

# Évaluation de la sécurité du circuit du médicament dans 19 établissements de santé aquitains Projet SECURIMED

J.-L. Quenon, A.-M. de Sarasqueta et le groupe de travail régional SECURIMED\*

Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine - Pessac - France

✉ **Dr Jean-Luc Quenon** - Chef de projet gestion des risques - CCECQA - Hôpital Xavier Arnoz - 33604 Pessac cedex  
E-mail : jean-luc.quenon@ccecqa.asso.fr

Le circuit du médicament dans un établissement de santé recouvre la prescription, l'analyse et la validation de cette prescription, la préparation, la livraison, la distribution et l'administration du médi-

cament, les commandes par la pharmacie, l'analyse de l'activité, la gestion des périmés, des retraits de lots. C'est un processus complexe avec de multiples étapes, impliquant de nombreux acteurs et nécessitant

## Résumé

Les difficultés actuellement rencontrées dans le circuit du médicament (CM) expliquent le besoin d'une évaluation de l'existant avant d'envisager des actions d'amélioration. L'objectif de ce travail était d'étudier les barrières (ou défenses) mises en place pour éviter la survenue d'erreurs lors des différentes étapes du CM et d'aider les établissements de santé à définir des actions d'amélioration. **Méthode** : 21 services de pharmacies et 38 services cliniques situés dans 19 établissements de santé d'Aquitaine ont participé à cette étude. De juin 2003 à avril 2004, des visites de risques ont été conduites dans deux services cliniques et la pharmacie de chaque établissement volontaire. La visite comportait une présentation du service par l'encadrement, des entretiens individuels avec l'encadrement et des professionnels, une observation de chaque étape du CM, une étude des écarts entre les médicaments prescrits et administrés, l'analyse d'un scénario d'événement indésirable, une analyse des documents disponibles sur le CM, et une séance de restitution. **Résultats** : Cette évaluation a montré la complexité du CM, avec la coexistence de plusieurs circuits dans 17 établissements et la fréquence des glissements de tâches. Les CM observés dans 37 services cliniques étaient peu sécurisés. Les barrières étaient surtout présentes au niveau des étapes de préparation et d'administration. Cependant, il a été observé de nombreux écarts entre les médicaments préparés ou administrés et ceux prescrits (de 1,6 % des lignes de prescription en psychiatrie jusqu'à 17 % en chirurgie). **Discussion – Conclusion** : Ce projet a créé une forte mobilisation sur la sécurisation du CM. Il a montré l'existence de nombreuses vulnérabilités et le chemin à parcourir pour atteindre un niveau de sécurité acceptable.

**Mots-clés** : Système Distribution Médicaments Hôpital – Évaluation Risque – Gestion du Risque – Qualité Soins – Gestion de la Sécurité.

## Abstract

### *Assessment of the medication system in 19 hospitals in the Aquitaine region, France: the SECURIMED Project*

**Context**: The current difficulties regarding the medication system (MS) justify the need for an assessment of this circuit before considering the improvements to be carried out. This work aims to study the safeguards (or protections) set up in order to prevent errors during the different stages of the MS and to help the hospitals define improvement programmes. **Method**: 21 pharmacy departments and 38 healthcare units in 19 hospitals located in the Aquitaine region (southwest of France) participated in the study. From June 2003 to April 2004, risk-assessment visits were conducted in two care units and the pharmacy department of each voluntary hospital. The visit included a presentation of the unit carried out by the supervisors, individual interviews with the supervisors and the healthcare workers, an observation of each stage of the MS, a study on the difference between the prescribed medicine and the administered medicine, the analysis of an adverse event scenario, an analysis of the available documents regarding the MS, and a feedback meeting. **Results**: This assessment shows the complexity of the MS; various circuits coexisted in 17 of the hospitals and the tasks drift. The MSs observed in 37 care units were weakly secured. The safeguards were mainly present in the preparation and administration stages. Nevertheless, numerous differences were observed between the medication that was prepared or administered and the prescribed one (from 1.6% of the prescription lines in psychiatric units to 17% in surgical units). **Discussion - Conclusion**: A strong mobilisation concerning medication safety was developed by this project. Many weaknesses were identified as well as the way to reach an acceptable safety level.

