



OMÉDIT PACA CORSE



# *BILAN INTERREGIONAL*

*2009- 2010*

## *DES AUDITS PRESCRIPTION & ADMINISTRATION*

### *DEMANDES AU CONTRAT DE BON USAGE PACA ET CORSE*



## SOMMAIRE

Introduction .....	5
1. Principe d'une méthodologie régionale.....	5
2. Champ de l'audit.....	5
3. Etablissements concernés .....	6
4. Description de la méthodologie utilisée .....	6
5. Les outils et L'Exploitation des données de l'audit.....	8
Présentation générale des résultats .....	9
1. Mise en œuvre de l'audit et taux de participation .....	9
2. Résultats globaux "AUDIT PRESCRIPTION" .....	9
3. Résultats globaux AUDIT ADMINISTRATION .....	11
4. Analyse globale comparée des moyennes et médianes.....	12
Résultats détaillés AUDIT PRESCRIPTION.....	14
1. Chapitre "Identification du patient".....	14
2. Chapitre « Identification des prescriptions au cours des 72 premières heures du séjour» .....	18
3. Chapitre « Identification des médicaments au cours des 72 premières heures du séjour» .....	21
Résultats détaillés AUDIT ADMINISTRATION .....	26
Synthèse des résultats de l'audit Prescription .....	28
Conclusion.....	30
Annexes:.....	36
Exemple de grille PRESCRIPTION remplie par un établissement .....	36
1- Volet "identification du patient" .....	36
2- Exemple de grille PRESCRIPTION remplie par un établissement .....	37
Volet "prescription 72 heures" .....	37
Exemple de grille PRESCRIPTION remplie par un établissement .....	38
3- Volet "Identification des médicaments" .....	38
Exemple de grille administration remplie par un établissement .....	39
Tutoriel des grilles d'audit.....	40



## INTRODUCTION

Le contrat de bon usage (CBU) PACA Corse 2009-2011, dans son article 9, préconise que chaque établissement se dote d'un dispositif de suivi et d'audit interne lui permettant de s'assurer de l'application des engagements souscrits. Le rapport d'étape doit être transmis, chaque année, accompagné des résultats d'audit constituant des éléments preuves. Parmi les autoévaluations demandées au contrat, figurent les audits portant sur les trois principaux processus de la prise en charge médicamenteuse du patient qui sont « la prescription », « l'administration », et « la dispensation ».

A l'échelle de l'établissement, les objectifs attendus de cette évaluation sont de faire un état des lieux régulier pour confronter les pratiques des professionnels sur le terrain aux exigences de la réglementation en vigueur et aux recommandations de bonnes pratiques édictées par les agences : Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), Institut national du cancer (INCA), haute autorité de santé (HAS). Cette démarche inscrite dans le CBU doit permettre de mettre en évidence les points défaillants et servir à l'élaboration d'un programme d'amélioration de la qualité et de réduction du risque iatrogénique médicamenteux à l'échelle de l'établissement.

## METHODOLOGIE

### 1. PRINCIPE D'UNE METHODOLOGIE REGIONALE

Le bilan des rapports d'étape et du rapport final du premier contrat de bon usage 2006-2008, avait montré une diversité des évaluations en termes de nombre de dossiers évalués, de critères utilisés, etc. La disparité des modalités de recueil n'avait pas permis d'exploiter le travail effectué par chaque établissement et d'en tirer une synthèse régionale. De plus, nombre d'établissements n'avaient pas réalisé les évaluations inscrites au premier contrat, faute de méthodologie disponible.

Ces constatations, basées sur les retours des établissements, ont conduit l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) PACA CORSE à mettre en place dès 2007 un groupe de travail en charge d'élaborer une méthodologie régionale des audits. Ensuite, le deuxième contrat de bon usage 2009-2011 a rendu obligatoire l'utilisation du guide méthodologique et des grilles de recueil standardisées. Ce guide avait pour objectif de fournir aux différents auditeurs en leur donnant une base commune précise pour conduire l'évaluation.

### 2. CHAMP DE L'AUDIT

Cet audit concerne deux des étapes-clé de la prise en charge médicamenteuse du patient, « la prescription » (Indicateur TC 23 du contrat de bon usage 2009-2011) et « l'administration » des médicaments (Indicateur TC 27 du contrat de bon usage 2009-2011).

*L'article. 13. de l'arrêté du 6 avril 2011 rappelle les dispositions applicables à l'ensemble des médicaments définis aux articles L. 5121-1 et L. 5121-1-1 du code de la santé publique et notamment les règles de prescription des médicaments et les obligations relatives à leur administration.*

*Conformément à l'article R5132-3 du code de la santé publique, La prescription de médicaments ou produits destinés à la médecine humaine mentionnés à la présente section est rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance et indique lisiblement :*

*1° Le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre, ou la spécialité du prescripteur telle que définie à l'article R. 5121-91, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée, et pour les médicaments à prescription hospitalière ou pour les médicaments à prescription initiale hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé ;*

*2° La dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie et le mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;*

*3° La durée de traitement ou, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament au sens de l'article R. 5121-2, le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription ;*

*4° Pour un médicament classé dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière, la date à laquelle un nouveau diagnostic est effectué lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation le prévoit ;*

*5° Les mentions prévues à l'article R. 5121-95 et au huitième alinéa de l'article R. 5121-77 lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation les prévoit ;*

*6° Le cas échéant, la mention prévue à l'article R. 5125-54 ;*

*7° Les nom et prénoms, le sexe et l'âge du malade et, si nécessaire, sa taille et son poids.*

*Selon l'article 4311-2 du code de la santé publique, les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, ont pour objet, dans le respect des droits de la personne...de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;*

*Conformément à l'article Article R4311-5 du code de la santé publique, dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage. et notamment l'aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; et la vérification de leur prise.*

### 3. ETABLISSEMENTS CONCERNES

L'évaluation de la prescription et l'administration concerne tous les établissements de court séjour "médecine-chirurgie-obstétrique" (MCO), signataires du CBU de PACA, Corse et de la principauté de Monaco.

### 4. DESCRIPTION DE LA METHODOLOGIE UTILISEE

Cette évaluation de processus repose sur la méthode d'audit clinique ciblé, portant sur les pratiques; elle cible deux des principaux processus de prise en charge thérapeutique du patient que constituent la Prescription et l'Administration des médicaments. Les critères d'évaluation s'appuient sur des référentiels réglementaires cités précédemment (voir encart).

Les audits sur "la Prescription" et "l'Administration" sont des évaluations sur dossiers. La méthodologie retenue s'appuie sur celle de la HAS établie pour l'évaluation de la tenue du dossier patient. Depuis 2008, dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a), les établissements de santé ayant une activité MCO réalisent le

recueil de l'indicateur "Tenue du dossier patient" appartenant aux Indicateurs qualité pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS). Cet indicateur est établi sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers ayant trait aux séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO.

Afin de garder une cohérence dans les modalités de recueil, quelles que soient les évaluations demandées aux établissements, il a été décidé de conduire les évaluations de l'audit interrégional avec les mêmes dossiers que ceux utilisés pour effectuer le recueil des indicateurs IPAQSS relatif à la tenue du dossier patient". Cette organisation présente l'avantage de faciliter le recueil en utilisant les mêmes dossiers et permet en outre d'avoir une méthodologie de recueil comparable pour l'ensemble de la région. De ce fait, les dates retenues pour réaliser les 2 audits du CBU sont calquées sur celles définies par la HAS pour IPAQSS.

L'analyse des données a donc porté sur 80 séjours tirés au sort sur le 1er semestre 2009 pour l'audit 2009 et sur le 1er semestre 2010 pour l'audit 2010. Comme pour IPAQSS, le recueil des données est réalisé sur la période qui débute à la première prescription médicamenteuse et s'étend sur 72 heures. Cette période retenue par l'HAS comme une estimation raisonnable de la conformité de la rédaction des prescriptions durant le séjour a été aussi choisie pour l'évaluation de la prescription et de la traçabilité des administrations.

Bien que deux des dix critères (3 et 5) de l'indicateur IPAQSS sur la tenue du dossier patient concernent "la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation et à la sortie"(si applicable), le groupe de travail a jugé nécessaire de maintenir la réalisation d'un audit spécifique interrégional sur la prescription. L'objectif de cet audit interrégional était d'explorer, point par point, chaque critère relatif à la prescription à la différence de l'évaluation HAS de la "prescription médicamenteuse" qui fait une analyse globale de la rédaction de la prescription. En effet, l'évaluation concernant la rédaction des prescriptions dans IPAQSS porte sur le respect de la totalité des sept éléments suivants :

- le nom et le prénom du patient,
- la date de prescription,
- la signature du prescripteur,
- le nom du prescripteur,
- la dénomination des médicaments,
- la posologie,
- la voie d'administration.
- la durée (pour ordonnance de sortie)

A l'inverse, le groupe de travail inter-régional a choisi délibérément de faire une évaluation de chaque critère, et pour certains critères, selon une méthode quantitative plus complexe à mettre en œuvre mais permettant d'appréhender de façon détaillée les points critiques et d'apprécier d'une année à l'autre l'amélioration, aussi minime soit-elle, dans un souci d'encourager les équipes à progresser. En outre, l'audit interrégional explore d'autres aspects de la prescription (nombre de supports, support commun institutionnel, nombre d'épisodes) et la traçabilité de l'administration des médicaments.

En 2009, pour la première mise en œuvre de ces évaluations et afin de présenter la méthode, l'OMÉDIT a organisé des réunions d'information pour les personnes en charge de ces audits dans les établissements. Dans chaque territoire de santé de PACA et Corse, les membres du groupe de travail AUDIT, en tant que référents, ont animé ces réunions en coordination avec l'OMÉDIT et ont présenté et expliqué la démarche. Préalablement deux responsables du

groupe: Pascal Rathelot (APHM) et Patrice Pascual (Groupe Sainte marguerite) s'étaient chargés d'élaborer le support commun de formation, les outils de recueil et leur mode d'emploi. Enfin, l'objectif de ces réunions était aussi de renforcer en inter région le partage d'expériences entre professionnels de santé en charge de la qualité et l'évaluation de la prise en charge médicamenteuse.

## 5. LES OUTILS ET L'EXPLOITATION DES DONNEES DE L'AUDIT

Afin de faciliter l'exploitation des données et la lecture des résultats, la grille de recueil de données est standardisée, elle se présente sous format EXCEL dont les modèles figurent en annexe. Les grilles de recueil standardisées ont été conçues d'une part pour faciliter l'exploitation des résultats de l'établissement dans sa démarche d'autoévaluation et d'autre part pour alimenter la base de données de l'OMEDIT.

Quatre grilles sont disponibles :

- I – Grille Pré préambule (Rappel des objectifs et de la méthodologie)
- II – Grille Etablissement (identification de la structure et organisation)
- III– Grille TC23 Prescription (grille de recueil)
- IV– Grille TC27 Administration (grille de recueil)

Pour compléter et faciliter le recueil des informations pour les audits "Prescription" et "Administration", les responsables du groupe avaient également élaboré deux supports manuels en vue d'aider au recueil des données :

- une fiche de recueil par dossier (format A4) pour effectuer le recueil quantitatif demandé.
- Un document "par service ou unité de soins évalué" (format A3) permettant de noter quelques informations utiles comme le récapitulatif des numéros de dossiers utilisés, des remarques générales pour restitution au service... Le format A3 permet en pliant le document de réaliser une pochette pour regrouper les différentes fiches de recueil pour le service ou l'unité de soins évaluée.

L'ensemble de ces documents était téléchargeable sur le site sur le site e-omedit à la rubrique "Audits".

## PRESENTATION GENERALE DES RESULTATS

Conformément aux exigences inscrites dans le contrat de bon usage de deuxième génération, tous les établissements signataires du contrat de bon usage devaient transmettre l'audit "Dispensation" au 31 mars pour valider le rapport d'étape de l'année en cours.

Les audits ont été généralement conduits par les responsables du service Qualité, assistés le plus souvent par un praticien.

### 1. MISE EN ŒUVRE DE L'AUDIT ET TAUX DE PARTICIPATION

Dans le cadre de cet audit, tous les établissements de santé MCO de PACA et Corse et de la principauté de Monaco ont été évalués.

La quasi totalité des établissements concernés ont respecté les engagements du contrat et ont transmis l'audit demandé réalisé selon la méthodologie régionale.

Concernant ces audits, en 2009, l'analyse régionale porte sur 113 établissements (33 publics dont 2 CHU, 65 privés, 13 ESPIC, 2 CLCC). En 2010, l'analyse régionale porte sur 126 établissements (34 publics dont 2 CHU, 64 privés, 13 ESPIC, 2 CLCC, 13 structures de dialyse).

Comme en 2009, les structures de dialyse n'étaient pas concernées par l'indicateur IPAQSS "tenue du dossier patient", ces dernières n'ont donc pas réalisé l'audit. Par contre en 2010, l'évaluation régionale a inclus les structures de dialyse.

### 2. RESULTATS GLOBAUX "AUDIT PRESCRIPTION"

Les grilles d'audits « Prescription » comportent 21 critères répartis en 3 volets: « Identification du patient », « Identification des prescriptions au cours des 72 premières heures du séjour », « Identification des médicaments au cours des 72 premières heures du séjour ».

