

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 23 • Numéro 4 • Le 26 avril 2023

Nouvelles classes de médicaments pour traiter le diabète : Une analyse multi-incidents de déclarations provenant des pharmacies communautaires

La prise en charge du diabète est complexe, et nécessite un suivi ainsi que de fréquents changements de médicaments afin d'atteindre des objectifs glycémiques optimaux. On estime que les médicaments destinés au traitement du diabète occupent la cinquième position parmi les classes thérapeutiques les plus couramment prescrites¹. Les nouveaux médicaments contre le diabète constituent également plusieurs des principales classes de médicaments générant le plus de dépenses². Les efforts déployés pour assurer la sécurité du traitement du diabète se sont concentrés sur l'insuline et les hypoglycémiant traditionnels; or des erreurs

liées aux nouvelles classes de médicaments oraux et injectables sous-cutanés sont désormais signalées³. Le présent bulletin porte sur une analyse d'incidents concernant les nouvelles classes de médicaments utilisés pour traiter le diabète survenus dans les pharmacies communautaires, et propose des stratégies pour prévenir les erreurs.

MÉTHODOLOGIE

Les déclarations d'incidents concernant les nouvelles classes de médicaments hypoglycémiant (également appelés antidiabétiques) (tableau 1) survenus dans

TABLEAU 1. Noms génériques et noms de marque des médicaments pour les trois nouvelles classes de médicaments antidiabétiques inclus dans l'analyse*

Classe	Noms génériques	Noms de marques des médicaments
Inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) (commercialisé pour la première fois au Canada entre 2008 et 2014)	alogliptine	Nesina, Kazano
	linagliptine	Trajenta, Jentaduetto
	saxagliptine	Onglyza, Komboglyze
	sitagliptine	Januvia, Janumet
Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2) (commercialisé pour la première fois au Canada entre 2014 et 2016)	canagliflozine	Invokana, Invokamet
	dapagliflozine	Forxiga, Xigduo
	empagliflozine	Jardiance, Synjardy
Agonistes du récepteur du GLP-1 (glucagon-like peptide-1) (commercialisé pour la première fois au Canada entre 2015 et 2018)	dulaglutide	Trulicity
	liraglutide	Victoza, Xultophy
	sémaglutide	Ozempic, Rybelsus
	lixisénatide	Adlyxine, Soliqua

* Les noms de médicaments ont été obtenus par le biais de requêtes en ligne dans la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments-produits-sante/medicaments/base-donnees-produits-pharmaceutiques.html>) effectuées entre le 16 et le 23 novembre 2022.

des pharmacies communautaires ont été extraites de trois bases de données de déclarations de l'ISMP Canada (déclarations d'incidents de médicaments par les professionnels de la santé, Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires et déclaration des consommateurs) pour la période allant du 1^{er} novembre 2019 au 31 octobre 2022. Les critères de recherche comprenaient tous les noms génériques et de marque des trois classes de médicaments antidiabétiques disponibles au Canada afin d'extraire les données potentiellement pertinentes.

Les incidents dont la description n'était pas claire ou qui n'étaient pas spécifiques à ces classes de médicaments (par exemple, la saisie par erreur d'un nombre incorrect de renouvellements) ont été exclus de l'analyse. L'élargissement des indications au-delà du diabète, pour certains des médicaments les plus récents, a augmenté la complexité; il existe des preuves à l'effet que certains de ces médicaments sont utilisés de façon non conforme, à des fins de contrôle

du poids. Afin de centrer l'analyse sur le traitement du diabète, les incidents liés au Saxenda (liraglutide), qui n'est indiqué que pour la perte de poids, et à l'Ozempic (sémaglutide) lorsqu'utilisé de manière non conforme pour la perte de poids, ont été exclus. L'analyse a été réalisée conformément à la méthodologie d'analyse multi-incidents décrite dans le Cadre canadien d'analyse des incidents⁴.

