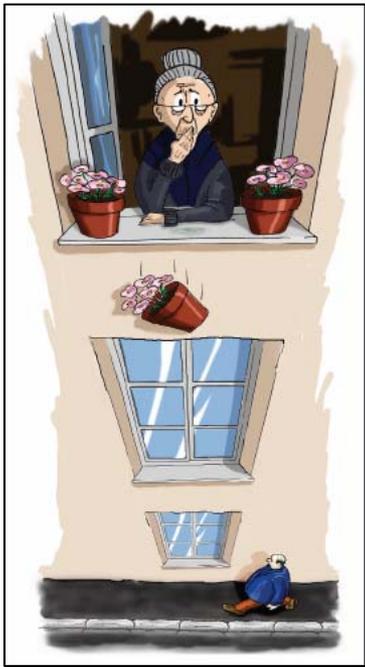


Prévention et gestion des incidents médicamenteux

Anne Spinewine

Pharmacien clinicien, Dr Sc Pharm
Université catholique de Louvain
CHU Mont-Godinne et Louvain Drug Research Institute

Avec la collaboration de Anne-Sophie Cornet, Bruno Krug, Catherine Pirlot



1. QUELS SONT LES RISQUES?

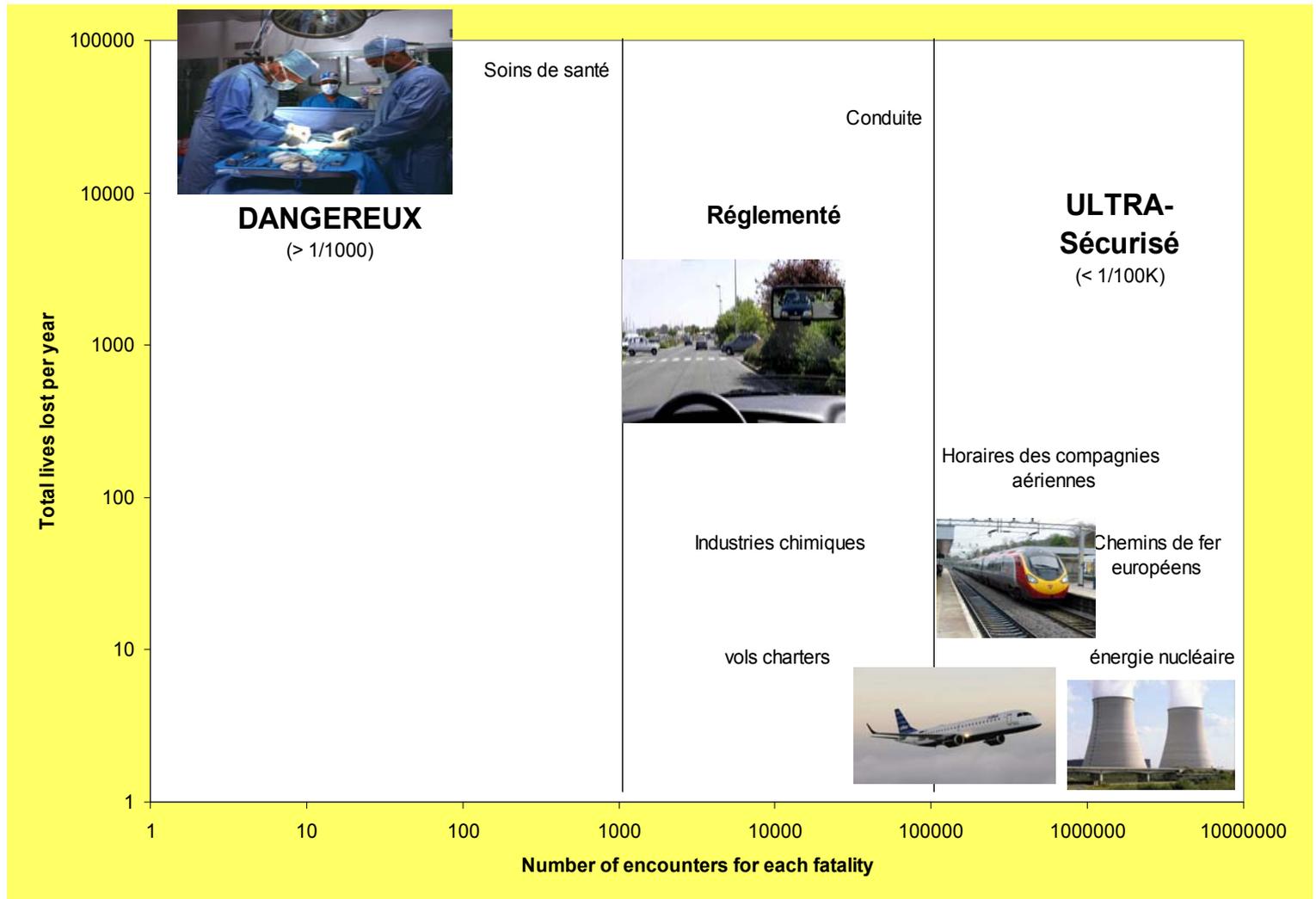
EPIDEMIOLOGIE DU RISQUE

Epidémiologie du risque

- <http://institut-protection-sante-naturelle.eu/santeendanger.html>



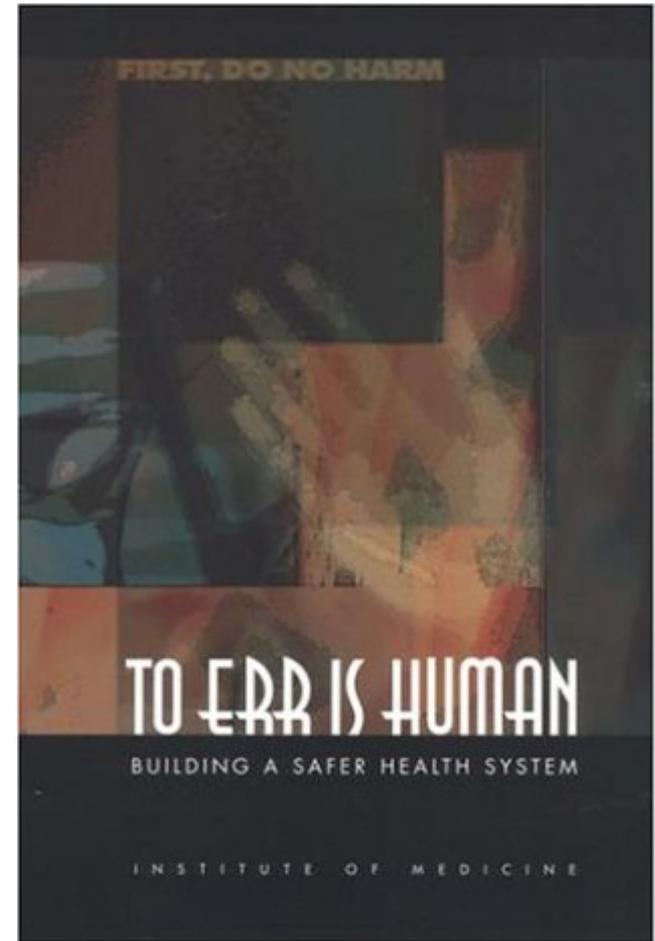
Les soins de santé sont-ils sûrs?



Risque médicamenteux: épidémiologie

A l'hôpital

- Complications médicamenteuses graves dans 3% des hospitalisations
- 10% des événements conduisent au décès
- 8^e cause de mortalité
- **Équivalent d'un Boeing 747 qui s'écrase tous les 2 jours...**



To err is human, IOM, 1999



Risque médicamenteux: épidémiologie

A l'hôpital

➤ Événements indésirables évitables

- ✓ 6.5% des hospitalisations

➤ Étapes du circuit

- ✓ 56% prescription
- ✓ 34% administration
- ✓ 6% transcription
- ✓ 4% dispensation

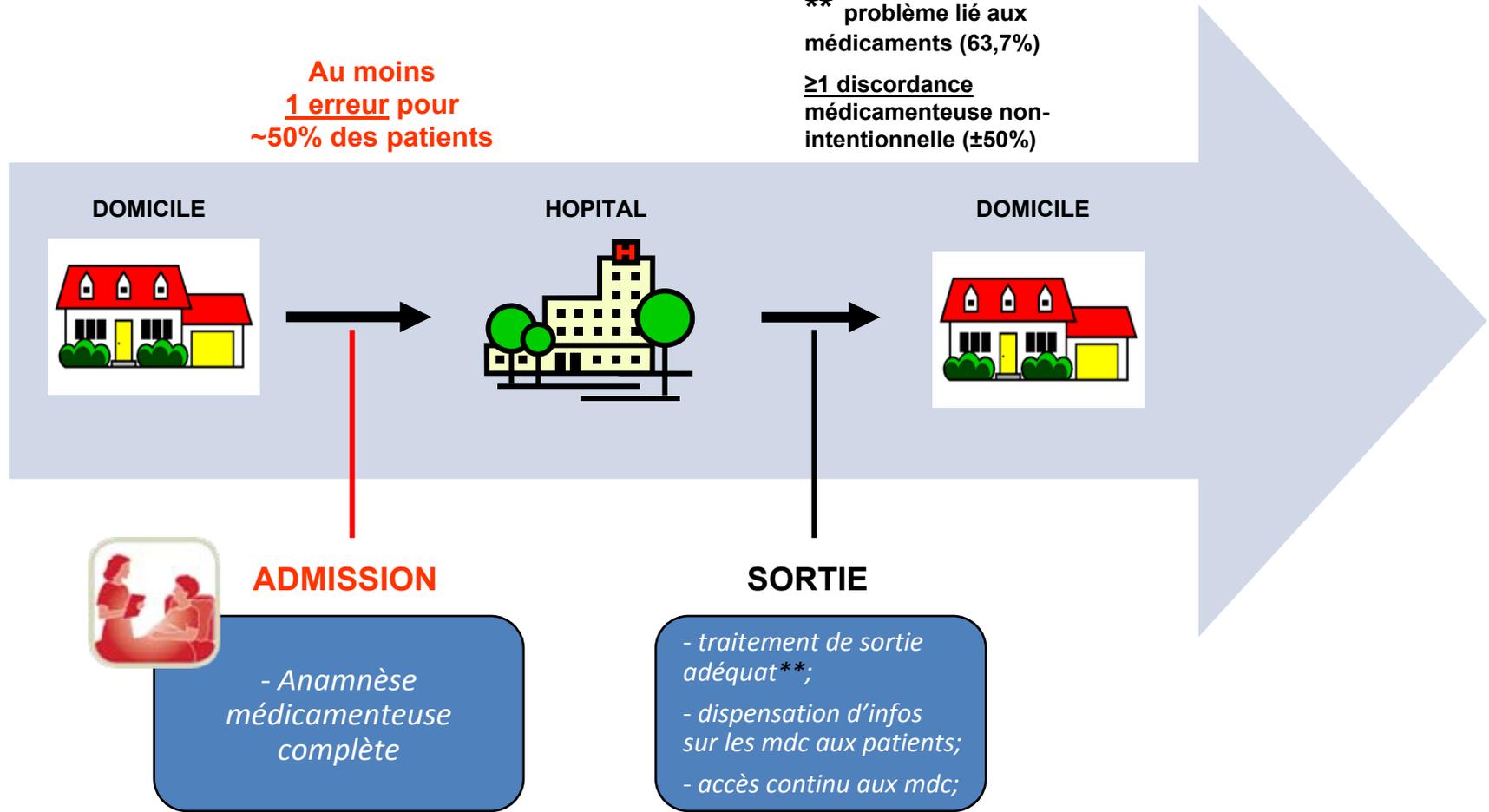


Risque médicamenteux: épidémiologie

Transitions hôpital - domicile

Au moins
1 erreur pour
~50% des patients

** problème lié aux
médicaments (63,7%)
≥1 discordance
médicamenteuse non-
intentionnelle (±50%)



Les études montrent que les événements iatrogènes médicamenteux **pourraient être évités dans ~50% des cas**

2. COMMENT PREVENIR ET GERER LES INCIDENTS?

Culture

Leadership

Stratégie

Non culpabilité

Proactivité

Equipe

Multidisciplinarité

...

