

OMEDIT NORMANDIE

Comité technique N°3 «Personnes âgées»

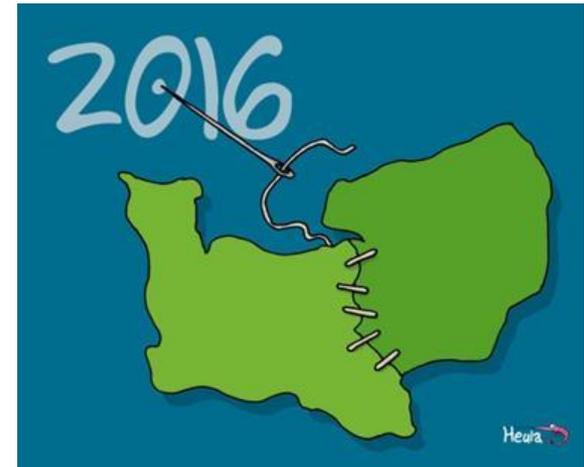
Ordre du jour

- ❖ **Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation**
- ❖ **Formations « Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé /CREX »**
- ❖ **Médicaments à risques et personnes âgées**
 - Informations CRPV / MIS
 - Pertinence des prescriptions / Audits de prescription
 - Améliorer la prescription médicamenteuse du sujet âgé : l'outil STOPP/START
- ❖ **Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé**
 - Bilan CREX
 - Outils de sécurisation
 - Interruption de tâches
- ❖ **Modalités d'organisation - Questions diverses**

Ordre du jour

- ❖ **Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation**
- ❖ Formations « Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé /CREX »
- ❖ Médicaments à risques et personnes âgées
 - Informations CRPV / MIS
 - Pertinence des prescriptions / Audits de prescription
 - Améliorer la prescription médicamenteuse du sujet âgé : l'outil STOPP/START
- ❖ Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé
 - Bilan CREX
 - Outils de sécurisation
 - Interruption de tâches
- ❖ Modalités d'organisation - Questions diverses

- 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 été 2017
- ▶ **Expertise médico économique, appui aux ES** (sanitaires et médicosociaux), **professionnels de santé** (ville et hôpital), pour **l'amélioration de la qualité, de la sécurité, de la pertinence et de l'efficacité** de la **prescription**, de la **dispensation** et de **l'utilisation des médicaments** et des **dispositifs médicaux**, et pour contribuer à la **lutte contre la iatrogénie**
- ▶ **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

Quelles sont les missions de l'OMEDIT ?

- ▶ **Appui auprès de l'ARS / aide à la contractualisation**
 - ▶ Contrats de bon usage des médicaments produits et prestations (CBUMPP)
 - ▶ Contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)
- ▶ **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
- ▶ **Contribuer à l'animation du réseau des professionnels de santé, à la diffusion de l'information** sur le bon usage des médicaments et des DM et à la **formation des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire**
- ▶ **Contribuer à la gestion des événements indésirables graves associés à des soins** en appui des structures membres du RREVA si des **défauts dans la prescription, la dispensation et l'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux** sont à l'origine de ces événements ou y ont contribué.

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

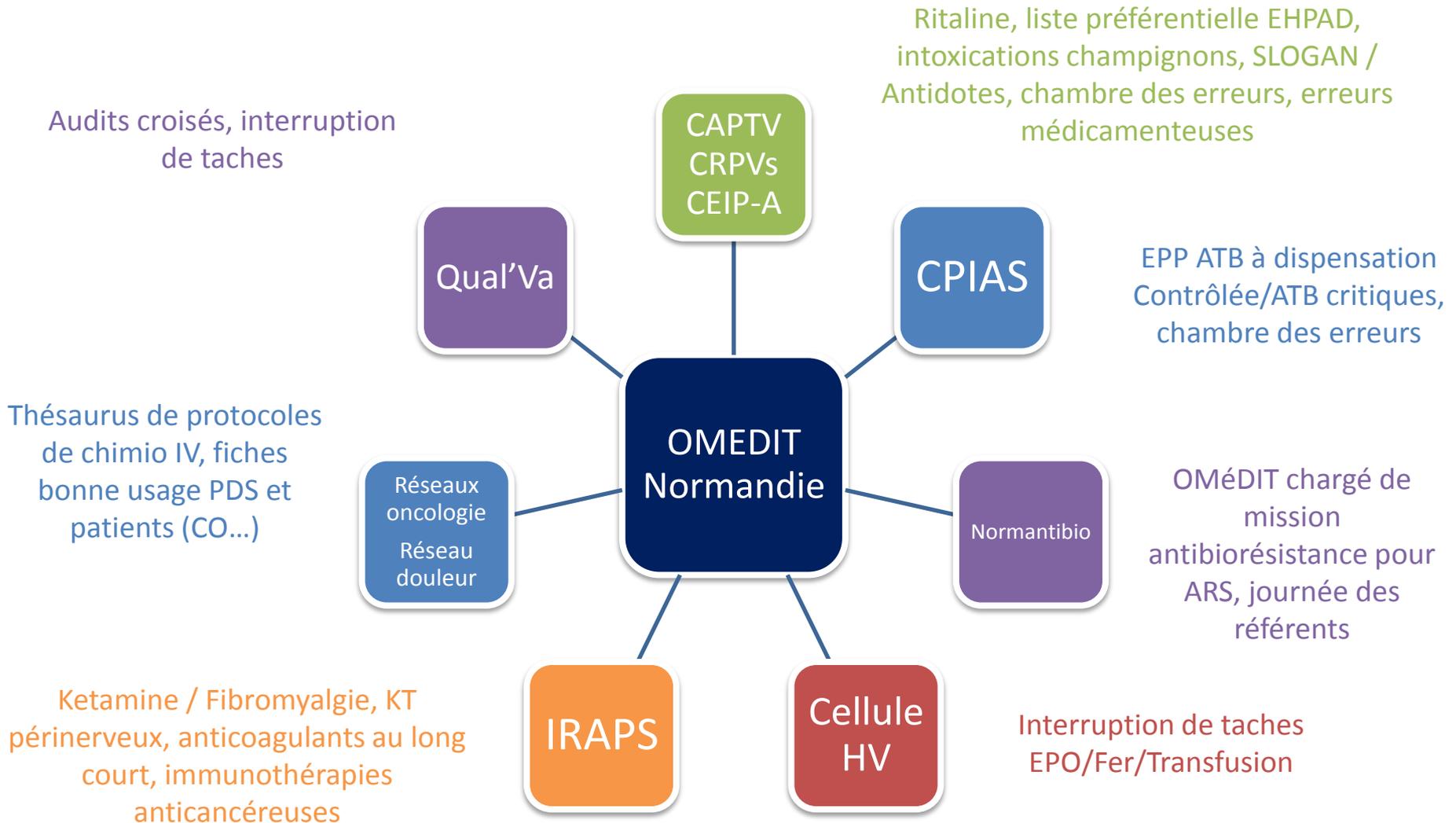
- Des comités techniques (opérationnels) : **288 professionnels volontaires**



7 Comités techniques

- Répartition des professionnels par CT
 - CT1 Management PECM : 80 membres (18/05)
 - CT2 Lien ville/hôpital : 65 membres (16/03)
 - **CT3 Personne âgée : 75 membres (01/06)**
 - CT4 Pédiatrie-Néonatalogie : 14 membres (21/03)
 - CT5 Innovation (cancérologie et hors cancérologie) : 37 membres (14/03)
 - CT6 Anti-infectieux en lien avec Normantibio : 47 membres (04/04)
 - CT7 Dispositifs médicaux : 27 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 (fin d'année 2017)

Ordre du jour

- ❖ Présentation de l'OMéDIT : Missions, organisation
- ❖ Formations « Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé /CREX »
- ❖ Médicaments à risques et personnes âgées
 - Informations CRPV / MIS
 - Pertinence des prescriptions / Audits de prescription
 - Améliorer la prescription médicamenteuse du sujet âgé : l'outil STOPP/START
- ❖ Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé
 - Bilan CREX
 - Outils de sécurisation
 - Interruption de tâches
- ❖ Modalités d'organisation - Questions diverses

Journées sécurisation du circuit médicamenteux en EHPAD

- ❖ 7 journées organisées sur la région du 29/11/2016 au 31/01/2017
- ❖ Au programme : présentation des outils OMEDIT
 - La présentation notamment des outils d'aide à la sécurisation du circuit disponibles de l'OMÉDIT Normandie,
 - Le visionnage d'un film pédagogique pour apprendre de ses erreurs (EHPAD Medoc),
 - La présentation de la démarche d'audit croisé sur le circuit du médicament proposé aux EHPA
- ❖ Tous les documents relatifs à ces journées de sensibilisation sont disponibles sur le site de l'OMÉDIT Normandie [en cliquant ici](#)

Formation CREX 2017

- 8 sessions de formations proposées aux EHPAD
- 1.5 jours formation CREX-ORION + 1 journée facteur humain
- Calendrier prévisionnel :
 - Septembre/octobre à Rouen
 - Novembre/décembre à Caen.
- Invitations aux structures adressé très prochainement

Formations audits croisés



- ❖ Outil d'auto-diagnostic des risques, couplé à une évaluation par auditeurs externes
- ❖ Objectif :
 - Améliorer l'organisation et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD avec et sans PUI
- ❖ Intérêts :
 - Améliorer la coopération ainsi que le partage des savoir-faire et des expériences entre les établissements
 - Mutualiser les ressources
- ❖ Principes : volontariat, mutualisation, gratuité



Méthodologie de l'audit croisé

- ❖ Se déroule en 2 phases :
 - Auto-évaluation par l'EHPAD
 - Evaluation par auditeur externe sur les mêmes critères d'évaluation + audits sur 10 dossiers

- ❖ Outils :
 - Grille d'autoévaluation et d'évaluation croisée pour EHPAD avec PUI
 - Grille d'autoévaluation et d'évaluation croisée pour EHPAD sans PUI
 - Audit évaluation externe 10 dossiers (10 items)

- ❖ Résultats comparatifs

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

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

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

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

A8 La Commission de coordination Gériatrique est constituée

A9 Il existe une infirmière référente pour les relations avec la(les) pharmacie(s) d'officine

Interroger le médecin coordonnateur, les IDE

Vérifier la fiche de poste du Responsable Qualité et/ou Gestion des risques

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

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
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

