

Erreurs médicamenteuses aux soins intensifs, incidence, analyse, recherche des causes et perspectives d'amélioration.

Emmanuel Bensimon
Supervision : Dr J. Beney

Contexte et intérêt clinique

Les erreurs médicamenteuses peuvent provoquer des préjudices au patient et engendrer des coûts importants. Ces erreurs sont fréquentes en milieu hospitalier et plus particulièrement dans les unités de soins intensifs. Comme ces patients sont plus vulnérables, les risques de préjudices sont plus grands. Les études consacrées aux erreurs médicamenteuses en soins intensifs sont rares. Les différences d'organisation et le manque de standardisation dans les définitions et la méthodologie ne permettent pas de transposer les résultats de ces publications à la situation locale. Une partie des erreurs serait évitable, surtout à la prescription, mais très peu à l'administration. Pour réduire les erreurs, il faudrait améliorer le niveau de connaissance des médicaments employés, des données du patient (en rapport avec sa médication), perfectionner la communication orale et écrite (qualité et exhaustivité de la prescription) et éviter les risques de confusion entre les produits. La suppression des étapes de transcription et la standardisation des processus sont également des moyens de prévenir les erreurs.

Description

Ce travail constitue la partie observationnelle d'une étude visant à vérifier l'impact sur le taux d'erreurs médicamenteuses d'une modification des documents de prescription et de planification de la pharmacothérapie.

Situation

Service des soins intensifs dans un hôpital public (Hôpital de Sion).

Méthode

Les données sont collectées à partir des documents en cours d'utilisation et avec la possibilité d'interroger le médecin ou l'infirmier (ère) pour confirmer les erreurs constatées.

Objectifs primaires

Mesure du taux d'erreurs par médicament et du taux d'erreurs par journée patient.

Objectifs secondaires

Distribution des types d'erreurs, des médicaments et des voies d'administration les plus souvent impliqués dans les erreurs. Relation entre le taux d'erreurs et le motif ou le jour d'hospitalisation, imputabilité des erreurs mineures dans la réalisation des erreurs réelles cliniquement significatives, corrélation entre charge de travail médico-infirmier et taux d'erreurs.

Résultats

Le taux d'erreur moyen mesuré est de 5%. Il faut environ 1.5 jours ou 20 médicaments pour qu'un patient soit exposé à une erreur. Les médicaments non administrés ou encore administrés alors que la prescription est interrompue constituent 53% des erreurs. Huit groupes de médicaments contenant dix-neuf principes actifs représentent le 80% des erreurs et plus de la moitié des produits utilisés. Parmi les produits les plus incriminés, certains sont très fréquemment utilisés comme les électrolytes concentrés (11.4% des erreurs), les anti-ulcéreux gastriques (10.5%), l'insuline rapide (7.5%) ou l'héparine (7%). Mais d'autres sont peu utilisés comme les anti-asthmatiques (21% des erreurs) et les bêtabloqueurs (5%). Ces produits peuvent être affectés au premier plan par des types d'erreurs non majoritaires comme des erreurs de cible thérapeutique pour l'insuline (61% d'erreurs de cible pour ce produit), particulièrement chez le patient de chirurgie cardiaque (23% d'erreurs de cible chez ces patients), des erreurs de voie pour les bêtabloqueurs, lorsque des formes galéniques complexes sont administrées par sonde nasogastrique (58% des erreurs pour ce produit), des erreurs de débit pour l'héparine (50% des erreurs pour ce produit). Si l'on considère le nombre de médicaments administrés, la voie intravasculaire, bien que très utilisée en soins intensifs, est peu incriminée dans les erreurs (66% des médicaments et 6% des erreurs). La voie aérosol (anti-asthmatiques) est au contraire très fortement incriminée dans des erreurs de fréquence, probablement par banalisation de cette voie (3% des médicaments et 64% des erreurs). L'administration des anti-ulcéreux gastriques est souvent oubliée (54% des erreurs pour ce produit), spécialement chez les patients traumatisés (incl. trauma crânien) (19% de ce type d'erreur chez ces patients). Le jour d'hospitalisation ne semble pas influencer le risque d'erreur. Parmi les erreurs mineures (dont les erreurs formelles) certaines favorisent de manière statistiquement significative la survenue des erreurs réelles cliniquement significatives. Une forte proportion d'erreurs de transcription conduit à ce que 19% des médicaments du plan de soins contiennent une erreur potentiellement significative. Les infirmiers (ères) parviennent à intercepter une forte proportion de ces erreurs (50 à 99% selon les types d'erreurs) et ne génèrent que très peu d'erreurs lorsque le plan de soins n'en contient pas (0.1 à 2.6% selon les types d'erreurs).

Conclusions

Dans notre contexte, nous avons observé que les erreurs médicamenteuses sont effectivement dépendantes de la qualité rédactionnelle de la prescription et des erreurs de transcription. La feuille d'ordre contient des ordres souvent incomplets, notamment pour la voie d'administration qui est absente dans plus de 66% des cas. Les erreurs sur la feuille d'ordre ont tendance à se répliquer sur le plan de soins. Le planning infirmier ne parvient pas à remplir son rôle : il est rarement à jour et contient souvent des erreurs potentiellement cliniquement significatives. Comme les unités de soins intensifs utilisent relativement peu de médicaments différents, il est possible d'envisager une préimpression et une structuration des documents (zones dédiées à des informations spécifiques disposées dans un ordre logique). Ainsi l'augmentation de la qualité de la prescription et de la documentation du plan de soins (lisibilité, exhaustivité, doses et unités standards, reprise des protocoles, etc...) pourrait contribuer à la sécurisation du processus sur tous les plans prioritaires. La fusion de la feuille d'ordre et du plan de soins supprimerait l'étape sans valeur de la transcription qui génère un fort taux d'erreurs potentiellement cliniquement significatives.