

Pascal Bonnabry ¹, Christian Lovis ², Pierre Chopard ³, Philippe Garnerin ⁴, *et al.*

¹ Pharmacie, ² Service d'informatique médicale, ³ Service qualité des soins, ⁴ Service d'anesthésiologie
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Suisse

Introduction

De nombreuses actions sont menées dans les hôpitaux pour améliorer la sécurité des patients et leur implémentation requiert des ressources humaines et financières, du temps, une culture de la sécurité et une forte collaboration interdisciplinaire. Toutefois, en l'absence d'une stratégie claire et globale, leurs effets ne pourront pas atteindre leur plein impact.

Objectif

Cette présentation a pour but d'illustrer une stratégie globale de sécurisation du processus d'utilisation des médicaments, avec l'exemple des HUG. Ce modèle peut être réutilisé par d'autres institutions afin de créer une dynamique d'amélioration.

Description de la stratégie

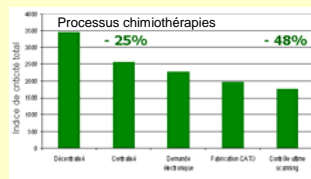
1 Formation continue 2007



En plus de la formation continue habituelle:

- Fiabilité de la dispensation (1j)
- Médicaments: de la commande à l'administration (1j)
- Compétences en calculs (en cours d'élaboration).

2



Re-engineering de processus à haut risque, basé sur des analyses de risques AMDEC. Ex. chimiothérapies [IntJQualHealthCare 2006;18:9], injections intrathécales, nutriments parentérales [QualSafHealthCare 2005;14:93].

3



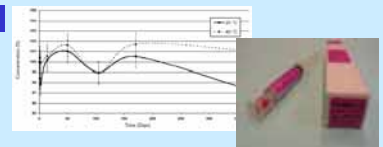
Développement d'un dossier patient informatisé incluant une prescription électronique assistée par des aides à la décision (Presco).

4



Individualisation de la dispensation pour des produits à haut risque. Ex. chimiothérapies, methotrexate oral, thalidomide.

5



Développement de médicaments injectables prêts à l'emploi (CIVAS). Sélection des produits, conduite d'études de stabilité et production en série.

6

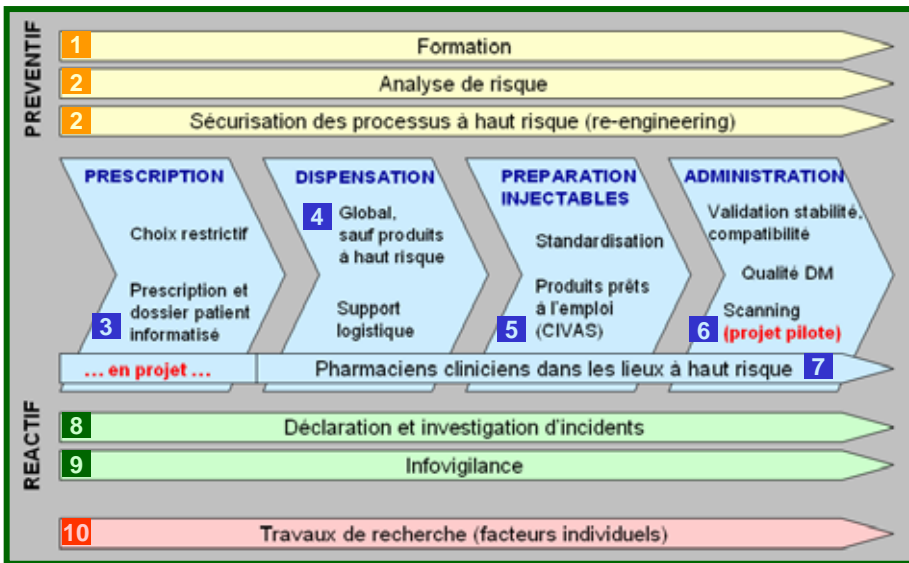


Essai pilote de contrôle ultime électronique, pour améliorer la sécurité et la traçabilité (chimiothérapies). Dans le futur, extension à d'autres produits et nécessité d'obtenir des code-barres imprimés par l'industrie.

7



Présence de pharmaciens dans les lieux à haut risque. Projet de développement de cette activité de pharmacie clinique.



Conduite de travaux de recherche, p.ex. mesure des fréquences de défaillance de facteurs individuels: erreurs de dispensation (3%), erreurs de dilution (3%), erreurs de calcul (10%), performance des contrôles (85%), standardisation des étiquettes, code-couleur. Un des buts finals est de pouvoir analyser le processus par la méthode des arbres des pannes. [EurJClinPharmacol 2007;63:769]

9



Signalement à l'industrie et à Swissmedic de tous problèmes relatifs à l'information officielle et aux emballages (≈20/an). ≈60% de réponse positive. Travail de fond pour obtenir toutes les informations sur chaque dose unitaire de blister.

8



Procédure institutionnelle de déclaration et d'investigation des incidents. Centralisation des faits graves et gestion décentralisée des incidents. Système informatisé institutionnel.

Conclusion

L'organisation des actions autour d'une stratégie globale, basée sur une bonne connaissance des facteurs humains et définie en fonction des ressources disponibles et du contexte local, augmente les chances d'obtenir des résultats positifs. La combinaison d'actions préventives et réactives est nécessaire pour lutter avec efficacité contre l'iatrogénie médicamenteuse. L'évaluation de l'impact de mesures sur la sécurité des patients est difficile et fastidieuse. Nous avons choisi de dédier nos ressources à l'action plutôt qu'à l'évaluation stricte de chaque projet, mais l'élaboration d'indicateurs permettant d'avoir une meilleure estimation de la fiabilité du processus doit être prévue dans le futur.