

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 23 • Numéro 12 • Le 19 décembre 2023

Le préversement des médicaments : Une approche risquée

Les prestataires de soins de santé bien intentionnés utilisent parfois des solutions de contournement perçues comme plus efficaces que la pratique attendue, souvent parce qu'une procédure existante n'est pas adaptée au flux de travail. Le préversement est un exemple de contournement qui consiste à laisser s'écouler un certain temps entre la préparation et l'administration d'un médicament ou à préparer à la fois plusieurs médicaments pour différents clients.¹

Des publications antérieures sur la sécurité ont signalé des risques d'erreur liés à la pratique de préversement. L'analyse d'un groupe d'incidents récemment déclarés a révélé que cette pratique demeure un facteur contributif et un risque pour la sécurité des patients. Ce bulletin décrit des exemples tirés du groupe d'incidents et présente des recommandations visant à réduire le recours à cette pratique.

EXEMPLES D'INCIDENTS

Les incidents signalés ci-dessous décrivent différents exemples de préversement.

Incident n° 1 : Un gobelet à médicaments contenant des comprimés d'opioïdes visant à maîtriser la douleur a été laissé au chevet d'un patient qui se remettait d'une intervention chirurgicale. Le patient a reçu pour consigne de prendre les médicaments lorsqu'il ressentait une douleur et d'en informer le personnel infirmier. Des opioïdes ont été dispensés et réapprovisionnés de manière continue, sans



évaluation de l'efficacité de l'analgésie prise par le patient, de l'altération de l'état de sa conscience ni des signes avant-coureurs d'un changement important de son état de santé. Après avoir pris plusieurs doses, le patient a subi une hypotension importante, attribuée aux opioïdes, qui a entraîné une perte de conscience et exigé une réanimation liquidienne.

Incident n° 2 : Un patient hospitalisé dans une unité de soins intensifs était intubé et sous ventilation. Lorsque le patient est devenu agité, on lui a administré un bolus intraveineux de propofol car le maintien des voies respiratoires constituait une préoccupation. Une seringue de propofol préparée par un autre membre du personnel infirmier lors du quart de travail précédent était à disposition au chevet du patient et a été administrée. Peu de temps après l'administration, le patient s'est retrouvé en état de sursédation. Le patient était sous surveillance et n'a pas eu besoin d'autres interventions. Il a été déterminé par la suite que la seringue contenait dix fois plus de médicaments que la dose indiquée sur l'étiquette.



Incident n° 3 : Dans un établissement de soins de longue durée, un médicament antipsychotique a été mélangé à une tasse de lait pour un résident. La tasse a été placée sur un plateau qui a été remis par inadvertance à un autre résident. Heureusement, le résident qui a bu le lait n'a pas subi de préjudice.



DISCUSSION

Les normes d'administration des médicaments de plusieurs organismes provinciaux canadiens de réglementation des soins infirmiers mentionnent expressément que le préversement des médicaments est une pratique à éviter.¹⁻⁷ La plupart des organismes provinciaux de réglementation attendent de leurs membres qu'ils préparent les médicaments au moment où ils doivent être administrés.

L'encadré 1 décrit les raisons pour lesquelles il est recommandé d'éviter de verser les médicaments à l'avance.

ENCADRÉ n° 1 : Raisons d'éviter le préversement de médicaments.

Le préversement de médicaments est une pratique qui met les patients en danger et qui n'est pas recommandée pour les raisons suivantes :

- elle implique souvent de retirer le médicament de l'emballage qui l'identifie et/ou qui identifie le destinataire;
- elle empêche souvent la confirmation du médicament et de la dose à administrer dans le registre d'administration des médicaments (MAR) au moment de l'administration du médicament au patient;
- elle augmente le risque lorsque des médicaments préversés sont accessibles au chevet du patient en vue d'une auto-administration sans protocole clair;
- elle peut entraîner des retards et/ou des inexactitudes dans la documentation;
- elle nuit au respect des règles de sécurité de l'administration des médicaments par le membre du personnel infirmier qui prépare le médicament et celui qui l'administre au patient;⁵
- elle crée un risque supplémentaire de contamination (par exemple, dans le cas de seringues préremplies);
- elle permet le détournement dans certains contextes de soins.

RECOMMANDATIONS

Établissements de soins de santé

- Élaborer ou adapter une politique décrivant les situations acceptables dans lesquelles plus d'un membre du personnel infirmier participe à la préparation et à l'administration d'un médicament : par exemple, en cas d'arrêt cardiaque.⁵
- Considérer les cas de préversement de médicaments comme une occasion de mettre en évidence les problèmes sous-jacents qui ont conduit à cette solution de contournement. Une approche proactive, telle qu'une inspection cognitive⁸, peut aider à cerner les risques et à évaluer les solutions permettant d'améliorer la sécurité de l'administration des médicaments.

Personnel infirmier

- À la fin d'un quart de travail, les médicaments préparés dans une seringue doivent être jetés. De même, les médicaments préparés au cours du quart de travail précédent doivent être jetés au début du quart de travail suivant.
- Préparer les médicaments au moment de l'administration afin de vérifier la conformité du médicament par rapport au produit original et au dossier d'administration des médicaments, confirmer l'identité du patient et rédiger la documentation en temps opportun.
- Préparer et administrer les médicaments à un seul patient à la fois afin de minimiser le risque d'erreurs liées à l'identité du patient.
- En situation d'urgence, lorsque plusieurs membres du personnel infirmier participent à la préparation et à l'administration d'un médicament, l'un d'entre eux doit préparer et étiqueter le médicament, tandis que l'autre doit l'administrer à la suite d'une double vérification indépendante. Certains organismes de réglementation des soins infirmiers exigent que les deux membres du personnel infirmier consignent cette information au dossier médical du patient.⁵

CONCLUSION

L'analyse récente d'un groupe d'incidents a montré que la pratique du préversement des médicaments perdure. Les solutions de contournement, notamment

le préversement, peuvent contribuer à des incidents préjudiciables et ne permettent pas de résoudre les problèmes systémiques.^{9,10} Dans le but de favoriser l'adoption de pratiques d'administration des médicaments sécuritaires, les équipes de soins de santé sont encouragées à identifier les comportements à risque, tels que le préversement, et à concevoir et évaluer ensemble des solutions systémiques pour améliorer la sécurité.¹¹

REMERCIEMENTS

L'ISMP Canada remercie les consommateurs, les professionnels de la santé et les organismes qui signalent des incidents médicamenteux à des fins d'analyse et d'apprentissage. L'examen expert de ce bulletin par les personnes suivantes (en ordre alphabétique) est également reconnu et apprécié :

Joanne Gallant, IA, B. Sc. inf., responsable clinique du développement, IWK Health, Halifax, Nouvelle-Écosse; Renée Létourneau, inf., M Sc., conseillère cadre clinicienne à la Direction des soins infirmiers, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS); Beth Linseman, IA, B. Sc. inf., infirmière certifiée en soins intensifs (Canada), éducatrice clinique, unité de soins intensifs, Sunnybrook Health Sciences Centre.

