
Introduction aux Modules 9 à 11

Mettre les connaissances en pratique : lutte contre les infections, procédures invasives et sécurité de la prise en charge médicamenteuse

Le moment le plus propice pour enseigner les trois prochains modules est à l'occasion d'un stage des étudiants dans leur environnement de pratique, à savoir à l'hôpital, dans un centre de soins ou en milieu communautaire.

Une grande partie du contenu de ce Guide pédagogique sera nouveau pour les étudiants. Mais s'ils n'appliquent pas ces nouvelles connaissances dans leur milieu d'exercice, la qualité des soins que fournissent les étudiants et les professionnels de santé et que reçoivent les patients n'évoluera guère. Les étudiants doivent mettre en pratique les techniques et comportements décrits dans ce Guide pédagogique. Les trois prochains modules sur la lutte contre les infections, les procédures invasives et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ont été élaborés sous l'angle de la sécurité des patients en s'appuyant sur les dernières recommandations fondées sur les preuves. Ils sont destinés à optimiser la capacité des étudiants à appliquer les concepts et principes de sécurité dans leur travail au sein de la communauté, à l'hôpital, en centre de soins ou dans un autre milieu de soins. Avant d'enseigner l'un ou l'autre de ces modules, il serait utile que les étudiants aient eu un aperçu des concepts présentés dans les modules précédents, notamment ceux portant sur le travail en équipe, l'approche systémique et les erreurs.

Le module 4 : *Etre un membre efficace en équipe* doit impérativement avoir été étudié avant de poursuivre. Pour répondre de manière appropriée aux problématiques soulevées dans chacun de ces modules, il est essentiel que tous les membres de l'équipe (y compris les étudiants) mesurent bien l'importance et la pertinence d'une communication précise et complète,

à l'écrit comme à l'oral, avec autrui et notamment avec les patients et leurs proches. Les étudiants devraient se familiariser avec les techniques telles que la vérification, les check-lists, les briefings, les débriefings, la remontée d'informations et les transmissions et les transferts opportuns lorsqu'ils sont en contact avec les patients et leurs familles. Il est plus probable qu'ils mettent ces techniques en pratique s'ils prennent conscience de leur pertinence.

Les trois prochains modules reposent fortement sur l'application des recommandations appropriées et autorisées. A mesure que les étudiants apprendront à comprendre le rôle des recommandations et pourquoi elles sont importantes en santé, ils percevront combien les résultats positifs des patients dépendent du fait que tous les membres de l'équipe soignante suivent bien les mêmes plans de traitement. Les recommandations visent à faciliter la prise en charge des patients en s'appuyant sur les meilleures preuves disponibles. La pratique fondée sur les preuves utilise ces dernières afin d'atténuer les différences dans la pratique et de diminuer les risques pour les patients. Il existe de nombreuses preuves montrant que la bonne utilisation des recommandations cliniques peut réduire les événements indésirables [1, 2].

Références

1. *Clinical evidence* [site Internet]. London, British Medical Journal Publishing Group Ltd, 2008 (<http://www.clinicalevidence.bmj.com> ; consulté le 26 novembre 2008).
2. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001.

Module 11

Améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse

Médicaments inappropriés chez une enfant nauséeuse

Pendant les vacances, Jane, la fille d'Heather, âgée de 8 ans, s'est sentie mal et a été prise de vomissements. Heather l'a emmenée au centre de soins local où un médecin lui a dit que sa fille faisait de l'asthme et avait besoin d'un nébuliseur. Il a diagnostiqué des nausées consécutives à une infection de l'oreille et a prescrit un antibiotique. Il lui a administré une injection de chlorpromazine, métoclopramide et atropine pour traiter les nausées.

Un peu plus tard, Jane a présenté des troubles de la conscience et a été admise dans le petit hôpital local. Elle a ensuite été transférée vers un hôpital plus grand pour ses symptômes respiratoires.

Le médecin du centre de soins pensait avoir fait ce qu'il fallait. Il avait appris cette association médicamenteuse lors de son internat. Mais ces médicaments n'étaient pas appropriés en cas de nausées chez l'enfant en raison des effets indésirables potentiels et de la difficulté à suivre l'état de l'enfant par la suite. Le médecin n'a pas non plus fourni les informations adéquates sur les médicaments à Heather.

Source : Walton M. Well being: how to get the best treatment from your doctor. Sydney, New South Wales, Australia, Pluto Press, 2002:51.

Surdose de méthadone

Lorsque Matthew s'est présenté au centre de délivrance de méthadone, trois infirmières étaient de garde. Deux d'entre elles n'ont pas identifié Matthew correctement et lui ont administré de la méthadone sans vérifier attentivement la dose.

Il a reçu une dose de 150 mg au lieu de 40 mg. Les infirmières n'ont pas non plus averti le médecin traitant lorsqu'elles ont constaté la surdose.

Elles ont ensuite demandé à la troisième infirmière de donner à Matthew une dose de 20 mg à prendre chez lui, sans l'autorisation du médecin, alors qu'elles étaient conscientes de la dose excessive administrée. Matthew est décédé tôt le lendemain matin d'un empoisonnement à la méthadone.

Source : Health Care Complaints Commission Annual Report 1995/1996:38. Sydney, New South Wales, Australia.

Introduction—Pourquoi 1 2 mettre l'accent sur les médicaments ?

Les médicaments se sont montrés très utiles dans le traitement et la prévention des maladies. Ces succès ont conduit à une augmentation considérable de leur utilisation. Malheureusement, ce phénomène va de pair avec une hausse des facteurs de risque, erreurs et événements indésirables associés à leur utilisation.

L'utilisation des médicaments est devenue de plus en plus complexe, et ce pour plusieurs raisons. Le nombre et la variété des médicaments disponibles ont augmenté massivement. Ces médicaments ont des voies d'administration différentes et des actions variables (durée d'action longue ou courte). Parfois, la même molécule d'un médicament est commercialisée sous plusieurs noms de marques différents, ce qui peut prêter à confusion.

Tandis que de meilleurs traitements sont devenus disponibles pour les maladies chroniques, le nombre de patients polymédiqués et présentant plusieurs comorbidités a augmenté. Cela accroît le risque d'interactions médicamenteuses, d'effets secondaires et d'erreurs d'administration.

Il arrive souvent que plusieurs professionnels de santé interviennent dans le processus de délivrance des médicaments aux patients. Des défauts de communication peuvent alors affecter la continuité de ce processus. Les professionnels de santé prescrivent un éventail plus large de traitements et doivent donc se familiariser avec davantage de médicaments. Le volume d'informations à retenir est tel qu'ils ne peuvent pas s'en rappeler de manière fiable sans l'aide de supports de référence. Les infirmier(ère)s, les pharmaciens, les dentistes et les médecins s'occupent de patients qui prennent des médicaments qui leur ont souvent été prescrits par d'autres cliniciens (souvent des spécialistes) et il leur arrive par conséquent de ne pas connaître les effets de tous les médicaments pris par un patient.

Outre les pharmaciens, les prescripteurs jouent eux aussi un rôle majeur dans l'utilisation des médicaments. Il leur appartient de prescrire et d'administrer les médicaments, d'en surveiller les effets secondaires et de travailler en équipe. Les professionnels de santé occupent une position dominante et gratifiante, en rapport avec leur capacité à prescrire des médicaments et à améliorer les soins dispensés aux patients.

En tant que futurs professionnels de santé, les étudiants doivent comprendre la nature de l'erreur médicamenteuse, apprendre quels sont les facteurs de risque associés à l'utilisation des médicaments et ce qui peut être fait pour rendre leur utilisation plus sûre. Si les pharmaciens, les médecins et les infirmier(ère)s jouent un rôle majeur dans la réduction des erreurs médicamenteuses, toutes les personnes

impliquées dans l'utilisation des médicaments doivent travailler ensemble pour minimiser les risques de dommages provoqués aux patients par les médicaments.

Mots-clés

Effet secondaire, effet indésirable, erreur, événement indésirable, événement indésirable médicamenteux, erreur médicamenteuse, prescription, administration et surveillance.

Objectif d'apprentissage 3

Ce module fournit un aperçu général de la sécurité des médicaments. Il vise à encourager les étudiants à continuer à apprendre de nouvelles méthodes permettant d'améliorer la sécurité de l'utilisation des médicaments et à les mettre en pratique.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques 4

Les étudiants ont besoin de connaître :

- l'importance des erreurs médicamenteuses ;
- le fait que l'utilisation de médicaments comporte des risques ;
- les sources fréquentes d'erreurs ;
- les circonstances dans lesquelles les erreurs de processus peuvent survenir ;
- les responsabilités associées à la prescription et à l'administration de médicaments ;
- les éléments permettant de reconnaître les situations à risque habituelles ;
- les méthodes visant à améliorer la sécurité de l'utilisation des médicaments ;
- les bienfaits d'une approche multidisciplinaire de la sécurité des médicaments.

Connaissances pratiques 5

La sécurité des médicaments est un vaste sujet. Un professionnel de santé qui comprend les enjeux et les risques associés à l'utilisation des médicaments doit :

- utiliser les noms des génériques ;
- adapter la prescription à chaque patient ;
- réaliser un interrogatoire précis sur l'historique médicamenteux du patient ;
- savoir quels sont les médicaments à haut risque ;
- bien connaître les médicaments qu'il prescrit ou dispense ;
- utiliser des aide-mémoire ;
- communiquer clairement ;
- prendre l'habitude de vérifier ;
- encourager les patients à s'impliquer activement dans le processus d'utilisation des médicaments ;
- déclarer les erreurs et en tirer des enseignements ;
- comprendre les calculs des doses de médicaments et s'y exercer, y compris les ajustements de posologie en fonction des paramètres cliniques (clairance rénale, par exemple) ;
- détecter les interactions potentielles et/ou avérées entre les médicaments et entre les médicaments et les aliments.

