



Prescription informatisée de médicaments : analyse des erreurs et de la vulnérabilité des systèmes

51

Schiff GD, Amato MG, Eguale T et al.: Computerised physician order entry-related medication errors: analysis of reported errors and vulnerability testing of current systems

BMJ Quality & Safety 2015; doi: 10.1136/bmjqs-2014-003555 (online first)

Les erreurs de médication sont un problème de sécurité courant dans les hôpitaux, où de nombreux incidents ont pour cause première une ordonnance médicale incorrecte ou imprécise. Ces dernières années, des ressources importantes ont été investies dans le développement de systèmes de prescription informatisée, qui ont suscité de grands espoirs. Cette technologie devait en principe protéger les utilisateurs des erreurs, notamment grâce à l'intégration de limites (p. ex. dosage maximal) et d'avertissements. Or l'expérience montre aujourd'hui que ces systèmes de saisie électronique d'ordres médicaux (*computerised physician order entry*, CPOE) peuvent générer de nouveaux risques et sources d'erreurs. Les données sur leur vulnérabilité sont toutefois relativement peu nombreuses. Schiff et al. y ont consacré une étude en deux temps qui se distingue par ses liens directs avec la pratique. Au cours d'une première étape, ils ont analysé les annonces d'erreurs de médication documentées dans le système américain MEDMARX en recherchant, essentiellement parmi celles ayant causé un préjudice au patient, les erreurs pour lesquelles l'auteur indiquait le CPOE comme facteur contributif. Ils ont aussi établi une taxonomie des erreurs associées au CPOE. Lors de la seconde étape, les scientifiques ont mis au point, en se fondant sur les déclarations examinées, des scénarios typiques de prescription erronée qu'ils ont ensuite testés dans plusieurs hôpitaux sur différents systèmes CPOE. Il s'agissait de voir avec quelle facilité il était possible d'entrer des ordonnances incorrectes « types », autrement dit dans quelle mesure le système protégeait de telles erreurs. Les scientifiques ont assisté à la saisie sur place et documenté le résultat en notant si le CPOE acceptait l'ordonnance, s'il exigeait des aménagements (« workarounds ») et s'il émettait un avertissement. Durant la première partie de l'étude, des pharmaciens cliniques ont analysé plus de 10 060 annonces d'erreurs et codé pour chacune d'elles les faits (101 codes dans la nouvelle taxonomie), les causes de l'erreur (67 codes) et les mesures de prévention qui auraient pu permettre de l'éviter (73 codes). Les déclarations analysées faisaient très souvent mention des points suivants : « indications sur la prise des médicaments erronées ou manquantes », « dose ou dosage de principe actif incorrects », « posologie inexacte ou non spécifiée », « indication d'heures de prise erronées », « prescription multiple d'une « copie exacte ». Les causes

les plus fréquemment codées pour ces erreurs de médication étaient « l'utilisation de plusieurs systèmes électroniques », « l'emploi d'abréviations » et « le non-respect de normes et de procédures ». Sur la base des déclarations originales, 21 scénarios ont été mis au point, puis testés sur 16 sites dans 13 systèmes CPOE différents. Au total, 375 ordonnances erronées ont été examinées. Dans 80 % des cas, elles ont été acceptées par les systèmes CPOE. Certaines ordonnances (28 %) ont pu être entrées sans la moindre barrière (ni avertissement, ni « workaround ») et d'autres avec des aménagements minimes (28 % également). Dans 24 % des tests, l'ordonnance a été refusée ou n'a pu être saisie qu'une fois déjouées et « neutralisées » d'importantes barrières de sécurité. Enfin, aucun avertissement n'a été donné à l'utilisateur dans 61 % des cas. Cette étude fournit un travail pilote essentiel pour mieux comprendre les risques liés aux systèmes de prescription informatisée. L'analyse prospective de leur vulnérabilité est très précieuse, puisque plus de la moitié des ordonnances erronées ont pu être saisies sans grand obstacle. Les scénarios tests, qui sont fondés sur des événements réels et qui sont publiés, permettront d'évaluer d'autres systèmes CPOE et d'apprécier leur vulnérabilité comparative, condition indispensable pour leur amélioration. La taxonomie des erreurs associées au CPOE est aussi un outil utile qui pourra servir à d'autres analyses. Les résultats de Schiff et al. montrent toute la difficulté de concevoir un système à la fois souple et pratique, qui n'émette pas constamment des avertissements, mais qui intègre les barrières et les limites nécessaires pour protéger les utilisateurs et les patients de graves erreurs. Le travail n'est de loin pas terminé.

Prof. D. Schwappach, MPH

Directeur scientifique de Sécurité des patients Suisse – Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25595599>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.