APES

# bulletin d'information

officiel de
l'Association des pharmaciens
des établissements de santé du Québec

Avril 1986 - Volume 19, no. 2 Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec

ÉDITORIAL

- L'A.P.E.S. s'implique dans la formation du personnel technique et dans la délégation de tâches ..... 18

TÉMOIGNAGE

- Pour prendre congé ..... 19

INFORMATION ET DÉVELOPPEMENT

- L'assurance de la qualité et la pratique de la pharmacie en établissement de santé ..... 20
- L'implantation d'activités pharmaceutiques cliniques à l'unité de dialyse ..... 23
- Le délicat problème des erreurs rédicamenteuses en centre hospitalier ..... 25

LE SECRÉTARIAT VOUS INFORME

- Nomination ..... 30
- Annonces ..... 31

# L'A.P.E.S. S'IMPLIQUE DANS LA FORMATION DU PERSONNEL TECHNIQUE ET DANS LA DÉLÉGATION DES TÂCHES

*Déjà en 1969, l'association parlait de qualifications pour le personnel de soutien en pharmacie. En septembre 1983, l'A.P.E.S. déposait au M.S.S.S. un document préparé par M. Pierre Ducharme, faisant état de la nécessité de formation et de perfectionnement pour le personnel technique des départements de pharmacie.*

*Des discussions se poursuivent toujours entre le M.S.S.S. et le Ministère de l'Éducation sur les modalités devant conduire à un cours de formation. Ces derniers jours, nous apprenions qu'un tel cours pourrait voir le jour à titre expérimental dans la région de Châteauguay et ce, dès septembre prochain.*

*Votre comité de négociations a tenté, fin de janvier, de sensibiliser le sous-ministre adjoint aux relations de travail à l'importance d'une modification des statuts de formation et d'une nouvelle structure salariale pour notre personnel technique. Dans le contexte économique actuel, il est évident que les autorités hésitent à créer une nouvelle classe de personnel technique considérant le coût et la sécurité d'emploi de nos assistants-technique.*

*Une lueur d'espoir existe sur la possibilité que quelque argent soit disponible pour le perfectionnement de notre personnel et ceci, suite à la ronde de négociations dans le para-public.*

*L'A.P.E.S. a décidé de ne pas attendre les décisions qui tardent à se concrétiser et à organisé, les 25-26 mars à Montréal et à Québec des cours de perfectionnement pour le personnel technique en pharmacie. Espérons que l'assistance aura été nombreuse et que les chefs des départements de pharmacie auront su inciter leur personnel à assister à cette première initiative de l'A.P.E.S.*

*Il est à espérer que cette expérience pourra se répéter dans l'avenir. Ces cours pourront permettre aussi aux assistants-technique d'échanger sur leur travail et leurs problèmes.*

*L'A.P.E.S. considère ce dossier très important pour l'avenir de la pharmacie. Les changements de lois et de règlements survenus au Québec, donnant une orientation clinique au rôle du pharmacien en établissement de santé, amènent un changement de mentalité. Pour les dirigeants de l'A.P.E.S. qui ont une vision progressive de la pharmacie, il est évident que la majorité des étapes de la distribution devrait être effectuée par les techniciens en pharmacie. Dans certains milieux, il y a dilution des talents pharmaceutiques. Il est malheureux que certains postes de pharmaciens soient créés pour effectuer des tâches techniques ce qui en passant ne pourrait être défendu par votre association.*

*Un changement de mentalité s'impose de la part de certains pharmaciens afin que les tâches suivantes soient effectuées par du personnel technique en plus de l'exécution des ordonnances, à savoir:*

- *addition de médicaments aux solutions parentérales incluant alimentation parentérale totale, les antinéoplasiques, les préparations de seringues, etc...*
- *mise à jour des dossiers pharmacologiques, régistres des stupéfiants et classification de l'information pharmaceutique.*
- *vérification des réserves d'unité de soins.*

*Faut-il un cours de pharmacien pour effectuer ces tâches? Pour moi, la réponse est carrément NON. Il faut se rappeler que nous sommes devenus un département et que nous sommes le seul à ne pas avoir de personnel qui possède une formation de niveau post-secondaire.*

*Il est bien évident que la mise sur pied d'un programme de formation ou de perfectionnement devra s'accompagner de mécanismes visant la protection de nos assistants-techniques. Il faudra donc faciliter l'accès à ces cours pour tous ceux qui le désireraient.*

*Les objectifs de l'A.P.E.S. sont de rendre le personnel de soutien compétent, motivé et rémunéré adéquatement afin que les pharmaciens puissent accomplir les tâches qui sont les siennes c'est-à-dire administratives et cliniques.*

*En attendant que toutes les structures soient mises en place, il est impérieux que:*

- *certains pharmaciens modifient leur conception de la pharmacie en établissement.*
- *les chefs de département soient plus exigeants dans leurs critères de sélection en ne craignant pas les griefs, qui, de toute façon sont gagnés dans la majorité des cas.*
- *ces mêmes chefs tentent de modifier le statut des éventuels techniciens, terme que nous devrions faire adopter un jour et qui seait en conformité avec celui de nos collègues américains et ontariens où des cours existent et où ce terme est utilisé.*

*Pour survivre comme profession, pour évoluer au rythme de la société, le pharmacien en établissement de santé se doit de déléguer au plus tôt des tâches techniques qui le surchargent à du personnel spécialisé dans l'accomplissement de ces tâches. C'est pourquoi l'A.P.E.S. travaille à développer les capacités du personnel de soutien et c'est de cette façon que nous pourrons améliorer la pratique de la pharmacie en établissement.*

**Roger Leblanc,** *phm.*
*2e vice-président*

## POUR PRENDRE CONGÉ...

Après deux mandats comme administrateur de la région de Montréal et comme secrétaire de l'A.P.E.S., j'ai décidé pour diverses raisons à caractère personnel de ne pas être sur les rangs lors de l'élection de cette année. C'est donc dire que dès le 24 avril notre association aura un nouveau ou une nouvelle secrétaire. Le moment me paraît donc bien choisi pour faire le point sur les réalisations de ces quatre dernières années, notamment au niveau du secrétariat.

Il est indéniable en effet que notre association a beaucoup progressé depuis 1982. Qu'on se rassure, le secrétaire sortant de charge ne s'en attribue pas le mérite exclusif. Ce progrès découle essentiellement de l'évolution du rôle du pharmacien en établissement de santé, évolution commencée depuis plus de deux décennies, que l'A.P.E.S. a toujours stimulée, encouragée et encadrée, et qui s'est concrétisée avec la Loi 27.

Je ne reviendrai pas ici sur les orientations qu'à mon avis, notre association devrait prendre au cours des prochaines années pour continuer à remplir efficacement ce rôle d'animateur. Ce thème a fait l'objet d'un éditorial récent dans ce bulletin (octobre 1985), et j'invite les membres soucieux du progrès de leur syndicat à y revenir. Cependant un organisme comme le nôtre a besoin, non seulement de grands objectifs, mais aussi de réalisations capables d'en assurer le fonctionnement quotidien. Il faut «que l'intendance suive» , comme dans l'armée.

C'est ainsi qu'au nombre de ces gestes concrets visant une plus grande efficacité et/ou une plus grande rentabilité, le secrétaire sortant de charge a mis en place depuis 1982:

- La revision des statuts et la création d'une catégorie de membres associés, destinée aux résidents et résidentes en pharmacie ainsi qu'aux pharmaciens hors réseau.
- l'informatisation du secrétariat, permettant une tenue à jour des listes de membres et facilitant les envois postaux. Cet effort est d'ailleurs à poursuivre pour tirer tout le parti possible des outils dont nous nous sommes dotés.
- La mise sur pied du service des offres d'emploi, qui nous a permis l'an dernier de financer complètement nos envois postaux en rendant un service de première classe aux établissements aussi bien qu'aux pharmaciens.
- l'engagement d'une seconde secrétaire, à temps partiel.
- la constitution d'un manuel de politiques et procédures.
- la croissance de notre bulletin d'information de 4 à 12 ou 16 pages. À noter que notre bulletin connaîtra sous peu un rajeunissement graphique important.
- la création des S.P.O.C., comités de «spécialités professionnelles ou cliniques» destinés à stimuler la participation de tous les pharmaciens d'établissement à la croissance de notre profession.

Outre ces réalisations reliées à la fonction de secrétaire, j'ai aussi été amené comme administrateur à promouvoir certaines positions et à défendre des dossiers spécifiques, notamment la revalorisation du rôle du personnel technique en pharmacie d'établissement, la nécessité de développer les services reliés à la distribution des médicaments (tels l'informatique et le conditionnement unitaire), la nécessité de créer des postes de pharmaciens dans les Conseils régionaux, le prolongement à deux ans de la résidence en pharmacie, le développement des échanges avec nos collègues français, etc. Dans certains de ces dossiers l'évolution a été sensible, et j'en éprouve une fierté que je ne dissimulerai pas.

Le travail de secrétaire serait impossible sans la collaboration et l'appui des membres du Conseil d'administration et du Comité exécutif. Je me dois de témoigner que ni l'un ni l'autre ne m'ont fait défaut pendant ces quatre années, et j'en remercie tous les administrateurs de l'A.P.E.S., notamment le président François Schubert, notre vice-président Robert Létourneau et Claire Pagé, notre trésorière. Un merci tout spécial à Roger Leblanc, actuellement deuxième vice-président, mais qui a occupé le poste de président de 1982 à 1985. L'unité manifestée par le Conseil au cours des années, et notamment pendant la période ou j'en ai fait partie, n'est certes pas étrangère au progrès de la pharmacie en établissement.

Qu'il me soit permis aussi de remercier le personnel de notre secrétariat qui, discrètement mais efficacement, accomplit un travail d'une importance indiscutable. Manon Leduc, qui est avec nous depuis 1978 (preuve que la secrétaire a plus de résistance que le secrétaire!), a vu pendant cette période le nombre de nos membres doubler et le volume de travail augmenter dans une proportion plus importante encore. Elle a néanmoins su s'adapter efficacement à cette situation, comme aux méthodes de travail forcément différentes des conseils d'administration qui se sont succédés. Je la remercie de son appui, de sa patience et de sa disponibilité, comme je remercie aussi Rolande Lépine qui s'est jointe l'an dernier à Manon comme secrétaire à temps partiel.

