

## Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 15 • Numéro 12 • Le 30 décembre 2015

### Les incidents médicamenteux qui augmentent le risque de chutes : une analyse des incidents multiples

**Une analyse globale des incidents médicamenteux a dégagé les principaux thèmes associés aux chutes et aux situations pouvant provoquer des risques de chutes :**

- Ne pas anticiper les risques inhérents à la prise de médicaments
- Évaluation clinique proactive inadéquate
- Ruptures et omissions dans la transmission d'informations
- Utilisation non sécuritaire des médicaments

Chaque année, 20 à 30 % des admissions à l'hôpital liées à des blessures chez les aînés canadiens (âgés de 65 ans et plus) sont principalement consécutives à des chutes.<sup>1</sup> Il est généralement reconnu que les médicaments psychotropes et la polypharmacie sont des facteurs contribuant à accroître le risque de chutes en raison des effets inhérents à la prise de ces médicaments, de leurs effets indésirables, de leurs effets toxiques additifs et de leurs interactions médicamenteuses.<sup>1,2</sup> Les chutes pourraient également être attribuables à une mauvaise fidélité au traitement ou à un traitement sous optimal de la maladie sous-jacente. ISMP Canada a reçu des rapports de

chutes causées par la prise de médicaments, de types variés d'établissements de soins de santé, dont les hôpitaux, les centres de soins de longue durée et aussi le milieu de vie. Une analyse d'incidents multiples sur les événements rapportés a été effectuée afin de déterminer les processus du système qui auraient été à l'origine de la chute ou qui auraient pu augmenter le risque de chutes (c'est-à-dire en causant un symptôme pouvant entraîner une chute).

#### Méthodologie et données quantitatives

Les déclarations d'incidents médicamenteux sont extraites de déclarations volontaires saisies dans les bases de données de déclarations d'incidents liés à l'utilisation de médicaments d'ISMP, du 1<sup>er</sup> août 2000 au 31 décembre 2014.\* Pour effectuer des recherches, les mots-clés « chute », « chuté », « trébuché » et « tombé » ainsi que les termes se rapportant aux risques de chutes (par ex. : « somnolence », « étourdissements », « vision trouble », « équilibre » et « faiblesse musculaire ») ont été utilisés.

938 incidents médicamenteux ont été identifiés et évalués suivant une recherche effectuée dans la base de données. Ceux comportant un texte décrivant l'occurrence de la chute ou la présence d'un

\* Il est reconnu qu'il est impossible de déduire ou d'extrapoler la probabilité d'incidents en se basant sur les déclarations volontaires répertoriées dans le système.

**Tableau 1.** Principales catégories/principaux groupes de médicaments associés aux chutes ou pouvant augmenter le risque de chutes

Catégorie de médicament	Nombre de déclarations (n=243)
Opioïdes	61 (25,1 %)
Médicaments psychotropes (y compris les antipsychotiques, les sédatifs hypnotiques, les antidépresseurs)	52 (21,4 %)
Médicaments cardiovasculaires (dont les diurétiques)	42 (17,3 %)
Hypoglycémiant (incluant l'insuline)	33 (13,6 %)

symptôme pouvant vraisemblablement mener à une chute ont été retenus. L'analyse finale comportait 243 incidents et fut menée conformément à la méthodologie décrite dans le Cadre canadien d'analyse des incidents.<sup>3</sup> De ces incidents, 133 patients auraient subi un préjudice, soit 54,7 %. Les catégories de médicaments les plus fréquemment associés aux chutes ou aux risques de chutes sont rapportées dans le tableau 1.

## Résultats de l'analyse qualitative

Quatre thèmes principaux se sont dégagés à la suite de l'analyse des incidents déclarés. Chaque thème comporte un ou plusieurs sous-thèmes (voir figure 1). L'objectif de ce bulletin est de décrire chacun des thèmes principaux accompagnés d'exemples.

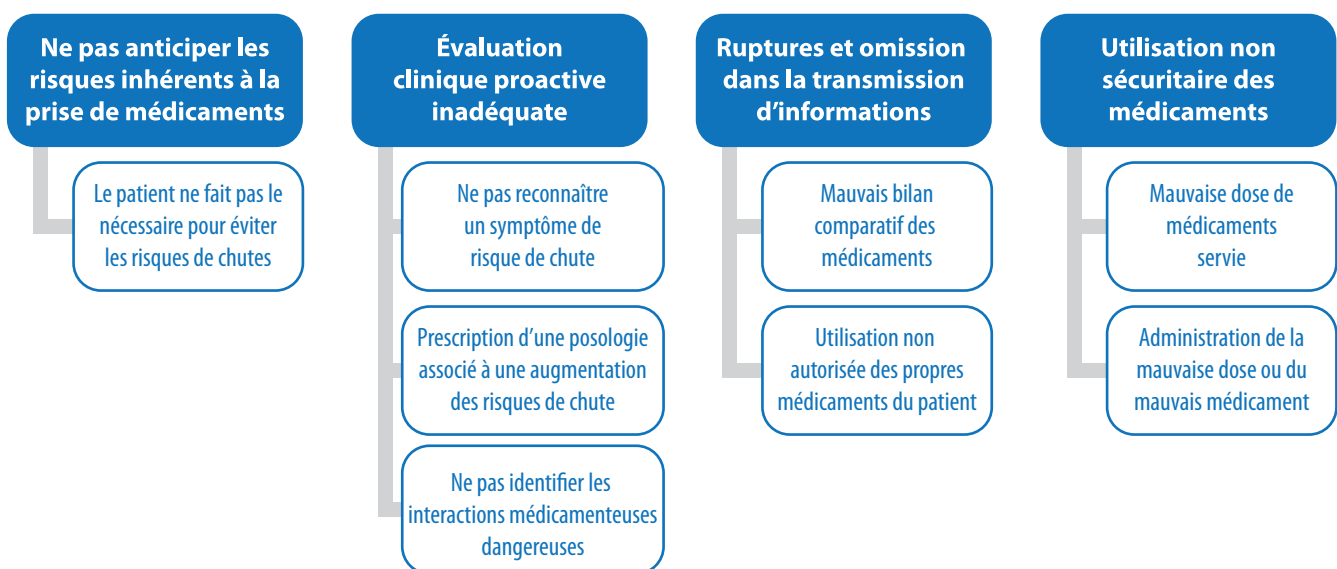
### Thème : Ne pas anticiper les risques inhérents à la prise de médicaments

Certains médicaments ont des effets indésirables connus, non proportionnels à la dose, pouvant accroître le risque de chutes. Parmi ces effets indésirables, notons des étourdissements, de la somnolence, une syncope, de la bradycardie, une faiblesse musculaire et des symptômes s'apparentant à ceux de la maladie de Parkinson.<sup>1</sup> Dans 19 (7,8 %) des incidents déclarés dans cette analyse, les médicaments comportaient un risque lié à une possibilité de chute.

#### Exemple d'incident

En soirée, une patiente a reçu une dose de 30 mg de codéine et une dose de 50 mg de dimenhydrinate. Le lendemain matin, la patiente a signalé qu'elle était tombée pendant la nuit, et qu'elle était retournée elle-même dans son lit. Bien qu'elle ne semblait pas avoir subi de blessure apparente, elle

**Figure 1.** Thèmes principaux issus de l'analyse qualitative



présentait des troubles d'élocution. Dès lors, une tomodensitométrie à la tête fut effectuée.

L'engagement des patients et des soignants est déterminant dans la prévention des blessures pouvant être causées par les effets pharmacologiques et les effets secondaires des médicaments. Les patients doivent être sensibilisés d'être attentifs lorsque ces effets se produisent et d'en informer leurs soignants et l'équipe de professionnels de la santé. On doit également indiquer aux patients quelles mesures préventives utiliser afin de réduire les risques de chutes et les informer des plans d'action pour savoir quoi faire s'ils ressentent des effets indésirables dus à leurs médicaments. La plupart du temps, ce sont les patients qui ont signalé eux-mêmes les incidents : ils ont exprimé leurs préoccupations à leur équipe de professionnels de la santé et une intervention a pu être réalisée afin d'empêcher qu'une blessure ne se produise.

### **Thème : Évaluation clinique proactive inadéquate**

L'évaluation clinique est essentielle pour prescrire, servir et administrer des médicaments de façon sécuritaire et efficace. L'intégration de facteurs spécifiques aux patients (comme l'état de la fonction rénale, le poids, la cognition), l'état de santé, les limitations physiques et les préférences considérées dans l'évaluation clinique peuvent permettre des interventions personnalisées diminuant le risque de chutes.

