

Pourquoi s'intéresser aux « erreurs » médicamenteuses

*Docteur Catherine SGRO,
Médecin Pharmacologue Praticien hospitalier,*

La gestion des erreurs médicamenteuses fait partie de la gestion des risques en santé

Il n'y a pas d'activité humaine sans danger

Gérer les risques, c'est

- ✓ reconnaître le danger
- ✓ évaluer le rapport/bénéfice risque,
- ✓ prévenir les évènements indésirables
- ✓ en tirer des leçons s'ils surviennent

Les erreurs médicamenteuses sont des « contextes » de survenue d'évènements indésirables : il faut apprendre à en discerner les causes afin qu'elles ne se reproduisent pas

Quelques définitions



Danger



Prise de « risque »



Évènement indésirable



Domage à long terme



Récupération



Domage à court terme

Erreur

**Bon usage :
alea**

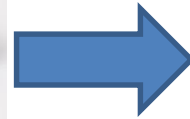
Quel est le contexte de survenue
d'un évènement indésirable ?

Faute

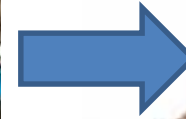
**Mésusage/
Imprudence**



danger



Prise de risque

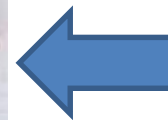


1 Erreur

Pas d'effet indésirable



© Can Stock Photo - csp8066058



Patient 1 n'a pas reçu le β bloquant prescrit

Un effet indésirable grave bradycardie en réanimation



Patient 2 a reçu a tort le β bloquant prescrit

1 Effet indésirable au temps t

2 Évènements indésirables

Problème Lié à la Thérapeutique

Erreur Médicamenteuse

Erreur
Médicamenteuse
Potentielle

Erreur
Médicamenteuse
Avérée

Évènement
Indésirable
Médicamenteux

Effet
Indésirable

- Problème lié à la thérapeutique
Drug related problem
- Erreur médicamenteuse
Medication error
 - Erreur médicamenteuse potetielle
Potential medication error
 - Erreur médicamenteuse avérée
Actual medication error
- Évènement indésirable médicamenteux
Adverse drug event
- Effet indésirable
Adverse drug reaction

Risques associés à la prise en charge médicamenteuse du patient

Un patient vivant à son domicile s'auto administre un médicament qui ne lui est pas destiné : il s'en rend compte, affolé, il appelle le cabinet de son médecin généraliste

1ere réaction : **c'est sa faute**



- Il n'avait pas mis ses lunettes
- on connait le contexte : sa femme et lui, mélangent leurs médicaments
- Il n'en fait qu'à sa tête
- Il n'a pas écouté les recommandations du pharmacien

FAUTE ?

- Situation dans laquelle la responsabilité du professionnel de santé est mise en cause par une **instance judiciaire** (responsabilité administrative, civile ou pénale) pour avoir agi de manière non conforme aux données de la science médicale au moment de la réalisation de l'acte incriminé

ERREUR ?

Réalisation **non volontaire** d'un acte qui empêche d'obtenir le résultat souhaité. Reason distingue

- ✓ les erreurs de routine (80%)
- ✓ des erreurs de connaissance elles-mêmes séparées en deux catégories :
 - erreurs de contexte (bonne connaissance utilisée dans un mauvais contexte 15%)
 - des erreurs de manque de connaissance (très rares moins de 2%)

Les erreurs humaines apparaissent souvent comme les causes évidentes, **immédiates** des accidents

L'erreur médicamenteuse est très fréquente

« L'erreur médicamenteuse est l'omission ou réalisation **non intentionnelle** d'un acte au cours du **processus de soins impliquant un médicament**, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable (ou d'un effet indésirable) pour le patient»