**Key-words**: Medication Systems, Hospital – Risk Assessment – Risk Management – Quality of Health Care – Safety Management.

### \* Composition du groupe de travail régional

Marie-Lise Biscay	CH des Pyrénées - Pau
Marie-Pierre Bréchet	CH de Mont-de-Marsan
Marie-Christine Bret	CH Charles Perrens - Bordeaux
Céline Chatenet	CH de Mont-de-Marsan
Karine Chevrier	CH des Pyrénées - Pau
Philippe Cormier	CH de Langon
Thierry Dufoir	CH de Langon
Laurent Faraggi	CHU de Bordeaux
Monique Gayral	CH de Libourne
Christine Juge-Perbet	CHU de Bordeaux
Maryse Lucbernet	CH de Mont-de-Marsan
Ghada Miremont-Salamé	Centre régional de pharmacovigilance
Nicholas Moore	CHU de Bordeaux
Josette Plassot	CH des Pyrénées - Pau
Aude Pohyer	Pharmacien assistant régional
Valérie Rambaud	CH Charles Perrens - Bordeaux

plusieurs transmissions de consignes et de produits. Cette complexité est source d'erreurs (1). En effet, plusieurs études montrent que les erreurs de médication, depuis la prescription jusqu'à l'administration au patient sont fréquentes. D'après une étude réalisée dans deux hôpitaux américains en 1992, il y aurait 5,3 erreurs pour 100 prescriptions (2). Une étude publiée en 2002, réalisée dans 36 établissements américains montrait que 19 % des doses dispensées et administrées comportaient au moins une erreur (3). Dans une étude réalisée dans un hôpital gériatrique parisien, une discordance entre le médicament délivré et celui prescrit a été observée pour 4 % des médicaments prescrits (4).

La plupart de ces erreurs sont sans conséquences sur le patient mais 1 % est à l'origine d'événements iatrogènes et 7 % auraient pu l'être sans leur récupération avant l'administration du médicament au patient ou sans un peu de chance (2). Plusieurs organisations ont proposé des recommandations visant à améliorer la sécurisation du circuit du médicament (5,6). L'efficacité de certaines mesures est bien documentée. Par exemple, la prescription sur support informatique permet de réduire de moitié la fréquence des erreurs graves de médication non interceptées par d'autres moyens de contrôle (7). L'utilisation d'automates assurant une préparation des médicaments avec des codes barre et une dispensation unitaire diminuent les erreurs de dispensation et augmentent la disponibilité des pharmaciens pour des interventions cliniques renforçant encore la sécurité (8).

Le groupe d'orientation « Gestion des risques » et les correspondants des établissements adhérents au CCECQA ont décidé de retenir pour 2003-2004, comme axe de travail prioritaire en gestion des risques, la sécurisation du circuit du médicament.

Les difficultés actuellement rencontrées dans les établissements de santé et le retard pris dans la sécurisation du circuit du médicament expliquent le choix

de cette problématique et le besoin d'une évaluation de l'existant avant d'envisager des actions d'amélioration.

### Contexte et objectifs

Les professionnels motivés pour participer à ce projet et le groupe de travail régional spécifiquement constitué souhaitaient que cette évaluation porte sur l'ensemble des étapes du circuit du médicament, depuis la prescription jusqu'à l'administration. L'approche proposée était centrée sur les barrières (ou défenses) susceptibles d'éviter la survenue d'incidents ou d'accidents. La réglementation et les recommandations existantes permettent d'identifier les principales barrières. En France, la pièce maîtresse de l'organisation du circuit du médicament est un arrêté ministériel du 31 mars 1999 (9). L'ensemble des dispositions repose sur les compétences des différents professionnels intervenant dans la chaîne de distribution des médicaments. Ce texte fixe aux différents acteurs (médecin, pharmacien, infirmier, directeur d'établissement) des règles conduisant à la vérification à chaque étape de l'étape précédente.

Les principaux objectifs de ce projet étaient d'une part d'étudier les barrières (ou défenses) mises en place pour éviter la survenue d'erreurs lors des différentes étapes de la distribution des médicaments, et d'autre part d'aider les établissements de santé à définir des actions d'amélioration.

### Méthode : la visite de risque

#### Justification du choix méthodologique

La visite de risque (ou de site), une méthode d'évaluation des risques largement utilisée dans le secteur de l'assurance et de l'industrie, a été retenue comme approche méthodologique (10,11). Cette méthode combine plusieurs outils d'évaluation des risques et plusieurs sources d'information possibles : consultation de documents, questionnaires standardisés, entretiens avec l'encadrement et les acteurs du circuit du médicament, observation en fonctionnement des systèmes étudiés (en mode plus ou moins dégradé par rapport au système initialement prévu), réalisation de différentes mesures sur site.

Cette approche a le mérite d'aller à la rencontre des professionnels, d'être à leur écoute, de les impliquer dans la démarche de gestion des risques, d'introduire une culture des risques, de faciliter la communication entre les différents acteurs d'un même système.

#### Sélection des services

Dans chaque établissement, la visite de risque a concerné un à deux services cliniques et le service de la pharmacie. Les services cliniques ont été sélectionnés par l'établissement, par choix raisonné (lieux d'accidents, utilisation de médicaments à haut ris-

que comme les anticoagulants, les anti-cancéreux, les digitaliques, l'insuline, situations dangereuses déjà identifiées et faisant ou pas l'objet d'un plan d'amélioration...).

### Conduite de la visite de risque

Elle consistait en une observation sur site des points forts et points faibles du circuit du médicament, par une équipe de visiteurs composée de deux à quatre professionnels de l'établissement préalablement formés par le CCECQA et d'un ou deux représentants du groupe de travail régional.

La visite de risque était composée successivement des étapes suivantes :

- une présentation par le chef de service ou le cadre de santé, du service, de l'équipe, des activités, du circuit du médicament ;
- des entretiens individuels avec l'encadrement et des professionnels présents le jour de la visite, conduits à l'aide de questionnaires spécifiques pour chaque catégorie professionnelle afin de connaître les vulnérabilités et les défenses perçues par les professionnels et leurs attitudes (*Annexe 1*) ;
- une observation du circuit du médicament par le groupe de la visite, permettant une évaluation des vulnérabilités et défenses, à l'aide de *check-lists* établies à partir du *Self-Assessment Tool de l'Institute for Safe Medication Practices (ISMP) (12)* et de l'outil « *check-list pour un check-up* » du Centre national d'expertise hospitalière (CNEH) (13) (*Annexe 2*) ;
- une étude des erreurs éventuelles du circuit du médicament, par l'observation des médicaments administrés ou préparés le jour de la visite et la recherche d'écart avec les médicaments prescrits ;
- l'analyse d'un scénario d'événement indésirable dans le circuit du médicament déjà survenu dans un autre établissement de santé, afin d'identifier les points faibles et les points forts du circuit du médicament, les possibilités d'interception et de récupération des erreurs (*Annexe 3*) ;
- une analyse des documents disponibles sur la sécurité du circuit du médicament : compte rendu des bilans de pharmacovigilance, résultats d'enquêtes ou d'audits du département qualité et gestion des risques (enquêtes de satisfaction, questionnaires de sortie, système de signalement des événements indésirables), résultats de l'auto-évaluation et de l'évaluation externe menées dans le cadre de l'accréditation, rapports d'inspection, études spécifiques sur les étapes du circuit du médicament, plaintes relatives au circuit du médicament, protocoles, formulaires utilisés dans le cadre du circuit du médicament... ;
- une séance de restitution à la fin de la visite de risque avec l'équipe visitée afin de communiquer aux professionnels du service les principales défenses identifiées, les défenses absentes ou présentes mais non opérationnelles, les principales perspectives d'amélioration.

Les outils d'évaluation ont été élaborés, puis testés par le groupe de travail régional. Les visiteurs se sont répartis les différentes tâches et ont souvent fonctionné en binômes pour l'observation de chaque étape du circuit du médicament. Cette organisation limite la durée de la visite (une demi-journée environ) et de la mobilisation des professionnels sollicités.

### Analyse des données

La synthèse de toutes les données collectées par les visiteurs a été effectuée par l'équipe du CCECQA, qui a rédigé pour chaque service un rapport d'une vingtaine de pages et un diaporama présentant les vulnérabilités et les défenses identifiées pour chacun des dix éléments clés de la sécurité du circuit du médicament (d'après *American Hospital Association, Health Research and Educational Trust, Institute for Safe Medication Practices. Pathways for Medication Safety, 2002*). Ces dix éléments clés sont les suivants :

- l'information sur le patient nécessaire à un traitement approprié (informations démographiques et cliniques comme l'âge, le poids, les allergies connues, le diagnostic, la grossesse éventuelle ; et des informations obtenues dans le cadre du suivi du traitement médicamenteux comme les paramètres biologiques, les signes vitaux) ;
- l'information sur les médicaments eux-mêmes (connaissance des doses minimales et maximales, interactions, allergies, modification des paramètres biologiques) ;
- la communication entre professionnels de santé ;
- l'identification des médicaments (doses unitaires clairement libellées ; prévention des risques de confusion pour certains médicaments dont les dénominations ou les présentations se ressemblent) ;
- la standardisation des médicaments disponibles (stock limité de médicaments, accès limité à certains médicaments dangereux, utilisation de seringues préremplies), de leur stockage et de leur distribution ;
- la mise à disposition d'un matériel adapté pour l'administration des médicaments ;
- les conditions de travail des professionnels de santé ;
- la formation et la compétence de l'équipe ;
- l'éducation des patients (information sur leurs traitements, incitation à poser des questions sur leurs médicaments, vigilance vis-à-vis des erreurs de médication) ;
- le processus de gestion de la qualité et des risques.

### Restitution des données et recherche de solutions

Cette approche a l'avantage d'une bonne réactivité car la collecte des données se déroulait sur deux à trois jours pour un établissement. La première synthèse des informations était faite à la fin de la visite et la

recherche de solutions pouvait être organisée dans les semaines suivantes lors de la restitution finale des résultats organisée et animée par le correspondant projet de l'établissement. Le CCECQA accompagnait chaque établissement pour cette dernière étape de la visite en participant à chaque séance de restitution.

### Principaux résultats

Au total, 21 services de pharmacie et 38 services cliniques (seize services de médecine, huit services de chirurgie, huit services de psychiatrie, six services de gériatrie) situés dans 19 établissements ont participé à ce projet.

Les visites de risque ont été réalisées entre le 19 juin 2003 et le 30 avril 2004. Trente-cinq visites ont été effectuées dans des centres hospitaliers, douze dans

des établissements psychiatriques, sept dans le CHU, trois dans un centre anti-cancéreux et deux dans un hôpital local. Dans 17 établissements, il n'existait pas un mais plusieurs circuits du médicament, jusqu'à cinq circuits dans un établissement. Cette situation, source de complexité, s'était construite par ajouts successifs de circuits plus sécurisés pour certaines activités (gériatrie, cardiologie par exemple) ou certains médicaments (antibiotiques de deuxième intention, cytostatiques...) que le circuit initial basé sur une dispensation globale des médicaments (Figure 1). Les activités ou les médicaments concernés par cet effort de sécurisation ont été sélectionnés dans une logique de sécurité sanitaire ou, le plus souvent, de maîtrise des dépenses de santé.

La répartition des missions des différents acteurs aboutissait souvent à des glissements de tâches potentiellement dangereux, avec par exemple dans certains établissements une faible « séniorisation » des activités complexes (par exemple prescriptions de chimiothérapie et analyse pharmaceutique des prescriptions par des internes), des infirmiers en situation de prescripteurs en particulier pour les traitements habituels du patient, des infirmiers effectuant des tâches de préparateur, des aides-soignants des tâches d'infirmier, des préparateurs des tâches de gestionnaire et de fournisseur. Cette situation tend à éloigner chaque acteur de ses missions prioritaires.

