



CENTRE BOIS-GIBERT



Centre Prévention Réadaptation Soins de Suite Cardiologie du Sport



**IMPLICATION DU PATIENT DANS SA PECM: UNE AIDE PRÉCIEUSE À LA SÉCURISATION DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT**

*Dr Orso-François LAVEZZI, Cardiologue*

Journée OMEDIT-APHP

Comment optimiser la continuité des traitements médicamenteux, le 27 novembre 2015



# D'OÙ JE PARLE

**CENTRE BOIS-GIBERT**

**établissement SSR**

équipe **pluri-disciplinaire**

**patients** atteints d'une affection cardio-vasculaire

reprise d'**autonomie**

**éducation** thérapeutique

**entraînement** physique

**Mutualité Française Centre Val de Loire**

**J'ai un lien d'intérêt:**

**BOEHRINGER INGELHEIM France 04/06/2015 HOSPITALITE 43 €**

# CONCILIER DES EXIGENCES A PRIORI CONTRADICTOIRES...



Il ne faut pas seulement le dire, il faut le faire !

**Double exigence en contexte SSR**

**Sécuriser le circuit du médicament**

=> organisation et management <=

**Donner plus d'autonomie aux patients**

=> connaissance et gestion du traitement <=

**Concilier cette double exigence**

**Circuit du médicament = un tout**

**impliquant le PATIENT = ACTEUR CENTRAL DE SON PROJET DE SOINS**

**Education thérapeutique du patient**

atelier médicaments, entretiens individuels

**Gérer les risques**

=> évènements indésirables, audits, organisation, rôle du patient <=

# LE PATIENT, UN ACTEUR ESSENTIEL...

Tout se joue **en dehors d'une structure de soins...**

Développer les **compétences** et l'**autonomie** du patient

Préparer les **transitions du parcours de soins**

**1- SAVOIR IDENTIFIER LE TRAITEMENT**

(ville, hôpital, voyage à l'étranger)

**2- BONNES PRATIQUES DE L'ADMINISTRATION DES TRAITEMENTS**

**Et ça commence en établissement  
de soins !!!**

# Transitions de parcours de soins : risque important

- Patient de 77 ans, hospitalisé depuis 7 jours en post opératoire d'un pontage aorto-bifémoral
  - Etat de mal épileptique
- ATCD d'épilepsie ancienne traitée par DEPAKINE
- Aucune notion de cet ATCD dans le courrier
- Traitement non repris à l'hôpital et donc pas en SSR





# Nos prescriptions ... et la vraie vie ...

- Bilan des boîtes de médicaments à l'admission du patient en SSR

Traitement habituel du patient

Traitement prescrit au patient après son SCA



→ Depuis sa sortie de l'hôpital : le patient associe 2 bêtabloquants

# Conciliation d'entrée proactive médicale

- **Utilisation pilulier** Oui Non
- **Bilan des boîtes** Oui Non Non disponibles

- **Facturette de l'ordonnance** Oui Non Non disponible

- **Pharmacie d'officine habituelle**

- **Déclaration du patient** Oui Non Non fiable

- **Compte rendu d'hospitalisation** Oui Non Non disponible

- **Modifications thérapeutiques à l'admission** Oui Non

# Conciliation d'entrée proactive médicale

- **Utilisation pilulier**

Oui

Non

- **Bilan des boîtes**

Oui

Non

Non disponibles

- **Facturette de l'ordonnance**

Oui

Non

Non disponible

KARDEGIC 75 mg, BISOPROLOL 5 mg, BRILIQUE 90 mg, ATORVASTATINE 80mg, RAMIPRIL 2,5 mg

- **Pharmacie d'officine habituelle**

Pharmacie du marché, Tours

- **Déclaration du patient**

Oui

Non

Non fiable

Advil en cas de fièvre, Flixotide 250 microg

- **Compte rendu d'hospitalisation**

Oui

Non

Non disponible

KARDEGIC 75 mg, BISOPROLOL 5 mg, BRILIQUE 90 mg, ATORVASTATINE 80mg, RAMIPRIL 2,5 mg

- **Modifications thérapeutiques à l'admission**

Oui

Non

Ajout PANTOPRAZOLE car épigastralgies, baisse BISOPROLOL à 2,5 mg car bradycardie à l'entrée

**Divergences intentionnelles documentées**



# GESTION DU TRAITEMENT PERSONNEL

## Action de l'infirmière à l'admission pour: *Eviter l'automédication et les doublons.* *Aider à la conciliation.*

Résumé médical | Obs médicales | Dossier | Biologie | Imagerie | Pharmacie | Diagramme | Trans ciblées | Const / caract | EBM

06/11/2014 16:37 ---> 06/11/2014 16:37

### **TRAITEMENT PERSONNEL DU PATIENT - Restituer son traitement personnel au patient**

#### DONNEES

Traitement personnel

#### ACTIONS

Traitement stocké à la pharmacie

#### RESULTATS

Traitement personnel du patient restitué à sa sortie //  
Cible clôturée par l'intervenant.

Mme Nolwen DABOUIS - I.D.E. - 06/11/2014 // 16h37

**Aucun traitement personnel ne doit être stocké dans la chambre: le devenir du traitement personnel est systématiquement tracé par l'IDE à l'admission.**

# GESTION DU TRAITEMENT PERSONNEL

## Action du pharmacien

### *Barrière de récupération d'erreur suite à CREX*

15/05/2015 10:28 ---> 17/05/2015 20:44

| <u>DONNEES</u>            | <u>ACTIONS</u>  | <u>RESULTATS</u>   |
|---------------------------|---|--|
| Devenir du TT personnel ? | <i>Mme Marie-claude GRUEL - Pharmacien - 15/05/2015 // 10h28</i><br>Vu avec le patient. | N'avait pas de traitement perso à l'arrivée. //<br>Cible clôturée par l'intervenant. |
|                           | <i>Mme Marie-liesse TILLOY - I.D.E. - 17/05/2015 // 20h44</i>                           |  |

Lorsque le devenir du traitement personnel n'est pas renseigné, ouverture d'une cible par le pharmacien avec réponse de l'IDE.

# GESTION DU TRAITEMENT PERSONNEL

## *Regard du pharmacien sur le traitement personnel*

18/11/2014 13:06:20 - Commentaire dans le Dossier Patient

le Pantoprazole risque d'entraîner une perte d'efficacité de l'Eviplera suite à une modification du pH intestinal et une diminution de l'absorption de l'Eviplera

TT perso: Bisoprolol 1.25 et cardensiel 1.25, Ramipril 2.5, Previscan, Flecainide LP 150, Furosemide 40, tardyferon B9 et un autre médicament sans indication de nom

Mme Marie-claude GRUEL - Pharmacien - 18/11/2014 // 13h06

**Au cours de la première analyse pharmaceutique, le pharmacien mentionne les traitements personnels stockés à la PUI.**

Conciliation rétroactive pharmaceutique contemporaine de l'analyse pharmaceutique.

# CONCILIATION DE SORTIE

## *Rôle du médecin lors de la consultation de sortie*

Bilan des boîtes de médicaments

Oui  Non  non dis

(vues par le médecin)

en attendant chir: KDG, 75 Prava 20, Atenolol 50, Ramipril 2.5, TNT

### Conciliation médicamenteuse de sortie

Stop ATENOLOL 50 mg remplacé par NEBIVOLOL 5 mg  
Stop PRAVASTATINE 20 mg remplacé par ATORVASTATINE 20 mg  
Stop DOLIPRANE 1000 EFFERVES pour l'apport sodé compte tenu du régime peu salé 8g par jour. Préférer les comprimés ou gélules.  
Stop TRINITRINE 10/24H

Conciliation de sortie  
facile à faire  
si le bilan d'entrée est  
correctement fait...

