

Pour une approche sécuritaire de la gestion des narcotiques : recommandation d'un rapport d'investigation du coroner

Patricia Lefebvre

Résumé

Le présent article propose des stratégies de réduction des erreurs de médication, en portant une attention particulière à la gestion des narcotiques et des drogues contrôlées, pour faire suite aux recommandations d'un rapport d'investigation du coroner.

Problématique

Le rapport d'investigation du coroner : les causes probables et les circonstances du décès

Dans le rapport d'investigation du coroner A-139773, le coroner identifie la cause la plus probable du décès comme étant une insuffisance respiratoire progressive consécutive à l'administration de mépéridine et d'hydromorphone¹. On note, en examinant le dossier, la prescription et l'administration d'une combinaison de coanalgésiques et d'analgésiques de type narcotique, à doses croissantes, durant les heures précédant l'insuffisance respiratoire. Afin d'élucider les circonstances conduisant à l'insuffisance respiratoire et d'identifier des pistes d'action pour prévenir d'autres événements semblables, ce dossier ainsi que les cas d'intoxications iatrogéniques mortelles impliquant entre autres l'hydromorphone étudiés au Bureau du coroner entre 1996 et 2001 ont été revus.

Parmi les facteurs pouvant avoir contribué à l'événement indésirable, certains sont reliés à la gestion des médicaments et plus particulièrement à celle des narcotiques. Les voici :

- La connaissance des doses équianalgésiques des narcotiques et de la puissance de chacun
- L'administration concomitante de coanalgésie et d'analgésiques narcotiques, tous dépresseurs du système nerveux central
- La présence de fioles à concentration élevée de narcotiques en réserve d'étage

À la suite de cette enquête, le coroner recommande « de sensibiliser les pharmaciens d'établissements de santé à ne pas rendre disponible dans les réserves d'urgence ou d'étage les fioles à concentration élevée de Dilaudid afin de réduire le risque de faire une erreur de dosage ».

Les données qui appuient cette recommandation

Un médicament à « haut risque » est défini comme un médicament qui présente un risque élevé de préjudice si la dose, la voie d'administration ou la méthode d'administration est incorrecte. L'Institute for Safe Medication Practices des États-Unis a identifié une liste de médicaments à haut risque en se fondant sur les données des analyses des rapports d'erreurs de médication et de leurs conséquences². Entre autres, la liste inclut les narcotiques et opiacés, les bloqueurs neuromusculaires, les anticoagulants, la lidocaïne, la digoxine et le chlorure de potassium. Les erreurs de médication associées aux médicaments identifiés à « haut risque » de causer un événement indésirable représentent 4 des 5 produits les plus fréquemment rapportés à MEDMARX en 2001³. Le rapport MEDMARX est conçu à partir des déclarations volontaires - non nominatives - de 368 hôpitaux américains et inclut l'analyse de 105 603 rapports d'erreurs. Dans la liste des 10 produits les plus souvent impliqués dans des erreurs de médication avec conséquences néfastes, on retrouve la morphine et l'hydromorphone, respectivement au deuxième et huitième rang³. De plus, 14 décès ont été imputés à 12 produits, parmi lesquels on note la mépéridine et la morphine³. Les erreurs qui ont causé préjudice résultent d'une erreur d'administration (8 %), de dose (3,3 %), de voie d'administration (2,8 %) et de préparation (2,7 %).

Ces données confirment l'importance d'une gestion sécuritaire des médicaments à haut risque, telle qu'elle est recommandée par la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) et l'Institute for Safe Medication Practices des États-Unis et du Canada^{2,4}. D'ailleurs, parmi les sept objectifs des *2004 National Patient Safety Goals* publiés par la JCAHO, on retrouve l'utilisation sécuritaire des médicaments à haut risque⁴.

L'Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada) effectue présentement un sondage auprès des

*Patricia Lefebvre, B.Pharm., M.Sc.,
est chef du département de pharmacie du
Centre universitaire de santé McGill.*

hôpitaux ontariens pour identifier les modalités actuelles de gestion des médicaments narcotiques et subséquemment offrir des lignes directrices aux hôpitaux pour améliorer la gestion sécuritaire des narcotiques. Ce choix de cible est basé sur l'analyse des rapports d'erreurs et d'incidents de médication rapportés à ISMP Canada; les narcotiques sont parmi les médicaments les plus souvent impliqués dans les cas d'erreurs avec conséquences néfastes⁵.

