

## Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 17 • Numéro 1 • Le 31 janvier 2017

### Erreurs associées aux prescriptions lors du congé de l'hôpital : une analyse multi-incidents

- Communiquer avec les patients et leurs aidants lors de l'examen des renseignements concernant les ordonnances lors de la transition des soins au congé.
- Mettre en œuvre des processus de congé normalisés pour assurer des prescriptions de congé qui sont exactes, sans ambiguïté, appropriées et comprises par tous les intervenants du cercle des soins du patient.
- Les aidants et les prestataires de soins de santé de la communauté sont encouragés à examiner la façon dont ils traitent les prescriptions de congé de l'hôpital afin de minimiser ou d'améliorer les processus et les procédures susceptibles d'entraîner des erreurs.

Lors d'un séjour à l'hôpital, le régime de médicaments d'un patient peut subir de nombreuses modifications. Si ces changements ne sont pas notés avec précision sur les prescriptions du patient lors du congé, les divergences peuvent conduire à des erreurs de médication. Une étude récente sur les listes de médicaments pour les patients gériatriques au moment du congé a révélé que les dossiers d'au

moins 56 % des patients contenaient au moins 1 erreur de prescription.<sup>1</sup> Ces erreurs peuvent causer des préjudices aux patients, leur réadmission à l'hôpital, et/ou une charge de travail accrue pour les prestataires de soins, et risquent de miner la confiance des patients dans le système de soins de santé. Une analyse multi-incidents d'incidents médicamenteux liés à des ordonnances de congé a été menée pour mieux comprendre les défis relatifs à la création et au traitement des ordonnances de congé de l'hôpital et afin de partager les possibilités d'amélioration au niveau systémique.

#### Méthodologie et résultats quantitatifs

Des déclarations d'incidents médicamenteux liées aux prescriptions de congé extraites des déclarations volontaires\* soumises à 3 bases de données de déclarations de l'ISMP Canada (déclarations individuelles faites par les professionnels de la santé, déclarations d'incidents par les pharmacies communautaires et déclarations faites le consommateur) et le Système national de déclaration des incidents† (SNDAI) du 1er avril 2010 au 8 novembre 2016. Les phrases clés utilisées pour chercher dans les bases de données comprenaient « prescription de congé », « Rx congé », « prescription hospitalière », « Rx hôpital » (« discharge prescription, discharge Rx, hospital

\* Il est reconnu qu'il n'est pas possible d'inférer ou de prévoir la probabilité que des incidents se produisent grâce à des systèmes de déclaration volontaire.

† Le SDAI, pris en charge par l'Institut canadien d'information sur la santé, est une composante du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM). Pour en savoir plus sur le SDAI, veuillez consulter : <http://www.cmirps-scdpim.ca/?p=12>

prescription, hospital Rx »). Au total, 156 incidents ont été extraits pour examen. Les déclarations non liées aux ordonnances de congé, ainsi que celles qui contenaient des détails insuffisants et les fiches en double ont été omises de l'ensemble de données. Après ces exclusions, 134 incidents étaient retenus pour l'analyse finale, réalisée selon la méthode décrite dans le Cadre canadien d'analyse des incidents.<sup>2</sup> Environ 10 % de ces cas avaient causé un préjudice.

## Analyse qualitative

L'analyse des incidents a identifié 3 principaux thèmes et sous-thèmes associés (figure 1).

**Figure 1** : principaux thèmes et sous-thèmes de l'analyse qualitative



## Thème : défis liés à la production de prescriptions exactes et appropriées au congé

Un élément clé du processus de congé du patient est la création de prescriptions de congé exactes et appropriées. Le tableau 1 présente les défis identifiés pour ce thème qui ont causé des problèmes liés aux prescriptions de congé.

Parmi les facteurs contributifs aux incidents, les suivants étaient soulignés : le manque d'un processus systématique de bilan comparatif des médicaments au congé (BCM) intégrant la participation des patients, l'absence d'un modèle de prescription de congé standardisé dans l'ensemble des hôpitaux et des occasions manquées de communiquer avec les pharmaciens communautaires. La trousse d'outils et la liste de vérification [Facilitating Medication Safety at Transitions](#) (disponible en anglais seulement) sont disponibles pour aider les hôpitaux à réexaminer certains de ces processus dans le but d'optimiser la transition des patients et de leurs médicaments au moment du congé.