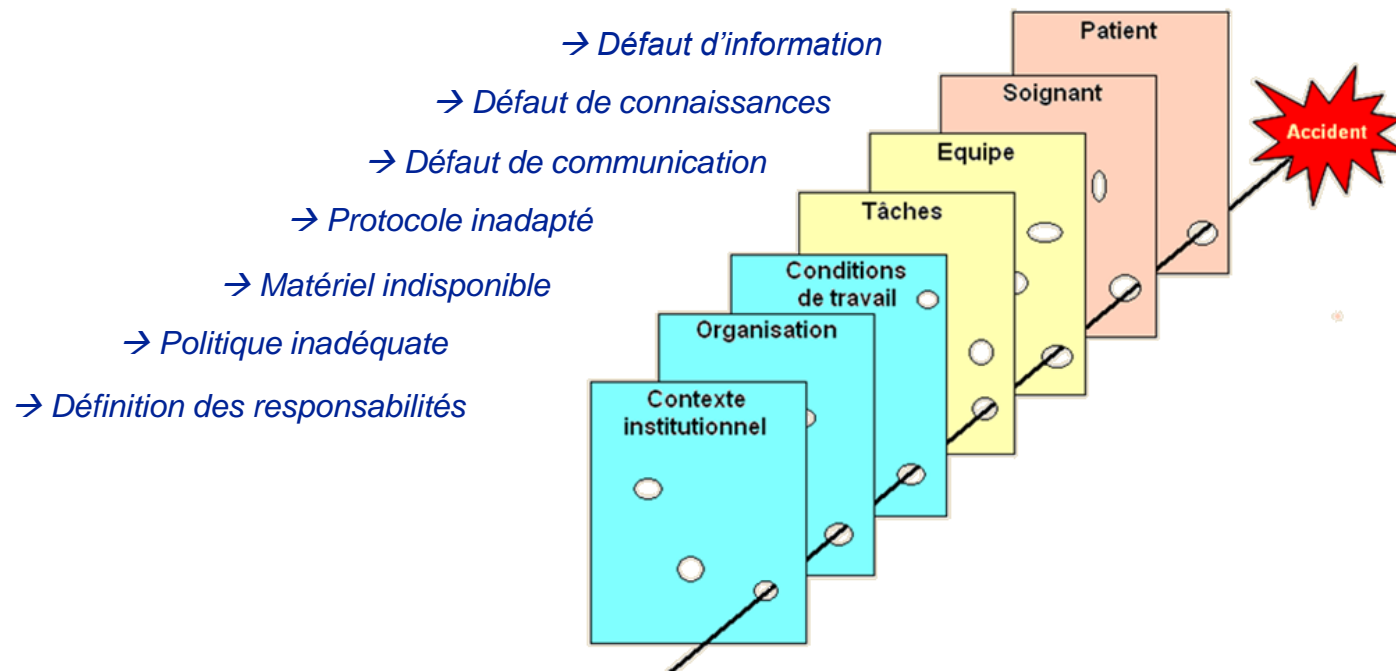
- Les fautes **professionnelles** et les **erreurs individuelles** sont rares
- La plupart des évènements indésirables survenant au cours du parcours de soin sont dus à une **organisation** défectueuse du processus de soins ou une **suite** de dysfonctionnements (80-90%)
- Ils sont donc en grande partie **évitables**
- Même si le système était parfait il y aurait toujours des erreurs car « **l'erreur est humaine** »

La culture positive de l'erreur

Il faut s'attacher à prévenir les erreurs médicamenteuses en promouvant le bon usage du médicament, mais lorsqu'elles surviennent, il faut apprendre **à tirer parti de nos erreurs** et ne pas s'attarder aux causes immédiates mais rechercher les causes profondes ou systémiques pour mettre en œuvre des actions correctives et collectives

La dynamique de survenue d'une erreur correspond à une cascade de dysfonctionnements surtout dans les processus complexes

