

# Livret des outils

# Certification

## HAS

## des établissements sanitaires








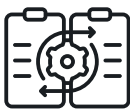
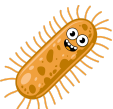

proposé par  
l'OMÉDIT  
Centre - Val de Loire



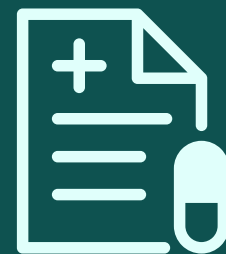
Observatoire des  
**Médicaments**  
Dispositifs médicaux  
Innovations **Thérapeutique**





<b>Prescription</b> 	<b>1</b>
<b>Stockage, Préparation &amp; Dispensation</b> 	<b>18</b>
<b>Administration</b> 	<b>26</b>
<b>Continuité &amp; Parcours</b> 	<b>39</b>
<b>Médicaments à risque et erreurs médicamenteuses</b> 	<b>42</b>
<b>Conciliation médicamenteuse</b> 	<b>59</b>
<b>Antibiotiques</b> 	<b>59</b>
<b>Douleur</b> 	<b>61</b>

# PRESCRIPTION

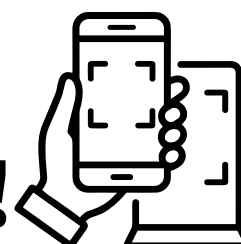


Critère **impératif 2.2-02**

## Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments

Critères **impératifs** : **2.4-02** ; **3.2-03** ; **3.1-03** ; **2.3-14** ; **3.1-08**

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **E-learning**

**“Maîtriser les bonnes pratiques de prescription des médicaments” OMéDIT CVL et Normandie**

(Septembre 2025)



- **Webinaire**

**“Maîtriser les bonnes pratiques de prescription des médicaments” OMéDIT CVL et Normandie**

(Septembre 2025)



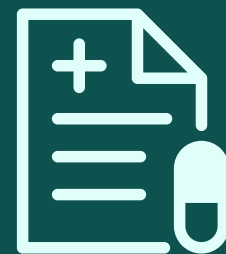
- **Affiches**

**“Prescrire exige compétence, autorisation, traçabilité”**

(Mars 2026)



# PRESCRIPTION

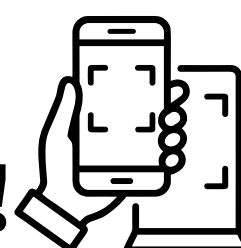


Critère **impératif 2.2-02**

## Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments

Critères **impératifs** : **2.4-02** ; **3.2-03** ; **3.1-03** ; **2.3-14** ; **3.1-08**

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **Affiches**

**“Un traitement habituel oublié à l’entrée, c’est un risque créé”**

(Février 2026)



**“Prescription conditionnelle « si besoin »”**

(Juin 2025)



**“Pas de prescription verbale”**

(Juin 2025)

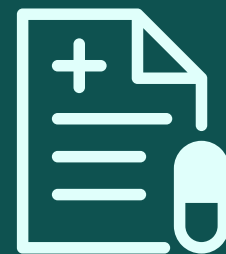


**“Prescription sans retranscription”**

(Juin 2025)



# PRESCRIPTION

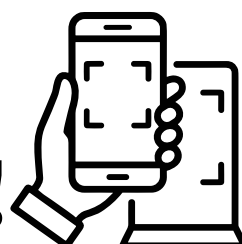


Critère **impératif 2.2-02**

## Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments

Critères **impératifs** : **2.4-02** ; **3.2-03** ; **3.1-03** ; **2.3-14** ; **3.1-08**

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **Affiches**

### “Prescription et contention”

(Juin 2025)



### “Prescription sécurisée, risque numérique”

(Août 2025)

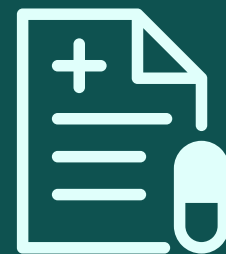


### “Le protocole anticipé : un soin plus rapide, plus sûr et mieux coordonné”

(Avril 2026)



# PRESCRIPTION

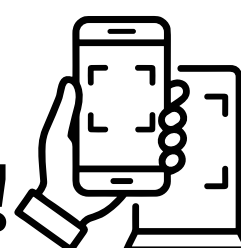


Critère **impératif 2.2-02**

## Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments

Critères **impératifs** : **2.4-02** ; **3.2-03** ; **3.1-03** ; **2.3-14** ; **3.1-08**

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **Audit**

“Quick audit certifié HAS « Prescriptions conditionnelles »”

(Mai 2026)



“Quick audit certifié HAS « Evaluation des Bonnes Pratiques de Prescription »”

(Juin 2026)



## Critères

**2.2-02 (impératif)** : Les équipes respectent les BP de **prescription** des médicaments

**3.2-03** : L'établissement s'assure des compétences nécessaires pour assurer la qualité et sécurité des soins

# Prescrire exige compétence - **autorisation** - traçabilité

? Expert  
visiteur ?

Comment vous assurez-vous que les professionnels disposent des titres et compétences nécessaires ?

La **gouvernance** formalise la **liste** des professionnels **habilités à prescrire**

La liste est **à jour** des arrivées et départs, des **autorisations d'exercice**, des **reconnaisances des qualifications**



Mise en place et suivi des **droits d'accès** aux **LAP**

*Logiciels d'Aide à la Prescription*



**Profils utilisateurs adaptés** aux différents types de prescripteurs

*exemples : IPA\*, médecin PADHUE\*\**

La sécurisation commence **AVANT** l'acte de prescrire

## Critères impératifs

**2.2-06** : Prévention des risques d'erreur médicamenteuse et des erreurs évitables

**3.1-04** : Culture de sécurité - Anticiper les risques, fiabiliser les pratiques, protéger le patient

# Un traitement habituel

**oublié à l'entrée = risque créé**

Un oubli à l'admission peut devenir une complication en cours d'hospitalisation

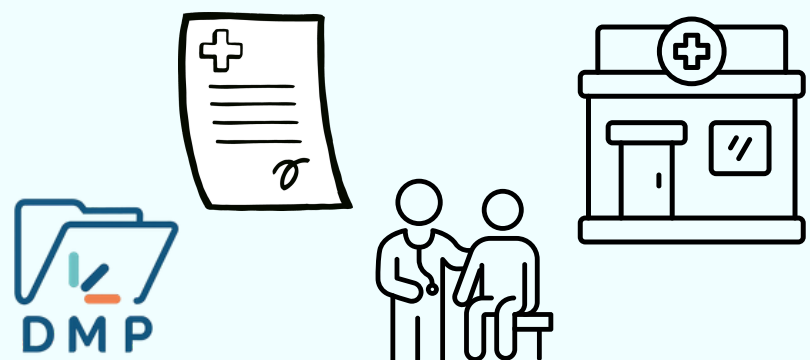


28% des erreurs médicamenteuses surviennent à l'admission (HAS 2025)

“Comment sécurisez-vous la reprise du traitement habituel ?”

La sécurisation repose sur la recherche et la prise en compte systématique du traitement habituel

- ✓ Ordonnances de ville prises en compte
- ✓ Patient et/ou entourage interrogé
- ✓ Dossier Médical Partagé (DMP) consulté
- ✓ Pharmacie contactée



**A l'admission : vérifier - comparer - prescrire en sécurité**

## Critères **impératifs**

**1.1-05** : [...] soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa **douleur**

**2.2-02** : Les équipes respectent les BP de **prescription** des médicaments

# Traitement en “**si besoin**” oui, mais... en toute sécurité



Une **prescription conditionnelle**  
s'accompagne d'une **valeur seuil**

**ET des conditions d'administration :**

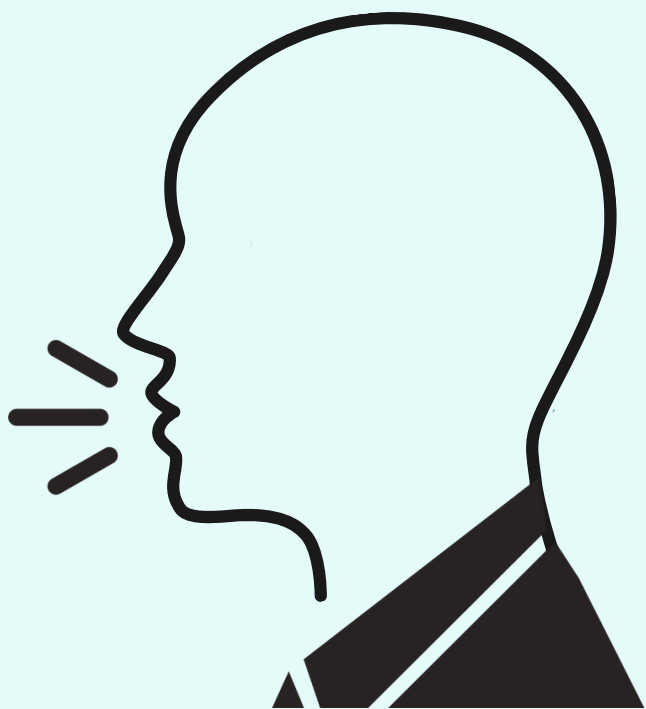
dose par prise, intervalle entre prises, nb maxi prises/j, durée

Ex : paracétamol (si fièvre) → si  $T > 38.5^{\circ}\text{C}$  : 1 g par prise,  
minimum 8 h entre chaque prise, 3 g/jour, pendant 2 jours.

Critères **impératifs** - Les équipes respectent les bonnes pratiques :  
**2.2-02** - de **prescription** des médicaments  
**2.2-05** - d'**administration** des médicaments

## Disposer d'une prescription **informatique ou écrite** évite une administration dramatique

(hors urgence vitale)



**L'oral peut être vite oublié, l'écrit reste pour sécuriser**

## Critère **impératif**

### **2.2-02** : Les équipes respectent les BP de **prescription** des médicaments

Plan de soins – Constantes Madame AGATHE DEBLOUSE – Née le 12/03/1942 (82 ans)				
Le : 08/11/2024	8h	12h	18h	21h
<b>METFORMINE</b> <small>(Glucophage) 500 mg cpr pell.</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 CPR		1 CPR	
<b>CYAMMAZINE</b> (Tercian) <small>40 mg/ml Sol buv.</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 3 GTTES		3 GTTES	
<b>FUROSEMIDE</b> (Lasix) <small>faible) 20 mg Cpr.</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 CPR			
<b>ESOMEPRAZOLE</b> <small>(Inexium) 20mg Cpr gastrorés.</small>			1 CPR	
<b>BISOPROLOL</b> <small>(Cardensiel) 2,5mg Cpr pell séc.</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 CPR			
<b>BROMAZEPAM</b> (Lexomil) <small>6mg Cpr Quadriséq</small>				
<b>PARACETAMOL</b> <small>(Doliprane) 500mg Gel. (SI BESOIN)</small>	(2 GEL)		(2 GEL)	
<b>EUPHYTOSENUIT</b> Cpr.				1 CPR
<b>UVEDOSE 100000 UI</b> Sol <small>buv. Amp/2ml</small>		<input checked="" type="checkbox"/> (1 AMP TOUS LES TROIS MOIS)		

### Mémo IDE

**Pas de  
retranscription :  
nom de  
médicament +  
dosage**

**Prescriptions ...**

**pour éviter toute confusion**

**supprimer toute**

**retranscription**

Critères **impératifs** - Les équipes respectent :

**2.2-02** : les bonnes pratiques de **prescription** des médicaments

**2.3-14** : les bonnes pratiques d'isolement et de **contention** (santé mentale)

## Pour la **CONTENTION** la **prescription** est une obligation !

mécanique : barrière de lit, attache taille ...

chimique : médicaments sédatifs ...

**Réflexion** : utilisation en dernier recours, après évaluation du bénéfice/risque en équipe pluridisciplinaire

**Justification** : alternatives thérapeutiques essayées précédemment et tracées

**Prescription** : du matériel nécessaire, durée prévisible, risques à prévenir et surveillance ("protocole contention")

**Information** au patient, à l'aidant ou à la famille, **tracée** dans le DP

**Surveillance** par l'équipe **tracée** dans le DP (paramètres physiques, zones d'attaches, tolérance ...)

**Réévaluation** quotidienne **tracée** dans le DP (maintien ou levée)

## Critères

**3.1-07 : Maîtrise des risques de sécurité numérique**

**3.1-08 : Sécurité de l'identification des utilisateurs et des patients**

# **Du bon patient, au bon traitement** **... rien sans mot de passe puissant.**

**Mot de passe  
robuste, personnel  
et unique**

(12 caractères minimum,  
mélange de majuscules  
minuscules, chiffres,  
caractères spéciaux)



**Identification à  
double facteur  
pour les accès à  
distance**

(code reçu par SMS ou  
courriel, utilisation d'une  
carte CPS ou d'un token)

**Ne pas laisser ouverte sa session  
en cas d'absence**

**Ne pas partager  
ses MDP  
professionnels**

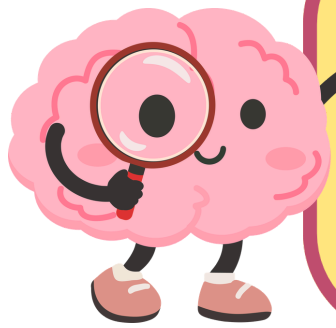
**Ne pas utiliser  
de MDP professionnels  
dans un contexte  
personnel**

**Changement immédiat des MDP si  
suspicion de compromission**



## Critère **impératif**

### 2.2-02 : Les équipes respectent les BP de **prescription** des médicaments



## ANTICIPER, C'EST SÉCURISER LE PATIENT



Une prise en charge plus rapide



Moins d'erreurs médicamenteuses



Une meilleure coordination des équipes

## LE PROCOLE ANTICIPÉ : UN SOIN PLUS **RAPIDE**, PLUS **SÛR** ET MIEUX COORDONNÉ



### IDENTIFIER LES SITUATIONS À RISQUE

- Situations prévisibles (ex : douleurs post-opératoire, agitation, hypoglycémie, nausée/vomissements ...)
- Protocole **rédigé par le service** ou le pôle.
- **Validé/ révisé** par la CME/COMEDIMS (date)



QUI ?