Au cours de mon mandat, j'ai eu l'occasion de rencontrer un bon nombre sinon la quasi-totalité des membres de l'A.P.E.S., et de prendre connaissance de l'évolution de la plupart des départements de pharmacie des établissements de santé du Québec. Ceci m'a permis de constater la vitalité de notre milieu professionnel et le dynamisme qui l'anime. Tous les espoirs nous sont donc permis, si nous continuons dans l'unité à rechercher l'excellence.

Il ne me reste plus qu'à souhaiter au prochain ou à la prochaine secrétaire de l'A.P.E.S. le meilleur succès possible dans ses fonctions, et le même plaisir que j'ai eu à les accomplir.

En toute collaboration,

**Pierre Ducharme,** pharmacien

# L'ASSURANCE DE LA QUALITÉ ET LA PRATIQUE DE LA PHARMACIE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

**Donald Laberge, pharmacien*, C.H. de Valleyfield**
**Louise Lafond, pharmacienne*, C.H. Douglas**
**Lionel Thibault, pharmacien*, Hôpital Laval**
**Marc Vallée, pharmacien*, C.H. Hôtel-Dieu de Sherbrooke**
***(*Membres du comité des normes professionnelles de l'A.P.E.S.)***

## INTRODUCTION

L'assurance de la qualité ne mérite sans doute pas, à l'heure actuelle, le titre de sujet de l'heure dans le milieu de la presse pharmaceutique québécoise.

L'intérêt pour le sujet est cependant autrement plus marqué aux États-Unis et au Canada anglais, y reflétant sans doute le développement plus précoce des programmes d'assurance de la qualité.

D'autre part, divers organismes exigent maintenant l'instauration de programmes d'assurance de la qualité en pharmacie d'établissement: aux États-Unis, le Professionnal Standards Review Organisations (PSROs), le Joint Commission Accreditation of Hospitals (JCAH) et le Social Security Administration notamment (19); et au Canada, le Conseil Canadien de l'Agrément des Hôpitaux (CCAH) (2).

Nous présentons donc, à titre d'introduction à l'assurance de la qualité, une brève revue des concepts fondamentaux, des champs d'application et des avenues à développer.

## HISTORIQUE

L'assurance de la qualité puise ses racines du milieu de l'industrie manufacturière, où s'est développé, depuis le dix-neuvième siècle, le «quality control», dont nous connaissons en particulier l'ampleur du développement dans l'industrie pharmaceutique contemporaine. Le concept, transplanté dans le milieu des services de santé, prit un sens résolument préventif pour donner naissance à l'assurance de la qualité.

## DÉFINITION

On pourrait la définir ainsi:

«Programme et mécanismes, comprenant l'évaluation clinique et le contrôle de l'utilisation des ressources, visant à l'obtention des résultats thérapeutiques optimaux compte tenu des ressources humaines et matérielles disponibles» (20).

## CHAMPS D'APPLICATION

Le concept est donc vaste et pourrait regrouper différents programmes visant à assurer la qualité des services de santé. Stolar (19) proposait lors d'une **importante publication en 1977** un cadre conceptuel permettant d'intégrer R.U.M., évaluation par les pairs, vérification professionnelle approfondie (audits) etc., dans le cadre global de l'assurance de la qualité.

Celle-ci pourrait d'autre part viser virtuellement tous les aspects de la pratique de la pharmacie en établissements: gestion - distribution - fabrication - services cliniques, etc.

Les tableaux I à III fournissent des exemples d'activités pouvant faire l'objet de programmes d'assurance de la qualité, alors que le secteur des services cliniques sera examiné plus en profondeur.

TABLEAU I

### GESTION

A- **Personnel**
1- Description des tâches
2- Orientation
3- Évaluation

B- **Équipement et matériel**
1- Immobilisations
2- Médicaments - achat - inventaire
3- Fournitures

C- **Activités clinico-administratives**
1- Sélection
2- Comités - assemblée

D- **Budget**

E- **Révision des programmes**

TABLEAU II

### DISTRIBUTION

A- **Interne**
- conservation
- contenant - contenu - étiquetage

B- **EXTERNE**

C- **Médicaments en investigation**

D- **Armoire de nuit**

E- **Réserves - unités de soins**

F- **Administration du médicament**

TABLEAU III

### FABRICATION - CONDITIONNEMENT

A- **Produits stériles**
1- Service d'addition centralisé
2- Antinéoplasiques
3- A.P.T.

B- **Produits non stériles**
1- Fabrication
2- Conditionnement unitaire
3- Entreposage
4- Retour

## ÉTAPES

Le «Model quality assurance program for hospital pharmacies», reprenant le cadre conceptuel élaboré par Stolar, définit 10 étapes essentielles à tout programme d'assurance de la qualité.

(1) **Déterminer l'objet du programme**

Il faut d'abord établir ses priorités et déterminer lesquelles des fonctions tomberont sous le coup du programme d'assurance de la qualité.

TABLEAU IV

### DÉFINITIONS

**Critère**

Élément pré-déterminé représentant le but optimal à atteindre au niveau de la structure, de la méthode ou des résultats.

**Standard**

Expression de la déviation acceptable d'un critère.

**Norme**

Mesure de la performance observée.

(2) **Établir les critères et standards**

Cette étape consiste à définir en premier lieu les critères qui serviront à évaluer la qualité des fonctions choisies à l'étape précédente. L'on distingue généralement 3 types de critères:

1- Structure (quels devraient être les programmes?)

2- Méthode (quelles méthodes devraient être utilisées?)

3- Résultats (quels résultats devrait-on obtenir?)

Il faut ensuite établir les standards en terme de pourcentage d'écart acceptable au niveau de chaque critère choisi.

(3) **Rechercher l'adhésion aux critères et standards**

Les personnes concernées doivent participer à l'élaboration des critères afin que ces derniers représentent un véritable consensus.

(4) **Évaluer la qualité des fonctions choisies au moyen des critères et standards**

Cette évaluation peut se faire de façon

- Prospective
- Concurrente
- Rétrospective

(5) **Identifier les causes des lacunes mises à jour**

Avant de tenter de corriger les problèmes, il importe d'en identifier la cause.

(6) **Élaborer une stratégie pour corriger les lacunes**

Les mesures à prendre pour corriger les lacunes dépendront des résultats de l'étape 5.

(7) **Mettre en application la stratégie mise de l'avant**

Cette étape peut nécessiter l'établissement des lignes d'autorité nécessaires et demander l'octroi de ressources.

(8) **Réévaluer la qualité des services**

Il importe de procéder à une réévaluation afin de s'assurer de la justesse des correctifs mis de l'avant.

(9A) **Repenser les critères et standards**

Si l'étape 8 indique toujours un niveau de qualité inacceptable il peut être indiqué de repenser les critères et standards.

(9B) **Réévaluer les causes des lacunes et réviser la stratégie élaborée pour les éliminer**

Cette étape s'applique au cas où les correctifs auraient été inefficaces.

## ACTIVITÉS CLINIQUES

La pharmacie hospitalière d'aujourd'hui est de plus en plus concernée par le concept de services cliniques en pharmacie.

Les services cliniques regroupent les activités plus directement orientées vers le patient autour d'objectifs de promotion de l'usage rationnel des médicaments.

Un service pharmaceutique de qualité s'appuie autant sur la promotion de l'usage rationnel des médicaments dans l'établissement que sur des fonctions adéquates de préparation et distribution des médicaments.

Il apparaît difficile d'envisager un programme d'assurance de la qualité des services pharmaceutiques sans accorder une place prioritaire aux fonctions cliniques de pharmacovigilance et de contrôle de l'utilisation des médicaments.

Compte tenu de l'impact prévisible de ce type d'activités sur l'usage rationnel des médicaments en établissement de santé, le rôle de moniteur du pharmacien et du département de pharmacie doivent faire l'objet d'appréciation régulière.

**Voici à titre d'exemple quelques fonctions cliniques pouvant faire l'objet d'un programme d'assurance de la qualité:**

I) **ACTIVITÉ D'INFORMATION PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE**
(cf Standard VII CSHP 1981; cf réf 10)

a) Évaluation des sources de référence et de la banque d'information:
- Mise à jour régulière
- Disponibilité des sources de base
- Information appropriée en fonction des activités de l'établissement
- Accessibilité continuelle pour les professionnels consultants

b) Évaluation de l'information fournie:
- Compilation des demandes et réponses fournies
- Évaluation des délais de réponse
- Processus de revision des réponses

c) Évaluation de l'information publiée sous forme de bulletins ou documents sur les médicaments en usage dans l'établissement.

d) Évaluation des programmes éducatifs:
- Formation continue (interne) pour les pharmaciens
- Participation formelle à l'enseignement médical
- Programme éducatif à l'intention des soins infirmiers

e) Évaluation des documents et des dossiers préparés à l'intention du comité de pharmacologie.

II) **HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE**
(cf Standard VIII CSHP-1981)

a) Évaluation des critères de sélection des patients nécessitant une documentation des antécédents médicamenteux par le pharmacien.

b) Documentation au dossier médical de l'histoire médicamenteuse et des problèmes d'allergie ou de réactions adverses antérieures pouvant influencer le traitement durant l'hospitalisation ou des problèmes de fidélité au régime thérapeutique ou d'effet adverse en rapport avec l'hospitalisation actuelle.

III) **ACTIVITÉS DE PHARMACOVIGILANCE (DRUG MONITORING)**
(cf Standard IX CSHP-1981)

Le service de pharmacovigilance doit identifier, prévenir et résoudre les problèmes reliés aux traitements médicamenteux et encourager l'usage rationnel des médicaments dans le traitement médicamenteux de chaque patient.

a) **Analyse de l'ordonnance et du profil pharmacologique:**
- Qualité du profil au dossier-patient pharmacologique - informations disponibles - qualité des inscriptions.
- Qualité de l'analyse de l'ordonnance et du profil pharmacologique par le pharmacien:

**Ex:**

— Détection d'interaction médicamenteuse significative.

— Détection de duplication thérapeutique inappropriée.

— Détection d'allergie ou risques potentiels de réaction adverse.

