

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 19 • Numéro 10 • Le 12 décembre 2019

La gestion du changement en réponse à des tragédies évitables

En janvier 2019, l'ISMP Canada a publié un [bulletin sur la sécurité](#) à propos de deux décès pédiatriques liés à l'utilisation de solutions concentrées d'électrolytes¹. Le premier incident concernait l'utilisation par inadvertance d'une solution injectable de phosphate de potassium concentré pour rincer une ligne intraveineuse; le second concernait une erreur de préparation qui a fait que le patient a reçu par intraveineuse une quantité 10 fois supérieure à la quantité requise de chlorure de potassium. L'administration intraveineuse d'une solution de potassium concentré (≥ 2 mmol/mL) est considérée comme un « événement [pharmaceutique] qui ne devrait jamais arriver ». Les « événements qui ne devraient jamais arriver » sont des « incidents liés à la sécurité des patients qui entraînent de graves préjudices au patient, ou la mort, et qui peuvent être évités à l'aide de vérifications et de contrôles organisationnels »¹. L'analyse interne qui a suivi ces incidents a conduit à plusieurs changements clés dans l'hôpital concerné. Le présent bulletin décrit non seulement les stratégies clés qui ont été utilisées pour effectuer ce changement, mais aussi *la manière* dont ces stratégies ont été mises en œuvre avec succès.

LE CONTEXTE

Le risque de préjudice grave pour les patients associé à l'utilisation par inadvertance de solutions concentrées d'électrolytes a été reconnu par l'ISMP

Canada en 2002³, et des mesures de protection ont été intégrées dans les normes et pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada en 2008. Dans l'hôpital où les incidents se sont produits, les électrolytes concentrés avaient été retirés des stocks de la plupart des aires de soins en 2010, et des mesures de protection ont été mises en place pour les situations où des électrolytes concentrés étaient nécessaires. Au cours des années qui ont suivi, les prescripteurs ont individualisé le dosage des électrolytes pour des populations de patients spécifiques, ce qui a conduit à une utilisation accrue des solutions concentrées d'électrolytes pour la préparation des doses dans les aires de soins.

Ces deux décès tragiques, survenus dans un contexte d'utilisation accrue d'électrolytes concentrés, ont entraîné la création d'une équipe multidisciplinaire interne chargée d'analyser les incidents, d'identifier les facteurs contributifs potentiels et d'examiner les travaux antérieurs en matière de sécurité dans ce domaine. On a découvert que l'un des facteurs clés était la prescription de solutions d'électrolytes à des concentrations qui n'étaient pas disponibles dans le commerce, ce qui nécessitait ensuite une préparation extemporanée sur mesure dans les aires de soins. La mise en œuvre d'une approche visant à prévenir la répétition d'incidents similaires est décrite ci-dessous dans le contexte de la gestion du changement.

LA GESTION DU CHANGEMENT

La gestion du changement peut se définir comme une approche stratégique et systématique qui aide les gens et leurs organisations à assurer le succès de l'adoption des changements prévus^{4,5}. Il existe de nombreuses approches et modèles populaires de gestion du changement, dont la plupart intègrent des concepts clés similaires. La décision d'utiliser une approche plutôt qu'une autre est spécifique à chaque organisation et à ses besoins particuliers⁶.

La théorie du changement planifié de Lewin, élaborée dans les années 1940, utilise l'analogie simple du changement de la forme d'un bloc de glace en 3 phases : le dégel ou la décristallisation (comprendre que le changement est nécessaire), le changement ou la transition (initier le processus de changement) et le regel ou la recristallisation (établir un nouveau statu quo)^{7,8}. Des modèles plus récents de gestion du changement, tels que le modèle de changement en huit étapes de Kotter⁹, le modèle ADKAR¹⁰ et le modèle transthéorique¹¹ énoncent des considérations supplémentaires en vue du changement.

L'hôpital a pris les mesures suivantes en réponse aux deux tragédies évitables :

Reconnaître la nécessité d'un changement

Il est important de sensibiliser les membres du personnel à la nécessité d'un changement^{8,10}. Dans cet hôpital, les deux décès pédiatriques liés à l'utilisation de solutions concentrées de potassium ont suscité un sentiment d'urgence justifiant des changements au niveau du système pour éviter toute récurrence.

Former une équipe multidisciplinaire pour orienter le changement

Une coalition de personnel représentant différents points de vue devrait être convoquée pour élaborer une vision claire de l'initiative de changement⁸⁻¹⁰. Dans cet hôpital, le comité de pharmacologie et thérapeutique, composé de représentants de multiples professions de la santé, est devenu la coalition directrice qui a élaboré des stratégies pour améliorer la sécurité

des patients dans le contexte des solutions intraveineuses de potassium.

