

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 18 • Numéro 2 • Le 28 février 2018

Culture de la sécurité : les étudiants ont un rôle clé à jouer

Analyse d'incidents multiples : incidents médicamenteux associés aux étudiants

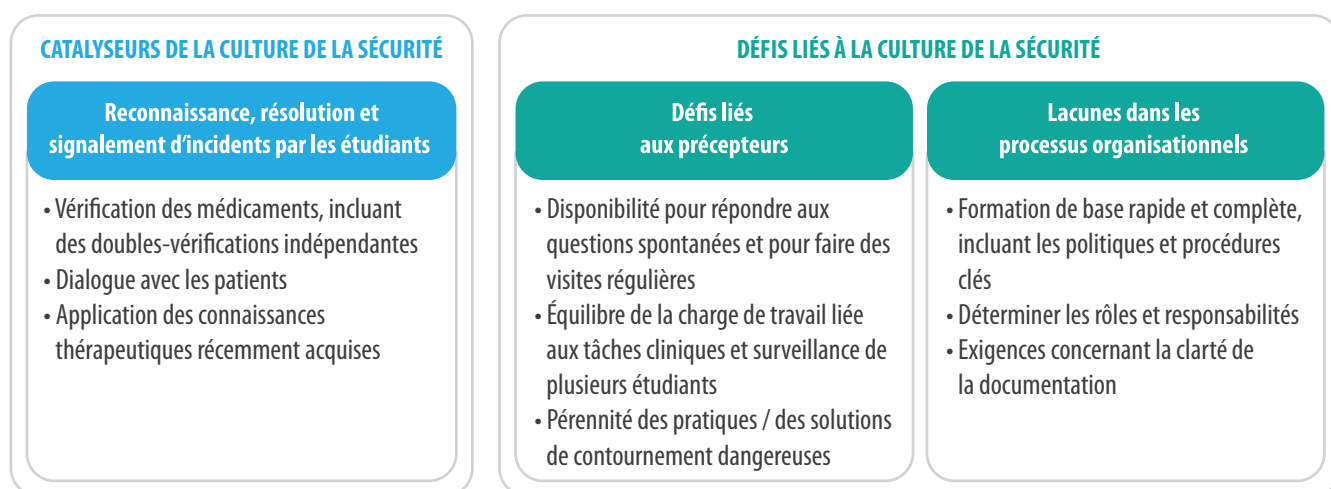
Les étudiants de premier et de deuxième cycle universitaires dans les divers domaines de la santé sont de futurs praticiens qui doivent acquérir les compétences et l'expérience requises afin de prodiguer des soins sécuritaires et efficaces aux patients. Dans le cadre de leur formation, la plupart des étudiants sont exposés à divers environnements de pratique – ce qu'on appelle aussi des « apprentissages expérientiels » – qui visent à les préparer à leurs carrières futures. Étant donné le manque d'ouvrages de recherche canadiens au sujet de l'impact que peuvent avoir les étudiants en santé sur la sécurité des médicaments, l'ISMP Canada a décidé d'entreprendre une analyse d'incidents médicamenteux multiples associés aux étudiants. Ce

bulletin a pour but d'aborder les principaux thèmes identifiés ainsi que certains sous-thèmes et exemples afin d'illustrer le rôle que jouent les étudiants dans une culture de la sécurité.

Méthodologie

On a tiré les incidents médicamenteux associés aux étudiants des déclarations volontaires* soumises entre les mois d'avril 2013 et mars 2017 à 3 bases de données de déclaration des incidents médicamenteux de l'ISMP Canada (déclarations de praticiens individuels, de consommateurs et de pharmacies communautaires) et au Système national de déclaration des accidents et incidents† (SNDAI).

Figure 1. Principaux thèmes et sous-thèmes



* On reconnaît qu'il est impossible d'inférer ou d'estimer la probabilité de survenance d'incidents en se basant sur des systèmes de déclaration volontaire.

