

## Quand l'épicerie l'emporte sur la pharmacie

Jean-François Bussières, Denis Lebel

À tort ou à raison, on compare parfois dans la population en général la pharmacie à l'épicerie, tant pour la diversité des produits qu'on y retrouve que pour l'organisation physique des lieux. On pourrait continuer la comparaison en évoquant parmi les points communs l'accès, le paiement, l'organisation des allées et des produits, l'éclairage, l'atmosphère, le port du sarrau, etc. La comparaison permet aussi de constater des différences quand vient le temps d'évoquer la sécurité. Je supporte difficilement le sourire de la caissière à l'épicerie qui me regarde distraitement alors qu'elle « scanne » à vive allure des dizaines d'items enregistrés avec exactitude, lequel système lui permet rapidement de m'indiquer le montant dû et de m'imprimer un relevé complet de mes achats. Des milliers de produits de toute dimension et de tout usage comportent un code à barres unique reconnu, sur le marché canadien, qui assure la clientèle d'un prix juste et unique, à moins qu'une erreur n'ait été commise à la saisie initiale des données. En dépit de ce succès commercial, pourquoi la technologie du code à barres n'a-t-elle pas fait une percée majeure dans le domaine de la santé jusqu'à maintenant? Bien que cette technologie soit répandue et accessible, des millions de comprimés, de capsules et de fioles circulent dans les établissements de santé québécois sans profiter de cette technologie. Toutes ces « pilules blanches » plutôt semblables, se côtoient dans une variété de systèmes d'emballage et de distribution, trouvant *la plupart du temps* leur destinataire parce que de nombreux intervenants travaillent à ne pas commettre d'erreur, mais au prix de quels efforts? Ne prend-on pas des risques inutiles en retardant le recours au code à barres en établissement de santé? N'a-t-on pas, comme professionnel de la santé, une obligation de moyen? L'utilisation du code à barres n'est-elle pas un moyen reconnu pour assurer la gestion de petites unités dans un circuit complexe?

L'American Society of Health-System Pharmacists publiait en janvier 2003 une édition de son rapport sur la pratique hospitalière concernant le volet de dispensation. Les répondants américains rapportent un recours limité à la technologie du code à barres soit moins de 10 % des cas pour la vérification contenant-contenu à la pharmacie et 1,5 % des cas pour la vérification au chevet du patient. Étonnant, non?

Le 13 mars 2003, la Food and Drug Administration des États-Unis a publié le *Bar Code Label for Human Drug Products and Blood*<sup>2,3</sup>. Ce projet pourrait rendre obliga-

toire l'usage de code à barres pour tous les médicaments distribués incluant les médicaments d'ordonnance, les médicaments en vente libre emballés pour usage en milieu hospitalier et les vaccins. En vertu de cette réglementation, un code à barres associé à un NDC (National Drug Code – l'équivalent du DIN sur le marché canadien) serait attribué aux médicaments et aux vaccins afin d'identifier chaque médicament incluant sa teneur et sa posologie. Le projet vise les fabricants et tous les intervenants impliqués dans le réemballage de médicaments. La FDA s'est interrogée sur la pertinence d'inclure dans le code à barres le numéro de lot et la date de péremption du médicament mais n'a pas retenu cette option pour l'instant. Outre la réduction des risques et des erreurs médicamenteuses, l'adoption d'une norme unique pour le médicament est susceptible de réduire le réemballage en officine et en établissement (bien que de nombreuses préparations magistrales continuent d'être préparées pour répondre aux besoins de la clientèle), de faciliter la gestion des stocks, de retracer les lots utilisés de façon nominative lors de rappels par le fabricant et de faciliter l'implantation du dossier patient (notamment la feuille d'administration des médicaments) électronique. Dans son communiqué, la FDA suggère que l'impact cumulatif de cette mesure au cours des 20 prochaines années est susceptible de produire des économies à la hauteur de 41 milliards de dollars en dollars d'aujourd'hui, en plus de prévenir plus de 413 000 cas d'effets indésirables<sup>4</sup>. La FDA propose que la *Final Rule* entre en vigueur au cours de l'année 2006.

Plusieurs groupes ont réagi à la publication de ce projet (*proposed rule*). L'American Pharmacists Association (APhA)<sup>5</sup>, l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)<sup>6</sup>, la Consumer Healthcare Products Association<sup>7</sup> et plusieurs fournisseurs de médicaments (p. ex Pfizer, Abbott) et de technologies<sup>8-10</sup> ont appuyé la proposition de la FDA. Tant l'APhA que l'ASHP demandent à la FDA de reconsidérer sa décision de ne pas obliger pour l'instant l'inclusion du numéro de lot et de la date de péremption. En fait, la FDA soutient qu'elle ne peut exiger ces deux informations compte tenu du manque de preuve dans la documentation indiquant que l'absence de ces informations peut nuire à la santé et à la sécurité des patients. L'ASHP suggère que ces champs-clés soient inclus en donnant à l'industrie un délai de 4 années pour s'y conformer. Parmi les autres sources de débats, notons la recommandation de l'ASHP à l'effet que le recours au code à barres soit

étendu aux vaccins et aux échantillons de médicaments. De plus, l'ASHP considère que la FDA ne devrait pas dicter de normes technologiques (p. ex. CodeAbar, Composite RSS, 128, PDF, RSS, DataMatrix, RFID, UCC//EAN, etc.) compte tenu de l'évolution rapide du marché. Quelques fabricants de médicaments américains, dont Pfizer, ont déjà appliqué ces recommandations en implantant un code à barres sur leurs produits comportant le NDC, le numéro de lot et la date de péremption. Enfin, on se questionne sur la capacité des établissements de santé de générer un numéro de code cohérent en lien avec le NDC, et ce, pour les préparations magistrales.

Qu'en est-il au Canada? Santé Canada aborde peu les systèmes de code à barres dans son rapport *La sécurité des patients et les erreurs médicales dans le système de santé canadien* publié en décembre 2002.<sup>13</sup> Le Conseil canadien du commerce électronique propose beaucoup d'informations sur la technologie du code à barres sans réagir au projet de la FDA.<sup>14</sup> Tant du côté de la SCPH que de l'Association des pharmaciens du Canada, il n'y a pas de position officielle à ce jour. Enfin, le bulletin d'information des Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada évoque le projet américain dans son numéro d'été 2003, sans plus!<sup>15</sup>

Mais l'impact du code à barres est-il documenté en pharmacie? Plusieurs études citées par la FDA soulignent que le recours au code à barres dans le circuit du médicament (tant à la pharmacie qu'au chevet du patient) est susceptible de réduire les erreurs de 71 % à 86 %. Simpson et coll. discutent de l'impact économique de la mesure, dans le contexte américain toujours, en identifiant un avantage économique net par année de 3,9 milliards de dollars. Évidemment, l'implantation du code à barres requiert un investissement dans cette technologie, des interfaces avec les systèmes clinico-administratifs et la formation du personnel! Nous y reviendrons plus loin.

Au Québec, avec l'adoption du projet de loi 113 sur la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, les établissements vont mettre en place un comité de gestion des risques et de la qualité, appliquer les nouvelles dispositions à l'égard de la divulgation et de la déclaration, assurer la tenue d'un registre et encourager l'évaluation du « système » plutôt que rechercher des coupables! Tant mieux. Faudra-t-il attendre études, rapports et commissions, pour se convaincre que l'utilisation du code à barres est incontournable dès maintenant?

Les pharmaciens sont impliqués dans la détection, la prévention et l'action reliées aux erreurs médica-

menteuses. Le pharmacien d'établissement est responsable d'organiser un circuit du médicament qui assure une pharmacothérapie optimale aux patients hospitalisés et ambulatoires. Il n'est pas nécessaire d'attendre qu'une norme canadienne soit établie pour que les pharmaciens exercent publiquement, stratégiquement, professionnellement leur poids pour demander que soit implanté le code à barres en établissement. En fait, il n'est pas nécessaire d'attendre du tout pour que cette technologie fasse son entrée dans nos établissements!

Du point de vue technologique, l'utilisation du code à barres est d'une simplicité déroutante! La technologie est mature. Les imprimantes utilisées dans la plupart des milieux sont capables d'imprimer des codes à barres de tous les types, et ce tant pour les étiquettes que pour les rapports. Les codes à barres en 2 dimensions peuvent contenir toute l'information d'une étiquette dans un espace de 2,5 cm<sup>2</sup>. Les lecteurs de code à barres sont performants, abordables, portables et peuvent être reliés à un réseau sans fil.

Qu'imprime-t-on en code à barres? Minimale-ment, un numéro représentant le produit (DIN ou code interne) et un numéro représentant le patient (le numéro de dossier). On peut s'inspirer des normes proposées par la FDA et le National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP)<sup>16</sup>. Un lecteur de code à barres peut être facilement programmé pour lire le code à barres sur le bracelet d'un patient et celui sur une étiquette de médicament, émettre un son confirmant la correspondance ou non et enregistrer la dose administrée dans une banque de données. Investissement total pour une unité de soins? Cinq lecteurs de code à barres : 1 500-2 000 \$ et programmation 10 000 \$ maximum.<sup>17</sup> En fait, pour planter les fonctions de base, aucune interface n'est requise. C'est tout ce que ça coûte pour donner le bon médicament au bon patient! Lorsque quelques projets pilotes de la sorte auront vu le jour et auront démontré leurs avantages, des normes émergeront. Pour ceux qui ont un budget plus important... les grands joueurs comme Datalog<sup>18</sup>, BD<sup>19</sup>, McKesson<sup>20</sup>, etc. offrent des solutions clé en main (ou presque).

Pour que la pharmacie ait un accès comparable aux technologies sécuritaires dont profite déjà l'épicerie! Aux esprits curieux et novateurs, puissiez-vous mettre la main sur un lecteur pour en décoder le sens!



## Références

1. Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Dispensing and administration—2002. *Am J Health-Syst Pharm.* 2003; 60:52-68
2. [Federal Register: March 14, 2003 (Volume 68, Number 50)] CFR Parts 201, 606, and 610 - <http://www.fda.gov/OHRMS/DOCKETS/98fr/03-5205.html> visité le 13 septembre 2003
3. U.S. Food and Drug Administration – Drug bar code - <http://www.fda.gov/oc/initiatives/barcode-sadr/> visité le 15 septembre 2003
4. U.S. Food and Drug Administration – FDA proposes drug bar code regulation – March 13, 2003 - <http://www.fda.gov/oc/initiatives/barcode-sadr/fs-barcode.html> visité le 15 septembre 2003
5. American Pharmacist Association – Improving medication use. Juin 2003. [http://www.aphanet.org/govt/BarCode\\_Comments.pdf](http://www.aphanet.org/govt/BarCode_Comments.pdf) - visité le 21 septembre 2003
6. American Society of Health System pharmacists - [http://www.ashp.org/gad/MonthlyUpdates/regulatory/April\\_2003.cfm?cfid=22712064&CFToken=73733851](http://www.ashp.org/gad/MonthlyUpdates/regulatory/April_2003.cfm?cfid=22712064&CFToken=73733851)
7. Consumer healthcare products association – 17 mars 2003 - [http://www.chpa-info.org/pdfs/03-7\\_CHPA\\_on\\_Bar\\_Coding.pdf](http://www.chpa-info.org/pdfs/03-7_CHPA_on_Bar_Coding.pdf)
8. Zebra Technologies - <http://www.zebra.com/cpgn/gg/ls.htm> visité le 15 septembre 2003
9. HIMSS – The source for Healthcare information – TATA Consultancy Services - <http://www.himss.org/content/files/HIMSSCommentsonFDABCFINAL.pdf> - visité le 15 septembre 2003
10. Neuenschwander M, Cohen MR, Vaida AJ, Patchett JA, Kelly J, Trohimovich B. Practical guide to bar coding for patient medication safety. *Am J Health Syst Pharm.* 2003 Apr 15;60(8):768-79.
11. U.S. Food and Drug Administration – Drug bar code - <http://www.fda.gov/oc/initiatives/barcode-sadr/qa-barcode.html> visité le 15 septembre 2003
12. Publications du Québec – Décembre 2002 - Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. <http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71F.PDF> - visité le 21 septembre 2003
13. Santé Canada -La sécurité des patients et les erreurs médicales dans le système de santé canadien. Décembre 2002 <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/rapport/index.html> visité le 18 septembre 2003
14. Conseil canadien du commerce électronique - <http://www.eccc.org/public/barcodes/index.html> - visité le 21 septembre 2003
15. Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada – Bulletin d'information – été 2003 [http://www.canadapharma.org/Industry\\_Publications/RxD\\_Update/summer2003.pdf](http://www.canadapharma.org/Industry_Publications/RxD_Update/summer2003.pdf) - visité le 21 septembre 2003
16. NCCMERP Council Recommendations Promoting and Standardizing Bar Coding on Medication Packaging: Reducing Errors and Improving Care. <http://www.nccmerp.org/council/council2001-06-27.html> - visité le 22 septembre 2003
17. Symbol Canada. <http://www.symbol.com/canada/> visité le 22 septembre 2003.
18. Datalog international. <http://www.dataloginternational.com/> visité le 22 septembre 2003.
19. Becton, Dickinson and Company. <http://www.bd.com/> visité le 22 septembre 2003.
20. McKesson. <http://www.mckesson.com/> visité le 22 septembre 2003.

## MOT DE LA RÉDACTRICE

Vous l'avez constaté, Le Pharmactuel a, au cours de la dernière année, rafraîchi son look aux nouvelles couleurs de l'A.P.E.S. Cependant, au-delà du look, nous voulons aussi mieux répondre aux besoins de nos lecteurs et c'est ce que le comité de rédaction tente de faire, entre autres, en vous demandant de répondre à des sondages (1998, 2002).

### Les nouveautés

Ainsi, le volume 36 a vu l'éclosion de 2 nouvelles chroniques : *Au centre de l'information* et *Gestion* qui utilise en plus la plateforme du web pour le partage d'outils de gestion fort pertinents. Aussi, la chronique *Entendons-nous* discutant de conditions de travail et paraissant dans l'Info-APES 5 fois par année, est le résultat de besoins exprimés par vous, chers lecteurs!

De plus, vous serez en mesure de constater qu'à ce dernier numéro de l'année nous avons ajouté un index. En fait, vous êtes nombreux à dire que vous conservez Le Pharmactuel pour fins de références. Nous espérons que l'introduction d'un index à la fin de chaque année facilitera vos recherches!

Finalement, le volume 37 devrait permettre de répondre à un besoin exprimé lors des 2 derniers sondages. Plusieurs d'entre vous l'avez demandé...vous verrez donc en 2004 l'apparition du module de formation continue dans Le Pharmactuel. Ainsi, les pharmaciens désirant répondre aux questions n'auront qu'à se rendre au site du Pharmactuel ([www.pharmactuel.com](http://www.pharmactuel.com)) afin de compléter la fiche-réponse et la retourner à l'A.P.E.S. qui se chargera d'acheminer toute l'information nécessaire à l'Ordre des Pharmaciens du Québec. Nous vous donnerons davantage de détails lors de la publication du premier module de formation. Restez à l'affût!

Comme vous pouvez le constater, tous les efforts sont déployés pour faire du Pharmactuel une revue de qualité et répondant aux besoins de ses lecteurs! N'attendez pas le prochain sondage pour nous faire parvenir vos commentaires ou suggestions!

L'équipe de rédaction profite de cette occasion pour vous offrir ses meilleurs vœux à l'occasion de la période des Fêtes!