Élaborer des stratégies pour renforcer le changement

La vision du changement doit être claire pour tous afin de permettre l'élaboration et le renforcement des stratégies de changement⁶. Dans cet hôpital, l'un des principaux objectifs était de réduire les prescriptions personnalisées de solutions intraveineuses d'électrolytes (qui nécessitaient l'utilisation de solutions concentrées d'électrolytes). Les stratégies élaborées pour atteindre cet objectif comprenaient le ciblage de différents aspects du processus d'utilisation des médicaments et l'engagement de plusieurs prestataires de soins de santé. Par exemple, les commandes préimprimées et informatisées ont été modifiées pour favoriser la prescription sécuritaire des électrolytes en incluant des solutions de rechange à l'administration intraveineuse d'électrolytes dans certaines situations cliniques.

Communiquer les stratégies pour promouvoir l'appui

La participation des prestataires de soins directs, ainsi que des gestionnaires et des administrateurs, contribue à l'autonomisation du personnel et favorise l'appui au changement^{6,9}. Les stratégies de changement devraient inclure une éducation et une formation appropriées pour toutes les personnes concernées, afin de fournir des connaissances sur les nouvelles compétences et les nouveaux processus et de favoriser la capacité des membres du personnel à les mettre en œuvre. Dans cet hôpital, la liste des solutions d'électrolytes standardisées disponibles a été distribuée aux prescripteurs.

Ancrer le changement dans les politiques et procédures organisationnelles

Le changement doit être ancré dans la culture organisationnelle⁸, et la nouvelle norme de pratique doit être soutenue par un renforcement

régulier⁶, qui peut inclure la célébration de chaque étape réussie du processus de changement. Dans cet hôpital, le point d’ancrage était l’élaboration et la mise en œuvre de politiques et de procédures complètes pour guider la prescription, la manipulation et l’administration appropriées des solutions d’électrolytes.

Intégrer une surveillance et une évaluation continues

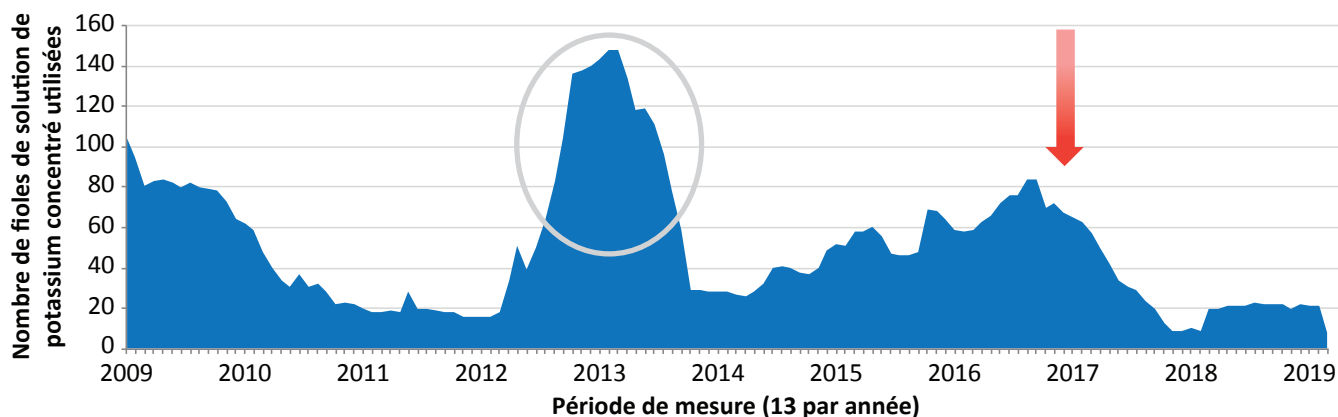
Une surveillance continue garantit que le changement est maintenu et demeure bénéfique⁶. Dans cet hôpital, on procède à une évaluation continue, à la fois dans le cadre d’un programme de vérification et en incluant un indicateur sur le tableau de bord de l’administration de l’hôpital. Le comité de pharmacologie et thérapeutique a intégré des outils de surveillance lors de sa révision annuelle des politiques relatives au stockage, à la prescription, à la préparation et à l’administration des solutions d’électrolytes. La réduction de l’utilisation de fioles de solution concentrée de potassium en est un exemple (voir la figure 1).

CONCLUSION

L’élaboration de stratégies et de recommandations à la suite de l’analyse d’un incident est une étape importante pour réduire le risque de récurrence. L’étape suivante de la mise en œuvre des mesures recommandées - la gestion du changement - peut être difficile, car elle exige souvent des changements de pratique et l’engagement de toutes les personnes concernées. Les modèles de gestion du changement peuvent aider les dirigeants des organisations à gérer et à guider efficacement les membres de leur personnel dans le cadre de ces processus.

À l’hôpital où ces incidents se sont produits, de multiples stratégies ont été mises en œuvre pour réduire le risque de préjudice pour les patients en cas d’administration par inadvertance d’électrolytes concentrés. En plus de continuer à se conformer aux pratiques organisationnelles requises d’Agrément Canada, cet hôpital a reconnu l’importance de comprendre les risques propres à sa pratique et d’élaborer des stratégies pour y faire face. Ces stratégies comprenaient, entre autres, le retrait des solutions d’électrolytes concentrés des aires de soins aux patients et la mise en place de mesures de soutien

Figure 1 : Quantité de fioles de solution concentrée de potassium utilisées par un seul établissement sur une période de 10 ans, suite à l’introduction par Agrément Canada d’une pratique organisationnelle requise officielle concernant les solutions d’électrolytes concentrés en 2008. L’ovale gris met en évidence une utilisation anormalement élevée due à une pénurie d’un produit de remplacement du potassium. La flèche rouge représente le point où les deux décès pédiatriques liés à l’utilisation de solutions concentrées de potassium¹ ont suscité une analyse et une action internes.



pour la prescription des produits d'électrolytes standardisés disponibles. L'hôpital a réussi à mettre en œuvre des changements dans la pratique grâce à un leadership efficace, une vision commune et des stratégies pratiques.

Les organisations doivent reconnaître que le changement est un processus continu et qu'une évaluation et un renforcement continus des nouvelles

stratégies sont nécessaires pour soutenir tout changement à long terme. ISMP Canada, avec le soutien de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), a élaboré une [Autoévaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments \(AEUSM\)](#) axée sur les « événements qui ne devraient jamais arrivés » qui vise à aider les hôpitaux à cerner et à évaluer leurs lacunes en matière de sécurité et les possibilités d'amélioration et de changement.

REMERCIEMENTS

ISMP Canada tient à remercier le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ) d'avoir permis de partager les détails des mesures organisationnelles qui ont été prises à la suite de deux incidents tragiques liés aux médicaments, dans le but de prévenir les préjudices à autrui.

Références

1. Tragédies évitables : Deux décès pédiatriques par suite de l'administration intraveineuse d'électrolytes concentrés, Bulletin séc. ISMP Canada 2019 [cité le 15 mars 2019];19(1) :1-5. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2019/BISMPC2019n1-electrolytesConcentres.pdf>
2. *How to use 'Failure Mode and Effects Analysis' to prevent error-induced injury with potassium chloride*, Bulletin séc. ISMP Canada 2002 [cité le 9 mai 2019];2(5) :1-2. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2002-05FMEA.pdf>
3. Pratiques organisationnelles requises, livret 2018, Qmentum, Pour les visites sur site commençant en janvier 2019, Ottawa (Ont.) : Agrément Canada; 2018.
4. Réseau pancanadien de la gestion du changement, Qu'est-ce que la gestion du changement? [diaporama], Inforoute Santé du Canada; 1er mars 2011 [cité le 15 mars 2019]. Disponible à l'adresse suivante : <https://infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/clinical-adoption/pan-canadian-change-mgmt-network-public/1554-qu-est-ce-que-la-gestion-du-changement?Itemid=101>
5. *Definition: change management*. Newton (MA) : TechTarget; [mis à jour en juillet 2019; cité le 24 oct 2019]. Disponible à l'adresse suivante : <https://searchcio.techtarget.com/definition/change-management>
6. *Major approaches & models of change management*. Cleverism; 2019 [cité le 22 oct 2019]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cleverism.com/major-approaches-models-of-change-management/>
7. Lewin, K. (D. Cartwright, éditeur), *Field theory in social science: selected theoretical papers*, Oxford (RU); Harper and Brothers; 1951.
8. *Lewin's change management model: understanding the three stages of change*, Mind Tools; [cité le 15 mars 2019]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_94.htm
9. Campbell, R.J., *Change management in health care*, Health Care Manag (Frederick), 2008 [cité le 16 mai 2019];27(1) :23-39.
10. Wong Q., M. Lacombe, R. Keller, T. Joyce et K. O'Malley, *Leading change with ADKAR*, Nurs Manage, avril 2019 [cité le 16 mai 2019];50(4):28-35.
11. LaMorte, W.W., *The transtheoretical model (stages of change)*, Boston (MA) : Boston University School of Public Health; 2019 [cité le 22 oct 2019]. Disponible à l'adresse suivante : <http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/BehavioralChangeTheories6.html>

Formation à l'appui de la déclaration obligatoire des RIM graves et des IIM par les hôpitaux

Depuis le 16 décembre 2019, les hôpitaux sont tenus de déclarer à Santé Canada les réactions indésirables graves aux médicaments (RIM graves) et les incidents liés aux instruments médicaux (IIM).