**ÉQUIPES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**



### SAISIR ET PARAMÉTRER DANS LE LAP

- Indication clairement formulée et conditions d'utilisation.
- Posologie, voie, contre-indications, interactions.
- Vérification des allergies, alertes activées.



QUI ?

**PHARMACIEN AVEC LE RÉFÉRENT LAP**



### PRESCRIRE SELON PROCOLE ANTICIPÉ

- Prescrire dans le LAP selon le protocole paramétré
- Prescription datée et signée par le médecin



QUI ?

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR**



### ADMINISTRER EN SÉCURITÉ

- Protocole = réduction des délais de prise en charge
- Limitation des erreurs, harmonisation des pratiques



QUI ?

**ÉQUIPE SOIGNANTE**



### TRACER DANS LE DPI

- Traçabilité de l'administration et de l'efficacité
- Réévaluation et adaptation si besoin
- Suivi du patient et continuité de la prise en charge



QUI ?

**ÉQUIPE SOIGNANTE ET MÉDICALE**

## PROCOLE ANTICIPÉ



**Applicable à plusieurs patients**



Rédigé en équipe pluridisciplinaire



Validé, daté, signé



Diffusé, connu des professionnels



Révisé régulièrement

**OBJECTIF : RÉDUIRE LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES MÉDICAMENTEUX ÉVITABLES**

Quick audit certifié HAS

## Prescriptions conditionnelles « SI BESOIN »

Cette grille doit être complétée par une **personne extérieure au service** afin d'éviter tout biais d'auto-évaluation et garantir une appréciation objective des pratiques.

### Objectif

- Evaluer les pratiques professionnelles relatives aux BP de prescription selon le critère impératif HAS 2.2-02.
- Identifier les écarts puis proposer des actions d'améliorations ciblées.

L'utilisation d'une modalité d'administration « **si besoin** » ou « **à la demande** » ou « **en cas de** » n'est pas suffisante. Selon les attendus HAS, **une prescription conditionnelle conforme doit comporter :**

- Une indication clinique explicite
- Un critère déclencheur objectivable
- Une modalité d'administration complète
- Une sécurisation (dose max, contre-indications, surveillance)

Pour en savoir plus : [Focus protocole anticipé versus prescription conditionnelle](#) ; [affiche prescription conditionnelle](#)

### Mode opératoire

**Méthode d'observation :** Sélection aléatoire des ordonnances. Observation sans avertissement du service. Positionnement non punitif de l'auditeur, centré sur l'amélioration des prescriptions conditionnelles.

**Echantillonnage recommandé (NF ISO 2859-1) :** Pour garantir la fiabilité statistique des résultats, le nombre d'observations à réaliser doit être au minimum conforme au nombre préconisé par la norme d'échantillonnage. Par exemple, pour 30 patients présents dans le service <sup>(1)</sup>, 13 observations d'ordonnances doivent être réalisées afin d'obtenir une analyse fiable. Dans ces 13 ordos : si 10 ordos contiennent 1 ligne en prescription conditionnelle, 1 ordo contient 2 lignes en prescription conditionnelle, 2 ordos contiennent 3 lignes en prescription conditionnelle, alors il y aura :  $(10 \times 1) + (1 \times 2) + (2 \times 3) = 18$  lignes à auditer

Effectif (Nombre de patients à l'instant t)		Résultat (Nombre d'ordonnances patient à observer) <b>Entourer le chiffre</b>	A calculer <b>Somme des lignes à auditer</b> (Si plusieurs lignes de prescriptions conditionnelles sur l'ordonnance d'un patient)
min	max		
16	25	<b>8</b>	
26	50	<b>13</b>	
51	90	<b>20</b>	
91	150	<b>32</b>	

<sup>(1)</sup>Selon l'organisation et la taille de l'établissement, le terme « service » peut être compris comme un étage, une aile, un site ou l'établissement dans son ensemble.

#### Modalités de réalisation :

- Noter le nombre de lignes de prescriptions conditionnelles par ordonnance tirée au sort.
  - Observer chaque ligne de prescription conditionnelle indépendamment (si ordo avec plusieurs lignes).
- La grille ci-après devra être complétée ligne par ligne de prescription conditionnelle.
- Cocher les réponses : Oui/Non. Émettre des remarques en commentaires si nécessaire.
  - Synthétiser puis exploiter les résultats en retour collectif, orienté « actions d'amélioration » pour améliorer les indicateurs relatifs aux bonnes pratiques de prescription conditionnelle. Programmer une réévaluation.

Etablissement / service :		Date : ____ / ____ / 20____	Initiales auditeur :	
<b>Nombre de lignes en prescription conditionnelle sur l'ordonnance auditée :</b>				
<b>N° observation :</b>		<b>(Rappel : renseigner la totalité de cette grille pour chaque ligne de prescription conditionnelle)</b>		
A renseigner pour une ligne de prescription conditionnelle de l'ordonnance auditée :			Oui	Non
<b>Exhaustivité</b>	1. Le nom du médicament est en DCI ?			
	2. La forme galénique est indiquée ?			
	3. La dose par prise est précisée ?			
	4. L'intervalle minimal entre 2 prises est clairement indiqué ?			
	5. Le nombre maximal de prises / 24h est indiqué ?			
	6. La voie d'administration est indiquée ?			
<b>Temporalité</b>	7. Une durée de validité (date de fin) de la ligne conditionnelle est mentionnée ?			
	8. Une condition de réévaluation est précisée (ex. si >3 prises cond. /jour → avis méd.) ?			
<b>Clarté, applicabilité</b>	<input type="checkbox"/> <b>Seuil de déclenchement</b> (ex. score de douleur, valeur tension artérielle ou glycémie...) <ul style="list-style-type: none"> <li>Le seuil chiffré est précisé lorsque cela est pertinent ? (Score, valeur biologique)</li> <li>Le seuil de déclenchement est non interprétatif ? (Ex. éviter "si douleur importante")</li> <li>L'échelle clinique prescrite correspond-elle à celle utilisée par le soignant ?</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <input type="checkbox"/> <b>Symptôme clinique de déclenchement</b> (ex. si constipation, si nausée vomissement, si agitation, toux, anxiété, convulsions, insomnie, prurit, reflux RGO ...) <ul style="list-style-type: none"> <li>La situation clinique justifiant le recours au « si besoin » est explicitement indiquée ?</li> <li>Le symptôme de déclenchement est-il défini de façon objectivable ?</li> </ul> (Ex. constipation, si pas de selles depuis 3 jours) <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <input type="checkbox"/> <b>non précisé</b>	1. Cocher une seule case. 2. Si symptôme, entourer un des symptômes suggérés ou en indiquer un : _____ _____		
	En résumé des items ci-dessus :			
	9. Les conditions de déclenchement sont suffisamment précises pour être reproductibles entre soignants ?			
10. La décision d'administration suit les critères prescrits ?				
<b>Traçabilité</b>	11. En cas d'administration, l'heure et la dose sont tracées ?			
	12. L'administration est attribuée à un professionnel identifié ?			
	13. Le symptôme ou le seuil déclencheur est tracé dans le dossier ?			
	14. L'évaluation clinique avant ET après l'administration est systématique et tracée ?			
	15. Les effets indésirables sont recherchés et tracés ?			

Commentaires :

## Evaluation des Bonnes Pratiques de Prescription

### OBJECTIF ET MISE EN ŒUVRE

- **Objectif** : évaluer les pratiques professionnelles de la prescription au sein d'un établissement de santé
- **Public cible** : gouvernance, prescripteur (médecin, interne en médecine, sage-femme, IPA), pharmacien, interne en pharmacie
- **Cadre d'utilisation** : établissements sanitaires et médico sociaux de santé
- **Mode d'emploi** : Ce document imprimable vous permet de garder une trace « papier » de l'audit. La version Excel de la grille est disponible pour compiler vos observations. Elle permet de générer les graphiques issus de vos observations.
- **Périmètre de l'EPP** : cet EPP concerne la prescription des médicaments. Cet EPP a pour but d'évaluer le respect des bonnes pratiques de prescription et d'utilisation du LAP (logiciel d'aide à la prescription) au sein d'un établissement. Les questions 1 à 14 concernent des prescriptions à auditer. Les questions 15 à 20 portent sur les pratiques de service<sup>(1)</sup>.
- **Echantillonnage des prescriptions de médicaments à auditer** : Le nombre de prescriptions de médicaments par service<sup>(1)</sup> est extrait du logiciel d'aide à la prescription, sur un jour donné ou sur une période (à déterminer selon la taille du service<sup>(1)</sup> et/ou le volume de prescriptions). Dans cet échantillon, vous procédez au tirage aléatoire des prescriptions qui seront auditées. Vous pourrez préciser la méthode utilisée dans le compte rendu d'audit et vous pouvez auditer un plus grand nombre de prescriptions si vous le souhaitez.

*Par exemple, pour un échantillon de 45 prescriptions extraites du LAP, au moins 13 prescriptions doivent être observées afin d'obtenir une analyse fiable.*

Nombre de prescriptions médicamenteuse du service <sup>(1)</sup> extraites du LAP	Nombre minimum de prescriptions à auditer
2 à 8	2
9 à 15	5
16 à 25	8
26 à 50	13
51 à 90	20
91 à 150	32
151 à 280	50

*(1) Selon l'organisation et la taille de l'établissement, le terme « service » peut être compris comme un étage, une aile, un site, l'établissement dans son ensemble*

- **Exploitation des résultats** : identifier les points forts et les points faibles des pratiques actuelles afin de mettre en œuvre, si nécessaire, des actions d'amélioration pour corriger les écarts observés (recommandations HAS).

## GRILLE D'AUDIT DES PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES

Identification de l'auditeur (initiales) :

Date d'audit :

Identification du service/unité de soins :

*NA = non applicable*

N°	QUESTION	OUI	NON	NA	COMMENTAIRE
<b>Au niveau de chaque prescription</b>					
1	La prescription est-elle signée et le prescripteur est-il clairement identifié ?				
2	La prescription est-elle réalisée par un professionnel habilité ?				
3	Les allergies et intolérances du patient sont-elles signalées et visibles avant prescription ?				
4	Tous les médicaments sont-ils prescrits en DCI ?				
5	La posologie est-elle toujours complète et structurée ?				
6	La voie d'administration est-elle précisée ?				
7	La fréquence d'administration est-elle précisée ?				
8	La durée du traitement est-elle indiquée lorsque nécessaire ?				
9	Pour les injectables non prêts à l'emploi, le solvant et le volume sont-ils précisés ?				
10	La prescription reprend-elle le traitement habituel poursuivi à l'entrée ?				
11	Les prescriptions conditionnelles (« si besoin ») sont-elles toutes argumentées avec un seuil/symptôme clinique de déclenchement d'administration clair ?				
12	Pour les antalgiques, la prescription conditionnelle est-elle fondée sur une échelle d'évaluation prescrite, adaptée et cohérente avec celle utilisée ?				
13	Les prescriptions anticipées prescrites sont-elles encadrées par un protocole validé par l'établissement ?				
14	Les prescriptions séquentielles, telles que « 1 fois par semaine » ou « 1 jour sur 2 », sont-elles toujours rédigées de manière claire et compréhensible ?				

Au niveau du service

15	Les médicaments à risque sont-ils repérables au moment de leur sélection lors de la prescription ?				
16	Le broyage des médicaments, lorsqu'il est nécessaire, fait-il l'objet d'une prescription médicale préalable ?				
17	Les équipes sont-elles sensibilisées aux risques liés aux retranscriptions des prescriptions dans le service ?				
18	L'émission d'un avis pharmaceutique sur une prescription entraîne-t-elle une alerte permettant prise en compte ?				
19	La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24 <sup>ème</sup> et la 72 <sup>ème</sup> heure entraîne-t-elle une alerte permettant sa réévaluation ?				
20	La capacité d'auto-administration est-elle évaluée par un médecin puis tracée lorsque le patient est concerné par le PAAM « patient en auto administration de son traitement » ?				

# STOCKAGE, PRÉPARATION & DISPENSATION

Critère **standard 2.2-03**

## Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments

**Scannez pour retrouver ces outils ! **

- **E-learning**

**“ Les équipes s’approprient les bonnes pratiques de dispensation ” OMéDIT CVL et Normandie**

(Mars 2026)



- **Webinaire**

**“ Les équipes s’approprient les bonnes pratiques de dispensation ” OMéDIT CVL et Normandie**

(Mars 2026)



# STOCKAGE, PRÉPARATION & DISPENSATION

Critère **standard 2.2-04**

## Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé

**Scannez pour retrouver ces outils ! **

- **E-learning**

**“ Les équipes s'approprient les bonnes pratiques d'approvisionnement” OMéDIT CVL et Normandie**

(Avril 2026)



- **Webinaire**

**“ Les équipes s'approprient les bonnes pratiques d'approvisionnement” OMéDIT CVL et Normandie**

(Avril 2026)



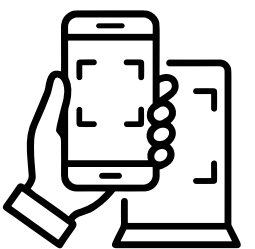
# STOCKAGE, PRÉPARATION & DISPENSATION

Critère **standard 2.2-04**

## Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé

Critères **impératifs** : **2.2-06** ; **2.2-12**

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **Affiches**

**“Pas étiqueté = pas injecté”**

(Août 2025)



**“ Un médicament mal stocké...c'est risqué ! ”**

(Novembre 2025)



**“Un chariot non opérationnel = une perte de chance ”**

(Mars 2026)



**“Pas de prélèvement bio dans le frigo ! ”**

(Avril 2026)



**“Transport sécurisé, médicaments protégés”**

(Avril 2026)



Critères **impératifs** - Les équipes :

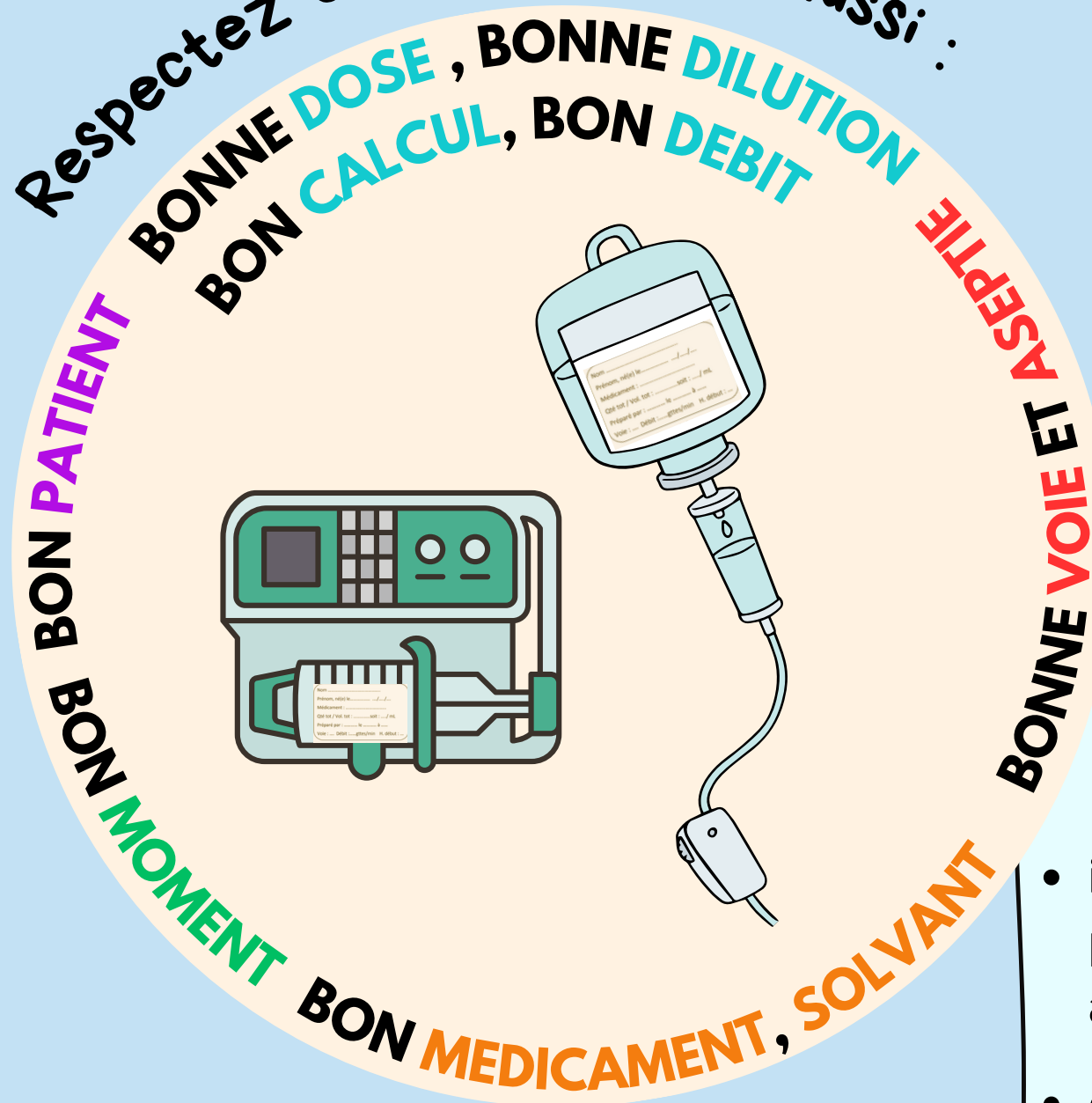
**2.2-05** - respectent les BP d'**administration** des médicaments.

**2.2-06** - préviennent les **risques d'erreurs** médicamenteuses.

## Avec les **injectables** pas d'erreur acceptable !

## Pas étiqueté = Pas injecté

Respectez les "5 B", mais aussi :



### Attendus

- identification complète de la préparation sur étiquette adaptée + identité patient,
- calculs de dose sécurisés, tables de conversion, protocoles PTMI\*\*,
- organisation pour limiter les interruptions de tâche lors de leur préparation.

### Situations à risque

chimiothérapies, inj. en pédiatrie,  
seringues électriques,  
cassettes pompe PCA\* ...

## Critères - Les équipes :

- **2.2-04** respectent les bonnes pratiques d'APPROVISIONNEMENT
- **2.2-05 (impératif)** respectent les BP d'administration des médicaments
- **2.2-06 (impératif)** préviennent les risques d'erreur médicamenteuse

# Un médicament mal stocké... c'est risqué !

## Conservation



Traçabilité des températures  
Conduite à tenir connue si excursion de température

## Confusion



Risque de confusion maîtrisé  
Rangement adapté  
Séparateurs, étiquetage

## Zéro périmé



Suivi des dates de péremption courtes  
Retrait systématique des périmés

## Toujours identifiés



Maintien de l'identification jusqu'au moment de l'administration (pas de médicaments déblistérés)

## Armoires fermées



Fermées à clé ou par code  
Non accessibles au patient/public

## Critère **impératif**

### 2.2-12 : Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales

# CHARIOT D'URGENCE

## Pas de seconde chance

**Un chariot non opérationnel = une perte de chance**



### Si vous improvisez...

- Matériel introuvable
- Chariot incomplet
- Réaction désorganisée
- Rôles non définis



### Si vous êtes prêts...

- Chariot visible et fonctionnel
- Matériel immédiatement accessible
- Équipe formée, coordonnée
- Vérifications **tracées**



Qu'avez-vous comme matériel pour prendre en charge une urgence vitale ?



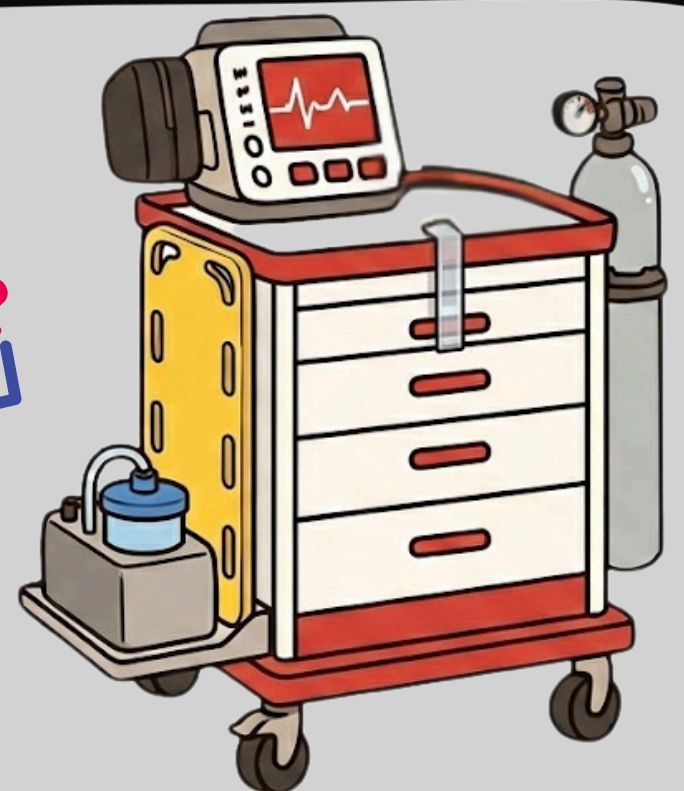
Où est-il stocké ?



Quand est-il vérifié ? Et par qui ?



Comment la **traçabilité** est-elle assurée ?



**Vérifier • Sceller • Tracer • Former**



**Le jour J, vous n'aurez pas le temps de chercher**

**Critère 2.2-04 : Les équipes respectent les BP d'approvisionnement**

## PAS DE PRÉLÈVEMENT BIO DANS LE FRIGO !

### GÉREZ LES DATES

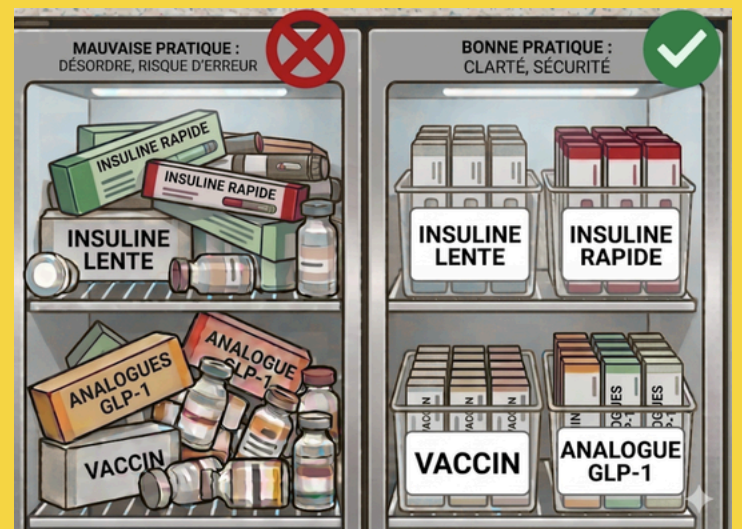
**1er PERIME, 1er SORTI.**



Pas de périmés, ni de médicaments entamés sans date d'ouverture notée.



### IDENTIFIEZ ET CLASSEZ



**Aucun produit ne touche la paroi du fond (risque de congélation local)**



### ZÉRO INTRUS FRIGO DÉDIÉ



**Jamais d'aliments  
Ni de prélèvements**

### CHAÎNE DU FROID CONTROLEZ, TRACEZ



Zone [2 - 8°C]

Relevés quotidiens avec signature  
(manuels ou informatisés disponibles)  
Traça dégivrages & entretiens



Pour en savoir plus



**“Connaissez-vous la conduite à tenir en cas d'excursion de température ?”**

**“Comment gérez-vous les médicaments périmés ou non utilisés?”**

**“Le réfrigérateur contient-il parfois autre chose que des médicaments ?”**

**Critère 2.2-04 : Les équipes respectent les BP d'approvisionnement**



## Transport sécurisé, médicaments protégés



**Quels sont les points clés ?**

### MATÉRIELS

**Chariots sécurisés :**  
adaptés et fermés

**Caisses/Contenants :**  
pose de scellé

**Bouteilles de gaz :**  
arrimées

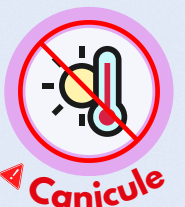


### PRODUITS A RISQUE

**Stupéfiants :**  
procédure spécifique

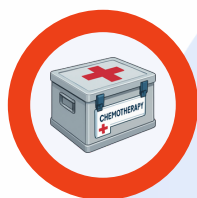
**Chimios :**  
caisse scellée, traçabilité

**Produits thermosensibles :**  
respect chaîne du froid



### RÈGLES DE SÉCURITÉ

**Armoires ou caisses verrouillées**



**Confidentialité :**  
chimiothérapies, stupéfiants...

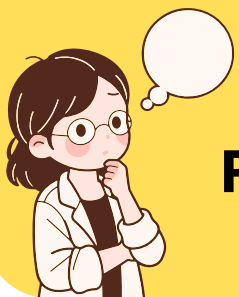


**Traçabilité** des transports \*  
Pharmacie ⇌ Service de soins

**Quels sont les protocoles en place pour les transports de  
médicaments au sein de l'établissement ?**

**Pouvez-vous me montrer comment se passe le transport des  
chimios ?**

**Expert-  
visiteur**





Critère **impératif 2.2-05**

## Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

Critère **impératif** : **2.2-07**

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **E-learning**

**“Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments” OMéDIT CVL et Normandie**

(Novembre 2025)



- **Webinaire**

**“Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments ” OMéDIT CVL et Normandie**

(Novembre 2025)



- **Affiches**

**“Avant d'administrer, concordance des identités”**

(Juin 2025)



**“Le même acteur de la préparation à l'injection”**

(Août 2025)



# ADMINISTRATION



Critère **impératif 2.2-05**

## Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

Critère **impératif** : **2.2-07**

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **Affiches**

**“Dans le pilulier, chaque comprimé est identifié”**

(Novembre 2025)



**“PAAM promotion de l’auto-administration par le patient”**

(Mars 2026)



**“Les “5B”, LE réflexe sécurité avant d’administrer”**

(Mars 2026)



# ADMINISTRATION

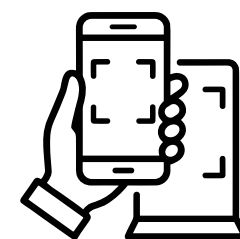


Critère **impératif** 2.2-05

## Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

Critère **impératif** : 2.2-07

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **Audit**

“Quick-audit « Aide à la prise et respect de la règle des 5B »”

(Décembre 2025)



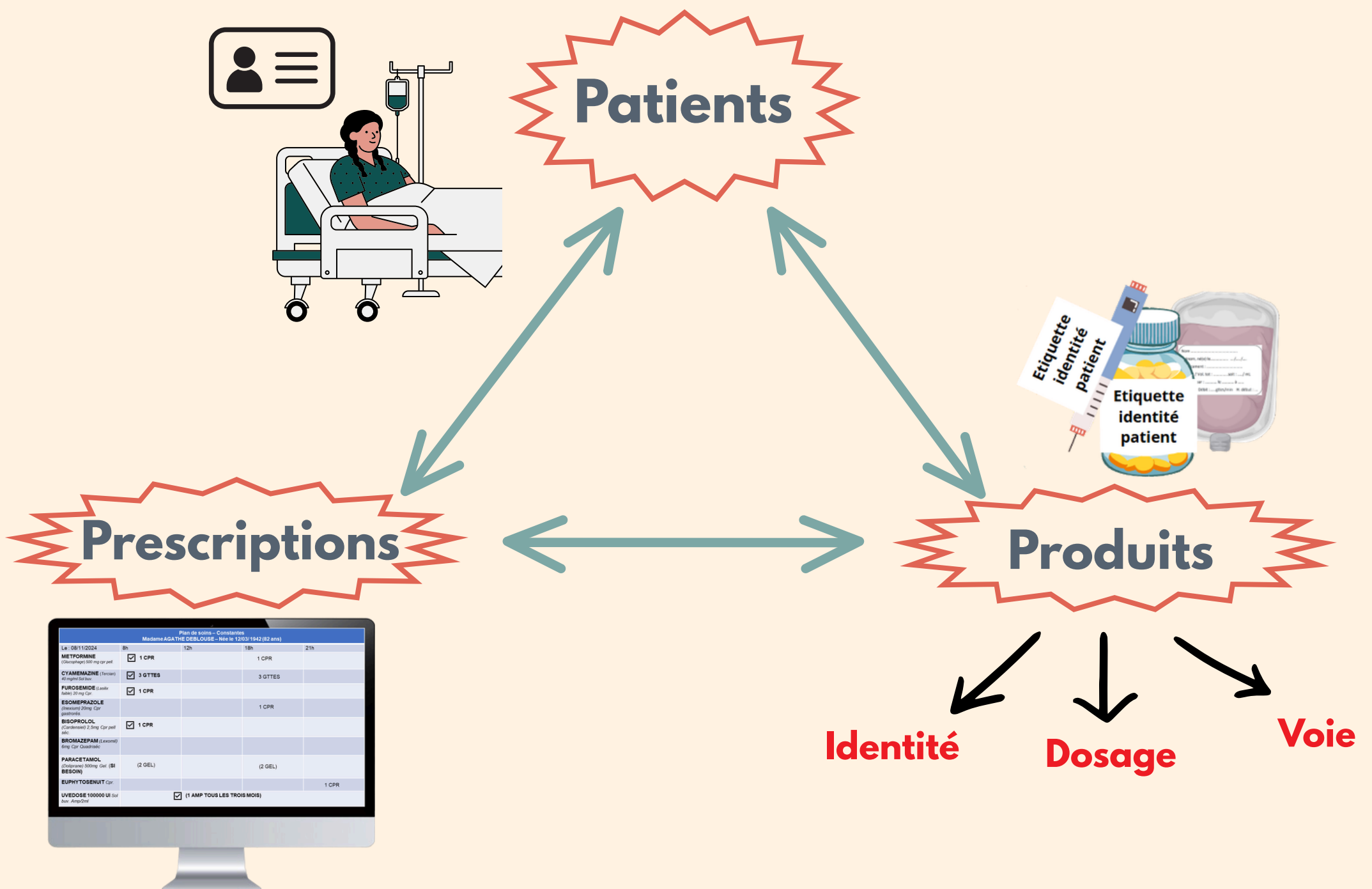
“EPP « Sécurisation de l'administration des médicaments injectables »”

(Octobre 2025)



**Critères - Les équipes respectent les bonnes pratiques :**  
**2.2-01 -d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge**  
**2.2-05 (impératif) - d'administration des médicaments**

## Avant d'administrer, je suis certain(e) de toutes les identités !



**L'identité du patient est revérifiée au moment de l'injection ou délivrance**

**Soigner sans ambigüité, c'est la clé de la sécurité**

Critère **impératif 2.2-05** : les équipes respectent les **BP d'administration** des médicaments (notamment pour les formes injectables).

## De la préparation à l'injection, ... **le même acteur** sans interruption !

*Ne jamais  
préparer  
à l'avance*



**Préparation**

“  
*Je prépare,  
J'administre*  
”



**Administration**

## Critère **impératif**

**2.2-05** : Les équipes respectent les **BP d'administration** des médicaments

# Dans le pilulier, chaque comprimé est identifié



## PRÉPARATION

- zone dédiée et propre
- environnement calme sans interruption de tâche
- assurée par du personnel habilité



## TRACABILITÉ

- chaque produit, chaque patient, chaque opérateur est tracé
- chaque  $\frac{1}{4}$  ou  $\frac{1}{2}$  comprimé dispose d'une étiquette complète



## CONTRÔLE

- systematique
- double vérification
- concordance produit, patient, prescription
- outils d'aide à la préparation



Avant d'administrer, je vérifie :

Est-ce que chaque médicament reste identifiable ?

Est-ce que le contrôle final a été réalisé ?



## Critère **avancé**

### 2.2-07 : Promotion de l'auto-administration des médicaments par le patient (PAAM)

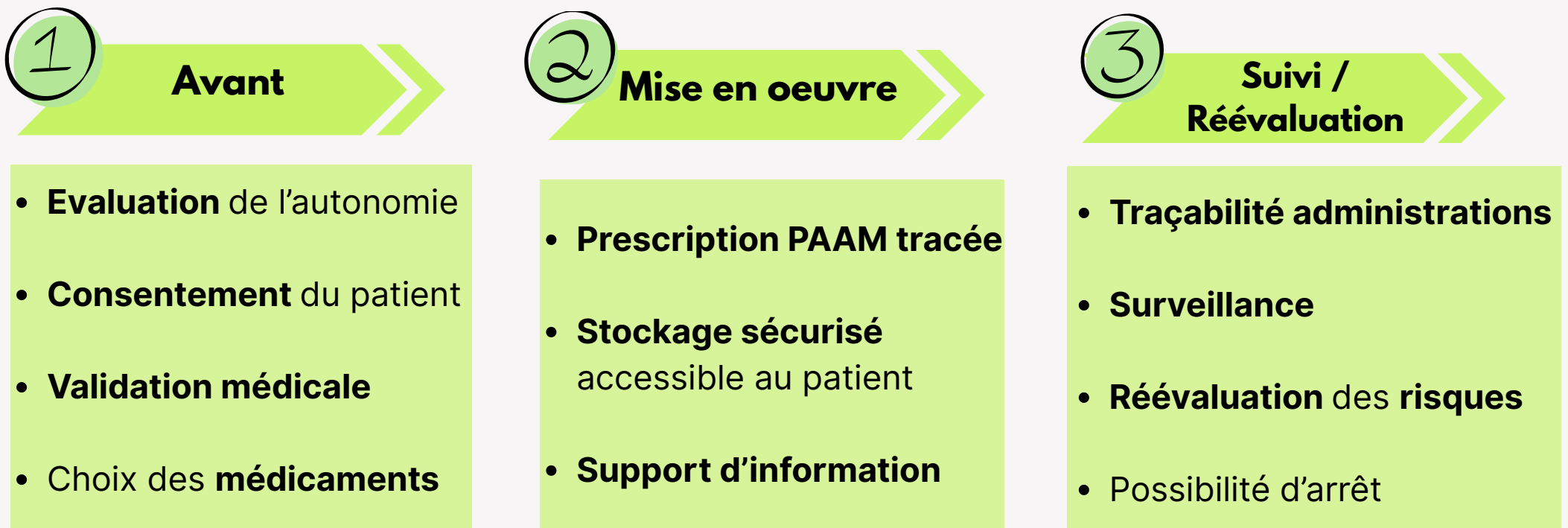
# PAAM\*

**AUTONOMIE** du patient  
**Sécurité** du **TRAITEMENT**



### Les enjeux

- **Sécuriser** l'administration des médicaments
- Affirmer **l'autonomie** du patient volontaire
- **Travail en équipe** pluriprofessionnelle
- Améliorer **l'adhésion** au traitement
- Préparer **la sortie** du patient



**Dans quel secteur avez-vous engagé le programme PAAM ?  
Avez-vous mis en place une formation pour les professionnels ?**

Critère **impératif**

**2.2-05 : Les équipes respectent les BP d'administration des médicaments**

## Les "5B" : LE réflexe sécurité avant d'administrer

Le Bon patient  
Le Bon médicament  
La Bonne dose  
La Bonne voie  
Le Bon moment


Vérification de l'identité  
Concordance avec la prescription  
Respect de la posologie prescrite  
Voie d'administration conforme  
Respect du moment de prise

**Chaque administration ou non-administration  
est tracée dans le dossier au plus près de la prise.**

 "Comment faites-vous l'analyse de concordance entre la prescription, le produit et le patient?"

 Expert-visitateur

 "L'administration est-elle faite en temps réel ?"

 "Pouvez-vous me montrer comment vous tracez la non-administration des médicaments?"

« Quick audit terrain »

**Aide à la prise et respect de la « règle des 5B »**

Cette grille doit être complétée par une personne extérieure au service afin d'éviter tout biais d'auto-évaluation et garantir une appréciation objective des pratiques. Voir le mode opératoire au dos.

Nom du service :

Effectif de résident :

Date/Heure :

N° observation :

Initiales auditeur :

Observation directe + questionnaire bref si nécessaire		OUI	NON	NA	Commentaires
Bon résident	1) L'agent <b>vérifie systématiquement l'identité du résident</b> : • Demande active (nom, prénom, date de naissance) <b>OU</b> • Vérification via photo/trombinoscope/bracelet en cas d'impossibilité de verbaliser.				
	2) L'agent connaît et <b>applique les mesures d'identité renforcée en cas de risque</b> identifié : homonyme, couple de résident, pseudonyme, changement de nom...				
	3) L'agent <b>contrôle la concordance</b> des identifiants <b>entre (x3)</b> : résident / plan ou dossier de soin / support (pilulier, sachet, cupule...).				
Bon médicament	4) L'agent <b>vérifie le nombre</b> de médicaments <b>contenus</b> dans le pilulier/sachet/cupule. Est-il conforme au plan de soin actualisé (le plus récent) ?				
	5) L'agent <b>signale immédiatement toute anomalie</b> (comprimé manquant, doublon, aspect inhabituel, erreur apparente) et <b>ne distribue pas en cas de doute</b> .				
Bonne dose	6) L'agent vérifie la <b>cohérence des dosages</b> avant la prise : comprimé entier, demi ou quart, préparés conformément à la prescription.				
	7) L'agent s'assure qu'aucun médicament <b>non écrasable/non broyable</b> n'a été modifié, respect des mentions accolées au nom du médicament (retard, gastro-résistant, LP ...) et de la liste « à ne pas écraser » de l'établissement.				
	8) L'agent respecte les <b>conditions spécifiques d'administration</b> : à jeun, au repas, après repas, avec eau, sans écraser, etc.				
Bon moment	9) L'agent respecte le créneau <b>horaire</b> prévu (matin/midi/soir/coucher ± 30 min.) ou horaires stricts si nécessaire.				
	10) L'agent respecte la <b>fréquence</b> de prise exacte : hebdomadaire, quotidienne, délais entre 2 prises, absence de prise simultanée contre-indiquée si interaction(s) médicamenteuse(s) ou alimentaire(s).				
	11) L'agent <b>informe sans délai l'infirmier(ère)</b> en cas de situation impactant la prise : • Refus de prise, • Modification de l'état clinique du résident (toux, étouffement, somnolence), • Prise impossible (absence, vomissements, trouble de la déglutition, jeûne).				
Bonne manière	12) L'agent réalise l'aide à la prise <b>sans interruption de tâche</b> , dans un environnement calme, bien éclairé, avec le matériel anticipé (eau, verre, téléphone non utilisé donné à un collègue ou sur messagerie pendant la distribution)				
	13) L'agent donne le médicament <b>en main propre</b> ou en assistance directe (mise en bouche), <b>sans laisser de traitement hors surveillance</b> .				

Bonne manière (suite)	14) L'agent <b>vérifie la prise effective</b> : absorption orale complète, absence de médicament recraché ou retrouvé ultérieurement.			
	15) L'agent <b>trace</b> l'aide à la prise immédiatement et conformément au plan de soins : prise effectuée / refus ou impossibilité de prise / actions engagées.			
	16) L'agent respecte les principes de <b>bienveillance</b> : explications adaptées, installation confortable, respect du rythme du résident, prise en compte de la douleur et du confort.			
	17) L'agent <b>adapte la méthode de prise en cas de troubles de la déglutition</b> (posture, eau gélifiée, surveillance accrue, modalités spécifiques).			
	18) L'agent se limite <b>strictement</b> aux <b>actes autorisés</b> , sans réaliser d'actes relevant de la compétence infirmière (injection d'insuline stylo, préparation des doses, écrasement des médicaments, adaptation galénique [ex. : recours à une forme dispersible])			
	19) L'agent est habilité réaliser l'aide à la prise avec une <b>fiche de poste</b> ou un document qui précise clairement ses <b>limites de compétences</b>			
	20) Des protocoles ou des <b>consignes écrites</b> établies par l'infirmier(ère) existent pour chaque résident, notamment pour les prescriptions conditionnelles (« si besoin ») ou les situations cliniques instables			

## Mode opératoire

**Objectif** : Assurer une **collecte homogène**, **limiter les biais** et garantir des **résultats représentatifs et comparables**.

- Evaluer la conformité des pratiques d'aide à la prise du médicament aux bonnes pratiques professionnelles.
- Identifier les écarts potentiels pour renforcer la sécurisation du circuit du médicament.
- Proposer des actions d'améliorations ciblées.

Pour en savoir plus : mémo [Aide à la prise / Administration des médicaments en secteur médico-social](#)

**Méthode** : Sélection des situations qui repose sur un **échantillonnage aléatoire**

- **Sélection temporelle** : choisir un créneau horaire aléatoire parmi ceux où se fait l'aide à la prise.
- **Sélection du patient** : première situation d'aide à la prise se présentant dans le créneau choisi.
- **Sélection de l'agent** : aucune sélection préalable ; l'audit porte sur la situation réelle observée.

**Echantillonnage représentatif** pour avoir une vision fidèle des pratiques, si vous ne pouvez pas auditer toutes les aides à la prise. Pour garantir la fiabilité statistique des résultats, le nombre d'observations à réaliser doit être au minimum conforme au nombre préconisé par la norme d'échantillonnage NF ISO 2859-1.

*Par exemple, pour 45 résidents présents, 13 aides à la prise doivent être au moins observées afin d'obtenir une analyse fiable. Observer plusieurs situations indépendantes, plutôt que plusieurs fois le même agent.*

Nombre de résidents à observer lors de l'aide à la prise		
EFFECTIF		RESULTAT
(nombre de résidents présents à l'instant t)		(nombre d'observations)
min	max	
16	25	8
26	50	13
51	90	20
91	150	32

**Modalités de réalisation :**

**Positionnement de l'auditeur** : observer sans intervenir, sans dialoguer avec l'agent (sauf risque pour le résident). Ne pas prévenir à l'avance l'agent de cette future observation des pratiques. Se présenter et rappeler qui s'agit d'une démarche non punitive et centrée sur la sécurité.

**Conditions d'observation** : ne pas réaliser l'audit uniquement aux heures où les équipes sont complètes ou renforcées, ne pas choisir en fonction de l'expérience de l'agent.

**Remplir la grille** : cocher oui si l'item est totalement conforme, utiliser NA si l'item est non accessible/applicable et le renseigner en commentaires. Noter les observations qualitatives dans l'espace commentaire.

**Exploitabilité des résultats** : identifier les écarts récurrents et organiser un retour collectif et orienté sur l'amélioration.