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

L'analyse était axée sur les mots clés suivants : « étudiant », « interne », « boursier », « diplômé », « apprenti/stagiaire », « commis » et « résident ». Au départ, on a extrait et examiné 1 049 incidents afin d'en déterminer la pertinence. 433 de ces incidents étaient exclus en raison de l'absence de pertinence et/ou de détails, laissant 616 incidents à analyser. L'analyse fut menée conformément à la méthodologie d'analyse d'incidents multiples établie par le Cadre canadien d'analyse des incidents.¹

Conclusions qualitatives

Les incidents médicamenteux liés aux étudiants impliquaient des stagiaires de plusieurs disciplines et se sont produits dans des milieux de soins de santé très variés. L'analyse a révélé trois thèmes principaux qui comportaient chacun plusieurs sous-thèmes (voir la figure 1 à la page 2), présentés soit comme des catalyseurs, soit comme des défis liés à la culture de la sécurité.

CATALYSEURS DE LA CULTURE DE LA SÉCURITÉ

THÈME : Reconnaissance, résolution et signalement des incidents par les étudiants

Dans 263 (43 %) des rapports analysés, les incidents signalés étaient liés à des erreurs identifiées par les étudiants. Ces derniers participaient activement à la reconnaissance, la résolution et au signalement d'incidents médicamenteux imputés à d'autres membres de l'équipe. La pratique actuelle d'enseigner les principes de la sécurité des médicaments aux étudiants en santé appuie une culture de la sécurité, laquelle aurait pu inciter les étudiants à identifier et à signaler des incidents.

Deux processus clés ont aidé les étudiants à reconnaître les incidents : la participation à la vérification des médicaments et le dialogue avec les patients.

Exemple d'incident :

Du Depo-Medrol (acétate de méthylprednisolone) étiqueté « non destiné à l'administration intraveineuse » a été fourni par erreur plutôt que du Solu-Medrol (méthylprednisolone succinate de sodium) destiné à l'administration intraveineuse. Grâce au respect d'une procédure de vérification des

médicaments, un étudiant en soins infirmiers travaillant au service d'urgence reconnaît l'erreur et signale l'anomalie au précepteur.

Exemple d'incident :

Une prescription de Valtrex (valacyclovir) 500 mg à prendre deux fois par jour pendant 6 jours a été déposée dans une pharmacie communautaire et traitée. Lors de la consultation avec le patient, l'étudiant en pharmacie apprend que le médicament avait été prescrit pour traiter un feu sauvage. Le schéma thérapeutique recommandé pour cette indication (Valtrex 2 000 mg, deux fois par jour pendant une journée) fut suggéré au prescripteur et accepté par ce dernier.

1^{ER} CONSEIL POUR LES PRATICIENS : Les élèves apportent une nouvelle perspective au système d'utilisation des médicaments et à ce titre, on devrait les encourager à reconnaître et à signaler les erreurs.

DÉFIS LIÉS À LA CULTURE DE LA SÉCURITÉ

THÈME : Défis liés aux précepteurs

La valeur de la surveillance et du soutien que fournissent les précepteurs lors des quarts de travail des étudiants est inestimable. La disponibilité des précepteurs pour répondre à des questions ponctuellement et pour faire des vérifications régulières est un élément essentiel d'un milieu de formation axé sur la sécurité. Parmi les facteurs menant à une surveillance inadéquate, on cite une charge de travail élevée du précepteur (surveillance de plusieurs étudiants ou d'étudiants à plusieurs endroits différents et les exigences simultanées de la pratique clinique) et le manque d'engagement de la part du précepteur. L'absence de surveillance a déjà été signalée comme une cause d'erreurs², et la nécessité d'une surveillance appropriée fut citée dans une étude récente aux États-Unis concernant des erreurs de médication impliquant des étudiants en santé³.

