

# PREVENTION IATROGENESE MEDICAMENTEUSE

Rémy COLLOMP

Pôle Pharmacie – Hôpital ARCHET

CHU Nice

# PLAN

---

- Iatrogénèse médicamenteuse, une réalité
- Prévention
  - *a priori*
  - *a posteriori*
  - Retour expérience

# Terminologie

---

***Événement iatrogène médicamenteux*** » (EIM) :

Tout dommage résultant de l'utilisation d'un médicament ou de l'intervention d'un professionnel de santé relative à un médicament.

Effet indésirable

Erreur médicamenteuse

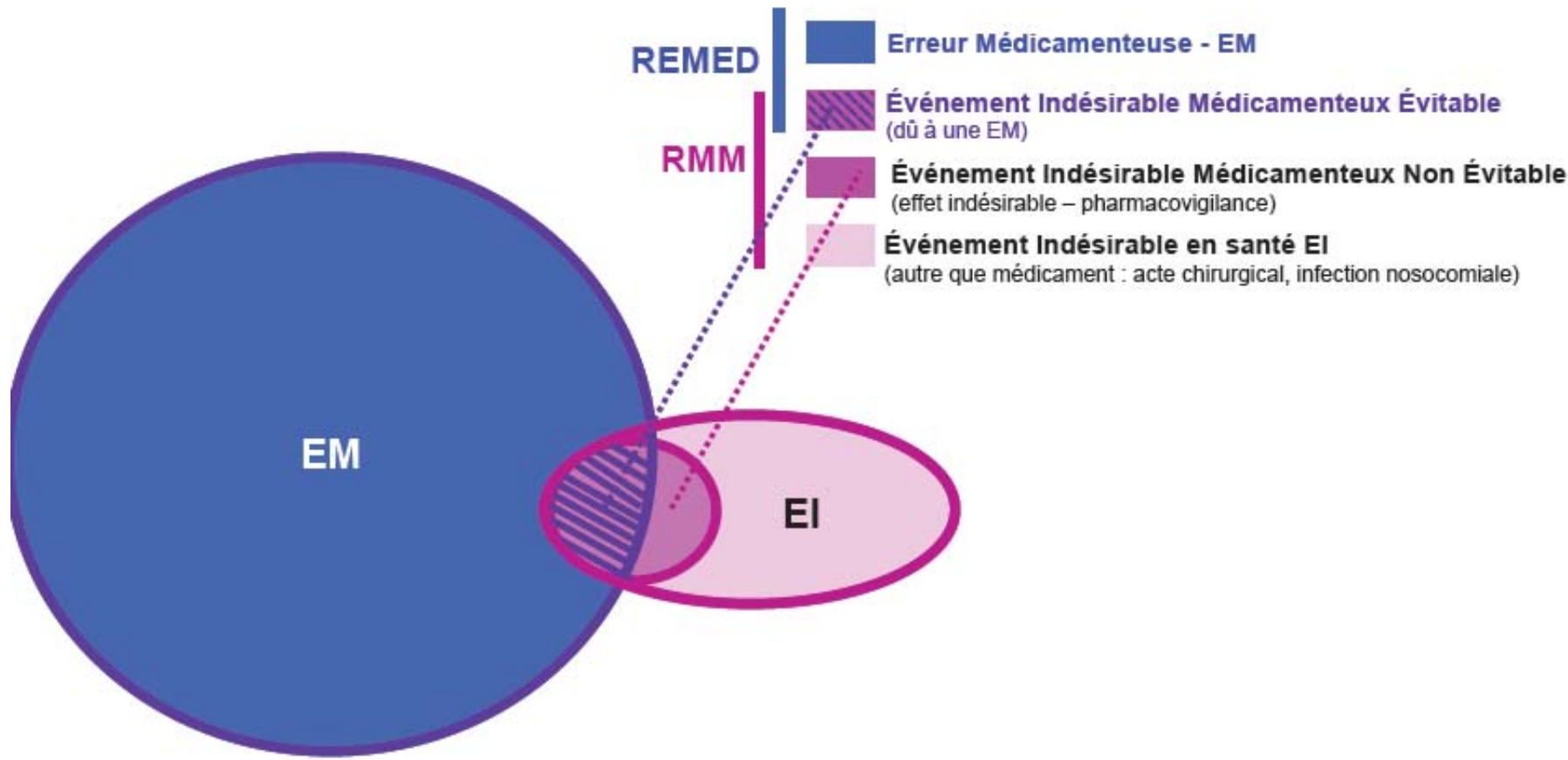
## ***Erreur médicamenteuse***

Omission ou réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient.

**Évitable**

**Avérée – Potentielle - Latente**

# Périmètre



# Périmètre

Contexte	BUs	Toxicomanie	Abus	EM	EM	EM	EM
Prise de médicament	oui	oui	oui	oui	non	oui	non
Conséquences observées chez le malade	D/EI	D	D	D	D	-	-

Les événements indésirables évitables  
= cible de la REMED

↑  
**Frontière !**

# Historique

## Pub Med

8700 références – Medication error

1ers textes 1960

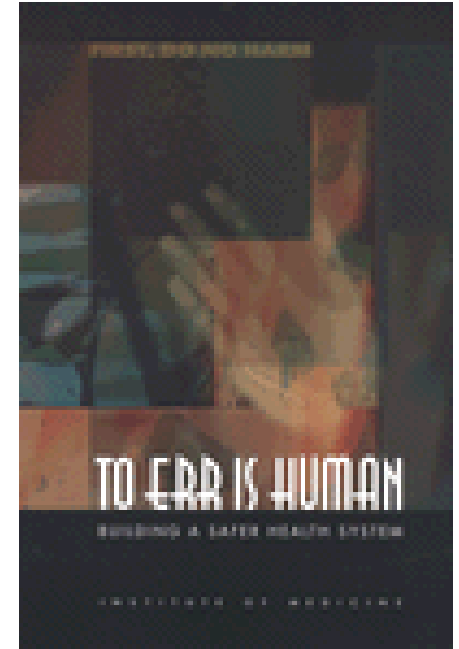
Leape et Bates: 1990

ASHP Guidelines 1993

To err is human 2000

JCAHO - OMS Patient Safety Solutions 2002

National Coordinating Council for  
Medication error reporting and prevention 2008



# Historique

AQTE – Réseau REEM

Loi de santé publique 2000 - Iatrogénie

Prescrire « Eviter l'évitable »

Guichet AFSSaPS Erreurs médicamenteuses

SFPC Groupe iatrogénie – Remed - Merveil



SFPC – Groupe de travail Iatrogénie – Etude MERVEIL

2008 - 2010



**ETUDE MERVEIL**

**Etude Multicentrique pour l'Evaluation  
de la ReVue des Erreurs et de leur Iatrogénie  
Liées aux médicaments**

**Janvier 2009 – Septembre 2009**

# Historique



**26 janvier 2009**

**Hôpital : Roselyne Bachelot souhaite améliorer la sécurité et la qualité des soins**

## **Erreur médicale: Bachelot confirme les 10.000 morts**

La ministre de la Santé Roselyne Bachelot a confirmé mardi qu'il y a bien 10.000 morts accidentelles à l'hôpital par an

*“Je veux le dire d'emblée: je ne suis pas dans une logique de culpabilisation ou de stigmatisation. Nous savons tous, entre professionnels du milieu de la santé, que les erreurs ont des causes complexes et imbriquées les unes dans les autres”*

Pour le circuit du médicament, la ministre va missionner un groupe d'experts afin d'auditer les défaillances du circuit du médicament et de proposer un référentiel « *opposable et réaliste* », « *incluant toutes les contraintes de sécurité, de fiabilité, et de traçabilité que l'on est en droit d'exiger à notre époque.* »



## Certification HAS 2010

Critère 8.a Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins

### E1 | Prévoir

Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé.

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.

Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.

Le programme est soumis aux instances.

### E2 | Mettre en œuvre

Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.

### E3 | Évaluer et améliorer

Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.

Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.

## Certification HAS 2010

Annexe 8.d Évaluation des risques *a priori*

### E1 | Prévoir

L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité. Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

### E2 | Mettre en œuvre

Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risque sont mises en place. Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques *a priori*.

### E3 | Évaluer et améliorer

Un suivi de la mise en œuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie. L'analyse de leur efficacité est réalisée.

## Certification HAS 2010

Critère 8.f Gestion des événements indésirables



### E1 | Prévoir

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

### E2 | Mettre en œuvre

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.

L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.

### E3 | Évaluer et améliorer

Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.

Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.

## Certification HAS 2010

### E1 | Prévoir

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs. Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus. Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.

### E2 | Mettre en œuvre

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.

Les règles de prescription sont mises en œuvre.

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).

Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.

### E3 | Évaluer et améliorer

Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.

Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.

Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.

# Évitabilité - Localisation

## Étude ENEIS

**8 754 patients soit 35 234 jours. 450 EIG identifiés** (203 EIG médecine et 247 chirurgie).

	Part du total des EIG	Part des EIG évitable
Interventions chirurgicales	49%	31%
<b>Médicament</b>	20%	42%
Infections liées aux soins	22%	30%

**1 EIG au moins dans 2/3 des services au bout de 7 jours d'hospitalisation.**  
**Majorité en gériatrie et en réanimation**  
**2/3 des cas chez des patients en situation complexe.**  
**40 % des EIG sont évitables.**

# Circuit médicament

---

## Fréquence

**Prescription : de 35% à 39% ;**  
**Transcription : de 13% à 17% ;**  
**Dispensation : de 22% à 25% dont :**  
    **Préparation galénique : de 4 % à 9%**  
    **Délivrance : de 13% à 21 % ;**  
    **Administration : de 18% à 29% ;**  
**Suivi thérapeutique : 1 %**

**Dose : 37 % ;**  
**Médicament : 18,5 % ;**  
**Patient : 9 % ;**  
**Posologie : 10 % ;**  
**Suivi thérapeutique : 9 % ;**  
**Omission de dose : 9 % ;**  
**Forme galénique : 2,5 % ;**  
**Voie d'administration : 1,3 %.**

- **Taux d'erreur avérée, jusqu'au patient sans avoir été interceptée: de 20 à 83 %**
- **Taux de préjudice induit et subi par le patient : de 7 à 67 %**

# Circuit médicament

---

Les erreurs d'administration sont les plus visibles.

Elles sont très souvent liées à des erreurs en amont ou au système.

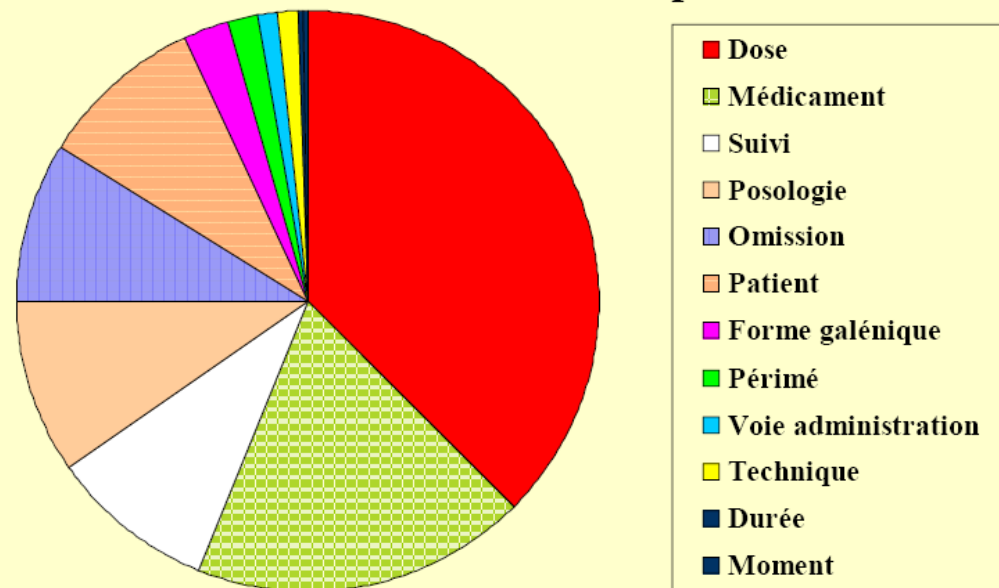
Dernière étape, sans contrôle en aval.

# Circuit médicament

## Réseau REEM

19 EM

319 reports REEM



### CAUSES DES ERREURS MÉDICAMENTEUSES

Facteurs humains

: 56 %

Support communication,  
ordonnance  
Médicament

: 23,5%

: 20,5 %

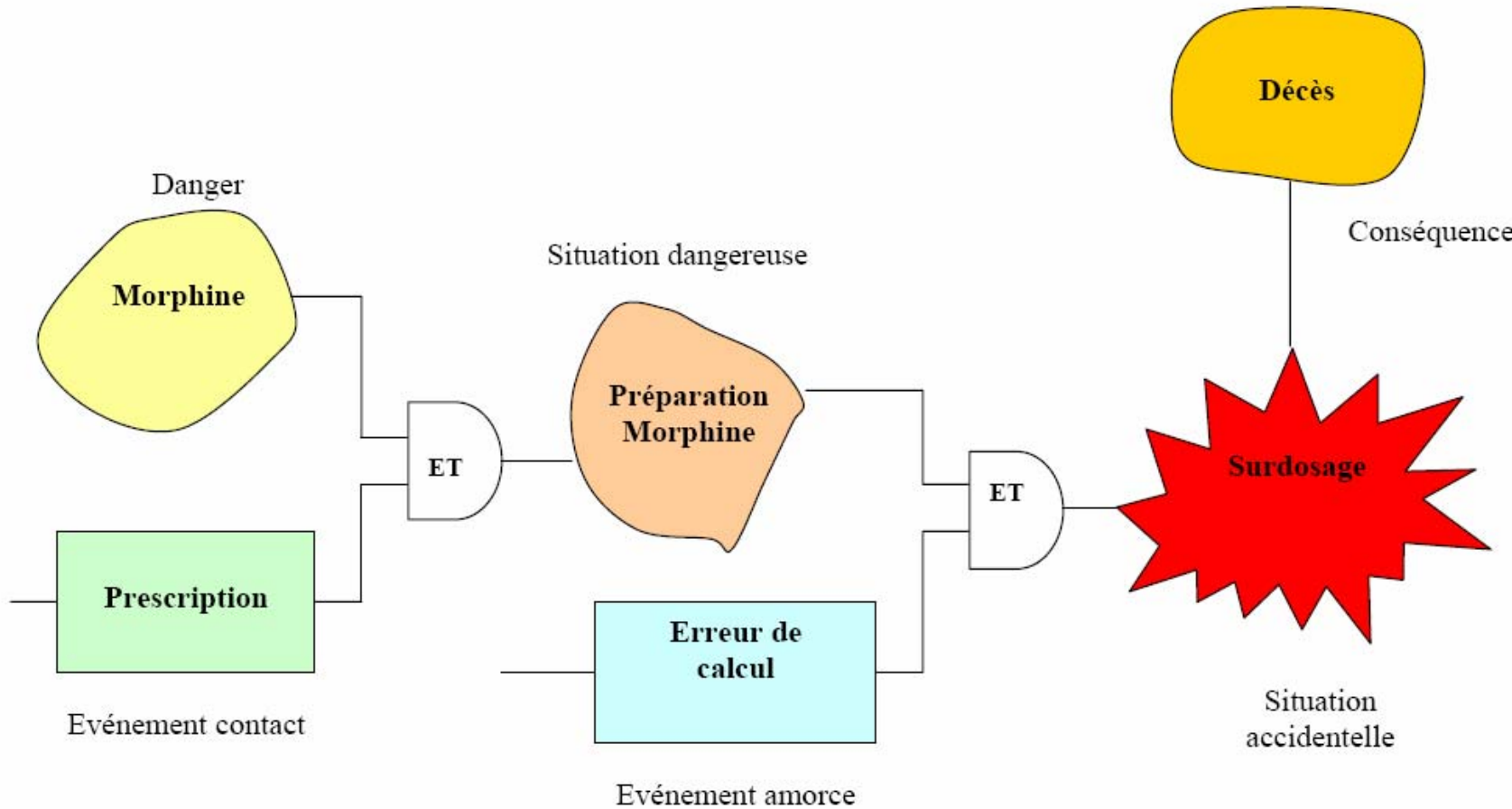
Confusion de nom de médicament  
8 %

Identification/information du  
médicament 6,5 %

Conditionnement /dispositif associé  
6 %



# Un Enchaînement



# Typologie des erreurs médicamenteuses

---

Degré de réalisation: potentielle, avérée

Gravité: 0 au décès

Type d'erreur: posologie, omission, voie d'administration

Etape de survenue: prescription, dispensation, ..

Causes: directes, latentes

# PLAN

---

- Iatrogénèse médicamenteuse, une réalité
- Prévention
  - *a priori*
  - *a posteriori*
  - Retour expérience

# Combiner

<i>Approche a priori</i>	<i>Approche a posteriori</i>
Rendre le système sûr avant la survenue de l'événement	Améliorer au vu du retour d'expérience
Actions de prévention en amont pour diminuer la fréquence des événements indésirables	Actions de protection en aval pour diminuer la gravité potentielle des événements indésirables
Respect des normes et règlements	Traitement de recueil des événements indésirables
Mettre en place un système sûr capable de récupérer les défaillances	Revue morbi-mortalité
Identification des risques	Gestion des plaintes
Audits, visites de risques	Liens autres instances / CLIN, CHSCT ...
Analyses de processus	
Méthodes spécifiques d'analyse de risque	

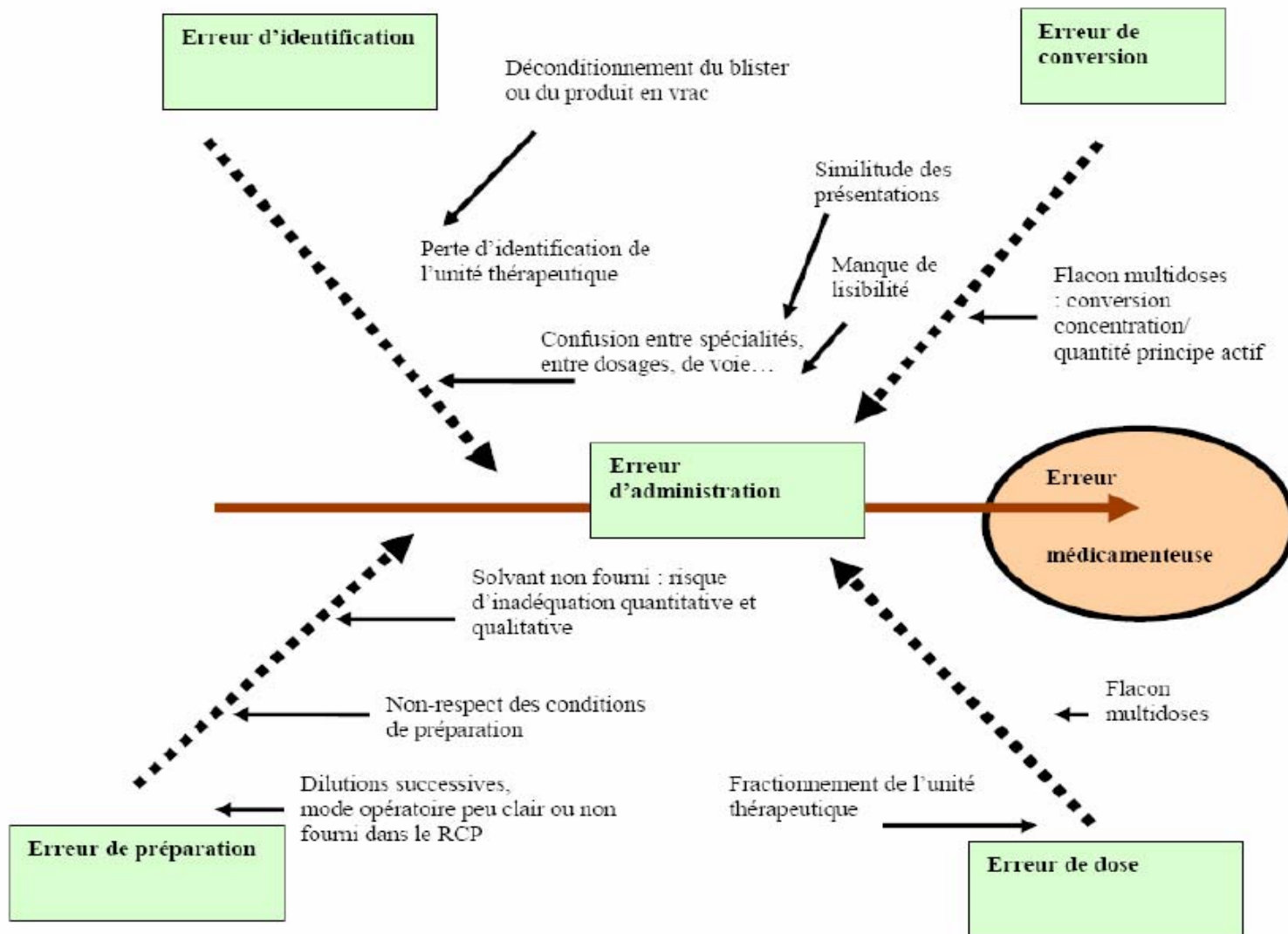


# Approche *a priori*

---

- L'analyse *a priori* des risques
- Connaissance des processus analyse des risques
- Priorisation
- Confusion aspect visuel, homonymie, conditionnement
- Solutions simples, référencement, stockage
- Contrôle des dotations
- Informatisation, support unique ....
- Fiche de bon usage, Livret thérapeutique

# DIAGRAMME DES CAUSES D'ERREURS LIEES AU CONDITIONNEMENT (Heng)



# Connaissance des Processus

## PROCESSUS PRESCRIPTION – FICHE IDENTITE

**ACTEURS** : Médecin - Interne - Infirmière - Sage-femme

**TYPE** : Sous-processus PRESCRIPTION

**OBJECTIFS** : La prescription médicale est un acte médical majeur qui consiste à prescrire un traitement sur un document « ordonnance » qui doit être écrite , datée et signée par le prescripteur.

**INDICATEURS** :

- Nombre de prescriptions / jour
- Nombre de services utilisant le support unique
- Nombre de services informatisés

**ACTES** :

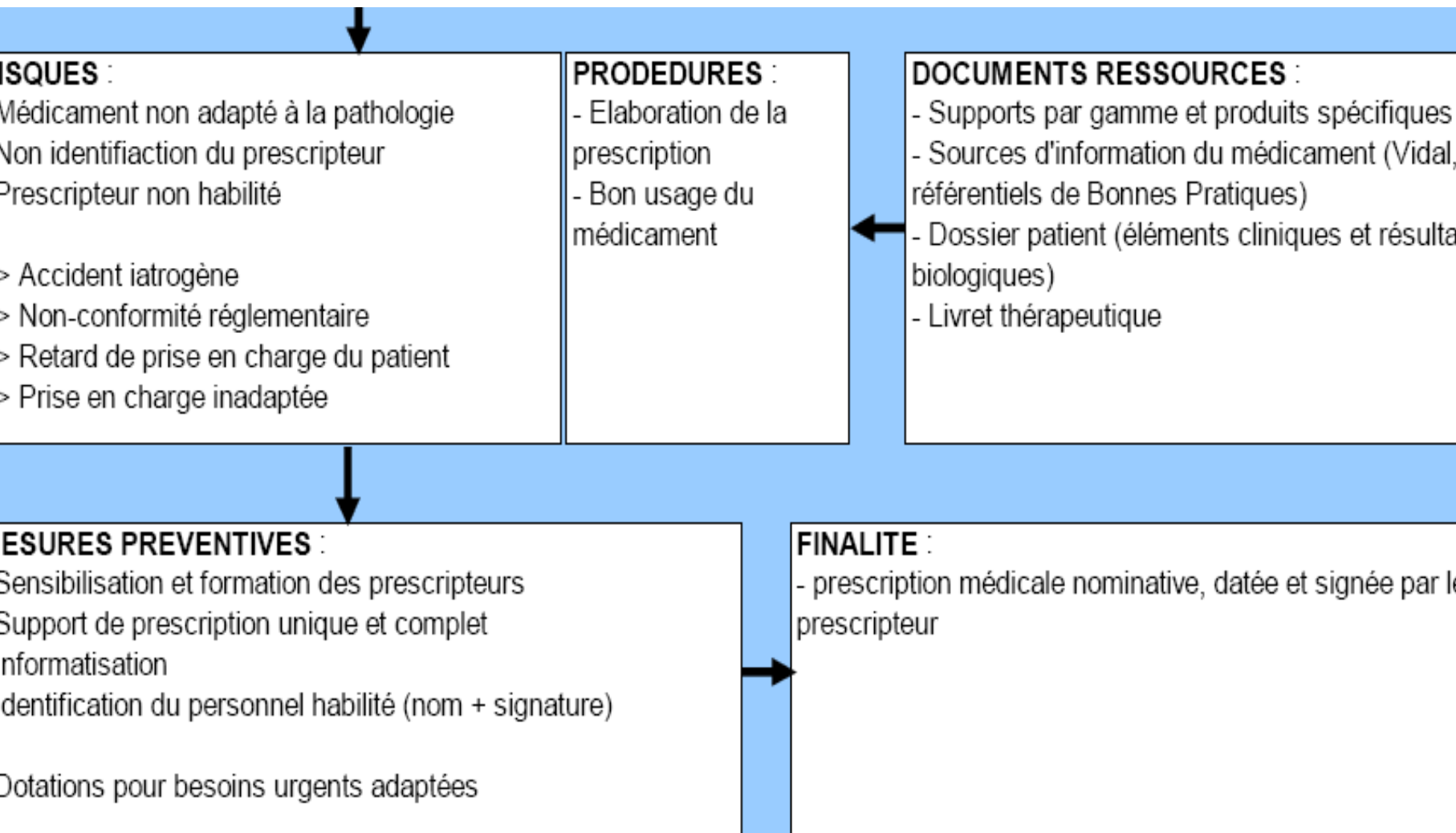
- Prescription originale
- Prescription pharmacie
- Réajustement du traitement personnel du patient
- Gestion des urgences
- Disponibilité dans le service

**PROPRIETES** :

- Sources d'information
- Habilitation
- Support de prescription
- Stock disponible
- Traitement personnel du patient



# Connaissance des Processus





# Connaissance des Processus

## Cartographie du sous-processus « Prescription »

**Médecin - Interne - Infirmière - Sage-femme**

- Prescription originale
  - Prescription pharmacie
  - Réajustement du traitement personnel du patient
- Urgences  
Disponibilité dans le service

**Risques**

**Coûts**

**Mesures préventives**

**Procédures**

**Documents ressources**

- Médicament non adapté à la pathologie ou au patient
- Non-identification du prescripteur
- Prescripteur non habilité
- Accident iatrogène
- Non-conformité réglementaire
- Retard de prise en charge du patient
- Prise en charge inadaptée

- Charge de travail des acteurs
- Nombre de prescriptions par jour
- Prise en charge événement iatrogène (prolongation durée, thérapeutique ...)

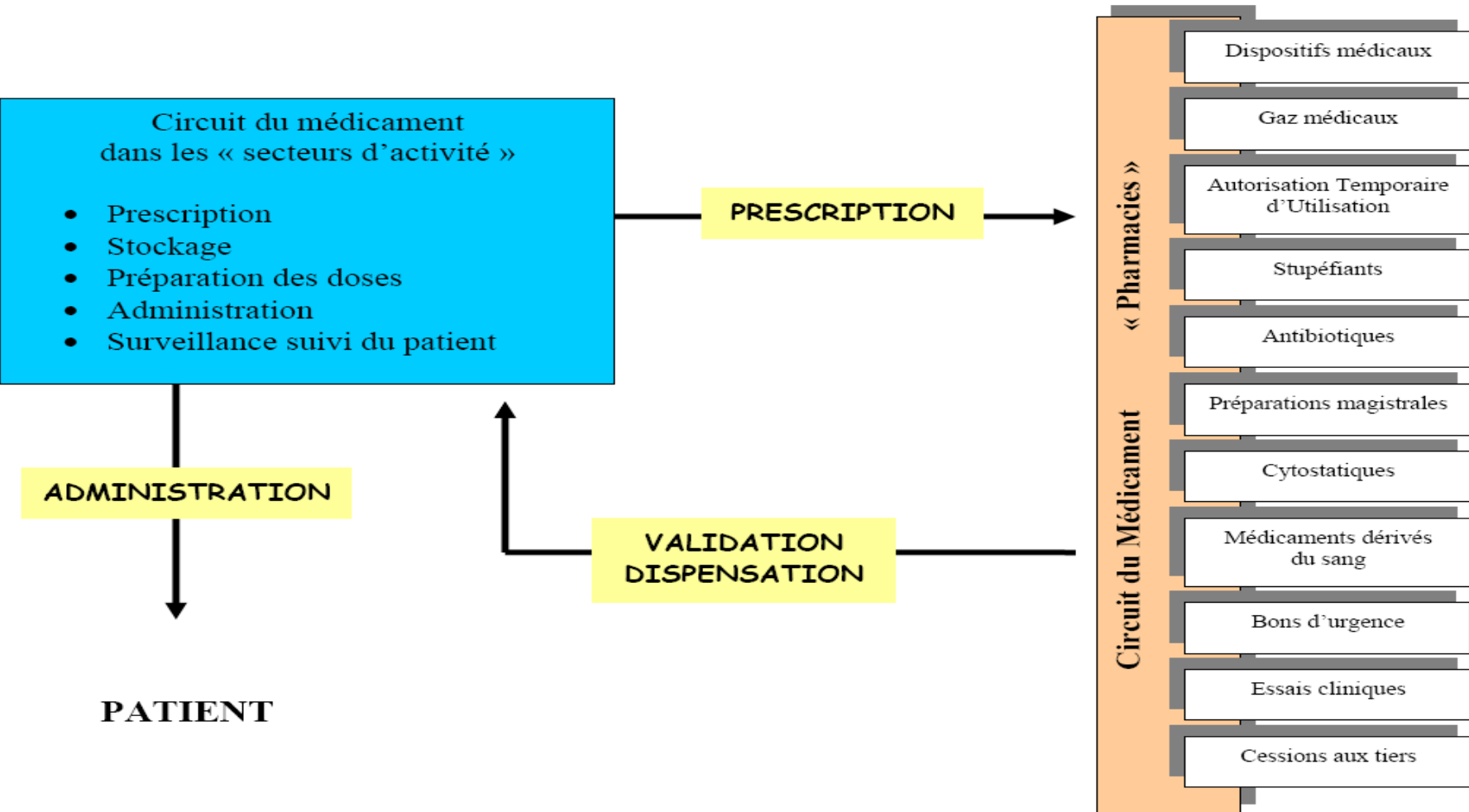
- Sensibilisation et formation des prescripteurs
- Support de prescription unique et complet
- Informatisation
- Identification du personnel habilité (nom + signature)
- Dotations pour besoins urgents adaptés
- Procolisation

- Élaboration de la prescription
- Bon usage du médicament

- Supports par gammes et produits spécifiques
- Sources d'information du médicament (Vidal, référentiels de bonne pratique)
- Dossier patient (éléments cliniques et résultats biologiques)
- Livret thérapeutique
- Protocoles écrits