Formation

Communication

Standardisation

Patient shadowing

Lean

Déclaration des incidents

Procédure

Bundle

Trigger

IT

Checklist

Pharmacie clinique

Patient empowerment

...

2. COMMENT PREVENIR ET GERER LES INCIDENTS?

Quelques notions importantes



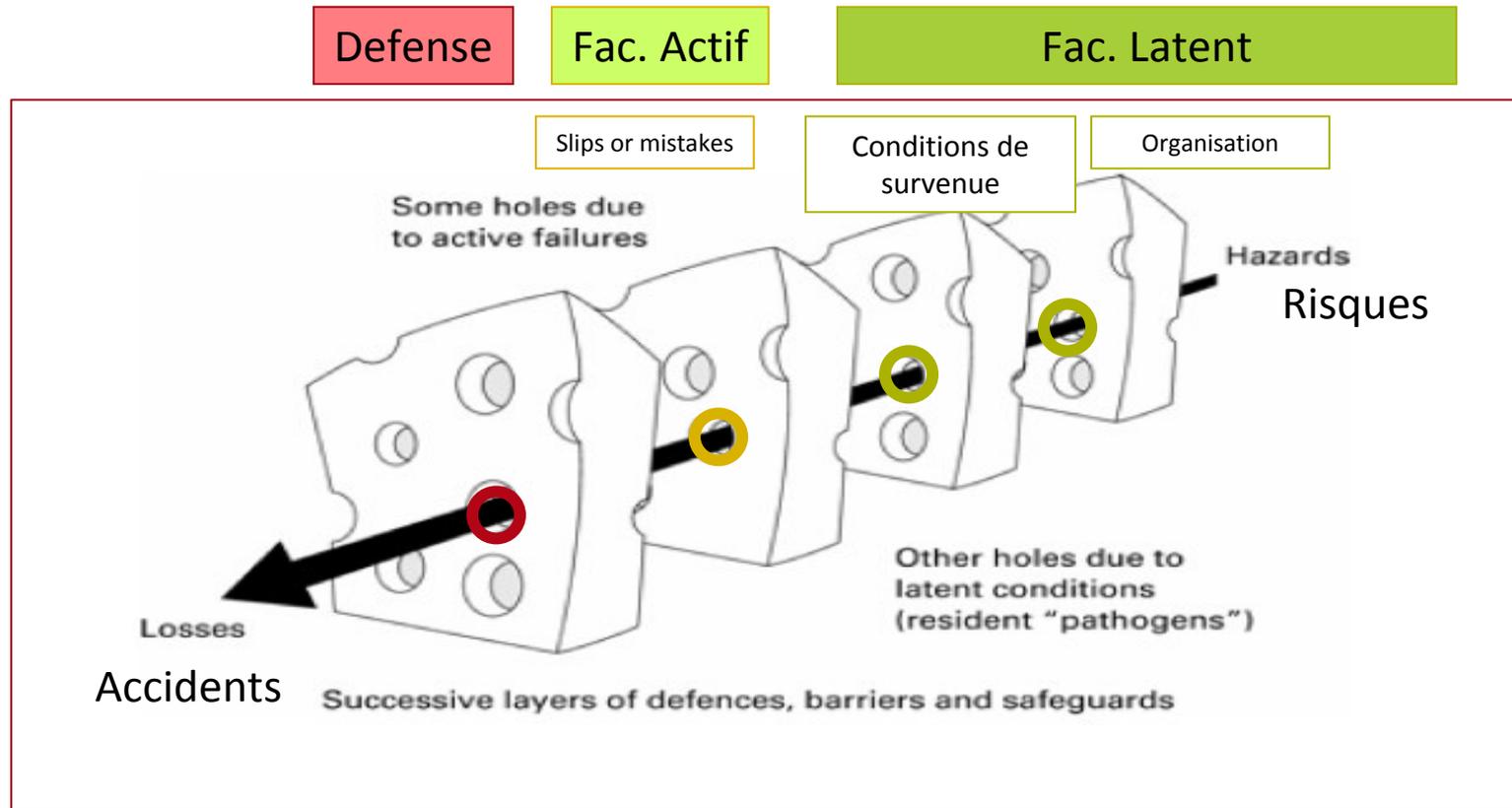
- **Systemes**
 - Processus
 - Conditions...
- ... qui mènent les individus à faire des erreurs ou les empêchent de les prévenir

Selon Deming, 85% des dysfonctionnements sont **institutionnels** et 15% des erreurs individuelles

« Nous ne pouvons pas changer l'être humain, mais nous pouvons améliorer l'**environnement** dans lequel il travaille » (Reason J)

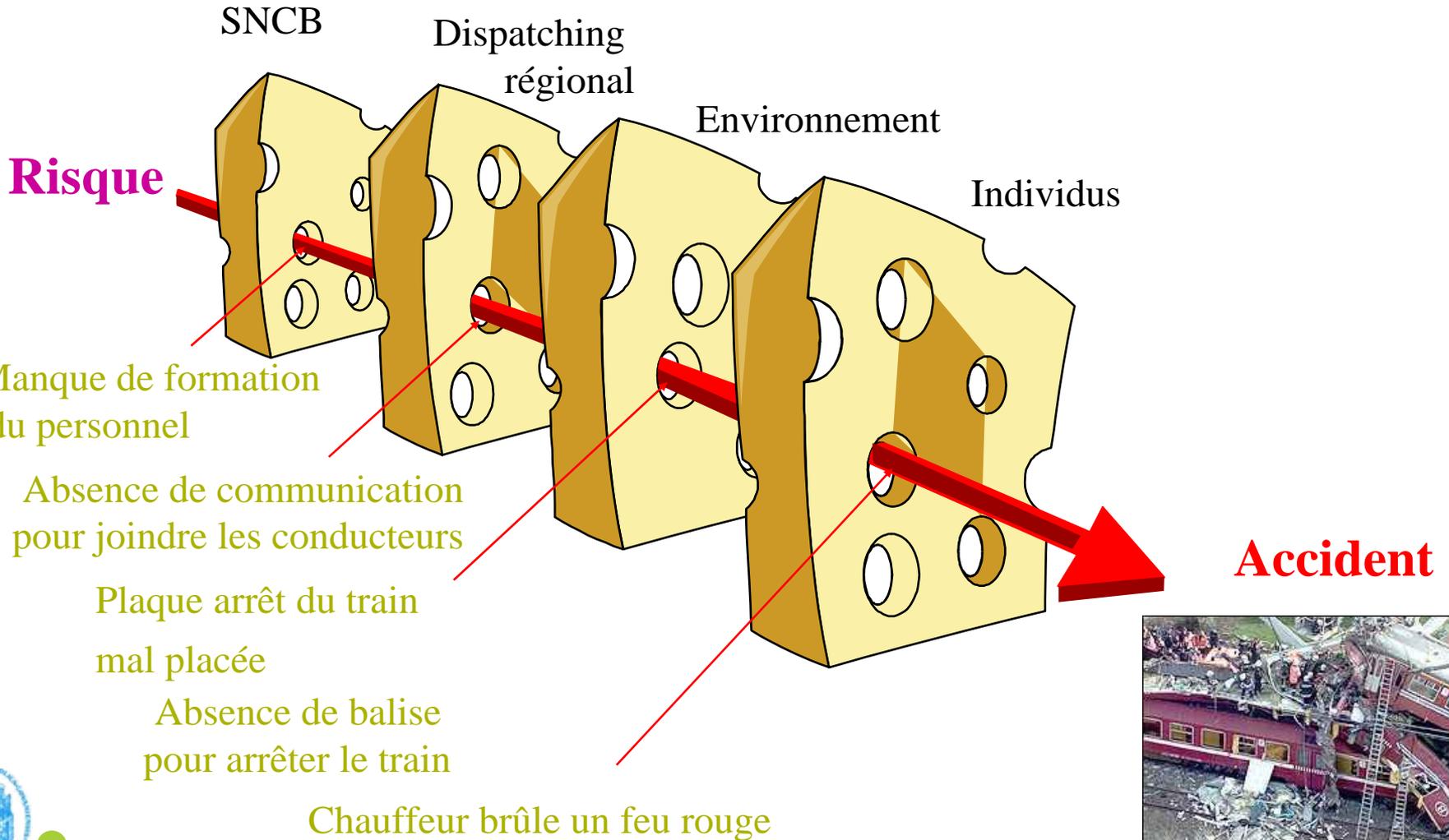
Quelques notions importantes

- Le modèle du fromage suisse de J Reason...



Quelques notions importantes

- Exemple: drame de Pécrot en 2001: 8 morts et 12 blessés



Quelques notions importantes

- Intérêt de s'inspirer de modèles de gestion du risque développés dans d'autres industries



Culture

Leadership

Stratégie

Non culpabilité

Proactivité

Equipe

Multidisciplinarité

...

Formation

Communication

Standardisation

Patient shadowing

Lean

Déclaration des incidents

Procédure

Bundle

Trigger

IT

Checklist

Pharmacie clinique

Patient empowerment

...

2. COMMENT PREVENIR ET GERER LES INCIDENTS?

Au niveau fédéral

...
2016
2015
2014
2013

PLAN PLURIANNUEL POUR LA COORDINATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES PATIENTS 2007-2012

	PILIER 1: SGS	PILIER 2: PROCESSUS	PILIER 3: SET D'INDICATEURS
01/01/2012 au 31/12/2012	Intégration système de gestion de la sécurité	Amélioration d'un processus multidisciplinaire extramuros accompagné d'indicateurs multidimensionnels	Set d'indicateurs multidimensionnels de base
01/01/2011 au 31/12/2011	1. Evaluation de la culture de sécurité des patients (deuxième mesure) 2. Décrire 5 incidents analysés ainsi que la méthode d'analyse prospective utilisée, les actions d'amélioration et utiliser la taxonomie de l'OMS	Amélioration d'un processus multidisciplinaire extramuros accompagné d'indicateurs multidimensionnels	1. Evaluation d'un set d'indicateurs national 2. Analyse des indicateurs issus du set national
01/07/2009 au 31/12/2010	1. Système de rapportage et d'apprentissage pour les (presqu') incidents 2. Décrire 5 incidents analysés ainsi que la méthode d'analyse rétrospective utilisée, les actions d'amélioration et utiliser la taxonomie de l'OMS	Amélioration d'un processus multidisciplinaire intramuros accompagné d'indicateurs multidimensionnels Choix entre: processus clinique, transfert intramuros, grand nombre d'admissions (Psy et Sp), priorité en matière de politique de gestion (Psy), agression (Psy)	1. Evaluation du set individuel d'indicateurs sur base de la cartographie 2008-2009 2. Analyse des indicateurs issus du set individuel
01/07/2008 au 30/06/2009	1. Rédaction d'un plan de sécurité pluriannuel reprenant des objectifs stratégiques et opérationnels 2. Deux actions d'amélioration sur base de la mesure de la culture PS	Amélioration d'un processus multidisciplinaire intramuros accompagné d'indicateurs multidimensionnels Choix entre: processus clinique, transfert intramuros, grand nombre d'admissions (Psy et Sp), priorité en matière de politique de gestion (Psy), agression (Psy)	1. Indiquer les organes et méthodes 2. Réalisation d'une cartographie des indicateurs utilisés

01/07/2007
au
30/06/2008



1. Mission, vision, objectifs et stratégie concernant qualité et la sécurité des patients
2. Structures qualité et fonctions des membres: mise en place du comité de sécurité des patients
3. Evaluation de la culture de sécurité des patients (première mesure) et benchmarking
4. Déclaration et analyse des incidents et presqu'incidents: description
5. Description de trois projets dans trois dimensions de la qualité
6. Hôpitaux aigus: analyse de 12 indicateurs dans 4 dimensions (issus des rapport FMH et PSI)

RAPPORT: QUALITE ET SECURITE DES PATIENTS DANS LES HOPITAUX BELGES EN 2008



Au niveau du CHU Mont-Godinne

➤ 2008:

- ✓ Contrat « patient safety » signé avec le SPF Santé Publique (91% des hôpitaux)

➤ De 2008 à 2010

- ✓ Enquête « mesure de la culture de la sécurité »
- ✓ Charte de la non-culpabilité du comité de direction
- ✓ Formation « sécurité du patient »
- ✓ Création d'un comité qualité-sécurité
 - Yc un médecin (30%) et un infirmier du cadre responsable qualité (100%)
- ✓ Enregistrement des incidents

→ Impulsion du contrat pour formaliser la gestion des risques

Formation « de base »

Le groupe qualité institutionnel et la cellule formation vous invitent à une matinée de sensibilisation:

La sécurité des patients, notre responsabilité !



