

# RETOUR D'EXPÉRIENCE : SENSIBILISATION DES ÉQUIPES DE SOINS

Mardi 7 février 2023



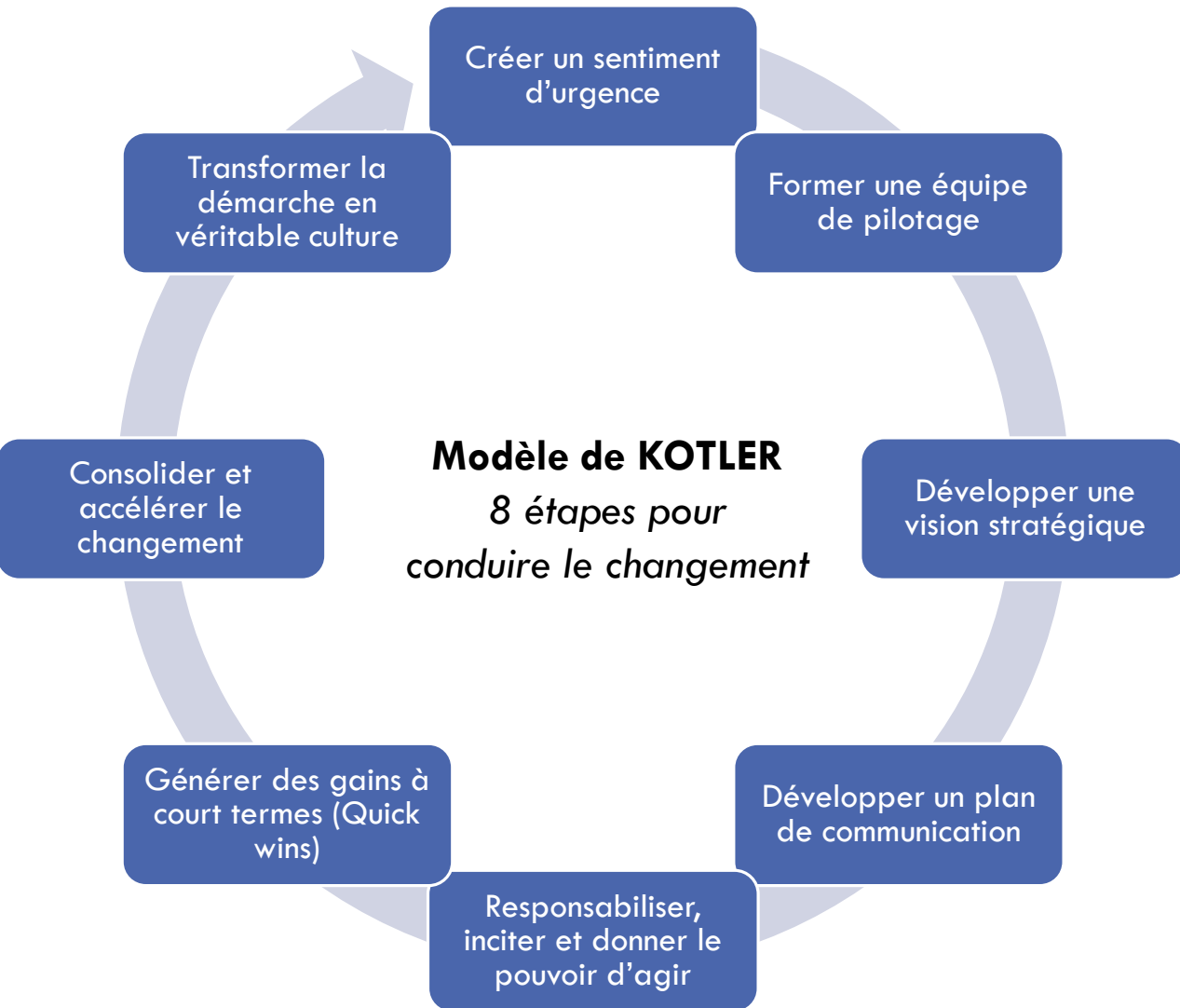
Karelle HERMENIER

Directrice Qualité, Gestion des risques et Relations Usagers, CH de Cornouaille

Lauriane TEXIER BRIZARD

Ingénieur Qualité & projets, OMÉDIT Bretagne

# COMMENT ATTEINDRE LES PROFESSIONNELS ET LES IMPLIQUER DANS LA DÉMARCHE DE SÉCURISATION DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT ?



## 3 leviers

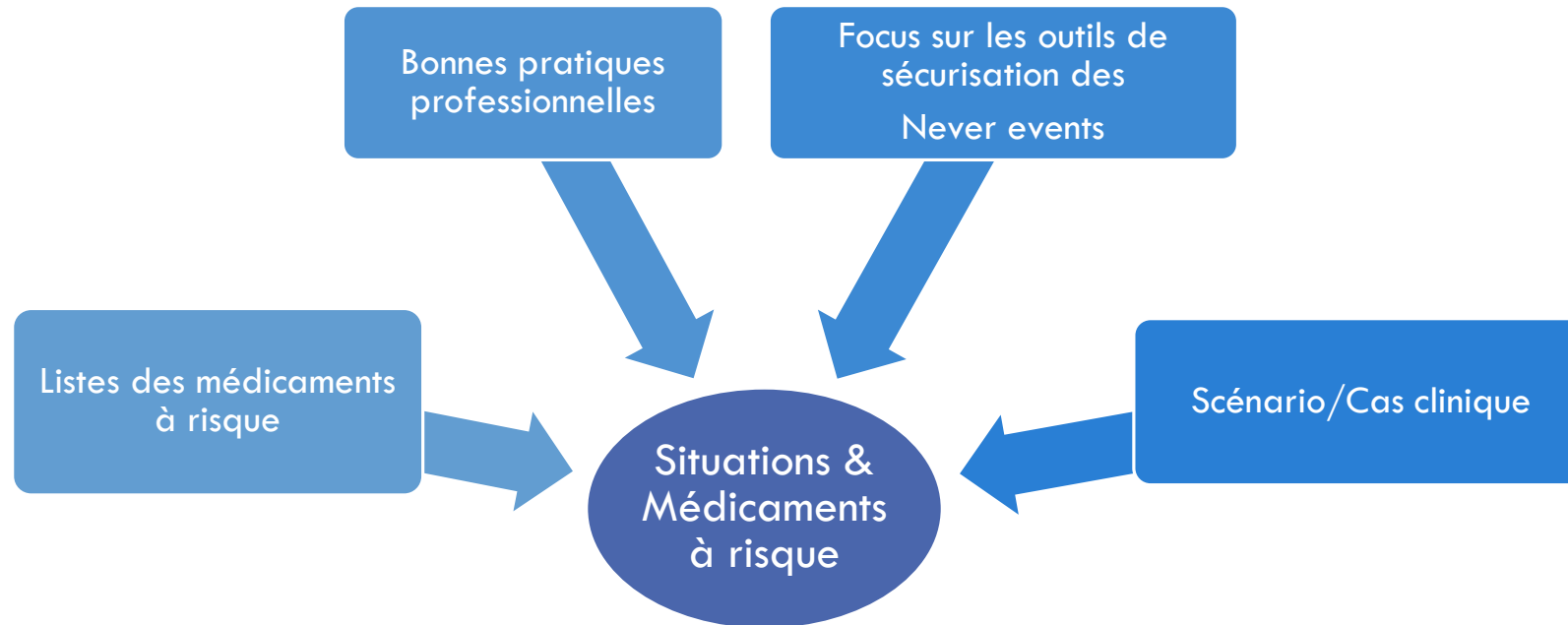
- Obtenir l'adhésion
- Faire participer le personnel
- Communiquer intensément



# SITUATIONS & MÉDICAMENTS À RISQUE PAR L'ANALYSE DE SCÉNARIO

**Critère impératif 2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque**

# SITUATIONS & MÉDICAMENTS À RISQUE



PROMOUVOIR LES OUTILS EXISTANTS  
ET SI ON METTAIT EN SCÈNE NOS ERREURS ? – 10 FILMS D'ANALYSE DE SCÉNARIO



# SITUATIONS & MÉDICAMENTS À RISQUE EN PSYCHIATRIE

omedit BRETAGNE Situations & Médicaments à risque en PSYCHIATRIE Version Septembre 2022

## Méthadone : Comment gérer les informations recueillies auprès du patient ?

**Quelle problématique ?**  
Absence d'accès à l'historique du traitement médicamenteux

**Quels produits de santé ?**  
• Méthadone (Sirop et gélule)

**Cas clinique**

<b>Qui ?</b> Patient de 35 ans Alcoolisé - Discours confus Hospitalisation sans consentement	<b>Quoi ?</b> Méthadone 100 mg	<b>Où et quand ?</b> Hospitalisation suite à l'arrestation pour trouble sur la voie publique par le gendarmement. Arrivée en hôpital psychiatrique 20h
---	-----------------------------------	---

**Pourquoi ?**

Suite à son entrée dans l'établissement, Monsieur Z déclare prendre 100 mg de Méthadone. Il se dit très angoissé par le risque de manque et insiste auprès de l'équipe pour avoir ses 100 mg. Il leur précise qu'il n'a rien pris de la journée et que ses médicaments sont restés à son domicile.  
L'infirmier appelle le médecin de garde, qui vient faire l'examen somatique. Ce médecin est un remplaçant, il travaille habituellement en gériatrie. Il adhère aux propos du patient et lui prescrit 100 mg de méthadone. Après les transmissions de 20h40, un infirmier va récupérer le traitement dans l'armoire sécurisée d'urgence et administre la méthadone à Monsieur Z.  
L'infirmier de nuit lors de sa tournée de surveillance vers 23h ne note rien d'anormal.

