



Marcel La Hays

Quand l'analgésie par opiacés tue

Cet été, nous avons reçu un rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur l'utilisation des opiacés en milieu hospitalier¹. Un groupe de travail mandaté par le ministre s'est penché sur l'analyse des nombreux décès reliés à l'usage d'analgésiques opiacés.

Le Bureau du coroner a investigué douze cas de décès survenus entre 1995 et 2006 par dépression respiratoire à la suite de l'administration d'analgésiques opiacés par voie parentérale. Selon le coroner Jacques Ramsay, ces douze décès ne seraient que la « pointe de l'iceberg »².

Les coroners ont sonné l'alarme et leurs déclarations ont été largement médiatisées l'hiver dernier, notamment lors de la publication du rapport d'enquête sur le décès d'une personnalité du monde du spectacle, Paul Buisson. Cet homme de 41 ans, hospitalisé le 18 avril 2005 pour une colique néphrétique, est mort le lendemain matin d'un arrêt cardiorespiratoire. Bien qu'on lui ait administré de la morphine, du Graval et du Dilaudid, M. Buisson a été laissé sans surveillance entre 2 h 30 et 6 h 10. Conclusion du coroner: cette mort était évitable.

Des coroners n'ont pas mâché leurs mots pour dénoncer le manque de surveillance de ces patients: «Je trouve aberrant qu'une infirmière de 30 ans d'expérience n'ait pas su faire la différence entre un sommeil profond et un coma», a déclaré le coroner Luc Malouin³ au sujet de la mort de Shirley Gagnon. Jacques Ramsay a quant à lui déclaré qu'on ne met pas assez l'accent sur la surveillance que requièrent les patients à qui l'on administre des narcotiques. C'est aussi l'avis du groupe d'experts du MSSS.

Une question de surveillance et de responsabilité
J'ai été très perturbée de lire dans le journal qu'une infirmière puisse penser qu'un patient qui ronfle, c'est un patient qui «dort bien» et qu'il ne requiert pas de surveillance. Je frémis lorsque je vois des titres du

genre: «Lacunes dans le travail des infirmières»⁴ ou encore, «Le travail inadéquat du personnel infirmier détaillé devant le coroner»⁵. Ces articles qui mettent en cause la compétence de certaines infirmières portent atteinte à la perception qu'a la population de notre profession et à son sentiment de sécurité. Mais au-delà de l'opprobre de la population, l'aspect le plus grave est la conséquence de ces lacunes professionnelles. Des jeunes gens, sans problèmes majeurs de santé, sont morts prématurément: Valérie Trudeau, 16 ans, mononucléose; Isabel Perreault, 28 ans, accident mineur de moto; Patricia Covelli, 33 ans, douleurs abdominales; Mark Di Salva, 31 ans, coliques; Alain Olivier, 48 ans, chirurgie orthopédique; Paul Buisson...

Selon le rapport du MSSS: «La surveillance constitue une étape névralgique. Bien que d'autres étapes du processus de soins ont souffert de défaillances, avec une surveillance adéquate, les ajustements et les mesures d'intervention appliqués en temps opportun auraient peut-être pu sauver des vies.»⁶ En fait la surveillance représente, selon les auteurs du rapport, le principal problème constaté dans la majorité des cas étudiés, soit huit cas sur douze. Les autres aspects

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé: utilisation des opiacés en milieu hospitalier*, rapport final du Groupe de travail sur l'analyse de situations de décès reliés à l'utilisation d'analgésiques opiacés, Québec, MSSS - Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement, 2006.

2. Caroline TOUZIN, «La pointe de l'iceberg», *La Presse*, 30 mars 2006, p. A-5.

3. Guy BENJAMIN, «Le travail inadéquat du personnel infirmier détaillé devant le coroner», *Le Soleil*, 2 février 2006, p. A-7.

4. Katia BUSSIÈRE, «Lacunes dans le travail des infirmières», *Le Journal de Québec*, 2 février 2006, p. 10.

5. Guy BENJAMIN, *op. cit.*

6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*

cruciaux du processus qui ont été analysés sont : l'évaluation initiale de la douleur, la prescription de la médication, l'administration des médicaments et l'intervention en cas de problème.

Je saisis l'occasion qui m'est donnée pour rappeler que l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique et la surveillance clinique (y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier) sont la base même de notre champ d'exercice. Avec l'introduction des ordonnances collectives (Loi 90⁷) qui permettent aux infirmières d'initier ou d'ajuster la médication selon les symptômes du patient, la responsabilité de l'infirmière est plus que jamais engagée dans l'utilisation sécuritaire et optimale des médicaments.

Notre profession est concernée par toutes les phases du processus pharmacothérapeutique. Le comité du MSSS a signalé plusieurs lacunes en ce qui concerne l'analgésie parentérale par opiacés. L'évaluation initiale de la douleur n'est pas réalisée de façon rigoureuse au moyen d'outils appropriés, les clientèles à risque ne sont pas d'emblée reconnues, des erreurs d'administration ont conduit à des surdoses. De plus, les médecins ont aussi été montrés du doigt pour ce qui est de la prescription, notamment pour leur recours trop fréquent au Dilaudid et leur sous-estimation des effets potentialisateurs de plusieurs médicaments.

Conscient des risques reliés à l'usage d'opiacés, l'OIIQ tient à rappeler à ses membres l'importance de respecter les règles de l'art de la pratique infirmière en ce domaine. Déjà en novembre 2004, *Perspective infirmière* a publié un article scientifique⁸ et l'Ordre, un avis sur la question : *Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)*. Cette publication a été acheminée à toutes les directions des soins infirmiers (DSI) et aux conseils des infirmières et infirmiers (CII) en plus d'être mise en ligne sur notre site Web. Cet hiver, j'ai de nouveau écrit aux DSI à ce sujet les invitant à s'assurer que les infirmières possèdent les connaissances et les habiletés requises pour surveiller adéquatement leurs clientèles.

Dans certains hôpitaux, la DSI a formé une équipe d'infirmières expertes en matière de contrôle de la douleur aiguë ou chronique. Des infirmières ont même promu la notion de «hôpital sans douleur». Tous les établissements de santé devraient désigner des infirmières cliniciennes expérimentées pour rehausser la pratique en cette matière et encadrer la formation continue.

J'entends certaines d'entre vous murmurer que j'insiste trop sur l'enjeu de la compétence, que je ne

tiens pas compte de la pénurie d'infirmières, de la surcharge de travail, du temps supplémentaire, du manque d'expérience des candidates à l'exercice de la profession d'infirmière, des problèmes budgétaires, et que je devrais faire preuve d'indulgence. Il y a peut-être, dans certains cas, des éléments de contexte défavorables, mais la constante semble davantage mettre en cause la compétence et la formation des infirmières. Trêve de faux-fuyants : travaillons à redresser la situation dès la formation initiale et dans les programmes de formation continue. Cet enjeu de compétence devrait être une priorité pour tous les CII.

«Aucun argument ne justifie une telle situation, surtout pas celui du manque d'effectifs. Parlons plutôt d'incompétence et de mauvaise organisation des soins», écrivait Jean-Robert Sansfaçon⁹ dans *Le Devoir*. Cet éditorialiste ajoutait que l'approche multidisciplinaire et le partage d'informations pouvaient améliorer la prise en charge et le suivi et que la qualité des soins devrait être une priorité. Il ne fait aucun doute que la formation est l'une des assises de la qualité des soins. D'ailleurs, le rapport du MSSS souligne que «tous s'entendent pour dire que la formation professionnelle est une stratégie essentielle de la prise en charge adéquate de la douleur dans les établissements. Le développement de modules de formation continue dans ce domaine, selon l'évolution des traitements, est indispensable.»¹⁰

Ainsi, les CMDP¹¹, les CII et les DSI des établissements seront invités par le MSSS à élaborer des protocoles d'utilisation des opiacés par voie parentérale et des programmes de formation continue. De notre côté, il faudra de nouveau sensibiliser les collègues et les universités à l'importance d'intégrer dans les programmes de formation initiale les aspects reliés à la surveillance systématique des patients après l'administration d'opiacés et à la pharmacothérapie en général. ●

La présidente,



Gyslaine Desrosiers

7. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q. 2002, c. 33).

8. Céline GÉLINAS, «Prévenir la dépression respiratoire liée à certains médicaments», *Perspective infirmière*, vol. 2, n° 2, nov./déc. 2004, p. 23-27.

9. Jean-Robert SANSFAÇON, «Erreur inexcusable», *Le Devoir*, 31 mars 2006, p. A-8.

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*

11. Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens.