



LES ACCIDENTS MÉDICAUX ÉVITABLES LIÉS À L'UTILISATION DE MÉDICAMENTS

Présentation au Comité ministériel sur les accidents médicaux évitables

Ordre des pharmaciens du Québec

25 août 2000



Table des matières

<i>Table des matières</i>	2
Préambule	3
Présentation de l'Ordre des pharmaciens du Québec.....	4
Les erreurs liées à la médication.....	5
La recherche de solutions.....	9
En milieu hospitalier.....	9
En milieu communautaire.....	10
Nos recommandations.....	12
Bibliographie	13

Préambule

Montréal, le 25 août 2000

Monsieur le Président,
mesdames et messieurs les membres du Comité.

L'Ordre des pharmaciens du Québec est heureux de pouvoir contribuer à vos travaux en proposant la réflexion succincte déposée aujourd'hui.

Dans le questionnement complexe qui entoure le concept de la sécurité du public qui reçoit des soins médicaux, la pharmacothérapie constitue une zone cruciale et incontournable. Demeurez assurés de la collaboration pleine et entière de l'Ordre des pharmaciens du Québec à la mise en place d'éventuelles actions permettant d'améliorer la performance, en matière de sécurité du public et d'amélioration des services pharmaceutiques et soins liés au médicament sur le territoire québécois.

Le président,

Paul Fernet, pharmacien.

Présentation de l'Ordre des pharmaciens du Québec

L'Ordre des pharmaciens du Québec est chargé d'assurer la protection du public en matière de services pharmaceutiques. Pour ce faire, l'Ordre émet les permis d'exercice, évalue la compétence professionnelle de ses membres, exerce une fonction disciplinaire et assure la qualité des services dispensés.

L'Ordre des pharmaciens compte 5 862 membres, dont plus de la moitié sont des femmes. Environ 69 % des membres exercent en officine, soit comme salariés, soit comme propriétaires d'une des 1559 pharmacies de la province. Un peu plus de 17 % des pharmaciens œuvrent dans des établissements de santé. Enfin, les autres membres œuvrent dans divers milieux tels que l'industrie, les universités, les associations ou le gouvernement.

Fondée en 1870, l'Association pharmaceutique de la province de Québec devient en 1944 le Collège des pharmaciens. Au moment de l'adoption du Code des professions en 1974, le Collège devint l'Ordre des pharmaciens du Québec tel que nous le connaissons aujourd'hui.

L'Ordre des pharmaciens est l'un des 44 ordres professionnels reconnus en vertu du Code des professions.

Les erreurs liées à la médication

C'est presque un lieu commun que d'affirmer que les erreurs liées à l'utilisation de médicaments sont nombreuses, entraînant des taux de mortalité et de morbidité élevés au sein des diverses populations (Malpass, Helps, & Runciman, 1999).

Certains estiment que 28% de ces erreurs, liées aux médicaments, auraient pu être évitées si un mécanisme adéquat de prévention existait (Kuehn Kelly, 2000). Bien entendu, ces considérations demeurent approximatives, puisque la compilation standardisée des erreurs est impossible en ce moment et qu'il existe d'importantes lacunes quant à la détection de ces erreurs et à leur analyse. Différents facteurs expliquent cette déplorable situation :

- La notion d'erreur de médication ne fait pas l'objet d'une définition claire et fiable, rappelle Brian Storm de *l'University of Pennsylvania Medical School* (Kuehn Kelly, 2000)
- Il n'y a aucun système adéquat permettant, à vaste échelle, la collecte d'informations liées aux erreurs, ce qui hypothèque notre compréhension des problèmes et la mise en place de solutions préventives efficaces (Bussièrès & Lebel, 2000; Cohen, 2000; Orser, 2000).
- C'est un réflexe humain qui affecte autant les professionnels que les autres personnes que de tenter de dissimuler des erreurs, surtout dans un contexte où la recherche de boucs émissaires et la détresse attachée aux problèmes de santé laisse craindre des blâmes personnels et une chasse aux coupables (Cohen, 2000; Kuehn Kelly, 2000). Des articles tels que « *Le silence des blouses blanches* » (Lecomte, 2000) reflètent bien, d'ailleurs, la position classique des médias qui se penchent sur ces questions en considérant presque toujours les cas rapportés comme des événements épisodiques attribuables à des coupables qu'il faut punir – laissant dans l'ombre les dimensions organisationnelles et systémiques du problème.

