

OMEDIT NORMANDIE

Comité technique N°1

« Management de la qualité, sécurité, gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse »

Jeudi 18 Mai 2017

Ordre du jour

- **Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation (5 min)**
- **Présentation des outils sensibilisation/formation OMEDIT : (20 min)**
 - Serious game SIMERROR , interruption de tache, autres outils
- **Audit du CBU (20 min):**
 - analyse pharmaceutique 10
 - couple analyse pharmaceutique 5
 - enquête PUI 5
- **Certification/IPAQSS PECM et lettre de liaison(15 min)**
- **Audit croisés (5 min)**
- **Questions diverses (15 min) : Slogan**
- **Table ronde : retour sur les thématiques de travail souhaitées par les professionnels (40 min)**

- Fusion des OMEDIT ex BN et ex HN en 1 seul OMEDIT
- 2 antennes : 2 coordonnateurs et une équipe
 - Caen : Céline Bouglé, Camille Castel
 - Rouen : Doreya Monzat, Marie Lefebvre-Caussin, Jennifer Plé, Siham Rekbi



Qu'est-ce que l'OMEDIT ?

Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques

- ▶ **Structure régionale d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique** placée auprès de l'ARS
 - Décret n°2005-1023 du 24 août 2005 mais nouveau décret attendu en 2017
- ▶ **Outil d'expertise scientifique objectif, indépendant et neutre** auquel participent les différents professionnels de la région (acteurs du bon usage)
- ▶ **Animateur d'une politique régionale** coordonnée de bon usage des produits de santé et de bonnes pratiques
- ▶ **Champ d'intervention : hôpital, ville, médico-social (parcours patient)**

Quelles sont les missions de l'OMEDIT ?

- ▶ **Contribuer à l'animation du réseau des professionnels de santé, à la diffusion de l'information sur le bon usage des médicaments notamment des antibiotiques et des DM et à la formation des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire**
- ▶ **Observer, suivre et analyser les pratiques de prescription des médicaments et des dispositifs médicaux**
- ▶ **Renforcer le management de la qualité & de la sécurité de la PECM et du circuit des DM ainsi que sa mise en œuvre opérationnelle**
- ▶ **Aider à la contractualisation auprès de l'ARS**
 - ▶ Contrats de bon usage des médicaments produits et prestations (CBUMPP)
 - ▶ Contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)

Quelle organisation ?

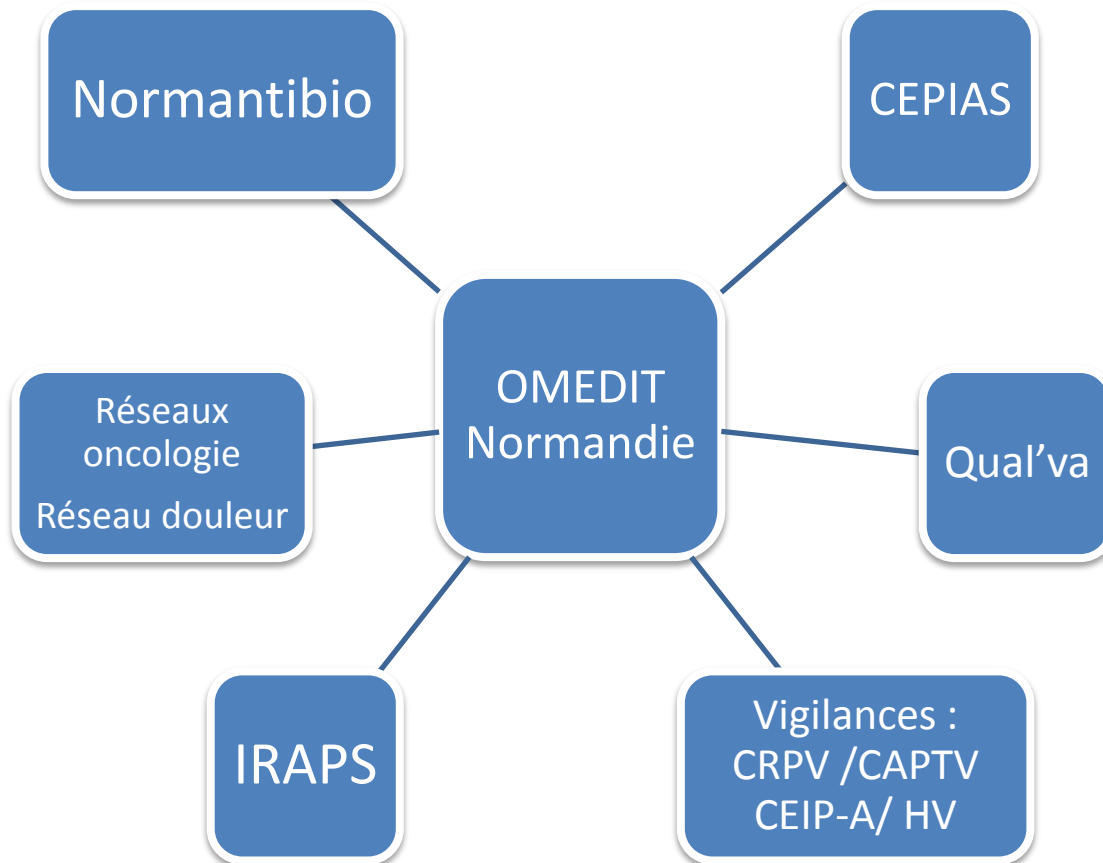
- 1 comité régional stratégique (définition politique)
 - Représentants de fédérations hospitalières (FHF, FHP, FNLCC, FNEHAD, FEHAP, dialyse, PSY, SSR), des URPS médecins, pharmaciens et IDE, du CRPV, des usagers, de l'ARS, de l'AM, d'universitaires □ 1 président
 - 1 bureau
 - 1 cellule de coordination
- Des comités techniques (opérationnels) : **331 professionnels volontaires !**



7 Comités techniques

- Répartition des professionnels par CT
 - **CT1 Management PECM : 79 membres (18/05)**
 - CT2 Lien ville/hôpital : 60 membres (16/03)
 - CT3 Personne âgée : 73 membres (01/06)
 - CT4 Pédiatrie-Néonatalogie : 12 membres (21/03)
 - CT5 Innovation (cancérologie et hors cancérologie) : 36 membres (14/03)
 - CT6 Anti-infectieux en lien avec Normantibio : 45 membres (04/04)
 - CT7 Dispositifs médicaux : 26 membres (22/06)
- 2 à 3 fois par an par thématique
 - en visioconférence entre Caen et Rouen et
 - en présentiel sur Caen et Rouen : sous-groupes de travail

Les articulations



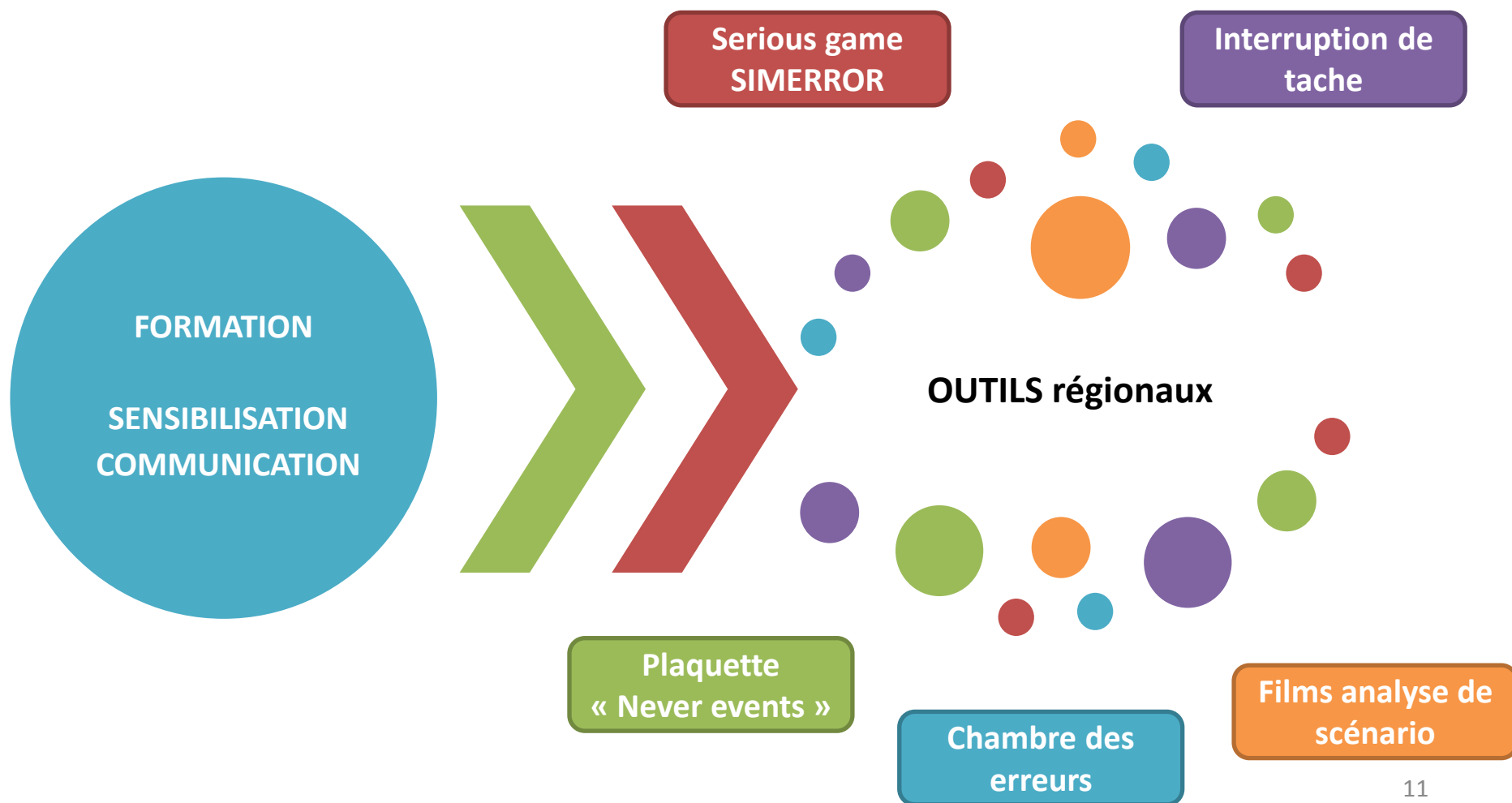
Communication

- ▶ Site internet : www.omedit-normandie.fr
- ▶ Newsletter
- ▶ Journée annuelle (en préparation)

Ordre du jour

- Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation
- **Présentation des outils sensibilisation/formation OMEDIT :**
 - Serious game « SIMERROR » , interruption de tache, autres outils
- **Audit du CBU :**
 - analyse pharmaceutique
 - couple analyse pharmaceutique
 - enquête PUI
- Certification/IPAQSS relatifs à la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Audit croisés
- Questions diverses : Slogan,
- Table ronde : retour sur les thématiques de travail souhaitées par les professionnels (40 min)

Quelles actions pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ?



OUTILS régionaux

Films analyse de
scénario

- Et si on mettait en scène nos erreurs ?



Plaquette
« Never events »

- Les never events c'est dans la poche !



Chambre des 7
erreurs

- La chambre des 7 erreurs



Partenaires : ARLIN , Ciss HN, CRPV de Rouen, CHU de de Caen et Rouen, le groupement des cliniques privés Manche et Orne, la Polyclinique de la Baie, le CH de Lisieux, CH de Vire, le CH de Falaise et le CH de Flers, l'EHPAD de Bretteville sur Laize,

Serious Game

Interruption de tâches lors de l'administration des médicaments

Projet HAS

GT régional sur les interruptions de tâches

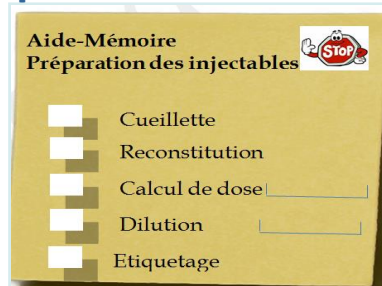
- Sollicitation HAS via OMÉDIT pour accompagner 2 ES référents sur IT lors de l'**administration des médicaments**
- Décision OMÉDIT d'accompagner sur même méthodologie les autres ES volontaires de Normandie :
 - 30 établissements volontaires / 49 professionnels dont la coordonnatrice régionale d'hémovigilance et sécurité transfusionnelle, la conseillère technique et pédagogique ARS, la coordonnatrice de Qual'Va
 - Groupe de travail mis en place le 30 mars 2017
 - Accompagnement des ES sur 18 mois (mars 2017 à novembre 2018)
 - Mise à disposition sur site OMÉDIT de la méthodologie, d'un guide, d'une boîte à outils (sensibilisation, état des lieux, actions permettant de prévenir les IT, la récupération de la tâche)
 - [Lien vers la page dédiée](#)

Le guide et la boîte à outils

- Des actions de sensibilisation ➔ avec **le film pédagogique, la BD, cas d'événement indésirable**
- Des actions pour un état des lieux ➔ **le kit d'audit** comprenant une grille d'observation, une fiche de débriefing en équipe, une fiche d'échange avec le patient
- Des actions permettant de prévenir ➔ **focus illustration avec des outils d'aide au repérage** d'un professionnel exerçant une tâche à risque



- Des actions permettant la récupération de la tâche ➔ **focus illustration check-list, Mémo**



Ordre du jour

- Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation
- Présentation des outils sensibilisation/formation OMEDIT :
 - Serious game SIMERROR , interruption de tache, autres outils
- **Audit du CBU (30 min):**
 - analyse pharmaceutique 10
 - couple analyse pharmaceutique 5
 - enquête PUI 10
- Certification/IPAQSS PECM et lettre de liaison(15 min)
- Audit croisés (15 min)
- Questions diverses 15 min: Slogan,
- Table ronde : retour sur les thématiques de travail souhaitées par les professionnels (40 min)

Enquête régionale analyse pharmaceutique 2016

Comité technique management de la prise en charge médicamenteuse

Doreya MONZAT
Siham REKBI



Contexte et présentation de l'enquête

- Audit obligatoire dans le cadre du Contrat de Bon Usage des Médicaments, Produits et Prestation CBUMPP
- Grille d'audit comprenant 44 items explorés en 4 grandes parties :
 - temps dédié à l'analyse
 - logiciel d'analyse
 - modalités de l'analyse
 - conciliation

Rappels et bilan indicateurs CBU pour les établissements répondeurs

Indicateurs nationaux de l'informatisation de la pec thérapeutiques du patient

- IN1 : Taux de lits et places MCO bénéficiant d'une prescription complète informatisée avec saisie systématique dans le service de soins.
- IN 2 : Taux de lits et places totaux bénéficiant d'une prescription complète informatisée et saisie dans le service de soins.
- En moyenne sur l'étude IN1m = 77% et IN2m = 86%

Indicateurs régionaux de l'analyse pharmaceutique

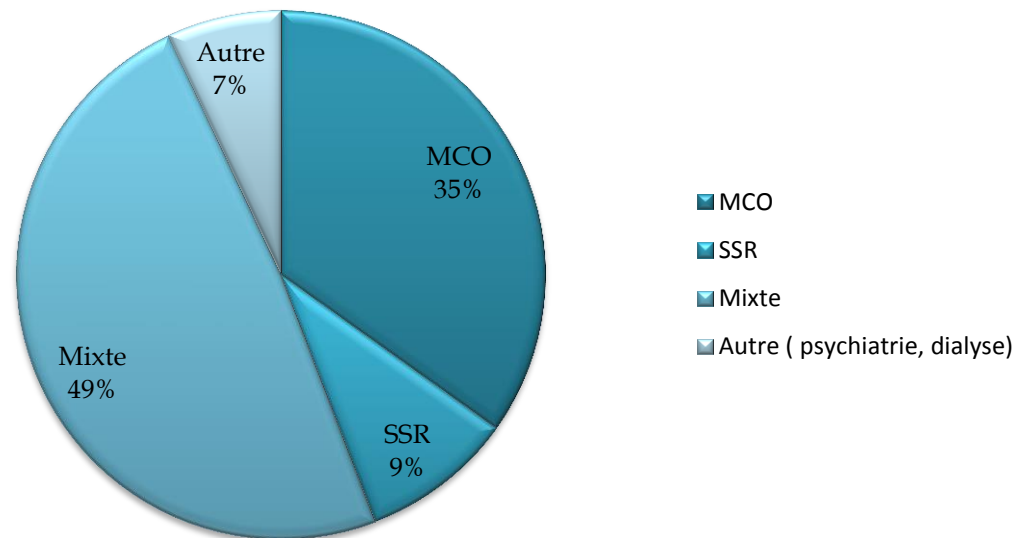
- IN3 : Taux de lits et places MCO bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient.
- IN4 : Taux de lits et places totaux bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient.
- En moyenne sur l'étude IN3m = 71 % et IN4m = 81%

Bilan analyse pharmaceutique ex BN

- Sur 49 REA analysés sur 2016
 - 31 MCO
 - 2 dialyse
 - 5 HAD autonomes
 - 11 SSR, Santé mentale
- Pourcentage de lits disposant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient en lien avec le dossier médical
 - 2 ES n'ont pas les pré-requis : Outils d'aide à l'analyse pharmaceutique mis à disposition des pharmaciens. Accès des pharmaciens aux données cliniques et biologiques des patients.
 - 8 ES ont un taux < 25% des lits
 - 39 ES ont un taux > 25% des lits

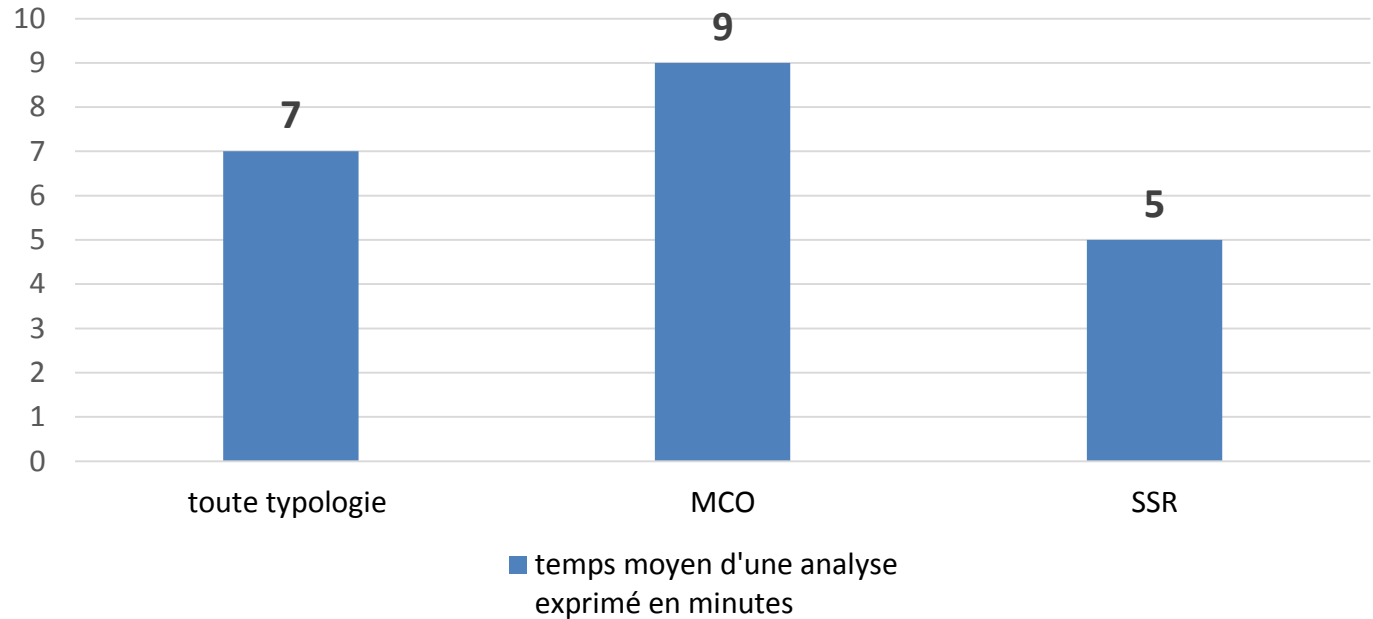
Taux de réponse et répartition par typologie d'établissement

- 43 établissements répondeurs sur 44 interrogés
- (taux de réponse= 98%)



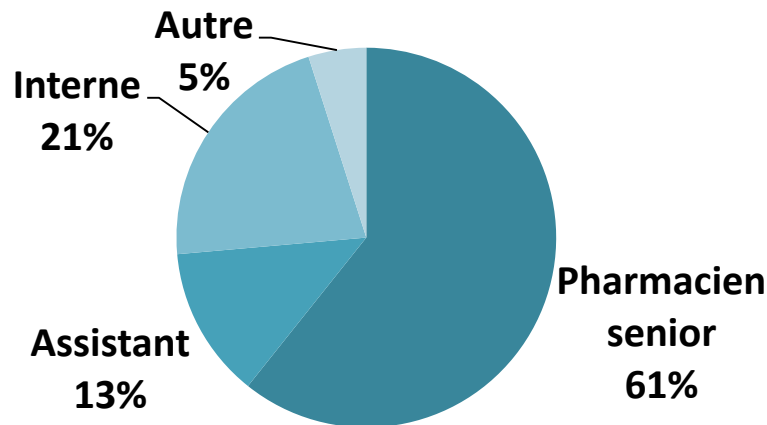
Moyens disponibles pour l'analyse pharmaceutique

Evaluation du temps moyen d'analyse



Répartition du temps humain effectif dans l'équipe pharmaceutique

En moyenne, 0.3 ETP pour 100 lits.



