

Pourquoi un enfant est-il décédé à la suite d'une intervention bénigne en recevant un médicament couramment utilisé dans les établissements de santé ?

Indubitablement, ce sont avant tout les failles de l'organisation du circuit du médicament à l'hôpital qui doivent être pointées du doigt dans cet accident dramatique.

Depuis plusieurs années, le SYNPREFH dénonce publiquement les erreurs médicamenteuses évitables à l'hôpital et plaide pour la sécurisation de ce circuit.

Ces erreurs, n'étant pas évaluées, sont longtemps restées sous-estimées par les tutelles ou confondues avec les effets indésirables des médicaments par les professionnels de santé.

Les erreurs évitables peuvent avoir lieu à toutes les étapes du circuit du médicament à l'hôpital, de la prescription à l'administration du médicament au patient, en raison d'organisations déficientes, de glissements de tâches, de transmission insuffisante d'informations entre les différents acteurs, d'informatisation partielle voire inexistante, de conditionnements de médicaments inadaptés, etc.

Dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament à l'hôpital, le SYNPREFH a alerté à plusieurs reprises le ministre de la santé, l'AFSSaPS, l'Ordre des Pharmaciens et le LeeM sur la nécessité d'améliorer le conditionnement et l'étiquetage des médicaments afin de diminuer les erreurs évitables. Nous avons récemment rappelé que nous constatons quotidiennement les effets de l'absence d'harmonisation de la dénomination des médicaments : certains sont exprimés en concentration, d'autres en dosage par ampoule et d'autres encore en pourcentage. Nous indiquons que ceci obligeait donc les infirmières à réaliser des calculs, différents dans chaque cas, qui pouvaient se révéler dangereux.

Chacun des acteurs du circuit du médicament à l'hôpital doit pouvoir exercer pleinement son métier. Or dans la plupart des établissements de santé, l'acte de dispensation du pharmacien n'est actuellement pas réalisé, sous prétexte de manque de moyens.

Même si l'étiquetage de l'ampoule injectable administrée à cet enfant pouvait prêter à confusion, l'accident aurait pu être évité si le pharmacien avait analysé la prescription médicale et préparé le médicament pour l'administration par l'infirmière.

Il faut à présent souhaiter, comme le SYNPREFH l'a demandé, que le ministre de la santé saura prendre ses responsabilités et que le futur décret relatif au contrat de bon usage des médicaments, conclu entre les ARH et les établissements de santé, et ayant pour objectif la sécurisation du circuit du médicament, s'appliquera bien, sans frilosité, à l'ensemble des médicaments et dans l'ensemble des établissements de santé...

Les engagements conclus, entre le directeur de l'ARH et le directeur de l'établissement de santé, devront prendre la forme d'un programme pluriannuel d'actions portant notamment sur l'informatisation du circuit du médicament, le développement de la prescription et de la dispensation à délivrance nominative, le développement du système qualité, la préparation des cytotoxiques centralisée et placée sous la responsabilité d'un pharmacien.

Des recommandations de pratiques professionnelles sur la prise en charge thérapeutique des patients hospitalisés, rédigées au sein de la DHOS et auxquelles le SYNPREFH a largement participé, devront être publiées concomitamment au décret sur le contrat de bon usage des médicaments afin d'être utilisées comme référentiel pour la mise en œuvre de ce contrat.

Souhaitons qu'à la lumière de ce dramatique événement, tous les responsables hospitaliers publics et privés prennent la mesure du risque lié à l'actuelle organisation du circuit du médicament dans les établissements de santé et que la réticence de certains d'entre eux au large déploiement de ces recommandations s'estompe.

Armelle DEVELAY

Président du SYNPREFH