**soignants, médecins,
personnel médico-technique,
paramédicaux, pharmaciens,
personnel administratif en
contact direct avec le patient**

4 février
23 février
9 mars
25 mars
27 avril

08H30	Introduction	Le groupe qualité
09H05	Incidents médicamenteux : mieux vaut prévenir que guérir: alors rapportons-les !	Ph. A. Spinewine et Ph. C. Pirlot
09H20	Les événements indésirables comme source d'amélioration des pratiques en salle d'urgence	Pr D. Van Pee, Dr V. Gérard
09H35	Déclaration d'incidents-accidents: réticences et attentes	Pr A.-S. Nyssen (JLg)
10H05	Comment déclarer un incident ?	Le groupe qualité
10H20	Signature de la charte "Sécurité des patients"	Le comité de direction
10H35	Pause	
11H00	Analyse d'un incident en petits groupes	
12H30	Buffet sandwiches prévu dans le hall des auditoires	

Auditoires Heremans
Inscriptions via votre chef de service



- 7 matinées
- 3 séances pour les services logistiques
- 2 staffs médicaux
- 1 staff pluridisciplinaire

850 personnes (= 50% du personnel)
dont 20% des médecins

Charte Kaizen au CHU Mont-Godinne

La Direction s'engage à:

- faire de la sécurité des patients une priorité institutionnelle de premier plan intégrant cette dimension dans chacune de ses réflexions et de ses décisions.
- tout mettre en œuvre pour procurer un environnement de travail propre à réduire au maximum le risque que les soignants commettent des erreurs.
- prôner une culture de la sécurité axée sur **le respect**, l'ouverture et la transparence pour tirer les leçons des événements indésirables et des « presque-incidents » afin de minimiser le risque de la survenue d'incidents similaires dans le futur.
- développer un système de transmission des incidents non sanctionnant. Les personnes qui déclarent un problème ou un incident auront la garantie que le signalement de ce problème n'aboutira à aucune suite négative sauf si celui-ci a été réalisé de façon intentionnelle ou répétitive
- ...

Formation « de base »: efficience

Gain relatif moyen

- | | |
|---|---------------|
| 1. Je connais les facteurs principaux influençant la sécurité des patients | 46.15% |
| 2. Je suis (serai) capable de réagir de manière constructive à partir de mes erreurs | 45.27% |
| 3. Je suis (serai) capable d'analyser les causes principales d'erreurs. | 45.27% |
| 4. Je suis (serai) capable de reporter les incidents critiques ou erreurs | 52.20% |
| 5. Je suis (serai) capable d'apprendre à partir de mes erreurs | 37.99% |
| 6. Je suis (serai) capable d'expliquer à mon supérieur les causes d'une erreur | 38.90% |
| 7. Je perçois la différences entre être responsable ou coupable de ses erreurs | 53.41% |

Culture

Leadership

Stratégie

Non culpabilité

Proactivité

Equipe

Multidisciplinarité

...

Formation

Communication

Standardisation

Patient shadowing

Lean

Déclaration des incidents

Procédure

Bundle

Trigger

IT

Checklist

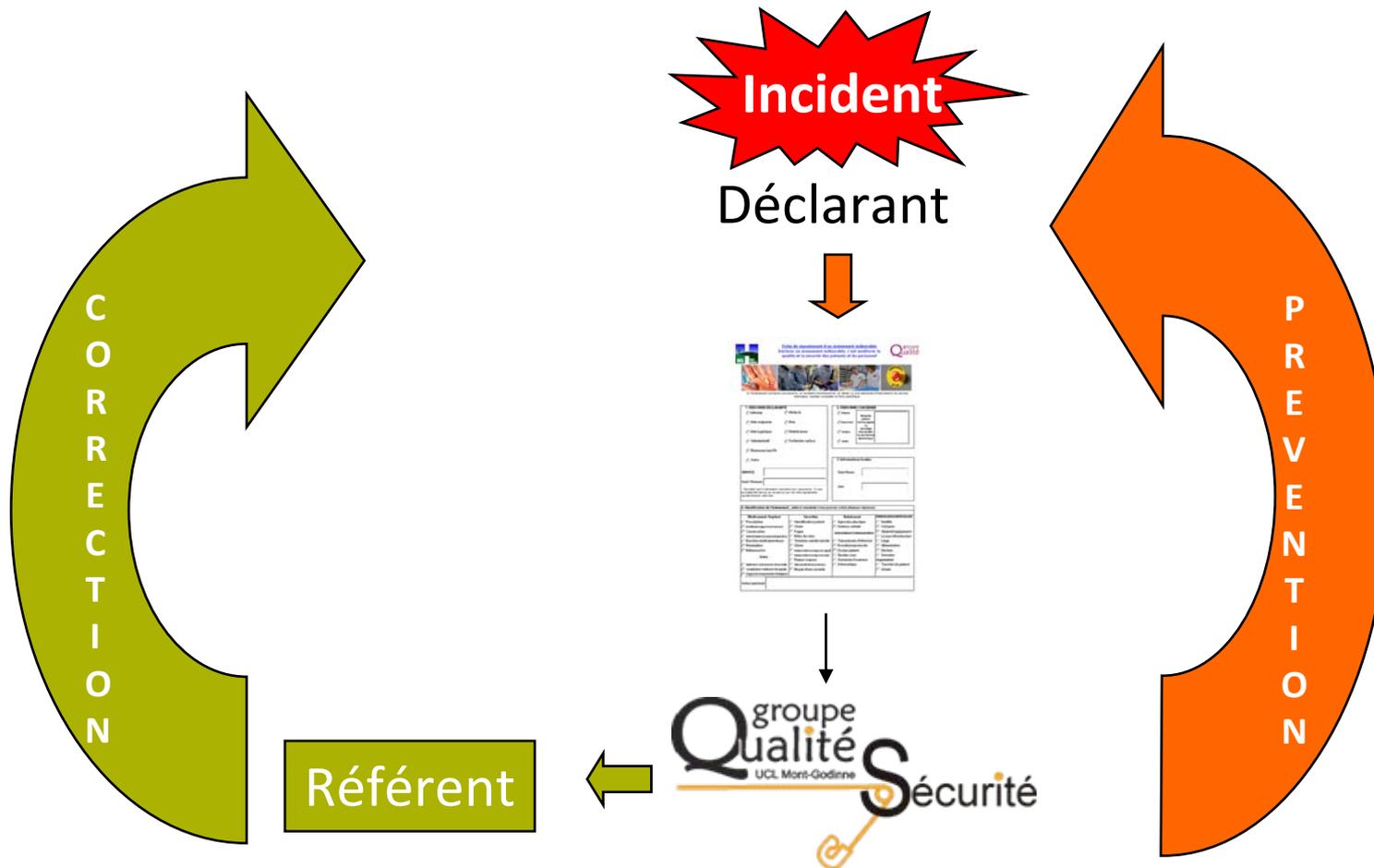
Pharmacie clinique

Patient empowerment

...

2. COMMENT PREVENIR ET GERER LES INCIDENTS?

Déclaration des incidents: méthode



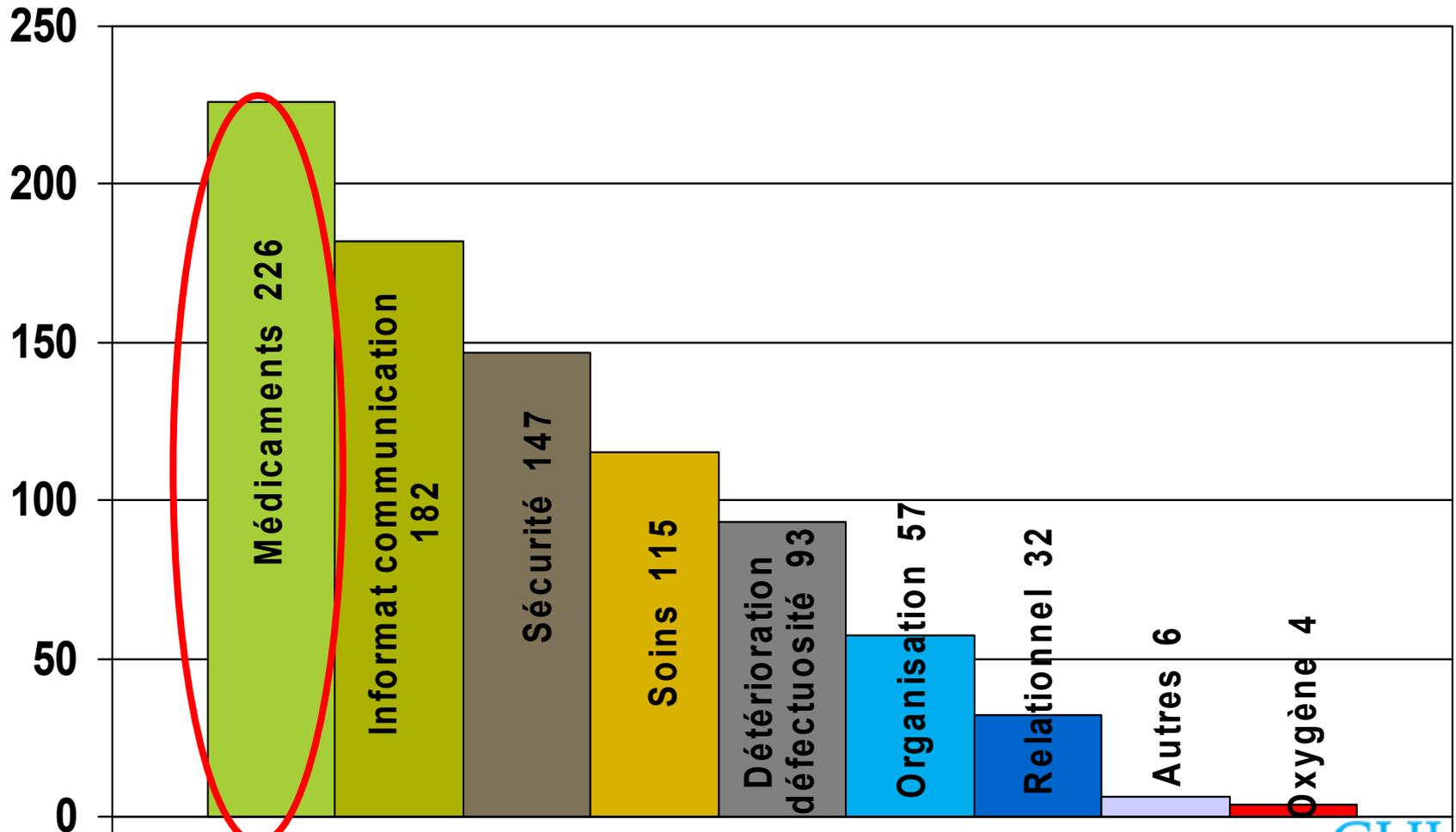
Déclaration des incidents: résultats

- Nombre d'incidents déclarés
 - ✓ En 2010: 428 (736 avec les chutes)
 - ✓ En 2011: 434