Dans la présente analyse, plusieurs des incidents déclarés ont démontré l'importance de l'évaluation clinique proactive. L'analyse a permis d'identifier 25 (10,3 %) incidents médicamenteux pour lesquels aucune évaluation clinique n'avait été effectuée, ou effectuée, mais en négligeant certains aspects, y compris des cas pour lesquels les patients ont reçu des médicaments non appropriés ou contre-indiqués. Ces situations ont pu prédisposer le patient à des chutes passant inaperçues ou à des manquements à reconnaître une interaction médicamenteuse dangereuse.

#### ***Exemple d'incident***

Une patiente prenant déjà de la warfarine, du

vérapamil, de la rosuvastatine et du citalopram commençait également une prise clarithromycine. Après avoir initié ce nouveau médicament, la patiente a subi une bradycardie sévère et fut admise à l'hôpital. Les analyses ont démontré qu'une interaction médicamenteuse connue s'était produite en raison de la prise simultanée de la clarithromycine et du vérapamil, ce qui aurait entraîné sa bradycardie, laquelle aurait pu provoquer une chute.

Parmi les facteurs ayant contribué à l'absence d'évaluation clinique et d'interventions résultantes, notons le manque de connaissances, la non-intervention malgré la détection de l'interaction médicamenteuse par le système informatique, ne pas tenir compte des préoccupations du patient ou ne pas agir proactivement en considérant les facteurs propres au patient. Inversement, dans les cas où les réactions indésirables à un médicament (et par conséquent un risque de chutes) ont été évitées, l'implication d'un pharmacien ou d'une infirmière avait été notée.

### **Thème : Ruptures et omissions dans la transmission d'informations**

Lors des points de transition dans le réseau de la santé, le bilan comparatif des médicaments s'avère un processus crucial. Parmi les cas relevés, notons ceux où les renseignements importants n'ont pas été transmis lors du bilan comparatif des médicaments à l'hôpital (lors de l'admission ou du congé), ce qui a entraîné de mauvaises ordonnances lors de l'admission ou encore des renseignements différents ou incomplets au moment du congé de l'hôpital. Des ruptures et omissions dans la transmission d'informations ont aussi été notées dans des cas où les patients s'administraient eux-mêmes leurs médicaments pendant leur séjour à l'hôpital sans avertir le personnel, de même que des cas pour lesquels des professionnels de la santé ont omis de discuter des médicaments avec leurs patients.

#### ***Exemple d'incident***

Un pharmacien a visité un patient à son domicile cinq jours après qu'il ait obtenu son congé de l'hôpital. Lors de la visite, le pharmacien a découvert que la posologie du gliclazide (un

hypoglycémiant oral) indiquée sur le plan de traitement du congé et remis au patient (40 mg deux fois par jour) était différente de celle reçue au moment du congé ou inscrite sur l'ordonnance de départ (gliclazide MR 30 mg tous les matins). Le patient a donc pris le gliclazide MR 30 mg deux fois par jour et a manifesté des symptômes d'hypoglycémie. Le patient n'est pas tombé, mais l'erreur de médication aurait pu provoquer des risques de chutes. Heureusement, l'erreur a pu être identifiée et corrigée à temps, avant que le patient ne subisse des blessures.

Omettre de discuter des médicaments avec le patient lors de son admission ou ne pas lui remettre son plan de traitement au moment de son congé d'un établissement de soins de santé constitue un facteur pouvant contribuer aux chutes.

### **Thème : Utilisation non sécuritaire des médicaments**

Il a été démontré que les trois quarts des accidents liés à la médication (n = 183) sont causés par une mauvaise préparation des médicaments servis et à des processus d'administration inadéquats. Dans la plupart de ces incidents, un service ou l'administration inadéquate de médicaments a entraîné l'apparition de symptômes ayant soit causé ou augmenté les risques de chutes.

#### ***Exemple d'incident***

Après une chirurgie, un patient reçoit par inadvertance deux fois la dose de méthadone qu'il devait prendre, et ce, pendant deux jours. Après avoir reçu l'une des doubles doses, le patient est devenu somnolent, puis est tombé en tentant de se mettre au lit. Heureusement, il n'a pas subi de blessure.

À l'hôpital, parmi les facteurs associés aux erreurs médicamenteuses pouvant avoir contribué aux chutes ou avoir accru les risques de chutes, notons le manque d'informations sur les médicaments administrés, le manque de processus documentés concernant le retrait de timbres cutanés avant d'en appliquer un autre, l'illisibilité des ordonnances, l'utilisation d'abréviations dangereuses, ne pas avoir procédé à une double vérification indépendante des

médicaments de niveau d'alerte élevé et l'utilisation d'ordonnances pré-imprimées non personnalisées aux patients.

Dans les pharmacies communautaires, les facteurs contribuant aux erreurs de distribution comprennent entre autres, les contenants ou produits qui se ressemblent ou qui sont similaires, les erreurs de transcription de l'ordonnance dans le système informatique, le traitement simultané de plusieurs ordonnances de patients, et des problèmes associés aux ordonnances verbales. Les patients et les soignants ont notamment identifié plusieurs incidents et ont communiqué directement avec la pharmacie afin de régler le problème.

### **Discussion**

Des recherches ont permis de créer une liste des « médicaments augmentant les risques de chute »<sup>4</sup> et plusieurs outils d'évaluation des risques sont facilement accessibles pour évaluer le risque de chutes.<sup>5-7</sup> Il est fortement suggéré que les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée effectuent régulièrement un processus de revue d'utilisation des médicaments pour les patients ayant été identifiés à risque de chutes. Tous les professionnels de la santé, patients et soignants doivent faire partie du processus d'évaluation et d'intervention, en ayant pour objectifs de réduire le nombre total de médicaments et d'évaluer le potentiel de chacun d'eux en ce qui a trait aux risques de chutes.<sup>1</sup> De plus, des mesures de sécurité devraient être mises en place afin de réduire la possibilité d'erreurs en lien avec l'administration de médicaments.

Selon l'Agence de santé publique du Canada, 50 % des admissions à l'hôpital au Canada en lien avec des chutes seraient associées à une chute ayant eu lieu à domicile.<sup>1</sup> Plusieurs régions sanitaires ont mis en œuvre des programmes de dépistage et de prévention des chutes pour les patients recevant des soins à domicile; toutefois, ces programmes ne comprennent pas systématiquement une revue complète des médicaments. De plus, pour des patients autonomes dans la communauté, aucun critère officiel au risque de chute n'a été établi. Les intervenants à domicile et les pharmaciens communautaires peuvent soutenir et aider les autres professionnels de la santé,

hospitaliers et communautaires, en ce qui a trait à l'application d'évaluations structurées dans le but de réduire les chutes causées par des médicaments.

## Conclusion

Pour éviter que des chutes ou des risques de chute ne se produisent, il faudra un engagement, un travail d'équipe efficace et une communication optimale, et ce, à tous les niveaux du réseau de la santé, y compris les patients et leurs soignants, les aidants aux soins dans la communauté et à domicile, ainsi que tous les établissements de santé. Afin d'établir des évaluations structurées des situations à risques, les organisations doivent élaborer des protocoles et des processus clairs. Ceux-ci peuvent aussi être utilisés pour sensibiliser les patients à prendre les précautions nécessaires, et mandater les équipes de soins le mandat d'intervenir lors de situations où un jugement clinique est nécessaire.

## Remerciements

L'ISMP Canada tient à remercier la *Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux – section de l'Ontario* pour l'analyse fournie par le biais de la bourse de recherche Scott Walker.

## Références

1. Chutes chez les aînés au Canada, deuxième rapport, Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014 [cité le 28 mars 2015]. Accessible à : [http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors\\_falls-chutes\\_aines/assets/pdf/seniors\\_falls-chutes\\_aines-fra.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/assets/pdf/seniors_falls-chutes_aines-fra.pdf)
2. de Jong MR, Van der Elst M, Hartholt KA. Drug-related falls in older patients: implicated drugs, consequences, and possible prevention strategies. *Ther Adv Drug Saf.* 2013;4(4):147-154.
3. Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2012. Les partenaires collaborant à l'analyse des incidents sont l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Saskatchewan Health, Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'ICSP dirigé par les patients), Paula Beard, Carolyn E. Hoffman et Micheline Ste-Marie.
4. Milos V, Bondesson Å, Magnusson M, Jakobsson U, Westerlund T, Midlöv P. Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. *BMC Geriatr.* 2014;14:40.
5. Falls risk assessment, prevention and management. Self learning package. Whitby (ON): Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences; 2010 Apr [cité le 13 avril 2015]. Accessible à : [http://www.patientadvocatetraining.com/resource/collection/AC3FB86F-BE67-47A7-BBDB-87325AC473D7/Falls\\_Risk\\_Assessment\\_Prevention\\_and\\_Management.pdf](http://www.patientadvocatetraining.com/resource/collection/AC3FB86F-BE67-47A7-BBDB-87325AC473D7/Falls_Risk_Assessment_Prevention_and_Management.pdf)
6. Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes, Trousse En avant! Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients; avril 2013 [cité le 12 avril 2015]. Accessible à : <http://www.saferhealthcarenow.ca/en/interventions/falls/pages/default.aspx>
7. Kisswani R. Cadre de gestion intégrée et boîte à outils du Projet provincial d'intégration des initiatives de prévention des chutes. Avec la collaboration du RLISS; juillet 2011 [cité le 14 avril 2015]. Accessible à : [http://rgps.on.ca/files/IntegratedProvincialFallsPreventionFrameworkToolkit\\_July2011.pdf](http://rgps.on.ca/files/IntegratedProvincialFallsPreventionFrameworkToolkit_July2011.pdf)

Le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM) est un regroupement pancanadien de Santé Canada, en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Le SCDPIM a pour but de réduire et de prévenir les incidents médicamenteux indésirables au Canada.



Le CHUM, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, est le principal collaborateur francophone de l'ISMP Canada aux fins de traduction de la documentation et de la dispensation des formations concernées. Il offre prioritairement des soins et des services surspécialisés à une clientèle adulte régionale et suprarégionale.

Le CHUM est innovateur et exemplaire, il est doté d'un centre de recherche qui le distingue, il se démarque comme pôle unique de développement, de mise en pratique et de transfert des connaissances à travers ses activités intégrées de soins, de recherche, d'enseignement, d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé, et de promotion de la santé.



L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada est un organisme national indépendant à but non lucratif engagé à la promotion de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans tous les secteurs de la santé. Les mandats de l'ISMP Canada sont les suivants : recueillir et analyser les déclarations d'incidents/accidents liés à l'utilisation des médicaments, formuler des recommandations pour prévenir les accidents liés à la médication et porter assistance dans le cadre des stratégies d'amélioration de la qualité.

.....

Veillez noter que l'information présentée est fournie à titre informatif et ne constitue pas un avis formel de l'ISMP Canada ou du CHUM. Vous ne devez pas prendre de décision en vous fiant uniquement à ces renseignements. En tout temps, veuillez-vous référer aux normes qui régissent votre profession.

## Pour déclarer les accidents liés à la médication

(incluant les évités de justesse)

### En ligne :

[www.ismp-canada.org/fr/form\\_dec.htm](http://www.ismp-canada.org/fr/form_dec.htm)

**Téléphone : 1-866-544-7672**

ISMP Canada s'efforce d'assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements reçus et respectera la volonté du déclarant quant au niveau de détail à inclure dans ses publications. Les bulletins de l'ISMP Canada contribuent aux alertes mondiales sur la sécurité des patients.

## Inscrivez-vous

Pour recevoir gratuitement le Bulletin "Bulletin de l'ISMP Canada", inscrivez-vous à l'adresse :

[www.ismp-canada.org/subscription.htm](http://www.ismp-canada.org/subscription.htm)

Ce bulletin partage des informations sur les pratiques de médication sécuritaires, est non commerciale, et est par conséquent exempté de la législation anti-pourriel canadienne.

## Contactez-nous

**Adresse courriel : [cmirps@ismp-canada.org](mailto:cmirps@ismp-canada.org)**

**Téléphone : 1-866-544-7672**

©2015 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. ISMP Canada autorise aux abonnés d'utiliser le matériel contenu dans ses bulletins dans le cadre de bulletins ou d'autres communications internes seulement. Toute autre reproduction de quelque façon que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite d'ISMP Canada.