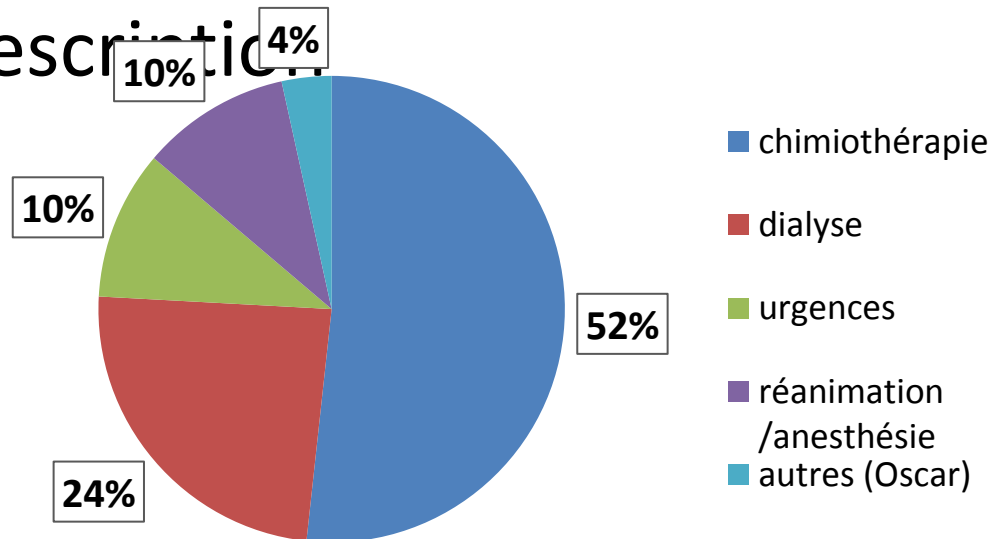
Dans 55 % des établissements, l'activité est maintenue en cas d'absence du pharmacien

Logiciels métiers de prescription

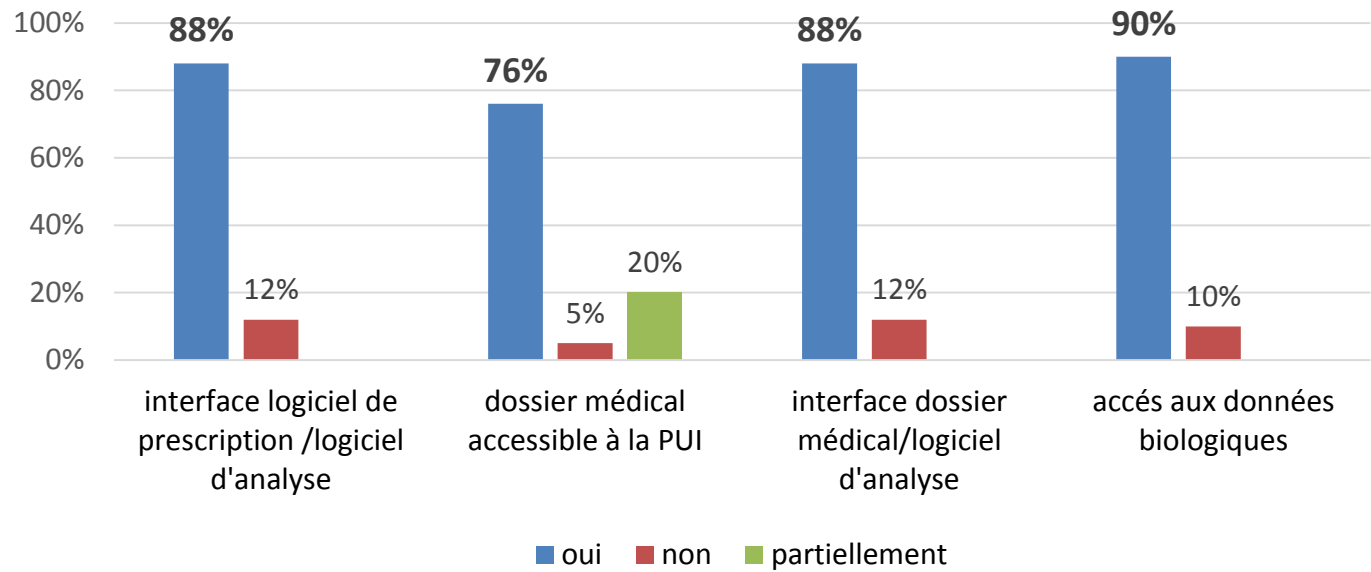


- 47 % des établissements disposent d'un autre logiciel métier de

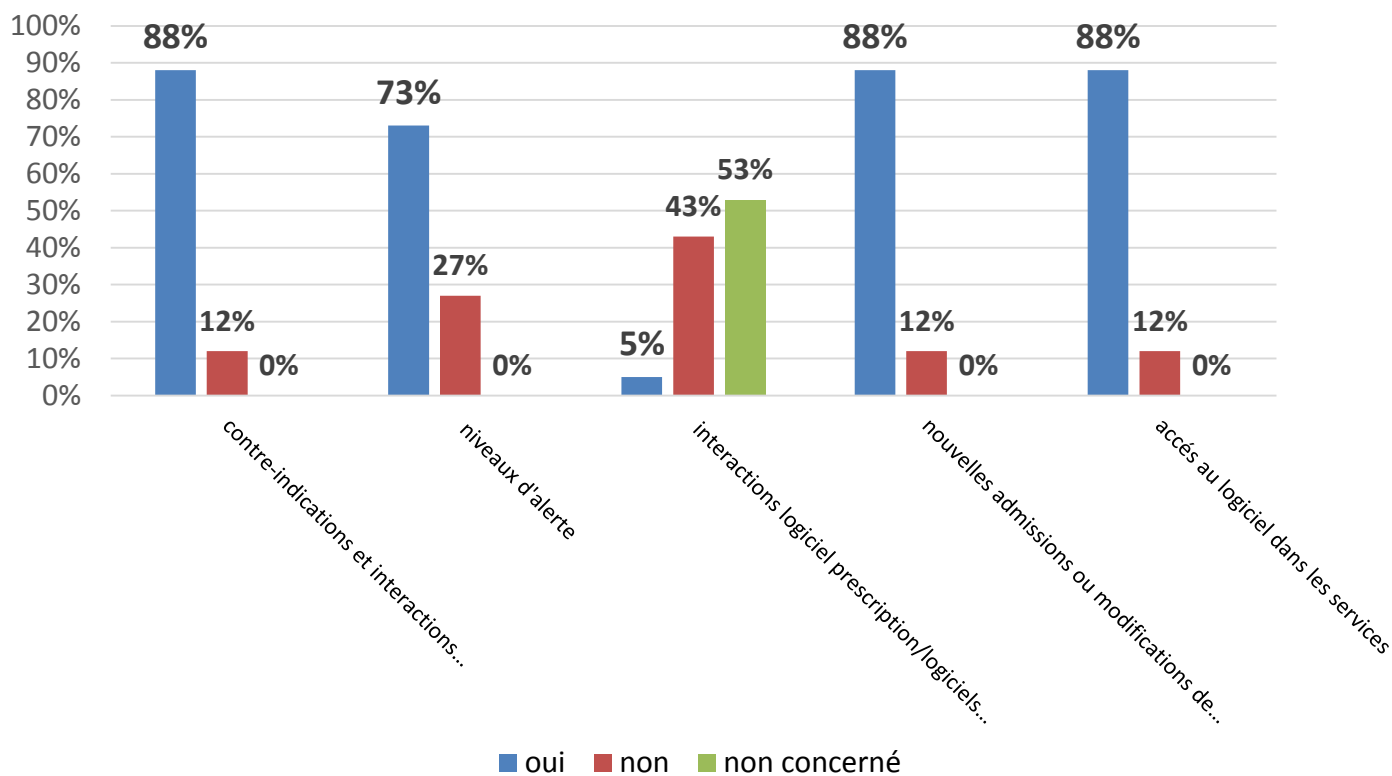
Repartition des logiciels métiers de prescription



Logiciels et interfa



Fonctionnalités du logiciel

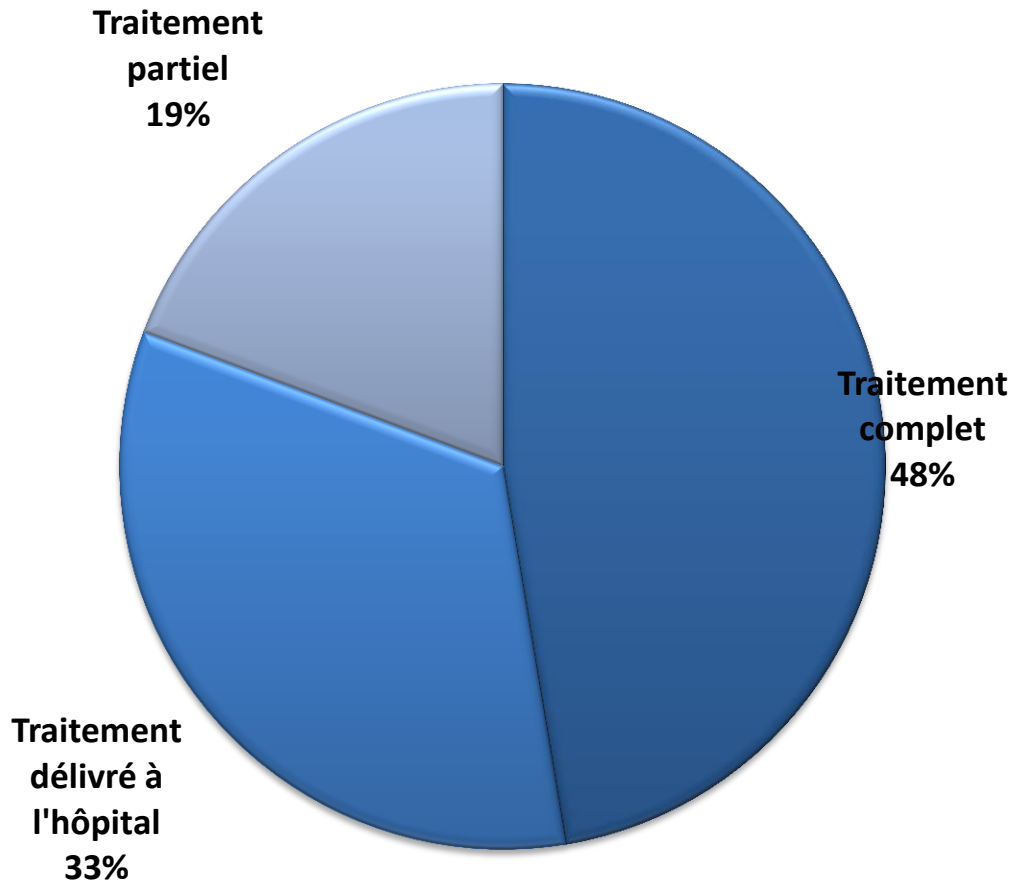


Comment est réalisée l'analyse
pharmaceutique?

Rappel : Indicateurs régionaux de l'analyse pharmaceutique

- **Indicateurs régionaux de l'analyse pharmaceutique**
- IN3 : Taux de lits et places MCO bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient.
- IN4 : Taux de lits et places totaux bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient.
- En moyenne sur l'étude IN3m = 71 % et IN4m = 81%

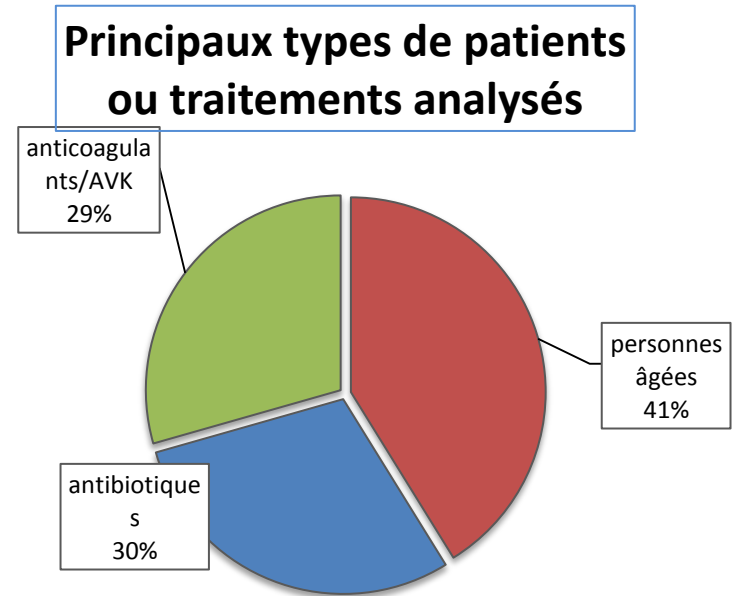
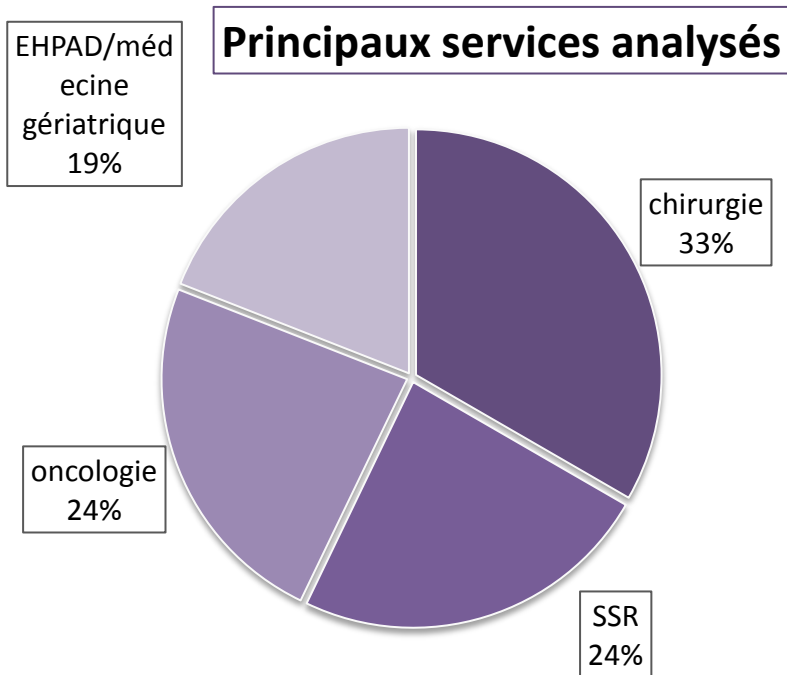
Répartition du type d'analyse



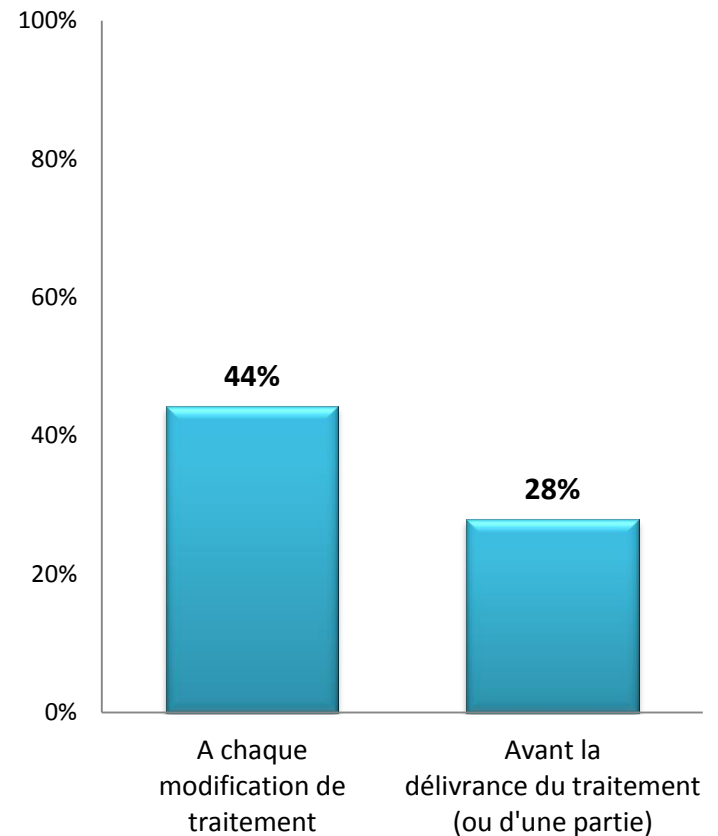
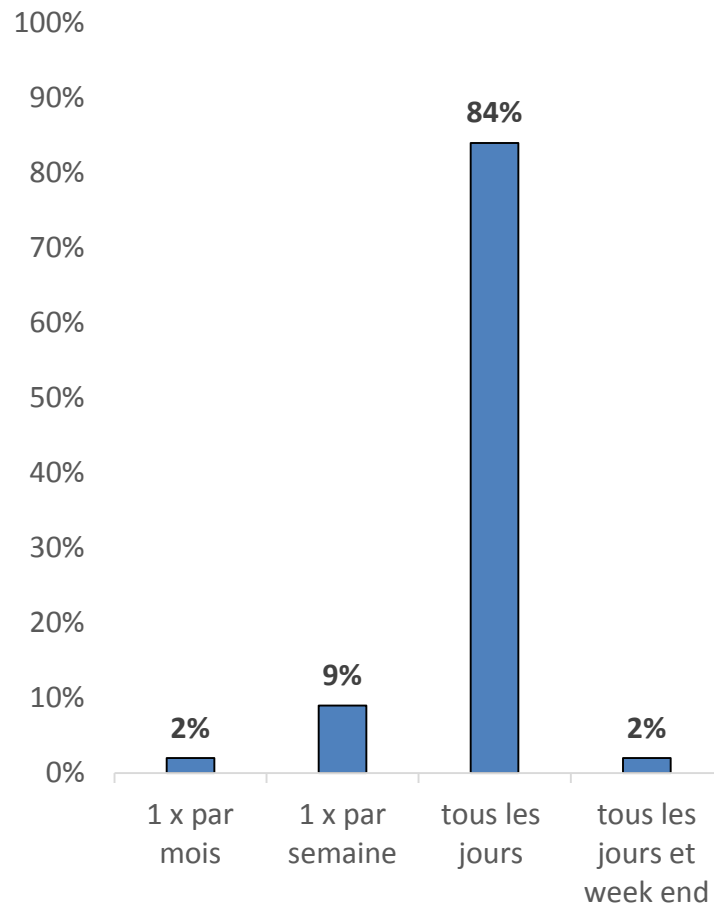
Le traitement complet inclut le traitement personnel, les prescriptions de chimiothérapie et de dialyse...

Le traitement partiel correspond uniquement au traitement spécifique type dialyse, chimiothérapie, antiinfectieux, MDS, stupéfiants...

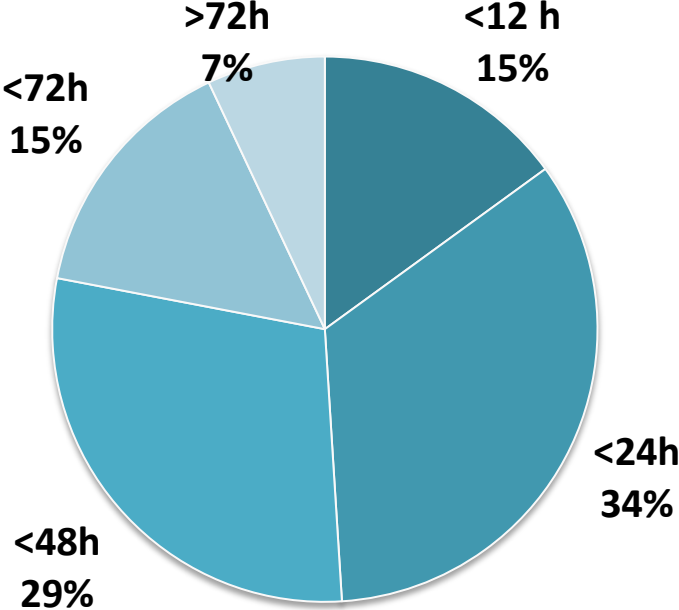
Analyse partielle



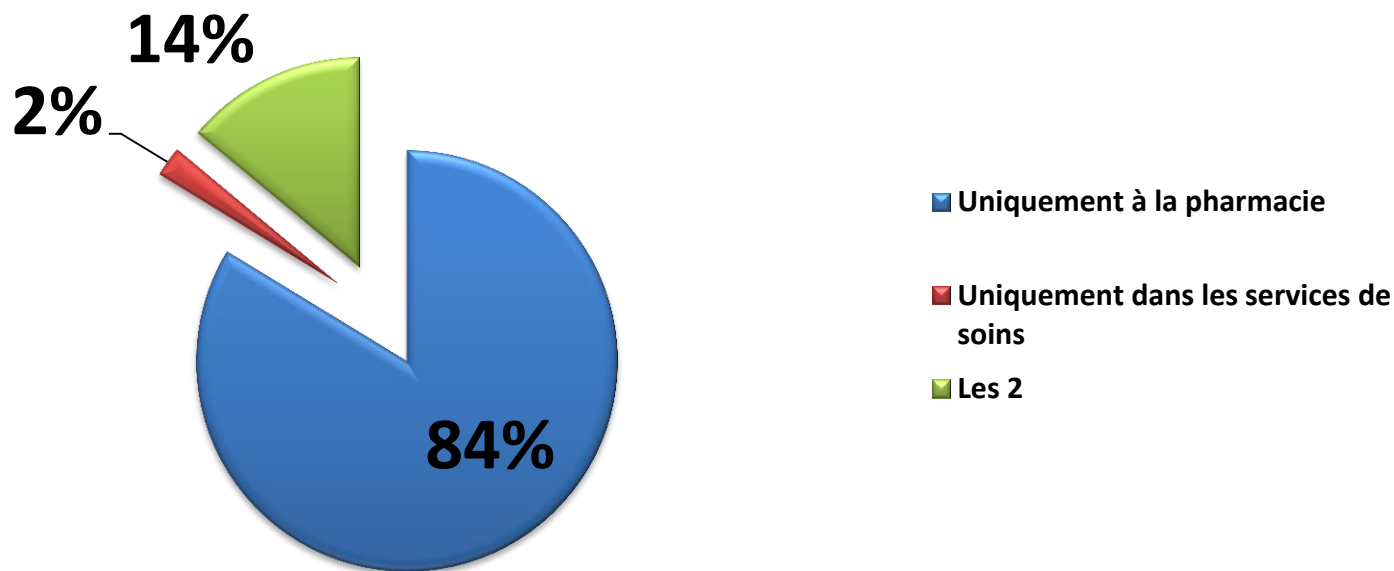
Fréquence/rythme d'analyse



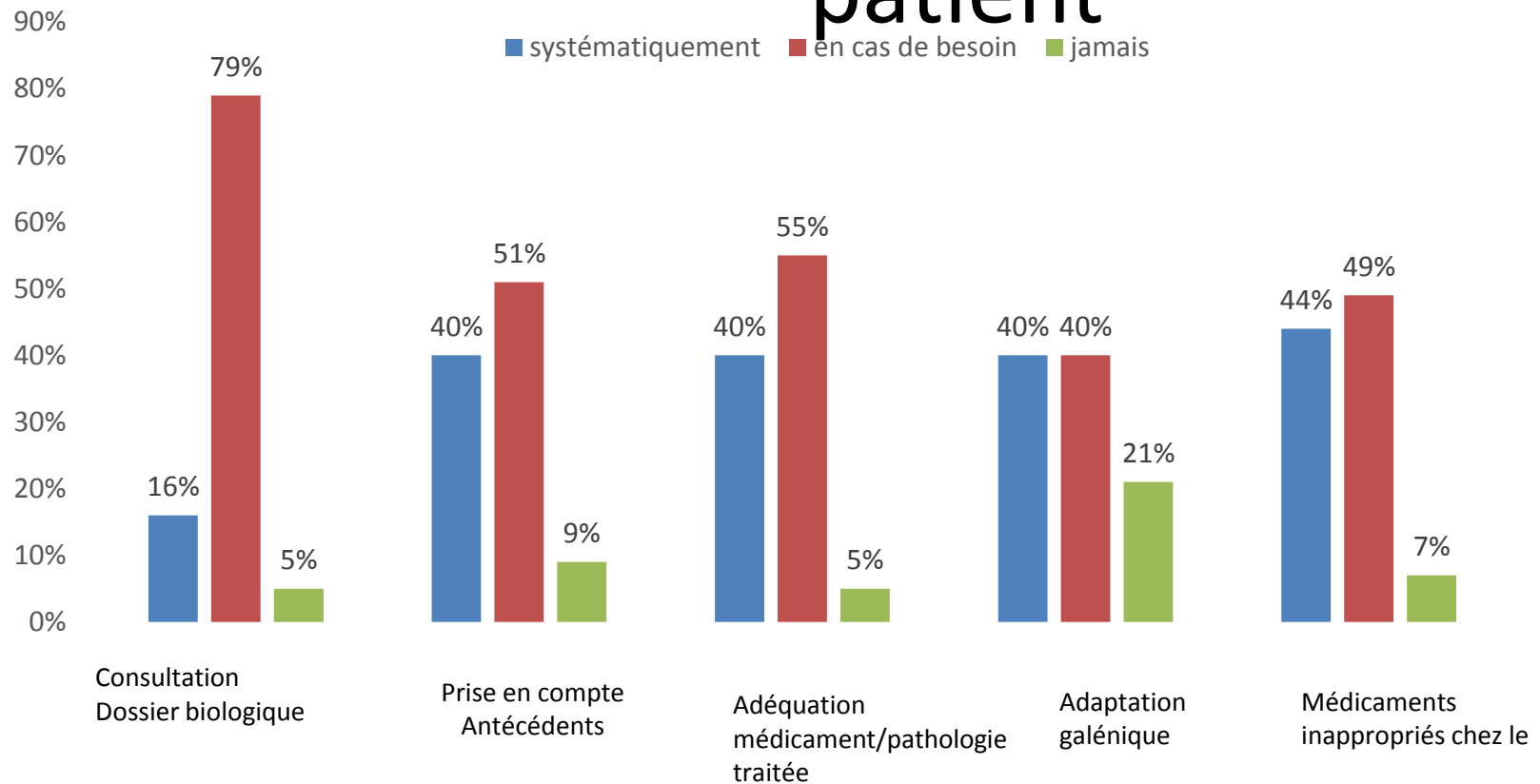
Analyse a posteriori : délai moyen entre la délivrance et l'analyse



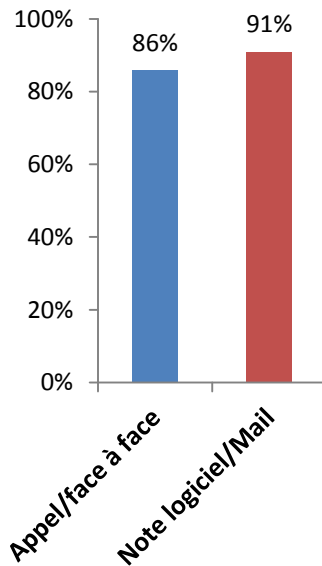
Lieu de l'analyse pharmaceutique



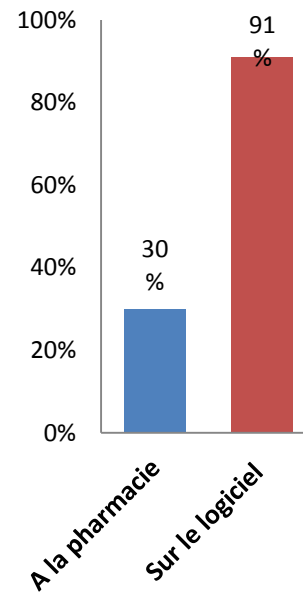
Analyse pharmaceutique en lien avec les informations patient



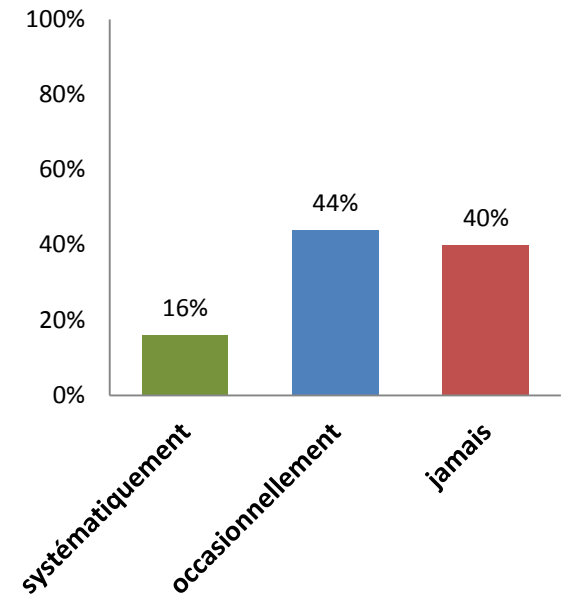
Interventions pharmaceutiques: type, traçabilité et impact clinique



Type

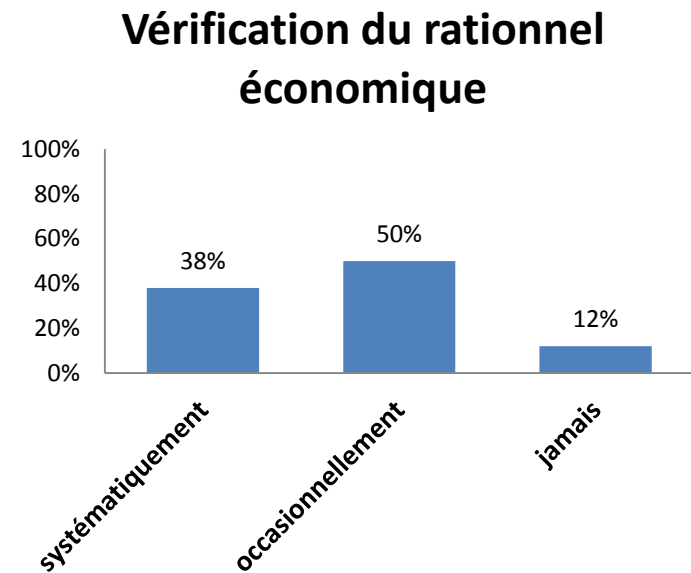
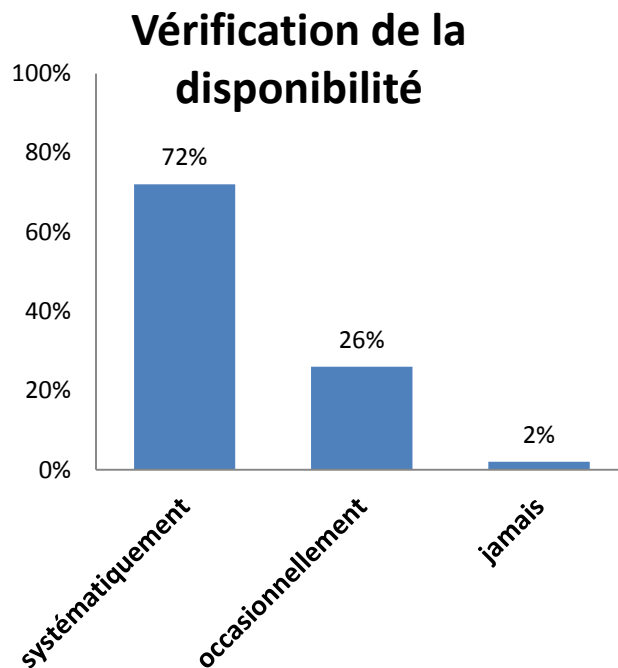


Traçabilité

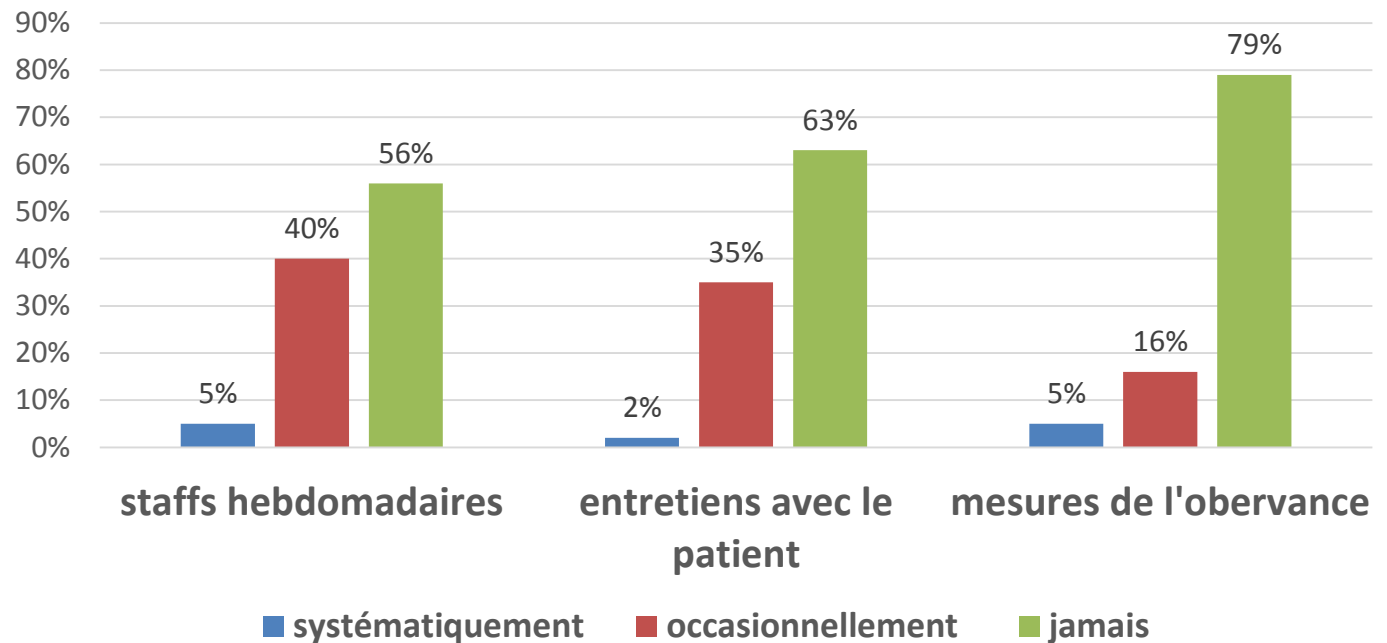


Impact clinique

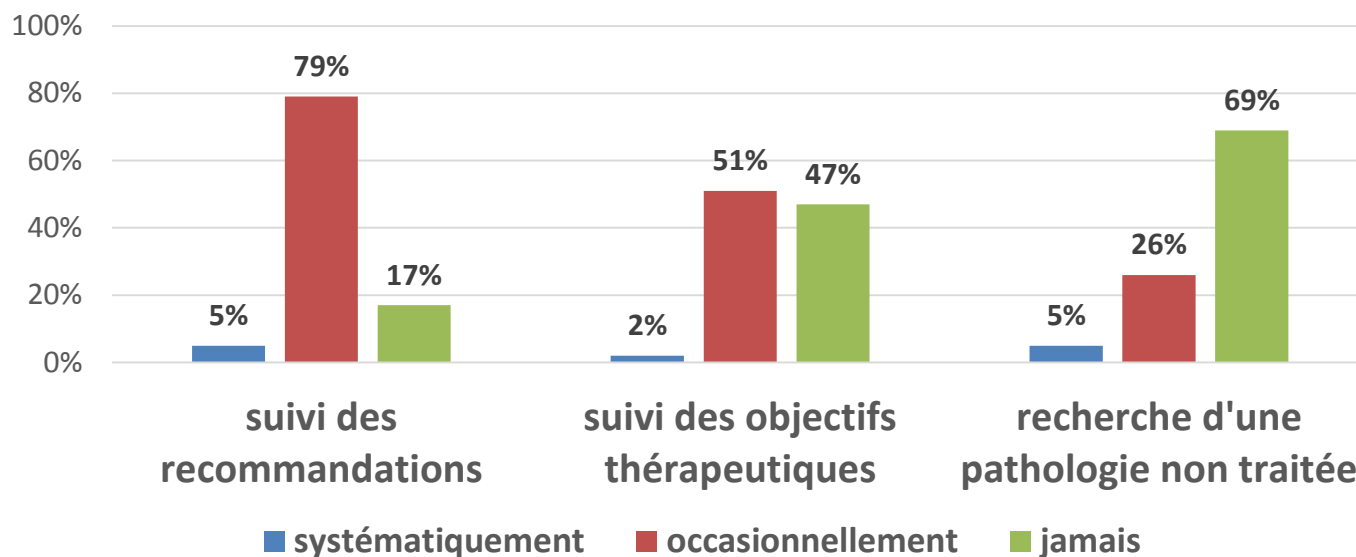
Disponibilité des produits et rationnel économique



Aspects cliniques de l'ar



Suivi des recommandations, objectifs thérapeutiques et recherche de pathologie non traitée





La conciliation

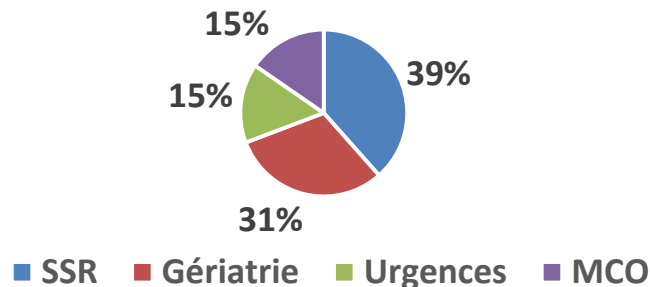
Lien ville-hôpital

Place de la conciliation et populations cibles



- La conciliation est intégrée à 44% dans les établissements. Dans 83% des cas, elle cible certains services

Principaux services ciblés

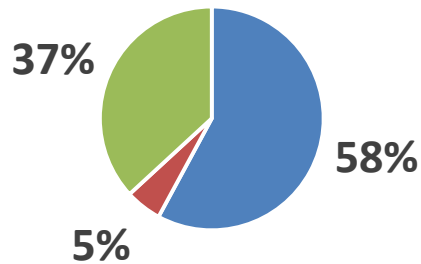


De manière générale, la conciliation cible la population gériatrique, considérée comme la plus à risque.

Dans les établissements qui ne l'ont pas mise en place, 55% envisagent de le faire.

Modalités de la conciliation et place du personnel non pharmaceutique

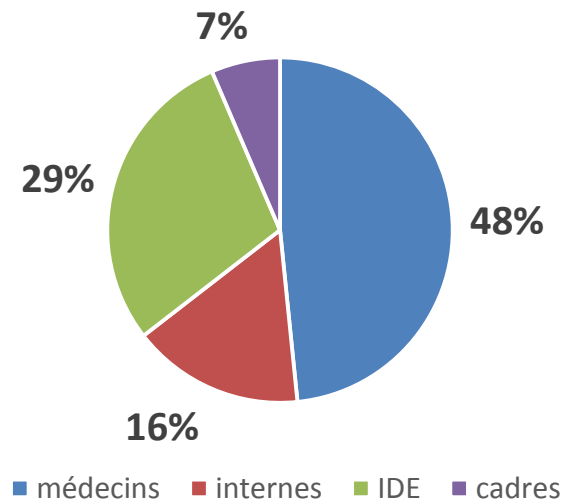
Quand?



- uniquement à l'entrée
- uniquement aux changements de services
- à deux reprises

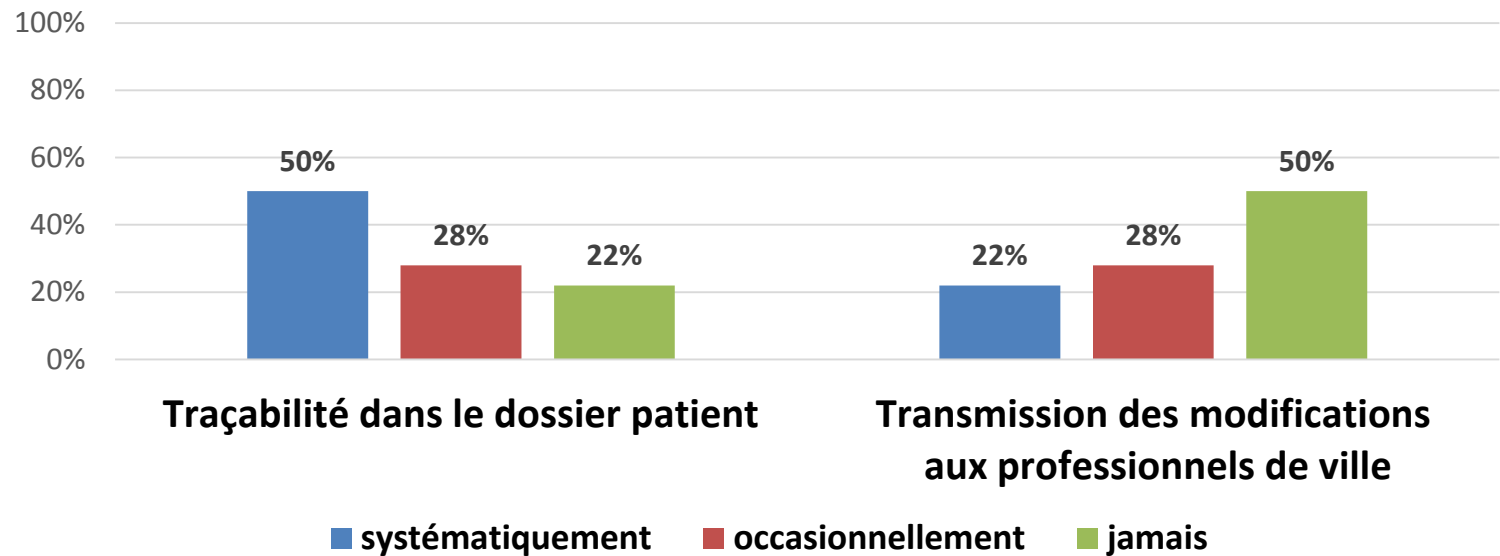
Qui?

(hors équipe pharmaceutique)



- médecins
- internes
- IDE
- cadres

Traçabilité et lien ville-hôpital



Enquête régionale anticoagulants oraux et personne âgée

PREMIER BILAN

Contexte et présentation de l'enquête

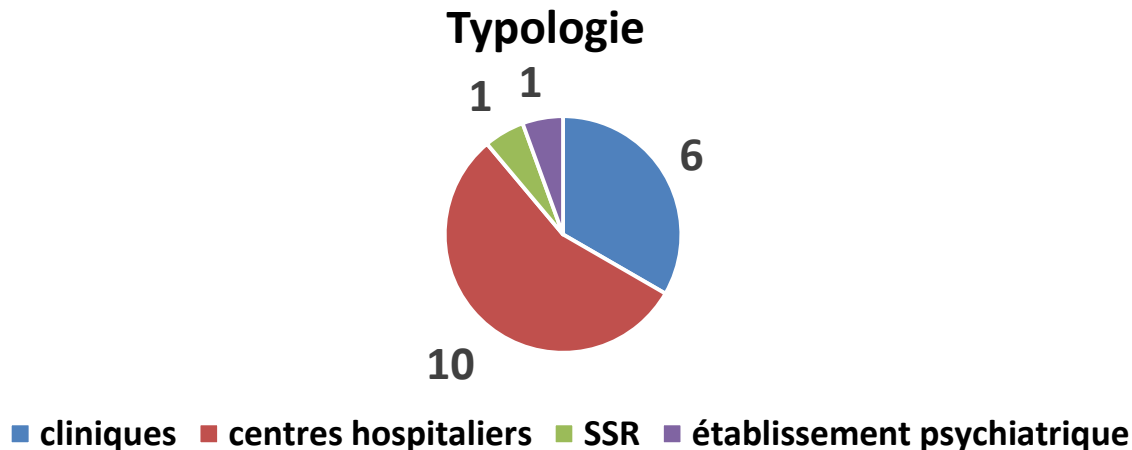
- Rapport d'étape 2016 'Dans le cas où l'analyse pharmaceutique de l'ensemble des médicaments en lien avec le dossier patient n'est pas possible, l'analyse pharmaceutique porte à minima sur les médicaments à risque et les patients à risques'.
- Nombre de couples « médicaments cibles/profils patients cibles » suivis (**dont un couple régional « anticoagulants oraux/sujets âgés »**)
- Comparaison avec l'enquête de 2015 « Prescription des anticoagulants oraux » menée sur 6 établissements sur la base du volontariat.

