



GROUPE HOSPITALIER
DE LA ROCHELLE - RÉ - AUNIS

Mise en œuvre du management de la qualité sur le Groupe Hospitalier La Rochelle Ré Aunis

OMEDIT 14 Juin 2017





Deux approches complémentaires

> L'approche préventive

Démarche visant à identifier le risque a priori :

- *Identifier les situations dangereuses et les vulnérabilités*
- *Mise en place d'actions de prévention et suivi de leur efficacité*

Suivi
d'indicateurs

Cartographie des
risques

Nevers-
Evens

Compte
qualité

> L'approche réactive

Analyse a posteriori des EI survenus ou avérés

- Objectif : limiter le nombre d'EI ou réduire les conséquences dommageables de ceux-ci par la mise en place d'actions correctives

Complémentarité des deux démarches



Exemple de démarche : Stockage des médicaments dans les unités de soins

1. CHECK = Contrôler

Suivi de l'indicateur :
« visites annuelles des dotations de services »
2014 : 19/141
2015 : 31/141



2. ACT = Réagir

Identifier les impacts de la non réalisation de ces visites :
iatrogénie, sur-stockage, périmés.
Identifier les causes:

- Absentéisme,
- Augmentation de l'activité,
- Charge de travail : Révision de la dotation + Contrôle de l'armoire

4. DO = Réalisation des actions programmées

2016 : 45/141 armoires
2017 : 141 audits flash + ?
révisions de dotation

3. PLAN = Prévoir = planifier

Modification de la procédure sur le stockage : délégation de la responsabilité du contrôle des périmés, du nettoyage de l'armoire aux services de soins
Travail en collaboration avec la direction des soins pour l'attribution du personnel pour la révision des dotations
Réorganisation travail des PPH : identification d'1 poste « visite de service »
Mise en place d'audits annuels flash sur le stockage des médicaments



Exemple : Médicaments inappropriés chez le sujet âgé

1. CHECK = Contrôler

Audit un jour donné chez tous nos patients de plus de 75 ans de la prescription de MIPA

2. ACT = Réagir

Enquête auprès des médecins de leur positionnement par rapport à la prescription chez le sujet âgé



4. DO = Réalisation des actions programmées

Diffusion du livret
Information aux prescripteurs
Interventions pharmaceutiques

3. PLAN = Prévoir = planifier

Elaboration d'un livret synthétique pour la prescription chez le sujet âgé

FIBRILLATION ATRIALE

CE QU'IL FAUT SAVOIR:

- Calculer le score de Chads Vasc versus Hemorragie ou Has bled.
- Penser à ralentir la fréquence cardiaque plutôt que de réduire l'arythmie (sauf si intolérance).
- Le tableau ci-contre décrit les modalités d'introduction de la Warfarine.

Jour	INR	Posologie quotidienne de Warfarine
J0 (1 ^{ère} prise)	Ne pas faire	4 mg
J1 (1 ^{ère} prise)	Ne pas faire	4 mg
J2 (1 ^{ère} prise)	Ne pas faire	4 mg
J3	$INR < 1,3$ $1,3 \leq INR < 1,5$ $1,5 \leq INR < 1,7$ $1,7 \leq INR < 1,9$ $1,9 \leq INR < 2,5$ $INR > 2,5$	5 mg 4 mg 3 mg 2 mg 1 mg Arrêt et mesure quotidienne de l'INR jusqu'à $INR < 2,5$ puis 1 mg
J6±1	$INR \leq 1,6$ $1,6 < INR \leq 2,5$ $2,5 < INR \leq 3,5$ Si poso warfarine ≥ 2 mg Si poso warfarine = 1 mg $INR > 3,5$	Augmenter la poso de 1 mg/j Maintenir la poso Réduire la poso de 1 mg/j Maintenir la poso à 1 mg/j Cf gestion des surdosages (HAS 2008)

« Ce qu'il faut savoir »

Particularité de prise en charge du sujet âgé sur la pathologie



Traitement antithrombotique

>> Anticoagulants

AVK

Coumadine®: Warfarine.
 Previscan®: Fluindione.
 ⚠ Interactions médicamenteuses (ATB, Antifongiques, AINS): risques de surdosages.
 Préférer Warfarine (meilleure tolérance + doses plus faciles à manipuler).

NACO

Pradaxa®: Dabigatran: attention à l'observance (2 prises /jour).
 Xarelto®: Rivaroxaban.
 Eliquis®: Apixaban.
 Contrôle régulier de la Clairance à l'initiation + en surveillance du traitement et à chaque épisode aigu.
 Contre-indication si Clairance Cockcroft < 30 ml/min.



Correction du rythme cardiaque

>> Bêtabloquants à privilégier en l'absence de contre-indication

Cardensiel®: Bisoprolol
 Sactal®: Acebutolol
 Seloken®: Metoprolol

À privilégier
 Cardiosélectif

Kredex®: Carvedilol
 Trandate®: Labetalol
 Avlocardyl®: Propranolol

À ÉVITER

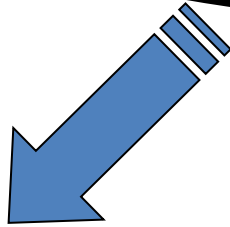
Les traitements à utiliser en première intention

Les traitements à éviter



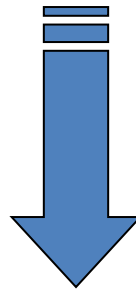
Développement d'une culture positive du risque

Formation et Sensibilisation

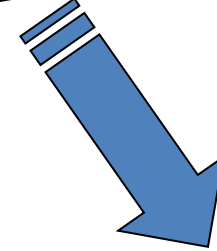


IDE

- Formation annuelle :
iatrogénie médicamenteuse
- Semaine de la sécurité :
Chambre des erreurs
Audit interruption de tâche



CME



Patient

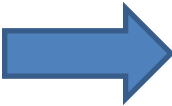
Intervention en CRUQ
Semaine de la sécurité

Chambre des erreurs

> Mise en scène des erreurs médicamenteuses :

- Il est 12h sur l'horloge et les traitements de 8h sont toujours sur l'adaptable dans le gobelet
- Pour exécuter la prescription d'Augmentin 2g inj l'IDE a utilisé deux flacons de 1g/125mg d'Augmentin
- Risque de surdosage de paracétamol: le patient a une prescription de Doliprane® 500mg et on retrouve une boîte de Dafalgan® 500mg dans le tiroir de sa table de nuit
- Sur Pharma les prises de 18h sont tracées comme administrées



- 
- Analyse des pratiques professionnelles
 - Acquisition et actualisation des connaissances et des compétences
 - Eveil de l'intérêt et de la compréhension des actions correctives engagées



Interruption de tâche

- > Observation des soignants (IDE et AS) : mesure des interruptions de tâche au cours de la réalisation des soins
- > Pour chaque interruption, détermination :
Du lieu, de la nature, de l'origine, de la réaction et de la durée
- > **Objectifs :**
 - Sensibiliser les professionnels de santé à l'interruption de tâche
 - Proposer des outils pour comprendre et agir en équipe sur l'IT afin de sécuriser les soins.



Le RSMQ

Exigences

IPAQSS
PHMEV
Certification HAS
CBU

Risques
identifiés

Cartographie
Audit
Déclaration d'EI

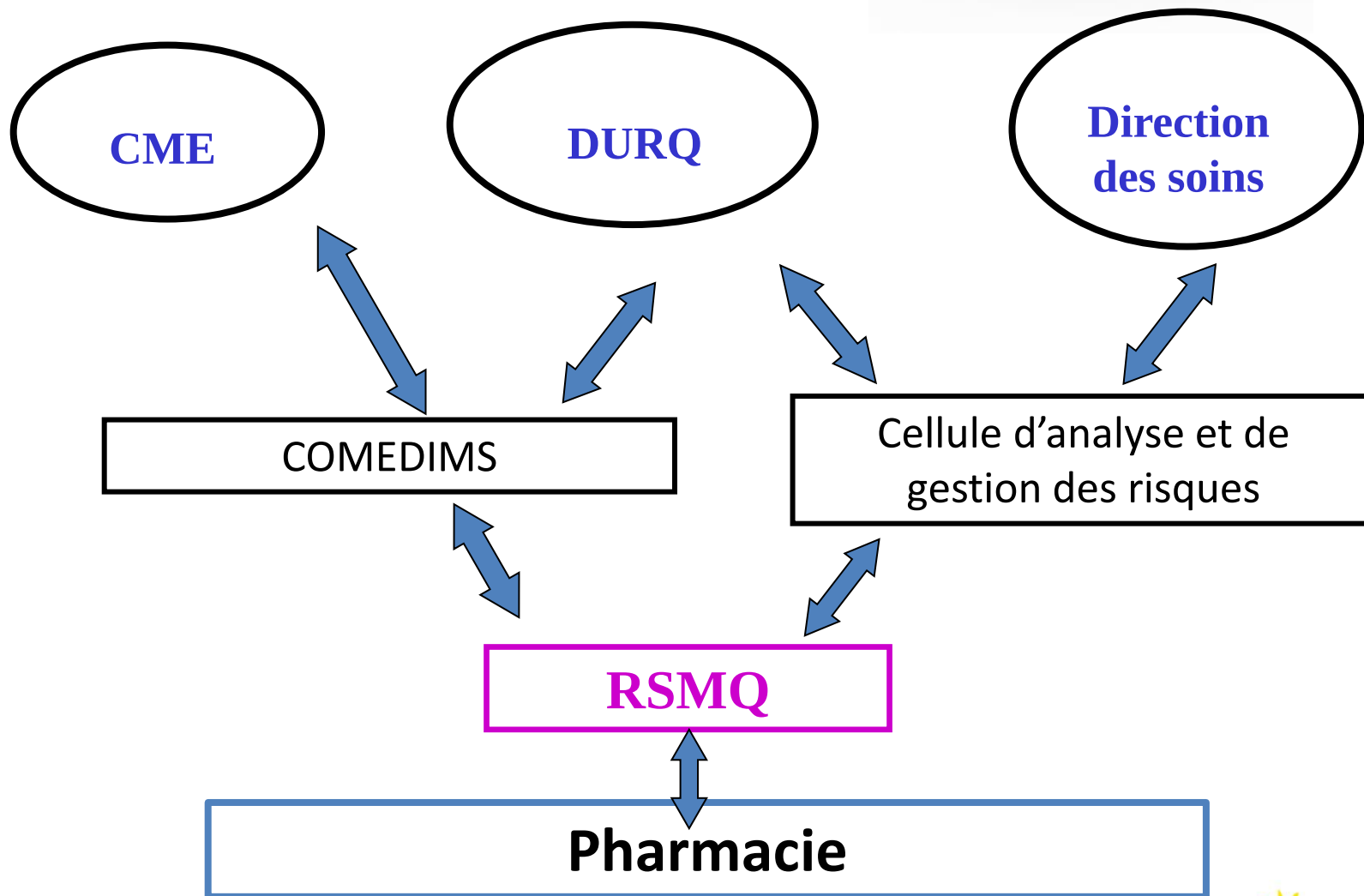


Suivi des
actions

Centralise et
valorise les
actions menées



Le pilotage



➤ **Merci de votre attention...**
La qualité c'est ...



... l'affaire de tous !
...si vous avez des questions.