modèle de Reason

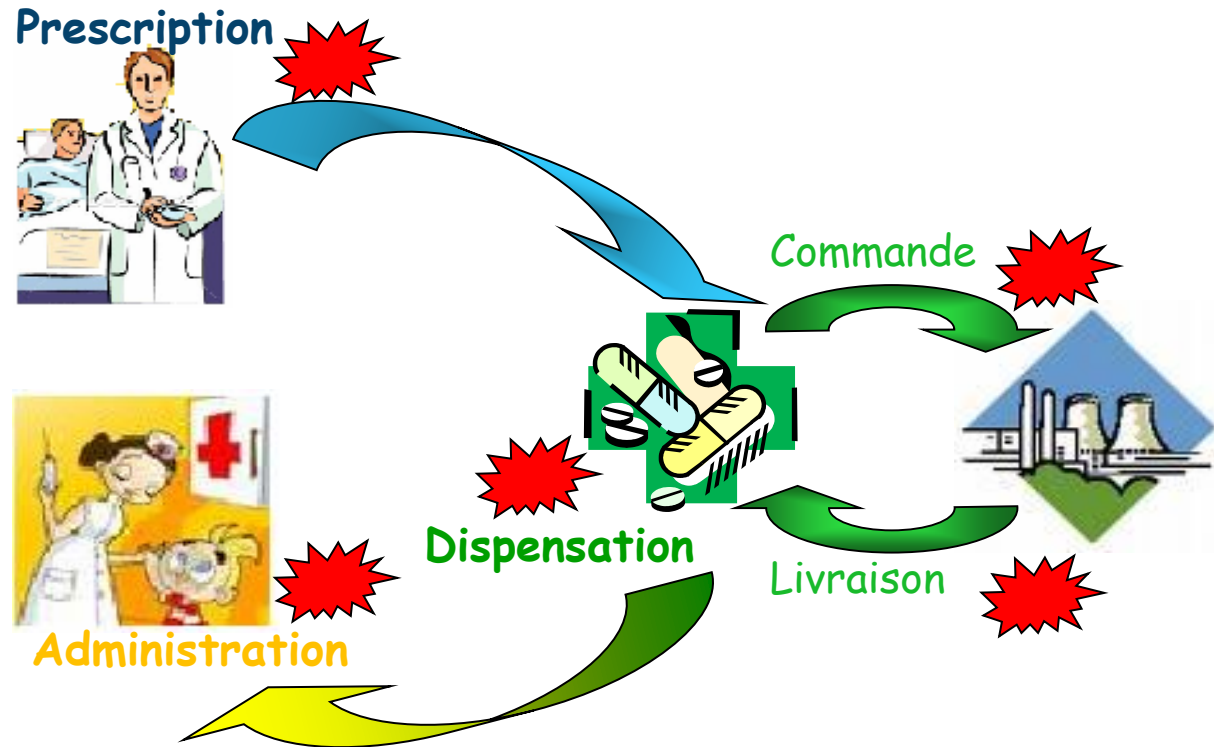


Rechercher les Dysfonctionnements mais aussi barrières qui ont empêché la survenue, diminué la gravité ou permis la récupération de l'erreur

Le circuit du médicament **est** un processus complexe

Contexte

- Beaucoup d'acteurs : Pharmaciens, médecins, soignants, patient et entourage
- Circuit clinique et des circuits logistiques
- Des secteurs de soins interactifs (hôpital, soins de suite, EHPAD, domicile)



En cas de survenue d'une erreur comment en tirer parti ?

- ✓ l'identifier, reconstituer la **chronologie** des faits
- ✓ Evaluer sa typologie, ses **conséquences** potentielles ou avérées
- ✓ en analyser les causes **profondes ou systémiques**
- ✓ rechercher les **barrières** qui ont ou n'ont pas fonctionné
- ✓ en atténuer ou à en supprimer les **effets dommageables** pour le patient
- ✓ mettre en œuvre les **mesures** permettant d'éviter qu'il ne se reproduise »

La GDR est bien développée dans les établissements, beaucoup plus difficile à mettre en œuvre en soins primaires

Décrire les conditions de survenue et Les caractéristiques de l'erreur

Erreur de dose, de patient, de médicament

Erreur de prescription, de délivrance, de préparation
d'administration,

Potentielle ou avérée (Elle peut être récupérée avant d'aller
jusqu'au malade)

Elle ne conduit pas forcément à un dommage ou à un effet
indésirable mais elle peut ou aurait pu, avoir des conséquences
graves

Elle peut ne pas avoir de conséquence grave mais être répétitive

2eme réaction **si on allait plus loin ?**



- Il avait vu un spécialiste la veille à l'hôpital
- Le médecin traitant n'était pas au courant
- Il avait une nouvelle ordonnance en plus de ses traitements habituels
- Sa pharmacie était fermée il est allé à la pharmacie de garde
- On lui a délivré des génériques
- Sa fille qui surveille son traitement est en vacances

