

Mettre en place un dispositif de traitement des erreurs médicamenteuses

Octobre 2012

Version 1

« Le présent guide pourra être mis à jour en fonction des expériences et commentaires, de la parution de recommandations, ou de l'évolution réglementaire. »

Introduction

Ce guide a pour objectif d'aider les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins et les responsables du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, à mettre en place un dispositif de traitement des erreurs médicamenteuses permettant de répondre aux exigences de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif **au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.**

Ainsi, les articles 9, 10 , 11 et 12 de l'arrêté inscrivent la déclaration interne des événements indésirables, erreurs médicamenteuses ou dysfonctionnements, l'organisation adoptée pour la traiter et la planification des actions d'amélioration, au premier plan des actions à mettre en œuvre, au travers d'un calendrier réduit à 18 mois.

En pratique :

- la déclaration des événements indésirables, des erreurs médicamenteuses et des dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse doit **être favorisée et organisée** ;
- l'analyse de leurs causes doit être **promue et organisée méthodologiquement** ;
- les actions d'amélioration proposées doivent **être planifiées, être suivies par un responsable, être communiquées au personnel** et faire l'objet d'un bilan annuel ; leur efficacité doit également être mesurée ;
- un partage d'expérience doit être proposé.

Ce guide se présente sous la forme de questions-réponses, réparties en trois chapitres :

SOMMAIRE

Culture et éthique du signalement

1. Les professionnels de santé de l'établissement sont-ils sensibilisés à l'intérêt de la déclaration et l'analyse des événements indésirables liés aux médicaments qu'ils rencontrent?
2. Une charte de non punition ou de protection du déclarant est-elle en vigueur dans votre établissement ?

Organisation et définition des responsabilités

3. Le dispositif de déclaration interne et d'analyse des erreurs médicamenteuses est-il mené en cohérence avec la certification HAS, le programme Qualité-Gestion des Risques et le Contrat de Bon Usage ?
4. Les modalités de collaboration, les rôles et responsabilités respectives entre le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse sont-elles définies pour la déclaration et l'analyse d'évènement indésirable médicamenteux ?
5. La composition du groupe d'analyse préliminaire et son fonctionnement sont-ils définis ?
6. Les professionnels de santé, les déclarants sont-ils associés à l'analyse approfondie de l'erreur médicamenteuse ?
7. Des professionnels sont-ils formés à une méthodologie d'analyse ? Quelles compétences / formations sont attendues pour mener une analyse approfondie ?

Mise en œuvre

8. Un circuit de déclaration de l'évènement indésirable médicamenteux est-il défini qu'il soit spécifique ou non ? Est-il connu et fonctionnel ?
9. Comment choisir une méthode d'analyse approfondie des erreurs médicamenteuses ?
10. Selon quelle gradation les erreurs médicamenteuses font-elles ou non l'objet d'une analyse approfondie ? Les facteurs de décision sont-ils décrits ?
11. Si de nombreuses défaillances sont repérées, comment choisir les actions les plus pertinentes ? Comment élaborer un plan d'actions ?
12. Quel suivi des actions est prévu ? Quelle mesure d'impact est prévue ?
13. Un retour d'information est-il organisé vers les équipes ?
14. Le partage d'expérience est-il envisagé ?

→ Les questions-réponses relatives à la culture et l'éthique du signalement

1 Les professionnels de santé de l'établissement sont-ils sensibilisés à l'intérêt de la déclaration et l'analyse des événements indésirables liés aux médicaments qu'ils rencontrent ?

La détection et la déclaration des événements indésirables médicamenteux ou liés aux soins ne sont pas des démarches spontanées.

Le fait de communiquer sur l'existence de ces erreurs favorise leur détection dans un 1^{er} temps. La mise en place d'une organisation spécifique visant à les analyser dans un climat de confiance permet leur déclaration dans un 2nd temps.

Les actions de sensibilisation contribuent à l'instauration progressive d'une culture de sécurité. Elles nécessitent des formations, la diffusion d'informations sur la prise en charge médicamenteuse, les démarches de cartographie du risque a priori et le positionnement du management au plus haut niveau.

