



Observatoire régional des dysfonctionnements des
ordonnances exécutées en ville,
un outil pour progresser
Retour d'expérience Poitou-Charentes et extension
ALPC

Journées Qualité/sécurité de l'ARS Nouvelle Aquitaine
Novembre 2016

Pourquoi un observatoire ?

- ↪ **Répondre au besoin** des professionnels souhaitant sécuriser et fluidifier le parcours patient
- ↪ **Repérer** les dysfonctionnements à la sortie du patient
- ↪ **Signaler** *via* un réseau régional de veille entre professionnels de santé libéraux et hospitaliers
- ↪ **Agir** sur les dysfonctionnements et améliorer ainsi la qualité des ordonnances de sortie
 - ↪ Transmission aux établissements concernés
 - ↪ Propositions de solutions

De quels dysfonctionnements parle-t-on ?

- Madame C. (patiente hémato) se présente à l'officine avec une ordonnance de Voriconazole (anti infectieux)
- Le vendredi soir
- Pas disponible en ville à cette époque (2012)
- 45 minutes passées à joindre un prescripteur et expliquer la situation au service de l'hôpital
- Le patient est retourné à l'hôpital pour obtenir le médicament

 ...Une rupture dans la prise en charge médicamenteuse du patient !

Présentation de l'Observatoire

- ↪ Un Réseau Sentinelle de professionnels engagés pour agir sur cette interface:
 - ↪ Officines
 - ↪ Rétrocession PUI
 - ↪ Pharmacies EHPAD
 - ↪ Médecins
 - ↪ Infirmières
- ↪ Groupe participant: OMEDIT, pharmaciens officine , les URPS , CROP, pharmaciens hospitaliers, médecins
- ↪ Base de données à partager
- ↪ Recueil des dysfonctionnements depuis 2010

Un outil pour signaler

Site OMEDIT Poitou-Charentes

Extension
Nouvelle
Aquitaine

OMEDIT Poitou-Charentes
Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

OMEDIT Poitou-Charentes
Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique - POITOU-CHARENTES

Recherche

ars
Agence Régionale de Santé
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes

PRÉSENTATION CONTRACTUALISATION THÉMATIQUES FORMATIONS LIENS UTILES

Accueil

Signalement d'une erreur médicamenteuse

Dysfonctionnement sur une ordonnance de sortie

Nous contacter

Thématique

AGENDA DES ÉVÈNEMENTS

Commission HAD - 17/01/2017

Commission HAD :MARDI 17 JANVIER de 14H30 à 16H30au Centre Hospitalier de MELLE

[En savoir plus]

Actualités Contractualisation

Formulaire adapté à l'interface ville /hôpital

En complément de l'ordonnance anonymisée

Description des faits

Modalités de l'intervention

Conséquences

Journée Qualité ARS Nouvelle Aquitaine Novembre 2016

Traitement de l'information

- Recueil des dysfonctionnements dans la base
- Partage des signalements anonymisés
- Proposition de solutions et d'amélioration en travail pluri professionnel ville/hôpital

Restitution aux établissements

- Sous forme de rapport

Déclarant	Prescripteur et services concernés	Médicaments	Problèmes rencontrés	Conséquences pour le patient	Commentaires
-----------	------------------------------------	-------------	----------------------	------------------------------	--------------

- Restitution trimestrielle des signalements aux établissements concernés via les Directions qualité pour communication aux professionnels de l'ETS
- Amélioration des pratiques:
Elaboration et diffusion d'outils pour améliorer l'ordonnance de sortie +++
Suivi rapport étape annuel CBU, certification

