GESTION DES RISQUES :
BASES ET STRATEGIE DE LA GSASA

Document de base et stratégie pour la gestion des risques médicamenteux par les pharmacies hospitalières suisses

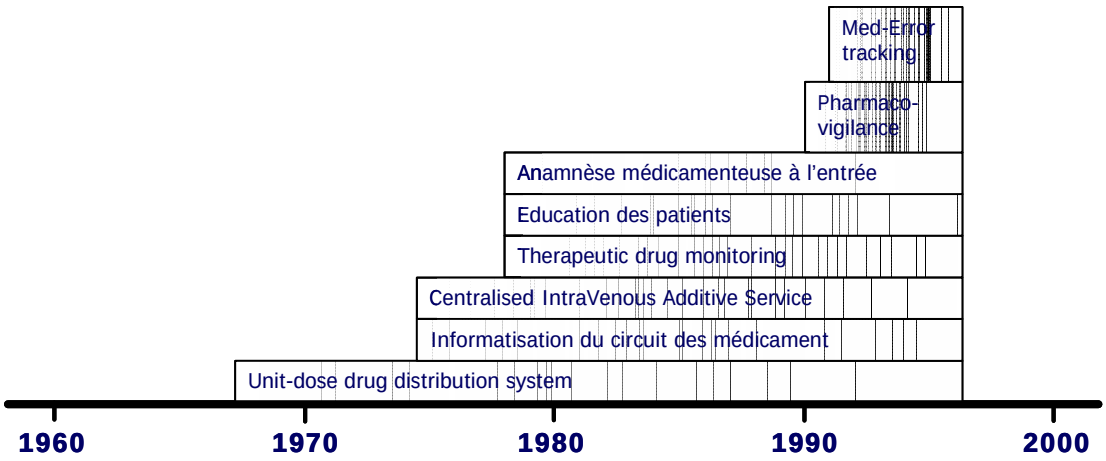
1 Introduction

Sur la base de la législation en vigueur (LAMal art. 58.3, Assurance Qualité, OAMal art. 77, Assurance Qualité), l'Office Fédéral de la Santé (OFAS) a lancé fin d'été 2000 le programme «sécurité des patients / gestion des erreurs en médecine » [1].

En décembre 2000, une taskforce a été mandatée. En avril 2001, celle-ci a présenté un paquet de mesures pour améliorer la sécurité des patients (rapport «renforcer la sécurité du système de soins de santé"). Une des conséquences a finalement été, fin 2003, la constitution de la fondation pour la sécurité des patients.

En mars 2005, l'OFAS a annoncé sa volonté de rendre obligatoire l'établissement de systèmes locaux de déclaration d'erreur et de demander que ces données soient communiquées à une instance nationale (minimal data set). De plus, l'OFAS souhaite obliger les hôpitaux à évaluer périodiquement l'amélioration de la gestion des erreurs médicales par une enquête des collaborateurs et des patients.

La gestion des risques médicamenteux à l'hôpital a toujours fait partie des missions principales des pharmacies hospitalières. Cependant, au cours des dernières décennies, le centre d'intérêt a peu à peu été déplacé des risques de fabrication à ceux de l'utilisation des médicaments en passant par les risques de la distribution. Ceci peut être illustré par l'évolution des activités des pharmaciens hospitaliers américains [2] .



En Suisse, la GSASA a manifesté sa volonté de jouer un premier rôle dans la gestion des risques médicamenteux en prenant l'initiative d'organiser un congrès national interdisciplinaire (Fribourg, avril 2001). Par ceci, elle a même été „à la pointe de la gestion du processus et du risque médicamenteux ".

Comme la gestion des risques est un aspect essentiel de la gestion de la qualité, il a été mentionné explicitement dans le concept relatif aux risques et à la sécurité du « Référentiel Qualité pour Pharmacies Hospitalières (RQPH) » que la pharmacie hospitalière devrait participer activement à diminuer les risques médicamenteux (point 1.3 a+b).

