

## Les erreurs médicamenteuses ou l'épée de Damoclès

France Boulet, M.Sc. (pharmacie d'hôpital), M.B.A., chef du département de pharmacie

Germaine Deschênes, M.Sc. inf., adjointe clinique à la direction des soins infirmiers

Centre hospitalier de Verdun

### Résumé

Cet article décrit le processus mis en place au Centre hospitalier de Verdun concernant l'analyse des déclarations d'erreurs médicamenteuses de 1997 à 2001.

### Introduction

Qui, au cours des derniers mois, n'a pas entendu parler d'erreurs médicamenteuses? Thème du dernier Séminaire administratif de l'A.P.E.S., il n'y a donc pas que la population qui s'inquiète, les professionnels aussi. Malheureusement, le rythme effréné dans lequel nous évoluons, la contrainte de faire plus avec moins, moins d'effectifs entre autres, nous poussent souvent à *réagir* plutôt qu'à *agir*. C'est exactement la situation dans laquelle nous étions avec une épée de Damoclès au-dessus de nos têtes!

### Méthodologie

#### L'an 0

C'était en 1997 : visite du Conseil canadien d'agrément en établissement de santé (C.C.A.E.S.). Le message était clair : accréditation de l'hôpital d'un an seulement avec possibilité d'un statut d'« Agrément » conditionnel à la mise en place d'un système d'analyse afin d'obtenir des rapports sur la recherche des causes d'erreurs de médicaments et sur les mesures correctives prises, le cas échéant. Premier défi d'un nouveau chef de département fraîchement débarqué.

#### L'an 1

L'année 1998 marque donc les débuts d'une étroite collaboration entre le département de pharmacie et la Direction des soins infirmiers (DSI). C'est à ce moment que nous entreprenons la réévaluation de notre processus de déclaration d'erreurs et ce, avec la ferme intention de prendre le tout en main et de faire un suivi au quotidien.

À l'interne, un outil informatique existait déjà; la compilation des erreurs faite par la direction générale utilisait le logiciel Risk de la compagnie CH-CA. Les rapports générés (par quart de travail, unités de soin et causes d'erreurs) étaient déposés au comité d'agrément interne permanent et au conseil d'administration et ce, sans aucune consultation auprès du chef de département de pharmacie ou de l'adjointe clinique à la DSI.

Il s'agissait donc pour nous d'optimiser l'utilisation de l'actuel système d'information sur la gestion des risques afin que ces données cumulées puissent servir à une analyse valable des causes d'erreurs et ainsi mener à des stratégies d'action.

Dans un premier temps, il a fallu déterminer les éléments qui nous semblaient essentiels à l'analyse. De fait, à l'unité de soins, le quart de travail et le type d'erreur, nous ajoutons le médicament impliqué. Une fois ces éléments identifiés, nous avons redéfini 15 types d'incidents qui nous semblaient les plus fréquents ou préoccupants et qui allaient servir lors de la saisie de données. Le Tableau I vous présente le résultat de nos discussions. Le même principe a par la suite été appliqué au type de médicaments impliqués. Le Tableau II est un exemple du système de codification par classe de médicaments développé alors que le Tableau III est un outil complémentaire qui vise à faciliter la saisie des données.

La collaboration du personnel infirmier devient alors essentielle. En effet, en déclarant une erreur à l'aide du formulaire AH-223, l'infirmière doit dorénavant inscrire au point 2B (c'est-à-dire, Médication) à la section « Autres », un chiffre de 1 à 15 correspondant au type d'incident impliqué (Tableau I). Par la suite, à la section F (c'est-à-dire, Description des faits), elle doit s'assurer de bien indiquer le médicament en cause. Le reste du processus demeure inchangé; l'infirmière-chef reçoit le formulaire complété et inscrit ses commentaires et suivi en conservant la copie rose, la copie jaune est envoyée à la direction générale pour saisie puis au chef du département de pharmacie et la copie blanche est insérée au dossier. Tout formulaire incomplet pour la saisie informatique (ex. : identification du médicament ou codification) est acheminé au chef du département de pharmacie ou à l'adjointe clinique qui en assure le suivi.

Afin de mettre en application ces modifications, l'équipe de la DSI a grandement sensibilisé ses infirmières et ce, via les chefs d'unité. L'énergie déployée a procuré des résultats concluants.

#### L'an 2

L'année 1998-1999 correspond à notre première année complète de compilation des erreurs en utilisant le nouveau système d'analyse. Puisque le système Risk nous permet d'obtenir une variété de rapports, neuf ont été

**Tableau I : Liste des types d'incidents**

<b>MODIFICATION DE SAISIE D'INFORMATION FORMULAIRE AH-223, POINT 2 B : MÉDICATION</b>	
<b>Options d'incident ou d'accident</b>	<b>Explications</b>
<b>Les options du formulaire sont modifiées pour les options suivantes :</b>	<b>SÉLECTIONNER parmi les options énoncées, l'énoncé approprié. Inscrire à cette rubrique dans «autre» que le chiffre approprié.</b>
(1) Prescription incorrecte.	Erreur dans l'ordonnance.
(2) Erreur de transcription manuscrite sur l'unité.	Discordance manuscrite avec l'ordonnance originale.
(3) Erreur de transcription ou de relevé de prescription par la pharmacie.	Discordance informatique avec l'ordonnance originale
(4) Mauvais médicament envoyé par la pharmacie.	La médication servie par la pharmacie est incorrecte.
(5) Identification de l'utilisateur.	Le médicament est servi à un usager qui n'est pas le destinataire prévu.
(6) Mauvaise dose donnée à l'utilisateur.	La dose servie à l'utilisateur par l'unité est incorrecte.
(7) Médicament donné à 2 reprises.	Le médicament a été donné à des heures différentes (double dose).
(8) Mauvais médicament donné à l'utilisateur.	Le médicament donné à l'utilisateur par l'unité n'est pas le bon.
(9) Médicament donné non prescrit.	Le médicament a été donné à l'utilisateur, mais la prescription n'est plus valide.
(10) Voie d'administration.	Erreur sur la voie d'administration.
(11) Heure d'administration.	Constat d'un retard ou d'un devancement quant au moment où la médication est administrée.
(12) Omission de dose.	Dose de médicament non donnée.
(13) Allergie connue / inconnue.	Lorsque à l'administration d'un médicament, l'utilisateur présente une réaction allergique connue et exprimée ou inconnue de sa part.
(14) Nouvelle ordonnance passée inaperçue.	Lorsque la nouvelle ordonnance n'est pas relevée au moment opportun.
(15) Autre : ex. : médicament expiré (date de péremption).	Toute autre situation.

Adaptation du document de Réseau Santé Richelieu Yamaska – St-Hyacinthe

jugés essentiels à notre analyse et sont indiqués au Tableau IV.

De plus, afin de sensibiliser l'ensemble du personnel aux risques liés aux erreurs, le « Pharma-Soins » (publication interne du département de pharmacie destinée au personnel infirmier) de septembre 1999 présente les résultats des déclarations d'erreurs pour 1998-1999, notre analyse, notre plan d'action pour la prochaine année ainsi qu'un volet plus théorique servant à la sensibilisation des différents intervenants. Nous profitons alors de cette tribune pour souligner les modifications apportées à la codification au cours de la dernière année. Exceptionnellement, des copies sont non seulement envoyées sur les unités de soins, au personnel des soins infirmiers et du département de pharmacie (incluant les assistants-techniques!), mais aussi au directeur général, au directeur des services professionnels et hospitaliers, au président du CMDP et aux chefs des départements cliniques.

### **L'an 3**

Notre système de déclaration et d'analyse se poursuit et passe l'an 2000! Le Pharma-Soins de septembre 2000 traite encore du sujet; une tradition désormais. Le nombre de déclarations augmente; notre campagne de sensibilisation a donc fonctionné! Les rencontres entre le chef du département de pharmacie et l'adjointe clinique se poursuivent. Notre analyse se raffine et nous permet d'agir au quotidien.

