



Alerte de sécurité des médicaments

Risques liés à la sécurité des médicaments signalés par les foyers de soins de longue durée (SLD) en Ontario

Volume 2 • Numéro 2 • Avril 2023

Confusion concernant la posologie de l'hydromorphone

Incident signalé (certains détails ont été modifiés afin de préserver la confidentialité du foyer de SLD et de la personne qui a déclaré l'incident)

Un résident recevait de l'hydromorphone 2 mg/mL par injection sous-cutanée à titre palliatif. Le personnel a contacté le médecin de garde pour demander une augmentation de la dose d'hydromorphone afin de répondre à un inconfort ressenti par le résident. L'infirmière a dit au médecin que le résident recevait **1 mL** d'hydromorphone par voie sous-cutanée toutes les 4 heures. Le médecin a mal compris l'information, et cru qu'il s'agissait d'une dose de **1 mg** par voie sous-cutanée toutes les 4 heures. Il a donc ordonné une augmentation de la dose à **2 mg** par voie sous-cutanée toutes les 4 heures. L'infirmière a quant à elle interprété la nouvelle dose comme étant de **2 mL**, et confirmé verbalement l'augmentation à « 2 » par voie sous-cutanée toutes les 4 heures.

Lors de la deuxième vérification, une autre infirmière s'est aperçue que la dose initiale était de 1 mL, ce qui équivaut à 2 mg d'hydromorphone (étant donné la concentration de 2 mg/mL), et a signalé qu'une dose de 2 mL, ce qui équivaut à 4 mg d'hydromorphone, toutes les 4 heures, semblait excessive. Le personnel a contacté le prescripteur, et c'est ainsi que l'erreur a été découverte.

Avis de non-responsabilité : Le personnel de l'ISMP Canada a identifié les facteurs contributifs suivants et formulé des propositions d'amélioration. Le soin de déterminer les possibles mesures qui s'imposent pour optimiser les processus de gestion des médicaments incombe aux responsables de la sécurité des médicaments dans les établissements de soins de longue durée.

Principaux facteurs contributifs :

- L'interprétation erronée des unités de dosage a conduit le médecin à prescrire une dose d'hydromorphone plus élevée que ce qui était justifié.
- L'infirmière a confirmé verbalement une l'augmentation à « 2 » sans préciser l'unité de mesure, faisant en sorte que le prescripteur a cru qu'ils parlaient de la même unité de mesure.
- Une deuxième vérification par une autre infirmière a permis de déceler l'erreur et de la corriger avant qu'un dommage ne se produise.
- La communication concernant l'ajustement de la dose du médicament a été réalisée de manière verbale.

Propositions d'amélioration :

- Lorsque vous communiquez des informations concernant les médicaments, indiquez clairement les unités de mesure utilisées en précisant le nom complet de l'unité (par exemple, milligrammes, millilitres, etc.).
- Répéter l'intégralité de l'ordonnance, y compris les unités de mesure, lorsque vous confirmez ou relisez l'ordonnance. Par exemple : « Augmenter l'hydromorphone à 2 milligrammes, ce qui équivaut à 1 millilitre par voie sous-cutanée toutes les 4 heures ».
- Appliquer des procédures de vérification rigoureuses pour les substances contrôlées et les médicaments de niveau d'alerte élevé.
- Veiller à ce que l'étiquetage indique à la fois la concentration et le volume correspondant. Par exemple : « Injecter **2 mg** (= 1 ml) par voie sous-cutanée toutes les 4 heures ».
- Faire en sorte que les ordonnances soient saisies par les prescripteurs et disposer d'une technologie permettant une communication électronique bidirectionnelle.

Ressource (en anglais) : Model Policy 2 for Testing: High-Alert Medications (<https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/LTC-Model-Policy-2-High-Alert-Medications.pdf>)

[Déclarer un incident](https://ismpcanada.ca/fr/declaration/)

<https://ismpcanada.ca/fr/declaration/>

Un résultat de l'initiative Renforcer la sécurité des médicaments en soins de longue durée – www.ismp-canada.org/fr/sld/

Les vues exprimées sont celles de l'ISMP Canada et ne reflètent pas nécessairement celles de la province.