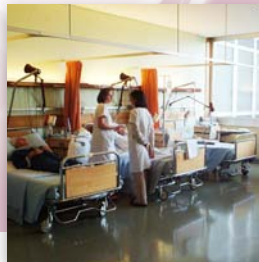


Solutions Pour La Sécurité Des Patients - Préambule - Mai 2007



La prestation des soins de santé se heurte à des problèmes de sécurité très divers au niveau mondial. Bien que la traditionnelle devise de la médecine « avant tout, ne pas nuire » soit rarement bafouée intentionnellement par médecins, infirmières et autres personnels de santé, il demeure que chaque jour et dans tous les pays des patients subissent des dommages au cours des traitements qu'ils reçoivent. Nous devons avant tout admettre cette vérité dérangeante et rejeter l'idée que le statu quo est acceptable. Il faut en outre, et c'est peut-être le plus important, agir pour remédier aux problèmes qui contribuent à rendre les soins dangereux.

Tout patient a droit de recevoir des soins qui soient efficaces et sûrs en toute circonstance.

Les dommages involontairement infligés aux patients en cours de traitement ne constituent pas un phénomène nouveau puisque le premier cas enregistré date du 17^e siècle avant J.C. A cette époque, ce genre de cas était traité de manière strictement punitive (en coupant la main du chirurgien, par exemple). De nos jours, les solutions pour l'amélioration de la sécurité des patients offrent une approche plus constructive dont le succès (des soins plus sûrs) dépend d'une part de la capacité des soignants à travailler en équipe et à communiquer efficacement entre eux ainsi qu'avec les patients, et d'autre part de l'attention portée à la conception des modes de prestation de soins et des systèmes d'appui. Alors que l'on prend de plus en plus conscience des problèmes de sécurité dans les soins de santé, le moment est venu d'élaborer et de diffuser des solutions pour la sécurité des patients.

Fort heureusement, les dirigeants de certains pays développent des arguments en faveur d'une réforme des soins de santé qui passe par l'élévation de leur qualité et l'élimination ou la correction de certaines pratiques connues pour être dangereuses ou sources de gaspillages. De même, les patients et leurs familles, maintenant mieux à même d'obtenir des informations leur per-

mettant de décider de leurs traitements et de choisir leurs prestataires, exigent aussi plus de sécurité dans les soins. Les sont enfin davantage en mesure de baser leurs prises de décisions cliniques sur des connaissances factuelles.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé en 2005 l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients et identifié six domaines d'action. L'élaboration de « Solutions pour la sécurité des patients » est l'un de ces domaines. La Commission commune et la Commission commune internationale furent, la même année, désignées Centre collaborateur de l'OMS pour les solutions en matière de sécurité des patients, avec la charge d'entreprendre et de coordonner l'élaboration et la diffusion de solutions pour la sécurité des patients. Les conclusions de cette composante de l'Alliance mondiale seront soumises à la communauté mondiale des soignants en tant que « solutions pour la sécurité des patients ».

► DÉFINITION, PRIORISATION ET DIFFUSION DES SOLUTIONS :

Des erreurs et effets indésirables peuvent résulter de divers problèmes à différents niveaux du système de soins de santé, par exemple au niveau du soutien de l'État (par ex. le financement), au niveau d'un établissement ou d'un système de soins (par ex. l'infrastructure ou les procédures), ou au point de contact entre patients et praticiens (par ex. l'erreur humaine). Les Solutions qui résulteront de cette initiative ne concerneront pas les causes sous-jacentes des problèmes de la sécurité des patients (par ex. moyens inadaptés), mais viseront plutôt les niveaux spécifiques où une bonne conception des procédures peut éviter que d'éventuelles erreurs humaines ne nuisent au patient. Les Solutions auront donc pour objectif de promouvoir un environnement et des systèmes d'appui qui minimisent le risque de dommages malgré la complexité et le défaut de normalisation des soins de santé modernes.

Dans le présent contexte, le terme « Solution pour la sécurité des patients » est défini comme suit :

Toute conception de système ou intervention ayant démontré sa capacité de prévenir ou d'atténuer les dommages causés aux patients par les modes de prestation des soins de santé.

L'élaboration de solutions pour ce domaine d'action de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients requiert des recherches approfondies afin de définir et prioriser les problèmes de sécurité devant être traités et d'examiner toute solution à ces problèmes pouvant être adoptée, adaptée ou affinée en vue d'une diffusion internationale. Un comité d'orientation international, réunissant des experts internationaux dans le domaine de la sécurité des patients, supervise le choix des sujets et l'élaboration d'une série de Solutions. Les Solutions candidates sont ensuite priorisées selon leur impact potentiel, les données probantes, et la faisabilité de leur mise en œuvre ou de leur adaptation dans tous les pays, compte tenu des différences culturelles et économiques. Les Solutions prioritaires sont ensuite examinées par des groupes consultatifs régionaux dans différentes parties du monde et peuvent faire l'objet d'une évaluation sur le terrain par internet, ce qui permet à toute partie intéressée de présenter des commentaires et des propositions. Enfin le Comité d'orientation international approuve les Solutions qui sont alors transmises à l'OMS pour publication et diffusion.

► STRUCTURE DES SOLUTIONS POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS :

- Titre de la Solution pour la sécurité des patients
- Exposé du problème et impact
- Contexte et principaux points
- Mesures proposées
- Mesures ultérieures
- Application
- Implication des patients et de leur famille
- Données probantes
- Obstacles éventuels à la mise en œuvre
- Risques d'effets indésirables
- Références bibliographiques
- Autre choix de références

► PREMIÈRES SOLUTIONS POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS :

1. Médicaments qui se ressemblent ou ont des noms à consonance similaire
2. Identification des patients
3. Communication lors des changements de prestataires

4. Pratiquer le bon geste chirurgical au bon endroit
5. Contrôler la concentration des solutions d'électrolytes
6. Veiller à la conformité des traitements médicamenteux lors des changements de prestataire
7. Cathéters, sondes, intubations : éviter les erreurs de branchement
8. Utilisation d'un matériel d'injection à usage unique
9. Améliorer l'hygiène des mains pour éviter les infections associées aux soins

► ÉTAPES SUIVANTES :

Le processus de définition, de priorisation et de diffusion des Solutions décrit plus haut a été rendu nécessaire par la complexité et les difficultés de la mise en œuvre de ces dernières dans le monde. En outre, mesurer efficacement l'impact et les effets à long terme de chaque Solution s'avère difficile. Afin de mieux définir les problèmes liés à la mise en œuvre des Solutions ainsi qu'à l'évaluation de leur impact et de leurs effets à long terme, un programme pilote distinct est également en cours d'exécution. Ses résultats serviront de base à de futures stratégies pour une large mise en œuvre des Solutions.

La transformation de fond que souhaite l'Alliance mondiale implique une évolution des cultures institutionnelles et professionnelles, mais de nombreuses difficultés apparaîtront à mesure que l'on s'attaquera aux valeurs, aux croyances et aux comportements des instances dirigeantes des institutions et des organismes professionnels. Une telle transformation est requise d'urgence pour faciliter les changements nécessaires en première ligne, c'est-à-dire là où les soins sont effectivement dispensés. Les Solutions offrent les connaissances et les moyens nécessaires pour prendre en charge la sécurité des patients à plusieurs niveaux, y compris, mais pas seulement, aux niveaux gouvernemental et industriel, au niveau des systèmes et des structures de soins de santé, et enfin, aux niveaux individuels du praticien et du patient.

L'information cumulée relative au programme des Solutions est traitée sur une seule base de données sécurisée et rendue accessible au public sur un site internet stable hébergé par la Commission commune internationale pour la sécurité des patients. Pour de plus amples informations ou pour présenter des suggestions sur les Solutions à venir, se rendre à l'adresse internet suivante: www.jcipientientsafety.org.

► REMERCIEMENTS :

Les Solutions pour la sécurité des patients ont pu être élaborées grâce au soutien et à l'expertise des membres du Comité d'orientation international suivants :

- ▶ Dr Ahmed Abdellatif, Bureau régional de l'OMS pour la région de la Méditerranée orientale, Egypte
- ▶ James P. Bagian, MD, PE, Directeur, VA National Center for Patient Safety, États-Unis d'Amérique
- ▶ Dr Enrique Ruelas Barajas, Subsecretario de Innovación y Calidad, Mexique
- ▶ Michael Cohen, RPh, MS, Sc.D., Président, Institute for Safe Medication Practices, États-Unis d'Amérique
- ▶ Diane Cousins, RPh, Vice présidente, United States Pharmacopeia, États-Unis d'Amérique
- ▶ Charles R. Denham, Président, Leapfrog Group Safe Practices Program, États-Unis d'Amérique
- ▶ Kaj Essinger, Président, Hope, Suède
- ▶ Dr Giorgi Gegelashvili, membre du Parlement, Président adjoint, Géorgie
- ▶ Helen Glenister, Director Safer Practice, National Patient Safety Agency, Royaume Uni
- ▶ Carolyn Hoffman, Directrice des opérations, Institut canadien pour la sécurité des patients, Canada
- ▶ Dr Diana Horvath, Directeur général, Australian Commission for Safety and Quality in Health Care, Australie
- ▶ Dr Tawfik Khoja, Directeur exécutif, Health Ministers Council for the Gulf Cooperation, Arabie Saoudite
- ▶ Niek Klazinga, Projet relatif aux indicateurs de la qualité des soins de santé, Division sanitaire de l'OCDE, Professeur et Directeur du Département de médecine sociale de l'université d'Amsterdam, Pays Bas
- ▶ Dr Chien Earn LEE, Directeur principal, Healthcare Performance Group, Ministère de la Santé, Singapour
- ▶ Dr Tebogo Kgosietsile Letlape, Président, The World Medical Association, Inc., Afrique du Sud
- ▶ Dr Beth Lilja, Directrice, Société danoise pour la sécurité des patients, Danemark
- ▶ Henri R. Manasse, Jr., PhD, ScD, Vice président exécutif, American Society of Health-System Pharmacists, États-Unis d'Amérique
- ▶ M. Rashad Massoud, MD, MPH, Vice président, Institute for Healthcare Improvement, États-Unis d'Amérique
- ▶ Dr Ross McL Wilson, Director, Centre for Healthcare Improvement, Northern Sydney, Australia
- ▶ Andre C. Medici, Economiste sanitaire principal, Division des programmes sociaux, Banque interaméricaine de développement, Amérique Latine
- ▶ Dr Ali Jaffer Mohammad, Directeur général des affaires sanitaires, Ministère de la Santé, Sultanat d'Oman

- ▶ William B. Munier, MD, Directeur, Center for Quality Improvement and Patient Safety, Agency for Healthcare Research and Quality, États-Unis d'Amérique
- ▶ Margaret Murphy, Irlande
- ▶ Melinda L. Murphy, RN, MS, CAN, Vice Présidente, National Quality Forum, États-Unis d'Amérique
- ▶ Dr Zulma Ortiz, Professeur d'épidémiologie, Université de Buenos Aires, Argentine
- ▶ Diane C. Pinakiewicz, MBA, Président, National Safety Foundation, États-Unis d'Amérique
- ▶ Didier Pittet, Directeur du programme de lutte contre les infections, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Suisse
- ▶ Shmuel Reznikovich, Ministère israélien de la Santé, Tel Aviv, Israël
- ▶ Barbara Rudolph, Director of Leaps and Measures, Leapfrog Group, États-Unis d'Amérique
- ▶ Susan E. Sheridan, Président, Consumers Advancing Patient Safety (CAPS), États-Unis d'Amérique
- ▶ Dr LUI Siu-fai, Hong Kong Hospital Authority, Hong Kong, RAS, Chine
- ▶ Ronni P. Solomon, Jd, Vice président exécutif et Conseiller général, ECRI, États-Unis d'Amérique
- ▶ Per Gunnar Svensson, Directeur général, Fédération internationale des hôpitaux, Suisse
- ▶ Stuart Whittaker, Chief Executive Council for Health Services Accreditation for South Africa (COHSASA), Afrique du Sud
- ▶ Robin Youngson, MD, New Zealand EpiQaul Committee, Nouvelle-Zélande

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication exprime les vues collectives du Centre Collaborateur de l'OMS pour les solutions en matière de sécurité des patients et celles de son comité international d'orientation et ne reflète pas nécessairement les décisions ou la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.

Médicaments qui se Ressemblent ou ont des Noms à Consonance Similaire

Solutions pour la Sécurité des Patients

volume 1, solution 1 | Mai 2007



► EXPOSÉ DU PROBLÈME ET IMPACT :

L'existence de noms de médicaments qui prêtent à confusion est l'une des causes d'erreur de médication les plus répandues et constitue un sujet de préoccupation dans le monde entier (1). Avec les dizaines de milliers de médicaments présents sur le marché, le risque d'erreur due à des noms prêtant à confusion est important. Ces noms comprennent des dénominations communes et des noms commerciaux (marques ou noms déposés). De nombreux noms de médicaments se ressemblent ou ont la même consonance. Contribuent également à cette confusion les écritures illisibles, la connaissance imparfaite des noms de médicaments, les produits récemment mis sur le marché, les emballages ou étiquetages similaires, la similarité des usages cliniques, des concentrations, des formes galéniques et des fréquences d'administration et enfin l'incapacité des fabricants et des autorités de réglementation à reconnaître les risques d'erreur et à procéder à

une évaluation rigoureuse des risques de confusion, tant pour les dénominations communes que pour les noms commerciaux, avant de donner leur aval à de nouveaux noms de produits (2, 3).

On dénombrait en 2004 plus de 33 000 marques déposées et 8 000 dénominations communes de médicaments dans les seuls États-Unis d'Amérique (4), et l'on estime à 24 000 le nombre de produits thérapeutiques présents sur le marché canadien (5). L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP) a établi une liste de 8 pages de noms de médicaments ayant causé des erreurs de médication (6). Il existe de nombreux autres groupes de noms similaires ou ayant une même consonance qui peuvent conduire à des erreurs de médication. Le tableau 1 met en parallèle des paires de noms qui ont été une source de confusion dans plusieurs pays.

Tableau 1 – Mise en parallèle de paires de noms de médicaments prêtant à confusion dans certains pays
Nom commercial en italique – Dénomination commune en gras

Pays	Nom commercial (dénomination commune)	Nom commercial (dénomination commune)
Australie	<i>Avanza</i> (mirtazapine)	<i>Avandia</i> (rosiglitazone)
	<i>Losec</i> (oméprazole)	<i>Lasix</i> (furosémide)
Brésil	<i>Losec</i> (oméprazole)	<i>Lasix</i> (furosémide)
	<i>Quelicin</i> (succinylcoline)	<i>Keflin</i> (céfalotine)
Canada	<i>Celebrex</i> (célécoxib)	<i>Cerebyx</i> (fosphénitoïne)
	<i>Losec</i> (oméprazole)	<i>Lasix</i> (furosémide)
France	fluoxétine	<i>Fluvoxamine</i>
	<i>Reminyl</i> (galantamine bromhydrate)	<i>Amarel</i> (glimépiride)
Irlande	<i>Losec</i> (oméprazole)	<i>Lasix</i> (furosémide)
	morphine	hydromorphone
Italie	<i>Diamox</i> (acétazolamide)	<i>Zimox</i> (amoxicilline trihydrate)
	<i>Flomax</i> (morniflumate)	<i>Volmax</i> (sulfate de salbutamol)
Japon	<i>Almarl</i> (arotinolol)	<i>Amaryl</i> (glimépiride)
	<i>Taxotere</i> (docétaxel)	<i>Taxol</i> (paclitaxel)
Espagne	<i>Dianben</i> (metformine)	<i>Diovan</i> (valsartan)
	<i>Ecazide</i> (captopril/hydrochlorothiazide)	<i>Eskazine</i> (trifluopérazine)
Suède	<i>Avastin</i> (bevacizumab)	<i>Avaxim</i> (vaccin de l'hépatite A)
	<i>Lantus</i> (insuline glargine)	<i>Lanvis</i> (thioguanine)

► QUESTIONS CONNEXES :

Le Groupe d'experts des Dénominations communes internationales de l'Organisation mondiale de la Santé travaille à l'élaboration de dénominations communes des substances médicinales pharmaceutiques pour les faire adopter dans le monde entier. Les noms de marques sont eux créés par le promoteur du produit et diffèrent souvent sensiblement d'un pays à l'autre. Certains médicaments peuvent, suivant les pays, contenir des principes actifs différents tout en étant commercialisés sous des noms identiques ou ayant une consonance similaire. En outre, le même médicament peut avoir plus d'un nom de marque s'il est commercialisé par plusieurs sociétés.

Les noms de marques ou commerciaux, également appelés noms déposés, sont approuvés par des autorités de réglementation telle que la Food and Drug Administration aux États-Unis ou le comité des spécialités pharmaceutiques (CPMP) dans l'Union Européenne. Ces dernières années, les autorités ont, parmi d'autres critères du choix de la dénomination, évalué le risque de confusion avec d'autres médicaments. Les fabricants de médicaments ont également introduit des méthodes informatisées de sélection et des tests auprès de praticiens dans leur processus d'élaboration des noms de médicaments. Malgré ces efforts, on approuve encore de nouveaux noms identiques à des noms existants et des erreurs de médication continuent de se produire. De plus, l'adoption de deux noms similaires ne pose pas seulement des problèmes dans le pays d'origine mais également ailleurs. C'est ainsi que les médicaments Losec (oméprazole) et Lasix (furosémide) constituent un problème dans le monde entier. Il faut davantage de recherches pour mettre au point les meilleures méthodes permettant d'éviter de confondre les nouveaux noms de marques et les nouvelles dénominations communes. Les autorités mondiales de réglementation et l'industrie pharmaceutique doivent en outre accorder une plus grande attention aux problèmes de sécurité associés aux noms de médicaments.

Le risque croissant d'erreurs dû aux médicaments similaires ou homonymiques a été souligné aux États-Unis d'Amérique dans la publication de la Commission commune Sentinel Event Alert (7), et incorporé dans ses objectifs nationaux pour la sécurité des patients (8). Les recommandations insistent sur la nécessité de garantir la lisibilité des ordonnances en améliorant leur écriture ou leur impression, ou en utilisant des bons de commande pré-imprimés ou la prescription électronique. Exiger que les commandes de médicaments et les ordonnances indiquent à la fois le nom de marque et la dénomination commune, la forme galénique, la concentration, les indications et le mode d'emploi aiderait à différencier les médicaments similaires ou homonymiques. L'obligation de relire¹ les commandes orales et d'améliorer la communication avec les patients sont d'autres moyens de réduire le risque d'erreurs (9). Parmi les autres recommandations visant à réduire au minimum les confusions entre des noms médicaments similaires figurent l'analyse périodique des noms de nouveaux produits, le rangement à part des médicaments prêtant à confusion dans toutes les zones de stockage, la mention sur les commandes de médicaments du nom de marque et de la dénomination commune pour faire ressortir les doublons, et l'emploi de la police de caractères « tall man » (mélangeant majuscules et minuscules, par ex. DOPamine comparé à DoBUTamine) pour bien marquer les différences entre les noms de médicaments (10). Il est également recommandé d'inclure ce problème des médicaments similaires ou homonymiques et du risque important d'erreurs de médication qu'ils entraînent dans la formation professionnelle et l'enseignement généra, sans quoi on pourra difficilement le résoudre. En adoptant de telles mesures, les organismes de prestation de soins de santé peuvent réduire dans une large mesure le risque d'erreurs de médication dues aux médicaments similaires et homonymiques.