Bilan des signalements

42 Etablissements de santé concernés

33 sites déclarants

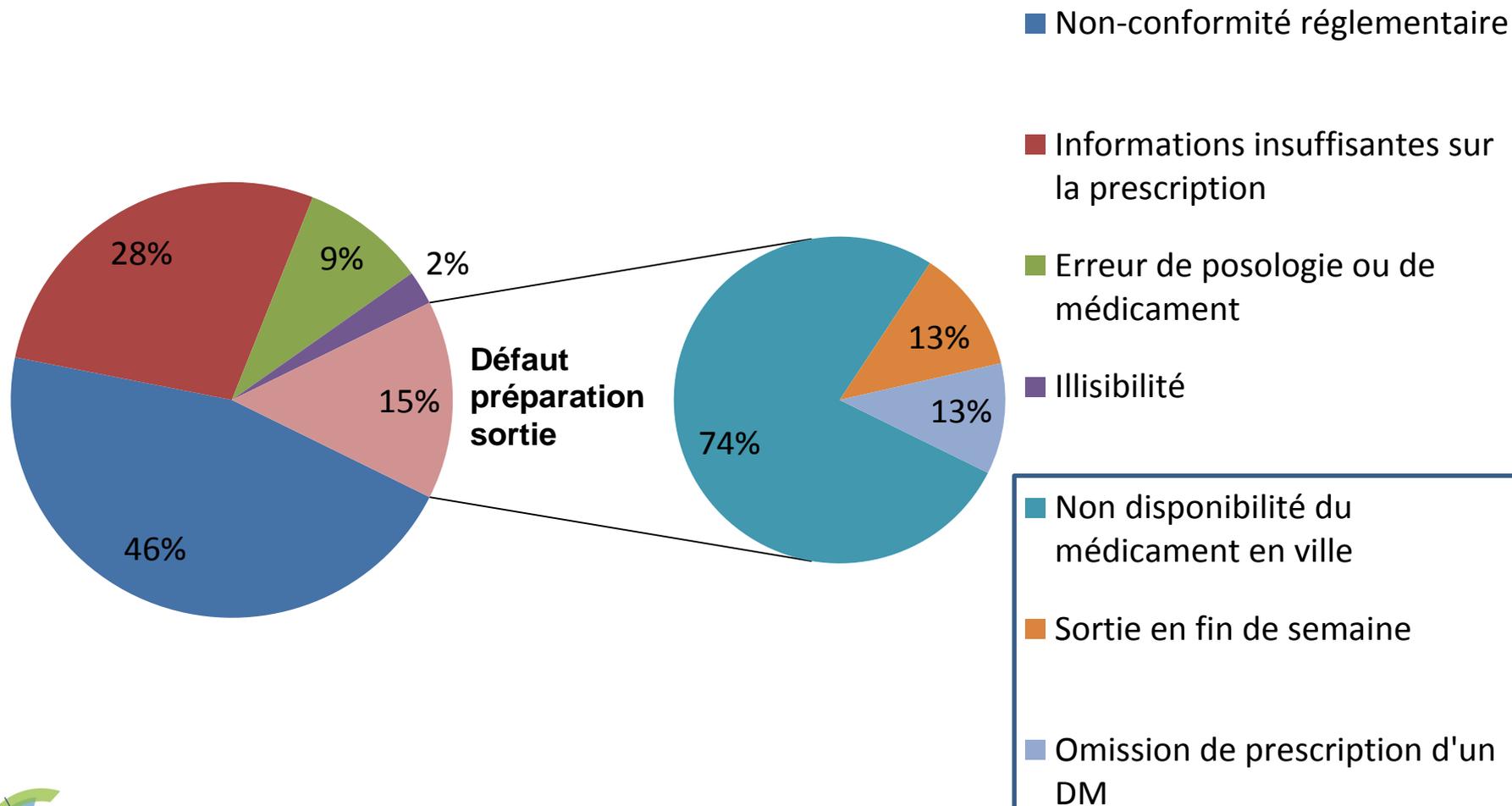
557 dysfonctionnements signalés depuis
2010

81 bilans trimestriels de
dysfonctionnements envoyés depuis 2014

Types de Dysfonctionnements (1)

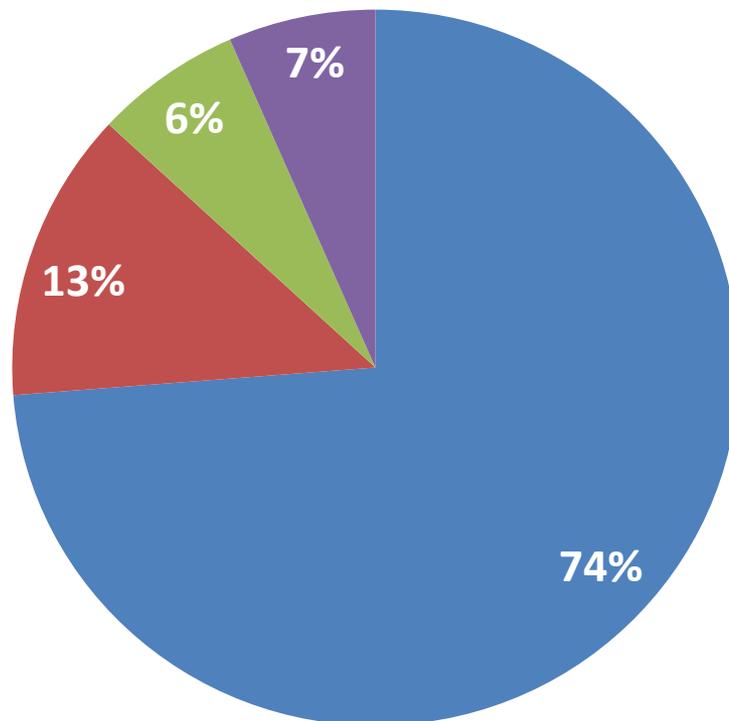
- ❖ **Erreurs** de posologie ou de médicament
- ❖ **Informations** insuffisantes sur la prescription pour la dispensation
- ❖ Défauts d'**organisation** de la sortie d'établissement
- ❖ **Non-conformités** réglementaires de l'ordonnance

Types de Dysfonctionnements (2)



Focus: non-conformités réglementaires sur les stupéfiants

61 signalements



- Ordonnance non sécurisée
- Ordonnance informatisée avec posologies en chiffres
- Durées de prescription non conformes
- Prescripteur non identifié

Conséquences sur le parcours

- Conséquences pour le **patient**
 - **Retard** dans la prise en charge
 - Risque de traitement **inadapté**
 - **Inquiétude , fatigue et stress**
 - **Déplacements inutiles**
- Conséquences pour le **pharmacien de ville**
 - **Difficulté de l'exercice** professionnel
 - **Risque d'interprétation** et d'imprécision dans la délivrance
 - **Dérangement** d'un autre professionnel disponible
 - **Temps perdu +/- long**



Une volonté d'approche transversale sur les antibiotiques

Dénomination des antibiotiques : soyons vigilants

Recueil des erreurs liées aux confusions de dénominations, de dosages et de conditionnements primaires d'antibiotiques déclarées depuis 2007 à l'OMEDIT Poitiers

Observatoire régional des erreurs médicamenteuses

Depuis 2007, les professionnels des ES de la région Poitou-Charentes signalent à l'OMEDIT des erreurs médicamenteuses évitables (> 5000 signalements)

- Erreurs potentielles

- Erreurs avérées

Base des données pour connaître les problèmes de terrain

- Anonymisation des signalements

- Alerte sur les erreurs récurrentes

Participation à la remontée d'information aux autorités de santé (ANSM)

- Développement d'outils communs pour progresser

Etapes du circuit à l'origine de l'erreur

- 595 erreurs sur les antibiotiques déclarées, dont 40 concernant des confusions de noms
 - Administration (IDE) : 30%
 - Dispensation (pharmacie) : 35%
 - Prescription (médecins) : 30 %
 - Autres : Gestion des stocks
-
- | Étape | Pourcentage |
|----------------|-------------|
| Dispensation | 35% |
| Administration | 30% |
| Prescription | 30% |
| Commande | 2% |
| Rangement | 3% |
- Ce qu'il faut retenir : **tous les professionnels** sont concernés

Des erreurs aux conséquences potentiellement graves

- Erreur de dose (surdosage +++)
- Erreur de médicaments → antibiothérapie inadaptée (spectres d'activités différents)
- Terrains à risque :
 - Hématologie (patients neutropéniques)
 - Réanimation
 - Pédiatrie
 - Gériatrie

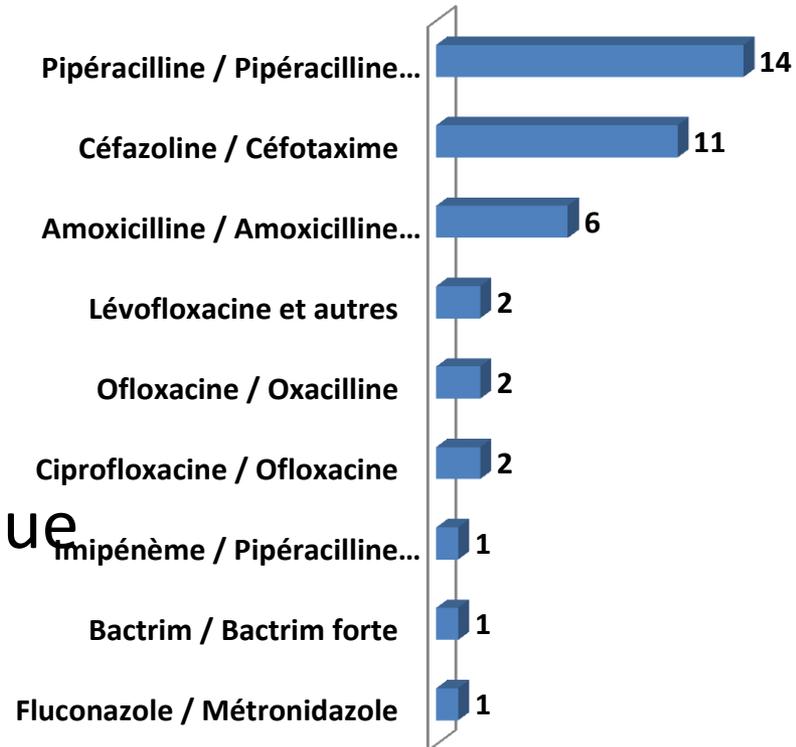
Source d'erreur : la confusion

- Correspond à une erreur de lecture ou à un défaut de connaissance

- « Top 3 » :

- Pipéracilline+Tazobactam
- Céphalosporines
- Amoxicilline+Acide clavulanique

POURQUOI ?



1. La « Jungle des noms »

- Associations d'antibiotiques + inhibiteurs
ex:Piperacilline/tazobactam ; Tazocilline « Tazo »
- Céphalosporines : noms en « Cef... »



- Confusion entre noms de spécialités : plus rare
(ex : Tavanic® et Targocid®)

2. Confusion entre conditionnements

- Flacons de poudre

- Céphalosporines



- Pipéracilline



- Flacons ECOFLAC®



3. Confusion de dosages et de posologies

- Pipéracilline 4g/Tazobactam 500 mg
 - Ex : Prescrit « TAZO 4g » → administré 4000 mg de Tazobactam soit 8 fois la dose
- Ciprofloxacine 400x2/j et Ofloxacine 200x2/j
 - Ex : Prescription de 400 mg deux fois par jour d'Ofloxacine, ce qui correspond à la posologie de la Ciprofloxacine
- Ceftriaxone 1g/jour et Céfotaxime 3g/jour

Sound alike, Look alike » : stratégies de l'industrie

- Noms de marque créés par un algorithme

- Usage des TALL MAN letters



- Design des produits avec double objectif :
homogénéité au sein de la marque et sécurité
 - Utilisation de techniques pour différencier visuellement les produits/dosages (code couleur notamment)
- Pas d'intervention possible sur le libellé des DCI

« Sound alike, Look alike » : stratégies dans une PUI

- Prise en compte lors des achats (livret thérapeutique) pour éviter l'effet « gamme » de conditionnements qui se ressemblent
- Réorganisation aléatoire du classement des DCI
 - Séparation des lieux de stockage, système d'adressage
 - Validation en cohérence avec la pathologie
- Identification au nom du patient pour la dispensation

« Sound alike, Look alike » : stratégies dans le service

- Prescription en DCI , oui mais dénomination complète de la spécialité référencée
- Informer sur le rangement dans l'armoire
- Transférer les médicaments dans le casier nominatif du patient
- Lecture attentive, se conformer à la prescription avant administration
- Appeler le pharmacien en cas de doute sur l'identité du médicament

En résumé

- Chaque professionnel de santé impliqué dans le circuit du médicament est concerné : alerter, informer sur les pièges à éviter → **Signaler pour prévenir**
- Prescription en dénomination précise: intérêt des logiciels
- Validation pharmaceutique en cohérence avec l'indication
- **Administration avec lecture attentive du flacon et de la prescription**
(Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments HAS mai 2013)

En Conclusion

- Une dynamique de prévention des erreurs médicamenteuses liés à la sortie : Depuis 2010, en Poitou-Charentes
 - Sensibilisation des prescripteurs, en particulier juniors, à la qualité des ordonnances de sortie
 - Amélioration du parcours patient
 - Développement du lien ville-hôpital
- Des actions renforcées sur la prévention des risques dans le parcours dans les antibiotiques
- En 2017, Extension « Nouvelle Aquitaine »