

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 19 • Numéro 2 • Le 21 février 2019

Le manque d'interconnectivité entre les systèmes électroniques d'un hôpital crée des vulnérabilités lors des transitions de soins

- Reconnaître le besoin de communication fluide en temps réel entre les systèmes électroniques hébergeant les données sur les médicaments des patients.
- Créer des processus de transfert d'informations entre programmes ou systèmes électroniques autonomes.
- Aider le personnel et les médecins à reconnaître les lacunes dans la communication électronique de données qui pourraient affecter leur pratique quotidienne et la sécurité de leurs patients.
- Envisager l'utilisation de l'outil de sécurité *Hospital to Home: A Medication Safety Checklist for Transitions*. Il comprend des recommandations au sujet des discussions avec le patient ou sa famille lors de la préparation du patient pour le congé.

La « transition des soins » est un terme qui désigne le mouvement des patients entre les établissements de soins de santé, les prestataires de soins ou entre différents types de soins au sein d'un même établissement, selon l'évolution de leur état de santé ou de leurs besoins. Le nombre d'intervenants et de processus utilisés lors de l'échange d'informations sur le patient entre praticiens et établissements d'accueil ou transférants rend cette période vulnérable pour le

patient naviguant dans le système de santé¹. Les transitions de soins constituent un axe prioritaire du troisième défi mondial pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la Santé, intitulé *Les médicaments sans les méfaits*².

De nombreux hôpitaux de soins de courte durée disposent de systèmes électroniques qui gèrent l'utilisation des médicaments et facilitent diverses tâches, notamment la saisie et la vérification des ordonnances, l'emballage, la distribution et l'administration des médicaments, ainsi que la préparation des ordonnances de congé. Dans certains hôpitaux, un seul système intégré est utilisé pour exécuter toutes ces fonctions et aucun transfert manuel d'informations d'un système à un autre n'est nécessaire. D'autres établissements effectuent certaines tâches à l'aide de systèmes électroniques autonomes ou continuent à utiliser des systèmes papier pour certaines fonctions. Dans les deux derniers cas, l'intervention humaine est nécessaire pour transférer des données d'un système à un autre. Même des systèmes intégrés n'affichent pas forcément des données en temps réel (par exemple, certains champs sont mis à jour uniquement lors de la sauvegarde quotidienne), ce qui signifie que des données sur les médicaments non actualisées sont temporairement disponibles dans certaines parties du système. Ce bulletin partage une déclaration d'incident médicamenteux parmi plusieurs déclarations reçues par l'ISMP Canada liées à une erreur résultant d'une lacune de communication entre

divers systèmes électroniques dans un même établissement lors de la transition des soins d'un patient.