Les circuits du médicament observés dans les 37 services cliniques étaient peu sécurisés. Les principales défenses contre la survenue d'erreurs, telles que la prescription informatisée, l'analyse pharmaceutique, la dispensation individuelle et nominative des médicaments, étaient rarement présentes (Figure 2). Cinq services seulement disposaient d'une prescription informatisée et neuf d'une analyse pharmaceutique des prescriptions.

Les défenses importantes étaient surtout présentes au niveau des étapes de préparation et d'administration, avec la mise en place d'un double contrôle des médicaments avant l'administration, une administration des médicaments effectuée par l'infirmier. Cependant, le jour de la visite, il a été observé de nombreux écarts entre les médicaments préparés ou administrés et ceux figurant sur le support de prescription (de 1,6 % des lignes de prescription étudiées en psychiatrie jusqu'à 17 % en chirurgie) (Figure 3). Certains de ces écarts pouvaient avoir des conséquences, graves comme l'administration de PRÉVISCAN® à la place de PRIMPÉLAN®, ou une prescription de SEVREDOL® de 10 g au lieu de 10 mg interceptée avant l'administration par l'infirmier.

Au cours des entretiens individuels, il a été constaté que les différents acteurs du circuit du médicament faisaient peu confiance au circuit mis en place et redoutaient des erreurs à toutes les étapes.

Figure 1 - Le circuit du médicament le plus fréquent, avec dispensation globale.

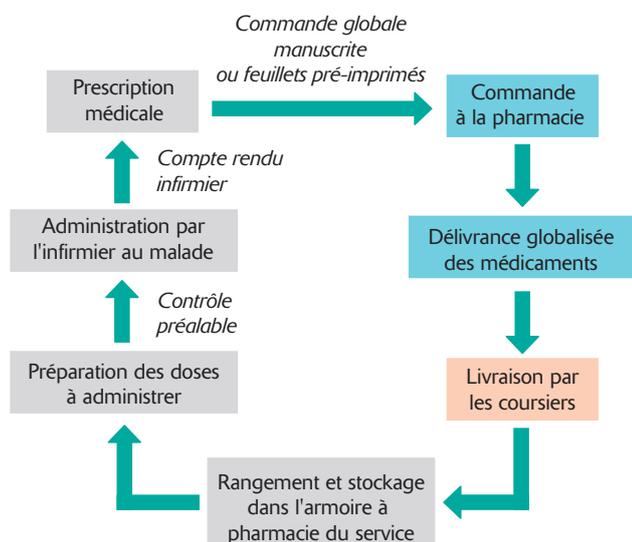


Figure 2 - Fréquence des principales défenses mises en place sur le circuit du médicament dans 38 services cliniques.

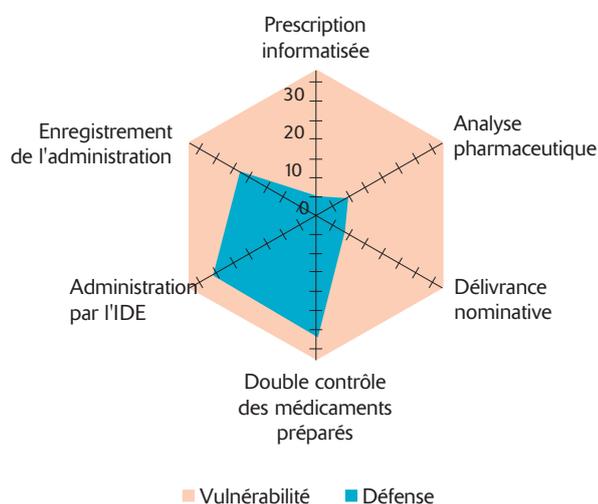
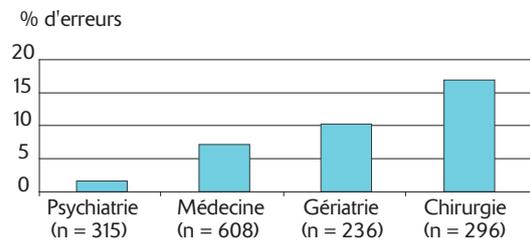


Figure 3 - Fréquence des erreurs de médication observées lors de la préparation ou de l'administration des médicaments.



Cette évaluation a permis d'identifier plusieurs expériences de sécurisation d'une partie du circuit du médicament, avec par exemple une prescription informatisée, la préparation centralisée des chimiothérapies, l'amélioration des interfaces entre la pharmacie et les unités de soins par la mise en place de préparateurs référents pour les unités de soins et d'infirmiers référents pour la pharmacie. Un service de chirurgie a par exemple recruté un médecin assistant généraliste afin d'assurer une présence médicale continue dans le service, de faciliter la prise en charge globale du patient et d'apporter une aide pour le traitement des pathologies non chirurgicales. Cela permettait ainsi de sécuriser la prescription, et notamment celle des médicaments personnels des patients hospitalisés, souvent âgés et souffrant de polyopathologies, et d'éviter au personnel infirmier une prise de responsabilités excessive en reconduisant tout ou partie de ces médicaments sans validation médicale.

## Discussion

### Une réponse à des besoins ressentis de sécurisation

Le projet SECURIMED a créé une forte mobilisation sur la sécurisation du circuit du médicament, aussi bien au niveau régional qu'au niveau local de chaque établissement. Cette mobilisation est liée à une motivation importante pour la mise en place d'une démarche d'amélioration visant à renforcer la confiance des professionnels dans le système et réduire les risques pour les patients.

### Une méthode d'évaluation pour l'action

Ce projet a permis de faire un état des lieux sur la sécurité du circuit du médicament dans de nombreux établissements. Il s'agit d'une approche qualitative comportant cependant un volet quantitatif qui a permis de mesurer dans chaque service clinique la fréquence des écarts entre les médicaments préparés pour l'administration ou administrés et ceux prescrits. Cette méthode d'évaluation, se situant aux carrefours de plusieurs disciplines (psychologie, sciences d'organi-

sation, analyse systémique) permet de se plonger au cœur du système étudié, d'appréhender les facteurs humains, de comprendre la chaîne des événements et d'analyser les causes des problèmes identifiés (14). Par sa souplesse, cette méthode s'adapte facilement au contexte de chaque établissement, de chaque service étudié. Cependant pour être performante, l'évaluation doit être conduite par des professionnels formés à ce type de démarche méthodologique (CCECQA. Formation : « *Conduire une visite de risque afin d'évaluer la sécurité du circuit du médicament dans un établissement de santé - méthodologie SECURIMED* ». <http://www.ccecqa.asso.fr>) et ayant une bonne connaissance du circuit du médicament. La présence de visiteurs externes à l'établissement limite les biais de perception. De par sa durée limitée, la visite de risques ne permet ni d'identifier toutes les défenses et les vulnérabilités du système étudié, ni d'affirmer le caractère permanent ou occasionnel des situations observées.

S'il persiste encore de nombreuses vulnérabilités, plusieurs types de défenses ont été déjà mis en place pour sécuriser le circuit du médicament. Il reste encore beaucoup à faire pour atteindre un niveau de sécurité acceptable. Cela nécessitera en particulier : un respect plus important des exigences réglementaires, un recentrage de chaque acteur sur ses missions et tâches prioritaires, une informatisation de la prescription, une plus grande collaboration entre les services cliniques et la pharmacie et une meilleure information du patient.

### Un outil de réflexion

Cette approche méthodologique a facilité les échanges entre les différents acteurs, ce qui a permis à chacun de mieux comprendre les activités des différents acteurs et leurs interfaces. Les visites ont créé chez les professionnels visités un questionnement intéressant sur leurs pratiques et l'organisation du circuit du médicament.

### Un outil d'aide à la décision

Les restitutions finales des résultats de ces visites ont montré la capacité de ce projet à faire émerger des propositions de solutions et à servir de catalyseur à la mise en place d'actions déjà programmées ou nouvelles. Dans certains établissements, le projet a aidé à définir une nouvelle organisation pour ce circuit du médicament. Les actions retenues par les établissements de santé ont plus de chances d'être efficaces car elles sont ciblées sur des vulnérabilités identifiées au plus près du terrain.

### Un partage d'expériences

Les professionnels de santé ont souvent cherché lors des visites et lors des restitutions, à connaître l'expérience d'autres établissements, par exemple en

matière d'informatisation, de reconditionnement unitaire des médicaments, de conditions de préparation et d'administration des médicaments, d'information du patient. Les deux demi-journées de restitution régionale (22 avril et 7 octobre 2005) visaient à faciliter ce partage d'expériences.

### De nouvelles améliorations dans le cadre d'actions concertées au niveau régional

La sécurisation du circuit du médicament est une priorité nationale et régionale. Ce projet aidera les établissements à réduire les risques pour les patients, à mieux lutter contre la iatrogénie médicamenteuse. Il facilitera la réalisation de l'état des lieux préconisé dans le cadre du contrat de bon usage des médicaments. Les informations produites peuvent également servir de base à une réflexion régionale d'amélioration et de coopération, en particulier à travers la commission « Sécurisation du circuit du médicament » du Comité régional du médicament et des dispositifs médicaux (CRMDM). Cette approche opérationnelle et ses résultats peuvent être également instructifs pour la définition d'une politique nationale de sécurisation.

### Conclusion

Le projet SECURIMED a permis de transposer une méthode d'évaluation des risques largement utilisée dans le secteur de l'assurance et de l'industrie. Afin de compléter les approches réactives déjà en place dans les établissements (vigilances réglementaires, système de signalement des événements indésirables, gestion des réclamations et des plaintes), nous avons choisi une méthode qui s'inscrit dans une démarche proactive qui permet d'identifier et d'analyser des risques *a priori* afin de les anticiper et de les contrôler. Cela permet d'envisager des risques rares ou émergents pouvant avoir des conséquences très graves.

Pour une première expérience de transposition, nous avons choisi de retenir une méthode « légère » (concept abordable et charge de travail acceptable), dotée de vertus pédagogiques et capable de mobiliser un grand nombre d'acteurs. Les vulnérabilités identifiées étaient souvent déjà connues, mais sans prise de conscience collective de l'importance des conséquences possibles. Ce projet a créé un espace de remise en question des processus existants, de valorisation des défenses mises en œuvre et de recherche de solutions de sécurisation. Les actions de prévention mises en place grâce à ce projet montrent que les malades sont de moins en moins seuls à résister aux défaillances humaines et systémiques.

### Remerciements

Nous remercions tous les professionnels qui ont participé à ce projet et en particulier les correspondants du projet pour leur implication importante :

D. Cancel (CH d'Angoulême), X. Darmé (CH d'Arcaçhon), V. Reyrel (CH de Bergerac), J. Caron (CH de Cadillac), M.-C. Bret (CH Charles Perrens), F. de Casanove (CH de la Côte Basque), J.-P. Darrioumerle (CH de Dax), M.-L. Biscay (CH des Pyrénées), P. Cormier et T. Dufoir (CH de Langon), B. Lassère (CH de Lanmary), M. Marcos (CH de Libourne), M.-P. Bréchet (CH de Mont de Marsan), I. Bonneau (CH de Montpon), D. Bourdat (CH d'Oloron), D. Segal (CH de Villeneuve/Lot), E. Pohier (CHI de Marmande-Tonneins), J. Guépin et S. Zamaron (CHU de Bordeaux), N. Frigout (HL de Belvès), C. Donamaria et J. Jouneau (Institut Bergonié).

Nous tenons également à remercier pour leur aide : M.-C. Saux (pharmacien, CHU de Bordeaux), B. Loulière (pharmacien inspecteur, DRASS Aquitaine), C. Pouthier (stagiaire, ISMQ) et M. Piscarel (Assistant des cadres au CCECQA).

## Références bibliographiques

- 1- SCHMITT E. Le risque médicamenteux nosocomial. Circuit hospitalier du médicament et qualité des soins. Paris, 1999, Masson, 287 pages.
- 2- BATES DW, BOYLE DL, VANDER VLIET MB *et al.* Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 199-206.
- 3- BARKER KN, FLYNN EA, PEPPER GA *et al.* Medication errors observed in 36 health care facilities. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1897-1903.
- 4- BOCQUET P, FAUCHER N, CHERON JM *et al.* Évaluation de la qualité de la dispensation des médicaments dans un hôpital gériatrique. *J Pharm Clin* 2001; 20(1): 39-46.
- 5- AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACISTS. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1993; 50: 305-314.
- 6- RECOMMENDATIONS OF AN EXPERT PANEL. Top-priority actions for preventing adverse drug events in hospitals. *Am J Health-Syst Pharm* 1996; 53: 747-751.
- 7- BATES DW, LEAPE LL, CULLEN DJ *et al.* Effect of computeri-

zed physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *JAMA* 1998; 280(15): 1311-1316.

8- CARMENATES J, KEITH MR. Impact of automation on pharmacist interventions and medication errors in a correctional health care system. *Am J Health-Syst Pharm* 2001; 58: 779-783.

9- ARRÊTÉ DU 31 MARS 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L.595-1 du code de la santé publique. *Journal Officiel* du 1<sup>er</sup> avril 1999, pages 4854-4858.

10- BÉNARD A, FONTAN AL. La gestion des risques dans l'entreprise. Eyrolles, Paris, 1994.

11- SHAM. Visites de risques : les premiers constats. *SHAM-contact* 2006; 42: 6-7.

12- SMETZER JL, VAIDA AJ, COHEN MR et al. Findings from the ISMP Medication Safety Self Assessment® for Hospitals. Jt Comm J Qual Safety 2003; 29: 586-597.

13- CENTRE NATIONAL DE L'ÉQUIPEMENT HOSPITALIER. Hôpitaux et

cliniques: testez vos performances. Check-list pour un check-up. CNEH, Paris, 1993.

14- PERNEGER TV. Investigating safety incidents: more epidemiology please. Int J Qual Health Care 2005; 17(1): 1-3.

#### Annexe 1

##### Exemple de questions posées aux médecins lors de la visite de risque.

- Vous arrive-t-il de faire des prescriptions orales ou par téléphone? Si c'est le cas, ces prescriptions sont-elles retranscrites dans le dossier du patient?
- De quelles sources d'informations sur les médicaments disposez-vous? Lesquelles utilisez-vous?
- Tenez-vous compte de la disponibilité du médicament dans l'établissement avant de rédiger votre prescription?

#### Annexe 2

##### Exemple de check-list utilisée pour évaluer la sécurité du transport des médicaments de la pharmacie vers les unités de soins.

- Transport de médicaments entre la pharmacie et les unités de soins systématiquement réalisé dans des chariots ou containers clos
- Containers de transport identifiés au nom du service destinataire
- Containers fermés à clé ou par tout autre système de sécurité
- Containers avec tiroirs individuels bien identifiés
- Respect de la chaîne du froid
- Containers réceptionnés par une personne désignée, mandatée pour cette fonction.

#### Annexe 3

##### Exemple de scénario utilisé pour les services cliniques dans le cadre de la visite de risque.

Un patient de 77 ans, grabataire, dément, parkinsonien, insuffisant rénal, dans un service de long séjour est, un samedi, retrouvé hypothermique, peu réactif, encombré sur le plan pulmonaire et présentant des « mouvements anormaux ». L'interne de garde prescrit un traitement anticonvulsivant en IV direct (RIVOTRIL® 1 mg).

Quelques minutes après l'injection de RIVOTRIL®, le patient présente un collapsus. Il est aréactif et en myosis serré. Le médecin d'astreinte prescrit entre autre l'ablation du patch de DUROGESIC® 25 µg/h, ce qui est aussitôt fait par l'infirmier.

Le lundi, l'infirmier du matin signale la présence d'un patch de DUROGESIC® 75 µg/h collé sur le bras du patient. La prescription habituelle était : DUROGESIC® 25 µg/h 1 patch tous les 3 jours. Le patch aurait dû être changé le vendredi après midi. L'infirmier ce jour-là, a posé par erreur un patch de 75 µg/h et n'a pas ôté l'ancien patch de 25 µg/h.

**R&Q**

**HEALTH&CO**

*c'est aussi*



**Voir notre offre d'abonnement couplé 3<sup>e</sup> page de couverture**