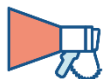


Coordination des soins associés à une préparation magistrale



Quelle problématique ?

Erreur de dose administrée en ambulatoire, suite à la réalisation d'une préparation magistrale en ville à un dosage différent de celui prescrit et délivré par l'hôpital dans le cadre de la continuité des soins



Quels produits de santé ?

- Préparations magistrales réalisées en ville
- Préparations magistrales délivrées en hospitalisation et en rétrocession

Cas clinique



Qui ?

Enfant de 7 ans, 23 kg
Maladie métabolique,
engendrant une hyper-
ammoniémie



Quoi ?

Benzoate de sodium
Préparation magistrale en gélule
2 grammes 3 fois par jour



Où et quand ?

Sortie d'hospitalisation,
rétrocession et officine de ville



Pourquoi ?

Un enfant de 7 ans est hospitalisé pour une hyper-ammoniémie associée à une maladie métabolique. Il est traité par du benzoate de sodium.

Il n'existe pas de spécialité disponible sur le marché, il est donc nécessaire de réaliser une préparation magistrale.

Le médecin rédige une prescription précisant le traitement : benzoate de sodium 500 mg gélule - prendre 2000 mg, matin midi et soir.

Le jour de la sortie, la pharmacie d'officine ne dispose pas de la préparation.

Dans le cadre de la continuité des soins, la pharmacie hospitalière rétrocède 5 jours de traitement, soit 60 gélules à 500 mg.

Elle indique sur l'ordonnance la correspondance : 2000 mg = 4 gélules par prise.

Les informations sont données aux parents de l'enfant dans le cadre de sa sortie d'hospitalisation.

Cette ordonnance est transmise à la pharmacie de ville pour la suite de la prise en charge.

Le pharmacien d'officine sous-traite la préparation magistrale à une autre officine puis délivre les gélules préparées (préparation de 1 gramme) sans corriger l'annotation portée sur l'ordonnance par le pharmacien hospitalier.

Conséquences

Les parents poursuivent l'administration en suivant les indications sur l'ordonnance soit 4 gélules/prise

**L'erreur est détectée par le médecin, 10 jours après la sortie lors d'une consultation de suivi
L'enfant a reçu le double des doses prescrites : 4 grammes/prise au lieu de 2 grammes/prise, et ce, pendant 5 jours**

Absence de conséquences cliniques pour l'enfant

Analyse

Facteurs contributifs & analyse des causes

- Spécialités pharmaceutiques non adaptées
- Sous-traitance des préparations magistrales
- Dosage des préparations différent de celui de la prescription (réalisé : 1000 mg, prescrit : 500 mg)
- Absence de modification de l'annotation sur l'ordonnance relative au nombre de prise en fonction du dosage délivré
- Défaut de communication entre pharmaciens (hôpital, officine, sous-traitant)
- Défaut d'information aux parents en officine
- Absence de traçabilité des informations transmises à l'officine par le pharmacien hospitalier

Actions correctives & immédiates

- Appeler le pharmacien d'officine
- Réaliser une surveillance clinique ainsi qu'un bilan en hôpital de jour
- Expliquer aux parents la conduite à tenir et s'assurer de leur bonne compréhension

Actions préventives & bonnes pratiques

- Standardiser la procédure de sortie d'hospitalisation : entretien de sortie (avec éducation thérapeutique), conciliation de sortie, ...
- Idéalement, transmettre les informations par messagerie sécurisée ou faxer les ordonnances à la pharmacie d'officine ou à la PUI de l'établissement assurant la suite de la prise en charge
- Appeler la pharmacie d'officine ou la PUI de l'établissement partenaire pour anticiper les préparations
- Réaliser un contrôle, par la pharmacie dispensatrice, de la conformité de la préparation à réception suite à la sous-traitance
- Rappeler l'importance d'annoter l'ordonnance s'il y a une modification du dosage du médicament dispensé
- Formaliser et tracer les informations transmises au pharmacien d'officine/PUI dans le cadre des dépannages de préparations pour la continuité des soins (DPI, Rétrocession, DMP...)
- Standardiser et formaliser la continuité des soins : informations à destination des infirmiers (traitement en stock/dotation dans le service) - autorisation, critères, méthode, traçabilité, ...
- Sensibiliser les prescripteurs, internes, et équipes de soin sur le circuit des préparations magistrales et l'importance d'impliquer la pharmacie dans les échanges ville-hôpital, transfert inter-hospitalier...
- Former les pharmaciens et préparateur en pharmacie hospitalière qui sont en rétrocession à la spécificité pédiatrique et aux circuits des préparations magistrales en ambulatoire
- Evaluer la justification de la préparation pédiatrique en l'absence de spécialités

Critères de la certification

Critère 2.2-16 Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins

Critère 2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

Pour aller plus loin

[Assurance Maladie, Modalités de prescription de préparation magistrale ou officinale : « Prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles », 2021](#)

[Article R163-1, Code de la sécurité sociale](#)

[Décret n° 2012-1201 du 29 octobre 2012 relatif à l'étiquetage des préparations et d'autres produits pharmaceutiques](#)

[ANSM, Résumé du rapport d'analyse des préparations hospitalières déclarées à l'ANSM \(période janvier 2008/ janvier 2010\) \(07/07/2022\)](#)

Boîte à outils

[ANSM, Bonnes Pratiques de Préparation – édition 2022](#)