

ACCOMPAGNEMENT MÉTHODOLOGIQUE

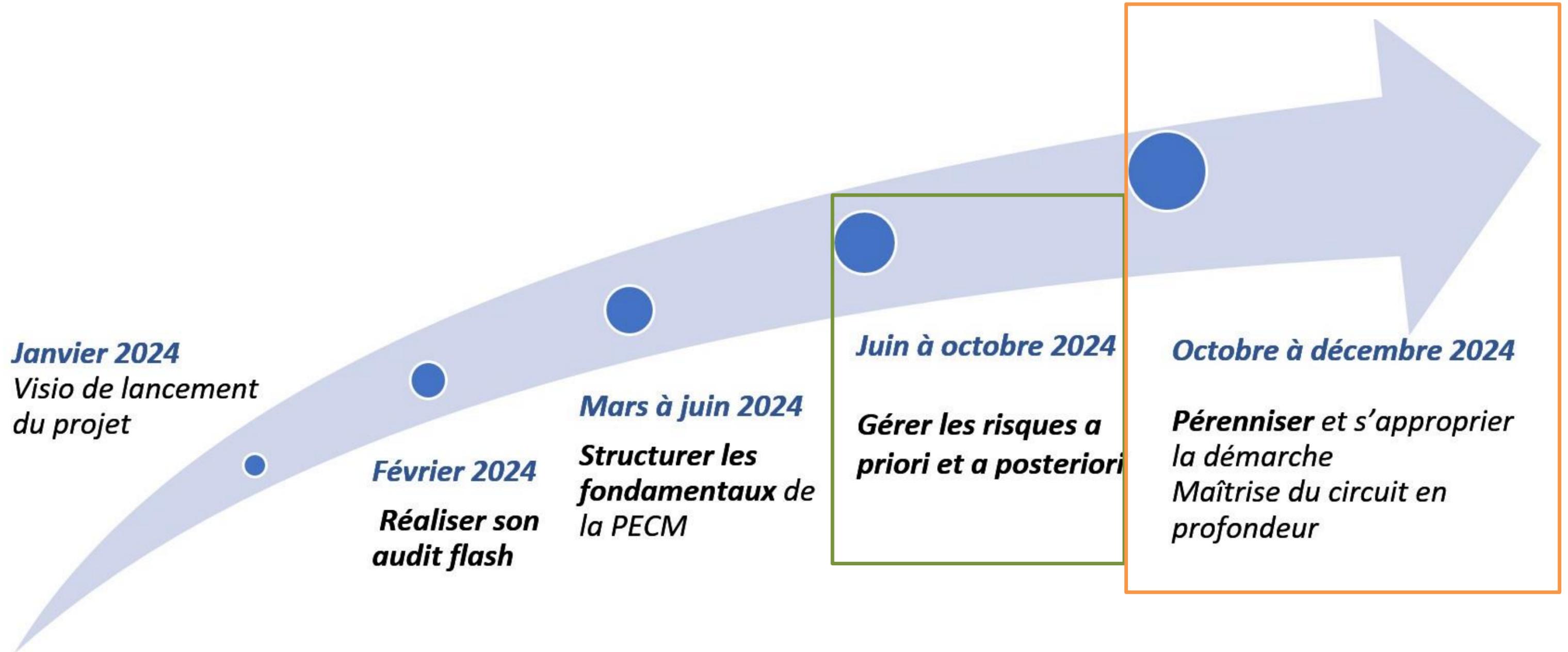
SÉCURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE EN HANDICAP

Bilan de l'étape 2 et présentation de l'étape 3 de
l'accompagnement

Le 15/10/24 (14h30-16h)

Déroulé - calendrier

Etapes du projet



Bilan de l'étape 2 : gérer les risques a posteriori

*Echanges sur les actions mises en
oeuvre et les difficultés rencontrées*

Les étapes

PREREQUIS	
0	Réaliser une autoévaluation de la PECM : identification des risques essentiels
Structurer les fondamentaux de la PECM	
1	Identifier un référent Prise en charge médicamenteuse volontaire
2	Constituer et réunir un comité PECM
3	Etablir une convention ESSMS-PH/pharmacie visant à formaliser les étapes et rôle des équipes dans la dispensation des médicaments (analyse pharmaceutique, délivrance et logistique)
4	Schématiser la PECM des résidents/établir une procédure générale PECM
5	Sensibiliser en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM/les risques d'erreurs médicamenteuses/Prendre en compte les interruptions de tâches
6	Planification des formations (circuit du médicament : 2 séances → découverte et perfectionnement), accompagnants, erreurs médicamenteuses, retex erreurs médicamenteuses, douleur)
7	Communiquer régulièrement sur l'ensemble des actions conduites lors de l'accompagnement d'1 an

Gérer les risques a posteriori	
8	Communiquer auprès des équipes sur les enjeux autour de la déclaration des EI
9	Valider une Charte d'incitation à la déclaration
10	Mettre en œuvre un système de déclaration des EI
11	Mettre en œuvre une analyse des EI avec suivi de plan d'actions et communication
Pérenniser et s'approprier la démarche	
12	Réaliser un 2 nd tour d'audit flash, un audit terrain, un audit de dossiers
13	Définir un plan d'action tiré de l'audit
14	Réaliser un suivi de la mise en œuvre du plan d'action

Le retour de l'Association Sésame Autisme Normandie (EAM La Moisson et EAM Le Roncier)



FEUILLE DE ROUTE QUALITE 2024

Poursuivre les actions mises en place en 2023

Actualiser la gestion documentaire de façon continue

1 Toiletter/Rédiger en priorité les documents suivants :

- Plans de gestion de crise et de continuité de l'activité (plan bleu pour les ESMS & plan blanc pour l'UAB)
- Livrets d'accueil et règlements de fonctionnement sur l'ensemble des établissements
- Organisation de la démarche qualité :
 - o EI/EIG/Plainte et réclamation
 - o Vigilances sanitaires
 - o Conduite à tenir en cas d'urgences
 - o Déclaration des infections nosocomiales (revoir si nécessaire)
 - o Gestion de la bibliothèque documentaire
- Prise en charge de la douleur à retravailler complètement avec le groupe qui aura bénéficié de la formation (notamment Gaëlle en soutien + IDE)
- Procédure liée au risque de chute, en cas de fugue, liée au risque de dénutrition, troubles de la déglutition
- Procédure transmission de données et notamment DLU
- Procédures RH et comptable (notamment en lien avec l'internalisation de la paie)
- Planification groupe de travail projet d'établissement

2 Poursuivre la communication/diffusion auprès des professionnels

3 Objectifs :

- Disposer des documents obligatoires depuis la loi 2002-2, nécessaire à informer les usagers, mais aussi à orienter les axes de travail au sein des différents établissements,
- Accroître la structuration de la démarche qualité
- Mettre à disposition des professionnels une véritable ressource documentaire, structurante et guidante, en fonction des situations rencontrées,
- Être en mesure de réagir de façon adaptée et coordonnées dans le cas d'une situation de crise et permettre ainsi d'assurer la continuité de l'accompagnement des personnes.

Animer la sensibilisation qualité

1 Calendrier proposé : une séance tous les 2 mois, de façon transversale sur SAN, avec possibilité d'organiser des journées supplémentaires, en réponse à des besoins.

2 Objectifs :

- Sensibiliser l'ensemble des salariés SAN à la démarche qualité, en s'appuyant notamment sur les textes de référence pour le secteur médico-social,
- Encourager une pratique réflexive harmonieuse sur l'ensemble de l'association, en accompagnant les professionnels à s'approprier la base documentaire, déclarer des Evènements Indésirables, se familiariser avec la méthode d'analyse ORION, participer à des Comités de Retour d'Expérience et aux Comités d'Amélioration Qualité,
- Apprendre aux salariés à utiliser l'outil AGEVAL pour la consultation de la base documentaire et la déclaration des Evènements Indésirables

Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité (PAQS)

Mots clefs	Critère du manuel d'évaluation qualité HAS	Action d'amélioration à réaliser	Périmètre concerné	Pilote(s)	Indicateurs	Échéance	Etat
Critères impératifs du manuel d'évaluation de la qualité HAS Critères pour lesquels un plan d'action reste à développer Critères ne bénéficiant pas d'un plan d'actions ciblé pour le moment							
Management							
CVS	1.3.1 La personne accompagnée est associée à la révision des règles de vie collective ou des modalités de fonctionnement du service et des outils favorisant leur compréhension 1.3.2 Les professionnels coconstruisent les règles de vie collective ou les modalités de fonctionnement du service dans le respect des droits et libertés de la personne accompagnée.	Majorer la collaboration avec les membres du CVS	SAN	Chaque direction	Réunions CVS : calendrier, CR et émargement	2024	En cours
	1.5.1 La personne accompagnée participe aux instances collectives ou à toutes autres formes de participation 1.5.2 La personne accompagnée est informée de la suite donnée aux demandes formulées dans le cadre des instances collectives ou à toutes autres formes de participation 1.5.3 Les professionnels facilitent l'accès à la traçabilité des échanges et réponses apportées dans le cadre des instances collectives ou à toutes autres formes de participation	Favoriser la participation des personnes accompagnées lors des instances (CVS, commission restauration...)	SAN	Chaque direction	Panneau d'affichage personnes accompagnées/entourage : liste des membres du CVS avec leur coordonnées (si OK), menus, calendrier des réunions, CR, trombinoscope, résultats d'enquêtes de satisfaction... Communication de ces informations par mail	2024	A faire
Démarche d'Amélioration de la Qualité et Gestion des Risques							
DUERP	3.8.1 L'ESSMS définit et déploie sa politique ressources humaines et met en œuvre une démarche de prévention des risques professionnels	Assurer l'actualisation annuelle du DUERP	SAN	Resp. Sécurité	Présentation annuelle du DUERP aux instances	juin-24	En cours
Plan de continuité de l'activité	3.14.1 L'ESSMS définit, avec les professionnels, un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité et le réactualise régulièrement	Assurer l'actualisation et la complétude du plan de gestion de crise et de continuité de l'activité	SAN	Ref. Qualité	Actualisation des plans bleus ESSMS et du plan blanc pour l'UAB	2024	A faire
	3.14.2 L'ESSMS communique son plan de gestion de crise en interne et en externe	Diffusion du plan de gestion de crise et de continuité de l'activité	SAN	Ref. Qualité	CR de réunions (CVS, CA, CAQ...) Accusé de réception transmission à l'ARS	2024	A faire
Amélioration continue	3.14.3 Les professionnels participent aux exercices et aux retours d'expérience partagés, organisés par l'ESSMS	Sensibilisation des professionnels et des personnes accompagnées aux conduites à tenir	SAN	Resp. Sécurité	Formations sécurité incendie : plan de formation et nombre de personnes Exercices sécurité : calendrier (1 exercice annuel/structure) et synthèse Présence de l'affichage obligatoire	En continu	Fait
	3.10.1 L'ESSMS définit sa politique qualité et gestion des risques	Déployer d'une démarche qualité associative	SAN	Ref. Qualité	PAQS & Feuille de route qualité : existence et suivi des actions CAQ et CREX trimestriels : calendrier, CR et émargement Sensibilisation qualité : calendrier, émargement et synthèse Procédures cadrantes : identification, rédaction et diffusion Diffusion d'une Lettre d'Info Qualité trimestrielle Référénts qualité : appel à candidature, nombre de personne et formalisation d'une lettre de mission des référents Bibliothèque AGEVAL : actualisation continue et utilisation par les pro	2023/2024	En cours
Evènements indésirables - plaintes et réclamations	3.4.4 L'ESSMS est force de proposition et d'innovation pour améliorer la qualité des accompagnements et les modalités d'intervention	Actualiser les différents projets d'établissement	SAN	CODIR	Projets d'établissement : mise en place de groupes de travail, programmation du calendrier, rédaction et diffusion/communication Référénts qualité : appel à candidature, nombre de personne et formalisation d'une lettre de mission des référents	2024/2025	A faire
	3.12.1 L'ESSMS organise le recueil et le traitement des plaintes et réclamations 3.13.1 L'ESSMS organise le recueil et le traitement des évènements indésirables	Développer le recueil des évènements indésirables ainsi que le recueil des plaintes et réclamations	SAN	Ref. Qualité	EI : actualisation du formulaire de recueil et diffusion aux pro Plaintes et réclamations : intégrées au formulaire de recueil EI Charte d'incitation à la déclaration associative rédaction et diffusion Sensibilisation qualité : calendrier, émargement et synthèse Référénts qualité : appel à candidature, nombre de personne et formalisation d'une lettre de mission des référents Gestion des déclarations : traitement des déclarations, suivi par typologie, par établissement et synthèse annuelle Nombre de déclarations d'EI sur cette typologie Communication : Lettre d'Info Qualité, CR de réunions (CVS, CAQ, CA...)	2023	Fait
Evènements indésirables - plaintes et réclamations	3.12.2 L'ESSMS communique sur le traitement des plaintes et des réclamations aux parties prenantes 3.13.2 L'ESSMS communique sur le traitement des évènements indésirables auprès des parties prenantes	Développer la communication sur les EI et les traitement des plaintes et réclamations	SAN	CODIR	Gestion des déclarations : traitement des déclarations, suivi par typologie, par établissement et synthèse annuelle de réunions (CVS, CA, CREX, CAQ...) Référénts qualité : appel à candidature, nombre de personne et formalisation d'une lettre de mission des référents Rapport d'activité par établissement	2024	En cours
	3.12.3 Les professionnels analysent en équipe les plaintes et les réclamations et mettent en place des actions correctives 3.13.3 Les professionnels déclarent et analysent en équipe les évènements indésirables et mettent en place des actions correctives	Développer l'analyse d'EI et des plaintes et réclamations	SAN	Ref. Qualité	Sensibilisation qualité : calendrier, émargement et synthèse Gestion des déclarations : traitement des déclarations, suivi par typologie, par établissement et synthèse annuelle CREX trimestriel : calendrier, CR avec plan d'action et émargement Référénts qualité : appel à candidature, nombre de personne et formalisation d'une lettre de mission des référents Groupe de travail interne sur le circuit du médicament : CR et calendrier	2023/2024	En cours
	3.6.1 L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Organisation du circuit du médicament	SAN	CODIR	Procédures cadrantes concernant le circuit du médicament existantes Conventions de partenariat avec les officines de ville établies Groupe de travail interne sur le circuit du médicament : CR et calendrier Dispositif OMEDIT sur la sécurisation du circuit du médicament (MAS)	2023/2024	En cours

Le retour de l'Association Sésame Autisme Normandie (EAM La Moisson et EAM Le Roncier)

1 - Communiquer auprès des équipes sur les enjeux autour de la déclaration des EM



DEROULE PEDAGOGIQUE SENSIBILISATION QUALITE SESAME AUTISME NORMANDIE

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :

- ① Sensibiliser les salariés de l'Association Sésame Autisme Normandie à la démarche qualité, en s'appuyant notamment sur les textes de référence pour le secteur médico-social,
- ② Encourager une pratique réflexive harmonieuse sur l'ensemble de l'association, en accompagnant les professionnels à :
 - s'approprier la base documentaire,
 - déclarer des Evènements Indésirables
 - se familiariser avec la méthode d'analyse ORION,
 - participer à des Comités de Retour d'Expérience et aux Comités d'Amélioration Qualité
- ③ Apprendre aux salariés à l'utilisation de l'outil AGEVAL pour la consultation de la base documentaire et la déclaration des Evènements Indésirables

DUREE ET PROGRAMMATION :

Cette sensibilisation se déroulera sur une journée de 7h, réparties de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h. La fréquence de réalisation sera bimestrielle avec modulation possible de la programmation, afin de répondre à la demande et aux besoins de services.

PERSONNES CONCERNEES :

Toute personne salariée de l'Association Sésame Autisme Normandie sera conviée à participer à ce temps de sensibilisation, quelque soit son champ d'intervention : éducatif, soignant, administratif, technique, encadrement...
L'idéal serait de réunir un groupe constitué de 6 à 12 personnes maximum, si possible avec des expertises différentes afin de faciliter la richesse des échanges et la prise de recul par rapport aux pratiques et habitudes de travail de chacun.
La journée d'intervention se fera de façon transversale sur l'ensemble des établissements de l'association, afin de favoriser une dynamique associative, nourrir la culture d'entreprise et faciliter le partage d'expérience entre établissements.

LIEU :

Les rencontres auront lieu au sein du nouvel établissement IME/SESSAD, soit dans la salle de réunion de l'IME, soit dans la salle de réunion du SESSAD.

www.autisme-san.fr

SAN Dispositif Adultes

UEMA / UJAB / IME / SESSAD / EMAS / AJ / FH / FAM / MAS



SESAME AUTISME NORMANDIE - 25 bis, route d'Heugleville - 14100 Hutois - Dune de Roadville - 02 32 11 16 71 - contact@autisme-san.fr
Association loi 1901, affiliée à la Fédération Française Sésame Autisme - SIRET : 399 525 571 00163

Horaire	Durée	Contenu/objectifs	Méthode/Qui	Matériel/Support
9h00	15 minutes	Accueil Présentation de l'intervenant Présentation de la journée : - Objectifs de la sensibilisation qualité - Horaires et programme de la journée		
9h15	30 minutes	Présentation des participants : - Nom, prénom, établissement, fonction - Attentes vis-à-vis de cette journée	Tour de table	Prévoir papier + feutres pour fabriquer des chevalets avec le nom des interlocuteurs
9h45	45 minutes	Qu'est-ce que la qualité ? - Réflexion des participants (15 minutes) - Mise en commun et articulation entre les idées (15 minutes) - Reprise des notions par l'animateur (15 minutes)	Brainstorming : - Participants - Animateur Diaporama	Post-it Stylo Mur/tableau blanc ou paper board Vidéoprojecteur
10h30 max	15 minutes	Pause		
10h45	30 minutes	Présentation de la qualité chez SAN : - des textes de références - des axes prioritaires - des actions programmées (CAQ, CREX, sensibilisation...)	Diaporama	Vidéoprojecteur Référentiel qualité HAS Charte...
11h15	15 minutes	Questions/réponses : - Compréhension de la présentation - Lien avec le quotidien	Tour de table	
11h30	30 minutes	Présentation de la gestion documentaire sur AGEVAL : - Comment se connecter ? - Comment trouver les documents ? - Comment son classer les documents ?	Diaporama interactif et AGEVAL	Vidéoprojecteur Présentation trame papier déclaration EI + Plaintes et Réclamations + avoir avec moi liste doc qualité
12h	15 minutes	Manipulation d'AGEVAL par les participants	Familiarisation avec le logiciel AGEVAL	
12h15	15 minutes	Questions/réponses : - Compréhension de la présentation - Lien avec le quotidien		
12h30	1h	Pause déjeuner		
13h30	45h	Présentation de la gestion d'un évènement indésirable : - Qu'est-ce qu'un EI ?	Diaporama interactif et AGEVAL	Présentation Charte d'incitation à la déclaration des EI

Le retour de l'Association Sésame Autisme Normandie (EAM La Moisson et EAM Le Roncier)

1 - Communiquer auprès des équipes sur les enjeux autour de la déclaration des EM

LETTRE D'INFO QUALITÉ

<https://sesame.ageval.fr>



Juillet/Août/Septembre 2024



L'autodétermination

L'autodétermination c'est pouvoir faire des choix en fonction de ses besoins et de ses envies, prendre des décisions et être acteur de sa vie. (voir FALC HAS sur AGEVAL)

Pour le développer cette démarche, il faut mettre en place un accompagnement visant à encourager la personne et l'aider à prendre confiance en elle.

L'autodétermination facilite l'inclusion sociale le bien-être physique et psychique et accroît la qualité de vie de la personne.

Focus sur les critères impératifs

3.12. "Plaintes et Réclamations"

La gestion des plaintes et réclamations fait partie intégrante des **droits des personnes accompagnées** et leur entourage. L'objectif est de favoriser l'expression, répondre aux attentes, tracer les dysfonctionnements et améliorer la qualité de l'accompagnement.

Les évaluateurs vont vérifier que...

- le recueil des plaintes et réclamations est **organisé**. Chaque professionnel se doit de les déclarer au même titre que les événements indésirables. Voir flyer sur AGEVAL.
- Des **actions correctives se mettent en place** et un retour est fait aux personnes concernées.
- Une **communication et un suivi des actions** sont présentés en CVS ou CDU.

Demarche Qualité

Nous recherchons des volontaires pour devenir référents qualité.

Si cette mission vous intéresse, n'hésitez pas à le signaler à votre Responsable de service

01/02



Les incontournables du Projet Personnalisé

Réévalué de façon annuelle, le Projet Personnalisé permet d'actualiser les objectifs d'accompagnement de chacun grâce à une démarche de co-construction entre la personne accompagnée (son représentant légal) et l'équipe pluridisciplinaire.

Le référentiel d'évaluation de la qualité de la HAS précise notamment, dans le critère 3.2.2

L'ESSMS garantit un cadre de vie respectueux des droits fondamentaux des personnes accompagnées

New sur AGEVAL !!

Des nouvelles procédures sont disponibles en lignes :

- "Gestion des enquêtes de satisfaction"
- "Sécurisation des établissements par les veilleurs"
- "Gestion d'une situation pendant laquelle une personne accompagnée échappe à la vigilance des professionnels"

De nombreux outils et Recommandations de Bonnes Pratiques sont également disponibles, N'hésitez pas à les consulter !

Par exemple vous trouverez un flyer à destination des professionnels concernant les plaintes et réclamations des personnes accompagnées et leur entourage.

02/02

CREX :

Le dernier CREX a eu lieu le 17/09/2024

Il a permis d'aborder de nombreux événements survenus pendant l'été, concernant les thématiques suivantes :

- Temps passé en salle d'apaisement
- Circuit du médicament
- Personne accompagnée qui échappe à la vigilance des professionnels
- Accidents de travail en lien avec des actes "éducatifs"

L'ensemble des analyses présentées et plans d'actions validés sont consultables sur SHAREPOINT, dans le dossier qualité, chapitre 5 Evénements Indésirables

Outil AGEVAL



Le logiciel AGEVAL vous permet d'accéder à :

- La bibliothèque documentaire
- La plateforme de déclaration des Evénements Indésirables

Grâce aux accès génériques :

Identifiant : AGEVAL
Mot de passe : SANqualité2023!

Le retour de l'Association Sésame Autisme Normandie (EAM La Moisson et EAM Le Roncier)

2 – Valider une charte d'incitation à la déclaration et communiquer en interne sur l'existence de cette charte



Emission : Direction Générale
Diffusion : Tous les professionnels
Date : 18/09/2023

CHARTRE D'INCITATION A LA DECLARATION D'EVENEMENTS INDESIRABLES

La sécurité de nos activités doit être une préoccupation première permanente des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le développement d'établissements sûrs, inspirants confiance aux personnes accompagnées et à leur famille se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, des événements indésirables pouvant affecter la sécurité de ses interventions.

La préoccupation de l'Association Sésame Autisme Normandie est d'améliorer la visibilité sur ceux-ci afin d'entretenir la conscience des risques liés à notre activité (d'hébergement ou de soin) et d'apporter les mesures correctives lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Dans ce cadre, il est de la responsabilité de chaque professionnel de communiquer spontanément et sans délai toute information sur des événements de cette nature. Un manquement à cette règle peut compromettre l'ensemble de la démarche de prévention conduite par les établissements.

Pour favoriser ce retour d'expériences, je m'engage à ce que l'Association n'entame pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un professionnel qui aura spontanément et sans délai révélé un écart mettant en jeu la sécurité des personnes accompagnées et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement, quel que soit le domaine.

Toutefois, ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété du professionnel aux règles de santé/sécurité, aux dispositions du règlement intérieur et aux autres consignes émanant de l'employeur.

J'insiste pour que chaque professionnel, quelle que soit sa fonction dans l'établissement, s'implique dans cette logique, qui contribue à notre recherche permanente du plus haut niveau de sécurité de notre activité, en ce qui concerne les événements indésirables, les erreurs, les dysfonctionnements.

Vous remerciant vivement pour votre engagement et votre vigilance,

Aline FRENOIS
Directrice Générale

www.autisme-san.fr

Sésame Autisme Normandie
UEMA / UAB / IME / SESSAD / EMAS / AJ / FH / FAM / MAS



SESAME AUTISME NORMANDIE - 25 bis, route d'Houpperville - 76960 Notre-Dame de Bondeville - 02 32 11 16 71 - contact@autisme-san.fr
Association loi 1901, affiliée à la Fédération Française Sésame Autisme - SIREN : 379 525 579 00197

Le retour de l'Association Sésame Autisme Normandie (EAM La Moisson et EAM Le Roncier)

3 – Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

Mettre en place ou renforcer un système de déclaration des EI :

- Rédiger et valider une **procédure de gestion des EI** (recueil, traitement, analyse, plan d'actions)
- Valider une **fiche de déclaration en interne des EI**

	Enregistrement	EN-GR-004-B
	Déclaration d'Evènement Indésirable	

Déclarant

Nom & Prénom : Déclaration anonyme

Fonction :

Contexte

Personne(s) concernée(s) :	Date et heure :
<input type="checkbox"/> Personne(s) accompagnée(s)	Etablissement concerné :
<input type="checkbox"/> Professionnel(s)	Lieu :
<input type="checkbox"/> Visiteur(s)	
<input type="checkbox"/> Autre	

Typologies

Accompagnement des personnes	Matériel / Prestataire / Sécurité	Environnement de travail
<input type="checkbox"/> Plainte / Réclamation (personne ou entourage)	<input type="checkbox"/> Disparition / Perte / Vol	<input type="checkbox"/> Communication
<input type="checkbox"/> Identitovigilance	<input type="checkbox"/> Matériel en panne / Déterioré / Inadapté (sauf informatique)	<input type="checkbox"/> Défaut de confidentialité / Perte d'information
<input type="checkbox"/> Circuit du médicament	<input type="checkbox"/> Problème informatique	<input type="checkbox"/> Organisation de travail / Planning
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Problème de chauffage ou d'électricité	<input type="checkbox"/> Environnement inadapté (température, odeur, bruit...)
<input type="checkbox"/> Infection Associées aux Soins (IAS)	<input type="checkbox"/> Dégât des eaux	<input type="checkbox"/> Accident de travail
<input type="checkbox"/> Intoxication alimentaire	<input type="checkbox"/> Présence de nuisibles	<input type="checkbox"/> Accident d'Exposition au Sang (AES)
<input type="checkbox"/> Fausse route	<input type="checkbox"/> Système de sécurité incendie	
<input type="checkbox"/> Circuit des repas	<input type="checkbox"/> Défaut de sécurité des locaux ou de l'établissement	
<input type="checkbox"/> Chute		
<input type="checkbox"/> Sortie à l'insu du service		
<input type="checkbox"/> Circuit du linge		
<input type="checkbox"/> Hygiène des locaux		
<input type="checkbox"/> Circuit des déchets		

Evènement

Description des faits :

Conséquences :

Mesures immédiates :

Le retour de l'Association Sésame Autisme Normandie (EAM La Moisson et EAM Le Roncier)

	Procédure	Code Version PR-GdR-002 Applicable au 1 ^{er} /02/2024
	Traitement des Evénements Indésirables ainsi que des Plaintes et Réclamations	

3 – Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

Mettre en place ou renforcer un système de déclaration des EI :

- Rédiger et valider une **procédure de gestion des EI** (recueil, traitement, analyse, plan d'actions)
- Valider une **fiche de déclaration en interne des EI**

1. OBJECTIFS ET DOMAINE D'APPLICATION

• Objectifs

L'objet de la présente procédure consiste à définir le traitement d'un Evènement Indésirable, mais aussi d'une plainte ou d'une réclamation, au sein des établissements et services de l'Association Sésame Autisme Normandie.

• Comment

Toute personne, témoin d'un évènement indésirable ou recueillant une plainte ou une réclamation d'une personne accompagnée ou de son entourage, doit dans les meilleurs délais rédiger une déclaration, comme indiqué dans la charte de d'incitation à la déclaration des évènements indésirables, qui a été diffusée à tous les professionnels.

Pour se faire, il peut se connecter directement au logiciel AGEVAL et utiliser les identifiants génériques s'il ne dispose pas de codes personnels :

- Adresse du site : <https://sesame.ageval.fr>
- Identifiant : AGEVAL
- Mot de passe : SANqualité2023 !

Dans le cas d'une impossibilité d'accès au site en ligne, il est possible d'utiliser le formulaire papier, qui devra être remis, une fois complété, au secrétariat ou au responsable de service, pour une saisie informatique en fonction des organisations de chaque secteur.

En parallèle, il est vivement conseillé à la personne qui est témoin d'un évènement indésirable d'en référer de vive voix à son supérieur hiérarchique ou de contacter l'astreinte en dehors des horaires ouvrables.

• Quand

Autant que possible, il est demandé de rédiger la déclaration le jour même du constat de l'évènement indésirable ou de la réception de la plainte ou de la réclamation de la personne accompagnée ou de son entourage.

• Qui

C'est la personne qui est témoin des faits qui doit se rendre actrice en faisant la démarche de rédiger la déclaration d'évènement indésirable.

Cela permet d'avoir une vision de la situation la plus précise possible, pour une description factuelle, qui pourra être étayée en cas de besoin, si l'évènement nécessite la réalisation d'une analyse pour une présentation en Comité de Retour d'Expérience.

Le retour de l'Association Sésame Autisme Normandie (EAM La Moisson et EAM Le Roncier)

4 – Mettre en œuvre une analyse des EI avec suivi de plan d'actions et communication

L'analyse de l'EI : Qui ? Sous quel délai ? Quel support ?

- Déterminer les experts et les ressources adéquates pour l'analyse (répertorier les professionnels formés à l'analyse)
- Définir les personnes qui participent à l'analyse
- Identifier les **outils d'analyse** utilisés et la **méthodologie**
- **Plan d'actions et suivi** : déterminer les délais, l'organisation et les modalités de communication (comité de retour d'expérience)

Le retour de l'Association Sésame Autisme Normandie (EAM La Moisson et EAM Le Roncier)

4 – Mettre en œuvre une analyse des EI avec suivi de plan d'actions et communication

1

Analyse d'un EI concernant le circuit du médicament sur la MAS du Complexe Terre de Rouvre le 18/07/2024

- **Résumé des faits :** Les traitements antibiotiques et aérosol d'une personne accompagnée, prescrits suite à une hospitalisation, ne lui ont pas été donnés le 18/07/2024 lors de son retour sur la MAS, jusqu'à ce que ses parents s'en aperçoivent en venant le chercher le 20/07/2024.

- **Méthodologie :**

- Utilisation de la **méthode ORION**, méthode d'analyse systémique qui consiste à :
 - ① **Collecter les données** et les **classer de façon chronologique**
 - ② **Identifier les écarts**
 - ③ **Identifier les facteurs contributifs** (sans ce facteur, pas d'évènement) : humain, technique, organisation/processus et environnement
 - ④ **Identifier les facteurs influents** (pas à l'origine de l'évènement indésirable mais associé à un facteur contributif, il peut le majorer)
 - ⑤ **Synthèse des éléments**
 - ⑥ **Proposition d'un plan d'actions**
- **Recueil d'informations :**
 - Déclaration d'évènement indésirable => + déclaration EIG à faire auprès de l'ARS le 01/08/2024
 - Mail de plainte des parents de NR
 - Mail adressé à l'agence d'intérim pour relater les faits, rédigé par Isabelle LEBEY, Responsable de service
 - Echange verbal avec Isabelle LEBEY, Responsable de service de la MAS et Nicolas FAUCHEUX, Directeur adjoint du Complexe Terres de Rouvre le 25/07/2024
 - Echange entre Nicolas FAUCHEUX et les IDE
 - Echange avec l'IDE présent en renfort le 15/07
 - Consultation du cahier de transmissions

S. LEBRUN, Directrice des FAM La Moisson et Le Roncier, Référente qualité

- **Déroulé de l'évènement :**

Chronologie	Faits	Ecart	Facteurs contributifs	Facteurs influents
En amont de l'évènement	Nouvelle prescription médicamenteuse établie par le Dr M.	Non		
	A priori l'intérimaire en poste ce jour-là transmet l'originale de la prescription à la pharmacie, en conserve une copie, qu'elle ne range pas au bon endroit, c'est-à-dire dans le classeur dédié, mais dans une pochette jaune à disposition à côté du bureau infirmier.	Oui	Humain : Erreur humaine dans la gestion du document. Technique : Absence de logiciel patient permettant de centraliser l'ensemble des informations. Organisation/processus : <ul style="list-style-type: none"> - Multiplicité des supports papiers en l'absence d'un logiciel patient - Méconnaissance des outils mis en place et des modalités d'utilisation. 	Existence d'un déroulé de journée établi par l'IDE titulaire
Lundi 15/07	L'IDE présent ce jour-là confirme que l'ordonnance « <i>si besoin</i> » est disponible dans le tiroir où se trouve l'aérosol et possiblement (il n'est pas sûr de lui à 100 %) dans le classeur récapitulatif des prescriptions à disposition sur le chariot de médicaments. NB : doute de l'IDE confirmé lors de l'appel du CHU où la prescription « <i>si besoin</i> » ne se trouve pas dans le classeur mais uniquement dans le tiroir où est rangé l'aérosol.	Oui	Humain : Prescription rangée par erreur dans le tiroir au lieu du classeur ? Technique : Absence de logiciel patient permettant de centraliser l'ensemble des informations. Organisation/processus : si l'organisation prévoit un rangement dans le tiroir, ce n'est pas cohérent puisqu'il faut déjà connaître la prescription « <i>si besoin</i> » pour ouvrir le tiroir et consulter la prescription.	Présence d'IDE SAN en renfort d'un autre établissement
Mardi 16/07	Dégradation de l'état de santé de NR.	Non		Présence de LM, IDE intérimaire
	La dernière prescription médicamenteuse est introuvable.	Oui	Humain : Erreur humaine au moment de la gestion du document. Technique : Absence de logiciel patient permettant de centraliser l'ensemble des informations. Organisation/processus : multiplicité des supports	
	L'IDE intérimaire contacte la pharmacie, qui lui renvoie une copie de la prescription médicale.	Non		
	Compte tenu du contexte clinique le protocole « <i>si besoin</i> » aurait dû être appliqué, conformément à la prescription médicale.	Oui	Humain : manque de vigilance collective et de synergie d'équipe, car même si l'IDE n'avait pas visibilité sur la prescription rangée dans le tiroir, beaucoup de professionnels et la famille étaient au courant de son existence.	
	L'IDE intérimaire présente appelle le 15 pour avis médical	Non		
	Départ pour l'hôpital, accompagné par 2 professionnels.	Non		
	La maman de NR est présente au moment du départ et s'assure que tout est OK, notamment que les professionnels emportent bien avec eux un double de la dernière prescription en date.	Non		

S. LEBRUN, Directrice des FAM La Moisson et Le Roncier, Référente qualité

Le retour de l'Association Sésame Autisme Normandie (EAM La Moisson et EAM Le Roncier)

4 – Mettre en œuvre une analyse des EI avec suivi de plan d'actions et communication

LETTRE D'INFO QUALITÉ

<https://sesame.ageval.fr>



Juillet/Août/Septembre 2024



L'autodétermination

L'autodétermination c'est pouvoir faire des choix en fonction de ses besoins et de ses envies, prendre des décisions et être acteur de sa vie. (voir FALC HAS sur AGEVAL)

Pour le développer cette démarche, il faut mettre en place un accompagnement visant à encourager la personne et l'aider à prendre confiance en elle.

L'autodétermination facilite l'inclusion sociale le bien-être physique et psychique et accroît la qualité de vie de la personne.

Focus sur les critères impératifs 3.12. "Plaintes et Réclamations"

La gestion des plaintes et réclamations fait partie intégrante des **droits des personnes accompagnées** et leur entourage. L'objectif est de favoriser l'expression, répondre aux attentes, tracer les dysfonctionnements et améliorer la qualité de l'accompagnement.

Les évaluateurs vont vérifier que...

- le recueil des plaintes et réclamations est organisé. Chaque professionnel se doit de les déclarer au même titre que les événements indésirables. Voir flyer sur AGEVAL.
- Des actions correctives se mettent en place et un retour est fait aux personnes concernées.
- Une communication et un suivi des actions sont présentés en CVS ou CDU.



Nous recherchons des volontaires pour devenir référents qualité.

Si cette mission vous intéresse, n'hésitez pas à le signaler à votre Responsable de service

01/02



Les incontournables du Projet Personnalisé

Réévalué de façon annuelle, le Projet Personnalisé permet d'actualiser les objectifs d'accompagnement de chacun grâce à une démarche de co-construction entre la personne accompagnée (son représentant légal) et l'équipe pluridisciplinaire.

Le référentiel d'évaluation de la qualité de la HAS précise notamment, dans le critère 3.2.2

L'ESSMS garantit un cadre de vie respectueux des droits fondamentaux des personnes accompagnées

New sur AGEVAL !!

Des nouvelles procédures sont disponibles en lignes :

- "Gestion des enquêtes de satisfaction"
- "Sécurisation des établissements par les veilleurs"
- "Gestion d'une situation pendant laquelle une personne accompagnée échappe à la vigilance des professionnels"

De nombreux outils et Recommandations de Bonnes Pratiques sont également disponibles, N'hésitez pas à les consulter !

Par exemple vous trouverez un flyer à destination des professionnels concernant les plaintes et réclamations des personnes accompagnées et leur entourage.

CREX :

Le dernier CREX a eu lieu le 17/09/2024

Il a permis d'aborder de nombreux événements survenus pendant l'été, concernant les thématiques suivantes :

- Temps passé en salle d'apaisement
- Circuit du médicament
- Personne accompagnée qui échappe à la vigilance des professionnels
- Accidents de travail en lien avec des actes "éducatifs"

L'ensemble des analyses présentées et plans d'actions validés sont consultables sur SHAREPOINT, dans le dossier qualité, chapitre 5 Evènements Indésirables

Outil AGEVAL



Le logiciel AGEVAL vous permet d'accéder à :

- La bibliothèque documentaire
- La plateforme de déclaration des Evènements Indésirables

Grâce aux accès génériques :

Identifiant : AGEVAL

Mot de passe : SANqualité2023!

Rappel sur les outils disponibles

1°) Communiquer auprès des équipes sur les enjeux autour de la déclaration des EM

Erreurs médicamenteuses

Erreurs médicamenteuses : les déclarer pour mieux les éviter

Vous exercez en milieu hospitalier ou secteur médico-social et souhaitez (re)sensibiliser le personnel soignant à la déclaration des erreurs médicamenteuses ?

Ces supports, élaborés par l'OMÉDIT Normandie en 2020, vous permettent d'animer de courtes sessions (15-30 min) dans les services de soins, à la pharmacie... en développant différents aspects :

- Enjeux de la déclaration des erreurs médicamenteuses
- Définitions, étapes de survenue, règle des 5B, différents types d'erreurs, causes
- Never events, médicaments à risque
- Pourquoi et comment déclarer ? Et après la déclaration ?
- Pour une session plus longue, terminez la sensibilisation avec un film d'analyse de scénario pour une mise en application immédiate et en équipe

Kit de sensibilisation des professionnels :

- **Diaporama de sensibilisation (actualisé - Février 2023)** : sous format modifiable permettant d'adapter en fonction des spécificités de votre établissement (exemple d'erreurs survenues et analysées, liste des médicaments à risque, modalités de déclaration, d'analyse et retours d'expérience en interne)
- **Questionnaire** pour contrôle des acquis (+ corrigé) : à compléter après la sensibilisation ou avant/après (pour évaluer l'impact immédiat)

KIT de sensibilisation des professionnels :

Supports d'animation de courtes sessions (15-30 min)

Diaporama de sensibilisation modifiable selon les spécificités de l'établissement

Questionnaire

Fiches d'animation de séance :

Supports d'animation courte (10-15 min)

Fiches pédagogiques

Guide d'animation des « Quick séances RETEX »

RETOUR D'EXPERIENCE SUR LES ERREURS MEDICAMENTEUSES

Lecture de l'événement

Hospitalisation pour pancypotémie suite à un erreur de médicament prescrit sur l'ordonnance de sortie en HDI

Jeanne est admise en HDI pour bilan de complications de diabète (son traitement personnel est conséquent avec plus de 10 médicaments dont de l'Allopurinol). Ce lundi matin, l'activité est dense.

La patiente est informée de l'introduction de NEO-MERCAZOLE suite à la découverte d'une hyperthyroïdie. A sa sortie d'HDI, elle demande à l'interne que la totalité de son traitement personnel lui soit prescrit sur son ordonnance de sortie. A l'aide d'un dictaphone, l'interne réalise le Compte-rendu d'hospitalisation (CRH) qui est copié/collé pour réaliser l'ordonnance de sortie sans utilisation du module de prescription informatisée.

Plusieurs erreurs de retranscription de la dictée apparaissent sur l'ordonnance de sortie et le CRH, notamment :
• = PURINETHOL 100 mg 1 cp le soir = au lieu de l'Allopurinol 100mg. (Pour info, le dosage PURINETHOL 100mg n'existe pas);
• = Paroxétine 501 cp = au lieu de Furazémide 500mg 2 cp le midi;
• = Paroxétine de 70 jours s'agit syphillis agit glycémiés = phrase dénuée de sens.

L'ordonnance est remise à la patiente puis délivrée par le pharmacien d'officine. L'IDEL prépare le pilulier.

Six semaines après, son médecin traitant (MT) prescrit une NFS devant une fièvre persistante et un érysipèle. Il découvre une pancypotémie et appelle le service d'HDI pour savoir si le NEO-MERCAZOLE peut l'expliquer. La patiente est alors hospitalisée pour traiter l'érysipèle. Le service repère l'erreur de prescription de PURINETHOL (anticancéreux oral) au lieu de l'Allopurinol et en informe le MT et la patiente.

Selon vous, quelle est l'erreur principale?
Selon vous, au regard de l'événement qui vous a été relaté et au regard de votre expérience :
Quels sont les facteurs contributifs possibles ? Quelles sont les actions et barrières ?

Humains

Environnement

Organisationnel

Technique

Quiz : Vrai ou faux ?

De nombreuses études soulignent que les erreurs médicamenteuses surviennent principalement aux étapes de transition du parcours de soins du patient (entrée et sortie d'un établissement de santé, transferts inter-services)

Les effets indésirables médicamenteux sont une source importante de réhospitalisation en urgence chez les patients vulnérables

Plusieurs critères de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins sont en lien avec la continuité de la prise en charge médicamenteuse des patients, notamment à la sortie

Lors de la délivrance d'un nouvel anticancéreux par voie orale, il est recommandé que le pharmacien d'officine réalise un entretien pharmaceutique avec le patient.

Novembre 2023 Erreur de prescription à la sortie PAGE 1 omed.t



Formations e-learning ESSMS (omedit-normandie.fr)



2°) Valider une charte d'incitation à la déclaration

Mettre en place une charte d'incitation à la déclaration :

- Rédiger et valider une charte d'incitation à la déclaration
- Communiquer en interne sur cette charte d'incitation

Charte d'incitation de l'OMéDIT IDF

Logo de l'établissement	Gestion des risques	Date de création :
	Charte d'incitation au signalement d'un évènement indésirable	Date de mise à jour :

L'affichage de la culture positive de l'erreur peut se faire, au sein de l'établissement, par une charte de « non-punition » ou « d'incitation au signalement interne », engageant le personnel à signaler les événements indésirables permettant la mise en place des mesures correctives dans l'objectif de sécuriser la prise en charge des résidents.

Un exemple de charte est proposé ci-dessous, inspiré d'une proposition issue du guide de la MeaH sur l'amélioration de la sécurité des organisations de soins¹.

.....
Lieu de l'EHPAD, le xx/xx/xxxx

La sécurité de la prise en charge de nos résidents doit être la préoccupation première et permanente d'un établissement d'hébergement et de soins.

Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses résidents, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, intervention après intervention, des événements pouvant affecter la sécurité de nos activités.

Le souci de l'établissement XXX est d'améliorer la visibilité de ceux-ci afin d'entretenir la conscience des risques liés à notre activité et d'apporter les mesures correctives lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Dans ce cadre, il est de la responsabilité de chaque professionnel de signaler toute information sur des événements de cette nature.

Un manquement à cette règle peut compromettre l'ensemble de la démarche de prévention conduite par l'établissement.

Pour favoriser ce retour d'expériences, je m'engage à ce que l'établissement n'entame pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un professionnel qui aura signalé un manquement aux règles de sécurité ou une erreur dans l'application des règles de sécurité au sein de l'établissement dans lesquelles il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement.

Toutefois, ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité.

J'insiste pour que chaque professionnel, quelle que soit sa fonction dans l'établissement, s'implique dans cette logique qui contribue à notre recherche permanente du plus haut niveau de sécurité de la prise en charge de nos résidents.

Le Directeur de l'établissement

¹ Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. « Améliorer la sécurité des organisations de soins », 2008
<https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/ameliorer-la-securite-des-organisations-de-soins-exploiter-les-retours-d-experiences/>



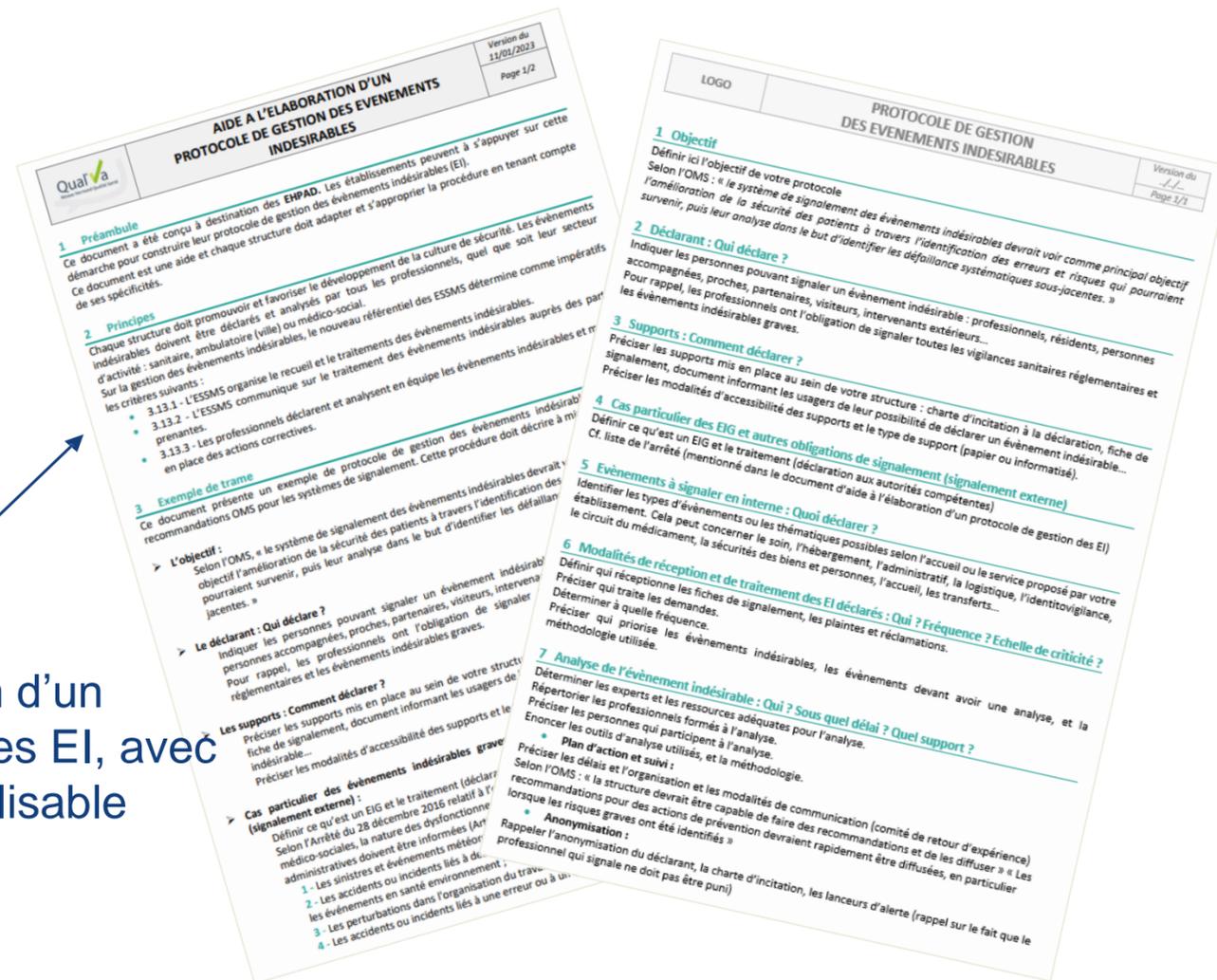
3°) Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

- **Guide de rédaction d'une procédure de gestion des EI (recueil, traitement, analyse, plan d'actions)**



Qual'Va

ARS Bourgogne-Franche-Comté



Aide pour la réalisation d'un protocole de gestion des EI, avec trame vierge personnalisable



GUIDE DE RÉDACTION D'UNE PROCÉDURE DE GESTION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Ce guide a pour objet de proposer les éléments attendus dans une procédure de gestion des événements indésirables

1. Elle doit faire apparaître et prendre en compte les textes réglementaires de référence :

Textes applicables à tous les établissements :

- Les 2 Arrêtés du 27 février 2017 relatif au « portail de signalement des événements sanitaires indésirables » et fixant la liste des catégories d'événements sanitaires indésirables pouvant y être déclaré.
- Instruction du 17 février 2017 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins.
- Décret du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Décret du 24 août 2016 relatif au portail de signalement des événements sanitaires indésirables.
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Textes applicables aux Établissements Médico-Sociaux seulement :

- Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales .
- Décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.
- Circulaire DGAS 5/SD 2 n°2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.

2. Elle doit faire apparaître le ou les professionnels référents :

Identification de la Personne impliquée ou référente dans le dispositif : le directeur et/ou IDE CO et/ou chef de service et/ ou cadre de santé et/ou un Gestionnaire Des Risques (en mentionnant sa fonction et non son nom/identité)

[7 Guide Procedure.pdf \(sante.fr\)](#)

Pour les adhérents

3°) Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

➤ Fiche de déclaration en interne des EI OMÉDIT IDF



Logo de l'établissement + N°téléphone	Fiche de déclaration en interne d'un Evènement Indésirable (EI)	Date de création :
		Date de mise à jour :

NOTICE D'UTILISATION :

Dans le cadre de l'amélioration de la qua-

lité de la prise en charge des résidents, en cas de survenue d'un évènement indésirable (EI), **quelle que soit sa nature**, il est très important :

- D'en informer un membre du personnel et /ou un responsable de l'établissement et, le cas échéant, d'en informer le résident et/ou sa famille
- ET de le **déclarer en interne** via le document présent ou via un module dédié du logiciel métier et d'enregistrer la déclaration dans un tableau de suivi.

Date de déclaration en interne de l'évènement indésirable :/.../20....

ENREGISTREMENT DE L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE	
Date et lieu de survenue de l'évènement Date : .../.../20... Heure : Lieu :	N° d'enregistrement en interne (à définir par l'EHPAD)
Emetteur de la déclaration Nom, Prénom, Fonction :	Personne(s) concernée(s) par l'évènement <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Intervenant extérieur <input type="checkbox"/> Visiteur Nom, Prénom (H/F) : Âge : ans Lieu de survenue (unité, spécialité) :

NATURE DE L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE (EI) (à cocher)

Décès inexpliqué ou menace de la sécurité de l'utilisateur
<input type="checkbox"/> Décès inattendu ou inexpliqué
<input type="checkbox"/> Conduites suicidaires (tentative de suicide ou suicide)
<input type="checkbox"/> Disparition inquiétante d'un résident (ex : fugue)
EI lié aux soins
<input type="checkbox"/> Erreur ou évènement indésirable associé à des soins (erreur dans l'exécution d'un acte, retard de prise en charge, erreur d'identification du résident, erreur médicamenteuse, défaut de surveillance, manque d'hygiène...)
<input type="checkbox"/> Évènement indésirable susceptible d'être dû à un médicament : lié à ses propriétés pharmacologiques, son mésusage ou son abus (ex : hémorragie sous AVK, urticaire sous morphine, etc.)
<input type="checkbox"/> Incident ou risque d'incident susceptible d'être dû à un dispositif médical
<input type="checkbox"/> Infection associée aux soins (Si EHPAD rattaché à un établissement de santé, déclarer également à Santé Publique France via e-sin : https://esin.santepubliquefrance.fr/appli_esin/)
<input type="checkbox"/> Accident d'exposition au sang -> Déclarer à la médecine du travail et à la CNAM (= accident du travail)
Chute
<input type="checkbox"/> Chute (Recenser en interne l'ensemble des chutes + analyse annuelle des causes de chute)
Maltraitance et violence

<input type="checkbox"/> Maltraitance vis-à-vis du ? ou causé par ? résident (violence physique, psychique, médicale, matérielle ou financière, négligence, privation de droits)
<input type="checkbox"/> Violence entre résidents ou agression envers un professionnel
Sécurité des locaux et du matériel
<input type="checkbox"/> Sécurité des biens (disparition, casse, vol, vandalisme, etc.)
<input type="checkbox"/> Système d'information (équipement indisponible, défaut de confidentialité, perte d'information)
<input type="checkbox"/> Environnement (température inadéquate, mauvaise odeur, nuisance sonore, inondation, etc.)
<input type="checkbox"/> Sinistre/ Incident matériel (feu, fuite d'eau ou de gaz, défaut d'alimentation électrique, panne d'ascenseur, de chauffage ou de climatisation, etc.)
<input type="checkbox"/> Logistique, hôtellerie et prestataires extérieurs (problème de restauration, linge, ménage, maintenance, approvisionnement en fournitures/gaz/eau, etc.)
<input type="checkbox"/> Indisponibilité préoccupante d'un produit de santé
Divers
<input type="checkbox"/> Difficultés relationnelles récurrentes avec le résident/famille
<input type="checkbox"/> Autres : à préciser au verso dans le cadre « Que s'est-il passé ? »

* Erreur médicamenteuse : omission ou réalisation non intentionnelle d'un acte impliquant un médicament qui peut être à l'origine d'un EI

GRAVITE DE L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE

<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> Séquelle irréversible <input type="checkbox"/> Incapacité temporaire
<input type="checkbox"/> Non
Si non, préciser le cas échéant si présence d'un : <input type="checkbox"/> Dommage physique et/ou psychique <input type="checkbox"/> Dommage matériel <input type="checkbox"/> Autre

QUE S'EST-IL PASSÉ ?

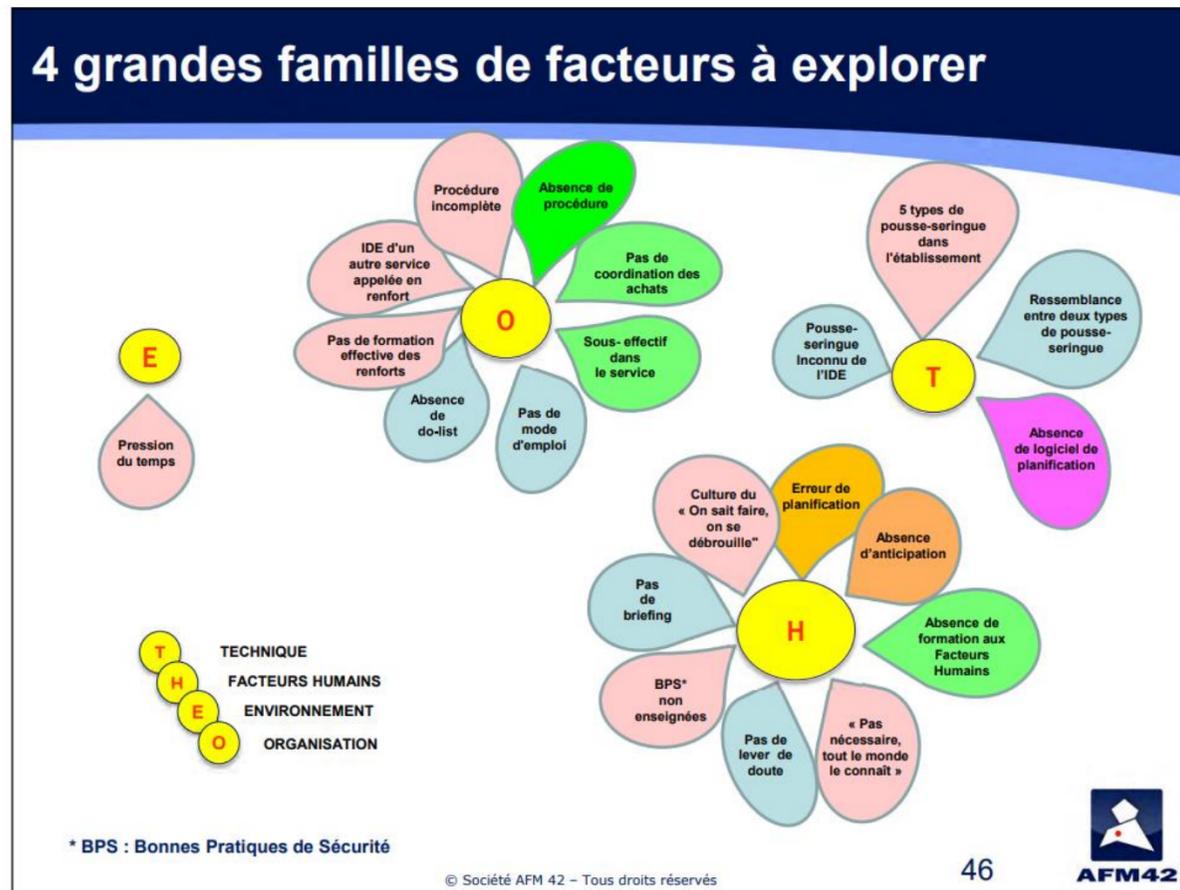
Décrire l'évènement quelle que soit sa nature et préciser les circonstances de survenue.
En cas de suspicion d'évènement indésirable associé à un (ou des) :

- **Médicament(s)** : renseigner le Nom commercial® + dénomination commune internationale (dci) + indication + posologie administrée si disponible + la date (horaire) de début de traitement
- **Dispositif médical ou médicament dérivé du sang** : renseigner le Nom commercial® + dénomination commune + n° de lot et, si possible, conserver le dispositif médical incriminé ou à minima son emballage

3°) Mettre en œuvre une analyse des EI suivie d'un plan d'action

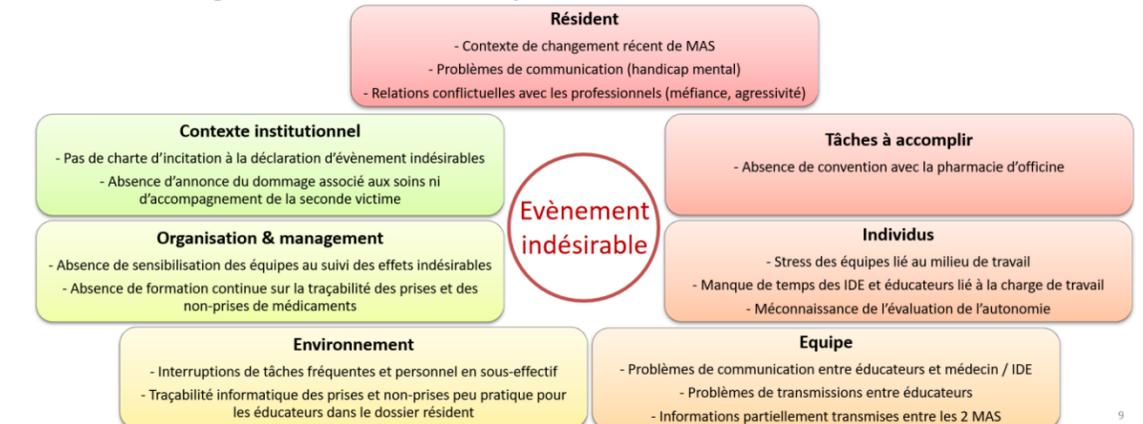
Outils d'analyse et méthodologie :

- Abordés lors de la formation « fiche retex du 14 mai » et lors de l'atelier gestion des risques a posteriori d'une erreur médicamenteuse » (28/05 ; 04/06 ; 11/06 ; 18/06 ; 02/07)



Ateliers : méthode ALARM

► Méthodologie de la recherche des causes profondes : Méthode ALARM



14 mai : méthode ORION

3°) Mettre en œuvre une analyse des EI suivie d'un plan d'action

Outils d'analyse et méthodologie :

- Abordés lors de l'atelier gestion des risques a posteriori d'une erreur médicamenteuse » (28/05 ; 04/06 ; 11/06 ; 18/06 ; 02/07)

Date	Heure	Faits	Ecart	Facteurs contributifs / influents	Actions correctives	Commentaires
12/04	matin	Arrivée de Mathéo dans la MAS	non			
12/04	matin	Visite médicale : le médecin represcrit Rispéridone 1 mg à l'identique	non			
12/04	matin	L'IDE de l'établissement prépare le pilulier de Mathéo				
13/04	matin	L'éducatrice donne son traitement à Mathéo				
13/04	matin	L'éducatrice est interrompue, et part en laissant Mathéo seul avec son traitement, qui s'en va avec				
...				

Chronologie des faits



Réunion du ...

Diaporama type de CREX

3°) Mettre en œuvre une analyse des EI suivie d'un plan d'action

Plan d'action et suivi :

- Abordés lors de l'atelier gestion des risques a posteriori d'une erreur médicamenteuse » (28/05 ; 04/06 ; 11/06 ; 18/06 ; 02/07)

Actions d'amélioration

Actions proposées	Action retenue	Responsable	Echéance	Modalités de suivi (indicateurs, audits...)

Ehpad Emeraude de Bourguebus	PLAN ACTIONS Evénements indésirables liés aux soins	Version du 05./05/2023 Page 1/1
------------------------------------	--	---------------------------------------

ID	Date du crex	Responsable action corrective	Libellé de l'action corrective	Echéance initiale	Echéance actualisée	Date de réalisation	Statut Non commencé / en cours / annulé	Mode de diffusion prévu
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

SYNTHESE DU CREX Analyse d'un évènement indésirable et plan d'action														
Date de la réunion : 12 juin														
Participants à l'analyse :														
														
Evènement : Surdosage en neuroleptique chez un résident														
Conséquences : Surdosage symptomatique : vision floue, nausées, vertiges, chute dans l'escalier avec fracture du poignet → hospitalisation														
Principales causes identifiées : Manque de procédure et de formation sur le circuit des médicaments Absence de collaboration IDE/accompagnants Absence de convention avec la pharmacie d'officine Stress, surcharge de travail														
Plan d'action : <table border="1"> <thead> <tr> <th>Actions correctives</th> <th>Responsable</th> <th>Echéance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mise en place d'une procédure prise en charge médicamenteuse et d'une procédure aide à la prise.</td> <td>Cadre de santé</td> <td>2 mois</td> </tr> <tr> <td>Formation des accompagnants sur les rôles et responsabilités dans l'aide à la prise</td> <td>IDE</td> <td>2 mois</td> </tr> <tr> <td>Elaborer une convention avec la pharmacie d'officine. PDA à la pharmacie d'officine</td> <td>Direction</td> <td>6 mois</td> </tr> </tbody> </table>			Actions correctives	Responsable	Echéance	Mise en place d'une procédure prise en charge médicamenteuse et d'une procédure aide à la prise.	Cadre de santé	2 mois	Formation des accompagnants sur les rôles et responsabilités dans l'aide à la prise	IDE	2 mois	Elaborer une convention avec la pharmacie d'officine. PDA à la pharmacie d'officine	Direction	6 mois
Actions correctives	Responsable	Echéance												
Mise en place d'une procédure prise en charge médicamenteuse et d'une procédure aide à la prise.	Cadre de santé	2 mois												
Formation des accompagnants sur les rôles et responsabilités dans l'aide à la prise	IDE	2 mois												
Elaborer une convention avec la pharmacie d'officine. PDA à la pharmacie d'officine	Direction	6 mois												

Présentation de l'étape 3 : **pérenniser et s'appropriier la démarche**

Les étapes

PREREQUIS	
0	Réaliser une autoévaluation de la PECM : identification des risques essentiels
Structurer les fondamentaux de la PECM	
1	Identifier un référent Prise en charge médicamenteuse volontaire
2	Constituer et réunir un comité PECM
3	Etablir une convention ESSMS-PH/pharmacie visant à formaliser les étapes et rôle des équipes dans la dispensation des médicaments (analyse pharmaceutique, délivrance et logistique)
4	Schématiser la PECM des résidents/établir une procédure générale PECM
5	Sensibiliser en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM/les risques d'erreurs médicamenteuses/Prendre en compte les interruptions de tâches
6	Planification des formations (circuit du médicament : 2 séances → découverte et perfectionnement), accompagnants, erreurs médicamenteuses, retex erreurs médicamenteuses, douleur)
7	Communiquer régulièrement sur l'ensemble des actions conduites lors de l'accompagnement d'1 an

Gérer les risques a posteriori	
8	Communiquer auprès des équipes sur les enjeux autour de la déclaration des EM
9	Valider une Charte d'incitation à la déclaration
10	Mettre en œuvre un système de déclaration des EI
11	Mettre en œuvre une analyse des EI avec suivi de plan d'actions et communication
Pérenniser et s'approprier la démarche	
12	Réaliser un 2 nd tour d'audit flash, un audit terrain, un audit de dossiers
13	Définir un plan d'action tiré de l'audit
14	Réaliser un suivi de la mise en œuvre du plan d'action

Réaliser un audit

➤ Objectifs :

- Réaliser un état des lieux de la prise en charge médicamenteuse, à la suite de l'accompagnement
- S'inscrire dans une dynamique d'évaluation et d'amélioration des pratiques

→ **Audit à programmer et à réaliser au plus tard pour le 21 décembre 2024**

Réaliser un audit

➤ Objectifs :

- S'inscrire dans une dynamique d'évaluation et d'amélioration des pratiques
- Prioriser et partager sur les actions institutionnelles

➔ Rencontre du Comité Médicament avec validation du plan d'actions

Pilotes/échéance/Modalité de suivi

Bilan régional fourni par l'OMéDIT pour début d'année 2025/élément permettant une comparaison de sa structure par rapport aux autres

Outils disponibles



- Fichier Excel grille audit – Onglet Plan d'actions
- Trame de restitution des résultats et plan d'actions pour présentation (équipe, instances...)

Réaliser un audit

➤ Reprendre la grille utilisée dans le cadre de l'état des lieux réalisé au début de l'accompagnement

➤ Compléter les résultats du 2nd tour d'audit flash

➤ Pour les FAM, MAS, EEAP : compléter l'audit dossiers

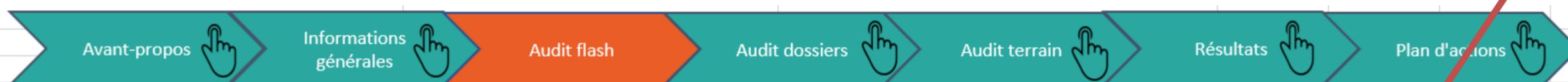
➤ Compléter l'audit terrain

The screenshot shows a software interface for an audit tool. At the top, there is a navigation bar with buttons for 'Avant-propos', 'Informations générales', 'Audit flash', 'Audit dossiers', 'Audit terrain', 'Résultats', and 'Plan d'actions'. Below this is a table titled 'Stratégie de la prise en charge médicamenteuse (PECM)'. The table has columns for 'Num', 'Libellé', 'Lien avec le critère du référentiel', 'Eléments d'appréciation', 'Réponses (renseigner la date)', and 'Commentaire'. The table contains 8 rows of data, each with a specific audit criterion and associated details.

Stratégie de la prise en charge médicamenteuse (PECM)						
Num	Libellé	Lien avec le critère du référentiel	Eléments d'appréciation	Réponses (renseigner la date)		Commentaire
Stratégie et enjeux de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM)						
1	Une politique de gestion du risque médicamenteux est présentée dans le projet d'établissement, le projet de soin	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Interview Direction, Chefs de services, RSM (Responsable Système Management), GDR (Gestionnaire des risques). Analyser la forme, le contenu : elle doit prendre en compte les particularités de l'ESSMS : spécificité de la population accueillie qui peut présenter différents risques (âge, troubles cognitifs et/ou moteurs, troubles de la déglutition, perte d'autonomie, la disponibilité des ressources humaines (la nuit et le week-end, les jours fériés, le temps de présence médical), modalités d'accueil et implication des proches (hébergement, accueil séquentiel, etc). Elle doit se décliner dans une procédure opérationnelle diffusée auprès des professionnels impliqués dans la PECM.			
2	L'organisation du circuit du médicament est abordée dans le cadre du conseil de la vie sociale	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Le résident et ses aidants sont impliqués aux réflexions portées pour améliorer la PECM. Interroger direction, familles			
3	Existe-t-il un référent PECM identifié et connu au sein de l'établissement	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Voir fiche de poste et interroger RPECM sur effectivité, temps consacré			
4	L'établissement a communiqué en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Voir éléments de communication interne, interroger direction RPECM			
5	L'établissement a schématisé les étapes du circuit du médicament. Ce schéma est à jour et est facilement consultable par tous	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Organisation de la PECM : étape, acteur et points de vigilance			
6	L'établissement a constitué et réuni un comité PECM	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Comité expertise des soins. Dernier compte-rendu (date, composition, thème abordé)			
7	Le médecin coordonnateur, en lien avec le pharmacien référent, définit les objectifs spécifiques à votre établissement pour améliorer certaines pratiques de prescription (médicament potentiellement inappropriés comme IPP, psychotropes..., adaptation de posologie /forme galénique...)	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Interviewer médecin coordonnateur et pharmacien référent : thèmes à préciser			
8	L'établissement réalise une évaluation de la PECM avec une périodicité définie	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Auto-évaluation type Qual'Va/OMéDIT Le circuit du médicament est évalué/réévalué régulièrement et/ou lors de modification notable des pratiques (informatisation, mise en place d'un système de PDA externalisé, évolutions réglementaires ...) ou lors d'événements indésirables liés à l'organisation du circuit. L'évaluation permet d'identifier les écarts et de proposer des			

2nd tour de l'audit flash

Compléter la 2^{ème} colonne



Stratégie de la prise en charge médicamenteuse (PECM)							
Num	Libellé	Lien avec le critère du référentiel	Éléments d'appréciation	Réponses (renseigner la date)			Commentaire
				06/03/2024	.././....	.././....	
Stratégie et enjeux de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM)							
1	Une politique de gestion du risque médicamenteux est présentée dans le projet d'établissement, le projet de soin	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Interview Direction, Chefs de services, RSM (Responsable Système Management), GDR (Gestionnaire des risques). Analyser la forme, le contenu : elle doit prendre en compte les particularités de l'ESSMS : spécificité de la population accueillie qui peut présenter différents risques (âge, troubles cognitifs et/ou moteurs, troubles de la déglutition, perte d'autonomie, la disponibilité des ressources humaines (la nuit et le week-end, les jours fériés, le temps de présence médical), modalités d'accueil et implication des proches (hébergement, accueil séquentiel, etc). Elle doit se décliner dans une procédure opérationnelle diffusée auprès des professionnels impliqués dans la PECM.	2 - Plutôt pas satisfaisant			
2	L'organisation du circuit du médicament est abordée dans le cadre du conseil de la vie sociale	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Le résident et ses aidants sont impliqués aux réflexions portées pour améliorer la PECM. Interroger direction, familles	1 - Pas du tout satisfaisant			
3	Existe-t-il un référent PECM identifié et connu au sein de l'établissement	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Voir fiche de poste et interroger RPECM sur effectivité, temps consacré	2 - Plutôt pas satisfaisant			
4	L'établissement a communiqué en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Voir éléments de communication interne, interroger direction RPECM	2 - Plutôt pas satisfaisant			
5	L'établissement a schématisé les étapes du circuit du médicament. Ce schéma est à jour et est facilement consultable par tous	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Organisation de la PECM : étape, acteur et points de vigilance	2 - Plutôt pas satisfaisant			
6	L'établissement a constitué et réuni un comité PECM	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre	Comité expertise des soins. Dernier compte-rendu (date, composition, thème abordé)	2 - Plutôt pas satisfaisant			

Audit dossiers : FAM, MAS, EEAP

Qual'va omedit

Avant-propos Informations générales Audit flash **Audit dossiers** Audit terrain Résultats Plan d'actions

Num	Libellé	Critère du référentiel concerné	Dossier 1	Dossier 2	Dossier 3	Dossier 4	Dossier 5	Commentaire
Dossier médical/Prescription/Traçabilité								
1	Les allergies éventuelles à des médicaments des résidents sont systématiquement mentionnées dans son dossier	3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament						
2	Le poids du résident est mesuré et indiqué dans le dossier du résident à l'entrée de celui-ci. Il est réévalué et indiqué dans le dossier régulièrement, selon la procédure interne en vigueur (au moins tous les mois)	3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament						
3	La fonction rénale du résident est évaluée à l'entrée du résident puis régulièrement selon l'âge et les comorbidités. Elle est notée dans le dossier du résident	3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament						
4	Toutes les prescriptions sont retrouvées sur un support unique prescription/administration (informatisé ou non) pour l'ensemble du traitement, sans retranscription	3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament						
5	La traçabilité des prises/administrations est conforme : le nombre de prises théorique de la prescription, sur l'ensemble des jours de la semaine, est égal au nombre de prises réelles ou de non prises tracées dans le dossier	3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament						
6	Les prescriptions sont intégralement conformes aux bonnes pratiques (datées, lisibles, signées, identification du médecin et du résident, dosages, posologies, conditions d'administration, durées, voie d'administration pour les injectables)	3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament						
7	La prescription se fait préférentiellement en dénomination commune internationale (DCI). Lorsque la prescription mentionne les noms de spécialités, la DCI doit être aussi systématiquement indiquée	3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament						
8	Les prescriptions conditionnelles (si besoin) (exemples : antalgiques, antipsychotiques, etc.) détaillent clairement les modalités de prise, comportent une durée maximale de traitement, stipulent le nombre maximal d'administration par période de 24h avec l'intervalle temporel entre deux prises consécutives	3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament						
9	Des réévaluations régulières des traitements médicamenteux des résidents sont effectuées en pluriprofessionnalité (médecin coordonnateur, médecins traitants, pharmacien référent, infirmières etc.) et sont tracées dans le dossier médical ou dossier de soin (au moins une fois/an)	3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament						
10	Les prescriptions nominatives de médicaments stupéfiants sont réalisées sur des ordonnances sécurisées (Pour chaque médicament soumis à la réglementation des stupéfiants, le LAP imprime la posologie en unité de prise après l'avoir traduite en toutes lettres) Référentiel fonctionnel de certification des logiciels hospitaliers d'aide à la prescription, validé par le Collège le 6 mai 2021 / Référentiel fonctionnel de certification des logiciels d'aide à la prescription en médecine ambulatoire, validé par le Collège le 25 mars 2021	3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament						
Coordination entre les partenaires/ Continuité de la prise en charge								
11	En cas d'hospitalisation, il existe une fiche de liaison et/ou un dossier de liaison d'urgence (DLU) permettant notamment d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse	3.6.3 - Les professionnels accompagnent les personnes dans la continuité de leur prise en charge médicamenteuse. 3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du						

Avant-propos Informations générales Audit flash **Audit dossiers - FAM - MAS - EEAP** Audit terrain Résultats Plan d'actions

Pour les FAM, MAS et EEAP : Remplir la grille "Audit dossiers".