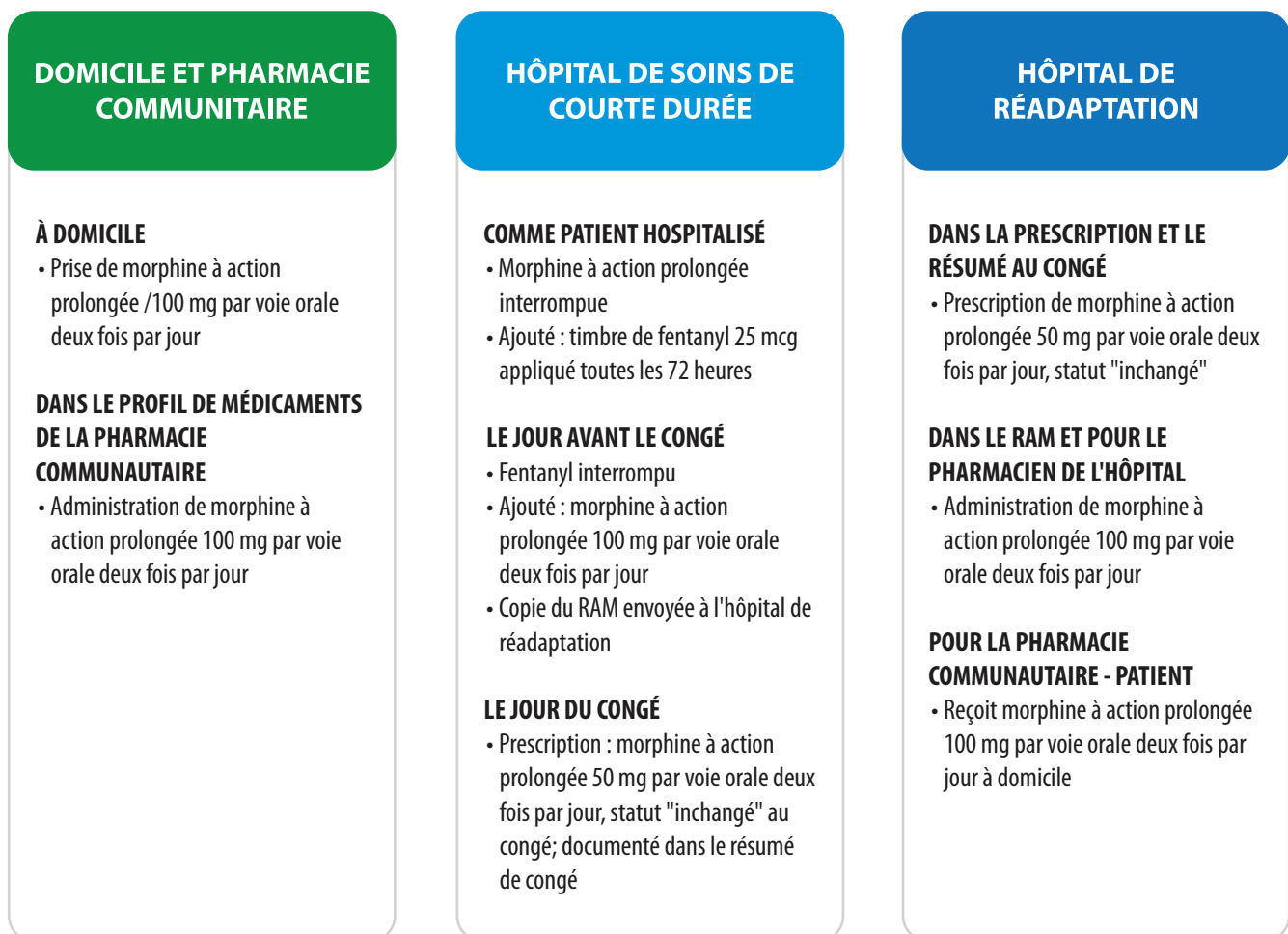
EXEMPLE D'INCIDENT

Un patient qui recevait 100 mg de morphine à action prolongée par voie orale deux fois par jour à domicile fut admis dans un hôpital de soins de courte durée. Pendant le séjour à l'hôpital, le médicament antidouleur du patient était intentionnellement remplacé par un timbre de fentanyl 25 mcg à application topique toutes les 72 heures et administré pendant près de 2 semaines. La veille du congé du patient pour le permettre de rejoindre un hôpital de réadaptation, le médecin arrêta le fentanyl et lui prescrivit 100 mg de morphine à action prolongée par

voie orale, prise deux fois par jour, soit la même dose qu'il prenait à domicile avant son admission. Ce changement fut consigné au registre d'administration des médicaments (RAM) du patient, qui fut ensuite acheminé à l'hôpital de réadaptation.

Le jour du congé, un autre prescripteur modifie la dose de morphine dans le système de prescription électronique autonome. L'ordonnance exigeait de la morphine à action prolongée 50 mg par voie orale deux fois par jour, car le prescripteur estimait que cette dose correspondait mieux à la conversion équianalgésique de la dose de fentanyl. Dans la prescription et le résumé de congé, on a documenté par erreur « morphine à 50 mg par voie orale deux fois par » avec la mention « inchangé » [par rapport à la dose à domicile]. »

Figure 1: Liste du schéma de traitement aux opioïdes du patient à chaque transition de soins.
RAM = registre d'administration des médicaments.



