

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 8, Numéro 6

Le 30 septembre 2008

Hydromorphe destinée à un patient adulte administrée par mégarde à un nourrisson

Dans de nombreux hôpitaux, les nourrissons et les enfants reçoivent des soins aux côtés des adultes dans diverses aires de soins, y compris à l'urgence. Chaque fois que des adultes et des enfants reçoivent des traitements dans un même lieu, le risque de préjudice grave résultant d'une erreur sur le patient est accru, particulièrement en ce qui a trait à l'administration de médicaments de niveau d'alerte élevé. Le présent bulletin fait la lumière sur un accident au cours duquel on a administré par mégarde à un nourrisson une dose d'hydromorphe destinée à un patient adulte. Il est probable que les mêmes faiblesses systémiques ayant entraîné cet accident se retrouvent dans de nombreuses organisations de services de santé et nous les mentionnons ici dans le but de les faire connaître et de prévenir la récurrence d'un tel événement.

Accident lié à la médication

Une mère a amené son nourrisson âgé d'environ 9 mois à l'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux parce qu'il présentait de la fièvre et des symptômes de douleur aux oreilles. Peu de temps après l'inscription, une infirmière a évalué l'état de l'enfant et a noté cette évaluation dans le dossier du patient qui a ensuite été placé dans le porte-dossiers afin qu'il soit passé en revue par le médecin traitant.

Le même jour, une patiente adulte, qui recevait des soins palliatifs et dont le nom de famille était semblable à celui du nourrisson, s'est présentée à l'urgence souffrant de douleurs non maîtrisées. Elle était une patiente du médecin traitant en devoir, qui était également un médecin généraliste œuvrant dans la communauté. Après que son état ait été évalué par l'infirmière, le dossier de la patiente a également été placé dans le porte-dossiers pour qu'il soit lui aussi revu par le médecin traitant.

Après avoir examiné la patiente en soins palliatifs, le médecin a pris par mégarde le dossier du nourrisson qui se trouvait dans le porte-dossiers, au lieu de celui de la patiente adulte comme il souhaitait le faire. Le médecin a rédigé une ordonnance pour de l'hydromorphe (Dilaudid) à 4 mg, devant être administrée par voie orale, et a replacé le dossier dans l'espace approprié du porte-dossier, en vue du

suivi par le personnel infirmier. Peu de temps après, l'infirmière du nourrisson a pris le dossier et a pris connaissance de l'ordonnance. Elle a immédiatement consulté une autre infirmière pour vérifier la pertinence de l'ordonnance dans le cas d'un nourrisson. Elle s'est ensuite adressée au médecin pour lui demander s'il avait bel et bien voulu prescrire l'hydromorphe à 4 mg. Le médecin a confirmé l'ordonnance verbalement telle qu'il l'avait rédigée; cependant, aucun des deux professionnels de la santé n'a utilisé d'identificateurs de patient au cours de la conversation.

L'infirmière a obtenu l'hydromorphe du cabinet de distribution automatisé récemment installé et a procédé à une double vérification du médicament et de la dose avec une autre infirmière. Elle a ensuite vérifié auprès de la mère l'identité du nourrisson, son âge et ses allergies et a comparé ces renseignements aux indications inscrites au dossier avant d'administrer l'hydromorphe. La mère a posé une question sur la raison de l'administration du médicament, ce à quoi l'infirmière a répondu qu'il avait été prescrit « pour la douleur ». Après avoir administré l'hydromorphe, l'infirmière a demandé à la mère quelles étaient les autres directives données par le médecin et, à ce moment, la mère a répondu que son enfant n'avait pas encore été examiné par un médecin.

L'infirmière a alors compris qu'une erreur s'était probablement produite et en a immédiatement informé le médecin, qui a divulgué l'accident à la mère. Plusieurs démarches correctives ont alors été entreprises, y compris la communication avec un centre antipoison et avec le pédiatre de garde, et le transfert du nourrisson vers un centre régional pédiatrique. On a mis en place un accès intraveineux, administré plusieurs doses de naloxone par voie intraveineuse, installé une sonde nasogastrique et administré du charbon. Heureusement, le nourrisson s'est totalement remis et a reçu son congé le lendemain.

Facteurs contributifs

L'établissement a par la suite entrepris une analyse des causes souches de l'accident et a identifié quelques facteurs contributifs possibles suivants :

- Le fait que le médecin connaissait la patiente adulte recevant des soins palliatifs a incité le médecin à dévier de la pratique habituelle consistant à apporter le dossier au chevet du patient et à vérifier l'identité de ce dernier avant de rédiger une ordonnance. De plus, le médecin a préparé cette dernière sans l'accompagner d'une note d'évaluation.
 - Quand l'infirmière a demandé au médecin de confirmer l'ordonnance, la communication a été incomplète parce que ni l'infirmière, ni le médecin n'ont identifié le patient de manière explicite. Les deux interlocuteurs ont donc alors cru qu'ils faisaient référence au même patient.
 - Les deux patients avaient des noms de famille semblables.
 - La transition récente vers l'utilisation d'un cabinet de distribution automatisé à l'urgence, à la fois pour la réserve des aires de soins et pour la réserve de nuit, a permis l'accès rapide à l'hydromorphe. (Auparavant, l'hydromorphe n'était pas conservée à l'urgence, et le personnel infirmier ne pouvait accéder directement à ce médicament; pour obtenir l'hydromorphe il fallait alors appeler la pharmacie ou la coordonnatrice des activités [si la pharmacie était fermée].)
 - Le personnel infirmier de l'urgence manquait de connaissance quant à la puissance de l'hydromorphe, médicament qui n'était pas utilisé régulièrement et auquel il n'y avait pas accès auparavant sans l'intervention du personnel de la pharmacie.
 - On n'a consulté ni les documents d'information publiés sur ce médicament, ni un pharmacien, afin de déterminer la pertinence de l'administration de l'hydromorphe à un nourrisson ainsi que la pertinence de la posologie.
 - Les doses unitaires pour adultes et pour enfants étaient toutes deux disponibles à la réserve des aires de soins, et les enfants et les adultes étaient traités dans un même lieu, sans que des processus différenciés soient précisés.
- d'identification de l'hôpital) à toutes les étapes du processus d'utilisation des médicaments, y compris à l'étape où les ordonnances sont inscrites au dossier de santé.
- S'assurer que toute communication à propos d'un patient comprenne la mention des identificateurs de patient. Songer à mettre en pratique une approche normalisée pour faciliter une communication claire dans les cas de situation préoccupante. Un exemple d'une telle approche est la méthode « SBAR » (acronyme anglais [Situation - Background - Assessment - Recommendation] signifiant: situation, contexte, évaluation, recommandation); il s'agit d'un moyen mnémotechnique permettant la référence à un cadre de discussion :
 - **Situation** : Décrire vos préoccupations quant au caractère sécuritaire des ordonnances.
 - **Contexte** : Fournir des renseignements pertinents sur le patient et sur le médicament afin d'expliquer davantage les fondements de vos préoccupations.
 - **Évaluation** : Faire part de votre évaluation des préjudices éventuels attribuables à l'administration du médicament telle qu'indiquée dans l'ordonnance et de la probabilité de leur survenue chez le patient.
 - **Recommandation** : Suggérer une option qui selon vous permettrait de rendre l'ordonnance sécuritaire, ou demander l'annulation de l'ordonnance ou l'interruption du médicament.
 - Les professionnels de la santé peuvent également encourager une communication claire et précise entre eux dans les cas de situation préoccupante, comme la reformulation et la répétition des renseignements entendus ainsi que le recours aux identificateurs de patient, et ce, pour s'assurer que les préoccupations soient clairement comprises.
 - Exiger que toute ordonnance à l'intention d'un enfant comporte le calcul de la posologie (par ex., dose par kilogramme). Inclure ce renseignement dans le processus de vérification pour s'assurer de la pertinence de la dose (par ex., milligrammes par kilogramme) et que cette dernière soit en accord avec des documents de référence en pédiatrie approuvés par l'établissement, comme c'est le cas de la liste des médicaments utilisés en pédiatrie (formulaire).
 - S'assurer que les renseignements pertinents et mis à jour sur les médicaments utilisés en pédiatrie soient facilement accessibles, et qu'un processus soit mis en place pour permettre un apprentissage « juste-à-temps » sur des médicaments rarement fournis ou administrés.

Recommandations

L'analyse effectuée par l'hôpital a permis de distinguer plusieurs thèmes qui représentent tous des occasions d'améliorer la sécurité, y compris l'accessibilité aux médicaments, la communication, la formation ainsi que les processus liés aux soins des enfants et à ceux des adultes. En collaboration avec l'hôpital, l'ISMP Canada a élaboré les recommandations suivantes à prendre en considération :

- Utiliser deux (2) identificateurs de patient (par ex., le nom du patient, sa date de naissance, le numéro