### **L'an 4**

Nous sommes en 2001, à quelques mois de la prochaine visite du C.C.A.E.S. Difficile de ne pas avoir un frisson!

### **Les résultats**

Au cours de ces 4 années, nous avons vu une croissance continue de la déclaration d'erreurs passant de

**Tableau II :** Codification par classe de médicaments

<b>MODIFICATION DE SAISIE D'INFORMATION FORMULAIRE AH-223, POINT 2 B : MÉDICATION</b>	
<b>Classe de médicaments</b>	<b>Nom générique (nom commercial)</b>
<b>4.00</b> <b>Anti-histaminiques</b>	<b>4.A :</b> Autres
<b>8.00</b> <b>Anti-infectieux</b>	<b>8.1</b> Ampicilline <b>8.2</b> Céfazoline ( <i>Kefzol ou Ancef</i> ) <b>8.3</b> Clindamycine <b>8.4</b> Gentamicine <b>8.5</b> Métronidazole ( <i>Flagyl</i> ) <b>8.A :</b> Autres
<b>10.00</b> <b>Antinéoplasiques</b>	<b>10.A :</b> Autres
<b>12.00</b> <b>Médicaments du SNA</b>	<b>12.A :</b> Autres
<b>20.00</b> <b>Médicaments du sang</b>	<b>20.1</b> Érythropoïétine (Eprex) <b>20.2</b> Héparine <b>20.3</b> Warfarine (Coumadin) <b>20.A</b> Autres
<b>24.00</b> <b>Cardiovasculaires</b>	<b>24.1</b> Digoxine (Lanoxin) <b>24.2</b> Diltiazem (Cardizem) <b>24.3</b> Nitroglycérine (Nitro...) <b>24.A</b> Autres
<b>28.00</b> <b>Médicaments du SNC</b>	<b>28.1</b> Hydromorphone (Dilaudid) <b>28.2</b> Lorazépam (Ativan) <b>28.3</b> Meperidine (Demerol) <b>28.4</b> Morphine (Statex, M-Eslon, etc.) <b>28.5</b> Oxazépam (Sérox) <b>28.6</b> Codéine <b>28.A</b> Autres
<b>36.00</b> <b>Agents diagnostiques</b>	<b>36.A</b> Autres
<b>40.00</b> <b>Diurétiques / électrolytes</b>	<b>40.1</b> Furosémides (Lasix) <b>40.A</b> Autres
<b>52.00</b> <b>O.R.L.O.</b>	<b>52.A</b> Autres
<b>56.00</b> <b>Gastro-intestinaux</b>	<b>56.A</b> Autres
<b>68.00</b> <b>Hormones et substituts</b>	<b>68.1</b> Hydrocortisone (Solu-Cortef) <b>68.2</b> Insuline (Novolin, Humulin, etc.) <b>68.3</b> Levothyroxine (Synthroid) <b>68.4</b> Méthylprednisolone (Solu-Medrol) <b>68.5</b> Prednisone <b>68.A</b> Autres
<b>72.00</b> <b>Anesthésiques locaux</b>	<b>72.A</b> Autres
<b>76.00</b> <b>Ocytociques</b>	<b>76.A</b> Autres
<b>80.00</b> <b>Agents immunisants</b>	<b>80.A</b> Autres
<b>84.00</b> <b>Peau et muqueuses</b>	<b>84.A</b> Autres
<b>86.00</b> <b>Spasmolytiques</b>	<b>86.A</b> Autres
<b>88.00</b> <b>Vitamines</b>	<b>88.A</b> Autres
<b>92.00</b> <b>Autres médicaments</b>	<b>92.A</b> Autres

227 à 426 en 2001, ce qui représente une augmentation substantielle de près de 100 %.