— Détection de contre-indications ou limitations à l'usage du médicament prescrit.

— Détection de problèmes particuliers reliés à l'administration parentérale du médicament prescrit (préparation - stabilité - incompatibilité parentérale).

— Évaluation de la dose - posologie et voie d'administration choisie.

— Sélection de substitut thérapeutique adéquat.

— Sélection d'un mode de préparation, d'un mode et d'un horaire d'administration appropriés.

— Sélection des dossiers nécessitant un monitoring pharmaceutique particulier durant l'hospitalisation.

— Interventions suggérées en vue de résoudre les problèmes décelés à l'analyse pharmacologique.

b) **Monitoring pharmacologique particulier:**
- Évaluation des critères de sélection des patients devant nécessiter une surveillance pharmacothérapeutique particulière en cours de traitement.
- Évaluation du suivi des patients-cibles par le pharmacien et des interventions auprès de l'équipe traitante pour les patients présentant:

— Réactions adverses en cours de traitement.

— Situations cliniques ou altération de l'état clinique nécessitant un ajustement au traitement médicamenteux, une surveillance particulière des dosages sériques ou une analyse pharmacocinétique (12A).
— Erreurs médicamenteuses.
— Intéractions médicamenteuses reconnues.
— Réponses thérapeutiques inadéquates.
— Traitements particuliers comme l'alimentation parentérale totale (cf standard XII CSHP-1981).

- Documentation au dossier médical des interventions du pharmacien s'il y a lieu.

c) **Programme de déclaration des réactions adverses:**

- Continuité du programme.
- Détection et compilation.
- Revision, analyse et recommandations par le comité de pharmacologie.
- Communication des recommandations au corps médical et aux organismes gouvernementaux.

d) **Programme de revue d'utilisation des médicaments:**

- Évaluation des critères développés par le comité de pharmacologie.
- Évaluation de la rétroaction avec le corps médical et de l'impact sur les habitudes de prescription.

**IV) INFORMATION AU BÉNÉFICIAIRE**
(cf Standard X CSHP-1981)

- Évaluation de la qualité de l'information fournie au bénéficiaire et du matériel écrit ou audiovisuel disponible.
- Critères de sélection des patients devant bénéficier d'un tel service
  **Ex:**
  Patients anticoagulés, médicaments d'investigation, cliniques spécialisées (diabète - oncologie).
- Documentation au dossier du bénéficiaire de l'enseignement dispensé.
- Évaluation des informations fournies aux bénéficiaires de cliniques ambulatoires (MTS - psychiatrie - TB - oncologie).

**V) SERVICE DE PHARMACOCINÉTIQUE**
(réf 15-16)

- Critères de sélection des patients-cibles.
- Documentation au dossier des recommandations du pharmacien.
- Évaluation du taux de réussite, des prédictions et du suivi des recommandations.

## CONCLUSION

L'assurance de la qualité constitue en somme bien plus qu'un simple outil de mesure, c'est véritablement un moyen d'améliorer collectivement la qualité des services que nous rendons.

Son territoire est immense, mais en contrepartie, à vouloir l'explorer tout à la fois, l'on risque de s'y perdre. Il semble donc qu'ici aussi il importe en tout premier lieu de fixer ses priorités, et de les fixer là où ça compte.

Tout en reconnaissant que l'évaluation de l'acte pharmaceutique présente certaines difficultés d'application et doive se faire selon les procédures et mécanismes prévus, nous nous permettons de suggérer que les fonctions cliniques courantes d'analyse de l'ordonnance et des profils pharmacologiques fassent l'objet d'une attention toute particulière.

**N.B.** références disponibles sur demande.


***"Lorsque la voie parentérale s'impose pour contrôler les douleurs cancéreuses, la morphine est le choix logique.*"***

**Avec la plus vaste gamme d'Injections de Sulfate de Morphine U.S.P.**

MORPHINE 10, ampoule de 1 mL (10 mg/mL)
MORPHINE 15, ampoule de 1 mL (15 mg/mL)
**MORPHINE H.P. 25,** ampoule de 1 mL (25 mg/mL)
**MORPHINE H.P. 100,** ampoule de 4 mL (25 mg/mL)

SABEX® ... *Le choix logique*

(*) Tuttle, C.B. — Drug management of pain in cancer patients. Can. Med. Assoc. J. Vol. 132, January 15, 1985

# L'IMPLANTATION D'ACTIVITÉS PHARMACEUTIQUES CLINIQUES À L'UNITÉ DE DIALYSE

**Marie Mouchbahani, pharmacienne, C.H. Royal Victoria**

## Phase I: Projet de pharmacie

La phase I consistait en la réalisation d'un projet de résidence en pharmacie d'hôpital, effectué en janvier 1982, et s'échelonnant sur une période de quatre mois.

L'objectif premier était d'évaluer et de déterminer le rôle du pharmacien à l'unité de dialyse, afin de mieux cerner les bénéfices potentiels. Pour ce faire, le résident en pharmacie s'est vu déléguer la responsabilité d'amasser des données qualitatives et quantitatives telles:

- observation et description du fonctionnement des activités à l'unité de dialyse
- revision des procédures relatives à la prescription des médicaments
- révision des dossiers pharmacologiques
- évaluation de la compliance du patient
- évaluation de l'éducation du patient concernant ses médicaments

Après compilation, les résultats suivants ont été obtenus:

Des 34 patients présentant une maladie rénale en phase terminale, maintenus sur hémodialyse (2 à 3 séances de 3 à 6h/semaine), 16 d'entre eux ont été approvisionnés en médicaments par le département de pharmacie de l'hôpital, alors que 18 patients ont reçu leurs médicaments d'une pharmacie communautaire.

Pour chacun des 16 patients hémodialysés, un dossier-patient pharmacologique a été établi, permettant un suivi rigoureux par le pharmacien de l'hôpital, malgré un système de distribution par messagerie, ne favorisant pas directement le contact pharmacien/patient.

Concernant les 18 patients n'ayant pas été acceptés à ce programme parce qu'ils bénéficiaient de programmes gouvernementaux sur les médicaments (ex.: patient sur le Bien-Être Social ou âgés de plus de 65 ans), ceux-ci ont reçu leurs médicaments d'une pharmacie locale, aucun dossier pharmacologique n'ayant alors été constitué pour ces patients au département de pharmacie de l'hôpital concerné.

Suite à des séances de consultation par questionnaire, il a été noté que ces patients approvisionnés à l'extérieur n'avaient reçu aucun enseignement adéquat de la part de leur pharmacien local.

Selon la moyenne statistique obtenue après compilation des données, le patient hémodialysé prenait environ 7-8 médicaments sur une base quotidienne, et ce, plusieurs fois par jour.

Dû à un manque d'implication du pharmacien dans cette sphère d'activité spécialisée, tous les conseils aux patients étaient donnés par le personnel médical et infirmier. L'étiquette du vial du médicament constituait la seule information livrée au patient par le pharmacien.

Autre point important, la presque totalité de la documentation concernant les médicaments consommés par le patient s'avérait inadéquate en terme de changement de dose, et fréquence d'administration, ces informations ne figurant pas toujours correctement au dossier.

Ceci représentait une lacune considérable sachant la compliance du patient un facteur d'une très haute importance lors de la modification ou de la ré-évaluation d'un traitement donné.

## Phase II: Projet de soumission à l'administration de l'hôpital

La phase II consistait en la proposition présentée aux administrateurs de l'hôpital en réponse au transfert de 37 nouveaux patients à l'unité de dialyse, suite à la fermeture d'une clinique pour soins chroniques, située à proximité.

Un rapport concernant l'augmentation de la charge de travail et l'évaluation de l'augmentation conjointe du coût des médicaments proposait l'implantation d'activités pharmaceutiques clinique à l'unité de dialyse, afin de favoriser la qualité des soins livrés aux patients, et d'assumer une distribution des médicaments à tous les patients hémodialysés.

Les 40 patients en Dialyse Péritonéale Ambulatoire Chronique (DPAC: en anglais CAPD) représentaient un autre groupe de patients dialysés, devant recevoir d'autres services pharmaceutiques que ceux relatifs à la distribution, suite à l'implantation de ces nouvelles activités.

Selon l'expérience acquise par l'équipe médicale durant le projet de résidence en 1981-1982 (réponse positive du personnel médical et infirmier), il a été mis en évidence que le rôle bien conçu et déterminé d'un pharmacien clinicien représenterait un impact significatif sur le suivi des patients dialysés.

Gardant en mémoire que la moyenne des médicaments prescrits par patient dialysé est très élevée, une revue périodique de l'utilisation des médicaments devait être considérée dans un traitement de dialyse à long terme.

Les nouveaux services proposés et offerts par un pharmacien clinicien incluent:

1) évaluation de la compliance (surveillance des renouvellements de prescription, détection de duplication médicamenteuse, interview au patient, suivi de la biochimie et des indices métaboliques pour évaluation de la réponse thérapeutique).
2) établissement de profils pharmacologiques pour les patients sur le Bien-Être Social ou âgés de plus de 65 ans.
3) préparation de matériel éducatif autodidactique destiné aux patients, fournissant plus de détails sur les instructions verbales des médecins et pharmacien.
4) interventions concernant l'ajustement des doses. Des observations cliniques suggèrent que l'insuffisance rénale chronique prédispose à des réactions médicamenteuses indésirables, d'où les fréquents changements de dose requis. Un suivi soutenu est également indiqué afin de réduire les interactions potentielles, i.e.: médicament-médicament, médicament-aliment, MÉDICAMENT-DIALYSE.
5) élaboration de programmes éducatifs pour le personnel infirmier de l'unité de dialyse.

## Phase III: Implantation d'un nouveau service

La phase III représentait la phase finale de l'implantation et considérait principalement l'organisation de l'horaire de travail du pharmacien, de façon à assumer les activités cliniques et la distribution ce, en octobre 1983.

Afin de couvrir les 3 unités distinctes (hémodialyse de soins actifs, hémodialyse autonome, clinique de DPAC), nous avons souligné les points suivants:

- les patients avec insuffisance rénale chronique reçoivent le traitement d'hémodialyse trois fois par semaine.

  Ils sont divisés en plusieurs groupes: groupe du matin, ou de soirée, en séquence du lundi, mercredi, vendredi **ou** mardi, jeudi et samedi.
- les patients en DPAC ne viennent qu'une fois par mois, à n'importe quelle heure du jour, pour environ 2 heures (changement de cathéter)
- les patients sont dialysés entre 7:30 et 21:00 h du lundi au samedi, le besoin

de distribution des médicaments se situant donc à diverses heures du jour.

Puisque les patients en hémodialyse viennent à l'hôpital à tous les 2 jours, la prescription est requise 2 jours avant, les médicaments devant être préparés pour la prochaine période de dialyse. Une quantité suffisante pour une durée de traitement d'UN MOIS est remise pour chaque médicament. Fréquemment, de nouveaux traitements doivent être débutés le même jour, tels: antibiotiques analgésiques, antihypertenseurs, et peuvent alors être préparés sur le moment.

**À ce jour:**

1) un questionnaire sur l'histoire médicamenteuse et habitudes «de vie» a été complété pour chaque patient de façon à établir le dossier pharmacologique.

2) un dossier pharmacologique complet est suivi de façon constante. Les pharmaciens d'officine ne font que recevoir les prescriptions mentionnant les médicaments à être fournis par eux, bien que quelques médicaments soient parfois administrés durant la dialyse par les infirmières. Ceux-ci n'apparaissent alors jamais sur les prescriptions remises aux patients.

   Il est crucial qu'une analyse du dossier pharmacologique soit effectuée par le pharmacien de l'unité **AVANT** qu'une nouvelle prescription soit rédigée.

3) a. Tous les médicaments pris par les patients sont listés sur une grille-horaire préparée à leur intention selon:
   - concentration
   - fréquence et heures d'administration considérant l'horaire des séances de dialyse pour chaque patient

   L'horaire complet de tous les patients est conservé pour référence, lorsque tel ou tel patient doit être rencontré pour évaluation ou demande de consultation par un médecin. Cet horaire est revisé à tous les mois pour assurer une mise à jour adéquate.

   b. Concernant les conseils aux patients, des «brochures» d'information sur les médicaments communément utilisés en dialyse (calcitriol, calcium, lieurs de phosphates, digoxin, antihypertenseurs, sulfonate de polystyrène sodique) sont préparées et sont expliquées aux patients comme faisant partie intégrante de leur programme d'éducation.

   Considérant la sévérité et l'importance des complications à long terme chez les patients non compliants, il est impératif d'insister sur l'éducation au patient lors de la définition du rôle du pharmacien à l'unité de dialyse.

4) L'éducation du personnel infirmier est accomplie lors de séminaires réguliers (sessions d'enseignement intra-départementales), traitant des points suivants:
   - médicaments dialysables
   - médicaments antihypertenseurs
   - digoxin
   - vaccin contre l'hépatite B
   - individualisation des doses d'antibiotiques

5) Depuis octobre 1983, un pharmacien visite quotidiennement les 3 unités de dialyse, consulte les dossiers des patients, initiale ses notes de suivi, discute avec les médecins, inscrit des notes aux dossiers médicaux et participe au processus de prescription.

   En effectuant des tournées quotidiennes et le suivi des dossiers pharmacologiques, le pharmacien s'implique de façon active quant au traitement des patients dialysés.

   La présence du pharmacien durant les tournées médicales offre l'avantage de discuter sur le champ d'interventions d'ordre pharmaceutique.

6) Une revision des protocoles de médication utilisés en dialyse a également été effectuée, citons:
   - antibiotiques utilisés dans le traitement des péritonites
   - désinfectants utilisés
   - administration parentérale de fer
   - immunosuppression pré-greffe
   - utilisation d'androgènes (nandrolone décanoate)
   - desferoxamine
   - préparations multivitaminées
   - lieurs de phosphate

7) Le suivi des indices biochimiques et métaboliques est effectué afin d'évaluer la réponse thérapeutique. L'analyse biochimique est réalisée de routine sur une base mensuelle, reconnaissant ainsi une réponse thérapeutique établie ou permettant l'évaluation du traitement.

8) Le suivi des patients dialysés durant l'hospitalisation est essentiel afin d'évaluer le changement dans le traitement amorcé ou pour intervenir lors de modifications de doses.

9) Le pharmacien agit comme personne ressource quant à l'information livrée concernant les médicaments, ce, au niveau des patients, du personnel médical et infirmier.

## Conclusion

En plus d'assurer un service de distribution adéquat et efficace sur une unité de soins spécialisés, le pharmacien devient en mesure d'intervenir fréquemment avec les autres professionnels de la santé. Une détection précoce des problèmes éventuels permet d'envisager des solutions rapides et efficaces. Spécifiquement, cela implique que le pharmacien maîtrise des notions pharmaceutiques dans un domaine spécialisé, afin d'en arriver à une implication clinique toujours plus diversifiée.

La pharmacie clinique est un service orienté vers le patient, par l'application de connaissances scientifiques, cliniques tout en considérant les facteurs coûts vs efficacité. Le pharmacien est ainsi davantage en mesure de répondre aux besoins des patients concernant l'aspect médicamenteux. Ceci constituait notre but premier lors de l'établissement de ce service pour les patients dialysés.

(N.B. Remerciements pour la traduction du texte à Mme Danielle Dupont, pharmacienne.)

**BULLETIN D'INFORMATION**

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec

**Rédaction**

Rédacteur en chef
Richard Vallières

Rédacteurs associés
Lise Allaire
Carole Desmarais
Lise Lamothe

**Secrétariat**
Manon Leduc

**Composition et imprimerie**
Imprimerie Gibraltar Inc.

Ce bulletin est l'organe officiel de l'A.P.E.S. 50, boul. Crémazie ouest, bureau 505, Montréal, Qué. H2P 2T2.

Toute correspondance doit parvenir à cette adresse à l'attention du comité des communications.

# LE DÉLICAT PROBLÈME DES ERREURS MÉDICAMENTEUSES EN CENTRE HOSPITALIER

**Gaétane Côté, L.Ph.,D.P.H.; Hôtel-Dieu Mtl.**
**M. Blanche Leblanc, inf. M. Sc. Inf. (Adm.); Hôtel-Dieu Mtl.**
**André Lorange, L.Ph.;D.P.H.; Hôtel-Dieu Mtl.**
***Rév. par:* Sylvie Fournier, L.Ph.;D.P.H.; Hôtel-Dieu Mtl.**

## INTRODUCTION

«L'Erreur est humaine». Que de fois avons-nous entendu cette formule consacrée pour éviter de s'attarder à identifier les causes qui ont provoqué une entorse momentanée à notre pratique courante.

En milieu hospitalier comme ailleurs, l'erreur existe, avec toutes les conséquences anodines ou sérieuses que nous lui connaissons. La nature humaine nous incite fortement à ignorer ou à oublier les incidents de parcours de la sorte, surtout lorsque nous en sommes les responsables. Ne pas créer de remous inutiles est le mot d'ordre pour assurer la continuité de cette ère de tranquillité dans laquelle nous nous sommes habitués à vivre.

De nos jours toutefois, ce comportement d'autruche devrait tendre à disparaître. À notre avis, il vaut mieux apprendre à maîtriser l'erreur que de travailler dans l'incertitude. Dans cette optique, nous avons voulu explorer le dossier des erreurs médicamenteuses et connaître notre performance dans ce domaine. Guidés par notre souci d'offrir un service de très haute qualité à nos patients, nous avons entrepris une démarche qui nous a permis de développer un mécanisme de contrôle simple et efficace. Nous vous invitons aujourd'hui, à suivre le chemin que nous avons parcouru jusqu'à ce jour.

## Étape 1: INITIATION DU PROJET

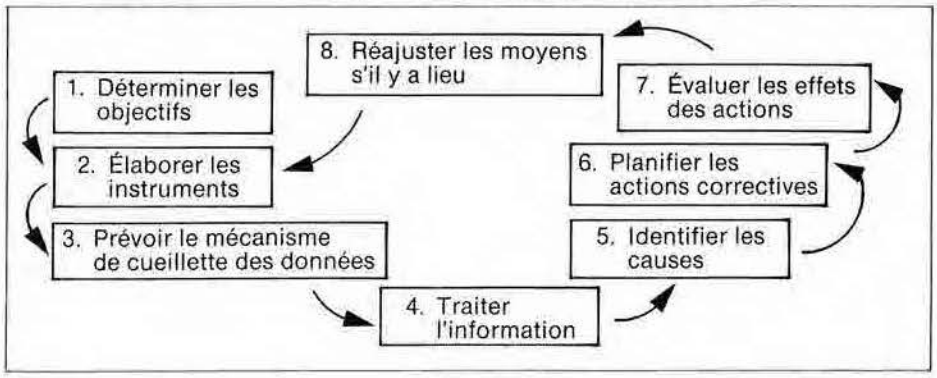
Au départ, il faut mentionner que cette volonté de procéder dans ce dossier doit être partagée par deux des secteurs impliqués: le département de pharmacie et les soins infirmiers. Une rencontre entre la directrice-adjointe des soins infirmiers et un pharmacien du département est souhaitable afin de planifier un système permettant de quantifier et de qualifier l'erreur médicamenteuse dans un centre hospitalier donné.

L'erreur médicale étant un tout autre domaine, un programme de ce type, doit considérer uniquement celles se produisant lors de la préparation, de la distribution ou de l'administration des médicaments.

Une des principales difficultés de ce travail est de trouver une formule de déclaration d'erreurs simple, mais précise, tout en évitant de dramatiser la situation. De plus, il faut empêcher le personnel de céder à la panique et de vivre dans la peur de l'erreur et des sanctions.

Le système de cueillette des données doit être élaboré dans un esprit de prévention, axé sur la qualité des soins. En aucun cas, le système ne se doit d'être répressif.

## Étape 2: PROCESSUS DE CONTRÔLE DE L'ADMINISTRATION DES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES




### 2.1 DÉTERMINER LES OBJECTIFS

**Objectifs spécifiques:**

- évaluer le nombre d'erreurs médicamenteuses.
- identifier les types d'erreurs les plus fréquents.
- déterminer l'importance des erreurs.

**Objectifs généraux:**

- devenir une mesure de la qualité des soins.
- mener à la disparition de l'erreur.
- assurer la qualité des soins aux patients.
- protéger le personnel et les patients.

### 2.2 ÉLABORER LES INSTRUMENTS

Le premier instrument à créer, est sans aucun doute, un formulaire officiel permettant de déclarer les faits se rapportant à toutes les erreurs médicamenteuses possibles. Il pourrait être intitulé: «COMPTE RENDU ÉVÉNEMENT MÉDICATION», titre qui n'a aucune consonnance péjorative. Après une année complète d'utilisation, ce formulaire devra sans doute être remodelé, afin d'en maximiser le rendement. Nous reproduisons ici un exemple de formule qui peut facilement être utilisée dans tout centre hospitalier.

Ce formulaire contient quatre feuillets de différentes couleurs destinés aux secteurs suivants:

- Copie originale (blanche): à joindre au dossier médical du bénéficiaire. (sections A à F)
- Copie carbone (jaune): pour la direction des services professionnels. (section A à F)
- Copie carbone (rose): adressée à la direction des soins infirmiers. (sections A à H)
- Copie carbone (bleu): destinée au département de pharmacie. (sections A à H)

Ce formulaire devra être disponible dans toutes les unités de soins et servir exclusivement aux incidents de nature médicamenteuse.

Le compte rendu événement-médication doit être complété afin de:

- fournir des données sur l'incident.
- déterminer et évaluer les déviations des standards de soins, directives ou méthodes.
- mettre en application des mesures correctives pour prévenir la reproduction de la même erreur.
- rafraîchir la mémoire de ceux ayant fait l'erreur.
- orienter l'enseignement du nouveau personnel.
- alerter l'administration du centre hospitalier de la possibilité d'une poursuite et répondre immédiatement à une investigation qui se voudrait plus complète.

- permettre l'analyse statistique des événements.
- répondre aux exigences concernant l'agrément des hôpitaux.

La formule se compose de 8 sections:

### SECTION A:
### Identification du bénéficiaire

L'espace prévu est suffisant pour contenir toutes les informations inscrites sur la carte du bénéficiaire fournie par le centre hospitalier, lors de l'admission du patient.

### SECTION B:
### Caractéristiques de l'événement

Cette section doit être remplie par la personne ayant la meilleure connaissance de l'événement et ce, immédiatement après sa découverte. L'importance de faire le rapport dans le plus court laps de temps est souvent sous-estimé. En effet, plus le temps s'accroît entre le moment de l'événement et sa mise par écrit, moins les faits seront clairs.

Le responsable de l'unité de soins devra être avisé de l'événement puisqu'il doit savoir ce qui s'y passe s'il veut bien administrer son service. Il devra aussi voir à ce que le document soit complet.

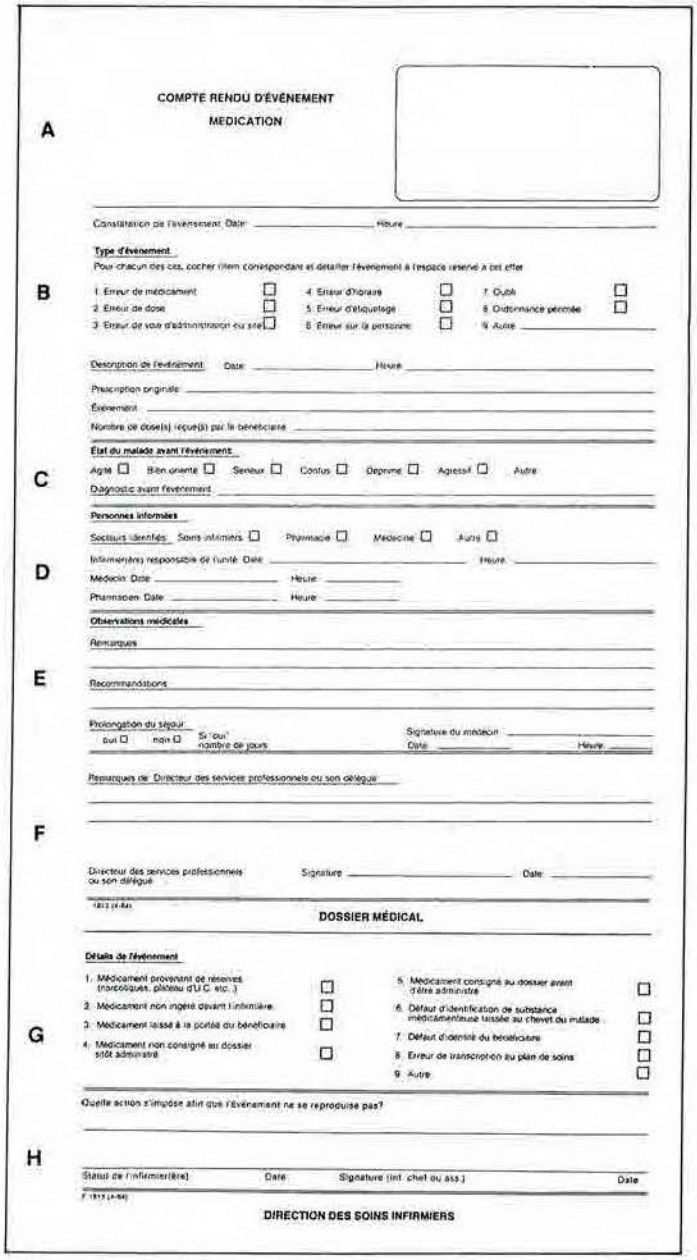
Afin de pouvoir identifier le type d'événement le plus fréquent, il faut bien définir chacun de ceux-ci. En voici quelques exemples:

N.B. Il est possible qu'une erreur médicamenteuse puisse être classée dans deux types d'événement. Exemple:

Lanoxin 0.125mg les lundi, mercredi et vendredi et lanoxin 0.25mg les autres jours.
Étiquette: 1 comprimé les lundi, mercredi et vendredi. Lanoxin 0.25mg. La fiole contenait à la réception à l'unité des soins, du lanoxin 0.125mg.

### SECTION C:
### État du malade avant l'événement

Ces renseignements permettent une évaluation quantitative ou du moins qualitative de l'évolution de l'état du malade suite à l'événement, comparativement à celui qu'il présentait avant.



A

COMPTE RENDU D'ÉVÉNEMENT
MEDICATION

Constatation de l'événement Date _____ Heure _____

B

Type d'événement
Pour chacun des cas, cocher l'item correspondant et détailler l'événement à l'espace réservé à cet effet

1. Erreur de médicament ☐
2. Erreur de dose ☐
3. Erreur de voie d'administration ou site ☐
4. Erreur d'horaire ☐
5. Erreur d'étiquetage ☐
6. Erreur sur la personne ☐
7. Oubli ☐
8. Ordonnance périmée ☐
9. Autre _____

Description de l'événement Date _____ Heure _____
Prescription originale _____
Événement _____
Nombre de dose(s) reçue(s) par le bénéficiaire _____

C

État du malade avant l'événement
Agité ☐ Bien orienté ☐ Serieux ☐ Confus ☐ Deprimé ☐ Agressif ☐ Autre
Diagnostic avant l'événement _____

D

Personnes informées
Secteurs identifiés Soins infirmiers ☐ Pharmacie ☐ Médecine ☐ Autre ☐
Infirmier(ère) responsable de l'unité Date _____ Heure _____
Médecin Date _____ Heure _____
Pharmacien Date _____ Heure _____

E

Observations médicales
Remarques _____
Recommandations _____
Prolongation du séjour oui ☐ non ☐ Si "oui" nombre de jours
Signature du médecin _____ Date _____ Heure _____

F

Remarques de Directeur des services professionnels ou son délégué _____
Directeur des services professionnels ou son délégué Signature _____ Date _____

DOSSIER MÉDICAL

G

Détails de l'événement
1. Médicament provenant de réserves (narcotiques, plateau d'U.C. etc.) ☐
2. Médicament non ingéré devant l'infirmière ☐
3. Médicament laissé à la portée du bénéficiaire ☐
4. Médicament non consigné au dossier sitôt administré ☐
5. Médicament consigné au dossier avant d'être administré ☐
6. Défaut d'identification de substance médicamenteuse laissée au chevet du malade ☐
7. Défaut d'identité du bénéficiaire ☐
8. Erreur de transcription au plan de soins ☐
9. Autre ☐

H

Quelle action s'impose afin que l'événement ne se reproduise pas?
Statut de l'infirmier(ère) Date Signature (inf. chef ou ass.) Date

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

| TYPE D'ÉVÉNEMENT | PRESCRIPTION ORIGINALE | ÉVÉNEMENT |
|---|---|---|
| **1. Erreur de médicament:** | Aldactazide 25 mg die | reçu aldactone 25 mg |
| **2. Erreur de dose:** | Aminophylline 500 mg/500 ml de soluté à 300 ml/hre | soluté terminé 5 h en avance |
| | Diabéta 5 mg die | 1 comprimé donné à 7.30h par le service de nuit et 1 autre à 8h par le service de jour |
| **3. Erreur de voie d'administration ou de site:** | Mefoxin 2g IM 1 heure pré-op | Reçu mefoxin 2g IV 1 heure pré-op |
| **4. Erreur d'horaire:** | Diabéta 5 mg die le matin | Diabéta 5 mg donné au souper |
| **5. Erreur d'étiquetage:** | Desyrel 100mg le matin et 200mg HS | 2 comprimés le matin et 2 comprimés le soir DESYREL 100 mg. |
| **6. Erreur sur la personne:** | M. Jean COURT Lasix 250mg am Lanoxin 0.125mg am | Médicament de M. Jos Bleau donné à M. Jean Court: Zyloprim 300 mg (1) Aprésoline 25 mg (1) Lasix (40 mg (1 co.) |
| **7. Oubli:** | Héparine 5,000un s.c. aux 12 heures | Dose de 10 heures non reçue |
| **8. Ordonnance périmée:** | Velosef 500mg IV aux 6 heures cessé le 13 pour velosef 500mg p.o. | Reçoit velosef IV depuis 2 jours (le 14 et le 15) |

**SECTION D:**
**Personnes informées**

Tous les secteurs doivent être avisés de l'événement même s'il ne concerne qu'un ou deux secteurs tout en tenant compte de l'urgence de la situation.

**SECTION E:**
**Observations médicales**

Lorsque l'événement concerne l'administration du médicament, le médecin traitant doit en être avisé, ce qui lui permettra de prendre les mesures de surveillance des signes vitaux du patient ou de prescrire des soins particuliers, le temps qu'il jugera nécessaire. Le médecin est responsable du traitement général du patient et toute erreur dans l'administration des médicaments peut influencer la réponse du bénéficiaire à une thérapeutique spécifique.

**SECTION F:**
**Remarques**

(Au dossier médical et à la direction des services professionnels seulement.)

Cette section est réservée à la direction des services professionnels et est utilisée surtout dans le cas d'événements importants.

**SECTION G:**
**Détails de l'événement**

(Copie de la direction des soins infirmiers et du département de la pharmacie.)

Cette section permet d'identifier les causes de l'erreur. Les raisons autres (item 9) doivent être plus documentées par la coordonnatrice de la qualité des soins pour permettre, suite à l'étude statistique, de poser des actions visant à contrer les failles du système.

L'expérience nous permet de croire que la réflexion obligatoire à ce moment aide à améliorer les comportements ultérieurs.

**SECTION H:**
**Actions qui s'imposent pour que l'événement ne se reproduise pas.**

La direction des soins infirmiers et/ou un pharmacien du département de pharmacie selon le cas, sont invités à compléter cette section. Si des solutions sont proposées, elles auront beaucoup de poids. De plus, cela permet de préciser les détails susceptibles d'apparaître dans la case «autre».

## 2.3: PRÉVOIR LE MÉCANISME DE CUEILLETTE DE DONNÉES

Le processus complet à suivre lors de la déclaration d'un événement est le suivant:

2.3.1 La personne qui constate l'événement rédige le compte-rendu d'événement-médication en se basant sur les données du dossier du bénéficiaire et du cardex d'administration.

2.3.2 L'infirmier(e) qui a administré le médicament est consulté(e) afin d'apporter les informations nécessaires.

2.3.3 Le responsable de l'unité de soins concerné doit être avisé de l'événement et voit à ce que le formulaire soit complet.

2.3.4 Chaque copie du formulaire, lorsque complétée, est dirigée à chacun des secteurs respectifs (identifié comme tel au bas de chaque copie), par l'entremise du courrier interne du centre hospitalier.

2.3.5 Toutes les données des divers événements se produisant au cours d'une période administrative de 28 jours sont relevées de façon chronologique.
La coordonnatrice à la qualité des soins verra à faire les démarches nécessaires pour obtenir des éclaircissements ou un complément d'information pour tout événement demeurant encore obscur, après réception du compte-rendu événement-médication.

2.3.6 Parallèlement, au département de pharmacie, le pharmacien responsable du dossier des erreurs médicamenteuses doit s'astreindre au même travail. Pour chaque événement concernant la pharmacie, il doit consulter le dossier-patient interne du département et la feuille d'ordonnance correspondante pour identifier le type d'erreur et ses circonstances. Il doit pouvoir déterminer à quelle étape de la distribution l'erreur a été commise.

Nos recherches sur le sujet, nous permettent d'affirmer qu'un compte-rendu événement-médication n'est pas toujours rédigé. Les causes en sont nombreuses:

- le processus est volontaire. Il fait donc appel à la responsabilité professionnelle de chacun.
- la personne découvrant l'erreur peut croire qu'elle est trop mineure pour être rapportée.
- l'erreur est découverte à un moment de la journée où le personnel est surchargé de travail et malgré la bonne volonté, tombe dans l'oubli.
- la personne découvrant l'erreur peut aviser verbalement la personne responsable de l'événement sans le déclarer de façon officielle en pensant que, si à son tour, elle-même fait une erreur, on se rappellera ce service jadis rendu.

S'il arrive que, par hasard un pharmacien est mis au courant d'une erreur non déclarée, il est de son devoir de la noter, quelque soit sa provenance ou sa nature.

## 2.4 TRAITER L'INFORMATION

Un rapport doit être rédigé à la fin de chaque période, par la coordonnatrice de l'évaluation de la qualité des soins conjointement avec un pharmacien au cas où une copie de la formule n'ait pas été adressée à un des secteurs.

Les renseignements sont présentés comme suit:

**NOM DU CENTRE HOSPITALIER**
**COMPILATION DES DONNÉES**
**15 sept. au 12 oct. 85**

- NOMBRE D'ÉVÉNEMENTS MÉDICATION: ..... 24

- SECTEURS:
Pharmacie: ..... 4
Soins infirmiers: ..... 20
Deux secteurs: ..... 0

- HORAIRE:
Nuit: ..... 6
Jour: ..... 15
Soir: ..... 3

- TYPES D'ÉVÉNEMENTS:
01- Erreur de médicament ..... 6
02- Erreur de dose ..... 8
03- Erreur de voie d'adm. ou de site.. 0
04- Erreur d'horaire ..... 1
05- Erreur d'étiquetage ..... 3
06- Erreur sur la personne ..... 5
07- Oubli ..... 1
08- Ordonnance périmée ..... 0
09- Autre ..... 0

- UNITÉS PAR PAVILLON:

| | | |
|---|---|---|
| Pavillon | A | 4 |
| Pavillon | B | 3 |
| Pavillon | C | 7 |
| Pavillon | D | 9 |
| Urgence | | 1 |

- DÉTAILS DE L'ÉVÉNEMENT:
01- Médicament provenant de réserves ..... 3
02- Médicament non ingéré devant infirmière ..... 1
03- Médicament laissé à la portée du bénéficiaire ..... 1
04- Médicament non consigné au dossier sitôt administré ..... 1
05- Médicament consigné au dossier avant d'être administré ..... 1
06- Défaut d'identification de la substance médicamenteuse ..... 3
07- Défaut d'identité du bénéficiaire ..... 5
08- Erreur de transcription au plan de soins ..... 3
09- Autre ..... 6

Remarques de la coordonnatrice sur la tendance générale de la période.

Prescriptions non relevées : 2
Manque de surveillance et d'attention: 4

(Direction des soins infirmiers. Évaluation des soins.)

Le rapport intitulé: «Compilation des données» doit être remis à chaque chef d'unité de soins. Noter les événements par pavillon plutôt que par unité de soins empêche de farie naître un esprit de compétition malsain qui inciterait à la non déclaration des erreurs.

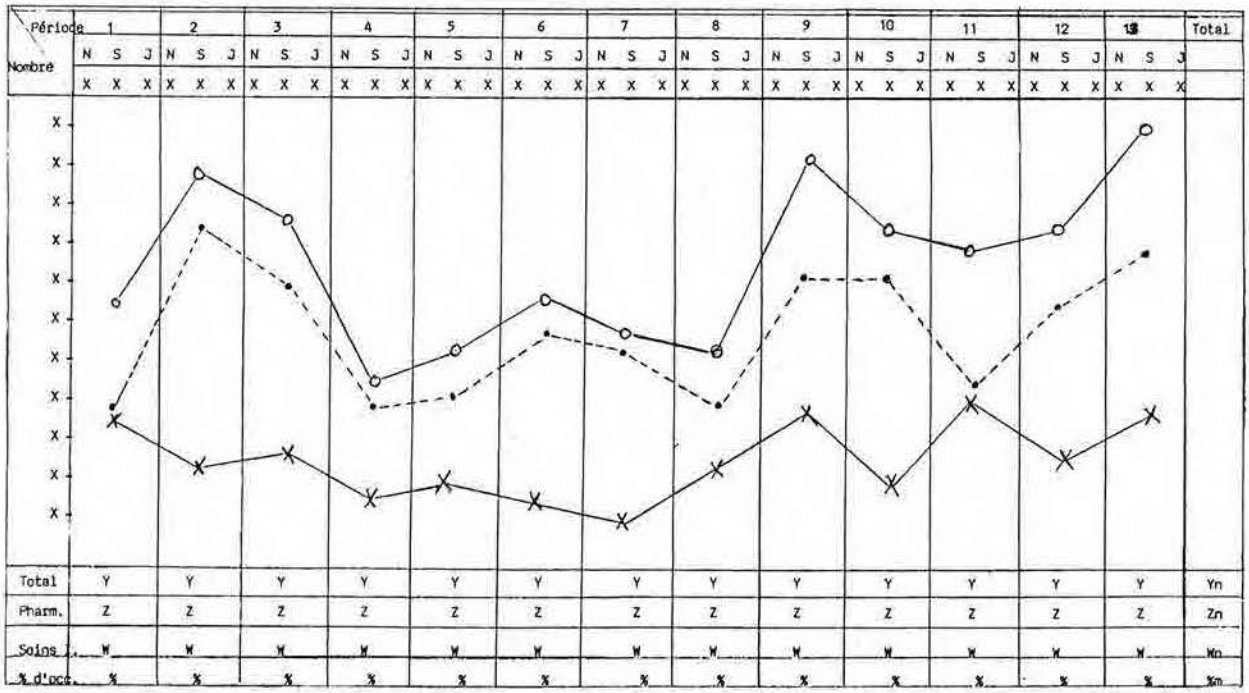
Bien des facteurs entrent en ligne de compte lors de l'évaluation du nombre d'événements par unité de soins tels: le nombre de bénéficiaires en attente de placement long-terme, la surcharge de travail, la vocation du département, le nombre de doses administrées par jour, pour ne nommer que ceux-là. Il est cependant difficile pour tous d'avoir une vision d'ensemble de tous ces éléments et il faut éviter que des jugements soient portés. De plus, tout rapport d'événement doit demeurer strictement confidentiel autant pour le bénéficiaire que pour le personnel impliqué. Toute discussion d'événement est permise lorsqu'il s'agit de considérations professionnelles d'ordre éthique. Cette confidentialité des événements correspond à la

**Fig. 2** **COMPTE-RENDU ÉVÉNEMENT MÉDICATION**
**Date: 15 septembre au 12 octobre 1985**

| No. | UNITÉ DE SOINS | DATE | NSJ | TYPE | DÉTAIL | PHARM | INF. | REMARQUES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 100 | 6C | 1509 | J | 1 | 6 | X | | |
| 101 | 2B | 1609 | J | 5,6 | 6 | X | | |
| 102 | 6C | 1609 | J | 6 | 7 | X | | |
| 103 | 4D | 1909 | S | 6 | 2 | | X | |
| 104 | 4D | 2009 | J | 4 | 9 | | X | |
| 105 | 7C | 1909 | S | 1 | 6 | X | | |
| 106 | 1B | 2009 | S | 5 | 9 | | X | |
| 107 | 3D | 2609 | J | 7 | 8 | | X | |
| 108 | 6C | 2709 | J | 1 | 3 | | X | |
| 109 | 7A | 2809 | J | 5 | 5 | | X | |
| 110 | 4D | 0210 | N | 2 | 4 | | X | |
| 111 | 4D | 0310 | N | 2 | 9 | | X | |
| 112 | 4D | 0310 | N | 6 | 7 | | X | |
| 113 | 6D | 0410 | J | 6 | 7 | | X | |
| 114 | 6D | 0410 | J | 2 | 1 | | X | |
| 115 | 4D | 0510 | J | 2 | 8 | | X | |
| 116 | urgence | 0710 | J | 2 | 8 | | X | |
| 117 | 2B | 1010 | J | 2 | 1 | | X | |
| 118 | 6C | 1110 | J | 2 | 7 | | X | |
| 119 | 5C | 0710 | J | 1 | 9 | | X | |
| 120 | 3A | 1909 | N | 1 | 9 | | X | |
| 121 | 3A | 1909 | N | 2 | 1 | | X | |
| 122 | 5C | 0310 | N | 6 | 7 | | X | |
| 123 | 3A | 1909 | J | 1 | 9 | | X | |
| | | | Total: | | 4 | 20 | | |
| | | | Grand total: | | | 24 | | |

**Fig. 3** **RELEVÉ NUMÉRIQUE ET GRAPHIQUE PÉRIODIQUE DES ÉVÉNEMENTS «ERREURS DE MÉDICATIONS**

**Légende N = Nuit** **T = Total indiqué par la ligne supérieure** **Z = nombre d'erreurs de la pharmacie**
**J = Jour** **X—X—X = Secteur de la pharmacie** **W = nombre d'erreurs des soins infirmiers**
**S = Soir** **.—.—. = Secteur des soins infirmiers** **Y = nombre total des 2 secteurs**
**X = nombre total des 2 secteurs par 8 heures**



philosophie que la direction des soins infirmiers véhicule lors de l'évaluation de la qualité des soins.

Un deuxième rapport (fig. 2), à diffusion plus restreinte et présenté uniquement à la directrice des soins infirmiers, donne le détail de chacune des erreurs survenues ainsi que les unités de soins en cause.

À la fin de l'année fiscale, un dernier rapport intitulé (fig. 3) «Relevé numérique et graphique périodique des événements-médication» pourrait être produit tel qu'il apparaît ci-après et qui donne une bonne idée de l'évolution des événements au cours de l'année. Ceci permet de relier le nombre d'événements à certaines circonstances organisationnelles comme l'engagement de personnel nouveau, restructurations des départements, moral des employés, périodes de vacances ou de maladie.

Le travail de compilation et la tenue statistique sont largement facilités par un service d'informatique qui permet d'accéder rapidement à un grand nombre de données.

## 2.5: IDENTIFIER LES CAUSES

Une fois tous les rapports produits, il faut pouvoir tirer les bonnes conclusions. Et une fois celles-ci entre nos mains, encore faut-il savoir à qui les adresser. Pour ce faire, le contrôle du système doit être assuré par un pharmacien et un représentant des soins infirmiers, idéalement, une coordonnatrice à l'évaluation de la qualité des soins. Les divers rapports élaborés par ces personnes, à la fin de chaque période administrative, doivent être présentés à la direction des soins infirmiers ou, de préférence, à un comité consultatif coordonnant les activités des secteurs pharmacie-soins infirmiers.

Les mesures à prendre face aux types d'erreurs et leurs causes les plus fréquentes, pour un centre hospitalier donné, pourront alors être proposées et remises aux directions impliquées.

Ce phénomène s'explique en partie, par les diverses définitions de chacun des types d'événement, d'un centre hospitalier à un autre. De plus, il est nécessaire de préciser que le taux des erreurs varie entre 5.3 et 21% pour les centres hospitaliers américains utilisant un système de distribution traditionnel tandis qu'il se situe entre 0.64 et 3.5% dans un système de distribution unitaire.

Les causes des erreurs médicamenteuses sont aussi diverses que nombreuses.

En voici quelques-unes:

- nombre imposant de médicaments disponibles.
- commercialisation d'un même médicament par plusieurs compagnies différentes (aspects et noms commerciaux multiples).
- disponibilité de formulations et de concentrations diverses.
- prescription médicale parfois incompréhensible ou incomplète.
- emploi d'abréviations impropres.
- identification non complète du produit lorsqu'envoyé aux unités de soins.
- manque de temps.
- distraction.
- absence de vérification de l'identité du bénéficiaire.
- erreur de transcription au plan de soins.
- médicament non consigné au dossier sitôt administré.
- méconnaissance du fonctionnement du matériel à utiliser (pompes, tubulures.).
- manque de surveillance.
- lecture incorrecte au cardex.

Ces facteurs associés à une déficience de la connaissance des médicaments augmentent considérablement le nombre d'événements-médication indésirables.

Les erreurs se répartissent de façon très variable selon les établissements comme le démontrent les statistiques suivantes:

| | Hôpital universitaire Florida 1961 | Hôpital non universitaire Arkansas 1966 | Hôpital universitaire Winnipeg 1984 |
|---|---|---|---|
| Omission | 37% | 13% | 22.2% |
| Oubli | 13% | | |
| Mauvaise dose | 8% | 17% | 44.6% |
| Dose extra | 10% | 8% | |
| Non prescrit | 18% | 6% | 23.4% |
| Mauvaise voie | 4% | 1% | 2.4% |
| Erreur d'horaire | 10% | 55% | 5.9% |
| Autres | | | 2.5% |

## 2.6: PLANIFIER LES ACTIONS CORRECTIVES

Les erreurs de médicament causées par un manque de connaissance concernant le produit et son administration, les doses, les indications et les diverses dénominations peuvent être corrigées par un programme d'enseignement ou la publication de références de travail adéquates. Il nous suffit de mentionner:

- bulletins d'information sur les nouveaux médicaments.
- un guide de moment optimum d'administration des médicaments.
- un manuel de dilution et d'administration des médicaments injectables.
- conférences:
  - — sur la nutrition entérale et parentérale.
  - — sur l'administration et le monitoring des broncho-dilatateurs pulmonaires.
- etc.

Un programme d'éducation et de formation continue doit être présent de façon régulière aux unités de soins. La publicité et le rappel de l'existence de ces instruments de travail et de perfectionnement doivent être faits pour assurer la fréquence de leurs utilisations.

L'administration d'un médicament à un autre patient que celui à qui il est destiné, est une autre cause importante d'erreur. Le personnel identifie souvent un patient par le numéro de chambre. Le bracelet d'identification du patient doit être la source d'information pour s'assurer de l'identité du bénéficiaire. Avant l'administration de médicaments, le personnel infirmier se doit de le vérifier. En ce qui concerne les erreurs produites à la pharmacie, les changements suivants peuvent être envisagés:

- réaménagement des produits de présentations semblables:
  ex.: nétilmicine et tobramycine.
- séparation de la vérification du produit final en deux étapes:
  1. vérification du contenu de l'étiquette juste après la production de cette dernière.
  2. vérification du médicament avant l'envoi sur les unités de soins.
- changement de la présentation du dossier-patient.

## 2.7: ÉVALUER LES EFFETS DES ACTIONS CORRECTIVES

Cette étape en est une de réflexion et est peut-être la plus importante du processus. Il faut comparer, de façon rétrospective, la fréquence de chacun des types d'événement (avant et après l'action corrective), pour lesquels une action a été suggérée et mise en application. Si

le taux d'erreurs reste constant malgré les mesures appliquées, cela peut signifier que:

- le nouveau personnel n'est pas au courant de ces mesures.
- la cause identifiée n'est pas la bonne.
- l'action corrective choisie ne peut influencer la cause parce qu'une étape importante nous échappe.
- la mesure corrective n'est pas appliquée ou applicable.

Le travail à exécuter en référence à l'instrument de contrôle (les erreurs médicamenteuses), permet d'envisager une utilisation ultérieure des plus intéressantes. Il suffit de mentionner: le perfectionnement des acquis et des techniques d'administration des médicaments, la recherche sur l'incidence des erreurs et la formation continue du personnel infirmier et de la pharmacie.

## 2.8: RÉAJUSTER LES MOYENS

Suite à l'application des mesures correctives, une fois l'analyse des effets complétée, nous serons en mesure de voir si l'orientation prise était la bonne. Il faudra, s'il y a lieu:

- modifier la formule de compte-rendu d'événement-médication afin d'identifier de façon plus spécifique les types d'événements et les causes.
- cueillir des données plus complètes et ce, dans tous les cas.
- imaginer diverses combinaisons de facteurs ou de données lors du traitement de l'information, de façon à obtenir un maximum de statistiques plus significatives.
- refaire une nouvelle identification des causes les plus plausibles.
- trouver des actions correctives plus appropriées.

Dans tous les cas, il sera important de favoriser la déclaration des événements, en insistant sur la protection du patient. En l'absence de déclaration d'erreurs, (ce qui ne signifie pas l'inexistence de ces événements), le travail correctif ne peut être orienté.

## CONCLUSION

L'erreur existe et ne pourra jamais être complètement rayée de notre travail tant que celui-ci demeurera humain. Cependant, par une concertation d'efforts de tous les intervenants impliqués de près ou de loin à la préparation et à l'administration des médicaments, le taux des erreurs médicamenteuses peut passablement diminuer. Le manque de temps et la surcharge de travail devront cesser d'être les arguments d'autodéfense camouflant des problèmes plus profonds.

Il faudra probablement toujours s'en remettre à la déclaration volontaire de la part du personnel infirmier et/ou du pharmacien. Cependant, il faut bien prendre conscience qu'une erreur déclarée tôt, permet, dans certains cas, de sauver bien des désagréments au patient, en terme de bien-être, en plus de diminuer considérablement les coûts d'hospitalisation en rapport aux investigations et traitements subséquents à une erreur non déclarée.

Le contrôle des événements-médication s'inscrit dans une politique globale d'appréciation de la qualité des soins. Il est, parmi tant d'autres, un moyen simple et efficace de traduire notre souci d'excellence.

Il serait souhaitable que cet instrument d'application facile, puisse se retrouver dans la majorité des centres hospitaliers. Le pharmacien, de par ses connaissances, doit s'impliquer activement dans ce dossier, par respect du bénéficiaire.

**RÉFÉRENCES**

Bet, R.P. et H.B. Lewy.: Medication errors reports. American Journal Hospital Pharmacy. Vol. 42, Aug. 85, pp: 1724-1732.

Hall, K.W. et all.: A retrospective study of medication errors: Basis for a ongoing monotoring program. Canadian Journal Hospital Pharmacy, Oct. vol 38., no 5, pp: 141-143.

Davis, N.M. et M. R. Cohen.: Medication errors: causes and Prevention. Ed. G.F. Stickley co., Philadelphia. (1981).

## PREMIÈRE JOURNÉE ANNUELLE DE PHARMACOTHÉRAPIE

ORGANISÉ PAR LE CENTRE D'INFORMATION PHARMACEUTIQUE EN COLLABORATION AVEC LE CENTRE DE RECHERCHE DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR.

**Date:**
16 mai 1986

**Lieu:**
Salle Polyvalente, Aile J,
HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR
5400, boul. Gouin ouest
MONTRÉAL, (Québec)
H4J 1C5

**Inscription:**
50,00$ médecins et pharmaciens
25,00$ étudiants, internes, résidents

**Téléphone:**
(514) 333-2666

PROGRAMME

09h00 La digoxin a-t-il toujours sa place dans le traitement de l'insuffisance cardiaque?
*Jean-Lucien Rouleau, Cardiologue*
*Centre de recherche*
*Hôpital du Sacré-Coeur*

10h00 Pause santé

10h30 Les nouveaux antiarythmiques dans l'arsenal
*Réginald Nadeau, Cardiologue*
*Coordonnateur du Centre de recherche*
*Hôpital du Sacré-Coeur*

11h15 Revue du traitement pharmacologique de l'asthme.
*André Cartier, Pneumologue*
*Hôpital du Sacré-Coeur*

12h00 Déjeûner

13h30 Traitement pharmacologique des troubles du sommeil, avec présentation de cas.
*Jacques Montplaisir, Psychiatre*
*Laboratoire du sommeil*
*Hôpital du Sacré-Coeur*

14h30 Le Centre d'information pharmaceutique (CIP).
*Louise Boisjoly, Pharmacienne*
*Responsable du CIP*
*Hôpital du Sacré-Coeur*

14h50 Pharmacovigilance des réactions adverses.
*Pierre Biron, Pharmacologue*
*Faculté de médecine*
*Université de Montréal*

15h15 Vin et fromages.

16h00 Visite des exhibits.

**NOMINATION (mise au point)**

Lors de la nomination de M. Gaston Champagne parue dans le bulletin du Vol. 18 No 5, Déc '85, nous avions omis de vous mentionner qu'une entente particulière entourait cette nomination, la voici:

Le Centre Hospitalier de l'Assomption et le Sanatorium Bégin ont paraphé une entente de service où il y aura échange de connaissances spécialisées dans le domaine pharmaceutique. Les pharmaciens impliqués du Sanatorium sont:

M. Jean-Yves Julien, pharmacien-chef, Dr Gilles Barbeau, pharmacien et professeur agrégé École de pharmacie, Université Laval, Lucie Roberge, pharmacienne.

Le travail d'organisation et de planification des services pharmaceutiques ainsi que les aspects cliniques au Sanatorium ont permis d'optimaliser l'emploi des médicaments et d'identifier certains problèmes pratiques. Ils ont également favorisé le travail d'équipe et l'enrichissement des connaissances.

### Assemblées du Conseil

Le Conseil d'administration a tenu une assemblée régulière le 14 février dernier à notre siège social. Comme toujours, cette réunion présente un ordre du jour extrêmement chargé; parmi les principaux points étudiés: le réengagement de notre conseiller juridique, les possibilités d'intégration des résidents et résidentes en pharmacie à notre association, les modalités pour les ventes de services, les modifications à apporter à la présentation de notre bulletin, le calendrier des prochaines activités de formation continue, etc.

### Rencontre avec l'A.C.M.D.P.

Lundi le 3 mars dernier, notre président François Schubert et notre second président Roger Leblanc rencontraient des membres de l'exécutif de l'Association des Conseils de Médecins, Dentistes et Pharmaciens (A.C.M.D.P.) Un des principaux sujets de discussion: les modalités de représentation des pharmaciens au conseil d'administration de cette association. Un dossier à suivre.

### Rencontre avec le C.C.P.M.

Le 14 mars, déplacement de quatre membres de l'exécutif à Québec pour une rencontre avec le Conseil Consultatif sur la pharmacie et le médicament (C.C.P.M.), la première depuis le changement de gouvernement. À l'ordre du jour, entre autres, l'étude de la liste des médicaments aux malades sur pied, et la formation du personnel technique en pharmacie. Des développements intéressants sont attendus également dans ces deux dossiers.

Après la rencontre avec le C.C.P.M., l'exécutif s'est scindé en deux, une partie rencontrant la direction de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et l'autre la direction de l'École de Pharmacie de l'Université Laval. Inutile de dire que le prolongement de la résidence a constitué l'un des thèmes de cette dernière rencontre.

### Centre d'information sur les médicaments: il faut plus que des bonnes paroles!

Le numéro de janvier 1986 du bulletin «L'Ordonnance», publié par notre corporation, contenait un article qui m'a profondément surpris au départ, et inquiété par la suite. L'article en question portait sur les centres d'information pharmacothérapeutique. Il s'agit là d'un sujet d'actualité au Québec, puisqu'on en parle depuis au moins dix ans sans jamais le régler.

L'article exposait donc une résolution adoptée par le Bureau de l'Ordre lors de sa réunion du 17 décembre 1985; la résolution se lit comme suit:

> «Il est proposé que l'Ordre, de concert avec les centres d'information intéressés, coordonne une campagne visant à encourager les pharmaciens à devenir membres d'un centre d'information sur les médicaments».

Doit-on comprendre que l'appui de notre corporation aux centres d'information qui se sont créés depuis quelques mois au Québec se limitera à ce souhait pieusement exprimé? Pourtant, si ma mémoire est bonne, lors de l'assemblée générale de juin 1984 les membres présents avaient adopté à la quasi-unanimité une résolution demandant à l'Ordre d'appuyer financièrement la création d'au moins un centre d'information, démontrant ainsi l'intérêt de tous les secteurs de la profession. Par la suite, à peine quelques mois plus tard, l'Ordre n'a-t-il pas fait un appel d'offre public, invitant les intéressés à exposer leurs projets et offrant de financer le meilleur pour une somme respectable? En outre, l'Ordre n'a-t-il pas octroyé 10,000$ au SIPRest pour une étude de faisabilité, et encouragé notre consoeur Claude Mailhot dans sa recherche?

Pourquoi alors, après ces gestes prometteurs, se contenter aujourd'hui d'un appui moral aux groupes courageux qui se sont lancés dans l'aventure et ont mis sur pied (où sont sur le point de le faire) un centre d'information? Comment espérer que des pharmaciens, individuellement où en groupe, puissent réunir les ressources financières considérables que nécessite l'opération d'un centre d'information?

Il semble qu'il n'y ait aucun doute dans l'esprit des pharmaciens: la communication de renseignements sur les médicaments est notre responsabilité, responsabilité inscrite dans la Loi. Pour exercer cette fonction adéquatement, nous avons besoin d'un centre d'information pharmaco-thérapeutique. Seule notre corporation possède à l'heure actuelle la solidité financière pour assurer le succès d'une telle entreprise, et j'espère qu'elle saura prendre ses responsabilités.

### Respect de l'article 18 de l'entente concernant le perfectionnement

Il y a quelques semaines, nous vous demandions de répondre à un questionnaire sur le sujet en titre. Soixante-treize établissements ont répondu, soit un peu moins de 50% du total possible.

Les résultats qui suivent démontrent que dans l'ensemble, cet article important de notre entente est respecté, mais qu'il subsiste des milieux où se manifeste de la résistance.

On note par ailleurs que ce sujet a été peu discuté en réunion de département. Encore une fois, nous vous invitons à régler vos problèmes en département. Voici d'ailleurs les résultats détaillés du questionnaire.

1. **L'article 18 de l'entente concernant le perfectionnement est-il appliqué dans votre institution?**
   Oui: 61
   Non: 12
2. **Pour quelle raison cet article n'est-il pas appliqué?**
   - Aucune demande des pharmaciens : 2
   - Manque de budget : 8
   - Pas d'entente entre les pharmaciens : 0
   - Refus de la direction : 2
   - Autres: — sera appliqué à partir de janvier 1986
     — difficultés pour les temps partiels.
     — pas assez de personnel pour remplacer
3. **Le quantum de jour de perfectionnement est-il respecté?**
   Oui: 60
   Non: 10
   **Les pharmaciens sont-ils libérés sans perte de salaire?**
   Oui: 70
   Non: 3
   **Les dépenses sont-elles remboursées?**
   Oui: 53
   Non: 6
4. **Si vous rencontrez des difficultés pour le remboursement des dépenses, s'agit-il:**
   — Frais d'inscription : 9
   — Transport : 6
   — Autres frais : 5
5. **Les difficultés quant au remboursement sont de quelle origine?**
   — Refus du chef de département
   — Non prévu au budget (5 réponses)
   — Activité de perfectionnement mal définie
   — Frais d'inscriptions non reconnus (5 réponses)
6. **Les objectifs, la répartition et la préparation du budget de perfectionnement ont-il fait l'objet de discussion en réunion de département?**
   Oui: 30
   Non: 40
7. **Des pharmaciens de votre département ont-ils participé à des activités hors Québec?**
   Oui: 20
   Non: 53

**Pierre Ducharme,** pharmacien
Secrétaire