

# Soins palliatifs : Une analyse fondée sur plusieurs incidents

L'Organisation mondiale de la santé définit les soins palliatifs comme étant une approche de soins visant à « améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, et par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés<sup>1</sup> ». Plusieurs des patients qui reçoivent des soins palliatifs sont atteints de symptômes dont la maîtrise est complexe et doivent donc prendre plusieurs médicaments pour y parvenir (y compris des médicaments de niveau d'alerte élevée, tels que des opioïdes très puissants). Lorsque des incidents liés aux médicaments ont lieu, les conséquences peuvent entraîner l'aggravation des symptômes ou de la souffrance inutile, et peut même accélérer la mort<sup>2,3</sup>. Une analyse fondée sur de multiples incidents a été menée dans le but d'identifier certaines de complexités contribuant aux erreurs de médication au sein de cette tranche de population vulnérable.

## MÉTHODOLOGIE ET CONSTATATIONS QUANTITATIVES

Les incidents liés aux médicaments associés aux soins palliatifs ont été extraits de rapports soumis à

trois bases de données de signalement d'ISMP Canada\* (programme de déclaration d'incident/accident lié à la médication pour les professionnels de la santé, programme de déclaration des consommateurs, et programme de déclaration des incidents et accidents à l'intention des pharmacies communautaires) et au Système national de déclaration des accidents et incidents (SNDAI)<sup>†</sup> à partir du moment de la création de chaque base de données jusqu'au 4 mars 2019.

Les mots-clés utilisés pour parcourir les bases de données comprenaient les termes « palliat », « fin de vie » et « phase terminale ». Au total, 582 incidents ont été identifiés et classés en fonction de critères d'inclusion. Parmi ceux-ci, 384 incidents n'étaient pas pertinents aux soins palliatifs sur le plan clinique, ce qui prêtait 198 incidents à l'analyse fondée sur la méthodologie décrite dans le Cadre canadien d'analyse des incidents<sup>4</sup>.

Parmi les incidents signalés aux bases de données d'ISMP Canada, 19 % ont entraîné la mort et 22 % de cas supplémentaires ont causé un préjudice. Les trois médicaments les plus fréquemment impliqués dans ces incidents ont été le fentanyl, l'HYDROmorphone et la morphine

\* Il est reconnu qu'il est impossible de déduire ou d'extrapoler la probabilité d'accidents et d'incidents en se basant sur des systèmes de déclaration volontaires.

† Le SNDAI, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé, représente une composante du programme du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM). Pour de plus amples renseignements sur le SNDAI, veuillez consulter : <http://www.cmirps-scdpim.ca/?p=12>.

## ANALYSE QUALITATIVE

L'analyse qualitative a identifié trois principaux thèmes, contenant chacun de multiples sous-thèmes (voir figure 1).

### THÈME : Hésitation à traiter la toxicité due aux opioïdes

La toxicité due aux opioïdes peut provoquer une dépression respiratoire, menant souvent à la mort, si des interventions comme l'administration de naloxone et/ou la réanimation cardiopulmonaire ne sont pas amorcées. Lorsqu'il est question de prodiguer des soins à un patient ayant indiqué de ne pas administrer de manœuvres visant à prolonger la vie ou la sauver qui subit une toxicité due aux opioïdes résultant d'une erreur de médication, le personnel soignant doit décider si ou non un traitement agressif doit être administré<sup>5</sup>. L'hésitation à traiter une toxicité due aux opioïdes dans le contexte de soins palliatifs peut également être liée au fait qu'un tel traitement pourrait infliger de la douleur grave et des symptômes de sevrage. Cette analyse a identifié certains incidents dans le cadre desquels l'hésitation à administrer de la naloxone était liée à l'ordonnance de non-réanimation indiquée dans le dossier médical du patient.

### Exemple d'incident

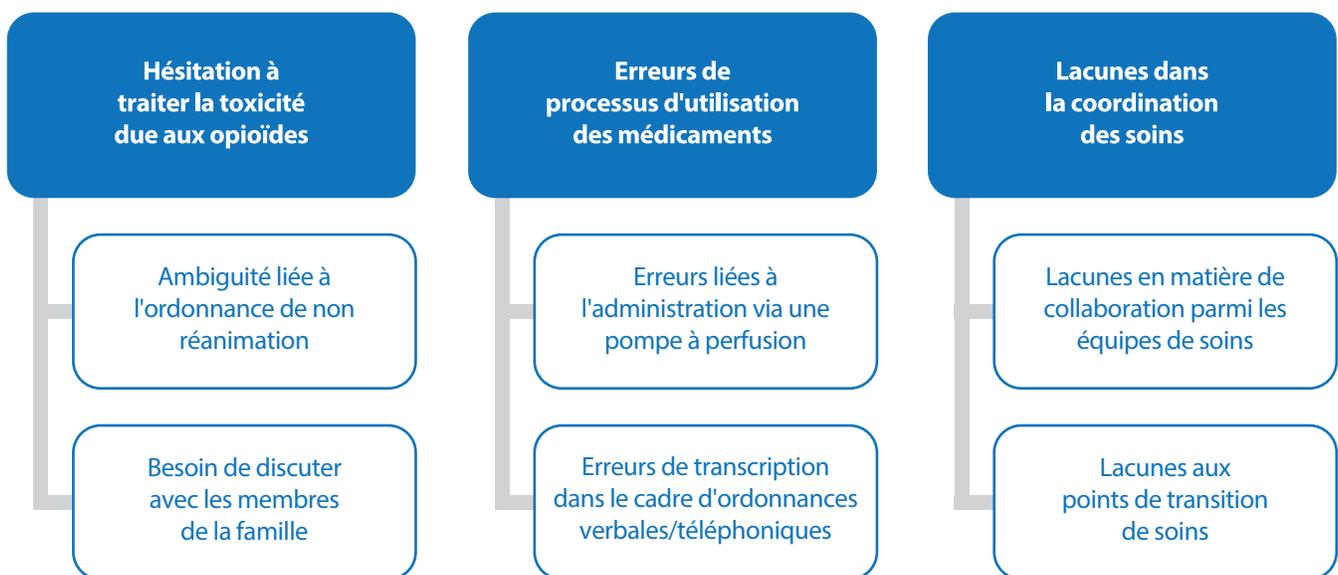
Un patient recevant des soins palliatifs a été trouvé sans connaissance affichant des signes de toxicité due aux opioïdes à la suite de l'administration accidentelle d'un opioïde inexact. Aucune dose de naloxone n'a été administrée en raison de l'ordonnance de non-réanimation indiquée dans le dossier médical du patient. Le patient est ensuite décédé.

Jusqu'à présent, peu d'enquêtes ont été menées du côté des patients recevant des soins palliatifs en ce qui concerne le traitement désiré dans le cas d'une erreur de médication<sup>6</sup>. Par conséquent, lorsqu'une erreur liée à l'administration d'un opioïde survient dans le contexte de soins palliatifs, il se peut que les cliniciens ressentent le besoin de consulter les proches du patient afin de déterminer la meilleure marche à suivre, chose qui pourrait retarder le traitement.

### THÈME : Erreurs de processus d'utilisation des médicaments

Dans le contexte de soins palliatifs, les opioïdes sont fréquemment administrés via une pompe à perfusion pour la prise en charge continue de la douleur. Les facteurs contribuant aux erreurs d'administration de

Figure 1 : Principaux thèmes et sous-thèmes



médication liées à la pompe à perfusion comprenaient le recours à une mauvaise tubulure, des erreurs d'entrée de données liées à l'utilisateur et la confusion entre le nom des médicaments, soit l'HYDROMORPHONE et la morphine.

### *Exemple d'incident*

Dans le cadre d'une visite à domicile, l'ordonnance du médecin prescripteur indique d'augmenter la dose d'opioïde administrée via perfusion continue en doublant la concentration. En attendant, que la concentration plus élevée d'opioïde soit disponible, le débit a été multiplié par deux afin de donner la dose prévue au patient. Lorsque la concentration d'opioïde plus élevée a alors été fixée à la pompe, le débit de perfusion n'a pas été reprogrammé pour refléter la dose d'opioïde prévue. Le patient a donc reçu le double de la dose d'opioïde prévue et a été admis à l'hôpital pour traiter la surdose.

