

La REMED ou Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés : illustration à partir d'un exemple

Mounir Rhalimi, Sophie Couriat, Edith Dufay

Résumé

Objectif : Illustrer, à l'aide d'un exemple, la méthodologie de la Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux associés.

Description de la problématique : Des erreurs médicamenteuses se produisent régulièrement dans les établissements de santé. Les professionnels de la santé sont invités à étudier ces erreurs de façon exhaustive et multidisciplinaire. L'erreur étudiée a eu lieu à l'Unité de soins de longue durée, où une infirmière a donné des médicaments à un autre patient que celui auquel ils étaient destinés. Au cours des 15 étapes de la Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux, 9 causes et 7 mesures d'amélioration ont été relevées.

Discussion : Une fois la phase d'appropriation de l'outil passée, les utilisateurs ont été unanimes à souligner son intérêt. L'outil structure la démarche et assure que l'essentiel des questions ont été posées. Il participe également à sensibiliser les professionnels à la problématique étudiée.

Conclusion : La Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux permet d'analyser les erreurs médicamenteuses de façon structurée et approfondie. Sa conduite dans le service où a eu lieu l'erreur renforce l'efficacité des mesures correctives et leur acceptation par le personnel.

Mots clés : erreur médicamenteuse, gestion des risques, iatrogénie médicamenteuse évitable, identitovigilance, évaluation des pratiques professionnelles

Introduction et mise en contexte

Dans un article précédent, nous avons pu décrire la méthode d'analyse de l'erreur médicamenteuse dénommée Revue des Erreurs Médicamenteuses Et des Dispositifs médicaux associés (REMED)¹. Aujourd'hui, nous proposons de mettre en application cette méthode à partir d'un cas réel enregistré dans un de nos établissements. L'erreur décrite ici s'est produite dans un établissement équipé d'un dossier patient informatisé depuis janvier 2007. Ce dossier patient intègre un volet médical, un volet paramédical et un volet pharmaceutique. Tous les professionnels de santé de l'établissement y consignent les informations, leurs commentaires, les examens complémentaires relatifs aux patients. Les médecins saisissent

les traitements des patients. Le pharmacien valide les prescriptions au regard des données biologiques et cliniques. Le logiciel génère des plans d'administration des thérapeutiques, l'infirmière peut y valider l'administration ou la non-administration ainsi que les raisons de cette dernière (refus du patient, impossibilité d'administrer le médicament par exemple).

Description de la problématique

Certains types d'erreurs sont retrouvés dans tous les services, d'autres peuvent s'avérer caractéristiques du type de prise en charge médicale. Le risque d'erreurs liées à la confusion des identités étant un problème récurrent en gériatrie, l'équipe multidisciplinaire a souhaité traiter cette situation de façon exhaustive. Lors de la distribution des médicaments, une infirmière a distribué 2 gélules de morphine à libération prolongée dosées à 10 mg et 1 comprimé de nifédipine dosé à 20 mg au voisin de chambre du patient auquel ces médicaments étaient destinés.

Modalités d'organisation de la REMED²

1^{re} étape : Détecter et signaler l'erreur

L'infirmière qui s'est rendu compte de son erreur a rempli le formulaire spécifique « Déclaration d'une erreur médicamenteuse ». Conformément à l'organisation validée par le Comité du médicament, elle l'a transmis au pharmacien responsable.

Le pharmacien est chargé de piloter la conduite de la revue de l'erreur médicamenteuse.

2^e étape : Répondre aux questions introductives à la conduite de la REMED

Dans la REMED, on retrouve la liste des questions préalables à la conduite de la revue :

- Y a-t-il une erreur médicamenteuse considérée comme évitable à l'origine du problème?

Oui, cette erreur aurait pu être évitée.

Mounir Rhalimi, docteur en pharmacie, est praticien hospitalier au Centre hospitalier Bertinot Juël à Chaumont-en-Vexin en France

Sophie Couriat, docteur en pharmacie, est praticien hospitalier au Centre hospitalier de Corbie en France

Edith Dufay, docteur en pharmacie, est praticien hospitalier au Centre hospitalier de Lunéville en France

- Qui gère et anime la revue?

Le pharmacien est, conformément à l'organisation locale, chargé de la revue.

- Qui participe aux réunions?

Afin de disposer de l'ensemble des informations requises, les acteurs y sont invités (infirmier et cadre infirmier). De plus, afin d'assurer la qualité de l'analyse du cas, le gestionnaire des risques y est également convié. Afin d'assurer une représentation de tous les acteurs du circuit du médicament, de bénéficier de leur point de vue, de leurs suggestions et pour qu'ils maîtrisent les problématiques générées localement, un médecin et une préparatrice en pharmacie seront présents.

- Comment formaliser la traçabilité des débats et des décisions?

Le pharmacien est chargé de remplir le cahier de la REMED. Ce formulaire permet de garantir que l'erreur médicamenteuse (EM) sera traitée de façon exhaustive.

- Qui est le destinataire de l'intégralité de la réflexion du groupe de travail?

Seuls les participants auront accès à l'ensemble des éléments de réflexion.

- Quelle information sera restituée au niveau institutionnel?

L'organisation locale est validée par la Direction de l'établissement. Son objectif n'est pas d'identifier voire de sanctionner les agents ayant commis une erreur. Les objectifs poursuivis sont de favoriser les échanges entre professionnels, d'encourager la proposition d'actions d'amélioration, de participer à la formation des agents avec pour objectif d'éviter la récurrence de cette catégorie d'incident et donc de sécuriser la prise en charge des patients. La Direction de l'établissement recevra le compte rendu de l'analyse approfondie de l'EM. Ce document anonymisé regroupe tous les éléments clés.

- Comment aider et accompagner les professionnels impliqués dans la survenue d'une EM?

Pour le moment, le personnel ne demande pas d'accompagnement spécifique. Il souligne cependant que l'analyse multidisciplinaire de l'EM lui a permis de ne pas se sentir l'unique responsable de la survenue de ces incidents.

- Où sont archivés les documents utilisés ou produits au cours de la REMED?

Les documents sont archivés à la pharmacie.

- Comment suivre la mise en œuvre des mesures d'amélioration?

Le compte rendu est présenté lors de la réunion du Comité du médicament. Un responsable est chargé de la mise en œuvre de chaque mesure d'amélioration retenue.

3^e étape : Faciliter l'expression

Le pharmacien a rencontré l'infirmière actrice de l'erreur et l'a interrogée. Celle-ci explique que l'erreur s'est produite le 09/07/2009 à 7 h. Les 2 patientes concernées étaient dans 2 chambres se faisant face. La 1^{re} patiente, qui devait recevoir la morphine et la nicardipine, n'était pas dans sa chambre. La seconde patiente interpellait l'infirmière et se plaignait d'une douleur. L'infirmière a déclaré avoir fait une association d'idées entre la demande de la patiente et le traitement antalgique qu'elle était prête à donner. Elle était alors convaincue que ce traitement lui était destiné. Dès qu'elle se rendit compte de son erreur, elle contacta le médecin qui préconisa une surveillance accrue. Aucune conséquence notable n'a été détectée chez la patiente.

4^e étape : Repérer les documents utiles

Lors des réunions consacrées à cette revue, la fiche de déclaration de l'EM, le dossier médical, le dossier infirmier, le relevé d'administration et de traçabilité ont été consultés.

5^e étape : Identifier les produits de santé

Les produits concernés sont deux gélules de morphine à libération prolongée dosées à 10 mg et un comprimé de nicardipine dosé à 20 mg.

6^e étape : Caractériser l'erreur médicamenteuse

Dans la méthodologie REMED, 4 modes de caractérisation des EM sont proposés :

1^{re} caractérisation : selon le degré de réalisation

L'EM est avérée et n'a pas été interceptée avant l'administration des médicaments.

2^e caractérisation : selon la gravité des conséquences cliniques pour le malade

Une erreur s'est produite et a nécessité une surveillance accrue du malade mais sans dommage pour celui-ci.

3^e caractérisation : selon le type d'erreur

Il s'agit d'une confusion entre deux patients (erreur de malade).

4^e caractérisation : selon l'étape de survenue dans le circuit du médicament

L'EM a eu lieu au moment de l'administration.

7^e étape : Diagnostiquer les causes à l'aide du diagramme des 7 M

Les membres du groupe multidisciplinaire ont été invités à consulter chacune des branches du thésaurus afin de déterminer les causes qui, selon eux, ont contribué à la survenue de l'erreur étudiée.