Si de nombreuses erreurs ont lieu en milieu hospitalier, le problème est au moins aussi grand dans les services de consultations externes qui exigent la même rigueur dans la mise en œuvre des stratégies de réduction des risques.

1 - Procédé par lequel une commande orale est reçue, transcrite, puis relue à l'expéditeur. Ce procédé permet de s'assurer que le message a été correctement entendu et transcrit.

► MESURES PROPOSÉES :

Les États Membres de l'OMS sont invités à envisager les stratégies suivantes :

1. Faire en sorte que les organismes de prestation de soins de santé recherchent activement et gèrent les risques associés aux médicaments similaires ou homonymiques :
 - a. En passant chaque année en revue les médicaments similaires et homonymiques utilisés par eux.
 - b. En mettant en œuvre des protocoles cliniques qui :
 - Réduisent au minimum les commandes verbales et téléphoniques.
 - Insistent sur la nécessité de lire attentivement l'étiquette chaque fois que l'on va chercher un médicament et de nouveau avant l'administration, au lieu de se fier à une simple reconnaissance visuelle, à la mémorisation du lieu d'entreposage, ou à d'autres vagues signaux.
 - Insistent sur la nécessité de déterminer à quelles fins le médicament a été prescrit/commandé et de vérifier avant de l'administrer qu'il existe bien un diagnostic correspondant à l'indication.
 - Comportent l'indication de la dénomination commune ainsi que du nom de marque des médicaments sur les commandes et les étiquettes, la dénomination commune étant inscrite à proximité du nom de marque avec des caractères de plus grande taille.
 - c. En élaborant des stratégies qui permettent d'éviter les confusions et les erreurs d'interprétation causées par des ordonnances ou des commandes de médicaments illisibles, et notamment les stratégies qui :
 - Exigent que les noms et le dosage des médicaments soient imprimés.
 - Fassent ressortir les différences entre les noms de médicaments par des méthodes telles que l'emploi de la police de caractères « tall man ».
 - d. En stockant les médicaments qui posent problème à part ou dans un ordre autre qu'alphabétique, par exemple par numéro de boîte de rangement, sur les étagères, ou dans des distributeurs automatiques.
 - e. En utilisant des techniques tels que des caractères gras et des variations de couleur pour réduire le risque de confusion associé à l'usage de noms de médicaments similaires et homonymiques sur les étiquettes, les boîtes de rangement et les étagères, les écrans d'ordinateur, les distributeurs automatiques, et les archives médicales.
 - f. En élaborant des stratégies pour impliquer les patients et leurs soignants dans la réduction des risques, notamment :
 - En fournissant aux patients et à leurs soignants une information médicale écrite, comportant l'indication thérapeutique, la dénomination commune et le nom de marque, et les effets secondaires possibles.
 - En élaborant des stratégies pour les patients souffrant d'un handicap visuel, parlant une autre langue, ou ayant une connaissance limitée des soins de santé.

- ▶ *en prévoyant l'examen par le pharmacien des médicaments prescrits, en consultation avec le patient, pour confirmer les indications et vérifier que le produit a bien l'apparence requise, notamment lorsque l'on sait que son appellation pose problème.*
- g. En veillant à ce que toutes les étapes du processus de gestion des médicaments soient exécutées par des personnes qualifiées et compétentes.
- 2. Inclure une formation sur les médicaments dont la similarité et l'homonymie risque de poser problème dans les programmes d'enseignement, d'orientation et de formation continue destinés aux professionnels de la santé.
- 3. Veiller à ce que les organismes en charge de l'approvisionnement en médicaments:
 - a. Incluent dans leur processus d'acquisition de nouveaux produits des mesures concernant les médicaments similaires et homonymiques avec des tests auprès des usagers.
 - b. Sachent qu'un même nom de marque peut être associé à des médicaments différents suivant les pays.
- 4. Faire accorder une attention accrue à la sécurité des patients lors du choix des noms de médicaments et contribuer à l'élimination des noms de médicaments prêtant à confusion en participant aux travaux des instances nationales et internationales de réglementation, de normalisation et de consultation.
- 5. Collaborer avec les organismes internationaux et l'industrie pour mettre en oeuvre:
 - a. L'adoption d'une convention universelle pour la dénomination des médicaments.
 - b. La comparaison, avant son agrément, de tout nouveau nom de médicament avec les noms existants.
 - c. La normalisation des suffixes (par ex. médicaments à libération prolongée).
 - d. Des stratégies axant les efforts sur les médicaments nouvellement mis sur le marché.

▶ MESURES ULTÉRIEURES :

- ▶ Les États Membres qui envisagent de recourir à des technologies telles que la prescription médicale informatisée, les codes barres ou les distributeurs automatiques doivent connaître les risques liés à l'informatisation. Parmi ceux-ci figure la taille limitée des champs de saisie, qui entraîne la troncature des noms ou le déclenchement de systèmes d' « auto-fill » (coupure automatique entre deux mots des lignes trop longues en cours de frappe). Il faut explorer les moyens d'intégrer dans ces programmes de prescription informatisée des définitions de suffixes et des systèmes d'alerte.

▶ DONNÉES PROBANTES :

- ▶ Opinion concordante d'experts.

▶ APPLICATION :

- ▶ Autorités et organismes de réglementation.
- ▶ Sociétés pharmaceutiques.
- ▶ Programme des Dénominations communes internationales de l'Organisation mondiale de la Santé.
- ▶ Partout où des médicaments sont commandés, délivrés ou administrés.
- ▶ Dans les cas de traitement du malade alité, y compris l'auto-administration des médicaments et leur administration par la famille ou un aidant.

▶ IMPLICATION DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE :

- ▶ Conseiller, instruire, et sensibiliser les patients, les familles et les aidants au sujet des problèmes que peuvent poser les médicaments similaires et homonymiques et des moyens de les éviter (par ex. en leur indiquant comment lire les caractères « Tall Man » sur les étiquettes).
- ▶ Encourager les patients, les familles et les aidants à faire de la dénomination commune le principal moyen d'identification de leurs médicaments.
- ▶ Inciter les patients à alerter les aidants lorsqu'un médicament leur semble différent de celui qui est habituellement pris ou administré.
- ▶ Prévenir les patients du problème des noms similaires lorsqu'ils commandent leurs médicaments sur internet.
- ▶ Encourager les patients à utiliser leur pharmacie locale pour obtenir des renseignements sur les médicaments similaires et homonymiques et autres sources d'erreurs de médication et sur les moyens d'éviter de telles erreurs.

▶ OBSTACLES ÉVENTUELS :

- ▶ Maintien de la production et de la commercialisation de médicaments similaires et homonymiques.
- ▶ Préférences personnelles des prescripteurs et leur refus de se contenter d'un formulaire limité.
- ▶ Complexité des campagnes requises pour informer patients et praticiens.
- ▶ Coûts relatifs à l'introduction d'applications de la prescription électronique.
- ▶ Grande diversité des réglementations pharmaceutiques nationales.
- ▶ Barrières linguistiques entre des professionnels de santé de nationalités différentes, notamment chez ceux qui exercent en tant qu'expatriés dans un pays dont la langue principale est différente de la leur.
- ▶ Manque de ressources pour mettre en œuvre un appui technologique, tel que la prescription informatisée.
- ▶ Usage croissant par l'industrie de conditionnements axés sur la reconnaissance de la marque.
- ▶ Développement croissant de produits associés à concentrations multiples avec les mêmes suffixes descripteurs.
- ▶ Absence de méthode standard pour l'emploi des caractères « tall man ».
- ▶ Emploi systématique des noms de marque au lieu des dénominations communes.
- ▶ Pressions commerciales des sociétés pharmaceutiques en faveur de l'usage des noms de marque.
- ▶ Hésitation des Autorités sanitaires et professionnels peu enclins à encourager l'usage des dénominations communes des médicaments.
- ▶ Crainte que l'emploi des dénominations communes n'entraîne une diminution de la qualité des médicaments si des médicaments « génériques », souvent commercialisés sous leur dénomination commune, sont substitués aux médicaments de marque.
- ▶ Insuffisance des recherches, données, et justifications économiques universellement reconnues sur le rapport coûts-avantages ou le retour sur investissement de l'application de ces recommandations.

► RISQUES D'EFFETS INDÉSIRABLES :

- Besoin subjectif d'augmenter des coûts de productions qui se répercutent sur les patients et les institutions.
- Promotion de l'usage des noms de marque en mettant l'accent sur des stratégies de réduction des risques plutôt que sur leur prévention par l'emploi des dénominations communes.

► RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1. Lambert BL et al. Similarity as a risk factor in drug-name confusion errors. *Medical Care*, 1999, 37(12) : 1214-1225.
2. McCoy LK. Look-alike, sound-alike drugs review : include look-alike packaging as an additional safety check. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2005, 31(1) :47-53.
3. Hoffman JM, Proulx SM. Medication errors caused by drug name confusion. *Drug Safety*, 2003, 26 :445-452.
4. Drug name confusion : preventing medication errors. *FDA Consumer Magazine*, Juillet-Août 2005, 39(4). http://www.fda.gov/fdac/features/2005/405_confusion.html.
5. Look-alike, sound-alike drug names – a step forward. *Hospital News*, Janvier 2004. <http://ismp-canada.org/download/HNews0401.pdf>.
6. La liste des médicaments fréquemment confondus établie par l'ISMP-Canada. Huntingdon Valley, PA, Institute for Safe Medication Practices, 1 Avril 2005 (<http://www.ismp.org/Tools/confuseddrugnames.pdf>, consulté le 11 Juin 2006).
7. Look-alike, sound-alike drug names. *Sentinel Event Alert*, Numéro 19, Mai 2001. Joint Commission. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_19.htm.
8. 2006 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL, The Joint Commission, 2006 (http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm?print=yes, consulté le 11 Juin 2006).
9. Davis NM, Cohen MR, Teplitsky B. Look-alike and sound-alike drug names : the problem and the solution. *Hospital Pharmacy*, 1992, 27 : 95-98, 102-105, 108-110.
10. Filik R et al. Drug name confusion. Evaluating the effectiveness of capital (« Tall Man ») letters using eye movement data. *Social Science & Medicine*, 2004, 59 :2597-2601.

► AUTRE CHOIX DE RÉFÉRENCES:

1. Improve core processes for dispensing medications : eliminate or reduce the availability of multiple medication strengths. *IHI Patient Safety Medication System Changes*. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2006 (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/Improve+Core+Processes+for+Dispensing+Medications.htm> , consulté le 11 Juin 2006).
2. Look-alike/sound-alike medication errors. *Safety First Alert*, Janvier 2001. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. <http://www.macoalition.org/documents/SafetyFirst4.pdf> .
3. National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care : http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/ .

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication exprime les vues collectives du Centre Collaborateur de l'OMS pour les solutions en matière de sécurité des patients et celles de son comité international d'orientation et ne reflète pas nécessairement les décisions ou la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.



Identification des Patients

Solutions pour la Sécurité des Patients

| volume 1, solution 2 | Mai 2007



► EXPOSÉ DU PROBLÈME ET IMPACT :

Dans toute l'industrie de la santé, l'incapacité à correctement identifier les patients continue d'entraîner des erreurs de médication, de transfusion et d'examen, ainsi que des erreurs de personnes lors des opérations, et des cas de nourrissons remis à une autre famille que la leur. D'après l'agence nationale du Royaume Uni pour la sécurité des patients, 236 incidents et problèmes évités de justesse dus à l'absence de bracelets d'identification ou à des bracelets portant des informations erronées ont été recensés de novembre à juillet 2005 (1). Un défaut d'identification des patients est cité par le centre national pour la sécurité des patients du ministère des anciens combattants des États-Unis d'Amérique dans plus de 100 analyses individuelles des causes profondes d'erreur lors d'incidents survenus entre janvier 2000 à mars 2003 (2). Fort heureusement, on dispose de diverses mesures et stratégies pour réduire sensiblement les risques d'erreur dans l'identification des patients.

► QUESTIONS CONNEXES:

Parmi les principaux domaines où des erreurs d'identification des patients peuvent se produire figurent l'administration des médicaments, la phlébotomie, les transfusions sanguines, et les interventions chirurgicales. La tendance à la limitation des heures de travail des membres des équipes cliniques a pour conséquence un accroissement du nombre de personnels soignant un même patient, ce qui augmente le risque de problèmes de communication notamment lors des changements de prestataires (3). La mauvaise identification des patients étant considéré comme la cause principale de nombreuses erreurs, la Commission commune a placé, aux États-Unis d'Amérique, l'amélioration de l'identification des patients en tête de ses objectifs nationaux pour la sécurité des patients fixés en 2003, et cette amélioration demeure une condition requise pour obtenir

l'accréditation (4). Dans certains pays on utilise habituellement des bracelets pour identifier les patients hospitalisés, mais leur absence ou l'inexactitude des informations qui s'y trouvent limitent l'efficacité de ce système. L'usage d'un code couleur avec les bracelets facilite une reconnaissance visuelle rapide de problèmes précis, mais l'absence d'un système de codage normalisé est une source d'erreurs chez les personnels qui dispensent des soins dans plusieurs établissements (5). Des techniques récentes, telles que les codes barres, permettent d'améliorer l'identification des patients et certaines sont d'un bon rapport coût-efficacité (6-11).

Quelque soit la technologie ou l'approche employée pour identifier les patients avec exactitude, une planification détaillée des opérations de soins garantit une identification convenable du patient avant chaque intervention médicale et assure une plus grande sécurité des soins avec un risque d'erreurs sensiblement réduit.

► MESURES PROPOSÉES:

Les États Membres de l'OMS sont invités à envisager les stratégies suivantes :

1. Faire en sorte que les organismes de prestation de soins de santé disposent de systèmes:
 - a. Qui fassent du personnel soignant le principal responsable des mesures à prendre pour vérifier l'identité des patients et s'assurer que chaque patient reçoit les soins (par ex. tests de laboratoire, prélèvement d'échantillons, opérations) qui lui sont vraiment destinés avant leur administration.
 - b. Qui encouragent l'usage d'au moins deux éléments d'identification (par ex. le nom et la date de naissance) pour vérifier l'identité d'un

patient à son arrivée ou lors de son transfert dans un autre établissement et avant l'administration des soins. Le numéro de chambre du patient ne doit pas constituer un de ces éléments.

- c. Qui normalisent les méthodes d'identification des patients utilisés dans les divers établissements d'un même système de soins de santé. Par exemple, l'usage de bracelets d'identification blancs sur lesquels figurent un motif ou une marque normalisées et des informations précises (par ex. le nom et la date de naissance), ou la mise en œuvre de techniques biométriques.
 - d. Qui prévoient des protocoles clairs pour identifier des patients non identifiés par d'autres moyens et pour distinguer les identités de patients portant le même nom. Il faut élaborer et utiliser des techniques autres que verbales pour identifier les patients comateux ou souffrant de confusion mentale.
 - e. Qui encouragent les patients à participer à toutes les étapes du processus.
 - f. Qui encouragent l'étiquetage en présence du patient des conteneurs utilisés pour le sang et autres échantillons.
 - g. Qui prévoient des protocoles clairs pour que l'identité des patients reste indiquée sur leurs échantillons tout au long des opérations de pré-analyse, d'analyse et de post-analyse.
 - h. Qui prévoient des protocoles clairs pour la remise en question des résultats de tests de laboratoire et autres examens lorsqu'ils ne coïncident pas avec les antécédents cliniques du patient.
 - i. Qui prévoient plusieurs vérifications et examens pour éviter la multiplication automatique d'une erreur de saisie informatique.
2. Inclure une formation sur les procédures de vérification de l'identité d'un patient dans les programmes d'enseignement, d'orientation et de formation continue destinés aux professionnels de la santé.
 3. Eduquer les patients sur l'importance et l'intérêt d'une bonne identification des patients, effectuée d'une manière constructive sans porter atteinte à la vie privée.

► MESURES ULTÉRIEURES :

- Envisager la mise en place de systèmes automatisés (par ex. l'enregistrement informatisé des prescriptions, les codes-barres, l'identification par radio fréquences, la biométrie) pour diminuer le risque d'erreurs d'identification dans toute la mesure du possible.

► DONNÉES PROBANTES :

- Opinions concordantes d'experts et rapports de divers établissements faisant état d'une baisse significative des erreurs après l'application de nouvelles méthodes d'identification des patients.

► APPLICATION :

- Partout où des soins sont dispensés.

► IMPLICATION DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE :

- Éduquer les patients sur les risques associés à la mauvaise identification des patients.
- Demander au patient ou à la famille de vérifier les données d'identification pour confirmer leur exactitude.
- Demander aux patients de décliner leur identité avant de recevoir des soins et avant tout diagnostic ou intervention thérapeutique.
- Encourager les patients, leur famille ou leurs proches à participer activement à l'identification, à exprimer leurs inquiétudes au sujet de la sécurité et des erreurs potentielles, et à poser des questions sur la qualité des soins qu'ils dispensent.

► OBSTACLES ÉVENTUELS:

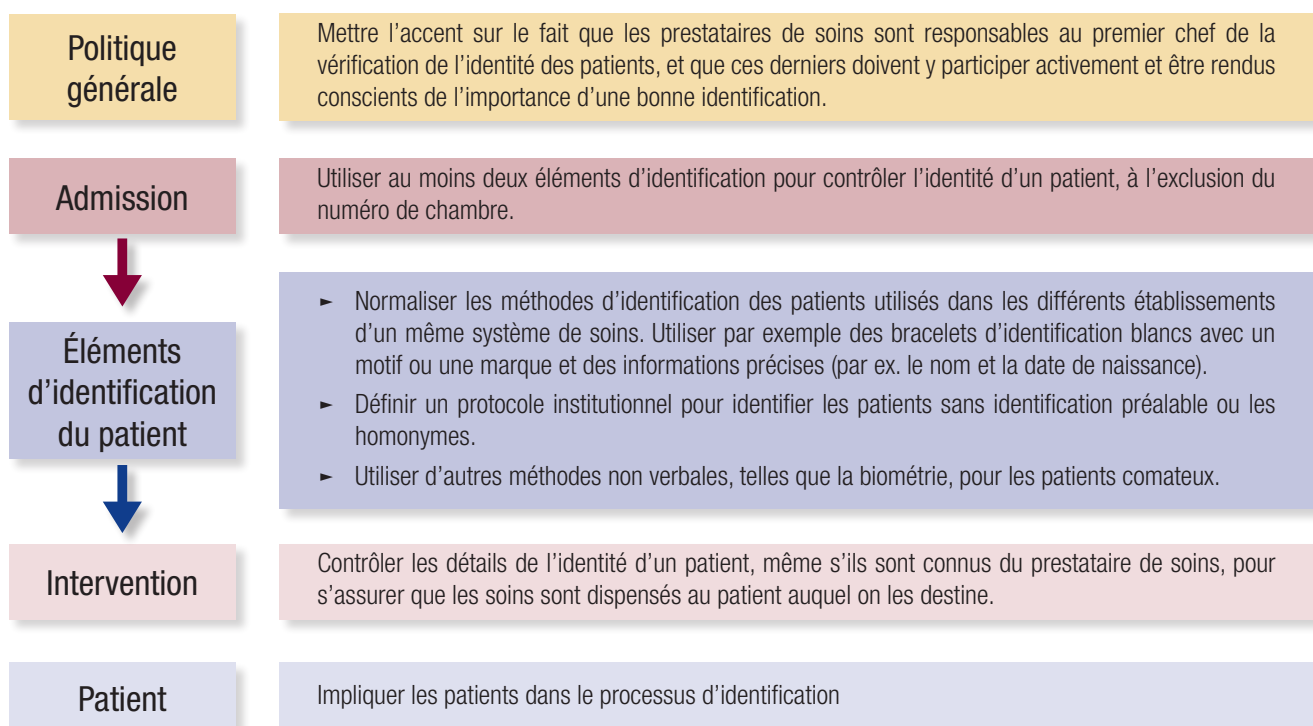
- Difficulté à changer les comportements individuels pour se conformer aux recommandations en évitant les raccourcis et les voies détournées.
- Différences de procédures entre les organismes d'une même zone géographique.
- Différences de procédures entre établissements employant les mêmes praticiens (par ex. code-couleur de bracelets ayant des sens différent selon l'établissement).
- Coûts associés aux solutions techniques possibles.
- Intégration des technologies au sein des organisations leur généralisation.
- Impression chez les prestataires de soins qu'une vérification répétée de l'identité du patient nuit à la relation soignant-soigné.
- Solutions technologiques ne tenant pas compte de l'environnement clinique.
- Augmentation de la charge de travail pour les employés et temps pris sur les soins aux patients.
- Erreurs de frappe et de saisie lors de l'enregistrement des patients sur des systèmes informatisés.

- ▶ Problèmes culturels, notamment :
 - ▶ *Préjugés associés au port d'un bracelet d'identification.*
 - ▶ *Risque élevé d'erreur d'identification des patients dû à la structure des noms, à leur similitude, et à l'inexactitude des dates de naissance des patients âgés.*
 - ▶ *Usage par certains patients de cartes de santé qui ne leur appartiennent pas pour pouvoir accéder aux soins.*
 - ▶ *Vêtements qui masquent l'identité.*
 - ▶ *Méconnaissance des noms locaux chez un nombre croissant d'agents de santé étrangers.*
- ▶ Insuffisance de recherches, données, et justifications économiques universellement reconnues sur le rapport coûts-avantages ou le retour sur investissement de l'application de ces recommandations.

▶ RISQUES D'EFFETS INDÉSIRABLES

- ▶ Préoccupation excessive à l'égard des dispositifs et solutions techniques ou non sans avoir suffisamment envisagé les possibilités offertes par les méthodes élémentaires de soins.
- ▶ Recours à des solutions techniques sans adapter les séquences des tâches aux nouveaux systèmes d'appui.
- ▶ Application de solutions techniques imparfaites sans tenir compte de leurs limites.
- ▶ Elimination des procédures de vérification humaine après la mise en place de systèmes automatisés.
- ▶ Erreurs d'identification des patients masquées par leur réplification rapide dans les réseaux d'ordinateurs.
- ▶ Atteinte éventuelle au droit à la confidentialité des informations et à la vie privée des patients avec des systèmes d'identification normalisés.

EXEMPLE d'Identification de Patients



Cet exemple ne vaut pas pour tous les établissements de soins

► RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1. *Wristbands for hospital inpatients improves safety. National Patient Safety Agency, Safer practice notice 11, 22 novembre 2005.* http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440_Safer_Patient_Identification_SPN.pdf
2. Mannos D. *NCPS patient misidentification study : a summary of root cause analyses. VA NCPS Topics in Patient Safety. Washington, DC, United States Department of Veteran Affairs, juin-juillet 2003* (http://www.va.gov/ncps/TIPS/Docs/TIPS_Jul03.doc, consulté le 11 juin 2006).
3. Thomas P, Evans C. *An identity crisis ? Aspects of patient misidentification. Clinical Risk, 2004, 10 : 18-22.*
4. *2006 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, Ill ; Joint Commission, 2006* (<http://www.jc-patientsafety.org/show.asp?durki=10293&site=164&return=10289>, consulté le 11 juin 2006).
5. *Use of color-coded patient wristbands creates unnecessary risk. Patient Safety Advisory Supplement, Vol. 2, Sup. 2. Harrisburg, Pennsylvania Patient Safety Authority, 14 décembre 2005* (http://www.psa.state.pa.us/psa/advisories/v2_s2_sup__advisory_dec_14_2005.pdf, consulté le 11 juin 2006).
6. Edozien L. *Correct patient, correct site, correct procedure. Safer Health Care, 27 juillet 2005.* http://www.saferhealthcare.org.uk/NR/rdonlyres/6D89DBA8-4414-4092-9CF0-62BEBB80F8D8/0/shc_patientidentification.pdf
7. *Right patient – Right care. Improving patient safety through better manual and technology-based systems for identification and matching of patients and their care. London, National Patient Safety Agency, 2004* (http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/781_Right%20patient%20right%20care%29final%20report.pdf, consulté le 11 juin 2006).
8. Dighe A et al. *Massachusetts General Hospital – bar coded patient wristband initiative : a CPM initiative. IHI National Forum storyboard presentation, décembre 2004 ; Safety Improvement Reports. saferhealth-care, 2005* (<http://www.saferhealthcare.org.uk/IHI/Topics/InTheRealWorld/PatientIdentification/ImprovementReports/MassachusettsGeneralHospital.htm>, consulté le 1^{er} avril 2007).
9. Wright AA et al. *Bar coding for patient safety. New England Journal of Medicine, 2005, 354 : 329-331.*
10. *Emerging technology : hospitals turn to RFID. HealthLeaders, août 2005* http://www.healthleadersmedia.com/print.cfm?content_id=71598&parent=106.
11. *Secure identification : the smart card revolution in health care. The Silicon Trust, 4 juin 2003* (http://www.silicon-trust.com/trends/tr_healthcare.html, consulté le 1^{er} avril 2007).

► AUTRE CHOIX DE RÉFÉRENCES:

1. *Greenly M : Helping Hippocrates : a cross-functional approach to patient identification. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 32 : 463-469, août 2006.*
2. McDonald CJ. *Computerization can create safety hazards : a bar-coding near miss. Annals of Internal Medicine, 2006, 144 :510-516.*
3. *National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care :* http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/.
4. Poon EG et al. *Medication dispensing errors and potential adverse drug events before and after. Annals of Internal Medicine, 2006, 145 :426-434.*

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

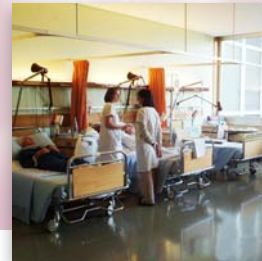
L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication exprime les vues collectives du Centre Collaborateur de l'OMS pour les solutions en matière de sécurité des patients et celles de son comité international d'orientation et ne reflète pas nécessairement les décisions ou la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.

Communication lors des Changements de Prestataire

Solutions pour la Sécurité des Patients

| volume 1, solution 3 | Mai 2007



► EXPOSÉ DU PROBLÈME ET IMPACT :

Lors d'une maladie ou au cours d'une période de soins, un malade peut être soigné par plusieurs médecins et spécialistes dans plusieurs services, y compris pour les premiers soins, les soins ambulatoires spécialisés, les soins d'urgence, les soins intensifs et la rééducation. En outre, les patients doivent souvent se déplacer entre les services de diagnostic, de traitement et de soins et peuvent rencontrer chaque jour trois équipes de personnels, ce qui crée chaque fois un risque pour leur sécurité. La communication qui a lieu à chacun des changements de prestataire pouvant survenir au sein d'un même service ou d'une même équipe de soins peut omettre des informations essentielles, ou certaines informations peuvent être mal comprises. Ces lacunes de la communication peuvent entraîner de graves défaillances dans la continuité des soins, l'administration de traitements inappropriés et éventuellement des dommages chez le patient.

Les lacunes de la communication ont été la cause principale d'événements sentinelles signalés à la Commission commune aux États-Unis d'Amérique entre 1995 et 2006 (1) et la cause principale la plus fréquente des réclamations résultant d'un transfert de patients dont a été saisie une société d'assurance des États-Unis couvrant la responsabilité médicale (2). Parmi les 25 à 30 000 effets secondaires évitables ayant entraîné une invalidité permanente en Australie, 11% étaient dus à des problèmes de communication, et seulement 6% à l'incompétence du praticien (3).

La communication lors des changements de prestataire est le processus par lequel des informations concernant le patient sont transmises d'un soignant à un autre, d'une équipe de soignants à une autre, ou des soignants à la famille dans le but d'assurer la continuité et la sécurité des soins (4). La communication lors des changements de prestataire s'entend aussi du transfert d'informations d'un type d'organisme de santé à un autre, ou de l'organisme au domicile du patient. Les informations échangées portent habituellement sur l'état actuel du patient, son évolution récente, le traitement en cours et les changements ou complications qui peuvent se produire. Les changements de prestataire peuvent survenir dans de nombreuses situations tout au long du

traitement, y compris lors de l'admission à partir d'un service de santé primaire, de l'envoi du patient par son médecin traitant chez un spécialiste, des rapports établis à l'occasion du changement d'équipe, ou du transfert d'un patient d'une unité ou d'un établissement à l'autre, des rapports d'anesthésie destinés au personnel de salle de réveil, de la communication entre la salle d'urgence et le personnel de l'établissement d'accueil transféré, et le départ du patient pour son domicile ou un autre établissement.

► QUESTIONS CONNEXES :

Les problèmes de changement de prestataire sont un sujet de préoccupation dans le monde entier : l'Australie (5) et le Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord (6) ont récemment examiné cette question et émis des recommandations pour la réduction des risques. Il n'existe pas à ce jour de meilleures pratiques pour améliorer la communication lors des changements de prestataires, mais diverses stratégies ont été mises en œuvre et sont actuellement étudiées. Une étude sur les changements de praticiens conclut qu'une communication en face à face, précise et sans ambiguïté est le meilleur moyen de limiter les risques afférents aux changements de prestataire (7). Toutefois, les spécialistes de la sécurité des patients s'accordent à dire que les solutions basées sur une refonte des systèmes de santé sont les plus efficaces pour améliorer la communication lors des changements de prestataire (8). Une meilleure conception des systèmes augmente la capacité des prestataires à communiquer efficacement en tirant parti de la connaissance des facteurs humains (comment les êtres humains sont amenés à faire des erreurs), en introduisant des répétitions dans le processus de soins, en créant des mécanismes contraignants et en diminuant le nombre d'étapes des opérations, ce qui réduit les risques d'erreur.

Les problèmes liés aux changements de prestataires ont en partie leur origine dans la formation ou le manque de formation des prestataires de soins (à l'entraînement d'équipes et aux techniques de communication), dans le manque de bons modèles de rôles, et dans un système de santé

qui favorise et récompense l'autonomie et la performance individuelle. L'attitude des médecins, qui n'ont pas jusqu'ici encouragé les patients et les familles à participer à l'administration des soins, est également responsable. De plus, alors que la spécialisation des prestataires de soins est de nature à améliorer le traitement médical, elle conduit aussi à ce qu'un plus grand nombre de personnes et de services contribuent à soigner le malade, et la communication peut alors être rendue plus compliquée. Le fait que la structure du personnel peut ne pas coïncider avec le profil démographique de la population desservie pose un autre problème qui peut nuire à la communication (9). Les problèmes de langue résultant du recours à un grand nombre de professionnels de la santé venus d'autres pays peut également entraîner des difficultés de communication.

Des leçons sur l'amélioration de la communication lors des changements de prestataire peuvent être tirées d'autres industries à haut niveau de risque telles que l'aviation et le nucléaire. L'une d'elles est la nécessité d'une langue commune pour communiquer des informations critiques. Des techniques d'information sur la situation comme le SCER (Situation, Contexte, Evaluation et Recommandation) peuvent permettre de disposer d'un système de communication normalisé pour les soins aux patients lors des changements de prestataires (10-11). En donnant simplement aux prestataires de soins l'occasion de poser des questions et d'obtenir des réponses, on peut améliorer l'efficacité de la communication lors des changements de prestataires (12), et en simplifiant et en normalisant les notifications des rapports infirmiers de changement d'équipe, on peut développer l'esprit critique et réduire au minimum le temps passé loin du patient (13). La relecture, qui consiste pour la personne recevant l'information de la noter par écrit puis de la relire à l'expéditeur pour se faire confirmer qu'elle l'a bien comprise, est aussi une technique efficace lors des changements de prestataires. Des techniques telles que l'enregistrement électronique de la sortie des patients se sont avérées efficaces pour réduire les taux d'effets secondaires évitables (14). Des réunions communes (interdisciplinaires) permettent également d'améliorer la communication et le transfert d'informations importantes sur les soins du patient (15).

La participation du patient et de la famille dans le processus des soins est considérée de plus en plus comme un aspect important du traitement. Le patient et sa famille étant la seule constante, ils ont donc un rôle essentiel à jouer dans le maintien de la continuité des soins (16). La sortie de l'hôpital est une étape critique où la communication d'informations aux patients et aux familles devient vitale (17-19). La participation des patients est parfois rendue plus difficile par l'insuffisance de leurs connaissances en matière de santé. Le terme connaissances en matière de santé a été défini comme étant la capacité des individus à obtenir, traiter et comprendre les informations et services de base requis pour prendre des décisions appropriées en matière de santé (20). On estime qu'aux États-Unis, au moins 50% des adultes ont un faible degré de connaissances en matière de santé (21). La récapitulation est une technique utilisée pour s'assurer que le patient a bien compris les informations qui lui ont été fournies (22). Il s'agit de demander au patient de décrire ce qu'il vient d'entendre afin d'évaluer son niveau de compréhension.

► MESURES PROPOSÉES :

Les États Membres de l'OMS sont invités à envisager les stratégies suivantes :

1. Faire en sorte que les organismes de prestation de soins de santé adoptent une approche normalisée pour la communication, lors des changements de prestataires, entre les personnels, les équipes et les services concernés par des transferts de patients. Cette approche peut comporter:
 - *L'usage de la technique SCER (Situation, Contexte, Evaluation et Recommandation).*
 - *L'aménagement de délais suffisants pour communiquer les informations importantes et permettre au personnel de poser des questions et d'y répondre sans être interrompu dans tous les cas où cela est possible (le processus de changement de prestataire doit comporter des étapes de récapitulation et de relecture).*
 - *L'apport d'informations concernant l'état du patient, des médicaments qui lui sont administrés, les schémas thérapeutiques, les instructions préalables, et toute évolution importante de l'état du malade.*
 - *La limitation des échanges d'information à ceux qui sont nécessaires à la prestation de soins sans risques au malade.*
2. Faire en sorte que les organismes de soins de santé adoptent des systèmes qui garantissent qu'à la sortie de l'hôpital, le patient et le prestataire de soins suivent reçoivent les informations clés concernant le diagnostic de sortie, les schémas thérapeutiques, les médicaments, et les résultats d'examens.
3. Inclure dans les cursus d'enseignement et de formation continue des professionnels de santé des instructions pour une communication efficace lors des changements de prestataire.
4. Encourager la communication entre les organismes qui dispensent en parallèle des soins au même patient (par exemple des prestataires traditionnels et non traditionnels).

► MESURES ULTÉRIEURES:

- Envisager, lorsqu'elles sont disponibles, l'usage de technologies pouvant améliorer l'efficacité de la communication lors des changements de prestataire, telles que l'informatisation des dossiers médicaux, les systèmes de prescription informatisés et la vérification informatisée de la concordance des médicaments, pour simplifier l'accès aux informations et leur échange.
- Pour garantir l'interactivité et l'efficacité des tâches, mettre en oeuvre des procédures basées sur des technologies électroniques, et prévoir des délais pour des questions ou mises à jour concernant les soins au patient.

► APPLICATION :

- Pour tous les organismes et établissements de soins de santé.

► IMPLICATION DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE :

- Fournir aux patients des informations sur leur état de santé et leur schéma thérapeutique sous une forme qui leur soit compréhensible.
- Informer les patients des médicaments qui leur ont été prescrits, des dosages, et des intervalles requis entre chaque prise.
- Indiquer aux patients quel est le prestataire responsable de leurs soins à chaque changement d'équipe et à qui ils doivent s'adresser s'ils ont des inquiétudes concernant leur sécurité ou la qualité de leurs soins.
- Permettre aux patients de consulter leur dossier médical dans le cadre de la stratégie pour la sécurité des patients.
- Donner aux patients et à leur famille l'occasion de poser aux prestataires toute question concernant les traitements ou d'exprimer leurs inquiétudes éventuelles.
- Informer les patients et les membres de la famille des prochaines étapes du traitement pour qu'ils puissent, si nécessaire, les communiquer au prestataire de l'équipe suivante, ou pour qu'ils soient prêts à être transférés d'un service ou établissement à un autre, ou à leur domicile.
- Faire participer les patients et les membres de la famille aux décisions concernant leurs soins dans la mesure où ils le souhaitent.

► DONNÉES PROBANTES :

- Opinions concordantes d'experts et plusieurs études descriptives.

► OBSTACLES ÉVENTUELS :

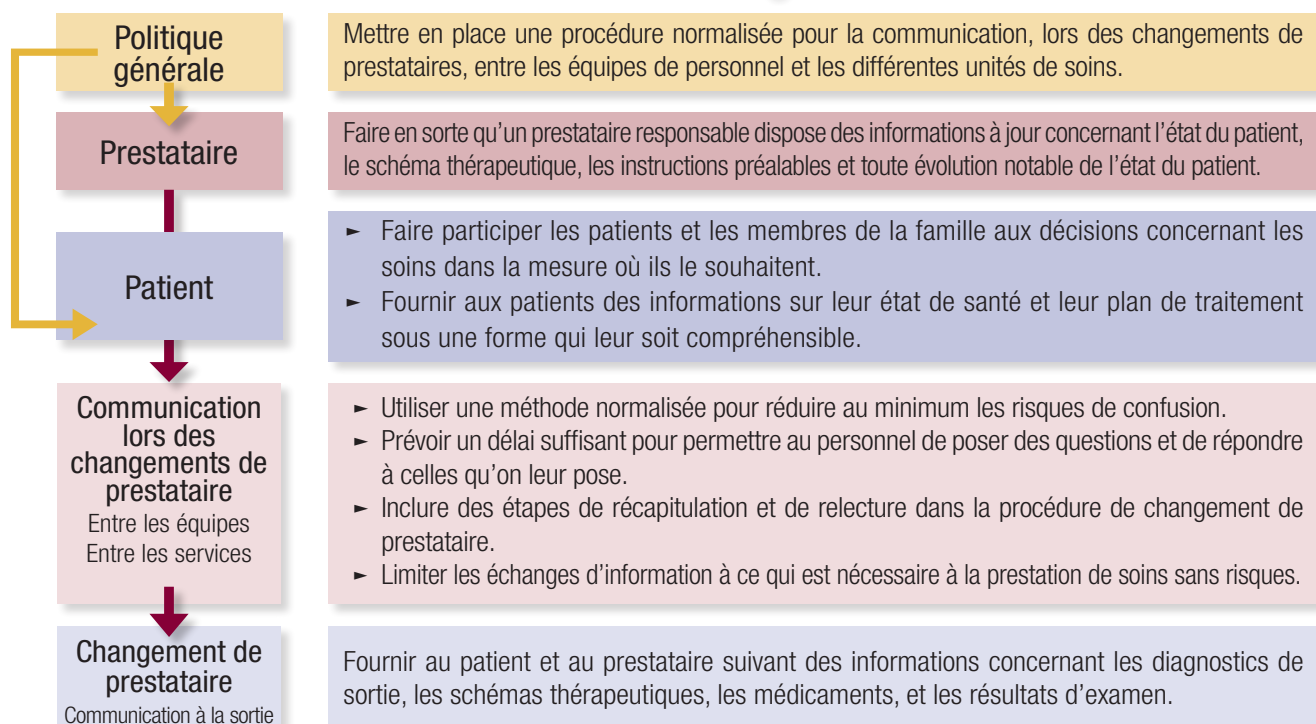
- Réticence des soignants à modifier leurs comportements.
- Manque de temps du fait des soins dispensés au patient et d'autres responsabilités.
- Coût de la formation et temps nécessaire pour la mise en œuvre de nouvelles procédures lors des changements de prestataire.
- Différences culturelles et linguistiques entre les populations de patients et le personnel.
- Faible degré de connaissances en matière de santé.
- Manque de ressources financières et pénurie de personnel.
- Manque de connaissances sur la manière d'améliorer les systèmes.
- Incapacité des responsables à imposer l'adoption de nouveaux systèmes et comportements.
- Défaut d'infrastructure pour les technologies de l'information et compatibilité entre les systèmes.
- Insuffisance des recherches, données, et justifications économiques universellement reconnues concernant le rapport coûts-avantages ou le retour sur investissement de la mise en œuvre de ces recommandations.

► RISQUES D'EFFETS INDÉSIRABLES :

- Retards dans les soins au malade dus à l'allongement de la durée des changements de prestataire.

EXEMPLE

de Communication lors des Changements de Prestataire



Cet exemple ne vaut pas pour tous les établissements de soins

► RÉFÉRENCES :

1. *Root causes of sentinel events, all categories.* Oakbrook, IL : Joint Commission, 2006 (http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AB8F-E8AF6571E372/0/root_cause_se.jpg, consulté le 12 juin 2006).
2. Andrews C., Millar S. Don't fumble the handoff. *MAG Mutual Healthcare Risk Manager*, 2005, 11(28) :1-2. http://www.magmutual.com/mmhc/articles/2005_11_28.pdf.
3. Zinn C. 14,000 preventable deaths in Australia. *BMJ*, 1995, 310 : 1487.
4. 2006 National Patient Safety Goal FAQs. Oakbrook Terrace, IL : Joint Commission 2006 (http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/25E48E23-6946-43E4-916C-65E116960FD5/0/06_npsg_faq2.pdf, consulté le 11 juin 2006).
5. *Clinical handover and patient safety literature review report.* Australian Council for Safety and Quality in Health Care, mars 2005 (<http://www.safetyandquality.org/clinhovrlitrev.pdf>, consulté en 2007).
6. *Safe handover : safe patients – guidance on clinical handover for clinicians and managers.* Hospital at Night Risk Assessment Guide. London, National Patient Safety Agency, 2004 (http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1037_Handover.pdf, consulté le 12 juin 2006).
7. Solet DJ et al. Lost in translation: challenges and opportunities during physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic Medicine*, 2005, 80 : 1094-1099.
8. Comité d'orientation du Centre collaborateur international de l'OMS, réunion des 11-12 juin 2006.
9. *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care.* Washington, DC : United States Department of Health and Human Services, Office of Minority Health, mars 2001 (<http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>, consulté le 12 juin 2006).
10. *SBAR technique for communication: a situational briefing model.* Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>, consulté le 12 juin 2006).
11. *SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians.* 2006, 32(3): 167-175. <http://www.jcipatientsafety.org/docViewer.aspx>.
12. *Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve questions.* *Joint Commission Perspectives on Patient Safety*, 2005, 5 (7):11-11(1). <http://www.jcipatientsafety.org/show.asp?durki=10742&site=184&return=10737>.
13. Hansten R. Streamline change-of-shift report. *Nursing Management*, 2003, 34(8) :58-59.
14. Peterson LA et al. Using a computerized sign-out program to improve continuity of inpatient care and prevent adverse events. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1998, 24(2) :77-87.
15. *Joint Commission International Center for Patient Safety Communication Expert Panel, réunion d'octobre 2006.*
16. Comité d'orientation du Centre collaborateur international de l'OMS. Réunion des 11-12 juin. Voir aussi la Déclaration de Londres, Des patients pour la sécurité des patients, Alliance mondiale de l'OMS pour la sécurité des patients, 29 mars 2006. http://www.who.int/patientsafety/information_center/London_Declaration_May06.pdf.
17. Coleman EA. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. Et al. *Archives of Internal Medicine*, 2006, 166 :1822-1828. <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=4408>.
18. Roy CL et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 143 :121-128. <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=2400>.
19. Forster AJ. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from hospital. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138 :161-167. <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1080>.
20. *The ABCs of health literacy.* Chicago, American Medical Association (http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/15/health_literacy.doc, consulté le 11 juin 2006).
21. Seldon, CR, et al. *Current bibliographies in medicine 2000-1 : Health Literacy.* Bethesda, MD, National Library of Medicine. <http://www.nlm.nih.gov/archive/20061214/pubs/cbm/hliteracy.html>.
22. Schillinger D et al. Closing the loop : physician communications with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163(1) :83-90. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12523921&dopt=Abstract.

► AUTRE CHOIX DE RÉFÉRENCES :

1. *Australian Council for Safety and Quality in Health Care, Passing the Baton of Care – the patient relay, « National Principles for Clinical Handover »* avril 2005. Lien : www.safetyandquality.gov.au.
2. *Institut canadien pour la sécurité des patients, Your healthcare : be involved.* Edmonton, AB. Lien : http://www.oha.com/Client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/page/Your+Health+Care++Be+Involved.
3. *Joint Commission, 2006 Critical Access Hospital and Hospital National Patient Safety Goals.* Oakbrook Terrace, IL, 2006. Link : www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm.
4. *National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care :* http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/.

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

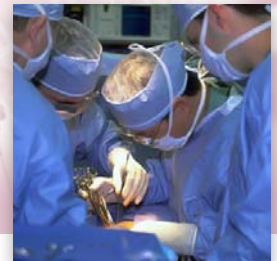
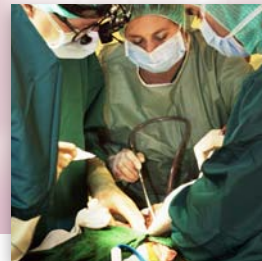
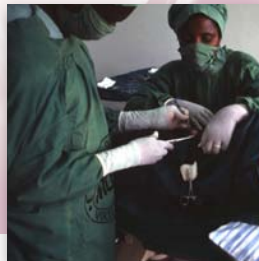
L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. La présente publication exprime les vues collectives du Centre Collaborateur de l'OMS pour les solutions en matière de sécurité des patients et celles de son comité international d'orientation et ne reflète pas nécessairement les décisions ou la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.



Pratiquer le Bon Geste Chirurgical au Bon Endroit

Solutions pour la Sécurité des Patients

| volume 1, solution 4 | Mai 2007



► EXPOSÉ DU PROBLÈME ET IMPACT :

Les erreurs de procédure chirurgicale, qu'elles concernent le côté opéré, l'emplacement exact de l'opération, l'implant voire l'identité de la personne opérée, sont des incidents peu fréquents mais certainement pas rares comme en témoigne l'augmentation régulière du nombre de cas signalés. C'est ainsi qu'aux États-Unis d'Amérique, 88 cas ont été rapportés en 2005 à la Commission commune et plusieurs autres organismes ont également notifié de nombreux cas chaque année.

Considérés comme des événements évitables, ces cas sont largement dus à un défaut de communication et à un manque d'information ou à des informations erronées. Une analyse détaillée montre que l'un des principaux facteurs est l'absence d'une procédure préopératoire normalisée et probablement aussi, un certain degré d'automatisme chez le personnel (qui agit sans réfléchir) au cours des procédures de contrôle préopératoire.

Dans les années 1980, l'Académie d'orthopédie des États-Unis d'Amérique et l'Association canadienne d'orthopédie ont considéré que les erreurs d'emplacement du geste chirurgical posaient un problème et ont préconisé pour les prévenir un marquage de l'endroit opéré. Depuis que la Commission commune a commencé à enregistrer des événements sentinelles et à analyser leurs causes aux États-Unis il y a plus de dix ans, les gestes chirurgicaux pratiqués au mauvais endroit sont le type d'événement sentinelle le plus fréquemment signalé. Deux bulletins d'alerte aux événements sentinelles ont été publiés sur ce sujet, l'un en 1998 et l'autre en 2001 (1,2). En 2003, la Commission commune sur les objectifs nationaux en matière de sécurité des patients s'est attaquée à ce problème en formulant trois prescriptions (3). Etant donné toutefois que l'on continuait à signaler des erreurs concernant l'emplacement du geste chirurgical, la procédure utilisée et l'identité

de la personne opérée (4,5), la Commission commune a organisé un Sommet sur les erreurs d'emplacement des gestes chirurgicaux en collaboration avec 30 autres groupements professionnels des États-Unis. Elle a ensuite cherché à obtenir un large assentiment sur la réalité du problème et la possibilité de l'éviter, sur les principes fondamentaux d'une action préventive et sur des recommandations spécifiques dont l'ensemble constitue désormais un « protocole universel » pour la prévention des erreurs d'emplacement du geste chirurgical qui couvre tous les types d'opération et toutes les procédures.

Plus de 50 associations et organismes professionnels ont depuis approuvé ce Protocole universel. Au cours d'une période de larges consultations, on a reçu plus de 3000 réponses émanant de chirurgiens, infirmières et autres professionnels de la santé dont la grande majorité était favorable au Protocole universel. Pour souligner encore davantage l'importance de la prévention, l'Association des infirmières périopératoires diplômées a parrainé une Journée nationale de la pause. Au Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord, l'Agence nationale pour la sécurité des patients (NPSA) et le Royal College of Surgeons ont mis en place un système d'alerte similaire pour éviter les erreurs de localisation du geste chirurgical qui a été approuvé par six organismes de praticiens et un forum sur les soins de santé (6).

► QUESTIONS CONNEXES:

En examinant l'effet de la mise en oeuvre du Protocole universel de la Commission commune, on constate que, loin de diminuer, le nombre d'actes chirurgicaux effectués du mauvais côté qui sont signalés aux États-Unis augmente. Ce résultat peut être simplement dû à

une meilleure notification, mais il n'en demeure pas moins que l'incidence et la fréquence du problème n'ont pas baissé depuis le lancement du Protocole. Il serait donc indiqué d'entreprendre des recherches plus poussées et de formuler des recommandations visant à améliorer l'organisation du système de soins de santé ainsi que l'ensemble des soins dispensés dans le bloc chirurgical, et à permettre de mieux comprendre les mentalités et comportements des prestataires de soins (et de leurs institutions respectives). Il faut aussi s'attacher à évaluer le rôle des chirurgiens et des autres membres de l'équipe. Ce problème nécessite un ensemble de mesures associant une réorganisation du système et une modification des comportements individuels pour améliorer les résultats.

Les principes de cette Solution doivent s'appliquer à tous les domaines où l'on pratique des interventions et lorsqu'elle est utilisée, la stratégie doit l'être uniformément pour tous les types d'opération et dans toutes les circonstances en vue d'améliorer la régularité et l'observance des prescriptions.

► MESURES PROPOSÉES :

Les États Membres de l'OMS devraient envisager d'adopter les stratégies ci-après.

1. Veiller à ce que le bon geste chirurgical soit pratiqué au bon endroit du corps de l'opéré et faire en sorte que cette précaution soit considérée dans tous les établissements de santé comme une mesure de sécurité prioritaire qui nécessite une direction d'ensemble et la participation active de tous les praticiens et autres personnels de santé de première ligne.
2. Veiller à ce que les structures de soins de santé mettent en place des protocoles :
 - *Qui permettent de vérifier, au stade préopératoire, l'identité du patient et le caractère approprié de la procédure utilisée, de l'emplacement du geste chirurgical et de tout implant ou prothèse éventuels.*
 - *Qui obligent la personne pratiquant l'opération à marquer très clairement sur le corps du patient, avec son assentiment, l'emplacement de l'intervention chirurgicale pour pouvoir ensuite déterminer avec précision où doit s'effectuer l'incision ou l'insertion.*
 - *Qui prévoient une « pause préopératoire »¹ que tout le personnel devra observer immédiatement avant de commencer la procédure opératoire (y compris l'anesthésie correspondante). La pause*

préopératoire doit permettre de s'entendre au sujet de la position du patient sur la table d'opération, de la procédure envisagée, de l'emplacement du geste chirurgical et, s'il y a lieu, de tout implant ou prothèse.

1 - Par « pause préopératoire » on entend une période spécialement prévue pendant de laquelle toute activité clinique est suspendue. Au cours de cette période, tous les membres de l'équipe vérifient séparément le bien-fondé et la bonne exécution du geste clinique envisagé.

► MESURES ULTÉRIEURES :

Les États Membres doivent envisager :

- De contrôler la fréquence et l'incidence des erreurs de localisation du geste chirurgical dans le cadre d'un dispositif de notifications volontaires.
- D'utiliser tout rapport d'incident pour promouvoir une collaboration pluridisciplinaire en vue d'une révision générale de toutes les procédures opératoires.

► DONNÉES CONSIDÉRÉES COMME PROBANTES :

- Analyses tirées de la base de données de la Commission commune sur les événements sentinelles et de la base de données de l'Académie des chirurgiens orthopédiques des États-Unis d'Amérique.
- Consensus d'experts.

► APPLICATION :

- Dans les hôpitaux, les services ambulatoires, et les structures chirurgicales d'entreprise.

► IMPLICATION DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE :

- Faire participer les patients à toutes les phases du processus de vérifications préopératoires pour leur permettre de confirmer au personnel leur accord au sujet de la procédure envisagée.
- Impliquer autant que possible le patient dans le processus de marquage de l'emplacement de l'opération.
- Examiner ces questions au cours du processus d'obtention du consentement éclairé du patient et confirmer les décisions finales lors de la signature de l'acte de consentement.

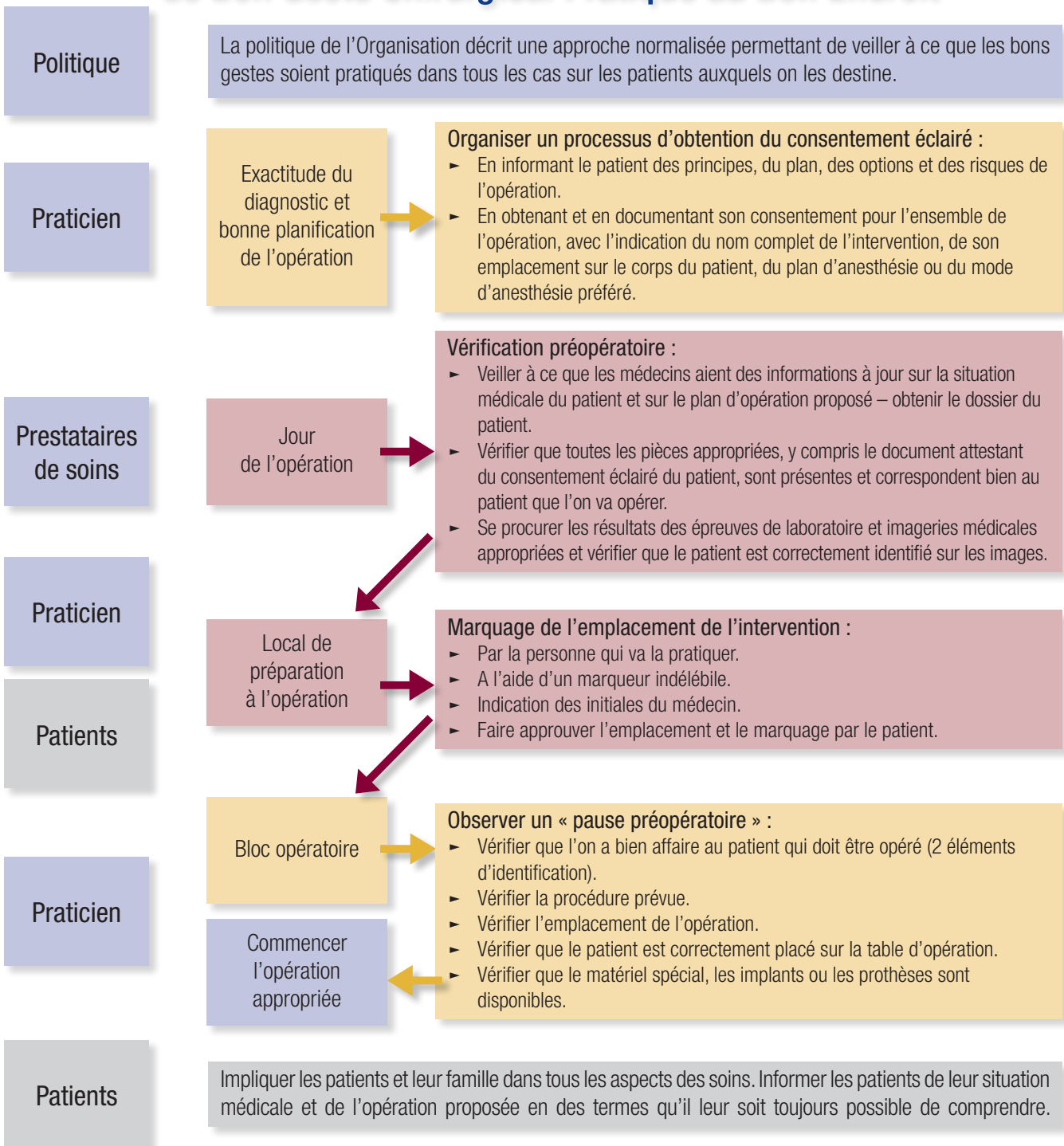
► OBSTACLES EVENTUELS :

- Désaccord du chirurgien au sujet de l'approche normalisée et difficulté à modifier les mentalités et les comportements.
- Non reconnaissance des risques courus dans des cadres de travail autres que la salle d'opération.
- Réticence des infirmières et autres personnels à remettre en question les décisions du chirurgien lorsqu'ils suspectent une erreur éventuelle.

- Insuffisance des effectifs et des compétences pour contester le bien-fondé des procédures.
- Automatisation des comportements au cours de la pause préopératoire (on agit machinalement sans que s'instaure une communication utile).
- Insuffisance des recherches, données et justifications économiques universellement acceptables sur le rapport coût-avantages ou le retour sur investissement de la mise en œuvre de ces recommandations.

EXEMPLE

de Bon Geste Chirurgical Pratiqué au Bon Endroit



Cet exemple n'est pas nécessairement approprié dans toutes les structures de soins

► RISQUES D'EFFETS INDÉSIRABLES :

- Interprétations différentes d'un signe X pouvant signifier « opérer ici » ou « ne pas opérer ici ».
- Divergences dans l'application du protocole universel entre des hôpitaux situés dans une même zone géographique et dont les chirurgiens travaillent dans plusieurs établissements.
- Risque de tatouage permanent sur une peau immature (enfants prématurés).
- Sentiment d'une augmentation de la charge de travail chez le personnel, ce qui risque de réduire son efficacité.

► RÉFÉRENCES :

1. *Lessons learned : wrong site surgery. Sentinel Event Alert, N°6, 28 août 1998. Commission commune. http://www.jointcommission.org/sentinelEventAlert/sea_6.htm.*
2. *Étude de suivi sur des actes chirurgicaux pratiqués au mauvais endroit. Sentinel Event Alert, N° 24, 5 décembre 2001, Commission commune, http://www.jointcommission.org/sentinelEventAlert/sea_24.htm.*
3. *Objectifs nationaux de 2003 en matière de sécurité des patients. Oakbrook Terrace, IL : Commission commune, 2003 (http://www.acha.org/info_resources/jcaho2_02.pdf, consulté le 12 juin 2006).*
4. *Déclaration sur les moyens de veiller à ce que les opérations chirurgicales soient pratiquées sur le bon patient, au bon endroit et conformément à la bonne procédure. Bulletin of the American College of Surgeons, 87 :12, décembre 2002. http://www.facs.org/fellows_info/statements/st-41.html.*
5. *L'AAOS lance la campagne publicitaire de 2003 en faveur du service public. AAOS Bulletin, février 2003. Initiative « Signez votre emplacement » de l'American Academy of Orthopaedic Surgeons.*
6. *Correct site surgery alert. Londres : National Patient Safety Agency, 2 mars 2005.*

► AUTRE CHOIX DE RÉFÉRENCES :

1. *National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Health Care, Lien : http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/*
2. *NPSA Alert, Lien : http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/883_CSS%20PSA06%20FINAL.pdf*
3. *The Universal Protocol Tool, Lien : <http://www.jcipatientsafety.org/show.asp?durki=10815&site=149&return=9334>.*

© Organisation mondiale de la Santé 2007

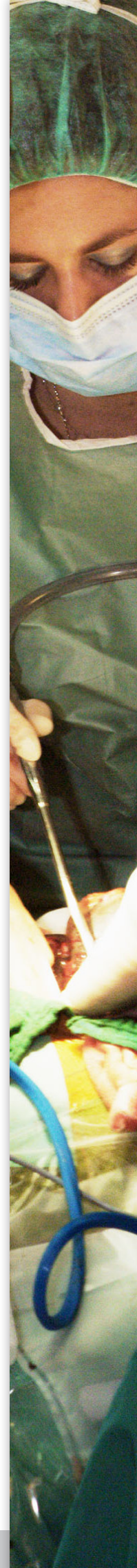
Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

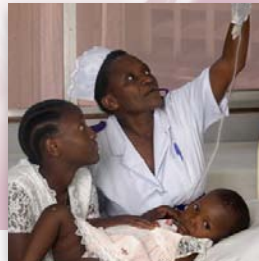
La présente publication exprime les vues collectives du Centre collaborateur de l'OMS pour les solutions en matière de sécurité des patients et celles de son comité international d'orientation et ne reflète pas nécessairement les décisions ou la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.



Contrôler la Concentration des Solutions d'Électrolytes

Solutions pour la Sécurité des Patients

| volume 1, solution 5 | Mai 2007



► EXPOSÉ DU PROBLÈME ET IMPACT :

Le concentré de chlorure de potassium est considéré comme un médicament à haut risque par des institutions d'Australie, du Canada et du Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord (1-8). Aux États-Unis d'Amérique, dix décès de patients dus à des erreurs d'administration de solutions concentrées de chlorure de potassium ont été rapportés à la Commission commune au cours des deux premières années de son programme de notification des événements sentinelles, soit 1996 et 1997 (1). Au Canada, 23 incidents dus à la même cause sont survenus entre 1993 et 1996 (2). On a en outre signalé des décès accidentels causés par l'administration inappropriée d'une solution salée concentrée (3).

Si tous les médicaments, substances biologiques, vaccins et produits de contraste ont un certain profil de dangerosité, les solutions concentrées d'électrolytes injectables présentent un risque particulièrement élevé. On reçoit constamment des rapports tragiques sur des décès et des lésions ou incapacités graves dus à une administration inadéquate de ces médicaments. Le plus souvent, il n'est pas cliniquement possible d'inverser les effets d'électrolytes concentrés qui n'ont pas été convenablement administrés (erreur de dilution, confusion avec un autre médicaments, etc.), de sorte que le décès du patient est l'issue généralement constatée. En bref, ces agents sont mortels lorsqu'ils ne sont pas correctement préparés et administrés.

Il est tout à fait essentiel de planifier la disponibilité, l'accessibilité, la prescription, les commandes, la préparation, la distribution, l'étiquetage, le contrôle, l'administration et le suivi de ces agents de manière à éviter et, si possible, éliminer les accidents éventuels. La normalisation des dosages, des unités de mesure et de la terminologie est la condition sine qua non d'un usage sans risque des solutions d'électrolytes concentrées. En outre, il faut se garder d'intervertir ces solutions (en confondant par exemple le chlorure de sodium et le chlorure de potassium). Ces efforts nécessitent une attention soutenue, des connaissances appropriées, une collaboration interprofessionnelle, des processus de vérification et des autorités de contrôle qui assurent une utilisation sans risque.

► QUESTIONS CONNEXES :

Le retrait des solutions concentrées d'électrolytes, et plus particulièrement du chlorure de potassium, présentes dans les unités de soins a notablement contribué à réduire le nombre de décès et de lésions incapacitantes associés à ces agents. Plusieurs mesures contraignantes sont inhérentes à la décision de retirer ces agents des unités de soins : en effet, il faut que le médicament soit prescrit et commandé ; il doit être convenablement préparé (dilué), conditionné et étiqueté ; enfin, il doit être administré avec soin par un personnel compétent. Si ces produits ne se trouvent pas en premier lieu dans les unités de soins, il n'est pas possible au premier venu d'y accéder pour en prélever et les injecter.

D'aucuns pourraient objecter que ces mesures empêchent de répondre rapidement aux besoins des patients en cas d'urgence, mais il importe de savoir que des plans et procédures destinés à faire face à une telle éventualité peuvent être prévus pour qu'en pareille circonstance, on puisse se procurer des électrolytes concentrés en toute sécurité. A cette fin, il est recommandé d'instaurer une collaboration entre médecins, infirmières et pharmaciens. Des modifications institutionnelles et culturelles peuvent s'avérer nécessaires pour mettre en place des systèmes sûrs et éviter ainsi les décès ou lésions invalidantes dus à un usage inapproprié de solutions d'électrolytes concentrées.

Si les KCl concentrés sont le traitement médicamenteux le plus fréquemment associé aux erreurs d'administration d'électrolytes, le concentré de phosphate de potassium et les solutions salées hypertoniques (>0,9%) ont aussi des conséquences létales lorsqu'ils ne sont pas correctement administrés. Avant que de récents problèmes n'entraînent une révision des pratiques en vigueur, il arrivait fréquemment que des solutions d'électrolytes concentrées soient stockées dans des unités ou dispensaires à proximité d'autres solutions moins dangereuses ayant un conditionnement et un étiquetage similaires. Cette situation, associée à l'habitude de faire préparer les solutés injectables par le personnel de l'unité ou du dispensaire, augmentait le risque d'une administration accidentelle d'électrolytes concentrés pouvant entraîner,

dans certain cas, le décès du patient. Heureusement, un tel risque d'erreur catastrophique peut être entièrement évité à l'aide de quelques précautions élémentaires.

► MESURES PROPOSÉES :

Les États Membres de l'OMS sont invités à envisager l'adoption des mesures suivantes.

1. Veiller à ce que les organismes de prestation de soins de santé mettent en place des systèmes dans lesquels :
 - a. La promotion de pratiques sûres à l'égard du chlorure de potassium et autres solutions d'électrolytes concentrées constitue une priorité et les solutions apportées à ces problèmes se fondent sur des évaluations efficaces des risques à l'échelle de l'institution.
 - b. Le chlorure de potassium est considéré comme une substance soumise à contrôle et fait l'objet de prescriptions qui restreignent les commandes et posent des conditions en matière de stockage et de documentation.
 - c. Les solutions d'électrolytes concentrées sont, en principe, retirées de toutes les unités de soins et stockées uniquement dans une pharmacie ou un local fermé à clef. Si des flacons de potassium sont stockés dans un service de soins spécialisés, ils doivent être marqués séparément au moyen d'une étiquette fluorescente bien visible portant la mention : **DOIT ÊTRE DILUÉ**.
 - d. Lorsqu'on ne dispose pas d'une pharmacie ou d'un local pour le stockage et la préparation de ces solutions, elles ne peuvent être préparées que par une personne qualifiée (médecin, infirmière, préparateur en pharmacie, etc.).
 - e. Après la préparation d'une solution, une deuxième personne convenablement formée et qualifiée procède à une vérification distincte. L'institution doit avoir rédigé une liste de contrôles qui est utilisée à cette occasion.
 - f. Avant l'usage, on doit apposer sur la solution ainsi préparée une étiquette portant la mention : **PRODUIT TRÈS DANGEREUX**.
 - g. Pour administrer une solution concentrée, on utilise une pompe à perfusion. À défaut, on peut envisager d'autres appareils tels que les tubulures buretrol (munies d'un réceptacle entre la poche de solution et le cathéter qui permet de réguler le volume administré), mais il faut vérifier fréquemment les perfusions de solutions concentrées.
 - h. La formation de personnes qualifiées s'appuie sur une infrastructure institutionnelle de sécurité comportant des politiques, des procédures, des meilleures pratiques et des recertifications annuelles appropriées.
 - i. Les ordonnances des médecins doivent indiquer les taux de perfusion pour ces solutions.

► MESURES ULTÉRIEURES :

Les États Membres sont invités à envisager les mesures suivantes :

1. Les solutions d'électrolytes concentrées ne doivent être achetées par les organismes de soins qu'à des concentrations normalisées et limitées.
2. Les organismes de soins de santé ne doivent acheter et utiliser que des solutés injectables prémélangés.
3. L'organisme doit intervenir auprès des laboratoires pharmaceutiques pour qu'ils apposent des étiquettes portant la mention : **PRODUIT TRÈS DANGEREUX** sur tous les flacons de solutions d'électrolytes concentrées.
4. Les organismes de réglementation et les laboratoires pharmaceutiques doivent être incités à améliorer la sécurité de fabrication de ces types de solutions d'électrolytes concentrées.

► DONNÉES PROBANTES :

- Consensus d'experts.

► LIEUX D'APPLICATION :

- Dans les hôpitaux, services de soins ambulatoires, centres chirurgicaux ambulatoires, centres de dialyse et toute autre structure utilisant et administrant des solutions d'électrolytes concentrées.

► IMPLICATION DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE :

- Demander quels traitements médicamenteux sont administrés et pourquoi.
- Apprendre à reconnaître que les solutions de chlorure de potassium et autres solutions d'électrolytes très concentrées peuvent créer des situations dangereuses. Demander des éclaircissements sur leur nécessité et, si leur utilisation s'impose, sur leur voie d'administration.
- S'assurer que le produit a été correctement identifié avant de recevoir un traitement médicamenteux.

► OBSTACLES ÉVENTUELS:

- Dans certaines institutions, les services de pharmacie sont rudimentaires.
- Impression que l'on a besoin de concentrés d'électrolytes immédiatement disponibles, notamment en cas d'urgence ou de situation imprévue.
- Raisons économiques (les produits pharmaceutiques concentrés sont relativement peu coûteux et des poches de KCl prémélangé reviendraient plus cher).

- ▶ Insuffisance des moyens techniques requis pour une administration sans danger (par exemple dispositifs de perfusion).
- ▶ Mauvaise perception des risques par le personnel.
- ▶ Insuffisance des recherches, données et justifications économiques concernant le rapport coûts-avantages ou le retour sur investissement des mesures recommandées.

▶ RISQUE D'EFFETS INDÉSIRABLES :

- ▶ Retards inacceptables dans les livraisons de solutions d'électrolyte par la pharmacie.
- ▶ Stockage progressif de solutions inutilisées dans les unités de soins en vue d'un usage ultérieur.

▶ RÉFÉRENCES :

1. Medication error prevention – potassium chloride. Sentinel Event Alert, N°1, 27 février 1998, Commission commune, http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_1.htm.
2. Alert on potassium chloride solutions. National Patient Safety Agency (Royaume-Uni), 23 juillet 2002.
3. DiPaulo M et al. Accidental death due to erroneous intravenous infusion of hypertonic saline solution for hemodialysis. *International Journal of Artificial Organs*, 2004, 27.9 :810-812.
4. High-alert medications and patient safety. Sentinel Event Alert, N° 11, 19 novembre 1999. Commission commune. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_11.htm.
5. Intravenous potassium chloride can be fatal if given inappropriately (Le chlorure de potassium injectable peut être mortel s'il est mal administré). Safety and Quality Council (Australie) Medication Alert, octobre 2003.
6. Update on the implementation of recommended safety controls for potassium chloride in the NHS (État de la mise en œuvre des contrôles de sécurité recommandés pour le chlorure de potassium dans le Service national de santé). National Patient Safety Agency (Royaume-Uni), 6 novembre 2003.
7. More on potassium chloride (complément d'information sur le chlorure de potassium). *Bulletin de l'Institut canadien pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP)*, 3.11), novembre 2003.
8. Un danger qui se reproduit : les solutions de chlorure de potassium concentrées. *Bulletin de l'Institut canadien pour l'utilisation sécuritaire des médicaments*, 4.3), mars 2004.

▶ AUTRE CHOIX DE RÉFÉRENCES :

1. American Latrogenic Association. *Fatal errors : hospital learn lessons the hard way*, 1997.
2. Brown TR, *Institutional pharmacy practice*, 4^e ed. Bethesda, MD, American Society of Health-System Pharmacists, 2006.
3. *External Patient Safety Review*. Calgary Health Region. Juin 2004.
4. ISMP Canada - Résumé des recommandations sur les précautions à prendre avec le chlorure de potassium : http://www.hqca./pages/news_pages/FINAL_ISMP.pdf.

5. Joint Commission Sentinel Event Alert, High Alert Medications and Patient Safety, 19 novembre 1999, N° 11 : http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_11.htm.
6. Manasse HR, Thompson KK. *Medication safety : a guide for health care facilities*. Bethesda, MD, American Society of Health-System Pharmacists, 2005.
7. *Medication Safety Recommendations from the Institute of Medicine's To Err is Human : Building a Safer Health System* : http://www.nap.edu/catalog.php/record_id=9728.
8. Medication Safety Taskforce of the Australian Council for Safety and Quality in Healthcare. *Intravenous potassium chloride can be fatal if given inappropriately*. Octobre 2003.
9. NPSA Alert on potassium chloride concentrate solutions : http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/486_riskalrtpsa01.pdf.
10. National Quality Forum Never Events : <http://www.qualityforum.org/pdf/news/txSREReportAppeals10-15-06.pdf>.
11. Stevenson T. The National Patient Safety Agency. *Archives of Disease in Childhood*, 90 : 2005.
12. Tisdale JE, Miller DA. *Drug-induced diseases : prevention, detection and management*. Bethesda, MD, American Society of Health-System pharmacists, 2005.
13. Wright v. Abbott Lab, Inc. Nurse's act intervenes to preclude manufacturer liability. 10th Circuit, 6 août 2001.
14. United States Department of Defense. Patient Safety Program. Patient Safety Center Alert. Concentrated electrolyte solutions and high dose epinephrine. 21 novembre 2003.

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication exprime les vues collectives du Centre collaborateur de l'OMS pour les solutions en matière de sécurité des patients et celles de son comité international d'orientation et ne reflète pas nécessairement les décisions ou la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.

Veiller à la Conformité des Traitements Médicamenteux à Chaque Changement de Service ou de Prestataire de Soins

Solutions pour la Sécurité des Patients

| volume 1, solution 6 | Mai 2007



► EXPOSÉ DU PROBLÈME ET IMPACT :

Les erreurs sont fréquentes entre le moment où l'on se procure les médicaments et celui où on les administre au patient, en passant par la prescription, la délivrance et les contrôles, mais c'est surtout aux stades de la prescription et de l'administration qu'elles risquent de se produire (1). Les répercussions sont loin d'être négligeables puisqu'on estime qu'aux États-Unis d'Amérique, ces erreurs sont responsables chaque année de 1,5 million de lésions et de plusieurs milliers de décès, ce qui coûte au pays un minimum de 3,5 milliards de dollars par an (1). D'autres pays industrialisés dans le reste du monde ont aussi constaté que les événements indésirables en rapport avec les médicaments constituent, dans leur système de santé, une cause majeure de lésions et de décès (2,3).

Dans certains pays, jusqu'à 67% des antécédents pharmaceutiques des patients comportent une ou plusieurs erreurs (4), et jusqu'à 46% des erreurs de traitement médicamenteux se produisent lors de la rédaction d'une nouvelle ordonnance à l'entrée ou la sortie du patient (5). L'harmonisation des traitements est un processus conçu pour prévenir les erreurs au moment du passage du patient d'un service ou d'un prestataire à un autre (6). Il consiste :

- À établir la liste la plus complète et la plus exacte possible de tous les traitements médicamenteux en cours chez le patient, ou les meilleurs antécédents pharmaceutiques possibles du patient que l'on appelle aussi la liste des traitements médicamenteux pris à domicile ;
- À comparer cette liste, au moment de prescrire un traitement médicamenteux, avec les ordonnances rédigées lors de l'admission, du transfert et/ou de la sortie du patient ; repérer les différences éventuelles et les porter à l'attention du professionnel de santé qui rédige l'ordonnance ; s'il y a lieu, modifier les prescriptions en s'assurant que les changements sont justifiés ;
- À mettre la liste à jour à mesure que de nouveaux traitements sont prescrits pour qu'elle indique tous les traitements en cours ;

- À communiquer la liste au prestataire de soins suivant chaque fois que le patient est transféré ou renvoyé à son domicile et la remettre au patient au moment de son départ.

Impliquer efficacement le patient et sa famille dans la vérification de la concordance des traitements médicamenteux est une stratégie clé pour repérer et prévenir les erreurs de prescription et d'administration, et partant, réduire le risque d'effets nocifs chez le patient. C'est ainsi que lors de la mise en œuvre d'un programme de vérification de la concordance des traitements médicamenteux axé sur les patients, trois hôpitaux du Massachusetts (États-Unis d'Amérique) ont réduit en moyenne de 85% les erreurs de médication sur une période de 10 mois (7). Des centaines d'équipes de prestataires de soins diffusent cette stratégie et en favorisent l'application dans le cadre des campagnes 100K Lives aux États-Unis d'Amérique (5) et Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! au Canada (8).

► QUESTIONS CONNEXES :

On se heurte à de nombreux obstacles pour appliquer ces programmes avec succès partout où des traitements médicamenteux sont administrés à des patients. Les conditions de la réussite sont les suivantes : appui des dirigeants ; participation active des médecins, du personnel infirmier et des pharmaciens ; équipes efficaces pour la mise en œuvre ; enfin, séances collectives d'apprentissage (9). Les sites web des organismes et mouvements suivants : The Massachusetts Coalition for Prevention of Medical Errors, Institute for Healthcare Improvement et Des soins de santé plus sécuritaires maintenant ! (indiqués dans les références bibliographiques) donnent un choix d'informations pour la mise en œuvre d'un programme de vérification de la concordance des médicaments. Il est un autre facteur essentiel à prendre en considération pour la vérification de la concordance des médicaments : c'est l'adéquation entre les traitements médicamenteux prescrits et la maladie du patient ainsi que ses affections sous-jacentes. Si les pratiques en matière de prescription, y compris les risques inhérents à toute polypharmaco-thérapie, dépassent le cadre d'une telle solution, il n'en demeure pas moins

que la vérification de la concordance des médicaments offre l'occasion de reconsidérer le bien-fondé des traitements administrés au patient chaque fois que l'état de celui-ci évolue ou qu'il est pris en charge par de nouveaux prescripteurs.