## EPP sur la sécurisation de l'administration des médicaments injectables

### OBJECTIF ET MISE EN ŒUVRE

- **Objectif** : évaluer les pratiques professionnelles de préparation et d'administration des médicaments injectables
- **Public cible** : IDE, EIDE
- **Cadre d'utilisation** : établissements sanitaires et médico sociaux de santé
- **Mode d'emploi** : Ce document imprimable vous permet de garder une trace « papier » de l'audit. La version Excel de la grille est disponible pour compiler vos observations. Elle permet de générer les graphiques issus de vos observations.
- **Périmètre de l'EPP** : cet EPP concerne l'administration de médicaments injectables qu'ils soient administrés en perfusion ou en injection directe.
- Cet EPP est basé sur **l'observation des pratiques infirmières** au sein de services de soin. Il est conseillé de définir en amont avec chaque service la période d'observation la plus adaptée durant laquelle les médicaments injectables sont préparés et administrés afin d'optimiser le temps d'audit.
- **Echantillonnage des prescriptions de médicaments injectables par service** : le nombre de prescription de médicaments injectables par service est extrait du logiciel d'aide à la prescription. Selon ce nombre, vous pouvez procéder au tirage aléatoire des préparations des médicaments injectables qui seront auditées. Vous pourrez préciser la méthode utilisée dans le compte rendu d'audit et vous pouvez auditer un plus grand nombre de prescriptions si vous le souhaitez.

Nombre total de prescriptions avec un médicament injectable par service	Nombre minimum à auditer
2 à 8	3
9 à 15	5
16 à 25	8
26 à 50	13
51 à 90	20
91 à 150	32
151 à 280	50

- **Exploitation des résultats** : identifier les points forts et les points faibles des pratiques actuelles afin de mettre en œuvre, si nécessaire, des actions d'amélioration pour corriger les écarts observés (recommandations HAS).

## GRILLE D'AUDIT DES PRÉPARATIONS DES MÉDICAMENTS INJECTABLES

Identification de l'auditeur (initiales) :

Date d'audit :

Identification du service/unité de soins :

### Préparation du médicament injectable

Questions	Réponses possibles
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'IDE dispose au niveau de la prescription de toutes les informations nécessaires à la réalisation de la préparation :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ DCI du médicament</li> <li>↳ Dose du médicament</li> <li>↳ Type de solvant</li> <li>↳ Volume de solvant</li> <li>↳ Débit de perfusion</li> <li>↳ Durée de perfusion</li> </ul> </li> </ul>	<p>Oui / Non</p> <p>Oui / Non</p> <p>Oui / Non / NA</p> <p>Oui / Non / NA</p> <p>Oui / Non / NA</p> <p>Oui / Non / NA</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'IDE prépare l'injection / perfusion au vu de la prescription initiale, sans aucune retranscription.</li> </ul>	<p>Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'IDE contrôle la concordance entre la prescription et le médicament à préparer.</li> </ul>	<p>Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'IDE regroupe l'ensemble des éléments nécessaires (dispositifs médicaux (DM) et médicament) à la réalisation de la préparation.</li> </ul>	<p>Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'IDE vérifie les dates de péremption du médicament et des DM.</li> </ul>	<p>Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'IDE vérifie l'intégrité des emballages des produits de santé</li> </ul>	<p>Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Avant préparation, l'IDE contrôle l'aspect du liquide (limpidité, coloration)</li> </ul>	<p>Oui / Non / NA</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'IDE prépare l'injection / perfusion patient par patient et non en série (réalisation d'une seule préparation à la fois pour un patient donné)</li> </ul>	<p>Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'IDE réalise la préparation dans le respect des règles d'asepsie et d'hygiène.</li> </ul>	<p>Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'IDE prend les mesures nécessaires pour ne pas être dérangé durant la préparation</li> </ul>	<p>Oui / Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'IDE demande à l'un de ses collègues la double vérification des calculs de dose ou de dilution pour les médicaments à risque élevé (morphiniques, insuline, chlorure de potassium...)</li> </ul>	<p>Oui / Non / NA</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'IDE prépare le médicament nécessitant une reconstitution au plus près du moment de l'administration (&lt; 30min).</li> </ul>	<p>Oui / Non / NA</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'IDE remplit l'étiquette d'identification de la préparation au moment où elle réalise celle-ci (pas de préparation à l'avance des étiquettes)</li> </ul>	<p>Oui / Non / NA</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'étiquette utilisée est un modèle pré imprimé validé par l'établissement qui comprend au minimum l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance), du médicament (DCI, dosage) et la voie d'administration.</li> </ul>	<p>Oui / Non / NA</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'IDE appose ses initiales, la date et l'heure de reconstitution sur l'étiquette.</li> </ul>	Oui / Non / NA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'IDE appose l'étiquette de façon à laisser visible la graduation de la seringue du PSE.</li> </ul>	Oui / Non / NA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le médicament est préparé par l'IDE qui pourra l'administrer</li> </ul>	Oui / Non
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Après la préparation, l'IDE contrôle l'aspect du liquide (limpidité, coloration)</li> </ul>	Oui / Non / NA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'IDE conserve les flacons vides jusqu'à l'administration du médicament</li> </ul>	Oui / Non / NA

**Partie « administration » :**

Questions	Réponses possibles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'IDE s'assure au moment de l'administration de la concordance entre l'identité du patient, la prescription et l'injectable préparé.</li> </ul>	Oui / Non
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'IDE informe le patient du soin et du médicament qu'il va recevoir</li> </ul>	Oui / Non
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'IDE administre le médicament sans interruption de tâche</li> </ul>	Oui / Non
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'IDE administre les médicaments dans le respect des règles d'asepsie et d'hygiène</li> </ul>	Oui / Non
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'IDE règle un débit de perfusion qui est conforme à la prescription</li> </ul>	Oui / Non / NA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'IDE demande à l'un de ses collègues la double vérification de la programmation de pompe pour les médicaments à risque élevé (morphiniques, insuline, chlorure de potassium...)</li> </ul>	Oui / Non / NA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel dans le DPI</li> </ul>	Oui / Non
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La non administration et son motif sont tracés en temps réel dans le DPI</li> </ul>	Oui / Non / NA

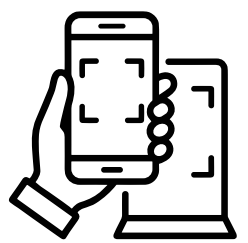


Critère **impératif 2.2-06**

## Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse

Critère **standard** : 1.2-03

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **Affiches**

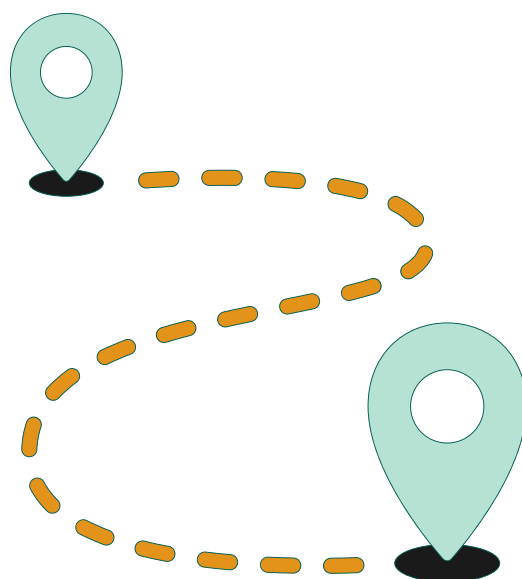
**“D’un implant identifié au patient informé !”**

(Décembre 2025)



**“Lettre de liaison à la sortie avec volet médicamenteux”**

(Janvier 2026)



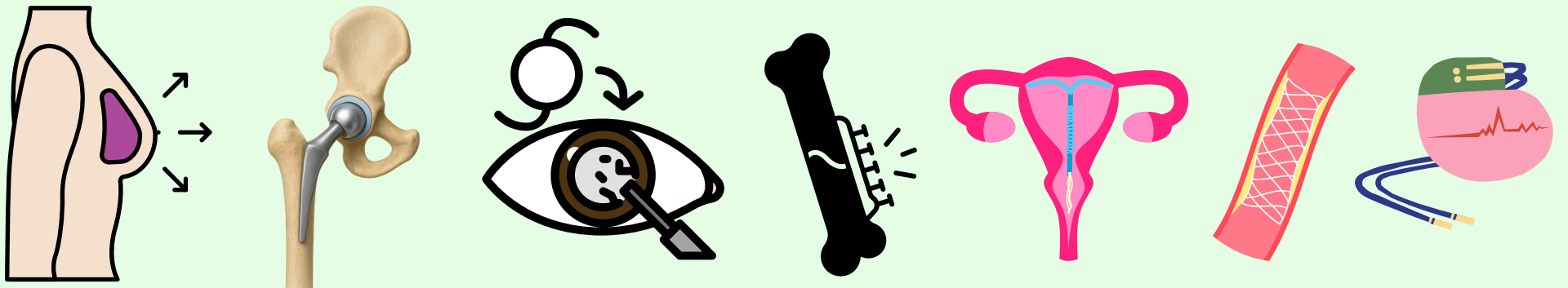
## Critères

**1.2-03 : Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés**


**2.2-04 : Les équipes respectent les BP d'approvisionnement**

## D'un implant identifié au patient informé !

De la pharmacie à la salle d'intervention,  
tous les acteurs participent à  
**Traçabilité - Sécurité - Confiance**



### AVANT la pose Rassurer




- Patient informé**
- Type d'implant**
- Fonctionnement**
- Bénéfices attendus**
- Risques possibles**
- Durabilité**
- Précautions**

### Circuit sécurisé à chaque étape



- Approvisionnement conforme**
- Stockage sécurisé**
- Délivrance maîtrisée**
- Vérification des implants**  
(bon endroit/côté, bonne dimension/correction)
- Gestion rigoureuse des n° de lot**

### APRES la pose Tracer, Transmettre



- Carte d'implant remise avec n° lot/série, identifiant IUD, infos du fabricant...**
- Traçabilité de l'implant dans le dossier patient**
- Consignes de suivi claires et compréhensibles**

## Critères

**2.2-06 : Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse**

2.1-14 : Une lettre de liaison à la sortie remise au patient permet la continuité du parcours de soins

1.2-04 : Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge

# Bien sortir, c'est être bien informé !

La lettre de liaison à la sortie, avec un volet médicamenteux

### A la sortie

Lettre de liaison remise le jour même **au patient**

Synthèse médicale du séjour

DMP alimenté (Mon espace santé)

Traitements à poursuivre  
(avec posologie, durée) et  
traitements arrêtés

Dispositifs médicaux nécessaires

Examens en attente

Surveillance et RDV à prévoir



### Avant la sortie

Vérification des traitements

Ordonnances prêtes

Préparation du matériel  
nécessaire

### Après la sortie

Transmission le jour même  
**au médecin traitant**

Continuité : **coordination** avec  
infirmier.e, pharmacien.ne,  
et les autres soignants

**Votre traitement évolue : on vous informe, on transmet, on sécurise !**



- ✓ Liste complète et lisible des médicaments
- ✓ Changements thérapeutiques expliqués
- ✓ Consignes d'usage des dispositifs/matériels

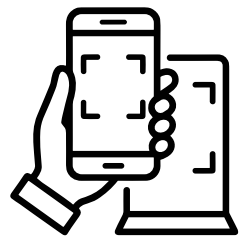
# MÉDICAMENTS À RISQUE & ERREURS MÉDICAMENTEUSES

Critère **impératif** 3.1-04

## Culture de la déclaration des événements indésirables, dont les presque accidents

Critère **impératif** : 2.2-06

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **E-learning**

**“Les équipes préviennent les risques d’erreur médicamenteuse” OMéDIT CVL et Normandie**

(Décembre 2025)



- **Webinaire**

**“ Les équipes préviennent les risques d’erreur médicamenteuse” OMéDIT CVL et Normandie**

(Décembre 2025)



- **Affiches**

**“Culture de sécurité, pour les médicaments aussi, c’est important !”**

(Novembre 2025)



**“Un presque accident, c’est un avertissement !”**

(Février 2026)



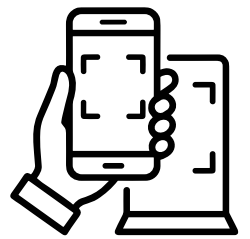
# MÉDICAMENTS À RISQUE & ERREURS MÉDICAMENTEUSES

Critère **impératif** 3.1-04

## Culture de la déclaration des événements indésirables, dont les **presqu'accidents**

Critère **impératif** : 2.2-06

**Scannez pour retrouver ces outils!**



- **Affiches**

**“Potassium injectable, médicament à risque”**

(Juin 2025)



**“Pas de routine avec les médicaments à risque”**

(Octobre 2025)



**“Ressemblance = Vigilance”**

(Décembre 2025)



**“Never events = événements qui NE devraient JAMAIS arriver”**

(Janvier 2026)



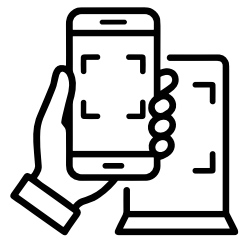
# MÉDICAMENTS À RISQUE & ERREURS MÉDICAMENTEUSES

Critère **impératif** 3.1-04

## Culture de la déclaration des événements indésirables, dont les presque accidents

Critère **impératif** : 2.2-06

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **Affiches**

**“Un presque accident, c’est un avertissement”**

(Février 2026)



**“ Limiter les interruptions de tâches = Sécuriser le patient”**

(Avril 2026)



**“ Médicaments à risque, un doute = un contrôle en plus !”**

(Avril 2026)



- **Audit**

**“EPP « Pertinence d’une dotation et d’une supplémentation en chlorure de potassium intraveineux (KCl IV) »”**

(Décembre 2024)



## Critères impératifs

- **2.2-06 - Analyse en équipe des erreurs médicamenteuses ET plan d'action suivi.**
- **3.1-04 - Promotion de la culture de déclaration des erreurs médicamenteuses Y COMPRIS les presque accidents.**

# Culture de sécurité Pour les médicaments aussi, c'est important !



## Déclarer les EIAS

- Erreurs médicamenteuses
- “Quasi accidents”



## Retour d'expérience

- Comprendre les causes profondes pour améliorer l'organisation
- Partager les RetEx pour progresser collectivement

## Construire ensemble un système plus sûr plus fiable

## Culture juste Non punitive

On ne cherche pas “qui” a fait l'erreur,  
mais “pourquoi” elle a pu survenir.