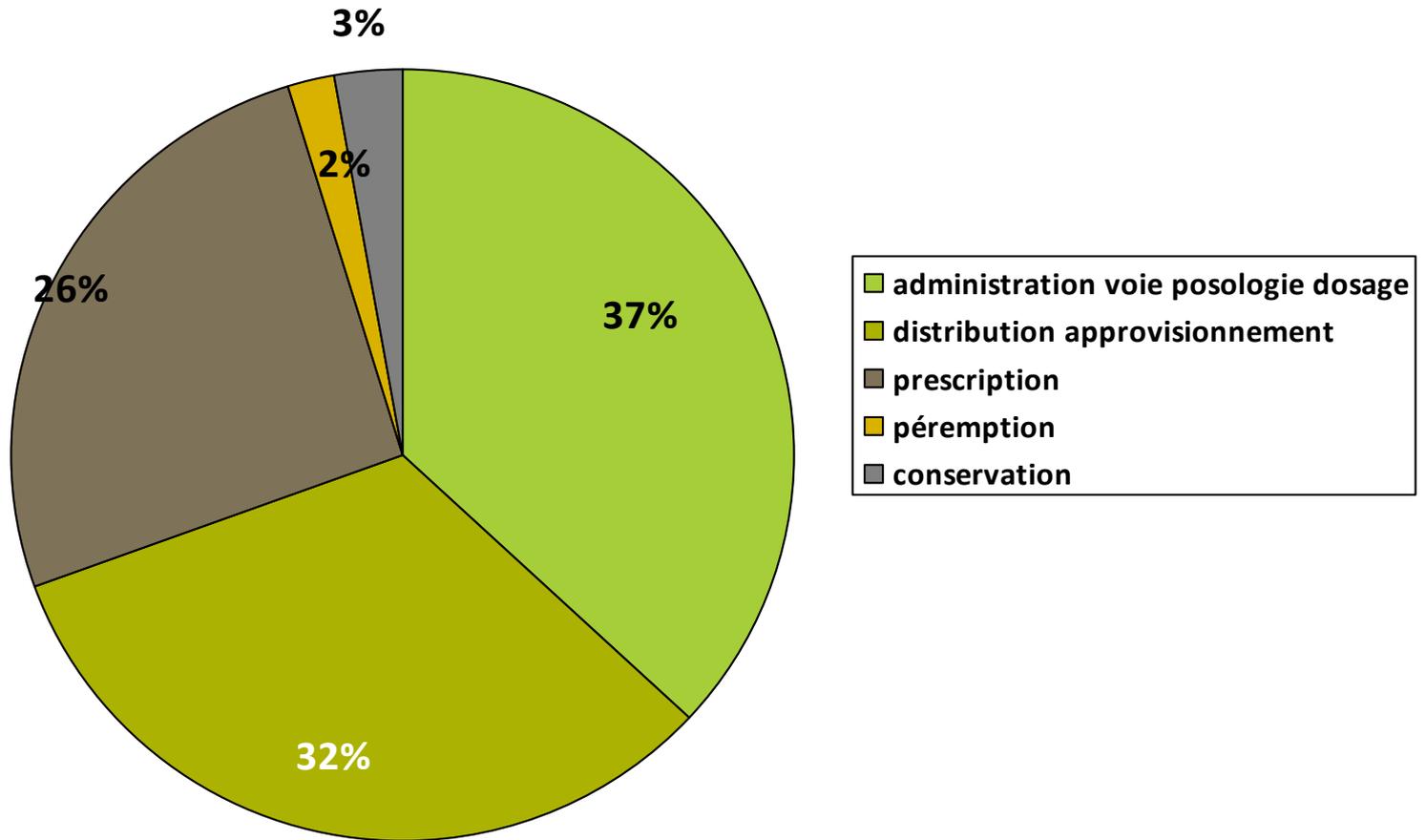
- 70% des incidents sont clôturés

Evénements Indésirables par Domaine de Risque

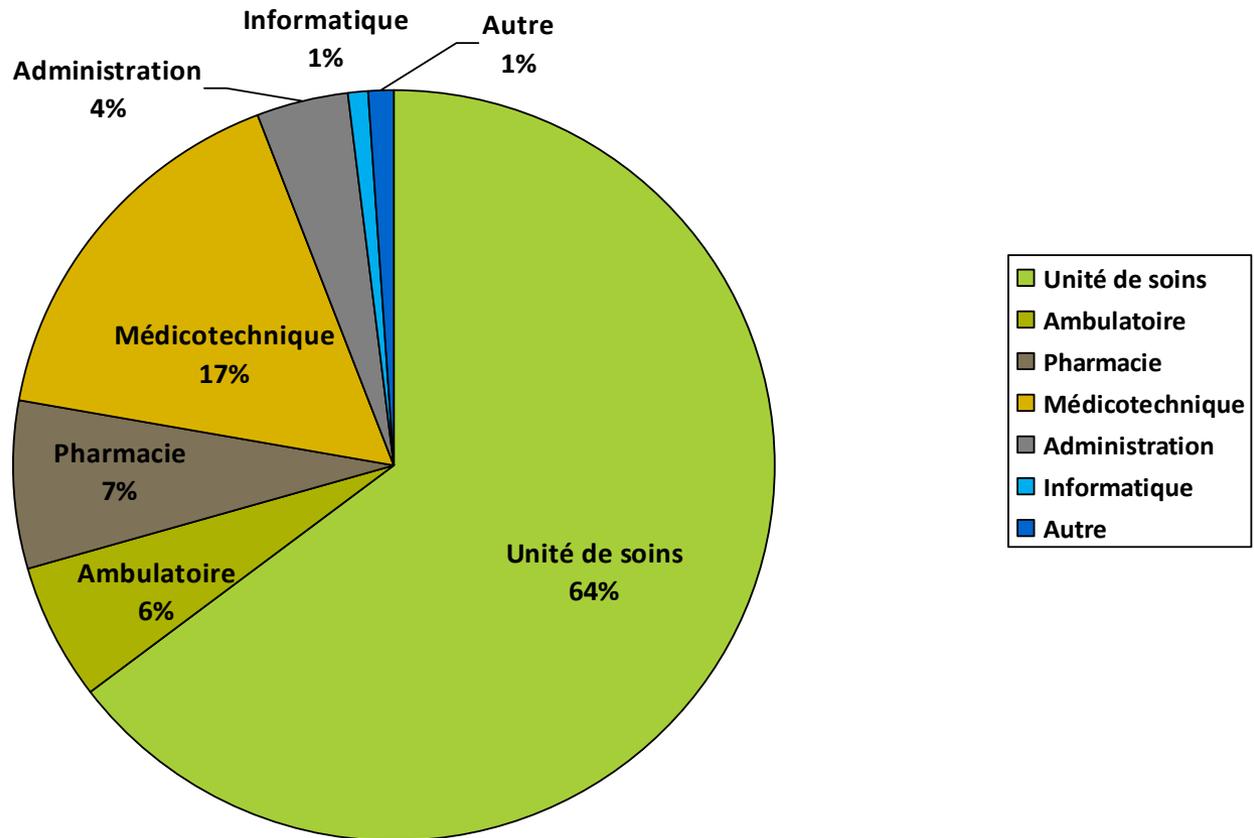
2010 – 2011 n=862



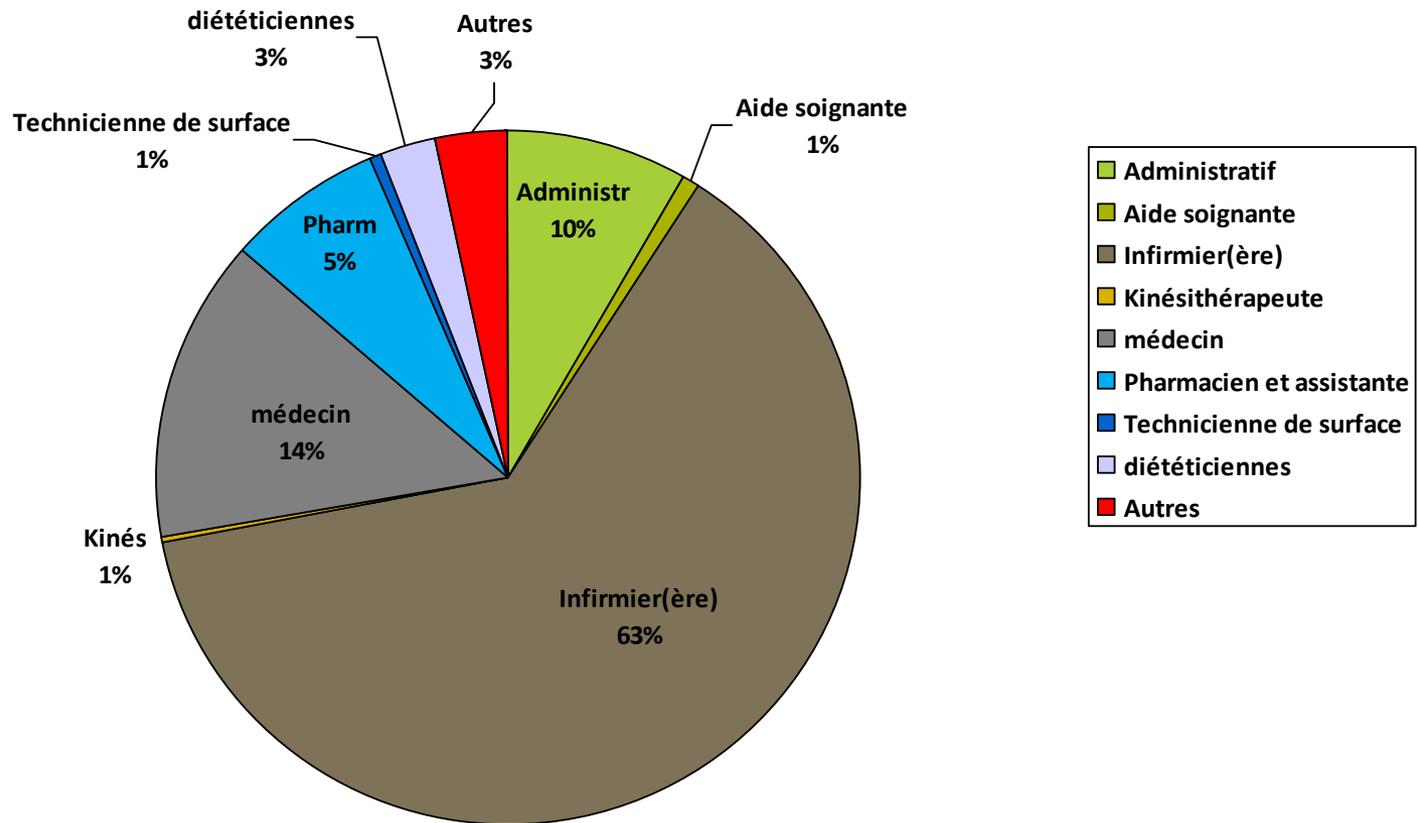
Evénements Indésirables 2011 : Médicaments (n=108)



Evénements Indésirables 2011 : Services déclarants (n=434)



Evénements Indésirables 2011 : Fonctions des déclarants (n=434)



Déclaration des incidents: communication

- Au déclarant si identité connue ou au chef de service si anonyme
- Réunion Infirmiers-Chefs 1x/mois
- Feed-back aux équipes 1x/trimestre
- Comité de direction / 6 semaines
- Courrier trimestriel à l'ensemble du personnel



Déclaration des incidents: communication

Juin 2010

le **Q** groupe Qualité vous informe

La sécurité des patients

Formation



800 membres du personnel ont participé à la formation « La sécurité des patients, notre responsabilité ». 6 matinées ont été organisées pour le personnel en contact avec les patients, 2 staffs médicaux et 3 séances pour le personnel administratif et logistique.

Événement indésirable

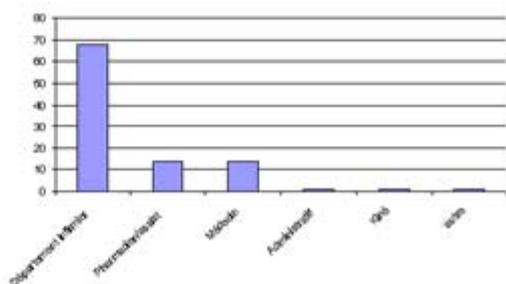
Plus de 170 déclarations sont arrivées au Groupe Qualité
Quel type d'incidents est déclaré?

Types d'événements indésirables



30% des incidents sont médicamenteux (prescription, distribution, administration), 21% concernent un défaut d'information (transmission, procédure et rendez-vous) et 21% des problèmes de sécurité (identification patient, chutes, ...).

Qui déclare?



Suite aux déclarations

Quelques exemples d'incidents et d'actions prises suite aux déclarations :

Incidents	Actions
Confusion entre des ampoules de Déhydrobenzépéridol et de dexaméthasone	Les ampoules de Déhydrobenzépéridol sont emballées avec une étiquette lisible pour en améliorer la lecture
Confusion entre l'administration d'une poche de PCA et de Périurale	Apposition d'une étiquette supplémentaire « IV strict » sur l'emballage de PCA et étiquette supplémentaire « Périural » sur la perfusion de Chrocaïne/Sufenta
Manque de lisibilité des ampoules d'urgence	Blistérisation des ampoules d'urgence à partir de septembre
Dilution inadéquate d'une dose de morphine	Mise à disposition de seringues prêtes à l'emploi de morphine à partir d'octobre
Administration de médicaments par la sonde gastrique qui ne peuvent pas être pillés	Le document sur l'administration des médicaments par sonde sera disponible en version papier dans chaque unité de soins, en plus de l'intranet
Absence fréquente de bracelet d'identification patient à l'arrivée en salle d'opération	Prochainement, le bracelet d'identification sera apposé aux patients par l'administration ou les urgences

Idée Géniale

Le CMCA déclare beaucoup d'incidents grâce à la désignation d'un référent « déclaration des incidents ». Celui-ci collecte les événements et les envoie.

Envoyez-nous vos idées !!



« La qualité vient quand on s'en occupe,
la mauvaise qualité vient toute seule »
P. Dérrie

Une matinée de formation supplémentaire est organisée le 28 septembre pour ceux qui n'ont pas eu la possibilité d'y participer.



Merci pour votre collaboration à l'amélioration de la sécurité des patients !

Pour le groupe Qualité
Mme Anne-Sophie Cornet et Prof. Bruno Krug

Déclaration et analyse: exemple

5. Que s'est-il passé?

(Merci de décrire les faits sans inclure de nom)

veilleuse a changé la poche de la pompe PMP mais a mis une poche PCA de morphine. Elle n'a pas osé appeler l'anesthésiste car elle s'est fait remballer la fois d'avant.

6. Conséquences immédiates

Patient fort endormi car apport trop important de morphine.

7. Mesures prises

A 7h05, arrêt de la pompe et appel de l'anesthésiste de garde.

8. Gravité estimée (selon vous)

Faible Modérée Importante

9. Fréquence (selon vous)

Fréquente Inhabituelle

10. Suggestion(s) de solution(s) pour que l'événement ne se reproduise plus

Pompe PMP non ouvrable par les infirmières car nous ne devons pas normalement y toucher
Formation sur les pompes

Déclaration et analyse: exemple

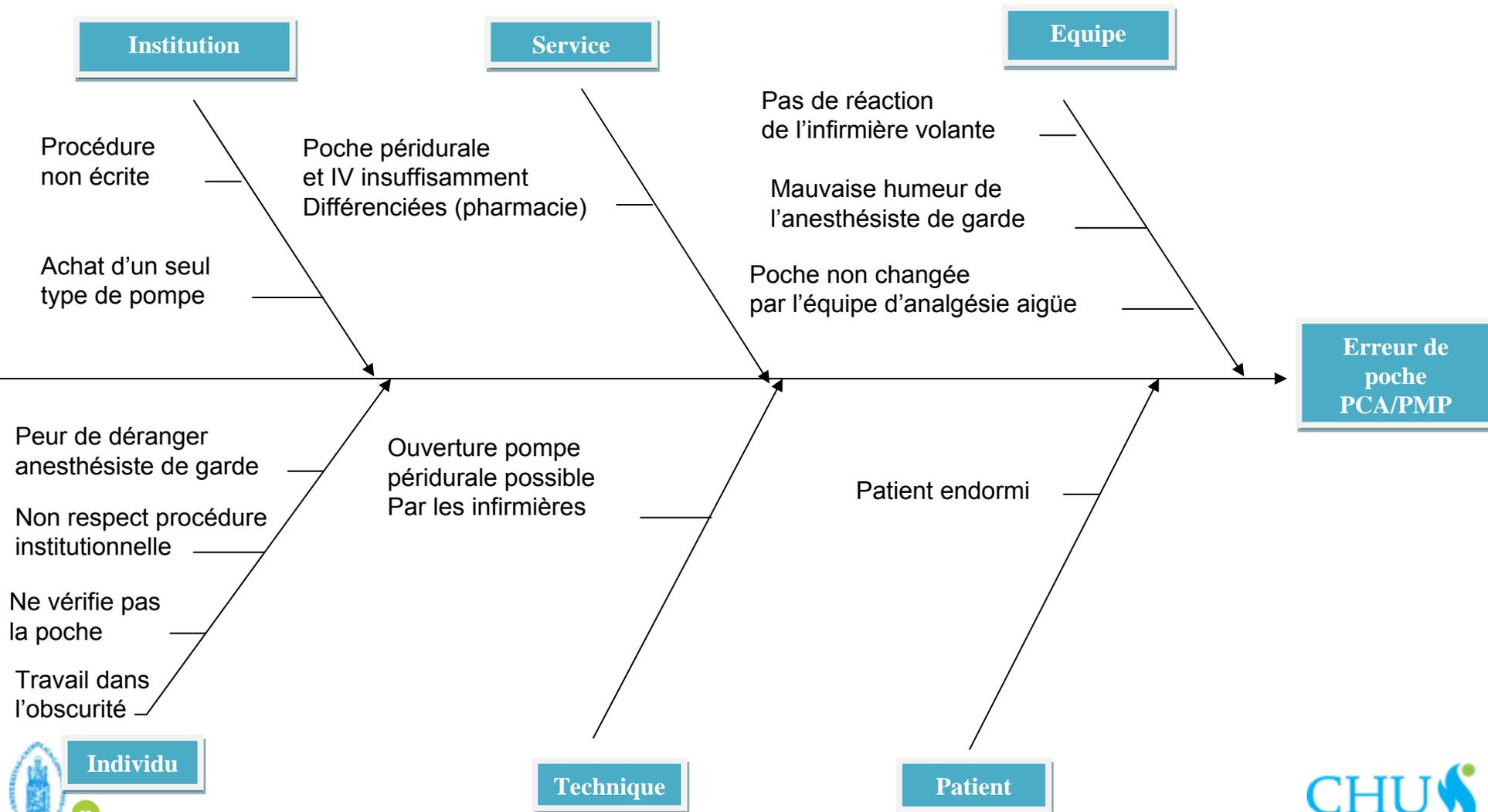
Décision de faire une analyse de causes profondes - pourquoi?

L'événement est de faible gravité et inhabituel, mais:

- Fort sentiment de culpabilité et de peur pour le patient
- Inquiétude de l'équipe
- Envie d'en parler avec une personne extérieure au service



Déclaration et analyse: exemple



Déclaration et analyse: exemple

Retour d'expérience

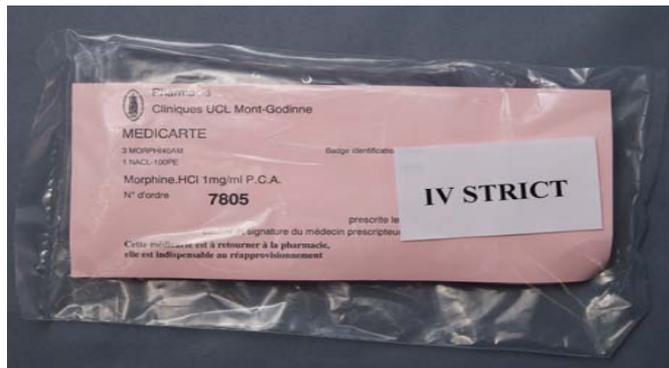
- L'équipe a compris que l'incident est multifactoriel
- Les besoins du déclarant ont été entendus
- L'importance du lieu de parole sans jugement
- L'importance de réagir « à chaud » et « à froid »
- Les solutions proposées par l'équipe
- A suscité une augmentation des déclarations dans cette équipe



Déclaration et analyse: exemple

Actions préventives

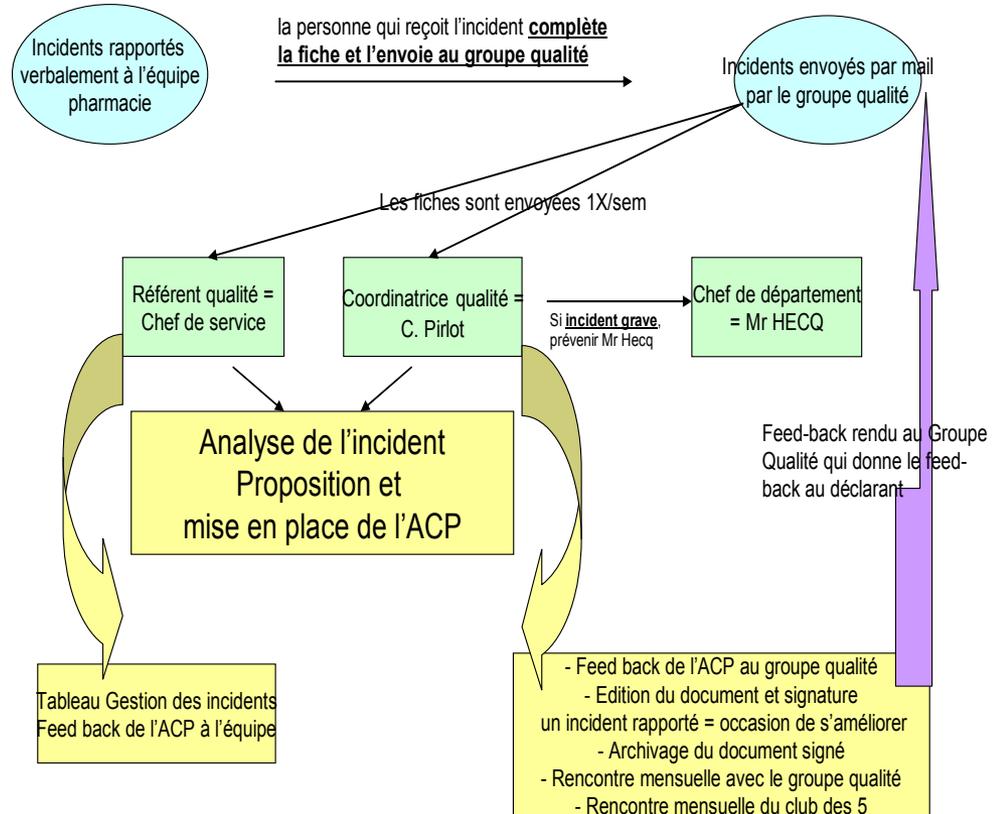
- Médecin : formation des assistants, procédure écrite
- Pharmacie
 - ✓ Apposer une étiquette « IV STRICTE » sur la poche PCA et étiquette « PERIDURALE » sur poche sufenta-chiro
 - ✓ Couleurs des médicartes: jaune pour la poche périurale et rouge pour la PCA



