

Une réflexion nécessaire

Jacques Ramsay

Si nous entretenons encore quelques doutes quant à l'usage répandu des narcotiques dans nos milieux de soins, l'analyse de Céline Dupont (p. 19) sur la fréquence des ordonnances d'opiacés suffira à les dissiper. Ainsi, pour une seule journée d'été 2006, pas moins de 44 % des adultes hospitalisés avaient une ordonnance active d'opiacé inscrite à leur dossier, soit de l'hydromorphone dans plus d'un tiers des cas, alors que deux opiacés avaient été prescrits dans un quart des cas et que l'usage concomitant de médicaments avec effet dépressur sur la respiration était davantage la norme que l'exception. À ce compte, les cyniques pourraient s'étonner devant la relative rareté des incidents secondaires aux opiacés.

Ces incidents demeurent néanmoins trop fréquents. Déjà, pour appuyer les conclusions du rapport d'investigation sur les causes et circonstances du décès de Monsieur Paul Buisson, le Bureau du coroner avait recensé plusieurs autres décès survenus au cours des années précédentes, qui mettaient en cause l'utilisation de narcotiques en milieu hospitalier. Mais, dans la mesure où, Dieu merci, la plupart des doses suprathérapeutiques ne provoquent pas la mort – et échappent donc aux statistiques du Bureau – il importe de se doter d'un mécanisme transparent qui comptabilise l'ensemble des incidents et accidents. Pour ce faire, il faut d'abord instaurer une meilleure surveillance dans les milieux de soins et, à ce sujet, je félicite l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal qui a inscrit, dans son protocole d'utilisation du naloxone (p. 37), l'obligation de rédiger un rapport d'accident-incident. Puis il faut un registre national de ces mêmes accidents et incidents que le ministère de la Santé et des Services sociaux nous promet maintenant pour 2008.

J'ai choisi, dans le rapport, de m'adresser directement aux professionnels des établissements de santé, reconnaissant ainsi leur rôle de premier plan. Ce faisant, le Bureau du coroner leur a, en quelque sorte, conféré un « devoir d'agir ». Je constate avec bonheur que la grande majorité des personnes interpellées, dont les pharmaciens des établissements, ont accepté de relever le défi d'une pratique plus sécuritaire, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité des soins.

Toutefois, ainsi que le fait remarquer Sylvie Bouchard (p. 16), la coordination des efforts de tous les professionnels de la santé concernés, obligatoire pour la suite du processus, n'est pas chose aisée malgré le leadership dont font preuve les pharmaciens d'établissement. La transmission de l'information dans nos établissements, maintenant à géométrie variable, représente certainement un défi énorme. Par exemple, il va sans dire qu'en tant que prescripteurs, les médecins ont une responsabilité importante dans la chaîne du médicament. La lecture des pièges à éviter lors de la rédaction d'ordonnances d'opioïdes (Mélanie Gilbert et Robert Thiffault, p. 82) illustre bien cet aspect. Si cette responsabilité spécifique repose d'abord et avant tout entre leurs mains, il va sans dire que la participation des pharmaciens aux activités cliniques représente un moment privilégié pour l'échange de connaissances entre professionnels. Il faut certes encourager et généraliser cette façon de faire. Mais dans le contexte actuel de pénurie de pharmaciens en milieux de soins, la planification de ces activités est difficile. Il faut donc se rabattre sur des activités plus traditionnelles du genre outils papiers ou informatiques et séances de formation. Je souhaite que les pharmaciens y jouent le rôle prépondérant qui leur revient.

Si cela était insuffisant, les chefs de départements de pharmacie ne devraient pas, à mon sens, hésiter à prendre en considération le resserrement des critères de validité des ordonnances ainsi que le prévoit le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*.

J'avais aussi une seconde raison de faire appel aux établissements de santé plutôt que de m'adresser simplement aux organismes de compétence nationale. Il m'apparaissait, en effet, que bien que les dangers des opiacés soient universels et que les règles de sécurité puis-

Jacques Ramsay, M.D. LL.M., est coroner au Bureau du coroner à Montréal



sent être exportées relativement facilement d'un milieu à un autre, les mécanismes et stratégies, les délais de mise en place, les outils utilisés et les processus d'évaluation pouvaient varier entre les établissements dans le but de mieux refléter les particularités locales. Ceci relève du concept de contextualisation des soins que l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a beaucoup contribué à faire connaître au Québec. À partir d'une notion différente, qui fait la distinction entre risque intrinsèque et risque organisationnel, ce dernier relevant plutôt de l'environnement de travail tandis que le premier relève souvent du paradigme médical, Suzanne Bisailon (p. 6) confirme cette vision. Ainsi, l'application de solutions identiques à tous les établissements n'est pas toujours souhaitable, car les facteurs organisationnels, plus fréquents que les facteurs intrin-

sèques, sont parfois spécifiques à un établissement. S'il demeure la plupart du temps possible d'emprunter les protocoles conçus ailleurs, chaque établissement doit néanmoins être prêt à y apporter les quelques modifications qui s'imposent afin de s'assurer qu'il soit bien reçu dans leur milieu.

Riche en enseignement, la réflexion portant sur les moyens d'assurer une prestation sécuritaire des soins contribue à l'affirmation d'une culture où prime la sécurité du patient. Ce numéro de *Pharmactuel* ne peut que servir à alimenter votre réflexion et votre enthousiasme pour les prochaines étapes d'un processus qui doit demeurer dynamique et continu.

Bonne lecture!