

Accident causé par un opioïde dans un établissement de soins de longue durée

Le présent bulletin vise à diffuser les conclusions et les recommandations tirées de l'analyse par l'ISMP Canada d'un décès survenu de façon imprévue dans un établissement de soins de longue durée. Les lacunes qui ont été cernées grâce à l'analyse de cet accident sont susceptibles d'être observées dans d'autres établissements. Toutes les personnes qui ont été touchées par cet accident souhaitent ardemment que les leçons tirées permettent d'améliorer les systèmes mis en place dans les établissements de soins de longue durée.

Description de l'accident

La victime de l'accident était un résident d'établissement de soins de longue durée qui avait reçu une ordonnance de propoxyphène à 100 mg (nom de marque : Darvon) à prendre par voie orale au coucher. Un soir, une anomalie a été constatée pendant l'opération de comptage qui se fait systématiquement à chaque quart de travail : il y avait un comprimé de propoxyphène à 100 mg de trop et un comprimé de morphine à libération lente (nom de marque : MS Contin) à 60 mg de moins que prévu. L'auteur du rapport d'incident/accident qui a été rédigé au moment de la découverte de l'anomalie a reconnu que le résident pouvait avoir reçu 60 mg de morphine à libération lente au lieu des 100 mg de propoxyphène qui lui avaient été prescrits. L'infirmière qui avait administré la morphine au résident pensait lui avoir donné le bon médicament, et le résident, qui était pourtant conscient sur le plan cognitif, n'a pas posé de question (bien qu'il aurait pu, parce que le médicament qui lui ait peut-être été remis n'avait ni la même couleur, ni la même forme, ni la même taille que celui qu'on lui avait prescrit). Le rapport révélait également que l'infirmière qui avait distribué les médicaments ce soir-là avait été appelée à intervenir auprès d'un autre résident pendant la distribution des médicaments. Au moment du changement de quart de travail (après la découverte de l'accident), l'infirmière responsable du quart de soir a consulté l'infirmière responsable du quart de nuit, et la décision a été prise de surveiller le résident durant la nuit. Les notes inscrites au dossier révèlent que le résident a été examiné plusieurs fois au cours de la nuit et tôt le matin. Aucune anomalie sur le plan respiratoire n'a alors été observée, mais le résident n'est pas allé déjeuner et a été trouvé sans vie dans son lit le matin.

Le pathologiste qui a analysé le cas a conclu que la cause immédiate du décès du patient était une bronchite évolutive chronique et une pneumonie de déglutition aiguë avec maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et insuffisance cardiaque congestive sous-jacentes. Tant le pathologiste que le toxicologue qui ont été consultés ont conclu que la dépression respiratoire causée par la morphine ne pouvait pas être exclue comme facteur ayant contribué au décès.

Conclusions de l'ISMP Canada

L'ISMP Canada a été mandatée pour étudier ce cas. Dans le cadre de l'examen, des spécialistes de l'utilisation sécuritaire des médicaments de l'ISMP Canada se sont donc rendus à l'établissement de soins de longue durée où l'accident avait eu lieu de même qu'à la pharmacie qui prépare les ordonnances de ses patients pour comprendre leur système d'utilisation des médicaments et les processus connexes.

Selon l'observation des spécialistes, la pharmacie délivrait les médicaments à heures fixes pour chaque patient dans des plaquettes alvéolées distinctes de 35 doses, une plaquette étant fournie pour chaque heure d'administration. De plus, les compartiments adéquats étaient en place sur le chariot de médicaments au moment de la distribution. Des séparateurs de compartiments portant le nom de chaque résident étaient utilisés pour isoler les médicaments de chaque patient. Selon la marche à suivre, le séparateur du compartiment était retourné une fois que les médicaments avaient été administrés au résident, ce qui donnait un indice visuel des médicaments qui devaient encore être administrés.

Les médicaments contrôlés, dont les opioïdes, étaient délivrés sous forme de réserve pour les aires de soins de l'établissement (c.-à-d. qu'ils n'étaient pas délivrés sous forme de plaquettes individuelles pour chaque résident). Ils étaient soit préparés par le fournisseur de services de pharmacie en plaquettes à 35 doses, soit offerts dans les plaquettes calendrier du fabricant. La même plaquette était utilisée pour administrer le médicament contrôlé à tous les patients qui devaient le prendre. Dans le cas faisant l'objet de l'examen, ni le propoxyphène à 100 mg ni la morphine à libération lente à 60 mg n'étaient délivrés sous forme de plaquettes individuelles pour chaque résident.

Le système d'utilisation des médicaments de cet établissement de soins de longue durée a été jugé fondamentalement sûr. Quoiqu'il en soit, chaque système comporte des failles. De nombreux facteurs susceptibles d'avoir joué un rôle dans la survenue de cet accident ont été cernés. La liste de ces facteurs contributifs potentiels se trouve ci-dessous.

Facteurs contributifs potentiels

Facteurs liés aux tâches

- Les narcotiques étaient délivrés sous forme de réserve pour les aires de soins et non sous forme d'emballage étiqueté au nom de chaque résident, ce qui est une pratique courante dans les hôpitaux et certains établissements de soins de longue durée. Les systèmes de distribution des médicaments sous forme de réserve pour les aires de soins ne sont pas aussi sûrs que les systèmes de délivrance en emballage individuel pour chaque résident.
- Les narcotiques sont considérés comme des médicaments de niveau d'alerte élevé¹. Une des stratégies qui peut réduire le risque associé aux médicaments de niveau d'alerte élevé est la vérification indépendante, ou double vérification, mais les médicaments en cause dans l'accident concerné n'étaient pas visés par cette mesure (à cet établissement, la politique de double vérification indépendante avant l'administration visait d'autres médicaments de niveau d'alerte élevé, plus précisément l'insuline, la warfarine et la méthadone).
- On ne sait pas si le personnel infirmier avait reçu une formation sur les mesures à prendre pour reprendre la distribution des médicaments après une interruption.

Facteurs liés au matériel

- Le propoxyphène à 100 mg et la morphine à libération lente à 60 mg avaient été emballés sous forme de plaquettes de 35 doses à alvéoles de couleur ambre. Les alvéoles de couleur ambre sont généralement recommandées et utilisées pour protéger les médicaments contre la lumière pendant l'emballage. Cependant, cette couleur peut faire en sorte qu'il est plus difficile de distinguer les médicaments les uns des autres.
- La visibilité de l'information clé (p. ex. le nom et la dose du médicament) n'était pas optimale dans le cadre du processus de sélection des médicaments. Les plaquettes utilisées par le fournisseur de services de pharmacie étaient conçues pour mettre l'information clé en lumière lorsqu'elles étaient attachées par le haut par un anneau. Un espace était réservé à l'étiquette de la pharmacie au bas de la plaquette. Or, dans cet établissement de soins de longue durée, les plaquettes n'étaient pas attachées à un anneau, de sorte que l'information clé n'était pas aussi facile à voir. Les

médicaments contrôlés étaient conservés dans un tiroir verrouillé du chariot de médicaments, alors que les médicaments administrés à heures fixes étaient placés dans des compartiments en raison du volume important de plaquettes nécessaires à la distribution des médicaments.

Facteurs liés au milieu

- Il est impossible d'éliminer ou de prévenir les interruptions du processus d'administration des médicaments. Dans le cas faisant l'objet de l'examen, l'infirmière qui administrait les médicaments avait été appelée à aider ses collègues lors de la prise en charge urgente d'un autre résident.
- L'accident en question est survenu au cours de la nuit. Il aurait donc été difficile pour le personnel d'évaluer les éventuels effets toxiques du médicament (comme une sédation importante ou une dépression respiratoire), car le résident dormait (pendant les périodes critiques, p. ex. pendant la nuit lorsque les stimuli externes sont réduits, la sensibilité aux effets des opioïdes est accrue).

Facteurs liés au résident

- L'autopsie a révélé que le résident avait une bronchite et était atteint de MPOC. Aucune de ces deux affections sous-jacentes n'avait été diagnostiquée et ne figurait parmi les antécédents médicaux du résident, mais elles pourraient avoir augmenté sa sensibilité à la dépression respiratoire causée par le médicament administré.
- Bien que le propoxyphène ait été administré de façon régulière pour la prise en charge de la douleur chez ce résident, ce médicament n'est pas souvent prescrit et a même été retiré du marché canadien depuis.
- Le résident était conscient sur le plan cognitif et était donc susceptible de poser des questions si le médicament qui allait lui être remis avait quelque chose d'inhabituel.

Facteurs liés à l'équipe soignante

- Au moment du décompte, le personnel infirmier ne savait pas si un accident était réellement survenu. Voici les facteurs qui étaient à l'origine de son incertitude :
 - Le fait que le résident connaissait son traitement et qu'il avait l'habitude d'exprimer ses préoccupations.
 - L'influence possible du biais de confirmation (le fait de voir de l'information qui corrobore ce qu'on tient pour acquis). Dans le cas présent, l'infirmière était convaincue qu'elle avait administré le bon médicament.
 - L'incapacité des deux infirmières qui ont procédé au décompte des narcotiques en soirée de vérifier si le compte avait été bon au début du quart de travail,

puisque aucune d'entre elles n'avait participé au décompte du quart de travail précédent.

- Comme les infirmières ne savaient pas si un accident était réellement survenu, les solutions ou les interventions qui auraient pu atténuer le préjudice n'ont pas été explorées :
 - Personne n'a communiqué avec le médecin attaché.
 - Personne n'a communiqué avec un pharmacien, puisque aucun pharmacien de garde n'était disponible pour une consultation à l'extérieur du quart de jour du lundi au vendredi.

Facteurs liés à l'établissement de soins de longue durée

- La réserve d'urgence de l'établissement de soins de longue durée comprenait de la naloxone (antagoniste des opioïdes), mais le protocole ne prévoyait pas le recours urgent à cet agent sans prescription du médecin.

Les recommandations ci-dessous ont pour but de réduire le risque de survenue d'un incident ou d'un accident semblables.

Recommandations de l'ISMP Canada

Établissements de soins de longue durée

- Étudier la possibilité d'intégrer une étape de vérification indépendante avant l'administration (p. ex. une double vérification effectuée par un autre professionnel de la santé ou le recours à une technologie de double vérification automatisée) du plus grand nombre de médicaments de niveau d'alerte élevé possible.
- Élaborer un processus de triage permettant d'analyser rapidement les accidents susceptibles de causer un préjudice (p. ex. ceux qui concernent des médicaments de niveau d'alerte élevé) et d'orienter le personnel quant à la marche à suivre (p. ex. communiquer avec le médecin, le chef de garde, le pharmacien de garde ou le centre antipoison de la région).
- Songer à élaborer des protocoles standards concernant l'administration de la première dose d'un antagoniste, comme la naloxone, qui pourraient être mis en œuvre immédiatement par le personnel compétent selon des critères prédéfinis. Ces protocoles standards devraient couvrir toutes les mesures de suivi qui pourraient être requises.
- Évaluer les processus de passage en revue des médicaments prescrits aux résidents. Créer un plan qui prévoit l'évaluation des schémas thérapeutiques par un pharmacien au moment de l'admission du patient et à intervalles réguliers par la suite.
- Collaborer avec le fournisseur de services de pharmacie et les médecins qui travaillent à l'établissement de soins de longue durée afin de réduire au minimum le nombre et le type de

narcotiques qui doivent être gardés à l'établissement. Songer également à restreindre le nombre de médicaments administrés dans un établissement de soins de longue durée ou dans un groupe d'établissements, conformément aux données publiées sur l'utilisation sécuritaire des médicaments chez les personnes âgées².

- Évaluer les précautions à prendre à l'égard des médicaments de niveau d'alerte élevée qui sont couramment utilisés dans les établissements de soins de longue durée et offrir une formation sur ces précautions au personnel infirmier.
- Offrir une formation au personnel infirmier sur les processus à suivre lors de la reprise de l'administration des médicaments après une interruption (p. ex. procéder de nouveau à l'identification du médicament et du résident, jeter les médicaments qui ont été partiellement versés et reprendre le processus).
- Élaborer une stratégie complète à l'égard de l'utilisation sécuritaire des médicaments qui tienne compte de l'applicabilité des technologies permettant d'accroître la sécurité (p. ex. les systèmes de conditionnement automatisés, les cabinets de distribution automatisés³, la prescription informatisée, les registres électroniques d'administration des médicaments et la vérification des codes à barres).
- Évaluer régulièrement la fiabilité du système d'utilisation des médicaments grâce à des vérifications interdisciplinaires et à des programmes comme le programme d'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments pour les soins de longue durée⁴.

Fournisseurs de services de pharmacie

- Délivrer les narcotiques dans un emballage portant une étiquette propre à chacun des résidents qui doivent les prendre. Bien que cette mesure ne soit pas une garantie absolue de sécurité, elle offrirait une protection supplémentaire au point d'administration.
- Offrir l'accès à un pharmacien de garde pour que le personnel infirmier des établissements de soins de longue durée puisse obtenir des réponses à leurs questions sur les médicaments, le jour comme la nuit.
- Songer à des stratégies visant à accroître la visibilité de l'information clé pour le personnel infirmier pendant l'administration, p. ex. coller l'étiquette au bon endroit sur les plaquettes et les contenants de médicaments, éliminer l'information qui n'est pas essentielle et évaluer, voire modifier, l'ordre de présentation des renseignements.
- Lorsque possible, songer à utiliser les plaquettes calendrier du fabricant pour les narcotiques et les autres médicaments contrôlés pour favoriser la distinction entre les produits.
- Veiller à ce que les médicaments à action prolongée puissent être reconnus (p. ex. en collant une étiquette

supplémentaire sur leur emballage ou en les groupant et en les classant séparément sur les feuilles de décompte des médicaments contrôlés).

les plus récents sur l'utilisation sécuritaire des médicaments. Le résultat des cinq années d'utilisation du programme sera divulgué dans un prochain bulletin de l'ISMP Canada.

Exposé

L'ISMP Canada a participé à plusieurs projets liés à la gestion sécuritaire des médicaments dans les établissements de soins de longue durée. Un rapport de 2009 exécuté sur commande par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario⁵ comportait plusieurs recommandations concernant la déclaration des incidents et des accidents liés à la médication, l'établissement du bilan comparatif des médicaments, la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé et le soutien technologique. Selon une étude globale réalisée en 2010 sur les incidents et les accidents liés à la médication survenus dans le milieu des soins de longue durée et déclarés de façon volontaire, les médicaments de niveau d'alerte élevé sont un important sujet de préoccupation, la majorité des accidents avec préjudice étant causés par des anticoagulants, de l'insuline et des opioïdes (narcotiques)⁶. Le programme d'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments pour les soins de longue durée a été mis en œuvre dans près de 700 établissements de ce type au Canada depuis son lancement en 2007. Ce programme a récemment été mis à jour, de sorte qu'il comprend maintenant les renseignements

Il est bien connu que les besoins en matière de soins des personnes âgées qui résident dans des établissements de soins de longue durée sont de plus en plus complexes. Bon nombre de résidents ont plus d'une maladie dont le traitement requiert un ou plusieurs médicaments. Le risque d'issue défavorable dans les cas d'incidents et d'accidents liés à la médication est accru en raison des co-morbidités (soit la bronchite et la MPOC dans le cas qui a fait l'objet de l'examen) et de certains facteurs physiologiques, comme l'altération de la fonction rénale et hépatique. Le fait de chercher à créer une ambiance plus chez-soi (milieu de vie) dans les établissements de soins de longue durée ajoute également à la complexité du processus d'administration des médicaments et de la surveillance. Lorsqu'un accident critique survient, une analyse rigoureuse peut permettre de cerner les facteurs contributifs et de prendre les mesures qui s'imposent, l'objectif étant de réduire le risque de survenue d'accidents identiques ou semblables et de rendre les soins plus sécuritaires. L'adoption d'un processus d'utilisation des médicaments bien conçu est le meilleur moyen de prévenir les erreurs médicamenteuses causant des préjudices.

Lignes directrices : Déclaration et prévention des incidents médicamenteux (2012), maintenant disponible

La version 2012 des « Lignes directrices : Déclaration et prévention des incidents médicamenteux », rédigée en collaboration par la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) est maintenant disponible.

Ces lignes directrices axées sur le consensus comprennent des renseignements utiles sur les pratiques exemplaires des établissements de santé qui mettent sur pied des programmes visant à déclarer et à prévenir les incidents et les accidents liés à la médication. Elles ont été rédigées pour accroître la qualité des soins offerts aux patients grâce à l'amélioration des systèmes d'utilisation des médicaments dans divers milieux. À ce titre, ces lignes directrices ont pour but d'améliorer (et non de remplacer) les politiques et les procédures de chaque établissement de santé en ce qui a trait à la déclaration et à la prévention des incidents et des accidents liés à la médication. La version à jour des lignes directrices traite des méthodes de déclaration et d'analyse des incidents et des accidents, du rôle du patient et des membres de sa famille, de la diffusion de l'information sur les incidents et les accidents, et des processus généraux d'élaboration de stratégies visant à prévenir les incidents et les accidents. Le document comprend également des renseignements contextuels sur un vaste éventail de sujets liés à la création par les directeurs d'établissements d'un terreau fertile pour l'utilisation sécuritaire des médicaments, entre autres grâce à la mise en œuvre de processus de divulgation de renseignements sur les incidents et les accidents.

Les lignes directrices sont offertes gratuitement en ligne aux membres de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux à l'adresse http://www.cshp.ca/productsServices/officialPublications/type_e.asp

Les non-membres qui souhaitent se procurer une copie de ces lignes directrices peuvent communiquer avec Colleen Drake de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux par téléphone au 613 736-9733, poste 228, ou par courriel à l'adresse cdrake@cshp.ca

Références

1. Institute for Safe Medication Practices. « ISMP's list of high-alert medications », Horsham, Pennsylvanie, 2012 [cité le 15 mars 2012]. Disponible sur : <http://www.ismp.org/Tools/highAlertMedications.asp>
2. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. « American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults », *J Am Geriatr Soc.*, 2012;60(4):616-631.
3. « Automated dispensing cabinets in the Canadian environment », *ISMP Can Saf Bull.* 2007;7(3):1-3 [cité le 24 octobre 2012]. Disponible sur : <http://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2007-03ADCs.pdf>
4. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. « Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments pour les soins de longue durée (Seconde version canadienne) », Toronto, Ontario. Information disponible sur : <http://www.ismp-canada.org/lmssa/index.php>
5. Ontario Long Term Care Association, Ontario Association Of Non-Profit Homes And Services For Seniors, Ministère De La Santé Et Des Soins De Longue Durée De L'ontario, Institut Pour L'utilisation Sécuritaire Des Médicaments Du Canada. « Joint Task Force on Medication Management in Long-Term Care Report », le 4 novembre 2009 [cité le 24 octobre 2012]. Disponible sur : http://www.ismp-canada.org/download/Joint_Task_Force_Report_Nov5_Final.pdf
6. « Medication Incidents Occurring in Long-Term Care », *ISMP Can Saf Bull.*, 2010; 10(9):1-3 [cité le 17 novembre 2012]. Disponible sur : <http://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2010-09-MedIncidentsLTC.pdf>

©2012 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