

Texte de l'intervention :

## **Iatrogénie médicamenteuse liée à l'administration.**

L'administration des médicaments génère comme tout acte des erreurs liées à son exécution. Mais cet acte est la vérification ultime avant les effets de l'erreur. Particulièrement pour les anticancéreux qui nécessitent une attention particulière non seulement par leur marge thérapeutique étroite mais également par le respect des protocoles de traitements établis. Un non respect peut changer le pronostic vital du patient.

L'infirmier est l'acteur de cette administration et le pharmacien se contente de conseiller sur les modalités d'administration, mais n'est pas au lit du malade.

Dans la littérature peu d'études existent sur les erreurs liées uniquement à l'administration, mais certaines études permettent d'appréhender l'étendue de ces erreurs.

Quelques chiffres significatifs:

- 3 % des hospitalisations sont dues à des médicaments
  - le personnel infirmier est impliqué dans 26 à 89 % des erreurs et ces chiffres varient en fonction des études si elles prennent en compte les erreurs liées au moment d'administration ou non.
  - 24 % des infirmiers ne connaissent pas le nom des patients qu'ils traitent.
- Enfin il y a 0.3 à 0.4 % d'erreurs de voie d'administration mais qui sont pour les anticancéreux fatales pour les patients.

A l'occasion d'une mise en place d'une reconstitution centralisée à l'hôpital de jour, il me paraissait opportun d'auditer leur pratique et plus particulièrement en ce qui nous concerne de l'administration.

L'hôpital de jour accueille 70 patients par jour et effectue 140 perfusions de cytotoxiques.

12 infirmières sont rattachées au service (effectivement 9 infirmières présentes chaque jour) et dont 2 sont dévolues à la préparation des cytotoxiques.

Les réflexions du chef de service sont alarmantes :

"Quand je prescris une chimiothérapie à un patient, je suis sûr de son administration si le patient perd ses cheveux." Ou

"Je ne suis pas sûr que les traitements antiémétiques soient administrés avant la chimiothérapie"

J'ai donc effectué une observation sur 3 jours de l'activité du service.

J'ai réalisé une grille d'évaluation de l'activité d'administration en m'inspirant de diverses recommandations: SOR, AJHP, le risque médicamenteux nosocomial:

- Evaluation de l'équipe infirmière: sa formation, sa charge de travail et son expérience
- La prescription et son interprétation : manuscrite, en abréviations, lisible, tous les traitements sont ils indiqués, y a t il une chronologie d'administration indiquée, un temps de perfusion et une voie?  
Existe-t-il dans le service un recueil des protocoles de chimiothérapie?  
Y a t il un suivi du dossier patient et du dossier infirmier?
- Y a t il possibilité de confusion de patient?
- Erreurs de modalités d'administration: débit d'administration, voie, ordre de passage, respect des mesures d'asepsie simple et lors de la manipulation d'une voie centrale, défaut de surveillance, protocole en cas d'extravasation.
- Y a t il vérification des préparations avant l'injection : étiquetage, conformité à la prescription, dose, abréviations...
- L'information du patient est elle correcte? Y a t il communication entre les équipes soignantes et les médecins et pharmaciens?

L'observation sur 3 jours du service a montré des erreurs et des mesures correctrices ont pu être prises du fait de la restructuration du service avec une informatisation de la prescription et une préparation centralisée des chimiothérapies. Les erreurs principales sont rapportées ici seulement qualitativement car il était difficile de quantifier ces erreurs sur la courte période d'observation.

Absence de formation des infirmières à la pratique spécifique de la cancérologie. Le risque des cytotoxiques est banalisé et les purges de produits sont effectués sans précautions particulières, les déchets restent toute la journée en salle de perfusion, les excréta sont manipulés sans précaution particulière. Nous avons donc organisé des formations particulières et préconiser d'éliminer les déchets après chaque patient en adaptant la taille des sacs poubelles.

Il n'y a pas de précautions particulières lors de la manipulation des voies veineuses centrales: faute d'asepsie fréquente. Un protocole en collaboration avec le cadre hygiéniste a été rédigé et est appliqué.

La prescription est écrite mais manuscrite sans indication de solvant, ni de durée de perfusion ni de voie d'administration. Les noms de produits sont écrits en abrégés et les écritures illisibles. Les traitements adjuvants sont toujours indiqués.

L'informatisation de la prescription permet maintenant de connaître la chronologie d'administration, les doses et produits à administrer, les voies et les durées de perfusion.

L'absence de thésaurus est palliée.

Le "OK chimio" qui était infirmier voire même donné par l'aide soignant est maintenant obligatoirement médical.

La prise en charge du patient se fait par un accueil de celui-ci. L'infirmière connaît son nom avant la perfusion, ce qui évite les erreurs de confusion de patient.

Les préparations, la prescription et le dossier infirmier sont regroupés dans le même bac. L'infirmier à la prise en charge du patient vérifie pour la moitié d'entre eux la conformité de la prescription et des préparations : étiquetage constitué de l'étiquette NIP patient où est inscrit le nom du produit et la dose.

Par l'informatisation, nous allons mettre en place une traçabilité de l'administration en associant le code barre patient au code barre de la préparation.

Le dossier infirmier succinct ne comporte pas de fiche historique de suivi de chimiothérapie du patient. Il faut rechercher le nombre de cures reçues en consultant les fiches d'administration une à une.

Il n'existe également pas de rétro-information de l'administration au médecin.

Ceci est remédié par le suivi informatique du patient et de l'administration des préparations.

La perfusion en elle-même des produits cytotoxiques se fait en fonction des infirmières dans l'ordre qu'elles ont choisi (les antiémétiques perfusés toujours avant la chimiothérapie). Un plan d'administration est maintenant édité par les médecins permettant une chronologie d'administration possible.

Erreur de calcul de débit principalement pour les perfusions continues où les pompes n'ont pas une programmation facile. Une formation du personnel est à nouveau prévue. Un mode d'emploi simplifié a été conçu ainsi qu'un mode d'emploi pour les patients.

Les mélanges d'anticancéreux sont fréquents. Un contrôle pharmaceutique des préparations permet d'éviter ces mélanges.

Le rinçage de la veine à la fin des perfusions de cytotoxiques est aléatoire de chaque pratique infirmière. Une homogénéisation des pratiques est à effectuer.

Enfin aucun protocole de soins n'est affiché dans la salle.

Il n'existe que peu de communication soignant - médecin. Le service est en réorganisation pour permettre une meilleure prise en charge du malade.

La question de l'administration en ambulatoire est difficile à résoudre car seulement une infirmière est chez le patient et les doubles contrôles sont difficiles à mettre en place. Un cahier de liaison entre personnel infirmier est mis en place. La prescription, le plan de soins, les fiches de fabrications sont transmises aux infirmières libérales ainsi que la liste des DM nécessaires pour chaque type de perfusion.

D'une observation assez catastrophique, nous avons pu avec des moyens simples et une informatisation de la prescription améliorer l'administration des cytotoxiques dans ce service.

En conclusion

Les erreurs d'administration sont dépendantes de chaque infirmière mais également beaucoup de l'organisation du service. Pour maîtriser ces erreurs, il est nécessaire de contrôler la prescription, de participer à la mise en place de protocoles de soins et à la formation des infirmières.