



Hôpitaux de Lyon



Amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en cancérologie

Mise en place des REMED en cancérologie

Hospices Civils de Lyon - Groupement Hospitalier Sud

Unité de Pharmacie Clinique Oncologique (Dr. C. Rioufol, Dr. F. Ranchon)

Service d'Hématologie (Pr. G. Salles)

Service d'Oncologie Médicale (Pr. V. Trillet-Lenoir)

A la Timone, un enfant de six ans succombe après une erreur médicale

Publié le jeudi 25 mars 2010 à 08H49

Tovmasyan, 6 ans, a succombé à une erreur de dosage médicamenteux

C'est une virgule mal placée, ou peut-être mal interprétée, une absurde erreur d'écriture ou de lecture qui a tué le petit Tovmasyan Hovhannes. Traité au service d'oncologie pédiatrique de la Timone-Enfants à Marseille pour une forme très agressive de cancer, cet enfant de 6 ans est mort le 3 février dernier. Foudroyé par une surdose de chimiothérapie.

L'erreur médicale, insensée, incompréhensible, a abouti à administrer au petit malade des médicaments très puissants (la Navlebine notamment), à un dosage dix fois supérieur au traitement prévu. L'enfant, dont l'état s'est rapidement dégradé, a été conduit en réanimation. Il y décédera quelques



Type d'erreurs	Informatisation (O/N)	Taux d'erreurs (%)	Gravité potentielle estimée		Ref
Classification de Lesar					
Erreurs de prescription	N	145/ 5000 (2,9%)	Erreurs sévères ou fatales Erreurs sérieuse Erreurs significative Erreurs sans conséquences	9,7% (n=14) 22,1% (n=32) 22,0% (n=32) 46,2% (n=67)	1
Erreurs de préparation	N	55/1530 (3,6%)	Erreurs sévères ou fatales Erreurs sérieuse Erreurs sans conséquences	1,8% (n=1) 69% (n=38) 29% (n=16)	2
Classification du NCC MERP					
Erreurs de prescription, de préparation et d'administration	N	489/6670 (7,3%)	Erreur avec décès Erreur avec préjudice permanent Erreur avec préjudice temporaire Erreur sans préjudice	1,4% (n=7) 5,5% (n=27) 6,3% (n=31) 86,7% (n=424)	3
Erreurs de prescription, de préparation et d'administration	N	329/6607 (4,9%)	Erreur avec décès Erreur avec préjudice permanent Erreur avec préjudice temporaire Erreur sans préjudice	1,5% (n=5) 4% (n=13) 15,5% (n=51) 79% (n=260)	4
Erreurs de prescriptions	N	123/ 602 (20,4%)	Erreur avec décès Erreur avec préjudice permanent Erreur avec préjudice temporaire Erreur sans préjudice	5,7% (n=7) 25,2% (n=31) 32,5% (n=40) 36,6 (n=45)	5
	O	158/1339 (11,7%)	Erreur avec décès Erreur avec préjudice permanent Erreur avec préjudice temporaire Erreur sans préjudice	6,3% (n=10) 41,8% (n=66) 35,4% (n=56) 16,5% (n=26)	
Classification de Hatoum					
Erreurs de prescription	O	73/4314 1,69%	Impact vital Impact clinique très significatif Impact clinique significatif Impact clinique nul	6% (n=4) 30% (n=22) 25% (n=18) 39% (n=29)	6

La Revue des Erreurs Médicamenteuses Et Dispositifs associés (REMEDI)



Hôpitaux de Lyon



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

- Présentation de la HAS
- Missions
- Organisation
- Textes officiels
- Lettres publiques
- Programme de travail
- Chiffres clés
- Néonologie
- Mission Associations de patients et d'usagers
- Relations internationales
- Travaux et recherche
- Archives historiques
- Lettre d'information

- Professionnels de santé
- Grand public
- Presse
- Programmes Pilotes

English | English | RSS | Aide | Contact | Mentions légales | Liens Recherche OK Recherche avancée

Accueil | Présentation de la HAS | Dérégulation | Événements | Toutes nos publications | Ressources humaines | Marchés publics

Accueil > Toutes nos publications

Methodologie

Revue de mortalité et de morbidité (RMM)

Date de rédaction : juin 2019

Les points clés

Où mettre en œuvre ?

En établissement de santé, dans un réseau de santé, au sein de groupes d'analyse de pratiques entre pairs, quel que soit le secteur d'activité.

