



Formation

« Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient »

M.CHARLES et A.CHOLLEY-DEGUELDRE, pharmaciens – C. BALDI,
médecin DIM responsable du management de la qualité de la prise en
charge médicamenteuse -
janvier 2015 - AHFC



1^{ère} partie

**Prévenir et déclarer les
erreurs
médicamenteuses
et tous les événements
indésirables liés aux
médicaments**

LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES : SI ON EN PARLAIT...



- 1- La déclaration d'une erreur médicamenteuse concerne toujours une erreur qui s'est produite
- 2- La déclaration d'une erreur médicamenteuse a un caractère obligatoire
- 3- 12000 décès/an sont dus à des erreurs médicamenteuses
- 4- 1 seule personne est à l'origine d'une erreur médicamenteuse
- 5- Déclarer une erreur médicamenteuse permet d'éviter de la reproduire

DÉFINITION

Si vous deviez définir ce qu'est un évènement indésirable médicamenteux que diriez vous ?



IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

DONNÉES DES ÉTUDES ENEIS (ENQUÊTE NATIONALE SUR LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS AUX SOINS) DE 2004 ET 2009

6 à 10% = 60 000 à 130 000 EIG/an = 1 tous les 5 jours dans un service de 30 lits

1/3 des événements indésirables sont évitables

12 000 décès par an pendant l'hospitalisation liés à un événement indésirable grave médicamenteux en France soit 3 fois plus que les accidents de la route et les infections nosocomiales

+ de 20% des hospitalisations des personnes > 80 ans sont dues à un accident iatrogène imputable aux médicaments

Etudes ENEIS

Caractéristiques des EIGM

(Evénements Indésirables Graves Médicamenteux)

1 sur 2 est évitable, souvent liés à un défaut d'organisation, les défaillances humaines représentant plus d'un quart

Les produits de santé sont responsables de plus de **la moitié** des EIG causes d'hospitalisation

1 EIGM sur 3 se produit pendant l'hospitalisation

EIGM favorisés par la fragilité du patient dont l'âge

Plus des deux-tiers des EIGM concernent les personnes de plus de 65 ans

Principales classes pharmacologiques concernées : anticoagulants (23%), médicaments cardiovasculaires (12%), anti-inflammatoires (5,6%), antiinfectieux (4,8%) et psychotropes (syndromes confusionnels, chutes).

L'ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE MÉDICAMENTEUX

AUTRE APPELLATION :
ÉVÉNEMENT IATROGÈNE MÉDICAMENTEUX

**EIM : EVENEMENTS INDESIRABLES
MEDICAMENTEUX**

EIM inévitable
Dans les conditions
normales d'utilisation



**Déclaration de
pharmacovigilance**

EIM
Suite à un mésusage
intentionnel
(hors AMM)



**Déclaration de
pharmacovigilance
et/ou d'erreur
médicamenteuse**

EIM évitable
Suite à une erreur
médicamenteuse



**Déclaration
d'erreur
médicamenteuse**

EVÈNEMENT INDÉSIRABLE DANS LES CONDITIONS NORMALES D'UTILISATION

=

EFFETS INDÉSIRABLES INHÉRENTS AU MÉDICAMENT

EIM inévitable
Dans les conditions normales d'utilisation



Déclaration de pharmacovigilance

Surveillance des effets indésirables des médicaments après leur mise sur le marché et pendant toute la durée de leur commercialisation.

Rappel : Obligation de déclarer les effets indésirables

A l'AHFC : déclarer auprès des pharmaciens qui transmettent ensuite les informations au Centre Régional de Pharmacovigilance

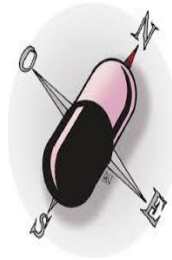
Effet indésirable grave ou inattendu, effet indésirable lié à un mésusage, tout autre effet pertinent à déclarer

feuille de déclaration

MÉSUSAGE (PRESCRIPTION HORS AMM)

Utilisation non conforme aux RCP

(recommandations du résumé des caractéristiques du produit)



en terme d'indications

(ex : Médiator dans le surpoids, Baclofène dans le sevrage alcoolique jusqu'en 2014...)



- en terme de population

(pédiatrie, sujet très âgé, femmes enceintes)



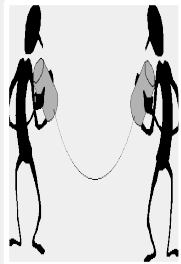
- en terme de posologie/mode d'administration

(dépassement de dose maximale, forme à libération prolongée sur 24h donnée plusieurs fois par 24h, ampoule injectable donnée en aérosol...)



La prescription hors AMM doit rester exceptionnelle, en l'absence d'alternative pour le patient.

↳ argumentation bénéfique/risque



Le prescripteur informe le patient porte sur l'ordonnance la mention : " Prescription hors AMM " (Loi 29/11/2011)



Erreur médicamenteuse (1/3)

Définition

(Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse SFPC 2006)

Ecart

- par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient
- Omission ou réalisation non intentionnelles d'un acte relatif à un médicament, à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient.

L'erreur médicamenteuse est évitable.

↳ Mais : **erreur** (involontaire) \neq **faute** (volontaire)

↳ **Aucun professionnel ne fait volontairement mal son travail**
(sauf malveillance)

Erreur médicamenteuse (2/3)

Événement évitable lié au circuit du médicament susceptible de nuire au patient

→ L'erreur va jusqu'au patient

↳ **erreur avérée**

qui peut provoquer un EIG
(Effet Indésirable Grave)

→ Un ou plusieurs maillons ont tenu

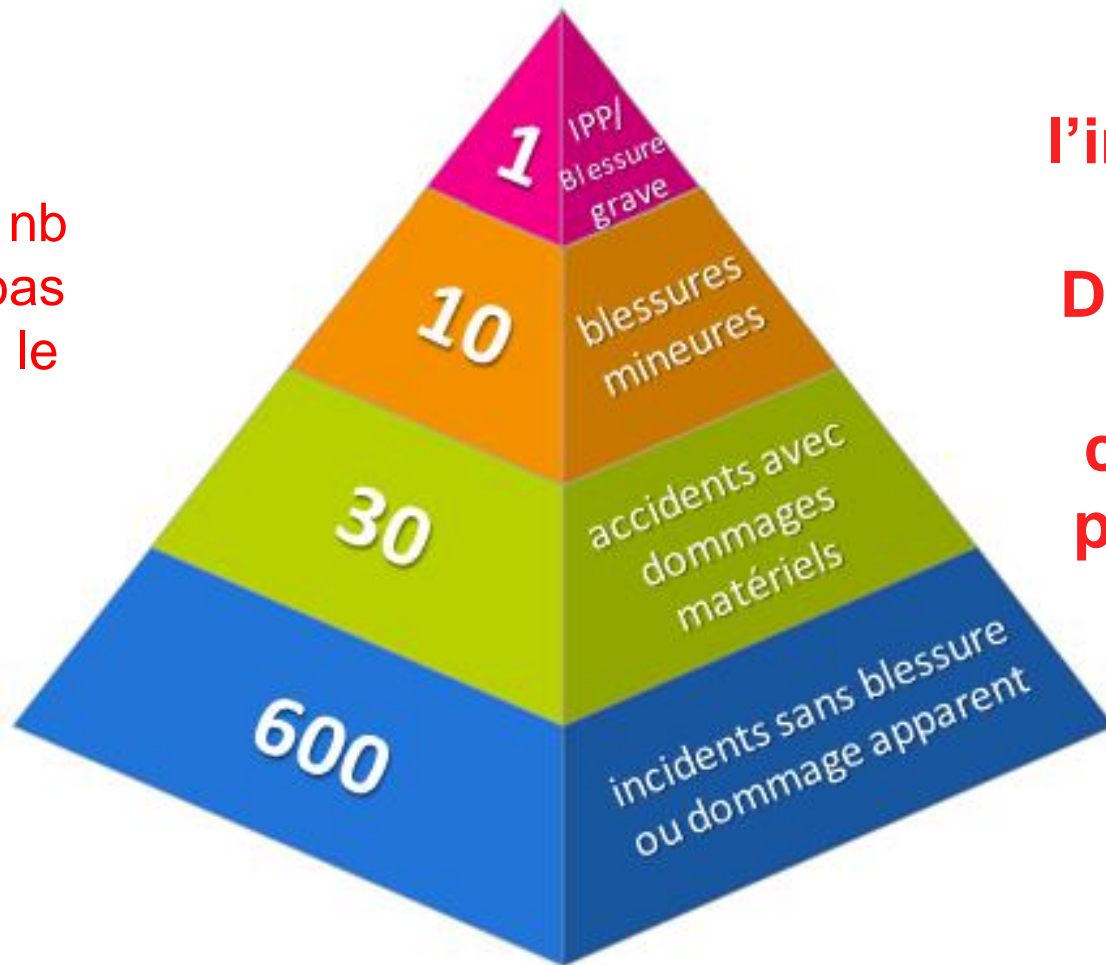
↳ l'**erreur** reste **potentielle**
= événement précurseur

→ Un accident est **toujours précédé** d'évènements
précurseurs

Pyramide de Bird

Tout accident est précédé d'incidents précurseurs

En réduisant le nb d'incidents au bas de la pyramide, le nb d'accidents sera forcément réduit d'autant



D'où l'importance de **DECLARER** pour connaître, prévenir et agir!!!

