



Meilleures pratiques pour réduire
les erreurs médicamenteuses
par omission d'administration (EMOA)
dans les centres hospitaliers (CH)
et les centres d'hébergement et
de soins de longue durée (CHSLD)

SOMMAIRE EXÉCUTIF

du rapport d'ETMI classique

Auteurs

Sylvie St-Jacques, Ph. D., responsable scientifique
Isabelle Deaudelin, M. Sc., professionnelle en ETMISSS
Julie Cummings, M. A., professionnelle en ETMISSS
Nadine Bolduc, M. A., professionnelle en ETMISSS
Gjin Biba, Ph. D., professionnel en ETMISSS

Gestionnaires du mandat

Sandra Lavigne (jusqu'en mars 2018), adjointe au directeur de l'enseignement et des affaires universitaires - développement des instituts universitaires
Catherine Safiany (depuis avril 2018), chef de service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et de la bibliothèque

Recherche documentaire

Renée-Claude Landry, technicienne en documentation, CIUSSS de la Capitale-Nationale
Nathalie Mousseau, bibliothécaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale (jusqu'en février 2017)

Conception graphique

Nancy Benoit et Karine Binette, techniciennes en arts graphiques, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Ce sommaire exécutif est tiré du rapport d'ETMI : St-Jacques, S., Deaudelin, I., Cummings, J., Bolduc, N., et Biba, G. (2018). *Meilleures pratiques pour réduire les erreurs médicamenteuses par omission d'administration (EMOA) dans les centres hospitaliers (CH) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*. Rapport d'ETMI classique, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 101 p.

Responsabilité et déclaration de conflits d'intérêts

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CIUSSS de la Capitale-Nationale, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et les membres de l'Unité d'ETMISSS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

Ce projet a bénéficié du soutien financier du Programme de soutien aux initiatives en évaluation des technologies et des modes d'intervention (PSI-ETMI) mis de l'avant par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

Production

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
525, boulevard Wilfrid-Hamel Québec (Québec) G1M 2S8
www.ciu-ss-capitalenationale.gouv.qc.ca
Dépôt légal, 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-85616-0 (PDF)

PROBLÉMATIQUE

L'erreur médicamenteuse est définie comme « tout événement évitable qui peut causer ou entraîner une utilisation inappropriée d'un médicament ou un préjudice à un malade, alors que le médicament est sous le contrôle d'un professionnel de la santé, du client ou du consommateur. Ces événements peuvent être attribuables à la prestation des soins, aux produits de santé utilisés, aux procédures et aux systèmes en place, incluant la prescription, la communication de l'ordonnance, l'étiquetage, l'emballage et la nomenclature, la composition, la dispensation, la distribution, l'administration, l'éducation, la surveillance et l'utilisation » (NCC-MERP, 2017). L'erreur médicamenteuse peut être potentielle ou avérée (lorsque l'utilisateur est atteint), sans conséquence ou avec des conséquences temporaires, permanentes ou causant le décès et se produire lors de la prescription, de la transcription, de la préparation et de la dispensation des médicaments ou au moment de l'administration à l'utilisateur.

Les erreurs d'administration représentent une proportion importante des erreurs médicamenteuses, tant en milieu hospitalier que dans les résidences pour personnes âgées (MSSS, 2017; Berdot et coll., 2013). Puisqu'elles se produisent à la dernière étape du circuit du médicament, les erreurs d'administration sont les moins susceptibles d'être interceptées avant d'atteindre l'utilisateur (Berdot et coll., 2013).

CONTEXTE

Au Québec, l'erreur médicamenteuse représente le deuxième type d'événement en importance parmi les accidents qui surviennent lors de la prestation des soins et des services de santé. De toutes les erreurs médicamenteuses déclarées, l'erreur médicamenteuse par omission d'administration (EMOA) est la plus fréquente (MSSS, 2017). Bien que les conséquences de ce type d'erreur soient rarement graves, elles ne sont pas négligeables, surtout pour la clientèle fragile des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Considérant la fréquence et le risque de préjudice des EMOA, ce type d'erreur représente un problème préoccupant pour le système de santé.

OBJECTIF

Quelles interventions permettent de réduire les EMOA en centres hospitaliers et en centres d'hébergement et de soins de longue durée?

› Pour de plus amples informations, consulter le rapport au : https://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/docs/Publications/rapport_emoa_2018-10-18.pdf

MÉTHODOLOGIE

Une revue systématique de la littérature a été réalisée dans les bases de données bibliographiques *Embase, Medline, CINAHL, Web of Science, Scopus et PsycINFO*. Une recherche de littérature grise a également été effectuée dans plusieurs sites Web pertinents.