3 parties explorées en 17 items

- Partie 1 relative aux données patients
 - Partie 2 relative aux données médicaments
- Partie 3 intitulée Analyse pharmaceutique/Évènements indésirables/Suivi

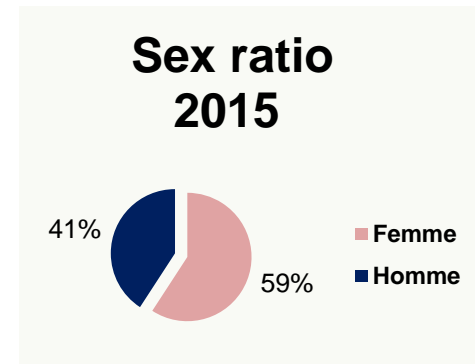
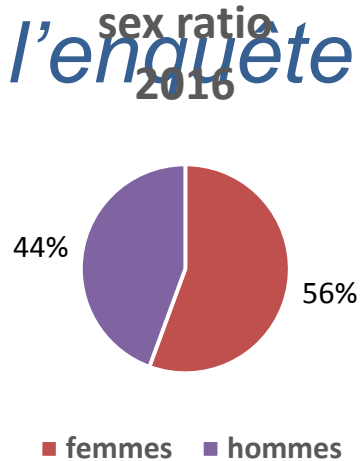
Taux de réponse à l'enquête et typologie des établissements

- 18 établissements répondeurs sur les 50 établissements de la région



Caractéristiques de la population *sexe, âge*

Au total 500 patients (*588 patients pour l'enquête de 2015*)

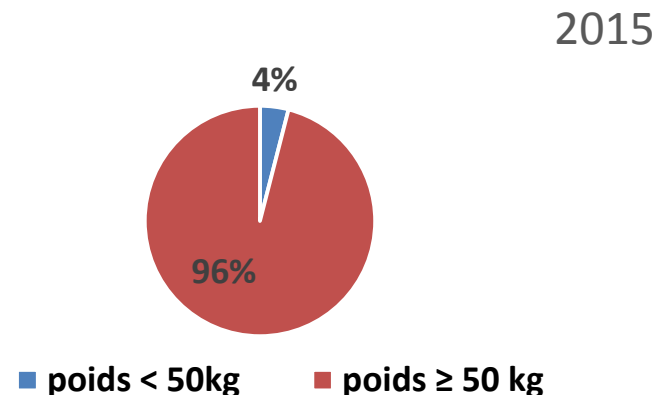
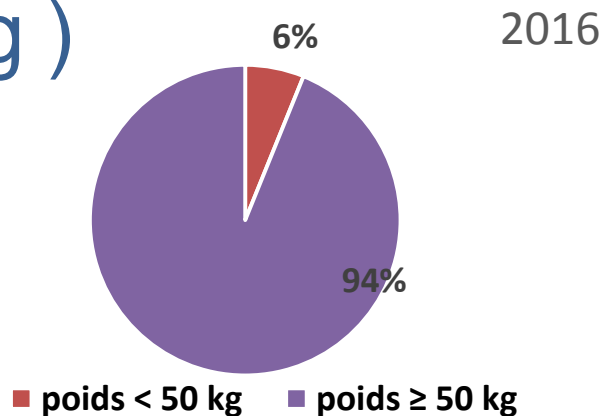


Âge moyen : 83 ans (min: 53 ans / max : 102 ans)
2015 : 78 ans (min : 19 ans / max : 100 ans)

Caractéristiques de la population *poids*

- **Poids moyen** : 74 kg (min : 39 kg / max : 132 kg)

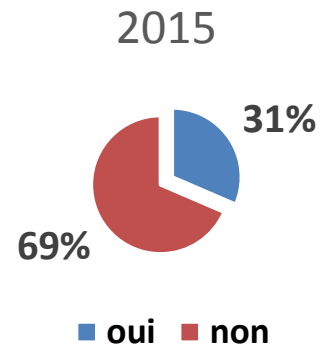
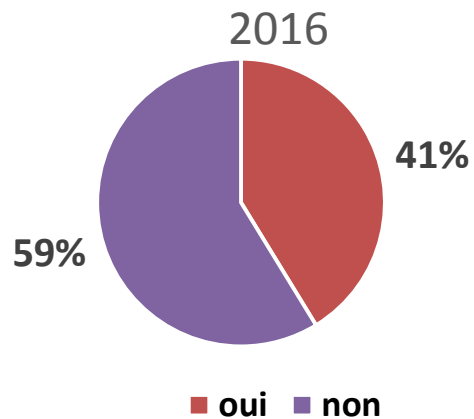
75,8 kg en 2015 (min : 33 kg/ max : 166 kg)



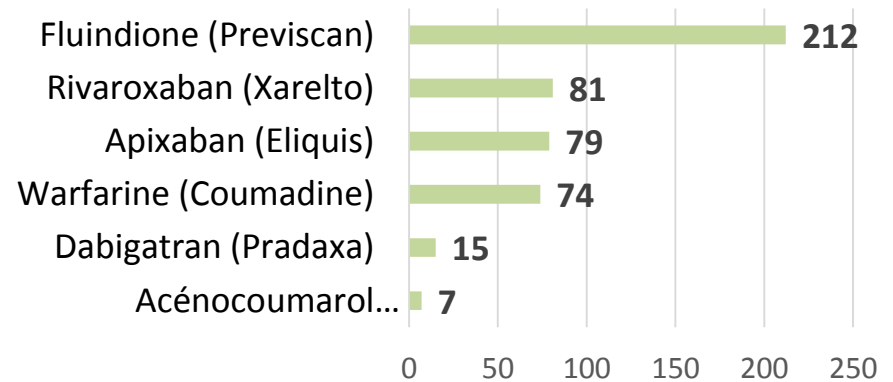
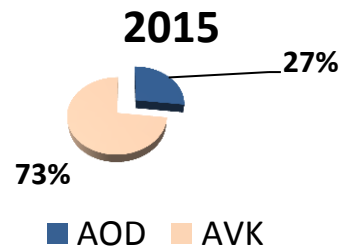
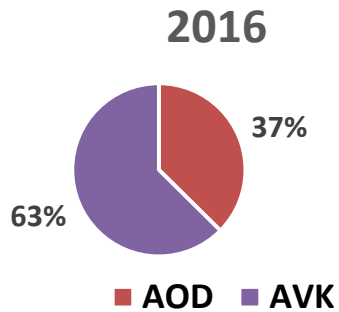
Caractéristiques de la population *antécédents*

- Insuffisance rénale

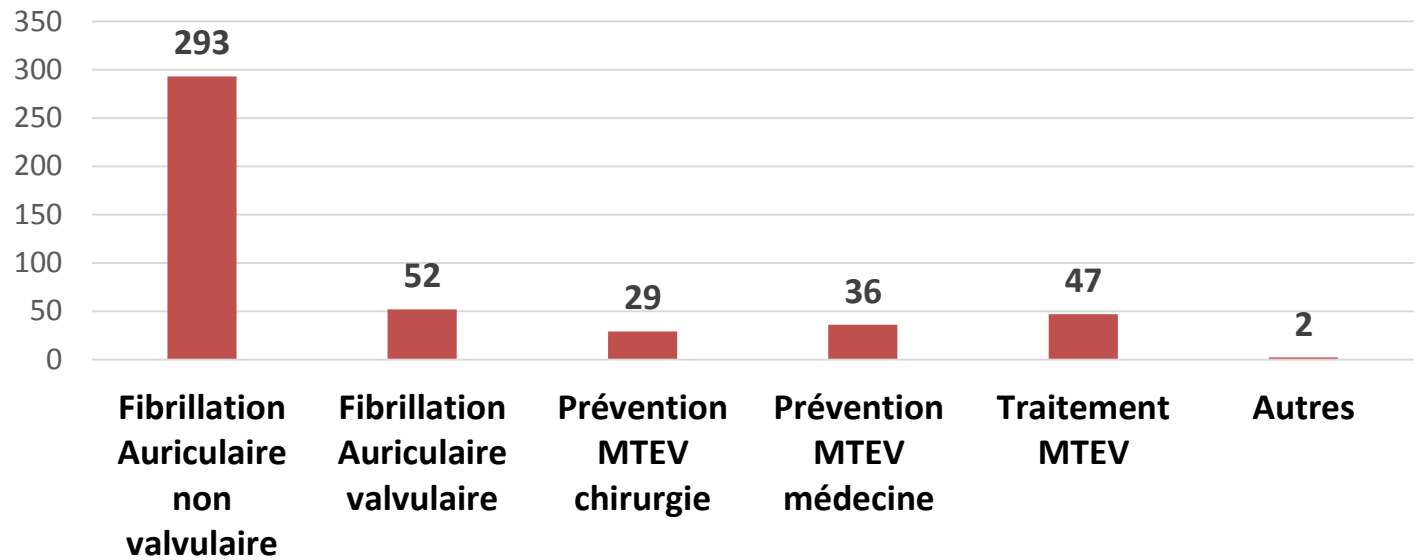
59% des patients présentent une insuffisance rénale en 2016



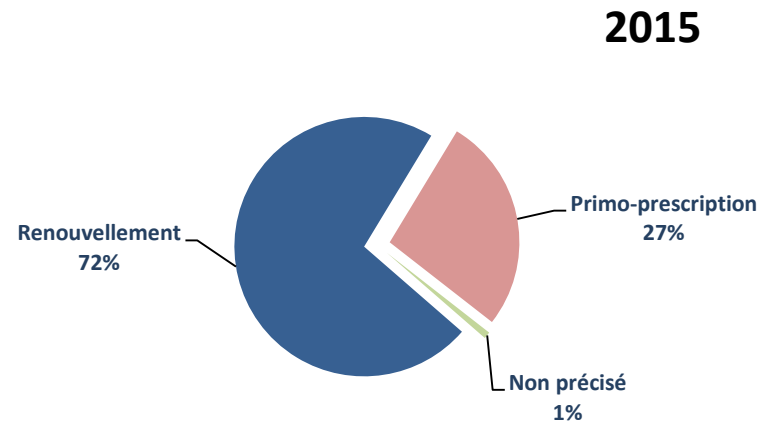
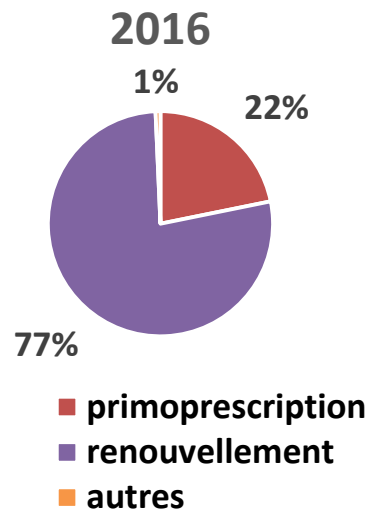
Molécules prescrites



Indications

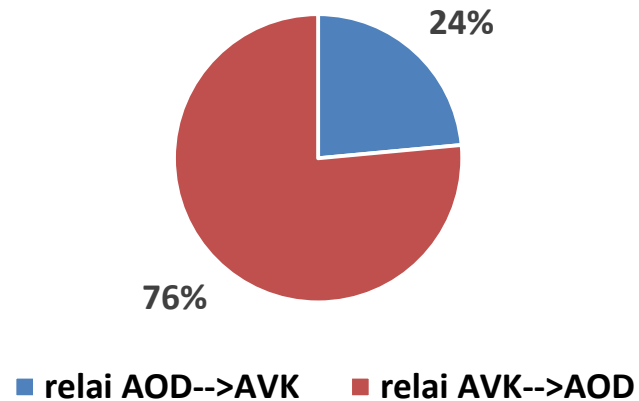


Type de prescription



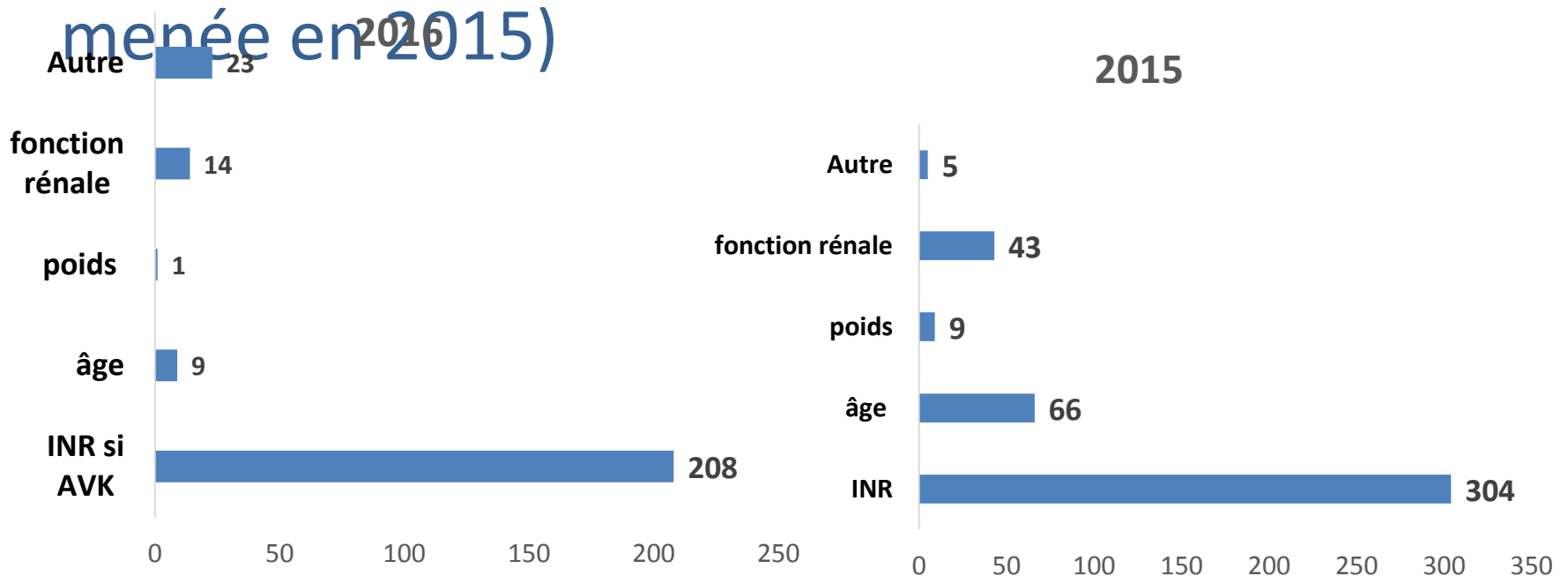
Relai AVK→AOD et AOD→AVK

- Les relais représentent 3.7% des prescriptions



Adaptations posologiques

- Dans 55% des prescriptions, il y a notion d'adaptation posologique (56% dans l'enquête menée en 2015)

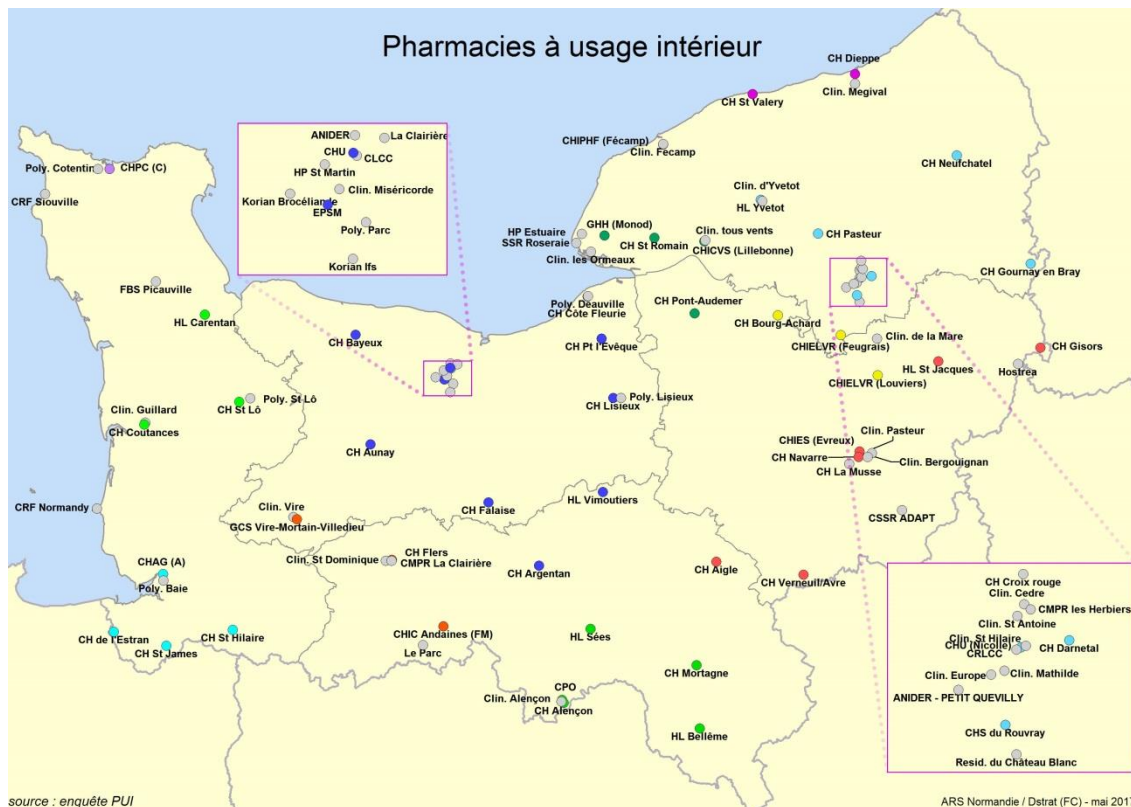


OMEDIT NORMANDIE

Enquête « Activité PUI »

Résultats

- 107 établissements interrogés
 - 94 réponses obtenues (taux de participation : **87%**)



Activité : Réalisation de préparations hospitalières stériles et/ou non stériles



Activité : 7 établissements sur la région Normandie (7% ; n=7/94)

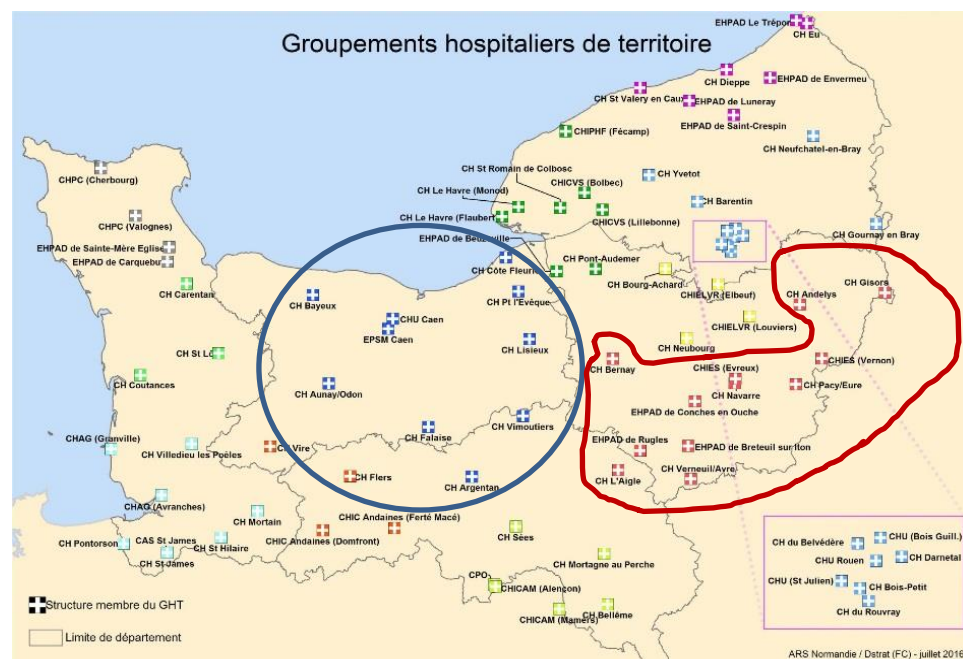
Quantité fabriquée : En moyenne \approx 10 000 unités fabriquées / établissement / an

Evolution prévue : 2 établissements sur 7 prévoient une augmentation de l'activité
Pour les autres établissements, même volume d'activité prévu

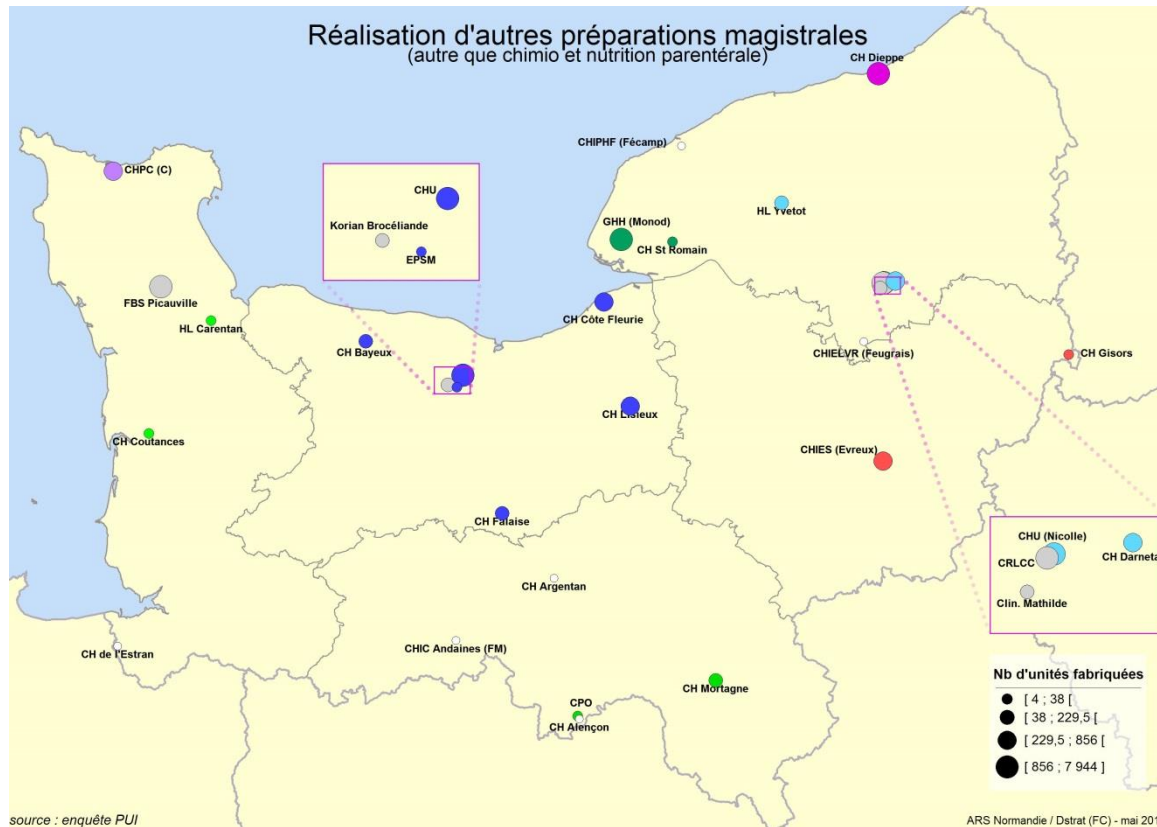
Souhait de mutualisation :

	Etablissement avec activité	Etablissement sans activité
Nombre d'établissements intéressés	2/7 (29%)	1/87 (1%)
Cadre de la mutualisation	GHT	GHT
GHT des établissements intéressés	GHT Normandie Centre GHT Eure de Seine	GHT Normandie Centre
Projet	-	-

Souhait de mutualisation de l'activité : 3 %



Activité : Réalisation de préparations magistrales autres



Activité : 29 établissements sur la région Normandie (31% ; n=29/94)

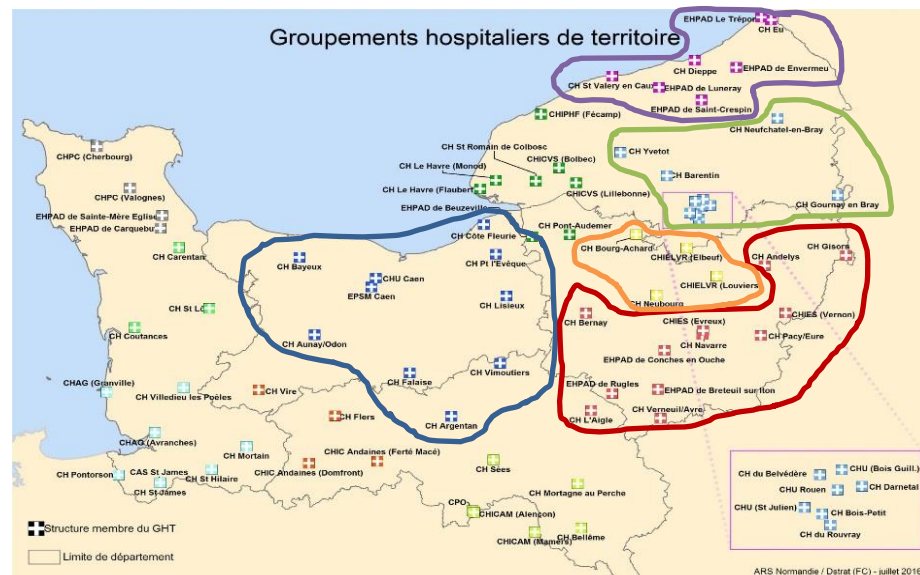
Quantité fabriquée : En moyenne \approx 950 préparations / établissement / an

