

Analyse d'un programme de gestion des risques et événements indésirables (ProGREI) dans une unité d'hémo-oncologie pédiatrique

Laurence Willemin (1), Ermindo Di Paolo (2), Maja Beck Popovic (1)

(1) Unité d'hémo-oncologie pédiatrique, Département médico-chirurgical de Pédiatrie ; (2) Service de Pharmacie, CHUV, 1011 Lausanne

Introduction

Le DMCP (Département médico-chirurgical de Pédiatrie) a mis au point en 2005 un Programme de Gestion des Risques et des Evénements Indésirables (ProGREI), qui est une base de données sur laquelle sont recensés les événements indésirables survenant dans ce département. L'objectif de ce programme s'inscrit dans une démarche de qualité et de sécurité des soins. Le but de l'étude actuelle est d'analyser après 4 ans les incidents qui concernent l'unité d'hémo-oncologie.

Méthode

L'analyse porte sur les événements annoncés entre le mois de novembre 2005 (date d'entrée en vigueur de ProGREI) et le mois de novembre 2009. L'évaluation des événements indésirables recensés est basée sur la caractérisation de l'erreur médicale qui a été traduite en français et adaptée par le Réseau Epidémiologique de l'Erreur Médicamenteuse (REEM) à partir de la taxonomie du NCC MERP (National Coordinating Council for Medication Errors Reporting and Prevention) [1]. Les données les plus pertinentes ont été analysées sous forme de statistiques descriptives.

Résultats

113 événements indésirables ont été recensés, dont 87 comme erreurs médicamenteuses notées en hospitalisation. 37/87 (43%) erreurs sont survenues pendant l'étape d'administration du médicament, 14/87 (16%) pendant la transcription des ordres et 10/87 (11%) pendant la prescription du traitement (Figure 1). Dans la majorité des cas il s'agit d'erreur de dosage 27/87 (31%), suivi d'oubli d'administration 21/87 (24%), dans une moindre mesure d'erreur de débit de perfusion 9/87 (10%) ou de technique d'administration 7/87 (8%) (Figure 2). 73/87 (84%) des erreurs ont eu des conséquences cliniques légères, 9/87 (10%) des conséquences moyennes et 0/87 (0%) des conséquences sévères. Cette distribution correspond à celle obtenue en utilisant la classification internationale, les catégories A-I de la taxonomie NCC MERP (Figure 3). Pour 5/87 (6%), la gravité de l'erreur n'a pas pu être déterminée. Le corps infirmier a été impliqué dans 79/87 (91%) et les médecins dans 12/87 (14%) des cas. Dans 30% des erreurs médicamenteuses les parents en ont été avisés. En cas de préjudice temporaire, l'information a été transmise aux parents dans 3/6 (50%) événements et en cas de préjudice temporaire et allongement du temps de séjour dans 3/3 (100%) événements. L'anonymat de l'annonceur n'a été gardé que dans 40% des cas.

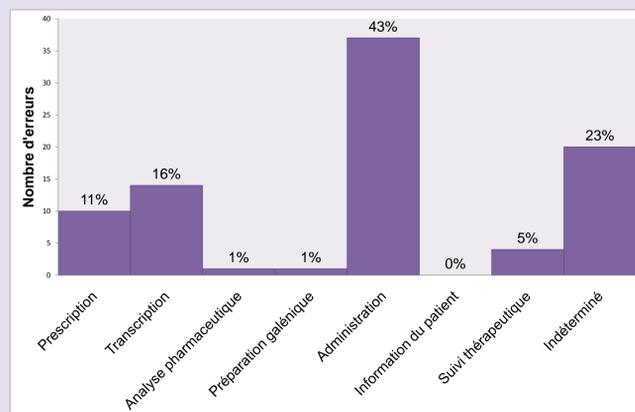


Figure 1: Etape de survenue de l'erreur dans le circuit du médicament

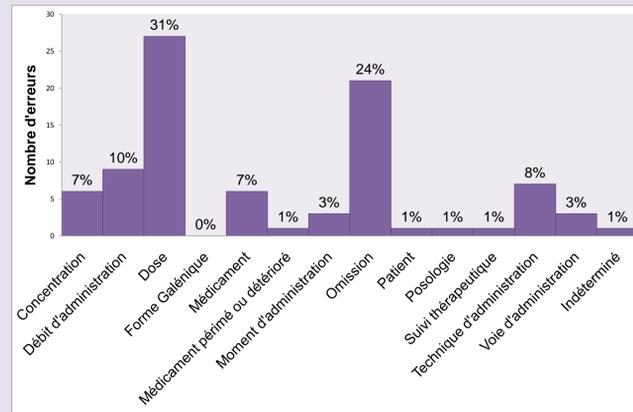


Figure 2: Types d'erreurs

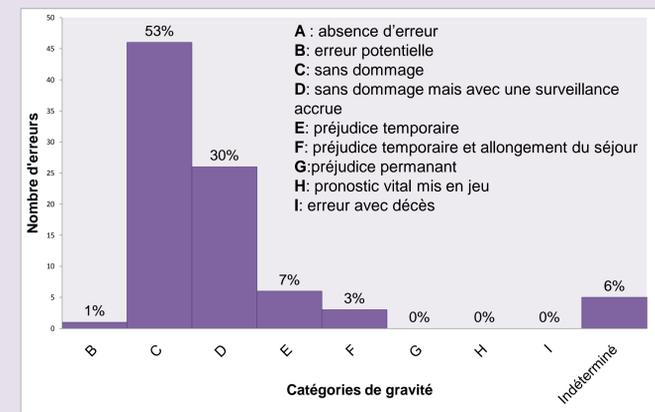


Figure 3: Gravité des conséquences cliniques pour le patient selon la classification NCC MERP

Discussion

La majorité des incidents annoncés sont des erreurs médicamenteuses qui, bien que la plupart soient mineures, sont par définition évitables. Il s'agit en général d'erreurs de dose et d'omission qui se produisent lors de l'administration ou de la transcription. Les annonceurs principaux sont les infirmiers, qui, pour la plupart, ne gardent pas leur anonymat. Seulement 30% des erreurs médicamenteuses ont été communiquées aux familles.

En conclusion, l'informatisation des traitements médicamenteux est indispensable pour éviter des erreurs de prescription et transcription, ainsi qu'une meilleure formation des médecins dans la déclaration de l'erreur et l'information aux familles.

Référence

1. Schmitt E et al. *Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse*, Société Française de Pharmacie Clinique. 2006 (<http://adiph.org/sfpc>).