*1 médecin traitant
3 spécialistes dont
une consultation
la veille*

*1 pharmacie
habituelle
1 pharmacie de garde*

*Deux ordonnances en
cours*

*Spécialités
princeps
+ génériques*

*Fille absente
Médicaments
épouse*

Chercher les causes systémiques

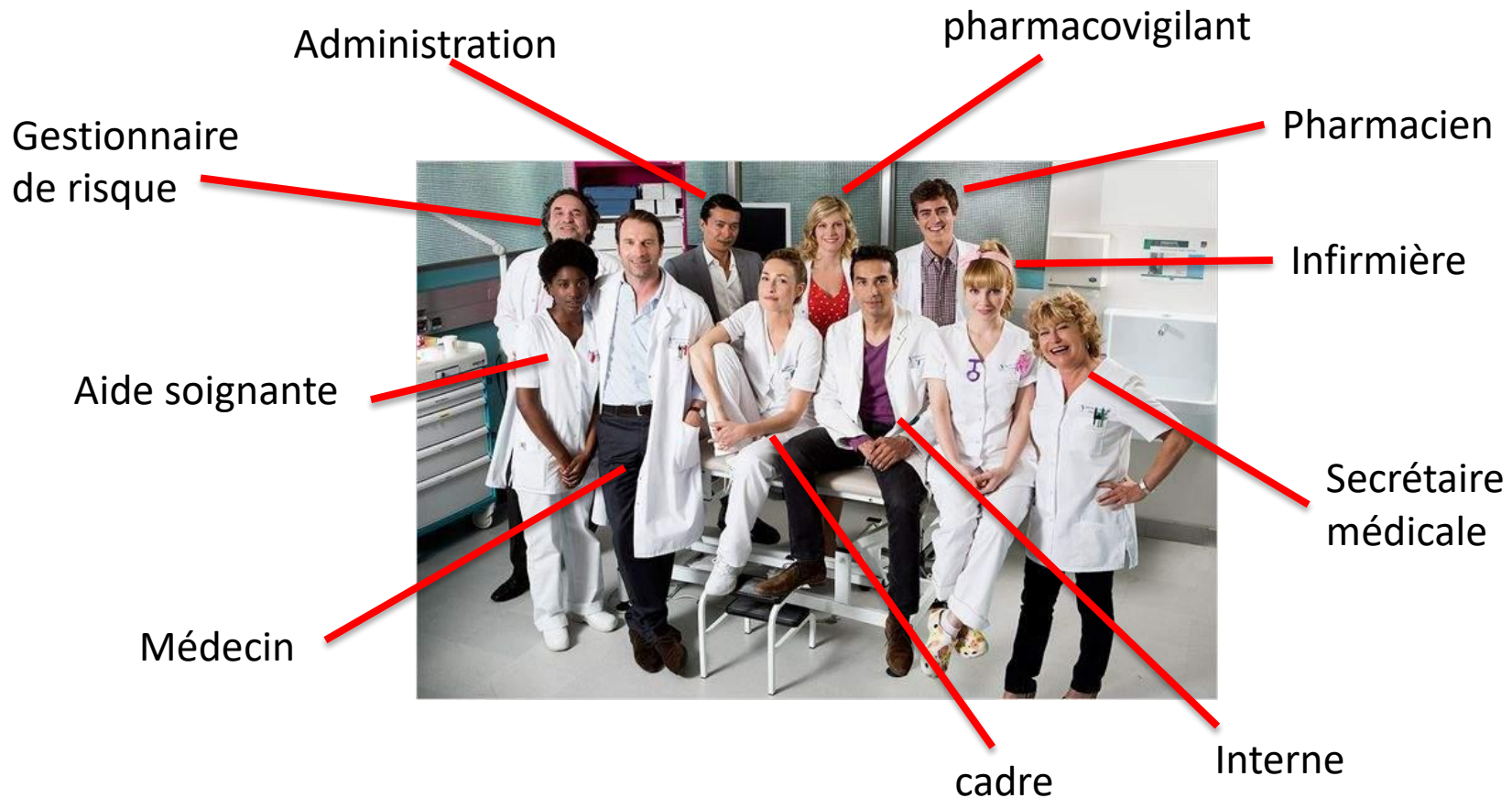
Comment rechercher les causes systémiques qui se cachent derrière les causes immédiates

- **MÉTHODOLOGIE** d'analyse des causes profondes au cas par cas (**ALARM, REMED, ORION**) avec des outils simples mais validés
- **TRAVAIL en équipe de soins** : bienveillance, confiance, confidentialité
- **FORMATION** à la **GDR**
- **OBJECTIF** : **amélioration** du système et **bénéfice** pour le patient
- **COMPÉTENCE** des professionnels du médicament et des gestionnaires de risque

Et ensuite ?