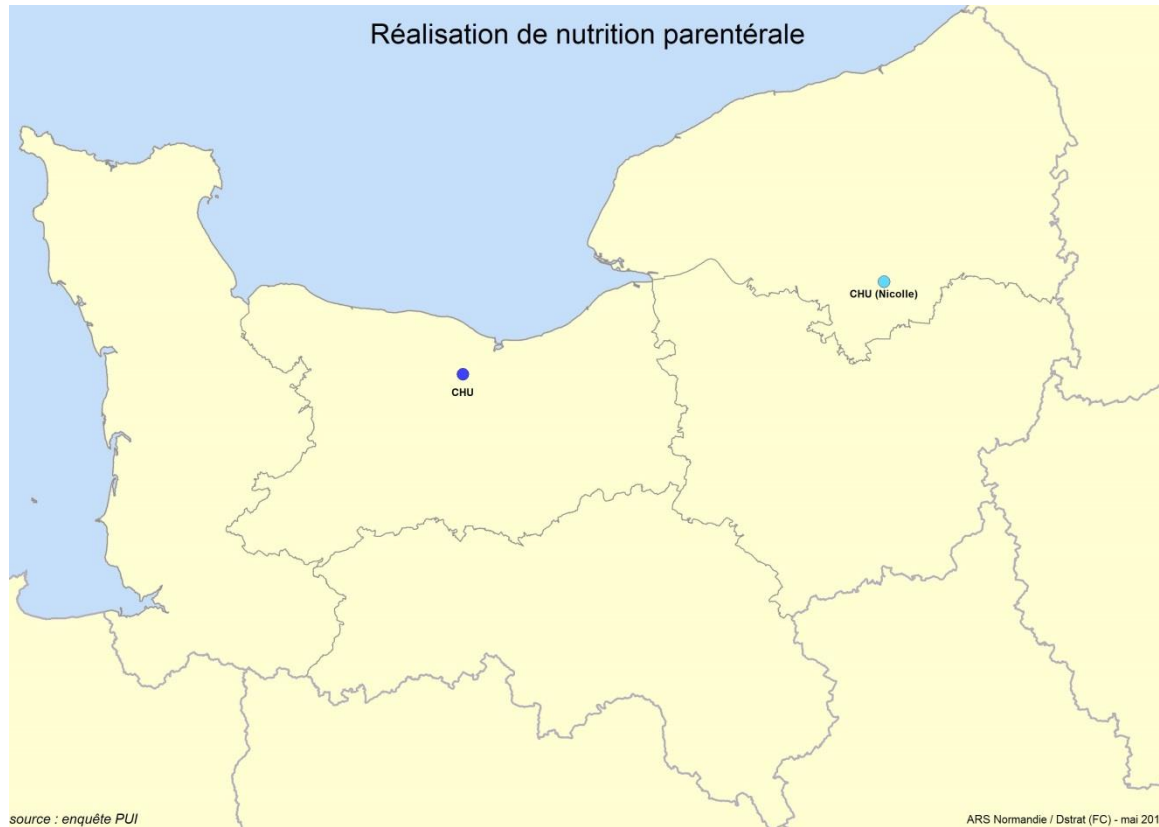
Evolution prévue : 3 établissements prévoient une augmentation de l'activité, 1 une baisse de l'activité
Pour 14 établissements, même volume d'activité prévu

Souhait de mutualisation :

	Etablissement avec activité	Etablissement sans activité
Nombre d'établissements intéressés	8/29 (28%)	-
Cadre de la mutualisation	GHT	-
GHT des établissements intéressés	GHT Normandie Centre GHT Eure de Seine GHT Val de Seine et plateaux de l'Eure GHT Rouen Cœur de Seine GHT Caux Maritime	-
Projet	Préparatoire en commun Convention entre établissement	-

Souhait de mutualisation de l'activité : 9 %



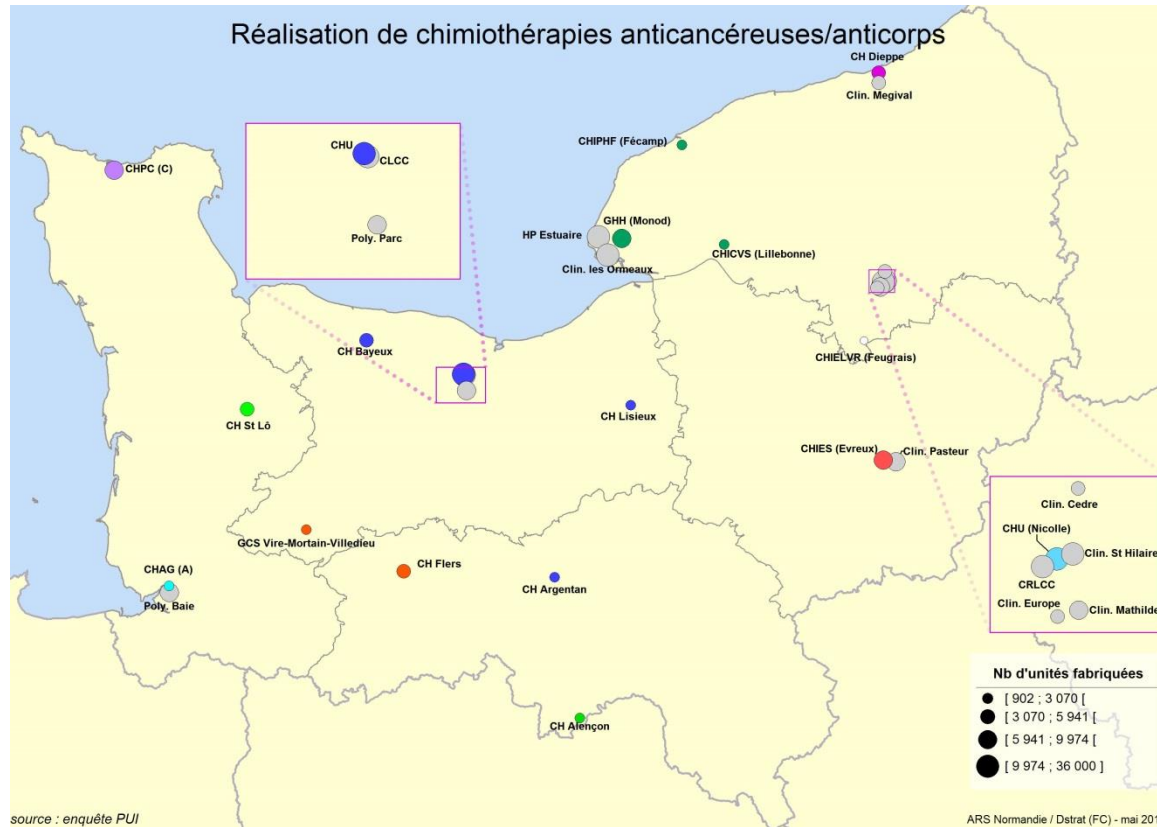


Activité : 2 établissements dans la région Normandie (2% ; n=2/94)

Quantité fabriquée : En moyenne \approx 3 000 préparations / établissement / an

Evolution prévue : Pour les deux établissements, même volume d'activité prévu

Activité : Reconstitution de Chimiothérapies anticancéreuses / Anticorps monoclonaux



Activité : 29 établissements dans la région Normandie (31% ; n=29/94)

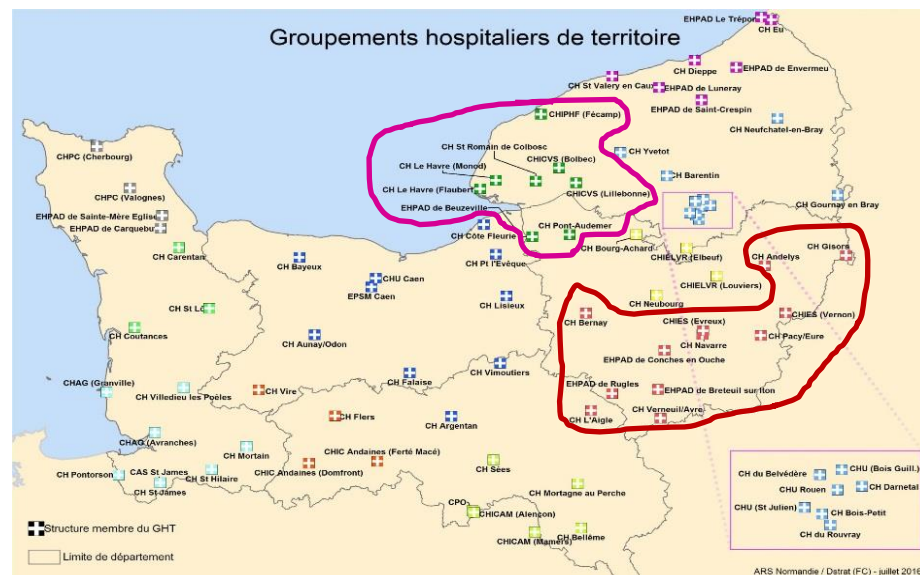
Quantité fabriquée : En moyenne \approx 7 600 préparations / établissement / an

Evolution prévue : 8 établissements prévoient une augmentation de l'activité
Pour 13 établissements, même volume d'activité prévu

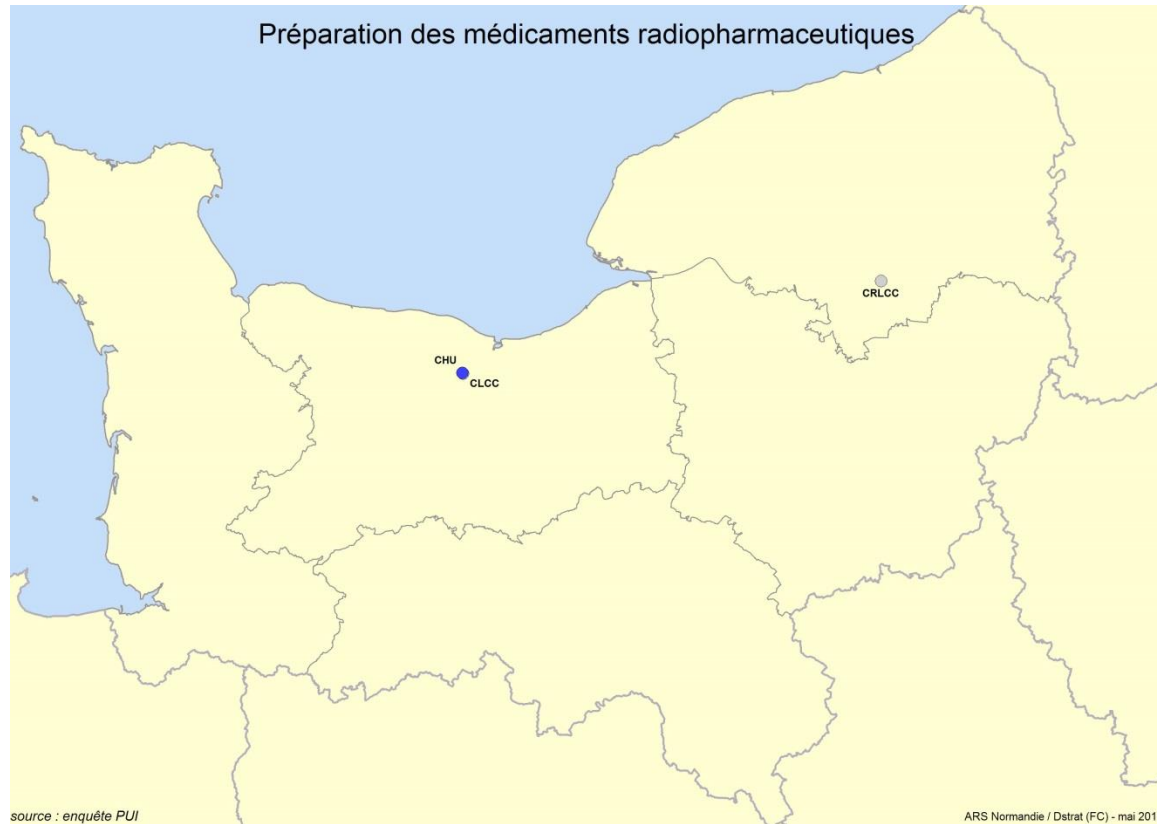
Souhait de mutualisation :

	Etablissement avec activité	Etablissement sans activité
Nombre d'établissements intéressés	2/29 (7%)	-
Cadre de la mutualisation	GHT	-
GHT des établissements intéressés	GHT Eure de Seine GHT Estuaire de la Seine	-
Projet	Isolateur en commun (si panne)	-

Souhait de mutualisation de l'activité : 2 %



Activité : Préparation de médicaments radio pharmaceutiques

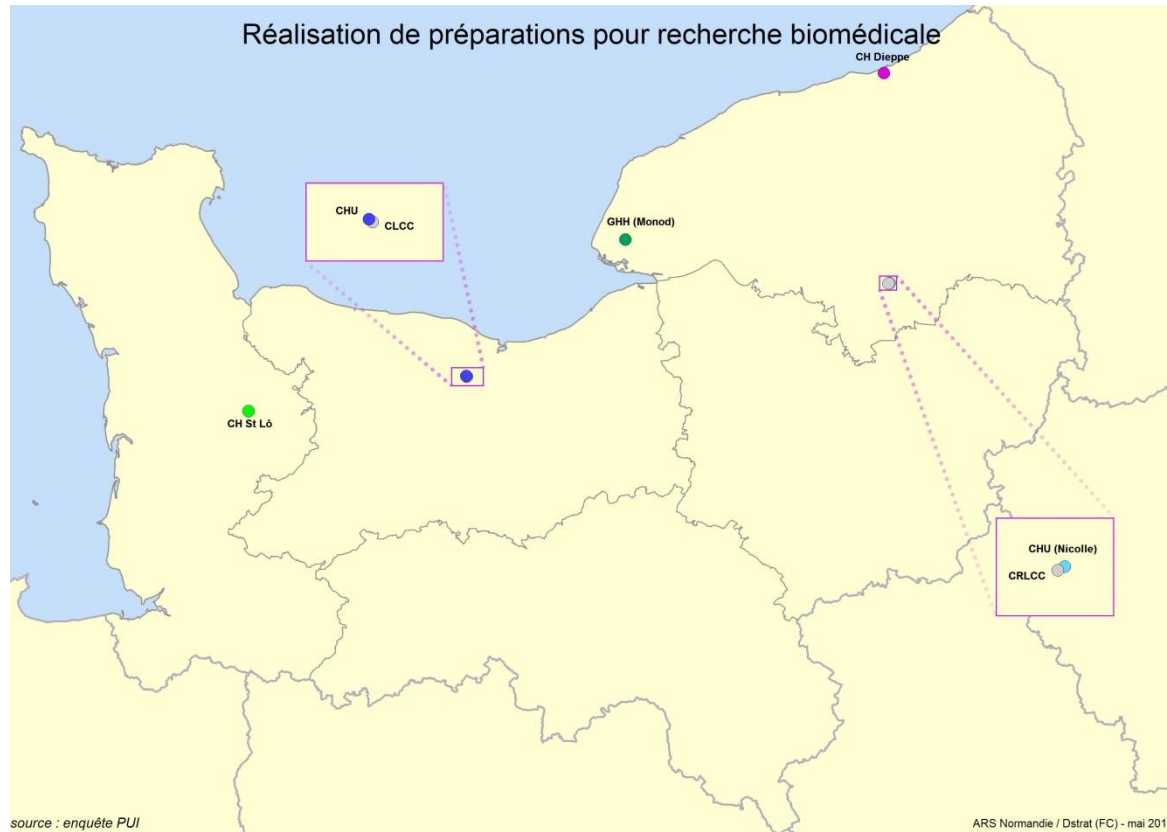


Activité : 3 établissements dans la région Normandie (4% ; n=3/94)

Quantité fabriquée : En moyenne $\approx 2\,225$ préparations / établissement / an

Evolution prévue : 2 établissements prévoient une augmentation de l'activité


Activité : Préparation pour recherches médicales

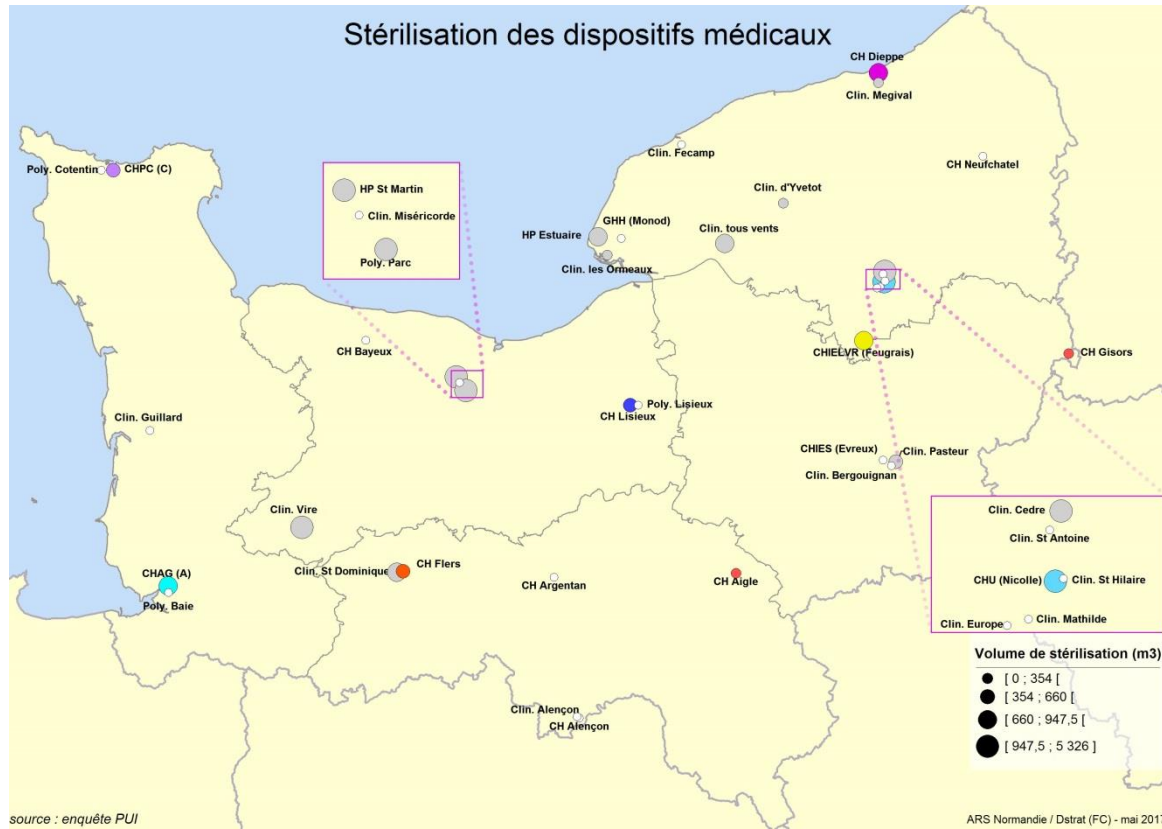


Activité : 7 établissements dans la région Normandie (7% ; n=7/94)

Quantité fabriquée : En moyenne \approx 165 préparations / établissement / an

Evolution prévue : 4 établissements prévoient une augmentation de l'activité
Pour 2 établissements, même volume d'activité prévu


3 établissements en cours
de demande d'autorisation



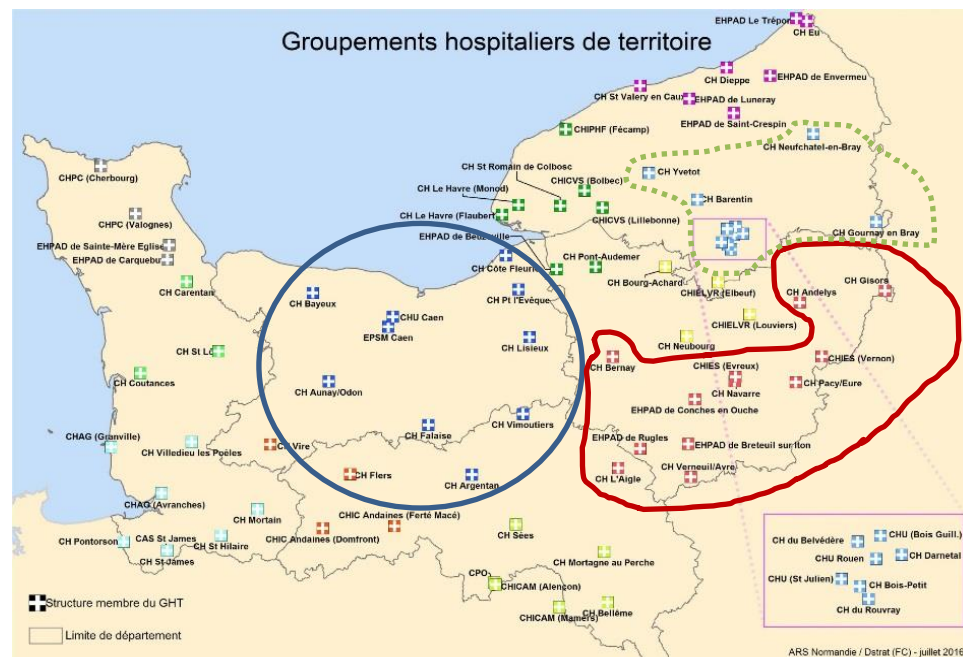
Activité : 38 établissements dans la région Normandie (40% ; n=38/94)

Evolution prévue : 3 établissements prévoient une augmentation de l'activité
Pour 6 établissements, même volume d'activité prévu
Pas de réponse pour les autres établissements

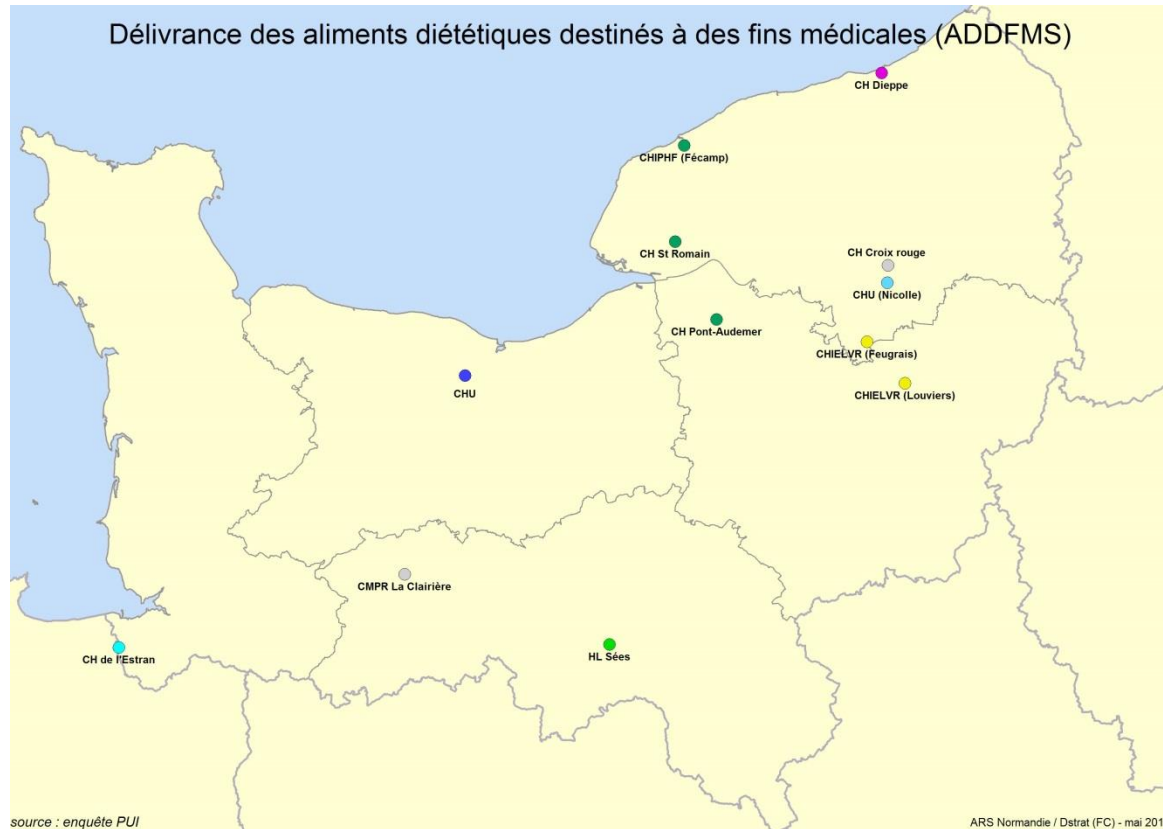
Souhait de mutualisation :

	Etablissement avec activité	Etablissement sans activité
Nombre d'établissements intéressés	3/38 (8%)	1/56 (2%)
Cadre de la mutualisation	GHT	GHT
GHT des établissements intéressés	GHT Normandie Centre GHT Eure de Seine	GHT Rouen Cœur de Seine
Projet	Autoclaves en commun	-

Souhait de mutualisation de l'activité : 4 %

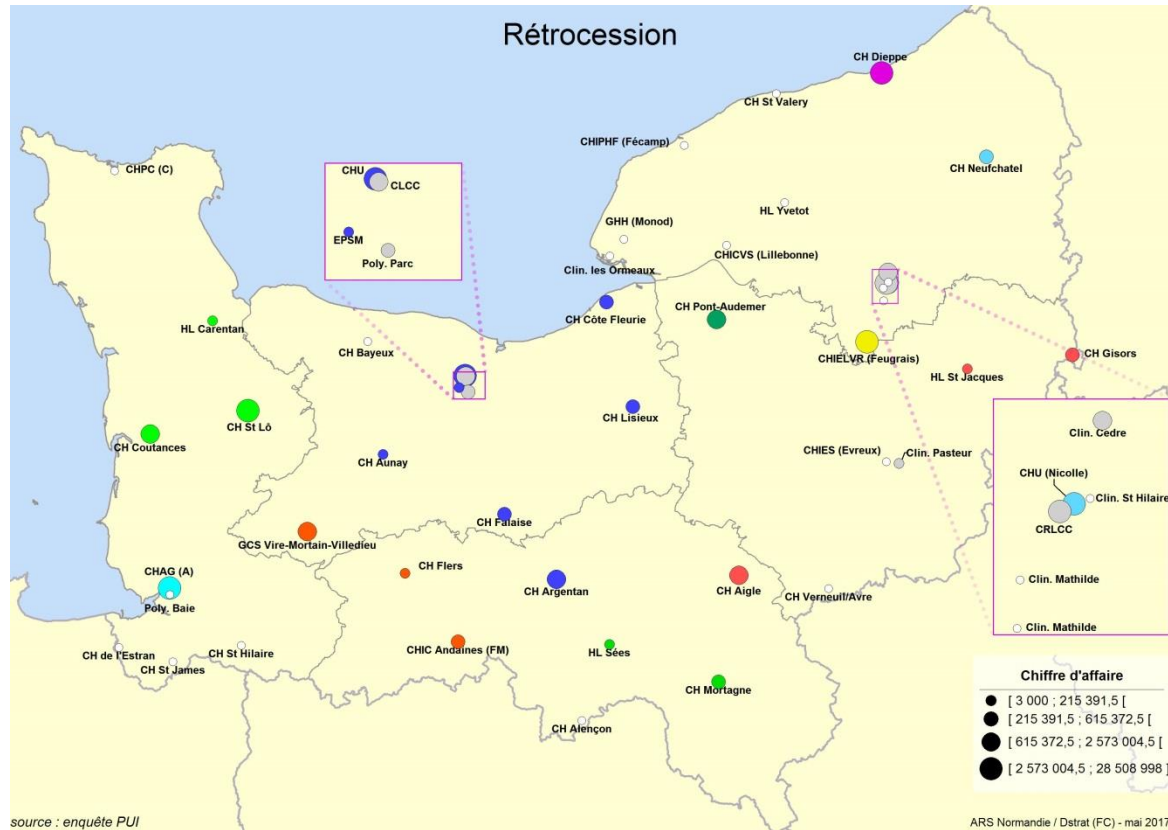


Activité : Délivrance des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales



Activité : 12 établissements (13% ; n=12/94)

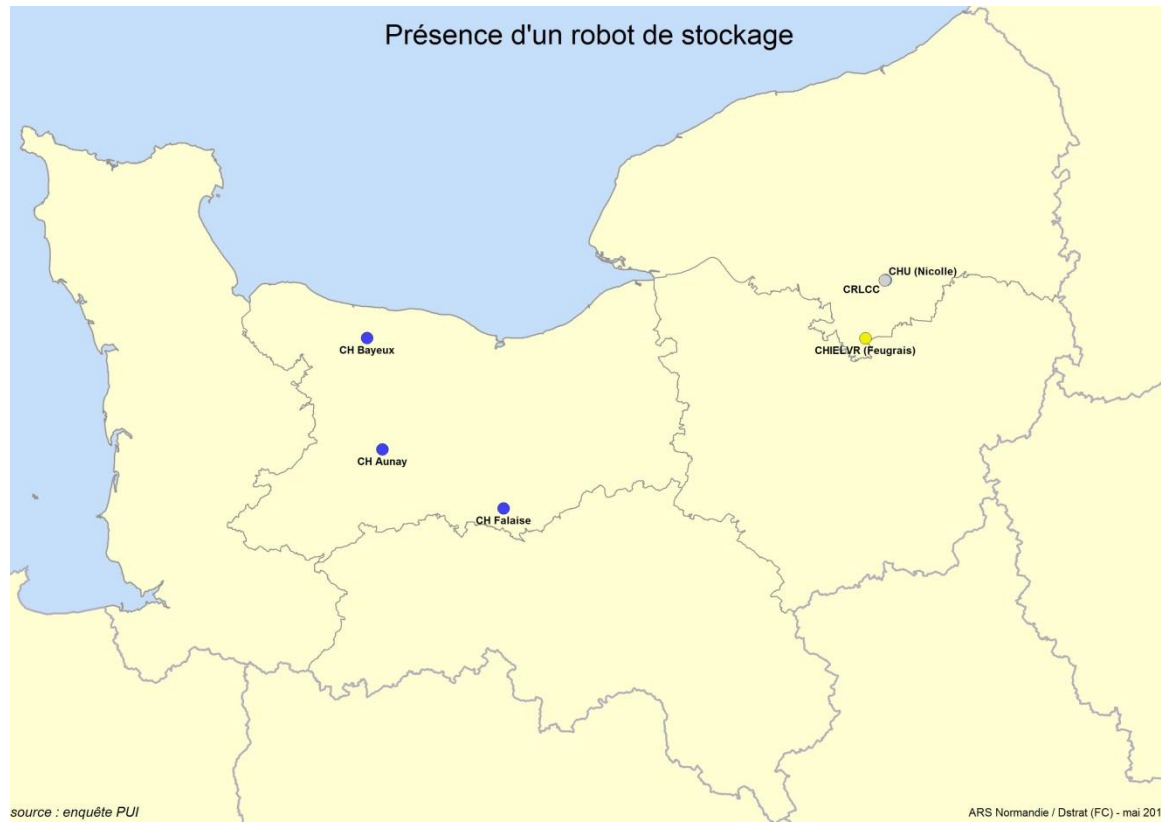
Evolution prévue : -



Activité : 48 établissements (51% ; n=48/94)

Evolution prévue : Cartographie régionale des stocks

Autre : Présence d'un automate de stockage



Activité : 6 établissements dans la région Normandie disposent d'un robot de stockage (6% ; n=6/94)

Evolution prévue : -

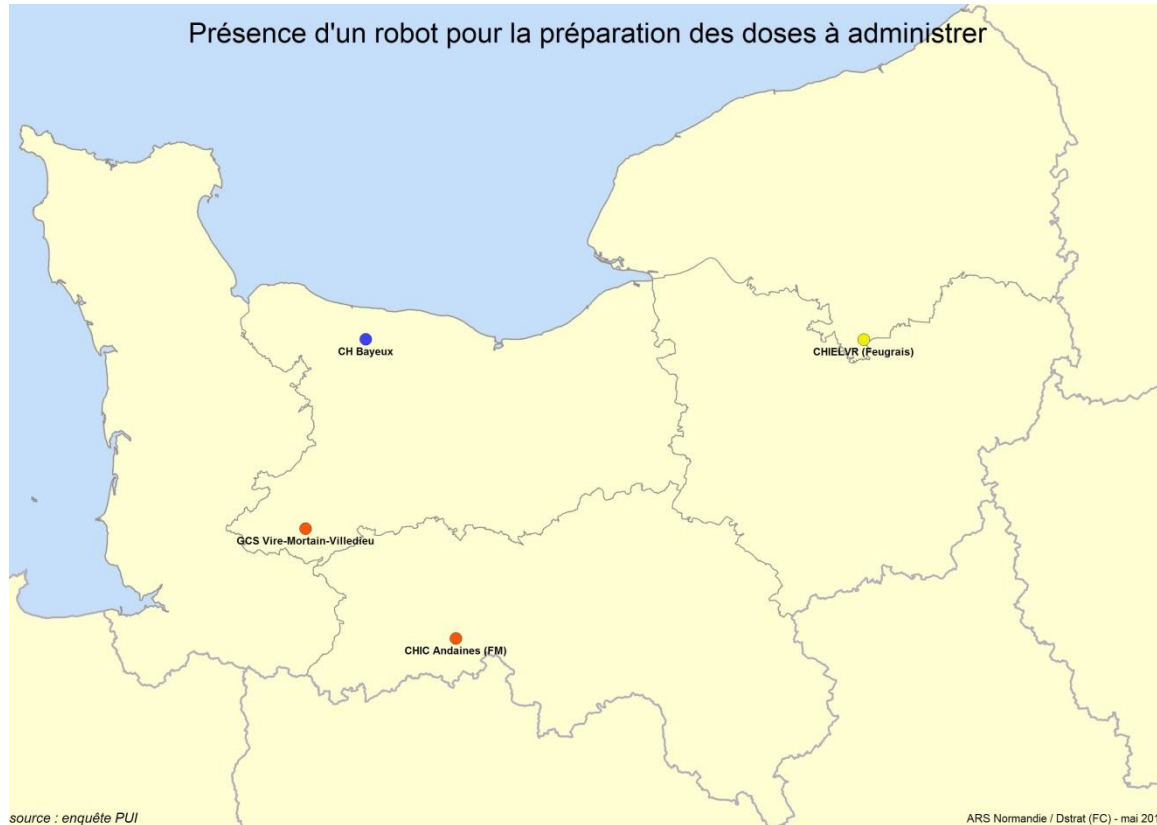
Souhait de mutualisation :

	Etablissement avec activité	Etablissement sans activité
Nombre d'établissements intéressés	2/6 (33%)	-
Cadre de la mutualisation	GHT	-
GHT des établissements intéressés	GHT Normandie Centre GHT Rouen Cœur de Seine	-
Projet	-	-

Souhait de mutualisation de l'activité : 2 %



Autre : Présence d'un automate de PDA (préparation des doses à administrer)



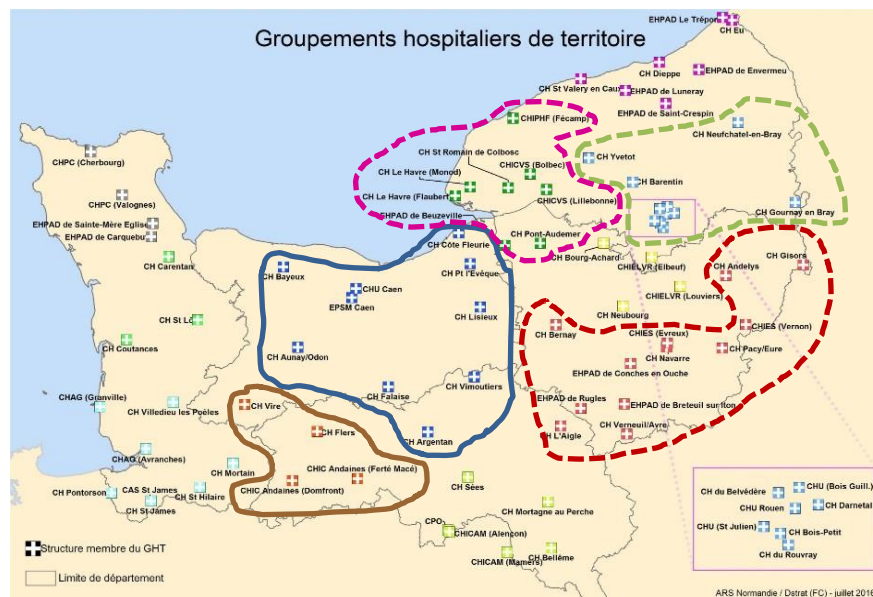
Activité : 4 établissements dans la région Normandie disposent d'un automate de PDA (4% ; n=4/94)

Evolution prévue : -

Souhait de mutualisation :

	Etablissement avec activité	Etablissement sans activité
Nombre d'établissements intéressés	3/4 (75%)	12/92 (14%)
Cadre de la mutualisation	GHT	GHT
GHT des établissements intéressés	GHT Normandie Centre GHT Les Collines de Normandie	GHT Normandie Centre GHT Eure de Seine GHT Rouen Cœur de Seine GHT Estuaire de la Seine
Projet	En lien avec les EHPAD	En lien avec les EHPAD Robot de surconditionnement Ensacheuse

Souhait de mutualisation de l'activité : 18 %



Ordre du jour

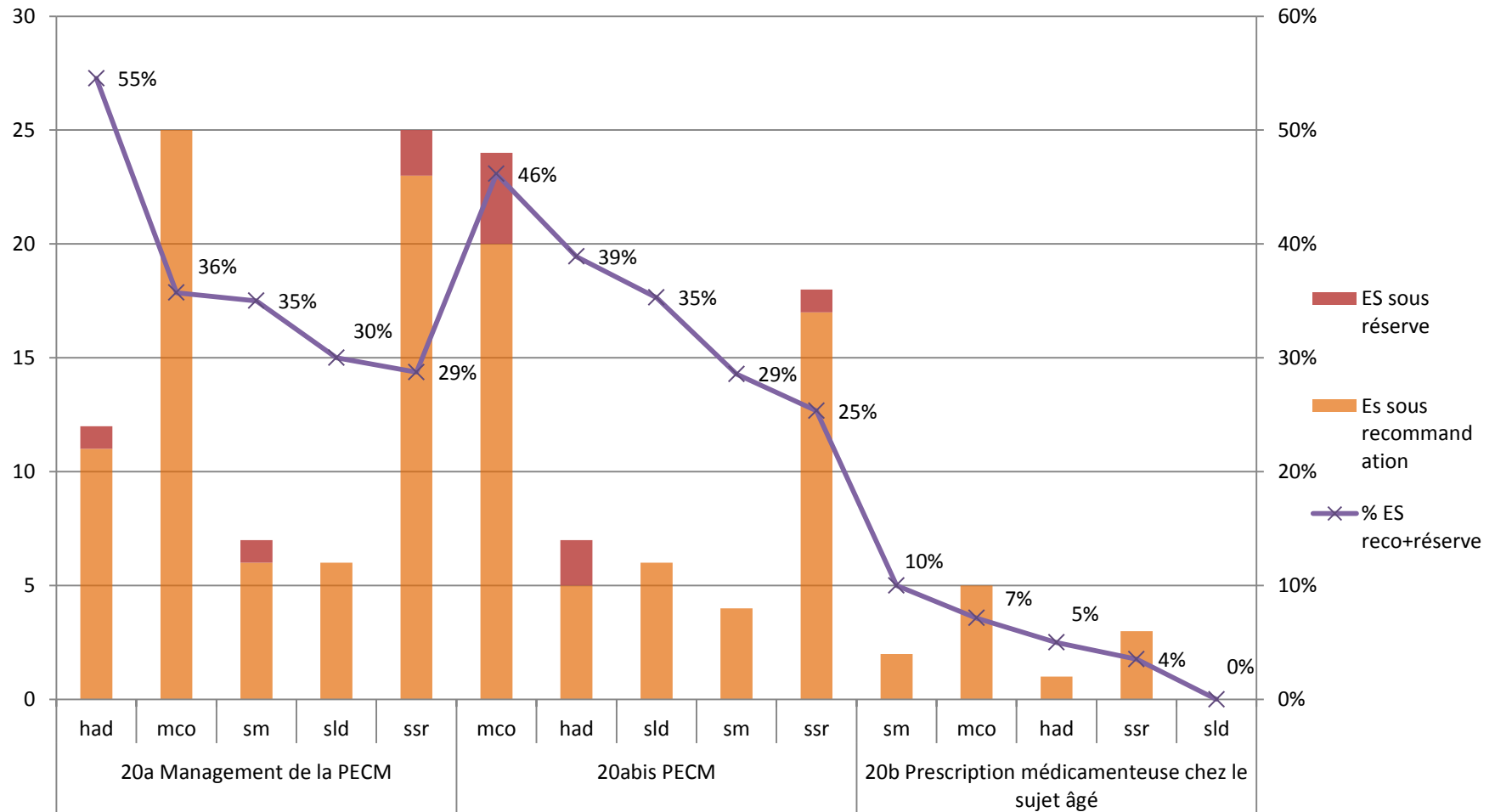
- Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation (10 min)
- Présentation des outils sensibilisation/formation OMÉDIT : (20 min)
 - Serious game SIMERROR , interruption de tache, autres outils
- Audit du CBU (30 min):
 - analyse pharmaceutique 10
 - couple analyse pharmaceutique 5
 - enquête PUI 10
- **Certification/IPAQSS PECM et lettre de liaison(30 min)**
- Audit croisés (15 min)
- Questions diverses 15 min: Slogan, Traitement personnel
- Table ronde : retour sur les thématiques de travail souhaitées par les professionnels (40 min)

Certification

V2010 et V2014 sur la prise en charge médicamenteuse

Certification V2010 – 20a, 20abis et 20b

- Bilan sur 125 rapports



Certification V2014

Bilan V2014 : 44 rapports de visite des
Etablissements de Santé reçus :

- Sursis « D » : 1
- Obligation d'Amélioration « C » : 20
- Recommandation d'Amélioration « B » : 12
- Certification « A » : 11

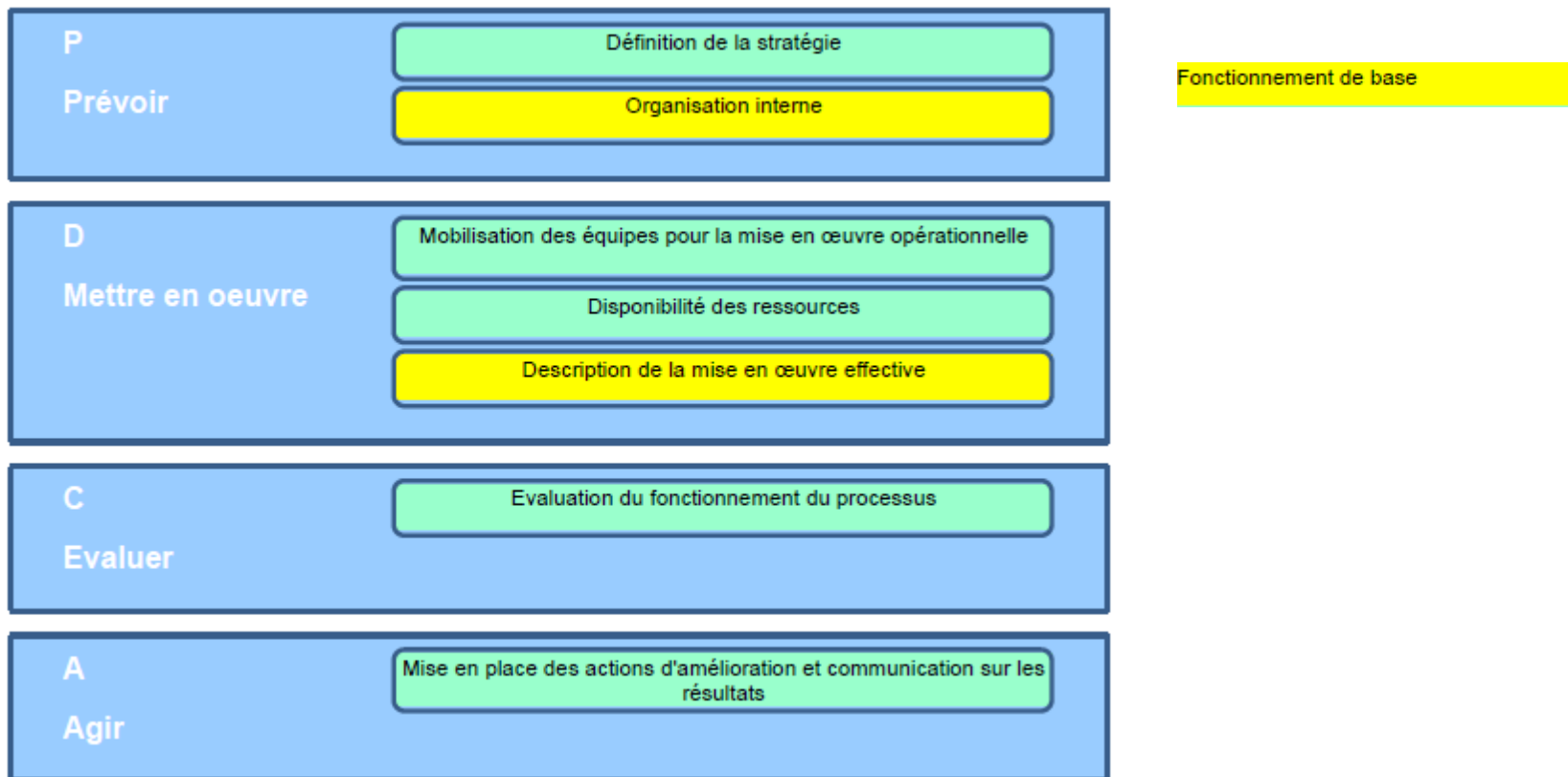
Décisions sur la thématique MPECM

Bilan V2014 : 44 établissements :

