

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 10, numéro 9

Le 10 décembre 2010

Accidents/Incidents liés à la médication dans les établissements de soins de longue durée

Le présent bulletin donne des renseignements sur les accidents/incidents liés à la médication volontairement déclarés à l'ISMP Canada par des établissements de soins de longue durée. Il comprend un aperçu des accidents liés à la médication qui ont entraîné un préjudice ou le décès d'un patient et souligne les principaux thèmes qui sont ressortis d'une analyse des données d'ensemble. Des exemples précis de ces accidents sont résumés pour permettre l'évaluation des possibilités d'amélioration du système.

Fondement et aperçu des résultats

Afin de mieux comprendre les accidents et incidents liés à la médication dans les établissements de soins de longue durée, des données ont été tirées des rapports volontairement soumis à la base de données des accidents/incidents liés à la médication de l'ISMP Canada. Les données revues dans le cadre de cette analyse couvraient une période d'environ neuf ans (du 1^{er} août 2000 au 28 février 2009). L'analyse (qui a porté sur des aspects quantitatifs et qualitatifs) visait particulièrement les accidents liés à la médication ayant entraîné un préjudice ou le décès d'un patient.

La recherche dans la base de données a révélé que 4 740 accidents/incidents liés à la médication sont survenus dans des établissements de soins de longue durée. De ce nombre, 131 (2,8 %) ont entraîné un préjudice ou le décès d'un patient. Une analyse quantitative plus poussée des 131 accidents a révélé que 116 d'entre eux (88,5 %) ont entraîné un préjudice et que 11 d'entre eux (11,5 %) ont causé un décès. L'administration d'une mauvaise dose était le type d'accident le plus fréquent, suivi de l'omission d'une dose, de l'administration du mauvais médicament et de l'administration d'un médicament au mauvais patient (Figure 1).

Analyse qualitative

L'analyse qualitative des 131 accidents ayant entraîné un préjudice ou un décès a généré trois principaux thèmes :

- accidents ayant trait à l'usage des médicaments de niveau d'alerte élevé;
- accidents ayant trait à l'usage d'un sédatif anxiolytique ou un antipsychotique, y compris les accidents ayant entraîné des chutes;
- accidents ayant trait à des transferts de patients.

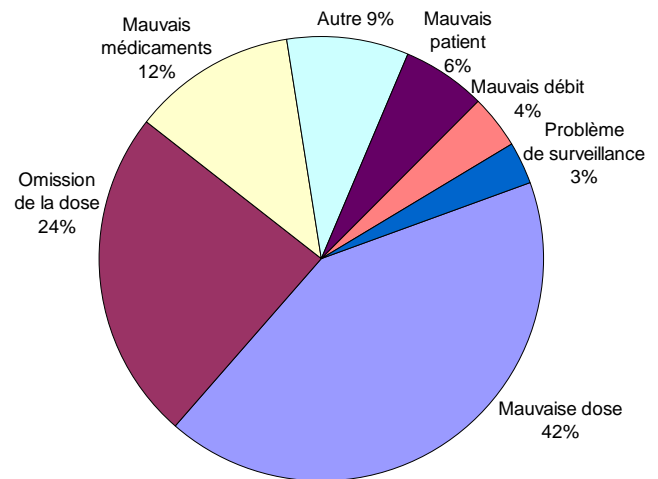


Figure 1 : Types d'accidents/incidents dans les établissements de soins de longue durée ayant entraîné un préjudice ou le décès d'un patient (n = 131), selon l'analyse des données d'ensemble de la base de données des accidents/incidents liés à la médication de l'ISMP Canada pour la période du 1^{er} août 2000 au 28 février 2009. Près de 85 % des accidents avec préjudice déclarés étaient dus à l'administration de la mauvaise dose, à l'omission de la dose, à l'administration du mauvais médicament ou à l'administration d'au moins un médicament au mauvais patient.

Les sections qui suivent présentent plus en détail les accidents liés à la médication ayant trait à ces trois principaux thèmes et contiennent quelques exemples tirés de l'analyse.

Thème principal : accidents liés à l'usage des médicaments de niveau d'alerte élevé

La majorité des accidents avec préjudice déclarés avaient trait à l'une des trois classes de médicaments connus comme étant des médicaments de niveau d'alerte élevé, soit les anticoagulants, l'insuline et les opiacés (narcotiques).

Anticoagulants

La majorité des accidents ayant trait aux anticoagulants étaient attribuables à des erreurs de surveillance du traitement à la warfarine. Un certain nombre de traitements anticoagulants, notamment celui à la warfarine, nécessitent une surveillance au moyen d'analyses de sang de sorte que la concentration du médicament demeure dans une marge thérapeutique efficace. Les processus d'ordonnance, de transcription, de remise et d'administration de la warfarine sont étroitement liés aux processus de surveillance sérique du rapport international normalisé (RIN): ordonnance

d'analyses de sang, prélèvement d'échantillons de sang, obtention des résultats de tests en temps opportun, vérification des résultats et mise à jour des ordonnances de warfarine. Toute faiblesse ou faille de ces processus peut donner lieu à des accidents ou des incidents liés à la warfarine.

