



Gestion Risque Médicamenteux en EHPAD

Marine DUCARME – RéQua
Dr Julie BERTHOU-CONTRERAS - OMéDIT

— OMÉDIT Médico-Social – Dynamique relancée en 10/2013



— Objectifs

- Relancer la réflexion sur la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé institutionnalisé en Ehpad
- Dégager des axes de travail consensuels
- Mettre à disposition des outils méthodologiques consensuels
- S'assurer que les actions engagées seront évaluables en prévoyant dès à présent des indicateurs pertinents



Contexte

- Personnes âgées particulièrement exposées
- Évènements évitables et non évitables

- Études épidémiologiques en milieu sanitaire
 - ENEIS
 - SECURIMED

- Aucune étude en milieu médico-social
- Instances = obligation d'auto évaluation pour tous les ES
 - GDR notamment Circuit du Médicament
 - Rapport Verger



— Priorités retenues : Never Events CDM

Etape du circuit	Priorité
Prescription	Pas de fiche médicale de liaison / dossier médical
Dispensation	Pas d'identification possible du médicament livré
Administration	Pas de contrôle par l'IDE de la Préparation des Doses à Administrer (PDA)
Surveillance Thérapeutique	Adaptation de thérapeutique sans accord médical recueilli et tracé
Stockage et Transport	Déconditionnement des spécialités de leur conditionnement primaire sans Étiquetage réglementaire



ACTIONS ENVISAGEES

ELABORATION MODULE FORMATION

- Formation sur le bon usage des médicaments et à la gestion du risque médicamenteux.
- Formation de formateurs (personne ressource désignée par l'établissement).
- Présentation de l'outil pour que les acteurs se l'approprient sur le terrain.
- Lien avec Mobiqua.

INDICATEURS

- Nombre de personnes « ressources » identifiées dans chaque Ehpad
- Nombre de personnes « ressources » formées à l'aide du module de formation
- Nombre de séances de formation tenues dans les Ehpad
- Nombre de personnels formés dans les établissements



— Qui peut mettre en place ces actions ?