- Mettre en place des processus distincts pour les patients adultes et pour les enfants. Par exemple, à l'hôpital où l'accident en question s'est produit, on a modifié l'apparence des dossiers pédiatriques de l'urgence pour faciliter l'identification par le personnel soignant du groupe d'âge auquel appartiennent les patients. En outre, dans ses plans de rénovation à long terme, l'hôpital prévoit réserver une aire de soins distincte à l'urgence pour le traitement des patients en pédiatrie.
- Au moment de mettre en œuvre une nouvelle technologie telle que le cabinet de distribution automatisé, assigner une équipe multidisciplinaire pour qu'elle se livre à une évaluation proactive des risques (par ex., à l'analyse des modes de défaillance et de leurs effets), pour garantir que les mesures de sécurité préalablement établies (par ex., les accès restreints, les doubles vérifications, la validation de l'ordonnance par le pharmacien) soient intégrées et qu'aucune nouvelle possibilité d'erreur ne soit créée.
- Si l'hydromorphe doit être conservée à l'urgence à cause de la nature particulière de la population de patients desservie (par ex., des soins palliatifs), s'assurer que l'accès y soit restreint. Ajouter au processus une double vérification indépendante ainsi qu'une alerte à l'écran pour les cabinets de distribution automatisés. La mention pourrait par exemple être la suivante : « L'hydromorphe (Dilaudid) est un opiacé très puissant. Souhaitez-vous toujours poursuivre? »

Dans le cadre de situations non urgentes, exiger que l'évaluation de l'état du patient soit consignée au dossier avant d'administrer quelque médicament que ce soit. Cette étape procurera une occasion de vérifier la pertinence clinique de l'administration des médicaments prescrits.

- Mettre en place ou élaborer une stratégie à long terme

d'ordonnance électronique qui générerait une alerte automatique destinée au prescripteur quand un médicament qui n'est pas approprié au poids ou à l'âge du patient est prescrit.

L'accident décrit dans le présent bulletin montre l'importance d'encourager la participation des patients et des familles à toutes les étapes du processus d'utilisation sécuritaire des médicaments. Il met également en lumière la nécessité de prendre en considération le risque d'erreur lorsqu'il s'agit du traitement des enfants dans des milieux de soins mixtes, particulièrement dans des aires de soins comme l'urgence, là où la population de patients et les niveaux de gravité des atteintes sont variés et imprévisibles et où le roulement des patients est important. En général, le personnel infirmier et les pharmaciens fournissent d'importants contrôles de sécurité en ce qui a trait aux ordonnances; toutefois, cet accident illustre bien la nécessité d'établir des stratégies systémiques multiples pour améliorer les processus et la communication.

Remerciements

ISMP Canada remercie les experts qui se sont chargés de la révision de ce bulletin. Ils sont (en ordre alphabétique) :

Patti Cornish, RPh, BScPhm, Service de la sécurité des patients, Sunnybrook Health Sciences Centre; Dale Dalgleish, infirmière autorisée, BHScN, enseignante de clinique (trauma/réanimation), Urgence, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; Edward Etchells, MD, FRCPC, directeur, Service de sécurité des patients et médecin membre du personnel, Département de médecine générale et interne, Sunnybrook Health Sciences Centre; John W. Senders, Ph.D., professeur émérite, Université de Toronto; Ian Sheppard, BScPhm., directeur adjoint, Pharmacie, B.C. Children's Hospital; Kim Streitenberger, infirmière autorisée, Chef d'équipe des programmes pour la qualité à l'unité des soins intensifs, the Hospital for Sick Children; Jason Volling, BScPhm, ACPR, pharmacien, services d'urgence et de pharmacie, Toronto Western Hospital, University Health Network; Debby Voskamp, infirmière autorisée, enseignante de clinique, Urgence, Children's Hospital of Eastern Ontario; Elaine Wong, BScPhm, pharmacienne clinicienne, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario.

Références

1. Kaiser Permanente of Colorado. SBAR technique for communication: a situational briefing model [Internet]. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement; 2004 [cité le 28 juillet 2008]. Accessible à l'adresse : <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>
2. Resolving human conflicts when questions about the safety of medical orders arise. ISMP Med Safety Alert. 2008 [cité le 14 août 2008];13(5):1-2. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20080313.asp>

© 2008 Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments 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.

L'ISMP Canada est un organisme canadien qui recueille les déclarations volontaires d'incidents et d'accidents liés à l'utilisation de médicaments et qui a été fondé pour partager les expériences liées aux erreurs de médication. Notre but est de mettre en œuvre des stratégies de prévention et des mesures de sécurité afin de diminuer le risque d'accident préjudiciable et de promouvoir l'utilisation sécuritaire des médicaments dans le milieu de la santé.

Pour déclarer un incident ou un accident lié à la médication à l'ISMP Canada, vous pouvez (1) Visiter notre site Web, à l'adresse http://www.ismp-canada.org/err_report.htm, ou (2) Nous téléphoner : 416-733-3131 ou au numéro sans frais : 1-866-544-7672.

Vous pouvez également communiquer avec l'Institut par courriel : cmirps@ismp-canada.org. L'ISMP s'engage à la confidentialité et à la sécurité de tous les renseignements reçus et respectera la volonté du déclarant quant au niveau de détail à inclure dans ses publications.

Un partenaire clé du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux