



# 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

Étape du circuit	Priorité
Prescription	Pas de fiche médicale de liaison / dossier médical
<b>Dispensation</b>	Pas d'identification possible du médicament livré
<b>Administration</b>	Pas de contrôle par l'IDE de la Préparation des Doses à Administrer (PDA)
<b>Surveillance Thérapeutique</b>	Adaptation de thérapeutique sans accord médical recueilli et tracé
<b>Stockage et Transport</b>	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 ?

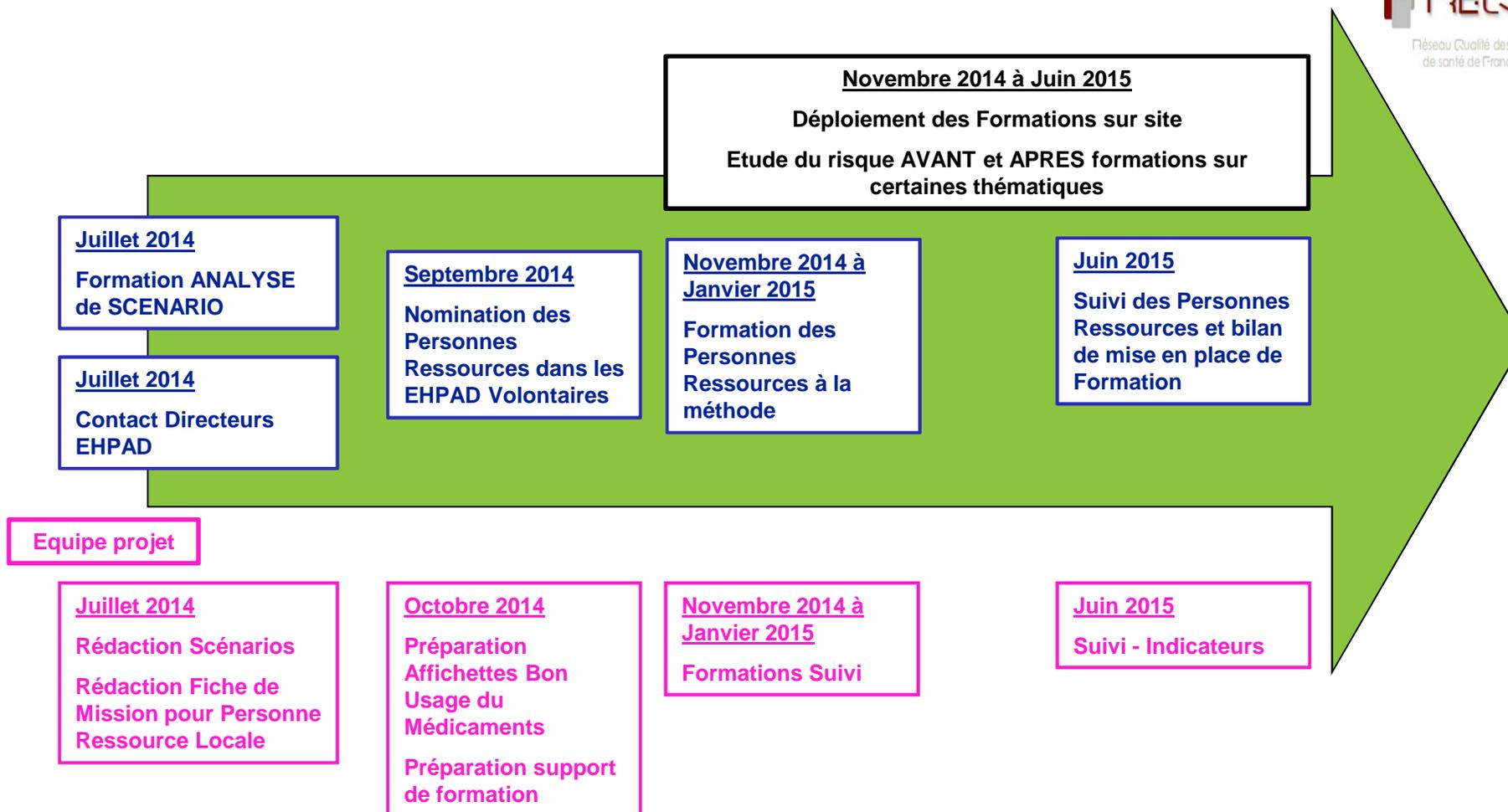


**Gestionnaire de  
risque des  
établissements ?  
des structures ?**

**Problème de temps  
Et de proximité**



# DEMARCHE SUIVIE



## — Analyse de scénario

- Méthode proposée en formation par PLAGE – 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 enchainement
- 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
<b>Problème principal :</b>
<b>Causes immédiates</b> = 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)
<b>Causes contributives</b> = 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)
<b>Barrières mises en place suite à cette erreur – A exposer aux participants</b> = Actions utiles pour éviter que l'événement ne se répète : <ul style="list-style-type: none"> <li>* Médicament identifiable jusqu'à l'administration (pharmacien, IDE)</li> <li>* Préparation des piluliers sans interruption (casque, gilet, consignes, affichage...)</li> <li>* Moment de préparation des piluliers (organisation de la journée de travail)</li> <li>* 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.</li> </ul>



ANALYSE dans notre établissement scenario 3 – Traitement du soir, Bonsoir.
<p>Ce type de scenario s'est-il déjà produit dans votre structure ? Si c'est le cas, quelles actions correctrices ont été proposées ?</p>
<p>Si ce type de scénario ne s'est pas déjà produit, le risque de survenue dans votre structure est-il :</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Probable                      <input type="checkbox"/> Peu probable                      <input type="checkbox"/> Improbable                 </p>
<p><b>Principales barrières existantes</b> = ce qui existe dans l'établissement pour éviter que cela n'arrive (en regard de chaque cause immédiate ou profonde)</p>
<p><b>Principales vulnérabilités existantes</b> = 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</p>
<p><b>Propositions d'améliorations</b> = actions à mettre en place pour éviter que cela n'arrive dans l'établissement</p>