Neuf causes ont ainsi été retenues :

Branche Malade :

- *Patient algique (cause A)*

Branche Management :

- *Changement d'organisation, une infirmière intervient dans un service voisin de celui où elle évolue habituellement (cause B)*

Branche Matériel :

- *Patient mal identifié dans le système d'information (cause C)*

Branche Médicament et dispositif médical associé :

Aucune cause retenue

Branche Méthode :

- *Absence de contrôle avant administration (cause D)*
- *Absence d'un support unique prescription/administration, ressources informatiques insuffisantes (cause E)*
- *Absence de protocole décrivant les modalités optimales de distribution des médicaments, défaut de vérification de l'identité du patient (cause F)*

Branche Milieu :

- *Complexité de la numérotation des chambres (cause G)*

Branche Moyens humains :

- *Défaut de connaissances au sujet du patient par le personnel (cause H)*
- *Communication verbale avec le patient difficile, absence d'échanges avec les collègues du service au moment de la distribution des médicaments (cause I)*

Chaque cause est encodée grâce à une lettre afin de faciliter leur pondération.

8^e étape : Construire le scénario

Le diagnostic de l'EM s'appuie sur les étapes précédemment construites. Le diagramme chronologique déduit permet de visualiser le scénario. Son but est de mieux faire comprendre aux acteurs l'importance de la qualité, et d'une carence de la qualité, des organisations.

9^e étape : Pondérer les causes à l'aide d'une matrice

Afin de classer les éléments causaux du plus contributif au moins contributif à la survenue de l'EM, on répartit 10 points entre les causes considérées deux à deux. Ainsi chacune des 9 causes sera cotée 8 fois. La somme des scores obtenus pour chaque cause permettra de les classer les unes par rapport aux autres.

Le classement permet de cibler les causes pour lesquelles les mesures d'amélioration devront être définies et appliquées de façon prioritaire.

Tableau I : Classement des causes décelées

Classement	Libellé de la cause	Cotation
1	D - Absence de contrôle avant administration	52
2	H - Défaut de connaissance du patient par le personnel	51
3	I - Communication verbale difficile avec le patient, absence d'échanges de vues avec les collègues du service au moment de la distribution des médicaments	49
4	C - Patient mal identifié dans le système d'information (nom du patient sur la porte, absence de photos dans classeur)	43
5	B - Changement d'organisation, une infirmière intervient dans un service voisin de celui où elle évolue habituellement	39
6	G - Complexité de la numérotation des chambres	37
7	E - Absence d'un support unique prescription/administration, ressources informatiques insuffisantes (bornes WIFI)	32
8	F - Absence de protocole décrivant les modalités optimales de distribution des médicaments, défaut de vérification de l'identité du patient	32
9	A - Patient algique (demande de prise en charge de la douleur)	25

10^e étape : Construire un scénario 5 C

Cet outil d'expert, dont l'objectif est de rassembler les causes décelées, les facteurs contributifs, les conséquences observées, les mesures de rattrapage dans un ordre chronologique, n'a pas été utilisé. Le groupe multidisciplinaire trouvait sa mise en œuvre difficile.

11^e étape : Décrire les mesures d'amélioration

Alors que les causes sont déterminées et classées par ordre d'importance, le groupe a été invité à proposer des mesures d'amélioration (MA) qui permettront d'éviter la répétition de l'erreur.

12^e étape : Prioriser les mesures d'amélioration

Pour chaque mesure d'amélioration, plusieurs paramètres sont intégrés. La grille de cotation intègre 7 paramètres notés de 2 à 5 :

- l'intensité du lien erreur/cause (2 : pas de lien à 5 : relation de cause à effet établie)
- le coût (2 : très coûteux; 3 : coûteux; 4 : assez coûteux; 5 : très peu coûteux)
- la faisabilité technique (2 : peu faisable; 3 : complexe; 4 : faisable; 5 : très faisable)
- le délai de réalisation (2 : très long; 3 : long; 4 : assez rapide; 5 : très rapide)

- l'acceptabilité par le personnel (2 : mauvaise acceptabilité; 3 : moyenne acceptabilité; 4 : bonne acceptabilité; 5 : très bonne acceptabilité)
- l'exigence réglementaire (2 : ni réglementation, ni recommandation professionnelle; 3 : recommandation de pratiques professionnelles des sociétés savantes; 4 : recommandation de pratiques professionnelles de la part des instances nationales [la Haute Autorité de Santé, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, l'Institut National du Cancer, etc.] 5 : réglementation existante)
- l'appui de la direction de l'établissement de santé (5 : dirigeant; 4 : incitatif; 3 : présent; 2 : absent)

Un score élevé obtenu sur 30 est en faveur d'une réalisation prioritaire.