Effet secondaire

Effet connu, autre que celui recherché au départ, en lien avec les propriétés pharmacologiques d'un médicament [1]. Par exemple, la nausée est un effet secondaire courant des analgésiques opiacés.

Effet indésirable

Domage inattendu résultant d'un acte justifié pour lequel la procédure appliquée était correcte dans le contexte où le médicament a été utilisé [1]. Une réaction allergique inattendue chez un patient qui prend un médicament pour la première fois en est un exemple.

Erreur

Défaillance dans la réalisation d'une action ou dans sa planification [1].

Événement indésirable

Tout événement ou circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné un dommage pour un ou plusieurs patients [1].

Événement indésirable médicamenteux

Événement indésirable impliquant un médicament, évitable (par exemple, le résultat d'une erreur) ou non (par exemple, une réaction allergique inattendue chez un patient qui prend un médicament pour la première fois, comme mentionné précédemment).

Effet indésirable médicamenteux

Toute réponse nocive et non voulue à un médicament. La définition de l'OMS inclut les dommages considérés comme provoqués par le médicament mais exclut les dommages liés aux médicaments consécutifs à une erreur.

Erreur médicamenteuse

Tout événement évitable qui pourrait être à l'origine de ou conduire à l'utilisation inappropriée d'un médicament ou à un dommage au patient alors que le médicament est sous le contrôle du professionnel de santé, du patient ou de l'utilisateur [2]. Ces événements peuvent être liés à la pratique professionnelle, aux produits de santé, aux procédures et aux systèmes incluant : la prescription, la communication de l'ordonnance, l'étiquetage, le conditionnement et la nomenclature du produit, la préparation, la dispensation, la distribution, l'administration, l'éducation, la surveillance et l'utilisation.

Prescription

Une *prescription* équivaut à l'ordre de prendre certains médicaments. Dans de nombreux pays, le prescripteur est légalement responsable du suivi clinique du patient et joue un rôle dans la surveillance de la sécurité et de l'efficacité des médicaments. Lorsqu'il prescrit un médicament, le professionnel de santé décide du médicament, du schéma thérapeutique, de consigner le médicament dans le dossier du patient et de rédiger

une ordonnance. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur les pratiques fondées sur les preuves afin de bien donner le bon médicament au bon patient. Mais il doit également tenir compte des préférences du patient, de ses valeurs et de sa situation économique. Dans certains milieux, il doit aussi composer avec des ressources limitées et des restrictions sur ce qui peut ou non être délivré aux patients.

On sait que des erreurs surviennent lors de la prescription et qu'elles sont souvent associées à l'inexpérience du professionnel de santé, à sa méconnaissance d'un médicament, au non respect d'un protocole accepté, ou à d'autres facteurs comme la fatigue et le trou de mémoire.

En plus des médicaments sur ordonnance, les usagers ont aussi recours à l'automédication et prennent des médicaments en vente libre. Ces derniers peuvent parfois provoquer des événements indésirables, surtout lorsqu'ils sont pris avec d'autres médicaments. Les usagers devraient toujours demander conseil à leur pharmacien lorsqu'ils pensent associer des médicaments délivrés sans ordonnance au traitement qui leur a été prescrit.

Erreur médicamenteuse

Une erreur médicamenteuse peut avoir pour conséquence :

- un événement indésirable entraînant un dommage pour le patient ;
- un presque accident, au cours duquel le patient a failli subir un dommage ;
- aucun dommage ni risque de dommage.

Une erreur médicamenteuse est une cause courante de dommage évitable pour le patient. D'après les estimations de l'IOM, on dénombre aux États-Unis une erreur médicamenteuse par patient hospitalisé par jour [3], 1,5 millions d'événements indésirables médicamenteux par an [3], et 7 000 décès par an consécutifs à une erreur médicamenteuse à l'hôpital [4].

Les chercheurs d'autres pays du monde où l'incidence des erreurs médicamenteuses et des événements indésirables médicamenteux a été étudiée ont fait état de statistiques tout aussi inquiétantes [5]. Seules 15 % des erreurs de prescription réalisées atteignent effectivement les patients ; les autres sont identifiées à temps par les pharmaciens et d'autres professionnels de santé. Cela souligne l'importance du travail en équipe. En travaillant de concert, les professionnels de santé peuvent éviter de nombreux événements indésirables.

Fabrication, distribution et commercialisation

Avant d'être utilisés chez l'homme, les médicaments doivent être testés pour garantir leur sécurité. Le développement et la fabrication des médicaments sont strictement réglementés dans la plupart des pays.

Étapes d'utilisation des médicaments

L'utilisation des médicaments passe par une série d'étapes distinctes, dont les quatre principales sont : la prescription, la dispensation, l'administration et la surveillance. Les médecins, les pharmaciens, les patients et d'autres professionnels de santé jouent tous des rôles majeurs dans ce processus. Ainsi, certains patients achètent des médicaments en vente libre, les prennent en automédication et en surveillent eux-mêmes les effets thérapeutiques. A l'hôpital, lorsqu'un médecin prescrit un médicament, c'est un pharmacien qui le dispense, un(e) infirmier(ère) qui l'administre et un(e) autre un(e) infirmier(ère) et un autre médecin enfin qui peuvent surveiller l'évolution du patient et décider de la suite du traitement. Dans une pratique collaborative, un pharmacien pourrait ajuster la posologie.

Les principaux éléments de chacune des quatre étapes mentionnées au-dessus sont détaillés ci-après.

Prescription

Le professionnel de santé prescripteur doit choisir un médicament approprié pour une situation clinique donnée, en tenant compte des facteurs individuels propres au patient comme les allergies. Il doit aussi déterminer la voie d'administration, la dose, la durée et le schéma thérapeutique qui conviennent le mieux. Ce plan doit être communiqué à toute personne qui administrera le médicament (il peut s'agir d'une communication écrite, orale ou des deux) et doit être documenté correctement, dans son intégralité.

Dispensation

Un pharmacien doit transcrire l'ordonnance écrite par le professionnel de santé prescripteur et en vérifier la transcription. Le pharmacien doit délivrer ensuite le médicament, vérifier qu'il correspond bien à la prescription et tracer son action.

Administration

L'administration d'un médicament peut inclure le fait de se procurer le médicament et de le rendre prêt à l'emploi. Cela peut impliquer le comptage, le calcul, le mélange, l'étiquetage ou toute autre préparation du médicament. La personne qui administre un médicament doit toujours vérifier les allergies du patient et si elle est bien en train de donner la bonne dose du bon médicament au bon patient par la bonne voie d'administration au bon moment. Elle doit tracer ce qu'elle a fait.

Surveillance

La surveillance consiste à observer le patient afin de déterminer si le médicament est efficace, s'il est utilisé correctement et s'il ne nuit pas. Elle doit aussi être tracée, comme toutes les autres étapes du processus d'utilisation des médicaments.

Des erreurs peuvent se produire à chaque étape de ce processus, et ce, de différentes manières.

Utiliser des médicaments n'est pas sans risque

L'utilisation des médicaments comporte des risques. Différents risques et possibilités d'erreurs sont associés aux différentes étapes du processus d'utilisation des médicaments.

Prescription

Une méconnaissance des indications, des contre-indications d'un médicament et des interactions médicamenteuses peut conduire à des erreurs de prescription. Ce problème prend de plus en plus d'ampleur avec l'augmentation du nombre de médicaments disponibles sur le marché. Il est impossible pour un professionnel de santé de se souvenir de toutes les informations pertinentes nécessaires à une prescription en toute sécurité, sans avoir recours à des supports de référence. D'autres méthodes d'accès aux informations sur les médicaments sont nécessaires. Ne pas tenir compte des facteurs sociaux, émotionnels, cognitifs et physiques pouvant affecter la prescription, tels que les allergies, la grossesse, les comorbidités, les connaissances en santé et les autres médicaments pris par le patient constitue une autre source d'erreurs.

Les erreurs de prescription peuvent porter sur le patient, la posologie, la voie d'administration ou le moment d'administration. Elles sont parfois consécutives à un défaut de connaissance, mais résultent pour la plupart d'une « erreur bête » ou d'une « simple erreur », encore appelée raté ou lapsus. Ce sont les genres d'erreurs qui ont le plus de chance d'arriver à 04 h 00 du matin ou lorsque le prescripteur est pressé, lassé ou fatigué, et qu'il n'est pas totalement concentré sur la tâche qui l'occupe.

Une communication inadéquate constitue une autre source d'erreurs de prescription. Une communication ambiguë peut être mal interprétée (certaines abréviations, par exemple). Des erreurs peuvent résulter d'une écriture illisible ou d'un simple malentendu lors d'une communication verbale.

Des erreurs mathématiques lors du calcul des doses peuvent entraîner des erreurs médicamenteuses. Ces erreurs peuvent être dues à une erreur d'inattention ou à la fatigue, mais peuvent aussi être la conséquence d'une formation insuffisante à la manipulation des volumes, des quantités, des concentrations et des unités ou d'un manque d'habitude de ces manipulations et/ou survenir lorsque le prescripteur n'a pas accès aux toutes dernières informations. Les erreurs de calcul impliquant des médicaments à marge thérapeutique étroite peuvent provoquer des événements indésirables majeurs. Il n'est pas inhabituel qu'une erreur de calcul survienne lors de la conversion d'unités (de microgrammes en milligrammes, par exemple). Ce type de mauvais calculs peut conduire à des erreurs de l'ordre du millier. Maîtriser le calcul des doses est particulièrement important en

pédiatrie, où la plupart des doses sont déterminées d'après le poids de l'enfant.

Dispensation

Une étude de 2007 a montré qu'une charge de travail en pharmacie plus élevée, définie comme le nombre d'ordonnances dispensées par un pharmacien en une heure de travail, augmente le risque de dispenser un médicament potentiellement dangereux. Pour limiter le risque d'erreur de dispensation, les pharmaciens peuvent respecter les étapes suivantes [6] :

- veiller à bien saisir la prescription ;
- confirmer que la prescription est correcte et complète ;
- se méfier des médicaments dont l'aspect ou la consonance du nom se ressemblent (les noms de médicaments similaires représentent une erreur médicamenteuse sur trois) ;
- faire attention aux zéros et aux abréviations ;
- organiser le lieu de travail ;
- limiter les distractions autant que possible ;
- tâcher de réduire le stress et d'équilibrer la charge de travail ;
- prendre le temps de ranger les médicaments correctement ;
- vérifier attentivement toutes les prescriptions ;
- toujours apporter des conseils exhaustifs aux patients.

Administration



Les erreurs d'administration classiques consistent à administrer la mauvaise dose d'un médicament au mauvais patient, par la mauvaise voie, au mauvais moment ou à donner le mauvais médicament. Ne pas administrer un médicament prescrit est une autre forme d'erreur d'administration. Ces erreurs peuvent résulter d'une mauvaise communication, de ratés ou de lapsus, de l'absence de procédures de vérification, d'un manque de vigilance et d'erreurs de calculs, ainsi que d'un lieu de travail et d'un design du conditionnement du médicament sous-optimaux. Dans ces cas, on observe souvent une combinaison des facteurs contributifs.

Une documentation inadéquate peut aussi conduire à des erreurs d'administration. Par exemple, si un médicament a été administré sans que cela ne soit consigné au dossier, un autre membre du personnel peut le redonner au patient, pensant qu'il ne lui a pas encore été administré.

Les erreurs de calcul pour les médicaments administrés par voie IV (gouttes/h ou gouttes/min, ml/h ou ml/min, par exemple) sont un autre type d'erreur d'administration.

Surveillance



Une surveillance inadéquate des effets secondaires, ne pas arrêter un médicament une fois le traitement prescrit terminé ou si celui-ci n'améliore pas le patient de façon évidente, et ne pas suivre un traitement jusqu'à son terme sont autant d'exemples d'erreurs

dans ce domaine. Des erreurs de surveillance surviennent lorsque les concentrations de médicament ne sont pas mesurées ou lorsqu'elles le sont mais ne sont pas vérifiées ou ne donnent pas lieu à des mesures, le cas échéant. Ces erreurs impliquent souvent des défauts de communication.

Le risque de défaut de communication est particulièrement élevé lors du changement d'acteur de soins, par exemple, lorsqu'un patient passe du milieu hospitalier en médecine de ville ou inversement.

Facteurs contributifs aux erreurs médicamenteuses

Les événements indésirables médicamenteux sont souvent de nature multifactorielle. Dans bon nombre de cas, les dommages aux patients résultent d'une combinaison d'événements. Il est important d'en prendre conscience, et ce pour plusieurs raisons. Lorsque l'on essaie de comprendre pourquoi une erreur s'est produite, il est essentiel de rechercher tous les facteurs contributifs, et de ne pas se cantonner à la cause la plus évidente ou à la dernière étape du processus. Les stratégies visant à améliorer la sécurité des médicaments doivent elles aussi cibler plusieurs points du processus.

Facteurs propres au patient



Certains patients sont particulièrement vulnérables aux erreurs médicamenteuses. Il s'agit, entre autres, de certaines catégories de patients spécifiques (comme les femmes enceintes, les patients atteints d'insuffisance rénale, etc.), des patients polymédiqués, en particulier lorsque les différents médicaments ont été prescrits par plusieurs professionnels de santé, des patients présentant plusieurs problèmes de santé concomitants et des patients qui n'ont pas de participation active aux informations concernant leur santé et leurs médicaments. Les patients ayant des problèmes de mémoire (atteints de maladie d'Alzheimer, par exemple) et ceux qui ont des difficultés à communiquer, parmi lesquels les personnes inconscientes, les bébés et les jeunes enfants, et les patients qui ne parlent pas la même langue que le personnel, sont aussi plus vulnérables aux erreurs médicamenteuses. Les enfants et les bébés, et plus particulièrement les nouveau-nés, sont exposés à un risque plus élevé d'erreur médicamenteuse en raison des calculs de doses médicamenteuses nécessaires pour les traiter.

Facteurs inhérents au personnel



Le manque d'expérience, la précipitation (en cas d'urgence par exemple), le cumul des tâches, les interruptions en plein milieu d'une tâche, la fatigue, la lassitude et le manque de vigilance sont tous des facteurs liés au personnel qui contribuent à augmenter le risque d'erreurs médicamenteuses. Ne pas prendre l'habitude de vérifier, de procéder à une double vérification ou à une vérification auprès d'une autre personne peut aussi conduire à des erreurs

médicamenteuses, tout comme un mauvais travail d'équipe, une mauvaise communication entre collègues et la réticence à utiliser des aide-mémoire.

Facteurs liés à la conception du lieu de travail



L'organisation du cadre de travail contribue également aux erreurs médicamenteuses notamment quand elle ne tient pas compte de la culture de sécurité. Cela peut se traduire par l'absence de système de déclaration et l'incapacité à tirer des enseignements des presque-accidents et événements indésirables antérieurs. D'autres facteurs liés à la conception du cadre de travail incluent l'absence d'aide-mémoire à la disposition du personnel et/ou d'autres informations sur des médicaments spécifiques, un accès limité ou inexistant aux données diagnostiques pour l'équipe de pharmacie et un stockage inapproprié des médicaments (par exemple, lorsque plusieurs médicaments dont les noms similaires peuvent prêter à confusion sont rangés à proximité les uns des autres ou lorsque les médicaments ne sont pas conservés sous une forme facile à utiliser ou ne sont pas rangés à leur place habituelle). Un effectif inadéquat est un autre problème lié à la conception du cadre de travail susceptible d'augmenter les erreurs médicamenteuses.

Facteurs liés à la conception des médicaments



Certains facteurs liés à la conception des médicaments peuvent aussi accroître le risque d'erreurs médicamenteuses. Certains médicaments peuvent être confondus facilement, comme des comprimés à l'aspect similaire (même forme, même couleur, par exemple). Des médicaments aux noms similaires peuvent aussi prêter à confusion. Citons par exemple le célécoxib (un anti-inflammatoire), la fosphénytoïne un (anticonvulsivant), et le bromhydrate de citalopram (un antidépresseur), commercialisés sous des marques dont les noms peuvent être confondus (Celebrex, Cerebyx et Celexa), ou encore l'éphédrine et l'épinéphrine. Les étiquetages ambigus peuvent également constituer une source de confusion. Différentes préparations ou différents dosages d'un même médicament peuvent avoir des noms ou des conditionnements similaires. Ainsi, la phytoménadione 1 mg et la phytoménadione 10 mg se ressemblent beaucoup. Pour les différencier de la forme de libération habituelle, on a ajouté un suffixe à certains médicaments à libération prolongée (LP). Mais il existe de nombreux suffixes différents au niveau international pour décrire des propriétés similaires, comme à libération prolongée, à libération retardée ou à longue durée d'action.

Certains problèmes liés à la conception des médicaments conduisent directement à des erreurs d'administration, comme une étiquette trop petite pour être lue ou des informations sur la posologie difficiles à lire sur des flacons. L'absence d'instruments de mesure (comme une cuillère pour les sirops) constitue une autre difficulté.

Autres facteurs techniques

D'autres facteurs techniques peuvent également contribuer aux erreurs médicamenteuses. Par exemple, l'utilisation de raccords identiques pour les voies intraveineuses et intrathécales peut induire l'erreur d'administrer un médicament par la mauvaise voie.

Plusieurs méthodes permettant d'améliorer la sécurité des médicaments



Utiliser des noms génériques



Un médicament a une appellation commerciale (marque) et un nom générique (principe actif). Plusieurs laboratoires peuvent fabriquer la même formulation de médicament sous plusieurs appellations commerciales différentes. Généralement, la marque apparaît en gros caractères sur la boîte/le flacon et le nom générique est écrit en plus petit. S'il est déjà assez difficile de se familiariser avec tous les médicaments génériques disponibles, il est quasiment impossible de se rappeler toutes les appellations commerciales correspondantes. Pour minimiser le risque de confusion et simplifier la communication, il est utile que le personnel n'utilise que les noms génériques. Il ne faut toutefois pas oublier que les patients utilisent souvent les marques qui apparaissent en gros caractères sur les conditionnements. Cela peut prêter à confusion pour le personnel comme pour les patients. Prenons un exemple : un patient sort de l'hôpital avec une prescription pour son médicament habituel, mais d'une autre marque. Il est possible qu'il ne se rende pas compte que le médicament prescrit à sa sortie de l'hôpital est le même que celui qu'il prenait avant son admission et qu'il continue à prendre ce dernier en parallèle, car personne ne lui a dit de l'arrêter ni qu'il est identique au « nouveau » médicament. Il est essentiel que les prescripteurs et les pharmaciens expliquent aux patients qu'un même médicament peut avoir deux noms différents.

Les médecins et autres prescripteurs devraient prescrire les médicaments sous leur nom générique. Les patients devraient être encouragés à tenir une liste des médicaments qu'ils prennent, mentionnant à la fois l'appellation commerciale et le nom générique de chacun d'eux.

Adapter la prescription à chaque patient



Avant de prescrire un médicament, il convient toujours de se poser la question suivante : « y a-t-il un élément propre à ce patient qui devrait m'inciter à modifier mon choix de médicament habituel ? ». Les facteurs à prendre en compte sont, entre autres, les allergies, la grossesse, l'allaitement, les comorbidités, les autres médicaments pris par le patient, ainsi que la taille et le poids du patient.

Apprendre à réaliser un interrogatoire complet sur l'historique médicamenteux et s'y exercer



L'interrogatoire sur l'historique médicamenteux doit être réalisé aussi bien par les professionnels de santé

prescripteurs que par les pharmaciens. Les recommandations suivantes devraient être suivies en la matière :

- Consigner le nom, la dose, la voie d'administration, la fréquence et la durée pour chaque médicament que prend le patient.
- Demander quels sont les médicaments arrêtés récemment.
- Demander au patient s'il prend des médicaments délivrés sans ordonnance, des compléments alimentaires et s'il a recours à des médecines alternatives.
- Demander au patient si on lui a conseillé de prendre des médicaments qu'en réalité il ne prend pas.
- S'assurer que ce que le patient prend effectivement correspond bien à votre liste. Être particulièrement attentif à cela lors de la transition des soins. Réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie de l'hôpital, car ce sont des périodes à haut risque d'erreurs [7] résultant de malentendus, d'une mauvaise anamnèse ou de défauts de communication.
- Effectuer des recherches sur tout médicament que vous ne connaissez pas. Vous pouvez consulter des sources d'informations fiables, fondées sur les preuves et/ou contacter d'autres professionnels de santé (pharmaciens, par exemple).
- Examiner les risques d'interaction des médicaments entre eux et des médicaments avec l'alimentation, identifier les médicaments pouvant être arrêtés et ceux qui sont susceptibles de causer des effets secondaires.
- Toujours inclure un interrogatoire détaillé sur les antécédents d'allergies. Lors de l'interrogatoire sur les antécédents d'allergies, ne jamais oublier que si un patient a une allergie potentiellement grave et une affection pour laquelle un professionnel pourrait vouloir prescrire le médicament à l'origine de cette allergie, cela constitue une situation à haut risque. Avertir le patient et les autres membres du personnel.

Connaître les médicaments utilisés dans votre domaine qui sont associés à des risques élevés d'événements indésirables



Certains médicaments sont connus pour causer des événements médicamenteux indésirables. Cela peut être dû à leur marge thérapeutique étroite, à une pharmacodynamie ou une pharmacocinétique particulières, ou à la complexité de la posologie et de la surveillance. Parmi ces médicaments figurent l'insuline, les anticoagulants oraux, les agents bloquants neuromusculaires, la digoxine, les chimiothérapies, le potassium IV et les antibiotiques aminosides. Il peut être utile de demander à un pharmacien ou à un autre professionnel de votre domaine quels sont les médicaments les plus souvent associés à des événements indésirables médicamenteux. (Les formateurs peuvent souhaiter prendre le temps de passer en revue ces agents.)

Connaissiez bien les médicaments que vous prescrivez.



Ne prescrivez jamais un médicament que vous ne connaissez pas suffisamment. Encouragez les étudiants à réaliser un travail personnel sur les médicaments qu'ils devraient être amenés à utiliser souvent dans leur pratique. Ils devront en connaître la pharmacologie, les indications, les contre-indications, les effets secondaires, les précautions particulières d'emploi, les posologies et les schémas thérapeutiques recommandés. Si l'on prescrit un médicament que l'on ne connaît pas, il faut d'abord se documenter sur celui-ci avant de rédiger l'ordonnance. Cela suppose d'avoir à portée de main des documents de référence. Mieux vaut pour un prescripteur connaître parfaitement bien un petit nombre de médicaments qu'en connaître beaucoup de manière superficielle. Ainsi, plutôt que d'apprendre à connaître cinq anti-inflammatoires non stéroïdiens, un prescripteur peut n'en connaître qu'un seul en détail et prescrire celui-ci. Les pharmaciens, en revanche, doivent connaître un grand nombre de médicaments.

Utiliser des aide-mémoire



Dans le passé, il était peut-être possible de se rappeler toutes les informations nécessaires sur les principaux médicaments utilisés. Mais avec l'augmentation rapide du nombre de médicaments et la complexité croissante des prescriptions, ne se fier qu'à sa mémoire ne suffit plus aujourd'hui.

Les étudiants devraient être encouragés à vérifier les données au moindre doute. Ils devraient apprendre à choisir des aide-mémoire indépendants, fondés sur les preuves, et à les utiliser. Ils devraient considérer le recours à des aide-mémoire comme une preuve de sécurité de leur pratique plutôt que comme le signe d'un manque de connaissances. Il peut s'agir de manuels, de pharmacopées en format poche ou d'outils informatiques, comme des logiciels (d'aide à la décision/dispensation) et des assistants numériques personnels (PDA). Un exemple simple d'aide-mémoire peut être une fiche répertoriant tous les noms et doses de médicaments pouvant être nécessaires en cas d'arrêt cardiaque. Le prescripteur peut conserver cette fiche dans sa poche et s'y référer en cas d'urgence, s'il n'a pas le temps de consulter un manuel ou un ordinateur pour vérifier la posologie d'un médicament. (Remarque : les aide-mémoire sont également appelés aides cognitives.)

Ne pas oublier la règle des 5 B lorsque l'on prescrit et administre un médicament



Dans de nombreuses régions du monde, les programmes de formation soulignent l'importance de respecter la règle des 5 B avant de dispenser ou d'administrer un médicament. Il s'agit d'administrer le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment, au Bon patient. Cette recommandation vaut pour tous les professionnels de santé qui prescrivent et administrent des

médicaments. A cette règle des 5 B s'ajoutent deux recommandations supplémentaires : la bonne documentation et le droit pour un membre du personnel, un patient ou un membre de son entourage de remettre en question une ordonnance.

Communiquer clairement



Il est important de ne pas oublier que l'utilisation sans danger des médicaments se fait en équipe et que le patient en est un membre à part entière. Une communication claire, sans ambiguïté, contribuera à minimiser les présupposés susceptibles d'entraîner des erreurs. Lors de toute communication en rapport avec les médicaments, il est important de garder en mémoire la maxime suivante : *rappeler l'évidence* car, bien souvent, ce qui semble évident à un médecin ou un pharmacien ne l'est pas pour un patient ou un(e) infirmier(ère) et inversement.

Une écriture illisible peut mener à des erreurs de dispensation des médicaments. Les professionnels de santé doivent écrire de manière claire et lisible, et préciser leur nom et leurs coordonnées. Lorsqu'un pharmacien n'arrive pas à lire une ordonnance, il devrait contacter la personne qui l'a rédigée afin d'en vérifier le contenu.

Ne pas oublier que la règle des 5 B (décrite ci-dessus) est un bon moyen de se rappeler les éléments importants à communiquer sur un médicament. Par exemple, en cas d'urgence, il peut arriver qu'un médecin demande oralement à une infirmière d'administrer un médicament. Il est alors préférable qu'il dise « pouvez-vous donner à ce patient 0,3 ml d'épinéphrine 1/1000 dès que possible, s'il vous plaît », plutôt que « vite, de l'adrénaline ».

Une autre stratégie de communication utile consiste à *fermer la boucle de communication* (communication bidirectionnelle). Cela limite le risque de malentendu. Dans notre exemple, l'infirmière fermerait la boucle en répondant : « d'accord, je vais donner 0,3 ml d'épinéphrine 1/1000 au patient dès que possible ».

Prendre l'habitude de vérifier



Il est utile de prendre l'habitude de procéder à des vérifications dès le début de sa carrière. Pour que ce soit le cas, des habitudes de vérification doivent être enseignées pendant les études. Par exemple, il convient de toujours lire l'étiquette sur l'ampoule avant de donner un médicament. Si la vérification entre dans les habitudes, il est plus probable que le clinicien le fasse mécaniquement même sans y réfléchir.

La vérification devrait constituer un élément important de la prescription, de la dispensation et de l'administration des médicaments. Vous êtes responsable de chaque ordonnance que vous rédigez et de chaque médicament que vous dispensez ou administrez. Vérification de l'application de la règle des 5 B et des allergies. Les médicaments et les

situations à haut risque requièrent une vigilance accrue, et nécessitent une double vérification, par exemple, en cas d'utilisation de médicaments d'urgence très puissants pour traiter un patient en état critique. La double vérification des actions de ses confrères et de ses propres actions contribue à un travail d'équipe efficace et constitue un garde-fou supplémentaire. (Néanmoins, il est très important que chacun commence par vérifier son propre travail, car déléguer la vérification peut conduire à des erreurs.)

Ne pas oublier que les prescriptions informatisées ne dispensent pas de la vérification. Les systèmes informatisés résolvent certains problèmes (tels que l'écriture illisible, la confusion entre nom générique et appellation commerciale, l'identification des interactions médicamenteuses), mais ils posent un certain nombre de nouveaux défis [8].

Quelques maximes utiles en matière de vérification :

- les médicaments sans étiquettes vont à la poubelle ;
- ne jamais administrer un médicament sans être sûr à 100 % de quoi il s'agit.

Encourager les patients à s'impliquer



activement dans leurs soins et le processus d'utilisation des médicaments. Éduquer les patients sur leur traitement médicamenteux et tout facteur de risque associé. Communiquer les plans de traitement clairement aux patients. Garder en mémoire que les patients et leurs familles feront tout pour éviter les problèmes. S'ils sont informés du rôle important qu'ils jouent dans le processus d'utilisation des médicaments, ils peuvent contribuer de manière significative à en améliorer la sécurité.

Les informations fournies peuvent être à la fois verbales et écrites et devraient couvrir les points suivants :

- le nom générique du médicament ;
- le but et l'action du médicament ;
- la dose, la voie et le calendrier d'administration ;
- les instructions, recommandations et précautions spécifiques ;
- les interactions et effets secondaires courants ;
- comment les effets du médicament seront surveillés (efficacité, effets secondaires, etc.).

Encourager les patients à consigner par écrit la liste des médicaments qu'ils prennent et des informations détaillées sur toute allergie ou tout problème qu'ils ont eu(e) après avoir utilisé des médicaments dans le passé. Ils devraient présenter cette liste lors de chaque prise en charge ou interaction avec le système de santé.

Déclarer les erreurs et en tirer des enseignements



En apprendre plus sur la façon dont les erreurs médicamenteuses surviennent et les raisons pour lesquelles elles se produisent est fondamental pour améliorer la sécurité des médicaments. Chaque événement indésirable médicamenteux ou presque-

accident offre la possibilité de tirer des enseignements et d'améliorer les soins. Il sera utile pour les étudiants de comprendre l'importance de parler ouvertement des erreurs et de prendre conscience des processus en place dans leurs programmes de formation ou dans les établissements où ils travaillent pour optimiser l'apprentissage à partir des erreurs et les progrès réalisés en faveur de la sécurité des médicaments.

Un climat de confiance et de respect entre professionnels de santé contribue à faciliter la déclaration des erreurs. Ainsi, les pharmaciens sont plus enclins à déclarer et à expliquer des presque-accidents lorsque les prescripteurs sont disposés à écouter leurs explications.

Des compétences pratiques sûres pour les étudiants



Bien que les étudiants ne soient généralement pas autorisés à prescrire ou administrer des médicaments avant d'avoir obtenu leur diplôme, ils peuvent néanmoins se familiariser avec de nombreux aspects de la sécurité des médicaments et commencer à les mettre en pratique. On espère que la liste d'activités suivante pourra être appliquée à différents stades tout au long de la formation d'un étudiant. Chaque tâche pourrait servir de base à une session de formation importante (exposé, atelier, tutoriel). Une session d'introduction à la sécurité des médicaments ne suffira pas à couvrir ces sujets de manière approfondie.

Comprendre les facteurs de risque inhérents à l'utilisation des médicaments influencera considérablement la manière d'agir du clinicien au quotidien. Voici les instructions qu'un clinicien soucieux de la sécurité devrait suivre pour réaliser différentes tâches.

Prescription

Respecter la règle des 5 B, bien connaître les médicaments que l'on prescrit et adapter ses décisions de traitement à chaque patient. Examiner les facteurs individuels propres au patient susceptibles d'affecter le choix ou la dose de médicament, éviter l'utilisation de médicaments lorsque cela n'est pas nécessaire et examiner le rapport bénéfice-risque.

Documentation

La documentation devrait être claire, lisible, sans ambiguïté. Les personnes ayant du mal à écrire lisiblement devraient taper leurs ordonnances et les imprimer. Envisager d'utiliser la prescription électronique si elle est disponible. Inclure le nom du patient, le nom du médicament et la dose, la voie, le moment et le calendrier d'administration dans la documentation. Il est également important de noter les coordonnées du clinicien prescripteur afin de faciliter la communication entre ce dernier et le pharmacien.

Utiliser des aide-mémoire

Vérifier les données au moindre doute, savoir comment choisir des aide-mémoire, rechercher et utiliser des solutions techniques efficaces, s'il y en a.

Travail d'équipe et communication concernant l'utilisation des médicaments

Se rappeler que l'utilisation des médicaments est un travail d'équipe. Communiquer avec les autres personnes impliquées dans le processus et veiller à ce que personne ne se fonde sur des hypothèses erronées. Être à l'affût des erreurs et encourager le reste de l'équipe à faire attention à ses propres actions et à celles des autres.

Administer les médicaments

Connaître les facteurs de risque et les mesures de précaution de sécurité associés à l'administration de médicaments par différentes voies—orale, sublinguale, buccale, inhalée, nébulisée, transdermique, sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse, intrathécale, rectale, vaginale. Appliquer la règle des 5 B chaque fois que l'on administre un médicament.

Impliquer les patients dans leurs traitements médicamenteux et les éduquer

Rechercher des occasions et des méthodes pour aider les patients et leur entourage à contribuer à minimiser les erreurs. Écouter attentivement ce qu'ils ont à dire.

Apprendre les calculs liés aux posologies des médicaments et s'y exercer

Savoir comment manipuler les unités et ajuster les volumes, les concentrations et les doses. S'exercer à calculer les ajustements en fonction des paramètres cliniques. Étudier différentes manières de réduire le risque d'erreurs de calcul dans les situations de stress intense et/ou à haut risque, par exemple en utilisant une calculatrice, en évitant de calculer de tête (utiliser plutôt du papier et un stylo), en demandant à un collègue de faire le même calcul pour voir si les résultats correspondent ou en utilisant toute autre technique disponible. Lors de la dispensation de médicaments, il est important de toujours vérifier la dose calculée.

Réaliser un interrogatoire sur l'historique médicamenteux

Toujours réaliser un interrogatoire complet sur l'historique médicamenteux avant de prescrire un médicament et réexaminer régulièrement la liste des médicaments des patients, en particulier chez les patients polymédiqués. Arrêter tous les médicaments non nécessaires. Toujours considérer les médicaments comme une cause possible des symptômes lors du processus de diagnostic. Lorsqu'un patient ne peut pas répondre à l'interrogatoire sur son historique médicamenteux (s'il est inconscient, par exemple), son pharmacien ou son médecin généraliste pourrait fournir les informations recherchées. Dans certains cas, l'historique des médicaments peut être réalisé par un pharmacien avant que le patient ne voit un médecin.

Détecter et réduire les éventuelles interactions et/ou contre-indications

Réaliser un interrogatoire sur les antécédents d'allergie

Demander systématiquement au patient s'il a des antécédents d'allergie avant de prescrire un médicament. Si un patient a déjà présenté une allergie médicamenteuse grave, se demander si quelque'un risque de lui prescrire ce médicament. Prenons un exemple : si un médecin généraliste envoie un patient à l'hôpital pour une suspicion d'appendicite, il est possible que l'on envisage un traitement par pénicilline à l'hôpital. Si le patient en question présente une allergie grave à la pénicilline, il est important de souligner cette allergie dans toute communication avec le personnel hospitalier, de prévenir le patient que le traitement habituel de l'appendicite inclut une antibiothérapie par pénicilline et de l'encourager à faire attention aux médicaments qu'on lui donne et à réagir si quelque'un essaie de lui administrer de la pénicilline. Le risque d'allergie croisée devrait également être mentionné. Il est aussi important que les professionnels de santé interrogent le patient sur ses allergies avant d'administrer tout médicament.

Surveiller les effets secondaires chez les patients

Connaître les effets secondaires des médicaments que l'on prescrit/dispense/administre et les surveiller attentivement. Éduquer les patients aux effets secondaires potentiels afin qu'ils sachent les reconnaître et comment agir s'ils apparaissent. Toujours considérer les effets secondaires des médicaments comme faisant partie du diagnostic différentiel lors de l'examen de patients présentant des problèmes cliniques indifférenciés.

Apprendre à partir des erreurs médicamenteuses et des presque-accidents.

Tirer des enseignements des erreurs grâce aux techniques d'enquête et de résolution des problèmes. Si une erreur s'est produite une fois, elle peut se reproduire. Étudier les stratégies visant à prévenir la récurrence des erreurs aussi bien au niveau du professionnel lui-même qu'au niveau de l'organisation. Savoir comment déclarer les erreurs, les effets indésirables et les événements indésirables associés à des médicaments. Les pharmaciens pourraient envisager d'organiser des réunions pluridisciplinaires visant à discuter des erreurs fréquentes et à identifier les méthodes et procédures permettant de les éviter (exclure les médicaments aux noms de consonances similaires de la liste des médicaments de l'hôpital, par exemple).

Résumé



Les médicaments peuvent améliorer considérablement la santé lorsqu'ils sont utilisés correctement et à bon escient. Mais les erreurs de médicament sont fréquentes et sont à l'origine de

souffrances humaines et de surcoûts financiers évitables. N'oubliez pas qu'utiliser un médicament pour aider les patients n'est pas sans risque. Soyez conscients de vos responsabilités et assurez-vous de rendre l'utilisation des médicaments plus sûre pour vos patients.

Stratégies et formats d'enseignement



Différentes stratégies peuvent être employées pour enseigner la sécurité des médicaments aux étudiants, mais l'utilisation combinée de plusieurs approches sera probablement la plus efficace.

L'enseignement peut prendre la forme d'exposés interactifs, de discussions en petits groupes, d'un apprentissage basé sur la résolution de problèmes, d'ateliers pratiques, de tutoriels, de projets incluant des tâches à réaliser dans l'environnement clinique ou au chevet du patient, des modules d'apprentissage en ligne, des lectures et des analyses de cas.

Exposé et/ou discussion de groupe



La présentation PowerPoint jointe à ce module peut être utilisée comme exposé d'introduction interactif sur la sécurité des médicaments ou dans le cadre d'une discussion en petits groupes animée par un formateur. Elle peut être facilement modifiée pour la rendre plus ou moins interactive et adaptée à votre milieu clinique en incluant des exemples, des problématiques et des organisations locales. Des questions sont posées au fil de la présentation pour encourager les étudiants à s'impliquer activement dans le module. De courtes présentations de cas accompagnées de questions-réponses sont également fournies et pourront être incluses dans l'exposé ou présentées aux étudiants dans le cadre d'un exercice séparé.

D'autres méthodes pédagogiques et idées utiles pour enseigner la sécurité des médicaments sont présentées ci-dessous.

Apprentissage basé sur la résolution de problèmes

Utilisez des exemples de cas qui soulèvent des problèmes liés à la sécurité des médicaments. Les étudiants peuvent être interrogés après avoir entendu et réfléchi à la présentation d'un cas. Il est également possible de leur demander de résoudre une série de problèmes de calcul de doses et concentrations de médicaments.

Autres activités d'enseignement et d'apprentissage

– Ateliers pratiques

Les étudiants peuvent mettre en pratique leurs compétences sous le stress de situations d'urgence simulées. Les ateliers pourraient porter sur l'administration de médicaments, la prescription et les calculs.

– Projet

Dans le cadre d'un projet, les étudiants peuvent se voir confier l'une ou la totalité des missions suivantes :

- s'entretenir avec des pharmaciens afin d'identifier quelles sont les erreurs qu'ils rencontrent le plus souvent ;
- accompagner un(e) infirmier(ère) lors d'une tournée de médicaments ;
- interroger des infirmier(ère)s et des médecins qui administrent beaucoup de médicaments (des anesthésistes par exemple) sur leurs expériences et connaissances en rapport avec les erreurs médicamenteuses et leur demander quelles stratégies ils appliquent pour limiter le risque d'erreur ;
- étudier un médicament connu comme étant une cause courante d'événements indésirables et en présenter les résultats aux autres étudiants ;
- préparer une liste personnelle de médicaments qu'ils seront probablement amenés à prescrire souvent dans leurs premières années d'exercice ;
- réaliser un interrogatoire complet sur l'historique médicamenteux d'un patient polymédiqué. Réaliser un travail personnel afin d'en savoir plus sur chacun de ces médicaments, examiner les interactions médicamenteuses et les effets secondaires potentiels et se demander si certains de ces médicaments pourraient être arrêtés. Discuter de leurs réflexions avec un pharmacien ou un médecin et faire part de ce qu'ils ont appris aux autres étudiants ;
- chercher ce que l'on entend par *conciliation des traitements médicamenteux* et discuter avec le personnel hospitalier afin d'identifier la procédure en vigueur en la matière dans leur établissement. Observer les processus à l'admission et à la sortie d'un patient et, si possible, y participer. Réfléchir à la manière dont ils contribuent à prévenir les erreurs et s'ils comportent des lacunes ou problèmes.

Exercices de jeux de rôles

Les exercices de jeux de rôles constituent un autre outil pédagogique utile pour enseigner la sécurité des médicaments aux étudiants.

Scénario I : administration par erreur de médicaments

Description de l'événement

Au début de la rotation du matin, l'infirmière de service a administré 100 unités d'insuline ordinaire par voie sous-cutanée, au lieu des 10 unités figurant sur l'ordonnance du médecin. L'erreur était due à l'écriture illisible du médecin.

Le patient, atteint de démence, n'était pas coopératif et semblait endormi. Lors de la visite de contrôle habituelle, l'infirmière a constaté l'absence totale de réponse du patient. Un test sanguin a confirmé qu'il était en état de choc hypoglycémique. Le médecin de garde a été appelé et l'erreur découverte.

Le patient a été traité par une perfusion de glucose à 50 % par voie IV. Un chariot d'urgence a été emmené dans la chambre du patient, afin qu'il soit disponible immédiatement en cas de besoin. Le patient a récupéré en quelques minutes, s'est réveillé et a repris son comportement habituel.

Jeux de rôles

Plus tard ce matin-là, le fils du patient, avocat, est venu rendre visite à son père. D'un air agité, il s'est rendu auprès de l'infirmière pour lui demander : « qu'est-il arrivé à mon père ? » Le voisin de chambre de son père lui avait dit qu'il y avait eu un problème et que beaucoup de monde était venu au chevet de son père tôt le matin. L'infirmière qui avait administré l'insuline a été appelée pour parler au fils du patient.

Si elle lui explique comment l'événement s'est produit, admet sa responsabilité et son erreur, cela n'apaisera pas le fils du patient qui répondra : « Est-ce cela le niveau de soins que mon père a reçu ? », « quelle sorte d'infirmières travaille dans ce service ? », « je ne laisserai pas cela passer comme ça. Je vais réagir ! », « je veux voir le médecin chef immédiatement », « je demande à voir le rapport sur cet événement ! » Si l'infirmière ne lui explique pas précisément l'erreur, le fils du patient s'énervera rapidement et n'acceptera plus d'explication par la suite.

Un médecin qui passe par là entend par hasard la conversation. Il entre dans la pièce si l'acteur le lui demande. S'il ne le fait pas, il entrera dans la pièce après 8 minutes environ (sur un scénario de 12 minutes). Le médecin entre dans la pièce et demande sur quoi porte la conversation. L'infirmière lui explique ce qui s'est passé le matin et sa conversation avec le fils du patient (en présence de ce dernier ou non, selon le choix du médecin et de l'infirmière).

Description du personnage

Le fils, 45 ans, est avocat et présente bien. Il rend visite à son père dès qu'il le peut. Il s'intéresse à tout ce qui le concerne, mais a du mal à accepter son nouvel état de santé. Il se sent perdu, tenu à l'écart et assez triste. Il veut vraiment aider mais ne sait pas comment. Une conversation avec l'assistante sociale révèle qu'il n'avait jamais eu besoin de s'occuper de son père auparavant, mais que depuis que sa mère a fait une chute et s'est cassé la jambe et que la santé de son père a commencé à décliner, il doit assumer seul la charge des soins pour ses deux parents.

Conseils pour les acteurs

L'acteur doit se plaindre au médecin chef d'une omission et d'une tentative de dissimulation des faits et menacer de faire une mauvaise publicité à l'établissement (en s'adressant à la presse) (par exemple : « vous avez failli le tuer ! Vous avez eu beaucoup de chance que cela ne se soit pas fini ainsi ! »)

Scénario II : Décès dû à une erreur de soins médicaux

Description de l'événement

Sarah, une femme de 42 ans, a été admise pour la résection d'une tumeur duodénale maligne non métastatique localisée.

Hormis cette tumeur, elle était en bonne santé, et n'avait aucun antécédent familial de maladie maligne. Elle avait donné son consentement à l'intervention chirurgicale et à tout autre traitement jugé nécessaire ensuite en fonction des résultats d'anatomopathologie.

Le matin de l'intervention, la patiente a dit au revoir à son mari et à ses deux jeunes enfants (de 8 et 13 ans). Une petite masse localisée a été réséquée en totalité. Elle a été envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique pour diagnostic. Deux heures après le début de l'intervention chirurgicale, la patiente a présenté des signes de désaturation, de tachycardie et d'hypotension. Elle a reçu des liquides en IV, tandis que le chirurgien vérifiait le site de résection à la recherche de signes d'hémorragie, de déchirure ou d'embolie. N'ayant rien trouvé, il a fermé l'abdomen conformément au protocole.

De retour dans le service, la patiente a rapidement développé une fièvre élevée, qui n'a pas baissé pendant une semaine. Une antibiothérapie lui a été prescrite. L'ordonnance mentionnait :

IV. Gentamicine 80 MGR X 3 P/D

L'infirmière a copié la prescription suivante :

IV. Gentamicine 80 MGR X 3 P/DOSE

L'infirmière qui a recopié la prescription a pensé que la lettre « D » signifiait « dose », alors que le médecin qui a rédigé l'ordonnance voulait en réalité dire « jour » (day en anglais). Les 10 jours suivants, la patiente a reçu 240 mg de gentamicine, trois fois par jour.

Pendant cette période, elle a commencé à présenter des signes d'insuffisance rénale et de troubles de l'audition. Le 10^{ème} jour, l'infirmière en chef a découvert l'erreur alors qu'elle faisait le point sur les médicaments administrés. Le traitement a été arrêté, mais l'état général de la patiente s'est détérioré à cause d'une insuffisance rénale aiguë. Elle est décédée 10 jours plus tard d'une défaillance multiviscérale.

La famille de la patiente s'était montrée critique envers le travail des infirmier(ère)s tout au long de son hospitalisation, les accusant de faute professionnelle. Elle a fait part de sa colère à l'infirmière en chef et au chef de service.

Après le décès de la patiente, son mari a demandé à parler à l'infirmière en chef. Il a accusé les infirmier(ère)s de l'erreur et d'une faute professionnelle ayant abouti au décès de sa femme. Il a affirmé savoir qui était l'infirmière qui avait mal copié l'ordonnance et a menacé de la poursuivre en justice.

Description du personnage

Le mari de la patiente est un homme travailleur salarié dans un magasin. Il a du mal à subvenir aux besoins de sa famille et les fins de mois sont difficiles. C'est un homme en colère et anxieux qui n'a pas encore accepté le diagnostic de cancer de sa femme. Il en veut à tout le monde et en particulier au personnel infirmier depuis que sa femme lui a dit avoir reçu « trop d'antibiotiques car l'infirmière ne savait pas compter ». Il veut savoir ce qui a tué sa femme, à qui revient la faute et qui va payer pour cela. Il veut que la direction de l'hôpital intervienne et veuille de l'aide pour ses enfants. Il est très en colère et crie beaucoup.

Scénario III ; Communication patient-professionnel de santé

Description de l'événement

Kirk, 54 ans, a été admis pour des douleurs thoraciques transitoires. Il avait été hospitalisé précédemment en USI pour des événements coronariens aigus. Cette fois-ci, les résultats des tests préliminaires se sont révélés non concluants et sa douleur n'était pas aussi sévère. Le médecin a prescrit un repos complet et un monitoring cardiaque continu pendant 48 heures. Kirk est un gros fumeur et est en surpoids. Il n'a pas pris les médicaments prescrits pour réguler son hypertension artérielle et son hypercholestérolémie.

Il demande à sortir immédiatement. Il a peur de perdre son emploi chez un fabricant automobile à cause de cette hospitalisation.

Il se met en colère contre l'infirmière responsable de la garde du soir. Il affirme qu'on lui a promis qu'il pourrait sortir et qu'il n'a pas besoin de rester sous monitoring ni de repos total. Il ne se montre pas du tout coopératif. Il a déjà convaincu une autre infirmière de le laisser quitter le service pour un court moment. Maintenant, il exige de quitter à nouveau le service et refuse de rester dans sa chambre. Il demande à fumer et veut sortir de l'hôpital. Il est en colère et crie au bureau des infirmières.

Si l'infirmière responsable insiste pour qu'il reste dans le service, le patient l'accusera d'être insensible et affirmera que l'autre infirmière était plus gentille, plus empathique et compréhensive.

Le médecin de garde n'est pas loin mais n'intervient pas et continue à s'occuper d'autres patients (dont certains sont à proximité du bureau des infirmières où se déroule l'événement).

Description du personnage

Kirk est en surpoids et est un gros fumeur. Il aime attirer l'attention en criant. Il est très inquiet à l'idée de ne pas pouvoir travailler autant qu'avant et d'être licencié. Il a très peur d'une opération, car son meilleur ami est mort sur la table d'opération deux ans plus tôt dans le même hôpital.

Source : Ces scénarios ont été fournis par Amitai Ziv, The Israel Center for Medical Simulation, Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israël.

Présentations de cas

Erreur de prescription



Cette présentation illustre l'importance de réaliser un interrogatoire complet et précis sur l'historique médicamenteux.

Un homme de 74 ans a consulté un médecin généraliste pour un angor stable d'apparition récente. Le médecin n'avait jamais vu ce patient auparavant ; l'interrogatoire réalisé a porté sur les antécédents et l'historique médicamenteux. Il a découvert que le patient était en bonne santé et ne prenait que des médicaments pour des céphalées. Le patient ne se rappelait pas le nom du médicament contre les maux de tête. Le médecin a supposé qu'il s'agissait d'un analgésique que le patient prenait lorsqu'il avait des céphalées. Mais c'était en réalité d'un bêta-bloquant qu'il prenait tous les jours pour traiter ses migraines. Un autre médecin le lui avait prescrit. Le médecin a mis le patient sous aspirine et un autre bêta-bloquant pour traiter son angor. Après avoir commencé le nouveau médicament, le patient a développé une bradycardie et une hypotension posturale. Le patient a fait une chute trois jours plus tard provoquée par des vertiges en se levant et s'est fracturé la hanche.

Questions

- Les erreurs médicamenteuses sont-elles fréquentes ?
- Comment pourrait-on les éviter ?
- Les patients ont-ils un rôle à jouer dans la prévention des erreurs ?

Source : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, World Health Organization, 2009:242-243.

Erreur d'administration



Ce cas témoigne de l'importance des procédures de vérification lors de l'administration de médicaments et de la bonne communication entre les membres d'une équipe. Elle montre aussi qu'il est essentiel de conserver tous les produits dans des contenants correctement étiquetés.

Une femme de 38 ans est arrivée à l'hôpital, présentant depuis 20 minutes une éruption cutanée rouge accompagnée de démangeaisons et un

gonflement du visage. Elle avait des antécédents de réactions allergiques graves. Une infirmière a préparé 10 ml d'adrénaline (épinéphrine) à 1:10 000 dans une seringue de 10 ml (1 mg au total) et l'a laissée, prête à être administrée, au chevet de la patiente, juste au cas où le médecin demandait d'en administrer. Pendant ce temps, le médecin a inséré une aiguille IV en vue de perfusion. Il a vu la seringue de 10 ml de liquide clair que l'infirmière avait préparée et a supposé qu'il s'agissait d'une solution saline normale. Il n'y avait aucune communication à ce moment-là entre le médecin et l'infirmière.

Le médecin a administré les 10 ml d'adrénaline (épinéphrine) par la voie IV, pensant qu'il utilisait une solution saline pour rincer la ligne. La patiente s'est soudainement sentie très mal et anxieuse. Elle est devenue tachycarde puis a perdu connaissance et n'avait plus de pouls. Une tachycardie ventriculaire a été diagnostiquée. Elle a été réanimée et, heureusement, s'est bien rétablie. La dose recommandée d'adrénaline (épinéphrine) en cas d'anaphylaxie est de 0,3 à 0,5 mg par voie IM. Cette femme en a reçu 1 mg par voie IV.

Discussion

- Quels facteurs pourraient être associés à cet événement indésirable ?
- Comment le fonctionnement de l'équipe aurait-il pu être amélioré ?

Source : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, World Health Organization, 2009:242-243.

Erreur de surveillance



Cette présentation de cas montre l'importance de discuter avec les patients de leurs médicaments. Il faudrait toujours indiquer aux patients pendant combien de temps ils devraient continuer à prendre les médicaments qui leur sont prescrits. Ce cas illustre également l'importance de réaliser un interrogatoire complet et précis sur l'historique médicamenteux afin d'éviter les résultats négatifs.

Un patient a été mis sous anticoagulants oraux à l'hôpital pour traiter une thrombose veineuse profonde consécutive à une fracture de la cheville. La durée de traitement prévue était de trois à six mois. Mais ni le patient ni le médecin généraliste n'ont été informés de cette durée. Le patient a continué à prendre ce médicament pendant plusieurs années, et a ainsi été exposé à un risque accru d'hémorragie associé à ce médicament alors que ce n'était pas nécessaire. A un moment, une antibiothérapie lui a été prescrite pour une infection dentaire. Neuf jours après avoir commencé l'antibiotique, le patient s'est senti mal, a présenté des maux de dos et une hypotension, résultant d'une hémorragie rétropéritonéale spontanée. Il a dû être hospitalisé et transfusé. Un test de coagulation sanguine a révélé un INR très élevé : l'antibiotique avait potentialisé l'effet thérapeutique de l'anticoagulant.

Questions

- Quels sont les principaux facteurs associés à cet événement indésirable ?
- Comment l'événement indésirable aurait-il pu être évité ?

Source : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, World Health Organization, 2009:242-243.

Erreur de prescription ayant conduit à des effets indésirables

Dans ce cas, un dentiste a sous-estimé l'état d'immunodéficience systémique du patient et, par conséquent, n'a pas pris les mesures adéquates pour prévenir les effets indésirables d'antibiotiques systémiques.

Un homme de 42 ans, séropositif au VIH, a consulté un dentiste pour des soins dentaires incluant le traitement du canal radiculaire, d'une maladie des gencives et l'extraction d'une dent atteinte de carie sévère.

Après avoir interrogé le patient sur ses antécédents dentaires et médicaux, le dentiste a décidé que son état médical était stable et a prescrit une antibioprophylaxie avant de réaliser tout soin dentaire. Lors de la seconde consultation, à l'examen de la cavité buccale, le dentiste a constaté que le patient avait développé des lésions ressemblant à une infection fongique (*Candida*).

En examinant l'état systémique du patient, il s'est rendu compte qu'il n'avait pas prêté suffisamment attention au risque accru d'infection fongique en cas d'antibiothérapie systémique chez les personnes VIH/sida positives et qu'il avait oublié de prescrire les antifongiques appropriés en association avec les antibiotiques en prévention de ces lésions. De plus, il a réalisé être parti du principe que le patient était stable sans avoir consulté son médecin traitant.

Il avait donc sous-estimé l'état d'immunodéficience du patient. Il l'a orienté vers son médecin traitant pour soigner les lésions fongiques buccales et le patient a reçu le traitement adéquat. Les soins dentaires du patient ont été repoussés jusqu'à ce que son état de santé systémique et bucco-dentaire soit jugé approprié.

Questions

- Quels facteurs ont pu influencer le dentiste à planifier le traitement initial sans en informer le médecin traitant ?
- Quels facteurs ont pu conduire le dentiste à sous-estimer l'état d'immunodéficience du patient ?
- Quels facteurs ont pu conduire le dentiste à ne pas prescrire des antifongiques en association avec l'antibiothérapie systémique chez ce patient séropositif au VIH ?

Source : cas fourni par Nermin Yamalik, Professeur, département de parodontologie, faculté de médecine dentaire, université Hacettepe, Ankara, Turquie.

La communication entre professionnels de santé et patients est essentielle

Dans ce cas, un pharmacien, ayant pris conscience qu'une patiente ne comprenait pas les interactions médicamenteuses, a pris le temps de lui présenter chacun des médicaments qu'elle prenait et de lui expliquer comment les utiliser correctement.

Mary est une femme de 81 ans présentant des douleurs chroniques dues à des maux de dos sévères liés notamment à l'ostéoporose, une maladie coronarienne et une dépression découlant de ses douleurs constantes et d'un manque de confiance à l'égard des médicaments qu'elle doit prendre. Ces derniers lui ont été prescrits par son neurologue, son endocrinologue, deux médecins généralistes et un rhumatologue. Au total, 18 médicaments lui ont été prescrits. Nombre d'entre eux visent à traiter la douleur. Elle a eu une gastrite (inflammation de la paroi de l'estomac) à cause de la quantité d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) qu'elle prenait. Cela l'a rendue méfiante envers les analgésiques, qu'elle prenait de temps en temps. Mary s'est rendue dans plusieurs pharmacies pour acheter différents médicaments antidouleurs (paracétamol, ibuprofène, etc.).