Visite essentiellement à éviter les  
« soupes de sorcière » au retour à  
domicile en indiquant au patient  
les traitements antérieurs arrêtés  
ou les traitements remplacés par  
un autre. C'est aussi l'occasion de  
prescrire un traitement antérieur  
dont on a donné un équivalent  
pendant le séjour.



**Education du patient**

# CONCILIATION DE SORTIE

## *Rôle du médecin lors de la consultation de sortie*

Partage d'informations entre professionnels et avec le patient

Sur l'ordonnance de sortie à  
la suite du traitement

A la suite du traitement sur le  
courrier de sortie

QSP 1 mois

### **Conciliation de sortie :**

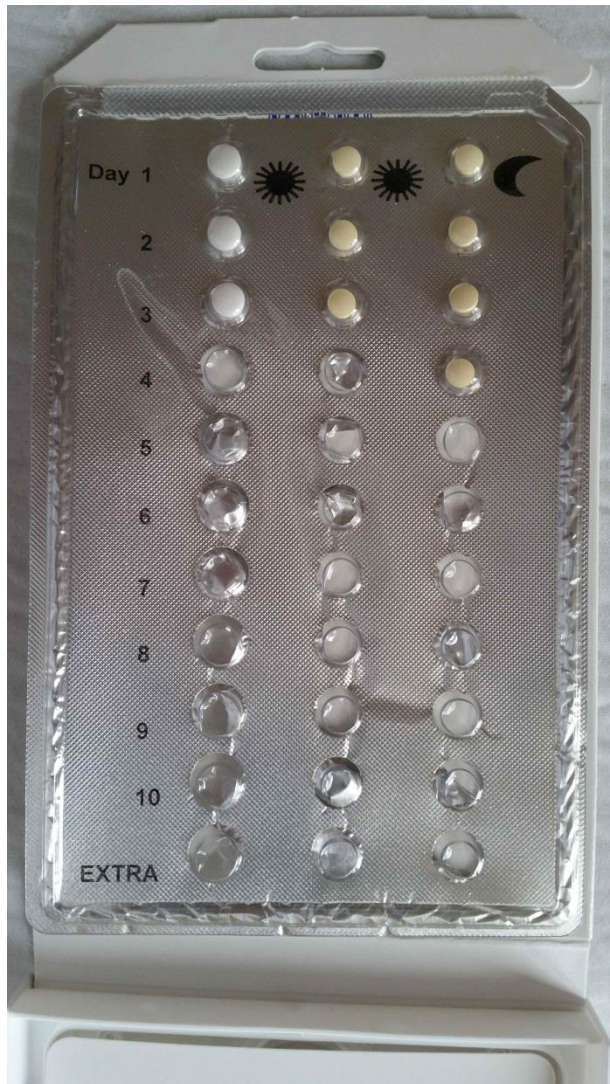
**Stop IBUPROFENE (Spifen 400 mg et autres spécialités à base d'IBUPROFENE ou autres anti-inflammatoires non stéroïdiens compte tenu de la prise d'anticoagulants AVK)**

**Stop NEBIVOLOL 5MG remplacé par BISOPROLOL 5MG**

**Stop LEVOCETIRIZINE 5MG : non indiqué**

**Stop PANTOPRAZOLE 20MG : non indiqué.**

# OBSERVANCE ET ESSAI CLINIQUE



L'évaluation de l'observance du traitement de l'essai clinique se fait *a posteriori* sur:

- l'interrogatoire du patient
- l'examen des plaquettes blister de l'essai

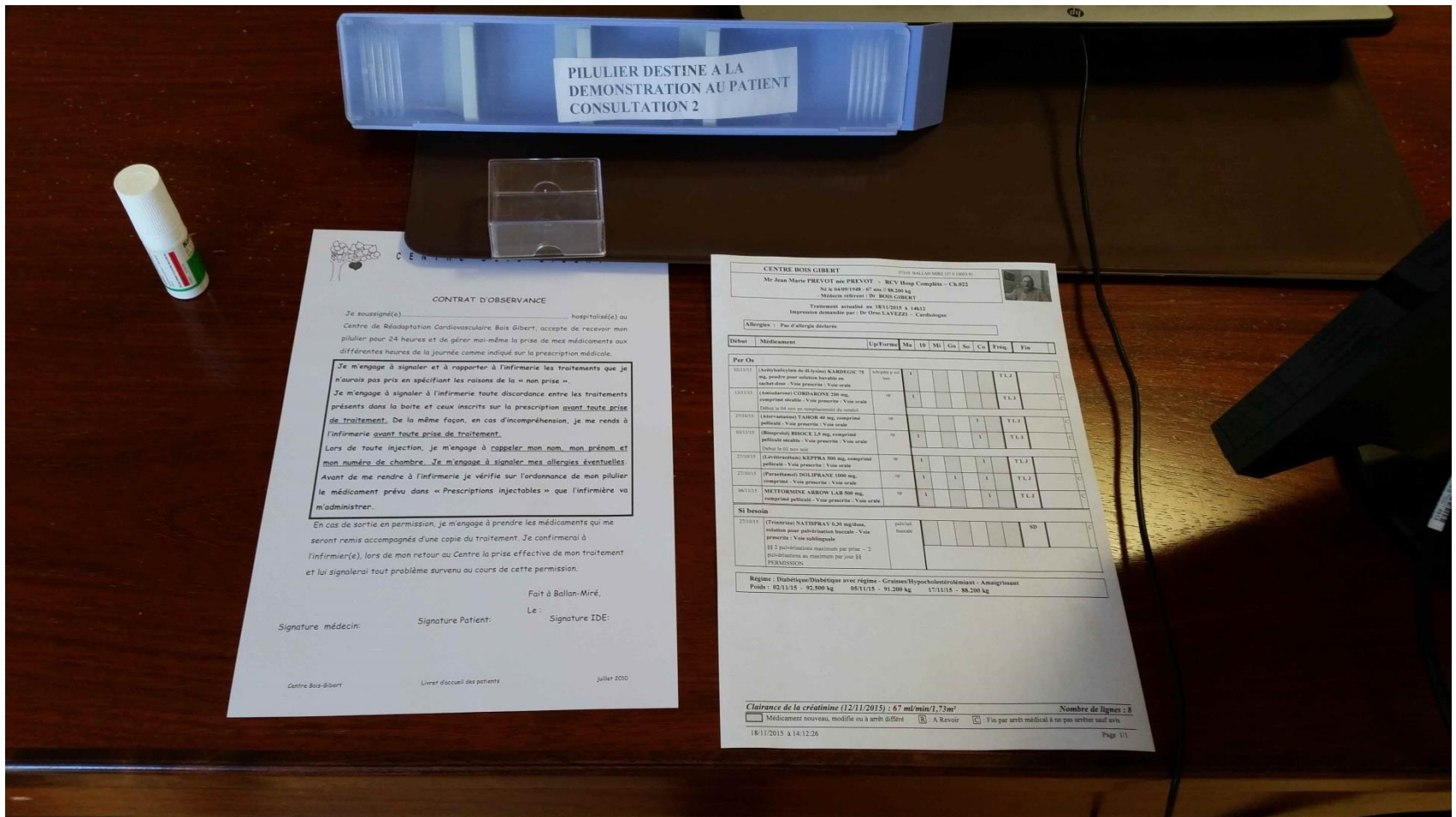
Il n'y a pas d'infirmière pour enregistrer l'administration en temps réel du médicament.

Ici essai de phase 2 GEMINI ACS1 :

- ac. Acétylsalicylique 75 mg et placebo de rivaroxaban 2,5 mg
- OU**
- Placebo d'ac. Acétylsalicylique 75 mg et rivaroxaban 2,5 mg



# CONTRAT D'OBSERVANCE



PILULIER DESTINE A LA  
DEMONSTRATION AU PATIENT  
CONSULTATION 2



**CONTRAT D'OBSERVANCE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ hospitalisé(e) au Centre de Réadaptation Cardiovasculaire Bois Gibert, accepte de recevoir mon pilulier pour 24 heures et de gérer moi-même la prise de mes médicaments aux différentes heures de la journée comme indiqué sur la prescription médicale.

**Je m'engage à signaler et à rapporter à l'infirmière les traitements que je n'aurais pas pris en spécifiant les raisons de la « non prise ».**

**Je m'engage à signaler à l'infirmière toute discordance entre les traitements présents dans la boîte et ceux inscrits sur la prescription avant toute prise de traitement.** De la même façon, en cas d'incompréhension, je me rends à l'infirmière avant toute prise de traitement.

Lors de toute injection, je m'engage à rappeler mon nom, mon prénom et mon numéro de chambre. Je m'engage à signaler mes allergies éventuelles.

Avant de me rendre à l'infirmière je vérifie sur l'ordonnance de mon pilulier le médicament prévu dans « Prescriptions injectables » que l'infirmière va m'administrer.

En cas de sortie en permission, je m'engage à prendre les médicaments qui me seront remis accompagnés d'une copie du traitement. Je confirmerai à l'infirmière(e), lors de mon retour au Centre la prise effective de mon traitement et lui signalerai tout problème survenu au cours de cette permission.

Fait à Ballan-Miré,  
Le : \_\_\_\_\_  
Signature médecin: \_\_\_\_\_ Signature Patient: \_\_\_\_\_ Signature IDE: \_\_\_\_\_

Centre Bois-Gibert      Livret d'accueil des patients      juillet 2010

**CENTRE BOIS GIBERT**      37000 BALLAN MIRE ET S. MERE S.  
 M<sup>me</sup> Jean Marie PREVOT aux PREVOY      RCV Hesp Complète - Ch.022  
 N° 16 04 09 14 08 - 47 ans - 100,20 kg  
 Médicats prescrits par: DR BOIS GIBERT  
 Traitement prescrit par: DR THIEFFRY à Ballé  
 Impression demandée par: DR OREST LAVUEZZI - Cardiologue

Allergies : Pas d'allergie déclarée

| Débit            | Médicament   | Ep/Freq | Ma | Mi | Je | Ve | Sa | Su | Co | Freq  | Fin |
|------------------|--|---------|----|----|----|----|----|----|----|-------|-----|
| <b>Per Os</b>    |  |         |    |    |    |    |    |    |    |       |     |
| 001117           | Amblybutololine de di-trimés SAMDEC 75 mg, possible pour solution buccale en sachet dose - Voir prescrite - Voir orale | op 1    |    |    |    |    |    |    |    | T.L.J |     |
| 151113           | Ambroxolol COMALBYNE 200 mg, comprimés orodispersibles - Voir prescrite - Voir orale                                   | op 1    |    |    |    |    |    |    |    | T.L.J |     |
| 201010           | Amoxicilline COMBI 400 mg, comprimés pelliculaires - Voir prescrite - Voir orale                                       | op 1    |    |    |    |    |    |    |    | T.L.J |     |
| 001114           | Bisoprolol BIOPROCK 2,5 mg, comprimés pelliculaires - Voir prescrite - Voir orale                                      | op 1    |    |    |    |    |    |    |    | T.L.J |     |
| 201010           | Etanercepte ENCEPTA 500 mg, comprimés pelliculaires - Voir prescrite - Voir orale                                      | op 1    |    |    |    |    |    |    |    | T.L.J |     |
| 201010           | Paracetamol DOLIFRANE 1000 mg, comprimés - Voir prescrite - Voir orale   | op 1    |    |    |    |    |    |    |    | T.L.J |     |
| 001111           | METFORMINE ARROW LAB 500 mg, comprimés pelliculaires - Voir prescrite - Voir orale                                     | op 1    |    |    |    |    |    |    |    | T.L.J |     |
| <b>Si besoin</b> |  |         |    |    |    |    |    |    |    |       |     |
| 201010           | Trinitrine NATIPRAY 0,20 mg/dose, solution pour pulvérisation buccale - Voir prescrite - Voir inhalable                | op 1    |    |    |    |    |    |    |    | ND    |     |

Régime : Diabétique/Diabétique avec régime - Craie/Hypocholestérolémiante - Amaigrissement  
 Poids : 82,11/118 - 92,800 kg      85,11/115 - 91,200 kg      171,11/115 - 88,200 kg

Clairance de la créatinine (12/11/2015) : 67 ml/min/1,73m<sup>2</sup>      Nombre de lignes : 8  
 Médicament nouveau, modifié ou à arrêt différé     A Revoir     Fin par arrêt médical à ne pas renvoyer sauf avis

18/11/2015 à 14:12:26      Page 1/1



# CONTRAT D'OBSERVANCE

PREALABLE A CETTE DEMARCHE

DCI + MEDICAMENTS IDENTIFIABLES + ORDONNANCE INFORMATISEE

## EVALUATION PREALABLE DE L'APTITUDE DU PATIENT

(1) **Présentation de la démarche**

médecin => patient

(2) **Test de lecture et de compréhension de l'ordonnance et du pilulier**

patient => médecin

(3) **Vérification concrète d'un compartiment par le patient**

patient => infirmière

## SIGNATURE PAR LE PATIENT, LE MÉDECIN ET L'INFIRMIÈRE

(1) **identitovigilance**

(2) **vérification des traitements**

(3) **déclaration d'erreur par le patient**

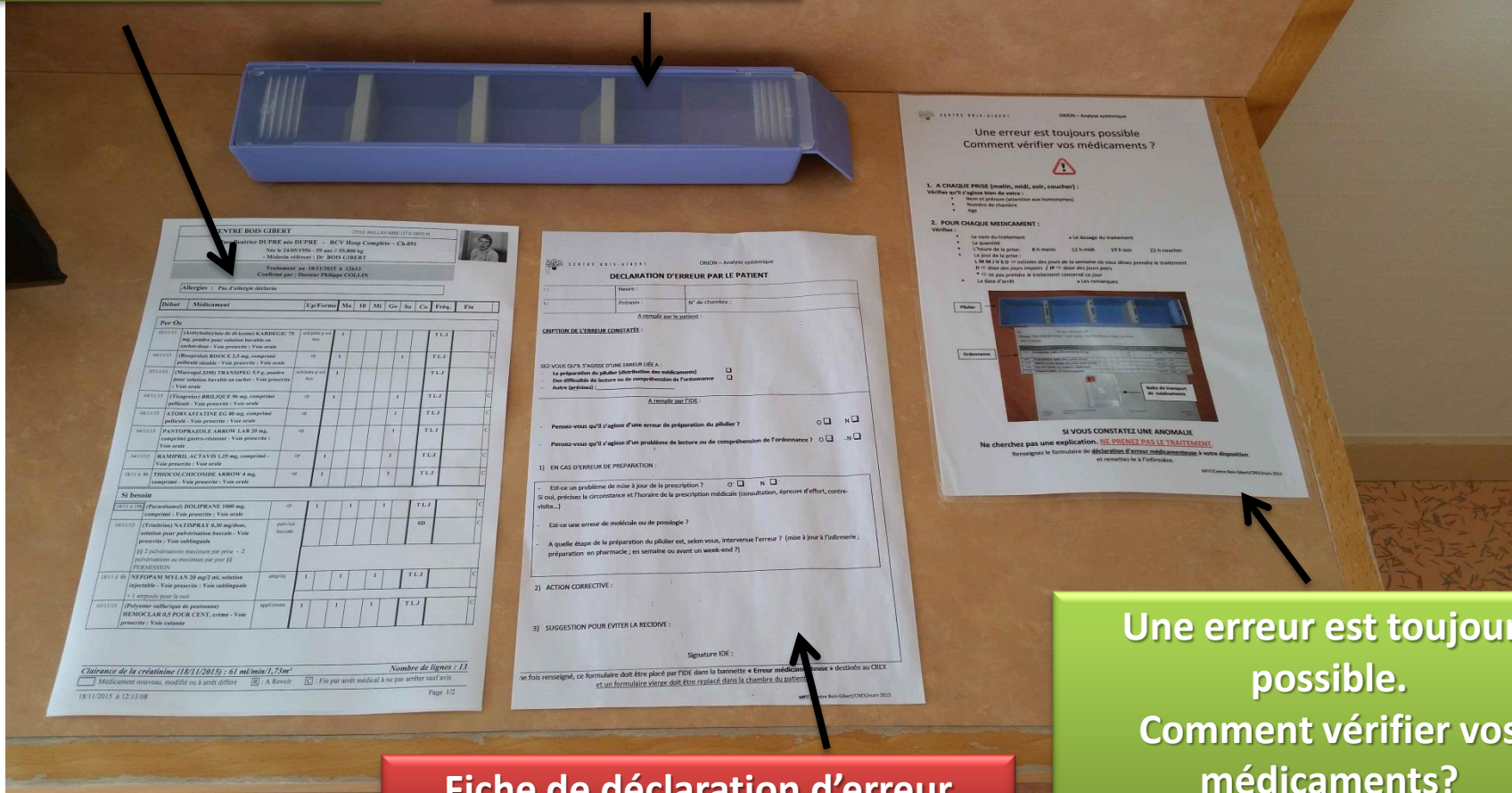
=> **renforcement de la sécurité par une prise consciente et responsable** <=

**A CHACUN SON RÔLE !!!**

# OUTIL METHODOLOGIQUE FICHE DE DECLARATION D'ERREUR (suite à CREX)

ORDONNANCE

PILULIER



Fiche de déclaration d'erreur

Une erreur est toujours possible.  
Comment vérifier vos médicaments?

Centre Bois Gibert - CREX - Analyse systémique

### Une erreur est toujours possible Comment vérifier vos médicaments ?

**1. A CHAQUE PRISE (matin, midi, soir, coucher) :**  
Vérifier qu'il s'agit bien de votre :  
- Nom et prénom (confrontez avec l'ordonnance)  
- Numéro de chambre  
- Age

**2. POUR CHAQUE MÉDICAMENT :**  
Vérifier :  
- Le nom du médicament  
- La dose  
- Le jour de la prise : 8 h matin, 12 h midi, 19 h soir, 23 h coucher  
- La fréquence : 1 fois par jour, 2 fois par jour, 3 fois par jour, 4 fois par jour, 5 fois par jour, 6 fois par jour, 7 fois par jour, 8 fois par jour, 9 fois par jour, 10 fois par jour, 11 fois par jour, 12 fois par jour, 13 fois par jour, 14 fois par jour, 15 fois par jour, 16 fois par jour, 17 fois par jour, 18 fois par jour, 19 fois par jour, 20 fois par jour, 21 fois par jour, 22 fois par jour, 23 fois par jour, 24 fois par jour, 25 fois par jour, 26 fois par jour, 27 fois par jour, 28 fois par jour, 29 fois par jour, 30 fois par jour, 31 fois par jour, 32 fois par jour, 33 fois par jour, 34 fois par jour, 35 fois par jour, 36 fois par jour, 37 fois par jour, 38 fois par jour, 39 fois par jour, 40 fois par jour, 41 fois par jour, 42 fois par jour, 43 fois par jour, 44 fois par jour, 45 fois par jour, 46 fois par jour, 47 fois par jour, 48 fois par jour, 49 fois par jour, 50 fois par jour, 51 fois par jour, 52 fois par jour, 53 fois par jour, 54 fois par jour, 55 fois par jour, 56 fois par jour, 57 fois par jour, 58 fois par jour, 59 fois par jour, 60 fois par jour, 61 fois par jour, 62 fois par jour, 63 fois par jour, 64 fois par jour, 65 fois par jour, 66 fois par jour, 67 fois par jour, 68 fois par jour, 69 fois par jour, 70 fois par jour, 71 fois par jour, 72 fois par jour, 73 fois par jour, 74 fois par jour, 75 fois par jour, 76 fois par jour, 77 fois par jour, 78 fois par jour, 79 fois par jour, 80 fois par jour, 81 fois par jour, 82 fois par jour, 83 fois par jour, 84 fois par jour, 85 fois par jour, 86 fois par jour, 87 fois par jour, 88 fois par jour, 89 fois par jour, 90 fois par jour, 91 fois par jour, 92 fois par jour, 93 fois par jour, 94 fois par jour, 95 fois par jour, 96 fois par jour, 97 fois par jour, 98 fois par jour, 99 fois par jour, 100 fois par jour

**3. SI VOUS CONSTATEZ UNE ANOMALIE**  
Ne cherchez pas une explication. **NE ARRÊTEZ PAS LE TRAITEMENT**  
Remplissez le formulaire de déclaration d'erreur médicamenté à votre disposition et remettez-le à l'officine.

# COMPREHENSION, LECTURE, SIGNATURE...

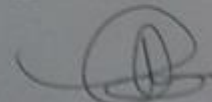
M. MO [redacted] Philippe - 65 ans - Chambre 001 - Trinitrine Laboef 0,15 mg (comprimé à croquer)  
 Allergies : Pas d'allergie connue ! - Insuf. rénale : Cl 65 ml/min

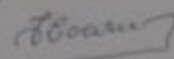
| Date  | Prescription Médicaments               | 8h | 12h | 19h | 22h |
|-------|--|----|-----|-----|-----|
| 06/06 | ACETYLSALICYLATE 75MG (Kardegic 75mg)  | 1  | -   | -   | -   |
| 15/05 | ATENOLOL 50MG CPS                      | 1  | -   | 1   | -   |
| 30/05 | RAMIPRIL 2.5MG CPS                     | -  | -   | 1   | -   |
| 15/05 | LERCANIDIPINE 10MG CPS(Lercan 10 mg)   | 1  | -   | 1   | -   |
| 15/05 | FENOFIBRATE 160MG CPS                  | -  | -   | 1   | -   |
| 21/05 | ALLOPURINOL 200MG CPS (Zyloric 200 mg) | 1  | -   | -   | -   |



et lui signalerai tout problème survenu au cours de cette permission.

Fait à Ballan-Miré,  
 Le: 05/06/2012 -  
 Signature IDE:

Signature médecin:  


Signature Patient:  


Centre Bois-gibert Livret d'accueil des patients juillet 2010

# PRESCRIPTION DU MODE D'ADMISTRATION DES MEDICAMENTS EN RCV

## REPONSE GRADUEE EN FONCTION DE L'AUTONOMIE EVALUEE DU PATIENT

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <b>RESPONSABILITE<br/>SUIVANT LE MODE<br/>DE DISTRIBUTION</b> | Administration<br>infirmierie<br>(sous le regard de<br>l'IDE) | Distribution par<br>repas | Distribution<br>globale<br>Contrat<br>d'observance |
| <b>VERIFICATION<br/>ULTIME (3ème)</b>                         | <b>IDE de l'horaire</b>                                       | <b>IDE de l'horaire</b>   | <b>PATIENT</b>                                     |
| <b>ADMINISTRATION</b>   | <b>IDE de l'horaire</b>                                       | <b>PATIENT</b>            | <b>PATIENT</b>                                     |

ACCOMPAGNEMENT



AUTONOMIE

# PRESCRIPTION DU MODE D'ADMINISTRATION

Rech.

Application le 18/11/2015 à 14 h

**Circuit du médicament**

- RCV
  - Administration des traitements à l'infirmier
  - Distribution des traitements par repas
  - Gestion du pilulier par le patient
- SSCV
  - Préparation du pilulier

Prise en charge du patient

Education

Protocole insuline

Protocoles généraux

**Actes infirmiers**

- **Préparation du pilulier de J+1**  
Matin - Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi
- **Préparation du pilulier du WE**  
Matin - Vendredi
- **Vérification des piluliers des patients**  
Nuit - Tous les jours à [J+1]
- **Distribution des piluliers en chambre**  
5 h - Tous les jours à [J+2]
- **Vérification du retour des piluliers des patients**  
20 h - Tous les jours à [J+1]
- **Préparation du pilulier de J+1 par l'IDE**  
- Nuit - en une seule fois


Protocole confirmé par Dr KUBAS Sophie le 02/07/2015 à 15h06

Prescriptions

Saisie rapide



# Exemple de récupération d'erreur par un patient

|  |              |  |
|--|--------------|--|
| Date : 28/03   | Heure : 13h  |  |
| Nom : MARTIN   | Prénom : J.F |  |
| N° de chambre : 141  |              |  |
| Décrivez dans cette case l'erreur :<br><br>2 PROPRANOLOL<br>au lieu de 1<br><del>25 mg</del> |              | Analyse par l'IDE et action corrective :<br><br>Vu avec le patient après<br>vérification faite suite<br>à la consultation la<br>répartition avait été<br>modifiée et celui du<br>soin était resté<br><br>NOM DE L'IDE :<br>O. D. ...<br><br>SIGNATURE<br> |

# Exemple de récupération d'erreur par un patient



- Le patient va retrouver dans son pilulier deux comprimés de BisoCE Gé 2,5 mg au lieu de 2 comprimés de LEVOTHYROX 50µg.
- Il constate avec l'IDE l'erreur et remplit une déclaration d'erreur.
- L'armoire de rangement est inspectée et l'IDE de nuit ayant préparé le pilulier est interrogée.

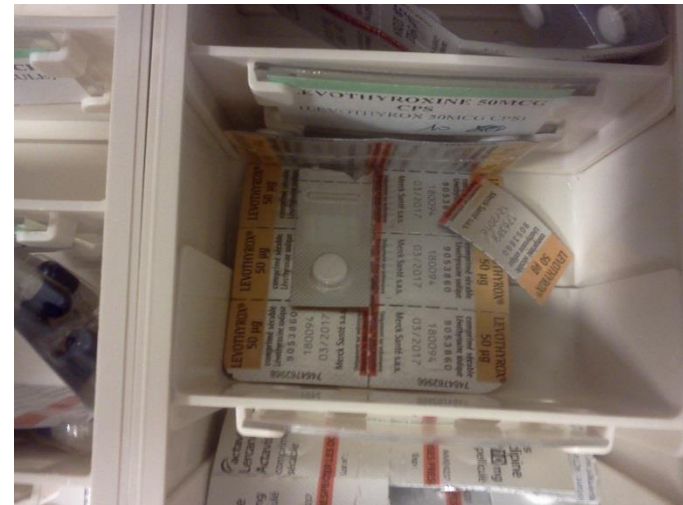


# Exemple de récupération d'erreur par un patient

CASE BISOCE 2,5mg



CASE LEVOTHYROX 50µg



- 1 erreur de rangement constatée.
- médicament puisé dans la bonne case mais blister non lu avant d'être mis dans le pilulier.
- facteur contributif: pilulier de J1 d'un patient entrant non fait à la PUI, double vérification non faite.

# CREX PATIENT: ANALYSE SYSTEMIQUE

| DATE<br>HEURE | FAITS  | ECARTS               | FACTEURS<br>CONTRIBUTIFS   | FACTEURS<br>INFLUENTS                                 |
|---------------|--|----------------------|--|---|
| ?             | La secrétaire réalise le copié-collé d'un traitement en cours sur le LAP dans le courrier de sortie.   | Conforme             |  |   |
| ?             | La secrétaire a plusieurs courriers de sortie ouverts et plusieurs ordonnances de sortie ouvertes.   | <b>Non conforme.</b> | <u>Organisation :</u><br>Beaucoup de courriers à finaliser en même temps.  | <u>Facteurs humains :</u><br>Secrétaire en formation. |
| ?             | La secrétaire transfère le traitement du courrier de sortie sur l'ordonnance de sortie et va se tromper en attribuant le traitement d'un patient à un autre. Elle ne se trompera pas pour le second patient. | <b>Non conforme.</b> | <u>Domaine technique :</u><br>La facilité du copié-collé peut conduire à ne pas relire et comparer l'ordonnance au courrier. |   |
| ?             | Le médecin va signer l'ordonnance préparée du mauvais traitement au mauvais patient sans vérifier l'ordonnance qu'il croit conforme au courrier de sortie.   | <b>Non conforme.</b> | <u>Domaine technique :</u><br>L'erreur de traitement concerne 2 patients sous AVK et dissimule d'autant l'erreur.            |   |
| ?             | La secrétaire va remettre au patient le bon courrier de sortie avec le bon traitement et la mauvaise ordonnance de sortie.   | <b>Non conforme.</b> | <u>Organisation, procédures :</u><br>Absence de vérification ultime de l'ordonnance par le patient avant le départ.          |   |
| ?             | Le patient va réaliser l'erreur après être sorti et se fera refaire une ordonnance par son médecin traitant prenant en compte le traitement prescrit sur le courrier de sortie.                              | Conforme             |  |   |
| ?             | Le patient prévient l'établissement.   | Conforme             |  |   |
| ?             | Evènement indésirable.   | Conforme             |  |   |
| ?             | Décision de traitement en CREX   | Conforme             |  |   |

# CREX PATIENT: ACTIONS CORRECTIVES

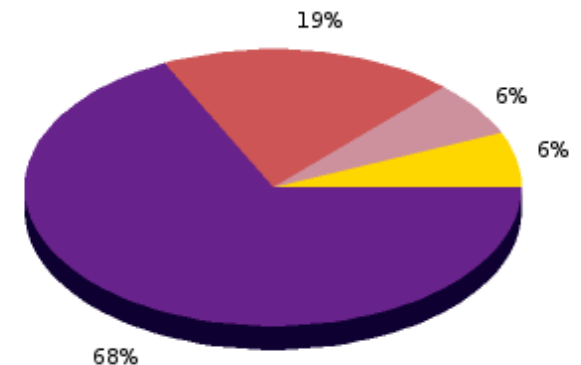
| ACTIONS CORRECTIVES  | Métier             |
|--|--------------------|
| <b>AC 1 : Un seul courrier et une seule ordonnance ouverts à la fois</b> en vérifiant le nom, le prénom et la date de naissance sur le courrier et l'ordonnance avant de transférer le traitement.   | Secrétaire         |
| <b>AC 2 :</b> Edition de l'ordonnance (du LAP) habituelle du patient à joindre dans le parapheur avec l'ordonnance de sortie pour <b>auto-contrôle par la secrétaire.</b>  | Secrétaire         |
| <b>AC 3 : Vérification par le médecin</b> de la conformité de l'ordonnance éditée en comparant l'ordonnance de sortie et l'ordonnance du LAP avant signature. Les modifications éventuelles par rapport à l'ordonnance du LAP seront commentées sur l'ordonnance du LAP ou la conciliation de sortie le cas échéant. | Médecin            |
| <b>AC 4 :</b> L'ordonnance du LAP sera présentée au patient avec l'ordonnance de sortie au secrétariat. <b>Le patient s'assurera avec la secrétaire que son ordonnance de sortie est conforme.</b> Discussion éventuelle avec le prescripteur des divergences intentionnelles.                                       | Patient/Secrétaire |

# Bilan des FEI Patient

|           | 2012 | 2013 | 2014 | 2015(15/11) |
|-----------|------|------|------|-------------|
| FEI TOT   | 220  | 298  | 263  | 323         |
| CIRCUIT   | 103  | 74   | 91   | 113         |
| CIR % FEI | 46%  | 25%  | 34%  | 35%         |
| PATIENT   | 40   | 27   | 31   | 31          |
| PAT % CIR | 39%  | 36%  | 34%  | 27%         |

# FEI Patients 2015 (15/11)

| Déclaration d'erreur par le patient |                            |              |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------|
| Items                               | nb                         | %1           |
| Erreur de dosage                    | 2                          | 6.45 %       |
| Erreur de produit                   | 2                          | 6.45 %       |
| Produit en trop                     | 6                          | 19.35 %      |
| Produit manquant                    | 21                         | 67.74 %      |
| <b>total</b>                        | <b>31</b>                  | <b>100 %</b> |
| nombre d'enregistrements concernés  | 31 / 323 :<br><b>9.6 %</b> |              |



# PARCOURS DU PATIENT

**Diagnostic principal au moment du transfert ou de l'admission**  
Traitement en cours à chaque admission au centre Bois-Gibert

## 1- Hôpital A du 10/06 au 19/06

Traitement de sortie : => Traitement courrier Hop A au 19/06

*DEROXAT 20 mg, 1 le matin.*

*PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.*

*LIPANTHYL 200 mg le soir.*

*INEXIUM 40, 1 le soir.*

*TERCIAN 25 mg, le soir au coucher.*

*BISOPROLOL 2.5 mg, 1 le matin.*

*XATRAL 10 mg, 1 le soir qui sera à arrêter dans 10 jours.*

*KARDÉGIC 75, 1 le midi.*

*LOVENOX 0.8 ml, 1 matin, 1 soir.*

*PARACETAMOL 1 G toutes les 6 heures si douleur.*

**1<sup>ère</sup> admission suite à**  
**Pontage aorto-bifémoral**

## 2- Hôpital B : 19/06 au 23/06/2015

**Transfert pour douleur abdominale aiguë**

## 3- Hôpital A du 23/06 au 29/06

Traitement de sortie : => Traitement courrier Hop A au 29/06

*KARDÉGIC 75, 1 par jour.*

*PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.*

*XATRAL 10, 1 le soir.*

*BISOPROLOL 2.5, 1 le matin.*

*INEXIUM 20, 1 le soir.*

*FÉNOFIBRATE 160, 1 le matin.*

*TERCIAN 25, 1 le soir.*

*LOVENOX 0.7 ml, 2 x par jour jusqu'à 2 INR consécutifs entre 2 et 3.*

*Surveillance biologique rapprochée des INR et de la NFS.*

**Diagnostic retenu:**  
**Hématome rétro-péritonéal**  
**de traitement médical.**

## 4- Hôpital B : du 29/06 au 29/06

**Transfert pour syndrome infectieux**

## 5- Hôpital A du 29/06 au 07/07

Traitement de sortie : => Traitement courrier Hop A au 07/07

*AUGMENTIN 1 G, 3 x par jour à poursuivre jusqu'au 12/07/2015 inclus*

*KARDÉGIC 75, 1 par jour.*

*PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.*

*XATRAL 10, 1 le soir.*

*BISOPROLOL 2.5, 1 le matin.*

*INEXIUM 20, 1 le soir.*

*FÉNOFIBRATE 160, 1 le matin.*

*TERCIAN 25, 1 le soir.*

*LOVENOX 0.7 ml, 2 x par jour jusqu'à 2 INR consécutifs entre 2 et 3.*

*Surveillance biologique rapprochée des INR et de la NFS.*

**Diagnostic retenu:**  
**Pneumopathie**

## 6- Hôpital B : 07/07 au 12/07/2015

**Transfert pour douleur abdominale, déglobulisation et hypovolémie. Suspicion de récurrence d'hématome rétro-péritonéal.**

## 7- Hôpital A : 12/07 au ...

**Diagnostic retenu:**  
**Hématome caecal avec saignement actif et déglobulisation.**



# BILAN COMPARATIF DES TRAITEMENTS

## RELEVÉ DE BIOLOGIE

Patient : ... IPP : ...

Période : 06/07/15 09:28 - 07/07/15 20:00 Imprimé le 07/07/15 09:29

| Médicaments   | 07/07/15 18:00 | 07/07/15 12:00 | 07/07/15 09:29 | 07/07/15 08:37 | 07/07/15 08:36 | 06/07/15 18:45  | 06/07/15 13:29                                |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|---|
| <b>PO</b><br>Acide acétylsalicylique (ACET...<br>PO, 75 mg, 1x/jour (midi), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente                                  |                | 75 mg          |                |                |                | 75 mg Validé    |   |
| Alfuzosine (ALFUZOSINE LP (...<br>PO, 10 mg, = 1 cpr, 1x/jour (soir), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente à avaler sans croquer avec un ve...    | 10 mg          |                |                |                |                | 10 mg Validé    |   |
| Amoxicilline + Acide clavulan...<br>PO, Amoxicilline 1 000 mg, = 1 sachet(s), 3x/jour (matin, midi et soir), à partir du : 02/07/15 18:00:00, Statut pharmacie en attente | 1 000 mg       | 1 000 mg       |                |                |                | 1 000 mg Validé | 1 000 mg Validé                               |
| Associations de sels d'alumini...<br>PO, 1 sachet(s), 3 g, si besoin, 3x/jour en cas de : Diarrhée, à partir du : 02/07/15 16:06:00, Statut pharmacie en attente          |                |                | 3 g            |                |                | 3 g             | Dernière administration le : 04/07/2015 18:00 |
| Bisoprolol (BISOPROLOL MYL ...<br>PO, 2,5 mg, = 1 cpr, 1x/jour (matin), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente                                      |                |                |                |                |                | 2,5 mg Validé   |   |
| Cyamérazine (CYAMEMAZIN...<br>PO, 25 mg, = 1 cpr, 1x/jour (soir 18h), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente  | 25 mg          |                |                |                |                | 25 mg Validé    |   |
| Esoméprazole (ESOMEPRAZO...<br>PO, 20 mg, = 1 cpr, 1x/jour (soir), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente   | 20 mg          |                |                |                |                | 20 mg Validé    |   |
| Fluindione (FLUINDIONE (PRE...<br>PO, 20 mg, = 1 cpr, 1x/jour (soir), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente  | 20 mg          |                |                |                |                | 20 mg Validé    |   |
| Fénofibrate (FENOIBRATE (L...<br>PO, 160 mg, = 1 cpr, 1x/jour (matin), à partir du : 29/06/15 19:33:00, Statut pharmacie en attente                                       |                |                |                |                |                | 160 mg Validé   |   |
| Racécadotril (RACECADOTRIL ...<br>PO, 100 mg, = 1 gélule(s), si besoin, 3x/jour, en cas de : Diarrhée, à partir du : 02/07/15 16:06:00, Statut pharmacie en attente       |                |                | 100 mg         |                |                | 100 mg          | Dernière administration le : 07/07/2015 08:37 |

3 divergences

(+) LOVENOX  
(-) Sels d'alu...  
(-) RACECADOTRIL

Incohérent  
INR dans la cible  
et HBPM en cours

Cohérent

Absence d'HBPM  
et INR dans la cible

Traitement de sortie :

- AUGMENTIN 1 G, 3 x par jour à poursuivre jusqu'au 12/07/2015 inclus.
  - KARDÉGIC 75, 1 par jour.
  - PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.
  - XATRAL 10, 1 le soir.
  - BISOPROLOL 2.5, 1 le matin.
  - INEXIUM 20, 1 le soir.
  - FÉNOFIBRATE 160, 1 le matin.
  - TERCIAN 25, 1 le soir.
  - LOVENOX 0.7 ml, 2 x par jour jusqu'à 2 INR consécutifs entre 2 et 3.
- Surveillance biologique rapprochée des INR et de la NFS.

Traitement du courrier médical au 07/07/2015

Patient : ... IPP : ...

Demande d'impression de la grille

Dernier 100 Résultats Imprimé le 07/07/15 09:28

| Résultats de Laboratoire      | 06/07/15 15:15  | 06/07/15 08:00 | 03/07/15 08:00 | 02/07/15 18:00 | 02/07/15 08:00  | 01/07/15 08:00 |
|-------------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| <b>Hémostase</b>              |                 |                |                |                |                 |                |
| INR                           | 2,34 N          |                |                |                | 2,08 N          |                |
| Interpretation INR sous AVK   | Interpretati... |                |                |                | Interpretati... |                |
| <b>Bactériologie Standard</b> |                 |                |                |                |                 |                |

Relevé des biologies transmis par l'IDE

Relevé d'administration transmis par l'IDE



# BILAN COMPARATIF DES COURRIERS

1<sup>er</sup> RETOUR: 29/06/2015

Découverte au scanner abdomino-pelvien, d'un volumineux hématome rétro-péritonéal de 86/78/102 mm avec saignement actif provenant d'une artère circonflexe iliaque profonde gauche.

Après discussion médico-chirurgicale, indication à un traitement médical seul avec antagonisation des AVK par 10 mg de Vitamine K, transfusion de 2 culots globulaires.

L'évolution dans le service est favorable avec un bon rendement transfusionnel sans nouvelle déglobulisation permettant une reprise des AVK avec un relais par HNF puis LOVENOX curatif.

Le scanner de contrôle du 25/06/2015 retrouve une stabilité de son hématome rétro et sous péritonéal gauche sans saignement actif visible artériel ou veineux, discrète augmentation de l'épanchement intrapéritonéal par suffusion à travers les feuillets péritonéaux et épanchement pleural gauche de faible abondance.

Nous vous transférons Monsieur pour poursuite de la prise en charge.

## Traitement de sortie :

KARDÉGIC 75, 1 par jour.  
PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.  
XATRAL 10, 1 le soir.  
BISOPROLOL 2.5, 1 le matin.  
INEXIUM 20, 1 le soir.  
FÉNOFIBRATE 160, 1 le matin.  
TERCIAN 25, 1 le soir.  
LOVENOX 0.7 ml, 2 x par jour jusqu'à 2 INR consécutifs entre 2 et 3.  
Surveillance biologique rapprochée des INR et de la NFS.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

En vous remerciant de votre confiance.

Bien confraternellement.

**Insertion d'un paragraphe de suivi et d'une ligne de traitement sans actualisation par ailleurs.**

2<sup>nd</sup> RETOUR: 07/07/2015

Après discussion médico-chirurgicale, indication à un traitement médical seul avec antagonisation des AVK par 10 mg de Vitamine K, transfusion de 2 culots globulaires.

L'évolution dans le service est favorable avec un bon rendement transfusionnel sans nouvelle déglobulisation permettant une reprise des AVK avec un relais par HNF puis LOVENOX curatif.

Le scanner de contrôle du 25/06/2015 retrouve une stabilité de son hématome rétro et sous péritonéal gauche sans saignement actif visible artériel ou veineux, discrète augmentation de l'épanchement intrapéritonéal par suffusion à travers les feuillets péritonéaux et épanchement pleural gauche de faible abondance.

Alors que Monsieur venait d'être transféré de nouveau à Bois Gibert, survenue d'une hyperthermie à 39.4° avec frissons.

Il n'y a pas de point d'appel clinique infectieux ou de signes de sepsis sévère, l'angio-scanner réalisé retrouve une diminution discrète de l'hématome rétro et sous péritonéal gauche sans saignement actif artériel ou veineux ni signe de surinfection. On retrouve en revanche des foyers infectieux broncho-pulmonaires des deux bases pulmonaires favorisés par des troubles ventilatoires post-opératoires.

Les hémocultures réalisées sont négatives tout comme l'ECBU réalisé. Une antibiothérapie initiale par TAZOCILLINE et VANCOMYCINE a été débutée avec relais par AUGMENTIN dès le 3/07/2015 permettant une obtention d'une apyrexie et d'une régression du syndrome inflammatoire biologique.

A noter la survenue de diarrhées non glairo-sanglantes avec une recherche de Clostridium difficile négative d'évolution favorable sous traitement symptomatique et après remplacement de la TAZOCILLINE par de l'AUGMENTIN.

Nous vous transférons Monsieur pour poursuite de la prise en charge.

## Traitement de sortie :

AUGMENTIN 1 G, 3 x par jour à poursuivre jusqu'au 12/07/2015 inclus.  
KARDEGIC 75, 1 par jour.  
PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.  
XATRAL 10, 1 le soir.  
BISOPROLOL 2.5, 1 le matin.  
INEXIUM 20, 1 le soir.  
FÉNOFIBRATE 160, 1 le matin.  
TERCIAN 25, 1 le soir.  
LOVENOX 0.7 ml, 2 x par jour jusqu'à 2 INR consécutifs entre 2 et 3.  
Surveillance biologique rapprochée des INR et de la NFS.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

En vous remerciant de votre confiance.

Bien confraternellement.