Ces mesures d'amélioration sont alors listées :

- MA 1 : Rédiger un protocole décrivant les bonnes pratiques de distribution des médicaments administrés *per os* et présentation aux infirmières. Score 26 /30
- MA 2 : Mettre en place un groupe de travail dédié à l'identitovigilance conformément à la recommandation de la V2010 (photos des patients sur les feuilles de traitements)³. Score 26/30

Tableau II : Prioriser les mesures d'amélioration

Mesures d'amélioration	Protocole décrivant les bonnes pratiques	Intégrer la photo dans le DPI	Poste partagé IDE	Identitovigilance	Simplification de la numérotation des chambres	Installation de bornes WIFI	Conception d'un trombinoscope
Intensité du lien erreur/cause	3	5	3	5	3	5	3
Coût	4	4	2	5	3	2	4
Acceptabilité par le personnel	5	5	5	5	4	3	4
Exigence réglementaire	4	2	4	4	2	3	2
Appui administratif	4	4	3	4	3	4	3
Faisabilité technique	5	4	3	4	3	3	4
Délai de réalisation	4	4	3	4	3	3	3
Score	26	23	20	26	18	18	20
Décision de mise en œuvre	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui

DPI : dossier patient informatisé; IDE : infirmière diplômée d'État; PH : praticien hospitalier

- MA 3 : Acquérir la dernière version du dossier patient informatisé qui intègre la photo des patients. Score 23/30
- MA 4 : Concevoir un trombinoscope des patients en unité de soins de longue durée (USLD). Score 20/30
- MA 5 : Renforcer les effectifs des infirmières en USLD. Score 20/30
- MA 6 : Simplifier la traçabilité de la distribution par l'installation de bornes WIFI et l'acquisition d'ordinateurs portables. Score 18/30
- MA 7 : Simplifier la numérotation des chambres. Score 18/30

13^e étape : Définir le plan d'action

Pour chaque mesure d'amélioration, on procède à une estimation des délais de réalisation et à la désignation des responsables.

- MA 1 : La rédaction d'un protocole décrivant les bonnes pratiques de distribution des médicaments administrés *per os* et la présentation aux infirmières devront être effectuées dans un délai de 6 mois par la Commission des soins infirmiers, rééducation et médico-technique.
- MA 2 : La direction et la cellule de gestion des risques devront mettre en place un groupe de travail dédié à l'identivigilance conformément à la recommandation de la procédure d'accréditation des établissements version 2010, dans un délai d'un an³.
- MA 3 : La direction est chargée d'acquérir la dernière version du dossier patient informatisé qui intègre la photo des patients dans un délai d'un an.
- MA 4 : La cadre infirmière responsable de l'unité est chargée de la conception d'un trombinoscope des patients en USLD dans un délai de 6 mois.
- MA 5 : La direction est chargée de renforcer les effectifs des infirmières en USLD dans un délai d'un an.
- MA 6 : La direction associée aux services techniques et informatiques est chargée d'étudier la faisabilité de l'installation de bornes WIFI et l'acquisition d'ordinateurs portables dans un délai d'un an.
- MA 7 : La simplification de la numérotation des chambres a été reportée à *une date ultérieure*. Cette proposition sera inscrite au cahier des charges de la modernisation du service programmée dans cinq ans.

14^e étape : Rédiger le compte rendu de l'analyse approfondie

15^e étape : Appliquer le plan d'action

Un an après, toutes les mesures ont été mises en place à l'exception de la simplification de la numérotation des chambres.

Discussion

La majorité des participants à la REMED avaient un *a priori* quand à la complexité de sa mise en œuvre. Cette REMED a nécessité deux réunions (1 h 30 et 2 h) intégrant l'apprentissage des primo-participants. Bien que la mise en œuvre initiale soit longue, le temps consacré à la conduite d'une revue tend à diminuer.

La participation d'une personne formée à cet outil s'avère utile pour lever les appréhensions. L'analyse ainsi effectuée permet une étude structurée et approfondie de l'erreur, qui n'était pas possible avant le recours à cet outil. Grâce à la REMED, nos demandes de moyens complémentaires sont étayées par des données objectives fournies à la direction. La pertinence des MA est renforcée par la multidisciplinarité. Par ailleurs les professionnels présents aux réunions et formés à l'usage de la REMED ont été particulièrement sensibilisés au risque d'EM.

L'analyse et le traitement de l'erreur dans l'unité de soins par les intervenants eux-mêmes participent à la pertinence et à l'acceptation des mesures d'amélioration. Les participants *a fortiori*, lorsqu'ils étaient acteurs de l'erreur, ont souligné que l'identification des différentes causes avait contribué à leur faire accepter l'erreur commise. Les responsabilités sont partagées et ne sont pas uniquement imputables au dernier maillon de la chaîne.

Deux perspectives se sont ouvertes :

- le pilotage d'une REMED n'est pas réservé au pharmacien, les cadres infirmiers sont d'ores et déjà invités à mener des revues dans leurs services respectifs. Les représentants de la pharmacie seront alors invités à titre consultatif.
- La conception d'un outil informatisé constituerait une avancée significative. La sélection des éléments causaux pourrait par exemple se faire automatiquement à partir d'une matrice de pondération, voire du scénario 5C.

Conclusion

L'erreur traitée nous a confirmé la faisabilité et l'intérêt de la démarche. La REMED s'intéresse à un processus et ne se focalise pas sur les individus. L'approche est objective et permet la détermination de mesures d'amélioration en adéquation avec le terrain et la réalité des professionnels. Elle est adaptée à la prévention de la récurrence de l'événement indésirable. L'analyse des données collectées dans le cadre de l'étude MERVEIL permettra d'élaborer une version plus aboutie de la REMED, intégrant les remarques des utilisateurs.

Tableau III : Compte rendu de l'analyse approfondie

SERVICE : Unité de soins de longue durée

PARTICIPANTS

Cadre infirmière 2 jours après l'incident 11 h - 12 h 30

RAQ 6 jours après l'incident 14 h - 16 h

Préparatrice

Médecin PH

Médecin assistant

Pharmacien

1) Reconstitution chronologique des faits :

Quand	Qui	Quoi, où, comment, combien, pourquoi
-------	-----	--------------------------------------

Été 2009	Une infirmière	Des médicaments (2 gélules de morphine à libération prolongée dosées à 10 mg et 1 comprimé de nifédipine dosé à 20 mg) administrés par erreur à un patient mal identifié
----------	----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2) Caractérisation de l'erreur médicamenteuse :

- Degré de réalisation : Erreur médicamenteuse avérée et non interceptée avant administration
- Gravité des conséquences cliniques pour le malade : Catégorie D (une erreur s'est produite et a provoqué une surveillance accrue du malade mais sans dommage pour celui-ci)
- Type d'erreur : Erreur de malade
- Étape principale de survenue dans le circuit du médicament : Administration

3) Causes décelées :

A) Absence de contrôle avant information (104) (pondération = 52)

B) Défaut de connaissance du patient par le personnel (129) (pondération = 51)

C) Manque de communication verbale avec le patient (patient non communicant) et avec les autres collègues (159) (pondération = 49)

D) Patient mal identifié dans le système d'information (nom du patient sur la porte, absence de photos dans classeur) (61) (pondération = 43)

E) Changement d'organisation (26) (pondération = 39)

F) Complexité de la numérotation des chambres (126) (pondération = 37)

G) Absence de support unique prescription/information (108) Insuffisance des ressources informatiques (borne WIFI) (41) (pondération = 32)

H) Absence de protocole (110) Non-respect des bonnes pratiques par le personnel (145) (pondération = 32)

I) Patient angoissé (demande de prise en charge de la douleur) (4) (pondération = 25)

4) Principales solutions priorisées : Mesures d'amélioration

1) Identitovigilance + nom des patients sur les portes (P pour porte / F pour fenêtre) (**A, F**) (Score : 31/35) Responsable : directeur de l'établissement

2) Rédaction d'un protocole sur la distribution et l'administration des médicaments pour l'ensemble de l'établissement + déclarations par service (**A, F**)
Diffusion, formation des infirmières (Score : 29/35) Responsable : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques

3) Ajouter les photos des patients dans le classeur de distribution des médicaments (**B, C, D**)
Acquisition de la version 2.18 du dossier patient informatisé OSIRIS (**B, C, D**) (Score : 28/35) Responsable : Cadre infirmier (photos)