De QUOI s'agit-il ?

Une revue de morbidité et de mortalité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. L'analyse systémique, menée lors de la RMM, est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou deux individus. À l'issue de cette analyse des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il s'agit de décrire les faits et d'analyser des situations s'étant produites, pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable.

Où peut le faire ?

L'équipe médico-soignante qui regroupe des professionnels qui travaillent habituellement ensemble et qui contribuent à la prise en charge d'un patient.

OUTILS

- REC : Glossaire
- Max Alertes
- Inform
- Écrire

EN SAVOIR +

- La revue de mortalité et de morbidité (RMM) : une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Table ronde RMM - Rencontres HAS 2022
- Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé
- Sécurité du patient

POUR SA PRATIQUE

- Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM) - 4 pages 2009 (59.76 Ko)
- Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM) - Guide 2009 (267.02 Ko)
- Modèle de procédure RMM (26.83 Ko)
- Aide pour l'analyse d'un cas (12.54 Ko)
- Fiche de suivi d'action (9.71 Ko)
- Objets de qualité d'une RMM (10.26 Ko)
- Check-list des actions à réaliser pour mettre en œuvre une RMM (6.94 Ko)

La Revue des Erreurs Médicamenteuses Et Dispositifs associés (REMEDI)

- **Détection des cas**
 - recueil prospectif et déclaration spontanée
- **Sélection des cas**
 - erreurs médicamenteuses avérées ou interceptées
- **Participants**
 - tous professionnels de santé
- **Analyse des erreurs**
 - chronologie, causes immédiates et profondes
- **Discussion d'actions préventives et correctrices**



REMED mises en place (1/3)

o **Novembre 2009 – Septembre 2011 : 7 REMED**

o **Services concernés**

- **Hématologie**
- **Oncologie Médicale**
- **Hépto-gastro-entérologie**
- **Unité de Pharmacie Clinique Oncologique**

Spécialité	Période d'étude	Nombre de protocoles prescrits, soit préparations	Taux d'erreurs	Détails des erreurs	Conséquences
Hématologie					erreurs médicamenteuses
Oncologie Médicale	juin 2006 à mai 2007	1632 protocoles prescrits, soit 5270 préparations	avec au moins 1 EM soit un taux d'erreurs de 3,5%	<ul style="list-style-type: none"> - 53% : erreurs de dose (n=43) - 4% : annulations de Feu Vert (n=3) - 8% : erreurs de choix de protocole (n=6) - 35% : doses manquantes (n=28) 	<ul style="list-style-type: none"> - 70,3% : aucune conséquence clinique - 16,7% : préjudice temporaire - 1,8% : préjudice permanent (4,7%) - 5,3% : mise en jeu pronostic vital et décès
Pharm Clinique Oncologique	2007		14%	<ul style="list-style-type: none"> - 10% : erreurs de saisie (n=3) - 3,3% : erreurs d'analyse pharmaceutique (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> - 36,7% : préjudice temporaire
Hépatogastro-entérologie	Juin 2006 à décembre 2010	25000 préparations			sur 1 an aucune conséquence

Erreurs de prescription
44% erreurs de dose (n=230)
43% prescriptions incomplètes (n=223)
11% erreurs de protocole (n=58)
2% erreurs de feu vert (n=10)

5 erreurs sur 100 prescriptions

5 décès évités

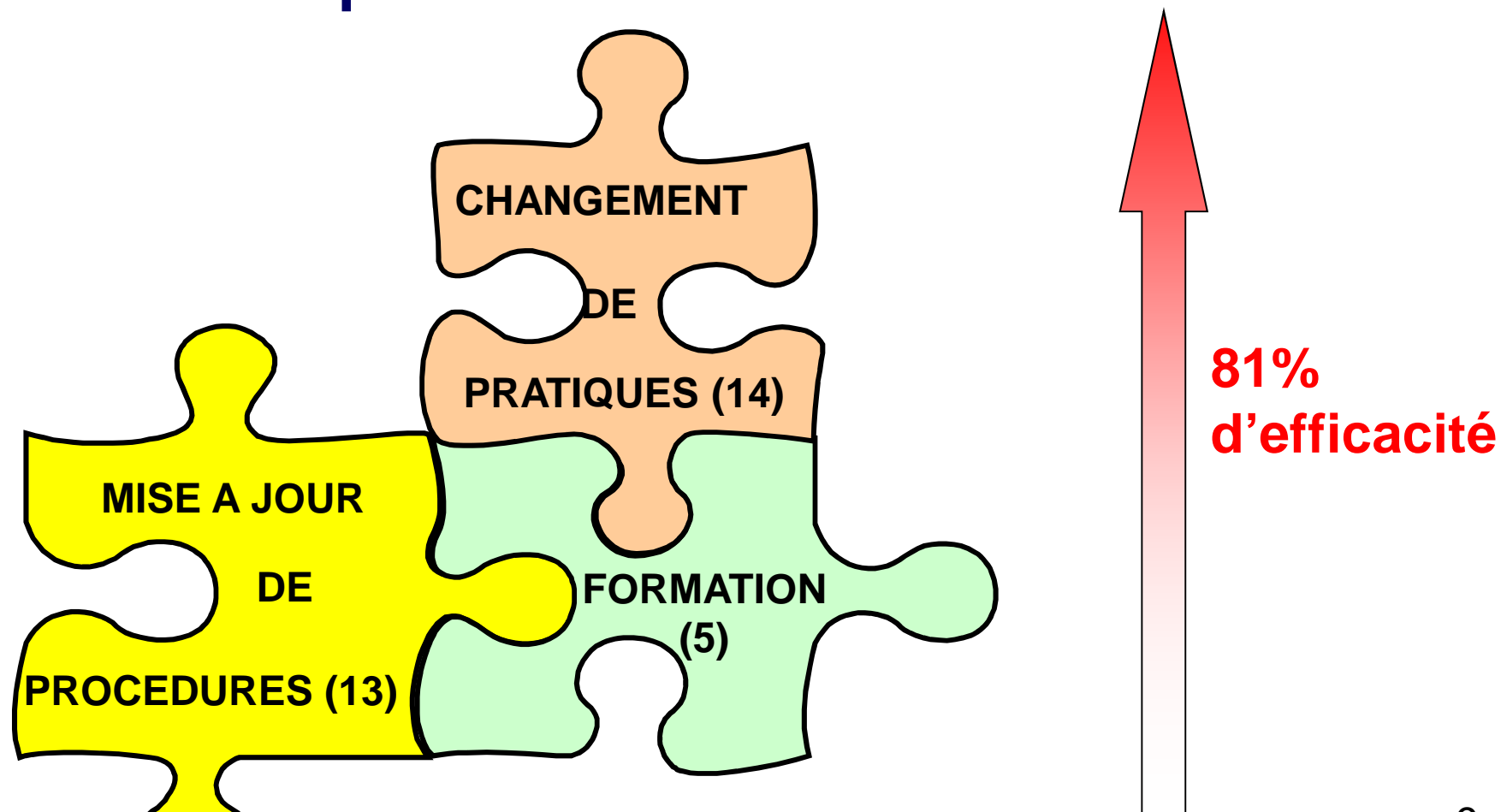
16 erreurs pharmaceutiques pour 10 000 préparations

REMED mises en place (3/3)

- Erreurs de choix de protocole de chimiothérapie anticancéreuse
- Erreurs de dose de carboplatine
- Problématique du risque d'administration intrarachidienne des seringues de vincristine

Actions préventives et correctrices

32 actions préventives et correctrices



Discussion - Conclusion

- **Sécurisation du circuit des chimiothérapies anticancéreuses**
- **Réponse aux exigences réglementaires de l'HAS et de l'INCa, relatives à la création de Revues de Morbi-Mortalité**
- **Validation des exigences d'EPP**

Références

1. Augry et al. J Pharm Clin 1998.
2. Gruwez et al. J Pharm Clin 2001
3. Bossaert. Th D Pharm, Lyon; 2004
4. Ranchon. Th D Pharm, Lyon; 2009
5. Small. J Oncol Pharm Pract 2008
6. Grangeasse et al. J Pharm Clin 2006

Remerciements

Service d'Hématologie - Pr. G. Salles, Pr. B. Coiffier

Service d'Oncologie Médicale - Pr. V. Trillet-Lenoir, Pr. G. Freyer, Dr. B. You

Unité de Pharmacie Clinique Oncologique - Dr. C. Rioufol, Dr. V. Schwiertz, Dr. N. Vantard, Dr. E. Franchon, Dr. C. Gourc, Dr. R. Lecointre

Groupement Hospitalier Sud - Hospices Civils de Lyon