Incidents: ex de gestion au sein d'un service: La pharmacie

	Gestion des incidents médicamenteux rapportés	V1	MQ	
	PHARMACIE UCL MONT-GODINNE	MQ-01	Page 1/7	

	Identité	Signature	Date
Rédaction	C. Pirlot		29/03/2010
Approbation	P. Gillet / B. Krug		03/05/2010
Validation par le chef de service	P. Gillet		03/05/2010
Visa par le chef de département	Monsieur Hecq		3/5/2010
Entrée en vigueur			03 - 05 - 2010
Date de mise à jour			03 - 05 - 2013

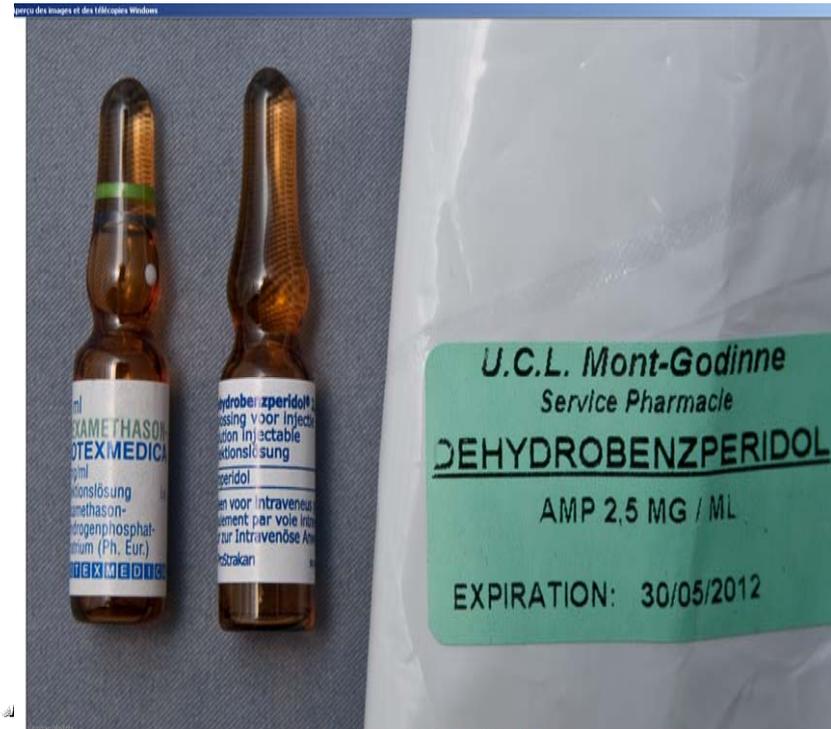


Gestion des incidents à la pharmacie

➤ Confusion DHB- dexamethasone



Jean-Daniel Heq	<i>[Signature]</i>
Charline Artoisenet	<i>[Signature]</i>
Muriel Bary	<i>[Signature]</i>
Laurent Charlet	<i>[Signature]</i>
Frédéric Danon	<i>[Signature]</i>
Michel Descouler	<i>[Signature]</i>
Diborah Dessogne	<i>[Signature]</i>
Virginie Druet	<i>[Signature]</i>
Jean-Michel Evrard	<i>[Signature]</i>
Isabelle Pery	<i>[Signature]</i>
Régine Garçons	<i>[Signature]</i>
Patricia Gillet	<i>[Signature]</i>
Fauve Gilson	<i>[Signature]</i>
Nathalie Lecomte	<i>[Signature]</i>
Natacha Léonard	<i>[Signature]</i>
Sophie Maguin	<i>[Signature]</i>
Bernadette Marchal	<i>[Signature]</i>
Céline Michel	<i>[Signature]</i>
Ariane Mouzon	<i>[Signature]</i>
Jean-François Palafox	<i>[Signature]</i>
Catherine Pirlot	<i>[Signature]</i>
Gaëtane Remy	<i>[Signature]</i>
Aurélié Reyniers	<i>[Signature]</i>
Florence Rhainotte	<i>[Signature]</i>
Valérie Roland	<i>[Signature]</i>
Romain Roodenburg	<i>[Signature]</i>
Mélanie Ruth	<i>[Signature]</i>
Anne Spinewine	<i>[Signature]</i>
Nathalie Strenon	<i>[Signature]</i>
Bernadette Suray	<i>[Signature]</i>
Géraldine Tombeur	<i>[Signature]</i>
Arnaud Tondou	<i>[Signature]</i>
Anne-Françoise Tonglet	<i>[Signature]</i>
Franck Van Leendert	<i>[Signature]</i>
Francis Wautelet	<i>[Signature]</i>
Anne Weron	<i>[Signature]</i>
Christian Belot	<i>[Signature]</i>
Christine Baix	<i>[Signature]</i>
Sylvia Panella	<i>[Signature]</i>
Julie Rousseaux	<i>[Signature]</i>
Philippe Sies	<i>[Signature]</i>
Alexandra Van Hee	<i>[Signature]</i>
Alessandro Petronio	<i>[Signature]</i>



Gestion des incidents à la pharmacie

- Manque de lisibilité de certaines ampoules utilisées en urgence

ATROPine 0.25 mg
1 ml (0.25 mg/ml)
(Sulfate)
SC - IV lente / Slow
Lab. AGUETTANT
Lot 0000000 EXP. 00-0000

TPON N° 10039
AXE AMPOULE



ADREnaline, ATROpine, EPHEdrine

Gestion des incidents à la pharmacie

➤ Anesthésie: erreurs de dilution

→ Seringues injectables prêtes à l'emploi



Déclaration des incidents: les limites

- Ce n'est que le sommet de l'iceberg...
- Importance de la rapidité de réponse aux déclarants
- Absence de cadre légal pour protéger le déclarant rend certains médecins plus frileux à participer
- Mettre tout en œuvre pour éviter les situations de « délation »

Formation: Semaines « Sécurité patient »



Semaine Sécurité du patient

Public concerné :

soignants, médico-techniques, paramédicaux, médecins
 Aux auditorios Heremans
 De 12H00 à 14H00
 Sandwiches (de 12H00 à 12H20)



Lundi 24 octobre	Mercredi 26 octobre	Jeudi 27 octobre
La contention : comment éviter les incidents ?	Hygiène : une plus grande sécurité pour nos patients	Les risques liés aux médocs, pas du toc ?
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Recommandations ➢ Alternatives ➢ Ateliers pratiques <p>Anne-Sophie Cornet et les membres du groupe contention</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Porta cath : uniformiser nos pratiques - Joëlle Dupont ➢ Hygiène corporelle préopératoire – Serge Dupont ➢ Recommandations pour la prise en charge des patients infectés dans les services médico-techniques - Prof. Youri Glupczynski 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Place du médicament dans les incidents – Catherine Pirlot ➢ PMI : quel changement ! – Frédéric Guillaume ➢ Les risques liés à l'utilisation des parentérales - Dr Dominique Lacrosse et Céline Michel

Chaque jour, un MP3 à gagner !!

Inscriptions : cellule formation
 2820 – Isabelle Labar
 2405 – Véronique Nonet
cellule.formation@uclouvain.be



Comité organisateur : Anne-Sophie Cornet, Bruno Krug, Isabelle Labar, Véronique Nonet

GESTION DES RISQUES EN MILIEU HOSPITALIER : L'ANALYSE DES ERREURS ME PROFITERA-T-ELLE UN JOUR

Jeudi 27 octobre, CHU Mont-Godinne
 (auditoire Heremans)
 Av Thérassé 1 5530 YVOIR

18h00 Introduction
 Pr Louis De Cannière
 Chef de Département de Médecine aigüe et Services médico-techniques

18h15 Les risques en milieu hospitalier : du constat au contrat
 Dr M. Haellerman, Cellule Qualité-Sécurité, SPF Santé-Publique

18h55 La gestion des risques est-elle soluble dans l'EAM
 Dr M. Laurent, Directeur Médical, CHU Tivoli

19h40 Apprendre de ses erreurs : l'apport des revues de morbi-mortalité (RMM)
 Dr ML Pibarot, Département Qualité, Sécurité des Soins, AP-HP, Paris

20h20 Discussion

20h30 Souper Campagnard

Cordialement,

Mme Agnès Jacquery, Cellule Qualité-Sécurité, SPF Santé Publique
 Mme Anne-Sophie Cornet, Cadre Infirmier Qualité des soins, CHU Mont-Godinne
 Prof. Bruno Krug, Coordinateur Qualité Médical, CHU Mont-Godinne

Des points d'accréditation d'Éthique et Économie seront demandés

Accès gratuit mais inscription obligatoire : <http://www.uclmontgodinne.be> (cliquer sur « congrès » pour inscription en ligne)

Pour tout renseignement : uss@uclouvain.be
 081/42.30.21

Attention : Nombre de places limitées



Réunions Morbi-Mortalité

Chers collègues,

Dans le cadre du projet institutionnel Qualité-Sécurité, nous souhaitons instaurer les réunions **“Mortalité-Morbidité”** au sein de notre hôpital à partir du mois de novembre. Ces réunions seront organisées autour de cas cliniques dont l'évolution inattendue a été marquée par des complications ou un décès. Elles ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la sécurité des patients à partir de l'analyse de ces cas particuliers. Il ne s'agit en aucun cas de rechercher la culpabilité des individus, mais au contraire d'améliorer la qualité de nos soins en développant un outil puissant d'apprentissage et d'enseignement.

- « Soyons précis dans nos prescriptions »
- « Assumons nos erreurs »
- « Respectons la forme galénique »
- « Tout était dans le dossier »
- « A propos d'une transmission d'informations »
- ...

Culture

Leadership

Stratégie

Non culpabilité

Proactivité

Equipe

Multidisciplinarité

...

Formation

Communication

Standardisation

Patient shadowing

Lean

Déclaration des incidents

Procédure

Bundle

Trigger

IT

Checklist

Pharmacie clinique

Patient empowerment

...

2. COMMENT PREVENIR ET GERER LES INCIDENTS?

Pharmacie clinique

➤ Objectifs

- ✓ Assurer une utilisation aussi efficace, aussi sûre et aussi économique que possible des médicaments,
- ✓ en collaboration avec les autres professionnels de la santé et les patients,
- ✓ et ce tant dans l'intérêt du patient que de la société.

➤ Historique

- ✓ Activité développée depuis 35 ans dans les pays anglo-saxons
- ✓ Développement en Belgique depuis 10 ans
- ✓ Au CHU Mont-Godinne
 - Projet de recherche en gériatrie; 1ers pharmaciens cliniciens engagés en 2007
 - Actuellement: 3,5 ETP

➤ Activités

- ✓ En unités de soins
- ✓ Transversales
 - Ex: switch iv → po
 - Ex: rédaction de fiches d'informations pour le patient
 - ...