Cet audit porte sur les 3 principaux processus de l'acte de prescription et se limitent aux 72 premières heures du séjour:

#### 1) Identification du patient (9 critères) :

1. *Le nombre de support de prescription*
2. *L'utilisation de support de prescriptions institutionnel*
3. *Le nom du patient*
4. *Le prénom du patient*
5. *L'âge ou la date de naissance du patient*
6. *Le sexe du patient*
7. *Le poids du patient*
8. *La taille ou la surface corporelle du patient*
9. *L'identification du service ou de l'unité*

#### 2) Identification des prescriptions (5 critères) :

1. *Nombre d'épisodes de prescription*

2. *Nom du prescripteur*
3. *Identification du prescripteur*
4. *Date de prescription*
5. *Horaire de prescription*

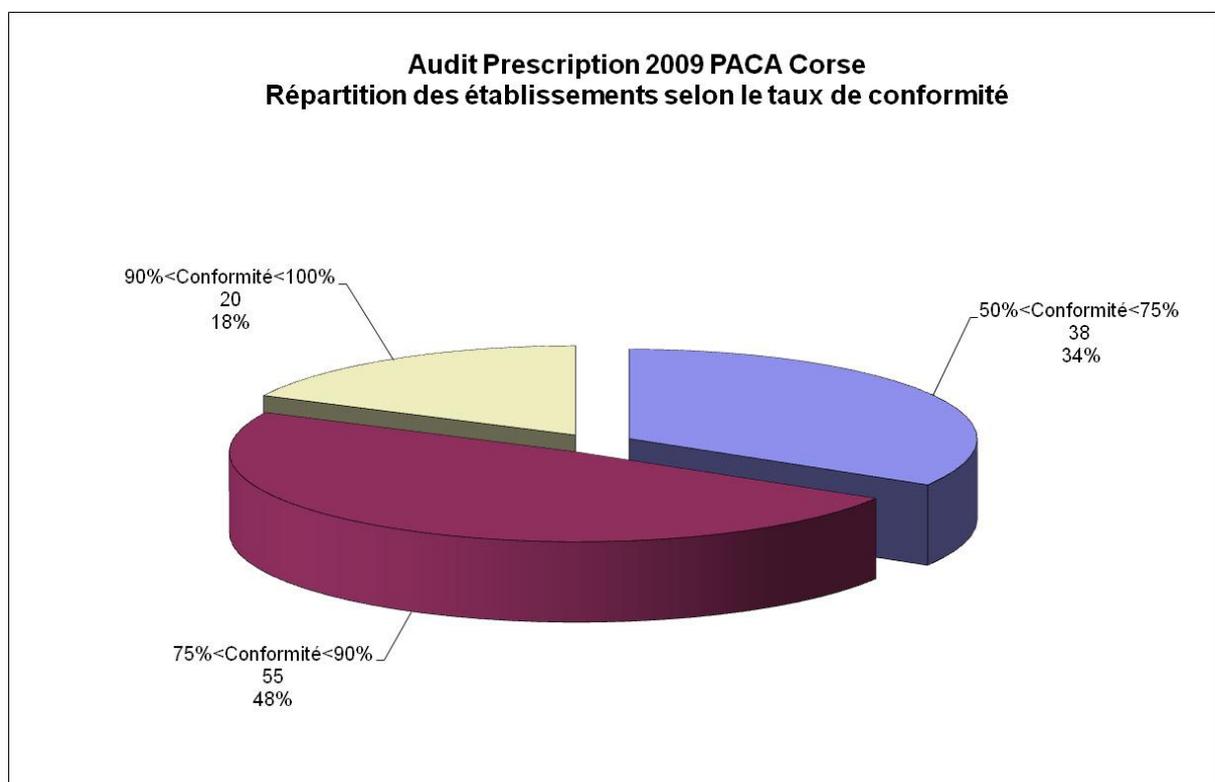
3) Identification des médicaments (7 critères) :

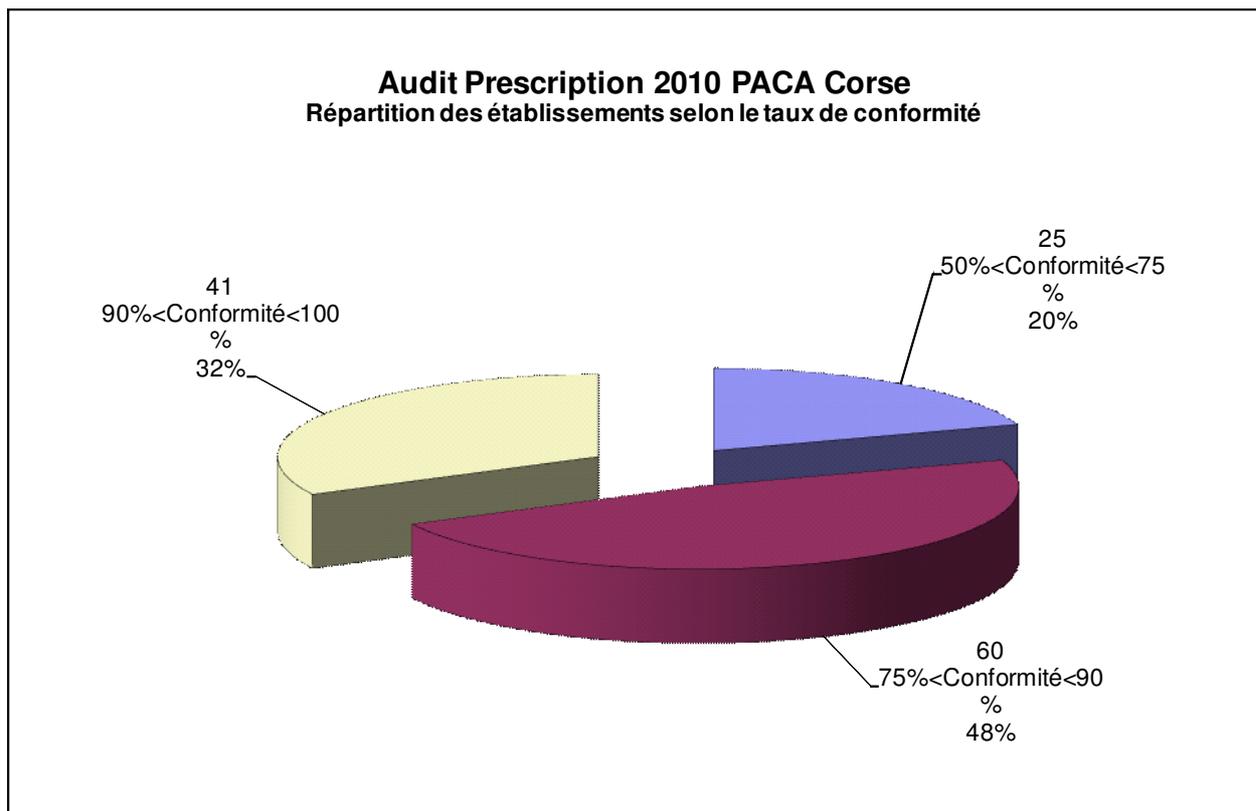
1. *Nombre de lignes de prescription*
2. *Nom du médicament*
3. *Forme/ voie d'administration*
4. *Dosage*
5. *Posologie*
6. *Schéma d'administration / rythme*
7. *Durée de traitement*

Les résultats globaux, montrant la répartition des établissements selon leur taux de conformité, sont présentés dans le graphique suivant.

En 2010, 41 établissements soit 33 % ont un taux de conformité globale pour l'ensemble des critères "Prescription" compris entre 90 % et 100 % contre 20 établissements soit 18 % en 2009. A l'inverse, 25 établissements soit 20 % ont un taux de conformité globale compris entre 50 % et 75 % contre 38 établissements soit 34 % l'année précédente.

On peut noter, d'une part qu'aucun établissement ne présente un niveau de conformité inférieur à 50% et, d'autre part une amélioration entre les deux années, avec une réduction du nombre d'établissements ayant un niveau de conformité compris entre 50 et 75%





On peut rappeler que l'HAS précise dans son bilan IPAQSS<sup>1</sup> de 2009 que seuls 2,8 % des dossiers patient sont totalement informatisés et que plus d'un dossier sur deux est encore uniquement « papier ». La HAS souligne que " les prescriptions sont de meilleure qualité dans les établissements ayant informatisé tout ou partie de leur dossier patient". Enfin, moins d'une prescription sur 2 est bien rédigée.

### 3. RESULTATS GLOBAUX AUDIT ADMINISTRATION

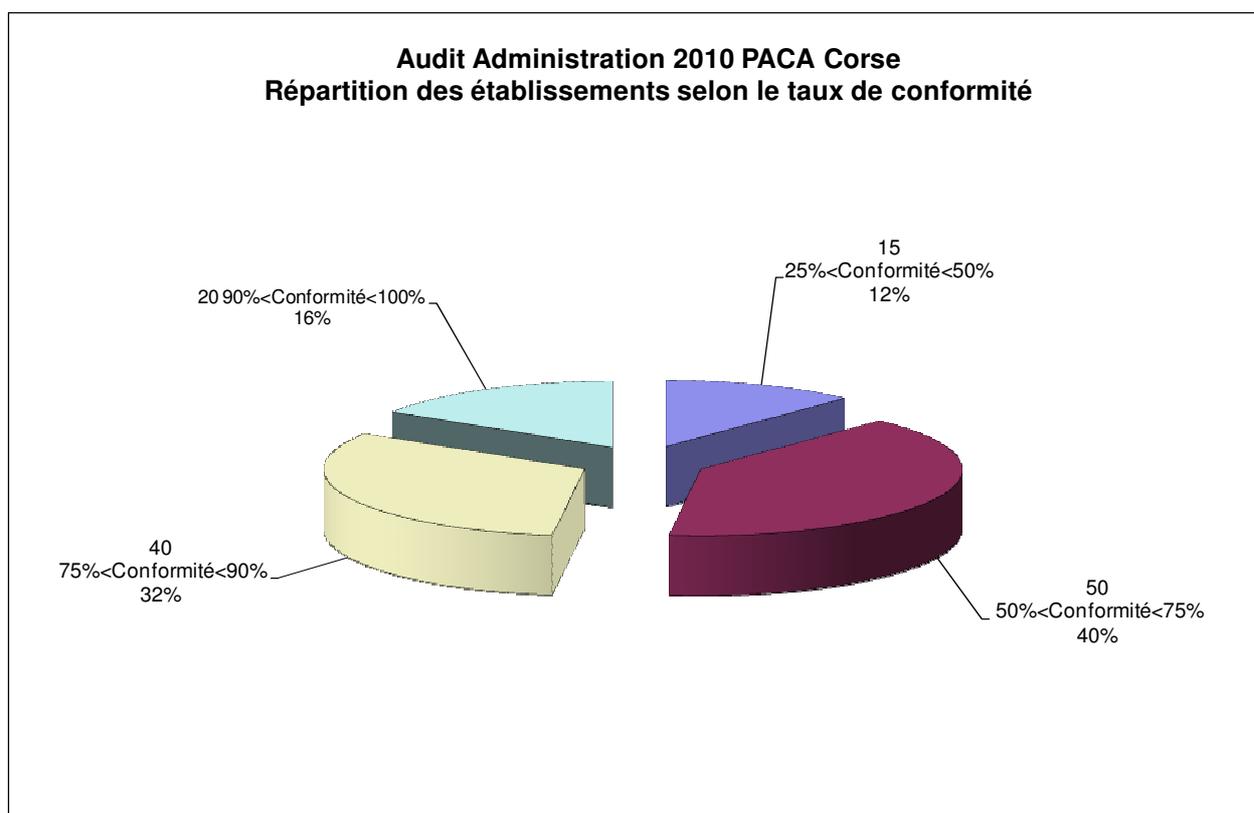
Les grilles d'audits du volet "administration" comportent 5 critères. Le bilan est présenté dans les graphiques ci-après pour les années 2009 et 2010.

En 2010, 20 établissements soit 16 % ont un taux de conformité globale compris entre 90 % et 100 % contre 13 établissements soit 12 % en 2009

A l'inverse, en 2010, 15 établissements soit 12 % ont un taux de conformité compris entre 25 % et 50 contre 21 établissements (soit 19 %) ayant un taux de conformité compris entre 10 % et 50 %.

<sup>1</sup> Résultats et impact des dispositifs de certification et d'amélioration de la qualité des soins - Indicateurs de qualité généralisés par la HAS en 2008 et en 2009 dans les établissements de santé-Résultats et évolution activité médecine chirurgie, obstétrique (MCO)

Par comparaison avec l'audit "prescription", les niveaux de conformité constatés sont plus hétérogènes avec pour certains des niveaux assez faibles, 12% des établissements présentant un niveau de conformité inférieur à 50% en 2010.



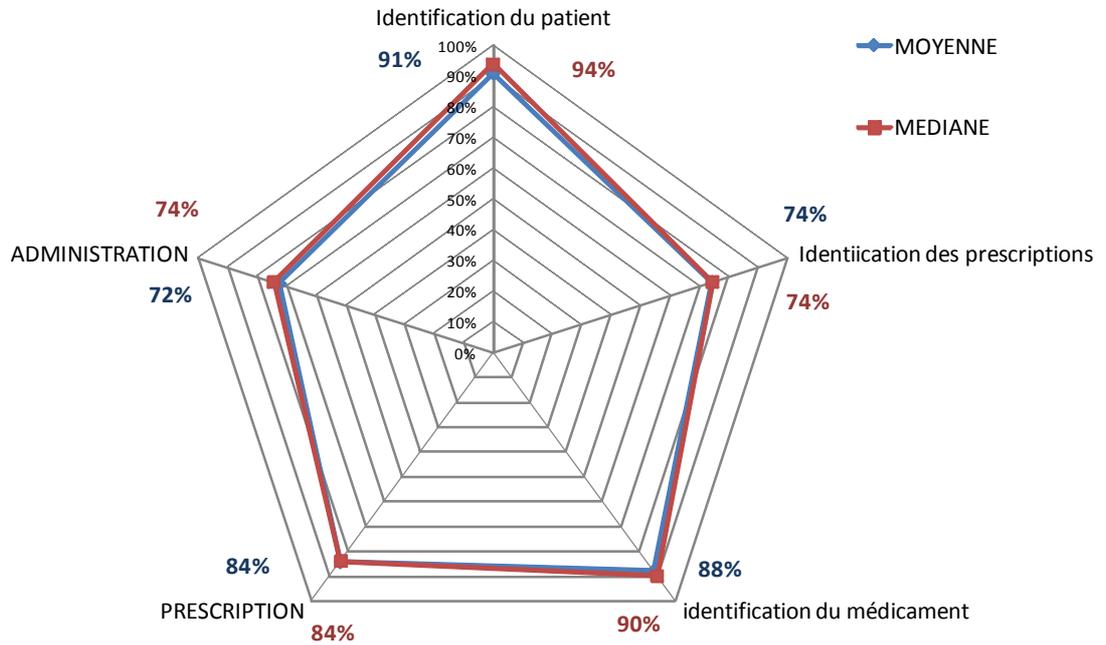
#### 4. ANALYSE GLOBALE COMPAREE DES MOYENNES ET MEDIANES

L'analyse comparée des médianes et des moyennes des résultats est détaillée dans le tableau ci-dessous. Elle montre des résultats sensiblement voisins pour les différents volets de l'audit PRESCRIPTION et pour l'audit ADMINISTRATION montrant une certaine homogénéité des résultats. Ces données sont illustrées par le premier graphique ci-après.

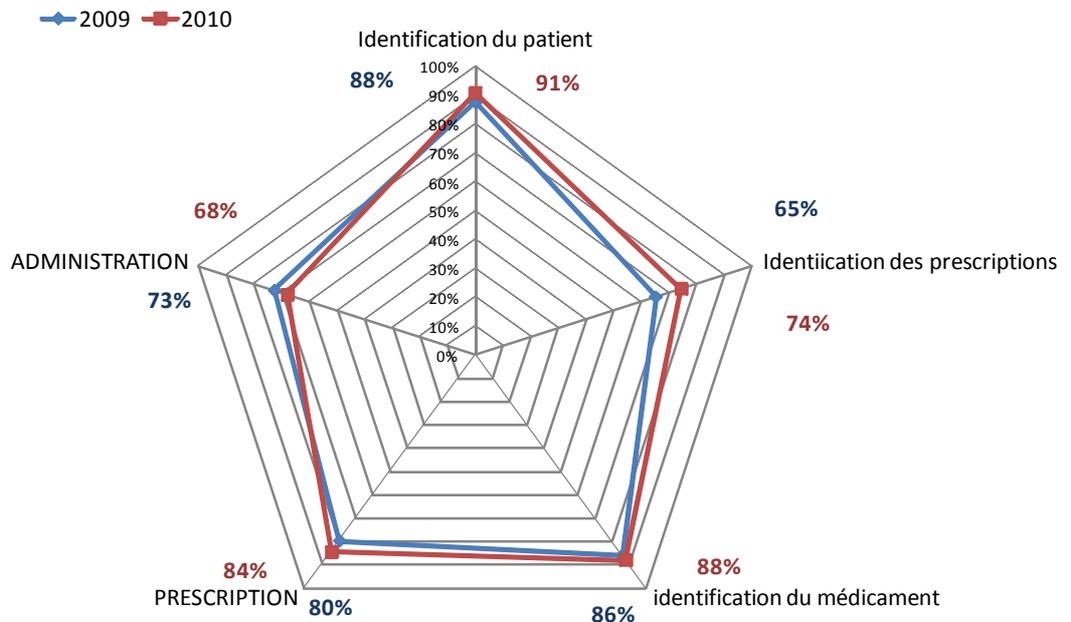
	Volets de l'audit "Prescription"						Résultats globaux		Résultats globaux	
	Identification du patient		Identification des prescriptions		identification du médicament		PRESCRIPTION		ADMINISTRATION	
Années	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
MOYENNE	87,7%	90,9%	65,2%	74,3%	86%	87,8%	79,6%	84,3%	68%	72,5%
MEDIANE	89,7%	94,1%	62,7%	74,3%	86,4%	90%	78,5%	84%	70%	74,4%

L'évolution comparative entre 2009 et 2010 montre une amélioration entre les deux années, notamment sur l'identification des prescriptions, comme le montre le deuxième graphique présenté ci-après.

### Bilan des audits PRESCRIPTION ET ADMINISTRATION 2010 PACA CORSE



### Bilan des audits 2009 et 2010 PRESCRIPTION ASMINISTRATION PACA CORSE Analyse comparée des moyennes selon les différents volets de l'audit



# RESULTATS DETAILLES AUDIT PRESCRIPTION

## 1. CHAPITRE "IDENTIFICATION DU PATIENT"

Ce volet de la première étape de l'acte de prescription concerne l'identification du patient.

Comme le rappelle l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 2011, la prescription de médicament est rédigée après examen du malade hospitalisé, sur une ordonnance et indique lisiblement :

- le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre ou la spécialité du prescripteur telle que définit à l'article R. 5121-91 du code de la santé publique, son identifiant lorsqu'il existe, nom, adresse de l'établissement et coordonnées téléphoniques et électroniques auxquelles il peut être contacté, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;
- la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie et le mode d'administration et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;
- la durée de traitement ;
- les nom et prénom, le sexe, l'âge du malade, sa taille et son poids.

La prescription peut être rédigée, conservée et transmise de manière informatisée sous réserve qu'elle soit identifiée et authentifiée par une signature électronique et que son édition sur papier soit possible.

Toute prescription destinée à un patient non hospitalisé est rédigée sur une ordonnance conformément à l'article R. 5132-3 du code de la santé publique et doit indiquer le nom et l'adresse de l'établissement, l'identification de l'unité de soins ainsi que le numéro d'inscription de l'établissement en tant qu'entité géographique au fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

Ce volet se décline en 9 critères :

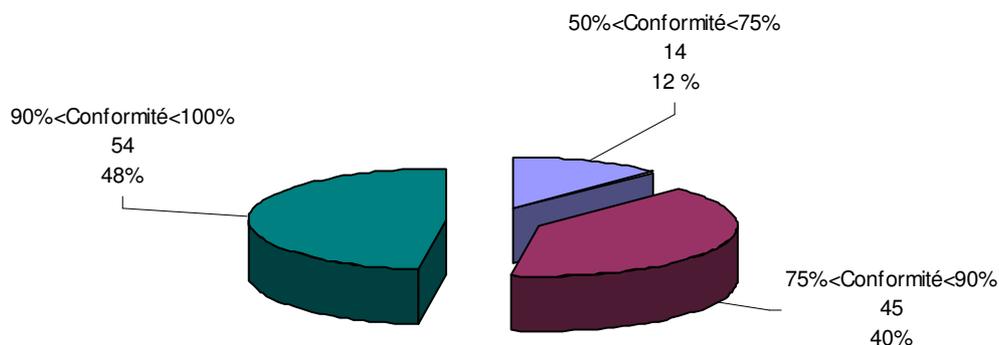
1. *le nombre de supports de prescription*
2. *l'utilisation de support de prescriptions institutionnel*
3. *le nom du patient*
4. *le prénom du patient*
5. *l'âge ou la date de naissance du patient*
6. *le sexe du patient*
7. *le poids du patient*
8. *la taille ou la surface corporelle du patient*
9. *l'identification du service ou de l'unité*

En 2010, 64 % des établissements (81/ 126) ont un taux de conformité globale compris entre 90 % et 100% pour les 9 critères du volet identification du patient contre 48 % des établissements (54/ 113) en 2009. A l'inverse, en 2010, seuls 4 % des établissements (5/126) ont un taux de conformité compris entre 50 % et 75 % contre 12 % des établissements en 2009. On peut constater que tous les établissements présentent un niveau de conformité supérieur à 50%.

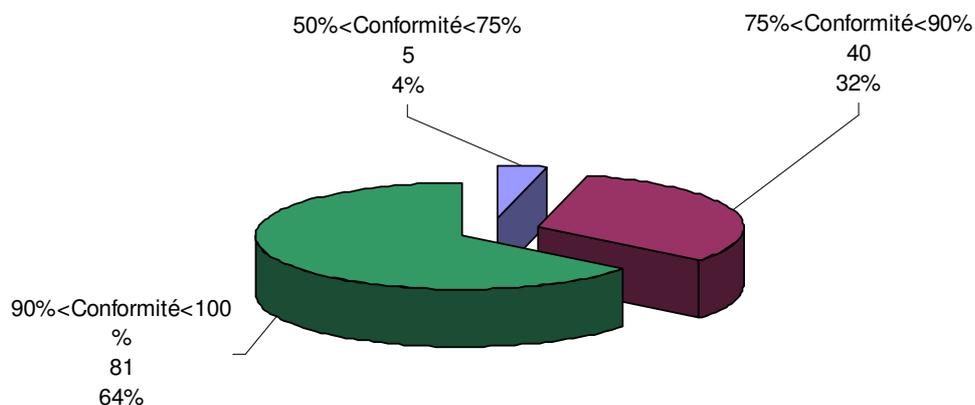
Les résultats détaillés, montrant la répartition des établissements selon leur taux de conformité, sont illustrés dans les graphiques suivants pour les audits des 2 années.

Pour ce volet de l'audit, en 2010, la médiane est de 94% et la moyenne de 91% contre respectivement 90% et 88% l'année précédente. Il est à noter que ce volet de l'audit est celui où les établissements atteignent les plus hauts niveaux de conformité.

**Audit Prescription 2009 PACA Corse**  
**Résultats globaux du volet "Identification du patient"**  
**Répartition des établissements selon le taux de conformité**



**Audit Prescription 2010 PACA Corse**  
**Résultats globaux du volet "Identification du patient"**  
**Répartition des établissements selon le taux de conformité**



L'évaluation de cette étape s'est fait selon les critères suivants :

**1. Le nombre de support de prescription**

Le support de prescription peut être un document papier institutionnel ou un support électronique déployé dans l'établissement dans le cadre de la prescription informatisée. On

peut rappeler le guide de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments élaboré par la haute Autorité de santé, qui recommande un support unique de prescription et administration pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient.

En 2010, le nombre moyen de supports de prescriptions utilisés dans les établissements de santé se situe autour de 1.2 supports par dossier patient audité, contre 1.5 en 2009 (Médiane : 1, Maximum : 3.6 contre 4 en 2009).

On note une légère différence entre les établissements anciennement sous dotation globale (CH, CHU, CLCC et ESPIC) où la moyenne se situe à 1.4 supports (Médiane : 1.1, Maximum : 3.6) et les établissements privés à but lucratif (Privés, Dialyse), où la moyenne est de 1.1 supports (médiane de 1, maximum de 3.4). Ces données confirment que pour un patient donné, on ne dispose pas d'un support unique de prescription, exposant les patients à un risque potentiel d'erreur médicamenteuse.

## ***2. L'utilisation de support de prescriptions institutionnel***

En 2010, 98 % des dossiers audités au sein des établissements de santé de la région PACA et Corse ont des supports de prescription institutionnels qu'ils s'agissent de documents papiers ou du logiciel déployé par l'établissement contre 97 % en 2009.

Cette démarche est quasi généralisée aussi bien dans les établissements publics que privés.

## ***3. Le nom du patient***

Ce critère est jugé valide si on retrouve la présence du nom de naissance ou marital pour les femmes mariées. Il est jugé non conforme en cas d'absence de nom de naissance

En 2010, le nom du patient est mentionné sur 99 % des prescriptions des établissements de l'inter région (98 % pour les établissements publics et 99 % pour les établissements privés) contre 98 % en 2009 (97 % pour les établissements publics et 99 % pour les établissements privés).

Le bilan IPAQSS national 2009 fait état des mêmes données, à savoir 98% ou 99% selon que le dossier est informatisé ou non.

## ***4. Le prénom du patient***

Ce critère est jugé valide si on retrouve la présence du prénom. Il est jugé non conforme si cet élément n'est pas retrouvé

En 2010, le prénom du patient est mentionné sur 98 % des prescriptions (98 % pour les établissements publics et 97 % pour les établissements privés) contre 96 % des prescriptions en 2009 (97 % pour les établissements publics et 95 % pour les établissements privés).

## ***5. L'âge ou la date de naissance du patient***

Ce critère est jugé valide si on retrouve la date de naissance ou si l'âge est mentionné. Il est non conforme si cet élément n'est pas retrouvé.

En 2010, l'âge ou la date de naissance du patient est mentionné sur 94 % des prescriptions (96 % pour les établissements publics et 92 % pour les établissements privés) contre 88 % des

prescriptions en 2009 (93 % pour les établissements publics et 85 % pour les établissements privés).

Ce critère n'est pas évalué dans IPAQSS.

### **6. Le sexe du patient**

Ce critère est jugé valide si on retrouve le sexe précisé dans le dossier. Il est jugé non conforme si cet élément n'est pas retrouvé. Pour mémoire, ce critère n'est pas demandé dans l'indicateur IPAQSS "tenue du dossierpatient".

En 2010, le sexe du patient est mentionné sur 88 % des prescriptions (92 % pour les établissements publics et 86 % pour les établissements privés) alors que cette information est retrouvée pour 80 % des prescriptions en 2009 (89 % pour les établissements publics et 73 % pour les établissements privés).

### **7. Le poids du patient**

Ce critère est jugé valide si on retrouve le poids indiqué sur le support de prescription. La réponse est jugée non adaptée en cas de prescription de médicaments ne nécessitant pas un ajustement de posologie selon le poids. Elle est partiellement conforme si le poids est seulement indiqué dans le dossier patient et non pas sur le support, enfin elle est jugée non conforme si cet élément n'est pas retrouvé.

En 2010, le poids du patient est mentionné sur 59 % des prescriptions (60 % pour les établissements publics et 59 % pour les établissements privés) contre 51 % des prescriptions en 2009 (57 % pour les établissements publics et 47 % pour les établissements privés).

Par contre, le poids du patient est trouvé dans le dossier patient et non sur la prescription même dans 19 % des cas en 2010 (14 % dans les établissements publics et 22 % dans les établissements privés) contre 24 % des cas en 2009 (10 % dans les établissements publics et 30 % dans les établissements privés).

Ce critère n'est pas évalué dans l'indicateur "prescriptions médicamenteuses" d'IPAQSS (tenue du dossier patient), mais dans l'évaluation du dépistage nutritionnel. Le résultat montre en 2009 que le poids est tracé en moyenne dans 75% environ des dossiers. (80% dans le dossier anesthésique). ces résultats confirment que même si le poids est mentionné dans le dossier, il n'apparaît qu'une fois sur 2 environ sur le document de prescription.

### **8. La taille ou la surface corporelle du patient**

Ce critère est jugé valide si on retrouve la taille ou la surface corporelle présente sur le support de prescription. Cette donnée est jugée "partiellement conforme" si elle figure clairement dans le dossier patient mais est absente sur le support de prescription. La réponse au critère est jugée "non adaptée" en cas de prescription de médicaments hors cancérologie, enfin elle est jugée "non conforme" si cet élément n'est pas retrouvé. Ce critère n'est pas évalué dans IPAQSS.

En 2010, la taille ou la surface corporelle du patient est mentionnée sur 56 % des prescriptions (53% pour les établissements publics et 55 % pour les établissements privés) contre 48 % des prescriptions en 2009 (57% pour les établissements publics et 43 % pour les établissements privés).

Par contre, en 2010 dans 17 % des cas, la taille ou la surface corporelle du patient est seulement trouvée dans le dossier patient et non sur la prescription (11 % dans les établissements publics et 21 % dans les établissements privés) contre 21 % des cas en 2009 (11 % dans les établissements publics et 25 % dans les établissements privés).

### **9. L'identification du service ou de l'unité**

Ce critère est jugé valide si l'identification du service d'hospitalisation ou de l'unité de soins du patient est notée sans ambiguïté, il est jugé "non conforme" si cet élément n'est pas retrouvé. Ce critère n'est pas évalué dans IPAQSS.

En 2010, le service ou l'unité est identifié sur 88 % des prescriptions (87 % pour les établissements publics et 90 % pour les établissements privés) contre 81 % des prescriptions en 2009 (85 % pour les établissements publics et 79 % pour les établissements privés).

## **2. CHAPITRE « IDENTIFICATION DES PRESCRIPTIONS AU COURS DES 72 PREMIERES HEURES DU SEJOUR »**

Ce deuxième volet de l'audit relatif à la prescription concerne l'identification du prescripteur et les conditions de prescription.

Ce volet se décline en 5 critères :

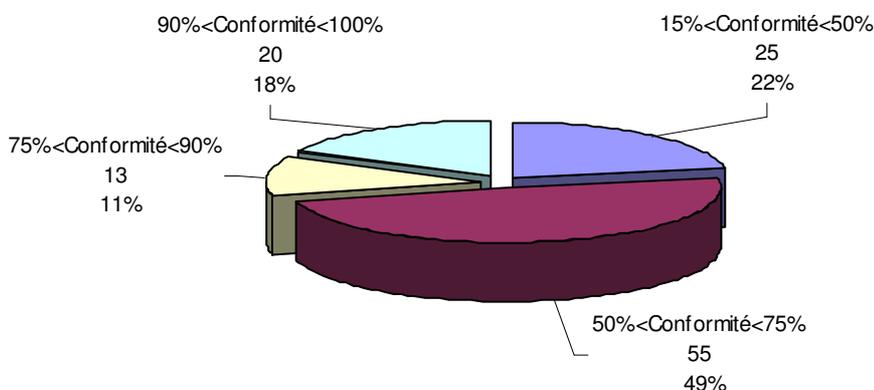
1. *Nombre d'épisodes de prescription*
2. *Nom du prescripteur*
3. *Identification du prescripteur*
4. *Date de prescription*
5. *Horaire de prescription*

En 2010, 37 établissements soit 29 % ont un taux de conformité globale compris entre 90 % et 100 % pour l'ensemble des 7 critères du volet identification des médicaments contre 20 établissements soit 18 % en 2009.

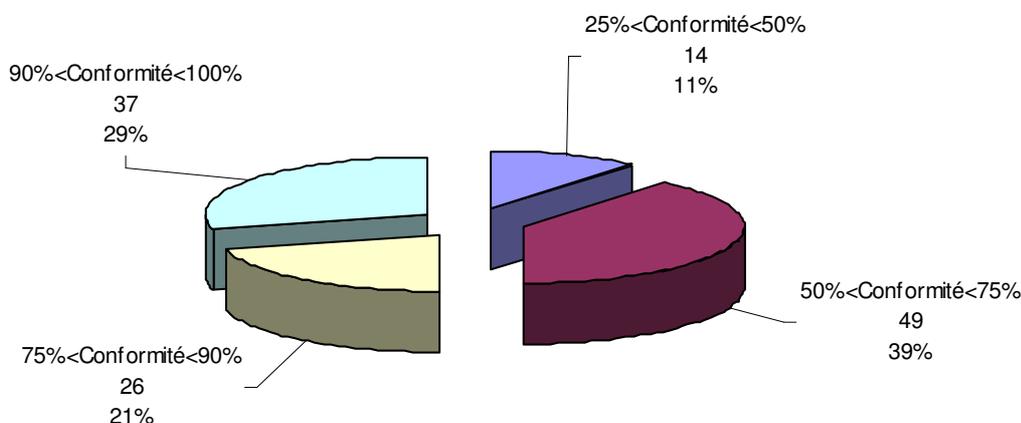
A l'inverse, 14 établissements soit 11 % ont un taux de conformité compris entre 25 % et 50 % alors qu'en 2009, on compte 25 établissements soit 22 % ayant un niveau de conformité compris entre 15 % et 50 %.

Les résultats détaillés de ce volet de l'audit, montrant la répartition des établissements selon leur taux de conformité, sont présentés dans le graphique suivant pour les années 2009 et 2010.

**Audit Prescription 2009 PACA Corse**  
**Résultats globaux du volet "Identification des prescriptions"**  
**Répartition des établissements selon le taux de conformité**



**Audit Prescription 2010 PACA Corse**  
**Résultats globaux du volet "Identification des prescriptions"**  
**Répartition des établissements selon le taux de conformité**



Pour ce volet de l'audit, en 2010, la médiane est de 74% et la moyenne de 74% contre respectivement 63% et 65% l'année précédente. Il est à noter que ce volet de l'audit est celui où les niveaux de conformité sont les plus critiques, comparativement aux autres volets de cet audit. Par ailleurs, ce volet de l'audit montre une grande disparité entre les établissements puisque 22% des établissements présentent un niveau de conformité inférieur à 50% et pouvant aller jusqu'à 15% seulement.

Ce chapitre est évalué selon les critères suivants :

### **1. Nombre d'épisodes de prescription**

On définit un épisode de prescription comme la prescription par le même prescripteur à un instant «t» et à une date donnée (ou à un moment donné) de un ou plusieurs médicaments réalisée. Un épisode peut ainsi comporter une ou plusieurs lignes de médicaments prescrits.

En 2009, le nombre d'épisodes de prescription moyen par dossier audité s'établit autour de 2.2 (Maximum : 4). Il est de 1.8 en 2010 (Médiane : 1.9, Maximum : 4.9).

Dans les établissements publics, la moyenne se situe vers 2.3 épisodes de prescription par dossier audité (Médiane : 2.2, Maximum : 4.9). Dans les établissements privés, la moyenne est d'environ 1.6 épisodes (Médiane : 1.6, Maximum : 3.4). Ces données sont intéressantes, car elles renseignent sur les modalités de la prise en charge médicamenteuse et sur une des composantes de leur complexité avec le nombre d'intervenants ou d'interventions.

### **2. Nom du prescripteur**

Ce critère est jugé valide si on retrouve le nom du prescripteur à chaque épisode de prescription mentionné sur le support de prescription. Il est jugé "partiellement conforme" si seules sont mentionnées les initiales du prescripteur, enfin il est jugé "non conforme" si le nom est illisible ou absent.

Il faut rappeler que dans le cadre de l'indicateur IPAQSS, les initiales ne sont pas acceptées en remplacement du nom et de la signature du prescripteur même si leur correspondance est indiquée dans un document régulièrement mis à jour, et consultable au niveau de l'établissement (services, pharmacie, etc.).

En 2010, le nom du prescripteur est mentionné sur 80 % des prescriptions des établissements de l'inter région (78 % pour les établissements publics contre 81 % pour les établissements privés) contre 72 % en 2009 (71 % pour les établissements publics contre 73 % pour les établissements privés) en 2009.

En 2010, 4 % des prescriptions sont partiellement conformes avec mention seulement des initiales du prescripteur écrites (3 % pour les établissements publics contre 4 % pour les établissements privés) contre 5 % en 2009 quelque soit le type d'établissements publics ou privés.

Comme précisé plus haut, la satisfaction au critère IPAQSS exclut l'utilisation des initiales, les résultats de l'audit permettent de mesurer que cette pratique reste marginale. Les résultats de 2009 d'IPAQSS sur ce critère font état des résultats suivants: 89.6% ou 60.3% selon que l'établissement est informatisé ou non.

### **3. Identification du prescripteur**

Ce critère est jugé valide si la prescription est signée ou validée électroniquement. Elle est jugée non conforme si cet élément n'est pas retrouvé.

Comme pour IPAQSS, les prescriptions peuvent être rédigées, conservées et transmises de manière informatisée sous réserve qu'elles soient identifiées et authentifiées par une signature

électronique. L'identifiant et/ou le mot de passe du prescripteur permettant la connexion remplace la signature en cas d'informatisation des prescriptions. Enfin, il est rappelé que les internes en médecine peuvent prescrire (article R.6153-3 du code de la santé publique).

En 2010, le prescripteur est identifié par signature écrite ou validation informatique sur 80 % des prescriptions (80 % pour les établissements publics contre 81 % pour les établissements privés) contre 72 % en 2009 (71 % pour les établissements publics contre 73 % pour les établissements privés). Les résultats de 2009 d'IPAQSS sur ce critère font état des résultats suivants: 86.9% ou 62.6% selon que l'établissement est informatisé ou non.

#### **4. Date de prescription**

Ce critère est jugé valide si on retrouve la date (jour/mois/année) sur le support de prescription. Il est jugé "partiellement conforme" si seule figure le jour et le mois (sans l'année), sur le support, dans la mesure où l'année est présente sur une autre partie du document, sans ambiguïté. Enfin il est jugé "non conforme" si on ne retrouve pas mention du jour, ou du mois ou de la date.

En 2010, la date de prescription est retrouvée sur 87 % des prescriptions des établissements de l'inter région (89 % pour les établissements publics contre 85 % pour les établissements privés) contre 82 % en 2009 (84 % pour les établissements publics contre 80 % pour les établissements privés).

En 2010, 6 % des prescriptions sont partiellement conformes avec seulement le jour et le mois mentionné sans l'année (6 % pour les établissements publics et 6 % pour les établissements privés) contre 9 % en 2009 (8 % pour les établissements publics et 9 % pour les établissements privés). Les résultats de 2009 d'IPAQSS sur ce critère font état des résultats suivants: 98.1% ou 90.9% selon que l'établissement est informatisé ou non.

#### **5. Horaire de prescription**

Ce critère est jugé valide si l'horaire est présent sur le support de prescription. Il est jugé "non conforme" si cet élément est absent.

En 2010, l'horaire de prescription est retrouvé sur 47 % des prescriptions des établissements de l'inter région (56 % pour les établissements publics et 38 % pour les établissements privés) contre 36 % en 2009 (46 % pour les établissements publics contre 28 % pour les établissements privés).

### **3. CHAPITRE « IDENTIFICATION DES MEDICAMENTS AU COURS DES 72 PREMIERES HEURES DU SEJOUR »**

Ce dernier volet de l'audit relatif à la prescription concerne l'identification des médicaments.

Ce volet se décline en 7 critères :

1. *Nombre de lignes de prescription*
2. *Nom du médicament*
3. *Forme/ voie d'administration*
4. *Dosage*
5. *Posologie*

6. Schéma d'administration / rythme

7. Durée de traitement

Rappelons que pour IPAQSS, concernant l'identification des médicaments, la validation du critère exige que tous les éléments suivants soient retrouvés sur chaque prescription et pour tous les médicaments prescrits :

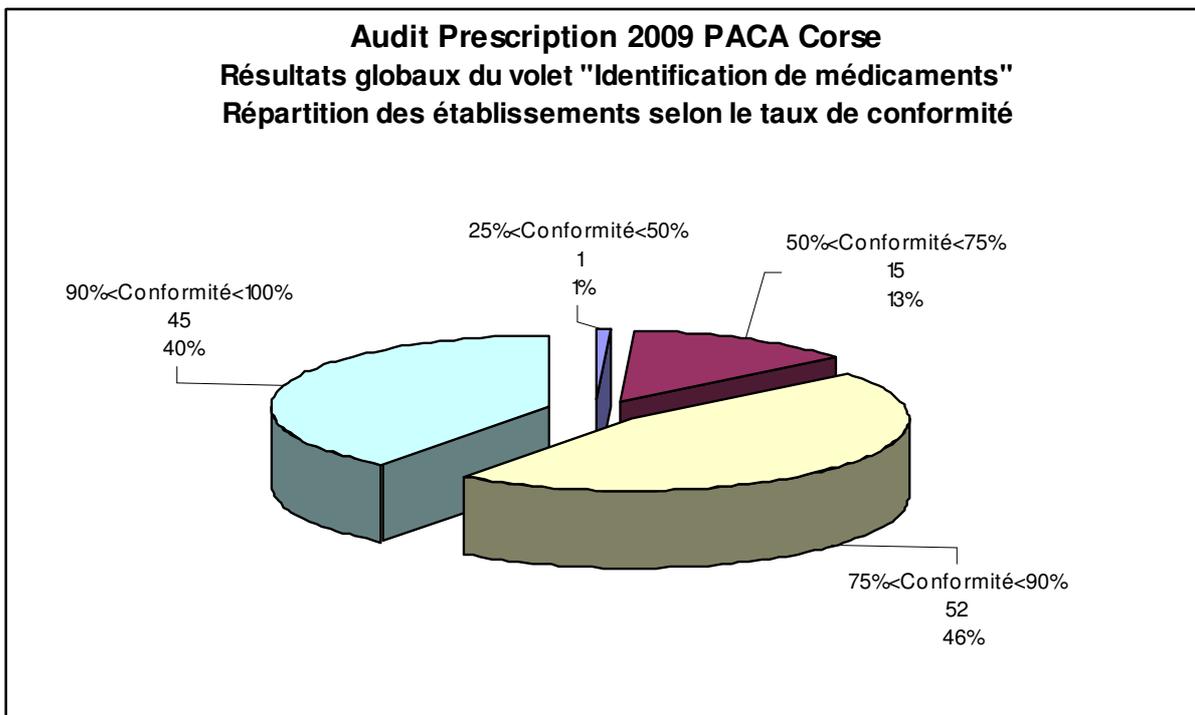
1. Dénomination des médicaments
2. Posologie
3. Voie d'administration

En 2010, 63 établissements soit 49 % ont un taux de conformité globale compris entre 90% et 100% pour la totalité des 7 critères du volet identification des médicaments contre 45 établissements soit 40% en 2009.

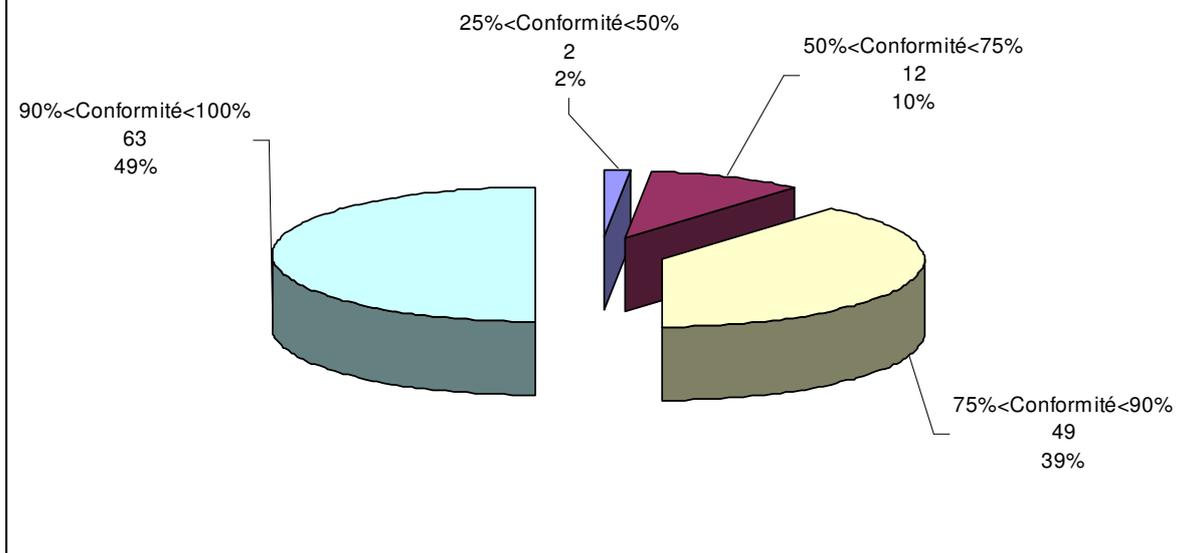
A l'inverse, en 2010, 2 % des établissements ont un taux de conformité compris entre 25% et 50% contre 1 % des établissements en 2009.

Les résultats détaillés de ce volet de l'audit, montrant la répartition des établissements selon leur taux de conformité, sont présentés dans les graphiques suivants pour les années 2009 et 2010.

Pour ce volet de l'audit, en 2010, la médiane est de 90% et la moyenne de 87.8% contre respectivement 86.4% et 85.9% l'année précédente.



**Audit Prescription 2010 Paca Corse**  
**Résultats globaux du volet "Identification des médicaments"**  
**Répartition des établissements selon le taux de conformité**



Ce chapitre est évalué selon les critères suivants :

**1. Nombre de lignes de prescription**

Une ligne de prescription correspond à la prescription d'une spécialité pharmaceutique (une DCI), à une posologie donnée et pendant une durée précisée.

En 2009, le nombre de lignes de prescription moyen par dossier audité est d'environ 7.7 lignes (maximum : 28). Il est de 6.7 lignes en 2010 (médiane : 6.7, maximum : 22.7).

Dans les établissements publics, il se situe en moyenne à 8.2 lignes (Médiane : 7.6, Maximum : 20.9) et dans les établissements privés à 5.7 (Médiane : 5.3, Maximum : 22.7).

Ces données sont intéressantes car elles renseignent sur le nombre moyen de lignes de prescription en interrégion. En effet, le risque iatrogénique s'accroît avec le nombre de médicaments prescrits et selon Patrice Queneau, à partir de 4 lignes de prescription, le risque d'évènement indésirable médicamenteux est fortement augmenté<sup>2</sup>. Ceci est également démontré dans une étude néerlandaise<sup>3</sup> qui montre une relation statistiquement significative de survenue d'accident médicamenteux chez des patients prenant 5 ou plus médicaments

<sup>2</sup> Effets indésirables médicamenteux observés dans des services d'accueil et d'urgences français (étude prospective de l'APNET et propositions pour des mesures préventives, P Queneau, B Bannwarth, F Carpentier et al, Bull. Acad.natle med., 2003,187, n°4, 647-670

<sup>3</sup> Frequency of and Risk Factors for Preventable Medication-Related Hospital Admissions in the Netherlands, A J. Leendertse, A C. G. Egberts,; Lennart J. Stoker; Arch Intern Med. 2008;168(17):1890-1896

## **2. Nom du médicament**

Ce critère est jugé valide si les informations présentes sur le support de prescription ne laissent aucune ambiguïté concernant la dénomination commune internationale ou le nom commercial. Il est jugé "non conforme" si cette donnée est : illisible, sous forme d'abréviation ou présentant une ambiguïté sur le nom.

Ces exigences sont les mêmes que pour IPAQSS, où l'HAS précise que la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune doit être indiquée.

En 2010, le nom du médicament est mentionné sur 99 % des prescriptions auditées contre 98 % en 2009. Les résultats sont similaires dans les établissements publics et privés. Il en est de même à l'échelon national puisque les résultats d'IPAQSS montrent un niveau de conformité de 98.9% ou 98.5% pour l'identification du médicament, selon que le dossier est informatisé ou non.

## **3. Forme/ voie d'administration**

Ce critère est jugé valide si les informations présentes sur le support de prescription ne laissent aucune ambiguïté concernant la forme et la voie d'administration. Il est jugé "non conforme" si ces informations sont absentes, incomplètes ou ambiguës. (Exemple : AUGMENTIN® 1 g x 2/j per os, cette prescription n'est pas conforme car la forme pharmaceutique n'est pas précisée (il existe des sachets et des comprimés).

Rappelons que pour IPAQSS, pour les produits injectables (voie parentérale), la voie doit être indiquée. Pour les autres voies d'administration, la voie (voie orale ou per os, voie cutanée ou transdermique, voie oculaire, etc.) ou la forme galénique si celle-ci suffit à préciser la voie d'administration (gélules, comprimés, sirops, ampoules buvables, collyres, gouttes, etc.) doivent être indiquées. La réponse est non valide lorsque l'élément manque au moins sur une prescription ou lorsqu'il est illisible. Il convient de retrouver le dosage unitaire et la voie d'administration de tous les médicaments même s'il n'existe qu'un seul dosage et qu'une seule voie d'administration pour un médicament.

En 2010, la forme/ voie d'administration du médicament est mentionnée sur 92 % des prescriptions auditées (94 % dans les établissements publics contre 90 % dans les établissements privés) contre 90 % en 2009 (92 % dans les établissements publics contre 88 % dans les établissements privés).

## **4. Dosage**

Ce critère est jugé valide si les informations présentes sur le support de prescription ne laissent aucune ambiguïté concernant le dosage (à croiser avec la posologie). Il est jugé non conforme si on ne retrouve pas cette donnée alors qu'il existe plusieurs dosages du médicament concerné.

En 2010, le dosage est mentionné sur 94 % des prescriptions auditées (96 % dans les établissements publics contre 92 % dans les établissements privés) contre 92 % en 2009 (94 % dans les établissements publics contre 91 % dans les établissements privés).

## **5. Posologie**

Ce critère est jugé valide si les informations présentes sur le support de prescription ne laissent aucune ambiguïté concernant la posologie (à croiser avec le dosage). Il est jugé "non conforme"

si cette donnée n'est pas retrouvée. (Exemple : LASILIX® 1 comprimé, cette prescription n'est pas conforme car la posologie absente alors qu'il existe plusieurs dosages)

Rappelons que pour IPAQSS, le dosage unitaire et le rythme d'administration des médicaments doivent être indiqués.

En 2010, la posologie est mentionnée sur 95 % des prescriptions auditées (96 % dans les établissements publics contre 94 % dans les établissements privés) contre 94 % en 2009 (96 % dans les établissements publics contre 92 % dans les établissements privés). A l'échelon national puisque les résultats d'IPAQSS montrent un niveau de conformité de 97.5% ou 92.4% pour la posologie, selon que le dossier est informatisé ou non.

### **6. Schéma d'administration / rythme**

Ce critère est jugé valide si les informations présentes sur le support de prescription ne laissent aucune ambiguïté concernant la planification de l'administration (ex : matin/soir, horaire, J1 ou lundi...). Il est jugé "non conforme" si cette donnée n'est pas retrouvée

En 2010, le schéma d'administration/ rythme d'administration est noté sur 89 % des prescriptions auditées (90 % dans les établissements publics contre 88 % dans les établissements privés) contre 86 % en 2009 (89 % dans les établissements publics contre 84 % dans les établissements privés).

### **7. Durée de traitement**

Ce critère est jugé valide si les informations présentes sur le support de prescription ne laissent aucune ambiguïté concernant la durée du traitement (ou si elles sont en accord avec la procédure d'établissement relative à la durée du traitement lorsqu'elle existe). Il est jugé "non conforme" si la durée n'est pas précisée ou n'est pas explicitée par une procédure.

Il faut préciser que l'indicateur IPAQSS ne prend pas en compte ce critère pour les prescriptions intra hospitalières. Cependant, il faut rappeler l'importance de ce critère en termes de sécurité du patient, notamment pour certaines thérapeutiques comme les antibiotiques.

En 2010, la durée du traitement est notée sur 68 % des prescriptions auditées (70 % dans les établissements publics contre 66 % dans les établissements privés) contre 63 % en 2009 (71 % dans les établissements publics contre 55 % dans les établissements privés).

## RESULTATS DETAILLES AUDIT ADMINISTRATION

Cet audit (Indicateur TC 27 du contrat de bon usage 2009 -2011 PACA CORSE) porte sur l'évaluation de la traçabilité de l'administration au regard de la prescription.

Comme le rappelle l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 2011, l'administration des médicaments est effectuée par du personnel appartenant aux catégories définies réglementairement comme autorisées à administrer des médicaments. Celle-ci nécessite la vérification :

- de l'identité du patient et des médicaments à administrer, au regard de la prescription médicale ;
- de la date de péremption des médicaments et leur aspect ;
- du mode d'administration.

Sans préjudice des dispositions particulières concernant les médicaments classés comme stupéfiants, toute administration de médicaments est enregistrée (dose administrée et heure d'administration), au moment de sa réalisation en utilisant le support de prescription.

La retranscription des prescriptions n'est pas autorisée. Lorsque le médicament n'a pas été administré, l'information est tracée sur le support de prescription et le prescripteur et le pharmacien en sont informés.

Ce volet est évalué selon 5 critères et comme pour l'audit PRESCRIPTION, il est évalué dans la période des 72 premières heures du séjour:

1. Nombre d'administrations de médicaments attendues
2. Nombre d'administrations de médicaments tracées
3. Identification de la personne qui administre
4. Date d'administration
5. Heure ou moment d'administration

### **1. Nombre d'administrations de médicaments attendues**

Pour chaque ligne de prescription, les auditeurs devaient quantifier le nombre d'administrations théoriques pendant les 72 premières heures du séjour, en se basant sur le schéma posologique prescrit (si celui-ci est absent, ils devaient se baser sur la posologie standard en s'aidant du résumé des caractéristiques produit ou de la fiche VIDAL ou du DOROSZ) et le moment de l'épisode de prescription.

les auditeurs devaient donc établir pour chaque médicament prescrit le nombre d'administrations prévisibles (au regard de sa posologie) sur les 72 premières heures du séjour ou pendant la durée du séjour si celui-ci dure moins de 72h (= nombre de médicaments prescrits multiplié par le nombre de prises). Cet élément permettait d'évaluer l'exhaustivité ou non de la traçabilité des administrations en comparant le nombre d'administrations attendues et le nombre d'administration tracée effectivement.

En 2009, le nombre d'administrations de médicaments attendues (théoriques) est en moyenne de 27 par dossier audité (Maximum : 79). En 2010, ce nombre est en moyenne de 19 (Médiane : 19, Maximum : 50). Pour les établissements publics elle se situe vers 23 (Médiane : 22, Maximum : 50), pour les établissements privés vers 16.6 (Médiane : 15.9, Maximum : 36.7).

### **2. Nombre d'administrations de médicaments tracées**

Les auditeurs devaient indiquer le nombre d'administrations réellement tracées (même de façon incorrecte) sur les 72 premières heures du séjour.

En 2010, 73 % des administrations de médicaments attendues sont tracées sur le dossier patient (74 % dans les établissements publics et 73 % dans les établissements privés) contre 72 % en 2009 (74 % dans les établissements publics et 71 % dans les établissements privés).

### **3. Identification de la personne qui administre**

Ce critère est jugé valide si l'identification de la personne qui administre (nom, initiale ou paraphe) est mentionnée sans ambiguïté sur le support de prescription. Il est jugé "non conforme" en cas d'absence d'identification ou d'identification ambiguë de la personne qui administre le(s) médicament(s).

En 2010, l'identification de la personne qui administre est retrouvée pour 67 % des administrations attendues, (69 % dans les établissements publics et 66 % dans les établissements privés) contre 64% en 2009, (64 % dans les établissements publics et 63 % dans les établissements privés).

### **4. Date d'administration**

Ce critère est jugé valide si la date complète (jour/mois/année) est renseignée sur le support de prescription. Il est jugé "partiellement conforme" si seuls figurent le jour et le mois (sans l'année), sur le support, à condition que l'année soit précisée sur une autre partie du document, sans ambiguïté. Enfin, il est jugé "non conforme" dans les autres cas.

En 2010, pour 70 % des administrations attendues, la date d'administration est notée (70 % dans les établissements publics et 69 % dans les établissements privés) contre 62 % en 2009 (62 % dans les établissements publics et 63 % dans les établissements privés).

7 % des administrations attendues sont partiellement conformes avec mention du jour et/ ou du mois sans préciser l'année (7 % dans les établissements publics et 7 % dans les établissements privés) contre 11 % en 2009.

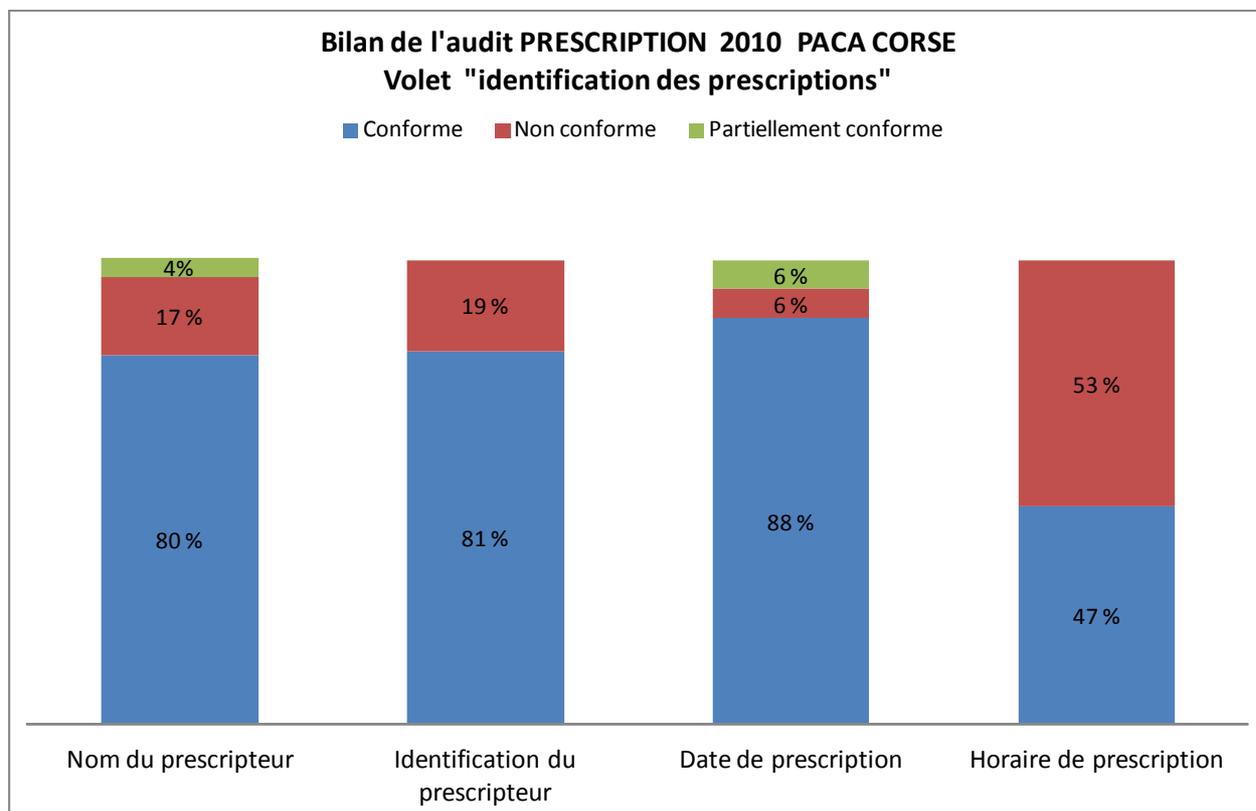
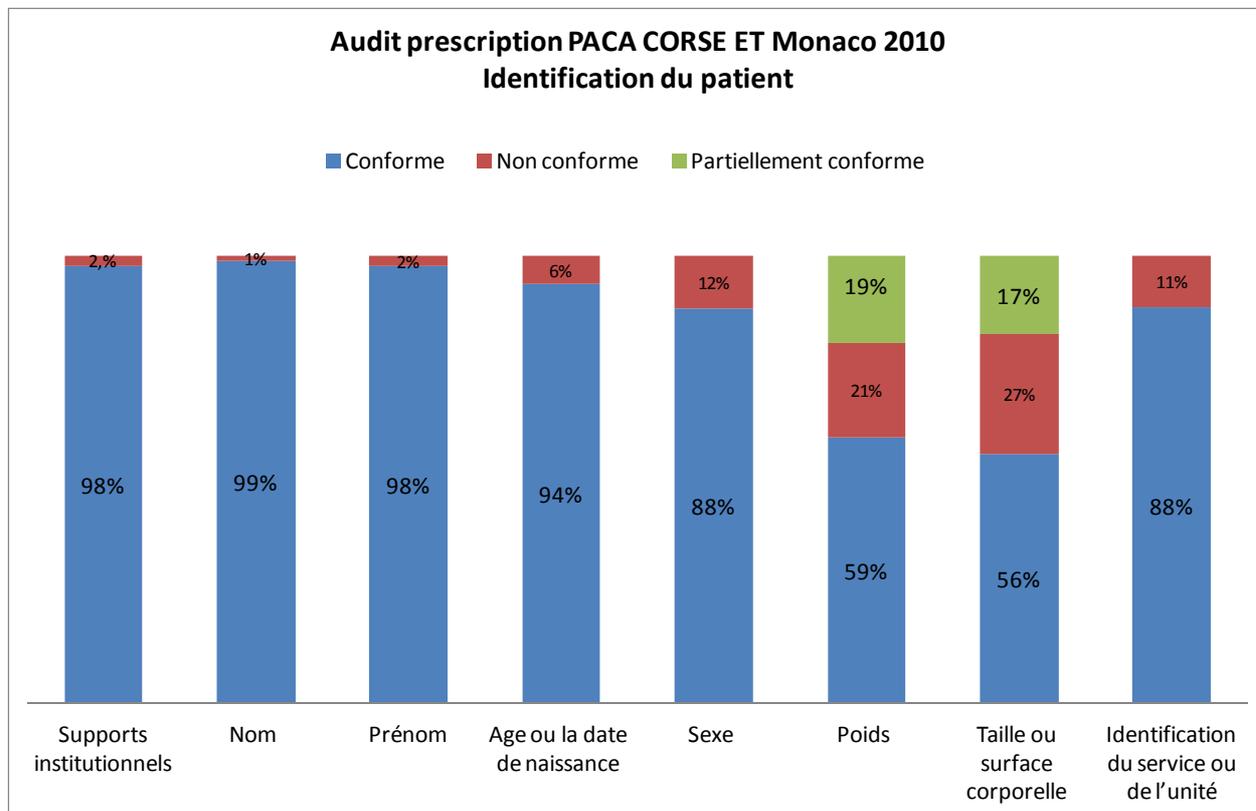
### **5. Heure ou moment d'administration**

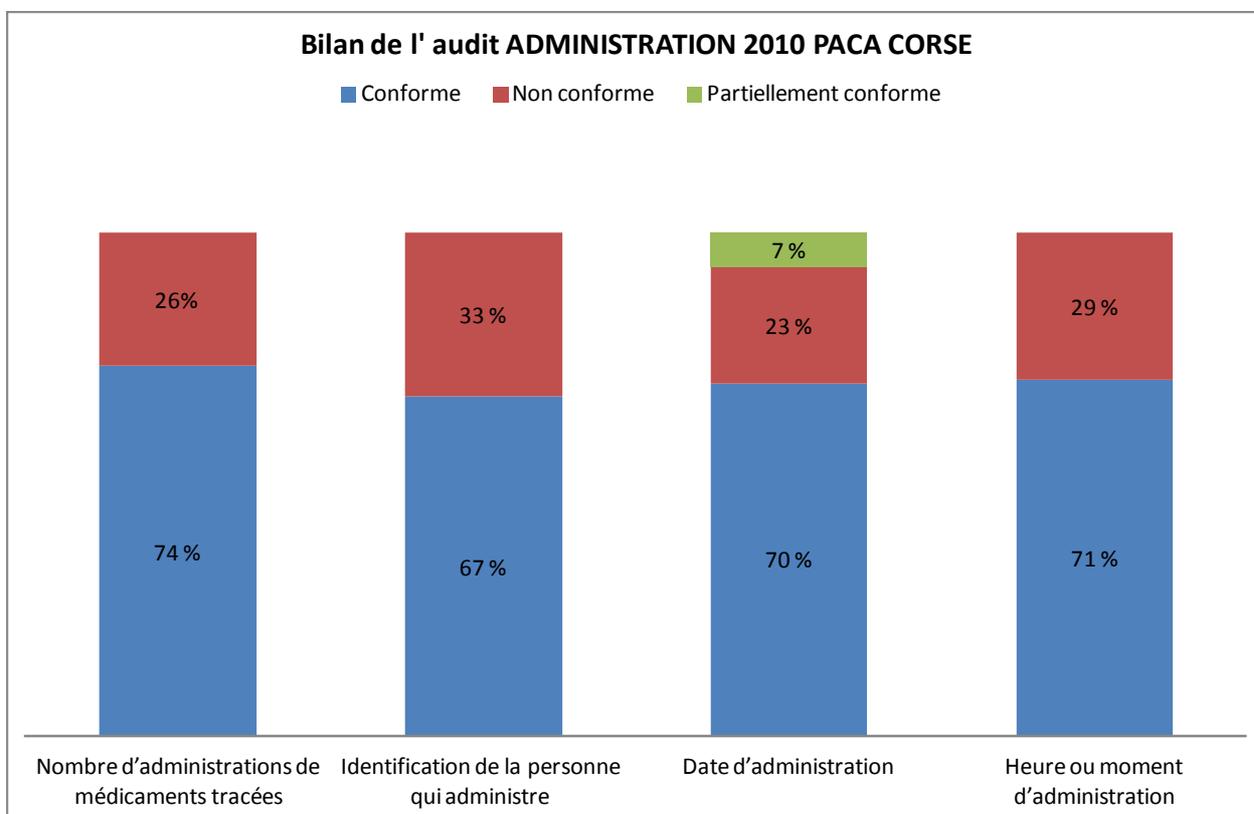
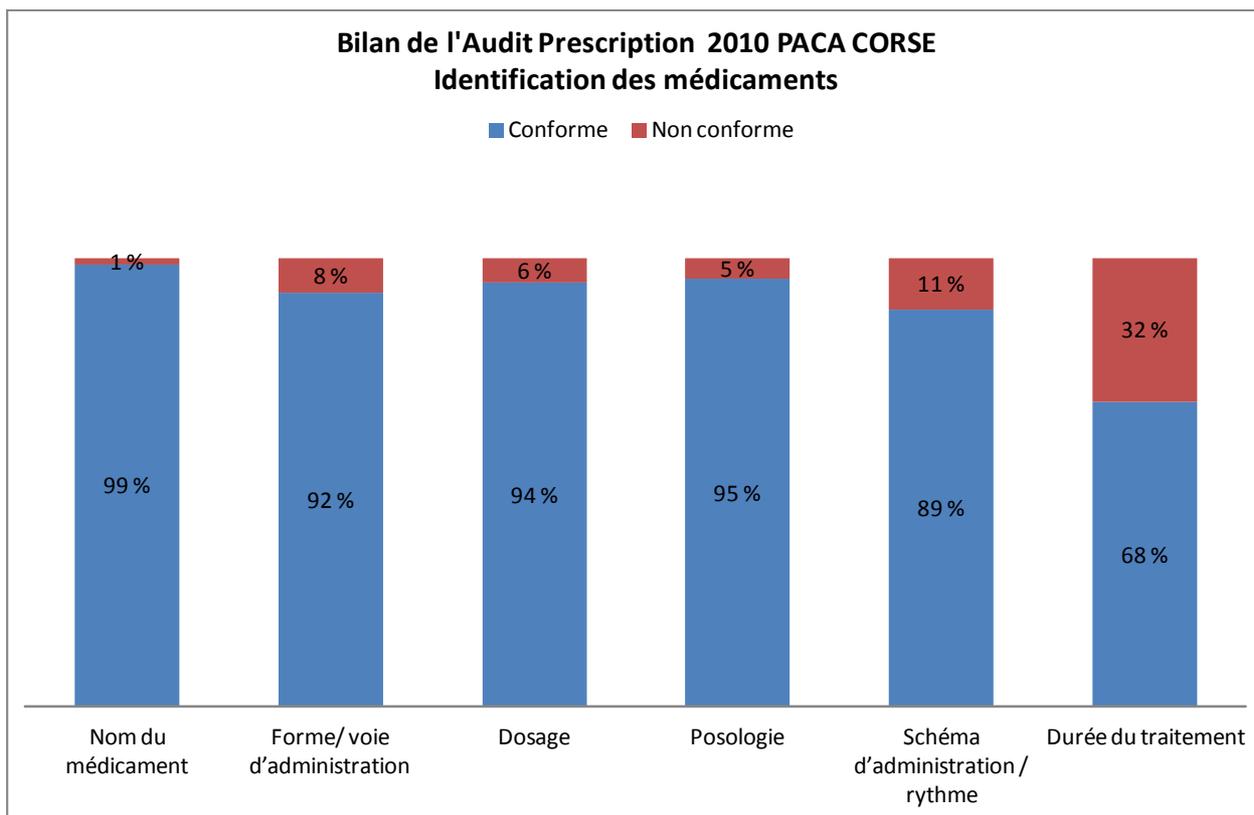
Ce critère est jugé valide si l'heure ou le moment sont renseignés pour chaque administration (ex : heure, ou matin, midi, soir, nuit...). Il est jugé "non conforme" si cet élément est absent.

En 2010, 71 % des administrations attendues mentionnent l'heure ou le moment d'administration (70 % dans les établissements publics et 71 % dans les établissements privés) contre 68 % en 2009 (67 % dans les établissements publics et 68 % dans les établissements privés).

## SYNTHESE DES RESULTATS DE L'AUDIT PRESCRIPTION

En synthèse, le bilan des trois volets de l'audit PRESCRIPTION et de l'audit ADMINISTRATION est présenté dans les graphiques suivants. Ces résultats montrent les points à améliorer sur certains critères.





## CONCLUSION

Au terme de ce deuxième contrat de bon usage 2009- 2011, le bilan de la démarche d'autoévaluation, effectuée par tous les établissements, est encourageant. Les résultats de ces audits relatifs à deux processus essentiels de la prise en charge médicamenteuse montrent une amélioration des niveaux de conformité et confirment la forte implication des professionnels à améliorer leurs pratiques

Ces résultats, complémentaires à ceux de l'indicateur IPAQSS, viennent conforter le bilan 2011 publié par la HAS sur les résultats de l'indicateur relatif à la tenue du dossier patient. La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

*"La Haute Autorité de Santé (HAS) et le ministère de la Santé ont décidé dès 2006 de mettre en œuvre un recueil généralisé d'indicateurs. Cette généralisation a été mise en place pour les établissements de médecine chirurgie obstétrique en 2008 puis pour les établissements de soins de suite et de réadaptation en 2009.*

*Pour tous les indicateurs, une amélioration dans le temps est constatée suite aux trois campagnes. Cependant, la variabilité des résultats inter-établissements de santé (ES) persiste.*

*Certains points sont encore à améliorer comme la qualité de rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation et à la sortie, facteur contribuant à la sécurité de la prescription. **En 2009, moins d'une prescription sur deux est bien rédigée avec des risques potentiels lors de la délivrance ou de l'administration des médicaments.***

*Le score moyen national pour l'indicateur "tenue du dossier patient" (TDP) est de 76 en 2011 : il a progressé de 4 points depuis la campagne 2010. Le résultat de certains critères a doublé en 4 ans (prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation, courrier de fin d'hospitalisation renseigné). La rédaction des prescriptions établies pendant l'hospitalisation n'est réalisée que dans 6 cas sur 10, et la rédaction d'un traitement de sortie que dans un cas sur deux. La variabilité nationale persiste (29 % - 100 %), et est confirmée par les écarts de moyennes régionales allant*

*de 57 % (Guyane) à 81 % (PACA). La moitié des ES a atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B). Le pourcentage d'ES par région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance varie de 0 % (Guyane) à 73 % (Alsace). et **66% en PACA** (voir graphique ci après).*

*L'informatisation du dossier médical, qui est souvent présentée comme une solution pour améliorer le partage d'information, est au niveau national très faible (4 % de dossiers totalement informatisés), et progresse lentement (+ 1 % en 1 an). Néanmoins, c'est un facteur qui améliore la qualité des prescriptions médicamenteuses. L'informatisation du dossier médical est souvent présentée comme une solution pour améliorer la qualité de son contenu, en ce qu'elle favorise la traçabilité et le paramétrage des éléments devant le constituer. Notamment l'informatisation de la prescription médicamenteuse améliore la traçabilité de paramètres, comme l'identification du prescripteur et la voie d'administration.*

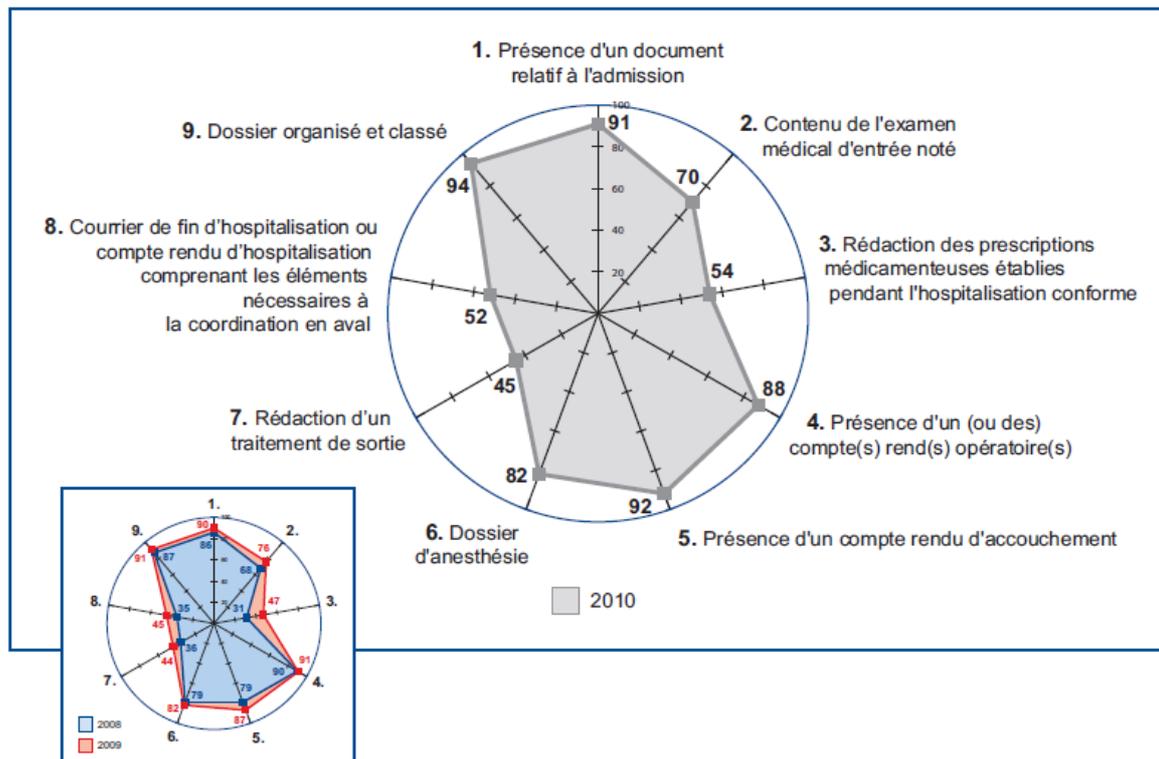
*La rédaction des prescriptions médicamenteuses au cours de l'hospitalisation a été comparée en 2008, 2009, et 2010 en fonction de leur informatisation :*

- en 2010, les prescriptions médicamenteuses sont informatisées dans 3 dossiers sur 10, contre 2 dossiers sur 10 en 2009, et 1 dossier sur 10 en 2008 ;*
- en 2010, les prescriptions médicamenteuses sont deux fois mieux rédigées quand elles sont informatisées (85 % versus 41 %) "*

Les résultats par région de la tenue du dossier patient (indicateur IPAQSS) sont illustrés par le graphique ci dessous provenant de rapports <sup>4</sup> publiés par la HAS pour les années 2008 à 2010.

Les résultats d'IPAQSS relatifs à la tenue du dossier patient montrent que les critères de qualité les plus critiques en termes de résultats, sont ceux relatifs à la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation ou à la sortie, ainsi que le contenu du courrier de fin d'hospitalisation (ou compte rendu d'hospitalisation).

**Graphique 2 – Critères<sup>3</sup> composant le score de la « Tenue du dossier patient »**



La comparaison interrégionale de la tenue du dossier patient montre des résultats plutôt satisfaisants pour PACA et Corse, avec des résultats (voir les 2 tableaux 2011 de la HAS présentés ci après) qui doivent encourager à poursuivre l'effort déjà engagé sur la qualité de la tenue du dossier et particulièrement la rédaction des prescriptions.

<sup>4</sup> [Indicateurs de qualité généralisés en MCO ,campagne 2011 - Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats](#)

Indicateurs de qualité généralisés en MCO • Campagne 2011 • Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

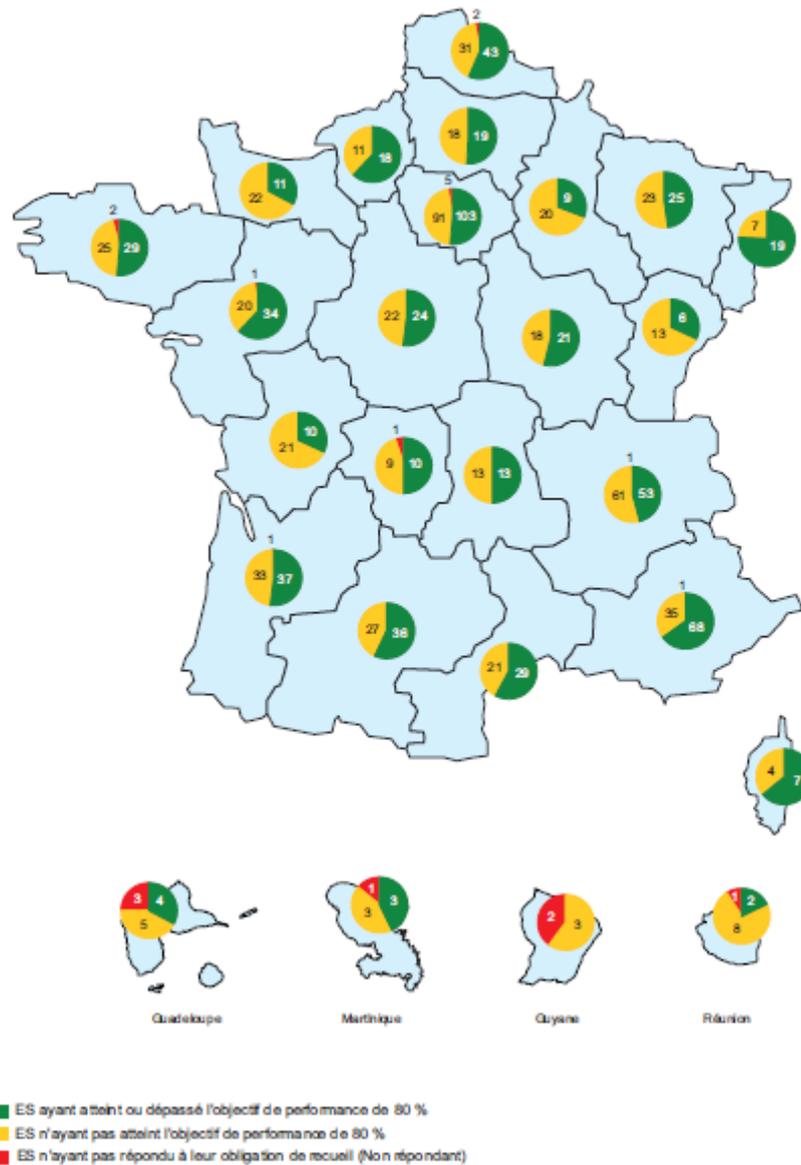
Distribution des moyennes régionales par indicateur (page 52 rapport HAS)

Tableau 36. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Moyennes régionales

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 76	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Alsace	26	78	0	0
Aquitaine	70	78	1	1
Auvergne	26	74	0	0
Basse Normandie	33	71	0	0
Bourgogne	39	74	0	0
Bretagne	54	75	2	0
Centre	46	77	0	0
Champagne Ardenne	29	71	0	0
Corse	11	76	0	0
Franche Comté	19	72	0	0
Guadeloupe	9	70	3	0
Guyane	3	57	2	0
Haute Normandie	29	79	0	0
Ile de France	194	76	5	0
Languedoc Roussillon	50	78	0	0
Limousin	19	76	1	0
Lorraine	48	76	0	0
Martinique	6	72	1	0
Midi Pyrénées	63	77	0	0
Nord Pas de Calais	74	76	2	0
PACA	103	81	1	0
Pays de la Loire	54	77	1	0
Picardie	37	75	0	0
Poitou Charentes	31	73	0	0
Réunion	10	65	1	0
Rhône Alpes	114	77	1	0

Indicateurs de qualité généralisés en MCO • Campagne 2011 • Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats (page 13)

Cartographie 1. Indicateur « Tenue du dossier patient »  
Analyse régionale – Distribution par rapport à l'objectif de performance



Au terme du présent contrat de bon usage 2009-2011, on peut résumer ainsi les points clés du bilan de ces deux audits, en les comparant aux données nationales publiées dans le bilan HAS (voir annexe):

**En matière d'identification du patient**

Concernant l'identification du patient, on peut noter que les données administratives (nom, prénom et date de naissance) sont généralement bien renseignées à l'exception du sexe qui

n'est pas précisé aussi régulièrement. Concernant les données plus médicales (poids, taille), on peut constater qu'elles le sont nettement moins bien.

### **Concernant l'identification du prescripteur**

On peut noter, comme pour les données médicales, qu'elles ne sont pas renseignées dans presque un cas sur cinq. Si la date de la prescription est relativement bien renseignée, l'horaire de prescription est négligé dans plus d'un cas sur deux.

### **Concernant l'identification des médicaments**

On peut constater que ces critères sont ceux qui sont les mieux renseignés avec les données administratives du patient, déjà signalé plus haut. Cependant, compte tenu des risques liés au mésusage médicamenteux, on peut s'inquiéter que dans 5 à 10% des prescriptions, celles-ci soient insuffisamment précises et ne mentionnent pas la forme galénique, la voie d'administration, le dosage ou la posologie.

Enfin, dans un cas sur trois, on note que la durée de prescription n'est pas précisée.

### **Concernant la traçabilité de l'administration**

Concernant l'administration des médicaments, la traçabilité est conforme dans deux cas sur trois. Il existe donc des marges d'amélioration.

### **Concernant les informations générales du contexte de la prescription**

A l'échelon régional, l'analyse des résultats a permis de connaître la situation de la région au regard des exigences réglementaires, d'appréhender pour chaque critère comment se situe la moyenne régionale. Comme pour les établissements, l'objectif s'inscrit dans la même démarche « qualité » de mise en œuvre des actions correctives d'amélioration en élaborant et diffusant des outils d'aide.

L'audit confirme que l'utilisation de support institutionnel est quasi généralisée aussi bien dans les établissements publics que privés. Pour un patient donné, plusieurs supports sont utilisés (moyenne 1.2 en 2010) avec une tendance vers un support unique.

Les résultats permettent d'appréhender un des facteurs influant sur la complexité du processus de la prescription en établissement de santé, mais pour lequel peu de données sont publiées : le nombre d'épisodes de prescriptions qui est environ de 2 avec des valeurs extrêmes de 4.9 dans l'échantillon étudié. De la même façon, le nombre de lignes de prescription moyen par dossier audité est proche de 8, impliquant des risques également de iatrogénie médicamenteuse. Ces données sont corroborées avec la moyenne du nombre d'administrations attendues (19 en moyenne).

Au final, l'analyse des données de l'audit au regard des résultats de l'indicateur IPAQSS "Tenue du dossier patient" montre que certaines régions présentent de meilleurs résultats que d'autres, qu'il s'agisse de la moyenne régionale ou de la proportion d'ES ayant atteint ou dépassé le seuil de performance de 80 % (classe A et B) et notamment PACA qui depuis 2008 a davantage progressé pour se situer en tête devant les autres régions. Ces résultats confirment que les établissements de la région ont mis en œuvre des plans d'amélioration au regard de leurs résultats.

Rappelons également que la progression de l'informatisation en région contribue à l'amélioration des résultats observés. Comme le signale l'HAS dans son rapport 2011 sur le bilan des indicateurs IPAQSS, l'informatisation du dossier médical, souvent présentée comme une solution pour améliorer le partage d'information, reste très faible au niveau national (6 % des dossiers totalement informatisés), et a progressé de 2 points en 1 an. Elle améliore néanmoins la qualité des prescriptions médicamenteuses [les prescriptions informatisées deux fois mieux rédigées (89 %) que celles sous format papier (47 %)].

L'objectif de l'OMEDIT est de promouvoir le bon usage des produits de santé et d'accompagner les établissements à améliorer leurs pratiques dans la prise en charge médicamenteuse. La mise en œuvre des évaluations selon une méthodologie régionale permet de connaître et d'analyser les pratiques afin d'aider les établissements à mettre en place des actions d'amélioration selon le principe de la politique de la qualité (agir, évaluer et mettre en place les actions correctives).

# ANNEXES:

## EXEMPLE DE GRILLE PRESCRIPTION REMPLIE PAR UN ETABLISSEMENT

### 1- VOLET "IDENTIFICATION DU PATIENT"

#### AUDIT de PRATIQUES - IDENTIFICATION DES MEDICAMENTS

*Onglet devant obligatoirement être renseigné*

**GR TC23**  
**PRESCRIPTION MEDICAMENTS**  
 Période d'audit

De 01/02/11 à 29/03/11

Auditeurs: [REDACTED]  
 FINESS: [REDACTED]  
 Etablissement: [REDACTED]  
 SERVICE: [REDACTED]

**Résultat Global :** **THEME** **87,08%**

Nombres de points possibles:	3228
Nombre de pts <b>Obteas</b> :	2811
Nbre de pts <b>Conformes</b> :	2811
Nbre de pts <b>Non Conformes</b> :	417
Nbre de pts <b>Part. Conformes</b> :	0
Nbre de pts <b>Non Applicables</b> :	0

**RESTITUTION**  
 (Cocher la case correspondante)

- REVUE DIRECTION
- INSTANCE
- COMEJOINS
- EQUIPE
- PUJ
- TUTELLE
- ARH
- AUTRES

**REPARTITION des POINTS**

417 - 13%  
 0 - 0%  
 2811 - 87%

CONFORMES NON CONFORMES PART. CONFORMES

IDENTIFICATION MEDICAMENT	NOM DU MEDICAMENT	IDENTIFICATION MEDICAMENT	SCHEMA D'ADMINISTRATION
ITEM 15		ITEM 19	
IDENTIFICATION MEDICAMENT	FORME - VOIE D'ADMINISTRATION	IDENTIFICATION MEDICAMENT	DUREE DE TRAITEMENT
ITEM 16		ITEM 20	
IDENTIFICATION MEDICAMENT	DOSAGE		
ITEM 17			
IDENTIFICATION MEDICAMENT	POSOLOGIE		
ITEM 18			

Renseigner le Numero de Dossier et le Service pour chaque dossier.  
 Pour chaque item de chaque dossier: renseigner le nombre de LIGNES de prescription: C (Conforme), NC (Non Conforme)  
 Ne remplir que les parties grisées uniformément. NE PAS OUBLIER DE RENSEIGNER POUR CHAQUE DOSSIER LE NOMBRE DE LIGNES DE PRESCRIPTION (A droite des items)  
 Si un chiffre rouge apparaît dans "Vérification" le remplissage est mal réalisé, le vérifier. Si du rouge persiste le nombre de supports n'est pas renseigné.

DOSSIER	NUMERO de DOSSIER	SERVICE	ITEM 15			ITEM 16			ITEM 17			ITEM 18			ITEM 19			ITEM 20			NOMBRE de LIGNES de	CONFORM ITE par
			C	PC	NC	NA	C	PC	NC	NA	C	PC	NC	NA	C	PC	NC	NA	C	PC		
1	10031488	END	11			11			11			11			11			11			11	83,33%
2	10014122	END	9			9			9			9			9			9			9	83,33%
3	10007331	END	4			4			4			4			4			4			4	83,33%
4	10018222	CCV	9			9			9			9			9			9			9	83,33%
5	10017615	CCV	21			21			21			21			21			21			21	85,71%
6	10032204	CCV	3			3			3			3			3			3			3	83,33%
7	10011053	CCV	10			10			10			10			10			10			10	90,00%
8	10022310	CCV	4			4			4			4			4			4			4	87,50%
9	10023464	CCV	12			12			12			12			12			12			12	91,67%
10	10015894	OCT	10			10			10			10			10			10			10	83,33%
11	10019153	CAM	7			7			7			7			7			7			7	83,33%
12	10012103	CAM	1			1			1			1			1			1			1	100,00%

1 GENERALITES 2 IDENTIFICATION PATIENT 3 PRESCRIPTIONS 72 HEURES 4 IDENTIFICATION MEDICAMENTS 5 GLOSSAIRE

2- EXEMPLE DE GRILLE PRESCRIPTION REMPLIE PAR UN ETABLISSEMENT  
VOLET "PRESCRIPTION 72 HEURES"

**AUDIT de PRATIQUES - PRESCRIPTIONS AU COURS DES 72 PREMIERES HEURES**  
*Ce volet doit obligatoirement être renseigné*

**GR TC23**  
**PRESCRIPTION MEDICAMENTS**  
Période d'audit

De **01/02/11** au **29/03/11**

Auditeur: \_\_\_\_\_  
Etablissement: \_\_\_\_\_ SERVICE: \_\_\_\_\_

**Résultat Global :** **THEME**  

Nombre de points possibles:	<b>820</b>
Nombre de pts Obtenus:	<b>820</b>
Nbre de pts Conformes:	<b>820</b>
Nbre de pts Non Conformes:	<b>0</b>
Nbre de pts Part. Conformes:	<b>0</b>
Nbre de pts Non Applicables:	<b>0</b>

**RESTITUTION**  
 Cacher et Renseigner  
 INSTANCE  
 COPIE  
 TABLE  
 AUTRES

**REPARTITION des POINTS**

820 - 100%  
0 - 0%

CONFORMES NON CONFORMES PART. CONFORMES

**PRESCRIPTIONS 72 HEURES**

**ITEM 10** NOM DU PRESCRIPTEUR

**ITEM 11** SIGNATURE - IDENTIFICATION

**ITEM 12** DATE DE PRESCRIPTION

**ITEM 13** HORAIRE DE PRESCRIPTION

Renseigner le Numéro de Dossier et le Service pour chaque dossier.  
Pour chaque item de chaque dossier: renseigner le nombre d'EPISODES de prescription: C (Conforme), PC (Partiellement Conforme), NC (Non Conforme)  
Ne remplir que les parties à remplir uniformément. NE PAS OUBLIER DE RENSEIGNER POUR CHAQUE DOSSIER LE NOMBRE D'EPISODES DE PRESCRIPTION (à droite des items)  
Si un chiffre rouge apparaît dans "Vérification" le remplissage est mal réalisé, le vérifier. Si du rouge apparaît le nombre de support n'est pas renseigné.

DOSSIER	NUMERO de DOSSIER	SERVICE	ITEM 10				ITEM 11				ITEM 12				ITEM 13				72H NOMBRE D'EPISODES DE PRESCRIPTION	CONFORMITE
			CONFOR	MITE	PC	NC														
1	10031498	END	4				4				4				4				4	100,00%
2	10014122	END	1				1				1				1				1	100,00%
3	10007331	END	2				2				2				2				2	100,00%
4	10010222	CCV	4				4				4				4				4	100,00%
5	10017615	CCV	6				6				6				6				6	100,00%
6	10032294	CCV	3				3				3				3				3	100,00%

1 GENERALITES 2 IDENTIFICATION PATIENT 3 PRESCRIPTIONS 72 HEURES 4 IDENTIFICATION MEDIC

EXEMPLE DE GRILLE PRESCRIPTION REMPLIE PAR UN ETABLISSEMENT

3- VOLET "IDENTIFICATION DES MEDICAMENTS"

**AUDIT de PRATIQUES - IDENTIFICATION DES MEDICAMENTS**  
*Ce volet doit obligatoirement être renseigné*

**GR TC23**  
**PRESCRIPTION MEDICAMENTS**  
Période d'audit

De **01/02/11** au **29/03/11**

Auditeur: \_\_\_\_\_

FINISS Etablissement: \_\_\_\_\_ SERVICE: **ATTENTION! Renseigner les cases en bas de page\_A20A3 de votre logiciel.**

<b>Résultat Global :</b>	<b>THEME</b>
Nombre de points possibles:	<b>3228</b>
Nombre de pts Obtenus:	<b>2811</b>
Nbre de pts Conformes:	<b>2811</b>
Nbre de pts Non Conformes:	<b>417</b>
Nbre de pts Part. Conformes:	<b>0</b>
Nbre de pts Non Applicables:	<b>0</b>

**RESTITUTION**  
(Cases à Renseigner)

**REYNE DIRECTION**

**INSTANCE**

**COORDONNES**

**EMISE**

**REU**

**TOTALE**

**ARR**

**AUTRES**

REPARTITION des POINTS

417 - 13%    0 - 0%    2811 - 87%

● CONFORMES    ● NON CONFORMES    ● PART. CONFORMES

**IDENTIFICATION MEDICAMENT**  
**ITEM 15**    NOM DU MEDICAMENT

**IDENTIFICATION MEDICAMENT**  
**ITEM 16**    FORME - VOIE D'ADMINISTRATION

**IDENTIFICATION MEDICAMENT**  
**ITEM 17**    DOSAGE

**IDENTIFICATION MEDICAMENT**  
**ITEM 18**    POSOLOGIE

**IDENTIFICATION MEDICAMENT**  
**ITEM 19**    SCHEMA D'ADMINISTRATION

**IDENTIFICATION MEDICAMENT**  
**ITEM 20**    DUREE DE TRAITEMENT

Renseigner le Numéro de Dossier et le Service pour chaque dossier.  
Pour chaque item de chaque dossier: renseigner le **nombre** de LIGNES de prescription: C (Conforme), NC (Non Conforme)  
Ne remplit que les entiers strictement uniformément. NE PAS OUBLIER DE RENSEIGNER POUR CHAQUE DOSSIER LE NOMBRE DE LIGNES DE PRESCRIPTION (A droite des items)  
Si un chiffre rouge apparaît dans "Vérification" le remplissage est mal réalisé, le vérifier. Si du rouge apparaît le nombre de rapports n'est pas renseigné.

DOSSIER	NUMERO de DOSSIER	SERVICE	ITEM 15 CONFOR		ITEM 16 CONFOR		ITEM 17 CONFOR		ITEM 18 CONFOR		ITEM 19 CONFOR		ITEM 20 CONFOR		NOMBRE de LIGNES de	CONFORMITE
			C	PC	NC	NA	C	PC	NC	NA	C	PC	NC	NA		
1	10031488	END													11	\$3,33%
2	10014122	END													9	\$3,33%
3	10007331	END													4	\$3,33%
4	10018222	CCV													9	\$3,33%
5	10017615	CCV													21	\$5,71%
6	10022284	CCV													5	\$3,33%
7	10000863	CCV													11	\$3,33%

1 GENERALITES    2 IDENTIFICATION PATIENT    3 PRESCRIPTIONS 72 HEURES    4 IDENTIFICATION MEDICAMENTS

EXEMPLE DE GRILLE ADMINISTRATION REMPLIE PAR UN ETABLISSEMENT

### AUDIT de PRATIQUES - ADMINISTRATION

*Donnée devant obligatoirement être renseignée*

**GR TC27**  
**ADMINISTRATION MEDICAMENTS**

De **01/02/11** au **29/03/11**

**Résultat Global :** **THEME**  
**80,26%**

Nombre de points possibles:	<b>6424</b>
Nombre de pts Obtenus:	<b>5156</b>
Nbre de pts Conformes:	<b>5156</b>
Nbre de pts Non Conformes:	<b>1268</b>
Nbre de pts Part. Conformes:	<b>0</b>
Nbre de pts Non Applicables:	<b>0</b>

Auditeur: **A.M. Brunet, TIM - P.Martel, Pharmacien - M. Dalmas, Pharmacien**

FINISS  
Etablissement: **130785652** SERVICE: **ATTENTION! Renseigner les cases en bas de page avant de saisir les résultats.**

**RESTITUTION**  
*(Coûts et Références)*

- REVEE DIRECTION
- INSTANCE
- EQUIPE
- TITELLE
- AUTRES

**REPARTITION des POINTS**

Catégorie	Points	Pourcentage
CONFORMES	5156	80%
NON CONFORMES	1268	20%
PART. CONFORMES	0	0%

<b>ADMINISTRATION</b>	ITEM 22 NOMBRE D'ADMINISTRATION TRACES (=CONFORMES)		
<b>ADMINISTRATION</b>	ITEM 23 IDENTIFICATION DE L'IDE		
<b>ADMINISTRATION</b>	ITEM 24 DATE		
<b>ADMINISTRATION</b>	ITEM 25 HEURE OU MOMENT		

Renseigner le Numéro de Dossier et le Service pour chaque dossier.  
Pour chaque item de chaque dossier: renseigner le nombre d'administrations: C (Conforme), PC (Partiellement conforme), NC (Non Conforme), NA (Non adapté)  
Ne remplir que les parties à remplir uniformément. NE PAS OUBLIER DE RENSEIGNER POUR CHAQUE DOSSIER LE NOMBRE D'ADMINISTRATIONS THEORIQUES SUR 72H (A droite des items)  
Si un chiffre rouge apparaît dans "Vérification" le remplissage est mal réalisé, le vérifier. Si du rouge apparaît le nombre de rupperts n'est pas renseigné.

DOSSIER	NUMERO de DOSSIER	SERVICE	ITEM 22 CONFOR				ITEM 23 CONFOR				ITEM 24 CONFOR				ITEM 25 CONFOR				VÉRIFICATION	NOMBRE D'ADMINISTRATIONS THEORIQUES	CONFORMITE
			C	PC	NC	NA															
1	10031488	END	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	93,75%	
2	10014122	END	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	100,00%	
3	10007331	END	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	12	100,00%	
4	10018222	CCV	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	89,47%	
5	10017615	CCV	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	57	73,68%	
6	10032234	CCV	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	50,00%	

PAGE de GARDE 1 GENERALITES 2- GLOSSAIRE 3- ADMINISTRATION



### Présentation des grilles

**Grille TC 23 « Prescription »**

- 3 onglets informatifs « en jaune »: Page de garde, Généralités et Glossaire
- 3 grilles de saisie: Identification patient, Identification des 72 premières heures, Identification des médicaments

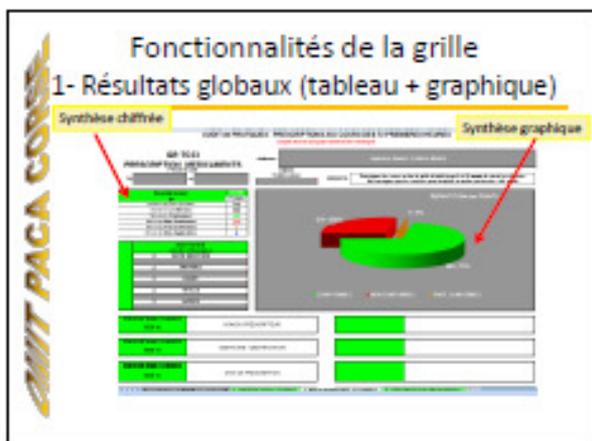
**Grille TC 27 « Administration »**

- 3 onglets informatifs
- 1 grille de saisie « Administration »



### Préambule

- La grille de recueil a des fonctionnalités permettant de répondre aux **2 objectifs**:
  - Exploitation des résultats pour l'établissement
  - Constitution d'une base interrégionale pour
    - Analyse globale des données
    - Etat des lieux interrégional du circuit du médicament



### Fonctionnalités de la grille 2- résultats individuels par dossier

La couleur des résultats des dossiers permet d'apprécier les conformités

- Vert: >80%
- Orange <50% et >80%
- Rouge <50%

**CHU PACA CORSE**

### Consignes avant de commencer!

#### 1- respect des règles de démarrage

- Démarrer par la grille de prescription**
  - Onglet 2 « Identification des patients »
  - Obligatoire car recopie automatique des onglets 3 et 4
- Commencer par la saisie des services**
  - Saisir « Nom de service » **et** « code abrégé »
  - Le code abrégé génère automatiquement le menu déroulant pour faciliter la saisie
- Compléter le code catégorie de service**
  - En vue de l'analyse par catégorie

**CHU PACA CORSE**

### Consignes avant de commencer!

#### 2- Saisie proprement dite

- Regrouper la saisie des données par service**
  - et non par numéro de dossier
  - Cette méthode permet de mieux visualiser les résultats présentés à la suite pour un même service
- Pour la saisie proprement dite**
  - Facilité de saisie en se déplaçant avec les flèches du clavier (paramétrage prévu pour positionnement automatique des résultats)
- Pour la saisie des autres onglets**
  - Grille « TC 23 » autres onglets, recopie automatique des numéros de dossier et de service
  - Grille TC 27, il est possible de faire un « copier coller » des numéros de dossiers et de service afin d'éviter toute ressaisie de ces données

**CHU PACA CORSE**

### 1ère étape: Saisie des services

Commencez par renseigner les services  
Le tableau où vous devez noter les services (nom et code abrégé) se trouve au bas de chaque grille.

2) Remplissez le chiffre correspondant à la spécialité ainsi que le type de service (se référer aux commentaires qui s'affichent lorsque vous passez le souris sur les cases « spécialité » et « type » pour connaître le chiffre adéquate)

**CHU PACA CORSE**

### 1- Saisie des numéros de dossier et de services

Notez le numéro de dossier puis sélectionnez le service grâce au menu déroulant (la liste contient les codes abrégés que vous avez entrés précédemment)  
NB: Il est recommandé de regrouper les données par service

**CHU PACA CORSE**

### 2- saisie numéros de dossier et services

Recopie automatique des onglets dans la grille TC 23

Recopie automatique à partir de l'onglet « Identification Patient » dans les 2 autres onglets

### B- saisie numéros de dossier et services

« Copier/Coller » des données dans la grille TC 27

1- copie des données à partir de la grille TC 23

2- Coller les données dans la grille TC 27

### 3- Saisie des données

Saisir ensuite les résultats des différents items

L'utilisation des « flèches du clavier, flèche vers la droite » facilite la saisie

Rappel : la somme des chiffres inscrits par item doit être égale au nombre total (de supports ou d'épisodes ou de lignes de prescription ou encore d'administrations théoriques... (voir exemple ci-dessous).

Si erreurs, messages d'alerte, voir plus loin

### Contrôles de la saisie

#### 1- oubli de saisie

Si il reste du rouge dans cette colonne, c'est une alerte pour l'oubli de saisie de la donnée dans la case

### Contrôles de la saisie

#### 2- Oubli de saisie du nombre de supports, d'épisodes, de lignes de prescriptions d'administrations

En cas d'oubli de saisie dans la colonne « Saisie du nombre de supports ou d'épisodes ou de lignes de prescription ou d'administrations »

Le chiffre global ici apparaît barré avec fond en pointillé rouge

### Contrôles de la saisie

#### 3- Erreur de saisie pour un item

Si des chiffres rouges apparaissent dans la colonne « vérification », c'est qu'il y a une erreur dans le remplissage des items

On peut repérer de quelle(s) colonne(s), il s'agit en regardant en bas des colonnes

L'absence de chiffres en rouge dans les colonnes « vérification » permet de s'assurer qu'on n'a fait aucune erreur de saisie

### Fonctionnalités de la grille

#### Si un dossier ne contient pas de prescription

Ces particularités si le « Nombre de supports ou d'épisodes ou de lignes de prescription ou encore d'administrations » est égal à 0

Noter 0 dans la case

Ne rien noter dans les colonnes des Items

Le résultat sera \*DN/DI et ne sera pas pris en compte dans la moyenne

INDICATEUR « TENUE DU DOSSIER PATIENT »

Analyse descriptive des résultats agrégés 2009 IPAQSS- ANNEXE

Facteurs associés à la variabilité des résultats - Activité médecine chirurgie obstétrique (MCO)

Janvier 2011

Qualité de rédaction des prescriptions médicamenteuses pendant l'hospitalisation (% d'éléments tracés)				
	2008		2009	
	Dossier non informatisé N = 72 848 (87 %)	Dossier informatisé N = 11 325 (13 %)	Dossier non informatisé N = 67 358 (79 %)	Dossier informatisé N = 18 371 (21 %)
Prescriptions retrouvées et conformes	24,9	67,1	37,7	78,3
Prescriptions médicamenteuses retrouvées	90,7	96	93	96,3
<i>Si prescriptions médicamenteuses retrouvées, présence de :</i>				
1 - Nom et prénom du patient	96,7	98,8	98,1	99,3
2 - Date de prescription	88,7	96,7	90,9	98,1
3 - Signature du prescripteur	52,5	77,6	62,6	86,9
4 - Nom du prescripteur	47,7	81,9	60,3	89,6
5 - Dénomination des médicaments	96,9	98,2	98,5	98,9
6 - Posologie	88,3	95,2	92,4	97,5