4) Support unique de distribution. Traçabilité proposée dans OSIRIS sous-entend matériel informatique : Bornes Wifi + portables (**G**) (Score : 23/35) Responsable : directeur de l'établissement (OSIRIS V2.18) et services techniques

5) Poste partagé pour le remplacement en médecine et en unité de soins de longue durée (**B, E**) (Score : 23/25) Responsable : directeur de l'établissement

6) Revoir l'intérêt d'un trombinoscope (**B**) (Score : 23/35) Responsable : animation

7) Envisager une numérotation simplifiée des chambres (**G**) linéaire (Score : 21/35) Responsable : directeur de l'établissement

RAQ : responsable de l'assurance qualité; PH : praticien hospitalier

Remerciements

Les auteurs soulignent que les promoteurs de la REMED sont la SFPC (Société française de pharmacie clinique), la SFGG (Société française de gériatrie et gérontologie) ainsi que la SOFGRES (Société française de gestion des risques en établissement de santé). Ont participé à l'élaboration du *Manuel de la REMED* et reçoivent nos plus vifs remerciements : Marie Aubé, HUS Strasbourg; Fabienne Aubin, CHU Rennes; Françoise Ballereau, CHU Nantes, Faculté de pharmacie Nantes; Sébastien Bauer, CHU Tours; Pierrick Bedouch, CHU Grenoble; Chantal Bernheim, AGEPS Paris; Yvonnick Bezie, Hôpital Saint-Joseph Paris; Marie Pierre Bonnefoi, CLCC Alexis Vautrin Vandœuvre Les Nancy; Mélanie Burgin, Clinique Sainte Anne, Strasbourg; Jean Pierre Charmes, CHU Limoges, Faculté de médecine de Limoges; Gilles Chapelle, CHU Poitiers; Remy Collomp, CHU Nice; Pierre Diemunsch, HUS Strasbourg, Faculté de médecine Strasbourg; Edith Dufay, CH Lunéville; Marie France Gonzalvez, Dijon; Marie-Caroline Husson, AP-HP, Paris; Dominique Jelski, CH Lunéville; Sylvie Legrain, APHP Paris, Faculté de médecine de Paris; Régine Leculee, CH Draguignan; Michel Le Duff, CHU Rennes; Mehdi Medjoub, CHU Besançon; Aline Mousner, CHU Nice; Florence Ollivier, CHU Nantes; Mounir Rhalimi, CH Chaumont en Vexin; Etienne Schmitt, EPSM Montperrin Aix en Provence; Rémy Semaoun, Clinique Esquirol – Saint Hilaire Agen - Edgar Tissot, EPSM Novillard - Patricia Zanon, CH Lunéville.

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en lien avec le présent article.

Pour toute correspondance :
Mounir Rhalimi
Centre hospitalier Bertinot Juël
34, Bis rue Pierre Budin
60 240 Chaumont-en-Vexin, France
Téléphone : 00 33 3 44 49 54 50
Télécopieur : 00 33 3 44 49 54 51
Courriel : m.rhalimi@ch-chaumontenvexin.fr

Références

1. Rhalimi M, Dufay E, Couriat S. Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés - REMED. Une méthode d'amélioration de la qualité des soins. *Pharmactuel* 2010;43:129-33.
2. Société française de pharmacie clinique. Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés - REMED. Une méthode d'amélioration de la qualité 2008. [en ligne] http://www.adiph.org/sfpc/Manuel_de_la_REMED_Version_2008.pdf (site visité le 21 janvier 2010).
3. Haute autorité de santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Avril 2011. p. 43 et 67.

Abstract

Objective: Using an example, to show the methods involved in a review of medication-related errors and associated medical devices.

Problem description: Medication errors occur regularly in healthcare establishments. Healthcare professionals are asked to study these errors in an exhaustive and multidisciplinary way. The error analyzed was one that occurred in a long-term care unit, where a nurse administered medication to the wrong patient. During the 15 steps involved in the review of medication errors and medical devices, 9 causes and 7 measures for improvement were identified.

Discussion: Once the conversion period for the tool was finished, users were unanimous in its support. The tool provides a structured approach and ensures that the essential questions have been asked. It also serves to educate professionals in the problem at hand.

Conclusion: The review of medication errors and medical devices allows a structured and in-depth analysis of medication errors. Its use within the context where the error occurred reinforces effective corrective measures and their acceptance by workers.

Key words: medication error, risk management, preventable drug-related morbidity, patient misidentification, professional practice evaluation