Activités en unités de soins (2 ETPs)

- Chirurgie orthopédique (0,5), chirurgie digestive (0,5), gériatrie (1)
- Activités:
 - ✓ Anamnèse médicamenteuse à l'admission;
 - ✓ optimisation du traitement en cours de séjour;
 - ✓ information patient et MG à la sortie sur traitement
- Indicateurs d'activités: Quantification patients suivis
 - ✓ 2011: 1499 dossiers de pharmacie clinique créés dans Omnipro
 - ~ 9% des hospitalisations (tous services confondus)
- Indicateurs de performance
 - ✓ Descriptif interventions (n=432 / 4 semaines)
 - 90% des interventions à l'initiative du pharmacien clinicien
 - 86% acceptation complète, 12% acceptation partielle, 2% refus
 - Interventions les plus fréquentes: initiation ou reprise d'un traitement; arrêt d'un traitement; changement de dose; changement de voie
 - « patient safety »



Effect of a Collaborative Approach on the Quality of Prescribing for Geriatric Inpatients: A Randomized, Controlled Trial

Anne Spinewine, PhD, Christian Swine, MD,*§ Soraya Dhillon, PhD,|| Philippe Lambert, PhD,¶
Jean B. Nachega, MD, MPH, DTM&H,*** Léon Wilmotte, MPharm,*† and
Paul M. Tulkens, MD, PhD*‡*

JAGS 2007

- Équipe gériatrique « habituelle » vs même équipe avec un pharmacien clinicien
- Amélioration significative de la qualité de prescription
 - ✓ « overuse, underuse, misuse
- Tendence à ↓ réhospitalisations et mortalité

Activités en unités de soins (2 ETPs)

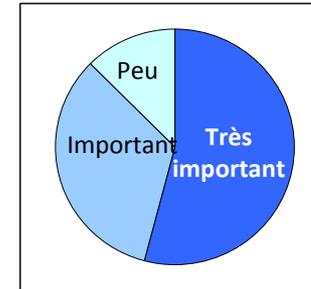
➤ Indicateurs de performance (suite)

✓ Satisfaction utilisateurs: enquête 2011

Satisfaction générale médecins



Impact perçu sur qualité des soins



- + perspectives définies avec et sans augmentation du cadre

✓ Satisfaction médecins traitants

- Très satisfaits de l'information complète reçue à la sortie des patients
- Résultats quantitatifs: en cours

✓ Satisfaction patients

20/12/11
Madame Antoinette,
Je vous remercie de recevoir notre cousin et celui du Docteur de Boudt.
Je vous remercie pour toute l'attention que vous avez apportée au dossier de mon père, Francis Legros. Votre dévouement et votre compétence m'ont aidé et rassuré dans le suivi des médicaments.
Pour sa sortie, nous m'annonçons que peu d'éléments sur le processus à suivre, et son suivi n'était pas stabilisé. Hier, 19 décembre son PFR marquait 19%, il va reprendre les doses normales. Encore un bonjour merci, et meilleurs vœux pour vous et votre famille, pour l'année nouvelle.



Culture

Leadership

Stratégie

Non culpabilité

Proactivité

Equipe

Multidisciplinarité

...

Formation

Communication

Standardisation

Patient shadowing

Lean

Déclaration des incidents

Procédure

Bundle

Trigger

IT

Checklist

Pharmacie clinique

Patient empowerment

...

2. COMMENT PREVENIR ET GERER LES INCIDENTS?

INCIDENTS LIES A LA CONTINUITE DES TRAITEMENTS

Continuité des soins et médicaments

- À l'admission, au moins une erreur dans l'historique médicamenteux pour 27 – 54% des patients
- 63,7% des patients sortant de l'hôpital font l'expérience d'un problème lié aux médicaments
 - ✓ Env 50% des patients ont ≥ 1 discordance médicamenteuse non intentionnelle quand ils quittent l'hôpital
- 60% des réadmissions non programmées des patients âgés pourraient être évitées par une intervention plus efficace à la sortie de l'hôpital

Description du projet

➤ Projet multidisciplinaire

- ✓ Pharmacie clinique (A Spinewine & co)
- ✓ Groupe qualité-sécurité (B Krug)
- ✓ Médecins, infirmiers

➤ Objectifs

- ✓ Sensibiliser les professionnels et patients à la problématique de la continuité des traitements
- ✓ Augmenter la participation active des patients (soignants) à l'obtention d'une anamnèse médicamenteuse complète
- ✓ Diminuer les risques de discontinuité en révisant certains éléments de structure/processus

➤ Phase 1: octobre 2011 → mars 2012

- ✓ But: améliorer la qualité de l'histoire médicamenteuse obtenue à l'admission
- ✓ Réconciliation et sortie → phases ultérieures

➤ Développement outils

✓ Ex: Participation du patient

- Développement d'un **leaflet de sensibilisation**
- Développement d'une **fiche médicaments** à remplir par le patient (accompagnant) qui « attend » sa prise en charge

➤ Mesures d'évaluation

- ✓ Discordances médicamenteuses
- ✓ Satisfaction et compréhension patients
- ✓ Satisfaction médecins et infirmiers

➤ Communication à l'extérieur

- ✓ MGs,...

Pourquoi est-ce important ?

Il arrive que des traitements médicamenteux doivent être modifiés lors d'une consultation ou d'une hospitalisation.

Par exemple, certains médicaments doivent être arrêtés avant une opération car ils peuvent entraîner des complications (saignement, retard des cicatrisation des plaies, etc).

Il est donc indispensable qu'on sache quels sont les médicaments que vous prenez. Cela permettra une meilleure continuité de votre prise en charge entre votre domicile et l'hôpital.

Un formulaire est mis à votre disposition afin de vous aider à constituer une liste **complète et exacte** de vos médicaments. N'hésitez pas à demander de l'aide à votre médecin ou à votre pharmacien.

Assurez-vous d'avoir bien reçu le formulaire pour compléter les informations sur vos médicaments. Si ce n'est pas le cas, n'hésitez pas à le demander à l'accueil.

VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE :
PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS SANS FORME DE ...

- SPRAY ?
- INJECTION ?
- PUFF OU AÉROSOÏL ?
- PATCH ?
- CRÈME OU GEL ?
- LIQUIDE OU SIROP ?
- SUPPOSITOIRE OU OVULE ?
- GOUTTES ?
- PRÉPARATION MAGISTRALE (RÉALISÉE PAR LE PHARMACIEN ?)
- ÉCHANTILLON FOURNI PAR VOTRE MÉDECIN ?

PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS POUR ...

- LE CŒUR OU LA CIRCULATION DU SANG (HYPERTENSION ?)
- LE DIABÈTE OU LE CHOLÉSTÉROL ?

une initiative de :



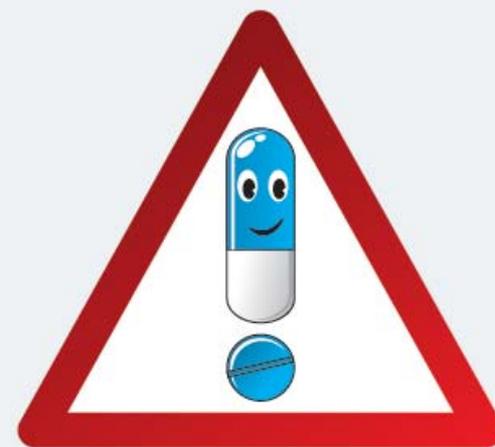
Cachet du service ou du médecin :

Avec le soutien de :



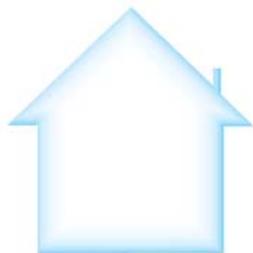
Sources :

Campagne 'Keeping patients safe when they transfer between care providers - getting the medicines right', Royal Pharmaceutical Society
Campagne 'Uw thuismedicatie - Alles klaar voor de opname', KU Leuven, Vlaams Ziekenhuisnetwerk, UZ Leuven



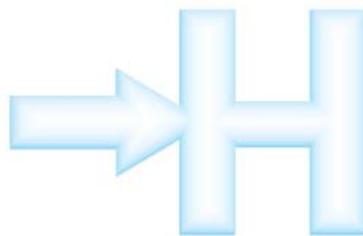
**CONNAÎTRE VOS MÉDICAMENTS
C'EST IMPORTANT**

Que pouvez-vous faire ?



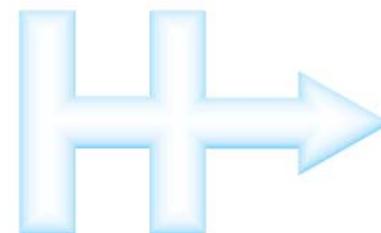
À la maison

- Rassemblez vos médicaments en un seul endroit.
- Éliminez les médicaments que vous n'utilisez plus.
- Constituez-vous une **liste complète et exacte** des médicaments que vous prenez.
Le **formulaire** ci-joint peut vous y aider.
- Notez précisément sur cette liste toute **modification** de votre traitement en cours.



Quand vous consultez ou allez à l'hôpital

- Emportez **la liste** des médicaments pris à la maison.
- Montrez cette liste au médecin qui s'occupe de vous, lors de chaque consultation ou endéans les 24 heures qui suivent votre admission à l'hôpital.
- Prenez vos boîtes de médicaments avec vous.



Quand vous quittez l'hôpital

- Demandez une **liste de tous les médicaments que vous devez prendre à domicile**.
- N'hésitez pas à poser des questions sur votre nouveau traitement et plus particulièrement concernant d'éventuels **changements**.
- Communiquez ces informations lors de votre prochaine visite chez votre **médecin généraliste**.
- Fournissez une copie de la liste des médicaments que vous devez prendre à votre **pharmacien d'officine**. Il pourra ainsi mieux vous conseiller.

Si vous avez des doutes concernant un médicament, parlez-en avec un médecin ou un pharmacien.

Evolution du projet

➤ Urgences

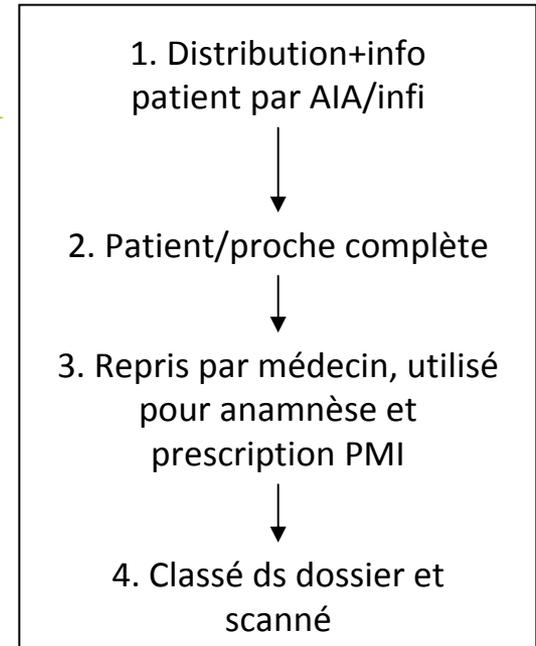
- ✓ En cours; plusieurs difficultés encore à adresser