Un tiers des incidents liés à la médication de ce volet de l'analyse sont dû à des erreurs de transcription d'ordonnances émises par téléphones ou verbalement ayant trait à l'administration de médicaments contre la douleur via une pompe à perfusion. Dans le contexte des soins palliatifs, les ordonnances téléphoniques sont fréquentes, car les médecins prescripteurs exercent leur pratique à plusieurs endroits, ce qui limite leur présence sur place. Les ordonnances téléphoniques et verbales sont vulnérables à l'erreur, car le nom, les doses ou les directives d'administration des médicaments peuvent être mal interprétés. Bien que des mesures de sécurité aient été intégrées aux processus d'ordonnance dans plusieurs contextes de soins, ce volet de l'analyse a révélé que le recours aux ordonnances téléphoniques et verbales continue de poser problème dans le contexte des soins palliatifs.

### *Exemple d'incident*

Un médecin transmet une ordonnance de médicament par téléphone faisant appel à l'administration d'un opioïde sous forme liquide à un patient recevant des soins palliatifs. Le médecin indique l'unité de mesure de la dose en « mL » (millilitres) et la personne recevant l'ordonnance interprète incorrectement l'ordonnance en transcrivant la dose en « mg »

(milligrammes). Par conséquent, le patient a reçu cinq fois la dose d'opioïde prévue et est ensuite décédé.

## **THÈME : LACUNES DANS LA COORDINATION DES SOINS**

Les soins palliatifs sont souvent prodigués sous forme de services de consultation fournis par un clinicien spécialement formé qui évalue le patient et recommande ensuite le traitement à suivre aux principaux membres du personnel soignant<sup>7</sup>. L'intégration inefficace des recommandations de l'équipe de soins palliatifs peut entraîner des délais dans la prise en charge opportune des symptômes<sup>8</sup>. Par exemple, une des constatations fréquentes était que les membres de l'équipe de soins du patient n'ont pas su mettre en œuvre ou communiquer les ordonnances suggérées (par ex., modifier ou interrompre l'administration d'un médicament) par le conseiller des soins palliatifs.

La mauvaise communication, liée aux lacunes dans la coordination des soins parmi les multiples services de soins aux patients et au manque d'uniformisation de l'information relayée aux points de transition, était un facteur contribuant à plusieurs erreurs<sup>8</sup>. Alors que les patients font la transition d'un contexte de soins à l'autre, comme vers l'hôpital, le centre de soins palliatifs ou la maison; le relai incomplet de l'information clé durant la transition d'un contexte de soins à un autre peut mener à des erreurs de médication.

### *Exemple d'incident*

Un patient est transféré du contexte de soins à domicile au contexte de soins palliatifs. L'équipe de soins palliatifs a alors administré au patient des médicaments contre la douleur sur une base régulière, comme indiqué dans le profil de médicaments de soins à domicile. Le patient a subi une dépression respiratoire. À la suite d'une enquête, on a découvert que le patient ne prenait ces médicaments qu'à l'occasion à domicile; toutefois, la fréquence réelle de l'administration de ces médicaments à la maison n'avait pas été documentée dans le profil acheminé au centre de soins palliatifs.

## CONCLUSION

Les patients qui reçoivent des soins palliatifs ont des besoins et des préoccupations uniques, toutefois les recherches sont limitées en ce qui a trait à la caractérisation des erreurs de médication dans ce contexte de soins. Cette analyse fondée sur plusieurs incidents a identifié certains thèmes liés aux incidents médicamenteux dans le contexte de soins palliatifs : l'hésitation à traiter la toxicité due aux opioïdes, les erreurs de processus d'utilisation des médicaments et des lacunes dans la coordination des soins. Les constatations découlant de cette analyse viennent accroître la sensibilisation aux occasions permettant d'améliorer la sécurité des patients lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins palliatifs.

---

## Références

1. Définition des soins palliatifs de l'OMS. Genève (CH) : Organisation mondiale de la santé; [citée le 13 mars 2019]. Accessible au : <https://www.who.int/cancer/palliative/fr/>
2. Myers SS, Lynn J. *Patients with eventually fatal chronic illness: their importance within a national research agenda on improving patient safety and reducing medical errors*. J Palliat Med. 2001;4(3):325-332.
3. Dietz I, Borasio GD, Schneider G, Jox RJ. *Medical errors and patient safety in palliative care: a review of current literature*. J Palliat Med. 2010; 13(12):1469-1474.
4. Parties collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton (AB): Institut canadien pour la sécurité des patients; 2012 [cité le 14 mars 2019]. Les parties collaborant à l'analyse des incidents sont l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada et Saskatchewan Health, *Patients for Patient Safety Canada* (un programme mené par les patients de l'ICSO), Paula Beard, Carolyn E. Hoffman et Micheline Ste-Marie. Accessible au : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework.PDF>
5. Hébert PC, Selby D. *Should a reversible, but lethal, incident not be treated when a patient has a do-not-resuscitate order?* CMAJ. 2014;186(7):528-530.
6. Kiesewetter I, Schulz C, Bausewein C, Fountain R, Schmitz A. *Patients' perception of types of errors in palliative care – results from a qualitative interview study*. BMC Palliat Care. 2016;15:75.
7. Gaertner J, Frechen S, Sladek M, Ostgathe C, Voltz R. *Palliative care consultation service and palliative care unit: why do we need both?* Oncologist. 2012;17(3):428-435.
8. Heneka N, Shaw T, Rowett D, Lapkin S, Phillips JL. *Exploring factors contributing to medication errors with opioids in Australian specialist palliative care inpatient services: a multi-incident analysis*. J Palliat Med. 2018;21(6):825-835.

Bulletins d'information de février et de mars 2019 :

**Médicaments sécuritaires.ca**

## Les « bons coups » des consommateurs

Grâce au programme SafeMedicationUse.ca, les patients sont en mesure de signaler des incidents médicamenteux en décrivant la manière dont ils (ou un membre du personnel soignant ou un proche aidant) ont su déceler une erreur liée à un médicament. Les détails de la constatation de ces erreurs sont décrits dans une série à deux volets.

Dans la première partie, « Savoir à quoi s'attendre » représente une étape importante dans la reconnaissance des erreurs de médication. Cette prise de conscience consiste à connaître les médicaments prescrits (par ex., le nom et la dose), savoir à quoi les médicaments ressemblent et la nature des effets à surveiller.

### Conseils destinés aux praticiens

- *Prescripteurs* : Avant que le patient quitte votre bureau, veillez à ce qu'il sache le nom et la dose de chaque médicament, la raison pour laquelle les médicaments ont été prescrits et les symptômes à surveiller; ainsi, le patient pourra mieux savoir si le médicament fonctionne correctement ou s'il provoque des effets indésirables.
- *Pharmaciens* : Avant que le patient quitte votre pharmacie, confirmez s'il connaît bien le nom et la dose du médicament, les directives d'administration, les bienfaits attendus, ainsi que les effets indésirables à surveiller. Si possible, montrez physiquement le médicament au patient au cours de cette conversation.
- *Tous les membres du personnel soignant* : Si le patient semble incertain par rapport à quoi s'attendre au sujet de ses médicaments, encouragez-le à vous exprimer ses inquiétudes ou à les exprimer à un autre membre du personnel soignant. Maintenir une bonne communication peut encourager les patients et leurs proches à défendre leurs intérêts.

Dans la deuxième partie, « Sachez où regarder » figure également parmi les étapes importantes de la prévention des erreurs médicamenteuses et des préjudices. Les consommateurs peuvent trouver des renseignements portant sur les médicaments en lisant les étiquettes sur les contenants de médicaments, en passant en revue l'emballage des produits et en faisant des recherches en ligne pour trouver d'autres renseignements clés.

### Conseils destinés aux praticiens

- Soyez toujours ouverts et prêts à discuter de la médication des patients, et écoutez attentivement les renseignements qu'ils ont découverts eux-mêmes.
- Passez en revue les différentes sources d'information offertes en compagnie de vos patients, y compris l'étiquette sur le flacon prescrit, l'emballage du produit, les brochures d'information et les sites Web fiables.
- Dirigez vos patients vers des ressources d'information sur les médicaments de haute qualité. Informez vos patients au sujet des différences entre les sites Web américains et les ressources canadiennes (par ex., les valeurs laboratoires, les unités de mesure et les noms de marques).

Pour de plus amples renseignements, veuillez lire l'ensemble du bulletin d'informations au :

Partie 1 : [www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201902BulletinV10N2-boncoups-partie1.pdf](http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201902BulletinV10N2-boncoups-partie1.pdf)

Partie 2 : [www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201903BulletinV10N3-boncoups-partie2.pdf](http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201903BulletinV10N3-boncoups-partie2.pdf)

## Énoncé de politique sur l'attribution de noms aux médicaments biologiques

---

Santé Canada a récemment publié un énoncé de politique sur l'attribution de noms aux médicaments biologiques, y compris les biosimilaires. Un médicament biosimilaire est un médicament biologique démontré comme étant hautement similaire à un autre, sans qu'il existe de différences cliniquement significatives en termes de sécurité et d'efficacité comparativement à un médicament biologique ayant déjà été autorisé pour la vente (connu sous le nom de *médicament biologique de référence*). Les médicaments biosimilaires et leur médicament biologique de référence partagent le même nom générique (commun) de l'ingrédient actif. Toutefois, contrairement à la situation des médicaments génériques produits de façon chimique, le médicament biosimilaire et son médicament de référence ne sont pas identiques, et l'autorisation du médicament biosimilaire de Santé Canada ne constitue pas une déclaration d'équivalence à son médicament biologique de référence. Au Canada, le concept d'interchangeabilité fait référence à la capacité d'un pharmacien à modifier la prescription d'un patient d'un médicament à un autre médicament équivalent, sans l'intervention du médecin ayant émis la prescription. Les provinces et territoires qui ont reçu l'autorisation d'interchangeabilité n'ont pas déclaré que les médicaments biosimilaires et leur médicament biologique de référence sont interchangeables.

L'énoncé de politique sur l'attribution de noms aux médicaments biologiques a été élaboré à la suite d'une consultation des parties prenantes menée conjointement par Santé Canada et ISMP Canada. L'énoncé de politique précise que **tous « médicaments biologiques, y compris les médicaments biosimilaires, seront identifiés par leur nom de marque unique et leur nom générique (commun) »**. Santé Canada recommande que le nom de marque et le nom générique soient tous les deux utilisés, ainsi que tout autre identifiants spécifiques au produit (par ex., le numéro d'identification de médicament [DIN] unique) tout au long du processus d'utilisation du médicament, ainsi que dans le signalement des effets indésirables afin d'aider à distinguer ces produits et faciliter la traçabilité.

Les membres du personnel soignant et les autres consultants répondants sont de l'avis que l'utilisation à la fois du nom de marque et du nom générique (commun) aiderait à veiller à la clarté de la prescription, à l'exactitude de la distribution et de l'administration, et à la précision du signalement des événements indésirables (y compris les réactions indésirables aux médicaments et les incidents médicamenteux). Le recours aux deux noms est déjà en place dans certains environnements et est reflété dans les systèmes d'information et de processus d'utilisation des médicaments existants. Dans d'autres contextes, il faudra modifier la pratique et mettre en œuvre des systèmes d'information dans le but d'accommoder et d'encourager le recours aux deux noms de médicaments.

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter le :

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/produits-biologiques-radiopharmaceutiques-therapies-genetiques/medicaments-biologiques-similaires/avis-aux-intervenants-noms-aux-medicaments-biologiques.html>



## Série de webinaires sur la sécurité médicamenteuse

Le mercredi 17 juillet 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/](http://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](http://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](http://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](mailto:cmirps@ismpcanada.ca)

Téléphone : 1-866-544-7672

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