**Conséquences**  
Le patient est retrouvé inconscient à 2 heures du matin.  
Monsieur Z prenait de la méthadone « de rue » à une posologie de 30 mg.  
Par peur des symptômes de manque, il a déclaré une dose majorée.

L'infirmier appelle immédiatement le médecin de garde qui lui prescrit une injection de Naloxone.  
Monsieur Z est ensuite transféré à l'hôpital général par le SAMU.

Fiche élaborée en collaboration avec le « Groupe de travail Psychiatrie » 1

omedit BRETAGNE Situation à risque en Psychiatrie Méthadone : Comment gérer les informations recueillies auprès du patient ? Version Septembre 2022

## Analyse

**Facteurs contributifs**

- Méconnaissance du patient
  - Absence d'historique
  - Traitement personnel
  - Déclaratif du patient : dose inconnue
- Profil du service (Hors addictologie):
  - Non familiarité avec l'utilisation de la méthadone
  - Situation de stress
  - Méconnaissance du symptôme de manque

**Actions correctives & immédiates**

- Appeler le médecin
- Surveiller les constantes du patient
- Utiliser un antidote (Naloxone), en cas de surdosage
- Déclarer l'événement indésirable en interne
- Signaler l'événement indésirable sur [http://signalnement-social-sante.gouv.fr/](http://http://signalnement-social-sante.gouv.fr/)

**Actions préventives & bonnes pratiques**

- Réaliser un entretien patient de façon à évaluer et vérifier son déclaratif
- Mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse avec une attention particulière portée sur la possibilité de prises de rue ; accéder aux dernières délivrances dans le Dossier Pharmaceutique (DP)
- Identifier le risque d'intoxication poly-médicamenteuse par une recherche semi-quantitative des toxiques urinaires
- Si possible, solliciter un avis spécialisé (addictologue)
- Dans le cas de traitements réguliers :
  - Reconduire la méthadone à la même posologie
  - Surveiller les signes cliniques de surdosage
- Dans le cas de traitements irréguliers avec dernière prise supérieure à 7 jours ou prise d'un traitement non prescrit (méthadone de rue) ou impossibilité de vérifier la posologie et/ou l'observance
  - Ne pas prescrire de méthadone en urgence : les signes de surdosage surviennent plus rapidement (1 à 4h) et sont plus sévères que les signes de sevrage
  - Utiliser un traitement symptomatique de sevrage
- Dans le cas d'une dépendance avérée, signes de manque francs et non tolérés (échelle COWS) :
  - Recourir, éventuellement, à la Buprénorphine (voire Suboxone pour les injecteurs)

**Critères de la certification**

**Critère 2.1.1** Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

**Critère 2.1.2** Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

**Références bibliographiques**

- ANSM, Les points clés de votre traitement par la Méthadone, Octobre 2021
- APES (Québec), Tableau des interactions médicamenteuses avec la méthadone, mars 2010
- CCP-PA, *Quel comportement en pratique : avis de la commission de la prise en charge des patients pour le traitement de substitution aux opiacés*, consulté le 14/09/2022
- NAG, *Bon usage des médicaments opioïdes : entente, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdosés*, mars 2022
- Brenno M.A., *Quel comportement en pratique : avis de la commission de la prise en charge des patients pour le traitement de substitution aux opiacés*, consulté le 20/09/2022
- Wasson D.R., Ling W., *The Opioid Abuse/Overdose Crisis (OOWC)*, *Journal of Psychoactive Drugs*, 2023 Apr-Jun;35(2):263-9, 2023

Fiche élaborée en collaboration avec le « Groupe de travail Psychiatrie » 2

## Liste des médicaments à risque

### Les essentiels

- Etapes concernées
- Principaux risques / types d'erreurs
- Bonnes pratiques

## Fiches Situations & Médicaments à risque

- Cas clinique
- Facteurs contributifs
- Actions correctives et préventives

Un grand merci à l'ensemble du groupe de travail « Psychiatrie »

# RETOUR D'EXPÉRIENCE

Observatoire du Médicament,  
des Dispositifs Médicaux, de l'Innovation Thérapeutique  
BRETAGNE



retours d'expérience



# SITUATIONS & MÉDICAMENTS À RISQUE

Pédiatrie

HAD

Gériatrie

Travaux à venir ...

Dispositifs médicaux



Objectif  
Certif'

## UNE APPROCHE COLLABORATIVE



CENTRE HOSPITALIER  
DE CORNOUAILLE  
Quimper Concarneau

Karelle HERMENIER

Directrice Qualité, Gestion des risques et Relations Usagers, CH de Cornouaille

Lauriane TEXIER BRIZARD

Ingénieur Qualité & projets, OMÉDIT Bretagne



COMMENT VOUS ÊTES-VOUS LANCÉ DANS  
LA DÉMARCHE ?

# COMMENT VOUS ÊTES-VOUS LANCÉ DANS LA DÉMARCHE ?

## □ Recensement des **besoins** à partir :

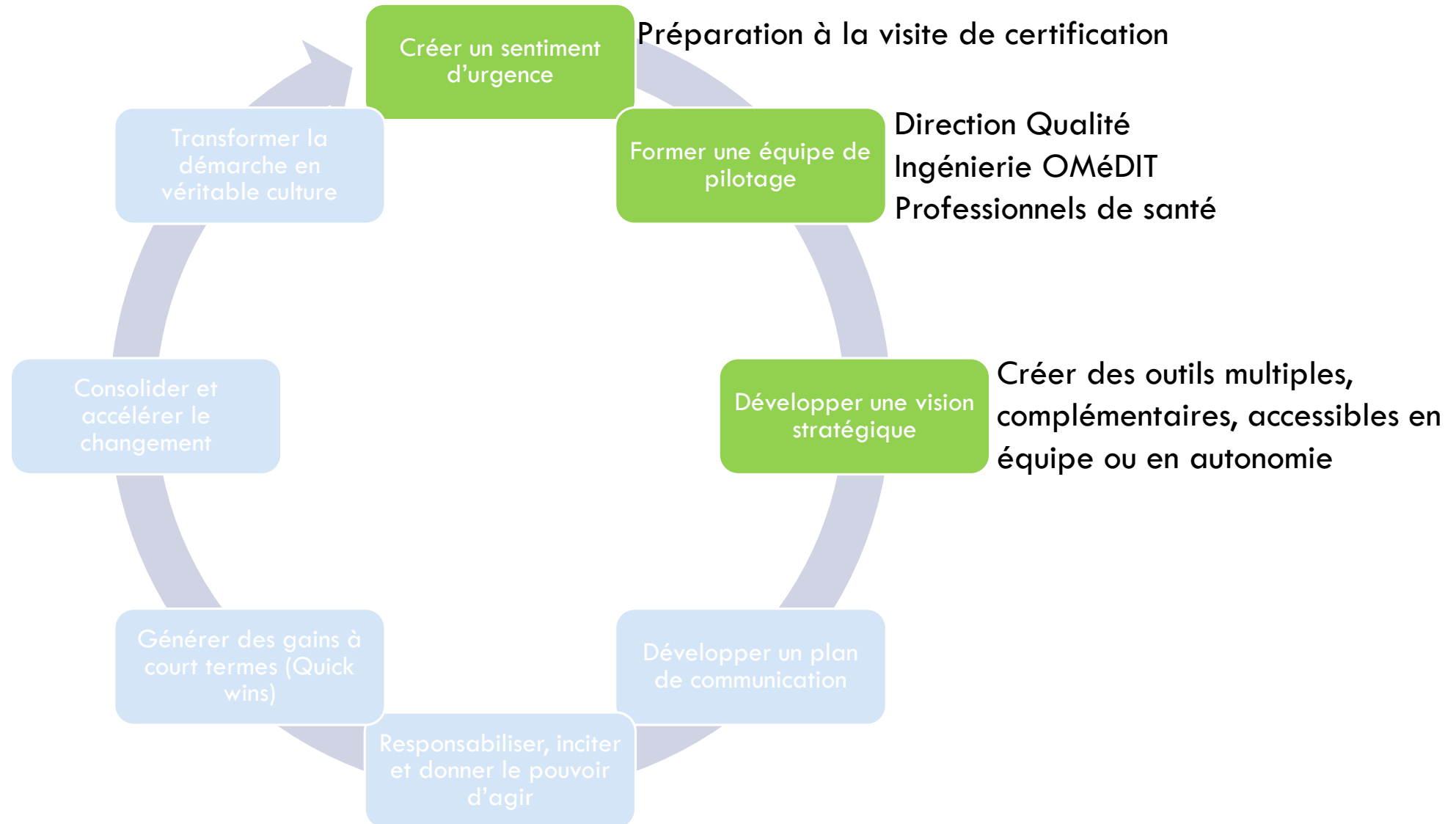
- des **audits** réalisés dans le cadre de la politique du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- des **événements indésirables** ;
- du nouveau manuel de **certification**.

## □ Constitution d'un groupe de travail spécifique OMÉDIT/CHIC afin de choisir :

- les **thématiques** ;
- les **scenarii** ;
- les **équipes à mobiliser**.



# COMMENT VOUS ÊTES-VOUS LANCÉ DANS LA DÉMARCHE ?



# OUTILS PÉDAGOGIQUES CRÉÉS ET DIFFUSÉS PAR LA DIRECTION QUALITÉ DU CENTRE HOSPITALIER DE CORNOUAILLE

## New's letter

### Objectif certif' 2023 News letter n°2

1 méthode
1 critère
1 règle
2 experts = 3 essentiels

Le manuel de certification est consultable via le lien suivant : [https://www.his.sore.fr/qualiteoc/application/pdf/2020\\_11/manuel\\_certification\\_es\\_qualite\\_soins.pdf](https://www.his.sore.fr/qualiteoc/application/pdf/2020_11/manuel_certification_es_qualite_soins.pdf)

Les 5 méthodes d'évaluation mises en œuvre lors de la certification sont :

**Qu'est-ce qu'un tracer ciblé ?**  
Cette méthode consiste à investiguer sur le terrain et à évaluer la mise en œuvre réelle d'un processus : les experts visiteurs (EV) s'assurent de la maîtrise et de la capacité à atteindre les objectifs du processus par les professionnels.

**En pratique, comment cela se déroule ?**

**Étape 1 :**  
Les EV identifient une cible à partir d'un processus. Exemple : le processus "Circuit du médicament et des produits de santé".  
Les EV définissent la cible. Exemple : prescription d'un médicament à haut risque, d'une perfusion, d'un antibiotique injectable...

**Étape 2 :**  
Les EV réalisent le circuit au sein des différentes unités et rencontrent les professionnels concernés selon les différentes étapes : le prescripteur, les soignants, le pharmacien, le préparateur en pharmacie, les professionnels en charge de la livraison des médicaments...

**Mais aussi :**  
Les EV peuvent également réaliser d'autres observations, sur le processus ciblé (ex : fermeture des armoires à médicaments, dates de péremption, affichage des dotations à jour etc.), et sur d'autres processus (ex : le système de désenfumage est délogé, la propreté des locaux, les distributeurs de SHA...)

**Chapitre 2 : Les équipes de soins - Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques**

**Critère 2.3-06: Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque impératif**

- Le professionnel respecte les bonnes pratiques d'utilisation des médicaments à risque à toutes les étapes du circuit. Ils sont formés aux risques induits par l'utilisation des médicaments à risque.
- L'équipe dispose de la liste des médicaments à risque et connaît les règles de sécurisation et de stockage.

*D'autres critères concernent le processus "Circuit du médicament et des produits de santé" dans le manuel:*

2.1-06 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée.

2.2-07 La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux.

2.3-03 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments.

2.3-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.

2.3-07 L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques.

2.3-08 Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie.

**Le rôle des PE permet de sécuriser l'administration des médicaments :**

- BON PATIENT
- BON MÉDICAMENT
- BONNE DOSE
- BONNE VOIE D'ADMINISTRATION
- BON MOMENT

La vérification ultime par l'IDE du médicament à administrer est primordiale pour éviter les erreurs. Une attention particulière doit être apportée aux médicaments qui se ressemblent.

Si référer au classeur "Pharmacie - Management de la prise en charge médicamenteuse"

**Paroles d'experts**

Dr Viorica LARGEAU, PH - Responsable du Système Management Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse du patient  
Marina LE GUERN, Cadre de santé, Pharmacie

*Selon vous, Dr LARGEAU et Madame LE GUERN, quels sont les 3 points essentiels dans le cadre de la*

- Respecter les bonnes pratiques de prescription, de préparation et d'administration des médicaments.
- Sécuriser le stockage et l'accès aux médicaments dans les unités de soins.
- Déclarer les erreurs médicamenteuses et les analyser en équipe, pour s'améliorer.

## Fiches Critères impératifs

### Critère 2.3-06 : Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

#### Attendu HAS :

Les médicaments à haut risque (MHR) entraînent un risque plus élevé de dommage aux patients quand ils sont mal utilisés. Les erreurs avec ces médicaments ne sont pas plus fréquentes, mais elles ont des conséquences plus graves pour les patients. Ils doivent donc être gérés spécifiquement à toutes les étapes du circuit du médicament.

Sont principalement concernés :

- Les médicaments à marge thérapeutique étroite.
  - Les médicaments à toxicité intrinsèque élevée.
  - Les médicaments présentant des modalités d'administration particulières ; par exemple, les médicaments injectables avec mode de préparation complexe et/ou administrés à l'aide des dispositifs à risque (SE ou PCA).
  - Les médicaments présentant un risque de confusion par ressemblance de dénomination ou de présentation (LASA).
- La liste des MHR de l'ES est évolutive et prend en compte les retours d'expérience et les Never events.

#### Indicateurs annuels :

Nombre de professionnels formés aux risques induits par l'utilisation des MHR  
Pourcentage d'erreurs médicamenteuses déclarées par rapport au nombre global d'EI  
Nombre de retours d'expérience réalisés concernant les erreurs médicamenteuses

#### Pilotage Institutionnel :

**RSMQPCMP** (Responsable du système de management qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient)  
**COMEDIMS** (Commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles)  
Analyse des erreurs médicamenteuses en Revue de direction des EI  
Retours d'expérience dans les unités de soins  
Programme de formation institutionnel

#### Pilotage polaire :

**Chef de pôle et cadre supérieur de santé**  
Contractualisation polaire  
Pharmacien référent de pôle

#### Pilotage unité médicale et soignante :

**Chef de service et cadre de santé**  
Contractualisation  
Identification IDE correspondant pharmacie  
Identification préparateur référent du service

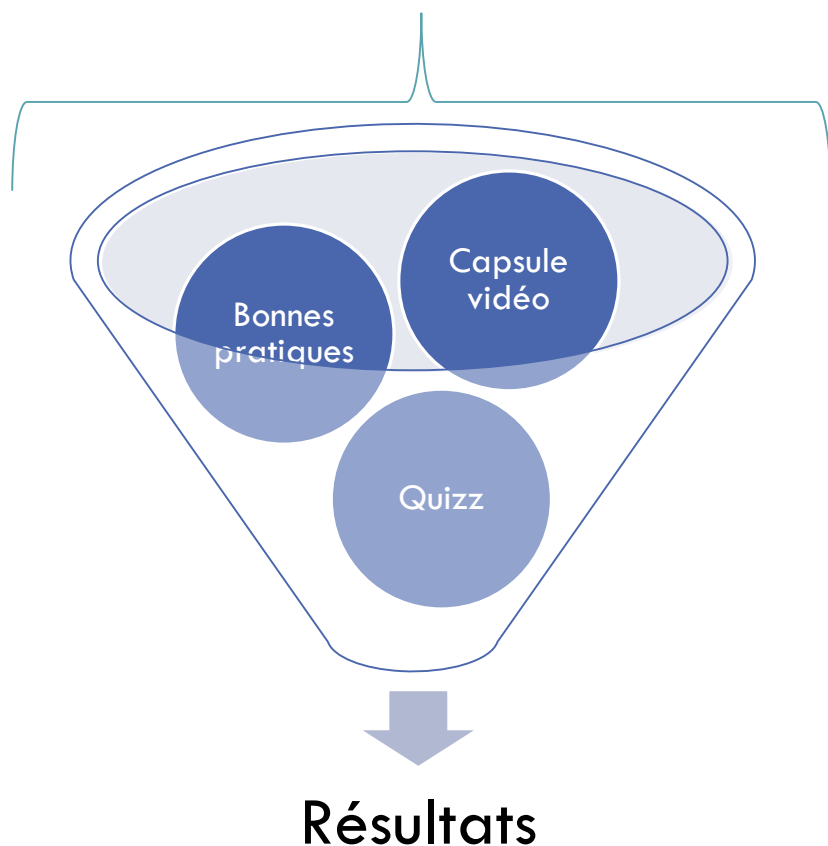
#### Attendus pratiques :

- Les professionnels concernés sont formés aux risques induits par l'utilisation des médicaments à haut risque.
- Les professionnels disposent de la liste MHR de leur service (liste fournie par la pharmacie).
- Les professionnels connaissent les MHR utilisés dans leur service et respectent les bonnes pratiques d'utilisation.
- Les MHR sont stockés selon les recommandations de la procédure d'établissement.
- Les MHR sont étiquetés avec des étiquettes spécifiques Médimath de couleur jaune (étiquettes fournies par la pharmacie).
- Les professionnels disposent de documents de bon usage des MHR dans la base de gestion documentaire de l'établissement.
- Les professionnels connaissent les modalités d'accéder aux informations concernant le bon usage des MHR.
- Les professionnels connaissent les noms du pharmacien et du préparateur référent de leur unité, ils savent comment les contacter.
- Un correspondant pharmacie est nommé dans chaque service, il participe aux réunions plénières biannuelles.



# OUTILS PÉDAGOGIQUES CRÉÉS EN PARTENARIAT OMEDIT/CHIC ET DIFFUSÉS PAR L'OMÉDIT BRETAGNE

## MODULES E-LEARNING



**Simple à utiliser**

**Rapide**  
**<10min**

**Accessible à tout moment**

**Ludique**

**Sensibilisation & formation**

**QUELLE STRATÉGIE AVEZ-VOUS SUIVI  
POUR DÉPLOYER CES OUTILS ?**

# QUELLE STRATÉGIE AVEZ-VOUS SUIVI POUR DÉPLOYER CES OUTILS ?

## Diffusion des supports vidéos

- Diffusion large par mail (à tous les titulaires d'une adresse mail de l'établissement);
- Diffusion spécifique par mail aux chefs de service et cadres de santé invitant à diffuser les vidéos en réunion de service, à installer le lien sur les différents ordinateurs de leur unité;
- Diffusion sur notre compte LinkedIn



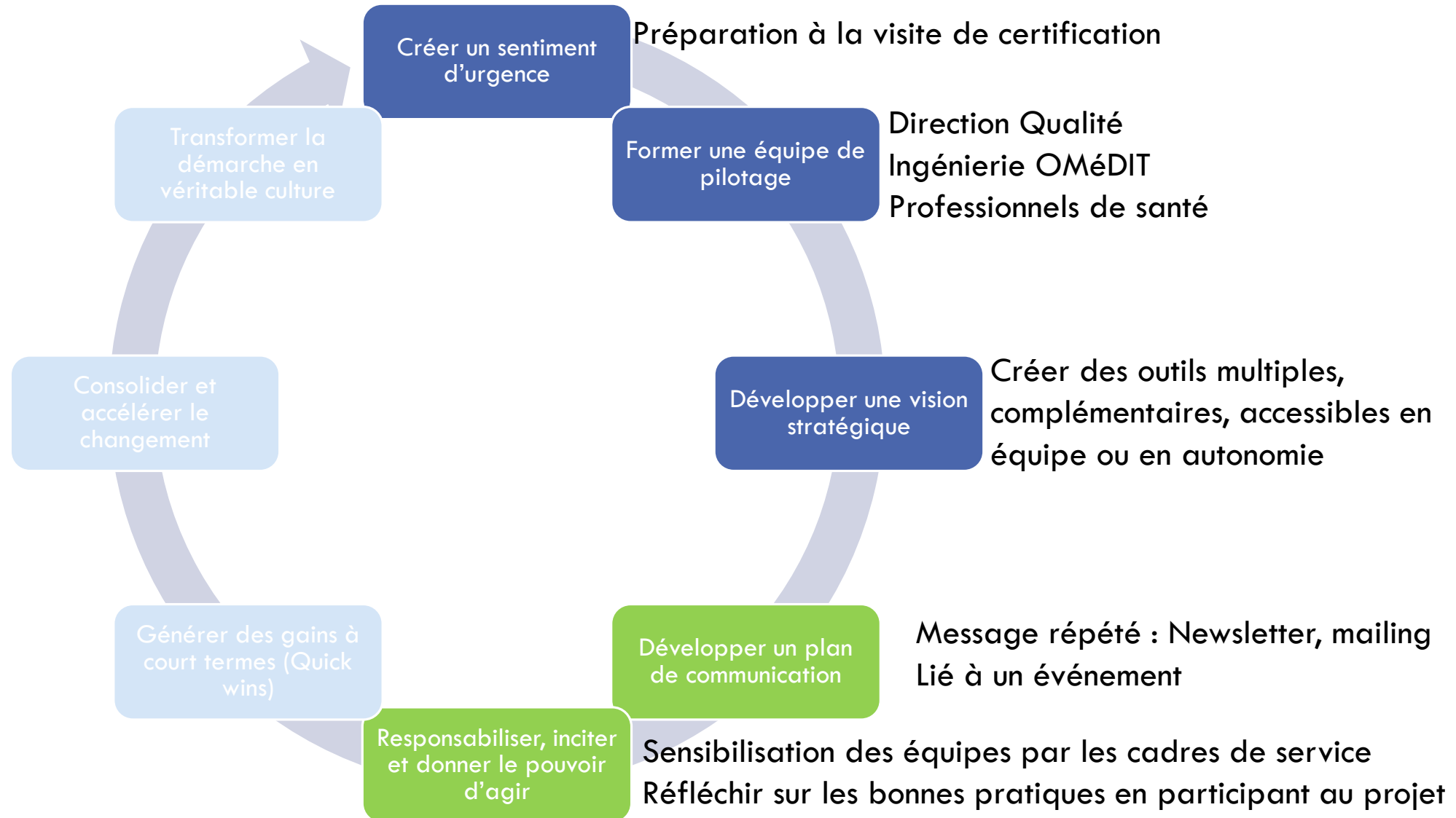
1. Lancement de la première vidéo en lien avec la restitution des résultats de l'audit annuel sur la prise en charge médicamenteuse,
2. Lancement de la deuxième vidéo en lien avec la diffusion de la fiche critère impératif 2.3-06 les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque
3. Lancement de la troisième vidéo prévue lors d'une CME (en cours d'organisation)

## Diffusion des modules e-learning

- Mise à disposition de l'OMÉDIT de l'ensemble des mails des cadres de santé
- Pendant la semaine de la sécurité patient



# COMMENT VOUS ÊTES LANCÉ DANS LA DÉMARCHE ?





**QUEL A ÉTÉ LE RETOUR DES  
PROFESSIONNELS DE TERRAIN ?**

# QUEL A ÉTÉ LE RETOUR DES PROFESSIONNELS DE TERRAIN ?

## Les capsules vidéos

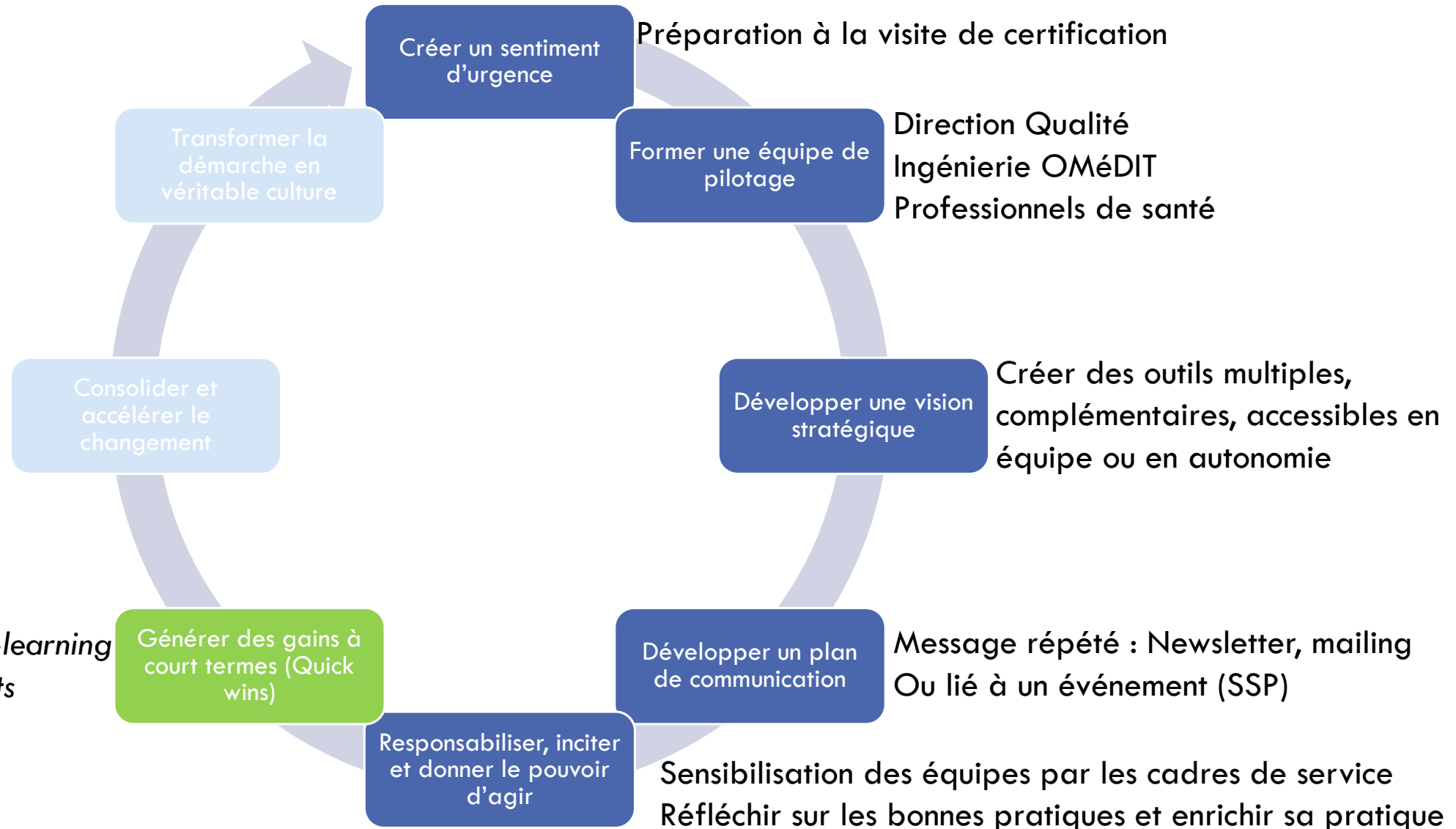
- Concernant les équipes mobilisées pour le tournage :
  - Réfléchir sur les bonnes pratiques et enrichir sa pratique
  - « Bouffée d'oxygène » au regard des situations de crise
  - Partager avec les autres, mettre en avant son unité de soins, son établissement,
  - Travailler en collaboration, et travailler autrement
- Concernant les professionnels de terrain :
  - Apprécier le scénario réaliste, le support vidéo, l'accès, la durée courte
  - Echanges organisés entre eux lors de visionnage collectif

## Les modules e-learning

- Appropriation plus complexe,
- Stratégie à revoir
  - Communiquer à nouveau sur les modules (par mail, en réunion d'encadrement...)
  - Accompagner les cadres de santé sur des temps spécifiques de réunion

**Grande satisfaction pour la direction qualité-gestion des risques de ce partenariat spécifique**

# COMMENT VOUS ÊTES LANCÉ DANS LA DÉMARCHE ?



ET APRÈS ?

# ET APRÈS ?

Créer des ambassadeurs parmi les professionnels

Transformer la démarche en véritable culture

Créer un sentiment d'urgence

Préparation à la visite de certification

Former une équipe de pilotage

Direction Qualité  
Ingénierie OMÉDIT  
Professionnels de santé

Consolider et accélérer le changement

Développer une vision stratégique

Créer des outils multiples, complémentaires, accessibles en équipe ou en autonomie

Générer des gains à court termes (Quick wins)

Développer un plan de communication

Message répété : Newsletter, mailing  
Ou lié à un événement (SSP)

Responsabiliser, inciter et donner le pouvoir d'agir

Sensibilisation des équipes par les cadres de service  
Réfléchir sur les bonnes pratiques et enrichir sa pratique

Mettre en place un accompagnement de proximité auprès des équipes médicales et soignantes (à l'échelon des services ou des pôles)

*En cours : déploiement des e-learning et progression des apprenants*