

## Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 21 • Numéro 7 • Le 30 juin 2021

### Concilier sécurité et efficacité en pharmacie communautaire

Les efforts déployés pour faire face à la charge de travail élevée et à la nature multidimensionnelle des soins aux patients dans les pharmacies communautaires peuvent conduire à des pratiques de traitement des ordonnances susceptibles de mettre en danger la sécurité des patients<sup>1-5</sup>. Ce bulletin présente les résultats d'une analyse multi-incidents des erreurs signalées dans les pharmacies communautaires et identifie les possibilités d'amélioration des processus.

#### MÉTHODOLOGIE

Les incidents médicamenteux soumis entre mars 2017 et juin 2019 avec pour paramètre « pharmacie communautaire » ont été extraits de 3 bases de données de déclaration volontaire de l'ISMP Canada\* (Répertoire national des données d'incidents pour les pharmacies communautaires<sup>†</sup>, Déclaration des consommateurs et Déclaration des praticiens individuels). La recherche comprenait des termes clés couramment utilisés pour décrire des pratiques problématiques dans le milieu de la pharmacie communautaire, notamment « éviter », « contourner », « simplifier » et « reprendre ». Sur les 192 incidents identifiés, 94 ont été inclus dans l'analyse. Cette dernière a été effectuée selon la méthode d'analyse des incidents multiples décrite dans le Cadre canadien d'analyse des incidents<sup>6</sup>.

#### RÉSULTATS

L'analyse a permis d'identifier 6 situations où les mesures destinées à accélérer le traitement des

ordonnances ont contribué aux incidents médicamenteux. Ces mesures peuvent être regroupées en trois étapes du traitement des ordonnances dans les pharmacies communautaires : saisie de l'ordonnance, préparation et ramassage (figure 1).

**Figure 1.** Processus problématiques regroupés par étape de traitement des ordonnances – saisie de l'ordonnance, préparation et ramassage.

#### Saisie de l'ordonnance



- Copie d'un fichier d'ordonnance antérieur
- Retard dans la mise à jour du profil du patient

#### Préparation



- Gestion inadéquate des changements de médicaments dans les emballages de conformité
- Lecture répétée du code à barres d'un produit pour représenter plusieurs produits

#### Ramassage



- Identification inadéquate des patients
- Manque de dialogue avec les patients

\* Il est reconnu qu'il n'est pas possible de déduire ou de projeter la probabilité d'incidents sur la base des systèmes de déclaration volontaire.

† Pour plus d'informations sur le signalement des incidents dans les pharmacies communautaires, voir le National Incident Data Repository for Community Pharmacies (NIDR) : <https://www.ismp-canada.org/CommunityPharmacy/NIDR/NIDR-faq.pdf>

## SAISIE DE L'ORDONNANCE

La réception des ordonnances comprend la réception des ordonnances des patients ou des prescripteurs, ainsi que la saisie des informations relatives aux ordonnances dans le système informatique de la pharmacie. La saisie des ordonnances est effectuée par un membre de l'équipe de la pharmacie, et l'exactitude des informations est vérifiée.

### *Copie d'un fichier d'ordonnance antérieur*

Lors de la saisie d'une nouvelle ordonnance dans le profil électronique du patient, il est possible de copier une ordonnance existante pour le même médicament, en modifiant au besoin les champs afin de refléter les détails de la nouvelle ordonnance. Au cours de la formation, on apprend souvent aux employés à utiliser la fonction de copie pour accélérer le traitement des ordonnances.

#### *Exemple d'incident*

*Une nouvelle ordonnance de méthylphénidate 20 mg a été saisie en copiant l'ordonnance précédente du patient pour du méthylphénidate 10 mg. L'employé de la pharmacie qui a saisi l'ordonnance a oublié de modifier le champ de la dose de 10 mg à 20 mg, de sorte que le patient a reçu la moitié de la dose prévue.*



**ASTUCE :** Une pratique sûre consiste à créer une nouvelle entrée pour toutes les nouvelles prescriptions et à limiter la fonction de copie aux nouvelles prescriptions qui sont inchangées par rapport à la prescription précédente dans le profil du patient.

