

# ANALYSE ET EVALUATION DES INCIDENTS MEDICAMENTEUX AU CHU DE LIEGE

L. Bottari<sup>(1)</sup>, D. Maesen<sup>(2)</sup>, X. Gerard<sup>(3)</sup>, T. Van Hees<sup>(3,\*)</sup>

<sup>(1)</sup> Faculté de Pharmacie de Marseille; <sup>(2)</sup> Pharmacie Hospitalière, CHU de Liège;

<sup>(3)</sup> Service de Pharmacie Clinique, CHU de Liège; <sup>(\*)</sup> correspondance : tvanhees@chu.ulg.ac.be

## 1. Introduction

L'erreur médicamenteuse (EM) se définit comme tout écart par rapport à ce qui aurait du être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient [1]. On reconnaît généralement que 100 EM donneront lieu à un événement indésirable médicamenteux (EIM), et que sur 100 EIM, un est susceptible d'être fatal [2]. Au CHU de Liège, les erreurs médicamenteuses sont notifiées sur base volontaire à l'aide d'un document disponible sur l'intranet.

## 2. Objectifs

Le but de ce travail visait à sensibiliser le personnel soignant, la direction administrative et la direction médicale à la problématique des erreurs médicamenteuses. Le second objectif était d'évaluer la perception de différentes catégories de personnel sur la gravité des erreurs médicamenteuses, et les solutions à mettre en place pour éviter qu'elles ne se reproduisent.

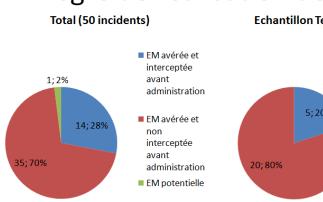
## 3. Méthodologie

Cinquante déclarations d'incidents médicamenteux ont été collectées entre janvier 2007 et février 2009. Ces 50 déclarations d'incident ont été caractérisées selon la méthode REMED proposée par la SFPC [3].

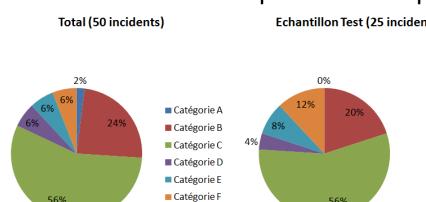
D'autre part, 25 incidents ont été détaillés et soumis pour évaluation à 3 catégories de professionnels (2 médecins, 2 infirmiers chef de salle et 2 pharmaciens). Ceux-ci devaient se prononcer sur la gravité de l'erreur et les solutions possibles au moyen du questionnaire ci-dessous.

## 4. Résultats et Discussion

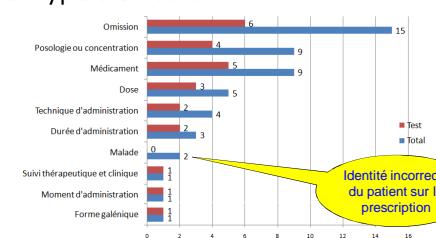
### 1. Degré de réalisation de l'erreur



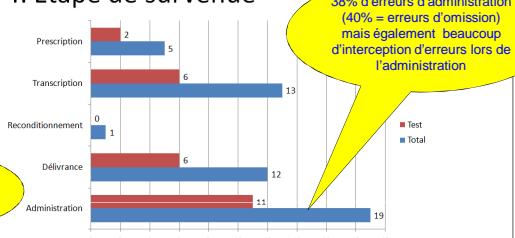
### 2. Gravité des conséquences cliniques



### 3. Type d'erreurs



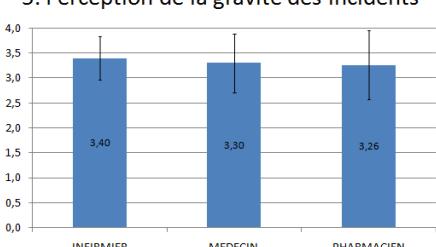
### 4. Etape de survenue



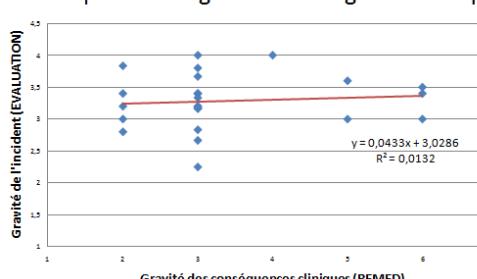
La majorité (70%) des incidents rapportés non pas été interceptés, mais les conséquences cliniques sont relativement rares : 6% ont entraîné une surveillance accrue (cat D), 6% un traitement ou une intervention (cat E) et 6% un préjudice temporaire ou un allongement du séjour. Nous n'avons heureusement pas observé de dommage permanent, d'accident mettant en jeu un processus vital ou de décès.

Il n'y a pas de différence significative entre les différentes catégories de professionnels concernant la perception de la gravité des incidents médicamenteux (figure 5), ni de corrélation entre la gravité perçue et la gravité clinique des incident (figure 6). La nature du médicament impliqué semble influencer fortement la perception de la gravité de l'incident.

### 5. Perception de la gravité des incidents

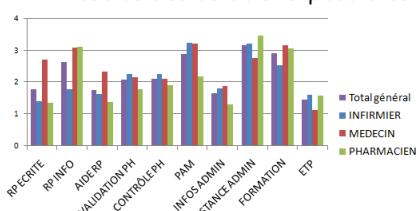


### 6. Perception de la gravité versus gravité clinique



L'assistance à l'administration (scan d'un code-barres au lit du patient) est la mesure jugée la plus efficace pour prévenir les erreurs médicamenteuses (17 erreurs sur 25, soit 68%), suivie par la formation du personnel, le plan d'administration informatisé et la prescription informatisée (tableau 8).

### 7. Efficacité des solutions possibles



### 8. Impact de la mise en place de solutions (selon la faisabilité technique et pratique)

SITUATION ACTUELLE	ERREURS EVITÉES (efficacité ≥ 3)	ERREURS RESIDUELLES
PRESCRIPTION ECRITE	0	100%
VALIDATION PHARMACEUTIQUE	2	92% (-8%)
DOUBLE CONTRÔLE	3	80% (-12%)
PRESCRIPTION INFORMATISÉE	4	68% (-12%)
PAM INFORMATISE	10	44% (-24%)
INFOS ADMINISTRATION	13	28% (-18%)
AIDE À LA PRESCRIPTION	2	20% (-8%)
ASSISTANCE ADMINISTRATION	3	20% (-0%)
FORMATION DU PERSONNEL	17	4% (-16%)
AUGMENTATION DU PERSONNEL	0	4% (-0%)

### References

1. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse, Société Française de Pharmacie Clinique, 1ère édition 2005 ; 64 pages
2. Bates et al; Relationship between medication errors and adverse drug events; Journal of General Internal Medicine. 10(4):199-205, 1999
3. Société Française de Pharmacie Clinique. "Manuel de la REMED, version 2008". Site de la SFPC, [En ligne]. <http://adiph.org/sfpc/documents.html> [consulté le 18 décembre 2009].

AG AFPHB, La Hulpe, 27 février 2010



Centre Hospitalier Universitaire de Liège  
Service de Pharmacie Clinique

#### ANALYSE DES INCIDENTS MEDICAMENTEUX

DATE DE L'INCIDENT : 01/10/2008

REFERENCE : CH001

DESCRIPTION DE L'INCIDENT:  
La patiente fait remarquer au médecin qu'elle n'a pas reçu son comprimé de Contarone® 200 mg (timololmaleate chlorhydrate) ce matin. Suite à des ratés dans le plan de soin, l'infirmier ne savait pas s'il devait donner le médicament ce matin, prescrit à la posologie de Contarone® 200 mg 5 jours/semaine.

Avez-vous suffisamment d'éléments pour évaluer cet incident ?  
Pensez-vous que cet incident aurait pu être évité ?

OUI / NON  
OUI / NON

#### GRAVITE DE L'INCIDENT:

Sur une échelle de 1 (incident anodin) à 4 (incident très grave).

1 2 3 4

Comment évaluez-vous la gravité de cet incident ?

1 2 3 4

#### SOLUTIONS POSSIBLES:

Sur une échelle de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord), pensez-vous que la mise en place des solutions ci-dessous permettrait d'éviter ce type d'incident ?

1 2 3 4

PRESCRIPTION ECRITE POUR TOUTES LES ORDONNANCES (debut changement, arrêt de traitement)

PRÉSCRIPTION INFORMATISÉE

AIDE À LA PRÉSCRIPTION (aide informatisée)

VALIDATION DES ORDONNANCES PAR LA PHARMACIE

DOUBLÉ CONTRÔLE DE LA DISTRIBUTION

PLAN D'ADMINISTRATION IMPRIMÉ

INFORMATIONS SUR LE CONDITIONNEMENT DU MÉDICAMENT

ASSISTANCE A L'ADMINISTRATION (SCAN CODE-BARRES)

FORMATION DU PERSONNEL

AUGMENTATION DU PERSONNEL

AUTRES (suggestions) :



## TOP 3 des incidents jugés les plus graves

1. Lors de la transcription, VASEXTEN® hors formulaire (barnidipine HCl) est transformé en NOLVADEX. La pharmacie fournit du Nolvadex D 20® (tamoxifène 20 mg), qui sera administré pendant 2 jours, jusqu'à ce que cette patiente de 61 ans quitte le service. (Gravité 4)
2. SINTROM® (acénocoumarol) prescrit à 1 mg 1x/jour n'a pas été administré pendant le week-end. (Gravité 4)
3. Délivrance d'un flacon de CAELIX® (doxorubicine chlorhydrate 50 mg solution à diluer) à la place de REMICADE® (infliximab 100mg poudre lyophilisée). L'aspect du flacon (capsule rouge, liquide rouge) alerte l'infirmière. (Gravité 3,83)

## 5. Conclusions

La notification d'incidents médicamenteux est peu fréquente dans notre institution. Elle s'observe pour des problèmes considérés comme sérieux, ou quand une autre catégorie de personnel est en cause. Toutefois, nous avons observé que le nombre de cas rapportés a augmenté suite à cette étude.

Ces résultats ont été présentés au CMP. Une nouvelle stratégie de déclaration d'incidents se met en place.

Les résultats de cette enquête soutiennent le développement du projet de prescription et de plan d'administration informatisé dans notre institution.