Audits liés au circuit du médicament : étude de 10 dossiers

Item 1 : Troubles de la déglutition

Item 2 : Poids du résident

Item 3 : Fonction rénale

Item 4 : Autonomie du résident

Item 5 : Réévaluation des traitements - neuroleptiques

Item 6 : La (les) prescription(s)

Item 7 : Prescription en DCI

Item 8 : Benzodiazépines

Item 9 : Neuroleptiques et autres psychotropes

Item 10 : traçabilité de l'administration

❖ Niveau de risque calculé par sous processus

	Votre Risque AUTOEVALUATION	Votre Risque AUDIT
1 - Risque structurel de l'établissement	0%	62%
2 - Politique de sécurisation du circuit du médicament de l'établissement	0%	77%
Axe 1 - Prévention	0%	87%
Axe 2 - Pilotage	0%	57%
3 - Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse	46%	50%
Axe 3 - Entrée et sortie du résident	41%	33%
Axe 4 - Prescription et dispensation	38%	67%
Axe 5 - Préparation et administration	55%	67%
4 - Sécurisation du stockage	53%	40%
Axe 6 - Organisation du stockage	48%	-7%
Axe 7 - Gestion du stock	64%	50%
Pourcentage de risque global sur le processus	36%	63%

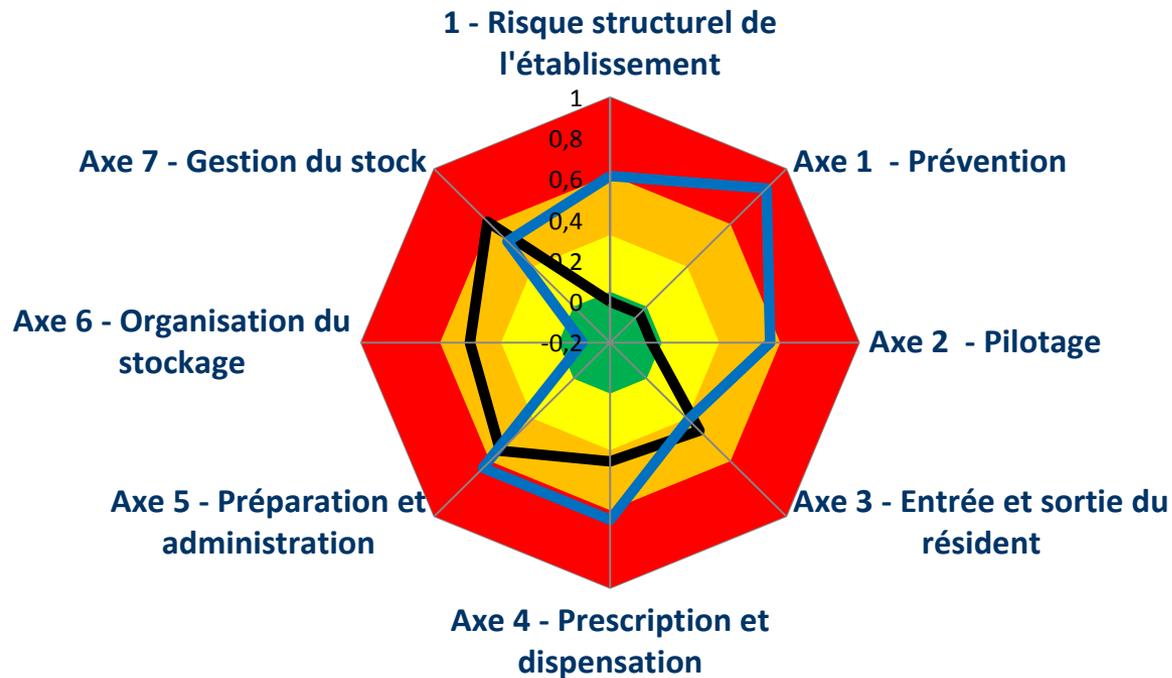
résultat de votre auto-évaluation

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

■ Risque élevé

■ Risque modéré

■ Risque faible



Formation à l'audit croisé en EHPAD

- ❖ Inscriptions en cours

- ❖ 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
- ❖ Formations « Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé /CREX »
- ❖ **Médicaments à risques et personnes âgées**
 - Informations CRPV / MIS
 - Pertinence des prescriptions / Audits de prescription
 - Améliorer la prescription médicamenteuse du sujet âgé : l'outil STOPP/START
- ❖ Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé
 - Bilan CREX
 - Outils de sécurisation
 - Interruption de tâches
- ❖ Modalités d'organisation - Questions diverses

Médicament Info Service

OMEDIT de Normandie - Comité technique « Personnes âgées »

Bon usage médicamenteux et retour d'expérience

01/06/2017

Elisa LETALON
Elise MORICHON
Constance LOUE

Médicament Info Service



Médicament
Info
Service

- Réseau régional d'information sur les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux)
 - Service de consultation Question / Réponse
 - A destination des patients et/ou des professionnels de santé
- Expérimentation initiale de 1 an portée par la SFPC et le RESOMEDIT ; sur le modèle des structures existantes à l'étranger.
- 4 régions pilotes initialement : Bretagne, Rhône-Alpes, PACA et Normandie
 - Auprès des professionnels de santé (Normandie, Bretagne, Rhône-Alpes) ou des patients/usagers (PACA)
 - Projet reconduit jusqu'en Novembre 2018 en Normandie



→ **Informations fiables, compréhensibles, personnalisées, actualisées et libres de toute influence promotionnelle.**



RESOMEDIT
Réseau des OMEDIT de France



omedit
Normandie

Médicament Info Service



Médicament
Info
Service

Médicament Info Service* • Normandie

02.32.88.81.81

Du Lundi au Vendredi
De 9h à 17h

mis@chu-rouen.fr

** Service d'information sur les médicaments et dispositifs médicaux*



Questions gériatrie (1/2)

- **4%** des questions MIS concerne la gériatrie
- Thématiques :
 - **Modification de la galénique :**
 - Ecrasement des comprimés / ouverture des gélules
 - Recherche d'alternatives adaptées
 - **Modalités d'administration des formes injectables :** Solvant ? Durée de perfusion ?
 - Lasilix® (Furosémide) en seringue auto-pousseuse
 - Dexaméthasone
 - **Administration SC hors AMM :**
 - Primpéran® (métoclopramide)
 - Zometa® (acide zolédronique)
 - Spasfon® (phloroglucinol)

Questions gériatrie (2/2)

■ Thématiques :

• **Stabilité :**

- En mélange de plusieurs formes injectables :
 - Spasfon® (phloroglucinol) + Tranxène® (clorazépate) + Paracétamol
- Des formes buvables après ouverture
 - Bains de bouche
- Des comprimés déblistérés et mis en pilulier
 - Modopa^r® (lévodopa + bensérazide)

• **Divers :**

- Protocole anti-gale
- Durée d'archivage des documents pharmaceutiques en EHPAD
- Signification des pictogrammes sur les dispositifs médicaux
- Vaccination d'un sujet âgé pancytopénique
- Impact du xarelto® (rivaroxaban) sur le taux de prothrombine ?
- Comment effectuer un relai IV – *per os* :
 - Relai IV – *per os* par sonde nasogastrique : pantoprazole, paracétamol, métronidazole, furosémide, imipenem + cilastatine
 - Béta bloquant pour arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire

Ordre du jour

- ❖ Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation
- ❖ Formations « Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé /CREX »
- ❖ **Médicaments à risques et personnes âgées**
 - Informations CRPV / MIS
 - **Pertinence des prescriptions / Audits de prescription**
 - Améliorer la prescription médicamenteuse du sujet âgé : l'outil STOPP/START
- ❖ Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé
 - Bilan CREX
 - Outils de sécurisation
 - Interruption de tâches
- ❖ Modalités d'organisation - Questions diverses

Audit régionale anticoagulants oraux et personnes âgées

Contexte

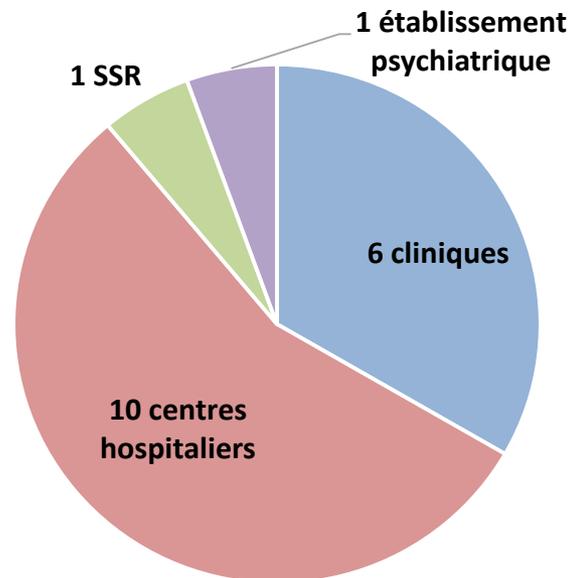
- Rapport d'étape 2016 ex-HN (indicateur III.5)

« 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. »

➤ Couples « médicaments cibles/profils patients cibles » **dont un couple régional proposé par le GT circuit du médicament de l'OMEDIT « anticoagulants oraux/sujets âgés » depuis 2015**
- Comparaison des résultats 2015 et 2016
 - 2015 : étude multicentrique (6 établissements) sur 2 mois consécutifs
 - 2016 : 18 établissements répondeurs , 30 fiches standardisées d'analyse /établissements

Données générales de l'étude

- 18 établissements répondeurs sur les 50 établissements de la région ex-HN, dont 13/19 établissements ne réalisant pas 100 % d'analyse pharmaceutique



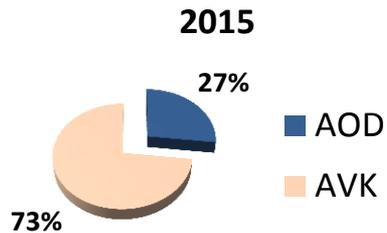
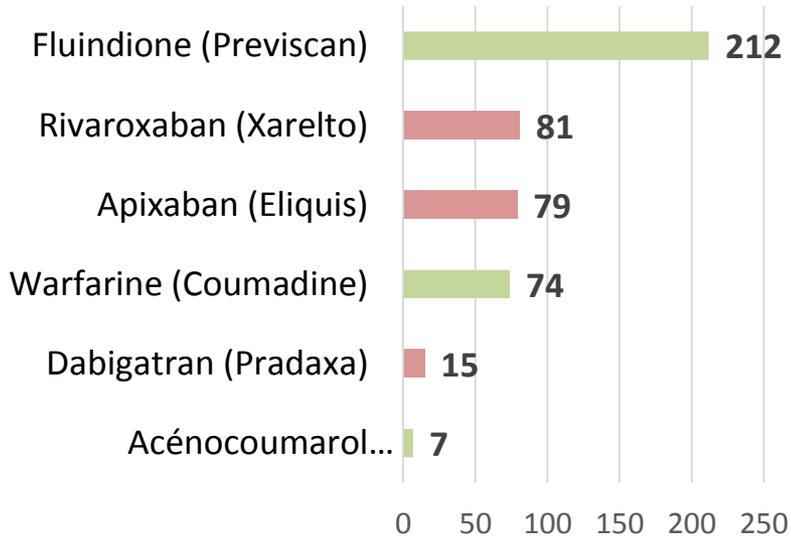
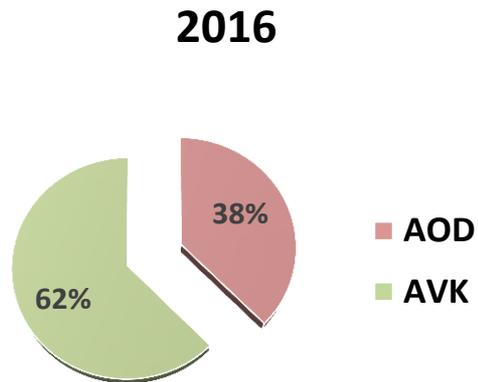
Données générales de l'étude

Caractéristiques de la population

- 500 patients (2016) / 588 patients (2015)
 - Sexe ratio (H/F): 0,8 (2016) / 0,7 (2015)
 - Age moyen : 83 ans (2016)/ 78 ans (2015)
 - Insuffisance rénale : 59 % avec une IR (2016) / 31% (2015)
- > 80 % des patients de l'étude ont un suivi de leur fonction rénale

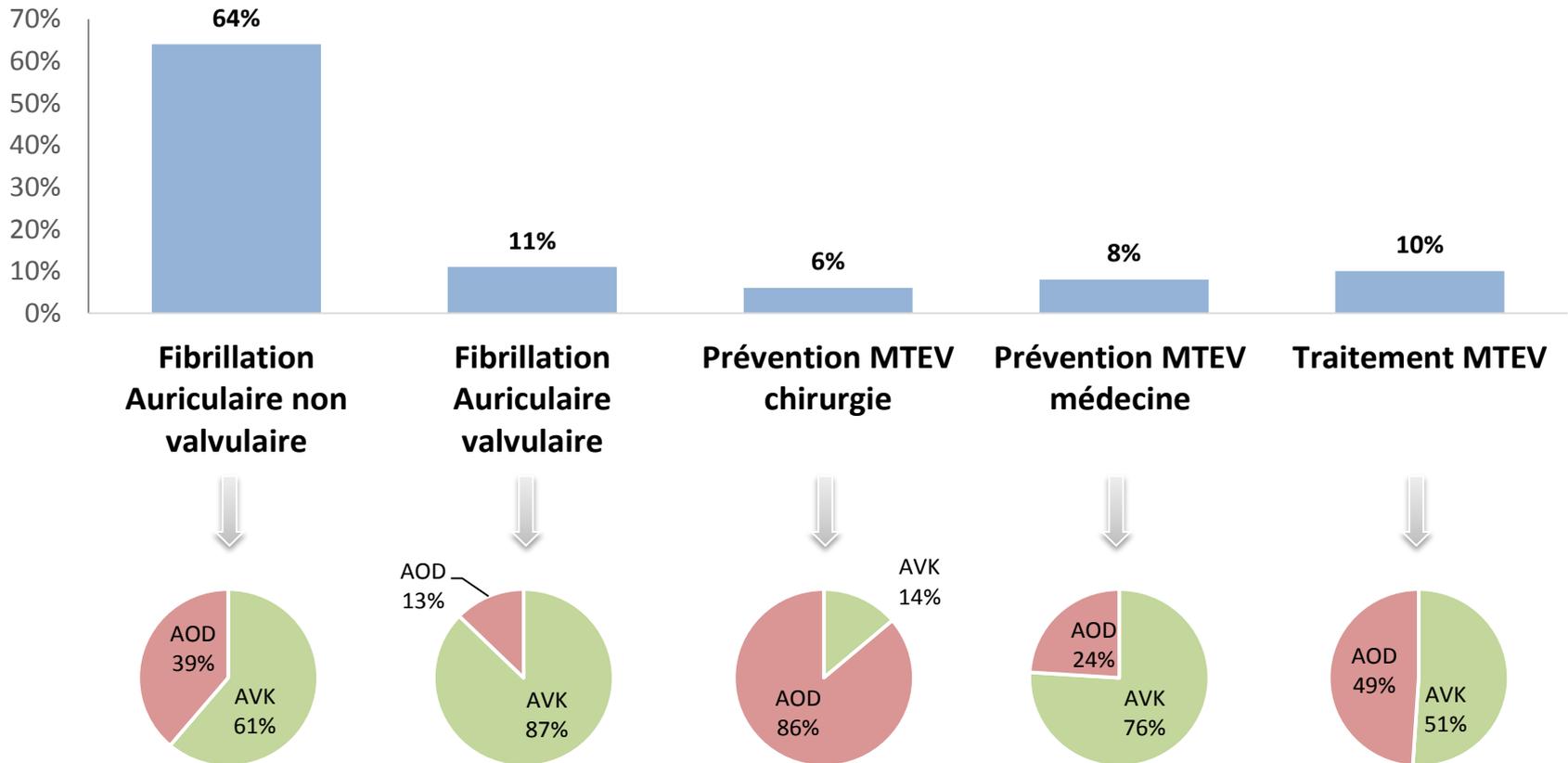
Données générales de l'étude

Molécules prescrites



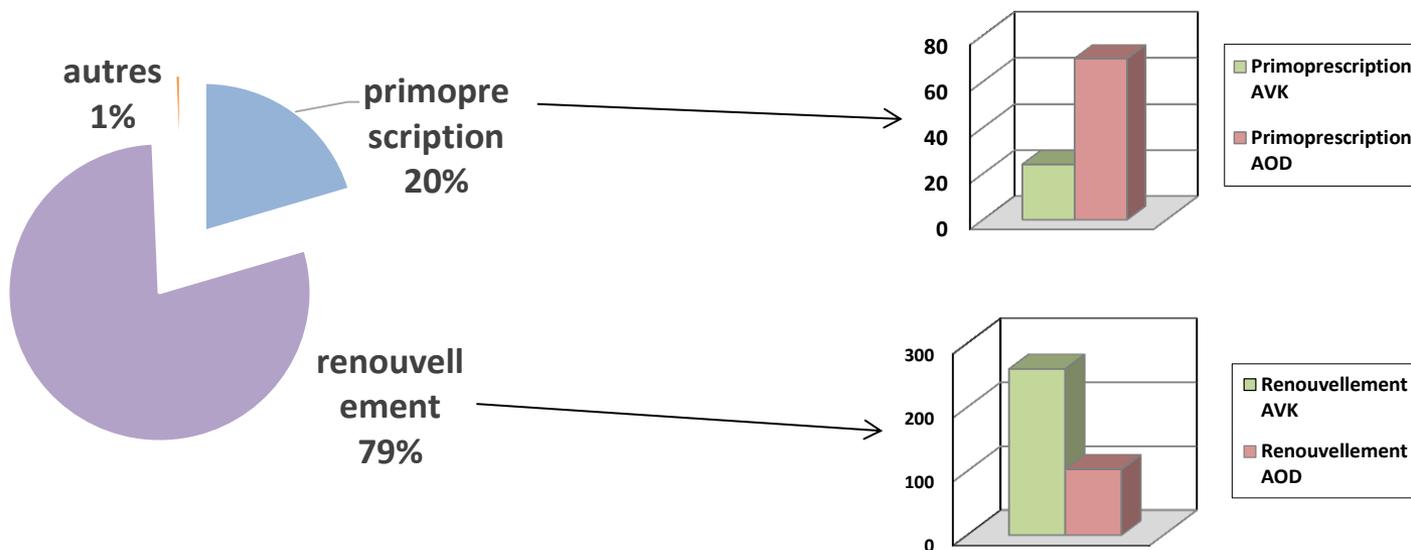
Données générales de l'étude

Indications et répartition AVK/AOD

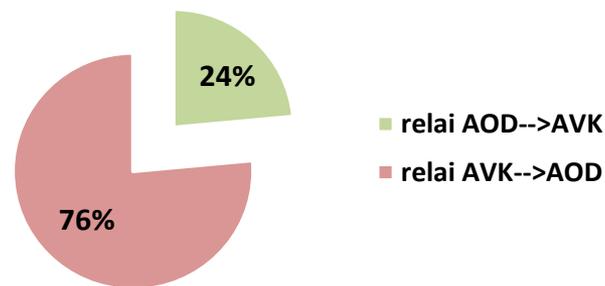


Données générales de l'étude

Type de prescription et relais



3,7 % des dossiers patients mentionnent un relais d'anticoagulant

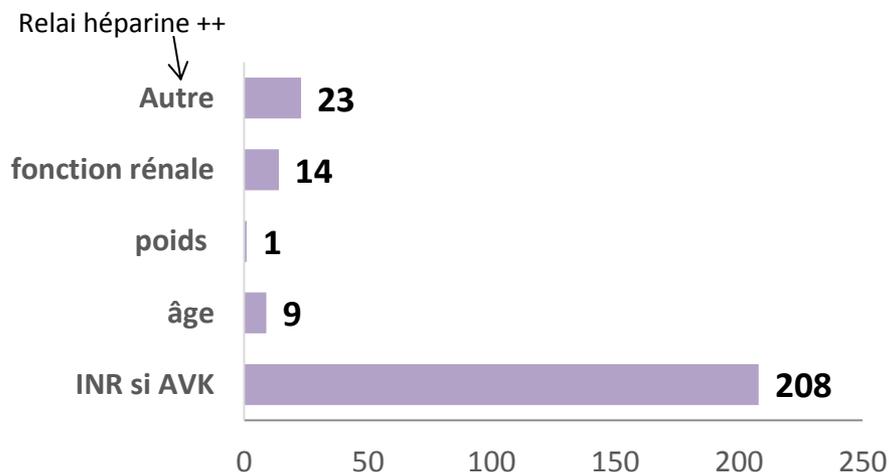


Données générales de l'étude

Adaptation posologique de l'anticoagulant

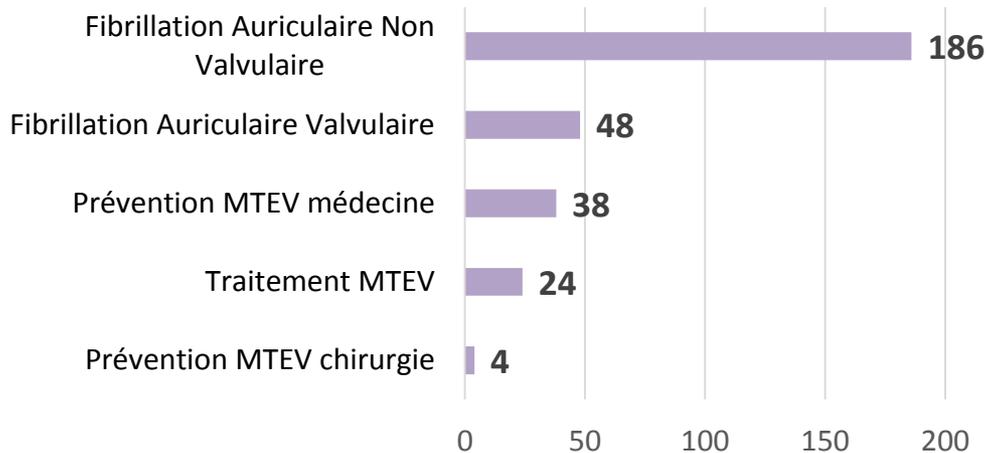
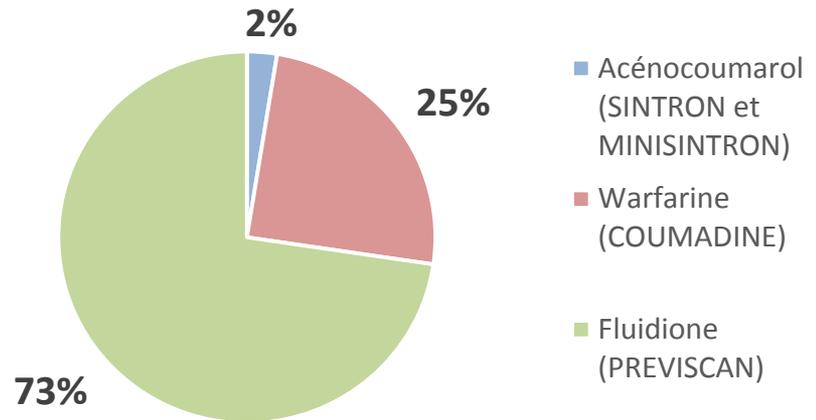
- Adaptation posologique dans **55% des prescriptions** (56% dans l'enquête menée en 2015)

Critères d'adaptation posologique :



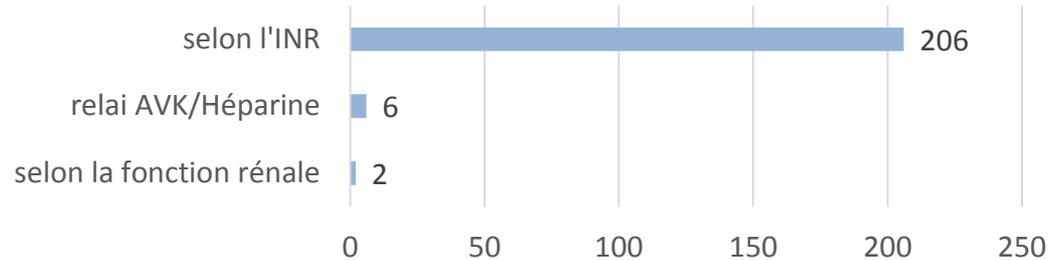
Analyse par classe d'anticoagulants oraux : AVK

311 prescriptions
(62% des prescriptions de l'enquête)



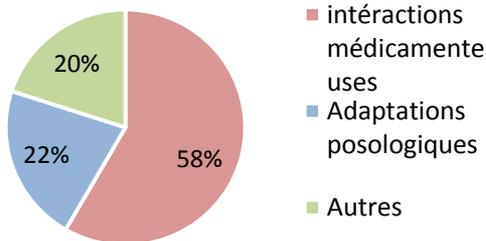
Analyse par classe d'anticoagulants oraux : AVK

- Adaptation posologique du traitement par AVK :
66% des cas

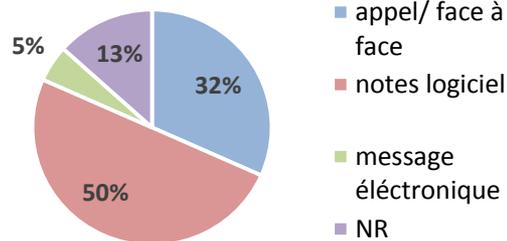


- Interventions pharmaceutiques (IP) et AVK
60 IP réalisées, acceptées dans 27% des cas (mais 65 % de non renseignés)

Type d'IP



Type d'alerte

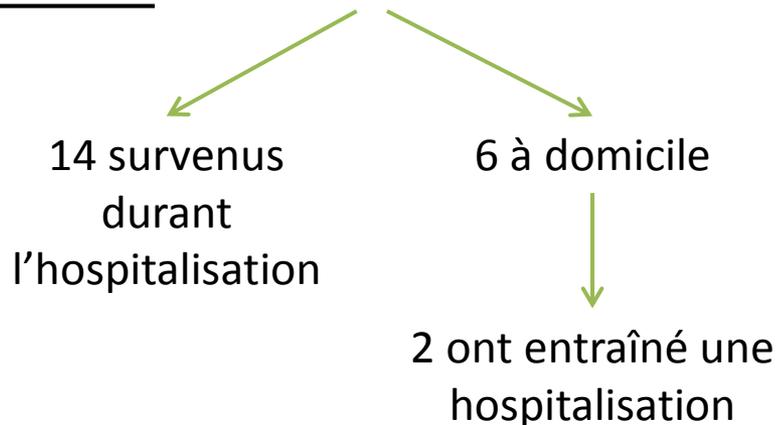
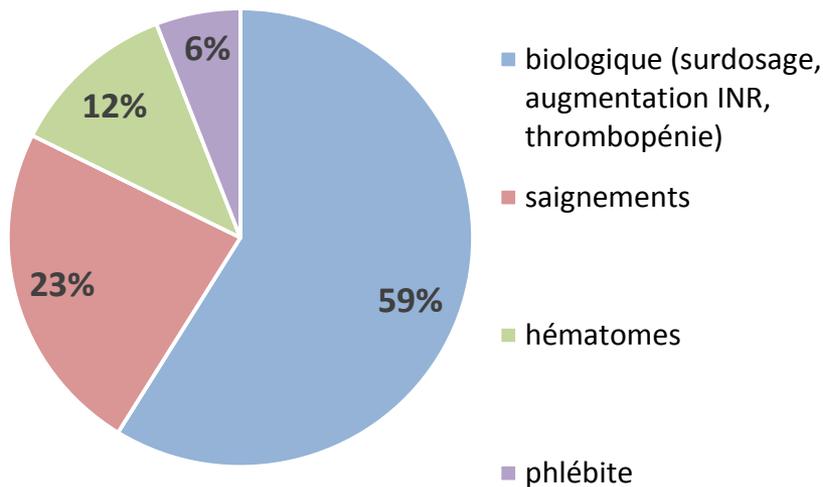


17 IP potentielles non réalisées

-> 6 prescriptions d'AVK avec notion d'insuffisance hépatique dans les antécédents (CI absolue)
-> 11 prescriptions d'AVK avec Clcréat < 20 ml/min

Analyse par classe d'anticoagulants oraux : AVK

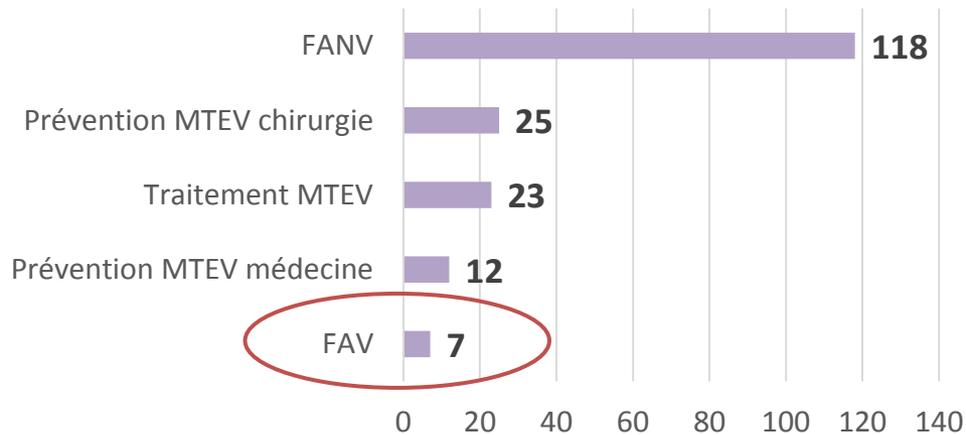
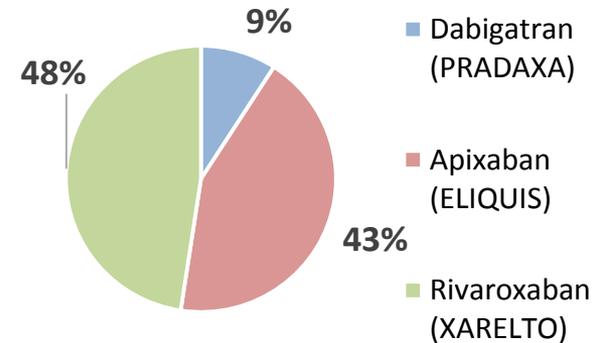
- Survenue d'effets indésirables sous AVK -> **20 EI**



➤ Pas de déclaration au CRPV

Analyse par classe d'anticoagulants oraux : AOD

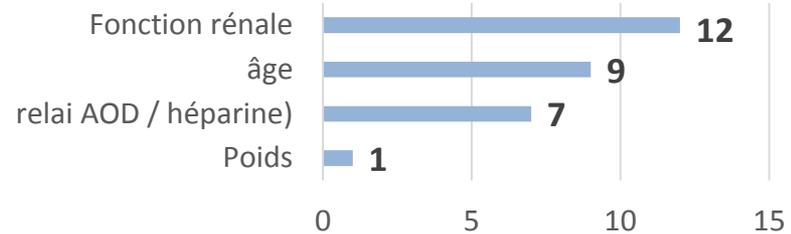
187 prescriptions
(38% des prescriptions de l'enquête)



Seuls les AVK sont indiqués dans la fibrillation auriculaire valvulaire

Analyse par classe d'anticoagulants oraux : AOD

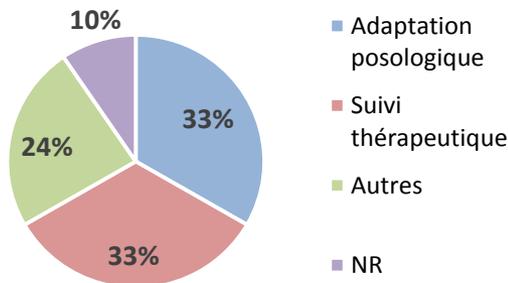
- Adaptation posologique du traitement par AOD : 23 % des cas



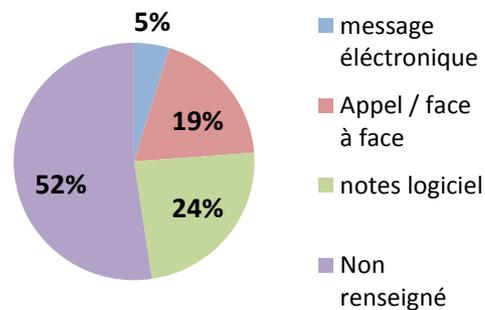
- Interventions pharmaceutiques et AOD

21 IP réalisées, acceptées dans 19 % des cas (mais 66% de non renseigné)

Type d'IP



Type d'alerte



7 IP potentielles non réalisées

-> prescriptions d'Apixaban (AOD) dans une FAV alors que seuls les AVK ont cette indication.

Analyse par classe d'anticoagulants oraux : AOD

- Survenue d'évènement indésirables sous AOD -> 5 EI
-> 3 EI survenus durant l'hospitalisation



- 2 déclarations au CRPV

Conclusion

- Prescription des AOD en plein essor par rapport aux AVK
⇒ 38 % des prescriptions en 2016 contre 27 % en 2015, majorité des primoprescriptions , majorité des relais vers AOD
- Anticoagulants oraux => haut risque iatrogène
Un faible taux d'IP (16%), ¼ concernent des posologies inadaptées
Mais encore des IP potentielles non réalisées (Δ au respect des indications et contre-indications ++) → vigilance à poursuivre

Audit Benzodiazépines/sujets âgés

- Objectifs : Etat des lieux de la prise en charge des sujets âgés par benzodiazépines à l'hôpital
 - ✓ Evaluer la concordance des prescriptions de benzodiazépines chez le sujet âgé avec les recommandations régionales/nationales
 - ✓ Evaluer les interventions pharmaceutiques => valorisation comme couple médicament à risque/sujet à risque dans le cadre du futur CAQES

Audit Benzodiazépines/sujets âgés

Items proposés:

Relatifs aux données patients :

- antécédents d'insuffisance respiratoire, apnée du sommeil, insuffisance hépatique (en lien avec les contre-indications des benzodiazépines)
- motif d'hospitalisation
- antécédent de chute dans le dossier médical

Relatifs aux données médicaments :

- molécule prescrite, demi-vie, posologie, indication, durée de traitement, prescription associant 2 benzodiazépines ou plus

Relatifs à l'analyse pharmaceutique :

- Détection d'interactions médicamenteuses (antiépileptique barbiturique, neuroleptique et antidépresseur à effet sédatif marqué)
- Réalisation d'interventions pharmaceutiques (IP) et caractérisation des IP (type d'IP, type d'alerte, suivi de l'IP)
- Survenue d'évènements indésirables (type d'EI, lieu de survenue, déclaration CRPV)

Ordre du jour

- ❖ Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation
- ❖ Formations « Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé /CREX »
- ❖ **Médicaments à risques et personnes âgées**
 - Informations CRPV / MIS
 - Pertinence des prescriptions / Audits de prescription
 - **Améliorer la prescription médicamenteuse du sujet âgé : l'outil STOPP/START**
- ❖ Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé
 - Bilan CREX
 - Outils de sécurisation
 - Interruption de tâches
- ❖ Modalités d'organisation - Questions diverses

Contexte

❖ La personne âgée :

- Polypathologique et donc polymédiquée
- Conséquences :
 - ↗ Du risque d'accidents iatrogènes
 - ↘ De l'observance au traitement

❖ Iatrogénie et sujet âgé :

- 10 à 20 % des hospitalisations des sujets de plus de 65 ans sont directement liées à un évènement iatrogène
- 50% de ces évènements sont évitables
- Défaut d'observance responsable de 10 % des hospitalisations

Principal facteur de risque = la polymédication

Prescriptions potentiellement inappropriées

❖ Prévalence en France :

- 40% des patients ≥ 65 ans à domicile ont au moins un traitement potentiellement inapproprié
- En institution : 36-51%
- Aux urgences : 45%

❖ Aujourd'hui, 3 « types » de prescriptions sous-optimales ont été définis :

- « **L'Overuse** » : Utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication ou qui n'ont pas prouvé leur efficacité
- « **Le Misuse** » : Utilisation de médicaments dont le risque est supérieur au bénéfice attendu
- « **L'Underuse** » : Absence d'instauration d'un traitement efficace chez le sujet âgé ayant une ou plusieurs pathologies pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité

Prescriptions potentiellement inappropriées

❖ Méthodes de dépistage :

- **Critères explicites** : Application de listes standardisées. Les critères sont souvent « rigides » et s'appliquent de la même manière à tous les patients.

Résultat « Blanc ou noir »

- **Critères implicites** : Analyse patient par patient et traitement par traitement avec une prise en compte de la dimension globale du patient, des comorbidités et de l'environnement. Les critères implicites sont issus de la pratique quotidienne des médecins, justifiant parfois de la non-optimisation du traitement, qui apporte probablement un bénéfice individuel au patient.

Outils existants de dépistage des prescriptions inappropriées

❖ Approche explicite:

- **Critères de BEERS (USA)** : 1991, 1997, 2003, 2012
- **Liste de Laroche (Français)** : 2008
- **Liste de McLead (Canadien)** : 1997
- **IPET (Canadien)** : 2000
- **Liste de Zhan (USA)** : 2001
- **STOPP-START (UK)** : 2009, 2014

❖ Approche implicite

- **MAI (Medication Appropriate Index)** : 1992
- **No Tears tool** : 2003

Outils existants de dépistage des prescriptions inappropriées

❖ Critères de Beers:

- Identification des médicaments pour lesquels le risque d'utilisation chez le sujet âgé est supérieur au bénéfice attendu
- 53 médicaments répartis en 3 catégories :
 - Médicament à éviter chez le sujet âgé
 - Médicament à éviter chez le sujet âgé atteint de certaines pathologies
 - Médicament à utiliser avec précaution chez le sujet âgé
- Liste non adaptée à la pratique et au système de soins français
 - Fait référence à des médicaments non commercialisés en Europe
 - Ne considère pas l'omission de prescription
 - Ne prend pas en considération les interactions médicamenteuses ni la prescription de plusieurs médicaments d'une même classe thérapeutique

oui, mais...

❖ Liste de Laroche :

- Identification des médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé de plus de 75 ans
- 36 critères répartis en 3 catégories :
 - Rapport bénéfice/risque défavorable
 - Efficacité discutable
 - Rapport bénéfice/risque défavorable et efficacité discutable
- Proposition d'alternatives thérapeutiques
- Ne considère pas l'omission de prescription

oui, mais...

A ce jour, il n'existe qu'un seul outil qui prend en considération la prescription inappropriée d'un médicament et l'omission d'une prescription nécessaire : l'outil STOPP and START

L'outil STOPP and START

STOPP : Screening Tool of Older Person's Prescriptions

START : Screening Tool to Action the Right Treatment

❖ Qu'est-ce-que c'est ?

- **Outil de détection des prescriptions inappropriées (versant STOPP) et des omissions de prescriptions (versant START)**
- Les critères STOPP s'intéressent notamment :
 - Aux interactions médicamenteuses
 - Aux interactions médicamenteuses/maladies
 - Aux duplications de thérapies

❖ Historique:

- Version 1 (2008) avec 87 critères dont 65 critères STOPP et 22 critères START
- Version 2 (2014) avec 115 critères dont 81 critères STOPP et 34 critères START

L'outil STOPP and START

❖ Présentation de l'outil

- Outil composé de 115 critères validés par un groupe multidisciplinaire (gériatres et/ou pharmacologues cliniciens) selon la méthode Delphi
- Les médicaments les plus couramment prescrits en gériatrie ont été ciblés
- Chaque critère est basé sur « the evidence based medicine »
- Les critères sont présentés selon les systèmes physiologiques et ont été conçus pour être appliqués conjointement
- Chaque critère est expliqué (indication, balance bénéfique/risque)
- Outil adapté dans plusieurs langues européennes ... et notamment en français

NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie (2015) 15, 323-336



THÉRAPEUTIQUE

Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française



STOPP/START.v2 criteria: Adaptation into French language

P.O. Lang^{a,*,b}, M. Dramé^{c,d}, B. Guignard^e,
R. Mahmoudi^{d,f}, I. Payot^g, J. Latour^h, E. Schmitt^h,
T. Pepersackⁱ, N. Vogt-Ferrier^j, Y. Hasso^h,
O. Dalleur^{h,m}, B. Boland^{h,o}

L'outil STOPP and START

Exemples de critères STOPP

Screening Tool of Older Person's Prescriptions, version 2 (STOPP.v2)

Chez une personne âgée de 65 ans ou plus, la prise de ces médicaments est potentiellement inappropriée dans les circonstances décrites ci-dessous.

Section A: Indication de prescription

A1. Tout médicament prescrit sans indication clinique (aspirine et statine en prévention cardiovasculaire primaire ; inhibiteur de la pompe à protons sans atteinte œsogastrique récente...) – [sur-prescription]

A2. Tout médicament prescrit au-delà de la durée recommandée, si elle est définie – [sur-prescription]

A3. Toute duplication de prescription d'une classe médicamenteuse (deux benzodiazépines, anti-inflammatoires non stéroïdiens, inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine, diurétiques de l'anse, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, β -bloquants, anticoagulants, ...) – [monothérapie à optimiser avant de considérer la duplication]

Section D: Système nerveux central et psychotropes

D1. Un antidépresseur tricyclique en présence d'une démence, d'un glaucome à angle aigu, d'un trouble de conduction cardiaque, d'un prostatisme/antécédent de globe vésical – [risque d'aggravation par effet anticholinergique]

D2. Un antidépresseur tricyclique en traitement de première intention pour une dépression – [risque accru d'effets secondaires par rapport aux inhibiteurs sélectifs de recapture sélectifs (ISRS)]

D3. Un neuroleptique à effet anticholinergique modéré à marqué (chlorpromazine, clozapine, flupenthixol, fluphenzine, pipothiazine, promazine, zuclophenthixol) en présence d'un prostatisme ou d'un antécédent de globe vésical – [risque de globe vésical]

D4. Un inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine (ISRS) en présence d'une hyponatrémie ($\text{Na}^+ < 130 \text{ mmol/L}$) concomitante ou récente – [risque d'exacerbation ou de récurrence de l'hyponatrémie]

D5. Une benzodiazépine depuis plus de 4 semaines – [un traitement prolongé par benzodiazépine n'est pas indiqué (critère A1) ; risques de sédation, de confusion, de troubles de l'équilibre, de chute et/ou d'accident de la route. Après 2 semaines, toute prise de benzodiazépine devrait être diminuée progressivement puisqu'il existe une tolérance de l'effet thérapeutique et un risque de syndrome de sevrage]

Section E: Fonction rénale et prescriptions. Les six prescriptions suivantes sont potentiellement inappropriées chez une personne âgée présentant une altération aiguë ou chronique de sa fonction rénale et notamment lorsque est atteint un certain seuil de débit de filtration glomérulaire (DFG) tel qu'estimé par la clairance de la créatinine (selon la formule de Cockcroft-Gault et exprimée en mL/min). Se référer aux notices des médicaments et aux recommandations locales.

E1. La digoxine au long cours à une dose $> 125 \mu\text{g/j}$ lorsque le DFG est $< 30 \text{ mL/min}$ – [risque d'intoxication]

E2. Un inhibiteur direct de la thrombine (dabigatran) lorsque le DFG est $< 30 \text{ mL/min}$ – [risque accru de saignement]

E3. Un inhibiteur direct du facteur Xa (rivaroxaban, apixaban) lorsque le DFG est $< 15 \text{ mL/min}$ – [risque accru de saignement]

E4. Un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) lorsque le DFG est $< 50 \text{ mL/min}$ – [risque d'aggravation de la fonction rénale]

E5. La colchicine lorsque le DFG est $< 10 \text{ mL/min}$ – [risque d'intoxication]

E6. La metformine lorsque le DFG est $< 30 \text{ mL/min}$ – [risque d'acidose lactique]

L'outil STOPP and START

Exemples de critères START

Screening Tool to Action the Right Treatment, version 2 (START.v2)

Les traitements médicamenteux proposés ci-après doivent être envisagés lorsqu'ils sont omis sans justification clinique valide chez une personne âgée de 65 ans et plus, hors situation de fin de vie.

Le prescripteur aura vérifié toutes les contre-indications spécifiques de ces traitements médicamenteux avant de les recommander aux patients âgés.

Section A : Système cardiovasculaire

A1. En présence d'une fibrillation atriale (paroxystique, persistante ou permanente), un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur de la thrombine ou inhibiteur du facteur Xa). En cas de fibrillation atriale induite par une cardiopathie valvulaire mitrale ou par un syndrome coronarien aigu ou récent, seul l'anti-vitamine K est recommandé – [risque cardio-embolique élevé]

A2. En présence d'une fibrillation atriale et d'une contre-indication majeure à l'anticoagulation, de l'aspirine (75 mg à 160 mg/jour) – [risque cardio-embolique élevé]

A3. En présence d'une athérosclérose au niveau coronarien, cérébro-vasculaire ou périphérique, un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor) – [réduction des événements ischémiques]

A4. En présence d'une hypertension artérielle persistante (systolique > 160 mmHg et/ou diastolique > 90 mmHg), un antihypertenseur. Pour les patients diabétiques, les seuils de 140 mmHg pour la systolique et de 90 mmHg pour la diastolique sont préférés – [réduction de la morbidité cardiovasculaire]

Section C : Système nerveux central et œil

C1. En présence d'une maladie de Parkinson de forme idiopathique confirmée, responsable d'un retentissement fonctionnel significatif, de la L-DOPA ou un agoniste dopaminergique – [premier choix pour le contrôle des symptômes]

C2. En présence de symptômes dépressifs majeurs persistants, un antidépresseur non tricyclique – [amélioration des formes sévères de dépression]

C3. En présence d'une maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré (donépézil, rivastigmine, galantamine) ou une maladie à corps de Lewy (rivastigmine), un inhibiteur de l'acétylcholinestérase – [amélioration limitée des fonctions cognitives]

C4. En présence d'un glaucome primaire à angle ouvert, un traitement topique par analogue des prostaglandines, de la prostamide ou un β -bloquant – [diminution de la pression intraoculaire]

C5. En présence d'une anxiété sévère persistante, un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS). En cas de contre-indication aux ISRS, un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ou la prégabaline – [médicaments plus appropriés que les benzodiazépines pour un traitement prolongé]

C6. En présence d'un syndrome des jambes sans repos, après avoir écarté une carence martiale et une insuffisance rénale sévère, un agoniste dopaminergique (ropinirole, pramipexole, rotigotine) – [amélioration des symptômes, de la qualité du sommeil et de la qualité de vie]

Section I : Vaccinations

I1. Une vaccination annuelle contre la grippe, au début de l'automne – [prévention d'hospitalisations et de la mortalité liées au virus influenza]

I2. Une vaccination contre le pneumocoque par le vaccin conjugué 13-valent ou/et le vaccin polysaccharidique 23-valent, sans moment de préférence durant l'année – [prévention des infections invasives à pneumocoques]

Impacts de l'outil STOPP and START

❖ De nombreuses études ont montré l'intérêt cliniques de l'outil STOPP/START, à savoir :

- Les critères STOPP étaient associés de manière significative aux effets indésirables médicamenteux , à la vulnérabilité et au nombre d'hospitalisation
- L'application de l'outil STOPP/START durant l'hospitalisation pour une pathologie aiguë chez les personnes âgées améliore de manière significative la qualité des prescriptions avec un effet maintenu 6 mois après intervention
- L'application de l'outil STOPP/START réduit le nombre d'effets indésirables liées aux médicaments et la durée d'hospitalisation (si appliqué dans les 72h après l'admission du patient)
- L'application de l'outil STOPP/START dans un établissement long séjour gériatrique réduit le nombre de médicaments inappropriés et le nombre de chutes (mesurés 1 an après l'action)

❖ L'outil STOPP/START semble être plus performant:

- Dans la détection des prescriptions inappropriées que les critères de Beers
- Dans la prédiction des hospitalisations liées aux effets indésirables des médicaments que les critères de Beers

L'impact économique de l'application n'a pas été encore démontré (outil récent)

**Impact sur la morbi-mortalité discordants pour les critères STOPP mais important pour les critères START
(surtout AVK et AC/FA)**

Modalités de réalisation



- ❖ **Utilisation de l’outil STOPP/START en pratique nécessite la connaissance :**
 - des traitements du patient,
 - des antécédents cliniques et chirurgicaux du patient,
 - des comorbidités associées du patient,
 - des contextes cliniques et paracliniques du patient

- ❖ **Ne peut être utilisé en dehors du contexte clinique car dans ce cas, outil très peu fiable**
 - ➔ **Présence d’un gériatre ou médecin obligatoire !**

- ❖ **Temps de réalisation évalué à environ 2 minutes/prescription pour un professionnel non formé**

Conclusion

- ❖ L'outil STOPP/START est un outil fonctionnel et rapide mais surtout pédagogique pour que le repérage des médicaments inappropriés devienne un automatisme
- ❖ Il s'agit d'un outil d'aide à l'optimisation des prescriptions du sujet âgé aussi bien en milieu hospitalier, médico-social ou ambulatoire
- ❖ En France en 2016, une seule étude a été publiée sur l'utilisation des critères STOPP/START en milieu hospitalier. Une thèse a été réalisée sur l'application des critères en EHPAD et une autre en ambulatoire auprès de médecins généralistes.

➔ Outils à développer au sein de nos établissements de santé !

Ordre du jour

- ❖ Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation
- ❖ Formations « Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé /CREX »
- ❖ Médicaments à risques et personnes âgées
 - Informations CRPV / MIS
 - Pertinence des prescriptions / Audits de prescription
 - Améliorer la prescription médicamenteuse du sujet âgé : l'outil STOPP/START
- ❖ **Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé**
 - **Bilan CREX**
 - Outils de sécurisation
 - Interruption de tâches
- ❖ Modalités d'organisation - Questions diverses

Bilan CREX : méthode

- Analyse des éléments de preuve transmis dans le cadre du REA du CBU ex-BN relatifs au « Partage du retour d'expérience, analyse collective des causes » pour l'année 2017 (*item QSE 12 – QSE 15*)
- Ciblage des éléments ayant concernés la personne âgée et analyse
- Nombreuses limites dans l'analyse :
 - Rapports de CREX non transmis par certains établissements,
 - Pas de précision de l'âge des patients dans les comptes rendus de CREX retrouvés,
 - Nombreux comptes rendus de CREX retrouvés ne concernant pas la « personne âgée ».
- Peu de données : **10 rapports de CREX recensés**

Bilan

❖ Lieu de survenu : EHPAD

❖ Fréquence: 1/10

▪ **Type(s) d'erreur(s) retrouvée(s) : Erreur de préparation**

Médicaments présents deux fois à l'identique dans la barquette du résident
(pas de précision sur la nature des médicaments dans le rapport de CREX)

Administration des doublons -> Surdosage

Pas de conséquences pour le résident

▪ **Cause(s) identifiée(s):**

- Pas de vérification de la prescription et de la barquette lors de l'administration par l'IDE
- Surcharge de travail +++

Bilan

❖ Lieu de survenu : **EHPAD**

❖ Fréquence: **1/10**

▪ **Type(s) d'erreur(s) retrouvée(s) : Erreur de préparation**

Erreur de préparation du pilulier d'une résidente

Keppra® 250mg mis à la place du Depakote® 250mg

Isoptine®120mg mis à la place de l'Isoptine® 40mg

Résidente transférée aux urgences d'un CH -> pas de conséquences pour la résidente

▪ **Cause(s) identifiée(s):**

- Pas de double contrôle de la préparation du pilulier du fait du manque de personnel
- Pas de vérification de la prescription lors de l'administration par l'IDE
- Surcharge de travail +++

Bilan

❖ Lieu de survenu : EHPAD

❖ Fréquence: 1/10

▪ **Type(s) d'erreur(s) retrouvée(s) : Erreur d'administration**

Médicament administré alors que non prescrit au résident
(pas de précision sur la nature des médicaments dans le rapport de CREX)
Pas de conséquences pour le patient

▪ **Cause(s) identifiée(s):**

- Pas de vérification de la prescription lors de l'administration
- Pas de vérification du pilulier lors de l'administration
- Surcharge de travail +++

Bilan

❖ Lieu de survenu : EHPAD

❖ Fréquence: 1/10

▪ **Type(s) d'erreur(s) retrouvée(s) : Erreur d'administration**

Erreur de médicament

Levofloxacin 500mg administré à la place du Levetiracetam 500mg

Pas de conséquences pour le résident

▪ **Cause(s) identifiée(s):**

- Pas de vérification du médicament lors de l'administration
- Pas de vérification de la prescription lors de l'administration
- Surcharge de travail +++

Bilan

❖ Lieu de survenu : **EHPAD**

❖ Fréquence: **5/10**

▪ **Type(s) d'erreur(s) retrouvée(s) : Erreur d'administration – erreur patient**

Traitement de Mr X. administré à Mr. Y (problème d'identito-vigilance)

(pas de précision sur la nature des médicaments dans tous les rapport de CREX mais retrouvé uvedose, bbloquant, gabapentine, oxazepam)

Pour 4 résidents : pas de conséquences

Pour 1 résident : intervention du SAMU puis séjour en réanimation

▪ **Cause(s) identifiée(s):**

- Non identification des piluliers
- Non identification des résidents (absence de bracelet)
- Non utilisation du plan de soins par les IDE
- Pas de vérification de la prescription lors de l'administration
- Médicaments remis au cours des repas aux résidents dans des coupelles non identifiées (plusieurs résidents à la même table)
- Administration par une aide-soignante (nouvelle au service) et non par l'IDE du service

Bilan

❖ Lieu de survenu : MCO

❖ Fréquence: 1/10

▪ **Type(s) d'erreur(s) retrouvée(s) : Erreur de la voie d'administration**

Administration d'un antiparkinsonien par voie IV alors que prescrit par voie SC

(AMM : administration par voie SC)

3 jours consécutifs d'administration par voie IV avant détection de l'erreur

3 IDE différentes ont administré à des jours différents le médicament par voie IV

Détection de l'erreur par une 4^{ème} IDE au 4^{ème} jour

▪ **Cause(s) retrouvée(s):**

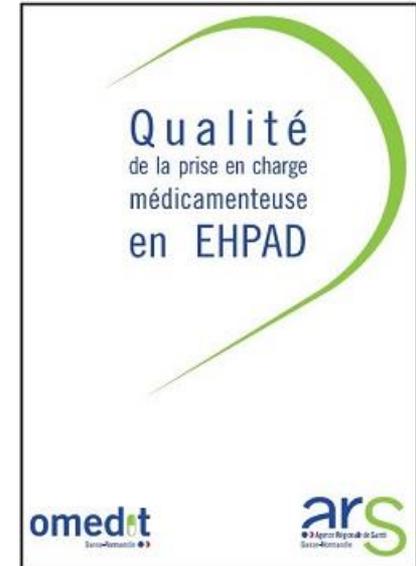
- Pas de vérification de la prescription lors de l'administration
- Médicament jamais prescrit dans le service – non connaissance des modalités d'administration
- Surcharge de travail +++

Ordre du jour

- ❖ Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation
- ❖ Formations « Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé /CREX »
- ❖ Médicaments à risques et personnes âgées
 - Informations CRPV / MIS
 - Pertinence des prescriptions / Audits de prescription
 - Améliorer la prescription médicamenteuse du sujet âgé : l'outil STOPP/START
- ❖ **Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé**
 - Bilan CREX
 - **Outils de sécurisation**
 - Interruption de tâches
- ❖ Modalités d'organisation - Questions diverses

Guide « Qualité de la PECM en EHPAD »

- ❖ 1^{ère} version du guide réalisée en ex-BN en Avril 2013
- ❖ Guide adapté aux pratiques des professionnels de santé travaillant en EHPAD
- ❖ Objectifs principaux du guide :
 - Limiter la iatrogénie médicamenteuse
 - Améliorer la PECM en EHPAD



❖ Guide organisé en 3 parties:

❖ Organisation de la PECM et sécurisation du circuit du médicament

(ex: fiches relatives au circuit du médicament en EHPAD, à la prescription en EHPAD, à l'administration des médicaments en EHPAD, etc ..)

❖ Médicaments à surveillance particulière

(ex: rappels et recommandations de prescription et de suivi des médicaments digitaliques, des anticoagulants, des opiacés, etc)

❖ Recommandations de prise en charge et protocoles

(ex: prévention de la chute, PEC de la douleur, PEC de la dénutrition, etc ...)

	Sommaire	
Organisation de la prise en charge médicamenteuse et sécurisation du circuit du médicament	Fiche 1	Les incontournables de la prescription chez le sujet âgé 5
	Fiche 2	Le management de la prise en charge médicamenteuse 9
	Fiche 3	Le circuit du médicament en EHPAD 13
	Fiche 4	La prescription en EHPAD 15
	Fiche 5	La fourniture, la dispensation, la détention des médicaments 17
	Fiche 6	Le protocole de préparation des doses à administrer et le stockage 19
	Fiche 7	L'administration des médicaments en EHPAD 23
	Fiche 8	La dotation pour besoins urgents 25
	Fiche 9	Exemple de chariot de médicaments d'urgence 27
Médicaments à surveillance particulière	Fiche 10	Digitaliques 31
	Fiche 11	Anticoagulants 33
	Fiche 12	Antiplaquetaires 37
	Fiche 13	Opiacés forts 39
	Fiche 14	Benzodiazépines et apparentés 43
	Fiche 15	Antibiotiques 45
Recommandations de prise en charge et protocoles	Fiche 16	Neuroleptiques, Maladie d'Alzheimer et démences apparentées 51
	Fiche 17	La prévention des chutes 57
	Fiche 18	La prise en charge de la douleur 59
	Fiche 19	La prévention de la dénutrition 71
	Fiche 20	L'adaptation posologique des Antivitamines K 75



❖ Premières réflexions sur l'évolution du guide :

❖ Mise à jour du contenu du guide actuel:

- En cas d'évolution de la réglementation,
- Compléter les informations déjà existantes avec de nouvelles données

❖ Rajouts proposés :

Organisation de la PECM et sécurisation du circuit du médicament

Fiche relative au bonne pratique d'écrasement des comprimés ou d'ouverture des gélules
Exemple de dotation pour besoin
Exemple de convention EHPAD/pharmacie d'officine

Médicaments à surveillance particulière

Fiche sur les AINS
Fiche sur les Antidiabétiques oraux
Fiche sur les antihypertenseurs
Fiche sur les cytotoxiques ou médicaments à risque CMR (ex: immunosuppresseurs)

Recommandations de prise en charge et protocoles

Intégralités des protocoles ex-HN disponibles (*insulinothérapie, PEC de la constipation, PEC de la déshydratation, PEC des escarres, PEC des troubles psycho-comportementaux*)
Fiche relative à la détection et à la prise en charge des troubles de la déglutition
Fiche relative à la prise en charge de l'HTA en EHPAD
Protocoles spécifiques (ex: PEC de la douleur la nuit, etc ...)

Liste préférentielle des médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD

- ❖ Elaborée à partir de différents documents, cette liste regroupe environ 300 molécules fréquemment consommées en EHPAD et réparties en classes pharmacologiques.
- ❖ Au début de chaque classe pharmacologique sont exposés les médicaments potentiellement inappropriés ainsi que des conseils d'utilisation et recommandations de bon usage.
- ❖ Pour chaque médicament, propositions d'informations relatives à :
 - à l'étape de préparation-administration (*par exemple : possibilité ou non d'écrasement des comprimés et d'ouverture des gélules, possibilité ou non de mélanger à un aliment, proposition d'alternatives thérapeutiques*)
 - à l'étape de prescription-suivi thérapeutique (*par exemple : posologie usuelle et adaptation posologique recommandées*)

La version électronique de ce document est disponible gratuitement sur le site de l'OMÉDIT Normandie
(lien : http://www.omedit-normandie.fr/mediafiles/classes_pharmaco_juin2014_qualopt,3874.pdf)

La version papier est disponible gratuitement sur simple demande par mail à
ARS-NORMANDIE-DIRECTION-APPUI-PERFORMANCE@ars.sante.fr ou celine.bougle@ars.sante.fr

Un site internet et une application mobile gratuite (MedEHPAD®) sont également disponibles
(lien : <http://medehpad.fr/medehpad/>)



Film EHPAD Medoc

- **Films à vocation pédagogique** dans le cadre d'une formation basée sur **l'analyse de scénario**
- Met en scène un **accident ou presque-accident**
- **Objectifs : sensibilisation à la gestion du risque**
 - **analyse de la situation** mise en scène (**film**) : **identification des erreurs**, des **facteurs contributifs** et des **mesures barrières**
 - **analyse de la possibilité de survenue** de cet événement **au sein du service** par une démarche proactive :
 1. principales **barrières** existantes,
 2. principales **défaillances**
 3. **propositions d'amélioration**
- Films à destination des médecins, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, infirmiers diplômés d'état et autres soignants paramédicaux et administratifs en lien direct avec le patient.
- A utiliser dans le cadre de session de formation, d'environ une heure, avec 10-15 participants d'un même service ou plusieurs services avec organisation similaire
- Disponible sur le site internet de [l'OMEDIT de Normandie](#) : film, guide d'analyse du film avec grille de recueil, support de présentation

Ordre du jour

- ❖ Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation
- ❖ Formations « Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé /CREX »
- ❖ Médicaments à risques et personnes âgées
 - Informations CRPV / MIS
 - Pertinence des prescriptions / Audits de prescription
 - Améliorer la prescription médicamenteuse du sujet âgé : l'outil STOPP/START
- ❖ **Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé**
 - Bilan CREX
 - Outils de sécurisation
 - **Interruption de tâches**
- ❖ Modalités d'organisation - Questions diverses

Interruption de tâches lors de l'administration des médicaments

Présentation du projet de l'HAS

Pourquoi travailler sur les interruptions de tâches

❖ Définition = interruption non prévue et non planifiée de l'exécution d'une activité humaine initiée par une source interne ou externe au destinataire.

=> suspension d'une tâche initiale pouvant aller jusqu'à effectuer une tâche imprévue qui se traduit par une rupture ou résiliation de la tâche principale

Pourquoi travailler sur les interruptions de tâches

- **Interruption de tâche = facteur favorisant la survenue d'erreur ou d'évènement indésirable qui revient souvent dans l'analyse des causes de survenue d'évènements indésirables étudiés en CREX ou en REMED**
- **Conséquences potentiellement graves, à type :**
 - D'erreur dans la mise en œuvre de la tâche en cours
 - D'oubli de poursuivre la tâche interrompue
 - De défaut de contrôle de la tâche en cours de réalisation
- **Par ailleurs, ambiguïté concernant le personnel interrompu :**
 - L'interruption de tâche est valorisante (« *je suis important, on a besoin de moi* »)
 - L'interruption de tâche est aussi facteur de stress professionnel (constat des médecins du travail, « *impression de ne pas faire correctement mon travail* »)
 - Dans certaines études, 25% du temps IDE est lié à l'IT et à la gestion de ses conséquences
- **Enfin, importance dans une équipe de communiquer :**
 - Lutter contre les interruptions de tâche renforce la sécurité de certains actes
 - MAIS...cela ne doit pas être au détriment du partage d'informations

Travail nécessaire autour de la notion d'interrompre à bon escient, au bon moment, de la bonne façon...

Pourquoi travailler sur les interruptions de tâches

Quelques données chiffrées :

- Le taux d'interruptions moyen est de 6,7 par heure par infirmière
- Chaque interruption est associée à une **augmentation du risque d'environ 13 % d'erreurs** (par exemple, ne pas enregistrer l'administration d'un médicament dans le dossier patient, ou administrer le mauvais médicament)
- les interruptions sont dues à des conversations déclenchées :
 - par **les infirmières** elles-mêmes dans 22 % à 36,5 % des cas,
 - aux sollicitations **de la part des patients** dans 4,7 % à 26,4 % des cas
 - mais elles sont aussi liées à **l'environnement de travail** dans 4,5 % à 13 % des cas (par exemple, la pharmacie n'a pas en stock les doses nécessaires de médicaments, une alarme de monitoring se déclenche)
- sur 4 271 doses de médicaments administrés, l'interruption de tâche est constatée dans **53% des doses administrées.**

Pourquoi travailler sur les interruptions de tâches

Contexte régional :

- ❖ Participation au GT HAS du Dr N. Contentin
- ❖ 2 établissements en Normandie participent au projet IT de la HAS :
CHU de Caen et de Rouen
- ❖ Proposition pour les autres ES de la région de participer à ce projet
- ❖ Proposition des outils et de la méthode aux ES normands

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



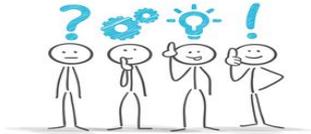
- Des actions permettant la récupération de la tâche ➡ focus illustration check-list, Mémo



Les étapes du projet IT

2 mois
Mars /avril 2017

Préparer



- Valider le projet auprès de la direction
- Participer à la réunion de lancement
- Informer les instances et les équipes
- Valider le secteur et les équipes

4 à 6 mois
Avril/sept 2017

Réaliser le diagnostic



- Sensibiliser : Faire prendre conscience de la réalité du sujet et de l'intérêt de travailler sur cette problématique à tous les membres de l'équipe y compris médecins, brancardiers...
 - ⇒ Film, BD, exemples
- Connaître la situation dans son service -> Auditer : observation sur 1 journée, débriefing avec les personnes observées, réalisation d'entretien avec les patients
 - ⇒ Kit d'audit
- Proposer des solutions en équipe

6 à 7 mois
Oct 2017/avril 2018

Déployer & suivre les actions



- Déployer les actions : prévenir les IT , récupérer les IT
- Suivre le déploiement
- Communiquer sur l'état d'avancement
- Analyser vos résultats
- Proposer des solutions en équipe

4 à 5 mois
Mai/oct 2018

Mesurer & réajuster



- Evaluer les changements obtenus : 2^{ème} audit, enquête de satisfaction des professionnels
- Réajuster si nécessaire
- Communiquer sur les résultats
- Valoriser les actions

Novembre 2018
Semaine de la sécurité

Partager votre expérience



Témoigner

Vidéo minute je me mobilise ne équipe pour réduire les IT

Accompagnement OMéDIT – HAS

Ordre du jour

- ❖ Présentation de l'OMÉDIT : Missions, organisation
- ❖ Formations « Prise en charge médicamenteuse du sujet âgé /CREX »
- ❖ Médicaments à risques et personnes âgées
 - Informations CRPV / MIS
 - Pertinence des prescriptions / Audits de prescription
 - Améliorer la prescription médicamenteuse du sujet âgé : l'outil STOPP/START

 - Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé
 - Bilan CREX
 - Outils de sécurisation
 - Interruption de tâches
- ❖ **Modalités d'organisation - Questions diverses**

Table ronde

Retour sur les thématiques renvoyées par les établissements

77 enregistrements de réponses pour le CT3

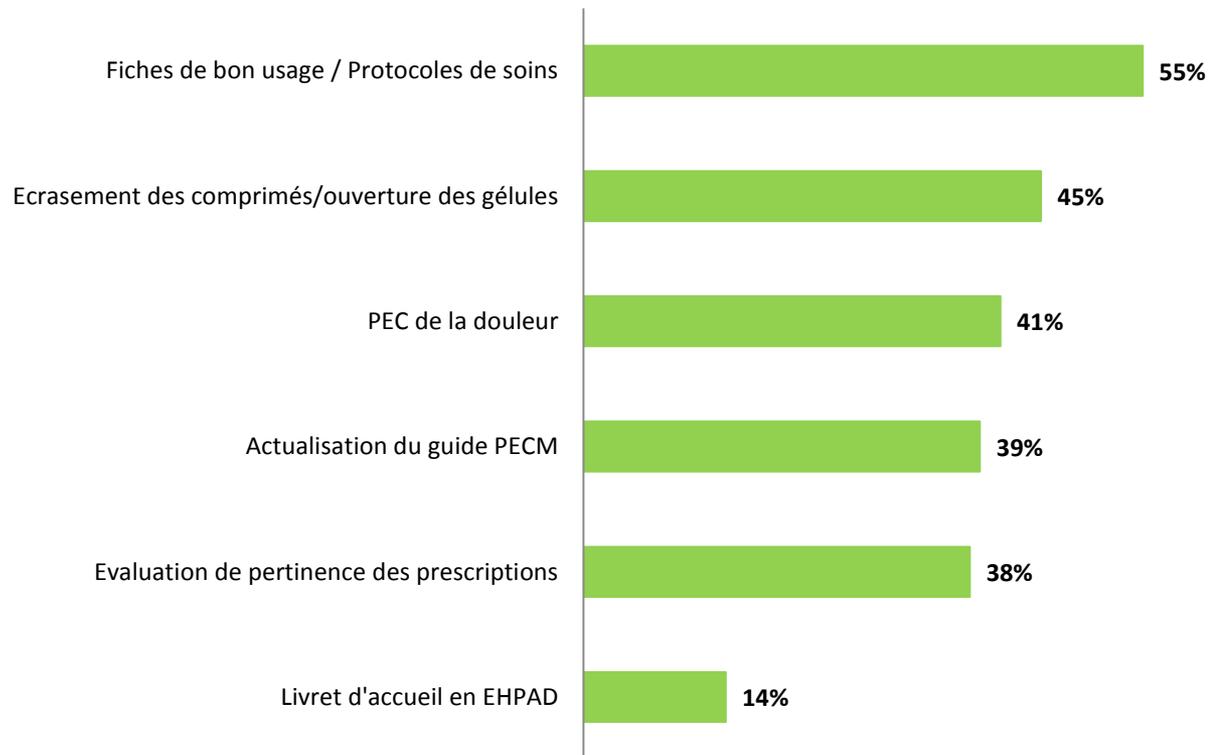


Table ronde

- Autre axe de travail proposé

- Bon usage des antalgiques chez le sujet âgé hospitalisé en chirurgie
- Mise à jour de la « Liste préférentielle des médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD »
- Recueil de directives anticipées : soins palliatifs / fin de vie
- Distribution des médicaments en EHPAD en l'absence de l'IDE
- PEC de la douleur et neuroleptiques
- Neurostimulation en EHPAD

Propositions de groupes de travail

- Groupes de travail identifiés :
 - Mise à jour du guide qualité de la PECM en EHPAD, avec fiches médicaments/pathologies et recommandations de bon usage
 - Sous groupes par thématique dont douleur du SA
 - Kit de juste prescription « Stop and Start », formations
 - Oncogériatrie : interactions, observance ?