

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 24 • Numéro 2 • Le 6 mars 2024

Services d'exécution centralisée des ordonnances pour les pharmacies communautaires : une analyse d'incidents multiples

Un service d'exécution centralisée des ordonnances est un partenariat collaboratif entre une pharmacie « source » et une pharmacie « d'exécution centralisée » aux responsabilités et à la reddition de comptes clairement définies pour chacune d'elles¹. Les services fournis par les pharmacies d'exécution centralisée comptent en général la préparation des emballages facilitant l'observance thérapeutique des patients, les renouvellements et les préparations magistrales d'ordonnances. Une fois leur préparation achevée par la pharmacie d'exécution centralisée, les médicaments d'ordonnance sont envoyés à la pharmacie source (premier lieu où les ordonnances ont été reçues), qui veillera à les délivrer aux patients (illustration 1).

Grâce aux services d'exécution centralisée, les pharmacies sources peuvent gagner du temps, réduire les coûts de maintien des stocks et de la main-d'œuvre,

leur permettant de réorienter ces ressources aux services professionnels dispensés aux patients. Toutefois, sans l'implantation de processus et de mécanismes de vérification appropriés, le recours aux services d'exécution centralisée peut complexifier les processus et embrouiller les champs de responsabilités. Ce bulletin fait valoir les principales leçons tirées d'une analyse d'incidents multiples associés à des services d'exécution centralisée des ordonnances ainsi que la communication des stratégies de prévention de tels incidents visant à combler les lacunes relevées.

MÉTHODOLOGIE

Les incidents médicamenteux associés aux services d'exécution d'ordonnances ont été colligés à partir de rapports soumis dans trois bases de données de déclarations volontaires d'ISMP Canada (les Déclarations d'incident/d'accident lié à la médication

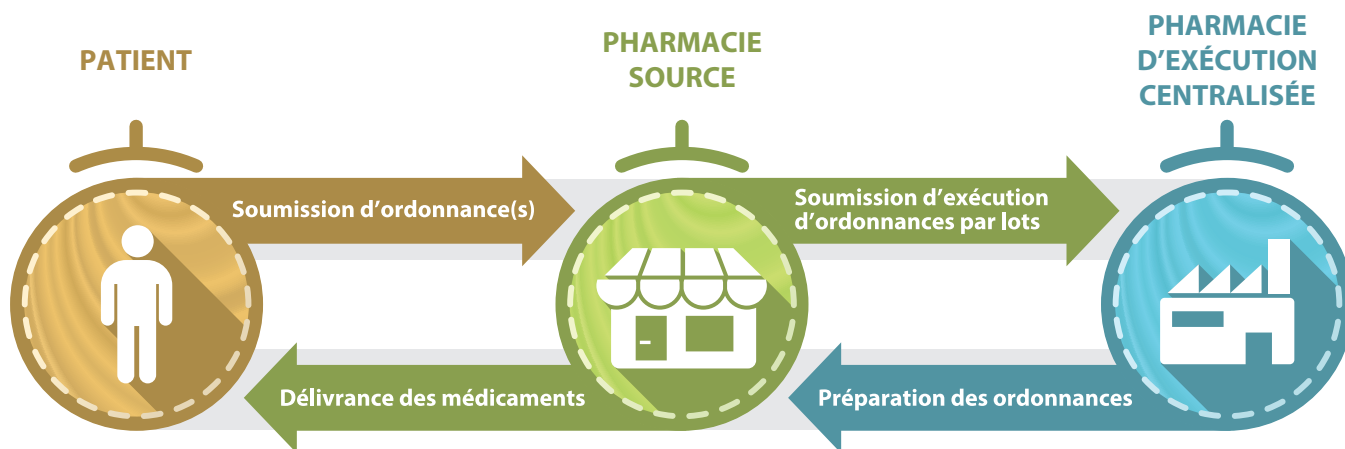


Illustration 1. Flux d'information sur les ordonnances et les médicaments lorsqu'on a recours à une pharmacie d'exécution centralisée.

par des professionnels de la santé, le Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires [RDNI] et les erreurs médicamenteuses rapportées par les consommateurs) au cours de la période de deux ans s'étalant du 1^{er} janvier 2021 au 30 juin 2023. Les mots utilisés pour effectuer la recherche incluaient, sans s'y limiter, les termes suivants : « central* », « batch » et le nom des marques des appareils d'automatisation couramment utilisés dans les pharmacies d'exécution centralisée. Les incidents non liés aux services d'exécution centralisée et les duplicatas de rapports d'incidents ont été exclus.

