

Paper of the Month #26 – Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse

Westbrook JI, Rob MI, Woods A, et al.:

Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience

BMJ Quality and Safety in Health Care 2011; epub ahead of print, doi: 10.1136/bmjqs-2011-000089

Thème: Erreurs dans l'administration de médicaments par voie intraveineuse à l'hôpital

Les erreurs dans l'administration intraveineuse de médicaments sont fréquentes et, comparées avec les autres incidents liés à la médication, elles recèlent des risques élevés de lésions graves. Il existe à ce jour peu de données sur le type d'erreurs le plus souvent commises avec ce mode de médication, sur leur dangerosité ou sur le contexte dans lequel elles se produisent. Westbrook et al. ont analysé leur fréquence, leurs conséquences et les déterminants possibles de leur survenue. Ils ont relevé les données requises en observant 568 intraveineuses administrées par 107 infirmières et infirmiers dans deux hôpitaux australiens. Pour ce faire, ils ont accompagné ce personnel durant son travail («shadowing») et rempli un protocole d'observation sur un ordinateur de poche (PDA) pour chaque injection. Ils notaient tous les détails concernant le médicament, ainsi que le respect des étapes contraignantes du processus, tel que le contrôle de l'identité du patient. Pour les injections en bolus, ils inscrivait la durée de l'injection et, en cas d'utilisation d'une pompe à perfusion, le temps d'écoulement du produit. La concordance entre les divers observateurs, vérifiée par échantillonnage, était très élevée (Kappa 0,94-0,96). Afin de garantir un recueil de données exhaustif, les observateurs devaient se tenir à moins d'un mètre des infirmières. Pour que chacun s'habitue à cette proximité, ils les ont suivies pendant une trentaine d'heures sans prendre aucune note. Les erreurs constatées ont été classées dans deux catégories: fautes de «procédure» (écart par rapport aux consignes) et fautes «cliniques», à savoir écarts par rapport à la dose prescrite ou erreurs dans la préparation ou l'administration du médicament. Le degré de gravité de la lésion qui aurait pu survenir en cas de non-intervention au moment de l'incident a été évalué au moyen d'une échelle allant du dommage nul ou léger au décès. Dans 74% des intraveineuses, une faute de procédure au moins a été relevée. Il s'agissait le plus souvent du non-respect des consignes consistant à vérifier l'identité du patient (48% des cas) et à effectuer un double contrôle pour les préparations à haut risque (50% des cas). Les observateurs ont identifié en tout 511 fautes cliniques, et au moins une dans 70% des cas. Sur ce nombre, 25% ont été considérées comme «graves» (niveaux 3-5). Les incidents les plus fréquents ont été constatés dans la manipulation d'antibiotiques: erreurs de dilution, utilisation du mauvais diluant, temps de perfusion erroné ou incompatibilité. Le taux d'erreurs était plus élevé dans les injections en bolus que dans les perfusions (77% contre 48%). Une analyse de régression révèle que, durant les six premières années d'activité professionnelle, le risque d'un événement indésirable diminue chaque année de 11%. Au terme de ce délai, on ne remarque plus d'effets positifs liés à l'acquisition de l'expérience. La vérification de l'identité du patient réduisait le risque de fautes cliniques de 56%, tandis que la prescription d'une injection en bolus l'augmentait de plus de 300%. L'étude montre que les événements indésirables dans l'administration d'intraveineuses sont très fréquents et qu'ils constituent un potentiel de risques considérable. La non-vérification de l'identité du patient est une faute de procédure qui accroît sensiblement le risque d'une faute clinique consécutive. Les infirmières commettent nettement plus d'erreurs durant leurs six premières années d'activité que par la suite. Dès lors, on peut conclure qu'une amélioration de leur entraînement à l'administration d'intraveineuses et de leur supervision lors de cet acte est de nature à favoriser grandement la sécurité des patients.

PD Dr D. Schwappach, MPH, directeur scientifique de la Fondation pour la sécurité des patients
Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21690248> Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.

Secrétariat et adresse pour toute correspondance:

PD Dr David Schwappach, directeur scientifique, Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich
Tél. +41 (0) 43 243 76 21, fax +41 (0) 43 243 76 71, www.patientensicherheit.ch, schwappach@patientensicherheit.ch
Siège de la fondation: c/o Académie suisse des sciences médicales, Petersplatz 13, CH-4051 Bâle