Elle s'inquiétait de la gastrototoxicité des analgésiques qu'elle prenait. Elle les prenait parfois tous, ainsi que des médicaments délivrés sans ordonnance en pharmacie. Malgré cela, elle ne se sentait pas mieux. Mary avait peur des effets indésirables du tramadol et ne le prenait pas régulièrement. Pour soulager ses douleurs intenses, elle utilisait du paracétamol, mais il n'avait que peu d'effet. Elle n'a pas constaté non plus d'amélioration avec l'antidépresseur citalopram, même après une semaine d'utilisation régulière ; elle a utilisé ce médicament occasionnellement ensuite. L'encadré B.11.1 dresse la liste de tous les médicaments pris par Mary.

Un pharmacien, réalisant que Mary ne comprenait pas les interactions entre ses médicaments, a pris le temps de lui présenter les médicaments et de lui expliquer comment les utiliser. Il a discuté avec elle de sa mauvaise utilisation concomitante de plusieurs AINS, et a notamment insisté sur :

- l'utilisation appropriée du métamizol avec des doses plus élevées de paracétamol si elle n'avait pas de problème hépatique ;
- les conseils pour évaluer les effets du citalopram après un mois de traitement ;
- l'importance d'informer ses différents médecins des médicaments qu'elle prenait et de leur expliquer ses antécédents médicaux ;
- la nécessité d'évaluer les interactions médicamenteuses afin de minimiser le risque d'effets indésirables ;

Encadré B.11.1. Liste des médicaments de la patiente

Neurologue :

Gabapentine
tramadol + paracétamol (antidouleur)
acide tiaprofénique (antidouleur)

médicaments en vente libre avec paracétamol (antidouleurs)

Endocrinologue :

lévothyroxine
oméprazole
cholécalférol + Ca + Zn + Mn
cholécalférol
atorvastatine
ranélate de strontium
diclofénac (antidouleur)

Médecins généralistes :

citalopram
bromazépam (contre les phobies)
nimésulide (antidouleur)
tramadol (antidouleur)
métamizol (antidouleur)
métoprolol
indobufène

Rhumatologue :

méloxicam (antidouleur)

- la nécessité d'examiner les contre-indications et d'utiliser les médicaments délivrés sans ordonnance de manière appropriée.

A sa seconde visite chez le pharmacien, Mary était satisfaite de sa gestion de la douleur.

Questions

- Quelles erreurs de communication ont pu conduire Mary à mal utiliser ses médicaments ?
- Quels sont les problèmes associés à un échange d'informations incomplètes et inadéquates entre professionnels de santé ?
- Tous les patients devraient-ils être éduqués au bon usage de leurs médicaments ?
- Quels mécanismes pourraient être instaurés pour garantir que chaque professionnel de santé sache quels médicaments ont été prescrits et sont pris par les patients ?
- Quelle est la responsabilité du professionnel de santé qui prescrit ou délivre des médicaments aux patients ?
- Dans quelle mesure les pharmaciens sont-ils responsables de fournir des conseils sur l'utilisation des médicaments délivrés sans ordonnance ? Quel devrait être l'algorithme pour optimiser les effets bénéfiques des médicaments en vente libre et limiter les risques potentiels ?

Source : Jiri Vlcek, professeur de pharmacie clinique et de soins pharmaceutiques.
Pharmacien clinique au sein du département interne du centre hospitalier universitaire de Hradec Kralove université Charles, Prague, faculté de pharmacie, département de pharmacie clinique et sociale.

Outils et ressources documentaires

Solutions pour la sécurité des patients de l'OMS

Il s'agit de documents de synthèse présentant des solutions aux problèmes de sécurité des patients. Plusieurs d'entre eux couvrent des problématiques liées aux médicaments.

Solution 1 – Médicaments dont l'aspect et la consonance du nom sont similaires.

Solution 5 – Contrôle des solutions d'électrolytes concentrées.

Solution 6 – Garantir la précision des traitements en cours lors des transmissions des soins.

Solution 7 – Éviter les mauvais branchements de cathéters et connections de tuyaux.

Solution 8 – Seringues à usage unique.

Ces documents sont accessibles en ligne, en anglais (<http://www.who.int/patientsafety/solutions/en/> ; consultés le 21 février 2011).

Autres références en ligne

L'Agency for Healthcare Research and Quality (United States Department of Health and Human Services, Rockville, MD) tient des archives de cas en ligne pouvant être utilisées comme source d'études de cas utiles pour votre enseignement (<http://www.webmm.ahrq.gov>). D'autres références utiles sur Internet comprennent les sites de l'Institute for Safe Medication Practices (Horsham, PA) (<http://www.ismp.org>) et de la National Patient Safety Agency (<http://www.npsa.nhs.uk>).

DVD pédagogiques

Beyond Blame, documentaire. Ce DVD d'une durée de 10 minutes est une bonne entrée en matière pour sensibiliser les étudiants à la question de la sécurité des médicaments. Un médecin, une infirmière et un pharmacien parlent d'erreurs médicamenteuses graves dans lesquelles ils ont été impliqués. Ce DVD

peut être acheté auprès de l'Institute for Safe Medication Practices (<http://www.ismp.org> ; consulté le 21 février 2011).

L'atelier *Learning from Error* de l'OMS inclut une présentation DVD d'une erreur médicale – l'administration de vincristine par voie intrathécale. Le DVD illustre la nature multifactorielle de l'erreur.

Ouvrages

Vicente K. *The human factor*. London, Routledge, 2004:195–229.

Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Oxford, Blackwell Publishing Ltd, 2008.

Institute of Medicine. *Preventing medication errors: quality chasm series*. Washington, DC, National Academies Press, 2006 (<http://www.iom.edu/?id=35961> ; consulté le 21 février 2011).

Évaluation des connaissances de ce module

Différentes méthodes peuvent être utilisées pour évaluer les connaissances sur la sécurité des médicaments et les performances dans ce domaine, dont :

- les QCM ;
- des quiz de calculs de posologies médicamenteuses ;
- les questions à réponse courte ;
- les dissertations sur une étude de cas impliquant une erreur médicamenteuse, visant à identifier les facteurs contributifs et à réfléchir à des stratégies permettant d'en prévenir la récurrence ;
- des projets incluant un travail de réflexion sur les résultats de l'apprentissage de l'activité ;
- des stations ECOS - Examen Clinique Objectif Structuré.

Les simulations en stations ECOS pourraient inclure des exercices de prescription/de dispensation/d'administration. Elles peuvent être utilisées pour évaluer les capacités des étudiants à réaliser un interrogatoire sur l'historique médicamenteux et ses antécédents allergiques, à administrer un médicament, à respecter la règle des 5 B et à vérifier les allergies ; et à éduquer un patient à un nouveau médicament.

Veuillez noter que plusieurs de ces sujets d'évaluation potentiels ne sont pas couverts de manière détaillée dans la présentation PowerPoint ci-jointe. Ce sont des pistes d'évaluation dans le domaine de la sécurité des médicaments, en supposant que les étudiants aient suivi une formation supplémentaire sur ces aspects spécifiques de la sécurité des médicaments.

Évaluation de l'enseignement de ce module

L'évaluation est une étape importante pour examiner le déroulement d'une session de formation et déterminer les améliorations à apporter. Pour un

résumé des principes fondamentaux de l'évaluation, reportez-vous au Guide du formateur (Partie A).

Références

1. *The conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva, World Health Organization Patient Safety Programme, 2009 (<http://www.who.int/patientsafety/en/> ; consulté le 21 février 2011).
2. Cousins DD. Developing a uniform reporting system for preventable adverse drug events. *Clin Therap* 1998; 20 (suppl C): C45-C59.
3. Institute of Medicine. *Preventing medication errors. Report brief*. Washington, DC, National Academies Press, 2006.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Runciman WB et al. Adverse drug events and medication errors in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (Suppl. 1):S49–S59.
6. Nair RP, Kappil D, Woods TM. 10 strategies for minimizing dispensing errors. *Pharmacy Times*, 20 January 2010 (<http://www.pharmacytimes.com/issue/pharmacy/2010/January2010/P2PDispensingErrors-0110> ; consulté le 21 février 2011).
7. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15:122–126.
8. Koppel R, Metlay JP, Cohen A. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293:1197–1203.

Diaporamas pour le Module 11 : Améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse

En général, les exposés didactiques ne constituent pas la meilleure façon d'enseigner la sécurité des patients aux étudiants. En cas d'exposé, il est intéressant de permettre aux étudiants d'agir entre eux et d'échanger leurs points de vue pendant le cours. Pour lancer une discussion de groupe, vous pouvez vous appuyer sur une étude de cas par exemple. Vous pouvez également poser aux étudiants des questions sur différents aspects des soins de santé qui feront ressortir les points abordés dans ce module, comme la culture de la faute, la nature de l'erreur et la façon de gérer les erreurs dans d'autres secteurs d'activités. Les diaporamas du Module 11 ont pour objectif d'aider l'enseignant à en transmettre le contenu. Ils peuvent être adaptés à la culture et au contexte locaux. Les enseignants peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.

Tous les noms de médicaments sont conformes aux
*dénominations communes internationales de l'OMS pour
les substances pharmaceutiques*
(<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/> ;
consulté le 24 mars 2011).