Exemple d'incident :

Un étudiant en soins infirmiers appelle le surveillant pour qu'il observe la mesure et l'administration de l'insuline. Les deux individus se rendent compte

qu'il ne reste que 2 unités d'insuline dans le flacon - une dose insuffisante pour le patient. Le précepteur demande à l'étudiant d'obtenir un autre flacon, puis s'en va aider d'autres étudiants et ne revient pas. L'étudiant a finalement dû demander l'aide des autres membres du personnel infirmier et l'insuline a été administrée tardivement.

2e conseil pour les praticiens : Assurez-vous que la charge de travail du précepteur tienne compte du niveau de surveillance requis pour chaque élève pour optimiser son apprentissage dans un milieu sécuritaire.

THÈME : Lacunes dans les processus organisationnels

Les déclarations d'incidents analysés mettaient en évidence des situations dans lesquelles des tâches étaient déléguées aux étudiants avant qu'ils ne soient bien formés et préparés à les accomplir. Des processus sujets aux erreurs, comme la préparation simultanée des médicaments de plusieurs patients et l'utilisation incohérente du registre d'administration des médicaments avaient contribué à la survenance de plusieurs des incidents analysés⁴.

D'autres déclarations indiquaient que des étudiants ne suivaient pas les politiques et procédures organisationnelles et qu'ils n'en étaient peut-être pas conscients.

Exemple d'incident :

Un professionnel de la santé demande à un étudiant en médecine de lui donner une seringue remplie de midazolam pour injection épidurale tout en pointant du doigt la table des fournitures sur laquelle repose la seringue. Au lieu de cela, l'étudiant remet au praticien une seringue contenant du rocuronium (un bloqueur neuromusculaire). Le médicament est administré et le patient devient ensuite partiellement paralysé et doit être intubé.

Exemple d'incident :

On demande à un étudiant en pharmacie de remplir le bac à metformine d'une distributrice automatisée - un processus qui consiste à sélectionner et à numériser l'étiquette du flacon avant de verser ses comprimés dans la machine. L'étudiant prend

4 flacons du médicament, mais ne numérise que l'étiquette d'un seul flacon 4 fois plutôt que les quatre flacons individuellement, en vue d'être plus efficace. Le flacon numérisé contient de la metformine, mais 1 des autres flacons sélectionnés contient des comprimés de Tylenol No 3. Les deux comprimés sont ronds et blancs. À cause de l'erreur, 2 médicaments différents sont ajoutés au même compartiment de la distributrice automatisée.

3e CONSEIL POUR LES PRATICIENS : Évaluez les défis organisationnels affectant les étudiants à votre établissement en vue d'identifier des occasions d'améliorer la culture de la sécurité.

Conclusion

Les thèmes identifiés dans cette analyse d'incidents multiples soulignent la contribution positive que les étudiants apportent à la sécurité des médicaments, l'importance de la surveillance du précepteur et le besoin d'avoir en place de solides processus organisationnels pour guider les nouveaux étudiants.

Le manque d'expérience des étudiants a été décrit comme un facteur contributif des incidents médicamenteux³, mais il y a aussi des aspects positifs liés à la présence d'étudiants dans des milieux de soins de santé réels. Par exemple, ils apportent une perspective unique et peuvent remettre en question des processus susceptibles de causer des erreurs.

Il est primordial que les futurs praticiens soient formés dans des milieux qui favorisent l'utilisation sécuritaire des médicaments et qui leur permettent d'appliquer leurs connaissances en vue de réduire la possibilité que se produisent des erreurs. Les étudiants ont un rôle clé à jouer dans la culture de la sécurité - les processus organisationnels et une formation appropriée peuvent faciliter l'optimisation de ce rôle.

Erreur de substitution dans une trousse de naloxone

Communiqué

Un article de presse récent faisait état de la distribution à un patient d'une trousse de naloxone mal préparée. La naloxone a pour but d'inverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes, mais le patient a constaté la présence d'un opioïde dans sa trousse, substitué par erreur à la naloxone.

L'ISMP Canada a appris que les pharmacies achètent, entreposent, produisent et distribuent les trousse de naloxone de manières différentes. Certaines pharmacies achètent des trousse disponibles dans le commerce, tandis que d'autres se procurent les articles individuels et produisent ensuite les trousse elles-mêmes sur place.

Les pharmacies qui choisissent de produire des trousse de naloxone sur place doivent savoir que ce processus est sujet à des erreurs et qu'il peut entraîner des incidents tels que celui qui est décrit ci-dessus. Si les trousse sont préparées sur place, assurez-vous qu'un processus de vérification indépendante existe pour vérifier les composantes. Dans la mesure du possible, l'utilisation de trousse disponibles dans le commerce est conseillée.

Cette section du bulletin décrit une publication récente de medicamentssecuritaires.ca issue du programme destiné aux consommateurs de l'ISMP Canada.

Bulletin de Medicamentssecuritaires.ca - décembre 2017 :

Sauvez une vie - procurez-vous une trousse de naloxone pour traiter une surdose d'opioïdes

Médicamentssécuritaires.ca

Le bulletin met en garde les patients quant au risque plus élevé de surdose pour les individus qui prennent des doses élevées d'opioïdes, pour ceux qui sont atteints de certaines conditions médicales ou qui prennent un opioïde en même temps que de l'alcool ou des somnifères.

Conseils pour les praticiens

- Lorsque vous prescrivez ou administrez des opioïdes, discutez avec vos patients des signes de surdose d'opioïdes et des avantages d'avoir une trousse de naloxone à domicile.
- Expliquez à vos patients comment et où ils peuvent se procurer une trousse de naloxone dans votre province/territoire, et dites-leur si ces trousse sont disponibles gratuitement.
- Offrez une trousse de naloxone à tout patient qui pourrait être à risque de surdose d'opioïde, ainsi qu'à sa famille ou son soignant.
- Utilisez la technique « montrer et raconter » pour faire la démonstration de l'administration de naloxone à l'occasion de consultations avec des patients ou des membres de leur famille.
- Rappelez aux patients et aux membres de leur famille que les effets de la naloxone sont de courte durée et que toute personne ayant subi une surdose doit être soignée à l'hôpital, même si une dose de naloxone a été administrée. Soulignez l'importance de composer immédiatement le 911.

On recommandait également aux patients de consulter des ouvrages donnant d'autres conseils sur la prévention de préjudices liés aux opioïdes :

- *Analgésiques opioïdes : Renseignements pour les patients et les membres de leur famille*
<https://www.ismp-canada.org/download/OpioïdStewardship/opioïd-handout-FR.pdf>
- *Les consommateurs informés peuvent contribuer à la prévention des préjudices attribuables à la prise d'opioïdes!* <http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201303BulletinV4N1PreventionPrejudicesOpioïdes.pdf>
- *Opioïdes – être un consommateur bien informé*
<http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201707BulletinV8N6-opioïdes.pdf>

Références

1. Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2012 [cité le 10 février 2018]. 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 à : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework%20FR.PDF>
2. Reid-Searl K, Moxham L, Happell B. *Enhancing patient safety: the importance of direct supervision for avoiding medication errors and near misses by undergraduate nursing students*. Int J Nurs Pract. 2010;16(3):225-232.
3. Hess L, Gaunt MJ, Grissinger M. *Medication errors involving healthcare students*. Pa Patient Saf Advis. 2016 [cité le 19 octobre 2017];13(1):18-23. Disponible à : http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/documents/201603_18.pdf
4. Institute for Safe Medication Practices. *Error-prone conditions that lead to student nurse-related errors*. Acute Care ISMP Saf Alert. 2007. Disponible à : <https://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20071018.asp>



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

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

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

Téléphone : 1-866-544-7672

©2018 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.