- Décisions négatives
 - Obligation d'Amélioration « C » : 8
 - Recommandation d'Amélioration « B » : 17
- Décisions positives
 - 19 ayant défini ou maîtrisé la thématique « A »

Ecart constatés V2014 / PECM

- Thèmes les + fréquemment retrouvés dans les rapports des ES ayant une obligation ou une recommandation d'amélioration sur la thématique PECM :



Ecart fréquemment constatés

- Formalisation partielle de la stratégie de management de la PECM
- Définition et mise en œuvre partielle des modalités de sécurisation sur :
 - règles et supports de prescription administration (support unique): HAD / per et post opératoire - retranscription (prescription orale),
 - gestion des traitements personnels, « si besoin »,
 - Préparation des formes buvables
 - Matériel pour broyage des médicaments, déconditionnement / identification → administration
 - dotations pour besoins urgents
 - Traçabilité de l'administration en temps réel, justification de la non prise,
 - Connaissance et identification des never events, médicaments à risque (anticoagulants, stupéfiants, KCI), patients à risques (PA),
 - armoires / locaux de stockage dans UDS, chariots de distribution
 - Transports pharmacie/UDS
- Peu d'actions de formation sur le risque d'erreurs médicamenteuses plan de formation pluriannuel, faible nombre de déclaration des erreurs médicamenteuses
- Gestion documentaire non à jour
- Peu de formalisation de procédure dégradée en cas de panne informatique
- Maitrise partielle de la chaîne du froid
- Permanence pharmaceutique / accès à la PUI
- Dispositif d'évaluation structuré, périodicité définie, absence de programme d'évaluation / tableau de bord de suivi des indicateurs /actualisation de plan d'actions, non intégré au programme d'actions institutionnel

Indicateurs qualité et sécurité des soins / sanitaire

IQSS – HAS

Indicateurs qualité et sécurité des soins / sanitaire

- La HAS mesure 79 indicateurs, répartis en grands thèmes :

Thèmes concernant l'ensemble de l'établissement (dits « transversaux »)	Thèmes concernant des prises en charge particulières (dits « de spécialité »)
<ul style="list-style-type: none">• infections associées aux soins (IAS)• dossier patient (DPA) en : MCO - SSR - PSY - HAD• dossier d'anesthésie (DAN)• réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP)• satisfaction des patients hospitalisés (e-Satis)	<ul style="list-style-type: none">• infarctus du myocarde (IDM)• accident vasculaire cérébral (AVC)• hémorragie post-accouchement (PP-HPP)• hémodialyse chronique (DIA)• chirurgie de l'obésité chez l'adulte (OBE)

Concernant la PECM

Critères suivis dans le cadre du CBU :

- **infections associées aux soins**
 - ❖ Indicateur composite du bon usage des antibiotiques (ICATB.2)
- **dossier patient (DPA)**
- **dossier d'anesthésie (DAN)**
- **réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP)**
- **infarctus du myocarde (IDM)**

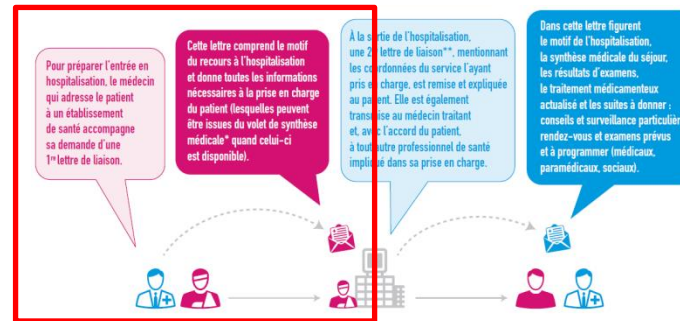
Tenue du dossier patient – MCO - 2016

Tenue du dossier patient	Critère 3 : Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable)	Critère 8 : Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable)	Critère 9 : Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval	DEC Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (identité du Médecin destinataire, dates de séjour, synthèse et traitement de sortie et envoi ≤ 8 jours)	Document de sortie = DEC à 0 jours ≠ lettre de liaison	
Médiane régionale / critère	82%	92%	60%	78%	62%	34%
nbre ES >80%	35	42	16	25	12	4
nombre Total d'ES concernés	60	60	60	60	60	60
% d'ES >80%	58,3%	70,0%	26,7%	41,7%	20,0%	6,7%

Nouvel indicateur sur la Qualité de la Lettre de liaison à la Sortie QLS : diffusion publique en 2018 (recueillis en expérimentation en 2016 sur dossiers de fin 2015)

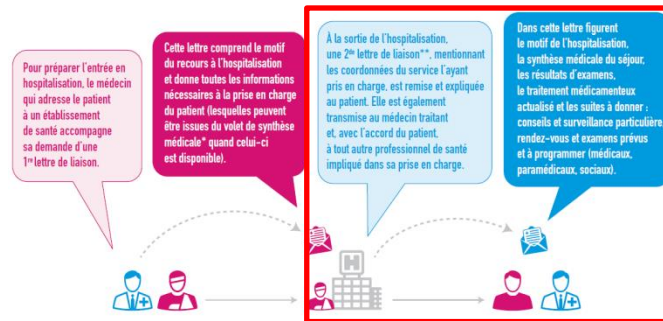
DEC ne fait plus l'objet de diffusion publique

La lettre de liaison préalable à l'hospitalisation (article R 1112-1-1 du CSP)



- ❖ Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.
- ❖ Cette lettre doit contenir :
 - Motifs de la demande d'hospitalisation
 - Traitements en cours
 - Allergies connues
- ❖ Elle doit être adressée au médecin de l'établissement par messagerie sécurisée ou par tout autre moyen garantissant la confidentialité des informations.
- ❖ Elle est versée dans le dossier médical partagé du patient s'il existe dans le cas contraire elle est remise au patient.

La lettre de liaison de sortie (article R 1112-1-2 du CSP)



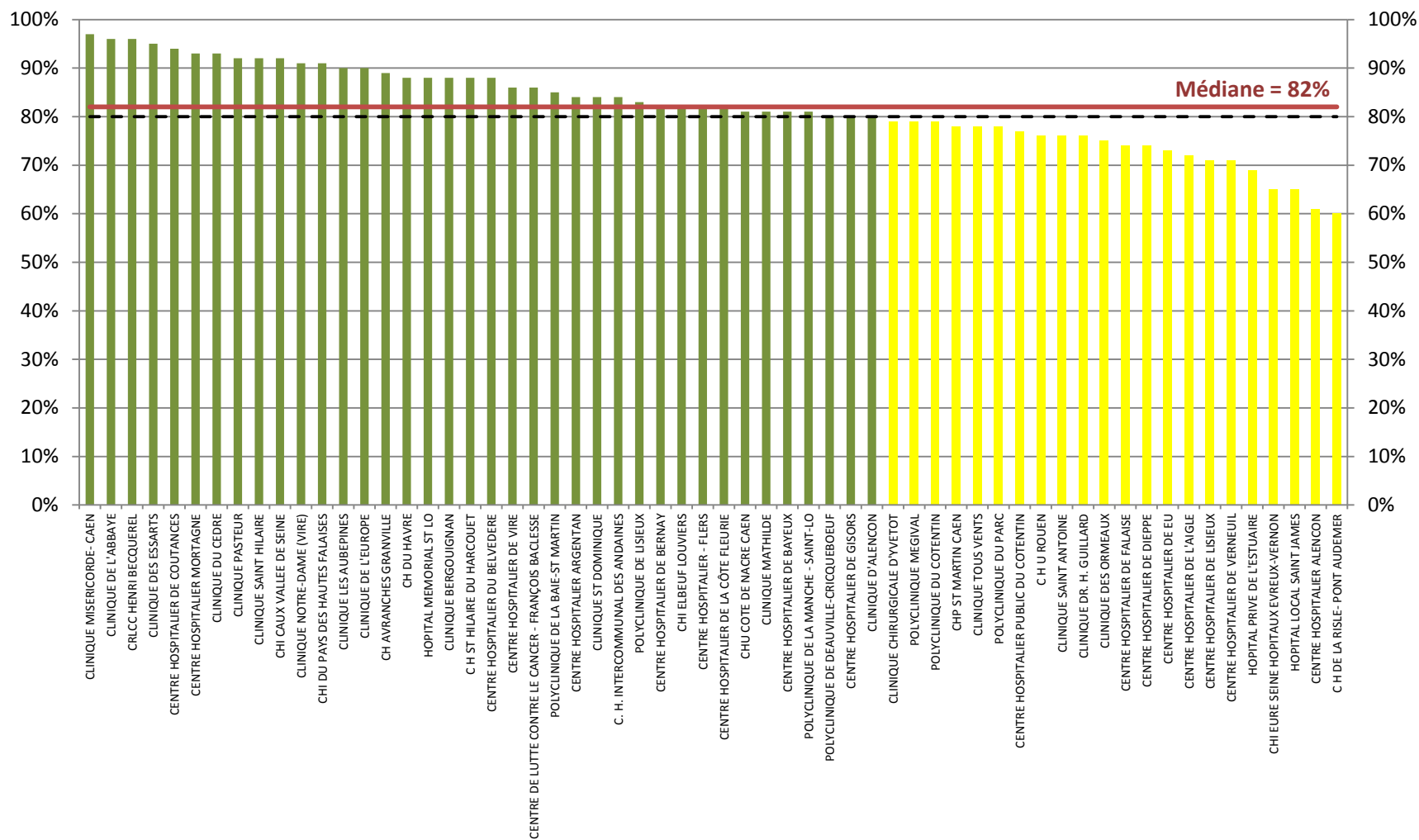
- ❖ Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison rédigée par le médecin ayant assuré la prise en charge est remise en main propre au patient.
- ❖ Le patient devra la présenter à son médecin traitant lors de sa prochaine consultation.
- ❖ Cette lettre de liaison est également transmise le même jour au médecin traitant (et le cas échéant au praticien qui a adressé le patient) par messagerie sécurisée ou par tout autre moyen garantissant la confidentialité des informations.
- ❖ Elle est versée dans le dossier médical partagé du patient s'il existe.
- ❖ La lettre de liaison de sortie doit contenir « les informations utiles à la continuité des soins ».

La lettre de liaison de sortie (article R 1112-1-2 du CSP)

❖ C'est-à-dire:

- Identification du patient
- Identification du médecin traitant (le cas échéant du praticien adresseur)
- Identification du médecin de l'établissement
- Date et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation
- Motifs d'hospitalisation
- Synthèse médicale du séjour en précisant :
 - Evènements indésirables survenus pendant l'hospitalisation
 - Identification de micro-organismes multi-R ou émergent
 - Administration de produits sanguins ou dérivé du sang
 - Pose d'un DMI
- Traitements prescrits à la sortie de l'établissement et ceux arrêtés durant le séjour en précisant le motif d'arrêt ou de remplacement (*lien avec la conciliation de sortie*)
- Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison
- Suite à donner : actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières

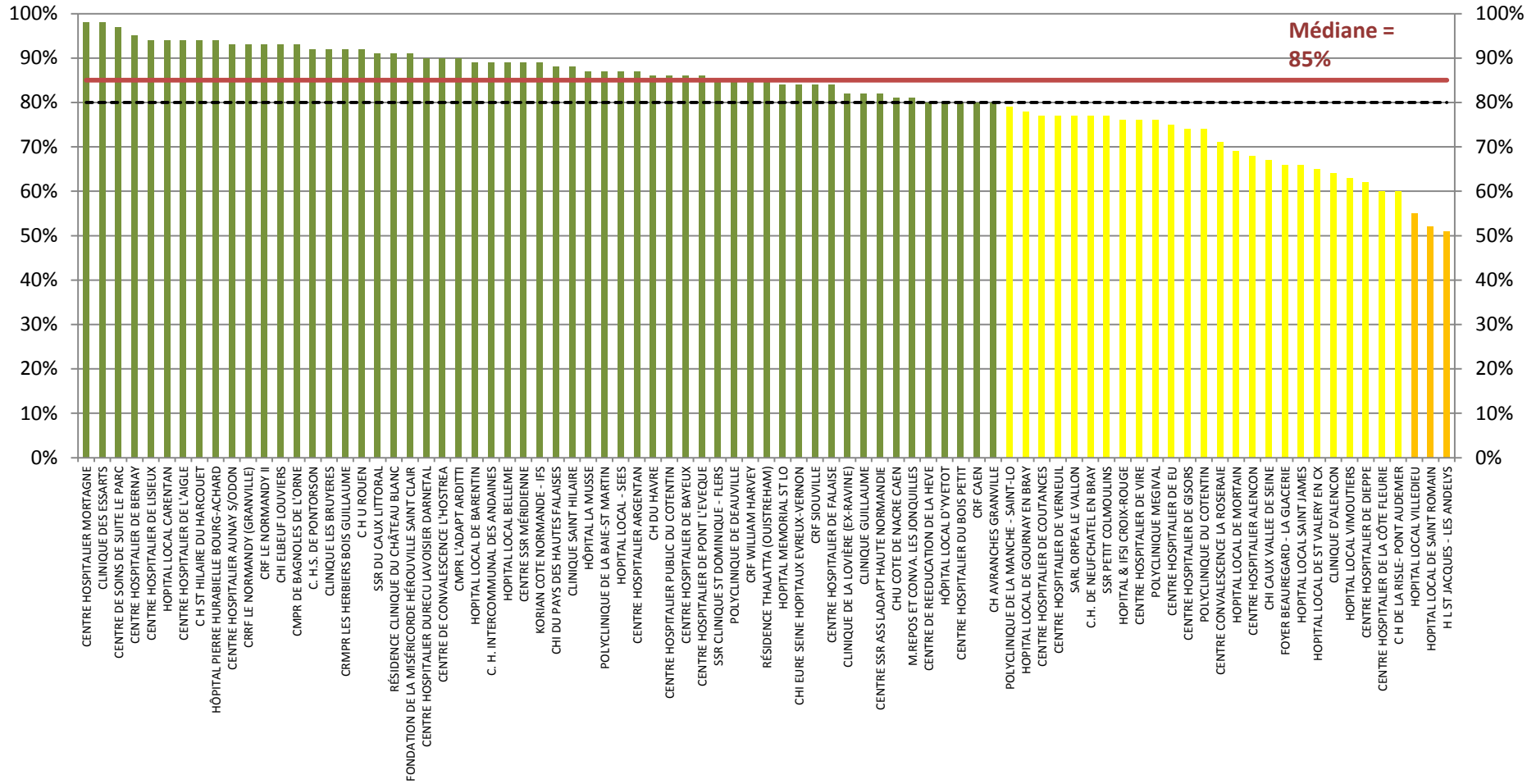
Tenue du dossier patient – MCO - 2016



Tenue du dossier patient – SSR - 2016

	Tenue du dossier patient	Critère 10: Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable)	Critère 11: Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable)	Critère 12: Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
Médiane régionale / critère	85%	100%	93%	93%	83%
nbre ES >80%	52	77	59	64	45
nombre Total d'ES concernés	86	86	86	86	86
% d'ES >80%	60,5%	89,5%	68,6%	74,4%	52,3%

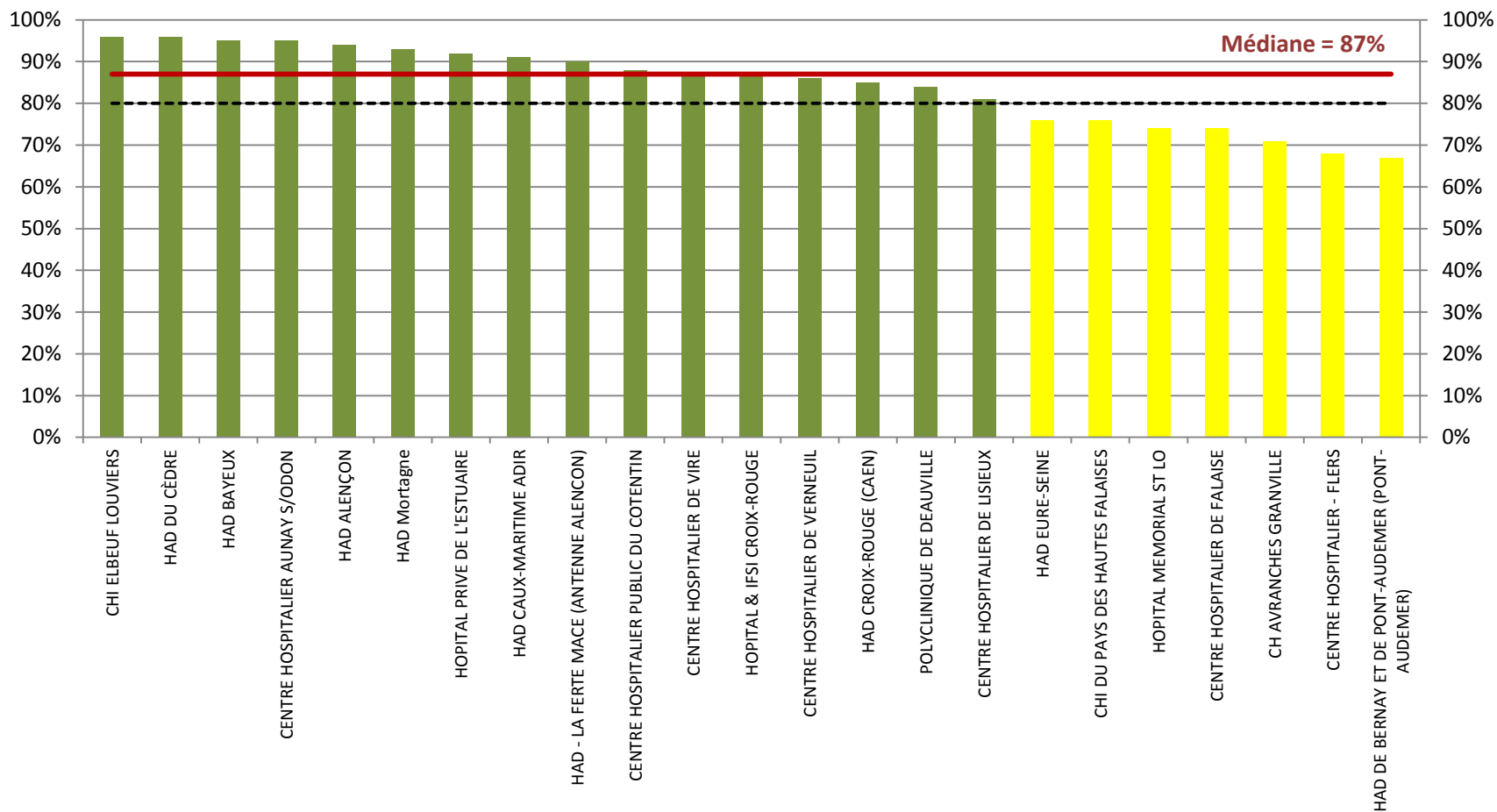
Tenue du dossier patient – SSR - 2016



Tenue du dossier patient - HAD - 2016

	Tenue du dossier patient	Critère 6: Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge	Critère 7: Trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission	Critère 11: Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comportant les éléments nécessaires à la coordination en aval	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
Médiane régionale / critère	87%	98%	74%	94%	73%
nombre ES >80%	16	23	10	17	8
nombre Total d'ES concernés	23	23	23	23	23
% d'ES >80%	69,6%	100,0%	43,5%	73,9%	34,8%

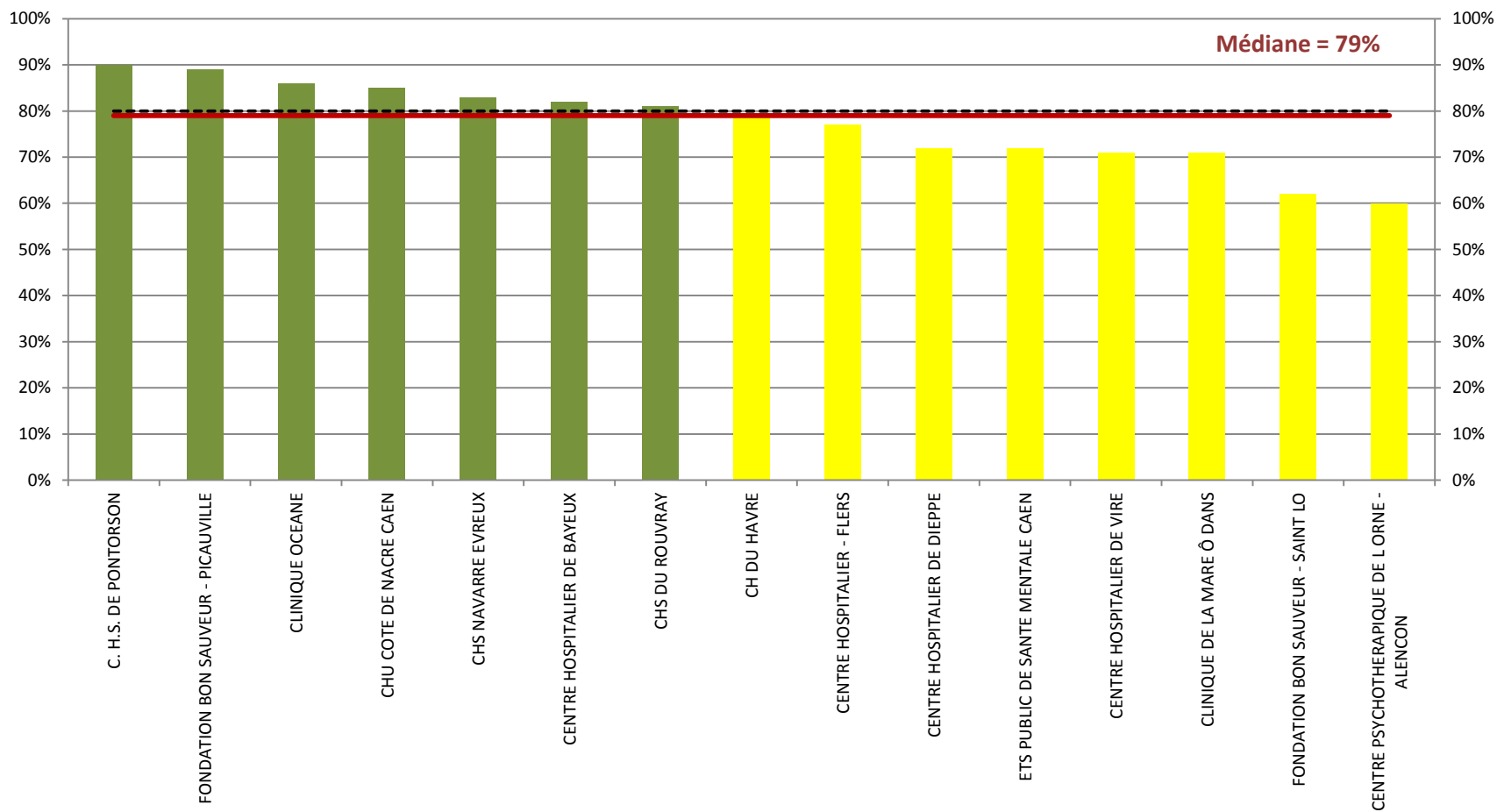
Tenue du dossier patient - HAD - 2016



Tenue du dossier patient – Santé mentale - 2016

	Tenue du dossier patient	Critère 6: Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation (si applicable)	Critère 7: Conformité de la rédaction du traitement de sortie (si applicable)	Critère 8: Conformité du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
Médiane régionale / critère	79%	100%	84%	81%	40%
nombre ES >80%	7	13	8	8	0
nombre Total d'ES concernés	15	15	15	15	15
% d'ES >80%	46,7%	86,7%	53,3%	53,3%	0,0%