---

1 www.swiss-q.org / 23.6.05

2 ASHP national survey of pharmacy practice, 1967 - 96. In Schmitt E. *Le risque médicamenteux nosocomial*. éd. Masson. Paris 1999

2 Objectifs du concept de la GSASA pour la gestion des risques

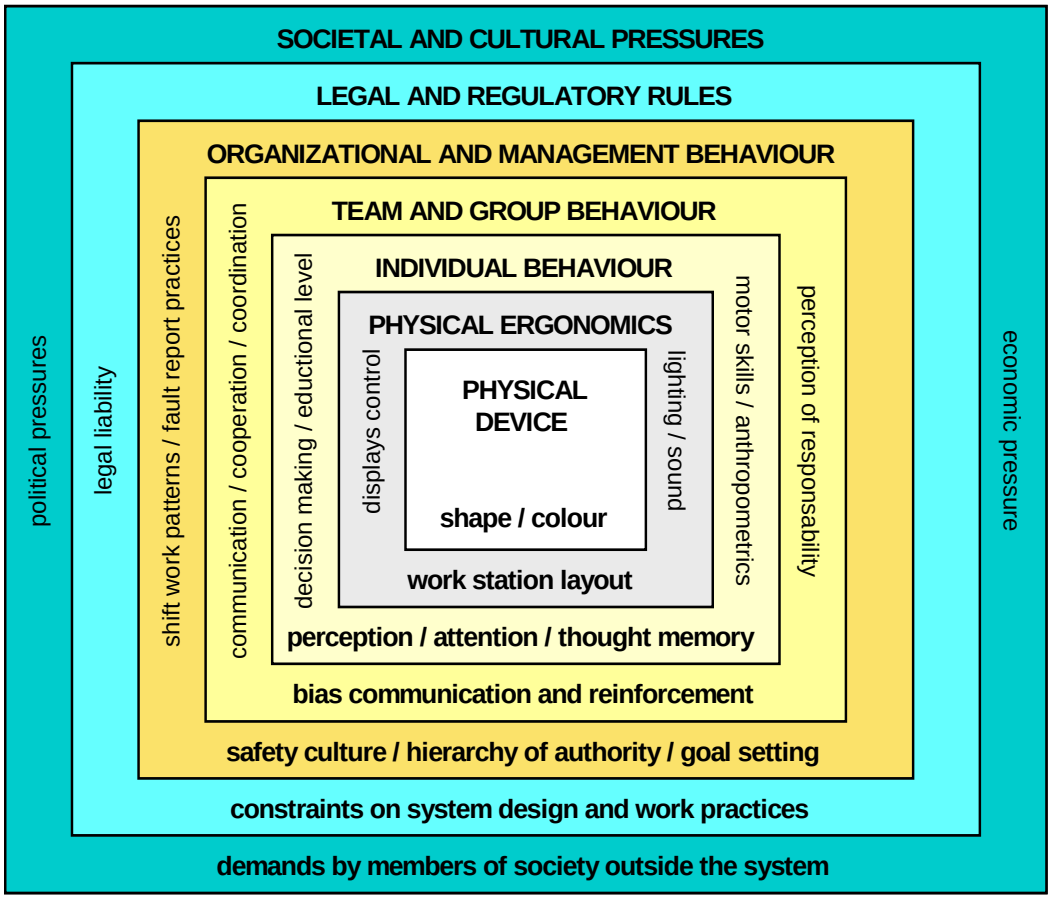
Le concept de la GSASA pour la gestion des risques doit permettre à l'ensemble des pharmaciens hospitaliers suisses a) de répondre aux besoins des patients et des professionnels de la santé à pouvoir pratiquer une pharmacothérapie sûre dans les hôpitaux et b) de jouer un premier rôle dans la „gestion du processus et du risque médicamenteux".

L'engagement des pharmaciens hospitaliers vise en particulier à prévenir des complications médicamenteuses. Pour cela, l'action, c'est-à-dire la gestion des risques, est privilégiée par rapport à la récolte de données dans ce rapport et au sein de la GSASA. A cette fin, nous indiquons quelques directives.

3 Principes du concept de la GSASA pour la gestion des risques

Le concept de la GSASA pour la gestion des risques comprend toute sorte de complications médicamenteuses (cf. chapitre 4 : terminologie) bien que l'accent soit mis sur la prévention des erreurs médicamenteuses.

Il convient de choisir une approche globale, systémique afin de viser des solutions durables [3].

