



CENTRE HOSPITALIER  
DU SUD SEINE ET MARNE  
FONTAINEBLEAU • MONTEREAU-FAULT-YONNE • NEMOURS



# RETOUR D'EXPERIENCE PAQSS ET SUIVI DU PAQSS

**ML MAËSTRONI, Chef de service Pharmacie**  
**MC JEHANNO, Cadre supérieur de Santé Service**  
**Qualité**

Réunion OMEDIT bilan CAQES 2018  
4 décembre 2019



CENTRE HOSPITALIER  
DU SUD SEINE ET MARNE  
FONTAINEBLEAU • MONTEREAU-FAULT-YONNE • NEMOURS

## CENTRE HOSPITALIER SUD SEINE ET MARNE

- Un établissement regroupant 3 sites distants de 25 km
- 6 Pôles, 32 unités de soins et 5 EHPAD

NOMBRE DE LITS ET PLACES	CH SUD 77
MCO	508
SSRP/SSRG	130
PSY	98
USLD	59
EHPAD	476
HAD	50
<b>Total</b>	<b>1321</b>

# POLITIQUE D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

- Inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques de l'établissement avec un focus chez le sujet âgé, l'enfant et les populations à risque
- Six axes principaux :
  - Réaliser et garantir la mise à jour de la **cartographie des risques** du circuit du médicament
  - Améliorer la **gestion du traitement personnel**
  - Améliorer la prise en charge médicamenteuse chez le **sujet âgé**
  - Développer la pharmacie clinique
  - **Former** les professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses et la iatrogénie médicamenteuse
  - Développer la relation ville- hôpital notamment avec la mise à jours de **courriers de liaisons** d'entrée et de sortie

# UN PILOTAGE DU PROGRAMME ANNUEL DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

- **Deux RSMQPCM** -> 1 pharmacien et un praticien urgentiste
  - Avec l'appui de la Coordination Qualité et gestion des risques de l'établissement
  - Définissent annuellement en lien avec la direction et le président de CME le programme d'actions prioritaires, le calendrier et les indicateurs de suivi
- **Un comité de pilotage**
  - 3 réunions annuelles
  - Valide les orientations prioritaires annuelles du programme
  - Effectue un suivi semestriel du programme
  - S'appuie sur :
    - Un bureau Pec Med : 4 réunions minimum /an
    - Les apports de la COMEDIMS , du Comité anti infectieux
- **Un référent qualité identifié**

# CONSTRUCTION DU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA SECURITE DES SOINS SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE (1/2)

En 3 étapes

- **ANALYSE, PRIORISATION DES RISQUES ET DEFINITION DES ACTIONS AU REGARD :**
  - Organisation interne de pilotage du processus
  - Résultats des visites de certification V2014 -> obligation d'amélioration
  - Cartographie des risques
  - Exigence du CAQES
  - Bilan annuel des EI, plan d'action des analyses approfondies
  - Résultats des audits internes et /ou externe
  - Indicateurs de suivi et objectifs annuels
  - Ressources disponibles (matérielles, documentaire )

# CONSTRUCTION DU PROGRAMME (2/2)

## Structuration du programme

Risques classés dans des sous thèmes correspondant aux grandes étapes du circuit du médicament

➤ **Politique de sécurisation du circuit du médicament**

- Informatisation de la prise en charge médicamenteuse
- Organisation du circuit du médicament

➤ **Préparation, dispensation, stockage des médicaments dans les unités de soins**

➤ **Préparation, administration des médicaments dans les unités de soins**

➤ **Prescription et analyse pharmaceutique**

➤ **Formation**

• **Evaluation du programme:**

➤ Définition des modalités de suivi

➤ Définition des indicateurs de suivi

➤ Définition des objectifs annuels à atteindre

Extrait « Programme 2019 d'amélioration e la qualité et de la sécurité des soins sur la prise en charge médicamenteuse »

IPAQSS / IAS / HN associés/ RecoV2010	Priorité 2017 Thème secondaire Réf. du risque (CQ)	Libellé du risque	Priorité janvier 2019	Objectif(s)	Action d'amélioration	Pilote	Pôle(s) Service(s) concerné(s)	Site(s)	Début prévu	Échéance prévue x=annuel	Modalités de suivi (indicateurs)	Objectifs 2019
x Informatisation de la prise en charge médicamenteuse												
CAQES 2018	R1	Défaut d'informatisation de la prescription médicale	Risque prioritaire	Sécuriser la prise en charge médicamenteuse	Déployer un logiciel unique	Service informatique Direction	Tous	Nemours Montereau Fontainebleau	janv-18	déc.-20	Nombre de lits informatisés avec le logiciel unique par rapport au nombre de lits totaux	10% sur l'ensemble de l'établissement
					Mettre en place le logiciel Arcan pour les prescriptions au domicile	Service informatique /Médecin Coordonnateur HAD	Pôle médecine /UnitéHAD	Montereau	janv-17	déc-19	date de mise en place du logiciel	Logiciel mis en place en 2019
x Organisation du circuit du médicament												
RECO V2010	R2	Défaut d'évaluation des risques sur la prise en charge médicamenteuse	Risque faible	Evaluer les prestations fournies par la PUI aux différents services dell'établissement	Réaliser un audit de satisfaction des prestations de la PUI	Pharmacie	Transversal	Nemours Montereau Fontainebleau	oct-18	déc.-19	% de satisfaction avec rédaction des pistes d'amélioration	audit satisfaction réalisé en 2019
CAQES 2018				Evaluer la conformité du circuit des DMS	Réaliser l'audit ANAP sur les DMS	Pharmacie	pôle med/urgence pôle psychiatrie pôle gériatrie	Nemours Montereau Fontainebleau	avr-19	déc.-19	Respect de la mise en oeuvre du Calendrier prévisionnel	100% des services prévus audités
x Préparation, dispensation, stockage des médicaments pharmacie et unités de soins												
	R3	Risque d'erreur de dispensation	Risque à surveiller	Poursuivre la mise en conformité de la sécurisation du médicament (art 08 avril 2011)	Automatiser la dispensation nominative	Pharmacien	pôle med/urgence pôle psychiatrie pôle gériatrie	Nemours Montereau Fontainebleau	mars-18	déc.-20	Pourcentage de lits en dispensation nominative informatisée	20% des lits sur le site de Nemours
				Sécuriser la dispensation	Diminuer le risque d'erreur lors de la préparation et la distribution des médicaments	Poursuivre le déploiement de la dispensation nominative	Pharmacien	pôle med/urgence pôle psychiatrie pôle gériatrie	Nemours Montereau Fontainebleau	sept-14	déc.-20	Nombre de lits en dispensation nominative par rapport au nombre de lits totaux

## MISE EN ŒUVRE DU PLAN D' ACTIONS

- Partenariat pharmacie-Service Qualité : équipe identifiée et connue des professionnels
- Démarche participative d'appropriation de la culture qualité : implication des médecins, cadres de santé et référentes médicament des unités dans les audits
- Relais des informations sur le terrain et dans les instances par les deux RSMQPCM
- Mobilisation des équipes en dehors des périodes d'audit par des visites ciblées de terrain permettant :
  - les échanges avec les professionnels,
  - la remontée de problématiques
  - La remise en cause de l'organisation existante
  - L'amélioration progressive des pratiques



# Evaluation du programme audit des pratiques

- Contrôle de la conformité de la gestion des stupéfiants
- Conformité des prescriptions
- Gestion du traitement personnel
- Connaissance IDE sur les médicaments à risques
- Principes de préparation et d'administration des médicaments
- Visite annuelle armoires à médicaments
- Visite de risque prise en charge médicamenteuse
- Archimed