- **ACTIONS D'AMELIORATION** simples et pratiques
- **SUIVI ET EVALUATION**
- **RETOUR** d'Information des professionnels impliqués

La méthodologie de gestion des erreurs médicamenteuses nécessite un travail en profondeur avec l'équipe de soins et des compétences « métiers du médicament et gestion des risques »



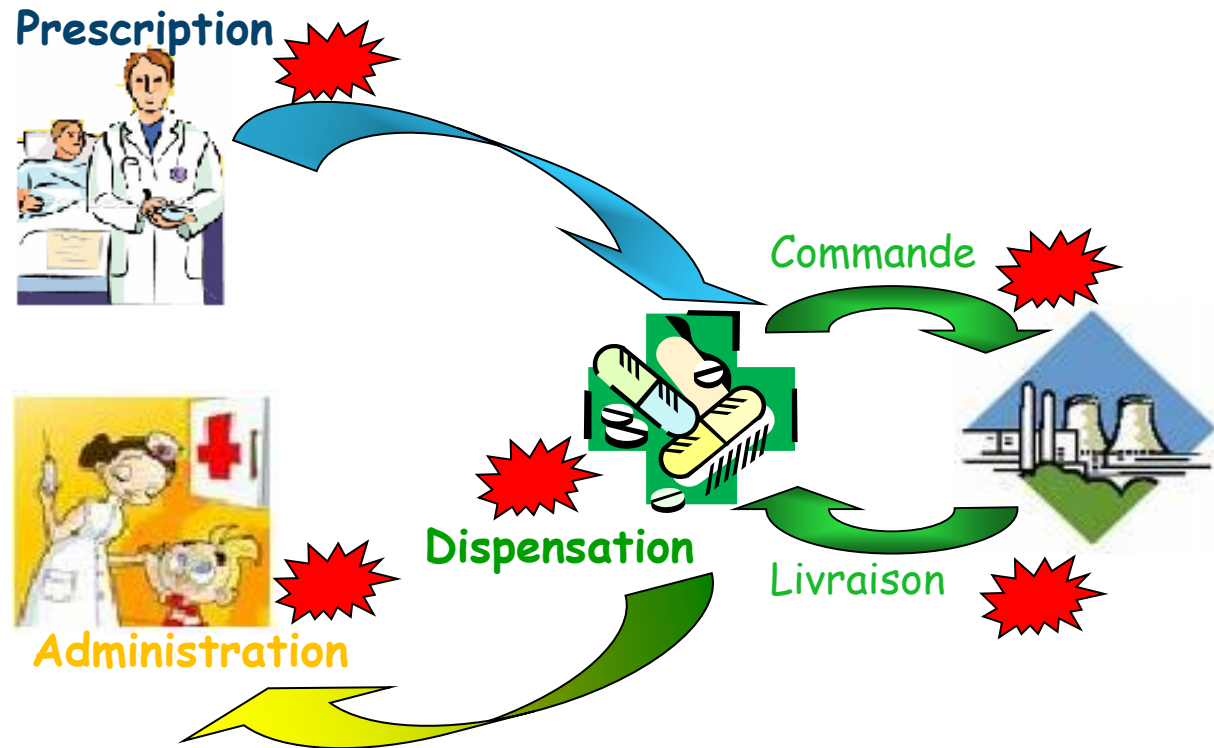
Sur quelles structures s'appuyer à l'hôpital?

- La gestion des risques associés aux soins et La politique du médicament qui sont en principe structurées
- Gestionnaires de risque, Pharmaciens et Pharmacologues (toxicologues et pharmacovigilants) **doivent participer ensemble** à la gestion des EM
- ✓ quelque soit le lieu initial de la déclaration ou de la détection de l'EM
- ✓ particulièrement à l'analyse des cas graves, souvent complexes et avec des ramifications extérieures