600 événements précurseurs pour 1 accident grave

Erreur médicamenteuse (3/3)



La plupart du temps, n'est pas le fait d'un seul individu mais d'un **dysfonctionnement dans l'organisation** de la prise en charge médicamenteuse du patient



Peut survenir à **toutes les étapes** du circuit du médicament et implique **tous les professionnels** de santé

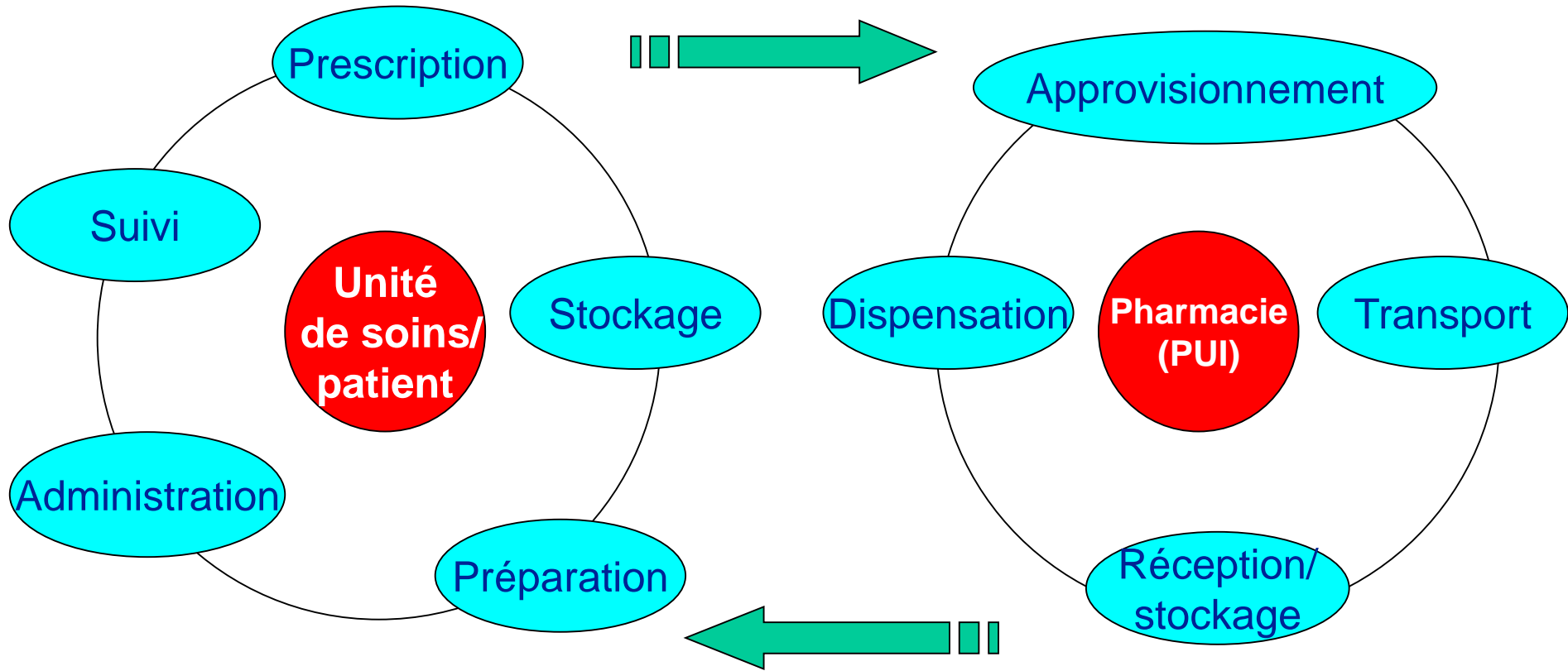


IDE = dernier maillon, mais si erreur infirmière, il faut remonter toute la chaîne

Éviter
l'Évitable

Fiche de déclaration des erreurs médicamenteuses
([annexe du protocole événements indésirables](#))

Les étapes de la prise en charge médicamenteuse = circuit du médicament



**Chaque étape du circuit est source d'erreur potentielle
pouvant mettre en jeu la sécurité du patient**

Evènement indésirable grave

Évènement défavorable pour le patient,

ayant un caractère **de gravité**

(à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un décès)

et

associés à des soins

À l'AHFC : suicide et tentative de suicide, décès inattendu, infection grave liée au soins et erreur médicamenteuse grave => analyse systématique des causes

GÉRER LES ERREURS

- ❖ Le flux d'erreurs par être humain est considérable (en aviation civile, où il a été mesuré sur plus de 5000 vols, le taux d'erreur d'un équipage est supérieur à 2 erreurs par heure)
- ❖ On ne peut pas réduire à zéro le flux d'erreur d'un être humain qui travaille

MAIS

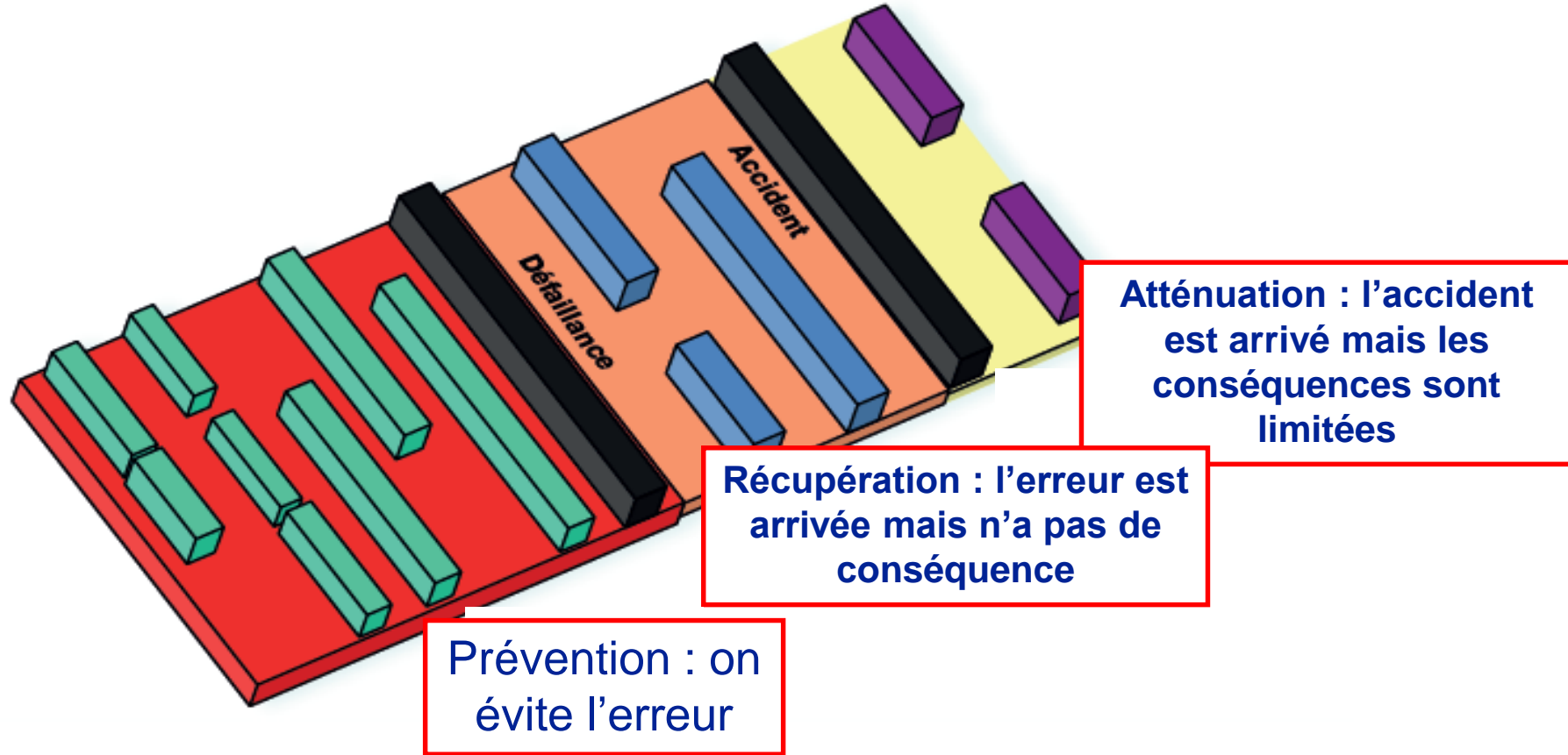
↳ On peut **empêcher ou réduire la fréquence** de certaines erreurs (ex : check list en bloc opératoire, détrompeurs physiques sur les gaz médicaux, double vérification lors de la préparation des médicaments à risque)

↳ On peut **recupérer les erreurs commises** : 85% des erreurs sont détectées et récupérées en quelques secondes par :

- le sujet qui les a commises
- l'entourage ou l'équipe

Un système sûr possède une combinaison de 3 types de barrières

3 TYPES DE BARRIÈRES POUR GÉRER LES ERREURS



IL FAUT ASSOCIER PLUSIEURS BARRIÈRES POUR REDUIRE LE RISQUE AU MAXIMUM

LES DIFFERENTES NATURES DE BARRIERE



Barrières immatérielles

Lois, réglementations, protocoles, procédures, bonnes pratiques, recommandations, programmes de formation, organisation du travail (contrôles croisés, temps d'arrêt avant une tâche à risque, rangements, étiquetage, suppression des interruptions de tâches, check-list), etc



Barrières matérielles

- Détrompeurs physiques : détrompeurs gaz médicaux, alertes sur informatique lors des prescriptions, seringues nutrition non compatibles avec embout voie veineuse, etc



PREVENIR LES RISQUES

**OUI!
MAIS**

QUELS RISQUES?



**LES NEVER EVENTS de
l'ANSM
OU
EVENEMENTS
QUI NE DEVRAIENT
PLUS JAMAIS SE PRODUIRE**

NEVER EVENTS (1/2)

1. Erreur lors de la prise en charge de patients traités par des traitements anticoagulants
2. Erreur lors de l'administration de chlorure de potassium injectable
3. Erreur de préparation de solutions injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque
4. Erreur d'administration par voie intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
5. Erreur d'administration par voie injectable au lieu de la voie orale ou entérale

NEVER EVENTS (2/2)

6. Surdosage en anticancéreux notamment en pédiatrie

7. Erreur du rythme d'administration du méthotrexate par voie orale

8. Erreur d'administration d'insuline

9. Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire

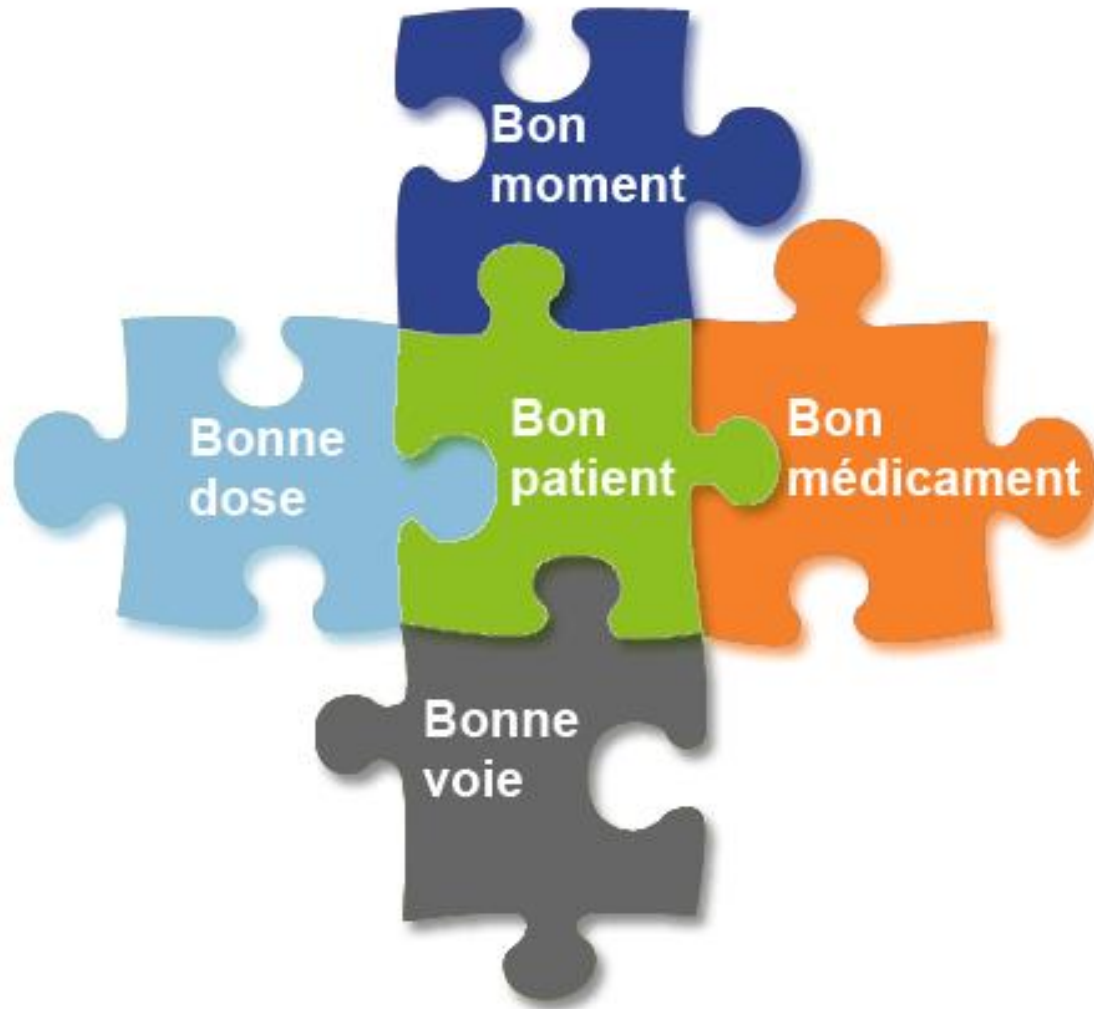
10. Erreur d'administration de gaz à usage médical

11. Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompe à perfusion, **pousse seringue**)

12. Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements en matière plastique (unidose sérum physiologique/ antiseptique)

SE POSER LES BONNES QUESTIONS

Règles des 5B



Cas clinique n°1

Une patiente Mme Durand au 4ème mois de sa grossesse est hospitalisée pour bénéficier d'un cerclage du col de l'utérus, elle se trouve à la chambre 4B côté fenêtre.

Sa voisine Mme Durant est hospitalisé pour une interruption de grossesse, elle est à jeun.