Exemple

- Un traitement à la warfarine a été instauré chez un résident de centre d'hébergement et de soins de longue durée, aucune demande pour un RIN n'a été effectuée au début du traitement. Plus d'un mois plus tard, l'état du patient se détériorait, et on a remarqué qu'aucun résultat de RIN n'avait été inscrit au dossier. Un échantillon de sang a été prélevé et envoyé au laboratoire, mais la valeur mesurée était au-dessus des limites du test, et aucune valeur numérique ne pouvait être déclarée. Le patient a été admis à l'hôpital et est mort peu de temps après.

Insuline

L'insuline a un indice thérapeutique étroit. L'administration d'une dose excessive d'insuline peut rapidement causer une hypoglycémie, qui peut dégénérer en crise, en coma et même entraîner la mort si elle n'est pas traitée. Les doses omises peuvent elles aussi causer des préjudices, car l'hyperglycémie peut s'aggraver et entraîner d'autres problèmes, tels que l'acidocétose. La quantité d'insuline requise pour un patient varie selon de nombreux facteurs, entre autres la glycémie et l'apport alimentaire.

Exemples

- Un patient a reçu une formule d'insuline à action rapide, Humulin-R, au lieu de la formule à action intermédiaire, Humulin-N. Un traitement au glucagon a dû être instauré.
- Un patient n'a pas reçu sa dose matinale d'insuline à action prolongée parce qu'il ne se trouvait pas dans l'aire des soins. À son retour à l'étage, le patient a reçu huit unités d'insuline à action rapide, selon une échelle d'ajustement de la posologie dans les cas de glycémie élevée persistante entre deux doses d'insuline prévues. Au moment de l'administration de la dose du soir, la glycémie du patient était bien au-dessus de 30 mmol/L. On a alors remarqué qu'il n'avait pas reçu sa dose matinale d'insuline à action prolongée.

Opiacés (narcotiques)

L'analyse des accidents et des incidents liés aux opiacés a permis de distinguer quatre sous-groupes : l'administration de la mauvaise dose, l'administration du mauvais médicament, l'omission d'une dose et les accidents/incidents liés aux timbres de fentanyl.

Exemples :

- Un résident qui devait recevoir de la morphine à 10 mg par voie orale a reçu 10 mL (50 mg) de morphine en suspension.
- Dans une ordonnance d'hydromorphone à « .5 mg » (c.-à-d. 0,5 mg), l'unité a été prise pour « 5 mg »; cette dose plus forte a été administrée au patient.

- Une ordonnance de morphine à 7,5 mg par voie sous-cutanée a été prise pour une ordonnance d'hydromorphone à 7,5 mg par voie sous-cutanée, et le mauvais médicament a été administré au patient.
- Une ordonnance d'hydromorphone n'a pas été transcrite. Le patient a manqué plusieurs heures de traitement et a ressenti une augmentation croissante de sa douleur.
- Un patient trouvé sans connaissance présentait des signes vitaux anormaux. Ce patient avait reçu une ordonnance de timbre de fentanyl à 12 µg/heure, mais c'est un timbre de fentanyl à 75 µg/heure qui a été appliqué. On a retiré le timbre, administré de la naloxone et entrepris une surveillance continue.
- Un patient a été trouvé sans connaissance dans un établissement de soins de longue durée et a été transféré à l'Urgence d'un hôpital de la région, où le personnel a trouvé de multiples timbres de fentanyl in situ. Le personnel en a conclu que les timbres n'avaient pas été enlevés au fur et à mesure. Le patient a reçu de la naloxone, ce qui a produit l'effet escompté. Cependant, une pneumonie a été diagnostiquée chez ce patient, et il a dû être hospitalisé. Il est décédé environ une semaine plus tard des suites de la pneumonie.
- Un patient qui avait reçu une ordonnance de timbre de fentanyl ressentait une douleur croissante. On a déterminé qu'une dose de fentanyl avait été omise. L'administration d'un opiacé à action rapide a été nécessaire pour soulager la douleur.

Thème principal : accidents/incidents liés à un sédatif anxiolytique ou à un antipsychotique

La majorité des accidents/incidents liés à un sédatif anxiolytique ou à un antipsychotique qui ont été déclarés ont entraîné une chute.

Exemples

- Un résident âgé d'un établissement de soins de longue durée a reçu des doses supplémentaires de zopiclone, et cette surdose pourrait être à l'origine de la blessure qu'il s'est infligée lorsqu'il a tenté de marcher sans aide.
- Un résident avait une ordonnance de lorazépam à 1 mg au besoin pour traiter un comportement agité et de plus en plus agressif. Environ 30 minutes après l'administration d'une dose de lorazépam, le résident a commencé un traitement au clonazépam. La prise concomitante de ces deux médicaments a causé une désorientation et de la difficulté à marcher, ce qui a causé une chute. Le résident a été admis à l'Urgence d'un hôpital des environs, où le personnel a conclu que l'administration concomitante des deux benzodiazépines avait sans doute contribué à l'état de désorientation.
- Un résident d'un établissement de soins de longue durée a été admis à l'hôpital en raison de troubles du comportement. L'administration d'olanzapine et d'autres médicaments a stabilisé son état. Par contre, le résident a dû être

hospitalisé de nouveau, peu de temps après son départ de l'hôpital, en raison d'une sédation trop forte et de chutes. Au moment de sa deuxième hospitalisation, on a compté les pilules du résident, et on a déterminé qu'il avait reçu quatre fois la dose prescrite d'olanzapine.

Thème principal : accidents/incidents liés aux transferts de patients

Les transferts de patients d'un établissement à un autre ou d'une aire de soins à une autre comportent des risques élevés d'accidents/incidents liés à la médication.

Exemple :

- Un patient a été transféré d'un établissement de soins aigus à un établissement de soins de longue durée. Les renseignements sur le patient ont été envoyés de l'hôpital à l'établissement de soins de longue durée par télécopieur. La télécopie comprenait plusieurs documents, notamment le registre d'administration des médicaments (RAM) du patient et une copie des « ordonnances et notes d'évolution » énumérant les dernières mises à jour des doses d'insuline du matin et du soir que le patient devait recevoir. L'infirmière de l'établissement de soins de longue durée a copié les ordonnances de médicament du RAM, qui n'indiquaient pas la posologie d'insuline, et a utilisé la dose d'insuline de 100 unités/mL comme « posologie ». Le personnel de l'unité de soins de longue durée a appelé le médecin pour

effectuer les ordonnances de l'admission du patient. Comme le médecin connaissait déjà le résident et l'avait suivi pendant son séjour, il a donné comme directives au personnel de continuer les traitements en vigueur. Un pharmacien a délivré l'ordonnance d'insuline à 100 unités le matin et 100 unités le soir. Le résident a présenté une grave réaction hypoglycémique, et le médecin s'est alors rendu compte de l'erreur. Le résident a été transféré aux soins intensifs, mais il est décédé peu de temps après.

Conclusion

Il est important de déclarer les accidents et les incidents liés à la médication, tant pour rendre l'utilisation des médicaments plus sécuritaires que pour évaluer l'incidence des changements apportés au système. Les résultats de cette analyse peuvent servir à soutenir les projets d'amélioration de la qualité dans les milieux. L'ISMP Canada intègre les leçons tirées de tels accidents et incidents à des programmes d'auto-évaluation afin de favoriser l'amélioration des systèmes d'utilisation des médicaments. (Veuillez vous référer à l'encadré pour obtenir de plus amples renseignements sur l'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans les établissements de soins de longue durée.)

Remerciements

Nous remercions très sincèrement les nombreux professionnels de la santé de leur soutien à la culture de sécurité des patients, comme en témoigne leur désir de faire part des incidents et des accidents liés à la médication.

Programme d'évaluation des risques visant l'utilisation sécuritaire des médicaments dans les établissements de soins de longue durée

Le milieu des soins de longue durée présente des défis uniques relatifs à la conception et à la mise en place de systèmes d'utilisation sécuritaires des médicaments.

L'ISMP Canada a conçu le Medication Safety Self-Assessment^{MC} pour les établissements de soins de longue durée afin d'aider ces établissements à reconnaître les occasions d'amélioration de leur système d'utilisation des médicaments. Le programme, qui complète d'autres efforts de réduction du risque de préjudice, peut être utilisé par tous les établissements, peu importe leur taille, leur structure organisationnelle et la région où ils se trouvent. Les critères d'auto-évaluation du programme sont liés à des améliorations possibles du système, déterminées par l'analyse des accidents/incidents liés à la médication. Cette auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments aide les établissements à se préparer en vue de l'agrément et peut aussi être un élément important du programme d'amélioration de la qualité d'un établissement.

L'interface Web du programme permet aux établissements de soins de longue durée de comparer leurs résultats au fil du temps, afin de faire le suivi des changements qui ont été apportés, et de comparer leurs résultats à ceux des autres participants du programme, à l'échelle régionale et nationale. Plusieurs provinces canadiennes ont manifesté leur appui à l'utilisation de ce programme dans le cadre de l'amélioration de la qualité. Par ailleurs, ce programme est offert à un prix raisonnable aux établissements qui ne sont pas couverts par une entente régionale ou provinciale.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments pour les établissements de soins de longue durée, veuillez communiquer avec l'ISMP Canada par courriel (mssa@ismp-canada.org) ou par téléphone (1 866 544-7672).

© 2010 Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada.

ISMP Canada autorise aux abonnés d'utiliser le matériel contenu dans ses 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