



# Médicaments à risque

Sous-estimer le risque c'est risqué

10 juin 2021

## Ça peut aussi vous arriver

### Événement 1

#### SURDOSAGE DE TRAMADOL CHEZ UN ENFANT, ENTRAÎNANT UNE DÉTRESSE RESPIRATOIRE

*Un enfant de 8 ans est hospitalisé, en urgence, en service de chirurgie réparatrice adulte après ostéosynthèse sur fracture simple de la main. Face à la persistance de la douleur malgré des analgésiques de palier 1, et des parents inquiets, l'interne de garde prescrit du TRAMADOL. Son administration par une infirmière (IDE) entraîne une détresse respiratoire et un transfert en réanimation pédiatrique.*

##### Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'interne a prescrit 152 gouttes de TRAMADOL soit 5 à 10 fois la dose autorisée chez un enfant.

##### Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défailtantes

- L'enfant a été hospitalisé en service de chirurgie adulte, service qui n'a donc pas été organisé pour une prise en charge pédiatrique, ce qui a pour conséquence :
  - de ne pas disposer de dotation pédiatrique ni de conditionnement pédiatrique ;
  - d'avoir des professionnels peu habitués à prescrire et à administrer des médicaments à une posologie ou une forme galénique pédiatrique.
- L'interne de garde a prescrit par oral le TRAMADOL et n'a pas vérifié sa posologie.
- La confirmation écrite de la prescription n'a pas été demandée par l'IDE.
- L'IDE n'a pas réalisé la double vérification de la posologie concernant une prise en charge inhabituelle dans le service.
- Le service n'a pas rédigé de protocole pour la prise en charge de la douleur par prescription d'analgésique en post-opératoire dans les 24 h après intervention.
- L'IDE a interrompu l'interne lors de ses transmissions, dans un contexte de week-end avec une garde difficile et chargée, et en présence des parents dans la chambre de l'enfant, particulièrement inquiets face à leur enfant hyperalgique.

## ADMINISTRATION D'UN CURARE PAR ERREUR, ENTRAÎNANT UN ARRÊT RESPIRATOIRE

Une patiente de 40 ans est hospitalisée pour coloscopie sous anesthésie générale. À l'issue de la procédure, la patiente est transférée en salle de réveil. L'IADE (infirmière anesthésiste diplômée d'État) administre un antispasmodique (TRIMEBUTINE). Cette injection entraîne immédiatement un arrêt respiratoire nécessitant une intubation et une sédation avec transfert en réanimation.

### Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'IADE a administré un curare [CISATRACURIUM (10mg)] à la place de l'antispasmodique (TRIMEBUTINE).

### Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- Les règles de stockage des curares n'ont pas été respectées :
  - stockage dans le réfrigérateur des produits de santé par ordre alphabétique, mais sans distinction de dénomination commune internationale (DCI) ni des médicaments à risque comme les curares ;
  - stockage des curares non sécurisé : placés à côté des antispasmodiques ;
  - suppression de l'emballage externe de chacun des produits au sein du réfrigérateur, ne permettant plus de distinguer clairement la DCI, le dosage, la forme et la voie d'administration ;
  - dysfonctionnement de l'éclairage du réfrigérateur ne permettant pas un bon contrôle visuel.
- L'IADE n'a pas vérifié le nom du médicament avant l'injection.
- Dans un contexte particulier : l'IADE a travaillé les 2 nuits précédentes, et réalise son dernier jour de présence dans ce service, car elle est en voie de mutation.

## SURDOSAGE DE MÉTHOTREXATE ENTRAÎNANT UN DÉCÈS

Une patiente de 80 ans, hospitalisée en EHPAD, est traitée par MÉTHOTREXATE. Présentant une thrombopénie et une anémie, elle est transférée au CHU où elle décédera.

### Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Les IDE ont administré 1 comprimé par jour de MÉTHOTREXATE durant 8 jours, alors que la prescription est de 1 comprimé par semaine.

### Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- Le médicament a été sélectionné hors livret thérapeutique : le message d'alerte était donc indisponible.
- L'analyse pharmaceutique n'a pas été réalisée par absence de pharmacien.
- L'ordonnance du médecin traitant n'a pas été prise en compte.
- Les professionnels n'ont pas tenu compte de la fiche « médicament à risque » et de la gazette « pharmacie » relative au MÉTHOTREXATE diffusée dans l'établissement de santé.
- Il n'y a pas eu de double vérification par les IDE lors de la préparation du pilulier et lors de l'administration à la patiente. Une procédure de préparation/administration des médicaments à risque existe mais elle n'a pas été prise en compte car stockée au fond de l'armoire à médicaments.
- Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) du médicament n'a pas été respecté malgré la présence du VIDAL dans le dossier patient informatisé.