Le pharmacien de l'hôpital de réadaptation a reconnu la divergence entre la dose de morphine enregistrée dans le RAM et la dose indiquée sur l'ordonnance et le résumé de congé. Il a ensuite vérifié la dose de morphine auprès de plusieurs sources. Un pharmacien de l'hôpital de soins de courte durée fut contacté et confirma que le système de pharmacie indiquait que le dernier schéma posologique documenté dans le RAM était une dose de 100 mg de morphine par voie orale deux fois par jour. Le pharmacien communautaire et le patient furent également consultés et tous deux avaient confirmé que la dose à domicile avant l'admission était 100 mg de morphine à action prolongée par voie orale deux fois par jour. À la lumière de ces informations, l'équipe médicale de l'hôpital de réadaptation a prescrit et administré 100 mg de morphine à action prolongée par voie orale, deux fois par jour. Le patient fut retrouvé inconscient à l'hôpital de réadaptation 2 jours après son admission et acheminé dans un hôpital de soins de courte durée pour y être traité pour une surdose de morphine.

DISCUSSION

Lorsqu'un hôpital transfère un patient dans un hôpital de réadaptation ou un autre établissement de soins non actifs, la pratique courante consiste à envoyer des informations préalables sur les médicaments actuels du patient (généralement sous forme d'une copie du plus récent RAM), normalement la veille du congé. L'établissement d'accueil vérifie ensuite le RAM en vue d'assurer que les médicaments nécessaires sont disponibles, afin d'éviter toute interruption dans le traitement.

La perception générale dans la plupart des établissements d'accueil est que le RAM représente le profil de médicaments le plus récent pour les patients transférés et qu'il est donc peu probable que les médicaments changent de nouveau. Puisque le RAM est envoyé la veille du congé, des modifications de dernière minute aux prescriptions et au résumé de congé peuvent créer des incohérences. Dans l'exemple du présent incident, le personnel de l'hôpital de réadaptation ne s'était pas rendu compte que le médecin prescripteur avait volontairement réduit la dose de morphine de l'ordonnance de congé, et le médecin prescripteur n'était peut-être pas au

courant de la procédure de l'hôpital consistant à envoyer le RAM d'un patient à l'établissement d'accueil le jour avant le congé. La complaisance liée à l'automatisation³ (une forte confiance en l'exactitude des outils technologiques) peut également avoir joué un rôle. Ce facteur a peut-être amené le prescripteur à croire à tort que les informations saisies dans le système de prescription de congé seraient actualisées sans délai dans tous les systèmes électroniques de l'hôpital contenant des champs de données liés aux médicaments, comme le RAM et le résumé de congé.

Le personnel de l'hôpital de réadaptation avait identifié la divergence liée à la dose de morphine. En raison de cette divergence et de la mention « inchangé », le pharmacien de l'hôpital de réadaptation vérifia 3 sources d'informations supplémentaires, confirmant ainsi que la dose de morphine du patient avant son admission à l'hôpital était de 100 mg et non de 50 mg. Le personnel des deux hôpitaux ne savait pas que le système utilisé pour préparer les ordonnances de congé à l'hôpital de soins de courte durée ne communiquait pas électroniquement avec les autres systèmes électroniques de données sur les médicaments et que les informations ajoutées comme ordonnance de congé ne seraient pas présentes ailleurs.

RECOMMANDATIONS

Établissements transférants : gestionnaires

- Indiquez au personnel qui s'occupe de la planification stratégique et des achats de technologies de l'information que les systèmes électroniques contenant des données sur les médicaments des patients doivent idéalement communiquer entre eux de manière transparente et en temps réel afin d'assurer la sécurité des patients.
- Identifiez les systèmes électroniques autonomes existants en vue :
 - de développer des processus de transfert de données entre systèmes;
 - de combler les lacunes en matière de communications électroniques dans le cadre de la planification continue des ressources visant à améliorer les systèmes; et
 - d'aider le personnel et les médecins à reconnaître

les lacunes en matière de communications électroniques qui pourraient affecter leur pratique quotidienne et la sécurité de leurs patients.

- Créez des formulaires de prescription et de résumé de congé afin d’y inclure les coordonnées du médecin le plus responsable, de l’unité de soins infirmiers approuvant le congé et du pharmacien de l’hôpital, en vue de permettre des réponses plus claires aux questions liées aux médicaments après le congé de l’hôpital.
- Prévoyez du temps et des ressources pour établir des bilans comparatifs des médicaments de qualité lors des transitions de soins.

Établissements transférant : praticiens

- Signalez les préoccupations concernant le manque d’interconnectivité entre les systèmes électroniques aux responsables de services et au personnel responsable de la sécurité des installations ou de la gestion des risques.
- Pensez à utiliser la liste de vérification [Hospital to Home: A Medication Safety Checklist for Transitions](https://www.ismp-canada.org/transitions/)⁴ (<https://www.ismp-canada.org/transitions/>) pour préparer les patients au congé. La liste de vérification est destinée aux patients qui rentrent chez eux, mais de nombreuses activités recommandées sont également pertinentes pour les patients qui sont transférés vers d’autres établissements. Les éléments clés de la liste de vérification sont la création d’un meilleur schéma thérapeutique au congé, les discussions au sujet des médicaments de congé avec le patient ou le soignant, et le réseautage avec des partenaires communautaires (par exemple, le pharmacien de l’établissement d’accueil) afin de fournir des informations actualisées sur les médicaments.⁴
- Justifiez tout changement de médicament sur l’ordonnance de congé. Dans le cas présent, indiquer que la « dose est réduite pour refléter le besoin d’analgésiques » aurait fourni des informations complémentaires essentielles à l’établissement d’accueil.
- Discutez avec le patient ou sa famille des différences éventuelles entre le traitement médicamenteux à domicile avant l’admission, le traitement reçu pendant le séjour à l’hôpital et le traitement qui sera fourni par l’établissement d’accueil.

Établissements d’accueil

- Établissez rapidement le bilan comparatif des médicaments à l’admission afin d’identifier et de résoudre toute divergence. Si des divergences sont détectées, communiquez directement avec le prescripteur principal ou le pharmacien de l’établissement transférant si possible.
- Prévoir la modification potentielle des schémas thérapeutiques ou de soins par l’établissement transférant au moment du congé et mettre au point des processus permettant de vérifier que les prescriptions de congé reflètent ces modifications.
- Demandez au patient et à sa famille s’ils sont au courant de modifications à venir concernant le traitement médicamenteux reçu à l’hôpital.

CONCLUSION

La mise en œuvre de systèmes électroniques pour la gestion des médicaments peut aider à prévenir les erreurs de médication, mais ces systèmes peuvent également contribuer à des erreurs lorsqu’ils ne communiquent pas entre eux en temps réel. Des modifications aux médicaments de dernière minute sont souvent effectuées lorsque les patients quittent des établissements de soins de courte durée. Par conséquent, il est primordial que les systèmes internes d’un hôpital soient liés ou intégrés et capables de partager les informations les plus récentes de façon ponctuelle. Inciter les patients et les soignants à amorcer des discussions sur le schéma thérapeutique au congé peut favoriser une transition des soins plus efficace et sans erreurs.

REMERCIEMENTS

L’ISMP Canada tient à remercier les personnes suivantes pour leur révision experte de ce bulletin (par ordre alphabétique) : C. Jude Handley RPhT, consultante en sécurité des médicaments, Centre régional de santé de Peterborough, Peterborough, ON; Olivia Ng B.Sc.Phm RPh PharmD, responsable de l’inventaire des pharmacies, Réseau universitaire de santé, Toronto, ON; Lisa Wu RPh PharmD, pharmacienne clinicienne TB, Centre de santé West Park, Toronto, ON.

Références

1. Improving transitions of care: findings and considerations of the “Vision of the National Transitions of Care Coalition.” Washington (DC): National Transitions of Care Coalition; 2010 Sep; [consulté le 12 sept. 2018]. Disponible depuis : <http://www.ntocc.org/portals/0/pdf/resources/ntoccissuebriefs.pdf>
2. Défi mondial de l’OMS pour la sécurité des patients : Les médicaments sans les méfaits. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 [consulté le 12 sept. 2018]. Disponible depuis : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279498/WHO-HIS-SDS-2017.6-fre.pdf?ua=1>
3. Comprendre pourquoi les humains ont une dépendance excessive à la technologie. Bull séc. ISMP Can 2016 [consulté le 14 nov 2018];16(5):1-4. Disponible depuis : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2016/BISMPC2016-05-technologie.pdf>
4. Hospital to home – a medication safety checklist for transitions. Toronto (ON): ISMP Canada; 2015 [consulté le 12 sept. 2018]. Disponible depuis : <https://www.ismp-canada.org/transitions/>. Inscription requise pour consulter le document.