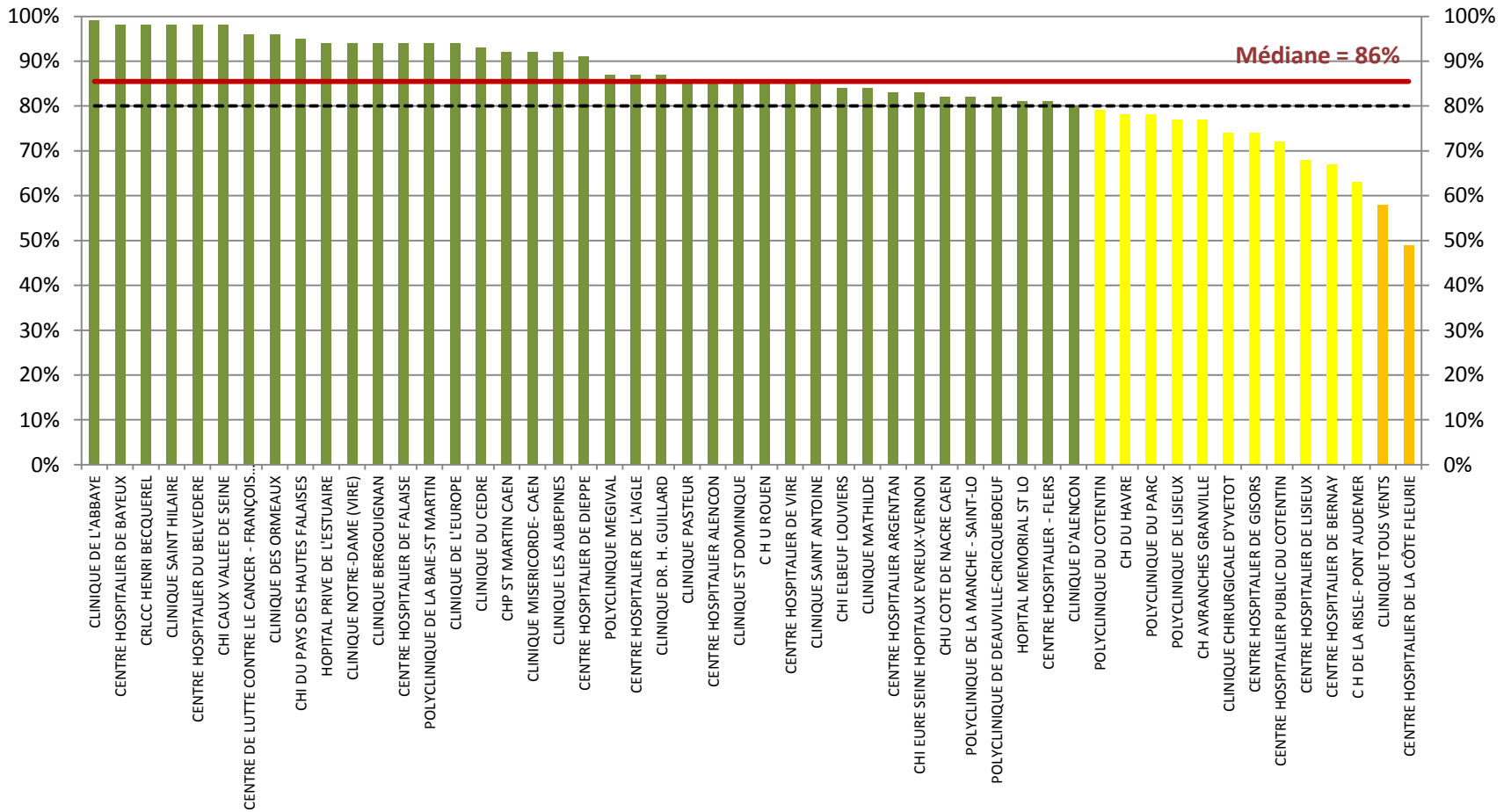
Tenue du dossier patient – Santé mentale - 2016



Tenue du dossier anesthésique – 2016

	Tenue du dossier d'anesthésie	Critère 4 : Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement	Critère 12 : Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique et post SSPI (si applicable)
Médiane régionale / critère	100%	100%	100%
nombre ES >80%	38	50	31
nombre Total d'ES concernés	52	52	51
% d'ES >80%	73,1%	96,2%	60,8%

Tenue du dossier anesthésique – 2016



Réduire la mortalité par IDM - 2015

	Score agrégé des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses à la sortie BASI	Prescription appropriée d'aspirine et autre antiagrégant plaquettaire à la sortie ASP	Prescription appropriée de bêtabloquant à la sortie BBL	Prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) à la sortie IEC	Prescription appropriée de statine à la sortie STA
Médiane régionale / critère	88%	96%	100%	96%	93%
nombre ES >90%	9	19	21	13	15
nombre Total d'ES concernés	23	23	22	22	23
% d'ES >90%	39,1%	82,6%	95,5%	59,1%	65,2%

Suspension du recueil en 2017, possibilité du recueil hors protocole

Améliorer la qualité de la prise en charge en cancérologie - RCP- 2016

Niveau 1 - la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée, comportant la proposition de prise en charge est retrouvée dans le dossier du patient (RCP 1)

Niveau 2 - la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes est retrouvée dans le dossier du patient (RCP 2)

Médiane régionale / critère	87%	87%
nbre ES >80%	27	20
nombre Total d'ES concernés	39	39
% d'ES >80%	69,2%	51,3%

Ordre du jour

- Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation (10 min)
- Présentation des outils sensibilisation/formation OMÉDIT : (20 min)
 - Serious game SIMERROR , interruption de tache, autres outils
- Audit du CBU (30 min):
 - analyse pharmaceutique 10
 - couple analyse pharmaceutique 5
 - enquête PUI 10
- Certification/IPAQSS PECM et lettre de liaison(30 min)
- **Audit croisés (15 min)**
- Questions diverses 15 min: Slogan, Traitement personnel
- Table ronde : retour sur les thématiques de travail souhaitées par les professionnels (40 min)

Audits croisés

- Objectifs :
 - améliorer l'organisation et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse
- Champ :
 - Risque structurel de l'établissement
 - Politique de sécurisation du circuit du médicament de l'établissement
 - Axe 1 - Prévention
 - Axe 2 - Pilotage
 - Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse
 - Axe 3 - Entrée et sortie du résident
 - Axe 4 - Prescription et dispensation
 - Axe 5 - Préparation et administration
 - Sécurisation du stockage
 - Axe 6 - Organisation du stockage
 - Axe 7 - Gestion du stock
- Secteur sanitaire (en cours de finalisation MCO, dialyse en test) et médicosocial (EHPAD finalisé)





Exemple

AUTO EVALUATION
Complétée par EHPAD

AUDIT CROISE
Complété par auditeurs
Liste des éléments de preuve à investiguer

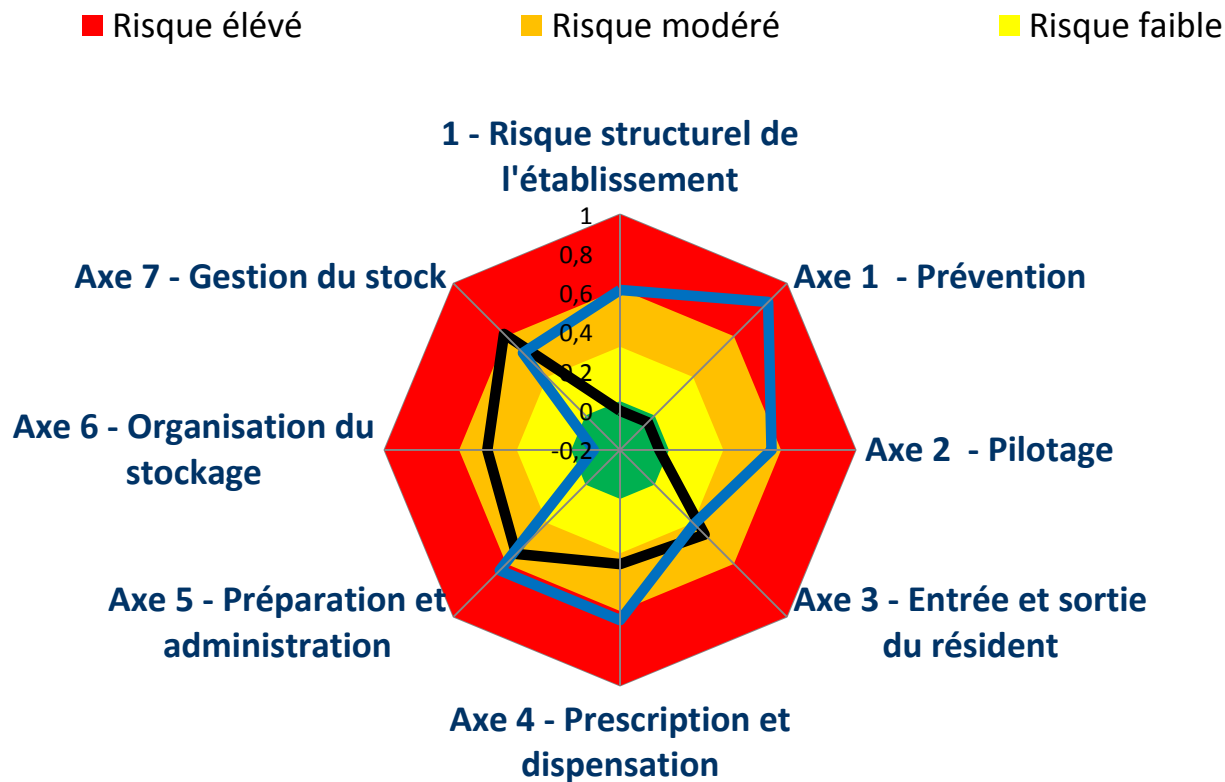
1 Risque structurel de l'établissement

A Organisation de l'établissement

A1	La Direction de l'établissement a acté une politique de qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents dans le projet d'établissement	
A2	L'organisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents est abordée dans le cadre du conseil de la vie sociale 	Interroger le médecin coordonnateur, les IDE
A3	La fonction responsable qualité et/ou gestion des risques est identifiée au sein de l'établissement ou le cas échéant est mutualisé entre plusieurs établissements 	Vérifier la fiche de poste du Responsable Qualité et/ou Gestion des risques
A4	Le médecin coordonnateur est désigné	
A5	L'ensemble des médecins libéraux intervenants dans l'établissement a signé avec l'établissement le contrat type portant sur les conditions d'interventions 	S'assurer du caractère effectif au regard de l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
A6	L'ensemble des kinésithérapeutes libéraux intervenants dans l'établissement a signé avec l'établissement le contrat type portant sur les conditions d'interventions	
A7	Les médecins traitants signalent leur présence lors de leur arrivée dans l'établissement	S'assurer du caractère effectif au regard de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
A8	La Commission de coordination Gériatrique est constituée 	La Commission de coordination Gériatrique est réunie au minimum 2 fois par an Les médecins traitants et le pharmacien référent (ou d'officine) participent à la Commission de coordination Gériatrique
A9	Il existe une infirmière référente pour les relations avec la(les) pharmacie(s) d'officine	

Résultats comparatifs

- Résultats en temps réel de l'autoévaluation et de l'audit



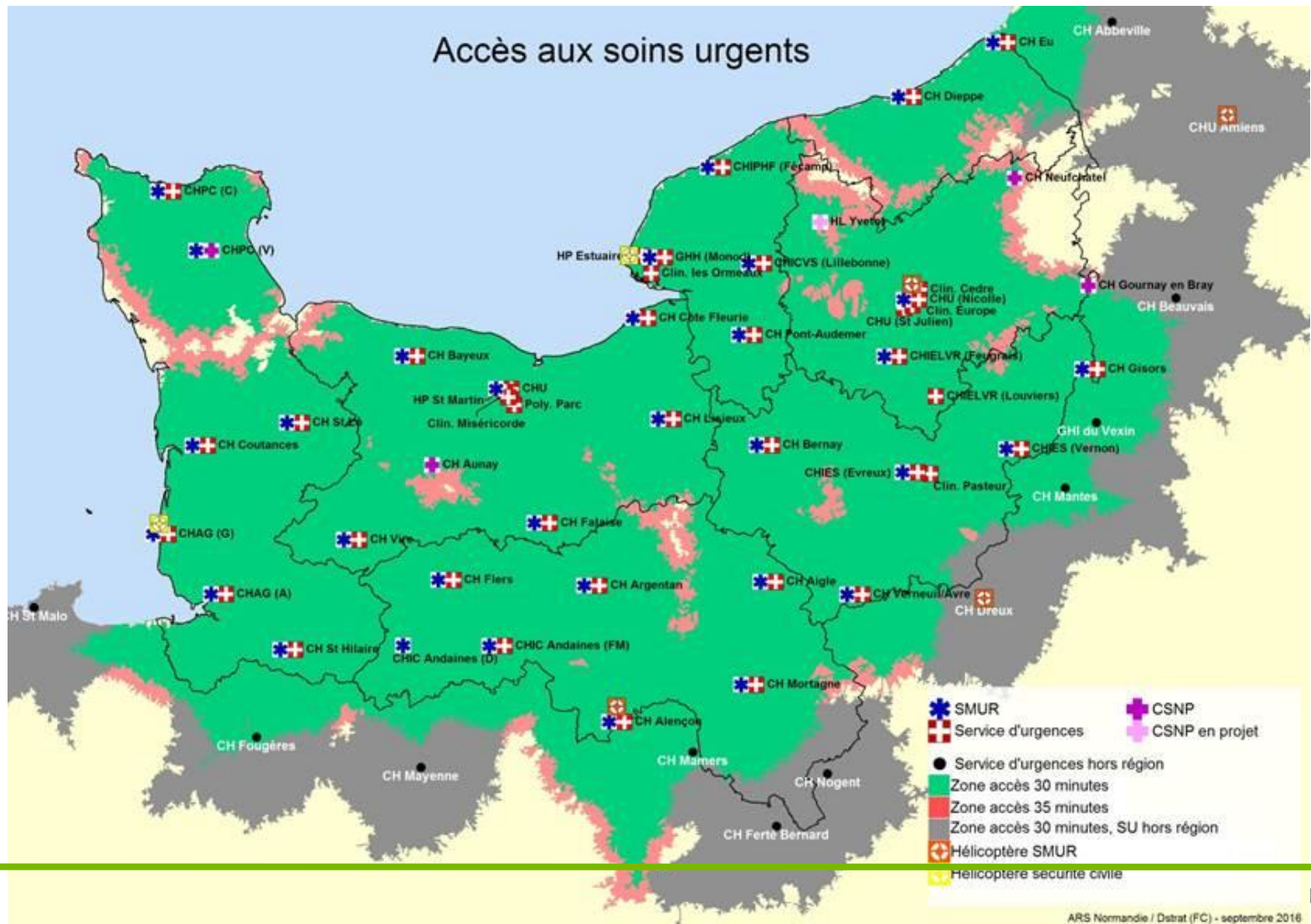
EHPAD

- Formations par territoire, sur une journée (10h à 16h)
 - Orne, Calvados et Manche : les 7, 14 et 21 Septembre, à l'ARS de Caen
 - Rouen, Dieppe-Le Havre et Evreux : les 19 octobre, 7 et 14 Novembre à l'ERFPS de Rouen
- Un binôme formé par EHPAD
 - médecin, pharmacien, cadre de soins, infirmier, gestionnaire des risques
- 80 participants inscrits (40 EHPAD)
 - Sessions supplémentaires prévues

Ordre du jour

- Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation (10 min)
- Présentation des outils sensibilisation/formation OMÉDIT : (20 min)
 - Serious game SIMERROR , interruption de tache, autres outils
- Audit du CBU (30 min):
 - analyse pharmaceutique 10
 - couple analyse pharmaceutique 5
 - enquête PUI 10
- Certification/IPAQSS PECM et lettre de liaison(30 min)
- Audit croisés (15 min)
- **Questions diverses 15 min: Slogan**
- Table ronde : retour sur les thématiques de travail souhaitées par les professionnels (40 min)

ANTIDOTES ET MEDICAMENTS D'URGENCE



Inventaire antidotes 2017 en Normandie

- Objectifs :
 - Identifier les stocks actuels et les besoins régionaux
 - Mise à jour des coordonnées des PUI des ES avec service d'accueil d'urgence
 - Etablir une cartographie des disponibilités théoriques des antidotes et médicaments d'urgence
 - Réflexion sur optimisation de la gestion des antidotes et médicaments d'urgence :
 - Déploiement de l'outil SLOGAN en lien avec l'ARS de Normandie et le CAPTV d'Angers
 - Proposition de répartition des antidotes dans le territoire
 - Inventaire régional annuel pour antidotes et médicaments d'urgence non recensés dans SLOGAN

SLOGAN

- **Base de données qui répertorie en temps réel la disponibilité de 16 antidotes :**
 - **Quantité**
 - **Lieux de stockage**
 - **Date de péremption**
- **Alimentée en temps réel ou au plus près par les pharmaciens de PUI (ES avec services d'accueil d'urgence)**
- **Accès à la cartographie régionale de disponibilité des antidotes pour les médecins SAMU, urgentistes, réanimateurs et pharmaciens de PUI**
- **CAPTV d'Angers à accès aux cartographies des régions Normandie, Bretagne et Pays de la Loire**

Ordre du jour

- Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation (10 min)
- Présentation des outils sensibilisation/formation OMÉDIT : (20 min)
 - Serious game SIMERROR , interruption de tache, autres outils
- Audit du CBU (30 min):
 - analyse pharmaceutique 10
 - couple analyse pharmaceutique 5
 - enquête PUI 10
- Certification/IPAQSS PECM et lettre de liaison (30 min)
- Audit croisés (15 min)
- Questions diverses 15 min: Slogan,
- **Table ronde : retour sur les thématiques de travail souhaitées par les professionnels (40 min)**

Table ronde

Retour sur les thématiques renvoyées par les établissements

75 enregistrements de réponses pour le CT1

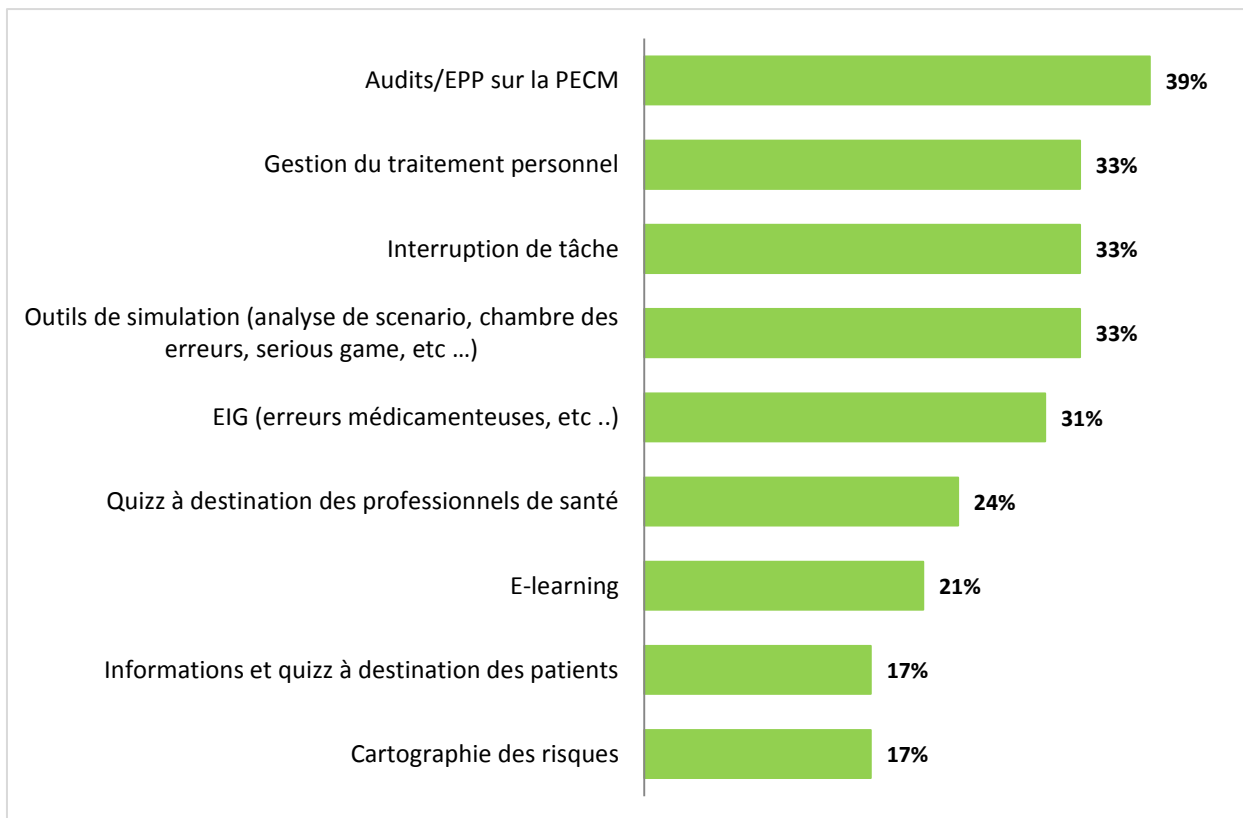


Table ronde

- **Autre axe de travail proposé**
 - Organisation du management de la PECM
 - Recommandations en terme de structuration de l'organisation du management de la PECM
 - Responsabilité et fonction du responsable du système de management de la qualité de la PECM
 - Fiches mission
 - Missions des référents au sein des services de soins
 - Management de la PECM et GHT
 - Circuit du médicament en HDJ, HDS et dans le secteur ambulatoire