### *Retard dans la mise à jour du profil du patient*

Lorsqu'on lui présente une ordonnance pour un médicament actuel avec un dosage différent ou un mode d'emploi modifié, ou pour un médicament différent pour la même indication, l'équipe pharmaceutique peut se concentrer sur le traitement immédiat de la nouvelle ordonnance. La charge de travail et les contraintes de temps peuvent alors retarder l'inactivation de l'ordonnance ou des ordonnances précédentes dans le profil du patient<sup>7</sup>. Lorsque ces ordonnances périmées demeurent dans le profil (et sont affichées comme « actives »), elles peuvent être délivrées par

inadvertance, ce qui entraîne des erreurs de médication (c'est-à-dire des traitements en double) et nuire au patient.

#### *Exemple d'incident*

*Une nouvelle ordonnance pour un bêta-bloquant incluait une note indiquant d'interrompre le bêta-bloquant actuel du patient. Cependant, l'ordonnance pour le bêta-bloquant figurant au dossier n'a pas été interrompue ou inactivée. L'ordonnance de ce dernier a été renouvelée peu après la délivrance du nouveau bêta-bloquant. L'ingestion concomitante des deux bêta-bloquants aurait contribué au décès du patient.*



**ASTUCE :** Mettre à jour le profil de médication du patient pendant la vérification clinique, soit avant, soit immédiatement après la saisie de l'ordonnance.

## PRÉPARATION DE L'ORDONNANCE

La préparation d'une ordonnance consiste à récupérer le produit, à rassembler la quantité requise pour l'ordonnance, à emballer le médicament dans un contenant approprié (par exemple, un flacon, une bouteille ou un emballage de conformité) et à étiqueter le contenant.

### *Gestion inadéquate des changements de médicaments dans les emballages de conformité*

La préparation des emballages de conformité (ou plaquettes alvéolées) est complexe, comporte plusieurs étapes et, potentiellement, plusieurs membres de l'équipe pharmaceutique, et elle est souvent effectuée à l'avance. L'analyse a permis d'identifier de nombreux cas où des changements apportés au milieu du cycle de médication d'un patient (c'est-à-dire avant la préparation de la prochaine plaquette alvéolée) ont contribué à des erreurs de médication.

#### *Exemple d'incident*

*Un patient, dont la plaquette alvéolée était en cours de préparation, a vu sa dose d'un médicament passer de 2 comprimés par jour à 3 comprimés par jour. Un flacon contenant des comprimés de ce médicament, étiqueté avec les nouvelles instructions, a été remis au*

patient, pour être pris pendant l'intervalle jusqu'à la préparation de la prochaine plaquette alvéolée. Le patient a mal compris les instructions et a pris les 3 comprimés par jour du flacon en plus des 2 comprimés de la plaquette alvéolée, portant ainsi la dose quotidienne totale à 5 comprimés.



**ASTUCE :** Dans la mesure du possible, refaire l'emballage de la plaquette alvéolée existante pour refléter la nouvelle ordonnance. Sinon, collaborer avec le prescripteur pour déterminer si un changement de médicament peut être effectué au moment de la délivrance de la prochaine plaquette alvéolée.

### ***Lecture répétée du code à barres d'un produit pour représenter plusieurs produits***

Les solutions destinées à accélérer le processus d'exécution des ordonnances contournent l'avantage de sécurité prévu par la lecture des codes à barres<sup>8,9</sup>. Un exemple de solution courante consiste à lire le code à barres d'un article plusieurs fois, plutôt que de lire le code à barres de chaque article séparément, lorsque plus d'un emballage d'un médicament est nécessaire pour une même ordonnance.

#### *Exemple d'incident*

Lors de la préparation d'une ordonnance nécessitant 3 boîtes de médicaments, un membre de l'équipe de la pharmacie a scanné le code à barres d'une seule boîte 3 fois, au lieu de scanner chaque boîte séparément. Les boîtes ont ensuite été collées ensemble avec du ruban adhésif, et une étiquette a été apposée sur l'emballage des trois boîtes. Heureusement, lors de la vérification visuelle du produit, le pharmacien a constaté qu'une des boîtes contenait la mauvaise concentration du médicament.



**ASTUCE :** Scanner le code à barres de chaque boîte ou flacon utilisé pour préparer une ordonnance.



**ASTUCE :** Configurer le logiciel de la pharmacie pour qu'il imprime automatiquement plusieurs étiquettes si plusieurs contenants sont délivrés. Vérifier l'exactitude des données avant d'étiqueter chaque contenant.

## **RAMASSAGE DE L'ORDONNANCE**

Le ramassage de l'ordonnance désigne l'action de transférer l'ordonnance complétée de la pharmacie au patient. Cette dernière étape du traitement de l'ordonnance est l'occasion d'une dernière vérification pour détecter et empêcher toute erreur de médication.

### ***Identification inadéquate du patient***

Les pharmacies doivent suivre des procédures strictes pour l'identification des patients au moment du ramassage, comme demander deux identifiants et faire vérifier par le patient et le membre du personnel de la pharmacie les contenants dans le sac<sup>5</sup>. Il est particulièrement préoccupant de constater que des processus d'identification insuffisants ont mené à plusieurs erreurs de « mauvais patient » associées au traitement par agonistes opioïdes (méthadone, buprénorphine-naloxone par exemple).

#### *Exemple d'incident*

Un patient qui récupérait une ordonnance a confirmé le nom de famille et a fourni un surnom comme prénom. Le personnel de la pharmacie n'a pas demandé un deuxième identifiant de patient et, en conséquence, le patient a quitté la pharmacie avec les ordonnances d'un autre patient.



**ASTUCE :** Demander au moins deux identifiants du patient lors du ramassage de l'ordonnance. Les identifiants privilégiés, en plus du nom du patient, comprennent l'adresse et la date de naissance de la personne.



**ASTUCE :** Lors du ramassage, ouvrez le sac contenant les ordonnances et examinez les médicaments avec le patient, en vous assurant que chaque étiquette d'ordonnance porte le nom du patient concerné.

### ***Manque de dialogue avec les patients***

Les patients doivent recevoir des conseils pour toutes les nouvelles ordonnances, y compris celles comportant un changement de dose ou de mode d'emploi. De nombreuses pharmacies ont mis en place des systèmes pour alerter les pharmaciens lorsque des ordonnances nécessitent une discussion avec le patient; cependant, des facteurs tels que des interruptions ou une charge de

travail élevée risquent de faire en sorte que ces alertes soient négligées<sup>3</sup>.

#### Exemple d'incident

*Un patient qui prenait de la warfarine a reçu de nouvelles ordonnances pour deux antibiotiques susceptibles d'augmenter l'effet de l'anticoagulant. Le pharmacien n'a pas communiqué à la personne chargée du patient (celle qui a récupéré les ordonnances) la nécessité d'effectuer des contrôles sanguins plus fréquents pour atténuer le risque d'hémorragie. Le patient a ensuite été hospitalisé en raison d'une hémorragie grave.*



**ASTUCE :** Identifier et documenter les points de discussion (par exemple, sur la copie papier de l'ordonnance) pendant le processus de vérification. Joindre la documentation à l'ordonnance complétée afin d'alerter le pharmacien pour qu'il engage le dialogue avec le patient avant la délivrance de l'ordonnance.



**ASTUCE :** Envisager l'utilisation de la technologie pour soutenir la communication virtuelle avec les patients lorsqu'ils ne sont pas en mesure d'aller chercher eux-mêmes leurs ordonnances.

## CONCLUSION

Les exigences complexes des soins aux patients et l'environnement de pratique souvent sous haute tension sont des éléments clés à prendre en compte lors de la conception du déroulement des opérations dans les pharmacies communautaires afin de s'assurer que les processus et les systèmes ne compromettent pas la sécurité des patients<sup>2,3,5</sup>. Nous partageons les enseignements tirés de l'analyse de ces erreurs afin d'aider les équipes pharmaceutiques à mieux comprendre les risques potentiels associés aux processus problématiques et d'encourager la réflexion sur la façon dont les diverses technologies et les ressources disponibles peuvent être mieux utilisées pour optimiser l'efficacité et la sécurité.

## REMERCIEMENTS

*L'ISMP Canada tient à remercier les personnes suivantes (en ordre alphabétique) pour la révision experte de ce bulletin :*

Jennifer Antunes, technicienne en pharmacie agréée, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, ON; Jeannette Sandiford BSP, registraire adjointe, Saskatchewan College of Pharmacy Professionals, Regina, SK; Nabila Tabassum RPh, BScPhm, PharmD, pharmacienne salariée, Shoppers Drug Mart, Toronto, ON.

## RÉFÉRENCES

1. Jacobs S, Johnson S, Hassell K. Managing workplace stress in community pharmacy organisations: lessons from a review of the wider stress management and prevention literature. *Int J Pharm Pract.* 2018;26(1):28-38.
2. Rajah R, Hanif AA, Tan SSA, Lim PP, Karim SA, Othman E, et al. Contributing factors to outpatient pharmacy near miss errors: a Malaysian prospective multi center study. *Int J Clin Pharm.* 2019;41(1):237-243.
3. Weir NM, Newham R, Bennie M. A literature review of human factors and ergonomics within the pharmacy dispensing process. *Res Social Adm Pharm.* 2020;16(5):637-645.
4. Dillon P, McDowell R, Smith SM, Gallagher P, Cousins G. Determinants of intentions to monitor antihypertensive medication adherence in Irish community pharmacy: a factorial survey. *BMC Fam Pract.* 2019;20:Article 131
5. Thomas CEL, Phipps DL, Ashcroft DM. When procedures meet practice in community pharmacies: qualitative insights from pharmacists and pharmacy support staff. *BMJ Open.* 2016;6(6):e010851.
6. Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2012 [cité le 18 février 2020]. Disponible à l'adresse <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework%20FR.PDF> Les partenaires collaborant à l'analyse des incidents sont l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Saskatchewan Health, Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'ICSP dirigé par les patients), Paula Beard, Carolyn E. Hoffman et Micheline Ste-Marie.
7. Stojković T, Rose O, Woltersdorf R, Marinković V, Manser T, Jaehde U. Prospective systemic risk analysis of the dispensing process in German community pharmacies. *Int J Health Plann Manage.* 2018;33(1):e320-e332.
8. Institute for Safe Medication Practices. Maximizing the value of bar code scanning in community pharmacies. *Pharm Today.* 2014;20(6):76.
9. van der Veen W, van den Bempt PMLA, Wouters H, Bates DW, Twisk JWR, de Gier JJ, et al. Association between workarounds and medication administration errors in bar-code-assisted medication administration in hospitals. *J Am Med Inform Assoc.* 2018;25(4):385-392.

## Erreurs de substitution des céphalosporines : Une analyse collaborative avec l'ICIS

### Recommandations

- Exiger que les utilisateurs saisissent au moins 4 lettres lors de la sélection électronique des produits avant que les options ne soient affichées<sup>1,2</sup>
- Ajouter l'indication lors de la prescription
- Utiliser le code à barres tout au long du processus de traitement des médicaments

La gestion responsable et la sécurité des antibiotiques sont des domaines d'un grand intérêt. C'est dans cette optique que les équipes du Système national de déclaration des incidents (SNDI) de l'Institut canadien d'information sur la santé et ISMP Canada ont collaboré pour examiner leurs bases de données nationales respectives de déclaration des incidents. L'équipe du BC Patient Safety and Learning System a fourni une aide précieuse en vérifiant les données du SNDI de la Colombie-Britannique. Certains résultats des analyses effectuées sont partagés ici.

### Méthodologie

L'examen des incidents liés aux antibiotiques signalés au SNDI entre 2008 et 2020 a montré que les types d'erreurs les plus courants étaient similaires pour les différentes classes d'antibiotiques. Toutefois, les erreurs impliquant des céphalosporines (qui représentaient 30 % de tous les incidents liés aux antibiotiques) étaient deux fois plus susceptibles d'être des erreurs de « mauvais médicament » que les erreurs impliquant d'autres types d'antibiotiques.

À la lumière de ces résultats, l'ISMP Canada a effectué une analyse multi-incidents des données (pour les incidents déclarés entre le 1<sup>er</sup> avril 2010 et le 13 novembre 2020) provenant de ses trois bases de données de déclaration et du SNDI afin de mieux comprendre les facteurs contribuant aux erreurs de substitution des céphalosporines. Après l'examen initial de plus de 3 700 déclarations, il restait respectivement 464 et 395 incidents à analyser dans les bases de données de l'ISMP Canada et du SNDI.

### Résultats quantitatifs

Environ 70 % des déclarations concernaient des confusions entre différentes céphalosporines, bien qu'il y ait également eu des erreurs de substitution impliquant des médicaments antimicrobiens autres que des céphalosporines. Le tableau 1 montre les 3 principales paires impliquées dans les erreurs de substitution. Un préjudice a été signalé dans 3,5 % des incidents.

### Résultats qualitatifs

La présence de préfixes à l'apparence et à la consonance similaires (« ceph » ou « cef ») a été identifiée comme un facteur contributif clé dans tous les éléments identifiés. Parmi les autres facteurs contributifs, citons les similitudes entre les doses prescrites et les forces et concentrations des produits disponibles (par exemple, des flacons de 1 g sont disponibles pour la ceftriaxone et la céfazoline). Plus précisément, pour la paire cefprozil et cefuroxime, les noms de marque à consonance similaire (Cefzil et Cefitin) ont contribué aux erreurs de substitution.

**TABLEAU 1.** Les 3 principales paires de céphalosporines sujettes aux erreurs de substitution

Médicament courant prévu	Médicaments de substitution courants	% des incidents (sans tenir compte de la direction)
Céfazoline	Ceftriaxone	22 %
Céfuroxime	Céphalexine	12,6 %
Cefprozil	Céfuroxime	11,5 %

## Conclusion

Les céphalosporines sont souvent substituées les unes aux autres par erreur. Bien que seul un faible pourcentage des cas signalés ait entraîné un préjudice (ce qui était prévisible, étant donné les profils d'effets indésirables similaires des médicaments substitués), les effets à plus long terme et les coûts résultant des retards dans le traitement avec le bon antibiotique sont inconnus.

## Références

1. Understanding Human Over-Reliance on Technology. Horsham (PA): ISMP. 8 septembre 2016 [cité le 22 juin 2021]. Disponible à l'adresse [Understanding Human Over-Reliance on Technology \(ismp.org\)](http://www.ismp.org)
2. Fatal medication errors can result when drug entry fields populate after only a few letters. Plymouth Meeting (PA): ECRI. 28 janvier 2021 [cité le 22 juin 2021]. Disponible à l'adresse (abonnement requis) [Fatal Medication Errors Can Result When Drug Entry Fields Populate after Only a Few Letters \(ecri.org\)](http://www.ecri.org)



Le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM) est un regroupement pancanadien de Santé Canada, en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Le SCDPIM a pour but de réduire et de prévenir les incidents médicamenteux indésirables au Canada.



L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada est un organisme national indépendant à but non lucratif engagé à la promotion de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans tous les secteurs de la santé. Les mandats de l'ISMP Canada sont les suivants : recueillir et analyser les déclarations d'incidents/accidents liés à l'utilisation des médicaments, formuler des recommandations pour prévenir les accidents liés à la médication et porter assistance dans le cadre des stratégies d'amélioration de la qualité.

## Pour déclarer les accidents liés à la médication

(incluant les évités de justesse)

**En ligne :** [www.ismp-canada.org/fr/form\\_dec.htm](http://www.ismp-canada.org/fr/form_dec.htm)

**Téléphone :** 1-866-544-7672

ISMP Canada s'efforce d'assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements reçus et respectera la volonté du déclarant quant au niveau de détail à inclure dans ses publications. Les bulletins de l'ISMP Canada contribuent aux alertes mondiales sur la sécurité des patients.

## Inscrivez-vous

Pour recevoir gratuitement le Bulletin "Bulletin de l'ISMP Canada", inscrivez-vous à l'adresse :

[www.ismp-canada.org/subscription.htm](http://www.ismp-canada.org/subscription.htm)

Ce bulletin partage des informations sur les pratiques de médication sécuritaires, est non commerciale, et est par conséquent exempté de la législation anti-pourriel canadienne.

## Contactez-nous

**Adresse courriel :** [cmirps@ismpcanada.ca](mailto:cmirps@ismpcanada.ca)

**Téléphone :** 1-866-544-7672

©2021 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.