D'entrée de jeu, nous devons déplorer la rareté des études québécoises portant sur les erreurs liées à la médication au sein des officines québécoises. Les données disponibles à l'Ordre ont principalement été colligées lors de plaintes ayant été présentées au fonds d'assurance responsabilité professionnelle des pharmaciens. Il ne fait aucun doute qu'il existe un besoin criant pour la réalisation d'études scientifiques de grande envergure en ce secteur.

Le programme d'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre des pharmaciens du Québec a recensé, lors de l'analyse des sinistres signalés au cours des douze premières années de son existence, 975 incidents se répartissant entre cinq principaux types : mauvaise identification du patient, erreur d'interprétation de l'ordonnance, erreur d'exécution, substitution incorrecte, défaut de conseil. La classification secondaire de ces incidents est recensée dans le tableau qui suit.

Classe 1: Identification erronée d'un patient		Nombre	%
	Mauvais dossier	3	0.31 %
	Remise d'une ordonnance à un mauvais patient	27	2.77%
	Autres	1	0.10%
Classe 2: Erreur d'interprétation			
	Nom du médicament	124	12.72%
	Posologie	125	12.82°
	Vole d'administration	2	0.21
	Fréquence d'administration	4	0.41
	Autres	7	0.72%
Classe 3: Erreur d'exécution de l'ordonnance			
	Proximité	109	11.18%
	Nom du médicament	16	1.64%
	Précomptés	16	1.64%
	Mauvaise sélection à l'ordinateur	30	3.08%
	Étiquetage	39	4.00%
	Mauvaise sélection de médicament	219	22.46%
	Autres	19	1.95%
Classe 4: Erreur liée à la substitution			
	Substitution incorrecte	19	1.95%
	Substitution correcte	5	0.51
Classe 5: Défaut de conseil		50	5.13%
Classe 6: Divers		79	8.10%
Classe 7: Inconnue		81	8.31 %
TOTAL		975	100.00

Tableau cumulatif des causes de sinistres, étude de sinistres au 1^{er} avril 1999

Les causes des erreurs liées à la médication sont multiples, et dépassent la vision simpliste de professionnels « incompetents » ou « fautifs ». Plusieurs facteurs affectent l'ensemble des professionnels ayant à travailler avec des médicaments :

- Les problèmes de lisibilité de certaines prescriptions rédigées à la main (Dean, 1996).
- L'existence d'homophones – médicaments aux noms ou à l'orthographe voisins qui facilitent la confusion et la distribution du mauvais produit (Dean, 1996; Robinson Wolf, 2000).
- L'utilisation d'abréviations qui ne sont pas standardisées lors de la rédaction d'ordonnances ou de consignes de traitement (Dean, 1996).
- Un étiquetage commercial incorrect des produits, alors que des médicaments différents se trouvent dans des emballages presque identiques – ou que les informations relatives à la date de péremption ou au dosage sont illisibles (Dean, 1996).
- Le manque d'information sur le produit – dans le cas où la molécule, ses effets et ses particularités sont inconnus des personnes qui en encadrent l'utilisation (Dean, 1996).
- L'automatisation de la distribution n'étant pas assujettie à des mécanismes de sécurité adéquats (Dean, 1996).

- Les erreurs liées au calcul des doses chez certains patients, en pédiatrie, en gériatrie ou en présence de pathologies particulières (Dean, 1996).
- La poursuite de l'utilisation parallèle de produits d'automédication par les patients à qui des traitements sont prescrits en établissement (Dean, 1996).
- Les difficultés d'organisation du travail éprouvées en certains milieux (Robinson Wolf, 2000).
- La présence d'un entreposage de médicaments « clandestin », réserves d'étagé et stocks au commun, solution perçue par certains comme « plus rapide et moins compliquée » pour obtenir un médicament sans passer par la pharmacie (Robinson Wolf, 2000).
- Le rejet ou le non-respect des politiques et procédures (Robinson Wolf, 2000).
- La communication d'ordonnances verbales uniquement (Robinson Wolf, 2000).
- Les problèmes qui affectent la performance des individus (conflits, fatigue,...) (Robinson Wolf, 2000).
- Le manque de personnel formé pour poser les actes requis (Robinson Wolf, 2000).
- L'utilisation de flacons à usage répété (Robinson Wolf, 2000).
- Les problèmes liés au format d'emballage des médicaments (Robinson Wolf, 2000).
- L'absence de directives, sur les contenants de médicaments, d'informations quant aux limites posologiques (Robinson Wolf, 2000).
- L'emprunt de médicaments d'autres unités de soins ou de lieux d'entreposage différents sans passer par le service de pharmacie (Robinson Wolf, 2000).
- L'absence de mesures de contrôle des erreurs ou le fait que, lorsque de tels contrôles existent, les équipes responsables ne soient pas interdisciplinaires (Robinson Wolf, 2000).
- L'absence de vérification lors de l'utilisation des médicaments toxiques ou pédiatriques (Robinson Wolf, 2000).

Touchant diverses dimensions des pratiques liées au médicament, ces facteurs peuvent influencer, seuls ou plusieurs à la fois, la qualité et la sécurité de l'utilisation des médicaments.

Les paramètres incorrects de l'utilisation de médicaments sont nombreux et certains facteurs plus directement liés à la pharmacothérapie peuvent être cause d'accidents. Parmi les éléments que les pharmaciens sont les plus aptes à examiner et qui échappent régulièrement à l'examen d'autres acteurs impliqués en santé, on note (Anon, 2000b) :

- Le dédoublement des thérapies.
- Les allergies médicamenteuses.
- Les contre-indications liées à l'utilisation d'un produit.
- Les interactions avec des médicaments ou des aliments.

- L'utilisation de doses inappropriées.
- La durée du traitement.
- L'abus ou la mauvaise utilisation par le patient.
- L'absence de fidélité au traitement.
- Les erreurs liées au calcul sont une cause fréquente d'erreurs, nous a signalé une étude récente menée dans un service d'urgence pédiatrique (Selbst, Fein, Osterhoudt, & Ho, 1999) où l'inscription du poids inexact des patients et l'absence de collecte d'informations sur les allergies aux médicaments étaient relevées.
- L'insuffisance ou les erreurs de collecte d'informations liées aux médicaments auprès des patients admis en centre hospitalier est un autre élément.

Les informations précédentes sont tirées d'études et d'observations issues du milieu hospitalier. Mais qu'en est-il des erreurs liées aux médicaments en milieu communautaire ?

Les données québécoises sont rares, mais une récente étude (Peterson, Wu, & Bergin, 1999) menée auprès de 109 pharmaciens australiens, semble indiquer que les risques d'erreurs en pratique communautaire de la pharmacie sont élevés et pourraient aller en croissant. Des facteurs tels qu'un volume élevé d'ordonnances, la fatigue et la surcharge de travail et la difficulté à soutenir la concentration nécessaire à une seule activité dans un contexte de travail comptent parmi les facteurs mentionnés. Les facteurs qui semblent être le plus souvent incriminés, selon les auteurs de la recherche, seraient le volume élevé d'ordonnances, la fatigue du pharmacien et la surcharge de travail.

La recherche de solutions

La recherche d'une réduction maximale des erreurs de médication – la tolérance zéro – est-elle réaliste ?

Nous croyons, comme les auteurs d'une récente étude sur les erreurs liées à la médication chez des patients pédiatriques (Anderson & Ellis, 1999) que cet objectif peut être formulé avec réalisme. Les secteurs de l'industrie nucléaire, des télécommunications et du transport aérien misent tous sur des procédures de prévention des erreurs et se sont dotés de mécanismes d'encadrement à cet effet. Il ne nous paraît pas utopiste d'adopter, dans le secteur médical et pharmaceutique, une approche comparable.

Puisqu'une erreur sur quatre liée à la médication est, aux États-Unis, attribuable à la confusion qui existe autour des dénominations commerciales des médicaments (Lambert, Lin, Chang, & Gandhi, 1999), la réduction des erreurs doit aussi impliquer les partenaires de l'industrie et d'autres milieux. L'État et les entreprises du secteur pharmaceutique doivent aussi travailler à la recherche de solutions aux problèmes des homonymes, de l'étiquetage, des présentations suscitant la confusion et des formats de distribution potentiellement risqués.

On a rapporté l'importance des étapes initiales de la prescription et de la distribution des agents pharmacologiques (Bates, 1999) comme lieux où se produisent les erreurs liées aux médicaments. L'expérience de travail des pharmaciens confirme qu'à ces étapes et à l'étape finale de l'administration des erreurs peuvent survenir.

En milieu hospitalier

La présence de pharmaciens à l'intérieur des différentes équipes de soins est un facteur qui réduit les risques d'accidents et d'incidents liés à l'utilisation de médicaments, nous a révélé la recherche. La présence d'un pharmacien au sein d'une équipe de soins intensifs, au Massachusetts General Hospital, a provoqué une réduction de 77% des réactions indésirables aux médicaments (*adverse drug events*) (Anon, 2000a). La performance des pharmaciens à détecter des erreurs de médication a déjà été jugée, lors d'une récente étude (Facchinetti, Campbell, & Jones, 1999), supérieure à celle des infirmières œuvrant en milieu hospitalier. Selon les types d'erreur à détecter, les pharmaciens ont même présenté un score de 10% supérieur à celui des non-pharmaciens dans un centre hospitalier universitaire. Clairement, à nos yeux, la présence constante d'un pharmacien en milieu hospitalier, au sein des équipes soignantes, est un facteur contribuant à la réduction des erreurs liées à la médication ainsi qu'à l'amélioration de l'usage des médicaments.

L'utilisation de systèmes informatisés d'entrée d'ordonnances est souvent proposée comme une réponse magique aux difficultés liées à la prescription, à sa rédaction et à sa lecture. L'utilisation combinée du code à barres et de l'ordinateur sont présentées comme un correctif porteur d'espoir (van den Bemt, Egberts, de Jong-van den Berg, & Brouwers, 2000).

Tout en étant ouvert et généralement favorable à l'exploration de systèmes automatisés de ce type, nous croyons que ces solutions doivent être considérées avec réalisme. L'utilisation de nouveaux instruments exige un investissement de temps appréciable de la part des utilisateurs et n'exclut pas l'apparition de nouveaux problèmes liés aux technologies novatrices (Zalman, Odeh, & Oliven, 2000). Malgré tout, il est clair que la mise en place de systèmes de distribution unidose et les programmes centralisés d'addition aux solutés permettent une réduction significative du potentiel d'erreur.

Dans aucun cas, à notre avis, nous ne devrions percevoir l'utilisation de nouvelles technologies comme

plus performantes que le jugement clinique et l'expérience d'équipes soignantes qualifiées – où un pharmacien est en mesure d'apporter ses compétences spécifiques.

En milieu communautaire

Le groupe de chercheurs australiens (Peterson et al., 1999) ayant étudié la situation particulière de la pratique pharmaceutique en milieu communautaire a identifié certains paramètres de réduction des risques liés à la distribution de médicaments:

- l'implantation de procédures serrées de vérification ;
- la systématisation du déroulement des opérations du laboratoire ;
- la vérification de l'ordonnance originale lors de toute demande de renouvellement ;
- le fait que le pharmacien prenne le temps de discuter avec son patient lors de la remise du produit ;
- le maintien du niveau de compétence professionnelle à un niveau élevé ;
- l'élimination des interruptions susceptibles de survenir lors de l'exécution d'ordonnances ;
- la réduction de la charge de travail ;
- l'amélioration de la lisibilité des ordonnances rédigées par les médecins ;
- l'aménagement des lieux permettant la confidentialité des informations échangées entre un pharmacien et son patient.