La libération de la parole des professionnels est essentielle. L'objectif vise une démarche de sécurisation avec à terme l'idée et la volonté de décroiser les métiers et rechercher des synergies entre eux. La motivation sera au rendez vous si chacun est convaincu de la nécessité de comprendre l'enchaînement de défaillances qui ont abouti à une situation dangereuse.

La participation des professionnels au recueil et à l'analyse de ces erreurs est favorisée par :

- la connaissance du dispositif de signalement (8).
- la sensibilisation à la détection des erreurs médicamenteuses sur les différents types ou nature d'erreurs : omission, erreur de dose, erreur de patient, erreur de moment d'administration, erreur de voie d'administration, erreur de durée de traitement, ou toute autre erreur liée à une étape du processus de prise en charge (9). Une démarche de sensibilisation basée sur des exemples concrets et adaptés est à privilégier.
- la rétro information quant aux actions menées après analyse.

Chaque professionnel va prendre conscience que l'interception et l'interruption d'un fait inhabituel ou d'une anomalie observée à quelle qu'étape que ce soit est à signaler et ce quelle que soit la conséquence pour le patient ou le service.

2 Une charte de non punition ou de protection du déclarant est-elle en vigueur dans votre établissement ?

Le signalement et l'analyse d'un évènement indésirable ne visent pas à déterminer ni la responsabilité de chacun dans l'évènement étudié, ni les éventuelles fautes. Ils visent à repérer les dysfonctionnements qui ont conduit à l'évènement et en comprendre l'enchaînement.

La mise en place d'une charte de non punition ou charte de protection du déclarant a été proposée dès 2008 (Rapport de la MEAH – Février 2008 Améliorer la sécurité des organisations de soins – Exploiter les retours d'expériences) afin de lever certains « freins » existants autour de la déclaration des événements indésirables survenant en établissement de santé. Cette charte, signée par le directeur, s'inscrit dans le système qualité de l'établissement (18). Un exemple, adapté au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est proposé par l'Omedit Aquitaine (16).

Selon, le rapport « Etude d'impact organisationnel et économique de la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de santé – DHOS 2009 », 40% des établissements avaient signé, avant 2010, des engagements de non poursuite (16).

Aujourd'hui cette démarche de non punition est également inscrite dans la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

L'article 43, prévoit la non sanction du signalant :

« Aucune personne ne peut faire l'objet d'une mesure discriminatoire, être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation professionnelle, ni être sanctionnée ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de traitement, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat, pour avoir relaté ou témoigné, de bonne foi, soit à son employeur, soit aux autorités judiciaires ou administratives de faits relatifs à la sécurité sanitaire des produits mentionnés à l'article L. 5311-1 dont elle aurait eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions. »

→ Les questions-réponses relatives à l'organisation et la définition des responsabilités

3 Le dispositif de déclaration interne et d'analyse des erreurs médicamenteuses est-il mené en cohérence avec la certification HAS, le programme Qualité sécurité des soins et le Contrat de Bon Usage ?

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est inscrite dans l'ensemble des démarches nationales : certification HAS V2010, contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

La certification HAS place en Pratique Exigible Prioritaire le management de la prise en charge médicamenteuse. Il est demandé dans le critère 20a « d'assurer le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses, suivies d'actions d'amélioration et de rétro-information auprès des professionnels ». (8)

Le médicament constitue un des volets du programme d'actions qualité et sécurité des soins porté par la direction d'établissement en lien avec la CME et repose sur les mêmes postulats que la gestion coordonnée de l'ensemble des risques liés à la prise en charge d'un patient en structure de soins (décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins)(6).

L'Instruction du 28 septembre 2012 incite les établissements à la contractualisation avec l'ARS pour la mise en place de démarches de retour d'expérience portant sur les événements indésirables associés aux soins et les erreurs médicamenteuses, en formant les professionnels et déployant une démarche régulière d'analyse d'événements indésirables . Une incitation financière est possible. (5).