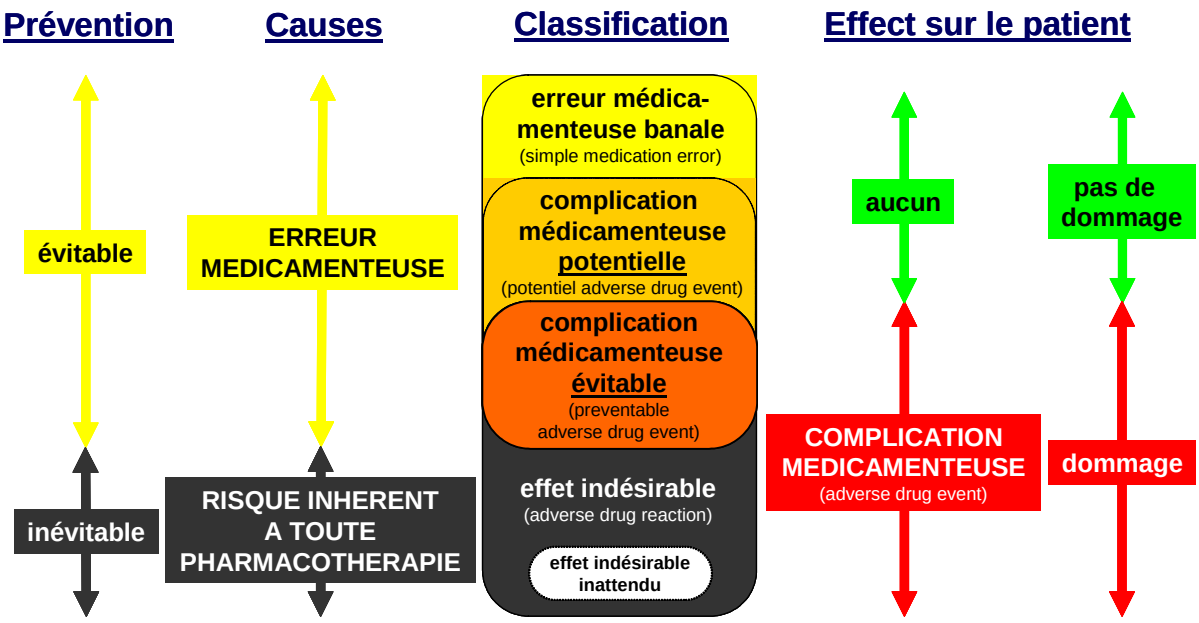


Pour ces raisons, l'accent sera plus mis sur la continuité des soins que sur le perfectionnement du système hospitalier.

[3] Gaines RB, Moray N. Development of performance measures for computer-based man-machine interfaces. DCIEM-PER-FIN 1985, Downsview, Ontario

4 Terminologie [4]

Une terminologie homogène est d'une importance fondamentale pour la pratique et la stratégie. Les termes les plus importants pour la gestion des risques médicamenteux sont décrits ci-dessous (cf. également annexe 1). Ces définitions sont adoptées par le ressort „Qualité&Sécurité".



5 Secteurs d'activité dans le domaine de la gestion des risques

Sur la base de l'expérience accumulée, les causes des complications médicamenteuses et les objectifs des activités de la GSASA dans le domaine de la gestion des risques peuvent être répartis en 12 secteurs :

Culture de sécurité
Développement industriel
Sélection et achat
Stockage
Prescription
Préparation
Dispensation
Administration
Suivi thérapeutique
Information
Education des patients
Communication

[4] D'après: Otero MJ, Schmitt E. Clarifying terminology for adverse drug events. Ann Intern Med 2005; 142(1):77-78

6 Méthode de travail

Les risques de chaque secteur d'activité sont à gérer selon les principes généraux de la gestion des risques [5] :

1. Identification des risques concernant toute la Suisse
2. Analyse des risques : fréquence x sévérité (x détectabilité)
3. Evaluation des conséquences économiques, sociales et morales
4. Définition du degré d'acceptabilité de chaque risque et des priorités d'action
5. Traitement des risques par :
   - élimination des risques / sources d'erreurs
   - diminution de la fréquence / probabilité ou de la sévérité
   - transfert vers autrui [6]
   - acceptation
6. Actions en fonction des priorités et de la planification
7. Suivi, revue et, le cas échéant, adaptation des mesures

Ad points 1 - 3)
Afin de pouvoir identifier et analyser au mieux les risques médicamenteux en Suisse, nous recommandons d'établir l'inventaire le plus complet possible d'études réalisées (articles publiés, thèses, travaux de diplôme, poster, etc.)

Ad point 4)
Pour cela, nous recommandons de définir préalablement les besoins en terme de sécurité des médicaments en Suisse. En plus, on devrait tenir compte des recommandations provisoires du groupe d'experts du Conseil de l'Europe „Safe Medication Practices" (acceptation du rapport final par le Conseil de l'Europe : vraissemblablement 2ème moitié 2007).

La définition des objectifs prioritaires et la sélection des mesures les plus appropriés pour améliorer la sécurité des traitements médicamenteux en Suisse devraient être basées sur les évidences (données) et la faisabilité. Nous distinguerons entre les mesures réalisables par les pharmaciens hospitaliers seuls et ceux qui nécessitent la collaboration avec d'autres groupes professionnels.

