

# CBUS : BILAN RAPPORT D'ETAPE 2015

CME 5 juillet 2016

*Catherine MONTAGNIER PETRISSANS- DOMU*

# INTRODUCTION

## ■ **CONTRAT OBLIGATOIRE TRIPARTITE: APHP- ARSIF- AM**

- ▶ 1 rapport d'étape annuel institutionnel

## ■ **RESPECT ENGAGEMENTS/ MEDICAMENTS et DMS**

- ▶ Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et gestion des risques associés aux produits de santé (PS)
- ▶ Sécurisation des circuits des PS
- ▶ Efficience et Bon usage des PS
- ▶ Evaluation des actions mises en œuvre

## ■ **CONTRE-PARTIE:** Financement de l'innovation au travers des listes de PS facturables en sus des GHS

## ■ **DECISION ARS-AM mai 2016:** Financement à 100% des PS inscrits sur la liste en sus **avec une feuille de route et des points à surveiller plus spécialement**

## Vraie dynamique au niveau institutionnel et des GH

- **MANAGEMENT de la qualité de la PECM** : Politique et programme d'actions validés par la CME, bilan annuel, nomination de « référents médicaments » (RSMQ) dans chaque GH (médecins ou pharmaciens)
- **GESTION DES RISQUES**: réévaluation régulière des risques a priori, utilisation croissante d'OSIRIS, REX sur les PS qui se généralisent, bilans réguliers en CME et en commission des soins
  - ▶ Prévention des « 12 nevers-events » identifiés par l'ANSM: Plan institutionnel à mettre en œuvre/4 grands axes: **Communication, formation, recommandations et partage d'expérience**
- **Sensibilisation et formation du personnel médical et non médical dans ces 2 domaines (11% du PNM)**

## ■ RENFORCER LA TENUE DU DOSSIER PATIENT

- ▶ Apprécié au travers des résultats des indicateurs IPAQSS, des audits annuels CBUS
  - *Rédaction d'un traitement de sortie*
  - *Courrier de fin d'hospitalisation avec les prescriptions médicamenteuses*
  - *Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique*
  - *RCP2: exhaustivité et modalités d'organisation de la RCP en cancérologie*

## ■ CONTINUER A SECURISER LE PARCOURS DU PATIENT

- ▶ DEVELOPPER LA PHARMACIE CLINIQUE
  - *Analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses*
- ▶ CONCILIATION MEDICAMENTEUSE A L'ADMISSION, LORS DES TRANSFERTS et en SORTIE d'HOSPITALISATION
- ▶ REMISE SYSTEMATIQUE D'UN DOCUMENT AU PATIENT/ DMI IMPLANTE

## ■ **CIRCUIT DU MEDICAMENT:**

- ▶ Informatisation à poursuivre
- ▶ Développement d'interfaces
- ▶ Plateforme « hôpital numérique » à renseigner systématiquement

## ■ **CIRCUIT DES DMI**

- ▶ Informatisation à généraliser
- ▶ Sécurisation de l'ensemble du circuit à poursuivre
- ▶ Rédaction de procédures de traçabilité de pose de DMI dans l'ensemble des sites de l'AP-HP

## ■ EFFICIENCE

- ▶ Au travers des achats
- ▶ Suivi des consommations
  - *Déploiement d'un outil de suivi des consommations et des résistances aux antibiotiques*
- ▶ Prescription des médicaments en DCI sur les ordonnances honorées en ville
  - *Au priorité pour les médicaments inscrits dans le répertoire des génériques*

## ■ BON USAGE

- ▶ Utilisation des produits de santé dans les situations cliniques « autorisées »
  - *Politique institutionnelle à élaborer pour l'ensemble des médicaments*
  - *Suivi détaillé des utilisations « hors référentiels » pour les médicaments et de certains DMI et présentation en CME*

# CONCLUSION

- **Toujours plus d'exigences en terme de sécurité et de bon usage des PS**
  - ▶ **La plupart des cibles régionales ont été atteintes.**
- **Toujours plus d'acteurs mobilisés pour renseigner ce rapport d'étape**
- **Effort particulier à faire pour sécuriser le circuit des dispositifs médicaux implantables**
- **Partage d'expérience à intensifier**

# ELEMENTS D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES



■ **Programme d'actions assorti d'indicateurs**

- ▶ *Volets bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles et antibiotiques*
- ▶ *Intégré dans PA d'amélioration continue de la Q et de la sécurité des soins*
- ▶ *Validé par la CME et bilan présenté à la CME*

■ **Temps dédié aux missions du RSMQ= 4,8 ETP**

■ **Formations spécifiques à la qualité et la sécurité de la PECM**

- ▶ *PM = 2.656*
- ▶ *PNM= 5.117*

# Politique et gestion des risques

- Etude des **risques a priori/PECM**: *45% des US réévaluées*
- **Dispositif de déclaration** interne et de gestion des événements indésirables: **OSIRIS**
  - ▶ **1.992 événements indésirables déclarés en 2015**
  - ▶ *Fiches actions **EIG**, déclaration directe de certains événements indésirables médicamenteux au **CGRAS**, recueil via **plaintes et réclamations...***
- **Analyse en CREX selon méthodes validées : Méthodes REMED, ALARM ou proches (ORION...) lors de RMM ou CREX.**
- **Actions d'amélioration ←étude risque et réunions de REX**
- **Evaluation des actions d'amélioration jugées prioritaires**
- **Bilan des déclarations et des analyses menées en réunions de REX présenté en CME ET en commission des soins.**

# Prévention des 12 never events (NE)

- **Liste des évènements qui ne devraient jamais arriver** : erreurs de programmation des dispositifs d'administration, de voie d'administration (IT à la place d'IV- voie Iv au lieu voie orale ou entérale)), de rythme d'administration(methothrexate per os); lors de la prise en charge des patients sous anticoagulants; lors de l'administration de KCl injectable, insulines, gaz médicaux, anticancéreux, médicaments d'anesthésie, petits conditionnements unidoses à usage unique (confusion entre médicaments injectables et produits à usage externe); de préparation de médicaments injectables.
- **Actions locales**: la plupart des hôpitaux de l'AP-HP déclarent avoir mis en place des actions :
  - ▶ *Recommandations locales + documents de la COMEDIMS centrale, l'ARS ou la HAS par exemple.*
  - ▶ *Formations sur les NE dans leur ensemble ou sur un NE plus spécifique (e-learning obligatoire pour les IDE, séminaires, formation aux calculs de doses, communication sur les médicaments à risque chaque semestre pour nouveaux internes...) ou des audits avec, pour certains des analyses systématiques en CREX, RMM ou EPP.*

# PARCOURS DU PATIENT

- **Bilan de l'ensemble des traitements pris par le patient réalisé lors de son admission.**
- **Gestion du traitement personnel du patient**
  - ▶ **Questionnaires mis en ligne (nombre de répondeurs):**
    - **1.812 IDE/cadres // 1000 médecins dont internes // 451 patients**
  - ▶ **7/37 sites ont réalisé cet audit en utilisant une autre méthodologie**
- **Continuité du traitement médicamenteux organisée à la sortie (transferts inclus).**
- **Connexion au dossier pharmaceutique.**
  - ▶ **19 PUI connectés // 3 médecins**
- **Rédaction des prescriptions de sortie (et de consultations) en DCI.**

- **Analyse pharmaceutique des prescriptions complètes de médicament:**
  - ▶ **52 % des lits et places MCO**
  - ▶ **63% si on considère l'ensemble des lits et places**  
**Inférieur à la cible régionale (60%) pour les lits MCO**
- **Délivrance nominative du traitement médicamenteux complet:**
  - ▶ **23 % des lits et places MCO**
  - ▶ **48% si on considère l'ensemble des lits et places de l'AP-HP**
- **Démarche en vue de l'automatisation de la délivrance nominative des médicaments: 6 GH ont des projets**

# CIRCUIT DES DMI (1/2)

## ■ PROCEDURE DE TRACABILITE DE POSE DES DMI

- *67% des hôpitaux déclarent avoir rédigé cette procédure*

## ■ REMISE AU PATIENT d'un document de traçabilité en cas d'implantation d'un DMI

- *OUI de façon systématique dans 5 hôpitaux: documents des fabricants et document type*
- *Documents types dans 8 hôpitaux; intégration progressive de cette remise au patient dans le programme d'action « Q et sécurité des soins »*

## ■ Audit de pratique: «l'établissement s'assure de la qualité de la traçabilité de pose des DMI dans le dossier du patient »

- *1.593 dossiers de patients audités/ 5.283 DMI implantés*
- *Traçabilité sanitaire complète pour 4.566 DMI*

CMP- DOMU-CME 5 JUILLET 2016

14

- **Médicaments : Nombre de patients ayant reçu des médicaments dans**
  - ▶ *des indications AMM: n= 27.282*
  - ▶ *des indications «hors référentiels»: n= 4.488*
  
- **AUDIT/ présence dans le dossier du patient de la justification de l'utilisation « hors référentiels »:**
  - ▶ *515 dossiers de patients audités*
  - ▶ *68% des dossiers jugés conformes par les auditeurs.*
  - ▶ *Cause de non-conformité la plus fréquente = absence de références bibliographiques dans le dossier du patient.*