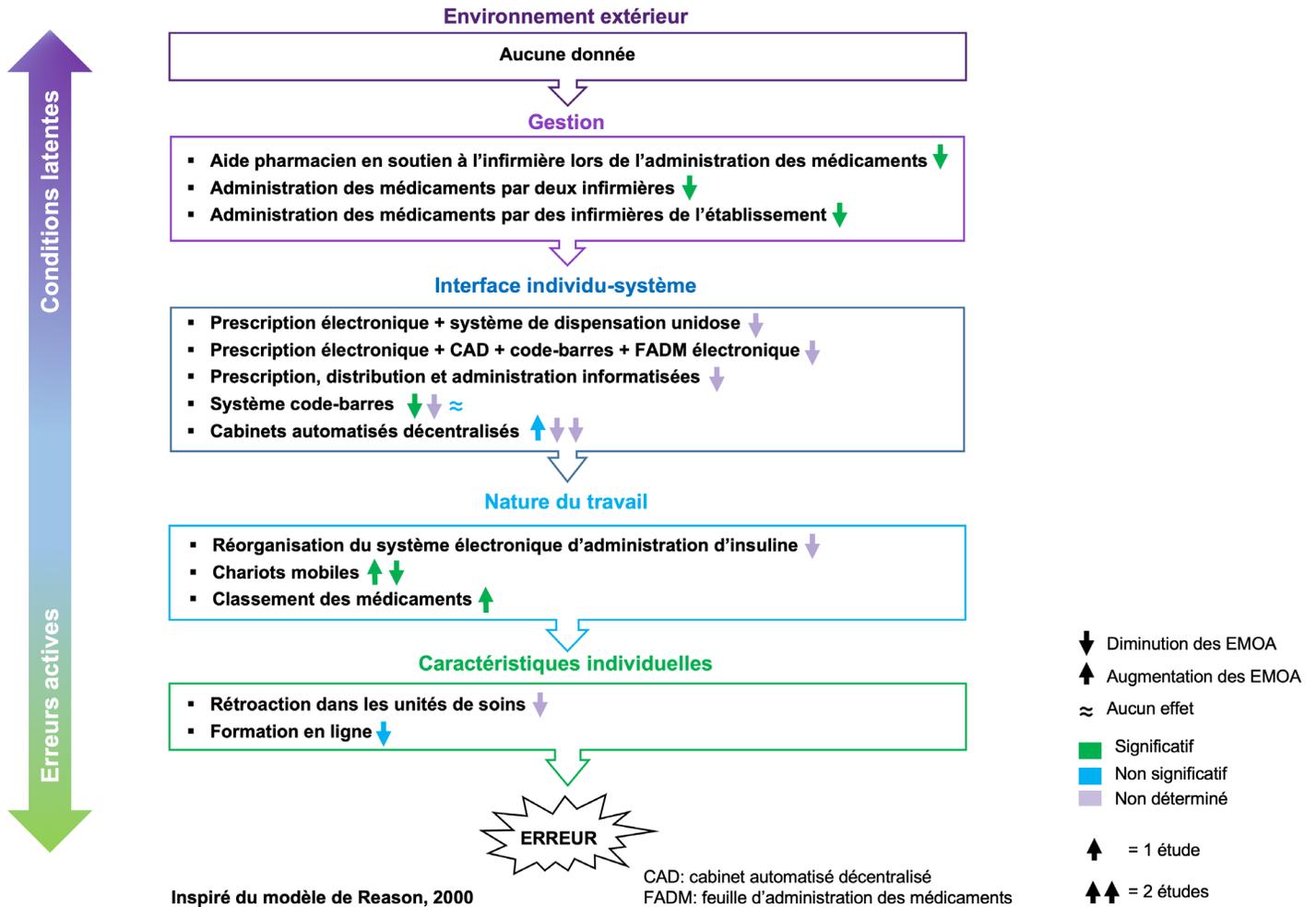
RÉSULTATS

Dix-sept études documentant 18 interventions pour lesquelles l'impact sur les EMOA a été mesuré ont été retenues. Les interventions ont été classées selon le facteur de risque ciblé en utilisant le modèle de processus d'erreur de *Reason* (2000) qui illustre les principaux facteurs qui doivent être abordés pour mieux comprendre la nature des événements indésirables évitables (**Figure 1**). Ce modèle est basé sur une perspective systémique qui implique une interdépendance entre les erreurs individuelles et les erreurs systémiques. Les **erreurs actives** sont celles commises par les individus qui sont au cœur de l'action auprès des usagers. Les **conditions latentes** sont des facteurs contributifs potentiels qui sont à l'état dormant dans le système de soins.