# ANALYSE SYSTEMIQUE ET CREX URGENT LE 23/07/2015

Ci-dessous les deux étapes concernant l'hôpital A que nous avons identifiées  
=> Déclenchement d'une RMM sur l'hôpital A.

| DATE<br>HEURE              | FAITS   | ECARTS   |
|----------------------------|---|--|
| 07/07/2015 AM<br>Hôpital A | Courrier de 3ème admission "copié collé" de la 2 <sup>nde</sup> admission non vérifié.  | Traitement faux non vérifié divergent du relevé d'administration des traitements où ne figure pas l'HBPM. <b>ACC 1</b> |
| 07/07/2015 AM<br>Hôpital A | Relevé d'administration du traitement (sans HBPM) éditée le 07/07 à 09H29.<br>Pancarte de biologie éditée le 07/07 à 09h28 avec INR du 01/07 à 2,08 et INR du 06/07 à 2,34. | OK   |

# QUELLES SOLUTIONS POSSIBLES?

- Le relais Héparine/AVK est à risque hémorragique, le patient recevant deux anticoagulants simultanément. Cette situation à haut risque doit durer le moins longtemps possible. Le changement d'équipe médicale prenant en charge un patient dans une telle situation accroît le risque notamment sur la durée de la double anticoagulation si les informations sont manquantes, incomplètes ou fausses.
- Quelles sont les informations importantes minimales à transmettre dans le courrier médical, sur l'ordonnance des médicaments et l'ordonnance de biologie dans le cas d'un traitement AVK? (que ce soit lors d'un transfert ou à la sortie du patient)
  - En cas de relais Héparine/AVK en cours: date d'introduction de l'AVK.
  - Dernier INR à quelle date et sous quelle dose d'AVK.
  - Dernière modification de dose d'AVK et sa date.
  - Date du prochain contrôle INR prévu.
- En cas d'informatisation de la prescription, il est souhaitable de joindre une ordonnance éditée avec le logiciel de prescription du service. Pour un traitement AVK, faire figurer dans le courrier médical les informations ci-dessus pour optimiser le relais et réduire les risques.

# POINTS DE SECURITE AVK...

## Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)

**Faire contrôler l'INR 1 fois par semaine pendant trois mois, non à jeun, dans le laboratoire de votre choix.**

**INR : 2.21 le 25/06/2015 pour une cible entre 2 et 3 sous 40 mg de fluindione (2 cp de Previscan<sup>o</sup> 20mg) stable depuis le 19/06/2015. AVK même dose et prochain INR le 29/06/2015.**

Résultats à communiquer  
adaptation de la posologie



370100 539



10003743647

Clairance créatinémique 103 ml/min

**Cible INR entre 2 et 3.**

## Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)

- **FLUINDIONE (PREVISCAN) 20 mg, comprimé quadrisécable** – 2 comprimés le soir.
- **BISOPROLOL 2,5 mg, comprimé pelliculé sécable** – 1 comprimé matin et soir.
- **RAMIPRIL 5 mg, comprimé sécable** – 1 comprimé matin et soir.

**INR : 2.21 le 25/06/2015 pour une cible entre 2 et 3 sous 40 mg de fluindione (2 cp de Previscan<sup>o</sup> 20mg) stable depuis le 19/06/2015. AVK même dose et prochain INR le 29/06/2015.**

|

## Quelles sont les bonnes raisons d'organiser une conciliation médicamenteuse d'entrée?

- **Ne pas oublier un médicament essentiel** dans un parcours de soins, la pathologie actuelle n'effaçant pas les pathologies antérieures et ainsi **organiser la continuité médicamenteuse**.
- **Dépister les erreurs** liées aux transitions du parcours de soins.
- **Faire le lien avec un traitement pris et la pathologie actuelle: pharmacovigilance.**
- **Avoir une réflexion sur le bénéfice/risque de chaque médicament** à l'occasion de prescriptions supplémentaires. On peut faire un choix délibéré et concerté de simplification de traitement.
- **Impliquer tous les professionnels dans cette démarche** pour une sécurisation efficace et pragmatique en établissement de soins:
  - **Retirer les traitements personnels** pour éviter l'automédication pendant le séjour mais aussi en faire l'inventaire et ouvrir la discussion avec le patient sur ce sujet (infirmière).
  - **Récupérer les ordonnances dispensées** pour relever les spécialités que le patient a en sa possession et en discuter avec lui (infirmière et médecin).
  - **Etablir la prescription d'entrée** en possession de toutes ces informations en indiquant bien les divergences intentionnelles que les choix soient provisoires ou définitifs (médecin).
  - **Permettre au pharmacien d'émettre un avis** en comparant la prescription d'entrée et les traitements antérieurs (conciliation et analyse).

## Quelles sont les bonnes raisons d'organiser une conciliation médicamenteuse de sortie?

- **Le patient a besoin de savoir** la place des traitements antérieurs compte tenu de la prescription de sortie.
- Information de pharmacovigilance **si un traitement est dorénavant contre-indiqué ou déconseillé.**
- **Préciser les habitudes d'automédication inadaptée** par rapport aux traitements ou aux pathologies.
- **Reprendre un traitement habituel du patient** dont on a donné un équivalent pendant le séjour (contrainte du livret thérapeutique).
- **Cet échange est indispensable et doit être compris du patient tout simplement pour qu'il puisse être observant,** d'autant que les traitements sont modifiés.
- Si le patient ne comprend pas ou s'il pense qu'il s'agit d'un oubli, **il risque de mélanger des traitements antérieurs avec la prescription de sortie** ou ira voir son médecin traitant pour refaire une ordonnance s'il n'a pas confiance.
- Si la **conciliation de sortie écrite** en fin d'ordonnance se veut pragmatique pour le patient et le pharmacien, **le courrier de sortie doit motiver les choix faits**, le médecin traitant ayant besoin d'avoir un message clair sur les modifications effectuées pendant le séjour et leurs raisons.
- On a décidément tout a gagné à faire une conciliation à l'entrée, à la sortie mais aussi en cas de transfert !!!

# Quelles sont les bonnes raisons d'organiser une conciliation médicamenteuse de transfert?

- **Dépister ses propres erreurs...** et donc se protéger de soi même et de ses outils.
- **Aider l'équipe** qui va accueillir le patient transféré **à ne pas faire d'erreur** à son tour.
- Montrer que l'on a **conscience des risques permanents liés aux transitions du parcours de soins et la nécessité de les gérer.**
- Un document de liaison de type **relevé d'administration des traitements associé à l'ordonnance de traitement obtenu avec le même outil informatique** utilisé dans le service prenant en charge le patient est probablement la solution la plus sûre surtout lorsqu'on ne pratique pas la conciliation. Dans ce cas-là, il est préférable de s'abstenir de retranscrire le traitement dans le courrier en demandant de se référer à l'ordonnance et au relevé d'administration joints. **En revanche le courrier devrait mentionner le dernier INR, sa date, si la dose d'AVK a été modifiée et la date du prochain INR.**
- Tenter de se mettre à la place de l'équipe qui va recevoir le patient en se posant les questions: « Quelles sont les informations que j'aimerais bien avoir? Quelles sont les données évidentes pour moi qui risquent de ne pas l'être pour l'équipe recevant le patient? ».



# POUR CONCLURE...

DANS TOUTES CES DEMARCHES

**NECESSITE D'IMPLIQUER**

L'ENSEMBLE DES ACTEURS **DONT LES PATIENTS**

IMPORTANCE DU RÔLE DE LA **DIRECTION** DANS  
DES **CHOIX STRATEGIQUES MAJEURS**