

Prévenir les risques liés à l'utilisation des médicaments

Quelques points clés

Commissions Gériatrie Gérontologie – Groupe de pairs EHPAD
MC LANOUE

Journée régionale EHPAD - 13 juin 2019



OMéDIT
Centre-Val de Loire

MÉDICAMENTS

**DISPOSITIFS
MÉDICAUX**

**INNOVATIONS
THÉRAPEUTIQUES**

12 évènements qui ne devraient jamais plus exister

12 Never Events Evénements Indésirables Graves Médicamenteux qui ne **DEVRAIENT JAMAIS ARRIVER**

Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants oraux

Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable

Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque

Erreur de voie d'administration

Erreur lors de l'administration par voie orale : couper, écraser, ouvrir

Toxicité des médicaments anticancéreux

Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale ou SC (hors oncologie)

Erreur d'administration d'insuline

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

Erreur d'administration de gaz à usage médical

Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques,...)

Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matières plastiques

(ANSM – DGOS- 2012)

Et pourtant, en 2018 et 2019

- Erreur d'injection d'insuline
- Erreur de préparation de pilulier entraînant une Intoxication au méthotrexate
- Administration de Kalinox® à la place d'Oxygène
- Administration de gouttes buvables au mauvais résident

En EHPAD aussi

- des médicaments à « haut risque »
- des résidents fragiles
- moins d'encadrement par des textes réglementaires...
mais pas moins de risques

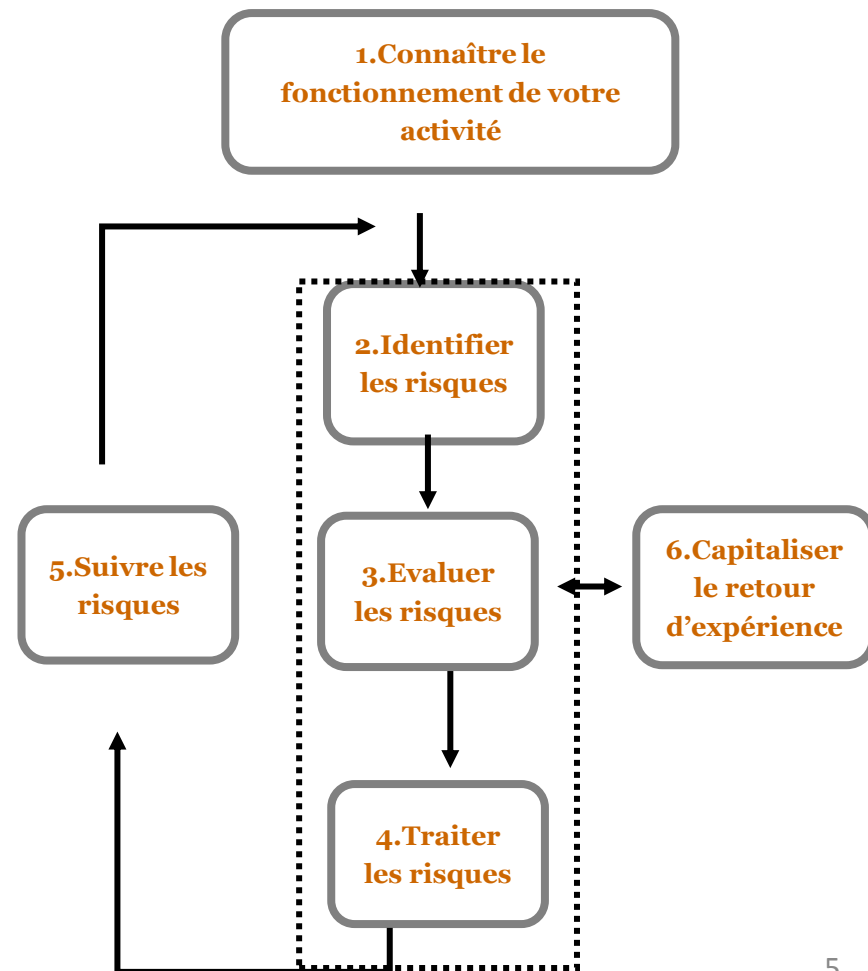
Les bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse (PECM) en EHPAD (ANESM – 2017)

Définir la politique de qualité et de sécurité de la PECM dans son EHPAD

- Quelle place dans le projet de soins ?
 - La définition des responsabilités et délégations de responsabilité des acteurs de la PECM
 - Le soutien et la promotion de la dynamique d'amélioration permanente de la qualité et de la gestion des risques
 - L'incitation et la formation de l'ensemble des équipes à développer une culture de la sécurité et la gestion des risques de la PECM
 - La mise à disposition des moyens humains, matériels et financiers nécessaires
 - Un programme d'actions sous forme de priorités annuelles (au regard de la réglementation en vigueur, des rapports d'inspection, des résultats des évaluations externes et internes, des plaintes et réclamations des résidents et familles, des événements indésirables, des erreurs médicamenteuses)
 - Des objectifs annuels déclinés en actions hiérarchisées avec responsables(s), échéances, modalités de suivi (tableaux de bord, indicateurs, etc.)

Identifier et minimiser les risques liés à son organisation du circuit du médicament

- A l'aide des outils d'autoévaluation (Interdiag EHPAD (ANAP), guide ARS Auvergne Rhône Alpes, ...) pour repérer les risques a priori
- Des situations à risque connues
- En exploitant les événements précurseurs et EI



Sécuriser les étapes les plus à risque

• Prescription

- Liste des médicaments appropriés aux personnes âgées
- Broyage
- La prescription conditionnelle mentionne:
 - Les conditions d'administration (clairement établies voir protocolisées) : préciser les critères sur lesquels l'infirmier va fonder sa décision d'intervention (se rapporter de préférence à une échelle ou un score).
Ex : EVA, Score de Cushman, tension artérielle, fièvre....
 - Le nombre maximal d'administrations par période de 24 heures, accompagné d'un intervalle temporel entre deux prises consécutives
 - La durée maximale de traitement
 - La réévaluation éventuelle des traitements
 - Exemple : ~~Prescription de Paracétamol « 1g si besoin »~~
 - ☞ Paracétamol 1g si température > 38.5°C, maximum 3 prises par 24h, pendant maximum 3 jours.

Risques liés aux médicaments à prescription hebdomadaire

FEUILLETS POUR LES SERVICES DE SOINS

MÉTHOTREXATE
MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

A l'attention des pharmaciens hospitaliers et des directeurs d'EHPAD pour transmission lors de chaque dispensation

Plusieurs patients sous méthotrexate ont reçu des comprimés tous les jours au lieu d'une seule fois par semaine. Ce type d'erreur peut conduire à un surdosage qui peut provoquer des effets indésirables graves, pouvant être d'issue fatale.

MÉTHOTREXATE
VOIE ORALE
Une prise
1 jour par semaine

1 Soyez vigilants et veillez à ce que le médicament soit pris uniquement 1 seule fois dans la semaine (prise unique).

2 Il est important de demander au patient le jour habituel de prise de méthotrexate et de l'indiquer dans son dossier, sur la boîte du médicament et sur cette fiche.

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE SOINS
(cette fiche est à conserver avec le traitement du patient) :

NOM DU MÉDICAMENT PRESCRIT : Dose par semaine (mg)

NOM DU PATIENT : Nombre de comprimé(s)
PAR SEMAINE
EN 1 PRISE UNIQUE

COCHEZ LE JOUR DE PRISE DES COMPRIMÉS (ET UNIQUEMENT 1 JOUR PAR SEMAINE) :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI	SAMEDI	DIMANCHE
Nombre de comprimé(s)							

- Recommandations ANSM 2016

Aux médecins :

De mentionner systématiquement sur l'ordonnance et de manière bien visible le jour de la semaine où le médicament doit être pris

Aux pharmaciens d'établissements de santé :

De diffuser aux services de soins, à chaque dispensation de méthotrexate, le feuillet destiné aux établissements de santé

Aux pharmaciens d'officine :

D'indiquer sur le feuillet destiné au patient et sur la boîte le jour de prise et lui remettre le feuillet à chaque délivrance

Aux directeurs d'EHPAD :

De diffuser le feuillet au personnel prenant en charge des personnes âgées sous méthotrexate

Aux personnels soignants :

D'être vigilants lors de toute administration de méthotrexate par voie orale et de tracer le jour d'administration du méthotrexate.
De conserver avec le traitement du patient le feuillet mis à disposition lors de la dispensation de ce dernier

Les bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse en EHPAD

Sécuriser l'administration

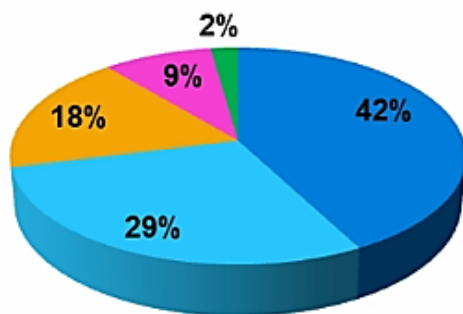
Erreurs lors de la délivrance

Boîtes dans sac nominatif ($\approx 2\%$)

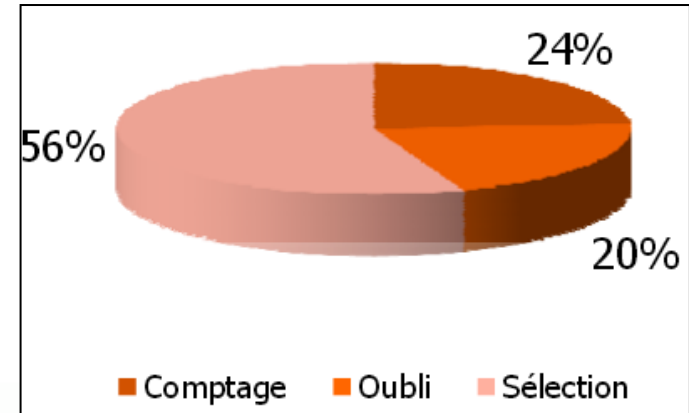
Erreurs lors de la réalisation du pilulier (PDA manuelle)

(2,5% à 15% selon les études)

Taux d'erreur global = 2,5%



- Médicament prescrit et absent du piluliers
- Médicament présent à un dosage inadapté au dosage prescrit
- Erreurs dans l'horaire de prise
- Médicaments présents dans le pilulier mais non prescrit
- Présence du mauvais médicament



☞ Sécuriser la préparation des piluliers par simulation « Le pilulier des horreurs »

Fiches « débriefing » pour chaque erreur

Approfondir sur les erreurs n°1 et n°2

Bonnes pratiques d'utilisation des médicaments présentés en forme multidosé



FORMES BUVABLES MULTIDOSE: sirops, suspensions, solutions et gouttes

- Attention avec les pipettes, compte-gouttes ou cuillères-mesure (notamment en pédiatrie). Des erreurs humaines sont possibles (administration du médicament A avec le dispositif d'un médicament B), incompréhension des modalités d'utilisation du dispositif fourni voire de la prescription (administration par exemple de X pipettes ou seringues au lieu de X gouttes prescrites).
- * Utiliser le dispositif doseur dédié pour la spécialité
 - * Conservation limitée après ouverture, noter la date d'ouverture sur le flacon (et la date limite d'utilisation)
 - * A prendre en compte : variabilité des dates de validité des antibiotiques après ouverture
 - * Bien refermer le flacon après utilisation
 - * Un flacon par patient (flacon dédié et nominatif avec étiquette patient)
 - * Si à conserver au réfrigérateur : déposer dans le pilulier une « fiche cartonnée de rappel de prise » avec nom médicament dans la case horaire correspondante.

FORMES ORALES SECHES

- * Les comprimés/gélules présentés « en vrac » par le fabricant en flacon multidosé **ne sont pas placés dans le pilulier** car non identifiables hors de leur pot. Mettre à leur place dans le pilulier une **mémocarte « voir prescription, flacon multidosé »** et laisser le flacon de médicament disponible (tiroir).
- * La dose fractionnée **n'est pas placée dans le pilulier**, mettre à sa place du comprimé concerné une **mémocarte « voir la prescription, dose fractionnée »** et laisser la plaquette de médicament disponible (tiroir du pilulier).
- * Le **fractionnement doit être fait au moment de l'administration** et non lors de la préparation du pilulier.
- * Les **morceaux restants** des comprimés coupés (fractions non utilisées devenues non identifiables après déblistériation) doivent être **jetés** (via le circuit des DASRI).

Voir la prescription
Flacon multidosé

Voir la prescription
Dose fractionnée

PRÉPARATIONS OPHTHALMIQUES : collyres, bains oculaires et pommades

- * ne pas toucher avec l'extrémité du compte-goutte les cils, paupières, conjonctives et sécrétions conjonctivales lors de l'administration
- * garder un flacon pour un **même patient** pour éviter la contamination croisée
- * utiliser une préparation stérile en cas de plaie traumatique ou chirurgicale du globe oculaire
- * noter la date d'ouverture (+ date limite d'utilisation + étiquette patient)

PRÉPARATIONS NASALES ET AURICULAIRES : gouttes et pommades

- * utiliser un flacon par patient et jeter la préparation après le départ du patient pour éviter les contaminations croisées
- * noter la date d'ouverture (+ date limite d'utilisation + étiquette patient)

FORMES SEMI-SOLIDES POUR APPLICATION LOCALE : pommade, crème, gels, pâtes

- * application au moyen d'une spatule si disponible ou avec une compresse / port de gant à usage unique
- * privilégier le conditionnement le plus petit, afin de réserver un tube par patient
- * noter la date d'ouverture sur le tube (+ date limite d'utilisation + étiquette patient)
- * les préparations hydrophiles sont plus sujettes aux contaminations microbiennes.
- * les formes destinées à être appliquées sur des plaies ouvertes doivent être stériles à l'ouverture du tube.

Approfondir sur l'erreur n°6

Erreurs de sélection de médicaments



De consonnances ou d'apparences semblables, les médicaments dits « sound alike » et « look alike » sont des sources de confusion pouvant aboutir à des incidents graves, en cas d'erreurs lors de la préparation de piluliers.

« LOOK ALIKE »

(Apparences semblables)

Spasfon / Tardyferon ; Zyloric 300 / Modopar 125 disp
Confusion avec des génériques
Céris / Bisoprolol 10 ; Amlor 5 / Sertraline 50
Cétirizine / Xanax 0.25 ; Acébutolol / Fluoxétine
Duloxétine 60 / Doliprane 500
Gabapentine 300 / Tiorfan® 100 ...

« SOUND ALIKE »

(Consonnances semblables)

- Prévican / Permixon
- Levofloxacine / Levétiracetam
- Clorzepate / Clonazepam
- Actiskenan / Skenan
- Amiodarone / Amlodipine
- Coversyl / Cortancyl

Une attention particulière est nécessaire

- * **Lors de la prescription** : si manuscrite, une écriture claire et lisible permet au pharmacien, au préparateur, à l'infirmier (et au patient) d'éviter des erreurs de lecture. **Prescrire de préférence en dénomination commune (DCI)**, rédiger en lettres majuscules, éviter les abréviations, standardiser les consignes de rédaction pour les doses (unités).
Recourir à chaque fois que possible à une prescription sur le logiciel informatique.
- * **Lors du stockage des médicaments** : prendre en compte le risque de confusion des médicaments ayant un nom de spécialité ou une DCI proches, un emballage ressemblant, un étiquetage inadéquat.
Restreindre le choix d'une gamme de médicaments, en particulier pour les produits à risque.
Homogénéiser et standardiser les rangements des pharmacies des unités de soins. Harmoniser l'étiquetage des casiers.
Limiter le nombre de dosages disponibles pour un même produit. Pour les médicaments à risque (marge thérapeutique étroite), ajouter un pictogramme d'alerte.
Ne pas stocker en proximité des médicaments ressemblants (ex. présentation similaire entre deux dosages)
- * **Lors de la dispensation** : une vigilance accrue lors de l'analyse de l'ordonnance et de la sélection des médicaments permet d'éviter les erreurs.
- * **Lors de l'administration** : vérifier que le médicament est identifiable et conforme à la prescription. Vérifier l'adéquation entre la prescription et le pilulier préparé, en particulier lorsque la personne qui administre n'est pas celle qui a préparé (**bon médicament, bonne dose, bonne voie**)

RECOMMANDATIONS

- * La pharmacie peut demander une diffusion annuelle de la dernière **liste de « confusion de noms de l'ANSM »** (sur le site web de l'ANSM - bulletin « Vigilances » - exemple n°63)
- * **SEUL l'étiquetage permet d'identifier un médicament. Ne JAMAIS se fier à l'aspect visuel. Contrôler le plumier du jour avant chaque administration : toujours LIRE la prescription et l'étiquetage médicament.**
- * Adopter le principe du « **double contrôle aléatoire** » de piluliers. (voir pages 9 et 10 de http://www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Guide-BP_Preparation-piluliers_Mars-2015.pdf)
- * Sécuriser, tracer et **identifier les médicaments grâce aux codes-barres bidimensionnels Datamatrix**. L'informatique propose un plan d'administration des médicaments alimenté par le logiciel de prescription, qui rend lisible l'enregistrement de l'administration.
- * Lorsqu'un médicament doit être administré à un patient, **demandez que votre logiciel métier évolue et s'adapte pour exploiter toutes les informations du Datamatrix** avec vers la possibilité de scanner le Datamatrix de chaque dose à administrer, le code-barre du bracelet d'identification patient et produise une alarme en cas d'erreur de produit, de dosage, de date de péremption dépassée ...

Sécuriser l'administration

Bonnes pratiques de préparation et d'administration des SOLUTIONS BUVABLES MULTIDOSES

Identifier le flacon de solution buvable multidoses avec l'étiquette du patient (nom, prénom)

Inscrire la date d'ouverture et si besoin celle d'utilisation maximale

Coller l'étiquette du patient sur le flacon sans masquer d'inscription

Identifier le gobelet avec l'étiquette du patient

NE PAS COLLER L'ETIQUETTE SUR LE BOUCHON

Ne vous mélangez pas les pipettes !

1 résident = 1 flacon = 1 dispositif doseur
car les graduations et les unités peuvent être
différentes d'un dispositif à l'autre



**Ne pas
mélanger les
solutions entre
elles
Ni utiliser
d'autre diluant
que l'eau sans
avis de la
pharmacie**

Il convient d'évaluer la nécessité de poursuivre le traitement avant de prescrire les gouttes buvables. Il est important de chercher des alternatives afin de limiter la prescription de gouttes buvables.

Sécuriser l'administration

- Prévention des erreurs liées aux insulines

COMMENT PROCEDEZ-VOUS POUR ADMINISTRER 40 UI INSULINE FORTE CONCENTRATION A 200UI/ML ALORS QUE VOUS DISPOSEZ D'UNE INSULINE A 100 UI/ML ?

- Je double la dose : 80 UI
- J'administre 40 UI
- Je divise la dose par 2 : 0,2mL
- Je ne sais pas

Sécuriser l'administration

- Prévention des erreurs liées aux insulines

COMMENT PROCEDEZ-VOUS POUR ADMINISTRER 40 UI INSULINE FORTE CONCENTRATION A 200UI/ML ALORS QUE VOUS DISPOSEZ D'UNE INSULINE A 100 UI/ML ?

- Je double la dose : 80 UI
- J'administre 40 UI
- Je divise la dose par 2 : 0,2mL
- Je ne sais pas

IMPORTANT

Penser et Agir
en Unités d'Insuline



Si la spécialité n'est pas disponible :

- Voir avec le médecin sur la conduite à tenir
- Eviter de passer d'une insuline à une autre : contrôle glycémique régulier si impossible
- Ne pas tenter de conversion !
- Ne jamais prélever avec une seringue à insuline dans un stylo d'IFC !**

car la seringue est calibrée uniquement pour les insulines à 100 UI/mL



Pour aller plus loin, ici

■ Comment trouver les outils de la Commission régionale Gériatrie ?

- Pour consulter nos outils gratuits et libres d'accès, rendez-vous sur notre site www.omedit-centre.fr

Merci aux membres de la commission Gériatrie – Gérontologie et au groupe de pairs EHPAD



Raccourci vers les outils utiles en gériatrie

Recherche par mots clés :
Personne âgée
Gériatrie
EHPAD
Sujet âgé

Accès à l'Observatoire (compte-rendu, EPP, documents réservés région...)

■ Fiche de BP&BU (Bonne Pratique et Bon usage)

- Les IPP chez la personne âgée
- Liste préférentielle de collyres et gels ophtalmiques
- Conservation des médicaments réfrigérés
- Hydratation par perfusion sous-cutanée (hypodermoclyse)
- Les soins de bouche en gériatrie
- Infections cutanées en EHPAD
- Diarrhées aiguës infectieuses en EHPAD
- Infections respiratoires en EHPAD
- Infections urinaires en EHPAD
- Cicatrisation : matelas ou sur matelas d'aide à la prévention et/ou traitement des escarres à domicile
- Protocole de supplémentation en vitamine D en EHPAD

■ Guide et autres

- Les Bonnes Pratiques de réalisation des Piluliers dans les établissements médicosociaux approvisionnés par une Pharmacie à Usage Intérieur
- Broyer ou écraser, ce n'est pas sans danger ! Flyer pour soignants ou Affiche
- Livret thérapeutique gériatrique : Médicaments potentiellement appropriés chez les personnes âgées de 75 ans et plus
- Pilulier des horreurs

- https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/fr_medicament_vdef_crea.pdf
- **EVALUER LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE AU SEIN DE SON EHPAD : LES AXES DE PREVENTION** • ANAP : Outil Inter diag Médicaments V2 (2014) www.anap.fr • ARS Rhône-Alpes : Guide sur la sécurisation du circuit du médicament dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sans pharmacie à usage intérieur (2014) www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr • OMÉDIT Normandie - ARS Normandie : Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD (2013). (outil réalisé par l'OMÉDIT Normandie en collaboration avec l'ARS Normandie. Document disponible sur le site de l'OMÉDIT Normandie dans la rubrique « Boîte à outil, personne âgée ». Suite à la fusion des régions, un site internet pour l'ARS Normandie a été créé. www.omedit-normandie.fr www.normandie.ars.sante.fr • ARS Pays de la Loire : Circuit du médicament en EHPAD sans PUI (2015) www.ars.paysdelaloire.sante.fr • HAS : guide sur l'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments (2016) • ARS Pays de Loire : guide de mise en place du partenariat Ehpads-pharmaciens d'officine (2016)
- **EVALUER ET ADAPTER LES PRESCRIPTIONS : AU MOMENT DE L'ACCUEIL ET TOUT AU LONG DE L'ACCOMPAGNEMENT** • ARS Alsace : Liste préférentielle de médicaments adaptés à la Personne Agée en EHPAD (2012) www.ars.alsace.sante.fr • Omedit Bretagne : Liste des médicaments pour soins urgents en Ehpads (2014) www.omeditbretagne.fr • ARS Centre : Prescription médicamenteuse chez la personne âgée, liste ATC des médicaments proposés par la Commission Gériatrie de la région Centre (2014) www.ars.centre-val-de-loire.sante.fr • ARS Lorraine : Guide du bon usage du médicament en gériatrie, S'engager pour la prévention de la iatrogénie en EHPAD (2014) www.ars.lorraine.sante.fr/
- **ADAPTER ET AMELIORER LA PRESCRIPTION ET LA TRANSMISSION DE L'ORDONNANCE AINSI QUE LA PREPARATION DES MEDICAMENTS** • Omedit Centre : formation en ligne via l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (2016) www.omedit-centre.fr/ • OMÉDIT Normandie - ARS Normandie : Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD (2017). (outil réalisé par l'OMÉDIT Normandie, document disponible sur le site de l'Omédit Normandie). www.omedit-normandie.fr www.normandie.ars.sante.fr • HAS : les 5B (2011) www.has-sante.fr/guide/accueil.htm
- **EVALUER ET AMELIORER L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS** • ARS Aquitaine : Bonnes pratiques à partager et à développer, médicaments en Ehpads (numéro 2, septembre 2015) www.ars.aquitaine.sante.fr • OMÉDIT Normandie - ARS Normandie : Film « Ehpads Medoc » (outil réalisé par l'OMÉDIT Normandie, document disponible sur le site de l'OMÉDIT Normandie dans la rubrique « Qualité et Gestion des risques, Films analyse de scénario). <http://www.ars.normandie.sante.fr/EHPAD-Medoc-un-film-pour.193318.0.html> www.omedit-normandie.fr www.normandie.ars.sante.fr • ANSM : procédure d'autorisation de mise sur le marché [http://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/L-AMM-et-le-parcours-du-medicament/\(offset\)/1](http://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/L-AMM-et-le-parcours-du-medicament/(offset)/1) • HAS : sécurisation et autoévaluation de l'administration des médicaments (2011)