En tout, 715 rapports d'incidents ont été retenus pour évaluation, dont 185 répondaient aux critères d'inclusion. L'analyse a été menée selon la méthodologie d'analyse d'incidents énoncée dans le Cadre canadien d'analyse des incidents². L'information fournie dans le champ « description »

des déclarations a permis de glaner d'importants éléments qui ont porté fruit dans l'analyse.

ANALYSE QUANTITATIVE

L'illustration 2 montre les cinq principaux types d'erreurs les plus couramment rapportés dans le lot de données analysées. Dans la grande majorité des cas, soit 98 % des incidents rapportés, il s'agit de préoccupations, d'incidents évités de justesse ou d'événements n'ayant causé aucun préjudice; pour les autres 2 %, il s'agit d'incidents portant des préjudices modérés aux patients[†].

RÉSULTATS QUALITATIFS

L'analyse d'incidents multiples a révélé trois thèmes et plusieurs sous-thèmes. L'illustration 3 montre les différents thèmes et la fréquence relative des incidents rapportés pour chacun des thèmes.

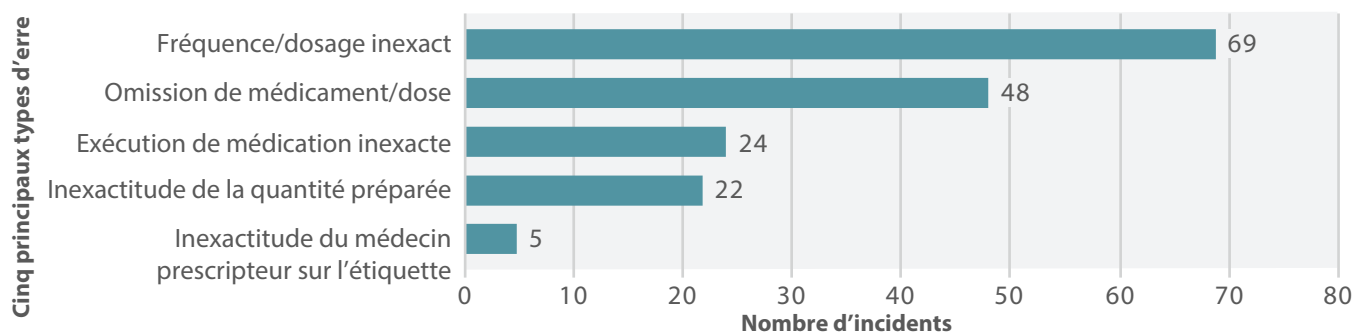


Illustration 2. Les cinq principaux types d'erreurs rapportées en lien avec les processus de préparation centralisée d'ordonnances.

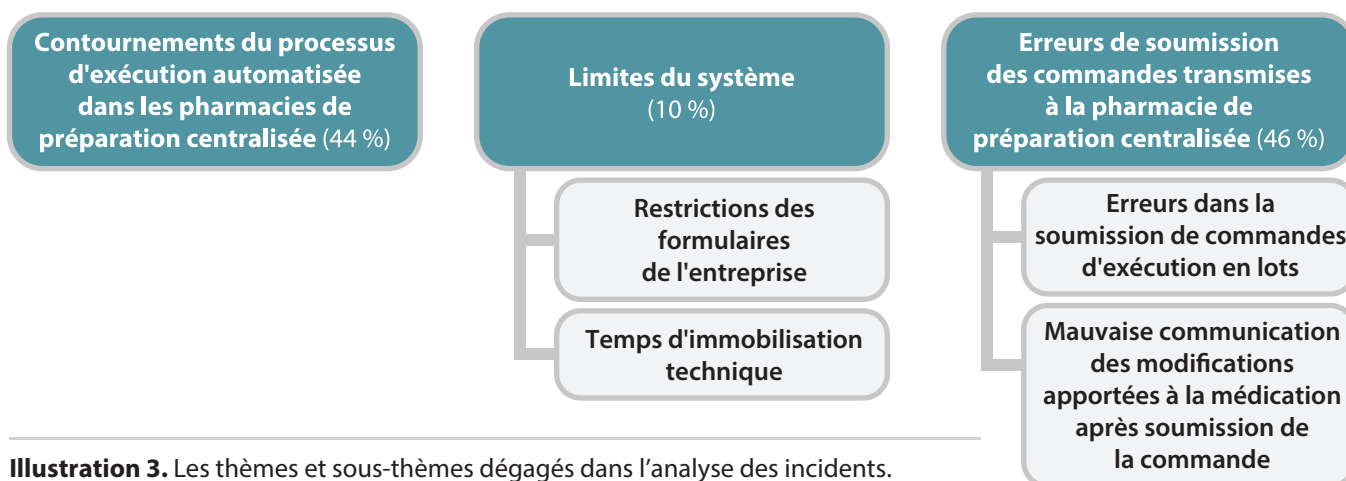


Illustration 3. Les thèmes et sous-thèmes dégagés dans l'analyse des incidents.

[†] Il est reconnu qu'une analyse fondée sur un système de déclarations volontaires ne peut donner lieu à des projections de taux de probabilités d'incidents ou à des taux de probabilités concluants.

THÈME : Contournements du processus d'exécution automatisé utilisé au sein des pharmacies d'exécution centralisée d'ordonnances

Les processus d'exécution automatisés font appel à des technologies et à des machines pour exécuter les ordonnances. Ces processus comprennent le comptage automatique des comprimés, l'étiquetage automatisé des flacons d'ordonnance et les processus technologiques de contrôle d'exactitude. Il est démontré que l'exécution automatisée des ordonnances contribue à réduire les probabilités d'erreurs et que certaines de ces technologies peuvent améliorer leur détection³. Cela dit, pour obtenir ces avantages, de rigoureux processus de vérification sont requis.

Dans la présente analyse, « contournement » s'entend d'un processus qui passe par le contournement d'une procédure normalisée, y compris en court-circuitant ou en omettant une étape préventive ou d'automatisation. Une compréhension insuffisante de l'importance des dispositifs de protection peut entraîner de tels contournements. De surcroît, une lourde charge de travail et l'excès de confiance en l'automatisation sont susceptibles d'engendrer des vérifications inadéquates ou l'omission d'un contrôle de qualité.

Exemple d'incident : Lors du remplissage de la cassette d'automation avec des comprimés de rivaroxaban 15 mg, un membre de l'équipe de la pharmacie d'exécution centralisée a, par inadvertance, rempli la cassette de comprimés de rivaroxaban 20 mg. Avant de passer au remplissage de la cassette et à son insertion dans la machine de distribution automatique, le code-barres sur le flacon du médicament n'a pas fait l'objet d'un balayage; selon le rapport, un volume de travail élevé s'est avéré un facteur contributif. Le dosage inexact de rivaroxaban a donc été dispensé dans les emballages, affectant les soins aux patients, et ce, jusqu'à ce que l'erreur soit découverte environ trois semaines plus tard.

Conseils aux pharmacies d'exécution centralisée des ordonnances



- Élaborer des procédés opérationnels normalisés pour chacune des technologies au soutien des processus.
 - Exiger le balayage du code-barres avant le remplissage à la main d'une cassette pour machine de distribution automatisée^{4,5}.
 - Ajouter une autre technologie de vérification automatisée (p. ex. présentation en images) aux fins de sécurité et de traçabilité.
 - Limiter le droit d'usage à une sélection de personnes dûment formées pour la saisie manuelle du numéro d'identification du médicament (DIN) ou du code universel de produit (CUP).
 - À défaut d'une technologie de vérification automatisée, dresser une liste de vérification/conseils au soutien des processus de vérification.
 - Quelle que soit la méthode de vérification du remplissage de la cassette, une vérification indépendante devrait être effectuée par une deuxième personne, de préférence un.e pharmacien.ne ou un.e technicien.ne en pharmacie dont la pratique est réglementée.
 - Ajouter une vérification finale visuelle du contenu (p. ex. pour les emballages facilitant l'observance thérapeutique) avant que les produits soient envoyés à la pharmacie source.

Conseils aux pharmacies sources



- Intégrer une étape de vérification des produits sur réception des commandes livrées par la pharmacie d'exécution centralisée, et ce, par un.e pharmacien.ne ou un.e technicien.ne en pharmacie dont la pratique est réglementée. Il faudrait, tout au moins, vérifier que le nombre, les noms et le dosage des médicaments reçus correspondent aux commandes soumises.

THÈME : Limites du système

Des limitations du système ont été rapportées comme facteurs contributifs à certaines erreurs, à la fois dans les pharmacies de préparation centralisée et dans les pharmacies sources. Les formulaires internes dans les pharmacies d'exécution centralisée comportent des limitations qui peuvent entraîner une incapacité de fournir des médicaments en fonction des précisions fournies. Les temps d'arrêt-machine peuvent aussi causer des délais d'exécution dans les pharmacies de préparation centralisée. Ces temps d'arrêt-machine ont été rapportés par la pharmacie source comme compromettant l'exactitude de l'information soumise par la pharmacie source à la pharmacie de préparation centralisée.

Conseils aux pharmacies d'exécution centralisée



- Normaliser la façon dont les plaquettes alvéolées partiellement remplies sont identifiées et emballées pour faciliter leur remplissage complet par la pharmacie source dès réception.
- Élaborer un plan d'urgence ou une procédure opérationnelle normalisée à suivre dans l'éventualité où les services de préparation centralisée sont interrompus en raison d'un arrêt-machine ou d'une panne.
- Se conformer aux procédures de maintenance normalisées des systèmes d'automatisation de la pharmacie afin de réduire les temps d'immobilisation imprévus (p. ex. effectuer les ajustages programmés, les mises à jour de logiciel et les inspections sur une base régulière pour vérifier l'usure, les dommages ou les pièces mal ajustées et maintenir la propreté des numériseurs à balayage de codes-barres).

Conseils aux pharmacies sources



- Mettre en œuvre un processus normalisé visant à identifier, remplir et vérifier les plaquettes alvéolées partiellement remplies.
- Établir des restrictions du logiciel pour empêcher les saisies de commandes de produits non disponibles d'être transmises à la pharmacie de préparation centralisée.
- Élaborer un plan d'urgence à suivre dans l'éventualité d'un arrêt-machine ou d'une panne qui puisse compromettre la transmission des commandes ou si la livraison provenant de la pharmacie de préparation centralisée est retardée.

THÈME : Erreurs dans les commandes soumises au service d'exécution centralisée

Erreurs dans la soumission de commandes d'exécution d'ordonnances en lots

Une commande d'exécution en lots s'entend d'une commande soumise à la pharmacie d'exécution centralisée demandant de préparer les médicaments pour un ou plusieurs patients. Une commande d'exécution en lots est normalement utilisée pour un cycle ou un programme précis de délivrance de médicaments d'ordonnance (p. ex. certaines pharmacies transmettent leurs commandes mensuelles d'emballages d'observance thérapeutique à une pharmacie de préparation centralisée).

Parmi les facteurs contributifs aux erreurs rapportées en lien avec la soumission de commandes d'exécution d'ordonnances en lots, citons la complexité de logiciels qui exigent de remplir des champs multiples au moment de la saisie des commandes en lots (propices à l'oubli de certains éléments) et le manque de processus structurés pour s'assurer de la mise à jour complète des profils de patients avant la soumission des commandes en lots. L'exécution d'ordonnances qui ne sont plus en vigueur et l'omission de nouveaux médicaments prescrits constituent des exemples d'incidents rapportés.

Exemple d'incident : Pendant un mois, le médicament simvastatin manquait dans les emballages de conformité hebdomadaires destinés à un patient, qui étaient préparés par une pharmacie d'exécution centralisée. La pharmacie source avait omis d'inclure le simvastatin lors de la soumission de la commande d'exécution d'ordonnances en lots à la pharmacie de préparation centralisée. Le personnel de la pharmacie source n'a pas remarqué que le simvastatin manquait avant de remettre les emballages au patient.

Conseils aux pharmacies sources



- Élaborer une liste de vérification énonçant les étapes pour la soumission de commandes d'exécution en lots à la pharmacie de préparation centralisée. Afficher cette liste sur les postes informatiques servant à transmettre les commandes en lots.
- Contre-vérifier les produits reçus de la pharmacie de préparation centralisée avec le profil du patient (pas juste avec la liste de commande en lots) en veillant à ce que cette vérification finale soit effectuée par un.e pharmacien.ne ou par un.e technicien.ne en pharmacie dont la pratique est réglementée.

Mauvaise communication des modifications apportées à la liste des médicaments après la soumission de la commande

Les modifications à une commande d'exécution d'ordonnance après sa soumission surviennent lorsqu'un prestataire de soins primaires apporte des modifications à la médication d'un patient après que la commande d'exécution en lots soit passée. Le manque d'approche normalisée pour traiter les changements de médication après la soumission d'une commande contribue aux erreurs. Par exemple, des processus normalisés de communication et de vérification sont importants si les modifications sont autorisées.

Exemple d'incident : La prescription de fluoxétine d'un patient a été changée pour de la sertraline alors que les emballages de conformité étaient en cours de traitement par la pharmacie d'exécution centralisée. Malgré le fait que la pharmacie de préparation centralisée ait été informée du changement, l'avis a été reçu trop tard pour pouvoir tenir compte du changement. La pharmacie source n'était pas au courant que le changement signalé n'avait pas été traité par la pharmacie de préparation centralisée. Le mauvais médicament est passé inaperçu lors de l'étape finale de vérification clinique et technique de l'emballage de conformité effectuée par la pharmacie source et le patient n'a pas reçu le bon médicament.

Conseils aux pharmacies d'exécution centralisée



- Si des changements à la commande sont requis et autorisés après leur soumission (p. ex. en raison d'une ordonnance désuète), l'emballage de conformité individuel destiné au patient devrait être retiré du lot et traité séparément.
- Établir un système de communication, y compris la documentation, pour aviser les pharmacies sources des changements qui ont été acceptés ou qui ne peuvent pas être traités.

Conseils aux pharmacies sources



- Établir un système de communication pour informer la pharmacie d'exécution centralisée d'emballages de conformité à supprimer du lot en raison de modifications apportées à la médication; dans ces cas-là, l'emballage doit être traité de façon distincte.
- Normaliser « l'alerte » avisant de changements de médicaments qui ne peuvent pas être traités par la pharmacie de préparation centralisée. Ces changements devront être effectués par la pharmacie source après réception des produits de la pharmacie centralisée.
- Signaler tout changement au patient, au moment de lui fournir ses médicaments.

CONCLUSION

Cette analyse d'incidents multiples a mis en lumière des thèmes et des exemples d'incidents en lien avec l'utilisation, par les pharmacies communautaires, de services d'une pharmacie de préparation centralisée. Étant donné que deux pharmacies distinctes sont impliquées dans le processus de délivrance des ordonnances, les attentes et les responsabilités doivent être clairement établies et soutenues par des processus normalisés, y compris de contrôle de qualité et des communications. Les pharmacies communautaires ont tout intérêt à prendre connaissance de ce bulletin; le partage des apprentissages offre des occasions d'améliorations de la qualité au sein de leurs systèmes respectifs.

REMERCIEMENTS

ISMP Canada remercie chaleureusement les équipes des pharmacies communautaires, les consommateurs et les prestataires de soins de santé qui signalent les incidents médicamenteux aux fins d'analyse et d'apprentissage. Nous exprimons également toute notre reconnaissance et notre gratitude envers les personnes suivantes (en ordre alphabétique) qui ont généreusement contribué de leur temps et de leur expertise pour la revue de ce bulletin.

Jason Chan RPh, pratique communautaire, Vancouver, C.-B.; Andrew Huang RPh, chef de projet, automation, préparation centralisée, Central Fill Solutions, C.-B.; Christopher Louizos BSc.(Pharm) PharmD, registraire adjoint - opérations de terrain, College of Pharmacists of Manitoba, Winnipeg, MB; Kristopher Marcinowski B.Sc.(Pharm), directeur de pharmacie, Safeway Pharmacy n° 4821, Winnipeg, MB; Maggie Shukla RPh PharmD, pharmacienne en charge, Compounding Wellness Sterile Lab Pharmacy, Mount Pearl, T.-N.; Thomas Veinot RPh, spécialiste, réglementation et conformité, Sobeys National Pharmacy, Dartmouth, N.-É..

RÉFÉRENCES

- 1 *Central Fill Policy Statement*. Regina (SK): Saskatchewan College of Pharmacy Professionals. 2024 [référence consultée le 9 février 2024] Accessible à : https://www.saskpharm.ca/document/3590/REF_CentralFillPolicyStmt_20160609.pdf
- 2 Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton (AB) : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2012 [référence consultée le 11 janvier 2023]. Accessible à : <https://www.healthcareexcellence.ca/media/uaidbzkl/canadian-incident-analysis-framework-fr-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.
- 3 Takase T, Masumoto N, Shibatani N, Matsuoka Y, Tanaka F, Hirabatake M, et al. *Evaluating the safety and efficiency of robotic dispensing systems*. *J Pharm Health Care Sci*. 2022;8:24. <https://jphcs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40780-022-00255-w>
- 4 Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les pharmacies communautaires. Bulletin de l'ISMP Canada 30 mars 2021 [consulté le 19 octobre 2023];21(3):1-5. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/2022/01/BISMPC2021-n3-evenements-pharmacies-communautaires.pdf>
- 5 Tsang J, Ho C. *Complexity and vulnerability of compliance pack preparation*. *Pharm Connect*. 2014 [référence consultée le 19 octobre 2023];21(1):32-37. Accessible à : <https://pharmacyconnection.ca/wp-content/uploads/2021/05/pharmacy-connection-winter-2014.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.

Le soutien financier a été fourni par Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne sont pas nécessairement celles de Santé 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

©2024 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.