L'exercice en valait certainement le coup! Les tableaux V et VI sont des exemples des résultats pouvant être extraits des rapports. Ainsi, notre établissement se compare aux données obtenues dans la documentation

où les médicaments du système nerveux central (SNC), l'insuline et l'héparine, se trouvent en tête de liste des médicaments impliqués. Notre modification de saisie de données identifiant le médicament impliqué nous a cependant permis de le chiffrer, de le publier, de sensibiliser le personnel et bien sûr, de trouver les pistes de solutions pour en diminuer l'incidence.

**Tableau III : Codification par médicament**

MODIFICATION DE SAISIE D'INFORMATION FORMULAIRE AH-223, POINT 2 B : MÉDICATION	
Nom commercial	CODE À INSCRIRE
Ampicilline	8.1
Ancef	8.2
Ativan	28.2
Capoten	24A
Cardizem	24.2
Clindamycine	8.3
Codéine	28.6
Coumadin	20.3
Demerol	28.3
Dilaudid	28.1
Empracet	28A
Éprex	20.1
Flagyl	8.5
Gentamicine	8.4
Héparine	20.2
Insuline	68.2
Kefzol	8.2
Lanoxin	24.1
Lasix	40.1
Morphine (Statex, M-Eslon, etc.)	28.4
Nitroglycérine (Nitro...)	24.3
Prednisone	68.5
Sérax	28.5
Solu-cortef	68.1
Solu-Medrol	68.4
Synthroid	68.3
Autres médicaments	92A
Plusieurs médicaments impliqués	93
Solutés	94
Produits sanguins	95

**Tableau IV : Liste des rapports choisis**

A. Rapports simples
1. Nombre d'accidents/incidents selon les périodes
2. Par quart de travail
3. Par unité de soins
4. Par médicament
5. Par type d'incident
B. Rapport combinés
1. Par type d'incident + médicaments impliqués
2. Par unité de soins + médicaments impliqués
3. Par type d'incident + unité de soins
4. Par unité de soins + type d'incident + médicaments impliqués

**Tableau V : Principaux médicaments impliqués**

	1998-99 n = 227	1999-2000 n = 337	2000-01 n = 426
Médicaments SNC	28,9 %	31,1 %	28,9 %
Insuline	12,2 %	6 %	6 %
Héparine	5,2 %	5,3 %	5,2 %
Antibiotiques	5,7 %	7,9 %	3,8 %

À la suite de notre analyse et afin de diminuer les risques d'erreurs reliés à l'administration de l'héparine et de l'insuline, des protocoles et des directives d'administration ont été élaborés afin de standardiser les façons de faire et ce, tout en mettant l'accent sur la nécessité de la double vérification obligatoire pour le personnel infirmier.

### Discussion

Notre méthode d'analyse n'est pas parfaite, mais elle nous permet de mieux cibler nos interventions auprès

**Tableau VI : Répartition des erreurs médicamenteuses selon le type**

		98-99	99-00	00-01
Types d'incidents		%	%	%
1	Prescription incorrecte	0	0,5	0
2	Erreur de transcription manuscrite à l'unité	2,6	1,8	0,9
3	Erreur de transcription ou de relevé à la pharmacie	13,1	10,4	10,8
4	Mauvais médicament envoyé par la pharmacie	2,9	4,1	4,0
5	Identification de l'utilisateur	13,1	10,2	10,6
6	Mauvaise dose donnée à l'utilisateur	12,2	19,5	23,0
7	Médicament donné à 2 reprises	8,4	5,1	8,2
8	Mauvais médicament donné à l'utilisateur	15,7	8,9	11,3
9	Médicament donné non prescrit	3,5	5,8	6,6
10	Voie d'administration	2,9	3	0
11	Heure d'administration	1,1	5,6	6,6
12	Omission de dose	9,6	12,2	5,4
13	Allergie connue/inconnue	1,4	0,8	4,5
14	Nouvelle ordonnance passée inaperçue	1,4	4,3	4,2
15	Autres	11,9	7,9	2,6

du personnel. Cette année, à la lumière de nos données, 2 éléments retiennent notre attention : (1) quatre types d'erreurs se démarquent et représentent près de 56 % des erreurs; (2) les médicaments du SNC sont toujours en tête, représentant 30 % des erreurs. Nous croyons nécessaire ici de concerter nos efforts afin d'identifier les causes de ces erreurs qui sont probablement davantage reliées au processus plutôt qu'à l'individu. Différentes options s'offrent à nous, méthodes de soins, publication d'un Pharma-Soins sur l'administration et les dangers des médicaments du SNC, etc.

En parallèle, un contrôle de qualité permanent est implanté au département de pharmacie depuis tout juste un mois et ce, afin d'identifier notre taux d'erreurs à l'interne. Nous voulons par ce contrôle, non pas cibler des individus, mais surtout identifier des éléments du processus qui pourraient contribuer à ces erreurs (ex. : classement des produits, manque de formation, non-convivialité du système informatique, etc.).

Évidemment, il reste beaucoup à faire. En effet, considérant que plus de 285 000 ordonnances sont traitées au département de pharmacie annuellement, nous pouvons extrapoler que plus de 600 000 doses sont administrées par années. Par conséquent, malgré l'augmentation du nombre de déclarations d'erreurs, ce taux représente à peine 0,1 % d'erreurs; nous sommes donc très loin de la réalité.

## Conclusion

Nous ne pouvons faire autrement que de repenser au dernier Séminaire administratif de l'A.P.E.S. qui mettait en lumière l'impact humain derrière toute erreur de médicament. Donc, pas question de s'arrêter ici, nous devons, et de façon continue, poursuivre notre croisade

non seulement dans la diminution des risques reliés à la préparation, l'administration et l'utilisation des médicaments mais aussi sur l'importance de déclarer toutes les erreurs. Au retour du séminaire, des discussions ont eu lieu avec la direction générale; dorénavant, le chef du département de pharmacie siègera au comité d'agrément interne de notre établissement où l'on discute des erreurs médicamenteuses. Il pourra ainsi participer aux discussions et informer les membres des résultats de l'analyse des causes d'erreurs tout comme des mesures mises en place pour en diminuer l'incidence. Puisque les erreurs médicamenteuses sont une responsabilité à partager, il est d'autant plus important que le message soit soutenu par la haute direction de l'établissement.

Finalement, nous devons agir et non plus seulement réagir afin de ne jamais oublier qu'au bout de toute erreur médicamenteuse, il y a un visage... une vie!

## Références

- Anderson DJ, Webster CS. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 35 (1): 34-41.
- Aufseeser-Weiss MR, Ondeck DA. Medication use risk management: hospital meets home care. *J Nurse-Care Qual*. 2001; 15 (2): 50-57.
- Bauman AN, Pedersen LA, Schommer JC and Griffith NL. Policies on documentation and disciplinary action in hospital pharmacies after a medication error. *Am J Health-Syst Pharm*. 2001; 58: 1120-5.
- Bond CA, Raehl CL and Franke T. Medication errors in United States Hospitals. *Pharmacotherapy*. 2001; 21 (9): 1023-36.
- Cox PM et al. Reducing Medication Errors. *Am J Med Qual*. 2001; 16 (3): 81-6.
- Gordon BM. Medical Errors: Creating the tension for change. *Am J Health-Syst Pharm*. 2001; 58: 908-12.
- Hadaway LC. How to safeguard delivery of high-alert I.V. drugs. *Nursing*. 2001; 31 (2): 36-41.
- Kohn LT. The Institute of Medicine report on medical error: Overview and implications for pharmacy. *Am J Health-Syst Pharm*. 2001; 58: 63-6.
- Wakefield BJ et al. Organizational Culture, Continuous Quality improvement, and Medication Administration Error Reporting. *Am J Med Qual*. 2001; 16 (4): 128-34.