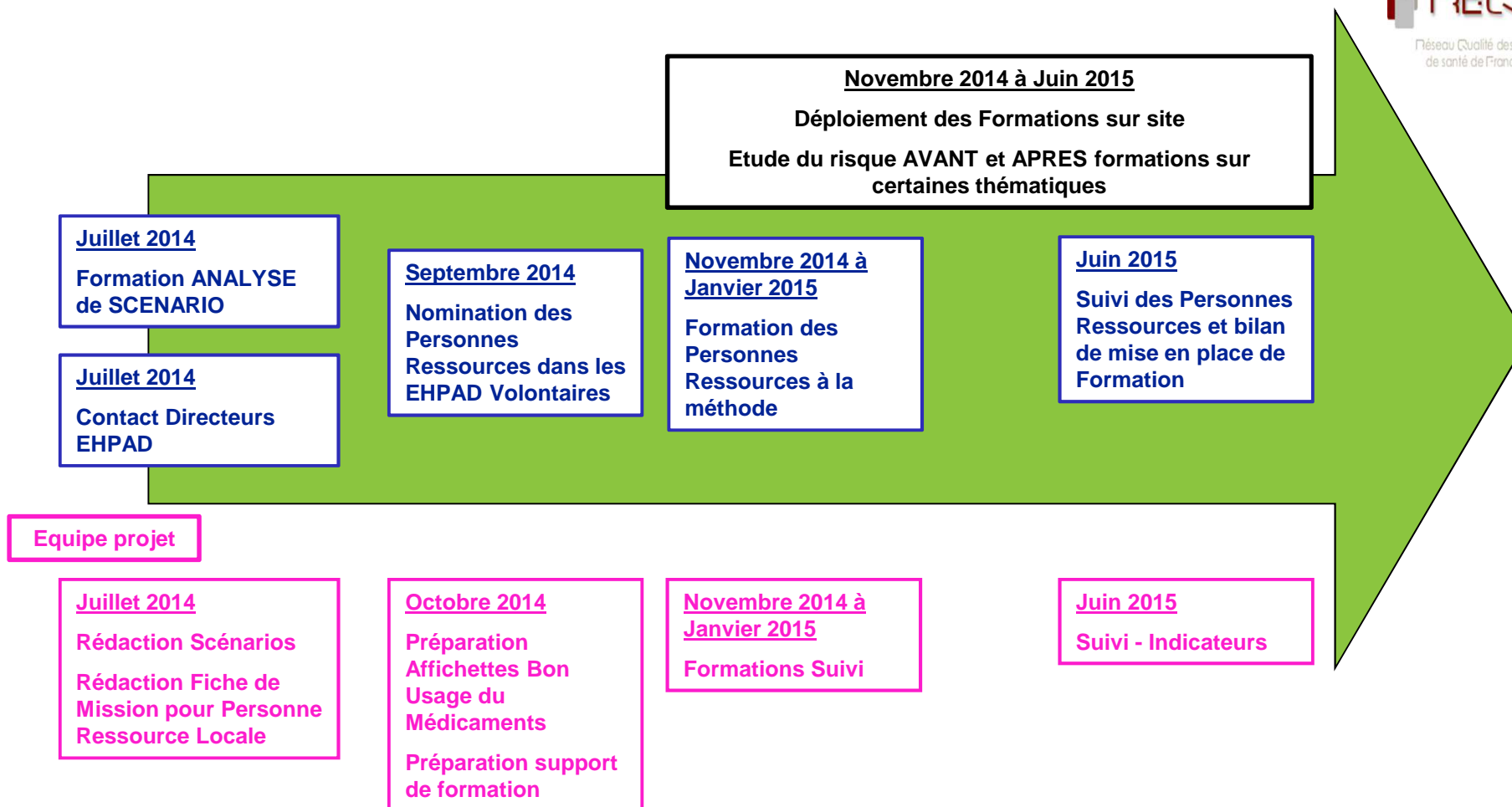


**Gestionnaire de
risque des
établissements ?
des structures ?**

**Problème de temps
Et de proximité**



— DEMARCHE SUIVIE



— Analyse de scénario

- Méthode proposée en formation par PLAGÉ – FC
- Méthode d'analyse de risque A PRIORI
- Participative
- Presque « Ludique »
- Utilisation depuis plusieurs années par CCEQUA
 - Appliquée au risque infectieux
 - Au Circuit du Médicament
- Technique d'animation
 - Transposition
 - 45 min
 - Équipe
- Message de Bon Usage



Structure régionale
d'appui en évaluation
Santé & médico-social



— Méthode : Approche par problèmes

— Analyse du problème exposé dans le scénario avec les professionnels :

- identification des causes immédiates
- recherche des causes contributives
- barrières à mettre en place pour la non répétition

— Analyse du problème transposé à l'établissement :

- Probabilité de survenue
- Identification des barrières existantes
- Identification des vulnérabilités
- Propositions d'axe d'amélioration



— Avantages / Inconvénients

— Avantages :

- Scénario issus de cas cliniques réels
- Démarche participative, anticipative, déculpabilisante
- Facilite la communication entre les différents acteurs
- Développe la culture de la sécurité

— Inconvénients :

- Nombre limité de scénarii prévisibles



— Traitement du soir, bonsoir !

— Thèmes à aborder :

- Pas de contrôle de la préparation des doses à administrer
- Médicament non identifiable

En ce lundi après-midi, Martine l'IDE de soir prépare les semainiers à partir des ordonnances éditées par sa collègue du matin. Elle déblastère les comprimés un à un par habitude et signale les résidents recevant un traitement le soir par une gommette rouge apposée sur le semainier.

Le lendemain après-midi, Sylvie, l'IDE présente, reconditionne dans des petits pots les traitements du soir qui seront distribués par une aide-soignante. Elle est interrompue dans sa tâche par un coup de téléphone et intervertit par inadvertance les couvercles nominatifs de deux petits pots.

Lors de la tournée du soir, l'aide-soignante s'assure de la mise en bouche des médicaments pour chacun des résidents.