- L'étudiant infirmier administre à Mme Durand, un médicament destiné à Mme Durant



- Dans les heures qui suivent Mme Durand se plaint de douleurs abdominales et de saignement
- Mme Durand perd son bébé
- **type d'erreur ? Causes ? Quelles pourraient être les barrières de sécurité à mettre en place ?**

Cas clinique n°1



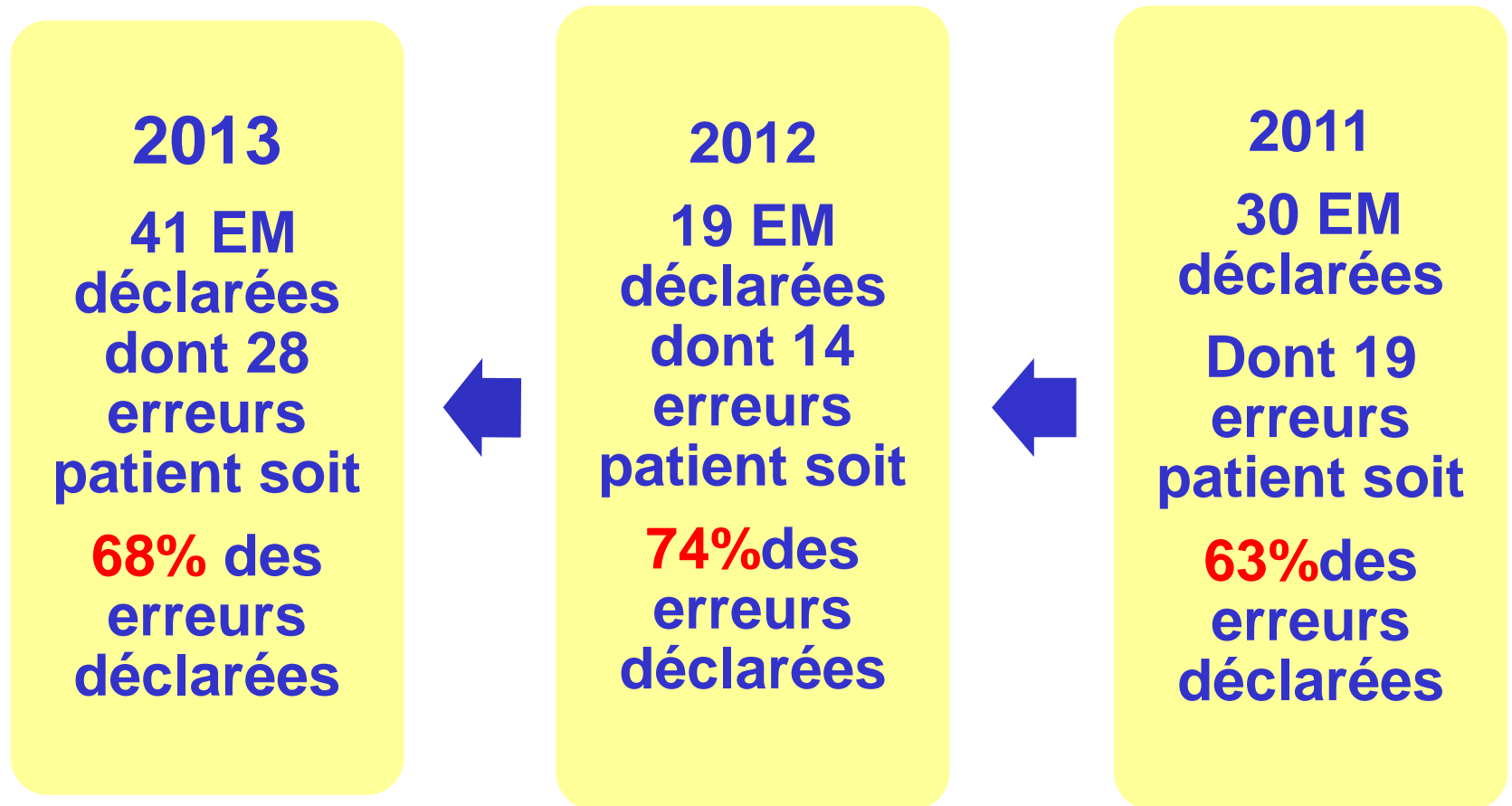
Causes

- Se fier au numéro de chambre
- Homonymes dans la même chambre
- Poser une question fermée : « vous êtes bien Madame D ? » qui induit une réponse positive
- Pas d'accompagnement de l'élève infirmier

Barrières mise en place à l'AHFC pour éviter les erreurs de patients (identitovigilance)

- Consigne /question à poser pour vérifier identité
- Bracelet identification
- Photo
- Accompagnement de l'IDE remplaçant par un personnel de l'unité de soins

Bilan des déclarations d'erreur médicamenteuse (EM) à l'AHFC



Cas clinique n°2 (1/2)

- la PUI commande du NaCl 1g/10ml au fournisseur
- Le fournisseur livre du KCl 1g/10ml
- Le préparateur range la livraison attendue à son endroit habituel
- Le service de pédiatrie commande du NaCl 1g/10ml
- La PUI délivre le KCl 1g/10ml rangé à la place du NaCl 1g/10 ml
- L'IDE au vu du bon de commande range les ampoules dans l'emplacement habituel.
- Prescription de NaCl 1g/10ml
- Administration de KCl 1g/10ml
- Séjour en réanimation pour le patient qui a survécu...
- **Type d'erreur ? Causes ? Quelles pourraient être les barrières de sécurité à mettre en place ?**

Cas clinique n°2 (2/2)

Tous les maillons de la chaîne ont lâché!!



Les causes:

- Faille du fournisseur
- Absence de contrôle à la réception et au rangement par la PUI
- Absence de contrôle à la dispensation par la PUI
- Absence de contrôle à la livraison et au rangement dans le service
- Absence de contrôle ultime avant administration

Les barrières de sécurité :

- Respecter les différentes étapes de contrôle afin que chaque barrière puisse être efficace ;
- Ne pas faire confiance à la barrière suivante...

NOMBRE D'ERREURS DE NOM DE MEDICAMENT DECLAREES A L'AHFC

En 2013 : 41 EM déclarées dont 6 erreurs de nom de médicament ⇔ 14,63% des EM déclarées

En 2012 : 19 EM déclarées dont 1 erreur de nom de médicament ⇔ 5,26% des EM déclarées

En 2011 : 30 EM déclarées dont 2 erreurs de nom de médicament ⇔ 6,66% des EM déclarées

Facteurs de risque d'erreur de médicament



- Absence de lecture de l'étiquette au moment de la collecte dans l'armoire à médicament, au moment de la préparation/contrôle du pilulier et avant administration au patient

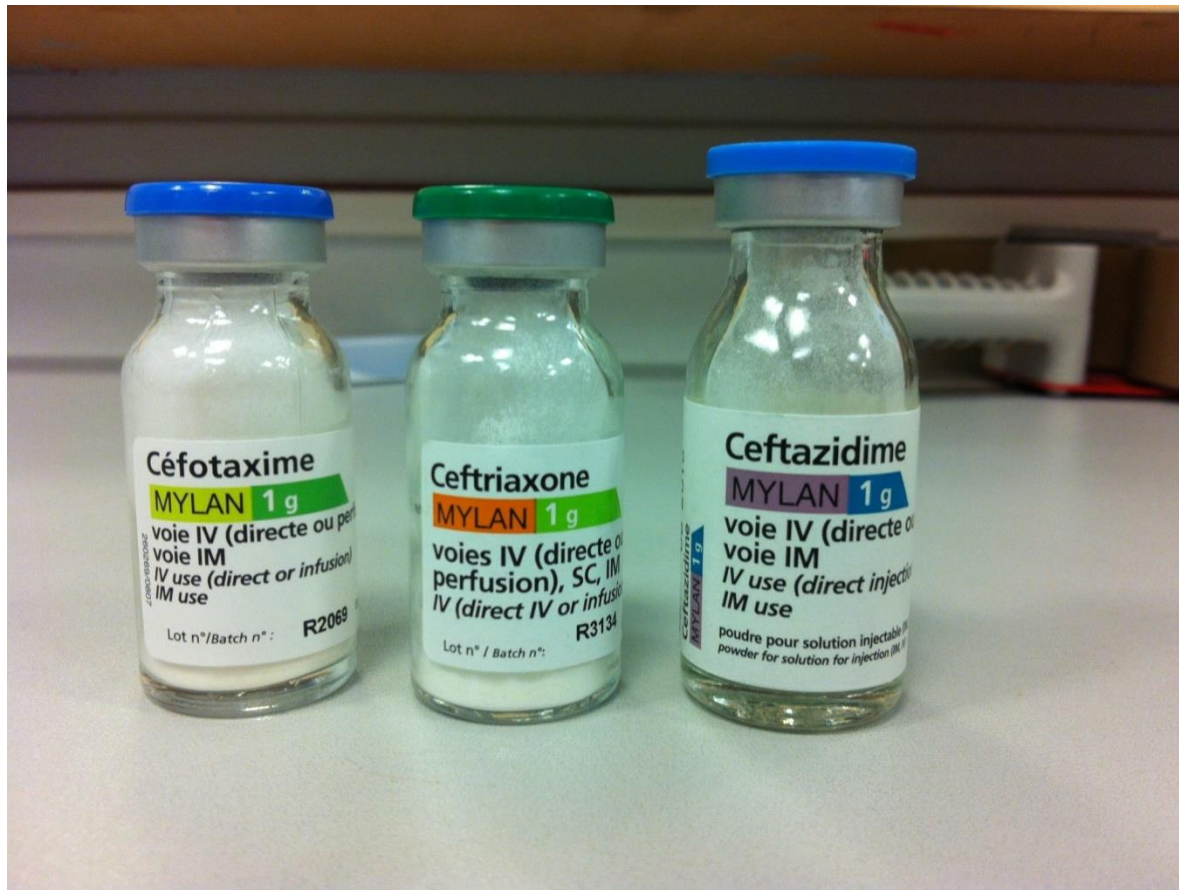
- Faire « confiance » à l'aspect (couleur, emballage, blister, etc)
- Prescription orale (sonorités proches) (ex : tareg/cotareg + liste diffusée récemment avec le logo)
- Retranscription de la prescription
- Ressemblance des emballages/médicaments/noms de médicaments
- Mauvais stockage (respecter 1 seul médicament et 1 seul dosage par compartiment dans l'armoire à pharmacie)

« Interpréter » une prescription peu claire => au moindre doute, vérifier

LE BON MEDICAMENT...ET LA LECTURE...

Selon **une** étude **de** l'Université **de** Cambridge, l'ordre **des** lettres
dans les mots **n'a pas d'**importance, **la** seule chose importante
est que la première **et la** dernière **soit à la** bonne place. **Le** reste
peut être dans **un** désordre total **et** vous pouvez toujours lire sans
problème. **C'est** parce **que le** cerveau humain **ne lit pas** chaque
lettre **elle-même**, mais **le** mot comme **un** tout.

NOMS DE MEDICAMENTS SIMILAIRES



NOMS DE MEDICAMENTS SIMILAIRES



NOMS DE MEDICAMENTS SIMILAIRES



NOMS DE MEDICAMENTS SIMILAIRES



NOMS DE MEDICAMENTS SIMILAIRES



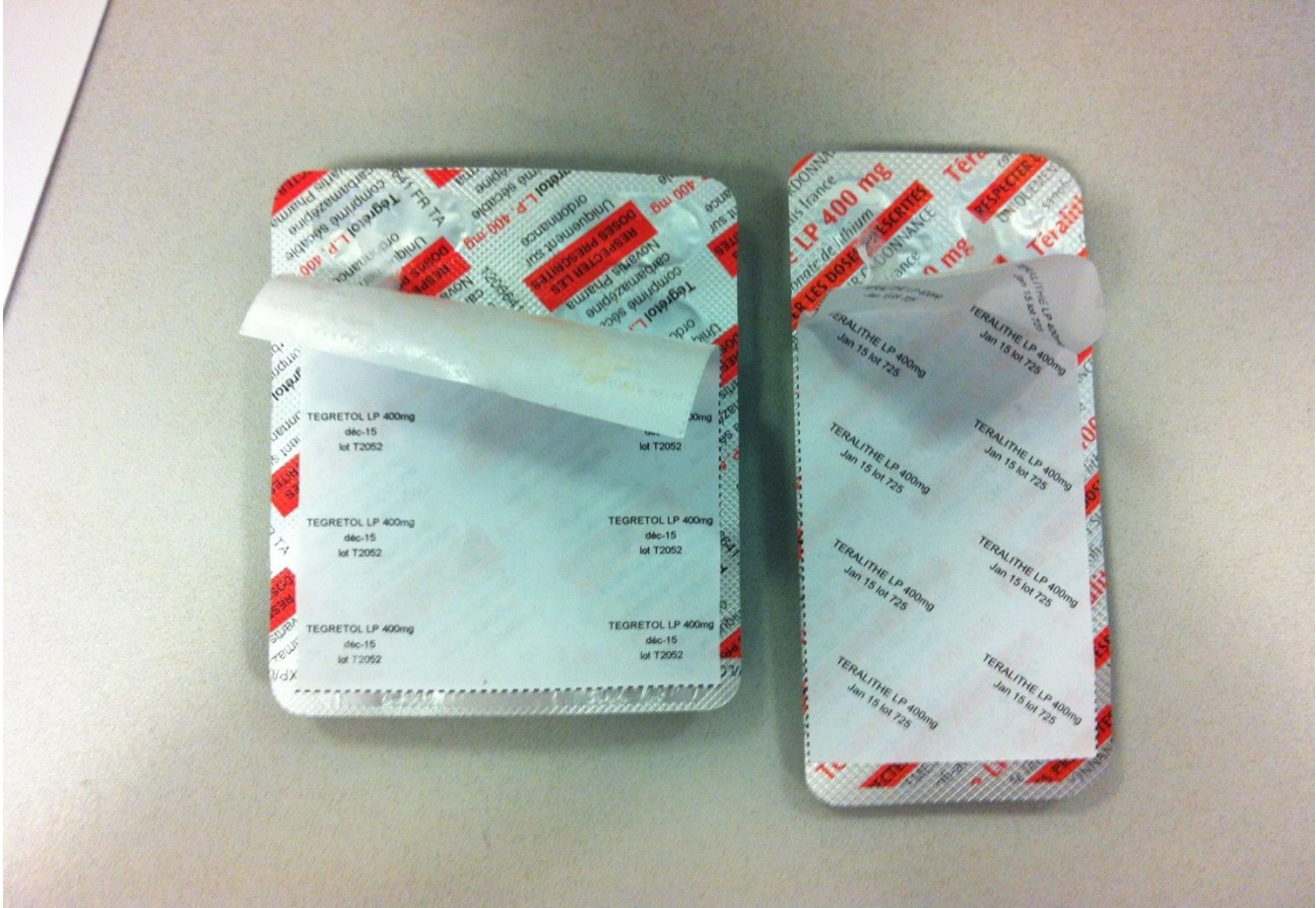
Similitudes de conditionnement



Cotareg 160/12,5 mg

Cotareg 80/12,5 mg

Similitudes de conditionnement



Tegretol LP 400 mg

Teralithe LP 400 mg

Similitudes de conditionnement

- Lovenox® 0.4ml – Fraxiparine® 0.2ml



SIMILITUDE DE FORMES GALENIQUES



Acide folique 5 mg

Eliquis 2,5 mg

Brilique 90 mg

SIMILITUDE DE FORMES GALÉNIQUES



Amlor 5 mg

Zoloft 50 mg

Similitude de formes galéniques

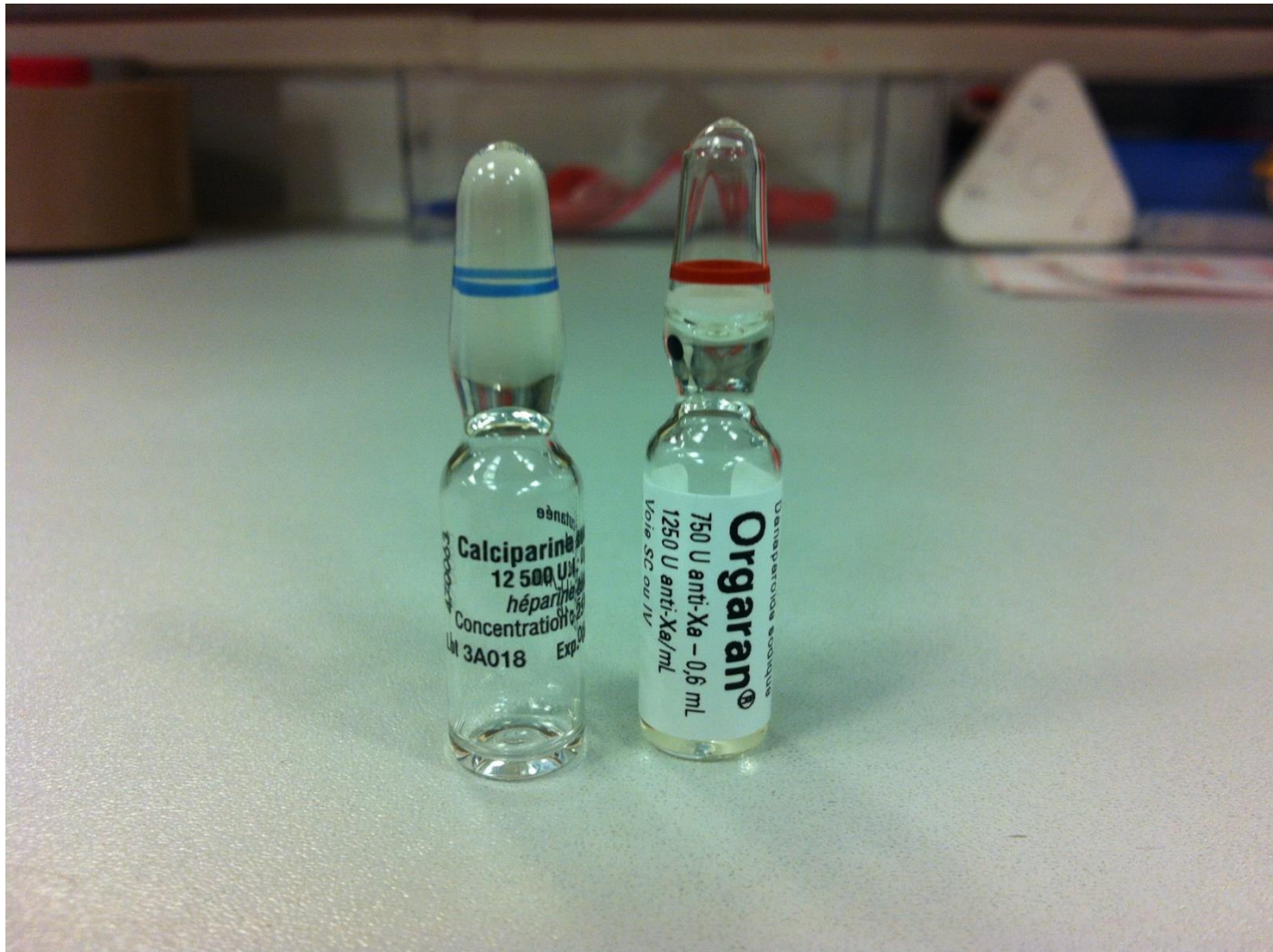


PREVISCAN®



LISINOPRIL®

SIMILITUDE DE FORMES GALÉNIQUES



Cas clinique n°3 (1/2)

- Une résidente d'un EHPAD est adressée à l'hôpital pour troubles du comportement :

Dans le courrier d'admission, une prescription de Tercian
1cpx3/24H

- Présence seulement de Tercian 100 mg dans la pharmacie
- Préparation du pilulier pour 24h pour s'avancer avant que le médecin n'ait vu la patiente
- Administration de 100mg x 3 / 24H
- Décompensation respiratoire de la patiente

Type d'erreur ? Causes ? Quelles pourraient être les barrières de sécurité à mettre en place ?

Cas clinique n°3 (2/2)



- **Les causes:**
 - Manque de précision dans la prescription
 - Manque de recherche IDE de l'existence de plusieurs dosages
 - Non respect de l'organisation habituelle : la prescription doit être réalisée par le médecin avant toute administration au patient
- **Les barrières de sécurité:**
 - Recueillir des informations précises
 - Consulter les bases de données médicament pour connaître les différents dosages existants
 - Valider la préparation du pilulier au regard de la prescription du médecin de l'établissement, avant d'administrer le médicament au patient

Cas clinique n°4 (1/2)

- Prescription de Levetiracetam sol injectable : 500 mg x 2/j
- Ampoules disponibles : 100 mg/ml – amp 5 ml

↳ Préparation par l'IDE de 5 ampoules et administration

- Surveillance du patient et pas de conséquence :
heureusement médicament à marge thérapeutique large!

Type d'erreur ? Causes ? Quelles pourraient être les barrières de sécurité à mettre en place ?

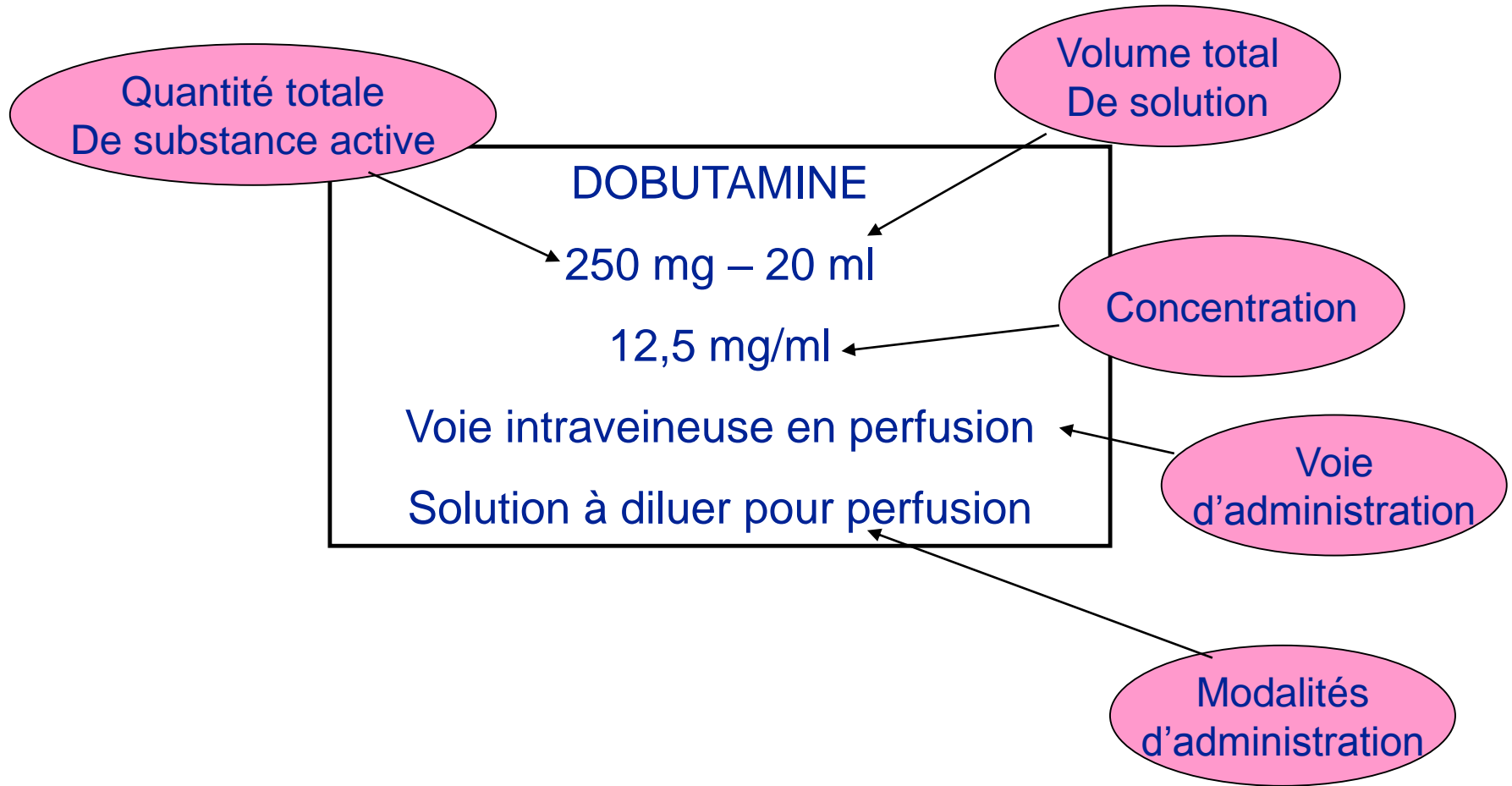
Cas clinique n°4 (2/2)



- **Les causes:**
 - Méconnaissance du médicament
 - Confusion entre la concentration inscrite sur l'ampoule (quantité par ml) et la quantité totale contenue dans l'ampoule
 - Pas de double contrôle

- **Les barrières de sécurité :**
 - Double contrôle du calcul de dose, surtout pour un injectable
 - Formation

Rappel étiquetage des injectables



NOMBRE D'ERREURS DE DOSE DECLAREES A L'AHFC

En 2013 : 41 EM déclarées dont 3 erreurs de dose, débit,
posologie ⇔ **7,32% des EM déclarées**

En 2012 : 19 EM déclarées dont 4 erreurs de dose, débit,
posologie ⇔ **21,05% des EM déclarées**

En 2011 : 30 EM déclarées dont 3 erreurs de dose, débit,
posologie ⇔ **10% des EM déclarées**

EXEMPLES DE DECLARATIONS D'ERREURS DE DOSE A L'AHFC

Les anticoagulants :

- Lovenox 4000 UI au lieu de Lovenox 2000 UI (erreur de livraison par la pharmacie puis erreur d'administration par l'IDE)
- Lovenox 6000 UI matin et soir : oubli de la dose du matin

La Digoxine :

- Prescription : « Digoxine 0,5 » => l'IDE a donné 0,5 mg c'est à dire 2 cps à 0,25 mg au lieu de 0,5 cp de Digoxine 0,25mg
- Prescription : « Digoxine 1,5 cp », et 2 cp dans le pilulier
=>l'IDE a donné 2 cp et allait donner un 3^{ème} cp quand elle s'est rendu compte de son erreur.

=> dans les 2 cas : confusion entre nombre de cp et dosage (dosage non précisé sur la prescription) (résolu par l'informatique)

FACTEURS DE RISQUE D'ERREUR DE DOSE

- Interruptions, multitâches
- Erreur de raisonnement : conversion d'unités, erreur de dilution...
- Coexistence de plusieurs concentrations/dosages disponibles, notamment dans le même compartiment de l'armoire à médicaments
- Médicaments contenant plusieurs principes actifs
- Conversion de gouttes en ml (ex : valium prélevé à la seringue dans le flacon de gouttes)
- Conversion de gouttes en comprimés pour les permissions : **le faire prescrire au médecin**
- Utilisation d'une pipette autre que celle fournie avec la spécialité/stockage groupé de toutes les pipettes de solutions buvables
- Prescription médicale des « si besoin » sur Cariatides imprécise : dans la case observation, le médecin **doit impérativement** préciser **la dose** par prise (nb de cp, nb de gouttes...), **la fréquence d'administration** et la **condition** du « si besoin »

Les principes actifs « cachés »



PARACETAMOL simple

Dafalgan, efferalgan, geluprane, doliprane, etc : **500 mg ou 1g**

PARACETAMOL ASSOCIE

- Ixprim = Zaldiar = **tramadol/paracetamol = 37,5/ 325 mg**
- **dafalgan codéiné** = codoliprane = codéine/paracétamol = 30mg/**500mg**
- **Lamaline** : opium/cafeine/paracetamol = 10/30/**300 mg**

Et aussi migralgine, fervex, actifed, Humex rhume, Klipal, **Rhumagrip**, etc

DOSE MAXIMALE PARACETAMOL :

1 g/prise et 4 g/jour en respectant 4 heures minimum entre les prises

Les principes actifs « cachés »



TRAMADOL seul

- Contramal, topalgic, orozamudol, zamudol, monoalgic, zumalgic, biodalgic, takadol, monocrioxo, etc

TRAMADOL associé au paracétamol

- Ixprim, zaldiar, génériques

DOSE MAXIMALE TRAMADOL :
200 mg/prise et 400 mg/jour

Erreurs de dose à conséquence grave : **les médicaments à risque**



Les anticoagulants oraux

- AVK : previscan 20 mg, coumadine 2 et 5 mg, sintrom 4mg, minisintrom 1mg

Dosage prescrit en fonction du résultat INR : **la prescription qui sert de support doit être à jour!**

- NACO (nouveaux anticoagulants oraux) : pradaxa 75/110/150 mg, xarelto 2,5/10/15/20 mg, eliquis 2,5/5 mg: **ne pas se tromper entre les dosages et les modalités de prise**

Les anticoagulants injectables :

- héparine IV
- Héparine non fractionnée (Calciparine)
- HBPM (Lovenox, Fraxodi, Fraxiparine, Fragmine, Innohep...): seringues prêtes à l'emploi mais tout ne doit pas forcément être injecté.

Lire la posologie prescrite

Erreurs de dose à conséquence grave : les médicaments à risque



- Immunosuppresseurs : ciclosporine (neoral), tacrolimus (prograf, advagraf), everolimus (certican), acide mycophenolique (cellcept)

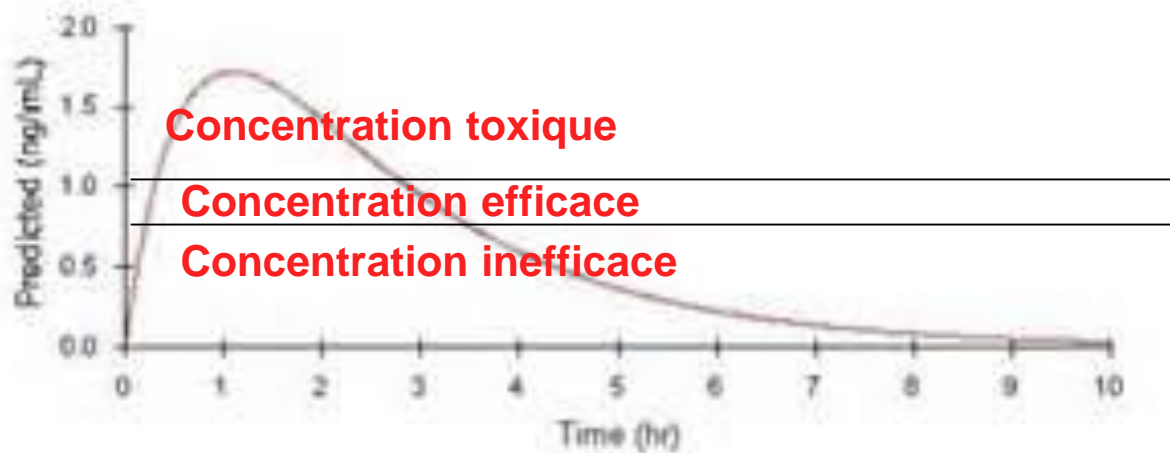
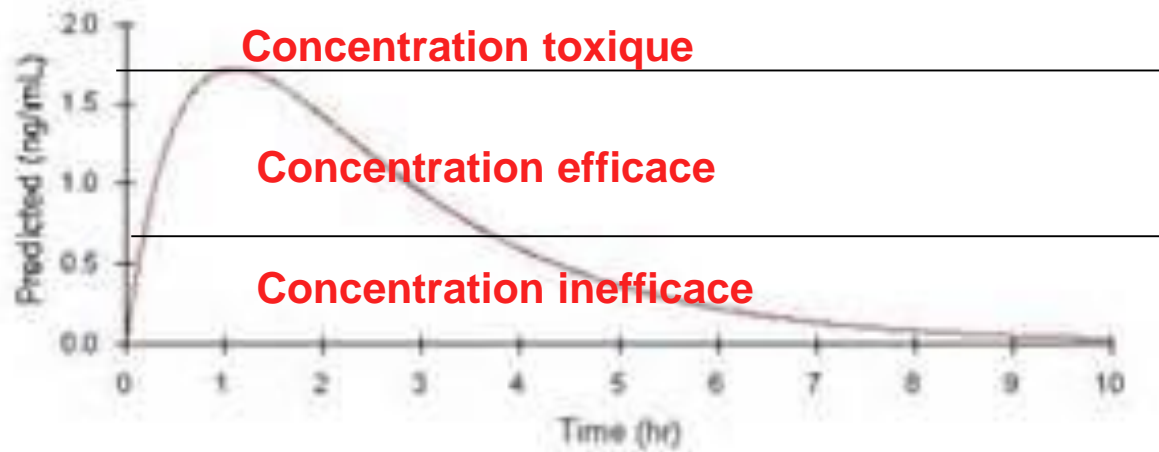
- Antiarythmique : digoxine ; hemigoxine ; flecaïne (forme simple, formes LP) ; β bloquants

- Certains antiepileptiques à marge thérapeutique étroite: carbamazepine (Tegretol), phénytoïne (Dihydan), acide valproïque (Depakine), phenobarbital (Gardenal)

- Morphine : **une erreur de dose peut avoir des conséquences fatales : lecture et relecture + double contrôle du calcul de dose impératif!**

- Sels de lithium : Téralithe

-Insulines



Médicament à marge thérapeutique étroite

Cas clinique n°5

- Patiente âgée de 81 ans
- Polyarthrite rhumatoïde : corticoïdes + Méthotrexate : 3 cpr / jour le jeudi
- Chute ⇒ Urgences avec un courrier du remplaçant du médecin traitant stipulant NOVATREX 2,5mg 3 cp / jour
- Service de chirurgie avec prescription orale : « suivre prescription du médecin traitant »
- Recopiage du traitement par IDE sur la feuille de prescription sans validation médicale
- Altération de l'état général de la patiente : pancytopenie
- Transfert en médecine interne: l'erreur médicamenteuse est repérée mais tardivement
- Décès de la patiente

Type d'erreur ? Causes ? Quelles pourraient être les barrières de sécurité à mettre en place ?

ERREUR DE MOMENT



- **Les causes:**
 - Erreur de prescription
 - Retranscription sans validation médicale ni pharmaceutique

- **Les barrières de sécurité :**
 - Dossier patient informatisé
 - Pas de retranscription
 - Validation médicale et pharmaceutique
 - Formation

NOMBRE D'ERREURS DE MOMENT DECLAREES A L'AHFC

En 2013 : 41 EM déclarées dont **2** erreurs de moment ou rythme d'administration ⇔ **4,88%** des EM déclarées

En 2012 : 19 EM déclarées dont **0** erreur de moment ou rythme d'administration

En 2011 : 30 EM déclarées dont **5** erreurs de moment ou rythme d'administration ⇔ **16,67%** des EM déclarées

FACTEURS DE RISQUE D'ERREUR DE MOMENT OU DE RYTHME D'ADMINISTRATION

- Prescription incomplète
- Médicaments laissés au patient
- Validation d'administration différée (risque que le médicament soit administré 2 fois)
- Administration d'un médicament avec peu ou pas de connaissance sur les conditions
- Mauvaise modalité de prescription sur Cariatides pour les médicaments à rythme ex : Zyma D prescrit tous les jours avec une précision écrite par le médecin dans la case observation : « 1 jour tous les 14 jours », alors qu'il existe une modalité spécifique pour prescrire les rythmes
- Mauvaises modalités de prescription pour les médicaments avec augmentation/diminution progressive des doses (risque de chevauchement au niveau des dates) alors qu'il existe une modalité spécifique pour prescrire les augmentations/diminutions progressives

ERREUR DE MOMENT : médicaments à risque



Médicaments à rythme d'administration particulier

- **methotrexate** : NOVATREX, IMETH, METOJECT ou génériques :

1 prise/semaine

- **biphosphonates** :

- fosavance 70/5600, fosamax 70mg, actonel 35 mg : **1 prise/semaine**
- actonel 75 mg : **1 cp 2j consécutifs chaque mois**
- Bonviva 150 mg : **1 cp/mois**

- **injectables** : respecter rythme d'administration, durée d'injection, débit/durée de perfusion

- forme « retard » (ex : neuroleptiques d'action prolongée)
- forme immédiate
- Exemples : Haldol décanoas/Haldol 5 mg inj
Clopixol action prolongée 200 mg /Clopixol action
semi-prolongée 50mg

LE BON MOMENT, C'EST AUSSI

Respecter les recommandations de prise à jeûn, avant, pendant ou après les repas :

- levothyroxine : à jeûn
- biphosphonates : à jeûn
- insuline : protocole détaillé selon les durées d'action des insulines (rapide, intermédiaire ou lente)
- victoza, byetta et antidiabétiques oraux : pas les mêmes modalités d'utilisation : consulter Vidal + paramétrage Cariatides
- AINS : au milieu du repas : pour améliorer tolérance digestive
- Modopar : à distance des repas : pour améliorer l'absorption du médicament
- etc

LE BON MOMENT, C'EST AUSSI

Ne pas administrer en même temps certains médicaments :

- **les pansements gastriques** (Gaviscon ,Smecta, Gelox...) : interactions mécaniques => empêchent l'absorption des autres médicaments
- **les minéraux** (fer, calcium, magnésium), le Questran et le Kayexalate peuvent former des complexes non absorbés avec certains médicaments (antibiotiques, lévothyrox, Fosamax)
- **le mélange d'injectables** dans la même perfusion ou injection : risque de précipité, d'interactions chimiques
- **le mélange de solutions buvables** dans le même gobelet : risque de précipité, d'interactions chimiques

Cas clinique n° 6

- Prescription de Colimycine IV 1MU/8h
- Produit non référencé commandé au grossiste
- Réception Colimycine 1 MU inhalation
- Produit délivré au service
- Produit injecté
- 2 injections ont eu lieu avant que le pharmacien détecte l'erreur en contrôlant le bon de livraison

Type d'erreur ? Causes ? Quelles pourraient être les barrières de sécurité à mettre en place ?

POSEZ VOUS LES BONNES QUESTIONS



1 -La prescription indique-t-elle la voie ?

2 -Le médicament prescrit concorde-t-il avec la voie spécifiée ?

- Médicament prescrit en injectable : RIEN D'AUTRE qu'un injectable
- Médicament prescrit en aérosol : rien d'autre qu'un médicament prévu pour cette voie (exception NaCl 0,9% sol inj)

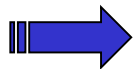
3 -La voie spécifiée est-elle adaptée à la situation clinique du patient ? (ex : pas d'intramusculaire si patient sous anticoagulants)

4 -Si besoin, le médicament peut-il être écrasé et passé en sonde nasogastrique ?

VOIE AEROSOL



- Utiliser les solutions destinées à cette voie (pas Mucomystendo, ni Solumédrol, ni Amikacine, ni Célestène par exemple)
- Solutions stériles et isotoniques : donc n'ajouter que du NaCl 0,9 % pour la dilution, **pas d'EPPI**
- Ne mélanger les médicaments que si autorisé
- Respecter l'ordre de passage des aérosols lorsque celui-ci a une influence sur l'efficacité du médicament



Voir protocole « aérosolthérapie » classeur Patient (jaune) /intranet

Voie cutanée/ voie ophtalmique : des accidents signalés avec les conditionnements similaires



NOMBRE DE DECLARATIONS D'ERREURS DE VOIE D'ADMINISTRATION A L'AHFC

En 2013 : 41 EM déclarées dont 0 erreur de voie
d'administration

En 2012 : 19 EM déclarées dont 0 erreur de voie
d'administration

En 2011 : 30 EM déclarées dont 1 erreur de voie
d'administration ⇔ 3,33% des EM déclarées

LA DECLARATION

**Pourquoi?
Que déclarer?
Comment déclarer?**



Déclarer

— Pourquoi?

- C'est une **obligation réglementaire** :
Décret 12.11.2010 - Arrêté 06.04.2011 relatifs à la lutte contre les EI associés aux soins et aux médicaments
- C'est une **source d'enseignements** très précieuse qui, après analyse, permet d'améliorer en continu la prise en charge médicamenteuse des patients

Il survient un EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits.

— Que déclarer?

- Les **ERREURS** médicamenteuses **même** si elles ont été interceptées à temps
- Les **ÉVÈNEMENTS** indésirables médicamenteux (EIM)

L'erreur médicamenteuse peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, mais aussi ses interfaces.

N'attendez pas la survenue d'un EIM pour déclarer une erreur ou un risque d'erreur !

Les devises Shadok



IL VAUT MIEUX POMPER MÊME S'IL NE SE PASSE
RIEN QUE RISQUER QU'IL SE PASSE QUELQUE CHOSE
DE PIÈRE EN NE POMPANT PAS.

Et vous, avez-vous déjà fait
une erreur, ou intercepté une
erreur ?



MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

**N'OUBLIEZ PAS DE COMPLETER LE QUESTIONNAIRE
DE SATISFACTION**

Références :

<http://omedit.e-santepaca.fr/>

<http://www.has-sante.fr/>

<http://ansm.sante.fr/>

Et nos fiches de déclaration EI

Formation médecins/ IDE – 2014 – Association Hospitalière de Franche-Comté