RÉFÉRENCES

1. *Medication management standards*. Edmonton (Alberta) : College of Registered Nurses of Alberta. Mars 2021 [cité le 18 septembre 2023]. Accessible sur : <https://nurses.ab.ca/media/31fhdrq/medication-management-standards-mar-2021.pdf>
2. *Medication*. Vancouver (Colombie-Britannique) : British Columbia College of Nurses & Midwives. 2023 [cité le 18 septembre 2023]. Accessible sur : <https://www.bccnm.ca/RN/learning/medication/Pages/Default.aspx>
3. *Unsafe medication practices*. Regina (Saskatchewan) : College of Registered Nurses of Saskatchewan. 2023 [cité le 18 septembre 2023]. Accessible sur : <https://www.cns.ca/nursing-practice/nursing-practice-resources/resource-toolkits/rn-manager-tool/unsafe-medication-practices/>
4. *Frequently asked questions (FAQ)-medication management*. Fredericton (Nouveau-Brunswick) : Nurses Association of New Brunswick. Juin 2020 [amendé en juin 2023; cité le 18 septembre 2023]. Accessible sur : <https://www.nanb.nb.ca/wp-content/uploads/2022/08/NANB-FAQ-MedicationManagement-Oct20-E.pdf>
5. *Medication guidelines for nurses*. Nova Scotia College of Nursing. Février 2020 [révisé en février 2023; cité le 18 septembre 2023]. Accessible sur : <https://cdn1.nscn.ca/sites/default/files/documents/resources/MedicationGuidelines.pdf>
6. *Norme d'exercice : administration sécuritaire des médicaments*. Montréal (Québec) : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. [Cité le 5 octobre 2023]. Accessible sur : <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/normes-exercices/administration-securitaire-medicaments>
7. *Medication management*. Mount Pearl (Terre-Neuve-et-Labrador) : College of Nurses of Newfoundland & Labrador. 2019 [cité le 5 octobre 2023]. Accessible sur : <https://crnml.ca/site/uploads/2022/03/medication-management.pdf>
8. L'inspection cognitive dans l'évaluation proactive du risque. Bulletin de l'ISMP Canada. 2012 [cité le 15 novembre 2023];12(1):1-3. Accessible sur : https://ismpanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2012-01-Cognitive_Walkthrough.pdf
9. Bianchi M, Ghirotto L. *Nurses' perspectives on workarounds in clinical practice: A phenomenological analysis*. J Clin Nurs. Octobre 2022;31(19-20):2850-2859
10. Analyse d'accidents liés aux psychotropes. Bulletin de l'ISMP Canada. 2012 [cité le 22 novembre 2023];12(2):1-4. Accessible sur : https://ismpanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2012-02_Analysis_of_Harmful_Med_Incidents_Involving_Psychotropic_Meds.pdf
11. *Medication [Practice Standard]*. Toronto (Ontario) : College of Nurses of Ontario. 2022 [cité le 22 novembre 2023]. Accessible sur : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41007_medication.pdf

Journée de maladie : Les médicaments et la déshydratation

Un récent bulletin d'information de medicamentssecuritaires.ca destiné aux consommateurs fait état d'une personne décédée à la suite d'une acidocétose diabétique euglycémique. La personne est tombée malade et a souffert de déshydratation, mais a continué à prendre son empagliflozine, un antidiabétique de la classe des inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose-2 (SGLT2). Cette classe de médicaments fait partie du groupe de médicaments appelés SADMANS qui doivent être interrompus en cas de déshydratation du patient, toutes causes confondues. Les médicaments SADMANS peuvent avoir des effets délétères sur les reins, ainsi que d'autres effets indésirables graves chez les patients déshydratés.^{1,2}

S	Sulfonylureas (Sulfonylurées)
A	ACE inhibitors (Inhibiteurs de l'ECA)
D	Diuretics (Diurétiques)
M	Metformin (Metformine)
A	Angiotensin receptor blockers (Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine)
N	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (Anti-inflammatoires non stéroïdiens)
S	SGLT2 Inhibitors (Inhibiteurs de la SGLT2)

Conseils aux praticiens

- Aider les patients qui prennent des médicaments appartenant au groupe SADMANS à élaborer un plan de gestion des « journées de maladie ». Préciser quels médicaments doivent être interrompus s'ils tombent malades, à quel moment les reprendre et la prise en charge de l'hydratation.
- Encourager les patients à transmettre le plan de gestion des « journées de maladie » à d'autres membres de leur équipe soignante.

Conseils aux organismes et aux établissements de soins de santé

- Envisager la création ou la mise à jour de protocoles organisationnels de prise en charge des patients (par exemple, en cas de diabète) afin de tenir compte de la nécessité d'examiner et éventuellement de suspendre la prise de médicaments appartenant au groupe SADMANS.
- Envisager l'utilisation d'aides à la prise de décision en ce qui concerne les médicaments SADMANS dans les systèmes de saisie des ordonnances des prescripteurs et/ou des pharmacies, afin de signaler aux praticiens les risques associés à ces médicaments chez les groupes de patients à risque.

Bulletin d'information à l'intention des consommateurs à transmettre à vos patients, clients et résidents : <https://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/202305BulletinV14N04-medicaments-deshydratation.pdf>

Références

1. *Type 2 diabetes and sick days: medications to pause*. Saskatoon (Saskatchewan) : University of Saskatchewan, Pharmacy and Nutrition, Rx Files Academic Detailing; 2023 [cité le 11 janvier 2023]. Accessible sur : <https://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/SADMANS-Rx.pdf>
2. *Medicines and dehydration: patient information (version 2)*. Édimbourg (Écosse) : Healthcare Improvement Scotland, Scottish Patient Safety Programme; 2018 [cité le 9 novembre 2023]. Accessible sur : <https://ihub.scot/media/1401/20180424-web-medicine-sick-day-rules-patient-leaflet-web-v20.pdf>

Suivez rigoureusement l'administration de vos doses de médicaments contre l'ostéoporose

Un récent bulletin d'information de medicamentssecuritaires.ca décrivait une erreur liée à l'administration trop fréquente d'un médicament contre l'ostéoporose, qui a entraîné de graves effets indésirables. Selon l'enfant du patient, son parent avait reçu une première injection de dénosumab (Prolia) dans un centre de soins communautaire avant d'être acheminé vers une résidence de soins de longue durée. Le personnel de la résidence a ensuite administré au patient trois doses supplémentaires à intervalles mensuels au cours des trois mois suivants, alors que le dénosumab ne devrait être administré que tous les six mois.

Deux facteurs contributifs ont été constatés lors de l'examen de l'incident : une mauvaise procédure de bilan comparatif des médicaments lors de l'admission à la résidence et la présence d'une quantité de médicaments plus importante que nécessaire dans l'aire de soins de la résidence.

Recommandations aux praticiens en milieu hospitalier communautaire et dans les établissements de soins

- Examiner en détail les nouveaux médicaments contre l'ostéoporose avec votre patient et/ou ses partenaires de soins.
 - Insister sur les fréquences d'administration atypiques (par exemple, tous les six mois) et discuter de toute consigne d'administration particulière (par exemple, prendre le médicament à jeun et rester en position verticale pendant 30 à 60 minutes dans le cas des bisphosphonates oraux).
- Aider les patients à mettre à jour leur liste de médicaments et les encourager à la remettre aux autres prestataires de soins impliqués dans leur prise en charge.
- Encourager les patients à consigner les dates d'administration des médicaments qui sont administrés peu fréquemment (par exemple, une fois par mois ou à intervalles plus longs) à l'aide d'un calendrier papier ou de l'application calendrier de leur téléphone. Ces renseignements aident les patients à déterminer la date exacte de leur injection et à prendre les rendez-vous ultérieurs à des intervalles appropriés.
- Avant d'administrer une dose de médicament, confirmer que l'intervalle approprié s'est écoulé depuis la dose précédente. Discuter avec le patient et/ou son partenaire de soins et vérifier tout dossier d'administration ou de délivrance antérieur (par exemple, les consignes du médecin de famille, les notes du patient, les dossiers de la pharmacie communautaire).
- Pour les médicaments contre l'ostéoporose qui ne sont pas administrés fréquemment, il est possible d'obtenir des doses uniques qui seront délivrées par la pharmacie « juste à temps ».

Bulletin d'information à l'intention des consommateurs à transmettre à vos patients, clients et résidents :

<https://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/202303BulletinV14N03-osteoporosis.pdf>



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 Excellence en santé Canada (ESC). 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.ismpcanada.ca/fr/declaration/
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.ismpcanada.ca/fr/safety-bulletins/#footer

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

©2023 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.