► MESURES PROPOSÉES :

Les États Membres de l'OMS sont invités à envisager les mesures suivantes :

1. Veiller à ce que les organismes de soins de santé mettent en place des systèmes normalisés pour collecter et documenter des informations sur tous les traitements médicamenteux en cours chez chaque patient et communiquent la liste ainsi établie à tout nouveau prestataire de soins lors de chacun des changements (admission, transfert, sortie, consultation externe). Voici quelques-unes des informations qu'il convient de collecter :
 - Médicaments délivrés ou non sur ordonnance, vitamines, suppléments nutritionnels, aliments pouvant donner lieu à une interaction, préparations phytosanitaires et drogues douces.
 - Dose, fréquence, voie d'administration et moment de la dernière prise, s'il y a lieu. Chaque fois que cela est possible, vérifier avec le patient la liste des médicaments pris à domicile et déterminer dans quelle mesure le patient se conforme actuellement aux doses prescrites.
 - Origine(s) des médicaments du patient. S'assurer, le cas échéant, de la collaboration du ou des pharmaciens et prestataires de soins de la communauté du patient pour collecter et vérifier les données sur les médicaments prises à domicile.
2. Veiller à ce que les organismes de soins de santé aient adopté des politiques et des procédures claires imposant :
 - L'affichage permanent de la liste des traitements médicamenteux en cours du patient en un lieu bien visible (par exemple sur la feuille de température) où elle soit aisément consultable par les médecins qui rédigent les ordonnances.
 - L'utilisation de la liste des médicaments pris à domicile comme référence pour prescrire des médicaments lors du traitement du patient dans un dispensaire ou un service des urgences ou à l'entrée dans un service hospitalier.
 - La vérification de la concordance des médicaments (comparaison de la liste des traitements médicamenteux en cours avec la médication prescrite pour repérer les omissions, les doubles emplois, les incompatibilités entre les médicaments et l'état clinique du patient, les erreurs de dosage et les interactions potentielles) dans des délais bien définis (par exemple dans les 24 heures qui suivent l'admission ; des délais encore plus brefs doivent être prévus pour les médicaments à haut risque, les variations de dosage potentiellement dangereuses et/ou les traitements imminents).
 - Un processus permettant de s'assurer qu'au moment de la sortie, la liste des médicaments est mise à jour de

manière à indiquer tous les traitements, nouveaux ou en cours, que le patient doit suivre à sa sortie, ainsi que les traitements domiciliaires précédemment interrompus qui doivent être repris. Cette liste doit être communiquée au(x) prestataire(s) de soins suivant(s) ainsi qu'au patient dans le cadre des instructions données à la sortie. Le mieux serait que le patient se débarrasse des médicaments qui ne doivent plus être pris.

- Une claire répartition des rôles et responsabilités à toutes les étapes du processus de vérification de la concordance des médicaments entre des personnes qualifiées qui sont tenues de rendre compte de leurs activités. Parmi ces personnes peuvent figurer le médecin du service de soins de santé primaires du patient, d'autres médecins, des infirmières, des pharmaciens et autres cliniciens. Les qualifications des personnes responsables seront déterminées par l'organisme de santé dans les limites des lois et règlements en vigueur.
 - L'accès à l'information appropriée et aux avis du pharmacien, dans la mesure du possible, à toutes les étapes du processus de vérification de la concordance des médicaments.
3. Incorporer une formation sur les procédures de vérification de la concordance des médicaments dans les programmes d'enseignement, d'orientation et de formation continue destinés aux professionnels de la santé.

► MESURES ULTÉRIEURES :

1. Élaborer un modèle de fiche ou autre formulaire normalisé que le patient portera sur lui et où figurera la liste détaillée des médicaments qu'il prend.
2. Envisager de recourir à la technologie et d'utiliser des dossiers médicaux électroniques pour faciliter le processus de vérification de la concordance des médicaments.

► DONNÉES PROBANTES :

- De multiples études comparatives non contrôlées indiquent une réduction des taux d'erreur de médication lorsque des programmes de vérification de la concordance des médicaments ont été appliqués avec succès (10-12).

► APPLICATION :

- Dans tous les types d'organismes de santé.

► IMPLICATION DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE :

- Pour être parfaitement efficace, le processus de vérification de la concordance des médicaments doit impliquer les patients et leur famille ; il faut donc encourager les patients à participer et leur donner les moyens de le faire. Il faut en outre :
- Enseigner aux patients comment utiliser les médicaments sans risque et leur donner accès à une information fiable, pertinente et compréhensible sur leurs traitements médicamenteux.
- Le patient étant le mieux placé pour connaître tous les traitements prescrits par de multiples soignants, penser à lui de-

mander de mettre tous ses médicaments dans une poche et de les prendre avec lui chaque fois qu'il va à l'hôpital ou chez un médecin pour une consultation.

- ▶ Inciter les patients, leur famille et les aidants à tenir à jour une liste exacte de tous leurs médicaments, qu'ils aient été ou non délivrés sur ordonnance, y compris les préparations phytosanitaires et les suppléments nutritionnels, en indiquant aussi leurs antécédents vaccinaux et toute réaction allergique ou indésirable à un quelconque médicament. Cette liste doit être révisée et mise à jour à chaque contact avec un prestataire de soins.
- ▶ Indiquer aux patients les risques présentés par les médicaments, pris individuellement ou en association, en accordant une attention particulière aux personnes auxquelles des médications multiples ont été prescrites par plusieurs prestataires.
- ▶ Inviter les patients et leur famille à n'utiliser qu'une seule pharmacie, non seulement pour se procurer les médicaments mais aussi pour se renseigner à leur sujet.
- ▶ Envisager la mise en place de systèmes d'entraide communautaires pour aider les patients à vérifier leurs listes de médicaments lorsqu'ils sont de retour chez eux.

▶ OBSTACLES POTENTIELS :

- ▶ Temps requis pour l'élaboration d'une politique, la formation du personnel et la mise au point de formulaires.
- ▶ Pénurie de personnel et perception de cette pénurie.
- ▶ Mise en œuvre inefficace consistant à créer des tâches supplémentaires au lieu de revoir l'organisation du travail.

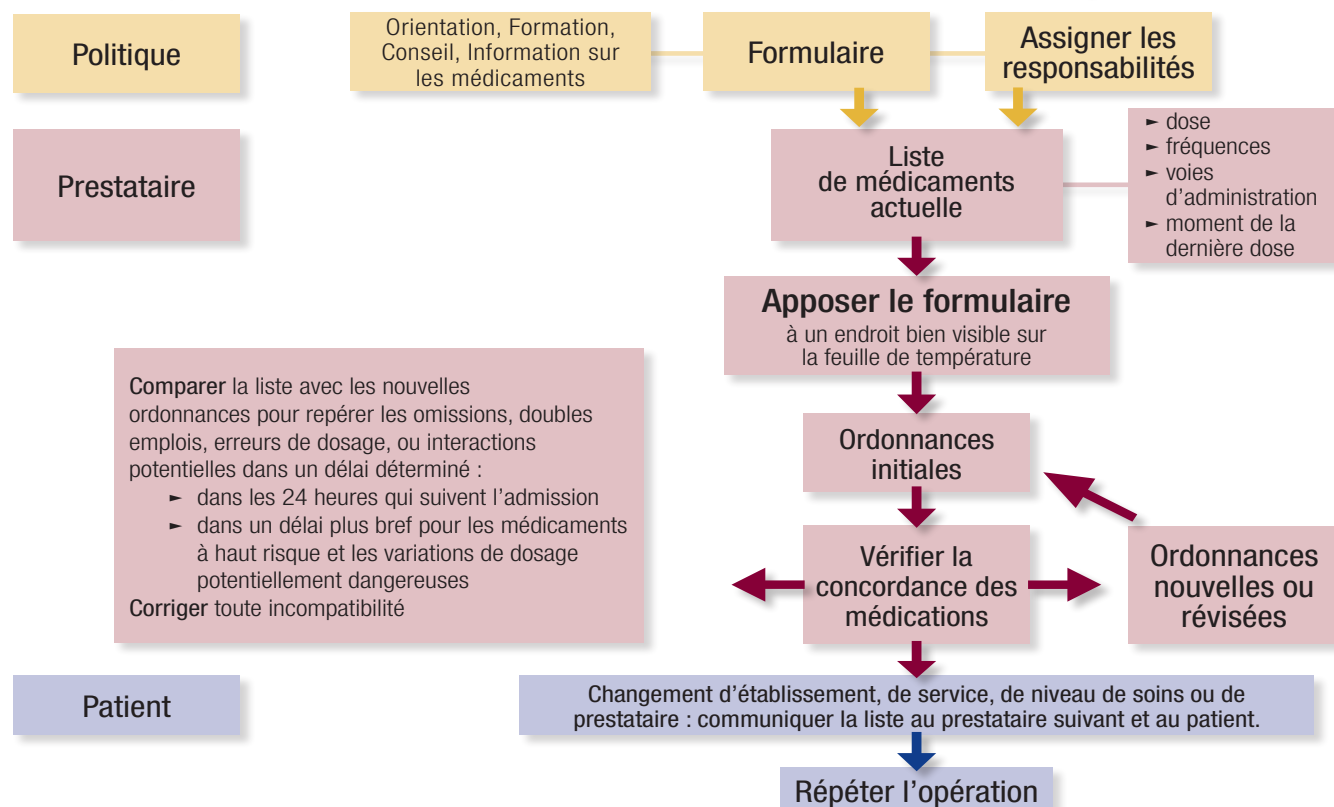
- ▶ Assignation de tâches à des personnes dont on n'a pas déterminé l'aptitude à les exécuter.
- ▶ Temps requis pour vérifier de la concordance des médicaments à chaque consultation. On estime qu'à l'issue de la formation, les délais nécessaires pour cette opération sont les suivants : 10 minutes au moment de l'admission, 30-45 minutes lors du transfert d'une unité de soins coronariens et 10 minutes à la sortie (10).
- ▶ Insuffisance des effectifs de professionnels de santé disponibles, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières ou de pharmaciens.
- ▶ Insuffisance des fonctions de direction et de soutien.
- ▶ Mauvaise compréhension de la complexité du problème.
- ▶ Absence, dans la plupart des pays, de dossiers sanitaires électroniques.
- ▶ Limites imposées par des tiers payants à la disponibilité et au remboursement des médicaments.
- ▶ Insuffisance de recherches, données et justifications économiques concernant le rapport coût-avantages ou retour sur investissement de la mise en œuvre des présentes recommandations.

▶ RISQUES D'EFFETS INDÉSIRABLES :

- ▶ Temps additionnel requis à chaque consultation pour vérifier de la concordance des traitements médicamenteux.
- ▶ Erreurs de prescription de médicaments résultant d'éventuelles inexactitudes dans la liste communiquée par le patient.

EXEMPLE

de Mesures permettant de Garantir l'Exactitude des Médications lors d'un Changement de Prestataire



Cet exemple ne s'applique pas nécessairement à tous les cas

► RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1. Preventing medication errors, Washington, DC, Institute of Medicine, 2006.
2. Baker GR, Norton PG. The Canadian Adverse Events Study : the incidence of adverse events among hospital patients in Canada (Etude canadienne sur les événements indésirables : incidence des événements indésirables chez les patients hospitalisés au Canada). *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2004, 170(11) : 1678-1686.
3. A safer place for patients : learning to improve patient safety. Londres, National Audit Office, 2005 (<http://www.nao.org.uk/pn/05-06/0506-456.htm>, consulté le 11 juin 2006).
4. Sullivan C et al. Medication reconciliation in the acute care setting : opportunity and challenge for nursing. *Journal of Nursing Care Quality*, 2005, 20(2) : 95-98.
5. Reconcile medication at all transition points. IHI Patient Safety Medication Systems Changes. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/Reconcile+Medications+at+All+Transition+Points.htm>, consulté le 11 juin 2006).
6. The case for medication reconciliation. *Nursing Management*, 2005, 36(9) :22.
7. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors (www.macoalition.org/initiatives.shtml), consulté le 11 juin 2006.
8. Safer Healthcare Now ! (<http://www.saferhealthcarenow.ca/Default.aspx?folderId=82&contentId=124>, consulté le 11 juin 2006).
9. Rogers G et al. Reconciling medications at admission : safer practice recommendations and implementation strategies. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2006. 32(1) : 37-50.
10. Rozich JD et al. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2004. 30(1) :5-14.
11. Gebhart F. Setting up a medication reconciliation system. *Drug Topics*, 2005, 149(2) (Health-System Edition supplement) :1-2.
12. Pronovost P et al. Medication reconciliation : a practical tool to reduce the risk of medication errors. *Journal of Critical Care*, 2003, 18(4) : 201-205.

► AUTRE CHOIX DE RÉFÉRENCES :

1. Building a case for medication reconciliation. ISMP Medication Safety Alert, 10 (8), 21 avril 2005. Lien : <http://www.ismp.org/Newsletter/acute-care/articles/20050421.asp>.
2. CCHSA. Buts en matière de sécurité des patients et pratiques institutionnelles requises. Questions fréquemment posées. Ottawa, ON, Conseil canadien d'agrément des services de santé, 6 juin 2005. Lien : <http://www.cchsa.ca/pdf/patientsafetyFAQJune062005.pdf>.
3. CCHSA. Buts en matière de sécurité des patients et pratiques institutionnelles requises. Ottawa, ON, Conseil canadien d'agrément des services de santé, décembre 2004. Lien : <http://www.cchsa.ca/pdf/PSCCommunique2.pdf>.
4. Comish PL et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Archives of Internal Medicine*, 2005, 165 :424-429.
5. Forster AJ et al. Averse events among medical patients after discharge from hospital. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2004, 170(3) : 345-349 (en anglais seulement).
6. Ketchum K, Grass CA, Padwojski A. Medication reconciliation, *AJN* 2005, 105(11) :78-85.
7. Medication errors involving reconciliation failures. USP Patient Safety CAPSLink, octobre 2005. Lien : http://www.magnetmail.net/actions/email_web_version.cfm?recipient_id=17651743&message_id=130435&user_id=USP.
8. Medication reconciliation – in the hospital and beyond. *Bulletin de l'ISMP Canada*, 9 juin 2006, 6(3). Lien : <http://www.ismp-canada.org/download/ISMPCSB2006-03Med/Rec.pdf>.
9. 2006 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL : Commission commune. Lien : http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm.
10. National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care : http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/.
11. Nickerson A et al. Drug-therapy problems, inconsistencies and omissions identified during a medication reconciliation and seamless care service. *Healthcare Quarterly*, 2005, 8 :65-72.
12. Nickerson A et al. Inconsistencies and omissions identified during a medication reconciliation and seamless care service. *Healthcare Quarterly*, 2005, 8(édition spéciale) : 65-72.
13. Ong S et al. Drug-related problems on hospital admission : relationship to medication information transfer. *Annals of Pharmacotherapy*, 40(3) : 408-413.
14. Safer Healthcare Now ! Medication Reconciliation Getting Started Kit. Lien : <http://www.saferhealthcarenow.ca/Default.aspx?olderd=82&contentId=124>.
15. Seamless Care Task Force de l'Association des pharmaciens du Canada et de la Société canadienne des Pharmaciens d'hôpitaux. Ottawa (ON) : Société canadienne des Pharmaciens d'hôpitaux, 2004.
16. Tam VC et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital : a systematic review. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2005, 173:510-515.
17. Using medication reconciliation to prevent errors. *Sentinel Event Alert*, N°35, 23 janvier 2006. Commission commune. Lien : http://www.joint-commission.org/SentinelEvents/SentinelEventsAlert/sea_35.htm.
18. Vira T, Colquhoun M, Etchells EE. Reconcilable differences : correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 000 :1-6.

© Organisation mondiale de la Santé 2007

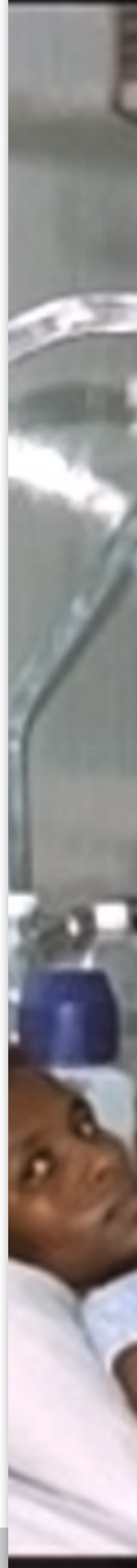
Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication exprime les vues collectives du Centre collaborateur de l'OMS pour les solutions en matière de sécurité des patients et celles de son comité international d'orientation et ne reflète pas nécessairement les décisions ou la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.



Cathéters, Sondes et Intubations : Éviter les Erreurs de Branchement

Solutions pour la Sécurité des Patients

| volume 1, solution 7 | Mai 2007



► EXPOSÉ DU PROBLÈME ET IMPACT :

Les intubations, cathéters et seringues sont à la base des soins dispensés quotidiennement aux patients auxquels on injecte des médicaments et des liquides. Ces dispositifs sont conçus de telle manière qu'il est possible, sans le vouloir, de raccorder une seringue à un tubage pour lequel elle n'était pas prévue et d'administrer ainsi au patient un médicament ou un liquide par une voie incorrecte. De telles erreurs sont dues au fait que les multiples dispositifs utilisés pour les diverses voies d'administration peuvent être branchés ensemble. La meilleure solution consiste à concevoir des types d'appareils qui interdisent toute erreur de branchement et obligent l'utilisateur à adopter immédiatement la mesure qui s'impose.

Parmi les autres causes ou facteurs d'erreurs, on peut citer :

- ▶ *Les adaptateurs Luer. Utilisés de façon quasi-universelle pour relier des dispositifs entre eux dans diverses opérations médicales, notamment l'administration de liquides (par voie parentérale, intravasculaire, spinale et épidurale) et l'insufflation de gaz (dans des cathéters à ballonnet, des sondes endotrachéales, et des sphygmomanomètres automatiques), ils rendent possible le raccordement de deux tubulures ou cathéters ayant des fonctions différentes.*
- ▶ *L'utilisation courante de sondes ou cathéters à des fins auxquelles ils ne sont pas destinés. Par exemple, l'emploi de rallonges de tubulure pour des anesthésies épidurales, des irrigations, des drainages ou comme cathéters de veine centrale, ou encore pour allonger des sondes gastriques de gavage.*
- ▶ *La mise en place de deux tubulures ayant des fonctions différentes à proximité l'une de l'autre. Par exemple, l'utilisation d'une sonde gastrique de gavage près d'un cathéter gastrique de gavage et de sa tubulure.*
- ▶ *Passage du patient d'un établissement ou d'un service à l'autre.*
- ▶ *Fatigue du personnel associée à un travail en équipe entrecoupé de brèves périodes de repos.*

Les erreurs de branchement des sondes et cathéters peuvent conduire à administrer des médicaments par la mauvaise voie et entraîner de graves lésions, voire un décès, chez le patient. Alors que ces erreurs sont le plus souvent aisément évitables, de multiples rapports faisant état de lésions et décès dus à l'administration de médicaments par la mauvaise voie montrent qu'elles sont relativement fréquentes (1-7). Elles concernent notamment l'administration d'aérosols.

Aux États-Unis d'Amérique, neuf cas d'erreurs de branchement dont ont été victimes sept adultes et deux nourrissons ont été signalés à la base de données de la Commission sur les événements sentinelles. Il en est résulté huit décès et une perte de fonction permanente (8). Des incidents similaires ont été rapportés à d'autres organismes, notamment l'ECRI Institute, la Food and Drug Administration des États-Unis d'Amérique, l'ISMP (Institute for Safe Medication Practices) et la Pharmacopée des États-Unis (USP). Les données communiquées par ces instances font apparaître une fréquence significative des erreurs de branchement et montrent que les conséquences peuvent être mortelles (9-10).

Les tubulures et cathéters les plus fréquemment associés aux cas signalés à la Commission commune sont les cathéters de la veine centrale, les cathéters par voie veineuse périphérique, les intubations nasogastriques, les sondes gastriques de gavage percutanées, les cathéters pour dialyse péritonéale, les sondes ballonnets pour trachéotomie et les cathéters à extrémité gonflable pour la prise automatique de la pression artérielle. Parmi les erreurs mentionnées on peut citer le branchement d'une sonde gastrique de gavage sur un cathéter intraveineux (quatre cas), celui d'un cathéter à insufflateur pour la prise de la pression artérielle sur un cathéter intraveineux (deux cas) et l'injection d'un liquide intraveineux dans une sonde gonflable pour trachéotomie (un cas).

Au Royaume-Uni, il y a eu entre 2001 et 2004 quatre notifications de décès et entre 1997 et 2004, quatre

notifications de lésions ou d'accidents évités de justesse à la suite de l'administration par voie intraveineuse de médicaments oraux liquides, aliments ou rinçages (11). Une étude conduite par le National Reporting and Learning System du Royaume-Uni montre que l'on a signalé, du 1^{er} janvier 2005 au 31 mai 2006, 32 incidents où des médicaments oraux liquides ont été administrés par voie intraveineuse, sept incidents ou des traitements épiduraux ont été perfusés et six incidents où des médicaments intraveineux ont été administrés par voie épidurale.

► QUESTIONS CONNEXES :

Diverses approches ont été proposées pour prévenir les erreurs de branchement des cathéters et l'administration de médicaments par la mauvaise voie, mais la première mesure qui s'impose consiste à accorder une attention méticuleuse aux moindres détails lorsque l'on administre des médicaments et des aliments (choix de la bonne voie d'administration) et lorsque l'on branche des appareils sur des patients (choix du bon raccord et de la bonne tubulure). En appliquant des mesures préventives (souvent simples et peu coûteuses), on peut éliminer la plupart des erreurs de voie d'administration.

► MESURES PROPOSÉES :

Les États Membres de l'OMS sont invités à envisager les stratégies suivantes :

1. Veiller à ce que les organismes de santé mettent en place des systèmes et procédures :
 - *Qui fassent bien comprendre au personnel non clinicien, aux patients et à leurs familles qu'il ne doit en aucun cas procéder au branchement ou au débranchement d'appareils. Ils doivent toujours solliciter l'aide du personnel clinique.*
 - *Qui imposent l'étiquetage des cathéters à haut risque (par exemple les cathéters artériels, épiduraux et intrathécaux). L'emploi à cette fin de cathéters munis de sites d'injection doit être évité.*
 - *Qui obligent le personnel soignant à repérer toutes les tubulures de leur origine jusqu'à leur point de raccordement pour vérifier les branchements avant de pratiquer d'autres raccordements ou rebranchements ou d'administrer des médicaments, solutions ou autres produits.*
 - *Qui comportent un processus normalisé de vérification de la compatibilité des intubations dans le cadre de la communication prévue lors des changements de prestataires. Ce processus doit consister à vérifier les raccordements des tubages et à rechercher la source de toutes les sondes et cathéters à l'arrivée du malade dans un nouvel établissement ou service et à chaque rotation du personnel.*

- *Qui interdisent l'usage de seringues avec des adaptateurs Luer standards pour administrer des médicaments oraux ou pour un gavage par sonde gastrique.*
- *Qui prévoient des essais d'agrément et une évaluation des risques (analyse des types de défaillance possibles et de leurs effets, etc.) pour repérer les risques d'erreur de raccordement au moment de l'achat de nouveaux cathéters ou sondes.*

2. Incorporer une formation sur les risques d'erreur de raccordement des tubulures et autres dispositifs dans l'orientation professionnelle et la formation continue des praticiens et des agents de santé.
3. Favoriser l'achat de tubulures et cathéters conçus pour améliorer la sécurité et prévenir les erreurs de branchement avec d'autres dispositifs ou tubulures.

► MESURES ULTÉRIEURES :

1. Il faut créer des obstacles matériels (par exemple des incompatibilités inhérentes à la conception) pour éliminer, dans la mesure du possible, tout risque de raccordement entre des tubages et cathéters médicaux destinés à des usages différents.
2. Il est conseillé d'utiliser un étiquetage spécial pour les sites d'injection des dispositifs afin d'éviter de raccorder des tubulures intraveineuses à des ballonnets de cathéter (3).
3. On a aussi proposé l'utilisation de pompes à perfusion spéciales pour chaque type d'application, par exemple les perfusions épidurales.
4. L'utilisation exclusive de seringues oro-gastriques pour l'administration de médicament par la voie oro-gastrique, en évitant les adaptateurs et les robinets trois voies, figure parmi plusieurs projets de recommandation proposés par la National Patient Safety Agency du Royaume-Uni pour éviter les erreurs de voie d'administration (13).
5. On a aussi préconisé l'adoption d'une stratégie préventive combinée pour la détection et l'évaluation des risques d'erreur de branchement en incitant les fabricants à concevoir des cathéters et tubulures différents qu'il est matériellement impossible de connecter entre eux (incompatibilité inhérente à la conception), en encourageant l'acquisition d'un matériel dont la conception rend les erreurs de branchement improbables et en recommandant la mise en œuvre d'une politique visant à réduire au minimum les risques d'erreur de branchement (14,15).
6. Il convient de normaliser le codage couleurs du tubage et des raccordements. L'organisme européen de normalisation a étudié certaines applications de ce codage et a recommandé d'examiner dans certains cas des solutions de rechange pour les adaptateurs Luer (16).
7. Il convient d'établir et de promouvoir des normes industrielles et des modèles de fabrication pour des sondes et cathéters médicaux destinés à un organe ou un usage déterminés et ne pouvant pas être branchés ensemble.

► DONNÉES PROBANTES :

- Consensus d'experts.

► APPLICATION :

- Partout où l'on soigne des patients : hôpitaux, établissements psychiatriques, structures communautaires, services ambulatoires, établissements de long séjour, dispensaires, cabinets médicaux, organismes de soins à domicile.

► IMPLICATION DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE :

- Inciter les patients et leur famille à poser des questions sur les médicaments administrés par voie parentérale ou par sonde pour garantir une bonne délivrance des médicaments.
- Enseigner aux patients, aux familles et aux aidants la bonne utilisation des sites d'injection parentérale et des sondes pour les soins à domicile et leur donner des instructions sur les précautions à prendre pour éviter les erreurs de voie d'administration.

► OBSTACLES ÉVENTUELS :

- Difficulté à inculquer au personnel la notion de prévention des erreurs de voie d'administration.
- Difficulté à faire accepter par le personnel l'interdiction de modifier des adaptateurs incompatibles pour faire des raccordements.
- Coût des changements nécessaires pour rendre les dispositifs d'administration des médicaments matériellement incompatibles.
- Incapacité à créer une méthode de normalisation des systèmes.
- Difficulté à assurer dans certains pays la continuité ou la fiabilité de la chaîne d'approvisionnement.
- Insuffisance de recherches, données et justifications économiques largement acceptées sur le rapport coût-avantages ou le retour sur investissement de l'application des recommandations.

► RISQUES D'EFFETS INDÉSIRABLES :

- Retards possibles dans le traitement pour obtenir un matériel compatible lorsque des raccordements compatibles ne sont pas disponibles.

► CHOIX DE RÉFÉRENCES ET AUTRES SOURCES :

1. *Tunneled intrathecal catheter mistaken as central venous line access. Bulletin de l'ISMP Canada, 30 octobre 2005, <http://www.ismp-canada.org/download/ISMPCSB2005-08Intrathecal.pdf>. (en anglais seulement).*
2. *Problems persist with life-threatening tubing misconnections. ISMP Medication Safety Alert, 17 juin 2004. <http://www.ismp.org/newsletters/acute/articles/20040617.asp?ptr=y>.*
3. *Wichman K, Hyland S. Medication safety alerts. Inflation ports : risk for medication errors. Journal des Pharmaciens d'Hôpitaux du Canada, 2004, 57(5) : 299-301. <http://www.ismp-canada.org/download/cjhp0411.pdf>.*

4. *Ramsay SJ et al. The dangers of trying to make ends meet : accidental intravenous administration of enteral feed. Anaesthesia and Intensive Care, 2003, 31 : 324-327.*
5. *Pope M. A mix-up of tubes. American Journal of Nursing, 2002 ; 102(4) : 23.*
6. *Wrong route errors. Safety First. Massachusetts Coalition for the Prevention of Healthcare Errors, June 1999 (<http://www.macoalition.org/documents/SafetyFirst1.pdf>, consulté le 10 juin 2006).*
7. *Tubing misconnections – a persistent and potentially deadly occurrence. Sentinel Event Alert, avril 2006. Commission commune. http://www.joincommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_36.htm.*
8. *Vecchione A. JCAHO warns of tubing errors. Health-System Edition, 22 mai 2006 (<http://www.mediwire.healingwell.com/main/Default.aspx?P=Contents&ArticleID=326253>, consulté le 10 juin 2006).*
9. *Cousins DH, Upton DR. Medication errors : oral paracetamol liquid administered liquid administered intravenously : time for hospitals to issue oral syringes to clinical areas ? Pharmacy in Practice, 2001, 7 :221.*
10. *Cousins DH, Upton DR. Medication errors : increased funding can cut risks. Pharmacy in Practice, 1997, 7 : 597-598.*
11. *Building a safer NHS for patients : improving medication safety. Londres, Department of Health, 2004 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationPolicyAndGuidance/DH_4071443 consulté le 10 juin 2006).*
12. *Koczmara C. Reports of epidural infusion errors. CACCN Dynamics, 2004, 15(4) :8. <http://www.ismp-canada.org/download/CACCN-Winter04.pdf>.*
13. *Preventing wrong route errors with oral/enteral medications, feeds and flushes. National Patient Safety Agency Patient Safety Alert, Draft responses to 1st consult, janvier-mars 2006. <http://www.saferhealthcare.org.uk/NR/rdonlyres/3F9F3FB2-8986-4633-ACE9-A51EC2023EBC/0/NPSAdraftpatientsafetyalertonoralconnectorsforstakeholderconsultation.pdf>.*
14. *Preventing misconnections of lines and cables. Health Devices, 2006, 35(3) : 81-95.*
15. *Common connectors pose a threat to safe practice, Texas Board of Nursing Bulletin, avril 2006.*
16. *Moore R. Making the right connections, Medical Device Technology, 2003, 14(2) : 26-27.*

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication exprime les vues collectives du Centre collaborateur de l'OMS pour les solutions en matière de sécurité des patients et celles de son comité international d'orientation et ne reflète pas nécessairement les décisions ou la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.

Utiliser du Matériel d'Injection à Usage Unique

Solutions pour la Sécurité des Patients

| volume 1, solution 8 | Mai 2007



► EXPOSÉ DU PROBLÈME ET IMPACT :

L'un des principaux problèmes auxquels le monde doit faire face est la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du virus de l'hépatite C (VHC) due à la réutilisation du matériel d'injection. Ce problème, dont de nombreuses études ont montré la portée et la gravité, est universel et touche aussi bien les pays développés que ceux en voie de développement.

Selon les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique, quatre des principales poussées épidémiques d'hépatite aux États-Unis ont été attribuées au fait que des agents de santé travaillant dans des cabinets médicaux avaient réutilisé des seringues ou pratiqué d'autres méthodes à risque (1). Entre 2000 et 2002, des poussées de VHB et de VHC dans les états de New York, de l'Oklahoma et du Nebraska ont infecté plus de 300 personnes. Ces infections étaient dues à des méthodes d'injection dangereuses, notamment la réutilisation de seringues et d'aiguilles ou la contamination de flacons de médicament à doses multiples (1).

Un modèle mathématique conçu par l'Organisation mondiale de la Santé permet de penser que dans les pays en développement ou en transition, la réutilisation du matériel d'injection est responsable d'un nombre de cas nouveaux d'infection à VHB estimé à 22 millions (environ 40% du total général), de deux millions de cas d'infection à VHC (environ 5% du total) et d'environ 250.000 cas d'infection à VIH (environ 5% du total : ce pourcentage est le même pour l'ensemble du monde). Ces infections contractées au cours de la seule année 2000 devraient entraîner la perte, entre 2000 et 2030, d'un total estimatif de neuf millions d'années de vie (corrigé des incapacités) (2). En outre, tous ceux qui s'injectent des drogues et peuvent, à un moment ou un autre, partager des aiguilles, seringues, ou autre matériel s'exposent

à un risque d'infection transmise par voie sanguine. On estime à 13,2 millions le nombre de personnes qui s'injectaient des drogues dans le monde à la fin de 2003, et 10,3 millions d'entre elles vivaient dans un pays en développement (3).

L'OMS estime que dans l'Afrique subsaharienne, 18% environ des injections sont faites avec des seringues ou des aiguilles réutilisées sans stérilisation, tout en notant d'importantes variations d'un pays à l'autre. Il semble toutefois que les injections médicales à risque sont plus fréquentes dans les régions de l'Asie du Sud Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental. Prises globalement, celles-ci totalisent 88% de toutes les injections administrées avec un matériel réutilisé sans stérilisation (4). Les graves conséquences de la réutilisation des aiguilles montrent qu'il est nécessaire de renforcer l'application, par les agents de santé, des techniques fondamentales de lutte contre les infections (2).

Trois articles publiés en 2003 affirment que l'épidémie de SIDA en Afrique a été activée par des pratiques médicales dangereuses, y compris des injections et transfusions à l'aide d'aiguilles non stérilisées (5-7). Dans le cadre de l'Initiative mondiale de lutte contre le SIDA, financée à hauteur de 15 milliards de dollars, le Sénat des États-Unis d'Amérique a récemment entendu un débat public sur les preuves d'une contribution des pratiques médicales dangereuses à la transmission du VIH. Il a donc accepté un amendement destiné à stopper en Afrique la transmission du VIH/SIDA due à des injections médicales dangereuses et à des transfusions sanguines non contrôlées, et il a demandé au Gouvernement fédéral des États-Unis d'Amérique de consacrer au minimum US\$75 millions à des programmes axés sur la sécurité des injections et des transfusions sanguines en Afrique.

En conséquence, il apparaît qu'une action décisive s'impose dès à présent pour prévenir les risques

dus à la réutilisation du matériel d'injection. Pour être sans risque, une injection ne doit pas nuire au patient, exposer les agents de santé à un danger évitable ou entraîner le rejet de déchets dangereux pour la communauté. Il faut d'urgence publier et diffuser largement des solutions à ce problème mondial pour réduire les risques auxquels la piètre qualité de certains soins médicaux expose les patients.

► QUESTIONS CONNEXES :

Les raisons qui sont à l'origine de la réutilisation du matériel d'injection sont complexes et associent divers facteurs socioculturels, économiques et culturels parmi lesquels on peut citer :

- Les croyances erronées du patient
 - ▶ Certains patients croient que les médicaments sont plus efficaces perfusés qu'administrés par voie orale.
 - ▶ Des membres de la famille estiment que le partage de seringues entre membres d'une même famille n'est pas plus dangereux que des contacts occasionnels. Les patients considèrent aussi que le partage de seringues avec des voisins s'inscrit dans les relations de bon voisinage.
 - ▶ Les patients pensent qu'ils ne risquent plus d'être infectés pour la simple raison qu'ils ne l'ont pas encore été. (Il s'écoule parfois des années avant que des organismes pathogènes transmis par le sang comme le VIH, le VHB ou le VHC aient des effets suffisamment sensibles dans une population pour que le risque soit reconnu).
- Les croyances et les initiatives malencontreuses des médecins et des agents de santé
 - ▶ Les médecins et les agents de santé sont incapables d'aider les patients à comprendre que les médications orales sont efficaces.
 - ▶ Les médecins et les agents de santé craignent que les patients ne se conforment pas intégralement au traitement oral prescrit.
 - ▶ La formation dispensée aux médecins et agents de santé au sujet des méthodes de lutte contre les infections est insuffisante en raison de la pénurie de ressources.
 - ▶ Les agents de santé omettent souvent de se conformer aux bonnes pratiques et interventions de lutte contre les infections.
- L'insuffisance des ressources
 - ▶ On se heurte à une pénurie de ressources.
 - ▶ On ne dispose pas des fonds nécessaires à l'achat des fournitures requises.
 - ▶ Les solutions proposées pour l'élimination des déchets sont inappropriées. Par exemple, la combustion à ciel ouvert provoque des émissions toxiques et l'éparpillement des déchets. L'incinération réduit les émissions toxiques et l'éparpillement des déchets mais elle est coûteuse et les sites d'enfouissement peuvent aussi entraîner une exposition aux déchets.

► MESURES PROPOSÉES :

Les États Membres de l'OMS sont invités à envisager les mesures suivantes.

1. Promouvoir dans les structures de soins une utilisation unique des matériels d'injection à titre de mesure de sécurité prioritaire, ce qui nécessite une direction générale et l'engagement actif de tous les agents de santé de première ligne.
2. Développer, à l'intention des agents de santé, les programmes de formation en cours et les ressources consacrées à l'information en mettant l'accent sur les points suivants :
 - ▶ *Principes de la lutte contre les infections, méthodes d'injection sans risque et élimination des seringues et aiguilles après usage.*
 - ▶ *Efficacité des médications non injectables.*
 - ▶ *Informations aux patients et à leur famille sur les solutions de rechange à l'utilisation de médications injectables (par exemple, traitement oraux).*
 - ▶ *Nouvelles techniques d'injection (par exemple, systèmes sans aiguille ou dermo-jets).*
3. Evaluer et mesurer l'efficacité de la formation des agents de santé dans le domaine de la sécurité des injections.
4. Donner aux patients et à leur famille des informations sur :
 - ▶ *les modes de traitement aussi efficaces que les injections pour réduire le recours aux injections ;*
 - ▶ *La transmission des micro-organismes pathogènes véhiculés par le sang ;*
 - ▶ *Les précautions à prendre pour les injections.*
5. Déterminer et appliquer des méthodes de gestion des déchets qui répondent aux besoins de chaque organisme de santé.
6. Promouvoir des méthodes sûres en les planifiant et en les finançant, y compris l'achat du matériel. Envisager en particulier l'emploi de dispositifs d'injection sans aiguille (dermo-jets).

► MESURES ULTÉRIEURES :

1. Envisager de participer au Réseau mondial de l'OMS pour la sécurité des injections qui rassemble toutes les principales parties prenantes pour promouvoir et maintenir la sécurité des injections dans le monde entier. Dans le cadre de ce réseau, l'OMS donne des avis et propose diverses formes d'orientation générale, de gestion et de promotion pour aider les pays à se procurer un matériel sûr et d'un prix abordable et à promouvoir la formation du personnel de santé et l'usage rationnel des injections.
2. Inciter vivement les donateurs et organismes de prêt qui financent des produits injectables à financer aussi des quantités appropriées de dispositifs d'injection ainsi que le coût de l'élimination des aiguilles usagées.

► DONNÉES PROBANTES :

- Opinions d'experts, consensus et comptes-rendus de cas.

► APPLICATION :

- Dans tous les établissements et services de santé ou des injections sont pratiquées (hôpitaux, services de consultations externes, unités de long séjour, centres de chirurgie ambulatoire, services psychiatriques, services médicaux d'entreprise et domicile du patient).

► IMPLICATION DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE :

- Les patients et leur famille doivent être informés des principes de la lutte contre les infections et des divers modes de traitement.
- Enseigner aux patients à observer les prestataires et à les encourager à éliminer immédiatement les dispositifs d'injection dans les règles en les jetant dans des récipients spécialement conçus pour recevoir les aiguilles et autres instruments perforants après l'usage.
- Aider les patients et leur famille à éliminer en toute sécurité les seringues et aiguilles lorsque des médicaments injectables doivent être administrés à domicile en soulignant que pour une sécurité maximum, une aiguille ne doit être utilisée qu'une seule fois.

► OBSTACLES ÉVENTUELS :

- Cultures et croyances.
- Coût des solutions.
- Commodité des solutions.
- Incitations financières offertes au personnel pour pratiquer les injections.
- Besoins actuels de recherches, données, et justifications économiques communément acceptées au sujet du rapport coût-avantages ou du retour sur investissement de la mise en œuvre de ces recommandations.

► RISQUES D'EFFETS INDÉSIRABLES :

- Surcroît de dépenses afférent au changement de matériel.
- Risque que les patients ne reçoivent pas certains soins (par exemple des vaccinations) par suite d'une pénurie de matériel stérile.
- Certains patients risquent de ne pas se faire soigner si les injections ne font pas partie du traitement standard car il s'attend à ce que les prestataires lui administrent une injection.

► RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. *Transmission of Hepatitis B and C Viruses in Outpatient Settings – New York, Oklahoma et Nebraska, 2000-2002*, MMWR, 26 septembre 2003. 52(38) : 901-906.
2. *Témoignage du Dr Yvan Hutin, chef de projet du Réseau mondial pour la sécurité des injections, lors d'une audition publique de la Commission du Sénat pour l'examen des solutions au problème de la transmission du VIH/SIDA dans le cadre des soins de santé en Afrique portant notamment sur la sécurité des injections, la sécurité hématologique, les méthodes d'accouchement sans risque et l'assurance de la qualité dans les soins médicaux, 31 juillet 2003 (en anglais seulement)*.
3. *Organisation mondiale de la Santé. Biregional strategy for harm reduction, 2005-2009 : HIV and injecting drug*. 2005.
4. *Addo-Yobo E. et al., Oral amoxicillin versus injectable penicillin for severe pneumonia in children aged 3 to 59 months : a randomized multicentre equivalency study*, Lancet 2004 ; 364 : 1141-48.
5. *HIV infections in sub-Saharan Africa not explained by sexual or vertical transmission*, David Gisselquist PhD, Dr Richard Rothenberg MPH, John Potterat BA et Ernest Drucker PHD, *International Journal of STD & AIDS* 2003 ; 13 : 657-666.
6. *Let it be sexual : how health care transmission of AIDS in Africa was ignored*, David Cisselquist PhD, Stephen F Minkin BA, John J Potterat BA, Dr Richard B Rothenberg MD, MPH et Dr François Vachon, *International Journal of STD & AIDS* 2003 ; 14 : 144-147.
7. *Gisselquist D. et al. Mounting anomalies in the epidemiology of HIV in Africa*. *International Journal of STD & AIDS* 2003; 14 : 144-147.

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication exprime les vues collectives du Centre collaborateur de l'OMS pour les solutions en matière de sécurité des patients et celles de son comité international d'orientation et ne reflète pas nécessairement les décisions ou la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.

Améliorer l'Hygiène des Mains pour Éviter les Infections Associées aux Soins

Solutions pour la Sécurité des Patients

| volume 1, solution 9 | Mai 2007



► EXPOSÉ DU PROBLÈME ET IMPACT :

On estime qu'à un moment quelconque, plus de 1,4 million de personnes dans le monde souffrent d'une infection nosocomiale (1-2). Des infections associées aux soins de santé (IAS) se produisent dans le monde entier et touchent tous les pays, tant développés qu'en développement. Dans les pays développés, 5 à 10% des patients contractent une ou plusieurs infections et l'on estime que 15 à 40% des patients admis en réanimation sont atteints de ce type d'infection (3). En cas de pénurie de ressources, les taux d'infection peuvent dépasser 20% (4), mais les données disponibles sont rares et des recherches plus poussées s'imposent d'urgence pour permettre d'évaluer la charge de morbidité dans les pays en développement et en transition.

Aux États-Unis d'Amérique, un patient sur 136 tombe gravement malade après avoir contracté une infection nosocomiale (5), ce qui correspond à 2 millions de cas par an ; il en résulte un coût additionnel de US\$ 4,5-5,7 milliards et environ 90.000 décès. En Angleterre, 100.000 cas d'IAS coûtent à la sécurité sociale (NHS) un montant estimatif d'au moins £1 milliard par an et entraînent chaque année plus de 5000 décès directement imputables à cette cause (7). Au Mexique, on estime le nombre d'infections à 450.000 : elles provoquent 35 décès pour 100.000 admissions néonatales, soit un taux de létalité de 4 à 56% (8).

► CONTEXTE ET PRINCIPAUX POINTS :

Il semble désormais établi qu'une bonne antiseptie des mains réduit l'incidence des IAS (9-24). L'hygiène des mains est donc une précaution fondamentale pour assurer la sécurité du patient et elle doit intervenir en temps voulu et de façon efficace au cours des soins. Or, on constate partout des manquements inacceptables à cette règle (25) qui contribuent à la transmission de germes capables de provoquer des IAS évitables. Une meilleure observance des directives et politiques relatives à l'hygiène des mains permet de réduire la propagation des IAS (26-32). Les cibles clés de l'action requise sont non seulement les agents de santé, mais aussi les décideurs ainsi que les dirigeants et les gestionnaires des organismes de santé (33).

Les travaux de recherche publiés sur ce sujet donnent à penser que des stratégies plurimodales et pluridisciplinaires mettant l'accent sur une réforme du système en place (11, 14, 18, 20-25) offrent les meilleures chances de succès en termes d'amélioration de l'hygiène des mains et de réduction des infections.

L'objectif de toute solution basée sur l'hygiène des mains est donc la mise en place ou le renforcement des moyens nécessaires pour que l'amélioration de l'hygiène des mains soit considérée comme une partie intégrante d'une stratégie globale de prévention des IAS et y soit incorporée.

► MESURES PROPOSÉES :

Les États Membres de l'OMS sont invités à envisager les mesures suivantes :

1. Promouvoir l'application des règles d'hygiène des mains à titre de mesure prioritaire dans les structures de soins de santé, ce qui nécessite une direction générale et un appui administratif ainsi que des ressources financières.
2. Adopter, aux niveaux des pays, des régions et des structures de soins, les neuf recommandations des Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (version avancée), notamment en ce qui concerne la mise en œuvre dans les structures de soins de stratégies pluridisciplinaires et plurimodales d'amélioration de l'hygiène des mains prévoyant :
 - a. La mise en place de distributeurs de solutions hydro-alcooliques aisément accessibles aux points de déroulement des soins;
 - b. Une distribution permanente d'eau potable à tous les robinets et le matériel nécessaire pour assurer l'hygiène des mains ;
 - c. L'enseignement aux agents de santé des mesures à prendre pour assurer l'hygiène des mains ;

- d. L'affichage sur le lieu de travail de messages promotionnels rappelant la nécessité d'une bonne hygiène des mains ;
 - e. L'évaluation de l'observance des règles d'hygiène des mains par un contrôle du comportement des agents de santé suivi d'une rétroinformation.
3. Dans les cas où les solutions hydro-alcooliques ne sont pas disponibles ou trop coûteuses, envisager la production locale de lotions pour les mains basées sur la formule décrite dans le document de l'OMS intitulé : *Guide pour une Production Locale*.

Definition: Point de déroulement des soins - il s'agit de l'endroit où un produit pour l'hygiène des mains sera aisément accessible au personnel parce que situé aussi près que possible (dans la mesure où les ressources le permettent) du point de contact avec le patient.

Le produit du point de déroulement des soins doit être à portée de main du personnel dispensant les soins.

Ainsi, ce personnel pourra rapidement et aisément se conformer aux cinq étapes de l'hygiène des mains définies sur la base des Recommandations OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (version avancée) : (http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_EIP_SPO_QPS_05.2_fre.pdf)

Le produit doit pouvoir être utilisé au moment voulu, sans que l'on ait à quitter la zone d'activité.

La présence au point de déroulement des soins est généralement assurée par la fourniture de lotions que le personnel peut transporter avec lui (dans des flacons de poche) ou la mise en place de distributeurs fixés au lit des patients ou à leur table de chevet (ou à proximité de ces deux points). Les distributeurs fixés aux chariots ou placés sur un plateau de pansements ou de médicaments que l'on amène dans la zone d'activité répondent à cette définition.

► MESURES ULTÉRIEURES :

1. Envisager de mesurer les aspects économiques et financiers des infections associées aux soins de santé pour aider à en établir l'impact.
2. Informer et éduquer les patients pour leur faire prendre conscience de l'importance de l'hygiène des mains et de leur rôle dans son amélioration.

► APPLICATION:

- Dans toutes les structures de santé où des soins ou traitements sont dispensés à des patients.

► IMPLICATION DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE

- Aider les patients et leur famille ou leurs visiteurs à mieux prendre conscience des risques sanitaires que comporte toute défaillance dans l'application au moment requis des règles d'hygiène des mains.
- Donner aux patients et à leur famille des informations soulignant l'importance d'une meilleure hygiène des mains.
- Inciter le personnel à se nettoyer les mains en présence du patient avant de le toucher et inviter les patients à de-

Tableau 1 – Obstacles éventuels à la mise en œuvre

	Politiques	Institutionnels/gestionnaires	Individuels/comportementaux
Financiers	<ul style="list-style-type: none"> ► Priorités sanitaires concurrentes ► Echec de la démonstration des avantages (macro) économiques 	<ul style="list-style-type: none"> ► Coûts de l'infrastructure ► Coût des solutions hydro-alcooliques ► Echec des tentatives pour convaincre les dirigeants et les gestionnaires des avantages (micro)économiques ► Incapacité de fabriquer les solutions hydro-alcooliques ► Pénurie de personnel ► Conception de la structure de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ► Absence d'incitations financières pour modifier la façon de travailler
Qualité	<ul style="list-style-type: none"> ► Défaut d'engagement ► Insuffisance de l'infrastructure ► Pas d'engagement en faveur de la formation (préliminaire et en cours d'emploi) 	<ul style="list-style-type: none"> ► Défaut d'engagement ► Culture existante défavorable ► Echec des tentatives pour convaincre les gestionnaires et dirigeants des avantages sanitaires ► Manque de temps pour la formation du personnel ► Manque de temps pour contrôler l'observance 	<ul style="list-style-type: none"> ► Manque de conviction chez les agents de santé ► Campagnes non axées sur les bonnes cibles ► Défaut de participation et de responsabilisation des patients ► Culture existante défavorable
Perceptions	<ul style="list-style-type: none"> ► Mauvaise prise de conscience de la charge morbide ► Impression que l'hygiène des mains ne constitue plus un problème 	<ul style="list-style-type: none"> ► Culture institutionnelle existante défavorable 	<ul style="list-style-type: none"> ► Manque de conviction chez les dirigeants des institutions ► Mauvaise prise de conscience des problèmes ► Impression que l'hygiène des mains ne constitue plus un problème ► Scepticisme quant à l'impact de l'hygiène des mains sur l'issue du traitement du patient

mander aux membres du personnel s'ils se sont lavé les mains avant le traitement, dans la mesure où une telle question est culturellement acceptable.

- ▶ Enseigner aux patients les bonnes techniques d'hygiène des mains et leur donner des indications pour qu'ils sachent à quels moments ils doivent veiller à l'hygiène des mains.

▶ DONNÉES PROBANTES :

- ▶ Basées sur des études expérimentales, cliniques et épidémiologiques, sur des raisons théoriques et sur un consensus d'experts.

▶ OBSTACLES ÉVENTUELS À LA MISE EN ŒUVRE:

Des obstacles existent à divers niveaux qui vont de l'engagement politique national au travail de l'agent de santé. La mise en œuvre est aussi influencée par le niveau de ressources, l'approche générale de la qualité et les perceptions. Les obstacles éventuels sont indiqués ci-après dans le tableau 1.

▶ RISQUES D'EFFETS INDÉSIRABLES :

- ▶ Aggravation de l'inquiétude du malade et de l'aidant si les messages passent mal ;
- ▶ Problèmes de sécurité liés à l'ingestion d'une solution hydro-alcoolique par les patients des services pédiatriques, les toxicomanes ou les personnes souffrant de confusion mentale ;
- ▶ Bien que le risque soit très faible, problèmes d'inflammabilité et dangers d'incendie associés aux solutions hydro-alcooliques. Les avantages de ce type de lotion dépassent largement ses inconvénients qui sont infimes.

▶ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Tikhomirov E. Programme OMS de lutte contre les infections nosocomiales. *Chimiothérapie*, 1987, 3:148–151.
2. Vincent JL. Nosocomial infections in adult intensive care units. *Lancet*, 2003, 361:2068–2077.
3. Lazzari S, Allegranzi B, Concia E. Making hospitals safer: the need for a global strategy for infection control in healthcare settings. *World Hospitals and Health Services*, 2004, 32, 34, 36–42.
4. Pittet D. Infection control and quality health care in the new millennium. *American Journal of Infection Control*, 2005, 33(5):258–267.
5. Starfield B. Is US health really the best in the world? *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:483–485.
6. The Socio-economic burden of hospital acquired infection. *Public Health Laboratory Service*, 1999.
7. Mayor S. Hospital acquired infections kill 5000 patients a year in England. *BMJ*, 2000, 321:1370.
8. Zaidi AK et al. Hospital acquired neonatal infections in developing countries. *Lancet*, 2005, 365:1175–1188.

9. Casewell M, Phillips I. Hands as route of transmission for *Klebsiella* species. *BMJ*, 1977, 2:1315–1317.
10. Doebbeling BN et al. Comparative efficacy of alternative hand-washing agents in reducing nosocomial infections in intensive care units. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:88–93.
11. Webster J, Faoagali JL, Cartwright D. Elimination of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from a neonatal intensive care unit after hand washing with triclosan. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 1994, 30:59–64.
12. Zafar AB et al. Use of 0.3% triclosan (Bacti-Stat) to eradicate an outbreak of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a neonatal nursery. *American Journal of Infection Control*, 1995, 23:200–208.
13. Pittet D et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet*, 2000, 356:1307–1312.
14. Larson EL, et al. An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *Behavioral Medicine*, 2000, 26:14–22.
15. Conly JM et al. Handwashing practices in an intensive care unit: the effects of an educational program and its relationship to infection rates. *American Journal of Infection Control*, 1989, 17:330–339.
16. Simmons B et al. The role of handwashing in prevention of endemic intensive care unit infections. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1990, 11:589–594.
17. MacDonald A et al. Performance feedback of hand hygiene, using alcohol gel as the skin decontaminant, reduces the number of inpatients newly affected by MRSA and antibiotic costs. *Journal of Hospital Infection*, 2004, 56:56–63.
18. Swoboda SM et al. Electronic monitoring and voice prompts improve hand hygiene and decrease nosocomial infections in an intermediate care unit. *Critical Care Medicine*, 2004, 32:358–363.
19. Hilburn J et al. Use of alcohol hand sanitizer as an infection control strategy in an acute care facility. *American Journal of Infection Control*, 2003, 31:109–116.
20. Lam BC, Lee J, Lau YL. Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: a multimodal intervention and impact on nosocomial infection. *Pediatrics*, 2004, 114:e565–571.
21. Won SP et al. Handwashing program for the prevention of nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2004, 25:742–746.
22. Zerr DM et al. Decreasing hospital-associated rotavirus infection: a multidisciplinary hand hygiene campaign in a children's hospital. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 2005, 24:397–403.
23. Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. Reduction in nosocomial infection with improved hand

hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina. *American Journal of Infection Control*, 2005, 33:392–397.

24. Johnson PD et al. Efficacy of an alcohol/chlorhexidine hand hygiene program in a hospital with high rates of nosocomial methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infection. *Medical Journal of Australia*, 2005, 183:9–14.
25. Pittet D, Boyce JM. Revolutionizing hand hygiene in health-care settings: guidelines revisited. *Lancet Infectious Diseases*, 2003, 3:269–270.
26. Harrison WA et al. Bacterial transfer and cross-contamination potential associated with paper-towel dispensing. *American Journal of Infection Control*, 2003, 31:387–391.
27. Barker J, Vipond IB, Bloomfield SF. Effects of cleaning and disinfection in reducing the spread of Norovirus contamination via environmental surfaces. *Journal of Hospital Infection*, 2004, 58:42–49.
28. El Shafie SS, Alishaq M, Leni Garcia M. Investigation of an outbreak of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* in trauma intensive care unit. *Journal of Hospital Infection*, 2004, 56:101–105.
29. Sartor C et al. Nosocomial *Serratia marcescens* infections associated with extrinsic contamination of a liquid nonmedicated soap. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2000, 21:196–199.
30. Duckro AN et al. Transfer of vancomycin-resistant Enterococci via health care worker hands. *Archives of Internal Medicine*, 2005, 165:302–307.
31. Passaro DJ et al. Postoperative *Serratia marcescens* wound infections traced to an out-of-hospital source. *Journal of Infectious Diseases*, 1997, 175:992–995.
32. Chang HJ et al. An epidemic of *Malassezia pachydermatis* in an intensive care nursery associated with colonization of health care workers' pet dogs. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:706–711.
33. *Recommandations OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (version avancée) 2006.*

► AUTRE CHOIX DE RÉFÉRENCES :

1. AAOS online fact sheet: Twelve steps to a safer hospital stay: www.orthoinfo.aaos.org/
2. AHRQ Publication No. 01-0040a: www.ahrq.gov/consumer/
3. Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/cleanhands/>
4. The First Global Patient Safety Challenge: <http://www.who.int/gpsc/en/index.html>
5. The Joint Commission Speak Up Safety Initiative: www.jcaho.org/general+public/gp+speak+up/infection_control_brochure.pdf
6. National Patient Safety Agency: cleanyourhands campaign: www.npsa.nhs.uk/cleanyourhands
7. National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care: http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/
8. NPSF Preventing Infections in the Hospital: www.npsf.org/html/prevent_infections.html
9. Partners in Your Care: www.med.upenn.edu/mcguckin/handwashing/
10. Swiss Noso: <http://www.swiss-noso.ch/>
11. United States Guidelines on Hand Hygiene: <http://www.cdc.gov/handhygiene/>
12. Hôpitaux universitaires de Genève : Améliorer l'hygiène des mains ; site web: <http://www.hopisaffe.ch/>
13. Alliance mondiale pour la sécurité des patients: <http://www.who.int/patientsafety/en/>

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication exprime les vues collectives du Centre collaborateur de l'OMS pour les solutions en matière de sécurité des patients et celles de son comité international d'orientation et ne reflète pas nécessairement les décisions ou la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.

