

## Erreur sur le remède, remède à l'erreur

*Edith Dufay, Louise Mallet*

En France, les médicaments sont la troisième cause d'événements indésirables graves, au minimum 60 000 par an, dont 15 000 sont évitables<sup>1</sup>. Aux États-Unis, les chercheurs ont évalué que les médicaments sont la cause de 75 000 à 100 000 décès par an<sup>2</sup>. Les événements indésirables dus aux médicaments se classent entre le quatrième et le sixième rang des causes principales de décès<sup>2</sup>.

« Évitable » veut dire que l'on aurait pu y échapper. Oui, mais comment? La question est devenue un enjeu pour les pouvoirs publics, pour les directeurs d'établissements et pour les professionnels de la santé. Sans oublier le patient, que notre société moderne veut acteur vertueux de sa santé, de son autonomie et de son bien-être. Haro donc sur les erreurs médicamenteuses qui sont un risque que le patient doit subir et qui se trouvent à l'origine de complications non acceptables, justement parce que l'individu a le sentiment qu'il aurait dû y échapper.

Depuis quelques années, les textes réglementaires et recommandations professionnelles sont en inflation<sup>3-5</sup>. Les établissements français sont tenus de définir, de mettre en oeuvre et d'évaluer une politique de gestion des risques liés au médicament ainsi que le programme d'actions qui en est le corollaire. Quant aux professionnels de la santé, ils sont invités au Canada, obligés en France, à signaler un événement indésirable lié à une erreur médicamenteuse. Au Québec, les professionnels de la santé sont également invités à signaler un événement indésirable lié à un médicament<sup>6</sup>.

La cause est juste et elle est entendue pour la majorité d'entre nous... Pourtant, les résultats de la certification des établissements de santé, rendus publics, montrent que la culture de la sécurité peut encore progresser. En France, l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient est la référence faisant l'objet du plus grand nombre de recommandations, de réserves et de réserves majeures. Sans doute, les difficultés financières auxquelles sont confrontés les établissements expliquent le décalage entre la volonté des institutions et la réalité de terrain. Les professionnels de la santé sont encore réservés. Ils ne s'engagent pas ou pas facilement dans une réflexion sur les causes profondes d'une erreur médicamenteuse. Par ce qu'elle fait subir au patient, bien que ces derniers ne l'ont pas voulue, elle est culpabilisante. Elle est donc d'un abord difficile. D'autant plus que les professionnels endossent encore seuls et malgré eux l'erreur médicamenteuse alors qu'ils ne font

qu'hériter en grande partie des défauts de l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Pour améliorer la sécurité et la qualité de cette prise en charge, nous devons nous atteler, de façon interprofessionnelle, à mieux comprendre l'organisation pathologique du circuit du médicament et à considérer l'erreur médicamenteuse comme son indicateur de morbidité et de mortalité. Le chantier est vaste, et tous les acteurs de la prise en charge médicamenteuse du patient doivent se retrousser les manches. Mais où est l'essentiel, la priorité? Par quoi commencer? À charge pour nous, dans cet éditorial, de vous faire découvrir quelques pistes proposées par nos gestionnaires de risque, pour agir ou pour y réfléchir<sup>7</sup>.

- Qui s'occupe dans l'établissement de la reprise des prescriptions générales du domicile à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation du patient? La conciliation des traitements médicamenteux ou le bilan comparatif sont-ils systématisés, en particulier dans les populations à risque? Le sujet âgé hospitalisé après passage aux urgences, l'enfant, le patient ayant subi une chirurgie, etc.?
- Quel partenariat réel et direct de dialogue entre pharmaciens et médecins est formalisé sur la prescription médicamenteuse? En ville, comme à l'hôpital, l'analyse des prescriptions a-t-elle une juste valeur?
- Comment est organisée et sécurisée la prescription de thèmes pourvoyeurs de la majorité des événements indésirables graves au cours du trajet du patient? Exemples connus des anticoagulants, des antibiotiques, des prescriptions gériatriques.
- Comment est formalisée la prescription à la sortie du bloc opératoire? Existe-t-il une charte anesthésistes-chirurgiens qui définit qui est responsable de quoi?
- Quelles solutions sont mises en oeuvre pour empêcher la survenue d'événements qui ne devraient jamais arriver? Quelques exemples des deux côtés de l'Atlantique.

*Edith Dufay, D.Pharm., est pharmacienne praticienne hospitalière au Centre hospitalier de Lunéville, France*

*Louise Mallet, B.Sc.Pharm., Pharm.D., CGP, est professeure titulaire de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université Montréal, pharmacienne clinicienne en gériatrie au Centre universitaire de santé McGill et rédactrice adjointe du Pharmactuel*

- o En France, la liste de ces événements est inspirée de la démarche *Never events* du National Health Service de Grande Bretagne adaptée aux spécificités des pratiques françaises<sup>8</sup>. Elles concernent notamment les anticoagulants, le chlorure de potassium, le méthotrexate par voie orale, l'insuline, les anticancéreux en pédiatrie, les spécialités d'anesthésie et de réanimation au bloc opératoire, mais aussi les médicaments dont le mode de préparation est à risque, les erreurs de voie d'administration en intrathécal au lieu de la voie parentérale et la voie parentérale au lieu de la voie orale, les erreurs de programmation des dispositifs médicaux d'administration.
- o Au Québec, un registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux permet de suivre l'évolution des événements qui surviennent au cours de l'administration des soins et services de santé. Tout incident ou accident constaté dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux doit être déclaré<sup>9</sup>.
- o Depuis 2009, le bilan comparatif des médicaments est devenu une pratique organisationnelle requise par Agrément Canada. L'initiative « Des soins de santé plus sécuritaires » a désigné le bilan comparatif des médicaments comme une priorité en matière de sécurité<sup>10</sup>.

L'article de Barillet et collaborateurs du présent numéro du *Pharmactuel* présente les résultats d'un projet pilote qui avait pour objectif de déterminer la fréquence et la nature des divergences d'anamnèse médicamenteuse entre le recueil effectué aux urgences par le corps médical et l'historique de service de l'officine du patient tracé par des étudiants en pharmacie dans le service d'hospitalisation du patient. Cette étude, qui s'est déroulée sur une période de six mois, démontre que, pour la majorité des patients, une divergence apparaît dans la liste des médicaments obtenus par les médecins des urgences et celle recueillie par les étudiants en pharmacie<sup>11</sup>. Le bilan comparatif des médicaments représente la porte d'entrée permettant au pharmacien d'établir la médication que le patient prend réellement à la maison et d'effectuer une évaluation de sa pharmacothérapie.

En affichant, au sens propre du terme, nos objectifs, ceux précités ou d'autres, en fédérant les différents métiers concernés par le risque d'erreur, nous créerons une ligne de conduite qui doit devenir commune à chacun d'entre nous. Nos cursus dans nos facultés de pharmacies partout dans le monde doivent inclure des notions de gestion des risques et de sécurité des patients. Puisse la situation financière dégradée de nos établissements ne pas en être un frein.

## Financement

Aucun financement n'a été déclaré par les auteurs.

## Conflit d'intérêts

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

Pour toute correspondance :

Edith Dufay

Centre hospitalier de Lunéville

BP 30 206

6, rue Girardet

54 301 Lunéville Cedex, France

Téléphone : 03 83 76 12 12

Télécopieur : 03 83 74 38 97

Courriel : edufay@ch-luneville.fr

## Références

1. Michel P, Minodier C, Lathelise M, Moty Monnereau C, Domecq S, Chaleix M et coll. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. *Dossiers Solidarité et santé* 2010;17:1-18
2. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: A meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998; 279:1200-5.
3. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, France. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023865866&dateTexte=&categorieLien=id> (site visité le 8 octobre 2012).
4. Haute autorité de santé. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation et de l'administration des médicaments en établissements de santé. Haute Autorité de Santé, Saint-Denis La Plaine. 2011.
5. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Outil- Evaluer et gérer les risques liés à la prise en charge médicamenteuse. [en ligne] <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/evaluer-et-gerer-les-risques-lies-a-la-prise-en-charge-medicamenteuse/> (site visité le 2 novembre 2012).
6. Santé Canada. Déclaration des effets indésirables ou des incidents liés aux matériaux médicaux. [en ligne] <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/report-declaration/index-fra.php> (site visité le 8 octobre 2012).
7. Amalberti R. Les facteurs humains et organisationnels dans la gestion du médicament. Communication présentée à la Journée de la Société Française de Pharmacie Clinique, Paris, France. Juin 2012.
8. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Sécurité du médicament à l'hôpital. [en ligne] <http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Securite-du-medicament-a-l-hopital> (site visité le 8 octobre 2012).
9. Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec (du 1er octobre 2011 au 31 mars 2012). [en ligne] <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/LienParld/9C95E12766182A1685257A25006ECA06?opendocument> (site visité le 8 octobre 2012).
10. Agrément Canada. Rapport sur les pratiques organisationnelles requises. [en ligne] <http://www.accreditation.ca/medias-et-publications/publications/rapport-sur-les-por/> (site visité le 8 octobre 2012).
11. Barillet M, Lobbedez T, Cohen D, Ollivier C. Conciliation médicamenteuse lors d'une hospitalisation en France : implications des externes en pharmacie. *Pharmactuel* 2012;45:284-90.