Les normes qui entourent la pratique de la pharmacie au Québec ont déjà été ajustées pour pallier plusieurs facteurs de risque, répondant en bonne partie aux suggestions de l'étude de Peterson, et diverses initiatives conformes aux suggestions des chercheurs ont déjà été menées :

- Les pharmacies québécoises comportent toutes une aire de confidentialité obligatoire, permettant les échanges entre le pharmacien et ses patients.
- Un certain consensus existe quant au nombre maximal d'ordonnances qu'un seul pharmacien devrait exécuter, alors que l'Ordre suggère la présence d'un pharmacien additionnel si le seuil critique est atteint ou dépassé.
- Une vaste opération de sensibilisation est menée depuis quelques années auprès des membres de l'Ordre – l'Opération 100% conseils – pour encourager la communication entre le pharmacien et son patient.
- Des dispositions réglementaires existent, à l'intérieur du code de déontologie des pharmaciens, pour inciter les pharmaciens à personnaliser leurs interactions avec leurs patients – évitant le recours limité à des dépliants et des fiches d'information standardisées.
- Une action conjointe a été menée avec nos partenaires du Collège des médecins pour sensibiliser ces praticiens aux normes de rédaction d'ordonnances, dans le contexte d'une amélioration de la qualité des soins des deux groupes professionnels ;

- Tout récemment, avec le concours d'un groupe pharmaceutique, l'Ordre a produit et diffusera un manuel d'information et de sensibilisation portant sur les erreurs en pharmacie, ciblant les causes fréquentes d'erreur et incitant ses membres à la prudence.

Malgré cet encourageant constat, il reste encore du travail à faire. Des facteurs comme l'actuelle pénurie de pharmaciens – ressentie en milieu hospitalier et dans plusieurs officines à travers le Québec – compliquent le tableau de la charge de travail des pharmaciens. Des horaires de plus de 8 heures par jour sont encore une réalité fréquente pour nombre de pharmaciens. Des semaines de travail de plus de 50 heures doivent aussi être déplorées.

De concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les associations sectorielles regroupant les pharmaciens propriétaire, les pharmaciens salariés et les pharmaciens œuvrant en établissements de santé, l'Ordre poursuit la recherche de solutions permettant de contrer la pénurie et ses effets indirects.

Nos recommandations

- L'adoption par le réseau québécois de la santé et des services sociaux d'une politique de « Tolérance zéro » destinée à impliquer les divers partenaires concernés – professionnels, établissements, industrie – dans une recherche de réduction des erreurs liées à l'utilisation de médicaments ;
- La mise en œuvre d'une campagne de sensibilisation et de formation auprès des professionnels de la santé, des médias et des patients, destinée à favoriser la perception d'un travail commun de dépistage des erreurs possibles – et non une chasse aux « coupables ». L'implication individuelle est un élément indispensable à l'amélioration des systèmes.
- La mise en place, à l'échelle québécoise, de programmes et mécanismes de détection des erreurs permettant leur compilation, leur analyse et l'articulation ultérieure d'actions préventives. Les études scientifiques pertinentes devraient être réalisées en lien avec la nature, la fréquence et le suivi des erreurs liées à la pratique pharmaceutique hors des établissements;
- L'ajout aux milieux de soins qui n'en disposent pas déjà de pharmaciens accessibles jour et nuit, travaillant directement avec les prescripteurs, le personnel infirmier et les patients faisant usage de médicaments;
- Encadrer et permettre la mise en place d'instruments informatiques d'aide à la prescription en milieu hospitalier (saisie d'ordonnances, outils d'aide à la décision, inscriptions aux dossiers, distribution automatisée...);
- La poursuite des travaux, en pharmacie communautaire, destinés à réduire la charge de travail des pharmaciens, les sources de distraction ainsi que d'autres facteurs pouvant accroître les risques d'erreur. La réduction des tâches administratives liées à l'opération des divers régimes d'assurance des médicaments est une piste qui mérite une attention certaine.

