



HAL
open science

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient précaire : analyse des risques au Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Grenoble via l'outil de la cartographie des risques

Sabine Motyka

► **To cite this version:**

Sabine Motyka. Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient précaire : analyse des risques au Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Grenoble via l'outil de la cartographie des risques. Sciences pharmaceutiques. 2016. dumas-01529938

HAL Id: dumas-01529938

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01529938>

Submitted on 31 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient
précaire :
Analyse des risques au Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
de Grenoble via l'outil de la cartographie des risques**

**MEMOIRE DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PHARMACIE
HOSPITALIERE - PRATIQUE ET RECHERCHE**

Conformément aux dispositions du décret N°90-810 du 10 Septembre 1990 tient lieu de

**THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT**

Sabine MOTYKA

[Données à caractère personnel]

**Thèse soutenue publiquement à la faculté de pharmacie de Grenoble*
Le 1 juillet 2016**

Devant le Jury composé de

Président du jury : Monsieur le Professeur Benoit ALLENET

Membres du jury : Madame le Docteur Myriam BLANC
Madame le Docteur Lauranne COIGNARD
Madame le Docteur Audrey JANOLY-DUMENIL
Madame le Docteur Françoise PORTENEUVE
Madame le Docteur Isabelle RIEU (directeur de thèse)

*La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen : SEVE Michel
Vice-doyenne : DEMEILLIERS Christine

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahoène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I) -
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
MARTIN	Donald	Laboratoire TIMC-IMAG (UMR 5525 UJF-CNRS)
MOINARD	Christophe	LABFA (U Inserm 1055)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
WOUESSIDJEWÉ	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRACTIENS HOSPITALIERS

ALLENET	Benoit	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
CORNET	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH-THEREX-TIMC)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)

PROFESSEURS EMERITES

CALOP	Jean
GRILLOT	Renée
ROUSSEL	Anne-Marie

Dernière mise à jour : NM 16/02/2016

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 76 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BELAIDI-CORSAT	Elise	Pharmacologie Physiologie –(HP2)
BOURGOIN	Sandrine	Biochimie – Biotechnologie (IAB)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (L.B.S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique (Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128)
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (L.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
OUKACINE	Farid	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M.)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie (D.P.M)

MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

BEDOUC	Pierrick	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
BUSSER	Benoit	Pharmacie (IAB-INSERM)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I)

PROFESSEURS CERTIFIES

FITE	Andrée
GOUBIER	Laurence

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES (PAST/MAST)

BELLET	Béatrice	Pharmacie Clinique
RIEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
TROUILLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)

PROFESSEURS AGREGES (PRAG)

GAUCHARD	Pierre-Alexis	(D.P.M)
-----------------	---------------	---------

CHU : Centre Hospitalier Universitaire
 CIB : Centre d'Innovation en Biologie
 DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
 HP2 : Hypertension Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
 IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogénèse et Ostéogénèse »
 IBS : Institut de Biologie Structurale
 LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes
 LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
 LCIM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
 LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
 LECA : Laboratoire d'Écologie Alpine
 LR : Laboratoire des Radiopharmaceutiques
 TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de la Cognition
 UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Dernière mise à jour : NM 16/02/2016

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 76 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

REMERCIEMENTS

A Benoit ALLENET, pour ta bienveillance tout au long de mon internat et pour avoir accepté de juger mon travail.

A Isabelle RIEU. Tout d'abord pour avoir accepté d'encadrer ce sujet de thèse. Je te remercie pour tes nombreuses relectures et conseils précieux qui m'ont permis de mener à bien ce projet qui me tenait à cœur.

A Audrey JANOLY-DUMENIL, merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Je suis très honorée de l'attention que vous apportez à ce travail.

A Myriam BLANC, pour avoir initié et cru en ce projet dès le départ. Merci pour ta bienveillance et ton altruisme.

A Françoise PORTENEUVE, pour m'avoir épaulée et encouragée tout au long de ce projet.

A Lauranne COIGNARD, pour avoir participé à l'élaboration de ce travail et pour ton soutien dans ce projet.

A Angélique pour avoir cru en ce projet et pour m'avoir aidée à le réaliser.

A Natascha pour ta participation à ce travail et pour ta bonne humeur.

A tous les bénévoles du CASO de Grenoble pour leur accueil et leur écoute.

A toutes les équipes que j'ai côtoyées durant mon internat, merci pour votre accueil, votre bonne humeur et vos enseignements.

A mes parents, pour leur soutien sans faille et leur joie de vivre omniprésente malgré la distance.

A mon frère, pour notre complicité de toujours et tes photos du Chili qui m'ont permis de voyager tout en restant à Grenoble.

A Thomas, pour ta joie de vivre quotidienne et ton positivisme. Merci de rendre ma vie chaque jour plus joyeuse et drôle.

A Marie, pour ton sourire en toute circonstance, un vrai soleil pendant mon internat.

A Constance, pour ton amitié fidèle qui a commencé dans une salle de cinéma et qui sera, j'en suis sûre, une histoire sans fin.

A Bastien et Romain pour votre humour et les nombreuses soirées passées ensemble.

A Anne Laure, Flore Anne et Hélène qui ont été des co-internes formidables mais avant tout des amies.

A Caroline, ma Brenda, pour ta bonne humeur et ton sens de l'humour qui ne m'ont pas quitté durant cet internat.

A tous mes co-internes pharmaciens et médecins : Ariane, Bénédicte, Chloé, Elodie, Florian T. Gwendal, Léonie, Maelle, Matthieu, Morgane V, Morgane H, Nicolas P, Nicolas C, Pauline, Sophie, Thomas.

Merci de m'avoir aidée à décompresser devant une tasse de thé ou une bière.

A Gauthier, pour ton écoute et ton réconfort lors de nos ballades au parc de Sceaux.

A Aimie et Marie, pour plus de dix ans d'écoute et de soutien. Pour toutes nos soirées et fous rires qui m'ont permis d'être ce que je suis. Les copines d'abord !

A Nicole, pour ta joie de vivre même dans les moments durs.

A Astrid et à notre amitié qui dure depuis le CP.

Aux copains de Thomas, pour leur accueil et les soirées passées et à venir.

A la famille Quillon, pour leur accueil chaleureux.

A ma famille et à tous ceux qui sont partis trop tôt et qui ont contribué de près ou de loin à faire de moi ce que je suis.

Table des matières

LISTE DES FIGURES	10
LISTE DES TABLEAUX	11
LISTE DES ANNEXES.....	12
LISTE DES ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION.....	15
I. INTRODUCTION GENERALE	16
II. GESTION DU RISQUE : DE SON DEVELOPPEMENT A SON APPLICATION AU MONDE DE LA SANTÉ	18
A. <i>Gestion du risque</i>	18
B. <i>Application au monde de la santé</i>	20
C. <i>Outils mis en place en établissements de soin</i>	24
III. MEDECINS DU MONDE (MDM): DE SA PLACE AU SEIN DU SYSTEME DE SOIN EN FRANCE AUX PARTICULARITES DE SA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE.....	27
A. <i>Contexte général</i>	27
B. <i>Prise en Charge Médicamenteuse au CASO : Particularités et risques associés</i>	30
IV. DEVELOPPEMENT DE LA GESTION DU RISQUE	39
V. PRESENTATION DE L'OUTIL DE CARTOGRAPHIE DES RISQUES	41
VI. OBJECTIF.....	44
MATERIELS ET METHODES.....	45
I. MATERIELS : PRESENTATION ET ANALYSE DU TERRAIN D'ETUDE.....	46
II. METHODE : PRESENTATION DE LA METHODE EMPLOYEE.....	49
A. <i>Description du parcours</i>	50

B.	<i>Risques bruts</i>	50
C.	<i>Moyens de maîtrise</i>	52
D.	<i>Risques nets</i>	53
E.	<i>Recommandations</i>	53
RESULTATS		54
I.	ANALYSE FONCTIONNELLE DU CIRCUIT ET RISQUES ASSOCIES	56
A.	<i>Etape d'approvisionnement</i>	58
B.	<i>Etape de prescription</i>	58
C.	<i>Etape de cueillette des médicaments</i>	59
E.	<i>Etape de remise du traitement et conseils</i>	59
II.	ANALYSE DES RISQUES IDENTIFIES	60
A.	<i>Analyse des risques par processus élémentaire</i>	60
B.	<i>Analyse des risques par criticité</i>	63
III.	ANALYSE DES MOYENS DE MAITRISE	64
IV.	EVOLUTION DE LA CRITICITE DU RISQUE BRUT ET NET	68
V.	RISQUES MAJEURS ET RECOMMANDATIONS	69
A.	<i>Processus de prescription</i>	71
B.	<i>Processus de cueillette des médicaments</i>	73
C.	<i>Processus de remise du traitement et conseils</i>	74
VI.	ANALYSE DES RISQUES RESIDUELS	76
DISCUSSION		79
A.	<i>Analyse des risques et des moyens de maitrise associés</i>	80
B.	<i>Recommandations et mise en application</i>	81
C.	<i>Critique de la matrice</i>	82
D.	<i>Obstacles rencontrés</i>	84
E.	<i>Bilan et perspectives</i>	85
CONCLUSION		86
BIBLIOGRAPHIE		90
ANNEXES		96

Liste des figures

Figure 1: Le « swiss cheese model » de Reason	19
Figure 2: Représentation de la pyramide des risques selon Bird	40
Figure 3 : Représentation des processus élémentaires de la PECM au sein du CASO de Grenoble	57
Figure 4 : Répartition des risques identifiés en fonction de leur processus élémentaire	60
Figure 5 : Répartition de la criticité des risques bruts en fonction de leur processus élémentaire	61
Figure 6: Répartition de la criticité des risques bruts	63
Figure 7: Répartition du niveau de maîtrise des risques identifiés	65
Figure 8 : Répartition du niveau de maîtrise des risques en fonction de leur processus élémentaire	67
Figure 9 : Evolution de la criticité entre le risque brut et le risque net	68
Figure 10 : Evolution de la criticité initiale et résiduelle des risques nets sous format radar ..	77
Figure 11 : Evolution de la criticité initiale et résiduelle des risques nets	78

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des personnes reçues aux CASO selon le groupe continental	32
Tableau 2 : Représentation de la matrice de criticité	52
Tableau 3 : Résumé des risques ayant fait l'objet d'une recommandation	69

Liste des annexes

Annexe 1: Echelle de gravité	97
Annexe 2: Echelle de fréquence.....	98
Annexe 3: Echelle de niveau de maîtrise du risque	98
Annexe 4 : Description du processus	99
Annexe 5 : Risques bruts pour l'étape approvisionnement et prescription.....	100
Annexe 6 : Risques bruts pour l'étape de cueillette, de traçabilité et de remise du traitement et conseils	101
Annexe 7 : Moyens de maîtrise des risques pour l'étape approvisionnement et prescription	102
Annexe 8 : Moyens de maîtrise des risques pour l'étape de cueillette, de traçabilité et de remise du traitement et conseils	103
Annexe 9: Recommandations émises par le groupe de travail.....	104
Annexe 10 : Exemple de plan de prise en Albanais	106
Annexe 11: Tableau d'aide à la reconstitution et à l'utilisation des suspensions buvables et sirops disponibles au CASO de Grenoble	107
Annexe 12 : Etat d'avancement des recommandations au 10 juin 2016	109

Liste des abréviations

AMDE : Analyse des Modes de Défaillance et de leurs Effets

AMDEC : Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité

AME : Aide Médicale d'Etat

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AFSSAP devenue ANSM en 2012 : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

APR : Analyse Préliminaire des Risques

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes

CMU : Couverture maladie universelle

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

DGS : Direction Générale de la Santé

EIG : Evénements Indésirables Graves

EM : Erreur Médicamenteuse

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables graves associés aux Soins

ES : Etablissement de Santé

GDR : Gestion Des Risques

HAS : Haute Autorité de Santé

MDM : Médecins du Monde

MNU : Médicaments Non Utilisés

OMEDIT : Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation
Thérapeutique

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PHI : Pharmacie Humanitaire Internationale

PECM : Prise en charge médicamenteuse

SHAM : Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles

Introduction

I. Introduction générale

L'association Médecins du Monde (MDM) est un mouvement international indépendant de militants actifs qui soignent, témoignent et accompagnent le changement social. Ses missions sont installées dans plus de 60 pays à travers le monde et ce depuis plus de trente ans.

Face aux conditions difficiles d'accès aux soins en France, MDM ouvre en 1986 son premier Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) afin d'accueillir les patients en situation de précarité et de leur proposer une prise en charge médicale adaptée. Malgré une réforme de la protection sociale dans le cadre de la loi de lutte contre l'exclusion en 1998 et l'ouverture de plus de 400 Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), l'action de MDM en France n'a cessé d'exister et connaît même une inquiétante hausse d'activité depuis 2008 (1). Le contexte de crise économique et migratoire traversée par l'Europe actuellement accentue l'écart qui se creuse dans l'accès aux soins en France.

La précarité des conditions de vie, la différence de croyances et de pratiques culturelles ainsi que le retard d'accès aux soins sont autant de facteurs à prendre en compte afin d'offrir une prise en charge médicale adaptée et sécurisée au sein des CASO.

Dans plus d'une consultation sur trois, une difficulté de communication entre le patient et le soignant liée à la barrière de la langue est recensée et représente à elle seule un risque majeur dans la prise en charge médicamenteuse (PECM) du patient (2). Ainsi au vu de la littérature, il a été établi que la barrière linguistique conditionne la qualité des soins donnés et majore le risque d'erreurs médicamenteuses (EM) (3)(4)(5)(6). Ces risques liés aux caractéristiques de la population accueillie à MDM s'accumulent à ceux décrits suite aux

Enquêtes Nationales sur les Evènements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS) et qui sont propres à la PECM de tout patient.

Dans le but d'améliorer cette prise en charge et de prévenir les EM, le cadre réglementaire évolue en conséquence et préconise l'utilisation d'outil de gestion du risque tel que la cartographie des risques afin d'étudier les risques encourus par les patients au cours de leur prise en charge médicamenteuse et de les prévenir.

A Grenoble, un patient en situation de précarité peut être pris en charge soit par le CASO de Grenoble soit par la PASS du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes (CHUGA). Cette dernière, conformément à l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments, a réalisé une cartographie des risques de sa PECM en 2015 (7)(8).

En tant qu'organisme à but non lucratif, MDM n'est pas été concerné par ce cadre réglementaire, néanmoins nous pouvons nous interroger sur la PECM des patients au CASO de Grenoble : quelles sont les spécificités de ce circuit, quels sont les risques associés et les moyens de maîtrise déjà mis en place et quel sont les point d'amélioration à proposer afin de sécuriser la PECM?

Dans ce contexte, une cartographie des risques a été réalisée dans le but d'identifier et d'analyser les risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients accueillis au CASO de Grenoble. Dans un premier temps, nous analyserons les données de la bibliographie disponibles sur la gestion du risque et sur la PECM au sein de MDM. Dans un deuxième temps, nous appliquerons l'outil de la cartographie des risques au circuit de la PECM au CASO de Grenoble. Par la suite nous présenterons et discuterons les résultats obtenus avant de conclure.

II. Gestion du risque : De son développement à son application au monde de la santé

A. Gestion du risque

Le risque est une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine. Il peut aussi être défini comme un événement redouté qui réduit l'espérance de gain et/ ou d'efficacité dans une activité humaine (9).

Il est classiquement défini par deux paramètres indissociables :

- la probabilité de survenue de l'événement indésirable, définie en termes de fréquence d'apparition ou de vraisemblance en y combinant une notion de détectabilité de l'événement ;
- la gravité des conséquences de cet événement en termes de dommages sur l'élément vulnérable.

La combinaison de ces deux paramètres est mesurée par le concept de criticité permettant de caractériser un risque et de le hiérarchiser vis à vis des autres risques existants.

La gestion des risques (GDR) est un processus régulier permettant d'identifier, d'analyser, de contrôler et d'évaluer les risques qui ont causé ou aurait pu causer un dommage. La prise de risque étant indissociable de l'activité humaine, la GDR ne vise donc pas à supprimer le risque mais à concilier la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l'accompagnent.

Reason a représenté la complexité de la genèse d'un risque au travers du « swiss cheese model » (10). Ce modèle illustre le fait que l'erreur se combine à des facteurs techniques et organisationnels, qui se succèdent et favorisent le cheminement de l'erreur à travers les différentes barrières du système, symbolisées sous forme de tranches de gruyère ; chaque trou représentant une faille dans un niveau de défense (Figure 1).

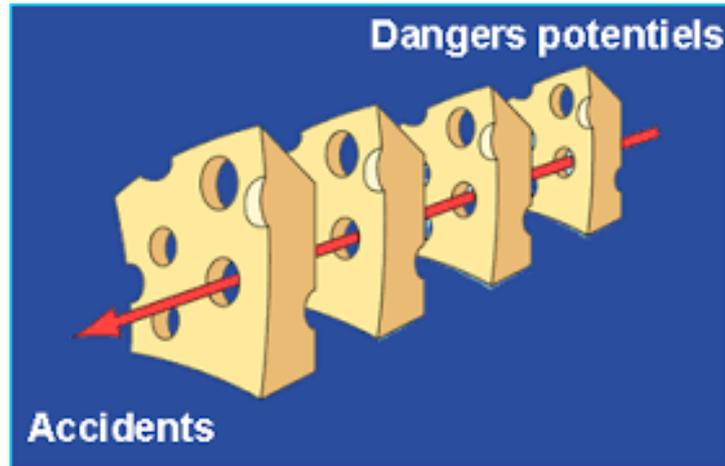


Figure 1: Le « swiss cheese model » de Reason (11)

Afin de sécuriser le processus, il est donc nécessaire de récupérer ou d'empêcher les erreurs liées aux opérateurs en réduisant la taille des « trous » et leur nombre.

B. Application au monde de la santé

La notion de gestion de risque s'est imposée récemment dans le domaine de la santé et s'est intensifiée suite à la parution des résultats des deux enquêtes ENEIS ainsi que le rapport « To Err Is Human : Building a Safer Health System » pour les Etats Unis (12).

En effet, en 2004 la première enquête ENEIS (ENEIS1) marque un tournant dans la qualité de la PECM à l'hôpital. L'objectif principal était d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé (ES) c'est-à-dire tout événement indésirable associés aux soins qui entraînent une hospitalisation, une prolongation d'hospitalisation, un handicap ou une incapacité, ou ceux associés à une menace vitale ou à un décès (13).

Cette étude révèle que 40,2% des EIG qui ont lieu dans un ES sont évitables. Parmi ces évènements, un peu moins d'un tiers est lié au médicament. Ce dernier représente ainsi la troisième cause d'évènements indésirables graves et est impliqué dans 1.3% des admissions à l'hôpital.

En 2009, cette enquête a été réalisée une seconde fois (ENEIS 2), dans le but d'observer les évolutions entre 2004 et 2009. Afin de pouvoir comparer au mieux les données, les résultats obtenus lors d'ENEIS 1 ont été recalculés à méthodologie constante. En comparant les résultats d'ENEIS 1 et d'ENEIS 2, il s'est avéré que la densité d'incidence des EIG évitables identifiés lors d'une hospitalisation et due à un médicament était semblable. De façon globale, les résultats de 2009 sont restés très proches de ceux de 2004.

De plus les deux enquêtes ENEIS font ressortir des facteurs de risques contributifs et latents à l'origine des évènements indésirables liés aux médicaments tels que des

dysfonctionnements dans la communication et l'organisation. La parution de ces résultats, montrant l'absence de changement notable entre 2004 et 2009, place l'amélioration de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) dans les ES comme une priorité au niveau national et international. Dans un établissement de santé, de sa bonne organisation dépend la prise en charge optimale des patients ainsi que la réduction des risques et des coûts de soins.

Le terme de PECM est récent puisqu' initialement la terminologie usitée était celle de circuit du médicament. Il a été défini de façon réglementaire par l'arrêté du 6 avril 2011. Il englobe à la fois un circuit clinique et logistique et replace le patient et non plus le médicament au centre du processus.

Ce circuit combine 7 phases successives (14) :

- La prescription. Elle est le point de départ du circuit de la PECM du patient.
Il s'agit d'un acte médical menant à la rédaction d'une ordonnance par le médecin ou par toutes personnes habilitées après examen du patient. De sa qualité dépend la qualité des autres étapes.

- La préparation. Cette étape relève du domaine pharmaceutique et correspond à la réalisation de préparations magistrales et hospitalières et ne doit pas être confondu avec l'étape de préparation des doses à administrer. Les différentes catégories de préparations sont définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et leur réalisation doit être conforme aux bonnes pratiques de préparation.

- La dispensation. C'est un acte pharmaceutique qui consiste en l'analyse pharmaceutique de la prescription rédigée par le médecin, la délivrance des médicaments de la prescription, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage des médicaments.

- Le transport. Cette étape correspond à l'acheminement des médicaments de la pharmacie à l'unité de soin. Elle peut être défaillante et entraîner des erreurs médicamenteuses. Les conditions de transport doivent garantir la sécurité des médicaments, leurs conditions de conservation (température, lumière etc.) et leur hygiène.

- La détention et le stockage. Le stockage et l'étiquetage des médicaments détenus dans les unités de soins doivent être conformes à la réglementation en vigueur. Le choix des équipements de stockage est basé sur le respect de la sécurité, de la confidentialité, de l'hygiène, de l'ergonomie et de la fiabilité.

- L'administration relève du rôle infirmier. Elle repose sur la prise de connaissance de la prescription médicale et comprend les étapes suivantes :
 - la planification des actes d'administration des médicaments
 - la préparation de l'administration des médicaments
 - l'acte d'administration proprement dit
 - l'enregistrement de l'acte d'administration
 - l'information du patient
 - la surveillance thérapeutique du patient.

- L'information du patient. Tout patient bénéficiant d'une thérapeutique médicamenteuse doit recevoir une information. Cette activité est partagée entre les prescripteurs, l'équipe soignante et le pharmacien. Elle peut être optimisée grâce à l'élaboration de documents d'information et d'éducation destinés aux patients.

Une défaillance lors de la PECM du patient peut mener à une erreur médicamenteuse (EM) définie comme tout dommage survenant chez le patient, lié à sa prise en charge médicamenteuse et résultant de soins appropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soins.

Elle peut être secondaire à l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Par définition, elle est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la PECM du patient. Elle peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament et c'est l'absence de barrières et de moyens de récupération qui mène à l'EM.

Ainsi chaque étape de la PECM est à la fois source d'erreurs mais aussi de récupération de ces erreurs.

Une EM ayant lieu au niveau de l'étape de prescription peut donc être repérée et récupérée lors des étapes de dispensation ou d'administration. A l'inverse l'étape d'administration se situant en fin de chaîne représente l'étape la plus à risques comptabilisant à elle seule 57,1% des erreurs médicamenteuses signalées selon le rapport du guichet des erreurs médicamenteuses rédigé par l'AFASSAPS en 2009 (15).

Dans ce contexte, le monde hospitalier développe de nombreux outils permettant de détecter ou de prévenir les EM (16).

C. Outils mis en place en établissements de soins

De nombreux documents et outils ont ainsi été développés dans le but d'accompagner les ES dans l'amélioration de la sécurisation de la PECM.

Le premier outil que nous pouvons citer est l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Elle a pour objectifs d'identifier, de résoudre et de prévenir les problèmes liés à la prise de médicaments ainsi que de contrôler l'aptitude de ces prescriptions à satisfaire les besoins exprimés et implicites du patient. Ce processus d'analyse est mis en œuvre par les pharmaciens. Il consiste en une analyse réglementaire, pharmacothérapeutique et clinique des ordonnances. Le taux d'interception des événements iatrogènes médicamenteux évitables grâce à l'analyse pharmaceutique des ordonnances a été évalué dans la littérature et varie entre 31 et 77% (17)(18)(19)(20).

Une autre barrière permettant de sécuriser la PECM est la dispensation nominative de médicaments. Plusieurs études ayant comparées les différents systèmes de dispensation entre eux montrent que le taux d'erreurs médicamenteuses est beaucoup plus faible dans le cadre de la dispensation individuelle nominative par rapport à la dispensation globalisée (19)(21). Ces études concluent que la dispensation individuelle informatisée en conditionnement unitaire constitue le système le plus efficace pour éviter que l'organisation du circuit du médicament ne génère des erreurs médicamenteuses.

Actuellement, afin d'augmenter l'efficacité de ce mode de dispensation et généraliser son déploiement, l'automatisation de la préparation des doses à administrer tend à se démocratiser.

L'établissement de l'historique médicamenteux à l'admission du patient dans un service par un pharmacien est un autre outil majeur dans la sécurisation de la PECM. Ce recueil de tous traitements pris par le patient permet de réaliser une conciliation médicamenteuse qui associe une réduction de mortalité et de survenue d'événement indésirable médicamenteux (22)(23)(24). La conciliation est définie par la HAS comme un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Ce bilan est nécessaire étant donné qu'une divergence non intentionnelle du traitement habituel est présente chez un peu plus de la moitié des patients à leur admission (25). De plus, l'analyse de l'historique médicamenteux permet de rechercher une cause iatrogène d'hospitalisation, présente dans un cas sur dix (16).

La place du pharmacien dans cette mission se justifie par sa connaissance des médicaments ainsi que par la qualité du recueil des médicaments. Ainsi il a aussi été démontré que l'historique médicamenteux était plus complet et précis quand il était assuré par un pharmacien clinicien que lorsqu'il était réalisé par une infirmière (16).

La HAS, à travers le projet High 5 de l'OMS, a ainsi expérimenté la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux dans 9 établissements de santé français, afin d'améliorer la précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins du patient (26). Les établissements français qui ont participé à cette étude ont mis au point une boîte à outils contenant des outils standardisés afin de faciliter la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux. Cette étude a permis de confirmer que la conciliation médicamenteuse est une méthode puissante d'interception des EM et de prévention de la iatrogénie médicamenteuse impactant grandement la sécurisation de la PECM.

Afin de simplifier la réalisation de l'historique médicamenteux du patient, l'utilisation du dossier pharmaceutique se développe depuis 2007. Ce dernier recense, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois. De plus, afin de favoriser le partage d'informations entre la ville et l'hôpital, les pharmaciens exerçant dans une pharmacie à usage intérieur d'un ES peuvent accéder au DP dans les mêmes conditions que les pharmaciens d'officine.

La généralisation de la prescription informatisée permet de réduire les EM car elle diminue les retranscriptions et les ambiguïtés liées à la rédaction d'une ordonnance (27). Ainsi l'arrêté du 06 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les ES, souligne que l'informatisation des processus de prise en charge médicamenteuse est une des conditions essentielles de sa sécurisation.

Concernant la sécurisation de l'administration des médicaments, la règle des 5B est considérée comme un outil majeur et largement répandu. Elle doit guider chaque action réalisée lors de l'administration des médicaments permettant de s'assurer que le Bon médicament est administré à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment et au Bon patient.

III. Médecins du Monde (MDM): De sa place au sein du système de soins en France aux particularités de sa Prise en Charge Médicamenteuse

A. Contexte général

L'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité a été formalisé en France pour la première fois suite à la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale et gratuite. Cette loi stipule que « Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine » (28). En France, depuis cette loi, les plus pauvres, français et étrangers, peuvent donc bénéficier d'un accès gratuit aux soins de santé quel que soit leur statut.

Pourtant dans les années 1950, le cri d'appel de l'abbé Pierre et l'association ATD Quart monde tentent d'alerter les pouvoirs publics face à la recrudescence de la pauvreté en France.

Dans ce contexte, MDM crée en 1986 la « Mission France » qui regroupe l'ensemble des actions menées sur le territoire français. Avec ses « Dix propositions pour l'accès aux soins pour tous », publiées en 1995, MDM réaffirme la priorité des soins avant tout examen administratif, qu'il s'agisse de personnes sans couverture sociale ou d'étrangers en situation irrégulière. Plusieurs CASO sont mis en place en France dans le but d'accueillir, de soigner, d'orienter les personnes en difficulté d'accès aux soins et de témoigner de leur situation.

En 1987, au travers de son rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » le père Joseph Wresinsky, fondateur d'ATD Quart Monde, définit pour la première fois le terme de précarité comme la perte d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux (29).

Onze ans plus tard, le Haut Comité de Santé Publique publie un rapport sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé (30). Il exprime l'urgence de la création d'une assurance maladie universelle sur simple déclaration de résidence. En effet, la précarité crée un environnement quotidien peu favorable à l'épanouissement de la santé des individus et entraîne des comportements à risques et des conduites de consommation qui sont autant de facteurs péjoratifs pour le maintien d'un bon état de santé.

En 1998, la loi de lutte contre les exclusions permet une réforme de la protection sociale afin d'assurer la continuité des droits à l'assurance maladie tout au long de la vie et de garantir l'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus modestes par la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale d'Etat (AME) (31).

En parallèle, l'article L.6112-6 du Code de la Santé Publique permet la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dont le rôle est de faciliter l'accès immédiat aux soins des personnes en situation de précarité et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits (32).

La mise en place de ces dispositifs aurait dû permettre la fermeture de tous les CASO en France. Pourtant à ce jour, de nombreuses PASS ne remplissent pas complètement leur mission et de plus en plus de personnes se retrouvent exclues du système de droit commun comme en témoigne le rapport de MDM de 2010 et celui de la Direction Générale de l'Offre de Soins en 2008 (1)(33). Sur les 37 PASS étudiées par MDM, la plupart ne respecte pas leurs obligations d'accueil du public démuné en grande précarité. En effet, les personnes doivent

disposer de droits potentiels pour accéder aux services de la PASS, c'est-à-dire être éligibles à l'assurance maladie ou à l'Aide Médicale Etat. Ainsi seules 8 PASS recevaient tous les publics en situation de précarité quels que soient leurs droits et l'accès aux soins des mineurs n'était pas systématiquement garanti. Cette situation conduit de fait les personnes n'ayant aucun droit à différer les soins. De plus il existe globalement un manque de personnel médical dédié à la PASS.

Ainsi, près de 30 ans après leur création et malgré l'ouverture de plus de 400 PASS sur le territoire français, 20 CASO existent toujours et voient leurs files actives croître alors qu'ils n'étaient initialement mis en place que pour un an.

Ce phénomène s'aggrave particulièrement depuis 2008 avec une augmentation record de l'activité des CASO avec une hausse du nombre de patients de 33 % et de consultations de 23 % (1). Cette progression est le reflet de l'augmentation de la pauvreté en France suite à l'entrée de l'Europe dans une crise économique. Ainsi en 2013, 4.9 millions de personnes se situaient en dessous du seuil de pauvreté soit 14,4% de la population française (34). Cette augmentation incessante de personnes vivant en situation de précarité entraîne un écart de plus en plus flagrant dans l'accès aux soins parmi la population.

En parallèle l'Europe vit une importante crise migratoire. Le nombre de personnes fuyant leur pays en crise ou en conflit et qui frappent aux portes de l'Europe est en constante augmentation. L'Organisation internationale pour les migrants (OIM) et le Haut-Commissariat de l'ONU pour les réfugiés (HCR) fait état de plus d'un million d'entrées de migrants en Europe, par voies maritime et terrestre au cours de l'année 2015. Selon le HCR, le nombre de migrants dans le monde aurait triplé en dix ans.

En France entre 2014 et 2015, 79 000 demandes d'asile ont été enregistrées soit une augmentation de 22% (35).

B. Prise en Charge Médicamenteuse au CASO : Particularités et risques associés

1) Risques liés aux spécificités organisationnelles

Un CASO se différencie du système de soins habituel tant par la population accueillie que par son organisation.

Son fonctionnement quotidien repose essentiellement sur l'implication des bénévoles. Afin d'assurer une continuité dans l'accueil et les soins, la taille des équipes nécessaires est importante étant donné que la présence d'un bénévole peut varier de plusieurs fois par semaine à plusieurs fois par an. Cette caractéristique a un impact direct sur la prise en charge du patient car elle multiplie le nombre d'intervenants et complique la transmission d'informations.

Afin d'homogénéiser ses pratiques, MDM a réalisé des recommandations de prise en charge par pathologie destinées aux médecins bénévoles assurant des consultations au sein des CASO de France. De plus une trousse d'urgence est mise à disposition contenant les médicaments et dispositifs médicaux nécessaires à la prise en charge d'urgences médicales telles qu'un choc anaphylactique, une crise d'épilepsie ou une hypoglycémie sévère. Cette trousse est accompagnée de recommandations nationales émises par MDM expliquant l'utilisation du matériel mis à disposition.

Le circuit du médicament en lui-même diffère de celui présent au sein des ES. Tout d'abord l'étape d'approvisionnement a été entièrement réformée suite à la suppression de la collecte de médicaments non utilisés (MNU) auprès des particuliers induits par la loi du 26 février 2007 (36). Désormais soumis à la traçabilité du médicament, l'approvisionnement en produits pharmaceutiques doit être réalisé auprès de l'organisme Pharmacie Humanitaire Internationale (PHI), prestataire retenu par la Direction Générale de la Santé pour la mise en

place d'une plateforme d'achat et de répartition de médicaments, en faveur des associations ayant des actions sanitaires en France. Une convention a été signée entre la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et PHI permettant d'assurer l'achat et l'acheminement de médicaments aux centres de soins caritatifs agréés par les Agences Régionales de Santé selon une liste officielle et restrictive de médicaments.

Cette liste ne comporte aucun médicament soumis à la chaîne du froid ainsi qu'un nombre limité de médicaments considérés comme à risques par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (37). Cette liste est donc un atout dans la diminution de la iatrogénie et l'amélioration de la PECM.

L'étape de délivrance de médicaments diffère elle aussi du circuit classique de la PECM. En effet en France l'acte de délivrance de médicaments est réglementé et répond au monopole pharmaceutique. Pourtant dans le cadre du décret de 2008 relatif à la distribution humanitaire de médicaments, le préfet peut autoriser un médecin, nommément désigné, responsable de l'action sanitaire du centre ou de la structure disposant d'équipes mobiles de soins, à assurer la commande, la détention, le contrôle et la gestion des médicaments et à être responsable de leur dispensation gratuite aux malades. Ceci est possible à titre dérogatoire et sur demande de l'organisme et après avis du pharmacien inspecteur régional de santé publique (38).

Ce circuit permet ainsi une distribution de médicaments au sein des CASO directement par le médecin sans analyse pharmaceutique de l'ordonnance préalable. Ceci permet d'assurer une continuité des soins en l'absence de pharmacien mais supprime par là même une des barrières de protection dans l'apparition d'EM.

Cette spécificité constitue donc une majoration du risque d'erreur médicamenteuse au sein de la PECM des patients accueillis au CASO.

2) Risques liés à la population accueillie

L'objectif d'un CASO est d'accueillir, soigner, et orienter les personnes en difficulté d'accès aux soins. Il est ouvert à toute personne en difficulté, sans rendez-vous et mobilise des équipes pluridisciplinaires. Ces centres peuvent ainsi accueillir les patients sans imposer de contraintes, proposer une prise en charge médicale adaptée et travailler avec eux à leur accès aux droits et aux dispositifs publics de soins.

A l'heure actuelle, 58% des patients reçus en consultation à MDM souffrent d'une affection chronique et un retard d'accès aux soins est estimé chez 40% d'entre eux (2).

Au sein des CASO, 94,5% des patients venant à MDM sont d'origine étrangère et appartiennent à plus de 150 nationalités différentes (2) (Tableau 1). Cette diversité se traduit par la nécessité d'un interprète dans 41 % des situations. La barrière de la langue est donc une difficulté quotidienne pour les soignants.

Tableau 1 : Répartition des personnes reçues aux CASO selon le groupe continental (2)

	%	n
Français	5,5	1 505
Étrangers	94,5	27 231
Groupe continental		
- Afrique subsaharienne	29,2	7 955
- Union européenne (avec France)	23,6	6 434
- Union européenne (hors France)	18,1	4 929
- Maghreb	24,0	6 529
- Europe (hors UE)	10,3	2 808
- Proche et Moyen-Orient	5,0	1 349
- Océanie et Amériques	4,0	1 083
- Asie	4,0	1 078

Taux de réponse : 95,5 %.

Cette difficulté de communication peut avoir de nombreuses répercussions sur la prise en charge des patients. La langue constitue la barrière la plus importante à l'établissement d'un premier contact avec les services de soins et de santé devant les croyances et les pratiques culturelles (39)(40). Elle conditionne la qualité des soins donnés et peut créer des malentendus, et par conséquent augmenter l'anxiété et la frustration ressentie par le patient et conduire à des erreurs graves et coûteuses (3)(4)(5)(6).

L'étude menée par Divi a étudié l'impact de la barrière linguistique sur l'apparition d'évènements indésirables dans six hôpitaux américains durant 7 mois (5). Concernant les évènements indésirables déclarés chez des patients ayant des compétences limitées en anglais, près de la moitié a causé un préjudice physique dont 47% concernait des dommages allant de temporaire modérée à la mort. *A contrario* concernant les évènements indésirables déclarés chez des patients anglophones, moins de 30% ont entraîné un préjudice physique au patient dont 25% concernait des dommages allant de temporaire modérée à la mort.

L'analphabétisation peut elle aussi être un frein à la bonne prise en charge des patients accueillis au CASO. Il a déjà été démontré qu'il existe une corrélation entre alphabétisation, état de santé et efficacité des traitements (41). De plus, les patients analphabètes sont moins susceptibles de comprendre les directives aux soins, et présentent plus souvent des erreurs de médication en raison de leur incapacité à lire une ordonnance (42)(43). La proportion de patients analphabètes consultant à MDM n'a pas été évaluée. Néanmoins, la non connaissance de l'alphabet latin est importante étant donné que 53% des patients viennent d'Afrique (29% d'Afrique subsaharienne et 24% du Maghreb) et 5% du Proche et Moyen-Orient et que plus d'un tiers des patients consultants au CASO est arrivé sur le sol Français depuis moins de trois mois (2).

Face aux difficultés de communication entre patient et soignants, de nombreuses stratégies sont utilisées.

Bien que selon de nombreux auteurs, l'interprétariat ne pourra jamais être aussi satisfaisant qu'une communication directe, peu importe le niveau de compétence de l'interprète, l'utilisation d'interprètes professionnels reste le meilleur moyen de lever la barrière de la langue. Il réduit le taux d'erreurs médicales et améliore l'état de santé du patient (44). De plus, l'utilisation d'interprètes professionnels augmente la satisfaction du patient ainsi que sa compliance et la qualité des soins (45)(46).

Un bon interprète doit non seulement maîtriser la langue, mais aussi l'origine, la religion, le dialecte, le sexe et les opinions politiques du patient (47).

Les principales limites à l'utilisation d'interprètes professionnels restent cependant la disponibilité et le coût. Pourtant, l'utilisation des services d'interprétariat semblent empêcher l'escalade des coûts de santé à long terme (48).

L'utilisation d'interprètes non qualifiés, tel qu'un membre de la famille ou un personnel soignant bilingue, peut créer des erreurs graves à cause de leur manque de connaissances professionnelles lorsque la situation est complexe (3). Pourtant au sein des CASO dans près de huit cas sur dix, l'interprétariat est assuré sur place le plus souvent par une personne accompagnante (2).

Le recours à l'interprétariat professionnel a été utilisé dans 6,7% des cas et dans 17% des cas aucun interprète n'a été sollicité malgré la barrière linguistique (tableau 2). Ces résultats s'expliquent par le coût du service d'interprétariat professionnel qui reste le principal frein à son utilisation.

Tableau 2 : Besoins d'interprètes lors de la première visite dans les CASO, (2) :

	%	Nombre de patients
Besoin d'un interprète lors de l'entretien	41,1	10 216
Présence de l'interprète :		
- présence sur place (personne accompagnante)	50,2	4 555
- présence sur place (intervenant MdM ou externe)	25,8	2 340
- interprète professionnel	6,7	605
- pas d'interprète	17,4	1 582

Taux de réponse : 86 %.

Les services de traduction en ligne montrent aussi leurs limites avec une fiabilité de traduction de 57,7% pour l'outil *Google Translate* dans le cadre de la traduction d'une phrase contenant du vocabulaire médical.

La comparaison avec la prise en charge médicamenteuse de patients sourds est intéressante. En effet, la seule maîtrise de la langue des signes par le personnel soignant ne suffit pas toujours à une bonne communication patient-soignant. Ainsi le métier d'intermédiaire sourd se développe et une formation professionnelle s'est ouverte très récemment en France. L'intervention d'intermédiaires sourds peut être requise afin de reformuler et de réexpliquer des messages incompris par le patient. Leur travail est de faire un pont culturel, c'est-à-dire, le lien entre le monde des soignants entendants et le monde des Sourds. Les intermédiaires étant eux même sourds délivrent une information plus facilement compréhensible car adaptée au schéma de pensée spécifique, aux connaissances générales et à la culture de la population sourde (49).

Ce constat a aussi été réalisé lors du développement d'un programme d'éducation thérapeutique au sein d'un centre de dépistage gratuit et anonyme. Face à des difficultés de

compréhension d'ordre culturelle, un programme de médiation, initialement porté par l'association Sidaction a vu le jour en 2007 (50).

Le rôle du médiateur sanitaire au sein de cette structure regroupe les missions suivantes :

- identifier les besoins des patients, leurs difficultés et les facteurs facilitant et/ou limitant leur apprentissage en éducation thérapeutique ou l'observation des traitements
- clarifier les représentations des patients et de leur entourage ;
- repérer les émotions et favoriser leur expression ;
- organiser le parcours de soins du patient en partenariat avec les soignants ;
- expliciter la prise en charge médicale et les soins à l'hôpital en général et pour le patient, la nécessité d'un suivi régulier ;
- faciliter le partage des expériences des patients entre eux : les analyser pour développer des stratégies d'adaptation à des situations nouvelles ;
- défendre les intérêts des usagers, par exemple sur le plan des droits sociaux et des démarches administratives.

Ce métier se développe donc dans le domaine de la santé car il représente un véritable atout dans la prise en charge des patients.

Un autre outil, celui de la réalisation d'un plan de prise sous forme de tableau, a fait ses preuves auprès de patients âgés, ayant ou non un début de démence. Sa réalisation permet de lever des doutes, de supprimer des erreurs et contribue à une meilleure compréhension des prescriptions (51).

Aux Etats-Unis, le groupe United States Pharmacopeia a développé l'utilisation de pictogrammes pour illustrer des informations importantes concernant les médicaments (52).

La compréhension de ces pictogrammes a été évaluée auprès de personnes illettrées d'Afrique du Sud. Pour les pictogrammes représentant la relation entre la prise médicamenteuse et le repas, 65,3 % des africains ont donné la bonne signification sans explication et 78 % ne s'en rappelaient plus au bout de 3 semaines. L'usage des pictogrammes représentait un intérêt pour 100 % des patients sud-africains. En France, l'utilisation de pictogrammes a été testé auprès de plusieurs publics dans l'explication de l'utilisation de médicaments : en officine, auprès de patients illettrés et auprès de patient sourds (53)(54)(55).

Les pictogrammes sont d'ailleurs utilisés auprès de patients sourds ou illettrés mais présentent toutefois des risques de mauvaises interprétations potentiellement dangereuses dont il faut tenir compte (54)(55).

Au vu de la littérature, de nombreux outils sont disponibles pour palier la barrière de la langue entre patient et soignant mais chacun présente des inconvénients. Cependant, la combinaison des différentes stratégies semble être la méthode la plus efficace pour éviter les *quiproquos* et permet de s'adapter au cas de chaque patient (3).

De même, de par la diversité ethnique des patients consultant à MDM, la différence culturelle entre patient et soignant doit être prise en compte dans le circuit de soins. Ainsi, le médecin peut se retrouver dans l'incapacité de recueillir des informations telles que son orientation sexuelle car l'homosexualité est un terme qui n'existe pas dans certains pays.

L'utilisation de certaines formes galéniques peut elle aussi être inadaptée telles que le suppositoire. Ce dernier est en effet peu prescrit en dehors de l'Europe et est la forme d'administration médicamenteuse la plus affectée par l'erreur de voie d'administration en France.

Le mode de vie des patients consultant à MDM est différent et sa connaissance est nécessaire à l'adaptation des soins. Ainsi 20% des patients accueillis à MDM sont sans domicile fixe et 14% vivent dans un logement précaire (squat, campement). La difficulté d'accès à une douche, à l'eau potable ou encore aux sanitaires sont autant de paramètres que le médecin doit intégrer afin de prodiguer des soins adéquats.

De par son organisation et la population soignée, les CASO sont des structures de prises en charge médicale complexes et uniques. Ces caractéristiques s'accumulent à celle inhérente à la prise en charge médicamenteuse du patient en ES.

Dans la seconde partie nous présenterons les différents outils disponibles permettant d'identifier et de prévenir les risques liés à la PECM.

IV. Développement de la gestion du risque

Actuellement, deux approches sont utilisées en gestion du risque permettant d'identifier, d'analyser, de contrôler et d'évaluer les risques.

La première est une approche dite *a posteriori* (ou réactive), qui, en présence d'événements indésirables effectivement survenus, permet de s'interroger sur ce qu'il s'est passé. L'objectif de cette démarche est de rechercher la ou les causes d'un accident afin qu'un événement similaire ne se reproduise plus.

Au sein des nombreuses méthodes utilisées, deux méthodes sont particulièrement connues et préconisées par la HAS (56):

- la méthode ALARM basée sur le modèle de Reason, qui cherche à déterminer à l'aide d'une collecte de données comment est survenu un incident et à identifier les causes latentes dites racines à partir de causes apparentes ;
- la méthode de l'arbre des causes qui cible en priorité l'enchaînement des causes ayant conduit à l'erreur et les barrières de sécurité manquantes.

La seconde est une approche dite *a priori* (ou proactive), qui permet d'anticiper au maximum la survenue d'événements indésirables éventuels, en se demandant ce qui pourrait mal se passer.

Le principal intérêt de cette démarche est qu'elle permet d'évaluer le risque d'une situation avant même que le système ne soit totalement déployé (phase de conception) ou, quand il est déployé, sans se baser sur une longue accumulation de retour d'expérience.

L'autre atout de cette démarche est la prise en considération des presque accidents issue des travaux de Bird menés au sein d'une compagnie d'assurance en 1969 (57).

Ainsi grâce à l'élaboration d'une pyramide des risques (Figure 2) représentant symboliquement la répartition statistique des situations à risques et des accidents, Bird permet de mettre en évidence que la probabilité qu'un accident grave survienne augmente avec le nombre de presque accidents et d'incidents. Par conséquent, la réduction du nombre d'incidents permet une réduction de la survenue des accidents.

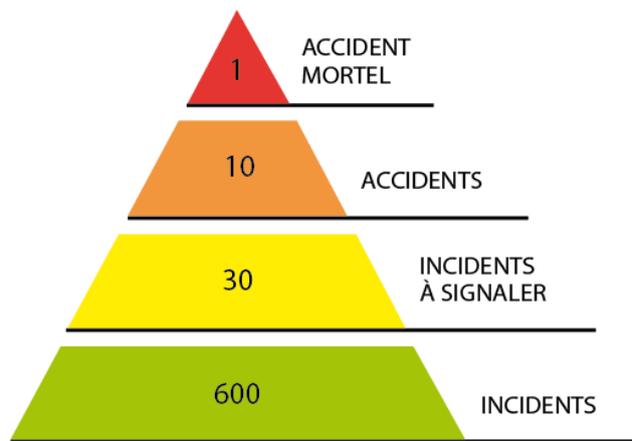


Figure 2: Représentation de la pyramide des risques selon Bird (57)

En étudiant l'ensemble des incidents et en les prévenant, on peut ainsi espérer une diminution du nombre d'accidents. La prise en compte de tous les risques latents même s'ils ne mènent pas systématiquement à un accident mortel permet donc d'enrichir la démarche de gestion du risque.

V. Présentation de l'outil de cartographie des risques

La cartographie des risques est un outil d'analyse des risques *a priori* permettant de représenter et de hiérarchiser les risques d'une organisation et de mettre en question son fonctionnement sans attendre qu'un incident se produise.

Sa réalisation donne une vision globale de l'ensemble d'un processus et permet d'identifier les vulnérabilités globales, de hiérarchiser les risques et de définir les priorités.

Afin de hiérarchiser les risques et ainsi de prioriser les actions d'amélioration, l'utilisation d'échelles est indispensable. Les échelles de gravité et de fréquence bénéficient d'un certain consensus car elles permettent de calculer la criticité du risque (58). D'autres échelles peuvent être utilisées en combinaison avec les échelles de fréquence et de gravité telles que les échelles cotant la détectabilité de survenue d'un événement indésirable ou celles cotant le niveau de maîtrise ou le coût de maîtrise d'un risque. Ces dernières permettent de nuancer la notion de criticité.

L'utilisation de ces échelles diminue la criticité d'un risque s'il est facilement détectable ou si un moyen de maîtrise satisfaisant est déjà mis en place. Par exemple la criticité du risque de périr dans un incendie d'immeuble est diminuée en cas d'installation de détecteur de fumée (amélioration de la détection du danger) ou en cas de mise à disposition d'extincteur (moyen de maîtrise permettant d'atténuer les dommages).

Quant à la mesure de ces critères, la variabilité est encore plus grande, avec des cotations en lettres, en nombres (classiquement sur une échelle de 1 à 4), en pourcentage ou encore en note (de 0 à 20 par exemple).

Les échelles contiennent des exemples permettant de guider le groupe au cours de la cotation. En effet, le biais de perception est important et l'utilisation d'exemples concrets permet d'objectiver cette cotation. Ce biais de perception peut être illustré par la peur plus importante de l'accident d'avion alors que ce dernier provoque 2 000 fois moins de morts que l'automobile en France.

Néanmoins, il est important de comprendre que le risque nul n'existe pas et qu'il est donc nécessaire de déterminer un niveau d'acceptabilité. Ce dernier doit être défini entre autre en fonction de la perception des acteurs, des contraintes réglementaires et financières ainsi que des moyens pouvant être mis en œuvre. Le seuil d'acceptabilité permet de définir la criticité à partir de laquelle les risques doivent faire l'objet d'actions d'amélioration.

Actuellement, plusieurs méthodes de cartographie de risques sont disponibles :

- les méthodes plus orientées « pratiques professionnelles en santé » comme celles développées par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (InterDiag®), les Observatoires des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) (ArchiMed®, MediEval®) ou la Société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM)
- les méthodes classiques fondées sur une approche fonctionnelle telles que l'AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance de leurs Effets et de leur Criticité) et l'APR (Analyse Préliminaire des Risques) (59).

L'AMDEC a été créée par l'armée américaine en 1949 en tant que technique d'évaluation des défaillances afin de déterminer la fiabilité d'un équipement et d'un système. Dans les années 60, les Etats-Unis ont utilisé cette méthode d'analyse dans le secteur de l'aéronautique. Dix ans plus tard, les européens ont repris cette méthode dans l'industrie automobile, chimique et nucléaire.

C'est une méthode d'analyse et de prévention des dysfonctionnements d'un système. Cet outil analytique peut s'appliquer tout aussi bien à l'étude des risques d'un produit, d'un processus, d'une machine ou encore d'une organisation. L'AMDEC permet de définir les actions à entreprendre pour éliminer ces défaillances, réduire leurs effets et empêcher ou en détecter les causes.

Elle se différencie de l'AMDE (Analyse des Modes de Défaillances et de leurs Effets) en incluant une évaluation quantitative de la criticité ; l'AMDE étant uniquement une méthode qualitative. L'AMDEC se base sur la connaissance précise du système et de son environnement. Sa réalisation par un groupe de travail pluridisciplinaire est indispensable avec au moins une personne maîtrisant cette méthode.

Elle est la méthode de référence recommandée en « 1ère intention » par la HAS en ce qui concerne l'analyse *a priori* (56) et son utilisation est en cours de développement au sein des ES.

VI. Objectif

L'objectif principal de ce travail est d'établir la cartographie des risques de la PECM au sein du CASO de Grenoble. Nous établirons dans un premier temps un état des lieux de ce processus puis nous identifierons les risques associés et les moyens de maîtrise déjà mis en place. La sélection des risques majeurs en fonction de leur criticité nous permettra de choisir des axes d'amélioration afin de sécuriser le circuit.

Matériels et méthodes

I. Matériels : Présentation et analyse du terrain d'étude

Le CASO de Grenoble a ouvert ses portes en 1986. Il est ouvert quatre jours par semaine pendant deux heures et réalise des maraudes deux fois par semaine. Son action s'inscrit dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes les plus démunies.

L'équipe est composée de 69 personnes dont une grande majorité de bénévoles. Pendant ces plages d'ouverture, le personnel présent sur place est composé au minimum de deux médecins, 1 psychologue et 3 accueillants dont au moins un infirmier. Le CASO est ouvert à tous sans prise de rendez-vous préalable.

Le personnel accueillant détermine dans un premier temps l'objectif de la venue du patient :

- Information et orientation
- Prise en charge médicale
- Prise en charge dentaire
- Prise en charge optique
- Contraception et suivi de grossesse
- Entretiens psychologiques
- Prise en charge sociale, juridique et aide dans les démarches administratives
- Distribution de matériel, de kits d'hygiène, de sacs de couchage

Il informe, oriente et aide le patient en conséquence.

Dans le cas où une prise en charge médicale est nécessaire, une consultation est réalisée par un des médecins présents. A l'issue de la consultation, ce dernier remet le

traitement nécessaire au patient pour une durée de 15 jours maximum ce qui implique un déconditionnement des médicaments. Après la cueillette des médicaments nécessaires, le médecin trace sur un ordonnancier les médicaments distribués ainsi que le nom du patient. Aucun document résumant les traitements distribués ni leurs modalités de prise n'est remis au patient. Les traitements distribués sont néanmoins inscrits dans le dossier du patient par le médecin en fin de consultation.

L'absence de rédaction d'ordonnance a d'ailleurs généré des cas de doubles prises en charge de patient par la PASS du CHUGA et le CASO de Grenoble. Ainsi, la PASS a relevé des doublons de distribution de médicaments entraînant la prise simultanée des produits suivants :

- Captopril et Perindopril
- Lercanidipine et Amlodipine
- Acénocoumarol et Warfarine.

En 2014, le CASO de Grenoble a accueilli 1362 patients dont 1017 nouveaux patients. Deux mille cent vingt-cinq consultations de médecine générale ont été réalisées par une équipe de 17 médecins et 1726 délivrances de médicaments ont été réalisées (60). Ainsi 85% des consultations réalisées à Grenoble sur l'année 2014 ont mené à la délivrance de médicaments. Ce taux de prescriptions réalisée est proche de celui retrouvé dans le circuit de soins classique de 90% (61). C'est aussi un lieu de détention et de distribution de médicaments important comptabilisant plus de 300 références de médicaments.

L'approvisionnement et la gestion de stock est assuré par l'équipe pharmaceutique composée à l'heure actuelle d'un pharmacien et d'une préparatrice. Une commande de produits pharmaceutiques est réalisée une fois par mois selon une liste de médicaments restreinte et son rangement est effectué par l'équipe pharmaceutique.

Cette liste de médicaments disponibles a été établie par le pharmacien responsable en accord avec les médecins bénévoles et est réévalué régulièrement en fonction de l'évolution des besoins. Elle ne comporte aucun produit nécessitant une conservation au froid.

En ce qui concerne la trousse d'urgence, le pharmacien référent s'assure de sa composition et des dates de péremptions des produits de santé et la scelle à l'aide d'un ruban adhésif.

Au vu du circuit de PECM au CASO de Grenoble, un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué afin de réaliser la cartographie des risques de la PECM du patient accueillis au CASO de Grenoble. Ce groupe a été constitué sur la base du volontariat auprès du personnel du CASO de Grenoble.

Nous avons constitué un groupe de travail avec la participation :

- du chargé de mission du CASO de Grenoble
- d'un médecin bénévole
- du pharmacien référent
- d'une infirmière bénévole.

II. Méthode : Présentation de la méthode employée

La méthode AMDEC est actuellement utilisée au CHUGA et pour laquelle une matrice a été développée. Cette dernière, retenue et validée au plan institutionnel, a été développée par la SHAM, compagnie d'assurance pour les établissements et personnels médicaux offrant des services dans le management des risques. Elle constitue le support de travail pour l'ensemble de l'établissement ce qui permet une comparaison directe des différentes unités.

Nous décrivons cette matrice et son utilisation dans les paragraphes suivants.

La matrice utilisée est composée de 11 volets, et présentée sous forme d'un fichier informatique de type Microsoft Excel®.

Les différents volets contenus sont les suivants :

- volet 1 : Page de présentation
- volet 2 : Méthodologie
- volet 3 : Description du processus
- volet 4 : Risques bruts
- volet 5 : Moyens de maîtrise de risques
- volet 6 : Risques nets
- volet 7 : Evolution des risques bruts/nets
- volet 8 : Niveau de maîtrise des risques
- volet 9 : Recommandations
- volet 10 : Plan d'actions
- volet 11 : Planning de Gantt
- volet 12 : Evolution des risques nets

Les volets soulignés sont à remplir par l'utilisateur selon la méthodologie suivante correspondant aux procédures rédigées au sein du CHUGA.

A. Description du parcours

Cet onglet est destiné à la description détaillée du parcours du patient. Ce dernier est découpé en processus élémentaires, qui sont ensuite renseignés sur une ligne du tableau Excel. On retient un nouveau processus élémentaire en cas de changement de lieu et/ou de personnes dans les tâches à effectuer.

Pour chaque processus élémentaire, différentes notions sont à renseigner :

- a) définition du processus
- b) définition des principales phases de chaque processus élémentaire
- c) énumération des acteurs concernés par chaque processus
- d) identification de « l'entrant » c'est à dire de ce dont on dispose au début du processus et qui va être « transformé » par la réalisation complète du processus élémentaire
- e) identification du « sortant » c'est-à-dire ce qu'a produit le processus à la sortie
- f) définition de la finalité du processus

B. Risques bruts

Cet onglet est destiné à lister les événements indésirables redoutés pour le processus analysé du point de vue des conséquences pour le patient

Dans un premier temps les situations dangereuses et leurs risques sont identifiés par le groupe de travail. Ensuite chacun des risques est coté en fonction de sa gravité et de sa

fréquence à l'aide des échelles de gravité et de vraisemblance développées par la SHAM et la HAS (Annexes 1 et 2). Cette cotation est réalisée de façon consensuelle par le groupe de travail et prend en compte le risque brut c'est-à-dire sans tenir compte des moyens de maîtrise déjà mis en place.

Ces échelles s'échelonnent de 1 à 5. Ainsi un risque dont la gravité sera cotée à 5 correspondra à un risque pouvant entraîner des conséquences dramatiques telles que la menace du pronostic vital du patient. A l'inverse, un risque dont la gravité sera cotée à 2 aura des conséquences qualifiées de significatives telles qu'un retard de moins de 2 heures dans la réalisation d'une mission.

Concernant l'échelle de fréquence, une fréquence de 5 sera attribuée à un risque présent de façon quotidienne alors qu'elle ne s'élèvera qu'à 2 si ce risque n'est présent que quelques fois par an.

La criticité, c'est-à-dire le produit de la fréquence par la gravité, se calcule automatiquement et selon la valeur obtenue, la cellule se colore avec un code couleur : vert, jaune, orange, rouge. Les événements à traiter seront ceux de criticité supérieure à 8 ou les événements de gravité 5 même s'ils restent exceptionnels (fréquence égale à 1). Etant donné que les échelles de fréquence et de gravité s'échelonnent de 1 à 5, la criticité du risque brut varie entre 1 à 25 comme représenté sur le Tableau 2.

Tableau 2 : Représentation de la matrice de criticité

		Fréquence				
		1	2	3	4	5
Gravité	1	1	2	3	4	5
	2	2	4	6	8	10
	3	3	6	9	12	15
	4	4	8	12	16	20
	5	5	10	15	20	25

C. Moyens de maîtrise

Cet onglet est destiné à décrire, pour chaque risque identifié, les moyens de maîtrise déjà mis en place et d'évaluer l'efficacité de ce dispositif du risque.

Pour chaque risque identifié dans le volet « Risques bruts », les dispositifs de maîtrise doivent être décrits sommairement et leurs niveaux de maîtrise évalués grâce à l'échelle de niveau de maîtrise des risques (Annexe 3).

A l'issue de cette démarche, le niveau de maîtrise de chaque dispositif est coté de 1 à 5.

D. Risques nets

Cet onglet n'est pas à remplir par l'utilisateur. Il s'agit d'un onglet essentiel de la cartographie car c'est cette criticité qui entre en jeu dans la sélection des risques.

Le risque net est calculé de façon automatique à partir du risque brut et du moyen de maîtrise des risques renseignés. La formule employée est la suivante :

- en cas de moyen de maîtrise supérieur ou égal à 3 : le risque net est égal au risque brut
- dans le cas où le moyen de maîtrise est strictement inférieur à 3, la fréquence du risque est diminuée de un.

E. Recommandations

Dans cet onglet, seuls sont sélectionnés les risques ayant une criticité nette forte ou majeure ainsi que les risques de gravité 5 quelle que soit leur fréquence. Le seuil d'acceptabilité de la matrice est donc situé entre la valeur de 8 et 9 de criticité.

Pour chacun, un plan d'action permettant de réduire la criticité doit être choisie ainsi que le pilote et le calendrier pour sa mise en place. La criticité visée suite à la mise en place de ces recommandations doit être renseignée.

Résultats

La réalisation de la cartographie des risques a nécessité trois réunions de deux heures environ. L'ensemble du groupe a été présent lors de la première réunion puis un participant différent a manqué lors des autres réunions. Néanmoins l'ensemble de la cotation a été revue avec les personnes qui n'ont pas pu être présentes au moment des réunions et un compte rendu leur a été communiqué.

En parallèle, la participation à une plage d'accueil au CASO de Grenoble nous a permis de visualiser la PECM du patient et les difficultés rencontrées par les accueillants et les médecins.

Plusieurs visites de la pharmacie accompagnées du pharmacien référent ont permis de comprendre son fonctionnement et les différents médicaments disponibles à la délivrance ou en cas d'urgence.

I. Analyse fonctionnelle du circuit et risques associés

L'analyse fonctionnelle de la PECM au sein du CASO de Grenoble a permis de distinguer cinq processus élémentaires (Figure 3). Cette figure met en évidence la place prépondérante du médecin dans la PECM du patient puisqu'il réalise 4 des 5 étapes identifiées.

Les acteurs et la finalité de chaque processus ont été renseignés ainsi que les grandes étapes permettant leur réalisation (Annexe 4).

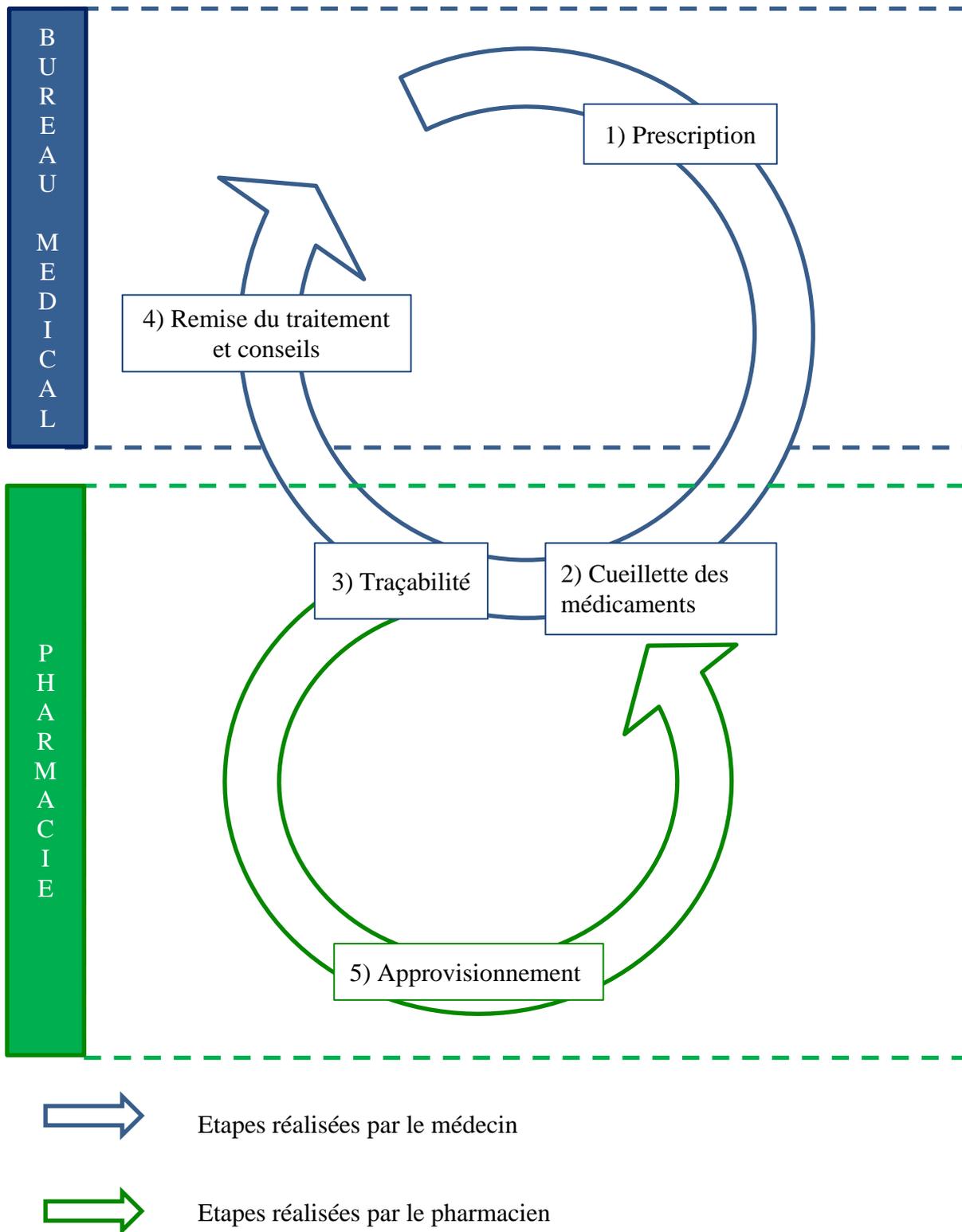


Figure 3 : Représentation des processus élémentaires de la PECM au sein du CASO de Grenoble

Pour chaque processus, le groupe de travail a identifié les risques pouvant intervenir dans la PECM du patient. Les principales étapes identifiées ainsi que les risques associés sont décrits dans les paragraphes suivants.

A. Etape d'approvisionnement

Ce processus élémentaire regroupe différentes étapes allant de la réalisation de la commande mensuelle auprès de PHI, de sa réception et de son rangement jusqu'au suivi des stocks par la réalisation d'inventaire et à la gestion des médicaments périmés.

Au sein de ce processus, 5 risques ont été identifiés allant de l'erreur lors du rangement de la commande, au stockage de médicaments périmés en passant par la rupture de stock (Annexe 5).

B. Etape de prescription

Cette étape correspond à la rédaction d'une ordonnance suite à l'examen du patient, au recueil de ses antécédents et à l'établissement d'un diagnostic. Bien que le médecin ne rédige pas de prescription écrite, le groupe de travail a souhaité garder le terme d'étape de prescription pour regrouper l'examen clinique menant au diagnostic et au choix des médicaments.

Au sein de cette étape 10 risques ont été notifiés tel que l'erreur dans le choix du médicament en cas de difficulté de communication entre le patient et le médecin. Le groupe de travail a aussi identifié comme situation à risques l'hétérogénéité des pratiques liée à la participation de plus de vingt médecins aux consultations et la prise en charge d'urgence thérapeutique au sein du CASO. L'ensemble des risques est détaillé en annexe 5.

C. Etape de cueillette des médicaments

Cette étape consiste au prélèvement du bon médicament, à la bonne dose et en quantité exacte permettant d'être conforme à la prescription. Les 7 risques identifiés vont de l'erreur lors du prélèvement du médicament à l'erreur dans le calcul du nombre de comprimés à dispenser ainsi que l'absence d'analyse pharmaceutique de l'ordonnance (Annexe 6). Le terme de dispensation n'a pas été utilisé étant donné qu'aucune analyse pharmaceutique d'ordonnance n'est réalisée.

D. Etape de traçabilité

Cette étape consiste en la traçabilité sur un ordonnancier manuel des médicaments prélevés, leur quantité ainsi que le nom du patient. Le seul risque identifié à cette étape est celui d'un défaut de traçabilité sur l'ordonnancier manuel (Annexe 6).

E. Etape de remise du traitement et conseils

Cette étape consiste en la restitution des traitements au patient accompagnée de conseils quant à leur modalité de prise. Dans cette étape, le groupe de travail a identifié 5 risques reposant majoritairement sur la difficulté de compréhension, de mémorisation ou de manipulation des traitements par le patient (Annexe 6).

II. Analyse des risques identifiés

La fréquence et la gravité de chaque risque ont été renseignées de façon collégiale permettant de calculer leur criticité.

A. Analyse des risques par processus élémentaire

Vingt-huit risques ont donc été recensés par le groupe de travail selon la répartition suivante (Figure 4).

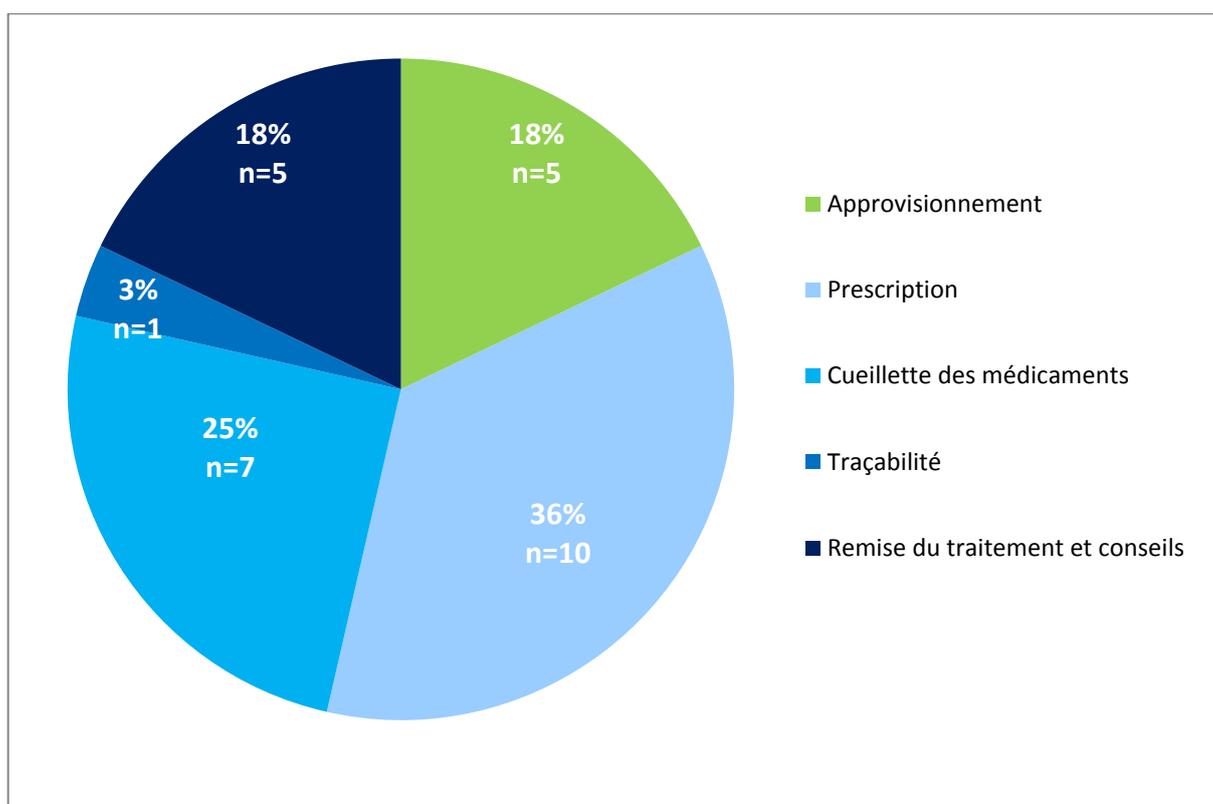


Figure 4 : Répartition des risques identifiés en fonction de leur processus élémentaire

(n= nombre de risques identifiés)

Les étapes de prescription médicamenteuse et de cueillette des médicaments représentent ensemble plus de 60% des risques identifiés. A l'inverse, le groupe de travail n'a recensé qu'un seul risque à l'étape de traçabilité.

Ce résultat est à mettre en parallèle avec la criticité de chaque risque à l'aide de la Figure 5.

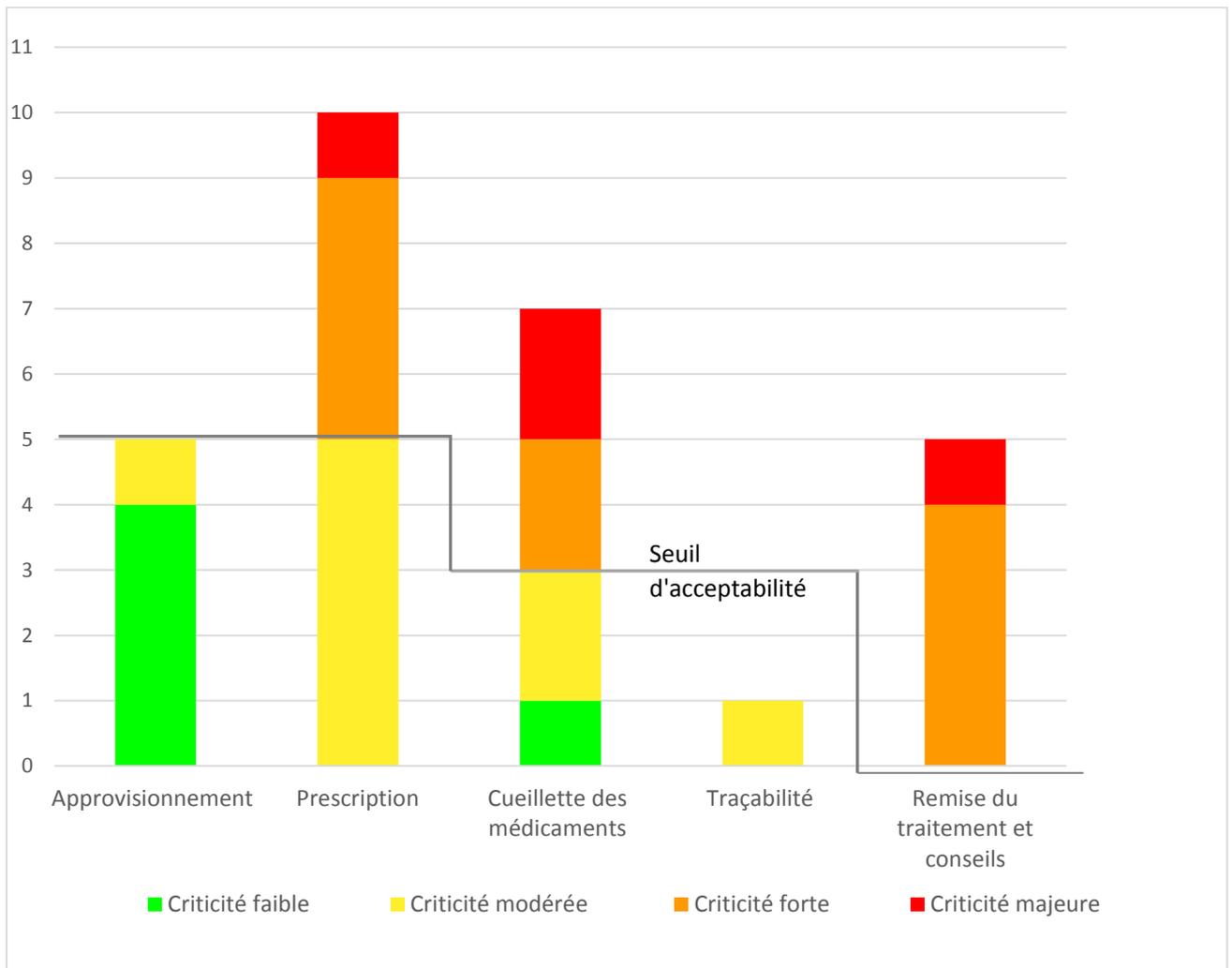


Figure 5 : Répartition de la criticité des risques bruts en fonction de leur processus élémentaire (n= nombre de risques regroupé par niveau de criticité)

L'interprétation de la Figure 5 permet d'identifier les phases les plus critiques dans la PECM au sein du CASO de Grenoble car elle tient compte à la fois du nombre de risques et de leur criticité.

Le processus élémentaire de remise du traitement et conseils ressort comme une étape particulièrement à risques étant donné qu'aucun risque identifié n'a une criticité en dessous du seuil d'acceptabilité. Ceci s'explique par le fait que son bon déroulement conditionne l'administration du traitement au patient. L'ensemble des risques identifiés lors de cette étape ont donc fait l'objet de recommandations.

Les étapes d'approvisionnement et traçabilité n'ayant présenté aucun risque de criticité forte ou majeure, aucune recommandation n'a été proposée par la suite.

B. Analyse des risques par criticité

La cotation de la gravité et de la fréquence de l'ensemble des risques par le groupe de travail a permis de calculer la criticité des risques bruts (Annexes 5 et 6). La répartition globale de la criticité des risques bruts est représentée sur la Figure 6.

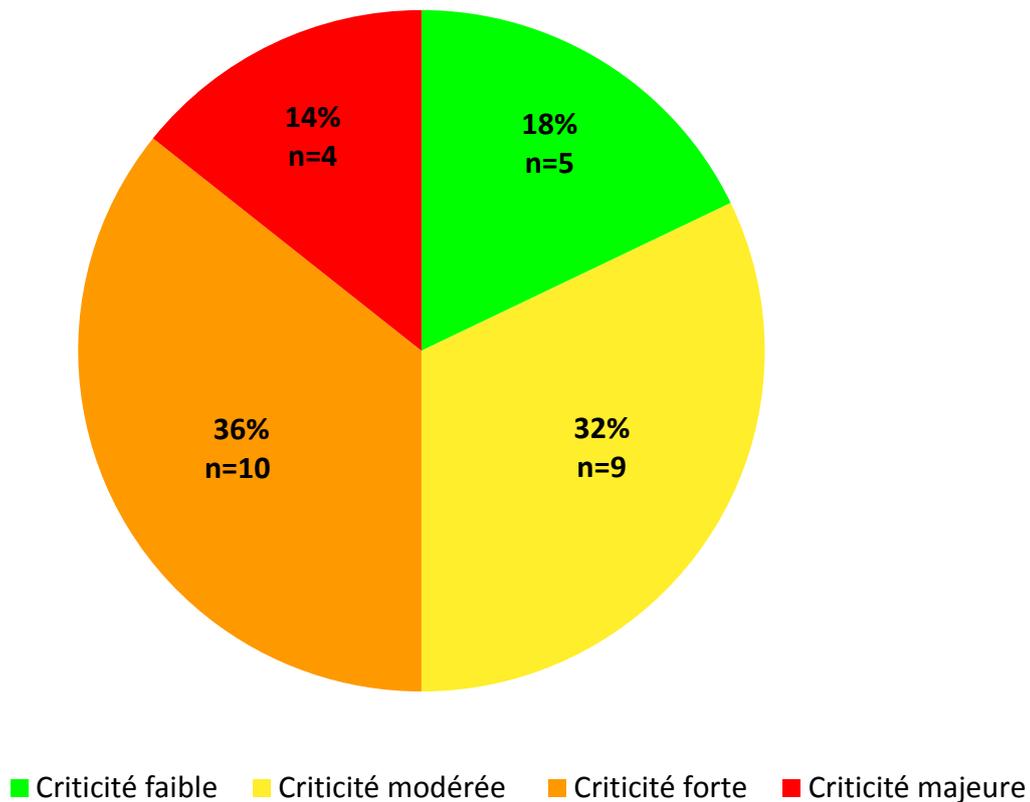


Figure 6: Répartition de la criticité des risques bruts (n= nombre de risques identifiés)

Cette dernière permet de visualiser que la moitié des risques identifiés ont une criticité forte à majeure et nécessite donc la mise en place de recommandations.

III. Analyse des moyens de maitrise

Pour l'ensemble des risques identifiés, un ou plusieurs moyens de maitrise déjà mis en place ont été renseignés et leurs niveaux de maitrise ont été évalués (Annexes 7 et 8).

En l'absence total de moyen de maitrise existant, le niveau de maitrise a été coté au plus bas c'est à dire à 5. Un moyen de maitrise coté à 4 caractérise un niveau de maitrise dont la mise en place ne suffit pas à limiter la gravité ou la fréquence du risque. Ainsi le moyen de maîtrise existant à propos du risque d'inversion des traitements donnés en cas de consultation réalisée avec plusieurs patients (famille ou couple) est d'écrire sur les boites de médicaments le nom des patients. Ce moyen de maitrise est peu suffisant car de nombreux médicaments sont déconditionnés au CASO de Grenoble et sont donc dispensés sans leurs emballages secondaires. De plus, les boites sont souvent jetées par le patient par la suite.

Le seul moyen de maitrise ayant un niveau de maitrise optimum (égale à 1) est l'absence de médicaments soumis à la chaîne du froid détenu au CASO ; le risque associé étant celui d'une rupture de chaîne du froid.

En effet, compte tenu de la liste restrictive établie entre la PHI et la CNAMTS, le CASO de Grenoble ne peut s'approvisionner et donc détenir aucun médicament soumis à la chaîne du froid. La suppression de la situation à risques reste en effet le meilleur moyen de maitrise du risque.

Sur les 28 risques identifiés, 25 avait un moyen de maitrise déjà mis en place. La répartition du niveau de maitrise des risques est représentée sur la Figure 7.