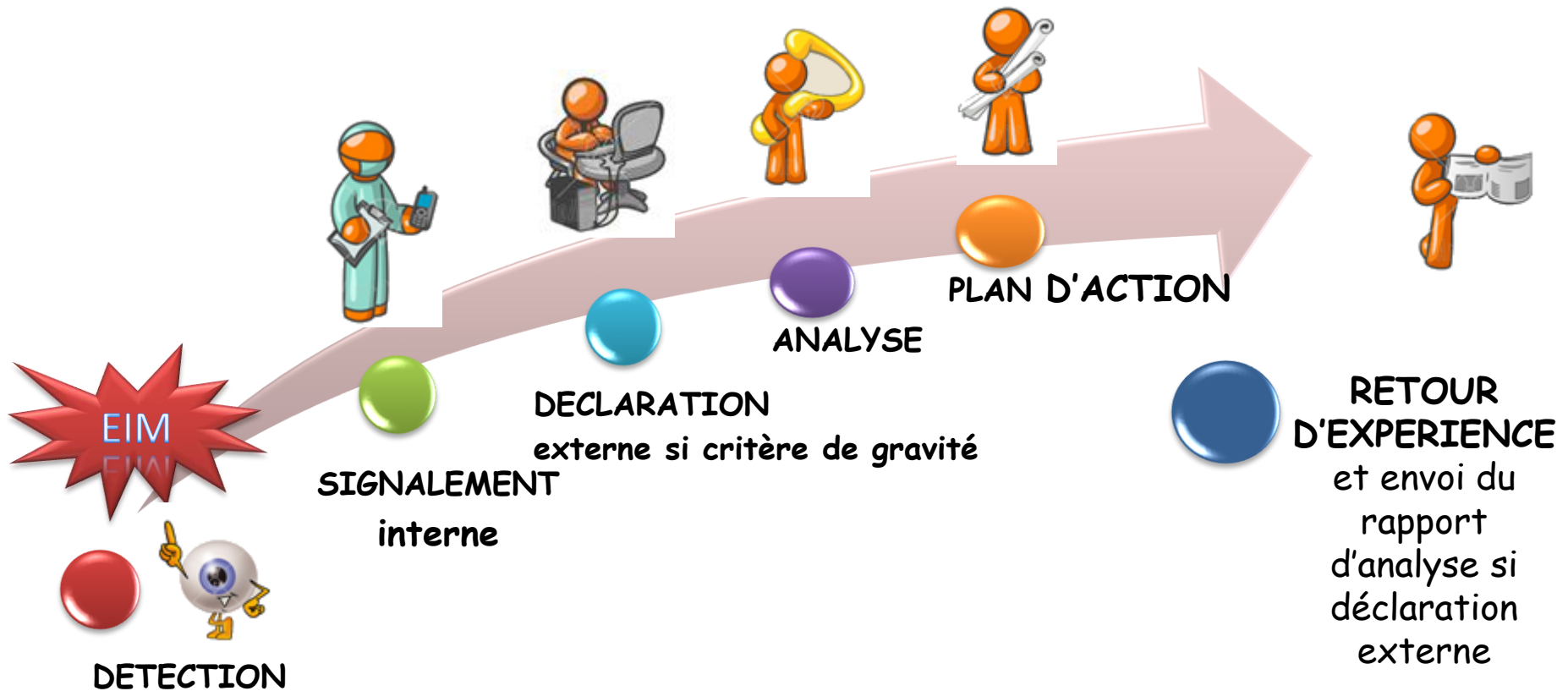
Particularités du circuit du médicament en ambulatoire

Contexte

- Pluri-prescriptions
- Pluri-délivrances
- Interfaces/établissements soins
- Hospitalisation à domicile
- Préparation
- Pas enregistrement administration
- Auto prescription
- Auto-administration des médicaments (patient entourage)
- Non observance
- Absence d'unité de lieux



Comment faire en soins ambulatoires ?



Informer, Former, et impliquer les professionnels
Définir le « cercle de soins »
Soutien méthodologique par les structures Régionales
Travailler avec les associations de patients

Le Centre Régional de Pharmacovigilance
Est votre allié et votre partenaire dans la
prise en charge de la iatrogénie,
évènements et effets indésirables, **erreurs**
et mésusage

Allié des professionnels et des patients au plus près de leur activité et de leur quotidien

- **Savoir faire** pour les professionnels et les patients de la région quelque soit le système ou la de soins : diagnostic, et conseil en matière de iatrogénie et de bon usage
- **Légitimité** réglementaire pour le recueil, et l'analyse des cas recueillis et de leurs causes bon usage, mésusage, abus ou erreur
- **Secret professionnel**, les médecins et pharmaciens pharmacologues du CRPV sont des partenaires et non des censeurs : tout ce qui sort du CRPV est **anonymisé**

Structure d'appui du RREVA : Partenaire incontournable de l'ARS pour la gestion de la iatrogénie

Pharmacologue, Spécialiste de la iatrogénie,

- il apporte une **expertise** pharmacologique ou toxicologique et clinique, circonstanciée au cas par cas
- Il **évalue et transmet** les cas d'EI et EM, à l'ANSM et accès à toutes les informations scientifiques et épidémiologiques nationales et internationales sur la iatrogénie
- Il offre donc à ses partenaires du RREVA une analyse **individuelle** des cas et **une perspective épidémiologique** régionale, nationale et internationale des risques du médicament pour la mise en œuvre d'actions régionales

En conclusion

La détection, l'analyse et la recherche des causes d'erreurs médicamenteuses au sein des structures de soin est une activité indispensable pour garantir et faire évoluer la sécurité du médicament . Elle est l'affaire de tous. Elle repose sur les équipes de soins, la compétence des spécialistes du médicament et la volonté et la coopération et l'accompagnement des tutelles locales régionales et nationales