➤ Unités de soins

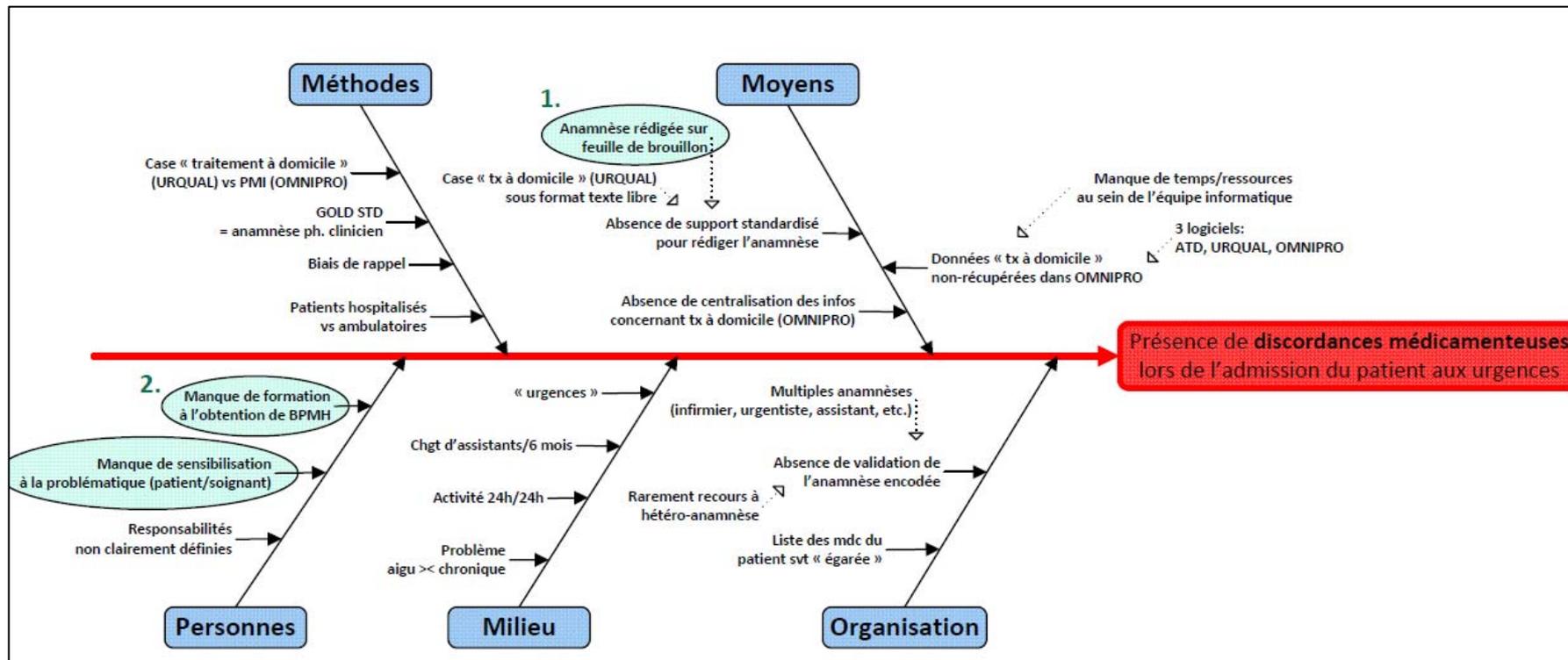
- ✓ Cardiologie, chir CV, orthopédie : TB satisfaction → utilisé en routine
- ✓ Gériatrie: en cours

➤ Consultations

- ✓ Anesthésie, préop: utilisé en routine
- ✓ Autres consults: en test



Analyse des difficultés rencontrées aux urgences



Communication

➤ Interne

- ✓ Direction médicale et infirmière
- ✓ Chefs de service médicaux, infirmiers chefs
- ✓ CMP, Pharmacie
- ✓ Services concernés
- ✓ RMM
- ✓ ...

➤ Externe

- ✓ Horizon en ligne
- ✓ Internet MG
- ✓ Autres hôpitaux
- ✓ Pharmaciens d'officine
- ✓ Patients



Si cette newsletter n'apparaît pas correctement [cliquez ici](#)

Edito

Focus

Connaître leurs médicaments, c'est important !



La continuité des traitements médicamenteux est un objectif important pour tout patient qui transite entre différents milieux de soins (par exemple entre le domicile et l'hôpital). La littérature montre que dans environ 50% des admissions, il y a au moins une discordance médicamenteuse entre l'anamnèse obtenue lors de l'admission du patient et le traitement pris réellement à domicile. Des difficultés se posent également au moment de la sortie, puisque 25% des réadmissions seraient dues à une mauvaise communication de l'information en rapport avec les médicaments au moment de la sortie de l'hôpital. Il est donc essentiel que le patient et les intervenants soient informés de toute modification éventuelle du traitement.

[En savoir plus...](#)

Perspectives

➤ Sensibilisation/formation

- ✓ Podcast « anamnèse médicaments » pour médecins en formation
- ✓ Patients: presse + farde d'accueil
- ✓ Médecins traitants et pharmaciens d'officine

➤ Focus anamnèse (Phase 1)

- ✓ Poursuite extension utilisation outils (consultations,...)

➤ Phases 2 et 3

- ✓ Réconciliation: Outil informatisé pour faciliter la réconciliation!
- ✓ Information sortie: revoir structure dossier médical

Culture

Leadership

Stratégie

Non culpabilité

Proactivité

Equipe

Multidisciplinarité

...

Formation

Communication

Standardisation

Patient shadowing

Lean

Déclaration des incidents

Procédure

Bundle

Trigger

IT

Checklist

Pharmacie clinique

Patient empowerment

...

2. COMMENT PREVENIR ET GERER LES INCIDENTS?

Intérêt des technologies de l'information

Améliorer

- **La sécurité**
 - ✓ ↓ possibilités d'erreurs, ↑ performance contrôles
- La traçabilité
- L'efficacité
 - ✓ Amélioration performance de travail
- La communication
 - ✓ Connexion entre les différentes étapes d'un processus
 - ✓ ! Risque d'effet pervers

Limites

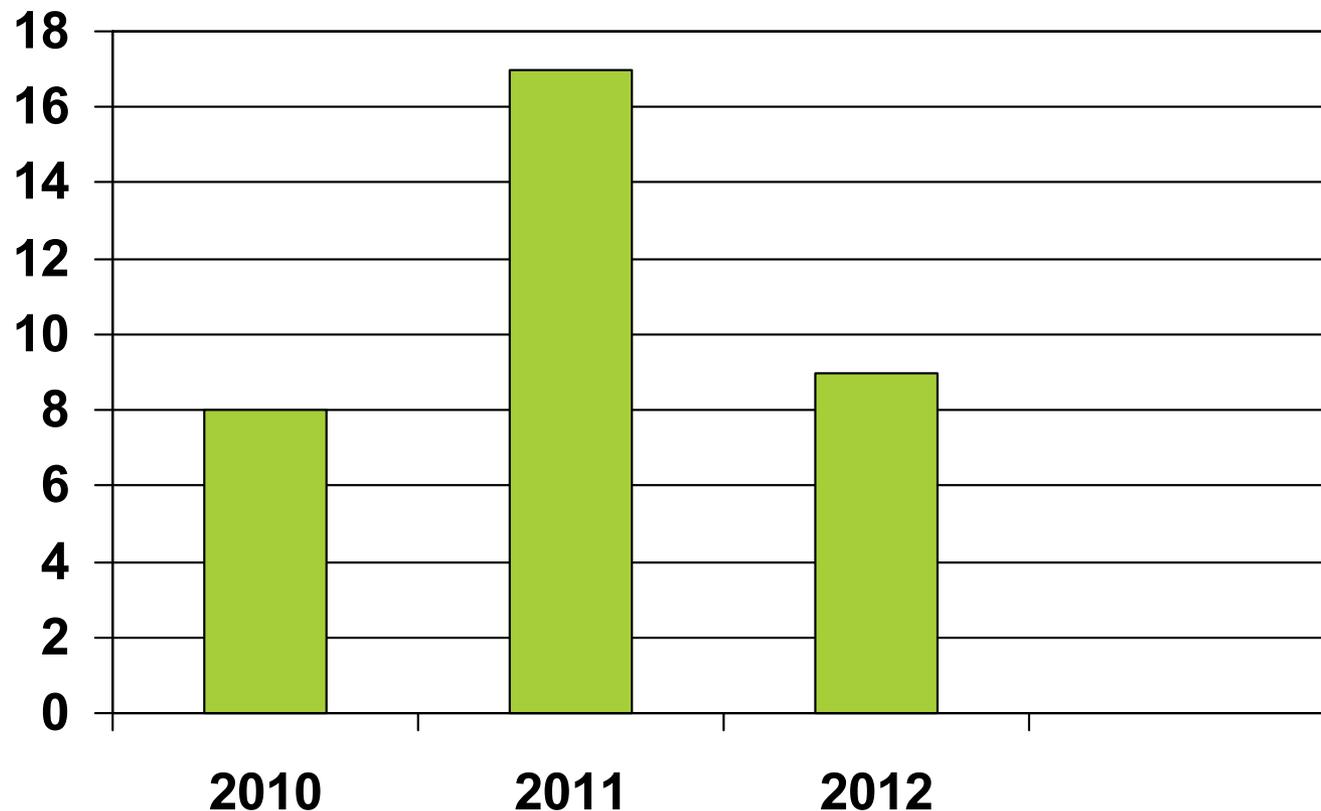
- N'enlève pas tous les types d'erreurs
- Génère de nouvelles sortes d'erreurs

➤ Exemples

- ✓ Prescription médicale informatisée
 - Erreurs de retranscription = 0
 - Erreurs de prescription: peuvent être diminuées, en fonction de la disponibilité d'un « support »
 - Nouveaux types d'erreurs

- ✓ Automatisation de la préparation
- ✓ Automatisation de la délivrance
- ✓ Automatisation de l'administration
 - Erreurs de patient = 0

Nombre de déclarations concernant la PMI

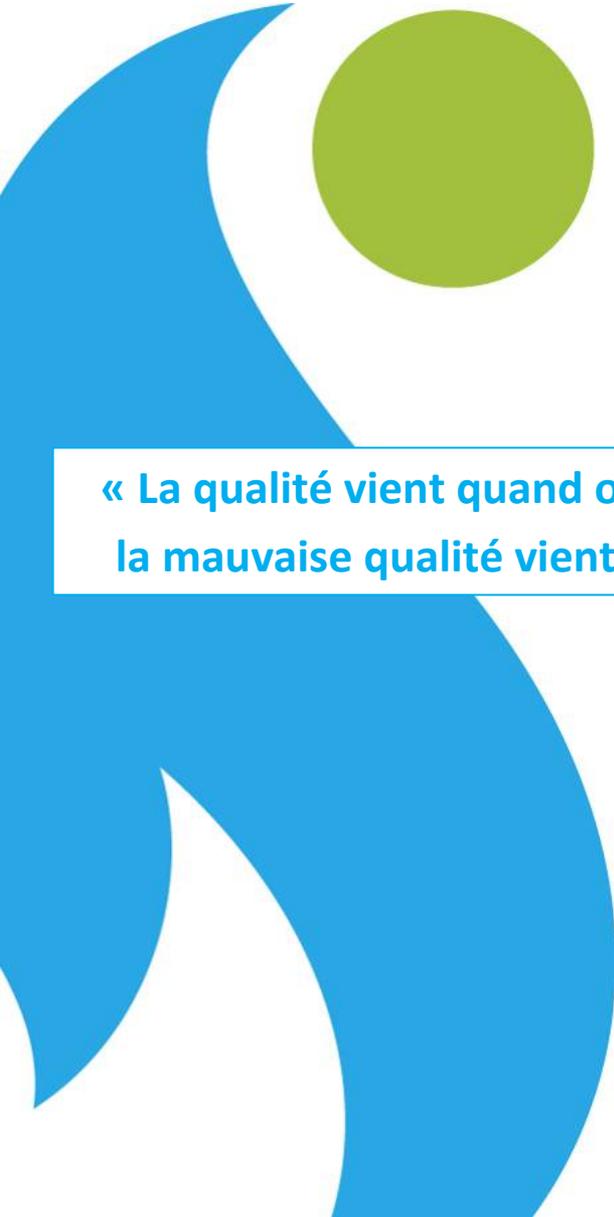


- Double prescription en post-op des anesthésistes et chirurgiens
- Problèmes de prescription par rapport à l'unité, Switch hors formulaire

Conclusions

- La qualité est l'affaire de tous...
- Système >>> « erreurs individu »
- Importance d'une « politique qualité » à l'échelle de l'institution
- « Facilitation » via la signature du contrat qualité sécurité avec le SPF
- Intérêts et limites de la déclaration d'incidents
- Approche multifactorielle et multicomposants: indispensable





« La qualité vient quand on s'en occupe,
la mauvaise qualité vient toute seule »



Merci de votre attention

Anne Spinewine

Pharmacien hospitalier clinicien,
Dr Sciences Pharmaceutiques
anne.spinewine@uclouvain.be