

RECOMMANDATIONS SUR LA REALISATION

DE LA PRESCRIPTION A L'HOPITAL :

PARTICULARITE DE LA REANIMATION.

Benoît MISSET, Réanimation Polyvalente, hôpital Saint-Joseph, Paris.

Une grande partie de la littérature médicale concernant la prescription médicamenteuse à l'hôpital au cours des vingt dernières années est consacrée à l'analyse des erreurs de prescription ou d'administration des médicaments. Ces erreurs sont plus fréquentes dans les services qui assurent une intensité thérapeutique élevée, tels que les services de réanimation ou les unités de soins intensifs médicales (hématologie...) ou chirurgicales. La proportion des «erreurs» de prescription ou d'administration responsables d'un effet clinique sérieux (prolongement de l'hospitalisation, séquelle, décès) n'est pas toujours précisée, mais a été évaluée aux alentours de 12% (1). Les règles professionnelles dont nous disposons concernant la prescription médicamenteuse émanent du Conseil de l'Ordre et de l'ANAES.

Ces règles sont simples, claires, destinées à l'ensemble de la prescription médicale, à l'hôpital ou en exercice libéral : «la prescription doit être lisible, datée, signée, et adaptée aux données de la science». L'adhésion à ces règles est loin d'être parfaite alors qu'elles seraient suffisantes pour réduire une grande partie des erreurs. Ces règles ne sont par contre pas suffisamment détaillées pour la prescription en milieu de réanimation, où les pathologies sont complexes, les malades évoluent rapidement, les intervenants sont multiples et de niveau de formation variable.

Pour certains médicaments spécifiques tels que antibiotiques, dérivés du sang, produits pour la sédation et l'analgésie, nous disposons aussi de différentes conférences de consensus ou recommandations d'experts.

L'organisation de conférences de consensus pour ces trois domaines a été particulièrement utile pour des raisons variées, que ce soit l'accélération inquiétante de

la résistance bactérienne (antibiotique), la part importante de certains produits dans les budgets de réanimation (produits dérivés du sang), ou la multiplicité des intervenants (prise en charge de la douleur). Depuis les débuts de la réanimation, du fait de l'importance évidente de la thérapeutique dans cette discipline, la prescription y est réalisée avec une certaine sophistication par rapport au reste de l'hôpital : la prescription est renouvelée tous les jours, écrite par le médecin prescripteur, datée, et en général signée. Un certain nombre de services utilise des feuilles pré imprimées permettant d'assurer que les paramètres de surveillance, la prescription des examens complémentaires, les médicaments à visée prophylactique, la nutrition, ne soient pas oubliés à côté des thérapeutiques spécifiques du diagnostic aigu du patient.

L'évolution actuelle se fait inéluctablement vers l'informatisation de la prescription, pour gagner du temps, pour améliorer sa lisibilité, pour faciliter l'évaluation de la qualité, pour attribuer les coûts des médicaments à un malade donné. Les logiciels qui ont été testés jusqu'à présent, en ville et à l'hôpital, sont capables de fournir une aide au prescripteur pour lui rappeler les effets secondaires des produits ainsi que leurs interactions. Ces programmes incluent aussi les données concernant l'administration indiquées par le personnel infirmier, à la fois plus lisibles et plus précises et permettent la signature. La question de la sécurité informatique de la signature et de la confidentialité des données n'est certainement pas réglée de façon définitive mais les expériences de l'informatisation des prescriptions publiées font état d'une grande satisfaction du personnel utilisateur (2).

En conclusion, la multiplicité des intervenants et la complexité des cas traités font que la prescription en réanimation nécessite une amélioration des pratiques pour réduire les risques d'erreurs. Les améliorations peuvent venir de l'élaboration de référentiels en prenant exemple notamment sur la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (3), de la création locale des procédures internes au service lorsque les recommandations externes ne sont pas assez précises et de l'informatisation.

REFERENCES :

- 1- BORDUN LA, BUTT W : Drug errors in Intensive Care
J. Pediatr Child Health 1992, 28 : 309-11

- 2- HALPERN NA, THOMPSON RE, GREENSTEIN RJ : a computerized Intensive Care
Unit order writing protocol
Ann Pharmacother, 1992, 26 : 251-4

- 3- Comment améliorer la qualité de l'antibiothérapie dans les établissements de soins ?
14^{ème} Conférence de Consensus de la SPILF
Med Mal Inf 2002, 32 : 320-8