Une cohérence est à assurer également avec les autres circuits de déclaration d'événements indésirables associés aux produits de santé et incidents de vigilances : pharmacovigilance, matériovigilance.

En conclusion, il est recommandé que l'ensemble de la démarche développée autour de la « Qualité de la prise en charge médicamenteuse » regroupe les exigences de la certification, le suivi du CBUM et intègre la gestion globale des risques associés aux soins.

4 Les modalités de collaboration, les rôles et responsabilités respectives entre le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse sont-elles définies pour la déclaration et l'analyse d'évènement indésirable médicamenteux ?

L'évènement indésirable médicamenteux s'intègre dans la gestion globale des risques. Une bonne collaboration entre le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse est indispensable. L'organisation choisie au sein de chaque établissement doit définir les rôles de chacun devant la déclaration d'un évènement indésirable et la décision d'analyser un évènement en particulier [4].

Un circuit unique de déclaration interne des événements indésirables associés aux soins, intégrant les erreurs médicamenteuses et les dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse est à privilégier au sein des établissements.

Si le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est le destinataire des déclarations des événements indésirables associés aux soins, le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse a connaissance et est informé des signalement d'événements indésirables médicamenteux. Ce dernier est alors consulté avant toute décision d'analyse approfondie, il est associé à la conduite d'analyse, à l'élaboration et au suivi des actions d'amélioration.

5 La composition du groupe d'analyse préliminaire et son fonctionnement sont-ils définis ?

Le rôle du responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est de contribuer à la sélection des événements indésirables et à la définition des critères qui déclencheront l'organisation d'une analyse approfondie. Cette analyse peut relever d'un groupe pluridisciplinaire d'analyse préliminaire et son fonctionnement doit être défini dans une organisation précise.

Ce groupe de professionnels sensibilisés ou formés à la reconnaissance et l'analyse des événements indésirables médicamenteux constitue une première ligne d'évaluation des situations qui sont signalées. Contrairement à l'étude approfondie, l'analyse préliminaire de chaque événement ne requiert pas obligatoirement la participation des professionnels déclarants.

6 Les professionnels de santé, les déclarants sont-ils associés à l'analyse approfondie de l'erreur médicamenteuse ?

Les réunions d'analyse approfondie intègrent obligatoirement les professionnels concernés par l'évènement indésirable médicamenteux analysé : les médecins et IDE de l'unité concernée, les professionnels de la PUI (12, 15), sont les plus à même d'expliquer l'organisation réelle des tâches, les difficultés rencontrées, contournées ou surmontées.

Ensemble, ils seront d'accord sur le déroulement des faits et les différents dysfonctionnements observés. Cela facilitera la non culpabilisation et le retour de la confiance au sein de l'unité.

Les professionnels déclarants seront également les plus à même de proposer les actions correctives à mettre en place, présentant l'avantage d'une meilleure adhésion au changement ou à l'évolution des pratiques.

7 Des professionnels sont-ils formés à une méthodologie d'analyse ? Quelles compétences sont attendues pour mener une analyse approfondie ?

Afin d'assurer la garantie méthodologique de l'analyse et l'utilisation d'un langage commun entre professionnels de santé, il est indispensable que l'animateur de la séance d'analyse approfondie des causes dispose d'une formation. La formation repose sur la maîtrise de la définition de l'évènement indésirable médicamenteux, sa caractérisation et les outils d'étude des causes profondes en environnement hospitalier.

La réussite d'une démarche d'analyse approfondie des causes sera favorisée si le responsable dispose des compétences nécessaires à la conduite de ce genre de réunion. Cela passe par garantir (6):

- l'écoute de chaque participant dans le respect mutuel,
- la non culpabilisation des professionnels ayant participé à la prise en charge,
- la transparence et la confidentialité des données,
- le respect de la méthode garantissant le succès de la recherche des causes.

Une conduite d'analyse approfondie qui respecte ces points essentiels et une maîtrise de la méthode de recherche des causes sont autant de facteurs contributifs à la réussite de la démarche.

→ Les Questions-Réponses relatives à la mise en œuvre

8 Un circuit de déclaration de l'évènement indésirable médicamenteux est-il défini, qu'il soit spécifique ou non ? Est-il connu et fonctionnel ?

Le dispositif de déclaration intègre aussi bien les erreurs avérées que les erreurs potentielles (6). Il est organisé autour d'un circuit défini, respectant la confidentialité du signalement et du signalant.

Le signalement des erreurs médicamenteuses en établissement de santé peut être organisé sur différents supports :

- formulaires papiers spécifiques,
- formulaires papiers génériques destinés à tout type d'événements indésirables (fiche d'événement indésirable, fiche d'incident,...),
- logiciels de gestion des risques destinés à tout type d'événements indésirables.

→ Un support unique pour tous les événements indésirables simplifie les signalements pour les professionnels. En raison du nombre important d'événements indésirables toutes origines confondues, il est important de détecter les erreurs médicamenteuses, de les repérer parmi l'ensemble des événements indésirables pour s'assurer d'y apporter le traitement nécessaire.

→ Un support spécifique permet d'avoir un signalement plus détaillé de l'événement indésirable médicamenteux à l'aide des rubriques spécifiques à préciser.

Le choix entre support unique générique ou support spécifique sera fonction de l'organisation choisie, propre à chaque établissement. Il convient d'informer chaque professionnel de son obligation de signaler les erreurs médicamenteuses et des moyens existant dans l'établissement pour le signalement.

9 Comment choisir une méthode d'analyse approfondie des erreurs médicamenteuses ?

Toute analyse approfondie d'une erreur médicamenteuse ou d'un événement indésirable médicamenteux repose sur une méthode donnée à laquelle a minima le responsable de l'analyse sera formé.

Il convient de distinguer les méthodes dites génériques, c'est-à-dire non spécifiques de l'erreur médicamenteuse (méthode ALARM (Association of Litigation And Risk Management), méthode ORION), de la méthode spécifique à l'erreur médicamenteuse, la méthode REMED (Revue des erreurs médicamenteuses liées aux médicaments et autres dispositifs associés) élaborée par la Société Française de Pharmacie Clinique. Ces différentes

méthodes peuvent être utilisées dans différentes organisation telles que la Revue de Morbidité Mortalité (RMM) ou le Comité de Retour d'Expérience (CREX).

Ces différentes méthodes, validées par la Haute Autorité de Santé, sont basées sur les mêmes fondamentaux des méthodes de résolution de problème. Elles permettent à chaque établissement de choisir la méthode et les outils les mieux adaptés à son contexte.

**Principales méthodes d'analyses approfondies utilisées en santé
en matière d'identification, analyse et hiérarchisation des risques a priori ou a posteriori**

Méthodes	☺ Intérêts
	☹ Limites
ALARM Analyse des litiges et adaptation en management du Risque	☺ Méthode d'analyse a posteriori , outil d'analyse systémique d'un évènement clinique inspiré directement du modèle des plaques ou "de fromage suisse" de REASON. Cette méthode comprend une analyse chronologique des faits en présence des intervenants et une identification des causes profondes multiples en établissements de santé
	☹ Méthode non spécifique à l'erreur médicamenteuse
ORION Méthode ® de base pour un Comité de Retour d'Expérience (CREX)	☺ Méthode intuitive d'analyse a posteriori d'un événement permettant de comprendre le pourquoi de l'événement à partir de données collectées et des relations de cause à effet.
	☹ Méthode non spécifique à l'erreur médicamenteuse
REMED Méthode ® de Revue des Erreurs Médicamenteuses	☺ Méthode d'analyse a posteriori au sein d'un cadre formalisé méthode d'analyse multidisciplinaire, systémique, spécifique et adaptée à l'erreur médicamenteuse
	☹ Cadre strict de mise en œuvre, maîtrise de la méthode
AMDEC Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité	☺ Méthode d'analyse a priori nécessitant au préalable une analyse des processus à risque et permettant de classer les défaillances par gravité ou dangerosité, méthode quantitative qui permet une hiérarchisation
	☹ évaluation basée sur des probabilités de survenue, alimentée par un retour d'expérience factuel Méthode laissant échapper des scénarios non observés ou en dehors des processus identifiés, méthode non spécifique à l'erreur médicamenteuse, lourdeur méthodologique, nécessite une maîtrise de la méthode

10 Selon quelle gradation les erreurs médicamenteuses font-elles ou non l'objet d'une analyse approfondie ? Les facteurs de décision sont-ils décrits ?