Quatre modules PowerPoint ont été conçus pour être utilisés (en modules entiers ou en segments particuliers) par les hôpitaux, les professionnels de la santé et les éducateurs pour expliquer, décrire ou promouvoir la déclaration des RIM graves et des IIM. Patients pour la sécurité des patients du Canada a créé un module PowerPoint supplémentaire afin d'aider les patients et d'autres membres du public à comprendre et à promouvoir la déclaration des RIM graves et des IIM.

Les modules ont été lancés le 31 juillet 2019, et une évaluation précoce de l'approche et du contenu pédagogique a été récemment entreprise. En voici les principales conclusions :

- Au total, 116 (91 %) des 128 répondants participant à deux webinaires nationaux ont affirmé qu'ils prévoient utiliser les modules pour se préparer à la déclaration obligatoire des RIM graves et des IIM.
- Voici les conclusions de 30 personnes ayant répondu à une enquête en ligne plus détaillée :
 - ✓ Les répondants ont déclaré que les modules étaient faciles d'accès (97 %) et fournissaient des renseignements utiles (86 %).
 - ✓ Les répondants ont affirmé que les modules avaient contribué à une meilleure compréhension des exigences en matière de déclaration obligatoire (93 %).
 - ✓ Les répondants ont exprimé leur intention d'utiliser les modules, tant pour l'apprentissage autonome que pour les présentations aux autres (90 %).
 - ✓ Les répondants ont déclaré qu'ils recommanderaient les modules à leurs collègues (97 %).

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont répondu à la question postwebinaire et à l'enquête en ligne.



Health
Canada

Santé
Canada



Med Safety Exchange
Webinar Series



Série de webinaires sur la sécurité médicamenteuse

Mercredi 15 janvier 2020

Joignez-vous à vos collègues de partout au Canada pour des webinaires bimensuels gratuits de 50 minutes afin de partager, d'apprendre et de discuter de rapports d'incidents, des tendances et des problèmes émergents en matière de sécurité des médicaments!

Pour en savoir plus, visitez

www.ismp-canada.org/MedSafetyExchange/

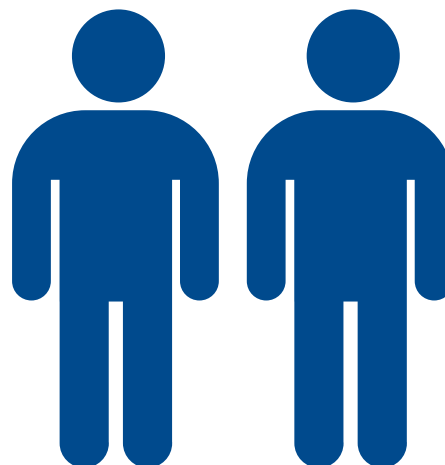
Juillet 2019 – Bulletin d'information :

L'erreur sur la personne, un problème récurrent

Médicamentssécuritaires.ca

Médicamentssécuritaires.ca continue de recevoir des rapports sur des patients recevant accidentellement les médicaments d'une autre personne. Dans l'un des cas, une patiente était allée chercher ses médicaments à la pharmacie, mais le médicament avait été donné par erreur à une autre personne portant le même nom. La personne qui avait reçu le médicament par erreur disposait maintenant de renseignements concernant le patient, comme son historique d'ordonnances.

Il a été rappelé aux patients de toujours s'identifier dans un établissement de santé en utilisant leur nom complet et au moins un autre élément d'information (par exemple, leur date de naissance, leur adresse personnelle ou leur numéro de carte santé) afin de minimiser le risque de confusion.



Conseils pour les praticiens

- Assurez-vous que votre cabinet dispose d'un processus standard pour l'identification précise des patients. Une erreur d'identité peut entraîner de graves préjudices pour les patients et constitue également une violation des lois sur la protection de la vie privée.
- Minimisez le risque d'erreur d'identité en vérifiant l'identité de chaque patient à l'aide d'au moins deux identifiants uniques. L'un de ces identifiants doit être le prénom et le nom du patient. L'autre identifiant peut être l'un des éléments suivants : date de naissance, adresse du domicile ou numéro de carte santé.
- Même si vous demandez deux identifiants uniques, les jumeaux et autres multiples peuvent être confondus entre eux. Dans de tels cas, il peut être utile de laisser une note dans le tableau ou le profil pour avertir les autres du risque de confusion.
- Si vous n'êtes pas sûr de l'identité d'un patient, demandez une pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement. Un permis de conduire ou une carte santé peuvent être utilisés à cette fin.

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le bulletin d'information complet à l'intention des consommateurs à l'adresse :

<https://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201907BulletinV10N7-identite.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.



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@ismpcanada.ca

Téléphone : 1-866-544-7672

©2019 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.