RÉSULTATS QUANTITATIFS

Au total, 770 déclarations ont été extraites et examinées en fonction des critères d'exclusion, et 441 incidents ont été inclus dans l'analyse finale. La figure 1 présente les produits antidiabétiques les plus fréquemment mentionnés lors de ces incidents. La majorité de ceux-ci ont été rapportés comme des incidents évités de justesse ou comme des événements n'ayant pas entraîné de préjudice; seule une petite proportion de ces incidents (3,6 %) ont été signalés comme ayant entraîné un préjudice pour le patient.

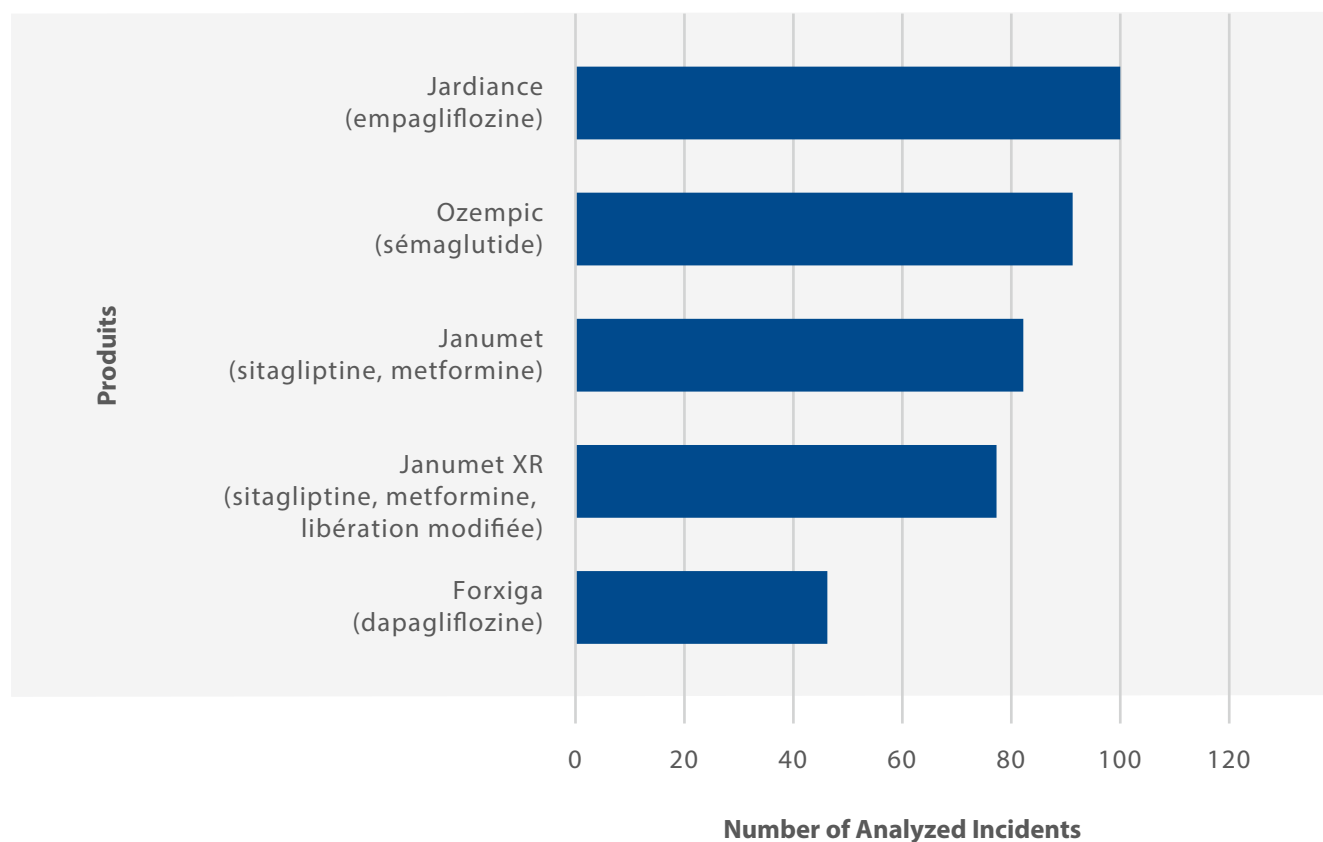


Figure 1. Les nouveaux produits antidiabétiques les plus fréquemment signalés dans les incidents analysés.

ANALYSE QUALITATIVE

L'analyse multi-incidents a permis d'identifier trois thèmes et plusieurs sous-thèmes, tels que résumés dans la figure 2 et discutés ci-après.

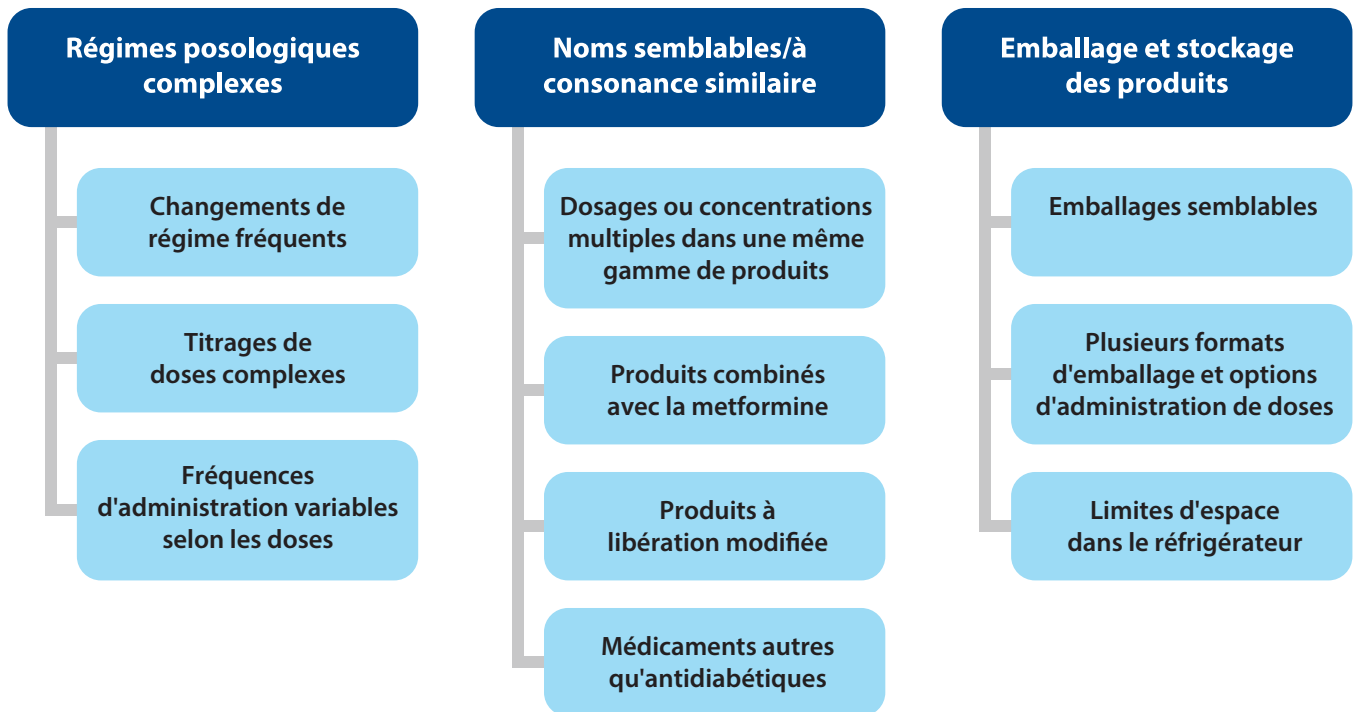


Figure 2. Thèmes et sous-thèmes identifiés dans le cadre de l'analyse qualitative.

THÈME : Régimes posologiques complexes

Changements de régime fréquents

La prise en charge du diabète nécessite souvent des ajustements du régime posologique du patient. Il peut s'agir de modifications de doses, de l'ajout d'un agent appartenant à une autre classe de médicaments ou d'un changement de médicament. Un facteur contributif courant dans les incidents liés à des changements de régime posologique est la pratique du copier-coller, qui consiste à copier un fichier de prescription existant dans le système de la pharmacie afin de créer une entrée pour une nouvelle prescription^{5,6}.



Conseil : Interroger le patient/l'aidant, à chaque interaction, sur la gestion de la glycémie et sur les médicaments

antidiabétiques en cours d'utilisation et leurs doses. Mettre à jour le profil du patient en désactivant les prescriptions des médicaments interrompus et les doses antérieures.

Conseil : Limiter la fonction « copie » aux prescriptions qui restent inchangées par rapport aux prescriptions précédentes dans le profil du patient⁵.

Conseil : Encourager les prescripteurs à indiquer de manière visible les changements de médicaments et de doses sur l'ordonnance (par exemple, CESSER [médicament précédent]; AUGMENTER la dose).

Titrages de doses complexes

De nombreux médicaments nécessitent un ajustement de la dose. Par exemple, pour la classe des agonistes du récepteur du GLP-1 (glucagon-like peptide-1) (le sémaglutide par exemple), les régimes de titrage peuvent être nécessaires pendant plusieurs semaines et comporter différentes doses de produits; l'équipe doit donc bien connaître les différents produits disponibles et la manière de les utiliser.



Conseil : Concevoir les instructions de l'étiquette en pensant à l'utilisateur final. Voici quelques-unes des suggestions qui ont été formulées :

- Entrer chaque étape du titrage comme une ordonnance distincte (au lieu de saisir le titrage en plusieurs étapes sur une seule ordonnance et de la renouveler); en conséquence, cela permettra au patient de recevoir des conseils à chaque étape. Si une approche de renouvellement est préconisée, incorporer un indicateur dans le système pour s'assurer que le patient consulte un pharmacien à chaque changement de dose.
- Numéroté chaque étape du titrage (étape 1, étape 2 par exemple) pour plus de clarté.

Conseil : Fournir un calendrier personnalisé pour aider le patient à comprendre le titrage de la dose⁶. Numériser une copie du calendrier à conserver dans le dossier de la prescription.

Exemple d'incident : *Un patient a présenté une nouvelle ordonnance pour une dose de titrage de sémaglutide, à exécuter à une date ultérieure (c'est-à-dire que l'ordonnance devait être mise en attente pour le moment). Or, seule la première partie du régime de titrage a été saisie dans le système de la pharmacie, car le personnel n'a pas réalisé que le titrage comportait plusieurs étapes et produits. Heureusement, l'erreur a été identifiée et corrigée par la suite.*

Des déclarations d'incidents récentes décrivent des patients qui ont administré par erreur une dose initiale (par exemple, sémaglutide 0,25 mg par semaine) au lieu de continuer à administrer du sémaglutide 0,5 mg par semaine après le renouvellement de l'ordonnance, parce que l'étiquette de renouvellement continuait à inclure les instructions relatives à la dose initiale.

Fréquences d'administration variables selon les doses

L'ignorance des différences de fréquences d'administration (deux fois par jour ou une fois par jour) entre les préparations à libération immédiate et à libération modifiée (Janumet et Janumet XR par exemple) a fréquemment été mentionnée comme facteur contribuant aux incidents. En outre, la méconnaissance de l'éventail des schémas posologiques des médicaments injectables de la classe des agonistes du récepteur du GLP-1 (administration hebdomadaire du sémaglutide⁷ et administration quotidienne du liraglutide⁸ par exemple) a également été signalée comme un facteur contribuant aux erreurs de médication.



Conseil : Develop educational materials (e.g., comparison tables) to inform staff about new medication formulations and dosing regimens, and to provide a quick reference in the pharmacy.

THÈME : Noms semblables/à consonance similaire

De nombreuses déclarations d'incidents ont fait état de noms qui se ressemblent ou présentent une consonance similaire, qui ont eu une incidence sur les étapes de la prescription, de la saisie de l'ordonnance et de la préparation. Des confusions ont été signalées en rapport avec la disponibilité de plusieurs dosages et/ou concentrations (par exemple, empagliflozine [Jardiance] en doses de 10 mg et 25 mg), de produits combinés (sitagliptine seule [Januvia] vs sitagliptine/metformine [Janumet]) et de formulations modifiées (Janumet et Janumet XR par exemple) en plus de la confusion avec des médicaments autres qu'antidiabétiques (Synjardy [empagliflozine/metformine] et Synthroid [lévothyroxine] par exemple).



Conseil : Mettre l'accent sur les points clés qui distinguent les produits sur la copie papier au moment de la vérification (par exemple : Janumet XR).

Conseil : Travailler avec les fournisseurs de technologies de l'information (TI) ou de logiciels afin que les informations clés soient mises en évidence dans les logiciels de pharmacie (Janumet XR [sitagliptine/ metformine, **libération modifiée**] par exemple).

Conseil : Encourager les prescripteurs à indiquer à la fois le nom de la marque et le nom du générique dans les ordonnances électroniques et écrites.

Les facteurs contributifs suivants ont entre autres été identifiés :

- La ressemblance entre la nature et l'utilisation de certains noms de marque (par exemple **Janumet**, **Januvia** et **Jardiance**) figurant sur des ordonnances où les noms des médicaments génériques n'apparaissent pas.
- La ressemblance des noms génériques (par exemple **canagliflozine**, **dapagliflozine** et **empagliflozine**) lorsque les noms de marque ne sont pas mentionnés.
- Les similitudes dans l'affichage des médicaments portant des noms similaires dans les systèmes de prescription, de même que de saisie des ordonnances dans les pharmacies.

THÈME : Emballage et stockage des produits

Emballages similaires

Un tiers des déclarations analysées mentionnaient que des emballages similaires ont contribué à des erreurs de médication. La figure 3 montre des images de paires de produits en cause dans certains des incidents analysés.



Conseil : Intégrer la lecture des codes-barres dans les processus de la pharmacie, y compris en ce qui concerne la gestion des stocks et la délivrance des médicaments.

Conseil : Séparer les emballages de médicaments similaires à l'aide d'un séparateur d'étagères ou de bacs distincts.

Plusieurs formats d'emballage et options d'administration de doses

Les équipes de pharmaciens peuvent ne pas savoir que certains produits existent en différentes tailles d'emballage et peuvent administrer des doses différentes, ce qui peut conduire à la délivrance de quantités incorrectes. Par exemple, le liraglutide (Victoza) est disponible sous forme de stylo multidose pouvant délivrer trois doses différentes (0,6 mg, 1,2 mg ou 1,8 mg), et les stylos sont emballés en trois formats différents (1 stylo, 2 stylos ou 3 stylos). Un seul stylo peut délivrer 30 doses de



Figure 3. Exemples d'emballages similaires rapportés dans les déclarations d'incident.

0,6 mg ou 10 doses de 1,8 mg. Autre exemple, le sémaglutide (Ozempic) est disponible sous la forme de trois stylos différents : un stylo de 2 mg qui délivre des doses de 0,25 mg et 0,5 mg; un stylo de 4 mg qui délivre des doses de 1 mg; et un stylo de 8 mg (approuvé, mais actuellement non commercialisé au Canada) qui délivre des doses de 2 mg.



Conseil : Intégrer une double vérification indépendante dans le processus de délivrance afin de confirmer les calculs de la dose et de la quantité à délivrer.

Conseil : Créer du matériel de formation afin d'informer le personnel au sujet des formats d'emballage des produits et des options d'administration des doses, et de fournir une référence rapide dans la pharmacie.

Exemple d'incident : Pour une prescription de liraglutide (Victoza) à 1,2 mg une fois par jour pendant 90 jours, une boîte de trois stylos a été préparée, chaque stylo délivrant 15 doses de 1,2 mg. Par conséquent, pour la durée de traitement spécifiée, six stylos (deux boîtes) étaient nécessaires. Le pharmacien a corrigé la quantité avant que le médicament ne soit délivré au patient.

Limites d'espace dans le réfrigérateur

Les nouveaux médicaments antidiabétiques injectables (le sémaglutide [Ozempic], le liraglutide [Victoza] et le dulaglutide [Trulicity] par exemple) sont conservés au réfrigérateur avant l'ouverture de l'emballage et après l'exécution de l'ordonnance (mais avant que celle-ci ne soit remise au patient). Une erreur fréquemment signalée consiste à retirer du réfrigérateur une ordonnance préparée pour un autre patient. Ces rapports soulignent la nécessité d'évaluer et de mieux organiser l'espace du réfrigérateur pour les ordonnances remplies afin d'éviter ces confusions.



Conseil : Organiser les ordonnances préparées et réfrigérées par ordre alphabétique selon les noms de famille des patients.

Conseil : Placer les produits préparés dans le réfrigérateur de manière à ce que l'étiquette portant le nom du patient soit visible.

CONCLUSION

Cette analyse thématique met en lumière des erreurs liées aux inhibiteurs de la DPP-4, aux inhibiteurs du SGLT2 et aux agonistes du récepteur du GLP-1 qui se produisent dans les pharmacies communautaires et partage des conseils de sécurité. Parmi les éléments clés à prendre en compte, citons la modification de l'affichage des noms de produits qui se ressemblent dans le logiciel de la pharmacie, la mise en œuvre de la technologie de lecture des codes à barres dans le processus de la pharmacie, l'organisation de l'espace du réfrigérateur pour assurer la séparation et la visibilité des produits et des prescriptions individuelles, et la revue des instructions figurant sur l'étiquette avec les patients au moment de la remise de l'ordonnance pour s'assurer que l'information correspond à ce qu'ils s'attendent à recevoir. Les équipes communautaires, y compris les prescripteurs, les infirmières, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, sont encouragées à examiner leurs propres incidents, en plus des enseignements tirés de cette analyse, afin de les guider dans l'amélioration de leurs processus d'utilisation des médicaments.

REMERCIEMENTS

L'ISMP Canada tient à remercier les consommateurs, les professionnels de la santé et les organismes qui déclarent les incidents liés à la médication à des fins d'analyse et d'apprentissage. La révision experte de ce bulletin par les personnes suivantes (en ordre alphabétique) est également appréciée : Susan Bonk RN, BScN, CDE, CPT, chef d'équipe, clinique de diabète pour adultes; Curtis Fiesler BScPharm; Sabrina Hlewka BSP, APA; Erin Musgrave MN, RN, CDE, CBE, gestionnaire de cas de diabète Outreach, Réseau de santé Horizon; Samer Qasem RPh, CDE, CTH, Nanaimo, BC; Mehran Soltani MD, CCFP, Aurora, ON; Peggy Yoston RPh, PharmD, conseillère en matière de pratiques et de politiques, Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, Moncton, NB.

Programmes de renouvellement automatique des ordonnances en pharmacie – Des améliorations s'imposent

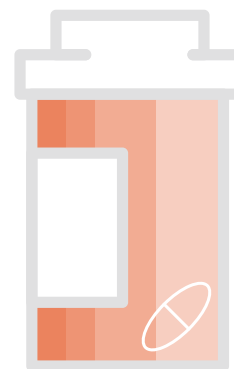
Les programmes de renouvellement automatique sont conçus pour assurer aux patients la continuité de leur approvisionnement en médicaments. Ce processus automatisé, utilisé par de nombreuses pharmacies communautaires, permet à l'équipe de la pharmacie de renouveler les médicaments utilisés à long terme sans que le patient ait à en faire la demande. Des expériences vécues par des patients et communiquées à Medicamentssecuritaires.ca ont mis en évidence des problèmes de sécurité liés à ces programmes.

Dans un cas, la personne a été informée par le programme de renouvellement automatique de la pharmacie qu'un médicament avait été renouvelé. Or, le prescripteur avait interrompu la prise du médicament en question. Heureusement, comme le patient était au courant du changement, il n'a pas pris le médicament. L'erreur s'est produite une deuxième fois lorsque le système automatique a renouvelé le médicament à une date ultérieure.

Dans le second cas, la personne ne savait pas qu'on lui avait demandé de s'inscrire ou que son nom avait été ajouté au programme de renouvellement automatique. Elle s'en est aperçue lorsqu'on lui a demandé de venir chercher un médicament renouvelé qu'elle n'avait pas demandé et dont elle n'avait pas besoin.

Medicamentssecuritaires.ca offre les conseils suivants aux praticiens pour les aider à prévenir les erreurs liées aux programmes de renouvellement automatique :

- Demandez l'autorisation du patient avant de l'inscrire à un programme de renouvellement automatique.
- Confirmez les informations suivantes auprès du patient lorsqu'il vient chercher son ou ses médicaments afin d'assurer une compréhension mutuelle des aspects suivants de sa médication :
 - les changements de dose
 - les médicaments retirés
 - les médicaments nécessaires et leur mode d'utilisation.
- Maintenez les profils de médication exacts et à jour. Désactivez les anciens médicaments ou les anciennes doses de médicaments du profil du patient lorsque des changements sont apportés à son régime posologique. Les bilans de médication peuvent contribuer à garantir que les profils sont à jour.
- Révisez et optimisez le processus de remise en stock au sein de l'organisation ou de la pharmacie afin de prévenir les erreurs. Les programmes de renouvellement automatique des ordonnances entraînent une augmentation de la nécessité de remettre des médicaments préparés en stock.



Le bulletin de medicamentssecuritaires.ca est accessible ici :

<http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/202301BulletinV14N01-renouvellement-automatique.pdf>

Références

1. Tendances pharmaceutiques : Les 10 principales catégories thérapeutiques au Canada, 2021. Kirkland (QC): IQVIA; 2022 [consulté le 9 février 2023]. Accessible au : https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/2021-trends/french/10-principales-catgories-thrapeutiques_fr_21.pdf
2. Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2022 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments — 100 principales catégories de médicaments, 2021, tableaux de données [feuille de calcul]. Ottawa (ON): Institut canadien d'information sur la santé; 2022 [consulté le 9 février 2023]. Accessible au : <https://www.cihi.ca/fr/depenses-en-medicaments-prescrits-au-canada>
3. Liraglutide dosage unit confusion. ISMP Medication Safety Alert! Community Ambulatory Care. 2017 [consulté le 11 janvier 2023]; 16(11). Accessible au : <https://www.ismp.org/communityambulatory/medication-safety-alert-november-2017> Abonnement nécessaire.
4. Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton (AB): Canadian Patient Safety Institute; 2012 [consulté le 11 janvier 2023]. Accessible au : <https://www.healthcareexcellence.ca/media/gilnw3uy/canadian-incident-analysis-framework-final-ua.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.
5. Concilier sécurité et efficacité en pharmacie communautaire. Bulletins de sécurité de l'ISMP Canada 2021 [consulté le 13 janvier 2023];21(7):1-4. Accessible au : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/2022/01/BISMPC2021-n7-securite-efficacite.pdf>
6. Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments pour la pharmacie communautaire - version canadienne complète II. Toronto (ON): Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2022 [consulté le 9 février 2023]. Accessible au : <https://mssa2.ismp-canada.org/fr/pharm-comm-ii> Inscription nécessaire pour accéder au contenu.
7. Ozempic [monographie de produit]. Mississauga (ON): Novo Nordisk Canada; 4 janvier 2018; révisé le 4 janvier 2022; [consulté le 13 janvier 2023]. Accessible au : <https://caf.novonordisk.ca/content/dam/nncorp/ca/fr/products/ozempic-product-monograph-fr.pdf>
8. Victoza [monographie de produit]. Mississauga (ON): Novo Nordisk Canada Inc.; révisé le 9 décembre 2022 [consulté le 13 janvier 2023]. Accessible au : https://caf.novonordisk.ca/content/dam/nncorp/ca/fr/products/Victoza_PM-FR-Feb2020_Non-Annotated.pdf



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 Excellence en santé Canada (ESC). 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.ismpcanada.ca/fr/declaration/

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.ismpcanada.ca/fr/safety-bulletins/#footer

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

Téléphone : 1-866-544-7672

©2023 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.