

Erreurs fatales !

par Linda MacKeigan

Traduction libre du titre en manchette dans le *National Post* du 23 août 2001. L'article parlait d'une étude commanditée par les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Institut canadien de l'information sur la santé, qui a été conçu pour déterminer le pourcentage de décès attribuables à une erreur médicale¹. Il s'agit là d'un de nombreux projets en cours qui visent à mieux comprendre le phénomène des erreurs médicales au Canada. Mais qu'est-ce qui a déclenché cet intérêt accru pour ce sujet?

En novembre 1999, l'Institute of Medicine de la National Academy of Sciences aux États-Unis a diffusé un rapport historique intitulé *To Err is Human: Building a Safer Health System*². Les données de ce rapport sur la prévalence des erreurs médicales et des conséquences de ces dernières sur le taux de mortalité et les coûts de santé aux États-Unis a amené le président Clinton, le Congrès américain et la Commission mixte d'agrément des organismes de santé des États-Unis, entre autres, à prendre des mesures concrètes³. La crainte qu'a suscité ce phénomène a eu des échos jusqu'au Royaume-Uni. En effet, le Service de santé national britannique a émis un rapport en 2000 et le *British Medical Journal* a consacré la quasi totalité d'un dernier numéro à une série d'articles sur les erreurs médicales⁴. En 2001, l'Institut de médecine a publié un deuxième rapport, *The Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*⁵. Ainsi déferlait comme un véritable raz-de-marée une vague de prévention des erreurs médicales dans les réseaux de santé!

Pourquoi tout ce branle-bas? Les hôpitaux disposent de systèmes de rapport d'incidents depuis longtemps. Cependant, aujourd'hui on définit de façon beaucoup plus large l'erreur médicale : «le défaut d'exécuter une intervention prévue ou l'exécution d'une mauvaise intervention dans le but d'obtenir un résultat précis.»² Par conséquent, l'erreur n'englobe pas seulement que le manquement (c.-à-d., l'administration inadéquate d'un médicament) ou le défaut de prévenir un accident, comme une chute, mais également les plans de soins inadéquats (comme un mauvais traitement médicamenteux). En outre, après plus d'une décennie

de recherches, les preuves (surtout dans les hôpitaux) de l'ampleur du problème ne pouvaient que sauter aux yeux, de telle sorte qu'on ne pouvait faire autrement que de le considérer comme un problème de politique de santé majeur et non plus seulement comme un problème réservé aux établissements de santé. Finalement, on voit aujourd'hui les erreurs de médication du point de vue du système, c'est-à-dire que les failles du système (et non les professionnels de la santé pris individuellement) sont la cause des erreurs. Vu de cet angle, on peut prévenir les erreurs en réorganisant les systèmes, qu'il s'agisse de bases de connaissances, de systèmes d'information, de systèmes de communication ou autres^{6,7}.

Pourquoi les pharmaciens d'hôpitaux devraient-ils s'éveiller et s'intéresser à ce phénomène? Pour une foule de raisons :

- Les erreurs médicales les plus courantes impliquent des médicaments⁶.
- Des études américaines ont montré que les effets médicamenteux indésirables touchent de 2 % à 7 % des patients hospitalisés, qui restent à l'hôpital en moyenne de 8 à 12 jours de plus que les patients qui n'ont pas subi de tels effets indésirables⁸.
- De 28 % à 95 % des effets médicamenteux indésirables (c.-à-d. les erreurs de médication) peuvent être évités⁸.

Les erreurs médicales constituent-elles un problème au Canada? Très peu d'études ont été menées à ce sujet⁹. Toutefois, rien ne nous empêche de croire que le risque d'erreur est moins élevé ici qu'en Australie ou aux États-Unis, pays dans lesquels la grande majorité des recherches ont été effectuées. Or, si les erreurs médicales sont un problème également au Canada, que faisons-nous pour y pallier? Plus précisément, que font les pharmaciens? L'une des plus importantes initiatives en ce sens a été la mise sur pied de l'Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada), piloté par David U, chef de pharmacie au Centre for Addiction and Mental Health à Toronto, en Ontario, qui jouit de l'appui de Michael Cohen et de l'ISMP aux États-Unis. ISMP Canada milite en faveur de la recherche, de

politiques et d'interventions visant à réduire les erreurs de médication (www.ismp-canada.org). Cet organisme évalue actuellement des outils d'aide à la réduction des erreurs de médication : l'auto-évaluation des systèmes d'utilisation des médicaments et de logiciels de suivi des erreurs de médication et d'analyse des causes de ces dernières⁹. ISMP Canada publie une chronique régulière, «Medication Safety Alerts», dans le *CJHP* (voir page 52 de ce numéro).

La SCPH a aussi joué un rôle actif en matière d'erreurs de médication. En effet, à l'automne 2000, elle a tenu conjointement avec Santé Canada un atelier restreint sur les erreurs de médication. À l'issue de cet atelier, un groupement d'organisations a été mis sur pied pour élaborer un programme de déclaration volontaire des erreurs de médication qui sera d'ailleurs mis de l'avant par Santé Canada. Bonnie Salsman est la représentante de la SCPH à ce chapitre. Elle représente également la SCPH auprès du comité directeur de la sécurité des patients et des erreurs de médication du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Côté recherche, une unité de gestion des erreurs a récemment été mise sur pied par des chercheurs de l'Université de Toronto au Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre. Un membre du service de pharmacie participe d'ailleurs à ce groupe.

Ces efforts représentent un bon début, mais suffisent-ils? Le rapport de l'Institut de médecine² recommande un plan en quatre étapes pour réduire les erreurs dans les soins de santé :

1. Diriger et orienter la recherche sur la sécurité des patients en mettant sur pied un centre de sécurité des patients.
2. Concevoir des mécanismes de déclaration des erreurs pour être au fait et apprendre de ces erreurs — un programme à l'échelle du pays qui rend obligatoire la déclaration des erreurs graves, de même que des systèmes de déclaration volontaires et confidentiels pour les erreurs qui ne sont pas délétères pour les patients (les «erreurs manquées»).
3. Mettre sur pied des normes d'exécution liées à la sécurité qui sont claires et mises à la disposition de personnes qui prodiguent ou reçoivent des soins de santé. Ces normes devraient être appliquées aux organismes de santé (y compris aux organismes de réglementation et d'agrément professionnels), aux professionnels de la santé ainsi qu'aux médicaments et aux appareils médicaux. Les associations professionnelles devraient s'engager dans des activités qui mettent en évidence la sécurité des patients par le truchement de conférences, de publications et la collaboration avec d'autres associations ou groupements.
4. Veiller à ce que les organismes de santé voient à l'amélioration de la sécurité à l'interne, en créant

une culture qui favorise la sécurité et qui fait appel à un esprit de leadership, à la réorganisation du travail, à la promotion du travail d'équipe, à la réingénierie des systèmes et à la création d'un environnement propice à l'apprentissage qui tire profit d'un feedback continu.

Où se situe le Canada par rapport à ce plan en matière d'erreur de médication? Les pharmaciens d'hôpitaux sont-ils à l'avant-plan de ce mouvement?

1. Au moins un centre de recherche a été mis sur pied (avec la participation du milieu de la pharmacie), et une grande étude nationale sur les erreurs médicales est en cours.
2. Un programme de déclaration des erreurs de médication à l'échelle du Canada est en cours d'élaboration, avec la participation de la SCPH et de l'Association des pharmaciens du Canada. Des systèmes de déclaration volontaire des incidents sont en place dans la plupart, sinon tous les hôpitaux agréés; cependant de nombreux établissements reconnaissent qu'un plus grand effort pourrait être fait.
3. Il ne semble pas que le Conseil canadien d'agrément des services de santé ni les divers organismes de réglementation de la pharmacie (membres de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie) s'intéressent aux erreurs de médication. La SCPH publie la chronique «Medication Safety Alerts» dans son journal depuis 1999. Toutefois, les erreurs de médication n'ont pas retenu beaucoup l'attention aux réunions de la SCPH depuis la présentation de Michael Cohen lors de la Conférence sur la pratique professionnelle en 2000.
4. ISMP Canada mettra bientôt à la disposition des hôpitaux des outils leur permettant d'en apprendre davantage sur la sécurité de leurs systèmes de médication. Certains hôpitaux ont mis sur pied des comités interdisciplinaires sur l'administration sûre des médicaments¹⁰.

Voilà un bon début, mais il reste encore beaucoup à faire. Le défi est autant culturel que technique⁴. Nos hôpitaux doivent développer et maintenir une culture d'utilisation sûre des médicaments, qui favorisera l'apprentissage et le travail d'équipe et ne sera pas punitive. Cela nécessitera un effort de réflexion à l'échelle des systèmes⁴, une gymnastique qui n'est peut-être pas encore un réflexe pour bon nombre d'entre nous.

Nos systèmes de médication sont-ils dangereux au point d'être fatals pour certains patients? Nous ne le savons pas vraiment et nous ne le saurons pas jusqu'à ce nous entreprenions des recherches contrôlées rigoureuses qui nous apporteront beaucoup de réponses. Cependant, pour faire le point sur la situation dans



nos propres établissements, nous devons redonner vigueur à nos systèmes de déclaration des incidents, non pas en exhortant le personnel à rapporter les erreurs de médication, mais en nous attaquant aux obstacles qui font barrière aux déclarations des incidents. Mais tout ne s'arrête pas là. L'information ainsi obtenue doit servir à améliorer nos systèmes. Les rapports de déclaration des erreurs de médication doivent être analysés pour mettre à jour les causes profondes et les habitudes qui entraînent ces erreurs et des actions doivent être mises de l'avant pour réorganiser les systèmes afin d'enrayer ces causes profondes. Le raisonnement analytique et l'imagination constructive sont tous deux essentiels. L'expérience ne peut qu'être enrichissante pour tous ceux qui y prendront part!

Références

1. Blackwell, T. «Study to chronicle fatal errors. Mistakes killing patients». *National Post* 23 août 2001; section A, p. 1.
2. Kohn, L.T., J.M. Corrigan et M.S. Donaldson, réd. «*To err is human: building a safer health system*», Washington (DC), National Academy Press, 1999.
3. Baker, G.R. et P. Norton. «Making patients safer! Reducing error in Canadian healthcare», *Healthc Pap*, 2001; 2(1) : 10-32.
4. Leape, L.L. et D.M. Berwick. «Safe health care: Are we up to it?», *BMJ*, 2000; 320 : 725-6.
5. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. «*Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*», Washington (DC), National Academy Press, 2001.
6. «*Reducing and preventing adverse drug events to decrease hospital costs*». Research in Action, numéro 1, Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality, mars 2001. Publication de l'AHRQ n° 01-0020. Publié à www.ahrq.gov/qual/aderia/aderia.htm (accédé en janvier 2002).
7. Kohn, L. «The Institute of Medicine report on medical error: overview and implications for pharmacy», *Am J Health Syst Pharm*, 2001; 58 : 63-6.
8. Leape, L.L., D.W. Bates, D.J. Cullen, J. Cooper, H.J. Demonaco, T. Gallivan et al. «Systems analysis of adverse drug events», ADE Prevention Study Group, *JAMA*, 1995; 274 : 35-43.
9. U, D. «Medication safety alerts», *Can J Hosp Pharm*, 2001; 54 : 109-11.
10. U, D. «Medication safety alerts», *Can J Hosp Pharm*, 2000; 53 : 277-9.

Linda D. MacKeigan, B. Sc. Pharm., Ph. D., est professeure agrégée de la Faculté de pharmacie de l'Université de Toronto à Toronto, en Ontario. Elle est également rédactrice adjointe du *JCPH*.

Adresse de correspondance :

D^r Linda MacKeigan
Faculty of Pharmacy
University of Toronto
19 Russell Street
Toronto (ON)
M5S 2S2

courriel : l.mackeigan@utoronto.ca