— Analyse du scénario

— Causes immédiates

- Reconditionnement des piluliers (dans pots nominatifs identifiés sur le couvercle)
- Interruption dans tâche ou acte à risque (préparation des traitements du soir)

— Causes contributives

- Préparation du traitement à partir d'un document potentiellement erroné/obsolète (prescription imprimée plusieurs heures avant la préparation)
- Médicaments déconditionnés dès la préparation des semainiers = non identifiables de la préparation jusqu'à l'administration
- Prises médicamenteuses (heure + molécule) non vérifiées à partir de la prescription (gommettes identifient les piluliers contenant un traitement du soir)



— Analyse du scénario (2)

— Barrières à mettre en place

- Médicament identifiable jusqu'à l'administration (pharmacien, IDE)
- Préparation des piluliers sans interruption (casque, gilet, consignes, affichage...)
- Plan d'administration (informatisé?) réalisé à partir de la prescription (informatisée?) (= sans retranscription, gomme, fiche en T ou autre système D)
- Pilulier acheminé au plus près du résident lors de la distribution/administration.

— Analyse dans l'établissement



Pour que la méthode fonctionne

À faire :

- Retenir un scénario pertinent pour l'activité
- Laisser s'exprimer chaque participant
- Guider la recherche des dysfonctionnements en reprenant chaque étape du circuit du médicament
- Donner assez rapidement les résultats de l'analyse des causes réalisées par l'établissement où s'est produit l'évènement
- Insister sur la pluralité des dysfonctionnements et leur enchaînement
- Faire une synthèse des enseignements issus de l'analyse par le groupe
- Conclure sur l'intérêt du partage d'expériences

À éviter :

- Nombre de participants supérieur à 15.
- Débuter la lecture du scénario sans rappeler les objectifs et le déroulement de la séance
- Rechercher des détails inutiles pour l'analyse du scénario, se disperser
- Questionner de façon directive ou trop précise.
- Ne pas maîtriser le temps.



ANALYSE du scenario présenté
Problème principal :
Causes immédiates = ce qui est directement responsable de l'événement indésirable : <small>(cocher les informations évoquées au fur et à mesure et susciter les sujets non évoqués)</small>
<input type="checkbox"/> Reconditionnement des piluliers (dans pots nominatifs identifiés sur le couvercle mais mal identifiés)
<input type="checkbox"/> Interruption dans tâche ou acte à risque (préparation des traitements du soir)
Causes contributives = ce qui est indirectement responsable de l'événement = barrières qui n'ont pas fonctionné : <small>(cocher les informations évoquées au fur et à mesure et susciter les sujets non évoqués)</small>
<input type="checkbox"/> Préparation du traitement à partir d'un document potentiellement erroné/obsolète (prescription imprimée plusieurs heures avant la préparation)
<input type="checkbox"/> Médicaments déconditionnés dès la préparation des semainiers = non identifiables de la préparation jusqu'à l'administration
<input type="checkbox"/> Prises médicamenteuses (heure + molécule) non vérifiées à partir de la prescription (les gommettes identifient les piluliers contenant un traitement du soir)
Barrières mises en place suite à cette erreur – A exposer aux participants = Actions utiles pour éviter que l'événement ne se répète : <ul style="list-style-type: none"> * Médicament identifiable jusqu'à l'administration (pharmacien, IDE) * Préparation des piluliers sans interruption (casque, gilet, consignes, affichage...) * Moment de préparation des piluliers (organisation de la journée de travail) * Mise en place d'un support unique de prescription / administration (informatisé si possible) pour éviter les retranscriptions* Pilulier acheminé au plus près du résident lors de la distribution/administration.



ANALYSE dans notre établissement scenario 3 – Traitement du soir, Bonsoir.	
Ce type de scenario s'est-il déjà produit dans votre structure ? Si c'est le cas, quelles actions correctrices ont été proposées ?	
Si ce type de scénario ne s'est pas déjà produit, le risque de survenue dans votre structure est-il : <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Peu probable <input type="checkbox"/> Improbable	
Principales barrières existantes = ce qui existe dans l'établissement pour éviter que cela n'arrive (en regard de chaque cause immédiate ou profonde)	
Principales vulnérabilités existantes = ce qui fait que l'événement pourrait arriver dans l'établissement Reprendre les facteurs contributifs identifiés et discuter avec les professionnels de leur possible existence dans leur structure	
Propositions d'améliorations = actions à mettre en place pour éviter que cela n'arrive dans l'établissement	



