

## Les erreurs médicamenteuses ont-elles un visage?

Linda Vaillant, M.Sc. (pharmacie d'hôpital), MBA  
 Chef du département de pharmacie, Institut de Cardiologie de Montréal

Je reviens du Séminaire administratif de l'A.P.E.S., dont le thème était : Les accidents pharmaceutiques, ça me concerne!, tenu à Bromont les 27 et 28 septembre dernier. J'en reviens ébranlée, convaincue qu'il faille agir mais écrasée sous le poids des actions à prendre...

Depuis le 27 septembre dernier, les erreurs médicamenteuses me sont apparues sous la forme d'un visage : celui d'une mère, une mère ayant perdu sa fille de 28 ans. Le drame d'une vie, probablement la pire douleur qui soit, celle de perdre son enfant... C'était il y a deux ans, alors que cette jeune femme (sa fille) se présentait à l'urgence pour une fracture du tibia et... décédait quelques heures plus tard, de présumées complications de sa fracture... Huit mois plus tard, le rapport du coroner envoyé par la poste à la mère indiquait un tout autre scénario : sa fille avait été « tuée » par notre système de santé; elle était décédée des suites d'un arrêt respiratoire consécutif à l'administration de dépresseurs du système nerveux central (c'est-à-dire, Atarax<sup>MD</sup>, Benadryl<sup>MD</sup>, Demerol<sup>MD</sup>, Dilaudid<sup>MD</sup> et Graval<sup>MD</sup>).

Les multiples représentations de cette mère, qui ne désirait pas poursuivre des coupables en justice mais plutôt s'assurer qu'une telle histoire d'horreur ne se reproduise jamais, ont mené à la formation d'un comité ministériel portant sur les erreurs médicales. Ce comité, mis sur pied par madame Pauline Marois, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, avait pour mandat de faire état de la situation en ce qui a trait à la gestion des risques d'accidents médicaux évitables et d'émettre des recommandations en conséquence. Outre la mère de la victime, siégeaient sur ce comité des représentants du Collège des médecins, de l'Ordre des pharmaciens (en l'occurrence, madame Patricia Lefebvre), de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de l'Association des hôpitaux du Québec et du MSSS.

Après dix mois de travaux intenses (avril 2000 à février 2001), le comité est parvenu à des constatations inquiétantes (le rapport du comité est d'ailleurs présenté sur le site Web de l'A.P.E.S.), notamment le fait que la gestion des risques par les établissements de santé reste encore une pratique marginale et qu'il y a même eu un recul depuis quelques années de ce côté. Les plus vieux d'entre nous se souviennent de la présence, et de la disparition surtout; des gestionnaires de risques au sein des établissements de santé. Comment se fait-il que les premières personnes ciblées par les coupures aient

été celles chargées de faire le guet et de nous prémunir contre d'éventuelles erreurs potentiellement mortelles?

Autre constat important fait par le comité : le régime actuel d'indemnisation des victimes est généralement hors de portée de ces mêmes victimes! Le système est traumatisant pour tous; pour la victime et ses proches bien entendu, mais aussi pour les professionnels impliqués.

Le pharmacien fait partie de ces professionnels à risque de commettre des erreurs, encore plus depuis qu'il joue un rôle central au sein des équipes de soins et auprès des patients. Toutefois, le pharmacien est aussi au cœur de la solution. Les soins de santé sont complexes; on traite de plus en plus agressivement, avec de plus en plus de médicaments et de plus en plus longtemps aussi. Le roulement dans les lits d'hôpitaux et en ambulatoire est sans cesse plus rapide. Chaque jour, on cherche de nouvelles techniques de soins pour accélérer le processus : physiothérapie plus agressive en post-op, protocole d'extubation précoce, etc. Or, il ne faut pas se perdre dans ce tourbillon. Le pharmacien peut et doit garder la forêt bien en vue en s'assurant que les processus sont sécuritaires. Bien sûr, on ne peut être partout! Et bien sûr aussi, nous sommes en pénurie! Raison de plus pour bien jouer notre rôle de prévention en révisant les procédures écrites, les directives et les autres outils qui servent à garantir la qualité des actes posés quand nous ne sommes pas là! Certaines choses sont connues. Il faut travailler à les obtenir là où ce n'est pas implanté : système de distribution unidose automatisé, SCAS, FADM informatisée ne sont là que quelques exemples de processus sécuritaires pour lesquels nous devrions nous battre sur la simple base d'offrir un service sécuritaire à nos patients.

Les résultats d'études récentes confirment l'apport que nous pouvons avoir en révisant nos systèmes de distribution et nos processus d'administration de médicaments. En effet, il semblerait que 85 % des erreurs rapportées proviennent des processus alors que seulement 15 % sont attribuables à l'individu. Le problème est donc plus rarement en lien avec la compétence individuelle, contrairement à ce que nous pourrions être portés à penser.

Ainsi, il y a beaucoup de boulot à abattre et il faut commencer sans attendre les instances nationales qui

viendront certainement nous soutenir dans cette démarche à moyen terme. De même, l'A.P.E.S. a mis sur pied un groupe de travail pour aider les pharmaciens à mettre en place des contrôles de qualité et des outils nous permettant de mieux répertorier et analyser les erreurs pharmaceutiques. Mais en attendant tout cela, demandons-nous ce que nous pouvons faire au quotidien. Nos procédures sont-elles claires et à jour? Les pharmaciens qui quittent pour des congés temporaires (maternité, maladie...) et reprennent ensuite du service, ont-ils en main les outils leur permettant de travailler de façon sécuritaire? Prenons-nous le temps de former, ou d'informer plutôt, ces gens à leur retour? La formation des nouveaux pharmaciens est-elle assez longue et suffisamment encadrée? Les outils que l'on met à la disposition des infirmières sont-ils à jour (tableaux de compatibilité, modes de dilution et d'administration de médicaments, etc.)?

Ce ne sont là que quelques exemples du travail à faire, en attendant la mise en place d'un programme national de prévention, une sorte d'ISO qui certifiera (je l'espère!) la qualité des soins offerts à nos patients. N'est-il pas paradoxal que l'industrie privée mette en place autant de contrôles de qualité avec des notions de qualité totale et de zéro-défaut quand, dans nos hôpitaux, aucun

contrôle de ce type n'existe alors que l'on y soigne des humains?

Je vous ai dit au début que je me sentais accablée par la quantité d'actions à entreprendre... C'est toujours vrai. Par contre, bien que le défi soit grand, il n'en demeure pas moins qu'il vaut mieux être accablé par le travail de prévention à faire que par le remords d'avoir fait d'autres victimes par notre absence à agir... Les faits sont là : les erreurs médicales tuent davantage de patients que le cancer, le VIH ou les accidents de la route; de quoi être préoccupé et vouloir à tout prix trouver des solutions.

Selon l'*Institute for Healthcare Improvement*, **si 99,9 % était suffisant :**

- **Tous les jours, il y aurait un écrasement d'avion;**
- **Chaque jour, douze bébés seraient remis aux mauvais parents;**
- **Chaque heure, il y aurait 37 000 erreurs aux guichets automatiques.**

Les erreurs médicamenteuses ont désormais pour nous tous un visage... travaillons ensemble à ne jamais le reconnaître.