

L'erreur est-elle humaine?

Jean-François Bussières, Denis Lebel

Aux États-Unis, la pratique médicale et pharmaceutique est ciblée par le milieu juridique, les groupes de pression et les médias, et les erreurs commises sont connues et jugées de plus en plus par le public. Le Canada et son système de santé universel jouissaient jusqu'à maintenant d'une certaine clémence et d'une tolérance plus grande de la part de ces intervenants à l'égard des erreurs. Cette tolérance prenait la forme de règlements à l'amiable, du maintien de la confidentialité des procès-verbaux des comités de discipline et d'évaluation de l'acte et d'une judiciarisation limitée. Mais le vent tourne et la nouvelle saison risque de durer!

Les erreurs médicales, et plus précisément les erreurs liées à l'utilisation des médicaments, n'ont pas bonne presse. Un numéro récent du magazine *l'Actualité*, des éditoriaux de nombreux périodiques médicaux, pharmaceutiques ou de soins infirmiers et des tribunes téléphoniques en font état (1-6). Aux États-Unis, la publication du rapport « To Err is human » et celle d'un ouvrage de Michael Cohen (*Medication Errors*) ont mené aux déclarations du président Bill Clinton à l'automne 1999, lequel met à la disposition de la société des sommes considérables pour réduire de 50 % les erreurs médicales en cinq ans (8,9). Nos voisins américains disposent de systèmes de déclarations volontaires (FDA-Medwatch et ISMP-USP Medication errors reporting program). De plus, plusieurs associations proposent des recommandations pour la réduction des erreurs, notamment en gériatrie, en pédiatrie... Une réduction qui s'impose si l'on en croit les données publiées qui estiment que les erreurs médicales sont la cause de 50 000 à 100 000 décès par année aux États-Unis et qu'elles constituent la huitième cause de décès, devant le cancer du sein, le sida et plusieurs autres (8).

Les pharmaciens se sentent sans doute concernés par les erreurs liées aux médicaments. Toutefois, il reste fort à faire. On n'a qu'à consulter la documentation du début des années quatre-vingts pour se rendre compte qu'on n'a pas réglé tous les problèmes! N'est-il pas étonnant qu'on discute encore de la pertinence d'emballer de façon unitaire les médicaments servis; qu'il soit peu acceptable de servir des médicaments pour des durées de 4, 5, 7 ou même 10 jours en soins aigus, qu'il faille réduire les médicaments au commun, que les pharmaciens doivent assurer le contrôle du contenu des chariots de réanimation ou de coffrets d'urgence, que le dédoublement des outils soit risqué, notamment l'utili-

sation concomitante d'un profil, d'une carte-fiche, d'un cardex manuscrit! Pourtant, plusieurs de nos milieux de pratique tergiversent quant à la pertinence de ces pratiques largement soutenues par la documentation scientifique et la pratique!

Pis encore, nos systèmes d'information ne sont pas conçus pour la documentation adéquate des erreurs! Souvent, le personnel infirmier documente les erreurs rapportées en vertu du rapport incident/accident dans un progiciel informatique auquel la pharmacie n'a pas accès ou ne peut y saisir les erreurs détectées au département de pharmacie. Personne ne s'entend sur la définition d'une erreur et de ce qui doit être rapporté! Certains remettent en question la pertinence de documenter les erreurs détectées à la pharmacie, d'autres pensent que toute erreur doit être documentée car elle est une source de risque! Cela est d'autant plus vrai si l'on envisage de confier certaines tâches liées à la vérification contenu-contenant à des assistants-techniques. Faut-il procéder par échantillonnage ou colliger systématiquement toutes les erreurs survenues au cours d'une année? De quelle façon devrait-on documenter le taux d'erreurs rapportées? Ce taux doit-il être ventilé par ordonnance ou transaction informatique, par pharmacien, par quart de travail, pondéré en fonction du volume d'ordonnances validées par un pharmacien?

La première étape pour améliorer les choses consiste à se doter d'une approche systématique, simple et volontaire de déclaration des erreurs. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP/IUSM – Canada) en fait la promotion. Ce type de programme permet de recueillir une quantité d'information beaucoup plus grande sur les erreurs. Une fois ces données recueillies et compilées, idéalement au niveau provincial ou canadien, ne serait-il pas beaucoup plus simple de démontrer qu'il est nécessaire d'effectuer des changements?

Un changement de mentalité s'impose avant d'en arriver là. Une étude américaine révèle qu'il se produit une erreur par patient par jour (10). Combien de rapports d'erreur avez-vous reçus l'année dernière? Il faut changer la mentalité de blâme à une mentalité de reconnaissance. «Merci de me rapporter cet erreur qui nous permettra de compléter notre banque de données et de faire des recommandations pertinentes afin de diminuer

les risques pour le patient»; c'est cette attitude qui devrait se dégager d'un tel programme.

Faut-il retirer le KCl des unités de soins? Quels sont les erreurs les plus fréquentes? Quelles sont les causes? À quand des aires de travail adéquatement pensées à la distribution où concentration, discipline et harmonie seront enfin conjuguées pour que cette tâche ne soit pas le parent pauvre de notre pratique. Nous avons encore la naïveté de penser qu'une collaboration entre les milieux et un effort concerté sont possibles et que nous pourrions à court terme obtenir une sorte de consensus québécois auprès des pharmaciens d'établissements.

Et qui doit lancer cette collaboration? Est-ce à l'A.P.E.S. de favoriser cette concertation? À l'association des CMDP (et le comité d'évaluation de l'acte), au MSSS, à l'Ordre des pharmaciens du Québec? À une concertation du CMDP, du CII et du CM? Faut-il créer l'Institut québécois pour l'utilisation sécuritaire des médicaments?

La gestion des risques liés aux erreurs médicamenteuses doit être une priorité des pharmaciens. Et je ne pense pas que le manque de temps, de ressources, ou d'intérêt pourra justifier des actes omis, manqués ou erronés. L'erreur est humaine et sans doute incontournable! Mais plutôt que de tourner autour du pot, il est temps de s'y attaquer sans délai.

Références

1. Lecomte AM. Le silence des blouses blanches. *L'Actualité*. 2000; 19 mai : 48-52.
2. Orser B. Reducing Medication errors. *CMAJ* 2000; 162 (8): 1150-1.
3. Weber D. Reducing medication errors: Part I. *Strateg Healthc Excell* 2000; 13 (3): 1-7.
4. Editorial board. Goal to reduce errors by 50% in the next 5 years. *OR Manager* 2000; 16 (1): 13.
5. Waldo B. Closing the loop on medication errors. *Health Manag Technol* 1999; 20 (11): 67-8.
6. Crane VS. New perspectives on preventing medication errors and adverse drug events. *Am J Health Syst Pharm* 2000; 1: 57 (7): 690-7.
7. Ferner RE, Aronson JK. Medication errors: worse than a crime. *Lancet* 2000; 18; 355 (9208): 947-8.
8. ISMP. *To Err is Human: building a safer Health System*. 2000. National Academy Press -
9. Institute for safe medication practice -
10. Barker KN, Pearson RE, Hepler CD, et al. Effect of an automated bedside dispensing machine on medication errors. *Am J Hosp Pharma*. 1984; 41: 1352-58.