

## PARTAGER, C'EST DÉJÀ SÉCURISER

### CONFUSION ENTRE DEUX BOÎTES SIMILAIRES SUR UN DOSAGE IDENTIQUE

Un **antihypertenseur** a été administré à une patiente à la place d'un **antiépileptique** en établissement de soins de suite et réadaptation (SSR).

Suite à cette erreur, une surveillance tensionnelle est réalisée chez la patiente et l'erreur est déclarée au pharmacien, à la cadre de santé et au médecin. Cette erreur ponctuelle n'a pas eu de conséquence clinique pour la patiente car détectée rapidement (**une seule** administration).



#### CONSÉQUENCE IMMÉDIATE

- Erreur détectée après administration à la patiente d'un médicament non prescrit, le bêta bloquant métoprolol - Lopressor® 200mg, au lieu de l'antiépileptique carbamazépine - Tegretol® 200 mg.

#### POURQUOI EST-CE ARRIVÉ ?

- Admission d'un nouveau patient sous métoprolol → nouvelle entrée dans le stock : boîte de Lopressor®
- Non détection de la ressemblance de deux boîtes de médicaments → **similitude du packaging**
- S'agissant de **deux traitements ponctuels** (peu consommés), ces deux médicaments ont été stockés dans un même bac placé en position basse, en dessous du poste de cueillette. Ceci ne facilite pas la lecture (nom, dosage).

#### LORS DE LA PRÉPARATION DU PILULIER

- Lors de la cueillette, erreur de sélection, absence de lecture du nom. Repérage basé sur la couleur de la boîte et du dosage.
- Lors de la vérification du pilulier par l'équipe de nuit, défaut de vérification sans lecture du nom : plaquette découpée mais comprimé identifiable.



#### LORS DE L'ADMINISTRATION

- L'IDE n'a pas contrôlé la concordance entre la prescription et le nom du médicament présent dans le pilulier.

#### ACTIONS DE SÉCURITÉ POSSIBLES :

- ① Re-sensibiliser les professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses, au **respect de la « règle des 5B »**
- ② Renforcer la vigilance lors de la vérification des piluliers, lors de l'administration : **double contrôle, limiter les interruptions de tâches**
- ③ Réorganiser le **stockage des traitements ponctuels**
  - Supprimer les bacs en position basse et les remplacer par un rangement sur **étagères étiquetées** par DCI.
  - Aménager le poste de cueillette afin d'accueillir les blisters (et non la boîte) des traitements ponctuels.
  - Bien individualiser et séparer chaque médicament pour obliger la lecture du nom, DCI et du dosage.

### SELECTION DU MAUVAIS DOSAGE LORS DE LA SAISIE INFORMATIQUE



Un patient adulte est admis en hospitalisation à domicile (HAD) un vendredi.

Son traitement habituel est saisi par le médecin coordonnateur dans le logiciel de l'HAD à partir de l'ordonnance papier du médecin traitant la plus récente.

Il sélectionne un Aspégic® **1000 mg au lieu de 100 mg** sur le logiciel d'aide à la prescription.

#### CONSÉQUENCE IMMÉDIATE:

- Administration de **10 fois la dose** du médicament **pendant 3 jours** consécutifs, avant la détection de l'erreur de saisie. Pas de conséquence clinique pour le patient.

#### POURQUOI EST-CE ARRIVÉ ?

- Activité importante, plusieurs entrées le vendredi. Interruptions de tâche lors de la saisie informatique.
- Posologie possible donc absence d'alerte informatique.
- Ordonnance papier du médecin traitant **non numérisée dès sa réception** dans le dossier patient informatisé de l'HAD. Impossible de se référer à l'original de l'ordonnance ; **pas un contrôle croisé** possible lors de l'analyse pharmaceutique.
- Non implication du patient** ou de ses aidants **dans la prise en charge médicamenteuse**. Pas d'interrogation sur son traitement habituel par l'équipe soignante les trois premiers jours d'hospitalisation.

#### ACTIONS DE SÉCURITÉ POSSIBLES :

- ① Limiter le **délai de numérisation** de l'ordonnance initiale afin qu'elle soit **systématiquement disponible au moment de l'analyse pharmaceutique** ou lors du bilan de conciliation (double contrôle).
- ② **Pour toute entrée et pour tous les nouveaux patients**, re-sensibiliser l'équipe soignante HAD sur la nécessité d'une **lecture croisée** des deux prescriptions (informatisée HAD / scannée médecin traitant).
- ③ **Impliquer le patient / ses aidants** dans la vérification des traitements habituels. Alerter sans délai le médecin coordonnateur de l'HAD en cas de doute.

Proposer (via le médecin coordonnateur ou le pharmacien) au médecin traitant de substituer l'Aspégic® (ici hors indication AMM) par du Kardégic® ou du Résitune® pour supprimer ce risque de confusion.

### OUTILS



ANSM : liste des confusions de noms de médicaments (10/2016)

[http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/136/2953/2954/5964.pdf](http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/2954/5964.pdf)



OMédIT Centre VDL – Affiche : les médicaments à consonance ou à apparence semblable

[http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/136/2953/5062/10824.pdf](http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/10824.pdf)



OMédIT Occitanie – 4 fiches sur les médicaments qui se ressemblent «Look Alike/ Sound Alike»

<https://omedit-mip.jimdofree.com/securite-qualite/erreurs-medicamenteuses/medicaments-qui-se-ressemblent/>