Formation à l'appui de la déclaration obligatoire des RIM/IIM (Loi de Vanessa) *Vous êtes invité à participer à un projet pilote*



L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada) travaille en partenariat avec l'Organisation de normes en santé (HSO) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) afin d'aider Santé Canada à sensibiliser, à éduquer et à obtenir de la rétroaction concernant la mise en œuvre de la Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses, également appelée Loi de Vanessa.

Une approche basée sur la formation a pour objectif de fournir des contenus essentiels sur la déclaration des réactions indésirables aux médicaments (RIM)/incidents liés aux instruments médicaux (IIM) pouvant être utilisés par les professionnels de la santé, les patients et leurs familles, les établissements de soins de santé et les prestataires de services de formation. Ces contenus de formation peuvent vous servir de « modules essentiels » à intégrer aux activités d'apprentissage.

Le projet pilote vise à mettre à l'épreuve le matériel didactique avant le lancement du programme en juillet 2019. Nous aimerions connaître les opinions des hôpitaux, des prestataires de soins de santé, des éducateurs, des patients et des familles au sujet de la pertinence des contenus et savoir s'ils estiment que des informations supplémentaires sont nécessaires. Votre participation à ce projet pilote est essentielle et grandement appréciée.

Veillez contacter info@ismpcanada.ca d'ici le 8 mars. L'équipe du projet vous donnera accès aux modules de formation et vous fournira de plus amples informations sur la façon de nous faire part de vos commentaires.

Cannabis à usage médical – soumettez vos incidents et vos préoccupations

Le cannabis utilisé à des fins thérapeutiques est légal au Canada depuis plus d'une décennie. L'accès et la prescription, ainsi que la production, la distribution et l'utilisation du cannabis à usage médical sont soumis à une surveillance réglementaire et à des mesures de protection différentes par rapport aux autres produits de santé commercialisés.

On estime qu'il existe des lacunes en matière de connaissances au sujet de l'usage thérapeutique du cannabis à des fins médicales ainsi que concernant la sécurité des systèmes de santé soutenant cette utilisation. Un récent examen systématique de la thérapie par le cannabis a mis en évidence des divergences dans la qualité des données probantes qui soutiennent l'utilisation des cannabinoïdes pour traiter plusieurs conditions et a souligné le besoin d'avoir des données d'étude plus concluantes¹.

Ce besoin d'avoir de meilleures connaissances s'applique également aux erreurs liées au cannabis à usage médical, surtout étant donné que les organismes de santé intègrent le cannabis à usage médical aux processus, procédures et exigences réglementaires du milieu de la santé formel, tout en s'efforçant d'assurer la sécurité et de maintenir un accès adéquat aux cannabinoïdes.

Dans le cadre de son mandat d'analyse des incidents et d'amélioration de la sécurité des médicaments, l'ISMP Canada invite les professionnels de la santé à soumettre des incidents ou des préoccupations concernant le cannabis à usage médical. Les préoccupations en matière d'emballage et d'étiquetage, de stockage, de dosage, de distribution, et les problèmes d'administration et d'ingestion ou de consommation accidentelle nous intéressent tout particulièrement.

Soumettez votre incident ou vos préoccupations en visitant :
https://www.ismp-canada.org/err_ipr.htm

Référence

¹ Allan GM, Finley CR, Ton J, Perry D, Ramji J, Crawford K, et al. Systematic review of systematic reviews for medical cannabinoids: pain, nausea and vomiting, spasticity, and harms. *Can Fam Physician*. 2018;64(2):e78-e94.



ismp
CANADA
Institute for Safe Medication Practices Canada
Institut pour la sécurité des médicaments
aux patients du Canada

cpsi icsp
Canadian
Patient
Safety
Institute
Institut
canadien
pour la sécurité
des patients

Série de webinaires sur la sécurité médicamenteuse

Le mercredi 27 mars 2019

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/

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.