Le nombre plus élevé d'erreurs reliées aux narcotiques serait dû :

- Au nombre élevé de produits, à la puissance des produits et aux formulations multiples (plusieurs concentrations)
- À la variété des formes posologiques (courte action; longue action)
- À la similarité des noms (« look-alike; sound-alike »)
- À l'emballage et à l'étiquetage
- À l'utilisation de pompe d'infusion et d'autoanalgésie
- Aux exigences du monitoring

Les stratégies de réduction des erreurs de médication

Pour améliorer la gestion sécuritaire des médicaments à haut risque – incluant les narcotiques – il est recommandé que l'achat (la sélection des produits), l'entreposage, la validation des ordonnances, la délivrance et le monitoring de l'utilisation soient sous la supervision et le contrôle du département de pharmacie.

Le tableau I propose des pistes d'action et des stratégies de prévention.

Selon l'Institute for Safe Medication Practices des États-Unis et du Canada, la rédaction d'une ordonnance doit respecter les règles suivantes :

- Doit être lisible
- Doit être complète et inclure le nom générique, le dosage, la voie d'administration et la fréquence
- Doit inclure l'indication (p. ex. douleur, toux, nausée, etc.)
- Doit être écrite selon le système métrique – unités et non U (10 unités et non 10 U)
- Un zéro doit précéder la virgule décimale lorsque le nombre est inférieur à l'unité (0,5 unités et non ,5 unités)
- Ne jamais indiquer de zéro après la virgule décimale (5 unités et non 5,0 unités)
- Éviter l'utilisation d'abréviations (si nécessaire, établir une liste des abréviations autorisées)

Une attention particulière doit être portée à l'élaboration de protocoles et d'ordonnances prédéfinies (voir tableau II). Cette précaution s'applique particulièrement aux ordonnances permettant l'administration d'une dose minimale et maximale, selon la condition du patient. Prenons comme exemple l'ordonnance suivante :

« HYDROMORPHONE (Dilaudid) 2 à 4 MG PO Q2-4 heures si douleur. »

Cette ordonnance donne l'autorisation d'administrer de 12 mg par 24 heures à 48 mg par 24 heures, soit jusqu'à 4 fois la dose de départ!

Tableau I : Pistes d'action et stratégies de prévention

| | Actions | Stratégies de prévention |
|----------------------------|--|---|
| Entreposage, distribution | Répertoire : Les achats de narcotiques Les médicaments en réserve d'étage | Réduire le nombre de produits, de formes posologiques et de concentrations disponibles Retirer les fioles à concentration élevée des réserves d'étage Réduire le nombre de concentrations disponibles |
| | Les fioles à concentration élevée sont entreposées uniquement à la pharmacie | Les narcotiques, en concentration diluée, sont servis aux unités de soins |
| | Les demandes d'ajout en réserve d'étage sont validées selon les critères établis par le comité de pharmacologie | Des critères sont disponibles pour accepter ou refuser l'ajout d'un narcotique en réserve d'étage |
| Standardisation | Répertoire les concentrations actuelles pour chaque narcotique Répertoire les ordonnances prédéfinies incluant des narcotiques | Standardiser ou déterminer une concentration pour chaque produit fini Adopter un processus de création et d'approbation d'ordonnances prédéfinies (voir tableau II) |
| Communication et formation | Développer un outil indiquant les doses équi-analgésiques des narcotiques et leur puissance relative | Rendre disponible, dans les unités de soins, les doses équi-analgésiques des narcotiques et leur puissance relative |
| Prescription | L'ordonnance de narcotiques doit inclure la dose et pas le volume pour éviter les erreurs si plusieurs concentrations sont disponibles | La dose et la vitesse d'administration, basées sur la concentration du produit fini, doivent être indiquées sur l'étiquette |

En appliquant les stratégies reconnues de réduction des risques, l'ordonnance précédente pourrait être changée comme suit :

« HYDROMORPHONE (Dilaudid) 2 à 4 MG PO **Q2-4 heures si douleur**; MAX : 4 MG aux 4 heures. Si non soulagé, appeler MD. »

Conclusion

Le rapport d'investigation du coroner incite les pharmaciens d'établissements de santé à revoir leurs politiques et procédures de la gestion des narcotiques et des drogues contrôlées. Le tableau I propose des pistes d'action et des stratégies de prévention au comité responsable d'actualiser les recommandations du coroner. Il est de la responsabilité du pharmacien de s'assurer de la gestion sécuritaire des médicaments au sein de son établissement.

Tableau II : Critères de sécurité : ordonnances prédéfinies⁶

1. Utiliser la double interligne; il doit y avoir suffisamment d'espace pour écrire lisiblement.
2. Prévoir une ligne par ordonnance (médicament/produit) au minimum. Il n'y a pas de normes ou de lois qui exigent que l'ordonnance soit sur une seule page.
3. Numéroter chaque médicament pour éviter l'oubli d'un item.
4. Assurer la qualité de l'impression. Des photocopies de copies originales ne doivent pas être utilisées.
5. Utiliser seulement la terminologie et les abréviations approuvées par le comité de pharmacologie (p. ex. unités et pas « u »).
6. Créer des ordonnances seulement pour les produits au formulaire et pour les indications approuvées par le comité de pharmacologie.
7. Identifier l'espace réservé :
 - à l'identification du patient (idéalement : l'impression de la carte d'admission)
 - à la signature du prescripteur, à son nom en caractères d'imprimerie, au numéro de licence, à la date et à l'heure de rédaction de la prescription
 - au numéro du formulaire et à la date d'approbation par le comité de pharmacologie
8. Ne pas créer de lignes; la présence de lignes cache les décimales, et certains chiffres sont mal reproduits (« 7 » souvent lu comme « 1 »).
9. Vérifier l'orthographe; elle doit être parfaite.

Adapté de : Davies NM. Preprinted Order Sheets Must Be Perfect in Every Way. Hospital Pharmacy 1998;33(2):135.

Également, l'analyse à l'échelle locale des rapports d'accidents/incidents (AH223) et des résultats de l'autoévaluation sur la sécurité entourant les médicaments en milieu hospitalier (Hospital Medication Safety Self-Assessment de l'Institute for Safe Medications Practice Canada) permet aux établissements d'identifier plus spécifiquement leurs risques et conséquemment leurs priorités d'action.

Pour toute correspondance :
Patricia Lefebvre
Chef du département de pharmacie
Hôpital général de Montréal (CUSM)
1650, avenue Cedar
Montréal (Québec) H3G 1A4
Téléphone : (514) 934-1934
Courriel : patricia.lefebvre@muhc.mcgill.ca

Abstract

This article presents strategies to help decrease medication errors, paying particular attention to management of narcotics and controlled drugs. This follows the recommendations of a coroner's investigation report.

Références

1. Bureau du coroner Québec. Rapport d'investigation du coroner A-139773.
2. The Institute for Safe Medication Practices US. High-Alert Medications. www.ismp.org.
3. U.S. Pharmacopeia MedMarx Patient Safety Solutions. Summary of Information Submitted to MEDMARX in the Year 2001.
4. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2004 National Patient Safety Goals. www.jcaho.org.
5. The Institute for Safe Medication Practices Canada. Narcotic Medications Safety Initiative. www.ismp-canada.org/Narclnit.htm.
6. Davies NM. Preprinted Order Sheets Must Be Perfect in Every Way. Hospital Pharmacy 1998;33(2):135.

Des sites Internet d'intérêt

- American Society of Health-Systems Pharmacists. ASHP Guidelines on Reporting Medication Errors/ Preventing Medication Errors. www.ashp.org.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2004 National Patient Safety Goals. www.jcaho.org.
- National Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). www.nccmerp.org.
- Rapport sur les pharmacies hospitalières au Canada 2001-2002 : section spéciale – Erreurs de médication. www.lillyhospitalsurvey.ca.
- Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Lignes directrices sur la déclaration des erreurs de médication et la prévention des erreurs/incidents de médication. www.cshp.ca.
- The Institute for Safe Medication Practices (ISMP US et ISMP Canada). www.ismp.org et www.ismp-canada.org.
- United States Pharmacopeia. Summary of the 2001 information submitted to MEDMARX a national database for hospital medication error reporting. www.usp.org.