

« L'ERREUR EST HUMAINE »: ERREURS DE MEDICATION

Des erreurs lors de la prescription, la préparation, la délivrance et l'administration d'un médicament sont fréquentes. Ces "erreurs de médication" peuvent avoir un impact important sur la morbidité et la mortalité, et sur le coût. L'enregistrement de telles erreurs permet de prendre des mesures pour mieux organiser les procédures de soins, afin de réduire ainsi autant que possible le risque d'erreurs. Des initiatives, pour le moment surtout en milieu hospitalier, sont prises à cette fin.

Dans le cadre des soins de santé, la sécurité du patient en général et la sécurité de la médication en particulier sont très importantes. A ce sujet, il a été clairement établi qu'un certain nombre d'effets indésirables peuvent être évités lorsque le médicament est utilisé scrupuleusement. Cet article propose une discussion un peu plus approfondie de la notion d'"erreurs de médication".

Les erreurs de médication ("medication errors") sont définies et classées de différentes manières dans la littérature. Une définition possible des erreurs de médication est la suivante: toutes les erreurs qui se produisent à un des maillons du circuit de la médication (prescription, préparation, délivrance, administration et prise du médicament). Les erreurs de médication peuvent provoquer des effets indésirables, mais heureusement, beaucoup d'erreurs sont reconnues et corrigées avant que le patient n'ait pris le médicament (appelées "near misses"). Des exemples d'erreurs de médication sont des erreurs lors de l'indication de la dose, la délivrance d'un médicament incorrect (p. ex. en raison d'une mauvaise interprétation de l'écriture ou de l'existence d'un autre médicament avec un nom de consonance ressemblante), l'administration d'un médicament à un autre patient, l'adminis-

tration ou la prise d'un médicament à une dose qui ne correspond pas à celle prescrite (p. ex. prise journalière à la place de prise hebdomadaire de méthotrexate, comme décrit dans les Folia de décembre 2006). Certains considèrent aussi comme des "erreurs de médication" tout ce qui ne correspond pas à une prescription rationnelle, et classent ces erreurs comme des "erreurs thérapeutiques"; il s'agit par exemple d'une indication incorrecte ou du fait de ne pas tenir compte des contre-indications connues, interactions, précautions ou effets indésirables du médicament. A quelques exceptions près, telle la prescription d'un médicament malgré l'existence d'une contre-indication absolue (p. ex. prescription d'isotrétinoïne à une femme enceinte), il est toutefois difficile de quantifier et de juger ce genre de situations. La prescription non rationnelle n'est dès lors pas considérée comme "erreur de médication" dans le cadre de cet article.

Des publications datant des années '80 -'90, provenant surtout d'hôpitaux aux Etats-Unis, ont déjà montré que les erreurs de médication constituent un problème important en termes de morbidité et de mortalité, et de coût. Les données provenant de la pratique ambulatoire sont rares, mais elles vont dans la même direction. Une publi-

cation dans *The Lancet* [1998;351:643-4] indiquait, pour la période de 1983 à 1993, une forte augmentation du nombre de décès par an aux Etats-Unis suite à des erreurs de médication (à l'intérieur et en dehors de l'hôpital), avec environ 7.000 décès en 1993. Une étude réalisée et publiée aux Pays-Bas en 2006 (étude HARM) suggère qu'aux Pays-Bas, environ 19.000 hospitalisations sont dues chaque année à une erreur de médication; dans plus de la moitié des cas, il s'agissait toutefois d'"erreurs thérapeutiques" et de problèmes d'observance du traitement, et pas d'erreurs de médication telles que définies plus haut.

Suite à la publication en 2000 par l'*Institute of Medicine* américain du document "To err is human: building a safer health system", une plus grande attention est accordée à ce problème. Il ressort d'études que les erreurs de médication sont souvent la conséquence d'une organisation inadéquate des procédures de soins (fautes systématiques), et que la mise en place ou l'optimisation de celles-ci, ainsi que le contrôle de leur suivi, peut diminuer le nombre d'erreurs de médication. Des initiatives dans ce sens ont été prises mondialement ces dernières années.

Afin de pouvoir identifier les erreurs de médication et prendre des mesures préventives, de telles erreurs doivent être rapportées. Ceci implique un esprit de transparence et impose une attitude non accusatrice, sans pour autant évincer la responsabilité individuelle.

Des informations détaillées sur des problèmes éventuels et sur la façon d'éviter les erreurs de médication ainsi que des modèles de notification, peuvent être trouvés dans

les références et sur les sites Web mentionnés à la suite de cet article sur notre site Web (www.cbip.be). Sur plusieurs de ces sites Web, il est possible de s'abonner à une lettre électronique rapportant p. ex. des problèmes spécifiques et les solutions adaptées. Nous souhaitons attirer l'attention sur une publication récente (mai 2007), rédigée sous les auspices de l'*Organisation Mondiale de la Santé* et intitulée "Patient Safety Solutions". Ce document reprend des situations pour lesquelles il a été démontré qu'elles sont souvent à l'origine d'erreurs de médication, et fait des propositions pour y remédier. Quelques exemples de ces problèmes sont mentionnés ci-dessous.

- Médicaments avec des noms ressemblants.
- Administration du médicament à un autre patient.
- Manque de communication des données du patient entre le personnel soignant de différentes unités ou de différentes institutions.
- Administration intraveineuse de solutions d'électrolytes trop concentrées (non diluées) (p. ex. solutions de KCl, solutions hypertoniques de NaCl).
- Anamnèse médicale incomplète du patient (avec p. ex. administration du même médicament sous différents noms, administration de médicaments pouvant interagir).
- Administration du médicament par une voie d'administration incorrecte.

Note

- Le Centre Belge de Pharmacovigilance a été récemment informé d'une administration intrathécale accidentelle, avec issue fatale, de vindésine (Eldisine®), un antitumoral du groupe des alcaloïdes de la pervenche. Ces médicaments antitu-

moraux ne peuvent être administrés que par voie intraveineuse; en cas d'administration par voie intrathécale, une paralysie survient, dont l'issue est presque toujours fatale. Dans les Folia de septembre 2004, des mesures basées sur un article

de *La Revue Prescrire* [2003;23:591-602] avaient été données afin de diminuer le risque d'erreurs lors d'une administration intrathécale ou épidurale, surtout les erreurs survenant dans le circuit de distribution.

Informations récentes

[Déjà paru dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site Web le 8/11/2007]

- Chapitre 1.10.4. **L'aprotinine (Trasylol®)**, un antifibrinolytique utilisé en prévention des hémorragies au cours de certaines interventions chirurgicales, a été retirée du marché en novembre 2007 en raison de l'augmentation de la mortalité observée dans une étude randomisée contrôlée récente (étude BART). L'acide tranexamique (Exacyl®), le seul produit antifibrinolytique encore disponible en Belgique, peut être une alternative.

- Chapitre 5.2.6. **Le lumiracoxib (Prexigem®)** a été retiré du marché le 28/11/2007 en raison de son hépatotoxicité [voir communiqué du 29/11/2007 dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site Web].

- Chapitre 5.3.2.2. Avec le retrait de **Comburic®**, une association d'allopurinol et de l'uricosurique benzbromarone, en novembre 2007, il n'existe plus de spécialité à base d'uricosurique en Belgique. Pour rappel, la spécialité à base de benzbromarone seule avait déjà été retirée du marché en raison de son hépatotoxicité. Les uricosuriques peuvent toutefois être utiles dans le traitement prophylactique de deuxième choix de la goutte en cas d'intolérance à l'allopurinol ou de récurrence sous

allopurinol. La prescription magistrale de probénécide (2 x 250 mg p.j. à augmenter progressivement jusqu'à 2 x 1 g p.j.) peut être une alternative [voir Fiche de transparence « Prise en charge de la goutte » avec mises à jour].

- Chapitre 10.7. **Le bexarotène (Targretin®)** est un antitumoral de la famille des rétinoides (disponible depuis novembre 2007). Il est utilisé par voie orale dans le traitement des manifestations cutanées de certains lymphomes T à un stade avancé.

- Chapitre 14.4. Une spécialité à base de **toxine botulique A (Vistabel®)** est commercialisée depuis novembre 2007 pour le traitement de certaines rides intersourcilières. Les unités et l'indication de cette spécialité diffèrent de celles des autres spécialités à base de toxine botulique. Comme déjà souligné dans les Folia de novembre 2003, il s'agit d'une neurotoxine puissante dont les effets à long terme ne sont pas connus. A court terme, les principaux effets indésirables sont: éruptions cutanées, réactions allergiques, céphalées, douleurs faciales, ptosis palpébral, faiblesse musculaire locale, nausées, syndrome grippal, faiblesse et douleur musculaire.