# Evaluation du programme

- Audit des pratiques

IFACGS / IAS / HN AssocM4/ RacV2010	Libellé du risque	Priorité janvier 2019 2018	Objectif(s)	Action d'amélioration	Pilote	Pôle(s) Service(s) concerné(s)	Site(s)	Début prévu	Échéance prévue x-annuel	Échéanc e réelle	Modalités de suivi (indicateurs)	Objectifs 2018	Résultats décembre 2018	Bilan décembre 2018
	Erreur médicamenteuse due à une prescription non conforme	Risque à surveiller	Diminuer les erreurs de prescription	Evaluer la conformité de la prescription hors AMM, hors RTU des médicaments	Pharmacien	Tous	Nemours Montereau Fontainebleau	févr-18	déc.-18	mars-18	Audit de dossiers sur les prescriptions hors AMM /hors RTU des médicaments de la liste en SUS	90%de conformité	réalisé en mars 2018 90% de conformité (11% d'initiation de traitement hors référentiel)	Finalisé 2018
Poursuivre la mise en conformité de la sécurisation du médicament (art 06 avril 2011)			Evaluer la conformité de la prescription des MHR	Pharmacien	Tous	Nemours Montereau Fontainebleau	avr-18	déc.-18		Audit sur une classe de médicament à risque	80% de conformité	prévu au second semestre 2018 non réalisé	non initié	
Sécuriser l'administration médicamenteuse			Evaluer la conformité de la prescription	Service Qualité/ Pharmacie	Tous	Fontainebleau	Janv-18	déc-18	mars-08	Audit sur la sécurisation de l'administration des médicaments : Pourcentage de prescriptions	80% de conformité	Audit mars 2018 : nom du médicament :99% dosage 99% voie :97% fréqenc des prise :98%	Finalisé 2018	

# Evaluation du programme

- Ex audit clinique: partenariat pharmacien –réfèrent anti-infectieux
  - 2017 Evaluation de l'antibiothérapie 48-72h
  - 2016 Infection bactériémie 2016
  - 2018-2015 Infection urinaire et réévaluation
  - 2015 Audit bon usage des carbapenems
  - 2014 Audit PAC

IFACS / IAS / IN associés/ RaccV2010	Libellé du risque	Priorité janvier 2019 2018	Objectif(s)	Action d'amélioration	Pilote	Pôle(s) Service(s) concerné(s)	Site(s)	Début prévu	Échéance prévue x=annuel	Echéance réelle	Modalités de suivi (indicateurs)	Objectifs 2018	Résultats décembre 2018	Bilan décembre 2018
	Défaut de réévaluation objectivée de l'antibiothérapie	risque à surveiller	Respecter les bonnes pratiques en matière d'antibiothérapie	Sensibiliser les acteurs au bon usage des antibiotiques lors de la restitution des consommations en COMEDIMS /CAI	COMEDIMS/CAI	Tous	Nemours Montereau Fontainebleau	mars-17	déc.-18		Comptes rendus COMEDIMS/CAI Nombre de séances de formations	4 séances de formation et 3 CAI audit sur la réévaluation des antibiotiques	Formation des prescripteur le 22 janvier 2018 par le CAI sur: les méningites à Méningocoque, recommandations pour la prise en charge d'une infection invasive à Méningocoque, Actualités des infections Invasives à Méningocoque	en cours
				Evaluer la présence dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h et 7jours	COMEDIMS/CAI	Tous	Nemours Montereau Fontainebleau	janv-17	avr-18		Taux de conformité	70% de conformité	Nouvelle évaluation prévue au second semestre 2018 Audit prévu 1 er trimestre 2019 sur dossiers 2018, (fiche EPP)	en cours

**Dossier audité N° :**

Nom :

Age :

Nom de l'évaluateur :

**Service :**

Prénom :

Sexe :  M  F

Nom praticien du Service :

NA = Non applicable, NT= Non tracé

Critères : Intitulés complets	Aide au remplissage	Libellés Réponses attendus
C-3bis - ALLERGIE AUX PENICILLINES		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NT
C4- Présence d'au moins un facteur de risque	<p><b>Les facteurs de risques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge &gt; 65 ans,</li> <li>• Insuffisance cardiaque congestive, maladie cérébrovasculaire, rénale ou hépatique, BPCO, immunodépression, drépanocytose homozygote, antécédent de pneumonie bactérienne, diabète décompensé, hospitalisation dans l'année, tabagisme, alcoolisme, trouble de la déglutition, néoplasie associée</li> <li>• Conditions socio-économiques défavorables, inobservance thérapeutique prévisible ; isolement notamment chez les personnes âgées vie en institution</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NT
C10- traçabilité de l'analyse de la réévaluation de l'antibiothérapie 48h-72h		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NT
C11- En cas d'absence d'amélioration, l'attitude est conforme (radio de contrôle, avis spécialisé, adaptation aux résultats microbiologiques).		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NT

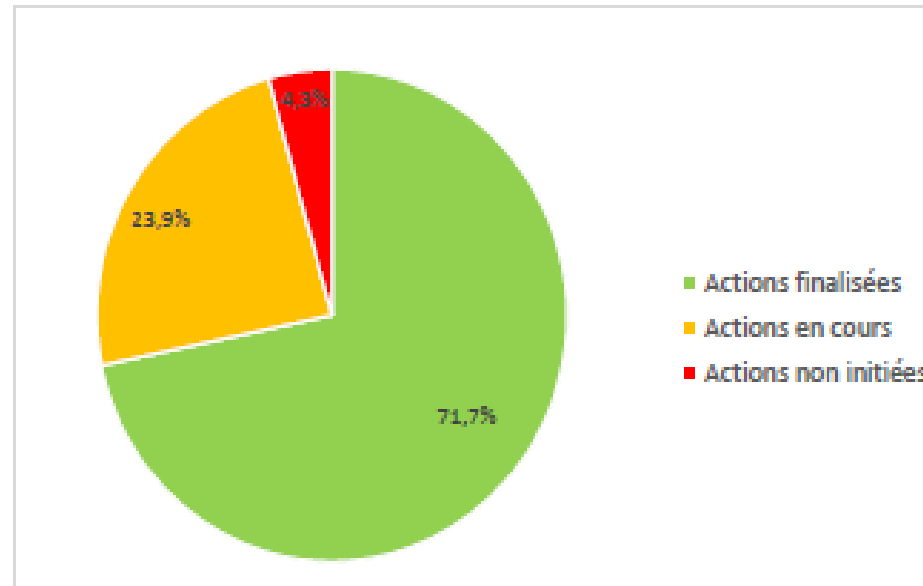
# BILAN DU PROGRAMME

IFACQS / IAS / IAN AssocMaf/ RecuV2010	Libellé du risque	Priorité janvier 2019 2018	Objectif(s)	Action d'amélioration	Pilote	Pôle(s) Service(s) concerné(s)	Site(s)	Début prévu	Échéance prévue x-annuel	Échéanc e réelle	Modalités de suivi (indicateurs)	Objectifs 2018	Résultats décembre 2018	Bilan décembre 2018
Obligations d'améliorati on V2014				Sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques de préparation des piluliers (absence de découpage des plaquettes, traitement personnel à intégrer au pilulier)	Cadre des unités chef de pôle de chirurgie	Tous	Fontainebleau	juin-17	juin-18	oct-18	Audit de conformité des piluliers	80% de conformité	<b>Audit mars 2018 :</b> 91% conformité concernant la présence de la date de péremption sur plaquettes 87% conformité concernant la présence numéro de lot sur les plaquettes	Finalisé 2018
Obligations d'améliorati on V2014				Tracer l'administration de la prémédication sur le même support que la prescription	cadres des unités	Consultation d'anesthésie service de chirurgie	Fontainebleau	juin-17	déc-18	juin-18	Audit sur la prescription/admi nistration	Support unique d'anesthésie intégrant la prémédication et la traçabilité de l'administration	Traçabilité de l'administration réalisée sur le même support que la prescription : Audit juin 2018: 82% de conformité	Finalisé 2018

# BILAN DU PROGRAMME

Centre Hospitalier du Sud Seine-et-Marne

BILAN DU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS  
PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE 2018



BILAN ACTIONS PAQSS 2018			
Actions prévues	Actions finalisées	Actions en cours	Actions non initiées
46	33	11	2
	71,7%	23,9%	4,3%

# EXPÉRIENCES ACQUISES

## ➤ Outil de pilotage doit être :

- Pragmatique et réalisable
- précis, compréhensible par tous les acteurs
- Lisible pour les instances qui peuvent être concernées par la mise en œuvre du plan d'action

## ➤ Pour les pôles :

- Outil de pilotage avec des objectifs et indicateurs précis
- Permet une implication pluri professionnelle
- Meilleure réactivité des différents acteurs
- Initie une démarche d'amélioration continue

Merci de votre écoute