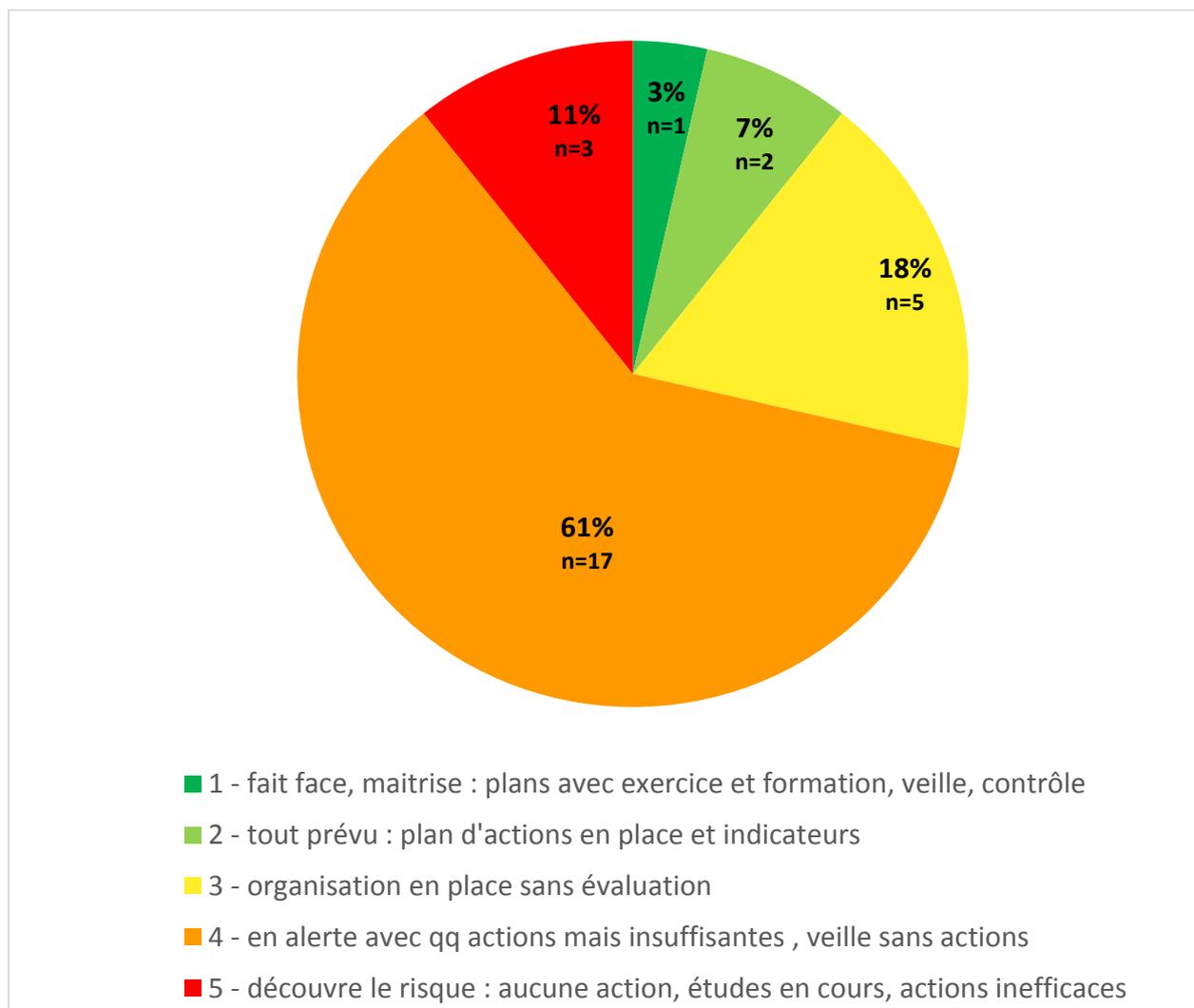


Figure 7: Répartition du niveau de maîtrise des risques identifiés

(n= nombre de risques)

Cette figure permet de visualiser le niveau de maîtrise des risques identifiés. L'ensemble des moyens de maîtrise mis en place ont un niveau de maîtrise insuffisant étant donné que 72% des moyens de maîtrises déjà en place ont un niveau de maîtrise égale à 4 ou 5.

Sur les 25 risques pour lesquels un moyen de maîtrise a été répertorié, on dénombre 24 moyens de maîtrise différents car à plusieurs risques peuvent correspondre un seul et même moyen de maîtrise.

C'est par exemple le cas des moyens de maîtrise « délivrance des traitements limités à 15 jours » et « patient ayant une prise en charge complexe redirigé vers la PASS ». Ils ont été répertoriés comme moyen de maîtrise dans les situations dangereuses « erreur dans le choix du médicament lors de cueillette », « erreur dans le calcul des doses à délivrer », « absence de double contrôle lors de la délivrance du traitement » et « absence d'analyse pharmaceutique de l'ordonnance ».

A l'inverse, plusieurs moyens de maîtrise étaient mis en place pour un même risque. Ainsi pour le risque de stockage de médicaments périmés, deux moyens de maîtrise étaient opérationnels : l'écriture des dates de péremption au marqueur sur chaque boîte de médicaments par l'équipe pharmaceutique et la réalisation d'inventaire mensuel.

La figure 8 représente la répartition du niveau de maîtrise des 28 risques identifiés.

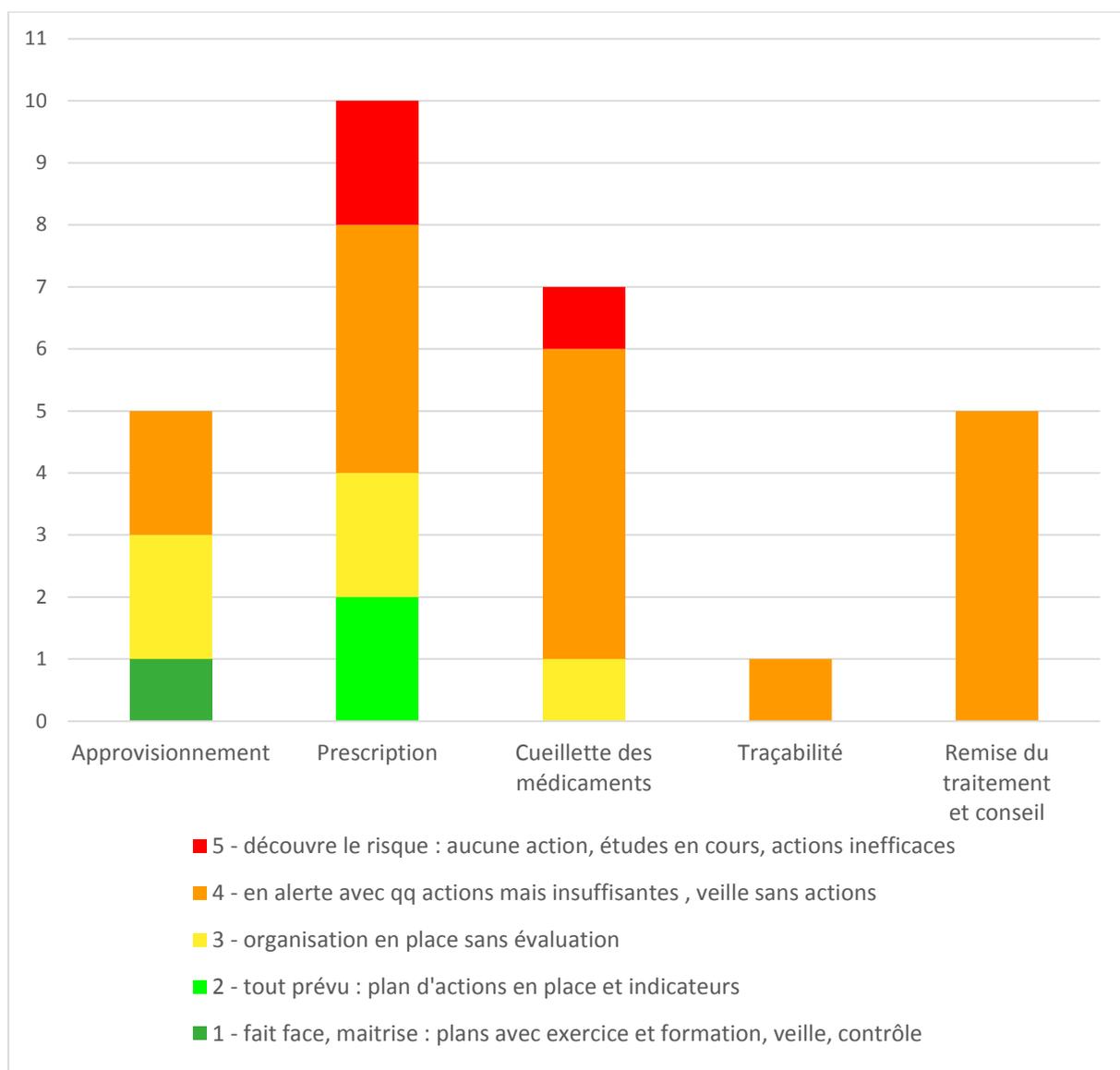


Figure 8 : Répartition du niveau de maitrise des risques en fonction de leur processus élémentaire (n= nombre de risques regroupés par niveau de maitrise)

Cette figure permet d'identifier les processus élémentaires pour lesquels les moyens de maitrise mis en place sont insuffisants. Il est néanmoins nécessaire de l'analyser en parallèle du graphique 6. Par exemple, le processus traçabilité ne comportant qu'un seul risque et de criticité modérée, peut être considéré comme une étape peu risquée pour la PECM. Un moyen de maitrise de niveaux 1 ou 2 n'est donc pas requis.

IV. Evolution de la criticité du risque brut et net

Grâce à la cotation du niveau de maîtrise des moyens déjà mise en place, une pondération est réalisée permettant le calcul de la criticité des risques nets à partir de celle des risques bruts. L'évolution de la criticité des risques une fois la pondération par le niveau de maîtrise réalisé est représentée sur la Figure 9.

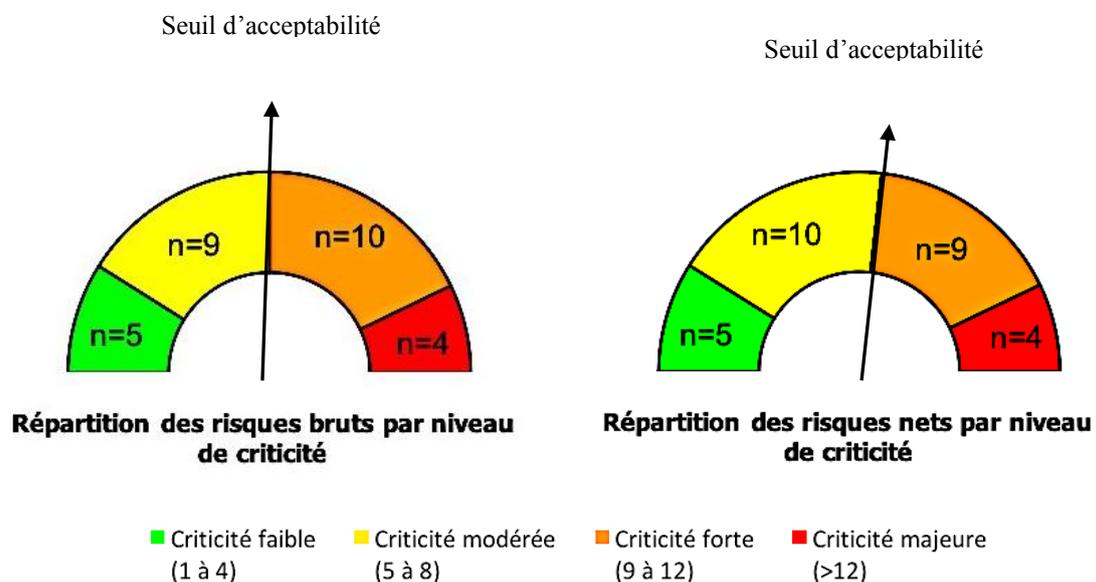


Figure 9 : Evolution de la criticité entre le risque brut et le risque net

n = nombre de risques identifiés

Nous voyons ainsi que la pondération par le niveau de maîtrise du risque a un faible impact sur la criticité. Seul le risque lié à la prise en charge médicale urgente d'un patient voit sa criticité diminuée de forte à majeure entre le risque brut et le risque net. Deux autres risques ont été impactés par le niveau de maîtrise des barrières mises en place. La criticité concernant le risque de rupture de la chaîne du froid est passée de 4 à 2 et reste donc à un niveau de criticité faible. La criticité concernant le risque de mauvaise compréhension en cas de barrière linguistique est quant à elle passée de 12 à 9 et reste ainsi à un niveau de criticité forte.

V. Description des risques majeurs et des recommandations associées

Selon le seuil d'acceptabilité défini par la matrice, 13 risques de criticité forte à majeure ont mené à des recommandations. La totalité appartenait aux processus élémentaires « prescription », « cueillette des médicaments » et « remise du traitement et conseils ».

Les risques retenus sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Résumé des risques ayant fait l'objet d'une recommandation

ETAPE	DESCRIPTION DE LA SITUATION A RISQUE	DESCRIPTION DU RISQUE
PRESCRIPTION	Difficulté de communication liée à la barrière de la langue (traitement habituel, antécédents, allergies etc.)	Choix des médicaments à délivrer non adéquat, non détection d'allergie
	Nombreux médecins assurant les consultations au CASO	Hétérogénéité des pratiques, continuité des soins plus compliquée
	Prescription de médicaments non adaptés au mode de vie du patient	Mauvaise observance
	Absence de prescription écrite	Distribution erronée, mauvaise observance, absence de lien entre les différents acteurs du système de soins
CUEILLETTE DES MEDICAMENT	Erreur de picking/ Erreur dans le choix des médicaments à dispenser	Délivrance erronée
	Absence de double contrôle	
	Absence d'analyse pharmaceutique	Absence de détection d'erreur de médicament, de dose, d'interaction médicamenteuse, de contre-indication etc.
	Déconditionnement des médicaments ne permettant pas de lire le nom du médicament	Mauvaise/Absence d'identification possible du médicament, médicament restant à la pharmacie inutilisable

CONSEILS ET REMISE DU TRAITEMENT	Difficulté de compréhension du plan de prise	Administration erronée (surdosage/sous dosage)
	Difficulté de mémorisation du plan de prise (absence de remise d'ordonnance)	
	Difficulté de communication liée à la barrière de la langue	
	Difficulté rencontrée par le patient dans la manipulation du médicament (inhalateur, reconstitution d'une solution buvable, suppositoire, effervescent)	
	Inversion des traitements donnés en cas de consultation réalisée avec plusieurs patients (famille ou couple)	Administration erronée (mauvais médicament)

Le groupe de travail a ainsi émis 16 recommandations différentes (Annexe 9) avec pour chacune une date limite de réalisation ce qui a permis de réaliser un diagramme de Gantt.

Dans une stratégie de *Benchmarking*, la pharmacienne référente au niveau national de MDM a été contactée afin de connaître le fonctionnement des autres CASO de France ainsi que les outils déjà développés. Malheureusement le fonctionnement des CASO dépendant du nombre et du métier des bénévoles, cette méthode n'a pu être appliquée à Grenoble. De plus, aucun outil tel qu'un plan de prise n'avait été développé au niveau national.

A. Processus de prescription

L'étape de prescription compte 4 risques de criticité inacceptables.

La première situation à risques provient de la difficulté que rencontre le médecin à récolter des informations nécessaires à la bonne prise en charge du patient (traitement habituel, antécédents, allergies etc.). Le risque est donc de prescrire des médicaments non adéquats ou de ne pas détecter une allergie. Il est directement relié à la barrière linguistique. Concernant ce risque, aucune recommandation n'a été émise. En effet, le moyen de maîtrise existant, recours à un interprète professionnel, a été jugé suffisant par le groupe de travail et le risque a donc été accepté tel quel.

Le deuxième risque identifié est celui de l'hétérogénéité des pratiques menant à une continuité des soins plus compliquée, lié au nombre important de médecins assurant les consultations au CASO. Ce risque a été identifié lors de l'étape de prescription mais est présent dans les autres étapes étant donné que le médecin réalise aussi la distribution et les conseils aux patients.

Les recommandations suivantes ont été reprises et développées dans d'autres étapes.

- implication de l'ensemble des bénévoles dans la PECM
- développement d'outils communs favorisant la coordination des soins tel que la rédaction d'ordonnance ou de plan de prise
- standardisation des pratiques par l'intermédiaire de la nomination d'un médecin référent.

Le troisième risque concerne le risque de mauvaise observance en cas de prescription de médicaments non adaptés au mode de vie du patient. Le groupe de travail a donc décidé de

réviser la liste des médicaments disponibles au CASO de Grenoble en supprimant entre autre les médicaments sous forme suppositoire pour lesquels une alternative galénique était possible.

La dernière situation à risques identifiée sur le processus de prescription relève de l'absence même de rédaction d'ordonnance. Les risques qui en découlent sont nombreux allant du risque de mauvaise observance à l'absence de lien entre les différents acteurs du système de soins.

La recommandation retenue est tout naturellement la réalisation systématique d'une ordonnance ou d'un plan de prise en cas de distribution de médicaments. En effet l'absence de rédaction d'ordonnance avait tout d'abord un impact direct sur la PECM du patient. Ainsi le médecin expliquait le traitement au patient de façon orale uniquement ou en écrivant sur les emballages secondaires quand ceux-ci étaient disponibles. Le risque de mauvaise compréhension du plan de prise était donc important surtout quand la remise des traitements concernait plusieurs membres d'une famille par exemple.

L'ordonnance permet aussi d'assurer un lien entre les différents acteurs de santé. Son absence était un frein à la délivrance du traitement par le personnel pharmaceutique et aucune analyse d'ordonnance ne pouvait être réalisée. Cela limitait de même la réexplication du plan de prise par l'équipe accueillante. De plus, la remise d'une ordonnance au patient permet à ce dernier de la présenter aux différents acteurs de soins étrangers à MDM tels que la PASS et ainsi favorise la continuité des soins. Cette action corrective devrait permettre de diminuer les doublons de prescription entre MDM et la PASS du CHUGA.

Il est important de souligner que le cadre réglementaire n'impose pas la rédaction d'ordonnance et donc la remise d'un plan de prise sous forme de tableau peut tout aussi bien convenir.

B. Processus de cueillette des médicaments

Quatre risques de criticité inacceptable ont été identifiés dans cette étape. Trois situations dangereuses mènent au risque de distribution erronée de médicaments :

- L'erreur même de dose ou de médicament lors de la cueillette
- L'absence d'analyse pharmaceutique
- L'absence de double contrôle des médicaments dispensés.

Les recommandations prises sont tout d'abord d'envisager à long terme une dispensation des médicaments par l'équipe pharmaceutique c'est à dire comprenant une analyse pharmaceutique de l'ordonnance ainsi que les conseils associés à la prise du traitement. La seconde recommandation est de limiter la délivrance des médicaments à risques jusqu'au prochain rendez-vous et de réaliser une signalisation physique de ces médicaments dans la pharmacie. Une révision de la procédure de délivrance de médicament au sein du CASO de Grenoble devra être réalisée en conséquence.

Le dernier risque de criticité majeure identifié au cours de cette étape est le déconditionnement des médicaments ne permettant pas de lire le nom du médicament ou son dosage. La fréquence de ce risque a été cotée 4 étant donné que le modèle de conditionnement des médicaments n'est pas hospitalier et que la distribution des médicaments est réalisée à l'unité. Des étiquettes pré-remplies permettant d'écrire le nom du médicament, sa posologie, le nom du patient ainsi que la date de péremption et numéro de lot si ces informations sont non lisibles, ont été mises en place.

C. Processus de remise du traitement et conseils

Cinq risques de criticité inacceptable ont été identifiés au cours de l'étape de remise du traitement et recommandations.

La première concerne la difficulté de compréhension du plan de prise par le patient et la recommandation choisie a été d'impliquer l'équipe d'accueil et plus spécifiquement l'équipe infirmière dans la PECM du patient.

Le second risque est lié à la difficulté de mémorisation du plan de prise étant donné l'absence de remise d'ordonnance et la recommandation choisie a donc été comme cité plus haut la remise en systématique d'une ordonnance ou d'un plan de prise.

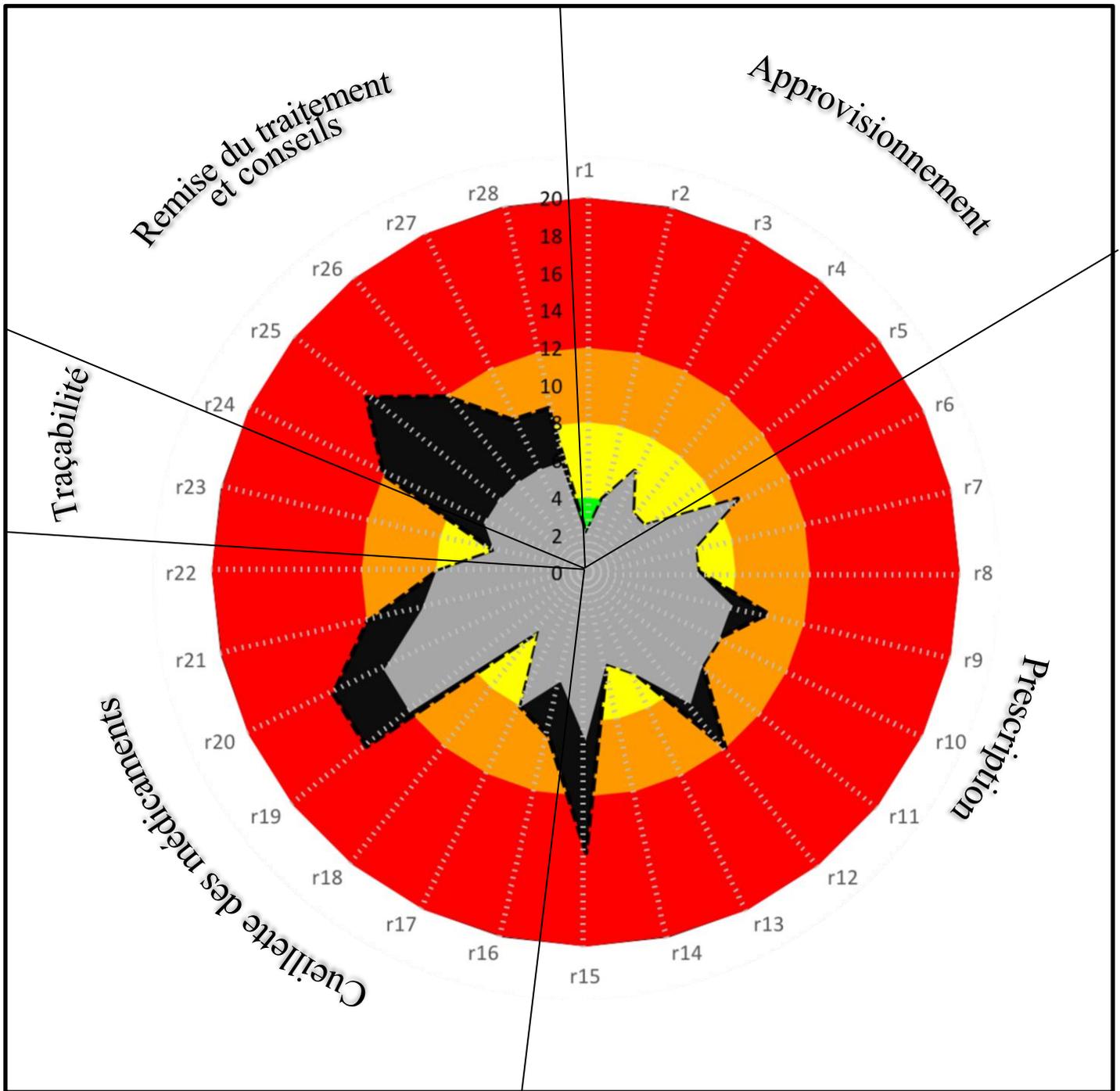
Par ailleurs, un plan de prise traduit en plus de 15 langues a aussi été réalisé afin de faciliter l'explication des modalités de prise des médicaments en cas de soucis de communication lié à la barrière de la langue (exemple en albanais en annexe 10). Ces documents ont été réalisés à partir de ceux développés au sein de la PASS du CHUGA.

Le quatrième risque était lié à la difficulté de manipulation de certains médicaments. Il y a eu une double recommandation à propos de ce risque. La première était de systématiser l'explication de ces traitements et d'y impliquer l'équipe infirmière. La seconde a été de reconstituer en systématique les suspensions buvables ; l'objectif étant que tous les patients repartent du CASO avec un médicament prêt à l'emploi. En effet, cela permet de limiter le risque de mauvaise reconstitution du médicament dans des conditions de précarité où l'eau potable est difficile d'accès. Un tableau d'aide à la reconstitution, à l'utilisation et à la conservation des suspensions buvables et sirops disponibles au CASO de Grenoble a été réalisé à partir des résumés des caractéristiques des produits (annexe 11).

Le dernier risque identifié était le risque d'inversion des traitements donnés en cas de consultation réalisée avec plusieurs patients (famille ou couple). Les recommandations ont été l'achat de sac en plastique permettant de séparer les différents traitements ainsi que la remise systématique d'une ordonnance ou d'un plan de prise.

VI. Analyse des risques résiduels

La cotation de la criticité résiduelle c'est-à-dire en cas de mise en place des recommandations a été réalisée. La Figure 10 permet de visualiser l'évolution de la criticité des risques avant la mise en place des recommandations (criticité initiale) et après la mise en place des actions (criticité résiduelle) sous un format radar.



- criticité initiale ■ criticité résiduelle
- criticité majeure ■ criticité forte ■ criticité modérée ■ criticité faible

Figure 10 : Evolution de la criticité initiale et résiduelle des risques nets sous format radar

L'étape approvisionnement et traçabilité n'ayant pas fait l'objet de recommandation, aucun changement de la criticité résiduelle ne peut être observé sur la Figure 10.

A l'inverse, l'impact prévisionnel de la mise en application des recommandations est particulièrement visible au niveau de l'étape de remises des traitements et conseils.

De plus, la mise en place de ces actions d'amélioration permettrait de n'avoir plus aucun risque de criticité majeure au lieu de 4 identifiés initialement et de réduire ceux de criticité forte au nombre de 6 au lieu de 9 (Figure 11).

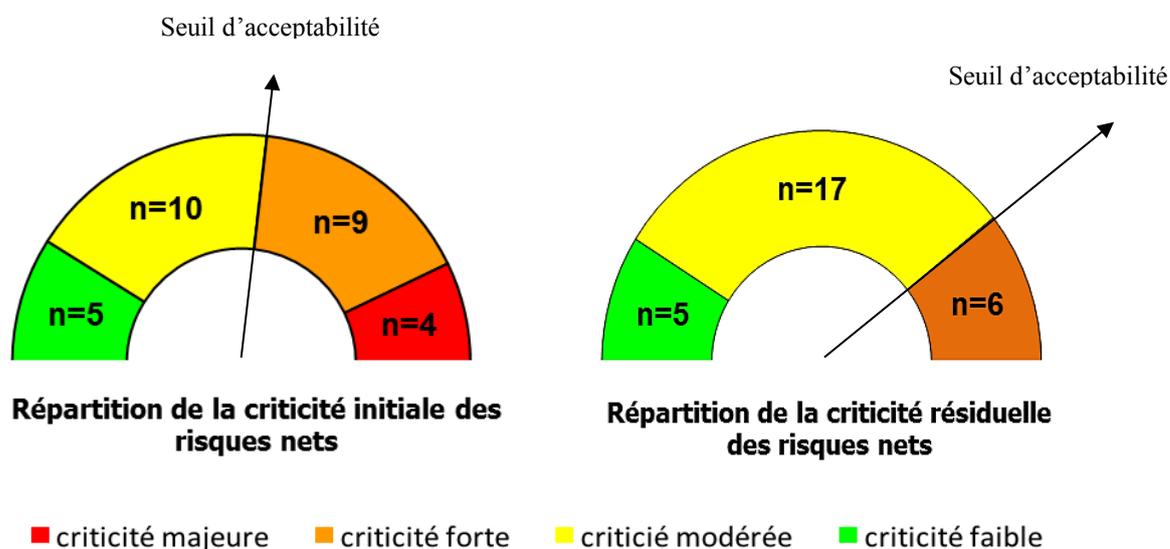


Figure 11 : Evolution de la criticité initiale et résiduelle des risques nets
n = nombre de risques identifié

Ainsi le respect des actions correctives permettrait de réduire le nombre de risque au-dessus du seuil de criticité de 46% à 21%.

Discussion

A. Risques et des moyens de maitrise associés

Bien que de nombreuses cartographies des risques aient été réalisées sur la PECM, son application au patient précaire au sein d'un CASO n'avait jamais été étudiée.

Ce travail a dans un premier temps permis d'analyser le circuit de la PECM du patient au CASO de Grenoble en identifiant les risques et les moyens de maitrise correspondant déjà mis en place.

Le premier élément mis en avant lors de cette analyse est la place prépondérante du médecin dans ce parcours puisqu'il est acteur de quatre étapes sur cinq contre une seule, l'étape de prescription, en établissement de santé. En parallèle, le pharmacien et l'infirmière joue donc un rôle minoritaire dans la PECM. Or, de par leurs compétences respectives, ils représentent un véritable atout dans le parcours de soins permettant de diminuer la survenue d'EM. Le cadre législatif, en autorisant une distribution de médicaments directement par le médecin, supprime l'obligation d'une analyse pharmaceutique de l'ordonnance préalable et par la même une des barrières de protection dans l'apparition d'EM.

Les étapes « cueillette des médicaments » et « remise du traitement et conseils » ont été identifiées comme particulièrement à risques puisque respectivement 57% et 100% des risques identifiés lors de ces étapes ont une criticité inacceptable. Ceci confirme l'importance de la place du pharmacien dans la PECM.

La présence d'une PASS a été identifiée comme un véritable atout permettant d'orienter les patients nécessitant une prise en charge complexe vers cette structure. Ceci permet au CASO de Grenoble de détenir un nombre restreint de médicaments ainsi qu'un faible nombre de médicaments à risques et soumis à la chaîne du froid. Ce dernier point ainsi que la limitation de la durée de délivrance à 15 jours ont donc été identifiés comme des

moyens de maîtrise déjà effectifs permettant de sécuriser ces étapes.

Le statut bénévole des équipes est le deuxième facteur majeur différenciant ce circuit d'une PECM en ES. En effet la taille des équipes favorise l'hétérogénéité des pratiques et complexifie la continuité de la prise en charge du patient. Pour limiter ce risque, plusieurs moyens de maîtrise étaient mis en place tels que l'existence de recommandations de prise en charge par pathologie ou l'organisation de réunions de pairs mensuelles.

Mis à part ces facteurs organisationnels, la PECM au CASO de Grenoble est aussi liée à la population consultante. Ainsi la barrière linguistique et le mode de vie précaire de ces patients doivent être pris en compte dans la sécurisation de ce circuit. Pour faire face, le CASO de Grenoble avait déjà recours au service d'un interprétariat téléphonique.

Néanmoins la présence de ces moyens de maîtrise ne suffit pas. Ainsi près de la moitié des risques identifiés (n=13) avait une criticité cotée au-dessus du seuil d'acceptabilité et ont mené le groupe de travail à émettre 16 recommandations.

B. Recommandations et mise en application

Une réflexion sur la réorganisation de la PECM du patient est engagée avec comme perspective l'implication des équipes infirmières et pharmaceutique dans les étapes de cueillette, de traçabilité et de remise du traitement et conseils au patient. De plus une révision du livret thérapeutique ainsi que la limitation de la durée de délivrance des médicaments à risques permettent de diminuer la criticité des risques listés dans l'étape « cueillette des médicaments ».

L'étape de remise du traitement et conseils ressort comme une des étapes la plus à risques car son bon déroulement conditionne l'administration du traitement au patient ce qui est conforme aux résultats retrouvés dans la littérature (62)(63). La rédaction et la remise d'une ordonnance par le médecin est un des éléments majeurs dans la sécurisation du processus puisque son absence a été identifiée comme à risques dans plusieurs étapes. Cette recommandation est actuellement testée et une réflexion sur le format de rédaction de cette ordonnance au format classique ou sous forme de plan de prise est en cours. De plus, la reconstitution systémique des suspensions buvables devrait permettre d'assurer une bonne utilisation du médicament et d'éviter le risque d'utilisation d'eau souillée.

Malgré l'utilisation d'un service d'interprétariat téléphonique, le risque d'une mauvaise communication lié à la barrière de la langue a été recensé au moment de l'étape « prescription » et à l'étape « remise du traitement et conseils ». Le groupe de travail a ainsi proposé de réaliser des plans de prises traduits en plusieurs langues afin de faciliter l'explication du plan thérapeutique.

C. Critique de la matrice

La réalisation de cette cartographie a été possible en trois séances de deux heures ce qui est un temps relativement court. Ceci s'explique par la taille du processus qui ne comportait que cinq étapes et le nombre d'acteurs très restreint (pharmacien et médecin uniquement). De plus, une bonne connaissance de la matrice et du circuit de la PECM du patient précaire avait été acquise suite à la réalisation d'un travail similaire à la PASS de Grenoble.

L'outil de la cartographie des risques de par son côté visuel et exhaustif a été un véritable outil de management et de sensibilisation des équipes. L'avantage de la matrice de cartographie utilisée est qu'elle recense les moyens de maîtrise déjà mis en place et de juger de leur efficacité. La présentation de ces résultats a ainsi permis de mettre en valeur l'existant et de constater les vulnérabilités de l'organisation actuelle.

Néanmoins, la matrice utilisée présente une spécificité qui est discutable. Ainsi, la cotation des risques bruts est réalisée sans tenir compte des moyens de maîtrise déjà mis en place et c'est le niveau de maîtrise des barrières déjà mises en place qui permet de réduire la criticité du risque dit net. Or, pour que la criticité diminue entre le risque brut et le risque net, il faut que le moyen de maîtrise mis en place ait un niveau de maîtrise inférieur ou égal à 2. Ce niveau ne peut être atteint qu'en cas de mise en place d'indicateurs ou de plans d'exercices. Cette cotation est donc discutable car certains moyens de maîtrise peuvent être très simples et efficaces, tels que la mise en place d'un double contrôle mais ne nécessitent pas forcément la mise en place d'indicateur. Ainsi, malgré la mise en place de 24 moyens de maîtrise au début de l'étude, seul le risque lié à la prise en charge médicale urgente d'un patient a vu sa criticité diminuée de forte à majeure entre le risque brut et le risque net.

Dans ce cadre, l'utilisation de cette échelle initialement destinée aux ES est contestable car le niveau d'effort que peut fournir un ES n'est pas comparable à celui d'une structure telle que les CASO.

D. Obstacles rencontrés

La réalisation de ce travail a néanmoins rencontré des obstacles. L'un des biais de cette cartographie provient de la composition du groupe de travail. Le recrutement a été réalisé sur la base du volontariat. Ceci a permis d'obtenir un groupe de travail dynamique et intéressé par le sujet. Néanmoins, deux personnes n'étaient bénévoles au sein de MDM que depuis quelques mois. Le recueil des risques est donc moins pertinent compte tenu du manque de retour d'expérience de ces membres.

Il a donc été nécessaire de présenter les résultats en groupe de pairs mixtes, médecins et accueillants, afin d'enrichir la démarche et de faciliter la mise en place des recommandations. Il est en effet difficile d'imposer à un bénévole, qui donne déjà de son temps libre, certaines actions qui sont parfois chronophages et moins intéressantes d'un point de vue personnel. Il a ainsi été indispensable de montrer l'importance de la mise en application des recommandations et de les rediscuter en groupe de pairs.

Certaines recommandations émises par le groupe de travail ont été modifiées car elles n'étaient pas acceptées par l'ensemble de l'équipe. Par exemple, il avait été envisagé que l'infirmière de l'équipe d'accueil puisse double contrôler ce que le médecin dispensait et fournir elle-même les explications sur les modalités de prise des médicaments au patient. Cette action a été refusée par le groupe d'accueil. En effet, certains bénévoles ne souhaitent pas exercer leur profession actuelle ou ancienne exercée au sein du CASO. Les raisons de ce refus sont principalement le manque de formation dans le cas d'une infirmière à la retraite ou l'envie de faire autre chose que leur métier initial sur leur temps libre.

L'autre limite à l'application des recommandations est liée à l'organisation de MDM. En effet, l'activité dépend du nombre de bénévoles. Ainsi, le secteur pharmacie ne comporte que deux bénévoles et ne permet pas d'assurer une dispensation constante de médicaments par le personnel pharmaceutique uniquement.

E. Bilan et perspectives

Malgré ces difficultés, 8 recommandations soit la moitié des actions correctives émises sont effectives à la date du 10 juin 2016 et 4 sont en cours de mise en place et devraient être appliquées d'ici à quelques mois (Annexe 12). La sécurisation du circuit des médicaments à risques est assurée par la limitation de la durée de délivrance et la signalisation physique de ces médicaments. La remise d'une ordonnance ou d'un plan de prise disponible en plusieurs langues sont des outils qui sont dès à présent utilisés au CASO de Grenoble. Ceci devrait permettre de favoriser la communication entre le patient et le soignant ainsi qu'entre les différents acteurs de soins. Ainsi, le risque de doublons de prescription entre le CASO et la PASS devrait disparaître. De plus, la remise d'un plan de prise correspondant à la langue maternelle du patient est un outil prometteur. En effet, la PASS du CHUGA a mis en place cet outil il y a un an et le retour d'expérience est positif tant au niveau de l'équipe médicale que pharmaceutique. L'effort pour la mise en place de l'ensemble des actions d'amélioration devra être maintenu permettant de n'avoir plus aucun risque de criticité majeure et de réduire le nombre de risque au-dessus du seuil de criticité de 46% à 21%.

De nombreuses perspectives sont à envisager pour améliorer la PECM au sein du CASO de Grenoble. L'objectif principal est la pérennisation du poste de pharmacien soit par l'implication de plusieurs bénévoles soit par un financement permettant de réaliser un véritable acte de dispensation comprenant l'analyse de l'ordonnance ainsi que l'explication du traitement remis. De plus, le développement de nouvelles missions telles que l'éducation thérapeutique pourrait être envisagées au long terme. Des séances ont d'ailleurs déjà été mises en place auprès de patients précaires à Lille sur le thème de l'alimentation et dans plusieurs PASS de France conformément aux recommandations émises par la Direction Générale de l'Offre de Soins (33)(64).

Conclusion

La PECM est un processus complexe et générateur de nombreux risques en ES et sa sécurisation est devenue un enjeu majeur de santé publique. Son application au patient précaire engendre de nouveaux risques liés à la barrière linguistique et culturelle qui sépare le patient de l'équipe soignante. De plus, le statut et l'organisation du CASO de Grenoble font de ce processus un circuit à part.

Ce travail a permis de réunir les acteurs participant à la PECM du patient au sein du CASO de Grenoble et de les engager dans un processus d'amélioration de la qualité des soins. La réalisation de cette cartographie est un travail inédit qui a permis d'identifier les étapes à risques de ce circuit telles que l'étape de prescription et de recommandations aux patients et de déclencher une réflexion globale sur l'organisation de la PECM du patient afin de la sécuriser. Les outils mis au point suite aux recommandations, telle que la remise d'une ordonnance ou la reconstitution systématique des suspensions buvables, devraient permettre de réduire considérablement la criticité des risques résiduels.

Malgré les difficultés rencontrées lors de la mise en place des recommandations, la moitié d'entre elles sont effectives à l'heure actuelle. La mise en place de moyens humains plus importants permettrait d'accomplir l'ensemble des recommandations et ainsi de n'avoir plus aucun risque de criticité majeure.

Ce travail a fait ressortir les particularités liées à la PECM au sein des CASO ainsi que les risques qui en découlent et *in fine*, replace le pharmacien et l'infirmière comme des maillons nécessaires à la sécurisation de la PECM du patient. La communication de ce travail au niveau national permettra d'alerter l'association sur les risques existants et sur les outils qui pourront être adaptés aux autres CASO.

THESE SOUTENUE PAR : Sabine MOTYKA

TITRE : Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient précaire : Analyse des risques au Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Grenoble via l'outil de la cartographie des risques

CONCLUSION :

En 2013, près de 5 millions de français vivaient en dessous du seuil de pauvreté, soit 14,4% de la population. En parallèle, la crise économique et migratoire traversée par l'Europe actuellement accentue l'augmentation de personnes vivant en situation de précarité. Ainsi, malgré une réforme de la protection sociale, dans le cadre de la loi contre l'exclusion en 1998 et l'ouverture de plus de 400 Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), un écart de plus en plus flagrant se creuse dans l'accès aux soins en France. Pour faire face, l'association Médecin du monde (MDM) a mis en place dès 1986 des Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO), afin d'accueillir et de prendre en charge des patients en situation de précarité.

La Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) du patient est un processus identifié comme particulièrement à risques, suite aux enquêtes Nationales sur les Evènements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS) et sa sécurisation est devenue une priorité au niveau national et international.

Au sein des CASO, dans plus d'une consultation sur trois, une difficulté de communication entre le patient et le soignant liée à la barrière de la langue est identifiée et représente un risque majeur dans la PECM du patient. En effet, au vu de la littérature, cette barrière conditionne la qualité des soins et majore le risque d'erreurs médicamenteuses (EM). De plus, la précarité des conditions de vie, la différence de croyances et de pratiques culturelles ainsi que le retard d'accès aux soins sont autant de facteurs à prendre en compte, afin d'offrir une prise en charge médicale adaptée et sécurisée au sein des CASO.

A Grenoble, un patient en situation de précarité peut être pris en charge soit par le CASO de Grenoble soit par la PASS du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes. Cette dernière, conformément à l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments, a réalisé une cartographie des risques de sa PECM en 2015.

En tant qu'organisme à but non lucratif, MDM n'est pas été concerné par ce cadre réglementaire, néanmoins nous pouvons nous interroger sur la PECM des patients au CASO de Grenoble et sa sécurisation. Dans ce contexte, une cartographie des risques a été réalisée.

L'analyse fonctionnelle de la PECM au sein du CASO de Grenoble a permis de distinguer cinq étapes dans ce circuit, dont l'acteur principal est le médecin. Vingt-huit risques ont été recensés et treize risques ont mené à la proposition de recommandations compte tenu de leur criticité importante.

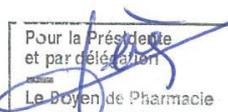
Au vu de la place prépondérante du médecin dans ce parcours, le premier axe d'amélioration a été de replacer l'infirmière et le pharmacien dans le circuit de la PECM du patient. De par leurs compétences respectives, ces derniers représentent un véritable atout dans le parcours de soins, permettant de diminuer la survenue d'EM. Afin de sécuriser l'étape d'administration de médicaments, la remise d'une ordonnance au patient a été systématisée. Cet outil permettra de limiter le risque de mauvaise compréhension du traitement qui n'était jusque là expliqué que de façon orale. De plus, afin de limiter les incompréhensions liées à la barrière de la langue, un plan de prise traduit en plus de 15 langues a été réalisé.

Ce travail original a permis de mettre en évidence les particularités liées à la PECM au sein des CASO ainsi que les risques qui en découlent. La réorganisation de ce processus par l'implication de tous les professionnels de santé ainsi que la mise en place d'outils adaptés permettra d'améliorer la sécurisation de la PECM du patient précaire au sein du CASO de Grenoble.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 18/06/16

LE DOYEN

Pour la Présidente
et par délégation

Le Doyen de Pharmacie
Pr. Michel SEVE

Pr. Michel SEVE

LE PRESIDENT DE LA THESE

UNIVERSITE de GRENoble
FACULTE de PHARMACIE
Benoit ALLENET
Section : 90767-H
N° de la thèse : 0001831758

Pr. Benoit ALLENET

Bibliographie

1. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France. Rapport de l'année 2013. Médecins du Monde;
2. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France. Rapport de l'année 2014. Médecins du Monde;
3. Cioffi RNJ. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *Int J Nurs Stud.* 1 mars 2003;40(3):299-306.
4. Whitman MV, Davis JA. Registered nurses' perceptions of cultural and linguistic hospital resources. *Nurs Outlook.* févr 2009;57(1):35-41.
5. Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, Loeb JM. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua.* avr 2007;19(2):60-7.
6. Elderkin-Thompson V, Silver RC, Waitzkin H. When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Soc Sci Med* 1982. mai 2001;52(9):1343-58.
7. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
8. Motyka S. Dispensation de médicaments dans le circuit de la permanence d'accès aux soins de santé : Cartographie des risques selon la méthode AMDEC. Université Paris Descartes; 2015 sept.
9. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. ANAES; 2003.
10. Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care.* 6 janv 1995;4(2):80-9.
11. Larouzée J, Guarnier F, Besnard D. Le modèle de l'erreur humaine de James Reason [Research Report]. MINES ParisTech; 2014.
12. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
13. Michel P, Lathelize M, Quenon J. Comparaison des deux Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la DREES (Ministère de la Santé et des Sports). Bordeaux; 2011 mars.
14. Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Outils pour les établissements de santé. Direction Générale de l'Offre de Soins; 2012 févr.

15. Castot A, Arnoux A, Durand D. Le guichet des erreurs médicamenteuses: Bilan d'activité de l'année 2009. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS); 2010 juill.
16. Bedouch P. Diffusion des bonnes pratiques de prescription: modélisation des interventions pharmaceutiques [Médecine humaine et pathologie.]. Université Claude Bernard- Lyon I; 2008.
17. Bates DW, Leape LL, Petrycki S. Incidence and preventability of adverse drug events in hospitalized adults. *J Gen Intern Med.* juin 1993;8(6):289-94.
18. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA.* 5 juill 1995;274(1):29-34.
19. Schmitt E. Le risque médicamenteux nosocomial. Paris: Masson; 1999.
20. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med.* avr 1995;10(4):199-205.
21. Grain F, Calop J. Analyse des erreurs de prescription et de l'activité de pharmacie clinique dans une unité de soins informatisée. Université Joseph Fourier (Grenoble); 1997.
22. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy.* mai 1999;19(5):556-64.
23. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy.* avr 2007;27(4):481-93.
24. Nester TM, Hale LS. Effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in promoting patient safety. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm.* 15 nov 2002;59(22):2221-5.
25. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 28 févr 2005;165(4):424-9.
26. Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation: Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. Haute Autorité de Santé; 2015 sept.
27. Kuperman GJ, Teich JM, Gandhi TK, Bates DW. Patient safety and computerized medication ordering at Brigham and Women's Hospital. *Jt Comm J Qual Improv.* oct 2001;27(10):509-21.
28. Loi sur l'assistance médicale et gratuite. 27052 juill 18, 1893.
29. Wresinsky J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *JORF*; 1987.

30. Rainhorn J-D, Gremy F. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Haut comité de Santé Publique, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1998.
31. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
32. Code de la santé publique - Article L6112-6. Code de la santé publique.
33. Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS. Recommandations et indicateurs. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS); 2008 mai.
34. Taux de pauvreté et nombre de personnes pauvres selon le seuil en 2013. Insee;
35. Les demandes d'asile [Internet]. Ministère de l'intérieur; 2016 janv [cité 26 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Statistiques/Tableaux-statistiques/Les-demandes-d-asile>
36. Code de la santé publique - Article L4211-2. Code de la santé publique.
37. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP). Liste de médicaments de niveau d'alerte élevé de l'ISMP. 2012.
38. Décret n° 2008-784 du 18 août 2008 relatif à la distribution humanitaire de médicaments. 2008-784 août 18, 2008.
39. Bowen S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Publications Santé Canada; 2001.
40. Graz B, Vader J-P, Raynault M-F. Réfugiés, migrants, barrière de la langue: opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. Santé Publique. 2002;14:75-81.
41. Bowen S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Santé Canada; 2001.
42. Baker DW. Reading Between the Lines. J Gen Intern Med. mai 1999;14(5):315-7.
43. Bouillon M. La prise en charge des personnes ayant des difficultés de lecture et d'écriture à l'officine. Un point dans des pharmacies de Lorraine en 2001. [31 octobre 2002]: université Henri Poincare - Nancy 1;
44. Mondoux M. Communiquer avec des patients de langue étrangère Les moyens utilisés pour surmonter les barrières linguistiques dans les soins. Haute École de Santé, Fribourg Filière soins infirmiers; 2010.
45. Thom N. Using telephone interpreters to communicate with patients. Nurs Times. 18 nov 2008;104(46):28-9.
46. Bischoff A, Tonnerre C, Eytan A, Bernstein M, Loutan L. Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. Soz- Präventivmedizin. nov 1999;44(6):248-56.

47. Hadziabdic E, Hjelm K. Arabic-speaking migrants' experiences of the use of interpreters in healthcare: a qualitative explorative study. *Int J Equity Health*. 16 juin 2014;13:49.
48. Bischoff A, Denhaerynck K. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 23 août 2010;10:248.
49. Rouby A. Adaptation des outils d'information et d'éducation thérapeutique à la population Sourde [Mémoire de Master 2 Modélisation des Apprentissages en Santé (MAPS)]. 2015.
50. Association pour l'accueil des voyageurs. La médiation, pour l'accès à la santé des populations précarisées : l'exemple des Roms. 2012 déc.
51. Monfort E, Allain P, Etcharry-Bouyx F, Le Gall D. Contribution of pictorial help to the understanding of medical prescriptions in elderly adults and in patients with Alzheimer's disease. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. mars 2010;8(1):65-75.
52. Dowse R, Ehlers MS. The evaluation of pharmaceutical pictograms in a low-literate South African population. *Patient Educ Couns*. nov 2001;45(2):87-99.
53. Dewally S, Calop J. Transcription des précautions d'emploi en pictogrammes évaluation du concept par le public. Université Joseph Fourier (Grenoble); 1998.
54. Bouillon, Mylène. La prise en charge des personnes ayant des difficultés de lecture et d'écriture à l'officine. Un point dans des pharmacies de Lorraine en 2001. Université Henri Pointcare Nancy 1; 2002.
55. Coignard L, Martinez C, Bonnefond H, Charles R. Repenser la compréhension de l'ordonnance : l'exemple des soins aux Sourds. *Thérapie*. nov 2015;70(6):501-13.
56. Roussel P, Moll M-C, Amalberti R. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Haute Autorité de Santé; 2010 déc.
57. Le Coze J-C, Lim S, Dechy N. Gestion des presque accidents et accidents majeurs : premier bilan d'une enquête sur des sites SEVESO. Lille, France; 2006 oct. (Colloque de maîtrise des risques et sûreté de fonctionnement « Risques et performances »).
58. De Mareschal G. La cartographie des risques. AFNOR, 2003. AFNOR; 2003. 50 p.
59. Rémy Collomp, Arriudarre C, Bonan B. Guide SFPC GDR: Comment optimiser l'implication de l'équipe pharmaceutique dans la gestion des risques associés à la prise en charge médicamenteuse du patient ? Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC); 2013.
60. Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Grenoble – Rapport d'activités 2014. 2015 juin.
61. Legal R, Pilorge C. Coût de l'ordonnance des médecins généralistes: peut-on caractériser les pratiques de prescription? Direction de la recherche des études de l'évaluation

et des statistiques (DRESS); 2013 sept. Report No.: 44.

62. Bonan-Hayat B. Sécurisation du circuit des chimiothérapies en établissement hospitalier : application à la production des médicaments anticancéreux. 2008.

63. Jebabli M. Cartographie et gestion des risques liés au circuit du médicament par la méthode de l'Analyse Préliminaire des Risques (APR). ARS Champagne-Ardenne ;

64. Schlienger I. Comment vais-je me soigner? Un bilan partagé à la PASS. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Besançon; 2011 sept.

Annexes

Annexe 1: Echelle de gravité

Gravité	Gravité pour le patient ou le Professionnel	Gravité pour l'institution	
5 : conséquences dramatiques	Menace du pronostic vital		
	Incapacité partielle ou totale permanente		
	Malformation		
	Aggravation de l'état du patient avec effets irréversibles		
	Décès		
4 : conséquences critiques	Prolongation d'hospitalisation	Sociale	grève paralysant l'ES
	Aggravation de l'état du patient avec effets réversibles	Organisationnelle	impossibilité de fonctionner, rupture durable d'approvisionnement
	Hospitalisation ou ré-hospitalisation	Matérielle	dégâts matériels empêchant la poursuite d'une ou de toute activité
	Nécessité d'une intervention chirurgicale	Financière	Perte > 10 000 €
	Mission non réalisée	Système d'information	perte totale ou définitive de données
	Mission réalisée avec un retard > 24 heures	Juridique	procès pénal, prison
	Réputation	perte d'image, de confiance des usagers....	
3 : conséquences graves Gravité intermédiaire	Atteinte superficielle	Sociale	conflit dur, grève
	Gêne physique légère ou transitoire	Organisationnelle	désorganisation durable du travail/des services
	Insécurité réelle....	Matérielle	dégâts matériels importants > 500 € sans empêcher l'activité
	Mission réalisée partiellement	Financière	pertes importantes nécessitant une réorganisation majeure
	Mission réalisée avec un retard de 2 à 24 heures	Système d'information	données à reconstituer
		Juridique	amende, procès
	Réputation	perte d'image, mise en cause par les médias...	
2 : conséquences significatives Non grave	Insatisfaction manifeste du patient/du professionnel	Sociale	dégradation du climat social
	Sentiment d'insécurité	Organisationnelle	désorganisation ponctuelle du travail/des services
	Manque de confort	Matérielle	dégâts matériels compris entre 10 et 500 €
	Gêne légère...	Financière	dépassement de budget (sans compromettre l'équilibre de l'ES)
	Mission réalisée avec une solution dégradée	Système d'information	données à rechercher dans les sauvegardes
	Mission réalisée avec un retard < 2 heures	Juridique	contentieux, sanctions disciplinaires
	Réputation	atteinte locale ou interne....	
1 : conséquences mineures Non grave	Aucune conséquence	Sociale	démotivation des acteurs
	Insatisfaction ...	Organisationnelle	perte de temps
	Mission réalisée	Matérielle	dégâts matériels mineurs
		Financière	coûts faibles< 10 €
		Système d'information	pertes négligeables
		Juridique	plaintes sans suite....

Annexe 2: Echelle de fréquence

Fréquence d'apparition	
5 : Très fréquent	Systematique, tous les jours, toutes les semaines
4 : Fréquent	Une fois à quelques fois/mois
3 : Possible	Une fois à quelques fois/trimestre
2 : Peu fréquent	Une fois à quelques fois/an
1 : Rare	Arrive une fois tous les 5 à 10 ans, n'est jamais arrivé

Annexe 3: Echelle de niveau de maitrise du risque

Niveau	Description synthétique
Niveau 1	On sait faire face, bonne maîtrise : plans avec exercice et formation, veille, contrôle, amélioration continue
Niveau 2	On a tout prévu : plans d'action en place avec indicateurs
Niveau 3	On a organisé : organisation en place sans évaluation
Niveau 4	On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes - veille mais sans actions
Niveau 5	On découvre le risque : aucune action en place - études en cours - actions inefficaces

Annexe 4 : Description du processus

REF PROCESSUS	DEFINITION DU PROCESSUS	DEFINITION DES GRANDES ETAPES DU PROCESSUS (SOUS-PROCESSUS)	ACTEURS	ENTREES (DEBUT DE PROCESSUS)	SORTIES (FIN DE PROCESSUS)	FINALITE / DESCRIPTION
P1	Approvisionnement	Réalisation d'une commande mensuelle auprès de PHI Réception et rangement de la commande Suivi des stocks et des périmés	Equipe pharmaceutique	Médicament manquant ou disponible en quantité insuffisante	Médicament disponible	Gestion de stock correcte
P2	Prescription	Patient ayant une couverture médicale (AME ou PUMA) => renvoi vers le circuit de ville Patient adressé par une PMI ou un dentiste avec une ordonnance => dispensation des traitements sans consultation Patient sans couverture médicale => consultation médicale avec possibilité de dispensation de traitement	Médecin	Début de la consultation médicale	Inscription du traitement sur le dossier du patient	Continuité du soin
P3	Cueillette des médicaments	Trouver l'emplacement des traitements Calculer le nombre d'unités nécessaires	Médecin	Inscription du traitement sur le dossier du patient	Traitements préparés	Préparation des traitements
P4	Traçabilité	Inscription sur le registre manuel le nom et prénom du patient, le nom de la spécialité délivrée, dosage et forme galénique, le nom du médecin et la date	Médecin	Traitements préparés	Traçabilité réalisée	Traçabilité réalisées
P5	Remise du traitement et conseils au patient	Explications sur la durée de traitement, les horaires de prise, les conditions de prises Mise en sachet	Médecin	Traçabilité réalisée	Recommandations aux patients délivrées et remise du traitement	Recommandations aux patients délivrées et remise du traitement

Annexe 5 : Risques bruts pour l'étape approvisionnement et prescription

Code Risque	DESCRIPTION			RISQUES BRUTS		
	REF PROCESS	REF RISQUE	DESCRIPTION DU RISQUE	GRAVITE	FREQUENCE	CRITICITE DU RISQUE
	Niveau 3		(Libellé court)	<ul style="list-style-type: none"> - Mineure (1) - Significative (2) - Grave (3) - Critique (4) - Dramatique (5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rare (1) - Peu fréquent (2) - Possible (3) - Fréquent (4) - Très fréquent (5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible (1 à 4) - Modérée (5 à 8) - Forte (9 à 12) - Majeure > 12
A P P R O V I S I O N N E M E N T	p1	r1	Stockage de médicaments non conforme au RCP Risque: détérioration du médicament	2	2	4
	p1	r2	Stockage de médicaments périmés Risque: Délivrance de médicaments périmés potentiellement inefficaces voire toxiques	2	2	4
	p1	r3	Erreur de rangement de la commande Risque: Erreur lors de la délivrance	3	2	6
	p1	r4	Erreur lors de la commande (oubli de produits, erreur de quantité/produits) Risque: rupture de stock, mauvais rangement	2	2	4
	p1	r5	Produits reçus non conformes à la commande Risque: rupture de stock, mauvais rangement	2	2	4
P R E S C R I P T I O N	p2	r6	Difficulté de communication liée à la barrière de la langue (traitements habituels, antécédents, allergies etc) Risque: Choix des médicaments à dispenser non adéquat, non détection allergies	3	4	12
	p2	r7	Dossier patient introuvable/incomplet si patient déjà connu ou bug informatique Risque: Impossibilité de retrouver les antécédents, le traitement initié, continuité des soins compliquée	2	3	6
	p2	r8	Erreur d'identification d'un équivalent français au traitement Risque: Choix des médicaments à délivrer non adéquat	3	2	6
	p2	r9	Nombreux médecins assurant les consultations au CASO Risque: hétérogénéité des pratiques, continuité des soins plus compliquée	2	5	10
	p2	r10	Absence d'outil d'aide à la prescription Risque: Erreur lors de la prescription	2	4	8
	p2	r11	Non connaissance des médicaments disponibles et de leur stock au moment de la "prescription" Risque: Erreur lors de la prescription et la délivrance des médicaments	2	4	8
	p2	r12	Prescription de médicaments non adaptés au mode de vie du patient Risque: Mauvaise observance	3	4	12
	p2	r13	Doublon de prescription lié à l'existence d'une ordonnance émanant de la PASS Risque: Prescription non adéquate, surdosage lié à une redondance/doublon	3	2	6
	p2	r14	Prise en charge médicale urgente d'un patient (choc anaphylactique, épilepsie...) Risque: retard à la prise en charge, prise en charge non adaptée	5	2	10
	p2	r15	Absence de prescription écrite Risque: Distribution erronée, mauvaise observance, absence de lien entre les différents acteurs du système de soin	3	5	15

Annexe 6 : Risques bruts pour l'étape de cueillette, de traçabilité et de remise du traitement et conseils

C U E I L L E T T E D E S M E D I C A M E N T	p3	r16	Erreur de picking/ Erreur dans le choix des médicaments à délivrer Risque: Délivrance erronée	3	3	9
	p3	r17	Erreur de calcul de quantité d'unités à dispenser Risque: Délivrance erronée	2	4	8
	p3	r18	Rupture de stock/stock insuffisant, Traitements non trouvés Risque: Absence de dispensation ou dispensation incomplète	2	2	4
	p3	r19	Absence de double controle Risque: Distribution erronée de médicaments	3	5	15
	p3	r20	Absence d'analyse pharmaceutique Risque: absence de détection d'erreur de médicament, de dose, d'interaction médicamenteuse, de contre-indication etc.	3	5	15
	p3	r21	Déconditionnement des médicaments ne permettant pas de lire le nom du médicament Risque: Mauvaise/Pas d'identification possible du médicament, médicament restant à la pharmacie inutilisable	3	4	12
	p3	r22	Déconditionnement des médicaments ne permettant pas de lire la date de péremption et le numéro de lot Risque: Retrait du médicament en cas de retrait de lot impossible, médicament restant à la pharmacie inutilisable	2	4	8
T R A C A B I L I T E	p4	r23	Traçabilité incomplète ou fausse Risque: Gestion de stock difficile, risque de rupture	1	5	5
C O N S E I L S T R A I T E M E N T D U	p5	r24	Difficulté de compréhension du plan de prise Risque: administration erronée (surdosage/sous dosage)	3	4	12
	p5	r25	Difficulté de mémorisation du plan de prise (absence de trace écrite) Risque: administration erronée (surdosage/sous dosage)	3	5	15
	p5	r26	Difficulté de communication liée à la barrière de la langue Risque: administration erronée (surdosage/sous dosage)	3	4	12
	p5	r27	Difficulté rencontrée par le patient dans la manipulation du médicament (inhalateur, reconstitution d'une solution buvable, suppositoire, effervescent) Risque: administration erronée (surdosage/sous dosage)	3	3	9
	p5	r28	Inversion des traitements donnés en cas de consultation réalisée avec plusieurs patients (famille ou couple) Risque: administration erronée	3	3	9

Annexe 7 : Moyens de maitrise des risques pour l'étape approvisionnement et prescription

1 - fait face, maitrise : plans avec exercice et formation, veille, contrôle
 2 - tout prévu : plan d'actions en place et indicateurs
 3 - organisation en place sans évaluation
 4 - en alerte avec qq actions mais insuffisantes , veille sans actions
 5 - découvre le risque : aucune action, études en cours, actions inefficaces

ETAPE	REF RISQUE	DESCRIPTION DU RISQUE	REF DISPOSITIF DE MAÎTRISE	DESCRIPTION DES DISPOSITIFS DE MAÎTRISE DU RISQUE	EVALUATION
A P P R O V I S I O N N E M E N T	r1	Stockage de médicaments non conforme au RCP Risque: détérioration du médicament	M1	Absence de médicament nécessitant un stockage au froid	1
	r2	Stockage de médicaments périmés Risque: Délivrance de médicaments périmés potentiellement inefficaces voire toxiques	M2	Ecriture des date de péremption au marqueur sur chaque boite par l'équipe pharmaceutique Inventaire mensuel	4
	r3	Erreur de rangement de la commande Risque: Erreur lors de la délivrance	M3	Rangement des commandes assuré par l'équipe pharmaceutique uniquement	4
	r4	Erreur lors de la commande (oubli de produits, erreur de quantité/produits) Risque: rupture de stock, mauvais rangement	M4	Possibilité de dépannage avec un officine Rangement des commandes assuré par l'équipe pharmaceutique uniquement	3
	r5	Produits reçus non conformes à la commande Risque: rupture de stock, mauvais rangement	M5	Possibilité de dépannage avec un officine Rangement des commandes assuré par l'équipe pharmaceutique uniquement	3
P R E S C R I P T I O N	r6	Difficulté de communication liée à la barrière de la langue (traitements habituels, antécédents, allergies etc) Risque: Choix des médicaments à dispenser non adéquat, non détection allergies	M6	Interprétariat professionnel	2
	r7	Dossier patient introuvable/incomplet si patient déjà connu ou bug informatique Risque: Impossibilité de retrouver les antécédents, le traitement initié, continuité des soins compliquée	M7	Informatisation du dossier patient en cours	3
	r8	Erreur d'identification d'un équivalent français au traitement Risque: Choix des médicaments à délivrer non adéquat	M8	Recherche sur internet	4
	r9	Nombreux médecins assurant les consultations au CASO Risque: hétérogénéité des pratiques, continuité des soins plus compliquée	M9	Recommandations par pathologie réalisées par Médecins du monde, réunion de groupe de pairs, arrivé d'un médecin référent favorisation la coordination	3
	r10	Absence d'outil d'aide à la prescription Risque: Erreur lors de la prescription	M10	Aucun	5
	r11	Non connaissance des médicaments disponibles et de leur stock au moment de la "prescription" Risque: Erreur lors de la prescription et la délivrance des médicaments	M11	Aller retour avant de distribuer les traitements et de les tracer dans le dossier patient	4
	r12	Prescription de médicaments non adaptés au mode de vie du patient Risque: Mauvaise observance	M12	Liste restreinte de médicaments disponibles	4
	r13	Doublon de prescription lié à l'existence d'une ordonnance émanant de la PASS Risque: Prescription non adéquate, surdosage lié à une redondance/doublon	M13	Ordonnance remise en systématique au patient à la PASS	4
	r14	Prise en charge médicale urgente d'un patient (choc anaphylactique, épilepsie...) Risque: retard à la prise en charge, prise en charge non adaptée	M14	Trousse d'urgence disponible avec des recommandations d'utilisation	2
	r15	Absence de prescription écrite Risque: Distribution erronée, mauvaise observance, absence de lien entre les différents acteurs du système de soin	M15	Aucun	5

Annexe 8 : Moyens de maitrise des risques pour l'étape de cueillette, de traçabilité et de remise du traitement et conseils

C U E I L L E T T E D E S M E D I C A M E N T	r16	Erreur de picking/ Erreur dans le choix des médicaments à délivrer Risque: Délivrance erronée	M16	Délivrance des traitements limités à 15 jours Patient ayant une prise en charge complexe redirigé vers la PASS Existence d'une procédure sur la distribution des médicaments	4
	r17	Erreur de calcul de quantité d'unités à dispenser Risque: Délivrance erronée	M17	Délivrance des traitements limités à 15 jours Patient ayant une prise en charge complexe redirigé vers la PASS Existence d'une procédure sur la distribution des médicaments	4
	r18	Rupture de stock/stock insuffisant, Traitements non trouvés Risque: Absence de dispensation ou dispensation incomplète	M18	Swith pour un autre médicament par le médecin ou achat des médicaments en officine Existence d'une procédure sur la distribution de médicaments	3
	r19	Absence de double controle Risque: Distribution erronée de médicaments	M19	Délivrance des traitements limités à 15 jours Patient ayant une prise en charge complexe redirigé vers la PASS Existence d'une procédure sur la distribution des médicaments	4
	r20	Absence d'analyse pharmaceutique Risque: absence de détection d'erreur de médicament, de dose, d'interaction médicamenteuse, de contre-indication etc.	M20	Délivrance des traitements limités à 15 jours Patient ayant une prise en charge complexe redirigé vers la PASS Existence d'une procédure sur la distribution des médicaments	4
	r21	Déconditionnement des médicaments ne permettant pas de lire le nom du médicament Risque: Mauvaise/Pas d'identification possible du médicament, médicament restant à la pharmacie inutilisable	M21	Mise en sachet avec inscription de la posologie (mais ni le nom, ni la date de péremption, ni le lot) Existence d'une procédure sur la distribution de médicaments	4
T R A C A B I L I T E	r22	Déconditionnement des médicaments ne permettant pas de lire la date de péremption et le numéro de lot Risque: Retrait du médicament en cas de retrait de lot impossible, médicament restant à la pharmacie inutilisable	M22	Aucun	5
	r23	Traçabilité incomplète ou fausse Risque: Gestion de stock difficile, risque de rupture	M23	Reprise de la traçabilité par l'équipe pharmaceutique Existence d'une procédure sur la distribution de médicaments	4
C O N S E I L S T R A I T E M E N T D U	r24	Difficulté de compréhension du plan de prise Risque: administration erronée (surdosage/sous dosage)	M24	Explications orale du prescripteur/dispensateur Utilisation des boites de médicaments comme support	4
	r25	Difficulté de mémorisation du plan de prise (absence de trace écrite) Risque: administration erronée (surdosage/sous dosage)	M25	Explications orale du prescripteur/dispensateur Utilisation des boites de médicaments comme support	4
	r26	Difficulté de communication liée à la barrière de la langue Risque: administration erronée (surdosage/sous dosage)	M26	Explications orale du prescripteur/dispensateur Utilisation des boites de médicaments comme support	4
	r27	Difficulté rencontrée par le patient dans la manipulation du médicament (inhalateur, reconstitution d'une solution buvable, suppositoire, effervescent) Risque: administration erronée (surdosage/sous dosage)	M27	Explications orale du prescripteur/dispensateur Utilisation des boites de médicaments comme support	4
	r28	Inversion des traitements donnés en cas de consultation réalisée avec plusieurs patients (famille ou couple) Risque: administration erronée	M28	Ecriture du nom du patient sur les boites de médicaments	4

Annexe 9: Recommandations émises par le groupe de travail

REF RISQUE	DESCRIPTION DU RISQUE	CRITICITE DU RISQUE BRUT	REF DISPOSITIF DE MAÎTRISE	DISPOSITIF DE MAÎTRISE DU RISQUE	NIVEAU DE MAÎTRISE DU RISQUE	CRITICITE DU RISQUE NET	RECOMMANDATIONS	CRITICITE DU RISQUE RESIDUEL CIBLE
r6	Difficulté de communication liée à la barrière de la langue (traitement habituel, antécédents, allergies etc.) Risque: Choix des médicaments à dispenser non adéquat, non détection allergies	12	M6	Interprenariat professionnel	2	9	Aucune à ce jour	9
r9	Nombreux médecins assurant les consultations au CASO Risque: hétérogénéité des pratiques, continuité des soins plus compliquée	10	M9	Recommandations par pathologie réalisées par médecin du monde, réunion groupe de pair, arrivé d'un médecin référent favorisation la coordination	3	10	Standardisation des pratiques par l'intermédiaire du médecin référent	8
r12	Prescription de médicaments non adaptés au mode de vie du patient Risque: Mauvaise observance	12	M12	Liste restreinte de médicaments disponibles	4	12	Réaliser une révision du livret: suppression de la forme suppositoire pour le Doliprane et le Nifluril, suppression du Zinnat susp buv car conservation entre 2 et 8°C	9
r15	Absence de prescription écrite Risque: Distribution erronée, mauvaise observance, absence de lien entre les différents acteurs du système de soin	15	M15	Aucun	5	15	Faire remonter au niveau nationale l'importance de la création d'une ordonnance à partir de la case traitements dispensés du dossier patient Systématiser la réalisation d'une ordonnance au moins sur une période de 1 mois avec retour d'expérience.	9
r16	Erreur de picking/ Erreur dans le choix des médicaments à dispenser Risque: Dispensation erronée	9	M16	Dispensation des traitements limités à 15 jours Patient ayant une prise en charge complexe redirigé vers la PASS Existence d'une procédure sur la distribution de médicaments	4	9	Envisager à long terme une dispensation par l'équipe pharmaceutique Limiter la délivrance de médicaments à risque jusqu'au prochain rendez vous Signalisation physique des médicaments à risque dans la pharmacie	6
r19	Absence de double controle Risque: Délivrance erronée de médicaments	15	M19	Dispensation des traitements limités à 15 jours Patient ayant une prise en charge complexe redirigé vers la PASS Existence d'une procédure sur la distribution de médicaments	4	15	Envisager à long terme une dispensation par l'équipe pharmaceutique Limiter la délivrance de médicaments à risque jusqu'au prochain rendez vous Signalisation physique des médicaments à risque dans la pharmacie	12

r20	Absence d'analyse pharmaceutique Risque: Absence de détection d'erreur de médicament, de dose, d'interaction médicamenteuse, de contre-indication etc.	15	M20	Dispensation des traitements limités à 15 jours Patient ayant une prise en charge complexe redirigé vers la PASS Existence d'une procédure sur la distribution de médicaments	4	15	Envisager à long terme une dispensation par l'équipe pharmaceutique Limiter la dispensation de médicaments à risque jusqu'au prochain rendez vous Signalisation physique des médicaments à risque dans la pharmacie	12
r21	Déconditionnement des médicaments ne permettant pas de lire le nom du médicament Risque: Mauvaise/Absence d'identification possible du médicament, médicament restant à la pharmacie inutilisable	12	M21	Mise en sachet avec inscription de la posologie (mais ni le nom, ni la date de péremption, ni le lot) Existence d'une procédure sur la distribution de médicaments	4	12	Mise à disposition de sachet permettant d'écrire le nom du médicament, sa posologie via un plan de prise, le nom du patienta ainsi que la date de péremption et n° de lot si non lisible	9
r24	Difficulté de compréhension du plan de prise Risque: administration erronée (surdosage/sous dosage)	12	M24	Explications orale du prescripteur/dispensateur utilisation des boites de médicament comme support	4	12	Promouvoir la réexplication possible des traitements par l'équipe d'accueil Révision du livret pour les formes galéniques difficiles d'utilisation (doliprane suppo)	6
r25	Difficulté de mémorisation du plan de prise (absence de trace écrite) Risque: administration erronée (surdosage/sous dosage)	15	M25	Explications orale du prescripteur/dispensateur utilisation des boites de médicament comme support	4	15	Promouvoir la remise d'un plan de prise/ordonnance récapitulant les traitements délivrés et leurs posologies Promouvoir la réexplication possible des traitements par l'équipe d'accueil	6
r26	Difficulté de communication lié à la barrière de la langue Risque: administration erronée (surdosage/sousdosage)	12	M26	Explications orale du prescripteur/dispensateur Utilisation des boites de médicaments comme support	4	12	Remise de plan de prise traduit en plusieurs langues	6
r27	Difficulté rencontrée par le patient dans la manipulation du médicament (inhalateur, reconstitution d'une solution buvable, suppositoire, effervescent) Risque: administration erronée (surdosage/sous dosage)	9	M27	Explications orale du prescripteur/dispensateur Utilisation des boites de médicaments comme support	4	9	Systématiser l'explication de la manipulation des médicaments Systématiser la reconstitution des suspensions buvables sur place et inscrire la date de limite d'utilisation suite à l'ouverture Réalisation un tableau à destination de l'équipe accueil sur la reconstitution, la manipulation et la conservation des suspensions buvables	6
r28	Inversion des traitements donnés en cas de consultation réalisée avec plusieurs patients (famille ou couple) Risque: administration erronée (mauvais médicament)	9	M28	Ecriture du nom du patient sur les boites de médicaments	4	9	Achat de sachets plastiques pour séparer les traitements quand plusieurs patients traités dans un meme famille	6

Annexe 10 : Exemple de plan de prise en Albanais



Date :

Nom et prénom du patient :

Nom du médecin :

ALBANIE

mjekim <i>médicament</i>	mëngjes 8H 	mesditë 12H 	mbrëmje 20H 	kohëzgjatje (ditë) <i>durée (jour)</i>

Ceci n'est pas une ordonnance



Tableau d'aide à la reconstitution et à l'utilisation des suspensions buvables et sirops disponibles au CASO de Grenoble

Médicament	Reconstitution	Recommandation pour la reconstitution	Recommandation pour l'administration	Conservation après ouverture/reconstitution
ADVIL® (IBUPROFÈNE) Sirop sans sucre à 20mg/ml	Non		La seringue pour administration orale est graduée en kg et délivre une dose de 7,5 mg/kg par prise. Bien agiter le flacon avant l'emploi. Faire boire de l'eau après absorption de la solution.	La suspension peut être conservée pendant 6 mois maximum à une température ne dépassant pas 25 °C.
ATARAX® (HYDROXYZINE) Sirop	Non		1 ml de sirop correspond à 2 mg de dichlorhydrate d'hydroxyzine. La quantité de sirop sera mesurée à l'aide de la seringue pour administration orale graduée de 0,25 ml en 0,25 ml	A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C à l'abri de la lumière.
AUGMENTIN® (AMOXICILLINE + AC.CLAV.) 100/12.5mg/ml Susp buv	Oui	Vérifier que le bouchon d'étanchéité est intact avant utilisation. Agiter le flacon pour détacher la poudre. Remplir le flacon d'eau en s'arrêtant juste au-dessous du niveau indiqué sur l'étiquette du flacon, retourner le flacon et bien l'agiter, puis compléter par de l'eau jusqu'à la marque précisément, retourner et bien agiter de nouveau.	La seringue pour administration orale est graduée en kg	La suspension se conserve 7 jours au maximum à une température comprise entre + 2°C et + 8°C (au réfrigérateur).
BACTRIM® Sirop à 240mg (COTRIMOXAZOLE)	Non		Une cuillère-mesure de 5 ml contient 200 mg de sulfaméthoxazole et 40 mg de triméthoprim.	RAS
CLAMOXYL® (AMOXICILLINE) 125mg/5ml pdre Susp.	Oui	1. Avant d'ouvrir le flacon, le retourner pour bien décoller la poudre du fond. 2. Ajouter de l'eau non gazeuse (à température ambiante) jusqu'à environ 2/3 du niveau indiqué par la pointe de la flèche sur l'étiquette. 3. Agiter immédiatement pendant 1 minute en retournant le flacon pour obtenir une suspension homogène, puis laisser reposer 1 minute en position verticale.	Une cuillère-mesure (5 ml) contient 125 mg d'amoxicilline. Bien agiter le flacon avant chaque utilisation.	La suspension peut être conservée pendant 7 jours maximum à une température ne dépassant pas 25°C.
CLAMOXYL® (AMOXICILLINE) 250mg/5ml pdre Susp.	Oui	4. Compléter avec de l'eau jusqu'au niveau indiqué par la pointe de la flèche. 5. Bien refermer le flacon puis agiter en retournant le flacon pendant 30 secondes.	Une cuillère-mesure (5 ml) contient 250 mg d'amoxicilline. Bien agiter le flacon avant chaque utilisation.	La suspension peut être conservée pendant 7 jours maximum à une température ne dépassant pas 25°C.
DOLIPRANE® (PARACETAMOL) 120mg/5ml 2.4%Sirop	Non		La suspension peut être bue pure ou diluée dans une petite quantité de boisson (par exemple eau, lait, jus de fruit). La seringue pour administration orale, graduée par demi-kilogramme permet d'administrer 15 mg/kg par prise.	A conserver maximum six mois après la première ouverture du flacon.
FUCIDINE® (ACIDE FUSIDIQUE) Susp buv 250mg/mesure (5ml)	Non		Une cuillère-mesure de 5 ml contient 250 mg d'acide fusidique. Bien agiter le flacon avant chaque utilisation.	RAS

FUNGIZONE ® Susp. buv (AMPHOTERICINE B)	Non			RAS
GAVISCON ® (ALGINATES+ BICARBONATE DE SODIUM) susp buv.	Non		Bien agiter le flacon avant emploi. A prendre après les 3 principaux repas et éventuellement le soir au coucher	A conserver maximum trois mois après la première ouverture du flacon.
HÉLICIDINE ® (HELICIDINE) 10% Sirop	Non			A conserver maximum six mois après la première ouverture du flacon.
MAXILASE ® (ALPHA-AMYLASE) Sirop à 200UI/ml	Non			RAS
MOTILIUM (DOMPERIDONE) Susp. buv. à 1mg/ml	Non		Agiter doucement le flacon avec un léger mouvement d'inclinaison afin d'éviter la formation de mousse. Le flacon est protégé par un bouchon de sécurité enfant. Contient une seringue de 5 ml graduée en kg et un bouchon doseur de 10 ml.	A conserver maximum 3 mois après la première ouverture du flacon. Ne pas mettre au réfrigérateur. A conserver à l'abri de la lumière.
PRIMALAN ® (MEQUITAZINE) 1.25mg/mesure, Sirop	Non		Une cuillère-mesure de 2,5 ml contient 1,25 mg de méquitazine	RAS
TOPLEXIL ® (OXOMEMAZINE) Sirop	Non		Utiliser le gobelet doseur.	A conserver maximum six mois après la première ouverture du flacon, à l'abri de la lumière.
XOLAAM ® (ALUMINIUM + MAGNESIUM HYDROXYDE)	Non			A conserver à une température supérieure à + 4 °C.
ZECLAR ® (CLARITHROMYCINE) Susp. buv. 50mg/ml	Oui	1. RETOURNER deux à trois fois le flacon avant de l'ouvrir. 2. AJOUTER lentement au contenu du flacon de l'eau minérale non gazeuse ou de l'eau bouillie refroidie jusqu'au trait gravé sur le flacon. 3. RETOURNER LE FLACON ET AGITER ENERGIQUEMENT jusqu'à dissolution complète du granulé. Laisser reposer quelques minutes. Le niveau du liquide baisse. 4. COMPLETER avec de l'eau jusqu'au trait et agiter à nouveau afin de bien homogénéiser la suspension ainsi obtenue. 5. METTRE en place le bouchon adaptateur et bien l'enfoncer. 6. REBOUCHER le flacon.	1. AGITER LA SUSPENSION BUVABLE AVANT CHAQUE PRISE. 2. OUVRIR le flacon 3. INTRODUIRE la seringue pour administration orale dans le bouchon adaptateur. 4. RETOURNER l'ensemble flacon + seringue pour administration orale et le maintenir en position verticale. 5. ASPIRER la dose prescrite par le médecin 6. RETIRER la seringue pour administration orale et administrer lentement le médicament à l'enfant. 7. NETTOYER après utilisation la seringue pour administration orale en aspirant 2 à 3 fois de l'eau. 8. REBOUCHER le flacon.	La suspension doit être utilisée dans les 14 jours
ZINNAT ® (CEFUROXIME) 125mg/5ml Suspension buvable	Oui	Verser dans le flacon, l'eau contenue dans le gobelet-doseur. Pour obtenir une suspension homogène, agiter vigoureusement le flacon. Placer immédiatement la suspension reconstituée entre +2°C et +8°C. Avant la première utilisation de la seringue pour administration orale, laisser reposer la suspension reconstituée pendant au moins 20 minutes entre +2°C et +8°C (au réfrigérateur).	La seringue pour administration orale est graduée en kg Avant chaque utilisation, retourner le flacon 5 à 6 fois sans l'agiter vigoureusement. Après chaque utilisation, remettre immédiatement le flacon entre +2°C et +8°C (au réfrigérateur).	La suspension buvable reconstituée peut être conservée 10 jours au maximum entre +2°C et +8°C (au réfrigérateur).

Annexe 12: Etat d'avancement des recommandations au 10 juin 2016

Intitulé des recommandations	Etat d'avancement au 10 juin 2016
Standardisation des pratiques par l'intermédiaire du médecin référent	Réalisé
Réaliser une révision du livret	En cours
Faire remonter au niveau national l'importance de la création d'une ordonnance à partir du dossier patient	En cours
Systematiser la réalisation d'une ordonnance	Réalisé
Limiter la délivrance de médicaments à risque jusqu'au prochain rendez vous	Réalisé
Signalisation physique des médicaments à risque dans la pharmacie	Réalisé
Envisager à long terme une dispensation par l'équipe pharmaceutique	En projet
Mise à disposition de sachet permettant d'identifier les médicaments une fois déconditionné	Réalisé
Création de plans de prise en plusieurs langues	Réalisé
Promouvoir la possibilité de réexplications du traitement par l'équipe d'accueil	En projet
Remise de plan de prise traduit en plusieurs langues	Réalisé
Systematiser l'explication de la manipulation de médicaments	En projet
Réalisation d'un tableau sur la reconstitution, la manipulation et la conservation des suspensions buvables détenues au CASO de Grenoble	Réalisé
Systematiser la reconstitution des suspensions buvables sur place	En projet
Achat de sachets plastiques pour séparer les traitements quand plusieurs patients traités dans une même famille	En projet
Révision de la procédure de dispensation au vu des recommandations	En cours

*Faculté de Pharmacie,
Université Joseph Fourier Grenoble I.*



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient précaire : Analyse des risques au Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Grenoble via l'outil de la cartographie des risques

RESUME

Dans le contexte de crise économique et migratoire traversée par l'Europe actuellement, un écart se creuse dans l'accès aux soins en France. Pour faire face, l'association Médecins du Monde (MDM) a ouvert des Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) afin de soigner les patients en situation de précarité.

La Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) est un processus identifié comme particulièrement à risques et sa sécurisation est devenue une priorité depuis la parution de l'arrêté du 6 avril 2011. MDM n'est pas concerné par ce cadre réglementaire, néanmoins nous pouvons nous interroger sur la sécurisation de sa PECM. Dans ce contexte, une cartographie de la PECM du patient a été réalisée au CASO de Grenoble.

Vingt-huit risques ont été recensés dont treize ont mené à la proposition de recommandations. Le premier axe d'amélioration est de replacer l'infirmière et le pharmacien dans le circuit de la PECM du patient. De par leurs compétences respectives, ces derniers sont un véritable atout dans le parcours de soins permettant de diminuer la survenue d'erreurs médicamenteuses. Afin de sécuriser l'étape d'administration, la remise d'une ordonnance au patient a été systématisée et des plans de prise traduits en plus de 15 langues ont été créés afin de limiter les incompréhensions liées à la barrière de la langue.

Ce travail a permis de mettre en évidence les particularités de la PECM au sein du CASO de Grenoble ainsi que les risques qui en découlent. La réorganisation de ce processus par l'implication de tous les professionnels de santé ainsi que la mise en place d'outils permettra d'améliorer la sécurisation de la PECM du patient précaire au sein du CASO de Grenoble.

LES MOTS CLES : Précarité, Analyse des risques, Médecins du monde, Prise en charge médicamenteuse

ADRESSE : *[Données à caractère personnel]*

FILIERE : Internat