

Il y a sûreté et sûreté

Corinne Hohl

Plus des trois quarts des consultations dans les services des urgences (SU), aux États-Unis, donnent lieu à l'administration ou à la prescription de médicaments.¹ Si ces données étaient appliquées au Canada, cela voudrait dire que plus de 12 millions de médicaments sont administrés ou prescrits chaque année, dans les SU, au pays.² Le risque d'erreur est élevé au cours du processus, et une recherche sur le sujet en a fait ressortir les causes.³ Des médicaments sont prescrits ou administrés à des patients très malades, pour lesquels l'on dispose de peu de renseignements sur le diagnostic et les antécédents. On utilise les médicaments dans un large éventail d'affections et, en plus, il faut bien connaître les nombreuses possibilités de traitement, à la fois complexes et en constante évolution. On prescrit et on administre des médicaments, presque en même temps, à un grand nombre de patients alités les uns près des autres, et ce, dans un milieu où règnent distractions, interruptions, et retards. Alors, faut-il s'étonner qu'en pareilles circonstances des études quantitatives sur les erreurs de médicaments aux SU fassent état de résultats alarmants?

Dans le présent numéro du *Journal*, Stasiak et ses collaborateurs exposent les résultats de la première étude à avoir été menée au Canada sur les erreurs de prescriptions rédigées par les médecins dans un SU de soins tertiaires.⁴ Deux pharmaciens ont révisé 3136 ordonnances totalisant 11 313 médicaments prescrits. Ils ont relevé des erreurs dans 0,9% (99 sur 11 313) de tous ces médicaments prescrits, ce qui représente une bien petite fraction. Non seulement la proportion d'erreurs relevées était-elle faible, mais bon nombre d'entre elles étaient sans grande conséquence sur le plan clinique (ex.: dose de rosuvastatine de 25 mg au lieu de 20 mg) et n'auraient causé aucun préjudice aux patients. Par ailleurs, de nombreuses autres erreurs auraient pu être clarifiées ou corrigées par le personnel infirmier des services hospitaliers ou par les pharmaciens

communautaires avant l'administration des médicaments. En voici quelques exemples: des ordonnances incomplètes (absence de signature) ou la prescription de médicaments non inscrits sur les listes de médicaments assurés; pourtant, ces manquements ont été considérés comme des erreurs dans l'étude. Compte tenu de la faible probabilité que les erreurs relevées puissent se solder par un préjudice plus que temporaire, peut-on se contenter des données de Stasiak et de ses collaborateurs pour se rassurer et se dire que les processus actuels de prescription ou d'administration des médicaments (qui prévoient la révision des ordonnances par le personnel infirmier) sont suffisamment sûrs? Autrement dit, a-t-on conçu des processus d'administration des médicaments suffisamment robustes pour éviter les pires résultats?

Aussi séduisante que puisse paraître la conclusion, l'étude de Stasiak et de ses collaborateurs n'est pas exempte de limites. Le fait qu'il s'agisse d'une étude rétrospective pose problème, étant donné que les pharmaciens n'ont révisé que les ordonnances pour lesquelles il existait des copies conformes. Est-ce que les ordonnances qui avaient été annulées, corrigées, réécrites, ou rédigées avec des erreurs d'administration avaient autant de probabilités d'être retenues que celles qui ne comportaient pas d'erreur? Devant l'absence de données fiables sur le dénominateur d'ordonnances rédigées au cours de la période à l'étude, cela est bien difficile à dire. De plus, les erreurs relevées représentaient l'avis d'un pharmacien de service et ne reposaient pas sur des définitions explicites ou sur l'avis consensuel d'une équipe pluridisciplinaire, composée de pharmaciens et de médecins, façon de faire devenue la norme actuellement dans ce type d'études.⁵⁻⁸ En outre, les auteurs n'ont pas fait le suivi des erreurs que les pharmaciens n'ont pas été en mesure de relever avant le départ des patients du SU. Le suivi des cas concernés aurait donné la possibilité de comprendre la façon dont les erreurs sont corrigées et le moment où elles

Tiré de Emergency Department, Vancouver General Hospital, Vancouver, BC.

Correspondance à: Dr. Corinne Hohl, Emergency Department, Vancouver General Hospital, 910 West 12th Avenue, Vancouver, BC V5Z 1M9; chohl@mail.ubc.ca.

Cet article a été évalué par les pairs.

© Association canadienne des médecins d'urgence

CJEM 2014;16(3):180-182

DOI 10.2310/8000.131238F

le sont, et aurait permis de savoir si les patients ont subi quelque préjudice. Cela aurait pu aussi faire la lumière sur la portée clinique de ces erreurs et sur les processus mis en place dans l'établissement et servant de «filet de sécurité» pour déceler les erreurs et les corriger.⁹ Enfin, l'étude de Stasiak et de ses collaborateurs a été menée dans un seul SU, durant les jours de semaine, ce qui en limite la généralisation.

Dans une importante étude prospective, multicentrique, menée récemment, Rothschild et ses collaborateurs ont observé des pharmaciens sur place, qui ont révisé 17 320 ordonnances de médicaments.⁵ Un comité indépendant s'est prononcé sur toutes les erreurs relevées et a retiré celles qui étaient peu ou pas susceptibles de causer un préjudice. Se fondant sur un cadre rigoureux, les auteurs ont indiqué que les pharmaciens avaient trouvé des erreurs dans 2.9% de tous les médicaments prescrits. Pourtant, de 85 à 96% d'entre elles avaient été classées comme possibles événements iatrogènes médicamenteux décelés. D'après une étude, seule une petite proportion de possibles événements iatrogènes médicamenteux se traduiraient par de véritables événements iatrogènes médicamenteux qui produiraient des symptômes, nécessiteront une modification de la prise en charge médicale ou entraîneront un préjudice.¹⁰ Dans une autre étude prospective, Patanwala et ses collaborateurs ont fait état d'erreurs dans 178 ordonnances de médicaments sur 953 (18.7%), rédigées au SU.⁸ Pourtant, une équipe composée d'un pharmacien et d'un médecin a jugé qu'une seule de ces erreurs (0.1% de toutes les ordonnances de médicaments) aurait pu se solder par un préjudice temporaire et qu'elle exigeait une intervention.

Compte tenu de ces données, les pharmaciens travaillant au SU devraient-ils passer leurs précieuses heures de travail clinique à réviser des ordonnances? D'après un nombre croissant de données, les pharmaciens au SU doivent accomplir plus de 50 tâches distinctes, ce qui crée des conflits d'horaire.^{11,12} Parmi celles-ci figurent les consultations en pharmacothérapie pour les cas complexes (tâche la plus fréquente); les bilans comparatifs de médicaments; le dépistage d'événements iatrogènes médicamenteux symptomatiques chez les malades externes; la définition des rôles dans la prescription, la surveillance, l'administration, et la délivrance des médicaments au SU; la prestation de services en soins primaires après la pose du diagnostic; l'enseignement; et les tâches administratives. Dans la plupart des études publiées, il n'y a pas de comparateur, ce qui rend difficile l'exercice de tirer des conclusions claires sur le mérite

relatif de chacune de ces tâches. Devant l'absence de données probantes, l'expérience clinique autorise à penser que la recherche et la correction d'erreurs par des pharmaciens ajoute sans doute peu de valeur, d'autant qu'il s'agit d'erreurs facilement décelables par le personnel infirmier ou les pharmaciens d'officine ou déjà concrétisées, à moins que l'exercice permette de prévenir la répétition de préjudices. Par contre, il n'en va pas de même dans les services de soins intensifs, où des études ont démontré les avantages certains de la révision des ordonnances par les pharmaciens à la recherche d'erreurs durant le processus de prescription des médicaments.¹³

D'après des données, il serait possible, dans d'autres domaines de la pratique de la pharmacie, d'obtenir le maximum de bienfaits pour la santé si les pharmaciens concentraient leurs efforts sur les patients à risque élevé.^{6,14} Par exemple, une étude prospective, de grande taille, menée au Canada et publiée en 2008 indiquait que le taux de consultations au SU par des adultes, motivées par des événements iatrogènes médicamenteux symptomatiques chez des malades externes pouvait atteindre 12%.¹⁵ Pourtant, des études ont révélé que, dans 40 à 50% des consultations au SU liées à des événements iatrogènes médicamenteux, les urgentologues ne pouvaient pas attribuer la cause à la prise de médicaments, comparative-ment aux pharmaciens cliniciens.¹⁶⁻¹⁸ Les urgentologues peuvent être moins disposés, en pareilles circonstances, à corriger eux-mêmes les problèmes liés à la prise de médicaments, sans l'aide d'un pharmacien. D'après une autre étude, les patients concernés passent plus de jours dans des hôpitaux de soins actifs et accaparent presque le double des coûts en soins de santé que les patients, dans un état comparable, consultant pour des troubles non liés à la prise de médicaments.¹⁹ Aucun essai comparatif, à répartition aléatoire n'a été mené jusqu'à maintenant pour déterminer si la participation des pharmaciens à l'évaluation et au traitement de ces patients permettrait d'améliorer les résultats cliniques. Toutefois, intuitivement, il semblerait que les interventions visant à améliorer l'identification et le traitement des patients souffrant de résultats cliniques défavorables, par exemple des événements iatrogènes médicamenteux nettement associés à des maladies concomitantes, l'utilisation des ressources en santé, et les coûts auraient plus de valeur que les interventions visant à améliorer l'identification des erreurs (au-delà des processus actuels) rarement associées à des événements graves sur le plan clinique.

Au Canada, la plupart des SU sont dotés de pharmaciens cliniciens spécialisés, qui pourraient

envisager de passer quelques heures de leur travail clinique à réviser des prescriptions de médicaments chez les patients à risque élevé.^{6,20} Par contre, dans les petits centres ruraux, de même que pendant les services de soir, de nuit, les fins de semaine et durant les congés, souvent il n'y a pas de pharmacien clinicien. Peut-être faudrait-il insister davantage sur l'évaluation minutieuse de la relation entre la prise de médicaments par un patient et les motifs qui l'ont amené à consulter afin de ne pas laisser échapper des événements iatrogènes médicamenteux importants sur le plan clinique.

À une époque marquée par la gestion serrée des ressources, il est pressant de mener des essais comparatifs, à répartition aléatoire et à visée pragmatique ainsi que des études prospectives, de qualité, dotées de comparateurs afin de déterminer la façon dont on pourrait utiliser le plus judicieusement possible les rares ressources en pharmacie. Les résultats de ces études doivent être axés sur les patients et porter sur des mesures comme la morbidité, la mortalité, l'utilisation des soins de santé, et les coûts.¹¹ Les conclusions des recherches pourraient alors faciliter l'attribution des ressources aux tâches à rendement élevé dans les SU de grande affluence et dans les services aux prises avec une pénurie de pharmaciens. Voilà une façon qui permettrait sans doute d'exploiter au maximum le rôle des pharmaciens cliniciens, au quotidien, chez les patients traités aux SU; les pharmaciens pourraient ainsi mettre à profit leur vaste bagage de connaissances et leur compétence dans les situations où leurs interventions portent le plus.

Mots clés: erreur, événements iatrogènes médicamenteux, pharmacien

Intérêts concurrentiels: Aucun déclaré.