**Mots clés :** *latrogénie – Médicament à risque – Erreur médicamenteuse – Anesthésie – Chimiothérapie*

## Pour que cela ne se reproduise pas

L'analyse des événements indésirables graves à partir de la base REX-EIGS a mis en évidence que pour près de 250 erreurs médicamenteuses analysées, 75 % intéressent les médicaments à risque toutes catégories confondues. Les erreurs liées à un mésusage de ces médicaments ne sont pas forcément plus fréquentes mais elles ont des conséquences plus graves pour le patient. Aussi la sécurisation de leur utilisation est essentielle et implique, entre autres :

- l'identification des médicaments à risque à chaque étape de la prise en charge médicamenteuse avec notamment une liste de médicaments pour chaque secteur d'activité afin que chaque professionnel de santé ait connaissance des médicaments à risque susceptibles d'être utilisés ;
- la mise en place de barrières de sécurité à chaque étape de la prise en charge médicamenteuse pour prévenir les erreurs, telles que la standardisation des règles de prescription, de dispensation, d'administration et de stockage, l'existence de protocoles de bonnes pratiques des médicaments à risque, un prêt à l'emploi favorisé...

Ces principes restent des principes généraux applicables à tout médicament à risque. Toutefois, des recommandations de bonnes pratiques constituant des barrières de sécurité à chaque étape de la prise en charge médicamenteuse existent pour chacune des catégories de médicaments à risque.

# La collection Flash sécurité patient

La collection « Flash sécurité patient » a pour objectif d'attirer l'attention et de sensibiliser les professionnels de santé à la gestion des risques. Chaque flash est élaboré sur un risque particulier et récurrent à partir d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS), identifiés et sélectionnés dans les bases de retour d'expérience nationales des événements indésirables graves associés aux soins (REX-EIGS) ou de l'accréditation des médecins.

Ce flash s'intéresse à la survenue d'événements indésirables mettant en cause des médicaments dits à risque<sup>1</sup>.

Cette fiche relate des événements auxquels des professionnels de santé ont été confrontés et qui sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements.

**Les médicaments à risque (cf. arrêté du 6 avril 2011) sont le plus souvent des médicaments à marge thérapeutique étroite tels que anticoagulants, antiarythmiques, agonistes adrénergiques IV, digitaliques IV, insuline, anticancéreux, solutions d'électrolytes concentrées, etc. Ce sont des médicaments entraînant un risque plus élevé de causer des dommages aux patients.**

## Pour en savoir plus :

- Circulaire DGOS/PF2 n° 2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé NOR : ETSH1204322C
- Liste de médicaments de niveau d'alerte élevé de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP) [www.ismp-canada.org/fr/dossiers/HighAlertMedications\\_2012\\_FR\\_3.pdf](http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/HighAlertMedications_2012_FR_3.pdf)
- **Si je souhaite m'évaluer**  
[www.omedit-centre.fr/Formationnouveauxarrivants\\_web\\_gen\\_web/co/QCM\\_apres.html](http://www.omedit-centre.fr/Formationnouveauxarrivants_web_gen_web/co/QCM_apres.html)
- **Si ma structure souhaite s'évaluer**  
[www.anap.fr/actualites/toute-lactu/detail/actualites/outil-inter-diag-medicamentsc-evaluer-pour-evoluer/](http://www.anap.fr/actualites/toute-lactu/detail/actualites/outil-inter-diag-medicamentsc-evaluer-pour-evoluer/)
- **Si je souhaite me former**  
[www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/erreur-medicamenteuse-0?parent=6576rubrique](http://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/erreur-medicamenteuse-0?parent=6576rubrique) : analyser les erreurs médicamenteuses  
[www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201111/guide\\_outil\\_securisation\\_autoevaluation\\_medicaments\\_complet\\_2011-11-17\\_10-49-21\\_885.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201111/guide_outil_securisation_autoevaluation_medicaments_complet_2011-11-17_10-49-21_885.pdf)

La HAS remercie les OMÉDITS qui ont participé à la relecture de ce flash.

<sup>1</sup>. Arrêté du 6 avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, JORF n° 0090 du 16 avril 2011.