Les 3 (minimum) à 5 (idéalement) dossiers doivent idéalement porter parmi 9 les profils listés ci-dessous :

- 1 sortie d'hospitalisation/consultation récente
- 1 résident traité pour une douleur par opioïde ou autre antalgique
- 1 résident sous Neuroleptique à Action Prolongée
- 1 résident traité pour une épilepsie
- 1 résident ayant été traité par une antibiothérapie dans les 3 derniers mois
- 1 résident sous Inhibiteur de pompe à protons
- 1 arrivée récente d'un résident
- 1 résident sous Antidépresseur
- 1 résident avec une sonde GPE (Gastrostomie percutanée par voie endoscopique)

Audit terrain

Avant-propos

Informations
générales

Audit flash

Audit dossiers

Audit terrain

Résultats

Plan d'actions

Stratégie de la prise en charge médicamenteuse (PECM)

Num	Libellé	Critère concerné	Personne rencontrée	Éléments d'appréciation	Cotation	Commentaire
Evènements indésirables						
1	Une fiche de déclaration d'évènement indésirable médicamenteux est connue des professionnels	3.13.1 - L'ESSMS organise le recueil et le traitement des évènements indésirables	Cadre/IDE/AS /médecin...	Interroger minimum 2 catégories socio-professionnelles différentes. Connaissance des procédures et description des modalités pratiques		
2	Pour encourager la déclaration des erreurs médicamenteuses, la charte "d'incitation à la déclaration" est connue des professionnels	3.13.4 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la gestion des évènements indésirables	Cadre/IDE/AS /médecin...	Interroger minimum 2 catégories socio-professionnelles différentes. Connaissance des procédures et modalité de diffusion		
3	Des réunions d'analyses collectives sur les évènements indésirables sont organisées	3.13.3 - Les professionnels déclarent et analysent en équipe les évènements indésirables et mettent en place des actions correctives	Cadre/IDE/AS /médecin...	Interroger minimum 2 catégories socio-professionnelles différentes. Connaissance des procédures et éventuelle formation des équipes aux analyses		
4	Les professionnels ont connaissances des actions correctives décidées durant les réunions pluridisciplinaire d'analyse collectives des évènements indésirables	3.13.2 - L'ESSMS communique sur le traitement des évènements indésirables auprès des parties prenantes	Cadre/IDE/AS /médecin...	Interroger minimum 2 catégories socio-professionnelles différentes. Accessibilité et éventuelle association des équipes pour proposer des actions correctives		
Protocoles / procédures						
5	La procédure générale et les protocoles sur l'ensemble du processus de prise en charge médicamenteuse sont accessibles et connus par les équipes médicales et soignantes	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre 3.8.6 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux RBPP, procédures et références spécifiques à leur cadre d'intervention	Cadre/IDE/AS /médecin...	Interroger minimum 2 catégories socio-professionnelles différentes. Connaissance des procédures et accessibilité		
6	Il existe une procédure/protocoles formalisant l'organisation et la continuité de la PECM en cas de sorties temporaires (à la journée, week-end famille, transfert, vacances adaptées etc.). Exemples: protocole concernant la sécurisation et la distribution des traitements médicamenteux lors des sorties temporaires (qui prépare les piluliers ? qui aide à la prise ? modalités de traçabilité des prises ? etc.)	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre 3.8.6 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux RBPP, procédures et références spécifiques à leur cadre d'intervention	Cadre/IDE/AS /médecin...	Interroger minimum 2 catégories socio-professionnelles différentes. Connaissance des procédures et accessibilité		
	Il existe une liste des médicaments préférentiels (Livret thérapeutique) définie en concertation avec le médecin	3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre				

Avant-propos

Informations générales

Audit flash

Audit dossiers FAM - MAS - EEAP

Audit terrain

Résultats

Plan d'actions



Résultats des audits

Avant-propos
Informations générales
Audit flash
Audit dossiers
Audit terrain
Résultats
Plan d'actions

RESULTAT PAR ONGLET

AUDIT FLASH	% d'avancement de la démarche d'amélioration	AUDIT DOSSIERS	% de conformité	AUDIT TERRAIN	% de conformité
Date de réalisation de l'audit flash	.././.....	Moyenne globale	NC	Stratégie de la PECM	NC
Résultat de l'audit flash	NC NC NC			Evènements indésirables	NC
Stratégie et enjeux de la sécurisation de la PECM	NC NC NC			Protocoles / procédures	NC
Evènements indésirables	NC NC NC			Projet d'accompagnement	NC
Protocoles / procédures	NC NC NC			Mise en œuvre de la PECM	NC
Formation / Information	NC NC NC			Prescription / Dispensation	NC
				Préparation / Administration	NC
				Stockage	NC

RESULTAT GLOBAL

Stratégie de la PECM	NC		
Stratégie et enjeux de la sécurisation de la PECM	NC		
Evènements indésirables	NC		
Protocoles / procédures	NC		
Projet d'accompagnement	NC		
Formation / Information	NC		
Mise en œuvre de la PECM	NC		
Prescription / Dispensation	NC		
Préparation / Administration	NC		
Surveillance	NC		
Stockage	NC		

LIEN AVEC LES CRITERES DU NOUVEAU REFERENTIEL

(Critères impératifs indiqués en jaune)

Thématique : Accompagnement à la santé

Avant-propos
Informations générales
Audit flash
Audit dossiers FAM - MAS - EEAP
Audit terrain
Résultats
Plan d'actions
+

Définir un plan d'action tiré de l'audit




Avant-propos Informations générales Audit flash Audit dossiers Audit terrain Résultats Plan d'actions

N°	LIBELLE	COTATION	ACTIONS D'AMELIORATIONS	PILOTE	ECHEANCE	STATUT DE L'ACTION
AUDIT FLASH						
Stratégie de la prise en charge médicamenteuse (PECM)						
Stratégie et enjeux de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM)						
1	Une politique de gestion du risque médicamenteux est présentée dans le projet d'établissement, le projet de soin	NC				
2	L'organisation du circuit du médicament est abordée dans le cadre du conseil de la vie sociale	NC				
3	Existe-t-il un référent PECM identifié et connu au sein de l'établissement	NC				
4	L'établissement a communiqué en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses	NC				
5	L'établissement a schématisé les étapes du circuit du médicament. Ce schéma est à jour et est facilement consultable par tous	NC				
6	L'établissement a constitué et réuni un comité PECM	NC				
7	Le médecin coordonnateur, en lien avec le pharmacien référent, définit les objectifs spécifiques à votre établissement pour améliorer certaines pratiques de prescription (médicament potentiellement inappropriés comme IPP, psychotropes..., adaptation de posologie /forme galénique...)	NC				
8	L'établissement réalise une évaluation de la PECM avec une périodicité définie	NC				
9	Un plan d'action personnalisé est mis en place à la suite d'un auto-diagnostic, de l'analyse des évènements indésirables et des situations à risque	NC				
10	Les résidents présentant des risques dans la prise en charge médicamenteuse sont identifiés	NC				
11	Les professionnels dans votre établissement ont coconstruit la stratégie de prise en charge de la douleur des personnes accompagnées avec une réévaluation régulière	NC				
12	Vous avez identifié dans votre établissement des médicaments "à risque" (psychotrope, anticoagulant, insuline, médicament stupéfiant ou assimilé stupéfiant (ex: Morphine, Oxycodone, Fentanyl, Midazolam...)) et mis en place des dispositions spécifiques de gestion / préparation / administration	NC				

Avant-propos | Informations générales | Audit flash | Audit dossiers FAM - MAS - EEAP | Audit terrain | Résultats | Plan d'actions

Prochain point d'étape

Les étapes

Visios	Date	Éléments permettant de côter
Présentation	18 janvier 2024	Webinaire de 30 minutes
Lancement	12 février 2024 (14h30-15h)	Présentation du projet et des modalités de réalisation de l'audit flash
1 ^{er} point d'étape	12 mars (14h30-16h)	« Structurer les fondamentaux de la PECM » <ul style="list-style-type: none">• Résultats de l'audit flash »• Lancement de l'étape 1 : « structurer les fondamentaux de la PECM »
2 nd point d'étape	27 Juin (14h30-16h)	« Gérer les risques a priori et a posteriori » <ul style="list-style-type: none">• Bilan de l'étape 1 : présentation de initiatives/outils des établissements• Lancement de l'étape 2 : « gérer les risques a priori et posteriori »
3 ^{ème} point d'étape	15 Octobre 2024	« Pérenniser et s'approprier la démarche » <ul style="list-style-type: none">• Bilan de l'étape 2 : présentation de initiatives/outils des établissements• Lancement de l'étape 3 : « pérenniser et s'approprier la démarche »
4 ^{ème} point d'étape	21 Janvier 2025	Bilan et clôture <ul style="list-style-type: none">• Bilan de l'étape 3 : présentation des résultats d'audits• Questions/réponses ; échanges sur difficultés éventuelles

A faire

Envoyer par mail :

1. Envoyer, **dernier délai, le 21 décembre:** la grille complétée avec le 2nd tour d'audit flash, l'audit terrain, et l'audit de dossiers (FAM, MAS, EEAP), à albane.cherel@ars.sante.fr
2. Le plan d'action tiré de l'audit, si existant (au plus tard 1^{er} trimestre 2025)