

## SURDOSAGE DE MÉDICAMENTS

### L'HISTOIRE

Le 20 février, Monsieur Jacobs, 76 ans, est admis aux urgences pour une fracture de l'avant-bras gauche, suite à une chute. Le patient est opéré le jour même. L'intervention se déroule sans difficulté particulière et les suites sont simples : le médecin prescrit un traitement antalgique et anticoagulant. La sortie est prévue le 23 février.

Le 22 février, la veille du départ de Monsieur Jacobs, l'infirmier de nuit débute son tour de soins. En passant en revue les dossiers des patients, il s'aperçoit que Monsieur Jacobs n'a pas reçu son traitement anticoagulant comme prévu. Celui-ci n'est pas tracé dans son dossier. L'infirmier

décide d'administrer l'anticoagulant. Selon lui, mieux vaut tard que jamais, et il trace cette administration dans le dossier du patient.

Le lendemain, lors du changement d'équipe, le personnel de nuit et le personnel du matin se retrouvent pour faire le transfert des soins. Lors des échanges d'informations, l'infirmier de nuit précise avoir administré le traitement anticoagulant à Monsieur Jacobs car celui-ci n'avait pas été réalisé par l'infirmière de l'après-midi. L'infirmière de jour, qui était présente la veille, affirme qu'elle se souvient très bien avoir administré le traitement, cependant elle a oublié de noter l'acte dans le dossier

du patient. Celle-ci explique qu'au moment de l'administration un collègue est venu l'interrompre pour lui demander de l'aide avec un autre patient et cela a perturbé son travail.

Pour une question de sécurité, il est décidé de garder le patient une journée de plus afin de vérifier les potentiels effets indésirables du surdosage. Une prise de sang pour numération plaquettaire est également réalisée. Les résultats de l'examen indiquent aucun signe hémorragique et la numération plaquettaire est normale.

Le patient quitte l'hôpital le 24 février.

### L'ANALYSE

À la suite de la lecture de cet évènement indésirable, trois points d'analyse peuvent être mis en avant :

#### Traçabilité des soins

La traçabilité des soins s'avère primordiale pour la sécurité du patient. Le dossier du patient est un outil essentiel de travail car il permet d'organiser les soins et leur continuité mais aussi de coordonner les actions entre les différents professionnels (Zegers et al, 2011). Comme nous pouvons le constater, un dossier incomplet peut engendrer une vision erronée de l'état du patient, du diagnostic ou des soins prodigués, ce qui peut entraîner des conséquences plus au moins graves pour le patient. La qualité du support utilisé joue également un rôle majeur dans le remplissage du dossier, notamment la rapidité du réseau informatique, le matériel disponible en quantité suffisante ainsi que la facilité d'accès. Les supports informatiques qui permettent de prendre des notes au chevet du patient (par exemple : tablettes, logiciels portables) sembleraient améliorer la qualité des dossiers médicaux (Amarasingham et al, 2009).

#### Interruption de tâche

Une interruption de tâche affecte l'attention des professionnels, peut générer du stress et entraîner une erreur dans la mise en œuvre de la procédure, un oubli de reprendre la tâche interrompue ou un défaut de contrôle. Réduire les interruptions de tâche constitue un enjeu de sécurisation de la prise en charge du patient, même si certaines interruptions sont reconnues comme justifiées. Les interruptions sont normalement dues à des défauts d'organisation, de répartition des tâches ou de communication ou à un manque de sensibilisation des professionnels sur les conséquences de ces interruptions. Il est important d'organiser et de distribuer les tâches de façon équitable, mais également de sensibiliser et éduquer les professionnels sur cette problématique. Ces derniers

doivent pouvoir déterminer quels sont les dérangements urgents, refuser de se laisser interrompre et gérer l'interruption de tâche si nécessaire (par exemple : recours à la technique « minute d'arrêt » : repérer le point précis de son interruption et reprendre la tâche en toute sécurité) (HAS, 2016).

#### Points de transition

La transmission de renseignements cliniques d'un professionnel de santé à un autre joue un rôle primordial dans la prestation de soins sécuritaires et efficaces. L'insuffisance ou les erreurs de transmission des informations sur le patient au moment du changement d'équipe sont l'une des causes les plus fréquentes d'erreurs médicales à l'hôpital (Merten et al, 2016). Les transferts et les changements d'équipe à plusieurs épisodes du trajet de soins augmentent le risque de mauvaise communication et de perte d'informations importantes sur les patients. Celui qui prend la relève doit disposer de suffisamment de renseignements sur le patient, ses soins, son traitement, sa condition actuelle et les changements récents pour pouvoir assurer la continuité des soins. En plus des méthodes écrites, comme le dossier du patient, des outils de communication orale ont été développés afin de structurer et standardiser le contenu des renseignements à transférer. L'outil SAED ou l'outil I-PASS sont deux exemples d'outils simples qui permettent d'uniformiser la structure d'une conversation et d'aider le personnel à préparer le transfert de soins. Dans notre exemple, l'infirmière de jour aurait pu utiliser une des techniques de communication orale pour faire part du traitement réalisé et ainsi éviter le surdosage.

Pour en savoir plus :

Haute Autorité de Santé (HAS). Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments - L'interruption de tâches lors de l'administration des médicaments - « Comment pouvons-nous créer un système où les bonnes interruptions sont autorisées et les mauvaises bloquées ? HAS. 2016

Amarasingham R, Plantinga L, Diener-West M, et al. Clinical information technologies and inpatient outcomes: a multiple hospital study. Arch Intern Med 2009;169:108e14. Zegers M, de Bruijne C, Spreeuwenberg P, Wagner C, Groenewegen P, van der Wal G. Quality of patient record keeping: an indicator of the quality of care? BMJ Qual Saf. 2011;20(4):314-8

Kalisch J, Aebbersold M. Interruptions and multitasking in nursing care. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010 ;36(6) :126-32

Merten H, van Galen L, Wagner C. Safe handover. BMJ. 2017;359:j4328