérimaire, stagiaire, etc.). Celle-ci doit être remise et faire l'objet d'un accompagnement pédagogique.

D. Évaluation

- Nombre de fiches remises.
- Nombre de professionnels.
- Catégories de professionnels.
- Audit/quick audit/observation de l'intégration dans la pratique.

Objectif de cette Fiche

Identifier les éléments d'information à partager avec le patient afin de prévenir les erreurs médicamenteuses à l'administration des médicaments



J'informe et j'explique

➔ **Avant tout, je m'identifie clairement auprès du patient.
J'ai revu le dossier du patient.**

- Je m'assure que je m'adresse bien au bon patient.
- Je l'informe du nom du médicament, de la dose, de la voie d'administration, de la fréquence.
- Pourquoi il a été prescrit.
- Quels sont les effets attendus.
- Comment prendre le médicament et les horaires d'administration.
- Combien de temps dure le traitement.
- Discuter des effets indésirables éventuels et quoi faire.
- Comment surveiller le traitement (glycémie, TA, fonction rénale, pouls, etc.).
- Les précautions particulières à prendre le cas échéant (alimentation, boisson, etc.).
- Les directives spécifiques pour l'administration et la préparation (voie d'abord, vitesse, etc.).

Je réponds aux questions



Je vérifie que le patient a compris

- Pouvez-vous me dire à quoi sert le médicament que je vais vous donner ?
 - Quel est son nom ?
 - Comment doit-il être pris (Dosage, forme, voie, horaire et modalités) ?
 - Connaissez-vous ses effets indésirables éventuels, les précautions particulières et les effets bénéfiques attendus ?
- ➔ **Je remets au patient sa liste de médicaments actualisée (cf exemple de fiche).**

Je trace l'information et les échanges avec le patient dans le dossier de soins

Exemple de Fiche

Ma liste de médicament durant mon hospitalisation

Avant l'administration des médicaments, n'hésitez pas à partager cette liste avec les professionnels de santé

Vos nom, prénom

Date de naissance

Allergie(s) connue(s)

Personne et N° de poste en cas de besoin

Date :

Heure :

Service :

Médicamen(s)/Dose 	Indication(s)	Quantité	Fréquence/ horaire			Voie	Date début	Date fin
			8h00 matin	12h00 midi	20h00 soir			
Exemple(s) DAFALGAN 1g Comprimé	Douleur	3 g/jour = 3 comprimés	3 fois par jour/5 jours			Avaler le comprimé avec de l'eau	12/10/2010	16/10/2010
CLAMOXYL 6g Injectable	Protège d'une infection	2g toutes les 8 heures	6h00	14h00	22h00			

Liste des produits présentant une similitude (consonance et visuelle)

En 2001, la JCAHO (8) alerte sur les erreurs liées à des confusions de médicaments dont la consonance des noms ou de la présentation est très proche. Plus de 750 médicaments ont été identifiés. Les noms à consonances identiques sont à l'origine d'erreurs de produit parfois fatales.

Avec des dizaines de milliers de noms de marques auxquels s'ajoutent des génériques le risque est significatif. L'OMS (9) associée à la Joint commission internationale, a retenu comme priorité de réduction des risques, la sécurisation des médicaments à consonance identique. Par ailleurs, avec le stress, une baisse d'attention ou lors de la transmission d'une information orale, il reste facile de confondre certains produits.

En France l'Afssaps a mis en place un programme visant à améliorer certains étiquetages mais le risque reste présent et appelle tous les professionnels de soins à une extrême vigilance. Une liste non exhaustive mise à jour régulièrement est publiée dans le bulletin des vigilances ([sur le site Internet de l'Afssaps](#)).

Liste des produits (consonance et visuelle)

A. Objectif

- Sensibiliser les soignants aux risques de confusion liés aux produits à consonance identique et/ou ressemblance.
- Mettre en place un dispositif de vigilance lié à ce risque.

B. Champ(s) d'application

Les médicaments présentant une similitude de noms et entraînant un risque de confusion.

C. Mise en œuvre

① Établir la liste

Des exemples de listes étrangères et la liste de l'Afssaps (10) sont à votre disposition ; l'établissement évalue par rapport au livret thérapeutique les produits qui posent problème et peut établir sa propre liste.

Lors de la mise à disposition de tout nouveau médicament, le risque de confusion devra être discuté en CME et transmis s'il y a lieu au COVIRIS.

② Valider la liste

Par l'intermédiaire de la CME, après concertation avec le pharmacien et le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

③ Mise en œuvre de la liste – synchronisation avec le COVIRIS

La liste sera diffusée auprès de tous les professionnels de santé de l'établissement avec un accès facilité, notamment par l'intégration au système d'information.

④ Actions

- séparation physique des produits stockés,
- ajuster le stockage,
- associer au nom de marque la DCI,
- mise en place d'un étiquetage avec caractères d'accroche sur le stock, ou mieux le code-barres ou Datamatrix du produit, à doucher au moment du rangement, puis de la collecte,

... / ...

④ Actions (suite)

- alertes par informatique « *reminders* » pour les noms proches,
- appliquer une procédure de contrôle par double vérification,
- sélectionner les achats en fonction du risque de confusion,
- mettre en place une liste des équivalents DCI,
- exiger une prescription et/ou une commande à la pharmacie avec le nom de marque associé à la DCI.

⑤ Suivi

La liste pourra être régulièrement amendée selon les signalements réalisés. Une revue des incidents devra faire remonter les risques de confusion annuellement.

D. Évaluation

- nombre d'événements indésirables associés au risque de similitude.
- critères d'achat des médicaments présentant ces risques.

➞ Ci-joint 2 exemples

- exemple 1 – Liste Afssaps (annexe 2) (10)
- exemple 2 – Cliquez sur le lien ► [Liste ISMP of confused drug names](#) (11)

Liste des comprimés non sécables et non broyables

Le simple fait d'écraser ou de couper un médicament n'est pas un acte anodin, il implique une concertation entre le prescripteur garant de la bonne posologie, le pharmacien de la bonne efficacité, l'infirmier(ère) de la bonne administration et l'aide soignant de l'aide à la prise.

- Comment s'assurer de la capacité du patient à absorber son traitement si son autonomie n'est pas définie et éviter ainsi tout risque de fausse route ?
- Quel liquide utiliser avec un comprimé écrasé ?
- Est-on sûr de ne pas avoir altéré la biodisponibilité du principe actif ou son dosage ?

Des études réalisées en pédiatrie montrent que plus de 70 % des médicaments broyés ou écrasés ou encore coupés ne correspondent plus à la dose prescrite (12). Chez les personnes âgées, plus de 40 % présentent des troubles de déglutition (13).

Le projet SECURIMED 2009 (14) rapporte que plus de 71 % des établissements proposent des instructions de broyage, 56 % des instructions d'ouverture des gélules et 46 % de fractionnement des comprimés. Néanmoins la MEAH en 2008 (13), indique que les patients présentant une difficulté d'absorption *per os* ne sont pas toujours documentés et les pratiques ne sont pas connues des infirmier(ère)s.

En pédiatrie, la SFPC dès 2002 (15), recommande de faire préparer par la pharmacie tous les dosages inférieurs à la plus petite dose disponible dans le stock. Certains hôpitaux en Suisse ont mis en place la reconstitution systématique en PUI pour les prescriptions pédiatriques en raison des erreurs de dosage et d'irritation des muqueuses (16).

Le CCLIN Sud-Ouest recommande en 2006, d'avoir à disposition du service la liste des médicaments pouvant être écrasés (17).

Liste des comprimés non sécable et non broyables

A. Objectif

- sensibiliser les infirmier(ère)s et aides soignants aux risques liés à ces pratiques,
- sensibiliser le personnel aux risques de fausse route,
- réduire le nombre de broyages en salle de soins,
- sécuriser l'administration par voie *per os* chez les personnes âgées et entérale en pédiatrie,
- s'assurer de l'efficacité du médicament.