- **Recommandation** : mettre en œuvre des processus de congé standardisés afin d'assurer que les prescriptions de congé sont exactes, claires, appropriées et comprises par tous les intervenants du cercle du patient des soins.

Des preuves préliminaires démontrent que les solutions de BCM électronique, qui intègrent notamment la création d'ordonnances de congé, peuvent réduire les divergences et les erreurs de prescription au congé.<sup>3</sup> Par conséquent, les hôpitaux qui conçoivent des systèmes électroniques sont encouragés à consulter comme ouvrage d'orientation, les travaux du groupe d'experts sur le BCM au congé : *Discharge Medication Reconciliation – Clinical Requirements*.<sup>4</sup>

## Thème : communication erronée d'information sur des médicaments

Les prescriptions de congé offrent la méthode la plus courante de communiquer les changements faits aux régimes de médicaments aux prestataires de soins qui prennent la relève, ce qui rend essentielles les informations contenues dans ces documents.

**Tableau 1** : Sous-thèmes pour les défis liés à la production de prescriptions de congé exactes et appropriées

Sous-thème	Problème de prescription de congé et exemple
<b>Manque de participation prestataire-patient</b>	<b>Mauvais patient ou agent/formulation inapproprié</b> – à cause de l'identification incorrecte d'un patient, ce dernier a reçu des prescriptions de congé d'un autre patient. L'omission de tenir compte des facteurs spécifiques au patient a entraîné la prescription d'un agent / d'une formulation sous optimale (par exemple, médicaments non admissibles aux régimes d'assurance, appareils nécessitant une dextérité manuelle).
<b>Incompréhension liée aux substitutions de médicaments sur les formulaires des hôpitaux</b>	<b>Thérapies en double</b> – pendant l'hospitalisation, un médicament sur le formulaire de l'Hôpital a été substitué au médicament que le patient prenait à domicile; et a ensuite été prescrit au congé. Le patient a recommencé à prendre les médicaments de préadmission à domicile ainsi que les médicaments nouvellement prescrits du formulaire – il a donc suivi une double thérapie médicamenteuse.
<b>L'échec du processus de bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission, au transfert ou au congé</b>	<b>Omissions de médicaments</b> – les médicaments du domicile non identifiés lors de l'établissement du BCM à l'admission (que le patient continue ou non à les prendre à l'hôpital) ont entraîné des omissions de prescriptions de congé et de la confusion pour le patient et les prestataires communautaires.
<b>Les échecs liés aux systèmes hybrides papier-électronique</b>	<b>Information incomplète</b> – les systèmes papier ne communiquant pas avec les systèmes électroniques au sein du même établissement, il en a résulté l'omission d'informations sur la prescription de congé.
<b>Une dépendance excessive sur les processus automatisés, et la complaisance liée à l'automatisation</b>	<b>Médicaments inappropriés</b> – les prescripteurs ont signé des prescriptions de congé générées par ordinateur sans évaluer chaque médicament pour savoir si leur continuation à domicile était appropriée (par exemple, analgésiques, régime postopératoire de routine pour les intestins).

L'analyse multi-incidents montre que les prescriptions de congé générées par ordinateur comprenaient des éléments de terminologie du système hospitalier qui ont été mal interprétés par les prestataires communautaires, ce qui a entraîné des erreurs et des retards dans le processus de distribution. L'utilisation de doses ambiguës et d'abréviations non conformes était citée. Il faut saisir les occasions de normaliser les prescriptions de congé et d'impliquer les intervenants communautaires dans la vérification de la clarté des prescriptions générées par ordinateur des hôpitaux.

### *Exemple d'incident*

Un patient ayant récemment reçu son congé de l'hôpital avait une prescription de congé générée par ordinateur indiquant « warfarine 4mg WRF ». Le pharmacien communautaire a interprété « WRF » dans le sens de « mercredi, jeudi, vendredi » (Wednesday, Thursday, Friday). Cependant, après vérification auprès de l'hôpital, il a découvert que «WRF » était une forme courte de « warfarine » utilisée par l'hôpital pour indiquer l'heure d'administration habituelle de la dose quotidienne de warfarine.

La communication efficace des informations sur les médicaments clés, y compris les modifications des thérapies, au patient et à sa famille est une partie intégrale de la réussite du plan de médicaments de congé. Cette analyse a identifié de nombreuses lacunes et des divergences dans l'information fournie aux patients, y compris dans la communication d'informations en conflit avec les instructions sur l'ordonnance, ce qui a incité le patient à utiliser des médicaments d'une manière autre que prévu. L'ISMP Canada a **déjà recommandé** que les ordonnances soient rédigées de manière à ce que les patients puissent les lire et les comprendre (par exemple, sans abréviations inutiles).<sup>5</sup>

Le personnel hospitalier peut inciter les patients et les soignants à participer en faisant appel aux **5 questions à poser à propos de vos médicaments** afin de favoriser des discussions sur le thème des changements de médication durant cette période critique et en utilisant des techniques de répétition des enseignements pour améliorer leur compréhension. On mentionne également l'existence des données probantes suggérant qu'un suivi téléphonique post-congé à certains patients à haut risque peut favoriser la prévention des réadmissions.<sup>6</sup>

- **Recommandation** : interagir avec les patients et leurs soignants au moment du congé ou avant le congé pour communiquer toute modification au régime de médicaments et afin d'assurer un processus de vérification indépendante des prescriptions de congé.

### **Thème : défis pour les prestataires communautaires lors du traitement des ordonnances de congé**

L'analyse a cerné des défis singuliers auxquels sont confrontés les prestataires de services communautaires dans le traitement des ordonnances de congé des hôpitaux. Par exemple, certaines pharmacies communautaires qui desservent des établissements de retraite et de soins de longue durée utilisent un système qui exige que les établissements transcrivent l'information des ordonnances de congé de l'hôpital sur un formulaire de BCM électronique. Ce formulaire est ensuite envoyé à la pharmacie communautaire, qui délivre les médicaments. Cet

autre étape d'interprétation et de transcription mène à des erreurs, dont l'omission de médicaments, des demandes de médicaments incorrectes et des erreurs de dose. Lorsqu'un résident quitte un établissement pour aller dans un centre de soins de longue durée, les prescriptions de congé et/ou le plan de médicaments de congé originaux de l'hôpital doivent être partagés avec la pharmacie qui remplit les ordonnances et les remet au patient afin d'assurer une distribution fidèle et des processus de BCM rigoureux.

### **Exemple d'incident**

Un résident de soins de longue durée qui avait déjà été hospitalisé a reçu une ordonnance pour un bêtabloquant au moment du congé pour retourner vers l'établissement de soins. L'infirmière a transcrit la prescription de congé sur le formulaire de commande de la pharmacie partenaire, mais a mal interprété les instructions. Heureusement, l'erreur a mené à une dose sous thérapeutique du médicament, ce qui a soulevé des questions chez le pharmacien. Après que ce dernier demanda une copie du formulaire de prescription de congé de l'hôpital, la divergence fut corrigée.

- **Recommandation** : les établissements de retraite et de soins de longue durée doivent transmettre à leurs pharmacies communautaires partenaires les prescriptions de congé de l'hôpital ainsi que les formulaires de commande électroniques contenant les informations transcrites en vue d'assurer un processus de vérification indépendante.

Après leur congé de l'hôpital, les patients reviennent souvent au domicile avec de nombreuses prescriptions, qu'il s'agisse de nouvelles thérapies commencées à l'hôpital ou de médicaments de préadmission à poursuivre. Ces dernières prescriptions sont traitées de diverses manières par les pharmacies communautaires. Les nouvelles prescriptions pour des thérapies existantes et inchangées sont souvent consignées comme inactives ou « pour utilisation future » dans l'ordinateur, ce qui signifie qu'elles seront activées et données au patient lorsque les prescriptions actuelles sont épuisées. Les prescriptions comportant des modifications sont

traitées en copiant et en modifiant les ordonnances existantes dans l'ordinateur, alors que l'ordonnance originale est arrêtée. Ces processus aident dans le flux de travail de la pharmacie et réduisent le temps de traitement des ordonnances. Cependant, le fait de copier peut entraîner des erreurs.

- **Recommandation** : les pharmacies communautaires qui traitent des ordonnances de congé de l'hôpital doivent réduire au minimum le « copiage électronique » lors de la saisie de modifications dans les systèmes de distribution des pharmacies.

## Conclusion

La création d'une prescription de congé de l'hôpital à la fois exacte et sans ambiguïté est un point vulnérable dans le processus de transfert de l'information sur les médicaments. Les conclusions de cette analyse multi-incidents correspondaient à celles d'une autre étude d'observation, qui avait signalé des omissions et des informations

incomplètes, contradictoires ou peu claires dans le cas de nombreuses prescriptions de congé.<sup>7</sup> Les conclusions de l'analyse proposaient également des recommandations, notamment le potentiel pour les hôpitaux de mettre en œuvre un processus de congé normalisé qui comprend la correction des divergences, la validation de l'exactitude, de l'exhaustivité et de la pertinence clinique des prescriptions, ainsi que l'examen du régime de médicaments de congé en collaboration avec les patients et les soignants.<sup>1,8</sup> De plus, on a souligné l'importance de capturer les incidents liés aux prescriptions de congé dans les rapports des systèmes de données sur les incidents des hôpitaux afin d'identifier les processus et les systèmes vulnérables. Les partenaires communautaires peuvent également examiner la façon dont ils traitent les prescriptions de congé de l'hôpital dans le cadre des processus susceptibles de produire des erreurs qui sont identifiés par cette analyse, en vue de minimiser les erreurs potentielles.

## Références bibliographiques

1. Moro Agud M, Menéndez Colino R, Mauleón Ladrero M del C, Ruano Encinar M, Díez Sebastián J, Villamañán Bueno E, et al. Analysis of an electronic medication reconciliation and information at discharge programme for frail elderly patients. *Int J Clin Pharm.* 2016;38(4):996-1001.
2. 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. Disponible ici : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework%20FR.PDF>
3. Bilan comparatif des médicaments par voie électronique (l'Hôpital d'Ottawa) [pratique émergente (louable)]. Ottawa (ON): Agrément Canada; 2013 [cité le 8 déc 2016]. Disponible sur : <https://accreditation.ca/fr/node/5958>
4. Discharge medication reconciliation clinical requirements [travaux d'atelier]. Toronto (ON): Inforoute Santé du Canada; octobre 2016 [cité le 8 déc 2016]. Disponible sur : <https://ic.inforoute.ca/en/resources/docs/711-discharge-medrec-clinical-requirements/view-document>
5. Éliminer l'utilisation dangereuse d'abréviations, de symboles et de certaines inscriptions numériques. *Bulletin de l'ISMP Can.* 2006 [cité le 4 janvier 2017];6(4):1-3. Disponible sur : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2006-04.pdf>
6. Mourad M, Rennke S. Postdischarge follow-up phone call. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, Patient Safety Network; 2012 Mar [cité le 4 janvier 2017]. Disponible sur : <https://psnet.ahrq.gov/webmm/case/263/postdischarge-follow-up-phone-call>
7. Riordan CO, Delaney T, Grimes T. Exploring discharge prescribing errors and their propagation post-discharge: an observational study. *Int J Clin Pharm.* 2016;38(5):1172-81.
8. Beardsley JR, Schomberg RH, Heatherly SJ, Williams BS. Implementation of a standardized discharge time-out process to reduce prescribing errors at discharge. *Hosp Pharm.* 2013;48(1):39-47.

*Cette section du bulletin décrit une publication récente de [medicamentssecuritaires.ca](http://medicamentssecuritaires.ca) qui fait partie du programme destiné aux consommateurs de l'ISMP Canada.*

Bulletin de janvier 2017

## À quoi faut-il s'attendre si la pharmacie fait une erreur

---

Même si les pharmaciens font de leur mieux, des erreurs peuvent se produire à l'occasion. La façon dont le pharmacien prend en charge une situation d'erreur liée aux médicaments est essentielle pour assurer la bonne continuation de sa relation de confiance avec ses patients. Le plus récent bulletin de [medicamentssecuritaires.ca](http://medicamentssecuritaires.ca) partage avec les patients à quoi ils devraient s'attendre du pharmacien s'ils découvrent une erreur concernant leurs médicaments.

### **En général, si une erreur liée aux médicaments est découverte, le pharmacien doit prendre les mesures suivantes :**

- Lorsqu'un patient signale une erreur liée à ses médicaments, reconnaissez-la et écoutez les préoccupations du patient dans un coin privé de la pharmacie.
- Effectuer des recherches pour confirmer qu'une erreur s'est réellement produite. S'il y a eu erreur, la reconnaître et offrir au patient des excuses sincères.
- Informer le médecin prescripteur de l'erreur. Si le patient connaît des effets indésirables ou s'il y a un risque d'effet indésirable, envoyez le patient chez le médecin ou au service d'urgence.
- Élaborer un plan d'action pour prévenir des erreurs similaires à l'avenir. Faites participer l'équipe de la pharmacie, et éventuellement le patient, au processus d'élaboration et de mise en œuvre du plan d'action.
- Faire un suivi auprès du patient pour décrire le plan d'action et remercier le patient d'avoir identifié et signalé l'incident.
- Envisager la déclaration de l'erreur liée au médicament à un tiers (par exemple, l'ISMP Canada) si vous croyez que les enseignements peuvent aider à prévenir des erreurs à l'avenir dans d'autres pharmacies et/ou à orienter les normes de pratique.



**Médicamentssecuritaires.ca**

## L'acidocétose diabétique avec inhibiteurs du SGLT2

L'acidocétose diabétique est une urgence médicale rare résultant d'une carence en insuline, rendant difficile l'utilisation par le corps du glucose pour la production d'énergie. Dans cette situation, des changements métaboliques complexes se produisent qui entraînent une accumulation dangereuse de cétones dans le corps, menant à l'acidocétose. L'hyperglycémie est un résultat typique lié à l'acidocétose diabétique, résultant du glucose non utilisé. Les symptômes de l'acidocétose diabétique incluent la soif, l'urination excessive, la nausée, le vomissement, la douleur abdominale, la confusion, la fièvre, une odeur fruitée de l'haleine et une sensation de faim.

Les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose 2 (SGLT2) (canagliflozine, dapagliflozine et empagliflozine) constituent une nouvelle classe de médicaments hypoglycémisants (pour les patients atteints de diabète sucré de type 2) qui ont été associés à une présentation atypique de l'acidocétose diabétique. Les patients atteints peuvent présenter de l'euglycémie ou seulement une légère augmentation de la glycémie plutôt que des taux élevés de glucose sanguin typiquement associés à l'acidocétose diabétique. Bien que l'acidocétose diabétique induite par un inhibiteur du SGLT2 chez des patients atteints de diabète de type 2 soit considérée comme étant rare ( $\leq 0,1\%$ ), sa présentation atypique peut retarder le diagnostic et le traitement. Une étude publiée récemment a présenté des recommandations pratiques pour la prévention et le diagnostic de l'acidocétose diabétique induite par un inhibiteur du SGLT2.<sup>1</sup>

### Apprentissages clés

- Tous les patients atteints de diabète qui sont traités par inhibiteur du SGLT2 doivent être avisés d'interrompre leur traitement par inhibiteur du SGLT2 pendant toute situation qui pourrait précipiter l'acidocétose diabétique (par exemple, une maladie aiguë, une chirurgie, la déshydratation, des doses d'insuline manquées).
- Tout patient qui prend un inhibiteur du SGLT2 et qui éprouve des symptômes d'acidocétose diabétique doit se présenter au service d'urgence pour évaluation, même si le test préliminaire de glucose sanguin démontre l'euglycémie. Si l'acidocétose diabétique est diagnostiquée, l'inhibiteur du SGLT2 doit être cessé.

### Référence bibliographique

1. Goldenberg RM, Berard LD, Cheng AY, Gilbert JD, Verma S, Woo VC et al. SGLT2 inhibitor-associated diabetic ketoacidosis: clinical review and recommendations for prevention and diagnosis. Clin Ther. 2016;38:2654-2664e1.

## L'utilisation des abréviations sur les étiquettes des produits de santé sur ordonnance au Canada

Le sens d'une abréviation peut être perçu de plusieurs façons et peut être sujet à une mauvaise interprétation - en particulier si les utilisateurs ne sont pas familiers avec le sens prévu.

Pour assurer la cohérence et une orientation claire, l'ISMP Canada a élaboré une liste d'abréviations acceptables, et notamment les abréviations utilisées pour les suffixes des noms des médicaments. L'objectif est de minimiser une mauvaise interprétation de l'information sur les étiquettes des produits de santé sur ordonnance.

L'ISMP Canada sollicite des consultations auprès des fabricants de produits pharmaceutiques, des prestataires de soins de santé et d'autres intervenants concernés.

### Faites-nous part de vos commentaires!

(<https://www.ismp-canada.org/abbreviations/feedback.htm>)

Nous vous remercions de votre participation à ces consultations et sommes impatients de recevoir vos commentaires d'ici le **vendredi 3 mars 2017**.

**NOUS AVONS  
BESOIN DE VOS  
COMMENTAIRES**

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.



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.

## 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

©2017 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.

.....

Veillez noter que l'information présentée est fournie à titre informatif et ne constitue pas un avis formel de l'ISMP Canada. 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.