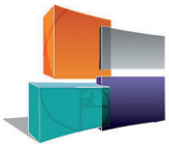
Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 31 (2012) 863–869



SFAR
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Article original

Erreurs médicamenteuses en anesthésie : enquête prospective au niveau des CHU Marocains

Medication errors in anesthesia: A Moroccan university hospitals survey

M. Amor [a,*], M. Bensghir [b], Z. Belkhadir [a], A. Ghannam [a], H. Azendour [b], N. Drissi Kamili [b], W. Maazouzi [a]

[a] *Département d'anesthésie et de réanimation, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc*
[b] *Département d'anesthésie et de réanimation, HMIMV, Rabat, Maroc*

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 21 octobre 2011
Accepté le 28 juillet 2012

Mots clés :
Erreur médicamenteuse
Anesthésie
Surdosage
Substitution
Omission

RÉSUMÉ

Introduction. – Les erreurs médicamenteuses (EM) constituent un important problème de santé publique à cause de la morbidité et du coût financier qu'elles peuvent engendrer. En anesthésie, peu de publications, essentiellement rétrospectives, ont évalué l'incidence et l'impact des EM. Nous avons mené une étude prospective dont l'objectif était de relever et de décrire les EM en anesthésie dans quatre centres hospitaliers universitaires marocains.
Patients et méthodes. – Après accord du comité d'éthique, une étude prospective a été menée dans neuf hôpitaux répartis sur quatre centres hospitaliers universitaires (Rabat, Casablanca, Fès, Marrakech) d'octobre 2009 à juin 2010. Pour la collecte des données, un anesthésiste de chaque hôpital était désigné par l'investigateur pour assurer le recueil au sein de chaque site. Le type de recueil était basé sur les déclarations des praticiens. Les EM ont été divisées en catégories bien distinctes : erreurs de substitution, erreurs d'omission, erreurs de la voie d'administration, les erreurs de doses et de dilution. Les conséquences des EM étaient classées en quatre niveaux selon leur degré de sévérité.
Résultats. – Durant la période de l'étude, 9199 actes anesthésiques ont été rapportés soit un taux moyen de réponse de 36 %. L'anesthésie générale était réalisée chez 75 % des opérés. Seize cas d'EM ont été déclarés (soit une incidence de 1/575, dont 1/405 en milieu pédiatrique). Les médicaments impliqués étaient variés, dominés par les hypnotiques (six cas/16) et les morphiniques (quatre cas/16). L'EM commise était due principalement à une erreur d'étiquetage (sept cas/16) et à une situation d'inattention (fatigue et stress) dans sept autres cas. Les erreurs de substitution (seringue ou ampoule) étaient les plus fréquemment relevées dans notre étude (dix cas/16). Ces EM ont essentiellement été commises par les praticiens les moins expérimentés (14 cas/16). Elles sont survenues aussi bien durant la phase d'induction (sept cas/16) que lors de l'entretien (neuf cas/16) ; au cours d'interventions urgentes (sept cas/16) que celles programmées (neuf cas/16). Aucune erreur n'a été responsable de décès. Une situation a été classée grade III de sévérité (OAP après administration inappropriée d'adrénaline).
Conclusion. – Au terme de notre étude, nous avons élaboré des recommandations, en concertation avec le centre marocain de pharmacovigilance, qui rejoignent celles des sociétés savantes afin de prévenir la survenue des EM dans notre pratique anesthésique quotidienne.
© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar).

Keywords:
Medication error
Anaesthesia
Overdose
Substitution
Omission

ABSTRACT

Introduction. – Medication errors are a major public health problem because of their morbidity and financial costs. In anesthesia, few articles publications, mostly retrospective, have assessed its incidence and outcomes. By our prospective study, we intend to identify and describe the drug errors in anesthesia in four university hospitals in Morocco.
Material and methods. – After approval of our ethics committee, a prospective study was conducted in nine hospitals affiliated to four university hospitals (Rabat, Casablanca, Fes and Marrakech) from October 2009 to June 2010. Data collection was carried out by an anesthesiologist at each hospital who was designated by the investigator. Informations were based on practitioner's statements. Medication errors were divided into distinct categories: substitution errors, omission errors, errors of the way of

* Auteur correspondant. Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, University of Mohamed V Souissi, Speciality Hospital, PMB 10000, Rabat, Maroc.
Adresse e-mail : mourad_amor_rea@yahoo.fr (M. Amor).

0750-7658/$ – see front matter © 2012 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar).
http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2012.07.024

administration, dosage and dilution errors. The consequences were classified into four levels according to their severity.

Results. – During the study period, 9199 anesthetic procedures were reported (mean response of 36%). General anesthesia was performed in 75% of patients. Sixteen cases of drug errors were reported (an incidence of 1/575 with 1/405 in a pediatric setting). The drugs involved were dominated by hypnotics (six cases/16) and morphine (four cases/16). Medication errors were mainly due to labeling mistakes (seven cases/16) and to attention deficit due to fatigue and stress (seven other cases) leading to substitution error in most of cases (10 cases/16. Errors were mainly made by the less experienced practitioners (14 cases/16). They occurred during the induction phase (seven cases/16) as well as during the interview process (nine cases/16), and also during emergent surgeries (seven errors/16) as well as during elective ones (nine errors/16). No errors caused death. Pulmonary edema (recognized as a grade III severity incident) was secondary to inappropriate administration of adrenaline.

Conclusion. – Our study helped us to set recommendations, which are approved by the Moroccan pharmacovigilance center, and in accordance with the international committees to prevent the occurrence of medication errors in our daily anesthetic practice.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of the Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar).

1. Introduction

L'erreur médicamenteuse (EM) caractérise une situation, un fait déviant par rapport à un standard de pratique. L'EM représente la septième cause de mortalité aux États-Unis [1]. Selon l'institut américain de médecine, 4400 à 9800 patients/an décèdent par erreur médicale dont une grande partie est liée à l'EM [2]. En anesthésie, plusieurs facteurs prédisposent à la survenue de ces EM : la multiplicité des produits et leur rangement, le recours à des différentes dilutions et posologies, les situations d'urgence et le stress. Les spécificités du bloc opératoire tendent à accroître le risque et la gravité de ces EM par rapport aux autres structures de soins hospitalières. Peu de publications (rétrospectives principalement) ont évalué l'incidence et l'impact des EM en anesthésie. Dans une enquête menée par la société canadienne d'anesthésie, 30 % des anesthésistes interrogés ont reconnu avoir commis au moins une EM durant leur pratique anesthésique [3]. Au Japon, dans une étude rétrospective menée durant une période de huit ans, 233 EM ont été déclarées sur 27 454 (0,84 %) actes anesthésiques [4]. Irita et al. [5] dans une autre étude japonaise s'étendant sur quatre ans et incluant 4 291 925 anesthésies trouvaient une incidence d'EM à 1/5473. Dans une étude canadienne rétrospective portant sur 55 426 anesthésies, 63 EM étaient rapportées dont trois responsables de dommages graves [6]. Étant donné la rareté des études prospectives concernant cette problématique, nous avons jugé intéressant de mener une étude épidémiologique observationnelle dans notre contexte marocain, avec pour objectif d'évaluer l'incidence des EM en anesthésie et de décrire la nature et les facteurs favorisants la survenue de ces EM.

2. Patients et méthodes

Après accord du comité d'éthique de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, une étude prospective épidémiologique observationnelle, a été menée dans neuf hôpitaux répartis sur quatre centres hospitaliers universitaires (Rabat, Casablanca, Fès, Marrakech) durant une période de neuf mois (octobre 2009 à juin 2010).

Les fiches d'exploitation anonymes comportant deux parties étaient distribuées aux responsables de chaque site anesthésique (Matériel complémentaire, Annexe A).

2.1. Première partie (A)

Elle concernait le recueil des données pour tout acte d'anesthésie réalisé pendant la durée de l'étude. Pour chaque malade anesthésié, étaient notés : les données démographiques (âge, sexe, classe ASA), le type de chirurgie (urgence, programmée), la durée de la chirurgie, la nature de la chirurgie (digestive, ORL...), le type d'anesthésie (AG, ALR, AG + ALR), l'expérience de l'anesthésiste (années d'exercice au bloc opératoire) et de l'aide-anesthésiste (IADE, stagiaire, autres).

2.2. Seconde partie (B)

Elle concernait le recueil des données supplémentaires en cas de survenue d'EM, à savoir : le type d'opérateur (résident, anesthésiste senior), l'expérience de l'aide-anesthésiste (infirmier, stagiaire), le moment de sa survenue (induction, entretien, réveil), le lieu (salle d'intervention, SSPI), le médicament mis en cause, le type d'EM (dose, concentration, spécialité...), le degré d'EM (potentielle, avérée et interceptée avant administration, avérée et non interceptée avant administration), ses causes (erreur de communication, de dénomination, d'étiquetage, causes humaines) ainsi que ses conséquences (avec ou sans préjudice).

Pour la collecte des données, un anesthésiste de chaque hôpital était désigné par l'investigateur pour assurer le recueil au sein de chaque site. Le type de recueil était basé sur les déclarations des praticiens (autodéclaration : *self-reporting*). La fiche de déclaration était remplie de façon anonyme par le déclarant de l'EM. L'absence de conséquences de la déclaration était assurée.

L'EM était définie comme étant tout événement iatrogène médicamenteux (EIM) évitable, potentiel ou avéré, résultant d'un dysfonctionnement non intentionnel dans l'organisation de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient. Cette EM était à différencier de l'EIM et de l'effet indésirable (EI). L'EIM était défini comme tout dommage résultant de l'utilisation d'un médicament ou de l'intervention d'un professionnel de santé relative à un médicament. Cet EIM peut provenir soit d'une EM ou d'un EI. L'EI était défini comme une réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour le rétablissement, la rectification ou la modification d'une fonction physiologique. Les différentes erreurs étaient définies comme suit [3–5] :

- erreur d'omission : oubli d'administration d'un médicament en cours d'un acte anesthésique ;
- erreur de dosage : administration de doses non adaptées au patient ;
- erreur de dilution : administration d'un médicament à une concentration non recommandée ;
- erreur de substitution : confusion de seringue ou d'ampoule avec comme conséquence l'administration d'une autre spécialité que celle prescrite ;

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/2745926

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/2745926

Daneshyari.com