

Pour en finir une fois pour toutes avec les « échappées »!

Suzanne Chayer

Qui n'a pas été confronté dans l'exercice de ses fonctions de pharmacien à une histoire d'erreur ou d'horreur médicamenteuse?

Différentes situations se produisent tout au long du continuum du circuit du médicament. Vous serez à même de constater, tout comme moi, que chaque étape du circuit est source d'erreurs potentielles, qui peuvent engendrer des risques pour la santé de nos patients.

Laissez-moi vous en faire part de quelques-unes.

- À l'étape de la prescription :

Un patient se voit prescrire et administrer une dose postopératoire de 20 000 unités de tinzaparine alors que la dose quotidienne maximale recommandée est de 18 000 unités. Les fioles étant disponibles dans la réserve des communs de l'unité, aucune validation par le pharmacien n'avait été effectuée. Le lendemain, le patient présente une importante douleur abdominale et un hématome à l'abdomen. On commence alors à lui prodiguer des soins de confort jusqu'à son décès. OUPS! Une **échappée!**

- À l'étape de la distribution :

Un patient reçoit une dose de 5 mg s/c d'hydromorphe alors que la prescription mentionne de la morphine à raison de 5 mg s/c. L'infirmière a utilisé les fioles d'hydromorphe de 10 mg/ml envoyées par la pharmacie. Le patient est transféré aux soins intensifs pour une surveillance étroite de son état. OUF! Une **échappée belle***!

- À l'étape de l'administration :

Une infirmière administre une dose de 5 mg d'oxycodone (Oxy-IR^{MD}) à un patient pour qui le médecin avait prescrit 5 mg de morphine par voie orale (MS-IR^{MD}). Le patient devient très somnolent, et on note une diminution de sa fréquence respiratoire, qui passe de 16 respirations par minute à 10 par minute. OUF! Une **échappée belle***!

Un patient se voit administrer par l'infirmière une dose de huit unités d'insuline lispro (Humalog^{MD}) alors que la prescription est de huit unités d'insuline NPH (Humulin N^{MD}). Les notes cliniques révèlent que, après avoir reçu sa médication, le patient semblait dormir profondément. Son décès est constaté quelques minutes plus tard. OUPS! Une **échappée!**

Vous avez sûrement fait le lien entre ces diverses situations, n'est-ce pas?

Est-ce suffisant pour se convaincre de l'importance d'agir afin que de telles situations, malheureusement réelles, se fassent de plus en plus rares?

La survenue de ces événements catastrophiques concerne l'utilisation de médicaments à haut risque qu'on appelle communément *High Alert Medication*¹. Paradoxalement au fait que ces produits possèdent un index thérapeutique étroit, et par conséquent une faible marge de manœuvre, ces médicaments se retrouvent fréquemment au commun des unités de soins. Est-ce logique? Poser la question c'est y répondre...

Plusieurs organismes, dont l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP), l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) et Agrément Canada, ont placé sur leur liste de priorités la gestion des médicaments à haut risque¹⁻³. Chez vous, c'est pour quand? Disposez-vous des ressources nécessaires à l'implantation de ces mesures en ce temps de pénurie?

L'article de Pepin, publié dans ce numéro, présente l'expérience de l'Hôpital général juif⁴. Des pistes de solution sont abordées. On y précise clairement les stratégies recommandées pour mieux gérer les médicaments à haut risque. La mention explicite des médicaments dangereux, l'accès restreint à ces médicaments, l'amélioration de l'accès à l'information, la double vérification indépendante, l'utilisation de lecteurs de codes à barres, la standardisation de la prescription ou l'installation de cabinets sécurisés aux unités de soins sont autant de moyens permettant de bien gérer les risques associés à l'utilisation de ces médicaments.

Avez-vous mis en place certains d'entre eux dans vos milieux? Croyez-vous avoir fait le nécessaire pour prévenir les erreurs liées à ces médicaments?

L'auteur suggère de procéder à une analyse des modes de défaillance et de leur criticité (AMDEC) avant la mise en œuvre de nouveaux protocoles, procédures ou lors de l'achat d'un nouvel équipement dans le but de prévenir la

Suzanne Chayer, B.Pharm., M.Sc., pharmacienne est gestionnaire de risques au CHAU Hôtel-Dieu de Lévis

réalisation du risque⁴. Êtes-vous à l'aise avec ce type d'analyse? Sachez que l'ISMP a développé récemment un modèle de prévention simplifié et adapté aux établissements de santé canadiens qui s'intéressent à effectuer une telle analyse⁵. Le développement d'outils visant à atténuer les conséquences liées à l'erreur qui n'a pu être évitée peut également s'avérer utile. La rédaction d'un protocole d'administration d'un antidote en est un bon exemple.

À l'ère où la qualité est un incontournable, la sécurité devient essentielle!

Je suis d'avis que la qualité commence d'abord par la sécurité et qu'il n'y a pas de qualité sans sécurité.

La qualité a un prix mais l'absence de qualité revient encore plus cher.

Nos patients sont en droit d'exiger des soins sûrs et de qualité. En tant que spécialistes du médicament, les pharmaciens ont l'obligation morale de prendre les moyens nécessaires pour répondre à ces attentes.

Les pharmaciens sont des acteurs clés en matière d'utilisation sûre des médicaments et, à ce titre, peuvent contribuer à éviter les pires cauchemars!

Bonne réflexion!

* : L'expression « échappée belle » signifie, en gestion des risques, qu'une erreur est intervenue sans atteindre quiconque.

Références

1. Institute for safe medication practices. ISMP's List of high alert medications. <http://www.ismp.org/> (site visité le 20 février 2009).
2. Institute for healthcare improvement. High alert medications require heightened vigilance. Dans Institute for healthcare improvement. Topics. Patient safety. Medication systems. Improvement stories. Site de l'Institute for healthcare improvement. <http://www.ihl.org> (site visité le 20 février 2009).
3. Agrément Canada. <http://www.accreditation-canada.ca/Default.aspx> (site visité le 20 février 2009).
4. Pepin J. Les médicaments à haut risque. *Pharmactuel* 2009;42:142-6.
5. Poulin MC, Poirier L. L'analyse des modes de défaillances et de leurs effets : une méthode d'analyse proactive des risques en établissement de santé. *Pharmactuel* 2008;41:241-4.

FORMATION CONTINUE



27, 28 et 29 mai 2009 — Chef de département – un défi à ma mesure (reprise de la formation de 2007)

- Lieu : Auberge Duchesnay, Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier
- Renseignements : A.P.E.S., tél. : 514 286-0776 ou www.apesquebec.org

NOTE : cette formation est réservée aux membres actifs de l'A.P.E.S.



9, 11 et 16 juin 2009 — Soirées de formation et développement « PSYCHIATRIE »

- Lieu : 9 juin, Montréal — 11 juin, Sherbrooke — 16 juin, Québec
- Renseignements : A.P.E.S., tél. : 514 286-0776 ou www.apesquebec.org

NOTE : ces soirées de formation sont réservées aux membres actifs et aux membres résidents de l'A.P.E.S.

18, 19 et 20 juin 2009 — 18^e Symposium de cardiologie interventionnelle

- Lieu : Théâtre Centaur, Montréal
- Renseignements : http://www.mhi.interv.org/FR_programme.html ou cardio2009@jpd.com



1 et 2 octobre 2009 — Journées d'éducation permanente « CARDIOLOGIE »

- Lieu : Québec
- Renseignements : A.P.E.S., tél. : 514 286-0776 ou www.apesquebec.org



6, 8 et 13 octobre 2009 — Soirées de formation et développement « MALADIES CARDIOVASCULAIRES »

- Lieu : 6 octobre, Montréal — 8 octobre, Sherbrooke — 13 octobre, Québec
- Renseignements : A.P.E.S., tél. : 514 286-0776 ou www.apesquebec.org

NOTE : ces soirées de formation sont réservées aux membres actifs et aux membres résidents de l'A.P.E.S.



21, 22 et 23 octobre 2009 — Séminaire administratif de l'A.P.E.S. — Les habiletés politiques

- Lieu : Hôtel Le Victorin, Victoriaville
- Renseignements : A.P.E.S., tél. : 514 286-0776 ou www.apesquebec.org



20 novembre 2009 — Journée d'éducation permanente « GÉRIATRIE »

- Lieu : Montréal
- Renseignements : A.P.E.S., tél. : 514 286-0776 ou www.apesquebec.org