B. Champ(s) d'application

En priorité pour les personnes fragiles telles que les enfants et les personnes âgées.

Tous les autres secteurs de soins concernés par ce problème.

C. Mise en œuvre

Plusieurs outils peuvent être mis en place en fonction de la population concernée. On retrouve dans la littérature :

- la liste des produits pouvant entraîner des troubles de la déglutition,
- la liste des comprimés à ne pas écraser ou la liste des comprimés à écraser autorisés,
- la liste des médicaments à ne pas ouvrir,
- la liste des médicaments à ne pas couper,
- les protocoles de réalisation des préparations,
- des algorithmes de décision : dois-je écraser ou pas ? dois-je couper ou pas ?

① Préalable à la réalisation d'un outil

Il faut réaliser une étude des risques : identifier les troubles liés à la déglutition, les risques liés à l'écrasement des médicaments, l'ouverture des gélules, les comprimés coupés (AVK, enfants de moins de 5 ans) en intégrant les voies d'abord utilisées (la voie entérale et ses risques).

Par l'intermédiaire de la CME, vous devez identifier les médicaments compatibles et dosages standard et rappeler les alternatives.

... / ...

2 Choix de l'outil

Il est possible de choisir plusieurs thèmes et de les réunir en un seul et unique outil.

Selon les risques identifiés et votre démarche qualité, vous vous orienterez vers un outil version « liste de médicaments », un « protocole » plus spécifique à une pratique, un « algorithme » orientant une prise de décision.

3 Mise en œuvre des outils

Ces outils doivent être validés en CME. Ils doivent être diffusés auprès des services de soins.

4 Mesures proposées

- étiquetage des armoires et chariots en mentionnant la faisabilité du broyage.
- mettre en place une liste des substitutions des formes.
- des informations sur les liquides accompagnant la prise de médicament : lait fermenté, jus de fruit, eau gélifiée.
- liste des médicaments à ne pas diluer dans le lait, le jus de fruits, le Coca.
- mettre à disposition le matériel adapté dans les services de soins (outils pour couper, mortier).
- réalisation des préparations non standardisées en PUI.
- formation des aides soignants à la surveillance de l'autonomie.

La pratique 5B au quotidien :

Au moment de la lecture de la prescription, s'assurer auprès de la liste de la faisabilité de la préparation et si besoin appeler le pharmacien pour avis. Utiliser les protocoles ou algorithmes disponibles pour s'assurer du bon dosage.

D. Évaluation

Mettre en place des indicateurs de suivi tels que le nombre de fausses routes, le taux de reconstitutions pédiatriques en PUI.

➡ Ci-joint 3 exemples

- exemple 1 (18) – Cliquez sur le lien ► <http://pharmacie.hug-ge.ch/infomedic/cappinfo/cappinfo26.pdf>

- exemple 2 – Signal d'alerte

**Les comprimés à
ne pas écraser**



**Ne pas nous
ouvrir, merci**

- exemple 3 – source MEAH (13)

Type de médicament	Consigne
Photosensibles Imovane®, Lasilix®, Athymil®	À administrer tout de suite après broyage
À libération prolongée (LP) DiffuK®, Josir LP®	Ouvrir la gélule sans broyer le contenu
Orodispersibles Inexium®, Motilyo®	Ne pas écraser mais à mettre directement dans la bouche ou à dissoudre dans un peu d'eau
Comprimés de petites dimensions Previscan®	Faire attention lors du broyage pour éviter une perte importante de principe actif

Forme galénique mal adaptée en cas de troubles de déglutition	Forme galénique alternative
Lasilix® cp	Lasilix® en solution buvable (10mg/mL)
Contramal® LP	Ixprim®
Topalgic® LP	Ixprim®
Mopral®	Inexium®
Eupanthol® LP	Inexium®
Hemigoxine®	Digoxine® sol buv (5 µg/0.1mL)
Fungizone®	Fungizone® sol buv (100mg/mL)
Modopar®	Modopar®125 pour solution buvable
Heptamyl®	Heptamyl® sol buv (30.5 %)
Tardyferon®	Fumafer® poudre
Tardyferon B9	Fumafer® poudre + Speciafolfine®

Thésaurus des protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers

Le manque de standardisation des pratiques des infirmier(ère)s produit des écarts dans la prise en charge des patients en particulier pour les pratiques d'administration des médicaments à risque : différentes méthodes de calcul, différentes méthodes de préparation, différentes techniques d'administration cohabitent. Le programme IPAQSS de la HAS recommande la création d'un thésaurus des protocoles médicamenteux partagé.

Ces protocoles doivent bien sûr toujours être confrontés aux besoins spécifiques du patient auquel on les destine, en vue de réajustement éventuel.

Malgré la spécificité de chaque traitement, il apparaît indispensable de créer un répertoire des procédures d'administration des médicaments et de prise en charge thérapeutique.

Thésaurus des protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers

A. Définition

C'est un recueil documentaire sur un domaine de connaissance donné (ici les pratiques des infirmier(ère)s) liées à l'administration du médicament dont la forme est normalisée. Il regroupe par ordre alphabétique les protocoles standardisés (19).

Le protocole thérapeutique médicamenteux infirmier (PTMI) concerne une spécialité pour une indication ; toutefois, 2 indications pour un même PTMI sont possibles.

B. Objectifs

- standardiser les pratiques professionnelles,
- harmoniser les pratiques,
- faciliter le travail des professionnels, et notamment des infirmiers.

C. Champ(s) d'application

Tous les secteurs de soins sont concernés.

D. Mise en œuvre

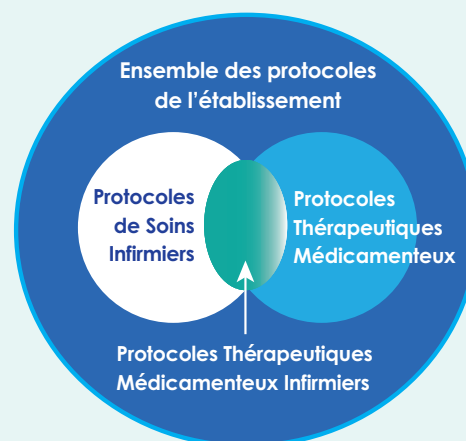
① Quels processus IDE doivent être standardisés ?

- c'est à l'établissement, à chaque pôle ou service de proposer une liste de médicaments à standardiser.

② Comment élaborer le protocole

- les protocoles standardisés doivent être écrits en concertation avec un médecin, un pharmacien, le cadre, des IDE du service. Chaque protocole doit être établi sur la base d'une recherche bibliographique ; ces protocoles doivent être institutionnels afin de rester homogènes.
- la validation doit être assurée par la CME.
- intégrer chaque protocole dans la gestion documentaire et en assurer l'accessibilité. La mise en lien informatique avec la prescription informatisée est vivement conseillée.

... / ...



Source : Thèse : Une démarche d'amélioration de la sécurité thérapeutique au centre hospitalier de Lunéville. Le Thésaurus des protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers par Dony Alexandre 06 juillet 2010, faculté de pharmacie, Université Henri Poincaré, Nancy 1

D. Mise en œuvre (suite)

③ Quelles sont les rubriques présentes dans un PTMI ?

- intitulé (nom du médicament),
- indication concernée,
- posologie,
- les modalités de préparation,
- mode d'administration,
- précautions d'emploi et de surdosage,
- effets secondaires,
- non-indication,
- stabilité – conservation,
- annexes.

④ Suivi

S'assurer de l'application des protocoles standardisé.

E. Évaluation

- nombre de protocoles infirmiers formalisés.
- classification des protocoles dans le thésaurus utilisé.
- nombre d'EM et existence ou absence d'un protocole dans le thésaurus.

Boîte 2. Outils de prévention et de récupération

Mémo

A. Définition

Aide-mémoire des éléments clés de vérification du processus d'administration des médicaments.

B. Objectifs

- diminuer le recours à la mémoire,
- faciliter le raisonnement,
- outil de communication ou communiquer à partir d'un outil « de poche ».

C. Champ(s) d'application

- tous les professionnels concernés par l'administration des médicaments,
- tous les secteurs de soins, y compris les secteurs techniques (radiologie, etc.),
- tous les médicaments et ce quels que soient la forme, le mode d'administration,
- quel que soit le mode de délivrance des médicaments.

D. Mise en œuvre

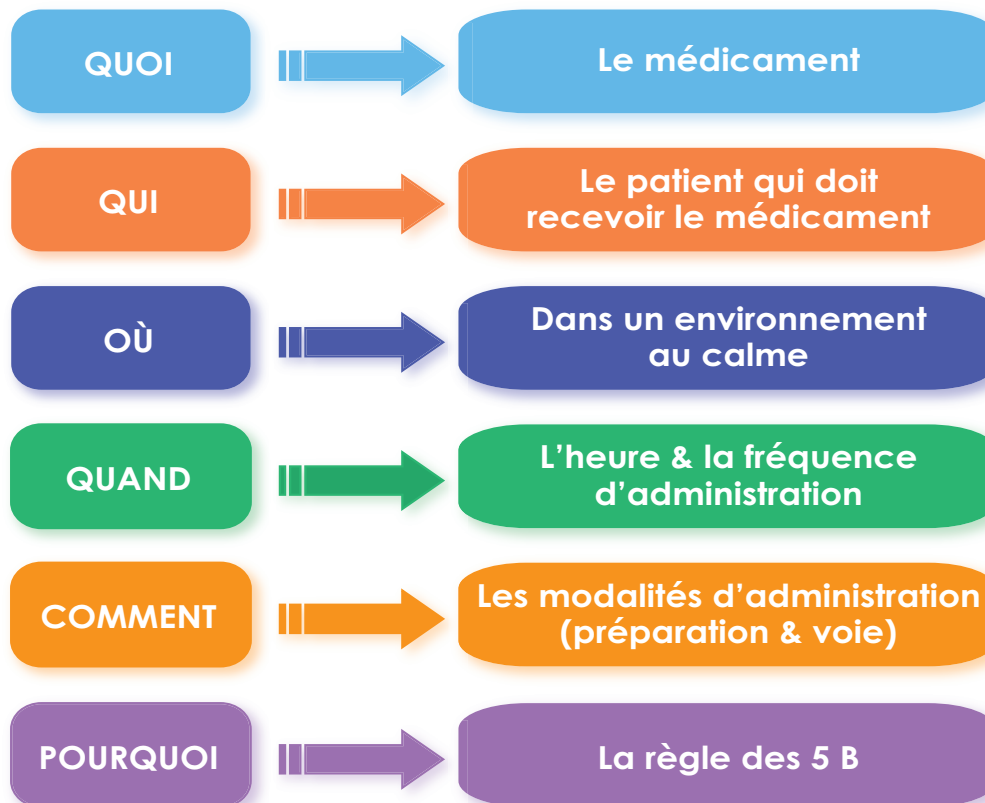
- cet outil a avant tout une vocation pédagogique et il vient en renfort (ou en complément) d'autres dispositifs. Il n'a pas vocation à se substituer aux différentes procédures et protocoles élaborés par l'établissement,
- il est utilisé par les professionnels comme « outil de poche » et/ou sert d'affichage dans la salle de préparation des médicaments,
- il est utilisé par l'encadrement comme outil de sensibilisation à l'intention de tout nouvel arrivant. C'est une autre approche des 5 B, il peut donc être évolutif si l'établissement au regard du bilan de ses événements indésirables souhaite mettre l'accent sur un B particulier ou par exemple ajouter un B,
- dans une démarche de sécurité, il est intégré comme un outil de récupération.

E. Évaluation

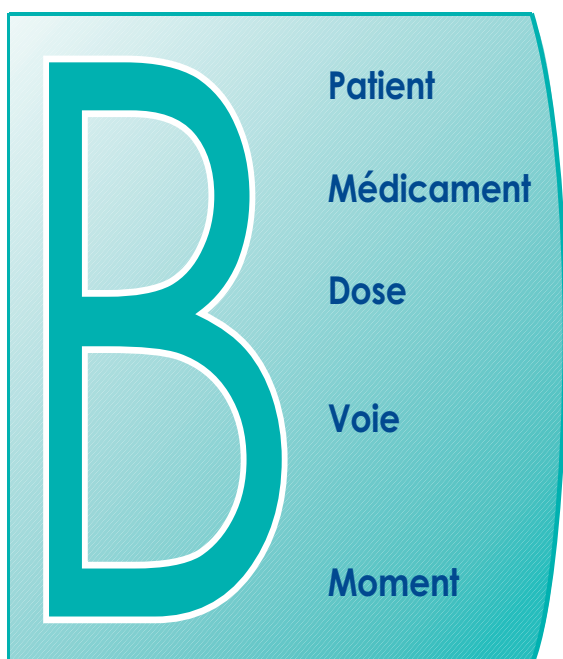
- nombre de memos diffusés dans l'établissement,
- secteurs mettant à disposition cet outil,
- nombre d'affiches,
- nombre de formes « poche »,
- nombre de personnels qui l'utilisent.

Avant d'administrer un médicament,
vous devez contrôler

MÉMO



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

Check-list

Les erreurs fréquemment retrouvées lors de l'administration sont liées à une lecture incomplète de la prescription, des erreurs de sélection du médicament ou du contrôle de l'identité du patient. En raison de la complexité du processus et des nombreuses interférences, l'une des voies d'amélioration consiste à réaliser un contrôle par l'exécutant lui-même de l'action qu'il va accomplir à l'aide d'un outil de contrôle.

L'outil développe à la fois une visée pédagogique en rappelant des points clés de l'administration et s'inscrit comme un outil préventif et de récupération de la gestion des risques.

Check-list

A. Définition

Il s'agit d'un outil constitué d'une liste de points de contrôle correspondant à des points critiques du processus d'administration.

B. Objectifs

- prévenir la survenue d'une erreur médicamenteuse,
- permettre au professionnel de s'assurer que l'acte d'administration réponde à la règle des 5 B « le bon médicament au bon patient, à la bonne dose, selon la bonne voie et au bon moment »,
- alerter et mettre en œuvre des mesures correctives,
- assurer l'adéquation entre l'action prévue et l'action réalisée.

C. Champ(s) d'application

A minima

- Pour les produits à risque et voies à risque ou les patients sensibles (pédiatrie, gériatrie, etc.).
- En chimiothérapie tous services, tous produits.

Autre

- Et selon les spécificités de l'établissement : activités, analyse des risques, politique de la prise en charge médicamenteuse, développement de la dispensation nominative individuelle, les résultats d'analyse des déclarations des erreurs médicamenteuses, etc.
- À l'initiative des professionnels eux-mêmes



Ce que n'est pas la check-list :

- Un outil de banalisation de la traçabilité de l'administration

D. Mise en œuvre

🔄 Pour mettre en place la check-list vous devez au préalable

1. Établir la liste des médicaments à haut risque avec validation par la CME
2. La liste des services pour lesquels la check-list doit être utilisée est définie
3. Formaliser l'organisation de la mise en œuvre
4. Diffuser la procédure check-list et son outil de traçabilité auprès de chaque professionnel de soins
5. Réaliser un audit à périodicité définie
6. Mettre en place des mesures d'amélioration si besoin

... / ...

D. Mise en œuvre (suite)

➔ Le processus

Vous lisez la prescription.

Vous vérifiez les paramètres de base du patient ainsi que ses paramètres spécifiques (résultats de laboratoire par exemple).

- ☒ Vous confirmez sur la check-list que la prescription est clairement établie au regard de la réglementation et permet la réalisation de l'administration.

NB : Dans des cas spécifiques comme la chimiothérapie, la pédiatrie, des éléments complémentaires peuvent être renseignés sur la prescription : surface, concentration finale de la préparation, type de diluant, vitesse d'administration, le type d'appareil (pompes, aérosol) à utiliser.

Vous vérifiez les médicaments dont vous disposez au regard de la prescription associée au protocole local et de votre plan d'administration.

Vous assemblez tout le matériel dont vous avez besoin pour réaliser l'administration incluant les médicaments, les diluants, les solvants de rinçage, le matériel de perfusion, d'injection, de protection sur une surface désinfectée.

- ▶ Le nom du patient, son âge, son poids
- ▶ Son statut allergique
- ▶ La date
- ▶ Les médicaments (sans abréviations) : nom, forme, dosage
- ▶ La dose à administrer, la fréquence
- ▶ La voie
- ▶ La durée
- ▶ La signature

- ☒ Vous contrôlez l'intégrité et la compatibilité de tous ces matériels et produits (date d'expiration, qualité, température de stockage).

- ☒ Vous calculez les doses par écrit et selon le risque vous faites contrôler par un second professionnel (procédure double vérification).

Vous préparez un étiquetage de votre préparation.

Vous vous lavez les mains et réalisez la préparation.

Vous étiquetez les préparations que vous venez de réaliser et vous faites contrôler par un second professionnel selon le risque (procédure double vérification).

- ☒ Vous vous présentez au lit du patient et vous vous assurez de son identité par 2 identifiants.

- ☒ Vous contrôlez la voie, les lignes, le matériel de perfusion, selon le risque vous faites contrôler par un second professionnel (procédure 2 check) au regard de la prescription et du plan d'administration.

Vous administrez, vous contrôlez la prise pour la voie orale.

- ☒ Vous datez (jour, heure, minute) et signez.

Vous validez l'administration.

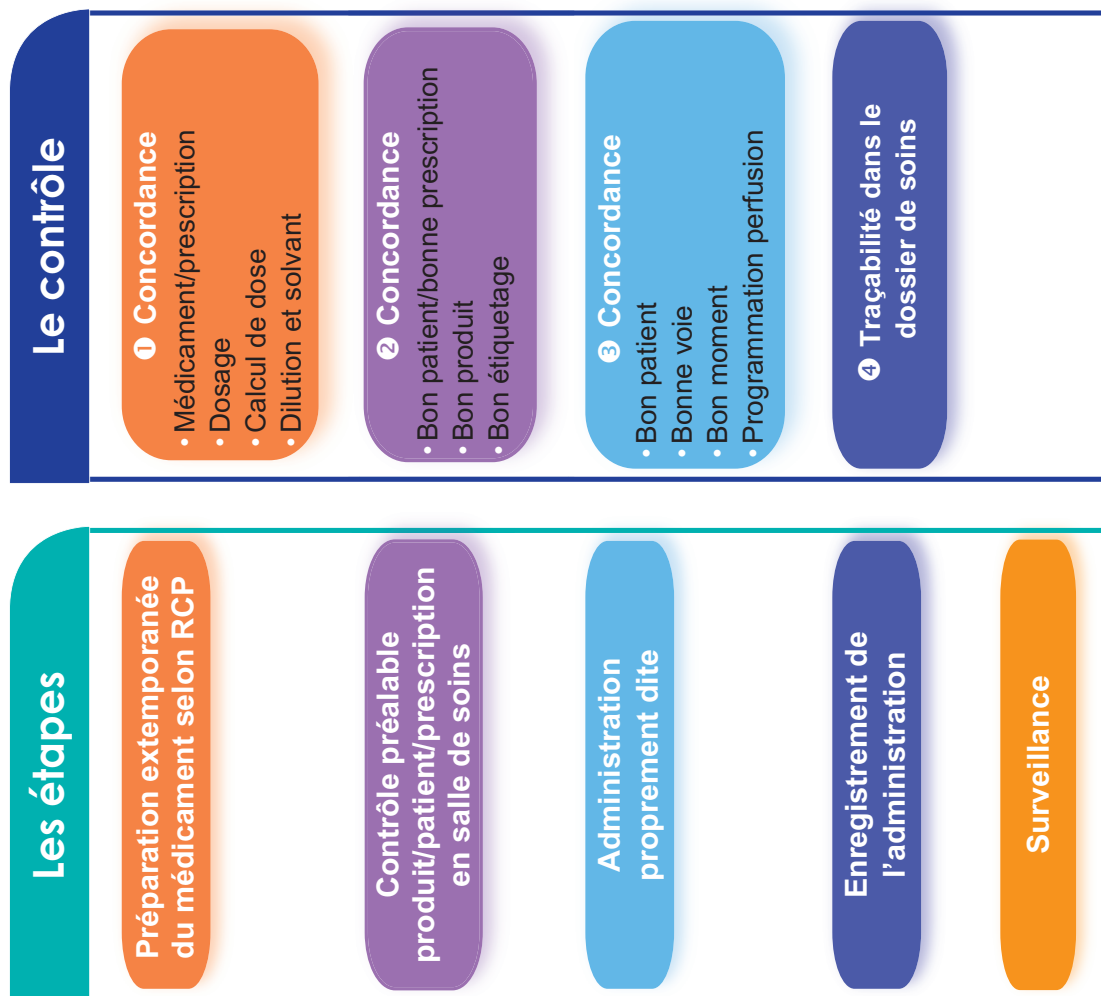
Classez dans le dossier.

E. Évaluation

- nombre de memos diffusés dans l'établissement,
- secteurs mettant à disposition cet outil,
- nombre de personnels qui l'utilisent,
- nombre de contrôles tracés.

... / ...

F. Modèle conceptuel de la check-list



Qui :

- » Tous les professionnels concernés par l'administration au sein des secteurs d'activité.

Quoi – la vérification porte sur :

- » le bon patient et la bonne prescription,
- » le bon médicament (nom, dosage, forme),
- » la bonne dose,
- » la bonne voie,
- » la bonne heure,
- » la bonne vitesse si perfusion continue.

Où :

- » Dans la salle de soins pour les étapes 1 & 2,
- » Au lit du patient pour l'étape 3.

Quand :

- » Avant l'administration au patient.

Comment :

- » Cocher les cases de la check-list : bon patient, bonne prescription, bon horaire, bonne programmation système à perfusion (si nécessaire).

Pourquoi :

- » Afin de s'assurer de la séquence de l'administration et d'augmenter la vigilance, la check-list est une barrière de récupération permettant d'éviter la survenue d'une EM.

Double vérification

La double vérification s'intègre dans une démarche liée à la gestion du risque, comme un outil de prévention et de récupération.

Double vérification

A. Définition

Il s'agit d'un système de contrôle croisé sur des critères d'administration entre 2 professionnels de soins réalisés de façon indépendante.

B. Objectifs

- prévenir les erreurs médicamenteuses au cours de l'administration,
- récupérer les erreurs.

C. Champ(s) d'application

Médicaments	Secteurs	Forme/Voie
▶ Une liste ciblée de médicaments à risque adaptée à l'activité de l'établissement et au regard de ses retours d'expériences	• la pédiatrie • la néonatalogie • réapédiatrique • tous secteurs identifiés par l'établissement	• les médicaments à risque en perfusion régulée (seringue autopulsée (SAP), pompe programmable, etc.) • la voie intrathécale ▶ Toutes les formes en pédiatrie et néonatalogie dès lors qu'un calcul de dose est réalisé



La double vérification est un outil de sécurisation à utiliser dans un contexte bien précis. Dans un contexte de travail déjà complexe et contraignant, il est essentiel que cet outil ne devienne pas uniquement contractuel et routinier.

Ce que n'est pas la double vérification :



- ▶ Un moyen de déresponsabiliser le 1^{er} professionnel.
- ▶ Un moyen « de se reposer » sur le 2nd professionnel.
- ▶ Un sentiment excessif de sécurité.
- ▶ Cette double vérification ne consiste pas en une observation de la pratique du 1^{er} professionnel.

D. Mise en œuvre (20,22)

➡ Préalable à la mise en œuvre

1. Identifier et définir les médicaments, secteurs et procédures qui exigent une double vérification
2. la double vérification est réalisée **indépendamment** du 1^{er} professionnel
3. Réaliser la contre-vérification de la préparation de la dose jusqu'à l'administration au patient
4. Dans tous les cas, le 1^{er} professionnel vérifie son propre travail jusqu'à la contre-vérification
5. L'organisation est revue afin d'adapter les moyens humains et fonctionnels à cette double vérification

... / ...

D. Mise en œuvre (20,22) (suite)

➤ Le processus

1. Identifier (double identification) le patient (Nom, prénom et date anniversaire), le bracelet d'identification et associer le patient et/ou la famille le cas échéant
2. Recherche des allergies
3. Vérifier la prescription : nom du patient, les médicaments, la dose, la voie, la date et l'heure de la prescription
4. Vérifier la concentration du médicament inscrit sur l'étiquette du contenant
5. Préparer les médicaments et vérifier la dose qui a été établie
6. Garder le contenant et la préparation
7. Demander au 2nd professionnel de faire le même contrôle à savoir : nom du patient, les médicaments, la dose, la voie, la date et l'heure de la prescription, la concentration du médicament inscrit sur le contenant et la dose réalisée (calcul et dilution)
8. Ensemble, les 2 professionnels vont dans la chambre du patient, où la vérification de l'identité du patient est réalisée à l'aide de 2 identifiants (exemple : nom et prénom inscrits sur le bracelet d'identification et dossier médical)
9. Vérifier les paramètres de la pompe à perfusion le cas échéant (réglage à la mise en route du traitement, puis lors de tout changement ultérieur de dose)
10. Administrer les médicaments
11. Tracer la double vérification dans le dossier de soins

➤ Rappel

- les calculs de dose sont réalisés à partir de protocole de préparation, de dilution pour les médicaments à risque,
- les soignants doivent être encouragés à vérifier tous les médicaments à risque avant l'administration selon la règle des 5 B (bon patient, bon médicament, bonne dose, bon moment et bonne voie),
- chaque fois que l'administration d'un médicament à risque est délivrée en perfusion intraveineuse continue, une seconde personne vérifie avant la mise en route de la perfusion,
- au moment de l'administration proprement dite, la voie est vérifiée ainsi que le réglage de la pompe à perfusion. Chaque ligne de perfusion est étiquetée avec le nom du médicament ; la ligne peut être repérée rapidement du point d'entrée au point distal.

Dans les situations d'urgence, la procédure de double vérification est remplacée par une annonce orale (répétition verbale) de la prescription avant toute administration

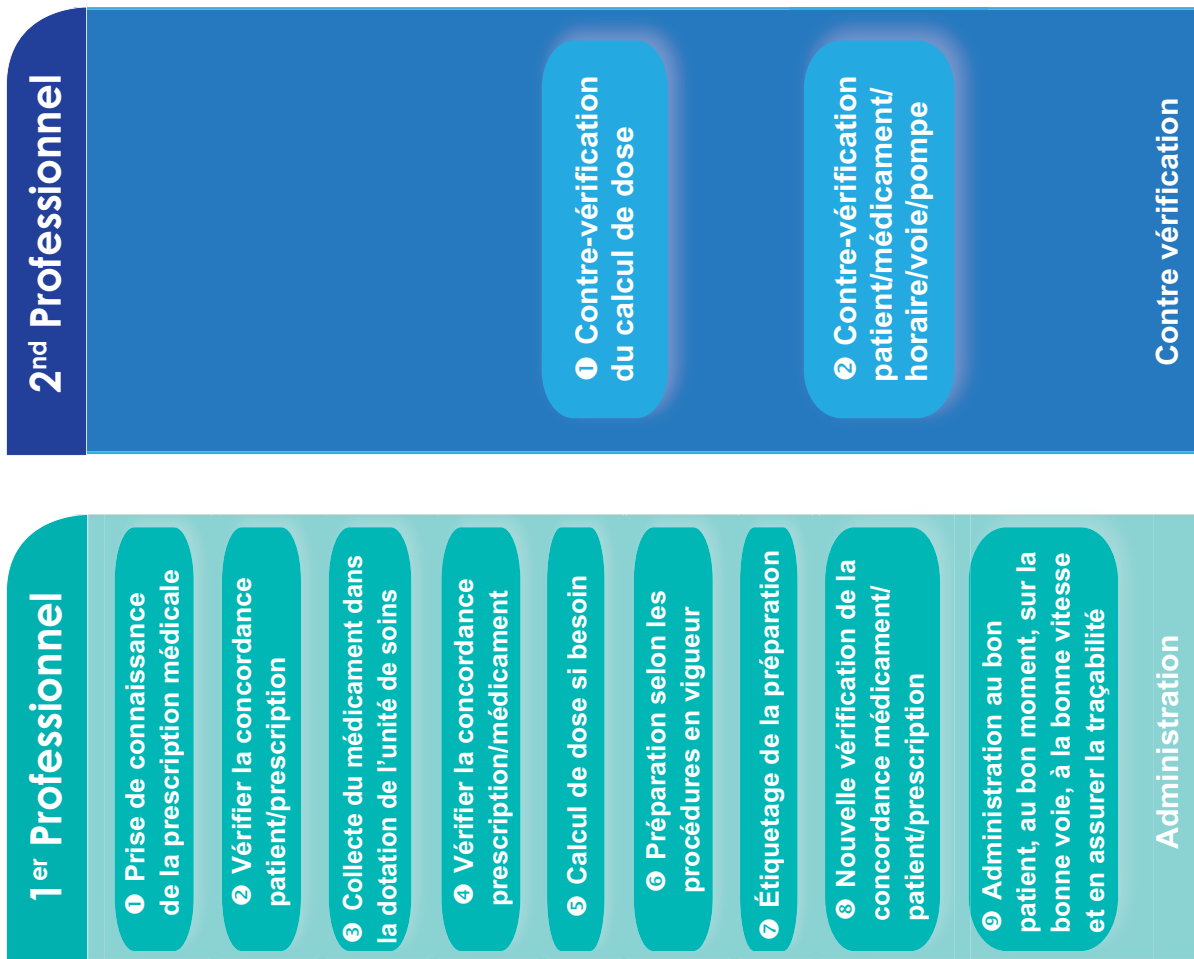
E. Évaluation

- suivi et analyse des déclarations d'EM,
- procédure de double vérification en place dans les secteurs concernés,
- professionnels formés à la mise en œuvre de la double vérification,
- audit de dossier de soins : double check renseigné, traçabilité effective dans le dossier.

... / ...

F. Modèle conceptuel

➔ **Modèle 1 – 2 étapes** : Ce modèle illustre les points sensibles sur lesquels la double vérification est importante



Qui : Tous les professionnels concernés par l'administration

» **1^{er} professionnel** : IDE, médecins, pharmacien (ou préparateur en pharmacie), sage femme, puéricultrice.

» **2nd professionnel** : IDE, cadre soignant, médecin, pharmacien (ou préparateur en pharmacie), sage femme, puéricultrice, aide soignante (sauf forme injectable), idem pour les auxiliaires de puéricultrice. Patient pour l'étape 2 ?

Quoi : la contre-vérification porte sur

- 1 La bonne dose,
- 2 Le bon patient, la bonne prescription, la bonne voie, la bonne heure et la bonne vitesse si perfusion continue.

Où :

- » Dans la salle de soins pour l'étape 1,
- » Dans la chambre du patient pour l'étape 2.

Quand :

- » Avant l'administration au patient.

Comment :

- » Cocher les cases : bon patient, bonne prescription, bon moment, bonne programmation système à perfusion (si nécessaire). Refaire les calculs de dose si besoin de façon indépendante.

Pourquoi :

- » Le 2nd professionnel est une barrière de récupération permettant d'éviter la survenue d'une EM.

G. Modélisation des outils

➡ L'objectif principal

- **proposer un outil « 2 en 1 », qui puisse combiner une check-list et/ou une double vérification.**

Ces exemples se sont inspirés d'outils existants dans la littérature.

➡ Les modèles

1. **modèle 1** : standard
2. **modèle 2** : spécifique à l'activité de chimiothérapie
3. **modèle 3** (annexe 4) : autre modèle pour la chimiothérapie

Chacun des exemples se conçoit comme une fiche recto-verso en format paysage.

D'un côté, les éléments à vérifier et de l'autre les éléments explicatifs.

Check-list et double vérification pour l'administration des médicaments

Coller étiquette d'identification

Identification du patient

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe :

Date :
Horaire d'administration

Préparation

Poids (le cas échéant) :

Dosage :

Volume : Débit :

Protocole standard

Nacl 0.9 % ☐

Glucose 5 % ☐

EPPI ☐

Les 5 B

Signature check 1 :

Signature check 2 :

date :

date :

Vérifications

Appliquer la procédure de double vérification le cas échéant

Identité patient

Nom du produit, forme et dosage

Dose totale à administrer

Voie d'administration

Horaire et fréquence

Paramètres de la perfusion

Prescription

Check 1

Check 2

Préparation

Check 1

Check 2

Administration

Check 1

Check 2

Modèle 1

Conformité

Oui ☐

Non* ☐

*Si non, un avis est nécessaire, ne pas administrer

Personne contactée :

► Mettre un **+** dans la case ; lorsqu'il y a concordance avec les paramètres à vérifier (cf. verso du document)

► Mettre un **-** dans la case dans le cas contraire

Éléments de satisfaction permettant de valider les items : **Consignes**

Rappel : avant d'administrer quelque médicament que ce soit, les professionnels concernés par l'administration doivent garantir les 5 B : le bon patient, le bon médicament, la bonne dose, la bonne voie et le bon moment.

5 B		Éléments de satisfaction			Patient
		Items	Prescription	Préparation	
Bon patient	Bon patient	Identité patient	- La prescription est réalisée sur le bon dossier du patient, à la bonne date et heure, par le prescripteur. - Je m'assure d'avoir en main le bon dossier. - Je vérifie les nom, prénom et la date de naissance.	- Le support (pillulier ou autre) comporte la bonne identification du patient (nom, prénom, date de naissance). - Les injectables (seringues, poches, etc.) comportent un étiquetage conforme aux préconisations.	- Au moment de l'administration, je demande au patient de se présenter. - En cas d'impossibilité, je vérifie son identité par d'autres moyens (ex son bracelet d'identification, l'entourage, etc.) - J'associe si besoin la famille.
Bon produit	Bon produit	Le produit	- Le nom du médicament est lisible. - Le dosage est précisé sans ambiguïté. - La forme galénique est inscrite.	- Le produit préparé correspond à la prescription. - L'étiquetage est complet. - En cas de reconstitution, l'étiquetage est concordant.	Avant d'administrer, j'annonce au patient le médicament qui va lui être administré et pourquoi.
Bonne dose	Bonne dose	Dose totale à administrer	- La dose est rédigée de façon précise. - Le cas échéant, je dispose également de : - la concentration ou la quantité totale du médicament dans le contenant (ex : 1mg/ml), - le nom et le volume de diluant et/ou du liquide de perfusion.	- Dans le cas des médicaments à risque, le contenant me permet de vérifier l'étiquetage. - L'étiquetage est complet. - En cas de reconstitution, je réalise des calculs de dose. - En cas de reconstitution, l'étiquetage me donne les éléments sur la dose, la dilution (y compris le diluant) et la dose finale.	Avant d'administrer, j'annonce au patient la dose de produit à administrer dans certaines situations et en particulier en cas de pathologie chronique et pourquoi.
Bonne voie	Bonne voie	Voie d'administration	- La voie est indiquée. - Elle est concordante avec la forme galénique.	La préparation est conforme à la voie.	La situation (l'état clinique) du patient permet l'administration selon la voie prescrite.
Bon moment	Bon moment	Horaire et fréquence & paramètres de la perfusion	- L'horaire et la fréquence sont indiqués. - Le cas échéant, je dispose également : - de la vitesse du bolus, de la perfusion.	- La préparation (en cas de reconstitution) est prête dans un délai compatible avec l'hygiène et la RCP. - En cas de reconstitution, l'étiquetage me donne les éléments relatifs à la vitesse en fonction de la dilution.	Avant d'administrer, j'annonce au patient l'heure et la fréquence du médicament à administrer et pourquoi.

Check-list et double vérification pour l'administration des médicaments

Coller étiquette d'identification

Identification du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Protocole

Préparation (ou étiquette préimprimée) :

DCI et DC

Dose

Posé le

J :

Durée :

Date :
Horaire :

Les 5 B

Signature check 1 :
Signature check 2 :

date :
date :

Vérifications		Protocole		Préparation		Au lit du patient	
Appliquer la procédure de double vérification le cas échéant		Check 1	Check 2	Check 1	Check 2	Check 1	Check 2
Prescripteur habilité		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Protocole		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Identité patient		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nom du produit		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jour du traitement (JX)		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dose		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Voie d'administration		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Horaire et fréquence		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Validité du médicament		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Paramètres de la perfusion		☐	☐	☐	☐	☐	☐

Modèle 2

Chimio

- ▶ Mettre un ☒ dans la case lorsqu'il y a concordance avec les paramètres à vérifier (cf. verso du document)
- ▶ Mettre un ☐ dans la case dans le cas contraire

Éléments de satisfaction permettant de valider les items : **Consignes**

Rappel : avant d'administrer quelque médicament que ce soit, les professionnels concernés par l'administration doivent garantir les 5 B : le bon patient, le bon médicament, la bonne dose, la bonne voie et le bon moment

5 B	Items	Éléments de satisfaction			Patient
		Prescription	Préparation		
Bon patient	Identité patient	- La prescription est réalisée sur le bon dossier du patient, à la bonne date et heure. - Je m'assure d'avoir en main le bon dossier. - Je vérifie les nom, prénom et la date de naissance.	- Le support (pilulier ou autre) comporte la bonne identification du patient. - Les injectables (seringues, poches, etc.) comportent un étiquetage conforme aux recommandations.	- Au moment de l'administration, je demande au patient de se présenter. - En cas d'impossibilité, je vérifie à l'aide de son bracelet d'identification. - J'associe si besoin la famille.	
Bon produit	Le produit	- Le nom du médicament est lisible. - La concentration est précisée sans ambiguïté. - La forme galénique est inscrite.	- Le produit préparé correspond à la prescription. - L'étiquetage est intact. - En cas de reconstitution, l'étiquetage est concordant.	Avant d'administrer, j'annonce au patient le médicament qui va lui être administré et pourquoi.	
Bonne dose	Dose totale à administrer	- La dose est rédigée de façon précise. - Le cas échéant, je dispose également de : - la concentration ou la quantité totale du médicament dans le contenant (ex : 1mg/ml), - le diluant et le liquide de perfusion. - le nom et le volume de diluant et/ou du liquide de perfusion.	- Dans le cas des médicaments à risque, le contenant me permet de vérifier l'étiquetage. - L'étiquetage est intact. - En cas de reconstitution, je réalise des calculs de dose. - En cas de reconstitution, l'étiquetage me donne les éléments sur la dose, la dilution (y compris le diluant) et la dose finale.	Avant d'administrer, j'annonce au patient la dose de produit administré dans certaines situations et en particulier en cas de pathologie chronique et pourquoi.	
Bonne voie	Voie d'administration	- La voie est indiquée. - Elle est concordante avec la forme galénique.	La préparation est conforme à la voie.	La situation (l'état clinique) du patient permet l'administration selon la voie prescrite.	
Bon moment	Horaire et fréquence & paramètres de la perfusion	- L'horaire et la fréquence sont indiqués. - Le cas échéant, je dispose également : - de la vitesse du bolus, de la perfusion.	- La préparation (en cas de reconstitution) est prête dans un délai recommandé (≤ 30 min). - En cas de reconstitution, l'étiquetage me donne les éléments relatifs à la vitesse en fonction de la dilution.	- Avant d'administrer, j'annonce au patient l'heure et la fréquence du médicament administré et pourquoi. - La programmation de la perfusion est vérifiée par une tierce personne.	

Auto-évaluation par le critère du manuel de certification V2010

Le manuel de certification V2010 est un des outils d'auto-évaluation lors de votre visite de certification, mais également en continu, avec notamment la référence 20 sur la prise en charge médicamenteuse.

Critères

Pourquoi

- il a l'intérêt de couvrir l'ensemble du processus et permet ainsi d'avoir une vision globale de la prise en charge médicamenteuse et donc d'identifier les risques aux interfaces de ce processus complexe, en prenant en compte l'ensemble des parties prenantes,
- il permet de définir les actions prioritaires à mener et de les suivre à travers la boucle d'amélioration continue,
- les équipes se familiarisent avec ce critère et en font un outil,
- c'est une Pratique Exigible Prioritaire (PEP), un critère pour lequel des attentes particulières sont exprimées.

Comment

- Deux critères vous permettent de vous évaluer : le critère 20.a (ci-dessous) et le critère 20.a bis (page suivante).

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

CHAPITRE 2 PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 3

Parcours
du patient

Référence 20
La prise en charge
médicamenteuse

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

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

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

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

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



E1 Prévoir

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

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

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

E2 Mettre en œuvre

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

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

E3 Évaluer et améliorer

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

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

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

Critères (suite)

Critère 20.a.bis : Prise en charge médicamenteuse du patient (annexe 5)

CHAPITRE 2
PRISE EN CHARGE
DU PATIENT

Partie 3

Parcours
du patient

Référence 20
La prise en charge
médicamenteuse

R Critère 20.a.bis Prise en charge médicamenteuse du patient

E1 Prévoir Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs. La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies. Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.	E2 Mettre en œuvre Les règles de prescription sont mises en œuvre. Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé. Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.). Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments. La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	E3 Évaluer et améliorer Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration. Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).

Les éléments de vérification prennent en compte les travaux du guide (cf annexe 5).

Ce guide constitue également un outil de mise en œuvre de démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques des équipes pluriprofessionnelles qui pourront y trouver des méthodes et outils d'analyse *a priori* et *a posteriori* et des données de références relatives aux pratiques d'administration des médicaments.

Ces démarches pourront être valorisées dans le cadre de la certification des établissements de santé à travers d'autres critères :

- le **critère 20b** relatif à la prescription médicamenteuse du sujet âgé,
- dans le **critère 28 a**, au travers du tableau de bord des démarches EPP, témoignant ainsi de la dynamique des secteurs, services ou unités engagés dans une démarche de sécurisation de l'administration médicamenteuse,
- la démarche d'analyse *a posteriori* des pratiques réalisées au sein de RMM, (exigence de la certification en chirurgie, oncologie, anesthésie-réanimation, **critère 28a**),
- la démarche de pertinence des soins : pertinence des prescriptions, bon produit à la bonne dose, selon la bonne voie d'administration, cette démarche participant à la sécurisation de l'administration médicamenteuse, (**critère 28b**),
- la démarche d'utilisation d'indicateurs de pratique clinique à des fins d'amélioration (**critère 28c**).

Boîte 3. Méthodes et outils d'analyse *a posteriori* des erreurs

Tout établissement de santé doit mener une réflexion pérenne sur les moyens à mettre en œuvre pour prévenir les erreurs médicamenteuses. Les erreurs médicamenteuses potentielles ou avérées font l'objet d'une déclaration interne au sein de l'établissement. Leurs analyses doivent aboutir à la mise en œuvre de mesures de prévention spécifiques, communes à l'ensemble de la structure et formalisées par écrit.

Pour comprendre, identifier et analyser les causes à l'origine d'une EM, des méthodes et outils d'analyse *a posteriori* sont disponibles : RMM, REMED, CREX, et des démarches d'EPP. Cette liste n'est pas exhaustive, mais elle est adaptée à l'analyse de l'EM. L'analyse est réalisée en groupe pluridisciplinaire et pluriprofessionnel. L'analyse en interne d'une EM peut aboutir à un signalement externe à l'Afssaps dans le cadre de la pharmacovigilance et/ou du guichet des erreurs médicamenteuses.

La démarche conduite par la structure, doit être documentée, et les preuves de son existence apportées.

La non-culpabilisation des personnes ayant participé à la prise en charge est indispensable à l'objectivité et au succès de la recherche des causes, ainsi qu'à la pérennité de la démarche entreprise. L'engagement dans la démarche proposée doit permettre de réussir une analyse à la fois transparente et non culpabilisante. Il s'agit donc de décrire les faits et d'analyser des situations s'étant produites, pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable.

Le signalement des EM est organisé

- Un dispositif de signalement des événements indésirables liés aux soins est mis en place
- Les erreurs médicamenteuses sont identifiées comme événement indésirable à signaler dans le dispositif de déclaration de l'établissement de Santé. Il intègre aussi bien les erreurs avérées que les erreurs potentielles
- Les professionnels sont formés au dispositif de déclaration et à l'analyse des événements
- L'analyse de ces événements est rapide, de nature pluriprofessionnelle et le retour d'information est organisé ; le déclarant étant l'un des bénéficiaires.

Revue de Mortalité et Morbidité (RMM)

La **RMM** (23) permet une analyse collective, rétrospective et systémique d'événements ayant causé un décès, une complication ou qui auraient pu causer un dommage au patient. Elle peut donc tout à fait être utilisée pour analyser une EM.

- La RMM est un espace de discussion en équipe pour l'analyse, la mise en œuvre et le suivi d'actions

➤ **Objectif** : Mise en œuvre et suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

➤ Modalités de la RMM en 4 étapes

- 1 Présentation du cas (qu'est-il arrivé ?).
Description de l'EM rencontrée et du processus d'administration des médicaments
- 2 Recherche et identification du problème de soins (comment est-ce arrivé ?).
Identification, parmi ces pratiques, de celles jugées non optimales, ainsi que les problèmes rencontrés lors du processus d'administration des médicaments.
- 3 Recherche de causes et analyse de la récupération (pourquoi est-ce arrivé ?)
Analyse afin de rechercher les facteurs contributifs et les causes, identifier également les actions et les éléments ayant permis d'éviter des dommages chez le patient.
- 4 Synthèse et proposition d'un plan d'action (qu'avons-nous appris ? quels changements mettre en œuvre ?)
 - proposition d'actions d'amélioration visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (actions préventives) ou à en limiter leurs effets délétères, et leur gravité (actions protectrices),
 - suivi et évaluation des actions entreprises.

Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés (REMEDI)

La **REMEDI** (24) est une méthode systémique d'évaluation multidisciplinaire des pratiques professionnelles avec une approche par problème, développée par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC).

➔ La REMEDI cible les EI liés aux EM et leurs conséquences éventuelles auprès des patients et des professionnels de santé.

➔ **Objectif** : Analyser l'erreur médicamenteuse ainsi que ses conséquences éventuelles chez le malade afin de mettre en place des actions et d'éviter sa réapparition.

➔ Conduire la revue en 18 questions

1. Y a-t-il une erreur médicamenteuse à l'origine du problème ?
2. Qui gère et anime la revue ?
3. Qui est destinataire de l'intégralité de la réflexion du groupe de travail ?
4. Quelle information sera restituée au niveau institutionnel ?
5. Qui faut-il contacter pour savoir ce qui s'est passé ?
6. Comment aider et accompagner le personnel impliqué dans la survenue d'une erreur ?
7. Où sont archivés les documents utilisés ou produits au cours de la REMEDI ?
8. Quel est le ou les produit(s) de santé impliqué(s) dans la survenue de l'événement indésirable ?
9. Quelles sont les caractéristiques de l'erreur médicamenteuse ?
10. Quels sont les situations, les dysfonctionnements et les facteurs déclenchants contributifs de l'erreur, voire du dommage ? Autrement dit, pourquoi est-ce arrivé ?
11. Quel est le processus de prise en charge habituel ?
12. Comment a-t-on rattrapé la situation ?
13. Quel est le processus de prise en charge idéal qui permet d'éviter l'EM ?
14. Quelles sont les différentes actions réduisant le risque de survenue d'un événement analogue ? Autrement dit, comment éviter la récurrence ?
15. Quelles sont les recommandations à formuler et à diffuser ?
16. Quelles sont les mesures qui auraient le plus d'impact sur les pratiques ?
17. Comment mettre en œuvre et suivre les mesures ?
18. Quelles mesures sont abouties et opérationnelles ?

Comité de retour d'expérience (CREX)

Le **retour d'expérience** (13,25) est une démarche organisée et systématique de recueil et d'exploitation des signaux que donne un système. Il consiste à apprendre de ce qui se passe et de ce qui s'est passé (performances, erreurs évitées, incidents et accidents) pour mieux maîtriser l'avenir.

➔ Le CREX est une instance de décision et de pilotage

➔ **Objectif** : Il s'agit d'une **démarche collective** où la recherche de l'ensemble des causes, à partir d'une analyse systémique des événements recensés, le choix des actions correctives et la mise en œuvre de ces actions nécessitent une implication forte de l'ensemble des acteurs. Le CREX peut décider de mettre en œuvre une RMM ou une REMEDI.

➔ Conduire de la démarche en 7 étapes

- ➊ Présentation des événements du mois (Fréquence mensuelle – durée idéale : de 1h15 à 1h30) Écoute et recensement des événements du mois écoulé.
- ➋ Choix collégial par le CREX d'un événement
 - présence obligatoire de chacune des fonctions (médicale, paramédicale, pharmaceutique), (5 à 8 personnes, etc.),
 - choix d'un seul événement pour analyse – recours possible à une analyse de criticité pour étayer le choix (produit de la fréquence par la gravité).
- ➌ Choix d'un pilote (formé à la méthode spécifique Orion®)
- ➍ Présentation par le pilote de l'analyse Orion de l'événement choisi lors du CREX précédent
- ➎ Choix des actions correctives et désignation du responsable de l'action et de son échéance
- ➏ Suivi des actions correctives précédentes
- ➐ Communication



Références bibliographiques

1. Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction, Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. A systems approach to quality improvement in long-term care: safe medication practices workbook. Boston: Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction; 2007.
http://www.macoalition.org/Initiatives/docs/safe_medication_practices_wkbk-2008.pdf
2. Food and Drug Administration. 6 Tips to avoid medication mistakes. FDA Consumer Health Information. Silver Spring: FDA; 2008.
<http://www.fda.gov/downloads/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm096407.pdf>
3. Institute for Family-Centered Care. Your role in safe medication use: a guide for patients and families. Institute for Family-Centered Care: IFCC; 1999.
<http://www.macoalition.org/documents/ConsumerGuide.pdf>
4. Joint Commission. Speak up: Help avoid mistakes with your medicines. Oakbrook Terrace: Joint Commission; 2007.
http://www.jointcommission.org/Speak_Up_Help_Avoid_Mistakes_With_Your_Medicines/
5. Joint Commission. Speak up: help prevent errors in your care. Oakbrook Terrace: Joint Commission; 2009.
<http://www.jointcommission.org/assets/1/6/speakup.pdf>
6. Manitoba Institute for Patient Safety. It's safe to ask about your medications. Manitoba: Manitoba Institute for Patient Safety; 2009.
<http://www.safetoask.ca/wp-content/uploads/wallet-02-09bil.pdf>
7. U.S.Pharmacopeia. Just ask ...And help prevent medication errors.
<http://www.usp.org/pdf/EN/patientSafety/justAskPrevent.pdf>
8. Joint Commission. Look-alike, sound-alike drug names. Sentinel Event Alert 19. Oakbrook Terrace: Joint Commission; 2001.
http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_19.pdf
9. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Assuring medication accuracy at transitions in care. Patient safety solutions 2007;1(6).
10. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Liste des confusions de noms recensées au Guichet Erreurs Médicamenteuses. Vigilances 2010;(51):7-8.
11. Institute for Safe Medication Practices. ISMP's list confused drug name. Horsham: ISMP; 2010.
<http://www.ismp.org/tools/confuseddrugnames.pdf>
12. De Giorgi I. Sécurité d'administration et de préparation des médicaments en pédiatrie [thèse]. Genève: Université de Genève Section des sciences pharmaceutiques; 2005.
http://pharmacie.hug-ge.ch/ens/mas/diplome_idg.pdf
13. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, Laborie H, Woynar S. Organisation et sécurisation du circuit du médicament. Approfondissement. Paris: MEAH; 2008.
14. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Etude d'impact organisationnel et économique de la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de santé. Rapport d'étude. Paris: Ministère de la santé et des sports; 2009.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_NATIONAL_SECURIMED.pdf
15. Société française de pharmacie clinique, Brion F, Fontan JE, Aubin F, Naveau-Ploux C. Pediad : observation du mésusage du médicament en pédiatrie, les leçons à en tirer ? Compte-rendu de l'atelier de Pharmacie clinique pédiatrique du 26 juin 2002, Montpellier, France. Pessac: SFPC; 2002.
16. Bonnabry P. Innovations techniques en matière de sécurité des soins : exemple du médicament. XIème journée "Risque, sécurité et médecine" Genève, 20 juin 2008.
http://pharmacie.hug-ge.ch/ens/conferences/pb_anesth_innov_techniques08.pdf
17. Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales. Préparation et administration des médicaments dans les unités de soins. Bonnes pratiques d'hygiène. Bordeaux: CCLIN Sud-Ouest; 2006.
18. Couper ou écraser les comprimés : oui ou non ? De la théorie à la pratique. CAPP-INFO 2003;(26).
19. Dony A. Une démarche d'amélioration de la sécurité thérapeutique au centre hospitalier de Lunéville. Le thésaurus des protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers [thèse]. Nancy: Université Henri Poincaré Section des sciences pharmaceutiques; 2010.
http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDPHA_T_2010_DONY_ALEXANDRE.pdf
20. Centre for Clinical Effectiveness, Allen K. Single or double checking of medications prior to administration. Evidence Request. Clayton Victoria: CCE; 2006.
http://www.southernhealth.org.au/icms_docs/1057_Check_Medications.pdf

21. University of Maryland Medical Center. Implementation of a standardized double check process. MPSC 2010 Annual conference solution submission. Elkridge: MPSC; 2010.
http://www.marylandpatientsafety.org/html/education/solutions/2010/documents/communication/Implementation_of_a_Standardized.pdf
22. University of Kansas Hospital. Hight alert medication double check. Corporate policy manual. Section: medication management. Volume 2, 2011.
<http://www2.kumc.edu/pharmacy/Policies/Hospital%20Medication%20Management/High%20Alert%20Medication%20Double%20Check.pdf>
23. Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/4_pages_rmm_juin_09.pdf
24. Société française de pharmacie clinique. Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés (REMEDI). Pessac: SFPC; 2008.
25. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Améliorer la sécurité des organisations de soins: exploiter les retours d'expériences. Paris: MEAH; 2008.
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/SECURITE_RADIO.pdf