# Connaissance des Processus

## CARTOGRAPHIE DES GAMMES DE PRODUITS



# Connaissance des Processus

---

- Pédiatrie
- Gériatrie
- Soins intensifs
- Médecine
- Chimiothérapie
- Personnalisation
- Priorisation
- Partage
- Appropriation

# Confusion - Aspect



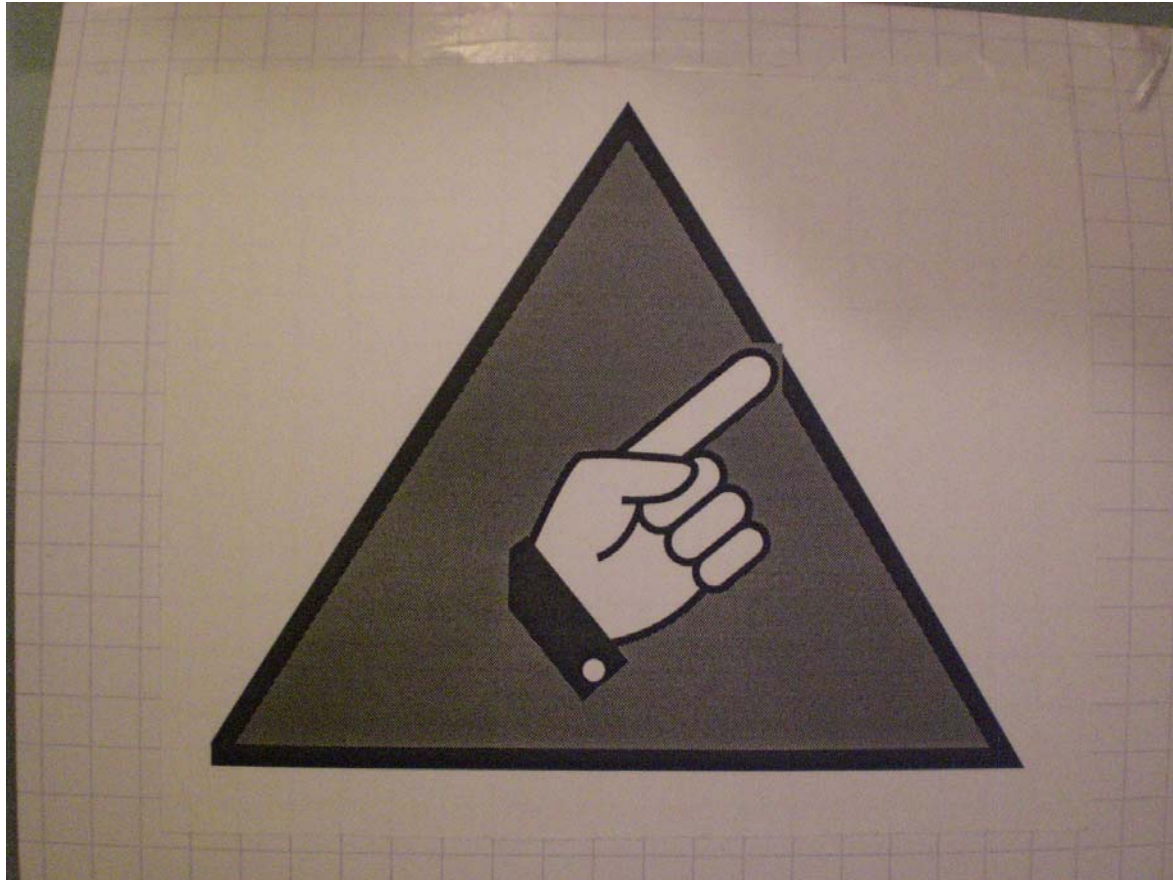
# Approche a priori

- Confusion visuelle
- Evaluation
- Pédagogique ++

MEDICAMENT	Pharmaciens	Préparatrices	Moyenne générale
Chlorure /sulfate de magnésium	1,8	2,0	<b>1,9</b>
Adrenaline ® 0,25mg/1ml, 1mg/1ml inj	1,5	2,0	<b>1,8</b>
Atropine® différents dosages	1,5	2,0	<b>1,8</b>
Taloxa® différents dosages	1,8	1,7	<b>1,7</b>
Abilify® 15mg, 10mg	1,0	2,0	<b>1,5</b>

# Confusion - Aspect

---



# Confusion – Homonymie - Homophonie

Exemples : ALKERAN / ULCAR

ASASANTINE / AZANTAC

EFFEDERM / EPHEDRINE

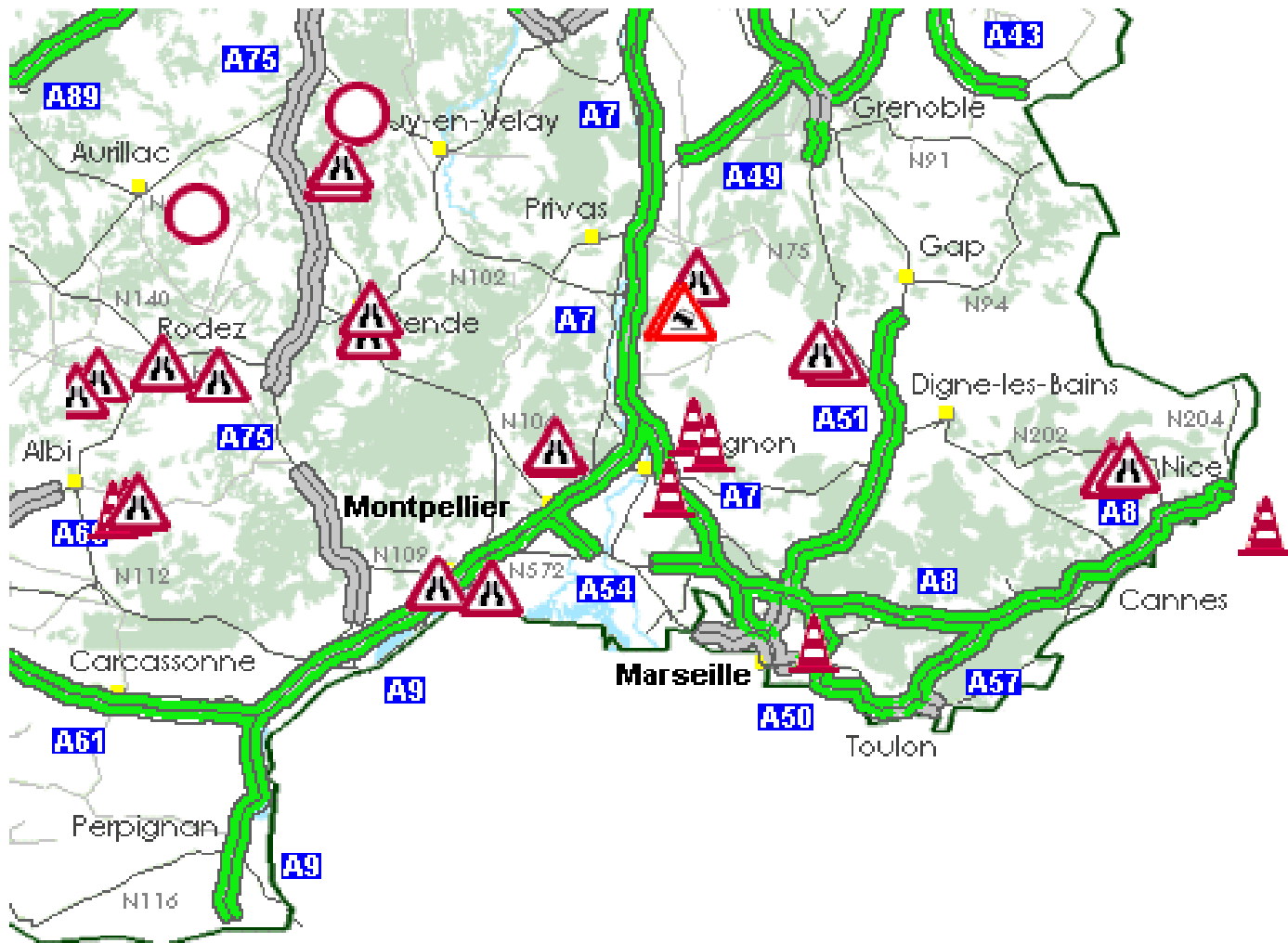
	ALKERAN	ULCAR	ASASANTINE	AZANTAC	EFFEDERM	EPHEDRINE
<b>ETAPES</b>		ULKAR				
	ALKARAN	ALKAR	ASASANTANA	AZANTAC	AFFADARM	APHADRANA
			AZASANTANA			AFFADRANA
			AZAZANTAN			
	ALKRN	ALKR	AZZNTN	AZNTC	AFFDRM	AFFDRN
			AZNTN		AFDRM	AFDRN
	ALKR	ALKR	AZNT	AZNT	AFDR	AFDR

# Attention aux transferts





# Cartographie des processus





# Détection

---

## **EPIDEMIOLOGIQUE**

**Prospective – Recueil actif**  
**Transversale « un jour donné »**  
**Rétrospective - dossiers**

## **ERREURS MEDICAMENTEUSES**

**Analyse du dossier du patient ;**  
**Notification spontanée ;**  
**Rapport d'incidents ;**  
**Analyse des incidents critiques**  
**= rapport d'incident déclaré ;**  
**Observation directe ;**  
**Gestion des plaintes.**



# Notification spontanée

---

## TERMINOLOGIE

Incident, Non-conformité, Evénement indésirable ...

## PERIMETRE

Avérée, Potentielle

## SUPPORT

Main courante, Fiche générique, Fiche spécifique

## CIRCUIT

Recueil, exploitation, retour informations

Interne, Externe, Mixte

**Selon Objectifs, compétences, niveau de culture et de sécurisation**

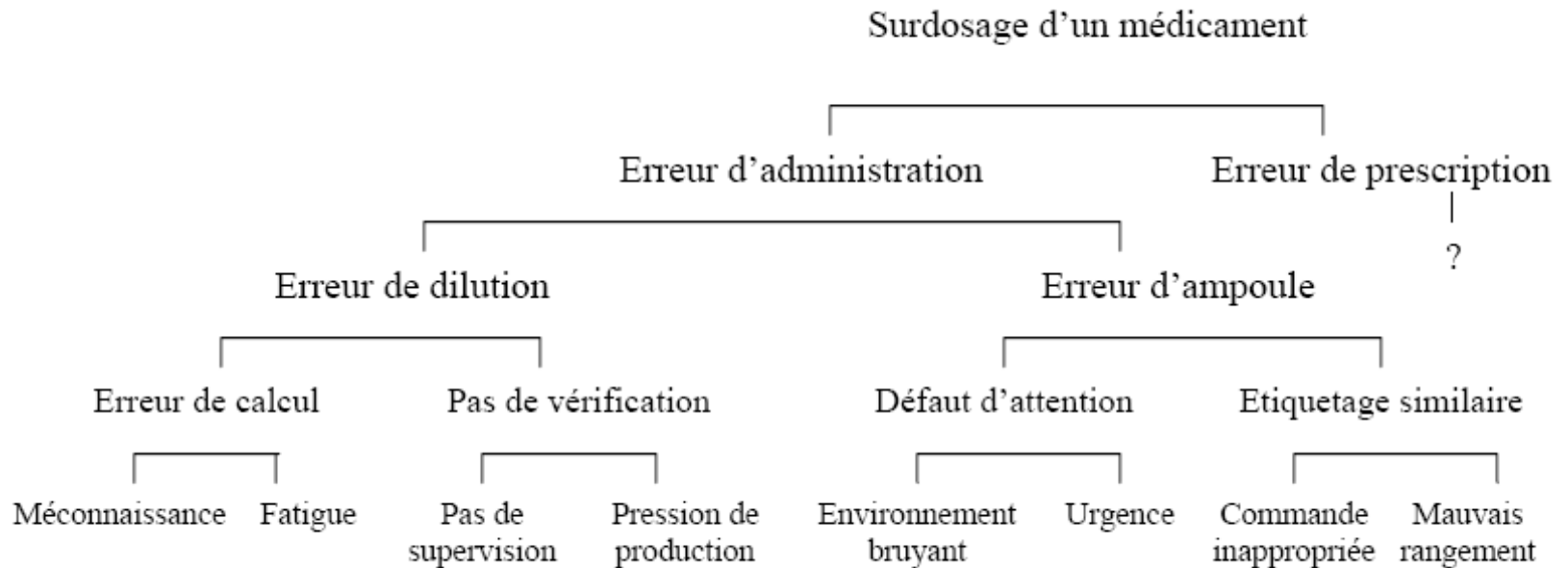
# Notification spontanée

	<b>Fiches génériques</b>	<b>Fiches spécifiques</b>
<i>Items</i>	Parfois non adaptés à l'événement indésirable ⇔ Perte d'information	Plus adaptés à l'événement indésirable ⇔ information plus précise
<i>Disponibilité</i>	Facilitée ⇔ Document unique	Parfois difficile ⇔ Laquelle utiliser ?
<i>Circuit</i>	Simple car unique	Plus difficile ⇔ A qui envoyer si pas de guichet unique ?
<i>Traitement</i>	Délai possible ⇔ Envoi vers personnes compétentes	Plus rapide car destinataire est expert
<i>Vision établissement</i>	Globale possible car centralisation informations	Parcelleire ⇔ Nécessité recentralisation pour vision globale
<i>Intérêt</i>	Gestion globale d'un pôle d'activité	Gestion pour une thématique donnée

# Analyse : Arbre des causes

## Analyse des causes - Démarche *a posteriori* – Qualitative

Identifier, parmi les actes ceux qui correspondent à des défaillances

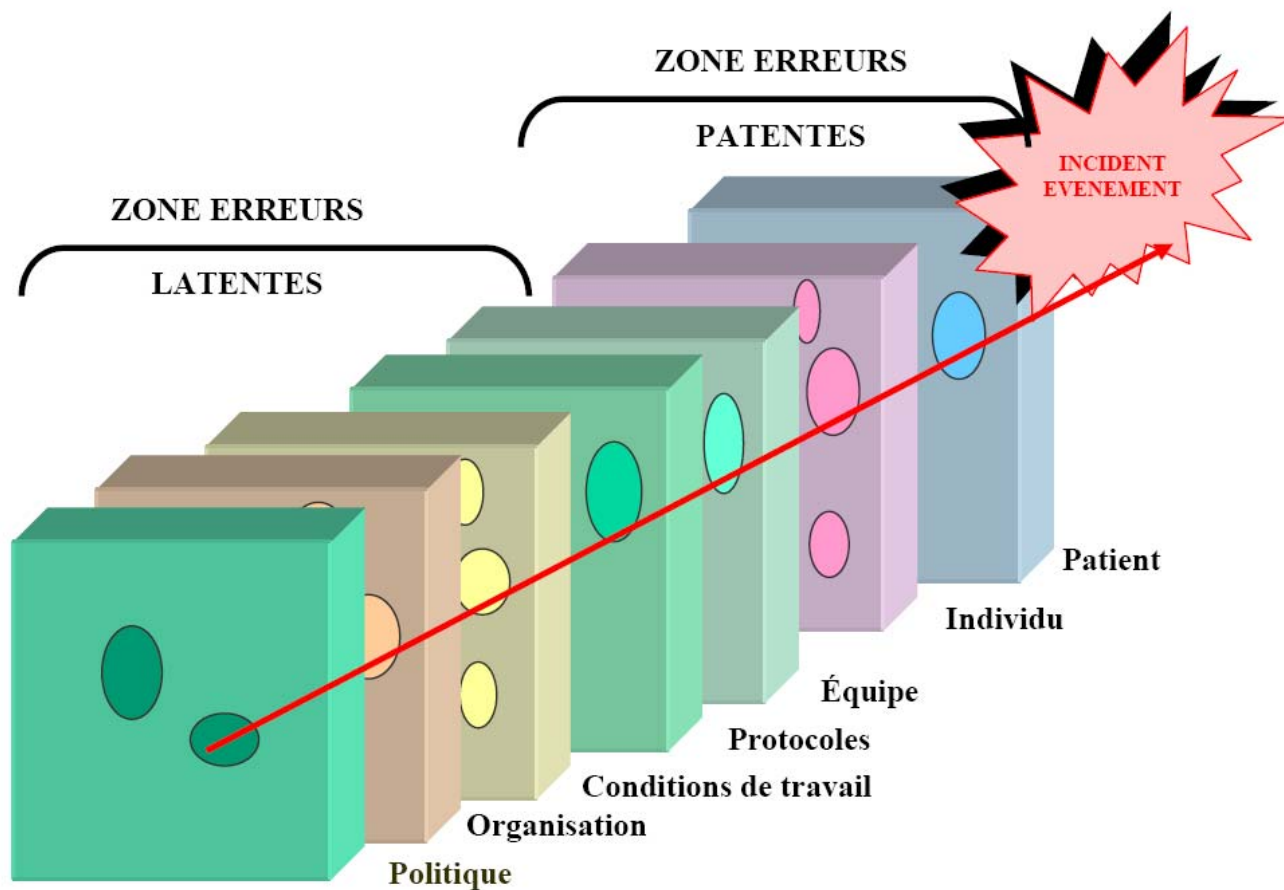


**Vision globale ; combinaison défaillances**

**A coupler quantitatif (actions) ; uni dimensionnel**

# Analyse systémique

## LES 7 DIMENSIONS DE LA METHODE ALARM



# Analyse systémique

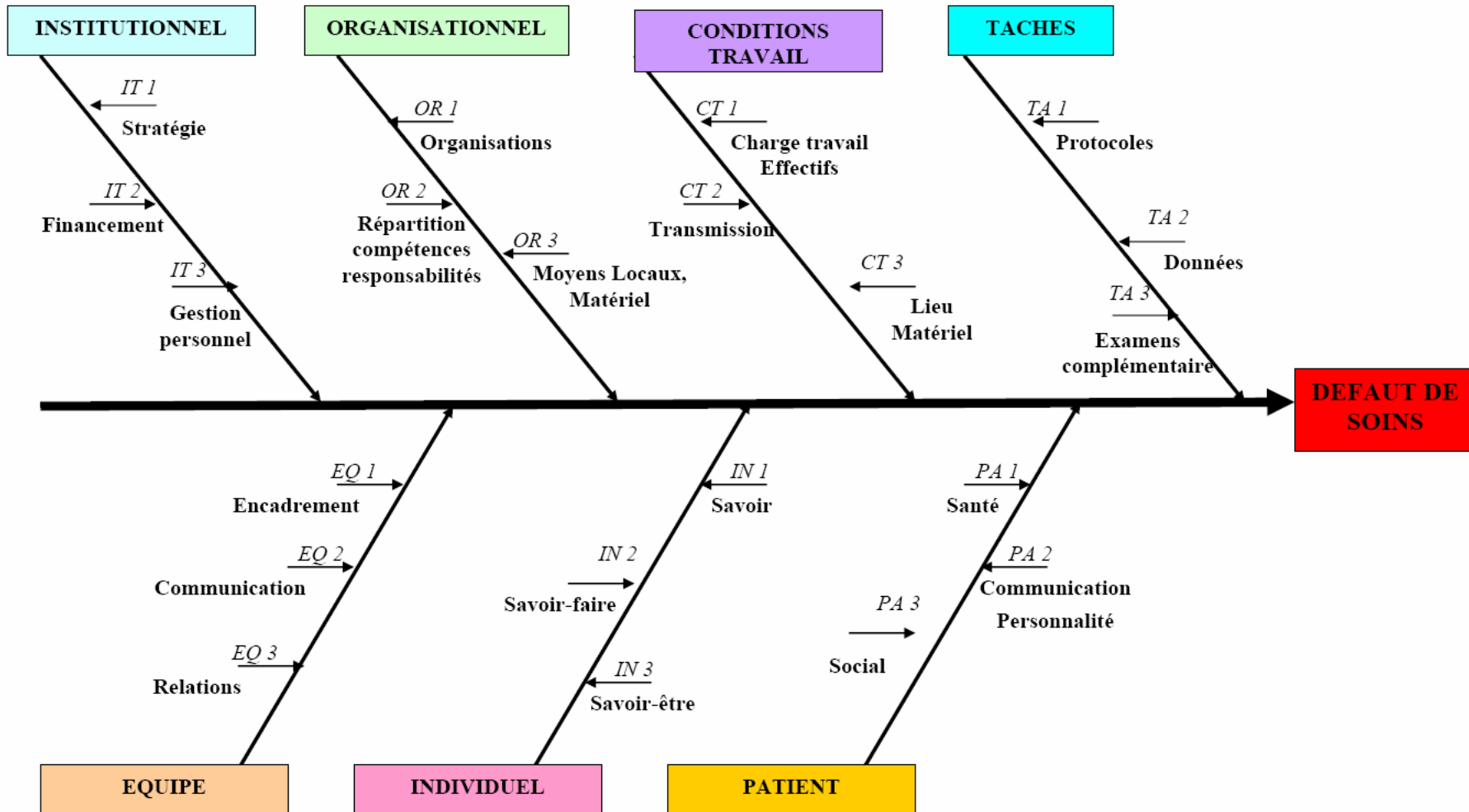
Code facteur	Type de facteur	Code erreur	Erreur
IT	Institutionnel	IT 1	Stratégies / politique / priorité : absence, contradictoire
IT	Institutionnel	IT 2	Financement
IT	Institutionnel	IT 3	Gestion du personnel, contexte social
OR	Organisationnel	OR 1	Organisation générale entre les services, niveau du service non définie, Relation entre niveaux hiérarchiques
OR	Organisationnel	OR 2	Problème de répartition des compétences, responsabilités, effectifs
OR	Organisationnel	OR 3	Problème de moyens en locaux, matériel
CT	Conditionnement de travail	CT 1	Charge de travail trop élevée
CT	Conditionnement de travail	CT 2	Problème de mode de relève, transmission
CT	Conditionnement de travail	CT 3	Problème de lieu (ergonomie), matériel (adéquation, disponibilité, maintenance)
TA	Tâches	TA 1	Protocoles inexistants, mauvaise qualité, indisponibles
TA	Tâches	TA 2	Protocoles non suivis
TA	Tâches	TA 3	Données nécessaires indisponibles, mauvaise qualité

# Analyse systémique

EQ	Equipe	<b>EQ 1</b>	Qualité de l'encadrement, supervision Défaut de communication (orale, écrite, manque recherche
EQ	Equipe	<b>EQ 2</b>	aide) Mauvaise cohésion de l'équipe, relations transversales,
EQ	Equipe	<b>EQ 3</b>	verticales
IN	Personnel individuel	<b>IN 1</b>	Défaut de qualification, compétences, connaissances
IN	Personnel individuel	<b>IN 2</b>	Manque d'expérience, adaptation au poste
IN	Personnel individuel	<b>IN 3</b>	Santé physique, mentale, moral, caractère, recherche aide
PA	Patients	<b>PA 1</b>	État de santé complexe, grave, urgence
PA	Patients	<b>PA 2</b>	Expression ou communication difficile, Personnalité
PA	Patients	<b>PA 3</b>	Facteurs sociaux



# Analyse systémique





## LA REVUE DES ERREURS LIÉES AUX MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS ASSOCIÉS - REMEDI -

### Une nouvelle méthode d'EPP

**Promoteur : Société Française de Pharmacie Clinique**

**Coordonnateur projet : édith dufay**

**courriel : [edufay@ch-luneville.fr](mailto:edufay@ch-luneville.fr)**

# REMEDI - SFPC

---

## Les sociétés savantes

### Promoteur

**Société Française de Pharmacie Clinique – SFPC**

**Marie Claude SAUX, CHU Bordeaux, Faculté de Pharmacie Bordeaux**

*Présidente de la SFPC*

### Co promoteurs

**Société Française de Gériatrie et de Gérontologie – SFGG**

**Muriel RAINFRAY, CHU de Bordeaux, Faculté de médecine Bordeaux**

*Présidente de la SFGG*

**Société Française de Gestion des Risques en Etablissement de Santé – SOFGRES**

**Marie Françoise DUMAY, ARH Ile de France, Paris**

*Présidente de la SOFGRES*

### Prestataire concernant la méthodologie de la démarche

**Centre d'Épidémiologie Clinique CEC – CIE6 Inserm de Nancy**

**Nathalie THILLY, CHU Nancy, Faculté de Pharmacie Nancy**

---

## Les coordonateurs

**Edith DUFAY, CH Lunéville**

**Marie-Caroline HUSSON, AP-HP, Paris**

# REMED - SFPC

---

## Les membres

Marie AUBE, HUS Strasbourg  
Fabienne AUBIN, CHU Rennes  
Françoise BALLEREAU, CHU Nantes, Faculté de Pharmacie Nantes  
Sébastien BAUER, CHU Tours  
Pierrick BEDOUCHE, CHU Grenoble  
Chantal BERNHEIM, AGEPS Paris  
Yvonnick BEZIE, Hôpital St Joseph Paris  
Marie Pierre BONNEFOI, CLCC Alexis Vautrin Vandœuvre Les Nancy  
Mélanie BURGIN, CH Lunéville  
Jean Pierre CHARMES, CHU Limoges, Faculté de Médecine de Limoges  
Gilles CHAPELLE, CHU Poitiers  
Remy COLLOMP, CHU Nice  
Pierre DIEMUNSCH, HUS Strasbourg, Faculté de Médecine Strasbourg  
Marie France GONZALVEZ, Dijon  
Dominique JELSKI, CH Lunéville  
Sylvie LEGRAIN, APHP Paris, Faculté de Médecine de Paris  
Régine LECULEE, CH Draguignan  
Michel LE DUFF, CHU Rennes  
Mehdi MEDJOUR, CHU Besançon  
Aline MOUSNIER, CHU Nice  
Mounir RHALIMI, CH Chaumont en Vexin  
Etienne SCHMITT, EPSM Montperrin Aix en Provence  
Rémy SEMAOUN, Clinique Esquirol – St Hilaire Agen  
Edgar TISSOT, EPSM Novillard  
Patricia ZANON, CH Lunéville

# REMED - SFPC

---

## Revue de Morbidité Mortalité Revue des Erreurs liées aux MÉDICAMENT

### Différence ou complémentarité?

#### La prise en charge du malade

RMM : toute prise en charge

REMED : seule prise en charge médicamenteuse

#### Les événements indésirables

RMM : le dommage

REMED : les erreurs médicamenteuses comme événement redouté  
avec ou sans dommage consécutif

#### L'évitabilité

RMM : quelle que soit leur évitabilité

REMED : les erreurs médicamenteuses, évitables par définition

#### Le risque

RMM : analyse d'un risque choisi ou subi

REMED : analyse d'un risque subi

#### L'amélioration

RMM : la balance bénéfices risques

REMED : une volonté managériale



# REMED - SFPC

---

- 1. Faciliter l'expression**
- 2. Repérer les documents utiles**
- 3. Identifier les produits de santé**
- 4. Caractériser l'erreur médicamenteuse**
- 5. Diagnostiquer les causes –Diagramme des 7M**
- 6. Pondérer les causes**
- 7. Construire un scénario**
- 8. Rédiger le compte rendu d'analyse approfondie**
- 9. Identifier les mesures d'amélioration**
- 10. Prioriser les mesures d'amélioration**
- 11. Repérer un EI à l'aide des événements sentinelles**

## 1ère caractérisation : selon le degré de réalisation

- EM potentielle
- EM avérée et interceptée avant administration
- EM avérée et non interceptée avant administration

## 2ème caractérisation :

selon la gravité des conséquences cliniques pour le malade

## 3ème caractérisation : selon le type d'erreur

Erreur d'omission	de dose
Erreur de posologie ou de concentration	de médicament
Erreur de forme galénique	de technique d'administration

## 4ème caractérisation : selon l'étape de survenue dans le circuit du médicament

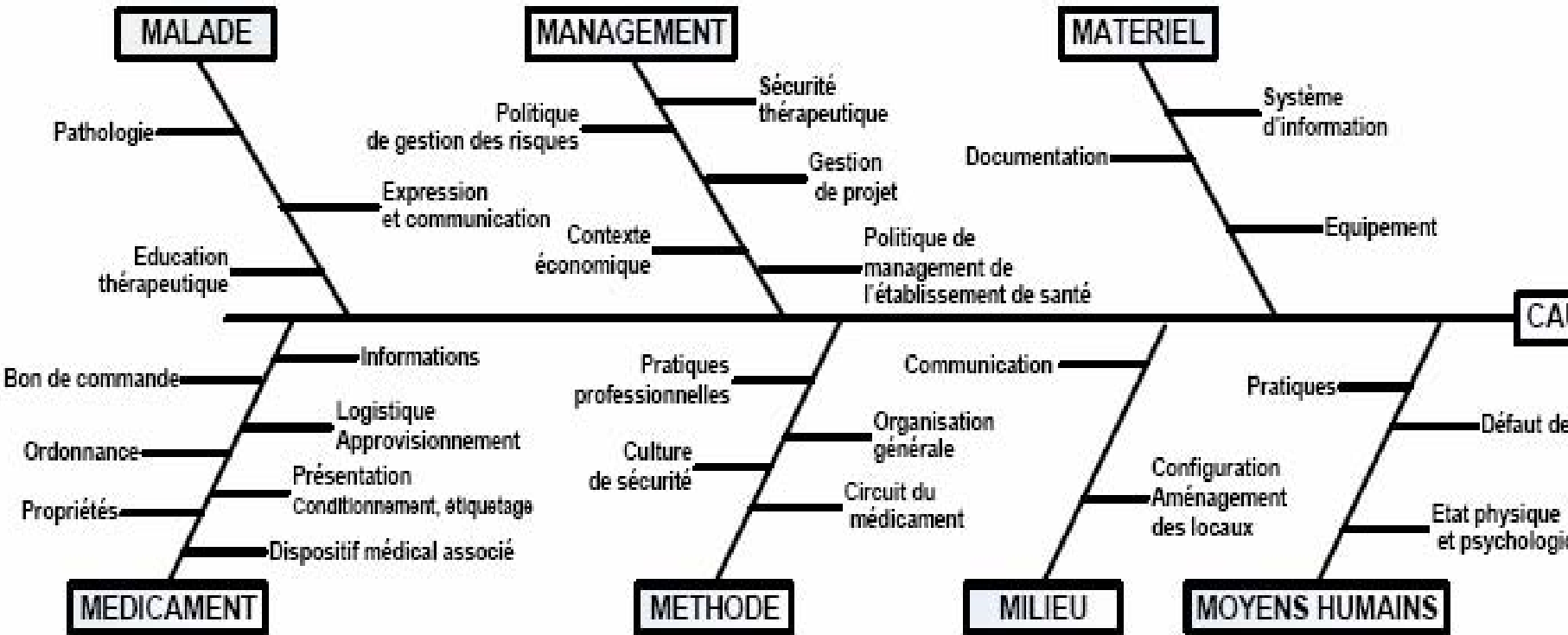
Erreur de prescription

- décision médicale
- formulation de la prescription

Transcription

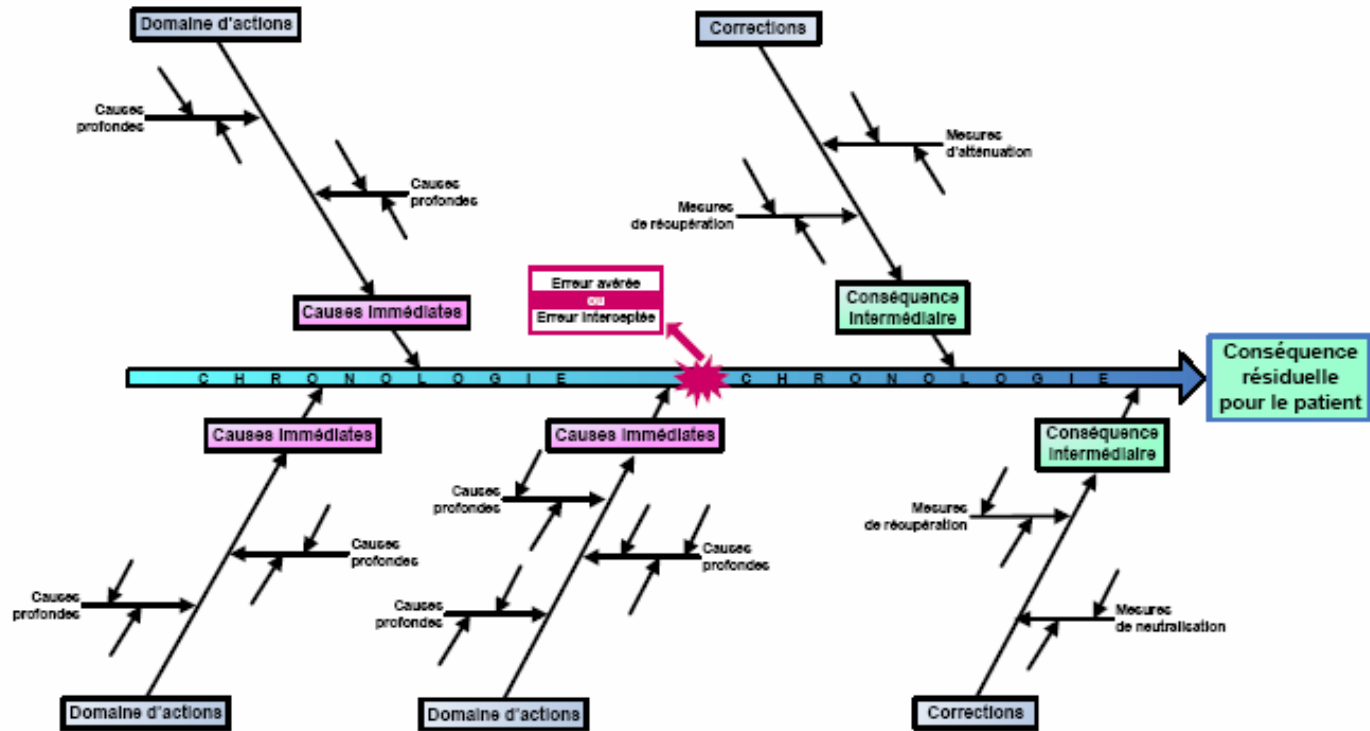
Analyse pharmaceutique	Préparation galénique	Délivrance
------------------------	-----------------------	------------

# REMED - SFPC





# REMED - SFPC



Scénario 5C : Chronologie - Causes profondes - Causes Immédiates - Corrections - Conséquence

# REMEDIATION - SFPC

## Prioriser les mesures d'amélioration (MA)

Solutions  $\alpha$ : \_\_\_\_\_  $\beta$ : \_\_\_\_\_  $\gamma$ : \_\_\_\_\_  $\delta$ : \_\_\_\_\_  $\epsilon$ : \_\_\_\_\_  $\zeta$ : \_\_\_\_\_

---

Intensité du lien EM/cause

---

Coût

---

Acceptabilité par le personnel

---

Exigence réglementaire

---

Appui administratif

---

Faisabilité technique

---

Délai de réalisation

---

**Score**

Décision de mise en œuvre  oui  non  oui  non  oui  non  oui  non  oui  non  oui  non

**Coût :**  
 5 : très peu coûteux  
 4 : assez coûteux  
 3 : coûteux  
 2 : très coûteux

**Acceptabilité par le personnel :**  
 5 : très bonne acceptabilité  
 4 : bonne acceptabilité  
 3 : moyenne acceptabilité  
 2 : mauvaise acceptabilité

**Exigence réglementaire :**  
 5 : réglementation  
 4 : recommandation de pratiques professionnelles de l'HAS, DHOS, AFSSAPS, INCa...  
 3 : recommandation de pratiques professionnelles des Sociétés Savantes  
 2 : ni réglementation, ni recommandation professionnelle

**Appui de la direction :**  
 5 : dirigeant  
 4 : incitatif  
 3 : présent  
 2 : absent, inutile

**Faisabilité technique :**  
 5 : très faisable  
 4 : faisable  
 3 : complexe  
 2 : peu faisable

**Délai de réalisation :**  
 5 : très rapide  
 4 : assez rapide  
 3 : long  
 2 : très long

## Étude MERVEIL

Année 2008 - 2009

Étude **M**ulticentrique pour l'**É**valuation  
de la **ReV**ue des **Er**reurs et de leur **I**atrogénie  
**L**iénées aux médicaments

**Etablissements volontaires**

**4 événements indésirables analysés selon REMEDI**

**Validé comme RMM – HAS**

**EPP certification HAS**

**Synthèse de méthodes validées**

**Spécifique Circuit du médicament**

**Kit complet, prêt à l'emploi**

**Comme autres analyses systémiques:**

**incident complexe**

**conséquence grave**

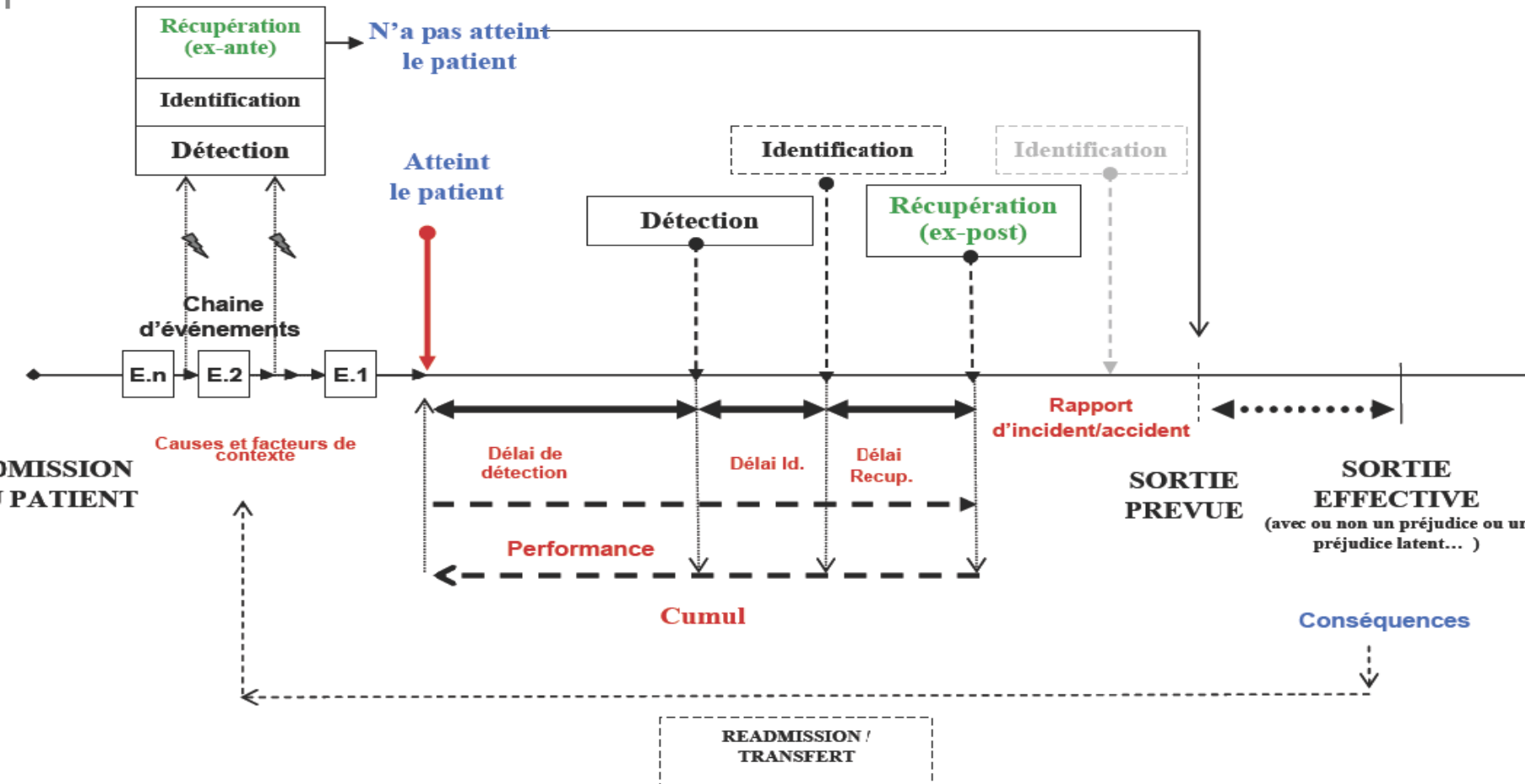
**origine répétée**

**approche pédagogique**

**...**

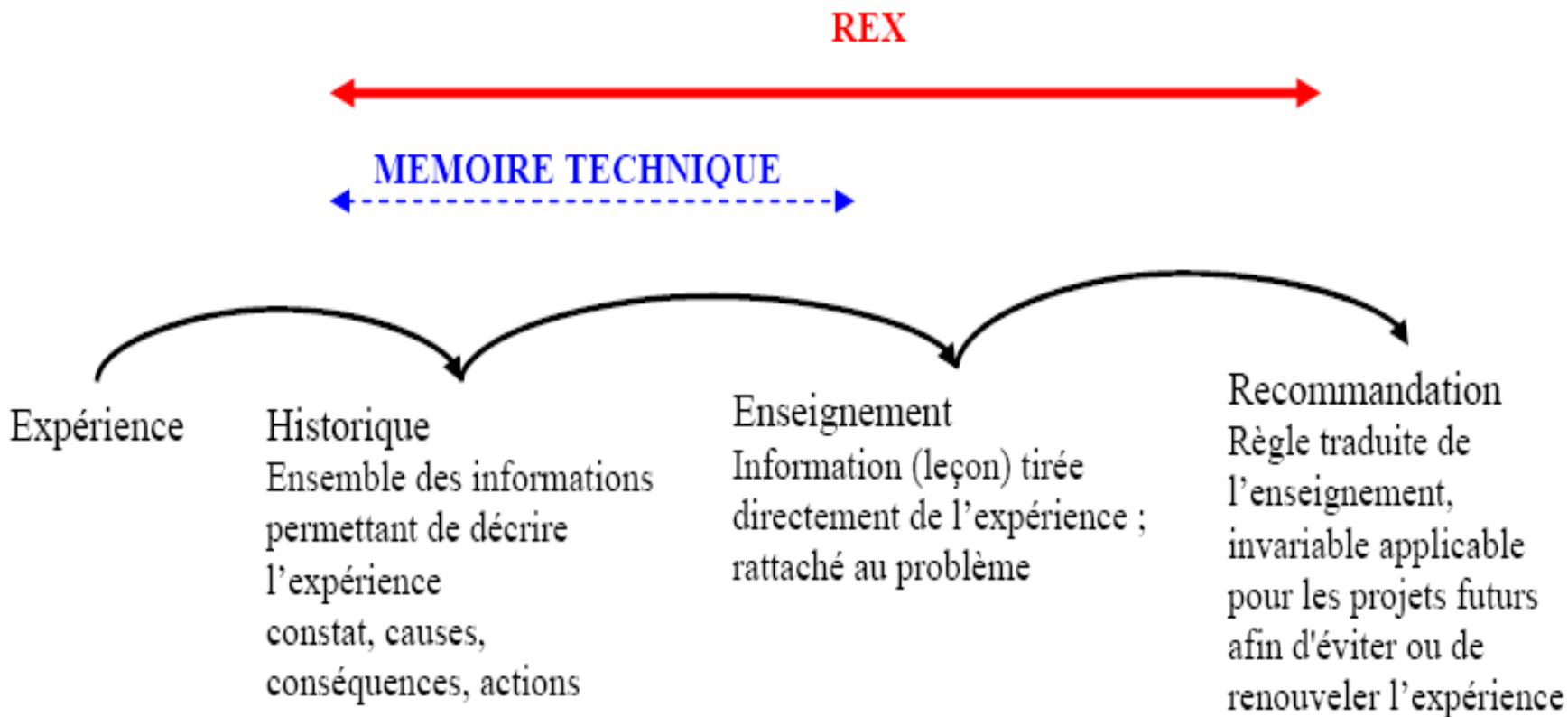
# RECUPERARE

## MODELE RECUPERARE SANTE (d'après N. De Marcellis-Warin & G. Dufour 2003)

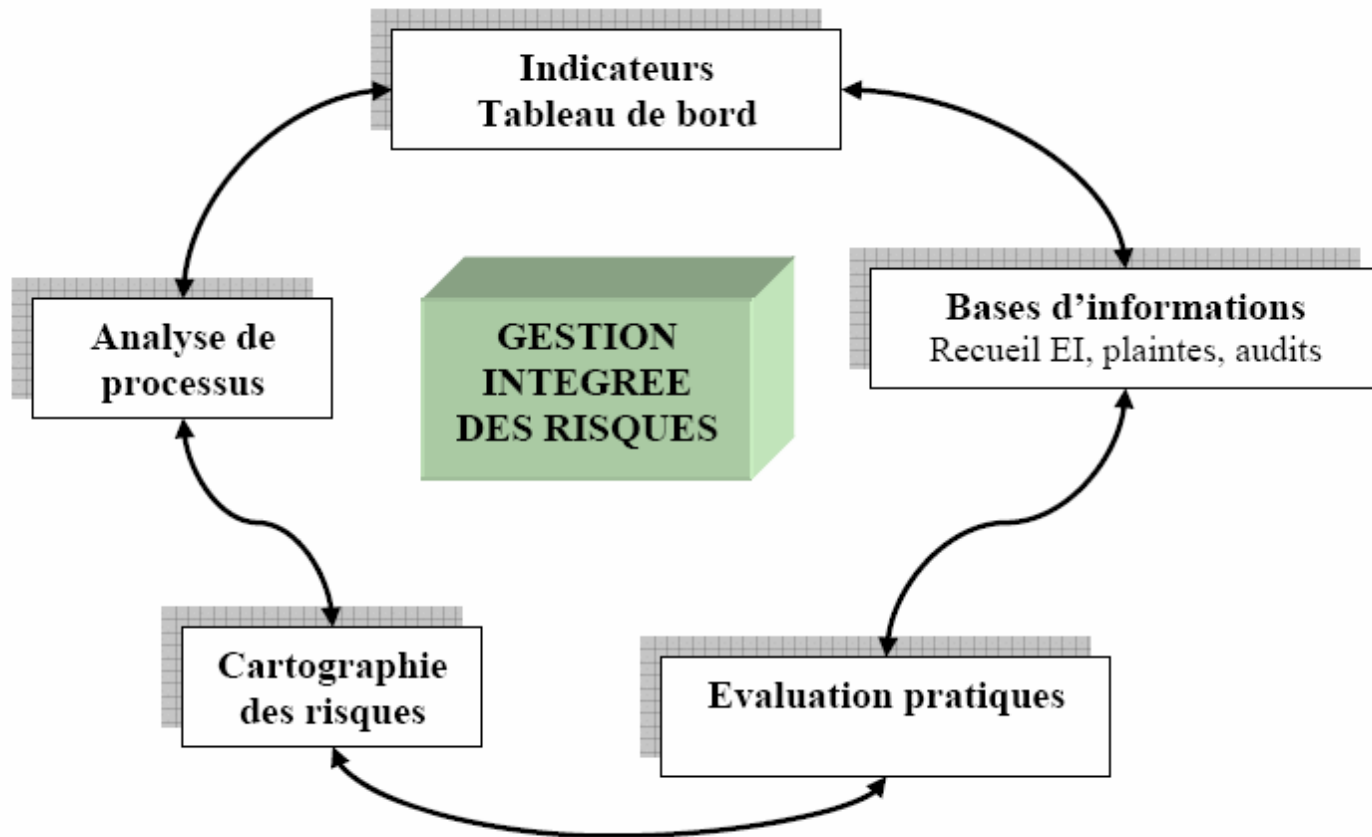




## Principe du retour d'expérience



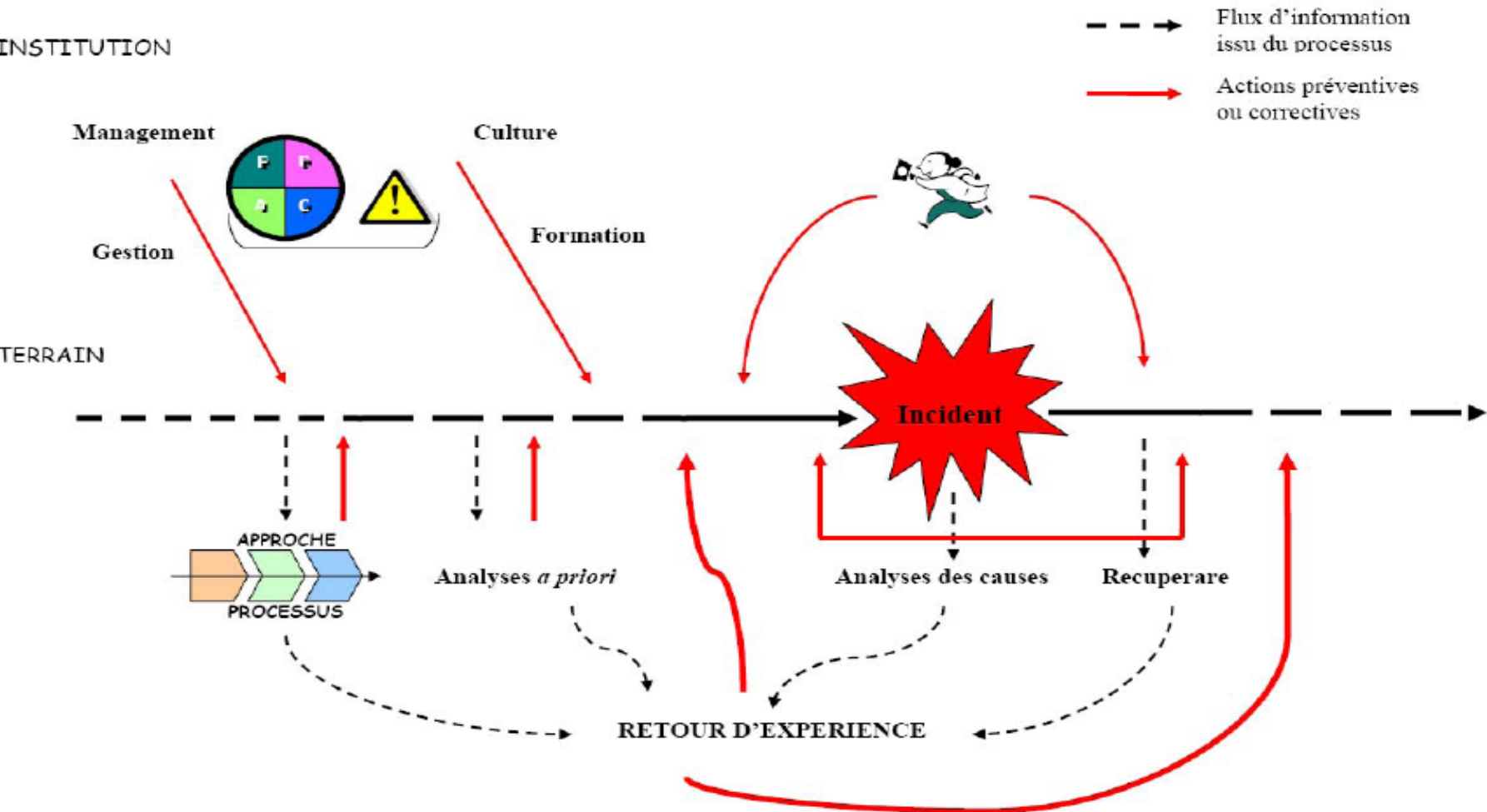
# Synthèse





# Synthèse

## DEMARCHE GENERALE VISION QUALITE RISQUES EPP



# Synthèse - Exigences

---

Qui ?



Pourquoi ?  
Comment ?

**Transversal, ne pas limiter à Pharmacie**

**Organisation - Formalisation**

**Système information**

**Culture & Volonté institutionnelle**

# Synthèse - Écueils

- Manque intégration pratique quotidienne
- Système procédurier décalé du terrain
- Encadrement pénalisant performance
  
- Exploitation de l'outil si manque de données
  - Impact réel ?
  - Maintien des incidents, nouveaux ...
  - Motivation
  - Coordination





# Groupe régional

---

- Typologie de recueil incidents
- Analyse *a priori* des risques
- Cartographie
- Methode analyse incidents REMED
- REX
- Staff qualité risques croisé



Merci de votre attention

[Collomp.r@chu-nice.fr](mailto:Collomp.r@chu-nice.fr)