Identifier les défaillances  
(transmission, conditions, procédures)



## Travail en équipe

- Prévenir la survenue des erreurs
- Réduire les conséquences en cas d'événement
- Coopérer entre services et pharmacie



## Critères impératifs

**2.2-06** : Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse

**3.1-04** : Les professionnels identifient, déclarent et analysent les événements indésirables y compris les presque accidents

# Un presque accident, c'est un **avertissement** !

Un dommage qui a été évité de justesse... cette fois-ci.

### Mauvais timing / horaire

Dose retardée ou avancée  
Omission / oubli de prise intercepté

### Mauvaise dilution

lors de la préparation  
10 fois trop concentré intercepté

Confusion entre  
patients



Mauvais médicament  
Confusion entre noms

Mauvaise dose  
Écraser un LP libère 24h  
de traitement en 5 min.

Erreur de prescription  
Dépassement de dose max.

**Erreur interceptée**



**Analyse collective**

## Pourquoi déclarer nos presque accidents ?

- Pour comprendre
- Pour apprendre collectivement
- Pour corriger le système avant qu'un patient ne soit touché

On déclare pour s'améliorer

## Critère impératif

**2.2-06** : les équipes préviennent les **risques d'erreur** médicamenteuse

# Pas de rangement au hasard le KCl à part !

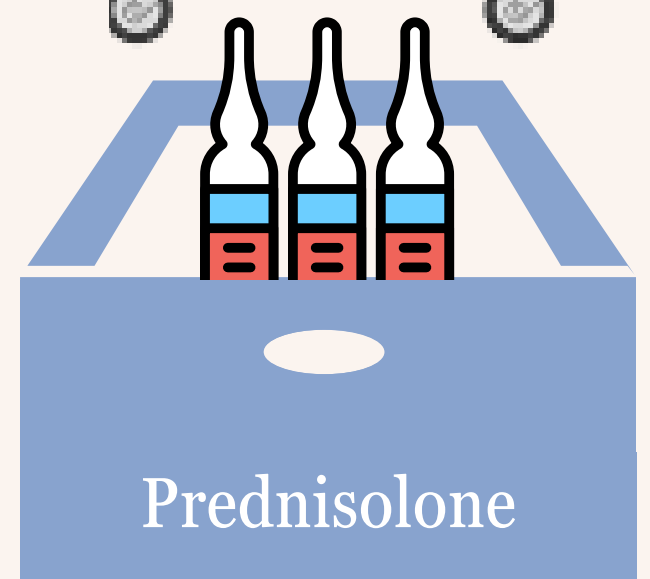
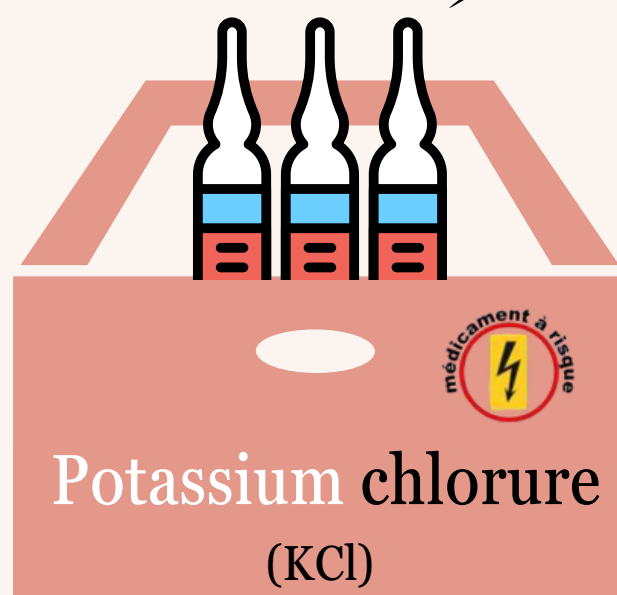
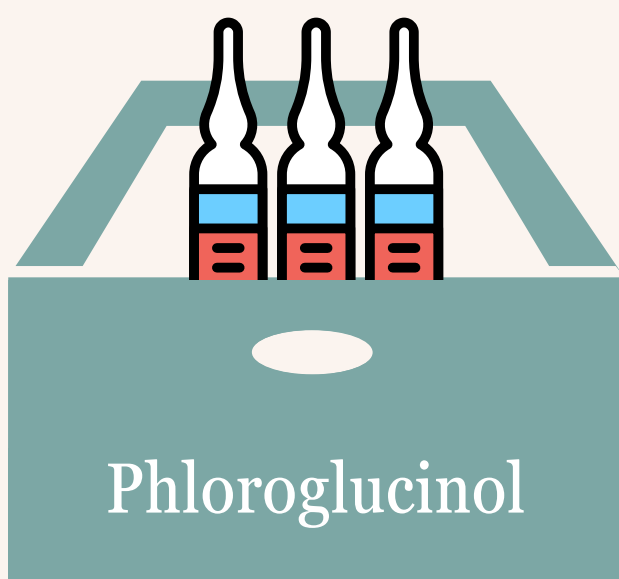
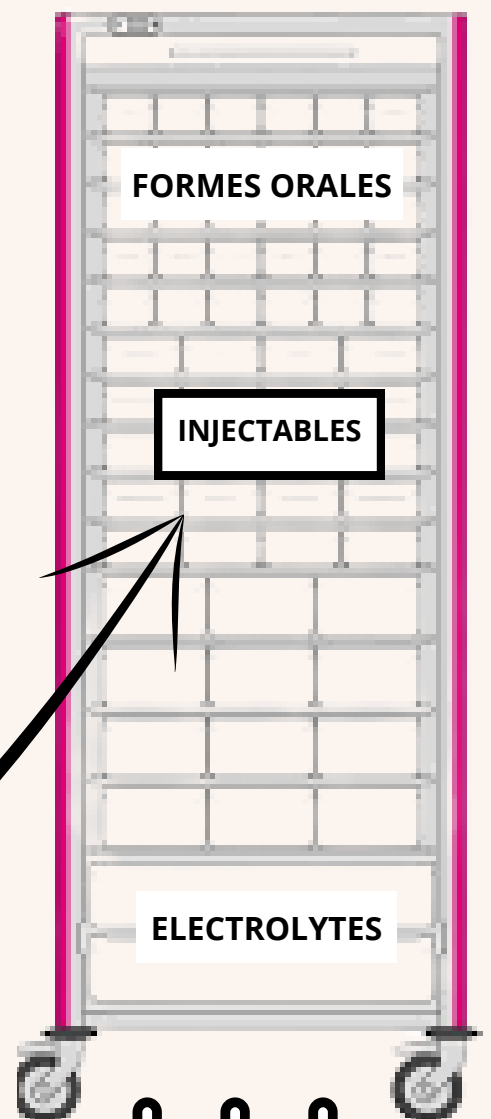


### Points clés

**Restriction des stocks**  
au **besoin minimum du service**  
ou retrait de la dotation.  
**Retrait des chariots d'urgence.**

**Rangement à part**  
avec les injectables, **MAIS en**  
**dehors des autres électrolytes**  
(bac distinct)

**Signalisation d'alerte**



**Rangements à proscrire** : interdiction de ranger le KCl à la lettre C pour chlorure de potassium à côté du chlorure de sodium (NaCl) ou d'ampoules similaires. Interdiction de stockage dans le coffre à stupéfiants.

## Critère **impératif**

**2.2-06 : Les équipes PRÉVIENNENT les risques d'erreur médicamenteuse**

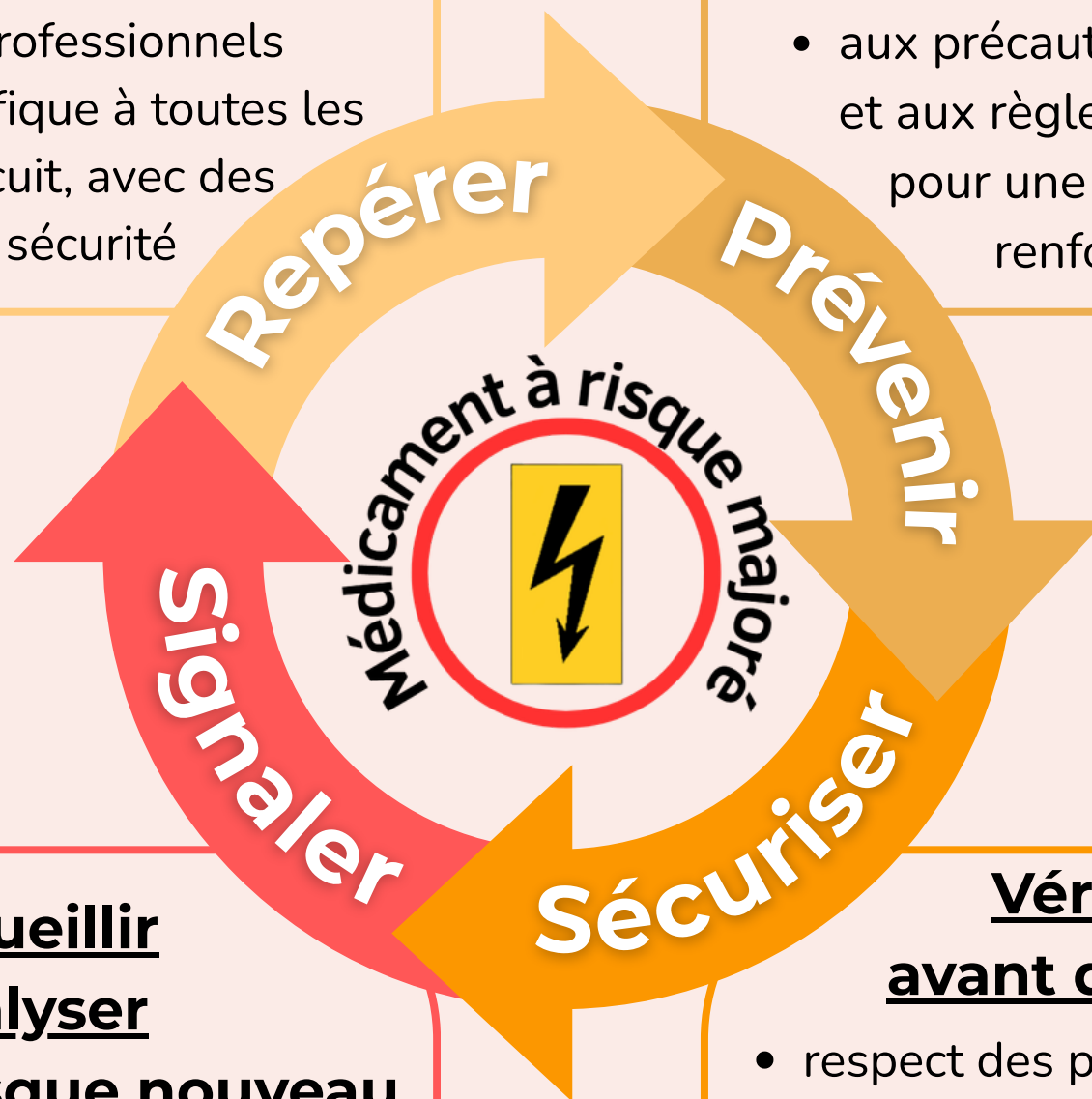
# Pas de routine avec les **médicaments à risque !**

### Liste collégiale

- adaptée à la typologie d'activité
- validée
- connue des professionnels
- gestion spécifique à toutes les étapes du circuit, avec des dispositifs de sécurité

### Formations régulières

- à la nature et la prévention du risque médicamenteux
- aux précautions à prendre et aux règles de sécurité pour une vigilance renforcée



### Recueillir

### Analyser

### Anticiper risque nouveau

- confusions, incidents, erreurs
- Événement Indésirable Grave
- *Never Events* analysés en équipe

### Vérifier

### avant d'utiliser

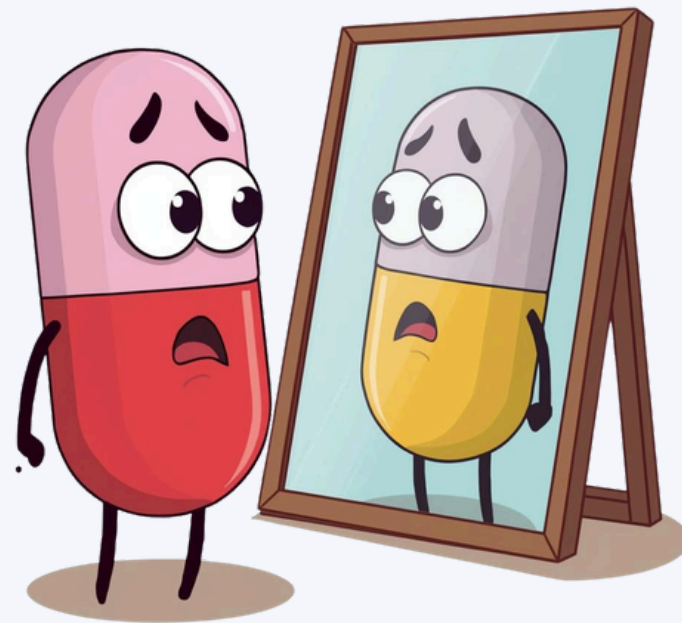
- respect des protocoles
- double contrôle : prises non journalières, calculs de doses, programmation des pompes...  
"une administration / injection, deux regards, zéro danger"

## Critères

**2.2-04 : Les équipes respectent les BP d'approvisionnement**

**2.2-06 (impératif) : Les équipes préviennent les **risques d'erreur** médicamenteuse**

# Ressemblance = Vigilance



**Prednisolone / Prednisone**  
**Valproate / Valpromide**  
**Hydroxyzine / Hydrochlorothiazide**

“Look-alike”  
**Apparence**

“Sound-alike”  
**Consonance**

**Pour ne pas se tromper :**

**Lecture à voix haute  
du nom du médicament au moment  
du rangement, puis de la collecte**

**Double vérification dans les  
piluliers pour chaque  
médicament à risque**

**Séparation physique des  
produits stockés similaires.  
Caractères d'accroche sur la  
DCI, code-barres à doucher...**

**Dans tous les cas, le  
médicament reste identifiable  
jusqu'à l'administration**

## Critère impératif

**2.2-06** : La liste des médicaments à risque est adaptée à chaque domaine/activité.  
Elle est évolutive et prend en compte les retours d'expérience ET les

# NEVER EVENTS

= des événements qui NE devraient JAMAIS arriver.  
Évènements indésirables graves, identifiables et théoriquement évitables  
lorsque les recommandations de sécurité sont appliquées.

## Lidocaïne

injectable  
Xylocard®

**Surdosage**  
du fait de la  
confusion entre  
concentration et  
quantité totale de  
lidocaïne.

**Risques**



## Colchicine

1mg  
comprimé

**Erreur d'utilisation**  
liée au non-respect  
des schémas  
posologiques  
et/ou des contre-  
indications.

## Méthotrexate

2,5mg  
comprimé

**Erreur  
posologique.**  
Jamais de prise  
quotidienne dans  
les maladies  
inflammatoires.

## Insulines

voie SC (ou IV)

**Confusions**  
Administration d'une  
insuline rapide à la  
place d'une basale,  
ou inversement.  
**Erreur** entre 2 patients.  
**Erreur** de préparation.  
**Erreur** de dose ...



## Idées de mesures de sécurité

1 **Exclure** les  
flacons à 5%  
(1000 mg/ 20 mL)  
du chariot d'urgence

2 **Pas de cohabitation**  
entre ampoules à 2%  
(100 mg/ 5 mL)  
et flacons à 5%.

3 **Double contrôle**  
avant utilisation,  
vérifier dosage.

1 **Adapter** la dose en  
cas d'insuf. rénale,  
de grand âge, de  
faible poids.

2 **Vérifier** la posologie.  
1 seule prise/jour.  
D.max. : 1mg/prise.

3 **Supprimer** le  
Colchimax® des  
dotations.

1 **Administrer le même  
jour**, chaque semaine.

2 **Ne pas administrer plus**  
d'une fois par semaine.

3 **Paramétrage** du  
logiciel de prescription.

4 **Validation**  
pharmaceutique de  
l'ordonnance.

1 **Stock**  
réfrigérateur sécurisé  
Rangement séparé  
entre basales et rapides

2 **Stylo entamé** = nominatif  
+ date d'ouverture.  
**Retrait immédiat** des  
stylos des patients  
sortants ou transférés

3 **Appliquer les "5B"**  
(nom insuline, patient,  
dose, moment). Mesure  
glycémie avant d'injecter

4 **Protocole** de  
resucrage immédiat  
validé disponible

## Critères impératifs

- 2.2-06** : Les équipes **préviennent les risques d'erreur** médicamenteuse  
**2.2-05** : Les équipes respectent les **BP d'administration** des médicaments

**Chaque interruption  
augmente le risque  
d'erreur médicamenteuse**

**65%** des erreurs  
d'administration  
sont liées à des  
facteurs humains dont les  
interruptions de tâche



### Tâches critiques à sécuriser :

- Calculs de dose. Préparation des injectables.
- Programmation des pompes / seringues électriques
- Préparation des piluliers, etc.

**Limiter les interruptions = Sécuriser le patient**

### Signaler une tâche critique

Porter un gilet / brassard  
"Ne pas déranger"

Utiliser un espace dédiée  
"zone sans interruption"  
(marquage au sol)

### Réduire les interruptions évitables

Gérer les appels (renvoi, filtrage).  
Travailler dans une zone dédiée  
aux tâches critiques.

### Adopter des pratiques d'équipe sécurisées

Ne pas interrompre une tâche  
critique en cours.

Avant d'interrompre se poser 2 questions :  
Est-ce urgent ? Est-ce indispensable pour  
la prise en charge immédiate ?

### Sécuriser la reprise de la tâche

Noter précisément le point d'arrêt.  
Prendre un temps d'arrêt pour se  
recentrer. Poursuivre après une  
vérification systématique.



## Critère **impératif**

**2.2-06** : Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse

# MÉDICAMENTS À RISQUE

## UN DOUTE = UN CONTRÔLE EN PLUS !

### IDENTIFIER

MàR, never events\*,  
LASA\*, MTE\*, EIGS\* ...



### SECURISER



**Double contrôle**

indépendant et tracé

lors des étapes critiques

(ex. programmation PCA, calculs de dose)

**Protocoles**

accessibles et validés.

**Diffusion, appropriation**  
de la liste des MàR. Etiquetage,  
stockage spécifique des MàR.

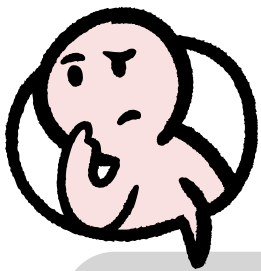
### ANALYSER



Culture de sécurité médicamenteuse

Analyse structurée des **EIGS\*** erreurs graves **ET** des **quasi-erreurs**

Retours d'expérience (REX) partagés + plan d'actions



**La liste des médicaments à risque est-elle : adaptée à l'activité, validée, affichée et connue des soignants ? Les EIGS\* médicamenteux sont-ils toujours déclarés ?**

\* **never events** : événements qui ne devraient jamais arriver. **LASA** (look alike, sound alike) : médicaments de noms ou d'apparences ressemblants. **MTE** : marge thérapeutique étroite. **EIGS** év. indésirables graves associés aux soins.

En savoir plus :



Médicaments à risque



Confusion KCI



LASA  
Ressemblance = Vigilance



Never Events



Liste de MàR

## EPP sur la pertinence d'une dotation et d'une supplémentation en chlorure de potassium intraveineux (KCl IV)

### OBJECTIF ET MISE EN ŒUVRE

- **Objectif** : évaluer les pratiques professionnelles de prescription, stockage, administration du chlorure de potassium injectable hypertonique injectable, afin de prévenir des erreurs médicamenteuses.
- **Public cible** : soignants impliqués dans la sécurisation du circuit du KCl injectable.
- **Cadre d'utilisation** : établissements sanitaires de santé ; **exclusion des services** : réanimation, soins intensifs, pédiatrie.

**Mode d'emploi : Audit en 2 temps distincts : audit armoire de service, audit des prescriptions.**

Ce document imprimable vous permet de garder une trace « papier » de l'audit. La version Excel de la grille est disponible pour compiler vos observations. Elle permet de générer les graphiques issus de vos observations.

- **1<sup>er</sup> temps : échantillonner les services** : lister l'ensemble de vos services disposant du KCl injectable en dotation, puis reportez-vous à la table d'échantillonnage de la norme NFX 06-022 ci-dessous pour déterminer le nombre minimum de services à auditer (choisir les services de manière aléatoire). Vous pourrez préciser la méthode utilisée dans le compte rendu d'audit et vous pouvez auditer un plus grand nombre de services si vous le souhaitez.
- **2<sup>ème</sup> temps : échantillonnage des prescriptions contenant du KCl injectable** :  
Audit rétrospectif sur une période choisie : le nombre de prescription de KCl de l'établissement (ou du pôle) est extrait du logiciel d'aide à la prescription. Selon ce nombre, on procède au tirage aléatoire des prescriptions de KCl injectable qui seront auditées. Vous pourrez préciser la méthode utilisée dans le compte rendu d'audit et vous pouvez auditer un plus grand nombre de prescriptions si vous le souhaitez.

Nombre total de services / prescriptions avec KCl IV	Nombre minimum à auditer
2 à 8	3
9 à 15	5
16 à 25	8
26 à 50	13
51 à 90	20
91 à 150	32
151 à 280	50

Ex : 27 services disposent de KCl IV en dotation => Parmi ces 27, choisir au hasard 13 services à auditer.

Ex : 57 prescriptions contiennent du KCl IV => Parmi ces 57, choisir au hasard 20 prescriptions à auditer.

- **Exploitation des résultats** : identifier les points forts et les points faibles des pratiques actuelles afin de mettre en œuvre, si nécessaire, des actions d'amélioration pour corriger les écarts observés (cf. affiche ANSM).

## GRILLE D'AUDIT DES SERVICES/UNITÉS DE SOINS AYANT UNE DOTATION DE KCl INJECTABLE

Identification de l'auditeur (initiales) :

Date d'audit :

Identification du service/unité de soins :

### 1<sup>er</sup> temps

**Partie « stockage » :** emplacement des ampoules KCl dans l'armoire à pharmacie (ou tout autre dispositif de rangement) du service/unité de soins

Questions	Réponses possibles
1. L'emplacement est repéré par un logo "Médicament à haut risque"	Oui / Non
2. Le nombre d'ampoules observé n'est pas supérieur à la valeur prévue sur la liste de dotation	Oui / Non
3. L'emplacement est éloigné des autres électrolytes et de toutes ampoules d'apparence similaire	Oui / Non
4. L'emplacement est situé à hauteur des yeux de manière à faciliter la lecture des étiquettes	Oui / Non
5. Une seule concentration de KCl injectable est présente dans l'armoire (ou tout autre dispositif de rangement)	Oui / Non

**Partie « Information et formation » :**

Questions	Réponses possibles
6. Un protocole formalisé sur la prise en charge de l'hypokaliémie existe dans le service/unité de soins	Oui / Non
7. Si « Oui » à la question précédente, ce protocole est facilement accessible et consultable (Si « Non » à la question précédente, répondre « NA » [Non applicable])	Oui / Non / NA
8. Une information sur les risques liés au KCl injectable est consultable dans le service (affiche, flyer, support numérique...)	Oui / Non

## GRILLE D'AUDIT DES PRESCRIPTIONS CONTENANT DU KCl INJECTABLE

Identification de l'auditeur (initiales) :

Date d'audit :

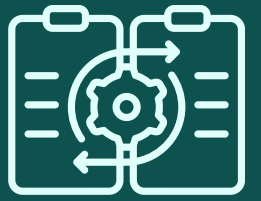
Identification du patient (au choix : initiales, n° de séjour...) :

### 2<sup>ème</sup> temps

Questions	Réponses possibles
1. Date de <b>début</b> de prescription du KCl injectable = J0 ( <i>format jj/mm/aaaa</i> )	/ /
2. Date de <b>fin</b> de prescription du KCl injectable ( <i>format jj/mm/aaaa</i> )	/ /
3. Valeur de la kaliémie (en mmol/l) à <b>J0 avant</b> la prescription du KCl injectable ( <i>format numérique</i> )	,
4. Valeur de la kaliémie (en mmol/l) <b>le jour d'arrêt</b> du KCl injectable ( <i>format numérique</i> )	,
5. Possibilité d'utiliser la voie orale au J0 de la prescription du KCl injectable <sup>(1)</sup>	Possible / Impossible
6. <b>Au cours</b> de la prise en charge de l'hypokaliémie, observez-vous le remplacement du KCl injectable ?	
- Oui, par du potassium voie orale (type Diffu-K®, Kaléorid®...) et/ou par un médicament épargneur de potassium (hyperkaliémiant) .....	<input checked="" type="checkbox"/>
- Oui, par du potassium d'un soluté polyionique injectable (type Glucidion®, Osmotan®...) .....	<input checked="" type="checkbox"/>
- Non, pas de remplacement du KCl injectable .....	<input type="checkbox"/>
	} 1 seule réponse possible
7. Sur la prescription de KCl injectable, le mode d'administration est précisé ?	
- Non précisé .....	<input type="checkbox"/>
- Pompe .....	<input checked="" type="checkbox"/>
- PSE (pousse-seringue électrique) .....	<input type="checkbox"/>
- Perfuseur par gravité .....	<input type="checkbox"/>
- Autre .....	<input type="checkbox"/>
	} 1 seule réponse possible
8. La prescription précise la <b>dose</b> de KCl injectable à administrer en gramme(s)/jour	Oui / Non
9. La prescription précise la <b>durée</b> de perfusion du KCl injectable	Oui / Non
10. La prescription précise le <b>volume du diluant</b> de perfusion	Oui / Non
11. Sur la prescription, le débit de perfusion du KCl injectable ne dépasse pas 1 gramme/heure	Oui / Non

<sup>(1)</sup> Sélectionner la réponse « Possible » si un plateau repas a été commandé pour le patient, si un autre médicament est administré par voie orale...

# CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

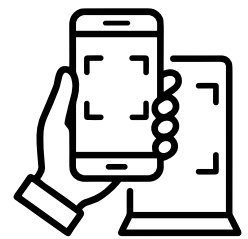


Critère **standard 2.1-04**

## Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour des populations ciblées

Critère **standard** : **2.4-04**

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **E-learning**

**“Les équipes réalisent la conciliation  
médicamenteuse pour des populations ciblées”  
OMéDIT CVL et Normandie**

(Janvier 2026)



- **Webinaire**

**“ Les équipes réalisent la conciliation  
médicamenteuse pour des populations ciblées ”  
OMéDIT CVL et Normandie**

(Janvier 2026)



- **Affiches**

**“Conciliation pour des populations ciblées ”**

(Août 2025)



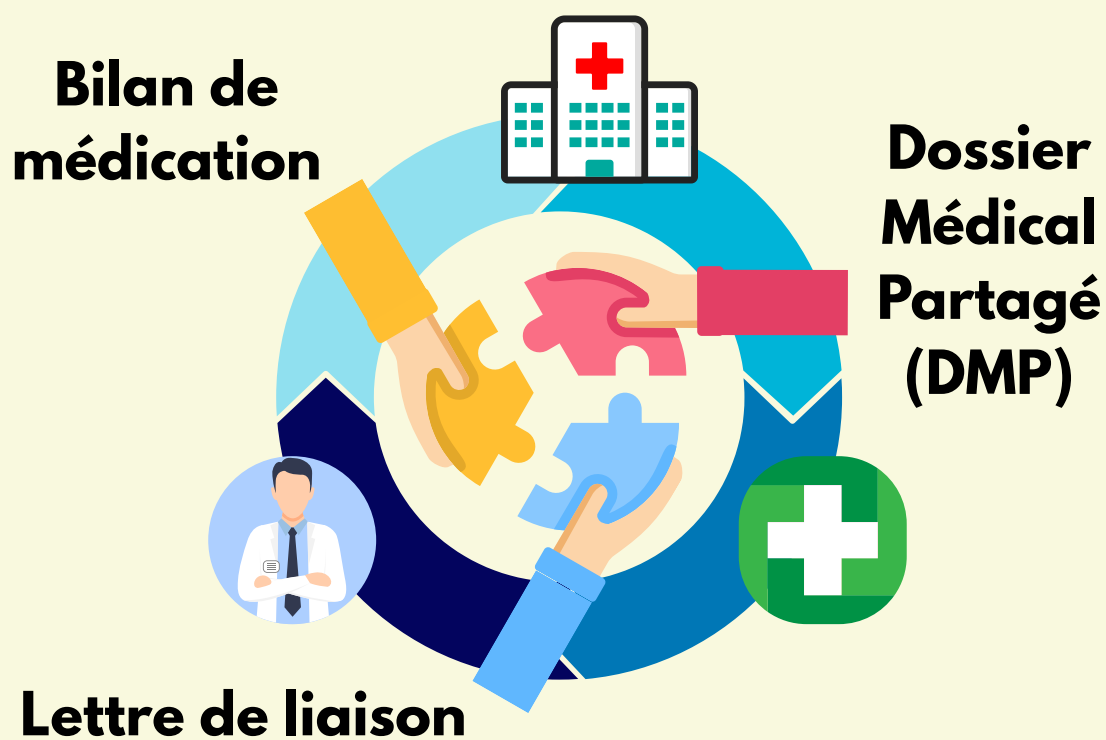
**“ Conciliation pour des soins écoresponsables ”**

(Août 2025)



**Critère 2.1-04 : les équipes réalisent  
la conciliation médicamenteuse pour des populations ciblées**

**Patients à risque :**  
**conciliation médicamenteuse systematique**  
**aux points de transition !**  
(admission, sortie, transfert)



**Cibles  
prioritaires :**

**gériatrie,  
oncologie,  
polymédication**



**3 sources  
d'information**



**Echange  
médico-  
pharmaceutique**



**Rencontre patient  
/ entourage**



**Bilan de médication  
tracé dans le  
dossier patient**

## Critères - Les équipes :

- 2.1-04 : réalisent la conciliation médicamenteuse pour des populations ciblées
- 2.4-04 : sont engagées [...] réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables

## Des piluliers au régime ?

**Bien concilier, mieux déprescrire... pour  
le patient et pour la planète.**

- 
- **Toujours utile ?**
  - **Réduire la dose ?**
  - **Faut-il represcrire ?**



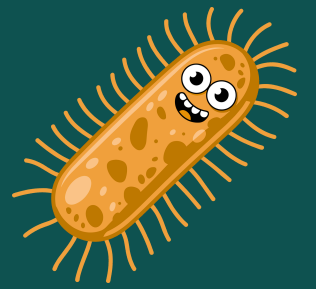
**En parler  
avec le patient,  
c'est déjà agir !**



Réduction progressive des doses  
Surveillance attentive des symptômes  
Réévaluation régulière

**Prescrire, c'est traiter.  
Déprescrire, c'est optimiser.**

# ANTIBIOTIQUES

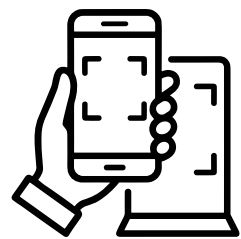


Critère **impératif 2.4-02**

## La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

Critère **standard** : 2.3-05

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **E-learning**

**“Répondre aux attendus HAS sur le bon usage des antibiotiques” OMéDIT CVL et Normandie**

(Octobre 2025)



- **Webinaire**

**“Répondre aux attendus HAS sur le bon usage des antibiotiques” OMéDIT CVL et Normandie**

(Octobre 2025)



- **Affiches**

**“Antibiotiques pour rester pertinent, réévaluation”**

(Juin 2025)



**“Antibiotiques un doute ? Pensez au référent !”**

(Mars 2026)



Critère **impératif 2.4-02** :

La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est **argumentée** et **réévaluée**



**Pour rester pertinent,  
prescrire puis **réévaluer**  
**systematiquement** !**

**entre 24h et 72h de traitement  
ET régulièrement pour les traitements longs !**

## Critère **impératif**

**2.4-02** : Pertinence des antibiotiques **systematiquement** argumentée et réévaluée



## Antibiotiques Un doute ? Pensez au **référént** !

Avant de prescrire :

**Ai-je une indication claire ?  
Ai-je consulté le référentiel  
local ou national ?**



Entre 24-72h :

**Puis-je arrêter ?  
Puis-je adapter ou réduire ?  
Ai-je tracé ma réévaluation  
dans le dossier patient ?**

**Il vous aide à**

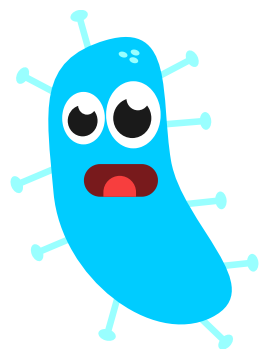
- **Décider** : bon antibiotique, bonne indication
- **Réévaluer** : désescalade, adaptation, durée
- **Sécuriser** : limiter résistances et effets indésirables



**Travail en équipe : Microbiologiste – Pharmacien – Équipes de soin**

**Quand le solliciter ?**

- **Doute sur indication**
- **Antibiotique large spectre**
- **Traitement > 72 heures**
- **Échec clinique**
- **Résultat microbiologique complexe**



**Une prescription  
et/ou sa prolongation = justification + réévaluation**

**Disposez -vous d'un programme de bon usage des antibiotiques ?  
Qui est nommé référent en antibiothérapie dans votre établissement ?  
Avec quel temps dédié?**



# DOULEUR

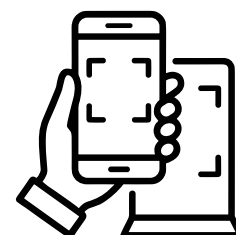


Critère **impératif 1.1-05**

## Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

Critère **impératif : 2.2-02**

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **E-learning**

**“Evaluation de la prise en charge de la douleur selon les attendus de la certification HAS ” OMéDIT CVL et Normandie**

(Mars 2026)



- **Webinaire**

**“ Evaluation de la prise en charge de la douleur selon les attendus de la certification HAS ” OMéDIT CVL et Normandie**

(Mars 2026)



# DOULEUR



Critère **impératif 1.1-05**

## Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

Critère **impératif : 2.2-02**

**Scannez pour retrouver ces outils !**



- **Affiches**

“Prescription conditionnelle « si besoin »”  
(Août 2025)



“Douleur : questionner, mesurer, tracer, adapter”  
(Juin 2025)



“Douleur, à chaque profil son échelle d'évaluation”  
(Janvier 2026)



- **Audit**

“Quick audit certifié HAS « Évaluation de la prise en charge de la douleur »”

(Avril 2026)



## Critères **impératifs**

**1.1-05** : [...] soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa **douleur**

**2.2-02** : Les équipes respectent les BP de **prescription** des médicaments

# Traitement en “**si besoin**” oui, mais... en toute sécurité



Une **prescription conditionnelle**  
s'accompagne d'une **valeur seuil**

ET des **conditions d'administration** :

dose par prise, intervalle entre prises, nb maxi prises/j, durée

Ex : paracétamol (si fièvre) → si  $T > 38.5^{\circ}\text{C}$  : 1 g par prise,  
minimum 8 h entre chaque prise, 3 g/jour, pendant 2 jours.

Critère **impératif 1.1-05** : le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa **douleur**

**Soulager ce n'est pas improviser.**  
**C'est questionner, mesurer, tracer,**  
**adapter !**



**Médicamenteux ou non,**  
**tout traitement antalgique**  
**nécessite une réévaluation régulière**

## Critères **impératifs**

**1.1-05** : [...] soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa **douleur**

**2.2-02** : Les équipes respectent les BP de **prescription** des médicaments

# Douleur : à chaque profil, son échelle d'évaluation

✓ Échelle validée, **choisie selon le patient**, adaptée à l'âge et à l'état cognitif.

✓ **Évaluation** " à l'admission + après chaque soin douloureux + après traitement".

➤ Type d'échelle **tracé**, évaluation explicite et **compréhensible** par l'équipe.

EVS, EVA, EN,  
échelle de visage ...

Rapport verbal possible et  
dialogue régulier avec le patient



Algoplus, Doloplus,  
DESS Douleur Enfant San Salvador

Rapport verbal limité, personne  
avec trouble de la communication,  
nouveau-né, ...



- Comment choisissez-vous l'échelle d'évaluation la plus pertinente au regard du profil de votre patient ? Comment tracez-vous l'évaluation ?
- Comment définissez-vous la fréquence de réévaluation ?
- En l'absence de médecin, de quels moyens disposez-vous pour la prise en charge de la douleur ?

## Quick audit certifié HAS **Evaluation de la prise en charge de la douleur**

*Cette grille doit être complétée par une **personne extérieure au service** afin d'éviter tout biais d'auto-évaluation et garantir une appréciation objective des pratiques.*

Nom du service<sup>(1)</sup> :

Nb de patients présents :

Date/Heure :

N° observation :

Initiales auditeur :

### Mode opératoire

**Objectif :**

- Evaluer les pratiques professionnelles relatives à l'anticipation, l'évaluation, la traçabilité, la réévaluation et l'adaptation de la prise en charge de la douleur selon le critère impératif HAS 1.1-05.
- Identifier les écarts puis proposer des actions d'améliorations ciblées.

Pour en savoir plus : [e-learning OMEDIT CVL : évaluation PEC de la DOULEUR, fiche pédagogique HAS](#)

**Méthode d'observation (patient traceur) :** Sélection aléatoire des situations de soins (créneau horaire + première situation ou soin potentiellement douloureux). Observation sans avertissement du soignant. Positionnement non punitif de l'auditeur, centré sur l'amélioration des résultats de prise en charge ou du soulagement de la douleur.

- **Sélection temporelle :** choisir un créneau horaire aléatoire parmi ceux où se font les soins.
- **Sélection du patient :** première situation de soin se présentant dans le créneau choisi.
- **Sélection du soignant :** aucune sélection préalable ; l'audit porte sur la situation réelle observée.

**Echantillonnage recommandé (NF ISO 2859-1)** Pour garantir la fiabilité statistique des résultats, le nombre d'observations à réaliser doit être au minimum conforme au nombre préconisé par la norme d'échantillonnage.

*Par exemple, pour 45 patients présents dans le service<sup>(1)</sup>, 13 observations doivent être réalisées afin d'obtenir une analyse fiable.*

EFFECTIF		RÉSULTAT
<i>(nombre de patients à l'instant t)</i>		<i>(nombre d'observations)</i>
min	max	
16	25	8
26	50	13
51	90	20
91	150	32

<sup>(1)</sup>Selon l'organisation et la taille de l'établissement, le terme « service » peut être compris comme un étage, une aile, un site, l'établissement dans son ensemble

**Modalités de réalisation :**

Observer plusieurs situations indépendantes. Observation directe + questionnaire bref,

Cocher les réponses : Oui/Non. Émettre des remarques en commentaires si nécessaire.

Synthétiser puis exploiter les résultats en retour collectif, orienté 'actions d'amélioration', pour améliorer les résultats des indicateurs de prise en charge clinique des patients concernant la prise en charge de la douleur (IQSS...)

Observation directe + questionnaire bref si nécessaire		Oui	Non
Évaluation initiale	1) La douleur est <b>recherchée de façon proactive</b> à l'admission OU lors de toute situation à risque (acte, mobilisation, soin ...).		
	2) Une <b>échelle validée et adaptée</b> à l'âge, à l'état cognitif, au handicap et au contexte clinique est utilisée. (EVA, EVS, Algoplus, DN4...)		
	3) Le <b>score de douleur est chiffré et tracé</b> dans le dossier patient, y compris en l'absence de douleur (score 0 si patient non douloureux).		

Observation directe + questionnaire bref si nécessaire		Oui	Non	Non applicable
Adaptation sécurisation thérapeutique	4) Il existe une <b>cohérence entre le score</b> de douleur documenté <b>et l'antalgique</b> prescrit ou administré (adaptation à l'intensité et au patient)			
	5) Les <b>bonnes pratiques de prescription</b> des antalgiques sont respectées (lisibilité, complétude, seuil déclencheur clair pour les « si besoin »)			
	6) Une <b>surveillance des effets indésirables</b> (notamment pour les opioïdes) est réalisée et tracée dans le dossier patient.			
Réévaluation	7) La douleur est <b>réévaluée régulièrement</b> (au minimum 1 fois/jour) et tracée dans le dossier patient avec date, heure, échelle et score.			
	8) La réévaluation est réalisée <b>dans un délai adapté</b> au traitement administré.			
	9) En cas de <b>douleur persistante</b> ou insuffisamment soulagée, le traitement (médicamenteux et/ou non médicamenteux) est adapté.			
PEC NON médicamenteuse	10) Des <b>méthodes non médicamenteuses</b> de prise en charge de la douleur sont systématiquement proposées et tracées (positionnement, relaxation, musique, distraction, massage, TENS, etc.).			
	11) La prise en charge de la douleur est <b>multimodale et personnalisée</b> (association pharmaco + non pharmacologique adaptée au patient).			
Info patient	12) Le patient reçoit une <b>information adaptée</b> sur sa douleur, les moyens de soulagement et son rôle dans l'évaluation.			
	13) Le <b>ressenti du patient</b> concernant sa douleur est recueilli et tracé dans le dossier (dialogue régulier).			
Situations spécifiques	14) Des <b>adaptations spécifiques</b> sont mises en œuvre pour les patients non communicants, en situation de handicap, âgés fragiles ou en soins palliatifs (échelles comportementales, implication de l'entourage...).			
	15) La prise en charge de la douleur en <b>soins palliatifs ou en fin de vie</b> est documentée de manière spécifique dans le dossier.			
Organisation	16) Savez-vous si des <b>protocoles institutionnels</b> de prise en charge de la douleur (aiguë et chronique) sont disponibles, accessibles et connus dans le service ?			
	17) Savez-vous si un <b>réfèrent douleur</b> est identifié dans le service ou l'établissement ?			
Formations	18) Avez-vous bénéficié d'une <b>formation récente</b> (< 2 ans) sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur, y compris les outils non médicamenteux ?			
	19) Avez-vous été convié à une ou des <b>actions de sensibilisation</b> sur la douleur au cours des 6 derniers mois ?			
Indicateurs et pilotage	20) Savez-vous si des <b>indicateurs de suivi</b> de la prise en charge de la douleur sont définis, analysés ?			

Commentaires / difficultés rencontrées :



**OMédIT Centre-Val de Loire**



**omedit-centre.fr**



**02.34.38.94.90**



**omedit-centre@omedit-centre.fr**



Observatoire des  
**Médicaments**  
Dispositifs médicaux  
Innovations **Thérapeutique**

