

Comment braver une autre « spectaculaire tempête » en pharmacie hospitalière

par James L. Mann

Le 3 août 2005, un avion d'Air France s'écrase et prend feu sur une piste d'atterrissage de l'aéroport de Toronto.¹ Les 297 passagers et 12 membres d'équipage survivent tous à l'écrasement et ne présentent que des blessures légères. Au moins 30 enquêteurs de la Commission canadienne d'enquête sur la sécurité dans les transports sont dépêchés sur les lieux pour examiner les circonstances de l'écrasement.¹ Les effets des erreurs de médication ont souvent été comparés à ceux d'un écrasement d'avion, étant donné que le nombre annuel de décès liés aux médicaments dans notre système de soins est comparable au nombre de décès découlant de l'écrasement typique d'un avion. Cependant, comme les erreurs de médication fatales se produisent dans plusieurs sites différents, elles ne font pas l'objet des mêmes contrôles d'assurance de la qualité et ne sont pas sujettes aux mêmes améliorations auxquelles s'attend habituellement la société après un écrasement d'avion.

Depuis des années, les intervenants du domaine de la santé sont inondés de rapports d'erreurs de médication, mais le rapport de l'Institute of Medicine de 1999² nous a amené à réfléchir à la quantité importante d'admissions dans les centres hospitaliers liées aux médicaments, aux erreurs se produisant pendant le séjour hospitalier et aux décès survenus beaucoup plus fréquemment qu'aucun de nous ne tend à l'admettre. Plus récemment, Baker et ses collaborateurs³ ont publié les résultats d'une étude canadienne qui fait état de problèmes similaires. Ces erreurs sont catastrophiques pour les patients et pénibles pour nous qui travaillons au sein du système de soins de santé.

Les pharmaciens d'hôpitaux savent que les systèmes traditionnels de distribution des médicaments utilisés dans les hôpitaux ont des limites, admettant en particulier les problèmes inhérents aux erreurs de médication et à la gestion du risque. Bien que plusieurs professionnels de la santé contribuent au risque, c'est le patient vulnérable qui souffre des conséquences de

l'utilisation d'un système inadéquat dans les hôpitaux. Pourquoi donc, comme professionnels, tentons-nous d'avoir une influence aussi grande et aussi forte sur les soins médicamenteux prodigués aux patients alors que nous savons très bien que le système traditionnel nous fera défaut toutes les dix doses de médicaments administrées chaque jour aux patients? Ce système génère des centaines d'erreurs de médication, jour après jour, dans chaque hôpital qui continue de s'en contenter (plus de la moitié des hôpitaux au Canada)!

Les erreurs de médication engendrées par nos systèmes désuets de distribution des médicaments sont aggravées encore plus par des pratiques pharmaceutiques discutables, mais acceptées au sein même de nos établissements. Ces pratiques drainent des ressources précieuses en pharmacie et contribuent à provoquer des erreurs additionnelles. Voilà ce qui soulève une « spectaculaire tempête » en pharmacie.

De nombreux médecins et chirurgiens possédant des droits d'admission ont adopté l'habitude de prescrire « médicaments tels qu'à la maison » au moment de l'hospitalisation des patients, qu'il s'agisse de produits d'ordonnance ou de vente libre, sans trop comprendre l'impact qu'a cette « boîte de Pandore » de thérapies parallèles autogérées sur les soins du patient. Quoique les médicaments d'ordonnance ne soient pas sans problème, tous ont été soumis à un processus d'homologation reconnu et scientifique géré par le gouvernement fédéral. À l'inverse, plusieurs thérapies parallèles n'ont pas fait leurs preuves et pourraient même être à l'origine de l'hospitalisation du patient. Pourquoi permettons-nous aux patients et même les encourageons-nous à frelater leur régime de médicaments prescrits pendant leur séjour dans un hôpital de soins de courte durée, alors que nous préconisons une utilisation des médicaments fondée sur des preuves?

Confrontés au problème souvent insurmontable des médecines douces et peut-être dans un effort de

rationalisation de la thérapie médicamenteuse, des organismes nationaux ont récemment tenté de redéfinir ce que devrait être le meilleur traitement médicamenteux possible pour un patient hospitalisé. L'adoption d'un programme de conciliation des médicaments exigera que l'on effectue un rapprochement des médicaments utilisés au moment de l'admission, durant le séjour à l'hôpital et au moment du congé de l'hôpital. Déjà, les pharmaciens interviennent régulièrement auprès du médecin afin de clarifier les ordonnances émises pendant le séjour du patient à l'hôpital (recommandant des changements à 10 % des 35 à 40 ordonnances rédigées en moyenne pour un patient). Ces demandes d'éclaircissement sont chronophages (de 10 à 15 minutes chacune), mais elles ont des répercussions directes sur le patient, puisque les médecins adoptent au moins 85 % des recommandations effectuées.⁴ Par contre, on estime qu'un programme de conciliation des médicaments exigera jusqu'à une heure pour chaque patient lorsque les demandes d'éclaircissement de la thérapie au moment de l'admission et lors du congé se feront de routine. Sans la présence de ressources adéquates (environ 3,5 équivalents temps plein par 100 lits), un tel programme dévorera le service de pharmacie, réorientant ses ressources déjà très limitées. Ainsi, les programmes d'intervention déjà établis et les améliorations des soins directs au patient en souffriront, compromettant possiblement les programmes de soins médicamenteux existants.

Cette « tempête spectaculaire » nuit à toute tentative d'établissement de priorités dans l'utilisation de nos ressources afin de s'assurer que chaque centre hospitalier canadien utilise un système de distribution convenant au 21^e siècle. Nos systèmes désuets de distribution des médicaments dévalorisent les grands progrès réalisés au cours des 30 dernières années dans le but d'augmenter notre rôle clinique et nos activités de soins directs au patient.

Références

1. Indepth: plane fire at Pearson airport [Internet]. Toronto (ON): CBC News Online; mis à jour le 8 août 2005. Disponible à: http://www.cbc.ca/news/background/plane_fire/. Consulté le 25 août 2005.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press; 1999.
3. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et coll. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170: 1678-86.
4. Condon JH, Mann JL. Drug utilization and therapeutic intervention programs: pharmacy services that pay for themselves. *Can J Hosp Pharm* 1994;47:203-8.

James L. Mann, M. Sc. Pharm., FCSHP, est Professeur agrégé à la Faculté de pharmacie de l'Université de Toronto, Toronto, Ontario.

Adresse de correspondance :

James L. Mann
Leslie Dan Faculty of Pharmacy
University of Toronto
19 Russell Street
Toronto ON
M5S 2S2

courriel : jlmann442@interhop.net