Ad points 5 - 6)
Sur la base de cette liste des priorités, un plan d'action devrait être établit. Les objectifs devraient être clairement formulés et, dans la mesure du possible, comprendre un délai de réalisation.

Les compétences internes de la GSASA devraient être exploitées. La coordination des activités et projets (p.ex. travaux de diplômes) à l'intérieur de la GSASA est une mesure importante afin de travailler de manière efficiente en tant que société professionnelle. Cette coordination devrait être assumée par le ressort « Qualité&Sécurité ». Les buts sont l'échange d'expérience, l'évitement de doublons et la défense de points de vue communs.

Bien qu'en Suisse, la GSASA puisse jouer un premier rôle dans le domaine de la sécurité des médicaments, elle n'arrivera pas à résoudre à elle seule tous les problèmes. Elle dépend pour son activité dans le domaine de la gestion des risques médicamenteux de bons contacts et de la collaboration avec des partenaires externes, tels que :

---

[5] D'après : Muckleston RA. Risk Management for the smaller company. The Association, 1977

[6] p.ex. assurances

	Suisse	Etranger
Pharmaciens	Autres groupes de travail GSASA SSPh Ecoles de pharmacie	EAHP ESCP
Autres professions de la santé	FMH SBK / ASI Pharmacologues cliniques	
Autorités	Swissmedic Pharmaciens cantonaux Direction de la santé	EMEA
Industrie pharmaceutique	Interpharma VIPS	
Organisations	Fondation pour la sécurité des patients SAS / CHDM H+ Assurances et réassureurs	Conseil de l'Europe

Ces relations devraient être soignées d'une part, afin de disposer des informations nécessaires pour une orientation stratégique correcte des activités de la GSASA et d'autre part, afin de pouvoir faire valoir les concepts et idées de la GSASA.

Voici quelques exemples de mesures d'amélioration possibles (une liste plus exhaustive se trouve dans l'annexe 2) :

Culture de sécurité : créer un climat de confiance et d'apprentissage permanente à l'intérieur de la pharmacie, éviter les blâmes et critiques personnelles, …

Développement industriel : documentation et communication des défauts et souhaits, lobbying auprès des autorités et l'industrie, …

Sélection et achat : liste de médicaments restrictive, politique d'achat pour les produits look- et sound-alike, évaluation des risques d'erreurs, …

Stockage : assurer la validité des produits, diminuer le risque de confusion notamment des produits à haut risque, …

Prescription : mise à disposition d'information pharmacologique et pharmaceutique pertinente, restructuration des feuilles d'ordres médicaux, informatisation de la prescription, …

Préparation : CIVAS, recommandations pour la manipulation des médicaments parentéraux, …

Dispensation : double-contrôle systématique pour les médicaments à haut risque, automatisation, …

Administration : identification des patients et des doses à administrer, prévention des interactions et incompatibilités, …

Suivi thérapeutique : étude des dossiers médico-infirmiers sur la base des connaissances des schémas thérapeutiques en vigueur et des profils des médicaments, suivi des erreurs médicamenteuses et des effets indésirables, …

Information : mise à disposition de l'information officielle et d'information indépendante de l'industrie, information des utilisateurs au moment du besoin, ….

Education des patients : intégrer le patient dans la chaîne du médicament, lui expliquer l'essentiel de ses médicaments, favoriser l'adhérence, …

Communication : établir une relation de confiance avec les utilisateurs, assurer la communication avec la pharmacie de référence du patient, …

Annexe 1

Terminiologie générale

complication = événement indésirable
(adverse event, AE)

Un préjudice causé par un acte médical (action ou omission), plutôt que par la maladie ou l'état sous-jacent du patient.

An injury caused by medical management (commission or omission) rather than by the underlying disease or condition of the patient.

[Kohn LT, et al. To Err is Human. Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press: 2000]

complication grave = événement indésirable grave
(serious adverse event, sAE)

Un événement indésirable / une complication résultant dans un préjudice grave pour le patient : provoquant le décès, mettant en danger la vie du patient, provoquant ou prolongeant une hospitalisation, causant une invalidité ou incapacité durable, défaut congénital.

An adverse action which results in death, is life-threatening, requires inpatient hospitalisation or prolongation of existing hospitalisation, results in persistent or significant disability or incapacity, or is a congenital anomaly/birth defect.

[Kohn LT, et al. To Err is Human. Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press: 2000]

erreur
(error)

L'échec d'exécuter une action planifiée selon l'intention (erreur d'exécution) ou l'utilisation d'un plan inapproprié pour atteindre un but (erreur de planification).

The failure of a planned action to be completed as intended (error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (error of planning).

[Kohn LT, et al. To Err is Human. Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press: 2000]

Terminologie spécifique aux médicaments

Pour éviter des confusions, le ressort « qualité&sécurité » recommande de n'utiliser que les termes en majuscules et mis en surbrillance. Des synonymes français et les termes anglais originaux *(en italique)* sont mentionnés à titre d'information.

COMPLICATION MEDICAMENTEUSE = événement médicamenteux indésirable
(adverse drug event, ADE)

Un dommage ou préjudice, petit ou grand, causé par l'utilisation ou la non-utilisation d'un médicament.

An injury, large or small, caused by the use (including non-use !) of a drug.

[Leape LL, Kabcenell A, Berwick DM and Roessner J. Reducing adverse drug events. Breakthrough series Guide Institute for Healthcare Improvement, Boston, 1998. 84-91]

EFFET INDESIRABLE = complication médicamenteuse inévitable
(non preventable adverse drug event = adverse drug reaction = ADR)

Un événement indésirable médicamenteux, survenu malgré l'utilisation correcte du médicament, reflète le risque inhérent de médicaments et ne peut pas être évité sur la base des connaissances actuelles. Il est appelé effet indésirable.
Un effet indésirable est une réponse néfaste et non voulue à l'utilisation d'un médicament à des doses normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou la thérapie d'une maladie ou pour la modification de fonctions physiologiques.

An ADE that occurs despite proper usage reflects the inherent risk of drugs and cannot be prevented given the current state of knowledge. It is called Adverse Drug Reaction (ADR).
This is a response to a drug which is noxious and unintended, and which occurs at doses normally used in man for the prophylaxis, diagnosis, or therapy of disease, or for the modification of physiological function.

[Otero MJ and Dominguez-Gil A. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. Farmacia Hospitalaria, 2000, Vol.24, n°4, p.258-266. / WHO Technical Report No 498 (1972)]

↳ **EFFET INDESIRABLE INATTENDU = complication médicamenteuse inévitable inattendue**
(unexpected adverse drug reaction)

Un effet indésirable dont la nature, la sévérité ou le résultat ne correspondent pas au résumé des caractéristiques du produit (≈ Compendium).

An ADR, the nature, severity or outcome of which is not consistent with the summary of product characteristics.

[Otero MJ and Dominguez-Gil A. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. Farmacia Hospitalaria, 2000, Vol.24, n°4, p.258-266]

ERREUR MEDICAMENTEUSE
(medication error, ME)

Tout événement évitable qui peut causer ou mener à une utilisation inadéquate d'un médicament ou une lésion du patient pendant que le médicament est sous contrôle des professionnels de la santé, du patient ou du consommateur.
Ces événements peuvent être liés à la pratique professionnelle, aux produits, procédures et systèmes, y compris la prescription; communication des ordres; étiquetage, emballage, nomenclature; dispensation, distribution; administration; formation; suivi thérapeutique; et utilisation.

Any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm while the medication is under the control of the health care professional, patient or consumer.
Such events may be related to professional practice, health care products, procedures, and systems, including prescribing; order communication; product labeling, packaging and nomenclature; compounding; dispensing; distribution; administration; education; monitoring; and use.

[www.nccmerp.org/pdf/taxo2001-07-31.pdf]

↳ **ERREUR MEDICAMENTEUSE BANALE**
(simple medication error)

Une action erronée ou un acte d'omission sans risque de préjudice pour le patient parce qu'il n'a d'office aucun potentiel de causer un préjudice ou qu'il doit nécessairement être intercepté et corrigé avant qu'il parvient jusqu'au patient.

[P.Muff]

↳ **COMPLICATION MEDICAMENTEUSE POTENTIELLE = événement médicamenteux potentiel**
(potential adverse drug event = near miss)

Une action ou un acte d'omission qui aurait pu avoir un préjudice pour le patient mais qui ne l'a pas fait par chance, prévention ou modération.
C'est une erreur médicamenteuse grave, une qui a le potentiel de causer un événement médicamenteux / une complication, mais ne l'a pas fait par chance ou parce qu'elle a été interceptée et corrigée.

An act of commission or omission that could have harmed the patient, but did not so as a result of chance, prevention or mitigation.
A serious medication error, one that has the potential to cause an adverse drug event, but did not, either by luck or because it was intercepted and corrected.

[Kohn LT, et al. To Err is Human. Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press: 2000]

↳ **COMPLICATION MEDICAMENTEUSE EVITABLE**
(preventable adverse drug event)

Un événement médicamenteux / une complication médicamenteuse pouvant être imputé à une erreur.

An ADE attributable to an error.

[Kohn LT, et al. To Err is Human. Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press: 2000]

Annexe 2

1. **CULTURE DE SÉCURITÉ : c'est la somme de la conscience des risques, de confiance, d'ouverture d'esprit, d'équité, d'absence de blâmes et de volonté d'apprendre.**

   - Donner priorité à la sécurité (des patients, du personnel, …)
   - Accepter ses propres erreurs ainsi que celles des collègues et collaborateurs et les annoncer
   - Etudier le comportement humain (human factor) et les principes de gestion des risques
   - Approcher les problèmes de manière systémique
   - Enseigner ce qu'est une erreur, une presqu'erreur ("near-miss"), ce qu'est la vision systémique
   - Enseigner aux cadres comment réagir en cas d'erreur
   - Enseigner à utiliser les presqu'erreurs ("near misses") pour s'améliorer
   - Elaborer des protocoles à suivre lors de la survenue d'un incident (personnes à contacter, mesures à prendre, information au patient etc...)
   - Créer des groupes multidisciplinaires de réflexion prospective sur des risques potentiels et d'analyse et de gestion des incidents
   - Chercher de manière « scientifique » le « pourquoi » d'un incident quelconque
   - Faire preuve d'ouverture d'esprit, d'équité et de sens de justice
   - Communiquer fréquemment ainsi que de manière bienveillante et constructive avec tous les niveaux hiérarchiques
   - Chercher avant tout des solutions organisationnelles aux problèmes identifiés
   - Partager ses expériences avec autrui
   - Informer de façon régulière tout le personnel des incidents survenus et des mesures prises

2. **DÉVELOPPEMENT INDUSTRIEL : entre autres, optimisation des emballages et des libellés des médicaments ainsi que de la nomenclature des noms commerciaux et des noms DCI, en collaboration avec les autorités et l'industrie.**

   - Définition des besoins (hospitaliers) : p.ex. dosages et formes galéniques, médicaments à haut risque prêts-à-l'emploi ; nom DCI en majuscules sur les emballages secondaires
   - Documentation et communication des défauts et souhaits
   - Création d'alliances avec les confrères et les utilisateurs (médecins, soignants, …) afin de faire du lobbying commun auprès des autorités et de l'industrie pharmaceutique
   - Participation au programme Question-E.R.R. (look-alike, sound-alike) de l'Institut of Safe Medication Practices (ISMP ; www.mederrs.com/RevReq.asp)

3. **SÉLECTION ET ACHAT : Sécurisation de la sélection et de l'achat des produits pour la liste, entre autres, par une évaluation des risques d'erreurs médicamenteuses.**

   - Limitation du nombre de produits sur la liste des médicaments de l'hôpital
   - Intégration d'une évaluation des risques d'erreurs dans le processus de sélection (p.ex. AMDEC)
   - Intégration de représentants des soignants dans la commission des médicaments afin d'intégrer également les critères importants pour la manipulation des produits
   - Définition et application d'une politique d'achat pour les produits look- et sound-alike
   - Pression "économique" sur l'industrie pharmaceutique à travers les représentants : pondération importante, voire décisive de ces critères pour la sélection de produits
   - Evaluation des fournisseurs, entre autres selon les critères « standard de qualité » et

« fréquence des ruptures de stock »
- Mesures accompagnatrices à certaines mesures organisationnelles p.ex. l'utilisation d'une liste de médicaments limitée (gestion des changements dans la liste, gestion des différentes noms, utilisation des médicaments des patients, etc)
- Assurance de la disponibilité de médicaments orphelins
- La sécurité d'abord ! La sécurité peut avoir un coût !

4. **STOCKAGE : Sécurisation du stockage de médicaments à la pharmacie et dans les zones de soins des hôpitaux et en ambulatoire (assurance de la validité des produits, prévention des confusions).**

Pharmacie :
- Assurance des stocks minimaux des produits importants (stocks de sécurité)
- Assurance de la chaîne du froid y compris contrôle des températures de stockage
- Assurance de la sécurité de stockage (type de classement, séparation des look-alike, marquage des emplacements, …)
- Sécurisation de la manipulation des produits à haut risque (localisation, étiquettes de marquage, instructions de travail, …)

Zones de soins :
- Assurance de la chaîne du froid y compris contrôle des températures de stockage
- Restriction des stocks des médicaments, notamment de ceux à haut risque afin d'assurer une orientation aisée et de diminuer le risque de confusion (p.ex. adrenaline, amiodarone, antidiabetiques oraux, anticoagulants oraux, benzodiazepines, calcium i.v., chloralhydrate, digoxine, héparine, insuline, lidocaine, magnésium i.v., myorelaxants, narcotiques, opiacées, phosphate, potassium i.v., théophylline, cytostatiques)
- Focalisation sur les médicaments look-alike : éviter, marquer, séparer, déplacer

5. **PRESCRIPTION : Sécurisation de la prescription, entre autres, par la disponibilité d'un dossier patient complet, la prescription électronique, des aides à la décision et des pharmaciens cliniciens.**

- Anamnèse médicamenteuse complète
- Saisi des hypersensibilités / allergies connues aux médicaments
- Proposition d'un dossier patient informatisé ou, au moins, unique
- Transmission des connaissances et de l'expérience sous forme de règles simples
- Mise à disposition d'informations pertinentes et d'aides à la décision
- Assurances des adaptations posologiques (insuffisance rénale et hépatique, personnes âgées) et prise en compte des interactions
- Introduction d'un double-contrôle systématique par un collègue / spécialiste / patient / pharmaciens clinicien / …
- Standardisation et restructuration de la feuille d'ordre médical
- Rappel de l'importance d'une rédaction de la prescription : complète, correcte, traçable, lisible
- Informatisation de la prescription afin d'augmenter la lisibilité des ordres et de diminuer le risque d'erreurs de transcription

6. **PRÉPARATION : Sécurisation de la préparation, par la minimisation des préparations dans les zones de soins et la mise à disposition de médicaments prêts-à-l'emploi.**

- Application des GMP
- Introduction d'un Centralised Intra-Venous Additive Service (CIVAS), en priorité pour :
  - les patients particulièrement sensibles, p.ex. les enfants

  - médicaments à haut risque, p.ex. cytostatiques
- Amélioration de l'identification des produits « faits maison », cf. projet Thésée CHUV-HUG
- Standardisation des informations pour la préparation des autres médicaments parentéraux par les soignants, p.ex. fichier perfusion

7. **DISPENSATION : Sécurisation de la dispensation, par une diminution du nombre d'erreurs par l'utilisation de systèmes de dispensation automatisés et une augmentation de la capacité d'intercepter les erreurs.**

- Introduction d'un double-contrôle systématique pour les médicaments à haut risque par un collègue / patient / pharmacien
- Décentralisation (USA, CH, …) : systèmes de dispensation automatique de médicaments, p.ex. Pyxis, ServeRx
- Centralisation (US, SP, …) : p.ex. unit-dose drug distribution system, Swisslog

8. **ADMINISTRATION : Sécurisation de l'administration, entre autres, par des libellés de médicaments clairs et lisibles jusqu'aux patients, l'utilisation de codes à barres, et le travail selon des procédures standardisés.**

- cf. pt 2 (libellé)
- Amélioration de l'identification des produits « faits maison », cf. projet Thésée CHUV-HUG
- Assurance de l'identification des patients
- Introduction d'un double-contrôle systématique par un collègue / spécialiste / patient / pharmaciens clinicien / …
- Information et motivation de la direction de l'hôpital de faire une démarche qualité institutionnelle
- Standardisation des informations pour l'administration des médicaments parentéraux par les soignants, p.ex. fichier des médicaments injectables
- Prévention des interactions médicament-médicament et médicament-repas lors de la libération et l'absorption du principe actif
- Prévention des incompatibilités lors d'administrations parentérales
- Assurance de l'administration correcte des médicaments à travers des sondes
- Standardisation les horaires d'administration des médicaments
- Préparation adéquate des médicaments avant leur distribution (fractions de comprimés, solvants pour les injectables,...)

9. **SUIVI THÉRAPEUTIQUE : Sécurisation du suivi thérapeutique, entre autres, par des revues régulières de la pharmacothérapie et la détection proactive de complications médicamenteuses (= ADE).**

- Acquisition de solides connaissances des schémas thérapeutiques en vigueur et des profils des médicaments
- Etude des dossiers médico-infirmiers par un spécialiste en pharmacothérapie
- Participation d'un spécialiste en pharmacothérapie à la visite médicale
- Faire respecter les délais de prélèvement pour le TDM
- Effets indésirables inattendus : détection et rapport (cf. Thèse de R. Schlienger)
- Erreurs médicamenteuses : détection et rapport (p.ex. Réseau Epidémiologique de l'Erreur Médicamenteuse (REEM ; http://www.sphinxonline.net/REEM/erreurs/erreurs.hyp?query=input&form=2), Krankenhauspharmazie, GSASA-News)

- Participation à la commission interne des incidents cliniques
- Définition de critères standardisés pour la saisie d'incidents critiques (p.ex. CIRS ou liste des complications du Dr Stäubli)

10. **INFORMATION : Mise à disposition d'informations indépendantes et à jour à l'intention des professionnels de la santé et des patients. Celle-ci doit être prise en considération, en plus des informations sur le patient, au moment de la prescription, la dispensation et l'administration de médicaments.**

    - Lobbying auprès de Swissmedic et Documed en faveur d'informations officielles objectives et immédiatement compréhensibles
    - Mise à disposition du Compendium à jour à l'intention des équipes médico-infirmières
    - Infovigilance entre autres via le journal GSASA
    - Formation continue personnelle sur la base de revues indépendantes (p.ex. Prescrire, Pharma-Kritik, Arznei-Telegramm, Medical Letter, Australian Prescriber, …)
    - Information des utilisateurs au moment du besoin, p.ex. pharmacie clinique
    - Simplification et standardisation des informations pour la préparation, l'administration et le suivi thérapeutique des médicaments parentéraux par les soignants, p.ex. fichier des médicaments injectables
    - Création de fiches d'information pour les médicaments étrangers et les médicaments ne figurant pas dans le Compendium

11. **EDUCATION DES PATIENTS : Education des patients pour utiliser les médicaments de manière plus sûre, considérant le patient comme un partenaire actif dans le processus thérapeutique.**

    - Evaluation et utilisation des capacités résiduelles des patients p.ex. lors du one-stop-dispensing comme en Angleterre (cf. UK Audit Commission « A spoonful of sugar – medicines management in NHS hospitals », 18.12.2001 ; http://www.audit-commission.gov.uk/reports/AC-REPORT.asp?CatID=&ProdID=E83C8921-6CEA-4b2c-83E7-F80954A80F85)
    - Utilisation de l'expérience des patients chroniques lors du choix d'une thérapie
    - Explication du traitement médicamenteux au patient afin de prévenir des erreurs de distribution / d'administration et d'augmenter son adhérence après la sortie de l'hôpital
    - Commentaire de l'ordonnance de sortie afin d'augmenter son adhérence

12. **COMMUNICATION : Sécurisation de la communication entre professionnels de la santé sur le traitement médicamenteux d'un patient.**

    - Augmentation de la quantité de communication !
    - Etablissement d'une relation de confiance pharmacien - médecin / infirmière, p.ex. cercles de qualité
    - Entraînement du fonctionnement de groupe
    - Etablissement commun de check-listes pour l'anamnèse médicamenteuse lors de l'admission et pour la sortie de l'hôpital
    - Restructuration des formulaires afin de favoriser une transmission d'informations rapide et claire
    - Prendre contact avec la pharmacie d'officine de référence du patient avant sa sortie (p.ex. à l'aide d'un Pharm-Fax) afin d'assurer la continuité des soins
    - Développement d'un dossier patient informatisé
    - Cartes de santé patient

Annexe 3

Mission et organisation du ressort „Qualité & Sécurité“ de la GSASA

Mission

Dans le domaine de la gestion des risques, le ressort „Qualité & Sécurité“ remplit trois missions :

1. Thinktank
2. Coordination des projets de gestion des risques à l’intérieur de la GSASA
3. Coordination des activités de gestion des risques de la GSASA vers l’extérieur

Organisation

La gestion des risques est intimement liée au management de la qualité. Pour cette raison, le thème „gestion des risques“ devrait également être traité par le ressort qualité. Celui-ci a déjà été constitué de manière représentative pour le développement du Référentiel Qualité pour la Pharmacie Hospitalière. Néanmoins, le ressort devrait dorénavant s’appeler ressort „Qualité & Sécurité“.

Afin de pouvoir assumer les deux missions, d’autres pharmaciens hospitaliers peuvent être intégrés dans le ressort.

La représentation dans le comité de la GSASA est en principe assurée par le responsable principal du ressort „Qualité & Sécurité“. Le cas échéant, celui-ci peut se faire remplacer par le responsable de la gestion des risques.

Responsabilité du comité de la GSASA dans le domaine de la gestion des risques

Etant donné l’importance stratégique du thème, le soutien des activités ainsi que le marketing des résultats par le comité relève sont cruciaux.

Berne, le 20 novembre 2006 :

Ressort « Qualité & Sécurité » : Dr Peter Wiedemeier, Dr Patrik Muff, Dr Johnny Beney, Dr Marco Bissig, Dr Laurence Cingria, Dr Markus Lampert, Dr Ruth Leu Marseiler