Bibliographie

- Anderson, B. J., & Ellis, J. F. (1999). Common errors of drug administration in infants: causes and avoidance [In Process Citation]. *Paediatr Drugs*, 1(2), 93-107.
- Anon. (2000a). *Dramatic reduction in medication errors reported at International patient safety conference*. Annenberg Center fo Health Sciences. Available: <http://www.annenberg.net/mederrors/html/announcement.html> [2000, 1 août].
- Anon. (2000b). *Preventing medication errors*. Powerpak.com. Available: http://www.powerpak.com/CE/Prevent_Med_Errors/lesson.htm [2000, 1 août].
- Bates, D. W. (1999). Frequency, consequences and prevention of adverse drug events. *J Qual Clin Pract*, 19(1), 13-17.
- Bussi eres, J.-F., & Lebel, D. (2000). L'erreur est-elle humaine? *Pharmactuel*, 33(3), 65-66.
- Cohen, M. R. (2000). *Fix the problem, not the blame: preventing medication errors in long-term care*. American Society of Consultant Pharmacists Inc. Available: <http://www.asep.com/public/pubs/tcp/1997/aug/fix.html> [2000, 1 août].
- Dale Parizeau, (1999) Programme d'assurance responsabilit  professionnelle:  tude de sinistres au 1^{er} avril 1999 (rapport non publi ).
- Dean, R. (1996). *Medication errors: preventing the preventable*. University of Chicago Medical Center. Available: <http://dacc.uchicago.edu/drug/bulletins/n0996.htm> [2000, 1 août].
- Facchinetti, N. J., Campbell, G. M., & Jones, D. P. (1999). Evaluating dispensing error detection rates in a hospital pharmacy. *Med Care*, 37(1), 39-43.
- Kuehn Kelly, C. (2000). *Efforts to prevent prescription errors heat up*. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. Available: <http://www.asim.org/journals/news/jun98/heatup.html> [200, 1 août 2000].
- Lambert, B. L., Lin, S. J., Chang, K. Y., & Gandhi, S. K. (1999). Similarity as a risk factor in drug-name confusion errors: the look- alike (orthographic) and sound-alike (phonetic) model. *Med Care*, 37(12), 1214-1225.
- Lecomte, A.-M. (2000, 15 mai 2000). Le silence des blouses blanches. *L'Actualit *, 25.
- Malpass, A., Helps, S. C., & Runciman, W. B. (1999). An analysis of Australian adverse drug events. *J Qual Clin Pract*, 19(1), 27-30.
- Orser, B. (2000). Reducing medication errors. *Canada Medical Association Journal*, 162, 1150-1151.
- Peterson, G. M., Wu, M. S., & Bergin, J. K. (1999). Pharmacist's attitudes towards dispensing errors: their causes and prevention. *J Clin Pharm Ther*, 24(1), 57-71.

- Robinson Wolf, Z. (2000). *Understanding medication errors*. Nursing Spectrum Inc. Available: <http://nswweb.nursingspectrum.com/ce/ce220.htm> [2000, 1 août].
- Selbst, S. M., Fein, J. A., Osterhoudt, K., & Ho, W. (1999). Medication errors in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care, 15*(1), 1-4.
- van den Bemt, P. M., Egberts, T. C., de Jong-van den Berg, L. T., & Brouwers, J. R. (2000). Drug-related problems in hospitalised patients. *Drug Saf, 22*(4), 321-333.
- Zalman, D., Odeh, M., & Oliven, A. (2000). [Physicians' assessment of computerized prescribing]. *Harefuah, 138*(6), 434-440, 519.