RÉFÉRENCES

- Pitts SR, Niska RW, Xu J, et al. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. *Natl Health Stat Rep* 2008;7:1-38.
- Canadian Institute for Health Information. *Highlights of 2010–2011 inpatient hospitalizations and emergency department visits*. 2012. Available at: https://secure.cihi.ca/free_products/DAD-NACRS_Highlights_2010-2011_EN.pdf (accessed February 2013).
- Croskerry P, Shapiro M, Campbell S, et al. Profiles in patient safety: medication errors in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2004;11:289-99, doi:10.1111/j.1553-2712.2004.tb02214.x.
- Stasiak P, Afilalo M, Castelino T, et al. Detection and correction of prescription errors by an emergency department pharmacy service. *CJEM* 2013;15:00-00.
- Rothschild JM, Churchill W, Erickson A, et al. Medication errors recovered by emergency department pharmacists. *Ann Emerg Med* 2010;55:513-21, doi:10.1016/j.annemergmed.2009.10.012.
- Hohl CM, Brubacher J, Hunte G, et al. Clinical decision rules to improve the detection of adverse drug events in emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2012;19:640-9, doi:10.1111/j.1553-2712.2012.01379.x.
- Forster A, Asmis T, Clark H, et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. *Can Med Assoc J* 2004;170:1235-40, doi:10.1503/cmaj.1030683.
- Patanwala AE, Warholak TL, Sanders AB, et al. A prospective observational study of medication errors in a tertiary care emergency department. *Ann Emerg Med* 2010;55:522-6, doi:10.1016/j.annemergmed.2009.12.017.
- Nemeth C, Wears R, Woods D, et al. *Minding the gaps: creating resilience in health care*. Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Available at: http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Nemeth_116.pdf (accessed January 2013).
- Nebeker J, Barach P, Samore M. Clarifying adverse drug events: a clinician's guide to terminology, documentation, and reporting. *Ann Intern Med* 2004;140:795-801, doi:10.7326/0003-4819-140-10-200405180-00017.
- Cohen V, Jellinek SP, Hatch A, et al. Effect of clinical pharmacists on care in the emergency department: a systematic review. *Am J Health Syst Pharm* 2009;66:1353-61, doi:10.2146/ajhp080304.
- Serour S, Zelovics M, Trudel N, et al. "Pharmacist needed in the ER, stat." *Can J Hosp Pharm* 1999;52:387-92.
- Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD, et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA* 1999;282:267-70, doi:10.1001/jama.282.3.267.
- Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, et al. Hospital-based medication reconciliation practices. *Arch Intern Med* 2012;172:1057-69, doi:10.1001/archinternmed.2012.2246.
- Zed PJ, Abu-Laban RB, Balen RM, et al. Incidence, severity and preventability of medication-related visits to the emergency department: a prospective study *Can Med Assoc J* 2008;178:1563-9, doi:10.1503/cmaj.071594.
- Hohl CM, Robitaille C, Lord V, et al. Emergency physician recognition of adverse drug-related events in elder patients presenting to an emergency department. *Acad Emerg Med* 2005;12:197-205, doi:10.1111/j.1553-2712.2005.tb00869.x.
- Hohl CM, Zed PJ, Brubacher JR, et al. Do emergency physicians attribute drug-related emergency department visits to medication-related problems? *Ann Emerg Med* 2012;55:493-502, doi:10.1016/j.annemergmed.2009.10.008.
- Hohl CM, Zed PJ, Abu-Laban RB, et al. Comparative performance of emergency physicians and clinical pharmacists in evaluating patients for drug-related ED visits. *CJEM* 2009;11:274.
- Hohl CM, Nosyk B, Zed P, et al. Outcomes of emergency department patients presenting with adverse drug events. *Ann Emerg Med* 2011;58:270-9, doi:10.1016/j.annemergmed.2011.01.003.
- Hospital Pharmacy in Canada Editorial Board. Hospital pharmacy in Canada 2009/2010 report. Available at: http://www.lillyhospitalsurvey.ca/hpc2/content/2010_report/2009_2010_full_E.pdf (accessed March 31, 2013).