

Contexte

L'arrêté du 6 Avril 2011 incite chaque établissement de santé à identifier les situations à risque médicamenteux, et en particulier les médicaments à haut risque (MHR).

Objectif

Bien qu'une liste nationale ait été établie (never events), nous avons opté pour une démarche participative de l'ensemble des services de soins et de la pharmacie, dans l'identification des médicaments et situations qu'ils jugeaient à haut risque dans leur pratique.

Patients et méthodes

Un questionnaire a été rempli par l'équipe de la pharmacie sur les médicaments ou situations considérés les plus à risques et les raisons. Nous avons croisé ces réponses avec les médicaments les plus fréquemment impliqués dans les erreurs pour lesquelles la pharmacie était +/- impliquée afin d'élaborer une liste des MHR pour notre service.

Liste des MHR
ou situations à
risque

groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille																
Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse : Identification des médicaments les plus à risque* dans votre UF																
SERVICE (UF) : CADRE DE SANTE :																
Médicament(s) jugé(s) plus à risque	Raisons (Renseigner la ou les lettres selon les items proposés*, merci de préciser si d'autres raisons sont évoquées)	Liste des raisons susceptibles d'engendrer un risque majoré avec le médicament cité														
1		<table border="1"> <tr> <td>Prescription</td> <td>A. Schéma thérapeutique particulier B. Utilisation hors AMM fréquente C. Défaut de protocollisation D. Médicament à marge thérapeutique étroite</td> </tr> <tr> <td>Dispensation</td> <td>E. Conditionnement non unitaire F. Présentation/dosage inadaptée à son utilisation G. Absence de validation pharmaceutique (méd. en dotation)</td> </tr> <tr> <td>Stockage</td> <td>H. Rangement inadapté I. Rangement non sécurisé J. Rangement mal identifié</td> </tr> <tr> <td>Administration</td> <td>K. Voie d'administration particulière L. Schéma posologique particulier M. Confusion par similitude sur le nom/ présentation avec d'autres médicaments ou dosages N. Préparation nécessitant des calculs et/ou conversion d'unités</td> </tr> <tr> <td>Surveillance</td> <td>O. Toxicité importante P. Surveillance clinique et/ou biologique étroite</td> </tr> <tr> <td>Information patient</td> <td>Q. Information/Collaboration du patient essentielles</td> </tr> <tr> <td>Toutes étapes confondues</td> <td>R. Erreurs médicamenteuses fréquentes S. Autres raisons</td> </tr> </table>	Prescription	A. Schéma thérapeutique particulier B. Utilisation hors AMM fréquente C. Défaut de protocollisation D. Médicament à marge thérapeutique étroite	Dispensation	E. Conditionnement non unitaire F. Présentation/dosage inadaptée à son utilisation G. Absence de validation pharmaceutique (méd. en dotation)	Stockage	H. Rangement inadapté I. Rangement non sécurisé J. Rangement mal identifié	Administration	K. Voie d'administration particulière L. Schéma posologique particulier M. Confusion par similitude sur le nom/ présentation avec d'autres médicaments ou dosages N. Préparation nécessitant des calculs et/ou conversion d'unités	Surveillance	O. Toxicité importante P. Surveillance clinique et/ou biologique étroite	Information patient	Q. Information/Collaboration du patient essentielles	Toutes étapes confondues	R. Erreurs médicamenteuses fréquentes S. Autres raisons
Prescription	A. Schéma thérapeutique particulier B. Utilisation hors AMM fréquente C. Défaut de protocollisation D. Médicament à marge thérapeutique étroite															
Dispensation	E. Conditionnement non unitaire F. Présentation/dosage inadaptée à son utilisation G. Absence de validation pharmaceutique (méd. en dotation)															
Stockage	H. Rangement inadapté I. Rangement non sécurisé J. Rangement mal identifié															
Administration	K. Voie d'administration particulière L. Schéma posologique particulier M. Confusion par similitude sur le nom/ présentation avec d'autres médicaments ou dosages N. Préparation nécessitant des calculs et/ou conversion d'unités															
Surveillance	O. Toxicité importante P. Surveillance clinique et/ou biologique étroite															
Information patient	Q. Information/Collaboration du patient essentielles															
Toutes étapes confondues	R. Erreurs médicamenteuses fréquentes S. Autres raisons															
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

Raisons
évoquées

Résultats et discussion

LISTE DES MEDICAMENTS OU SITUATIONS A HAUT RISQUE AU SEIN DE LA PHARMACIE

CLASSES MEDICAMENTEUSES	ERREURS RENCONTREES OU POTENTIELLES	MESURES PREVENTIVES EN PHARMACIE
Antibiotiques	Confusion entre les présentations et/ou nom (ceftazidime/ceftriaxone, ofloxacine/ciprofloxacine par ex) Durée de traitement dispensées pour les aminosides	Tableau d'équivalence DCI/spécialités dans local des antibiotiques. Double contrôle avec une vigilance accrue. Voir un pharmacien si aminosides prescrits plus de 72h.
Cytotoxiques dont :	Manipulation et information inappropriées sur chimiothérapies orales	Création d'un emplacement dédié à ces médicaments. Contre-étiquette "A manipuler avec des gants" à destination des infirmières. Affiche avec les différents cytotoxiques référencés, leur posologie et la nécessité de port de gants lors de leur manipulation.
Méthotrexate per os	Prescription journalière au lieu d'hebdomadaire	Médicament strictement dispensé en nominatif .
Médicaments et insuffisance rénale	CI ou Nécessité d'adaptation de dose pour la colchicine, allopurinol, metformine...	Priorisation de la validation des prescriptions de ces médicaments avec contrôle de la clairance de la créatinine.
Solutés massifs	Confusion entre les concentrations Confusion solutés isotoniques/hypertoniques	Optimisation du rangement avec un plan affiché, étiquetage avec code couleur. Etiquetage bleu des solutés hypertoniques.
Stupéfiants	Confusion entre les dosages de morphine Erreur potentielle dans le service quand dosage dispensé différent de celui prescrit Confusion Skénan [®] /Actiskénan [®] , Confusion Moscontin [®] /Oxycontin [®]	Tableau de présentation des morphines injectables avec les différents dosages et leur restriction de dispensation. Fiche "Outil d'aide à la délivrance des stupéfiants" en pharmacie avec les pièges à éviter . Protocole de préparation des PCA de morphine/oxynorm de l'USP. Contre-étiquette « dosage dispensé différent du dosage prescrit ». Personne qui dispense les stupéfiants ≠ celle qui délivre. Visa pharmacien sur toute ordonnance de stupéfiants.
Rétrocession	Pas d'intermédiaire entre pharmacie et patient Téatogénicité du thalidomide	Fiches d'aide à la dispensation. Toute primoprescription et changements doivent être visés par un pharmacien.
Reconditionnement unitaire des médicaments	Confusion entre les blisters semblables	Optimisation du rangement et de l'étiquetage. Rangement en DCI de la pharmacie.
Substitution des médicaments hors livret thérapeutique	Erreur d'interprétation pour le service lors des substitutions	Substitution validée en COMEDIMS affichées en pharmacie Contre-étiquette « médicament prescrit :.....remplacé par :..... ». Création d'un tampon « Equivalence validée en COMEDIMS ». Rediffusion du tableau d'équivalences dans les services de soins

Conclusion

Grâce à ces résultats, une liste des MHR et des situations à risque spécifique à la pharmacie a été rédigée et affichée au sein du service détaillant les mesures préventives mises en œuvre pour limiter la survenue d'erreurs. La gestion des risques, si elle est surtout évoquée pour les services de soins, doit également se mettre en place au sein de la pharmacie qui doit participer activement à la sécurisation de l'étape de dispensation.