La sélection des événements indésirables médicamenteux qui font l'objet d'une analyse simple ou approfondie doit être formalisée afin d'avoir une conduite homogène, équitable et transparente vis-à-vis des signalants.

Cette sélection peut reposer sur différents critères (9) :

- Évitabilité
- Gravité et Fréquence d'apparition
- Lié à une prise en charge ciblée, un secteur d'activité, une classe thérapeutique, une voie d'administration un type de population ou à une étape du circuit ...
- Événement ciblé par les « never events » du National Health Service de Grande Bretagne (2).

Selon le niveau des critères ci-dessus, l'organisation est précisée ainsi que le niveau à partir duquel l'analyse approfondie est déclenchée. Certaines erreurs médicamenteuses ne nécessiteront pas d'analyse approfondie.

11 Si de nombreuses défaillances sont repérées, comment choisir les actions les plus pertinentes ? Comment élaborer un plan d'actions ?

L'analyse approfondie d'une erreur médicamenteuse révèle la plupart du temps de nombreux facteurs contributifs. La tentation est alors grande de vouloir mettre en place une action corrective pour chaque facteur contributif identifié.

Il est indispensable de sélectionner les actions prioritaires à mettre en œuvre, et ne pas s'engager à « corriger toutes les défaillances repérées », afin de pouvoir mener réellement à terme les actions retenues. Le plan d'actions favorisera les actions rapides et faciles à mettre en œuvre et sera volontairement limité. Il est recommandé de limiter le nombre des actions mises en place en se limitant aux actions réalistes et pragmatiques, dont le suivi sera assuré.

Chaque acteur, à son niveau, peut contribuer à l'amélioration du dispositif de soins.

La méthode REMED inclut des outils visant à déterminer l'intensité du lien entre l'événement indésirable et la cause ou encore visant à prioriser les mesures d'amélioration.

La méthode Orion appliquée dans un CREX facilite le choix d'une action d'amélioration à mettre en œuvre.

12 Quel suivi des actions est prévu ? Quelle mesure d'impact est prévue ?

La mise en oeuvre effective des actions correctives retenues est une priorité. Ces actions d'amélioration visent, d'une part, à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (actions préventives) et, d'autre part, à en limiter leurs effets délétères, et leur gravité (actions protectrices).

Ce suivi comprend la surveillance d'éventuelles récurrences et l'apparition de nouveaux risques non prévus et inhérents aux actions correctives.

Il n'est pas recommandé de prévoir une mesure d'impact, au sens de réduction des erreurs médicamenteuses, de chaque action corrective. En effet, la mesure d'impact est complexe sur le plan méthodologique et il est préférable de privilégier, par une analyse de la littérature, les actions qui ont fait préalablement la preuve de leur efficacité.

13 Un retour d'information est-il organisé vers les équipes ?

La communication est organisée pour confirmer la prise en compte des événements déclarés et permettre un retour direct aux déclarants.

Les expériences de signalement montrent souvent que les professionnels se démotivent, avec une impression d'inutilité de leur signalement exprimé comme « de toutes façons, rien ne change ! ».

Les erreurs médicamenteuses déclarées et analysées permettront la mise en place de mesures spécifiques et il convient de le faire savoir aux déclarants. La communication sur ces actions devra être favorisée, par exemple par une fiche synthèse diffusée aux déclarants, aux participants à l'analyse et aux services concernés.

Si la cause de l'erreur a une origine transversale, une communication générale sous forme d'information est nécessaire, de même que la transmission des décisions à impact organisationnel.

La fiche synthèse sert également de communication institutionnelle vers les équipes, et peut être adressée de manière systématique en lien avec la communication existante sous forme écrite, ou sous forme orale comme la minute erreur médicamenteuse en CME par exemple.

Cette communication institutionnelle permet également de traduire l'engagement et l'implication des professionnels vis-à-vis de la démarche.

14 Le partage d'expérience est-il envisagé ?

Le retour d'expérience permet aux professionnels de prendre connaissance d'une ou de plusieurs analyses de situations à l'origine d'une erreur médicamenteuse. Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins peut organiser une information sur les événements indésirables analysés en collaboration avec le responsable SMQ du médicament.

A condition de garantir la confidentialité sur les circonstances, les lieux et les personnes concernées, faire savoir que l'analyse réalisée par quelques pairs a permis une amélioration significative, est le meilleur moyen pour donner confiance dans le système et inciter à la déclaration.

Le rôle formateur du partage d'expérience entre les professionnels au sein d'une organisation est reconnu. L'objectif est que le professionnel voit l'avantage qu'il peut en tirer dans son exercice quotidien.

Enfin, une approche régionale pourrait être envisagée entre les différents réseaux concernés (OMEDIT, RFCLIN, RéQua) pour mutualiser les partages d'expérience sur les analyses d'erreurs médicamenteuses anonymisées.

Références bibliographiques :

Réglementaires :

1. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
2. Circulaire N°DGOS N° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé
3. Décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
4. Circulaire N°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
5. Instruction N°DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé.

Ouvrages et guides

6. HAS. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, juillet 2011.
7. DGOS. Qualité de la prise en charge médicamenteuse, outils pour les établissements de santé, février 2012.
8. HAS. Manuel de certification des établissements de santé. Avril 2011.
9. SFPC. Revue des erreurs médicamenteuses liées aux médicaments et autres dispositifs associés REMED, 2008
10. IGAS, M.DAHAN Rapport n°RM2011-063P sur le circuit du médicament à l'hôpital. Mai 2011
11. HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Mars 2012
12. ANAP. Inter Diag Médicament –Outil d'auto évaluation et de gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse – décembre 2011
13. CCECQUA .SECURIMED - méthode d'évaluation de la sécurité du circuit du médicament – septembre 2010
14. HAS. Guide RMM - juin 2009
15. Omedit Ile de France. ARCHIMED - Outil d'autoévaluation des risques liés à la prise en charge médicamenteuse au sein des établissements de santé
16. DHOS - Etude d'impact organisationnel et économique de la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de santé – Octobre 2009
Source http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_NATIONAL_SECURIMED.pdf]
17. OMEDIT Aquitaine - <http://www.omedit-aquitaine.fr/sections/public/evenement-semaine/outils/charte-d-incitation-au/>
18. ANAP http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ SECURITE_RADIO.pdf].

Groupe de travail :

Les travaux présentés résultent de la réflexion d'un groupe de travail composé de :

Mr MEDJOUB, pharmacien, CHU Besançon
Mme CUNY, gestionnaire de risques, chargée de mission RÉQUA
Mme DUCHENE, pharmacien, chargée de mission RÉQUA
Mr TISSOT, pharmacien, EPSM Novillars

Relecteurs

Le présent guide a été relu par des membres du groupe de travail Hôpital de l'OMEDIT :

Dr Patricia DEMOLY POURET, Pharmacien, CH Belfort Montbéliard
Dr Corinne DOUET WOERTHER, Pharmacien, CH Dole
Pr Samuel LIMAT, Responsable Pôle Pharmaceutique, CHU Besançon
Dr Hélène MOCKLY Pharmacien, CHU Besançon
Dr Anne VIAL, Pharmacien, Polyclinique de Franche-Comté, Besançon

Contacts

Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques - OMEDIT

ARS de Franche-Comté, La City, 3 Avenue Louise Michel,
25044 Besançon cedex
Site : www.ars.franche-comte.sante.fr



Réseau Qualité des Etablissements de santé de Franche-Comté - RéQua

26 rue Proudhon, 25000 Besançon

requa@requa.fr

Site : www.requa.fr

☎ 03 81 61 68 10