Le modèle de *Reason* présente ces éléments selon cinq niveaux :

- 1 › Les facteurs de premier niveau sont les **caractéristiques individuelles** qui ont un impact direct sur la performance des individus œuvrant auprès des usagers;
- 2 › La composante de second niveau, la **nature du travail**, réfère aux caractéristiques du travail lui-même;
- 3 › Au troisième niveau figurent les environnements physique et organisationnel ainsi que les **interfaces individu-système**. Ces interfaces relient le système cognitif humain, doté d'acquis par l'expérience, de la formation ou de l'entraînement, et le système technologique, doté de logiciels dans un contexte d'optimisation de la tâche à accomplir;
- 4 › Au quatrième niveau se trouve la **gestion**. Les conséquences d'une mauvaise planification ou de mauvaises décisions peuvent s'accumuler graduellement et interagir avec les éléments d'autres niveaux;
- 5 › Les gestionnaires, pour leur part, sont soumis aux pressions exercées par l'**environnement extérieur**. En façonnant le contexte dans lequel les soins sont prodigués, l'environnement extérieur influence la sécurité des usagers et la qualité des soins.

Figure 1 : Synthèse des résultats selon le modèle de Reason (Reason, 2000)



Parmi les 18 interventions retenues, neuf ciblent les interfaces individu-système, quatre ciblent la nature du travail, trois ciblent la gestion et deux ciblent les caractéristiques individuelles. Prenant en compte la qualité méthodologique des études et la cohérence des résultats, les interventions visant l'interface individu-système ainsi que l'ajout de personnel expérimenté lors de l'administration des médicaments permettraient de réduire les taux d'EMOA.

Figure 2 : Facteurs de risque d'EMOA identifiés dans la littérature



D'autre part, dix documents ont présenté des données sur les facteurs de risque d'EMOA en CH (**Figure 2**). Les caractéristiques individuelles des professionnels impliqués dans l'administration des médicaments et l'environnement organisationnel représentaient les niveaux les plus documentés, avec respectivement cinq et six études, suivi par la nature du travail.

CONCLUSION

La robustesse des devis et la qualité méthodologique des études ainsi que le manque d'analyses statistiques sont à souligner. Par conséquent, plus d'études portant sur une même intervention et utilisant des devis robustes seraient nécessaires pour émettre des recommandations fortes.

Différentes **limites** sont à considérer dans l'interprétation des résultats de cette ETMI. Tout d'abord, il n'y a pas de consensus concernant la définition des EMOA. Par exemple, certaines incluent les retards d'administration et d'autres non. Ensuite, la survenue d'EMOA est mesurée en utilisant différentes méthodes, soit par observation, soit à partir des feuilles d'administration de médicaments, des dossiers des patients ou des formulaires de déclaration d'erreurs médicamenteuses. Enfin, les taux d'EMOA ne sont pas tous calculés en utilisant le même dénominateur. Certains utilisent le nombre d'erreurs d'administration et d'autres les opportunités d'erreurs (toutes les doses administrées plus les doses omises).

Au Québec, comme dans plusieurs études dans la littérature, les erreurs médicamenteuses sont mesurées à partir des déclarations d'incidents et d'accidents. Cette méthode est cependant associée à une sous-déclaration systématique des incidents et accidents liés à la médication, un phénomène connu particulièrement pour l'omission de doses (Munzner et coll., 2012; Gammie et Donn, 2013). Considérant l'importance de la déclaration et de la documentation des erreurs médicamenteuses pour le développement et l'évaluation d'interventions performantes, il est essentiel que les établissements de santé développent une culture de non-blâme.

RECOMMANDATIONS

L'analyse des résultats permet toutefois d'émettre les recommandations suivantes concernant les meilleures pratiques pour réduire les EMOA :

- › Informatiser les étapes du circuit du médicament;
- › Implanter des systèmes code-barres;
- › Utiliser des cabinets automatisés décentralisés sur les unités de soins;
- › Impliquer deux personnes lors de l'administration des médicaments.

D'autre part, dans le but de bien documenter les erreurs médicamenteuses et les facteurs de risques qui leurs sont associés et ce, dans le but de développer des interventions pertinentes et de les évaluer par la suite, il est recommandé de :

- › Développer des stratégies visant à améliorer la déclaration et la documentation des EMOA dans les CH et les CHSLD.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Berdot, S. et coll. (2013) *PLoS One* 8(6): e68856.

Gammie, S. et J. Donn (2013) *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 22(6) : 676.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (2017), Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Québec, Gouvernement du Québec.

Munzner, E. E., et coll. (2012). *J Pharm Pract Res*, 42(4): 264-267.

National Coordinating Council for Medication Error reporting and Prevention (NCC MERP) (2017)
<http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>

Reason, J. (2000) *BMJ*, 320: 768-770.

UETMISSS

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec 