

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 24 • Numéro 5 • Le 29 mai 2024

Partage des leçons tirées des incidents liés aux ordonnances électroniques dans le milieu des pharmacies communautaires

L'ordonnance électronique se définit comme « la création et la transmission d'une ordonnance par voie électronique sécuritaire, entre une personne habilitée à prescrire des médicaments et la pharmacie choisie par le patient, au moyen du dossier médical électronique (DME) clinique et d'un logiciel de gestion de pharmacie »¹. L'utilisation de l'ordonnance électronique présente de nombreux avantages, notamment la réduction des erreurs de transcription, l'amélioration de la communication entre les prescripteurs et les pharmaciens, l'appui aux stratégies relatives à l'utilisation sécuritaire des opioïdes et le soutien à la gestion des médicaments². Au Canada, plusieurs services d'ordonnances électroniques sont disponibles; ils offrent un éventail de solutions d'ordonnances électroniques tant aux plans national et provincial qu'aux pharmacies de détail. Ce bulletin présente les conclusions et les enseignements tirés d'une analyse des incidents liés à l'utilisation des ordonnances électroniques dans le milieu des pharmacies communautaires, afin de contribuer à l'amélioration continue de la qualité.

CONTEXTE

Il est reconnu que certains services d'ordonnances électroniques comportent une fonctionnalité permettant de créer une ordonnance électronique dans le DME. D'autres services d'ordonnances électroniques se limitent à la transmission de

l'ordonnance électronique telle qu'elle a été créée dans le module de prescription du DME. Selon le service d'ordonnances électroniques, les ordonnances électroniques peuvent 1) être transmises directement du DME du prescripteur au SGP de la pharmacie choisie par le patient, ou 2) être récupérées par la pharmacie à partir d'un référentiel central ou d'un référentiel infonuagique³.

MÉTHODOLOGIE

Les incidents médicamenteux liés aux ordonnances électroniques ont été tirés de trois bases de données d'ISMP Canada (le Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires, les déclarations des praticiens individuels et les déclarations des consommateurs*), et ce, au cours d'une période de cinq ans s'échelonnant du 1^{er} août 2018 au 31 juillet 2023. Les termes de recherche[†] « ordonnance numérique » (*digital prescribing*), « télésanté » (*telehealth*), « PrescripTION » (*PrescribeIT*), « SEOM, SIEO ou SIOP » (*CPOE*) et « provincial », ainsi que des variantes du terme « ordonnance électronique » (*e-prescribing*), apparaissant dans le champ de description des déclarations d'incidents, ont été utilisées pour extraire des données. Les incidents qui n'étaient pas attribuables à l'ordonnance électronique (telle que définie ci-dessus) et ceux qui ne s'étaient pas produits dans le milieu communautaire ont été exclus.

* Il est établi qu'il n'est pas possible de déduire ou de prévoir la probabilité d'incidents en fonction des systèmes de déclaration volontaire.

† Un certain nombre de termes de recherche ont été utilisés pour recueillir les déclarations potentielles sur les ordonnances électroniques, sachant que la définition de l'ordonnance électronique varie d'un pays à l'autre.

CONCLUSIONS QUANTITATIVES

Parmi les 312 incidents extraits et présélectionnés, 87 incidents ont été inclus dans l'analyse finale. La majorité de ces incidents (91 %) ont été classifiés en tant qu'incidents évités de justesse ou n'ayant pas causé de préjudice. Les autres incidents (9 %) ont été déclarés en tant que léger préjudice (c.-à-d. un préjudice temporaire au patient).

Les étapes de l'utilisation des médicaments les plus fréquemment en cause sont la saisie des ordonnances

(76 %) et la création des ordonnances (30 %).

Certains incidents ont été déclarés comme relevant de plus d'une étape de l'utilisation des médicaments.

Les cinq principaux types d'erreurs recensés dans les déclarations sont présentés dans la figure 1.

ANALYSE QUALITATIVE

L'analyse qualitative a permis de dégager deux thèmes distincts, ainsi que plusieurs sous-thèmes, comme le montre la figure 2.

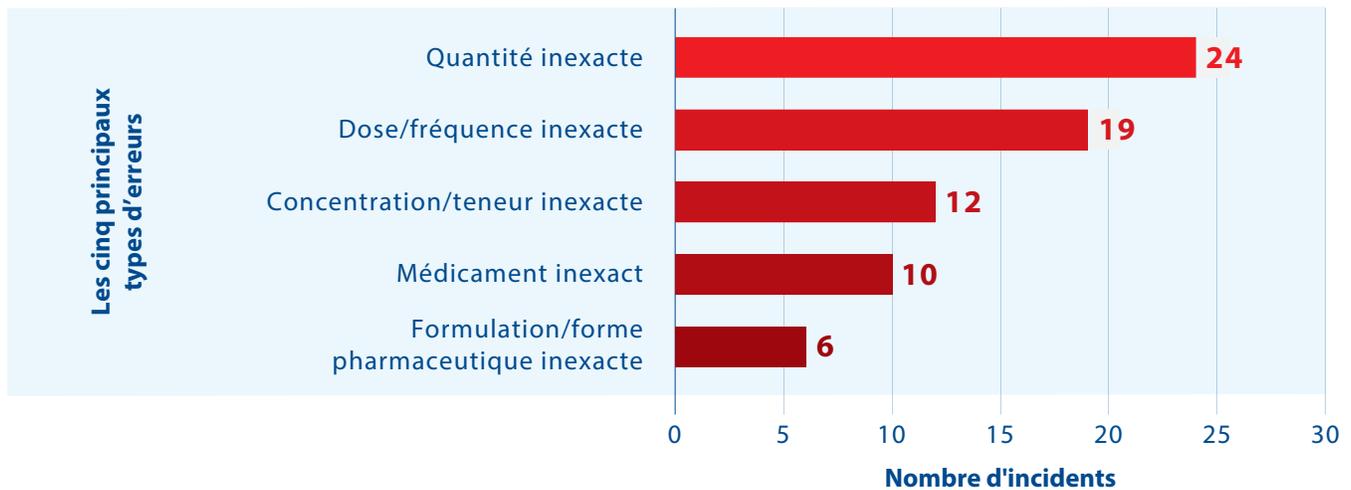


FIGURE 1. Les cinq principaux types d'erreurs déclarés dans l'analyse d'incidents multiples.

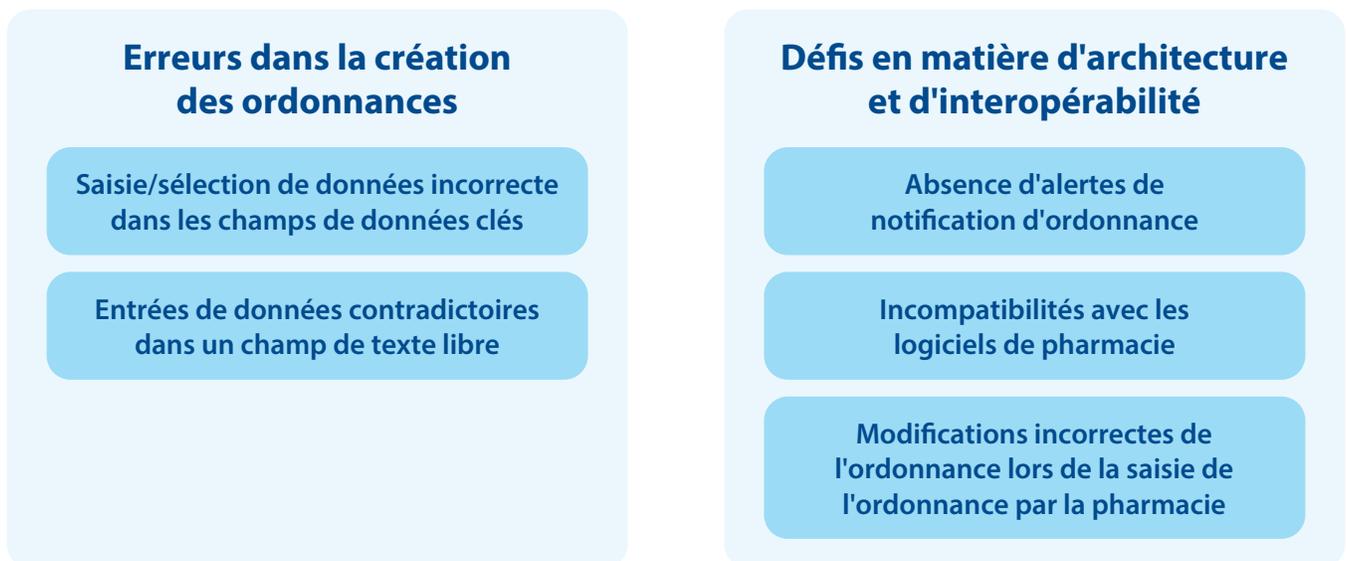


FIGURE 2. Thèmes et sous-thèmes identifiés dans l'analyse qualitative.

THÈME : Erreurs dans la création des ordonnances

Saisie/sélection de données incorrecte dans les champs de données clés

Plusieurs incidents décrivent des saisies incorrectes dans les champs « produit », « indications sur l'étiquette du médicament d'ordonnance (SIG) » ou « quantité » lors de la création d'ordonnances électroniques. Ces déclarations faisaient état de prescripteurs sélectionnant le mauvais produit dans la liste qui figure dans le module de prescription du logiciel de DME. L'un des principaux facteurs contributifs était l'incapacité à trouver le produit prévu dans la liste des médicaments. Des erreurs dans les modes d'emploi en plusieurs étapes ont également été signalées et résultaient de la difficulté à trouver les entrées correspondantes à sélectionner (p. ex. lors de l'augmentation ou de la diminution des doses). D'autres erreurs concernaient l'ordonnance d'un nombre incorrect de comprimés.

Exemple d'incident : Une ordonnance électronique a été reçue pour des comprimés de 4 mg de dexaméthasone avec l'instruction de prendre 8 mg par voie orale chaque jour pendant deux semaines. La quantité indiquée sur l'ordonnance électronique indiquait à tort 14 comprimés, alors que la quantité requise était de 28 comprimés.

Entrées de données contradictoires dans un champ de texte libre

Le champ réservé aux notes en texte libre dans les ordonnances électroniques permet aux prescripteurs de transmettre des renseignements supplémentaires liés à l'ordonnance qui ne sont pas saisis dans d'autres champs. L'utilisation de ce champ de texte libre pour des renseignements qui devraient figurer ailleurs dans le dossier (p. ex. dans le champ « mode d'emploi ») ou pour des détails qui sont en contradiction avec d'autres renseignements figurant sur l'ordonnance peut créer de la confusion, perturber le flux de travail et potentiellement causer des préjudices au patient⁴. Dans plusieurs des incidents signalés, les renseignements figurant dans le champ de texte libre contredisaient les

instructions figurant ailleurs sur l'ordonnance, ou le personnel de la pharmacie n'avait pas tenu compte des renseignements figurant dans le champ de texte libre parce qu'ils devaient normalement être saisis dans un champ de données spécifique.

Exemple d'incident : Un prescripteur a envoyé une ordonnance électronique pour du bupropion 300 mg, avec un message dans le champ des notes pour mettre fin à une ordonnance précédente pour du bupropion 150 mg. Les membres de l'équipe de la pharmacie n'ont pas vu cette note.



CONSEIL : Aux prescripteurs : Utiliser la fonction « Annuler l'ordonnance », si elle est disponible, plutôt que le champ de notes pour interrompre les ordonnances.

CONSEIL : Aux équipes des pharmacies : Examiner tous les éléments d'une ordonnance, y compris le champ des notes.

CONSEIL : Aux fournisseurs de SGP : Envisager d'intégrer un repère visuel pour indiquer que les données ont été saisies dans le champ des notes.

THÈME : Défis en matière d'architecture et d'interopérabilité

Absence d'alertes de notification d'ordonnance

Plusieurs des incidents signalés décrivent le fait que le personnel de la pharmacie n'était pas au courant des nouvelles ordonnances électroniques ou des changements de dose, ce qui entraînait des retards dans le traitement. Les déclarations ont également mis en évidence la nécessité pour les pharmacies de veiller à ce que les ordonnances électroniques soient intégrées dans les flux de travail habituels, tout en reconnaissant que les pharmacies continuent de recevoir des ordonnances sur papier, des ordonnances télécopiées et des ordonnances par téléphone⁵.

Exemple d'incident : Les membres de l'équipe de la pharmacie n'étaient pas au courant de la mise à jour des ordonnances électroniques. Le patient recevait ses médicaments dans des plaquettes alvéolées, et la

dernière plaquette remplie ne reflétait pas les changements dans les ordonnances mises à jour. Les erreurs ont été découvertes au moment où la prochaine série de plaquettes devait être remplie.



CONSEIL : Aux fournisseurs de services d'ordonnances électroniques : Envisager d'intégrer un système d'alerte en cas de mise à jour ou de modification des médicaments.

Incompatibilités avec les logiciels de pharmacie

L'un des principaux avantages de l'ordonnance électronique réside dans l'intégration du processus de saisie des ordonnances par le prescripteur dans le DME et du processus de délivrance par la pharmacie dans le SGP. Idéalement, les données du DME sont transmises au SGP sans que l'équipe de la pharmacie n'ait besoin de les transcrire ou de les modifier⁶. Cette analyse a révélé que la transmission transparente des données de l'ordonnance entre le prescripteur (DME) et la pharmacie (SGP) n'a pas toujours lieu.

Parmi les difficultés signalées concernant l'interface et la connexion technologique, le personnel des pharmacies a dû saisir manuellement des renseignements ou imprimer des ordonnances afin de pouvoir lire toutes les informations contenues dans les champs de données. Les déclarants ont également fait part de cas où les quantités prescrites de médicaments contrôlés ne correspondaient pas aux jours fournis, ou lorsque les quantités changeaient au cours du processus de saisie et d'exécution. Il a été signalé que certaines équipes de pharmacie imprimaient systématiquement ces ordonnances électroniques avant de les exécuter, afin d'effectuer une double vérification des quantités prescrites et autorisées.



CONSEILS : Aux fournisseurs de services de DME, de SGP et d'ordonnances électroniques :

- Continuer à travailler ensemble pour déterminer les possibilités

d'amélioration afin d'assurer une transmission transparente des renseignements sur les ordonnances entre le DME et le SGP.

- Pour faciliter la vérification, envisager d'ajouter une image qui affiche l'ordonnance créée; les membres de l'équipe peuvent alors voir une image détaillée à côté des champs de saisie des données.

Modifications incorrectes de l'ordonnance lors de la saisie de l'ordonnance par la pharmacie

Des erreurs de transcription peuvent se produire lorsque des modifications doivent être apportées à l'ordonnance. Cela peut se produire, par exemple, lorsque le produit prescrit n'est pas disponible à la pharmacie en raison d'une pénurie de médicaments. Parmi les facteurs susceptibles de contribuer aux erreurs de modification de l'ordonnance, citons les distractions, le biais de confirmation et les noms de médicaments à présentation semblable.

***Exemple d'incident :** Une ordonnance électronique a été soumise pour du « Prozac 20 mg ». Les informations de l'ordonnance électronique devraient normalement remplir automatiquement le SGP, mais cela n'a pas été le cas parce que « Prozac » n'était pas inscrit dans la liste des SGP. Le pharmacien a donc dû saisir manuellement le nom du produit. Il a sélectionné par inadvertance « paroxétine 20 mg » au lieu de « fluoxétine 20 mg ». L'erreur a été remarquée lors de la vérification finale de l'ordonnance.*



CONSEIL : Aux équipes des pharmacies :

Dans la mesure du possible, un deuxième membre de l'équipe de la pharmacie doit effectuer une double vérification indépendante à des étapes clés du flux de travail⁷. Lorsqu'on travaille seul, il faut mettre en place un processus prévoyant une auto-vérification différée des nouvelles ordonnances, qui sera effectuée systématiquement à un moment ultérieur⁸.

UN APPRENTISSAGE CONTINU GRÂCE AUX RÉCENTES DÉCLARATIONS

Plusieurs déclarations récentes d'incidents signalés par des consommateurs décrivaient des possibilités d'accroître la participation des patients dans les processus de prescription et de délivrance des médicaments. Par exemple, les déclarations décrivaient des visites chez le médecin prescripteur, au cours desquelles les ordonnances électroniques étaient envoyées directement à la pharmacie. Sans copie de l'ordonnance, le patient ou l'aidant n'était pas en mesure d'effectuer une vérification supplémentaire au moment de la récupération du médicament et avant son utilisation.



CONSEIL : Aux fournisseurs de services de DME et d'ordonnances électroniques :

Inclure une fonctionnalité conviviale pour aider les prescripteurs à fournir une copie de l'ordonnance électronique aux patients ou à leur transmettre les renseignements relatifs à l'ordonnance par messagerie sécurisée.

CONSEIL : Aux prescripteurs : Offrir aux patients une copie de leur ordonnance électronique. Vous pouvez également transmettre au patient une copie des renseignements relatifs à l'ordonnance dans un message sécurisé^{2,9}.

De récentes déclarations de différents intervenants fournissent des conseils supplémentaires sur les améliorations à apporter aux ordonnances électroniques.



CONSEILS : Aux fournisseurs de services de DME, de SGP et d'ordonnances électroniques :

- Améliorer la messagerie électronique entre les prescripteurs et les équipes des pharmacies; en confirmant, par exemple, que « le message a été lu ».
- Créer une alerte qui documente les cas où des ordonnances ont été délivrées, mais n'ont pas été récupérées par le patient.

- Regrouper les ordonnances pour un même patient, plutôt que de les présenter sous la forme de plusieurs messages individuels, afin de faciliter le déroulement des opérations liées aux ordonnances.

CONCLUSION

L'utilisation de l'ordonnance électronique ne cesse d'augmenter, offrant des avantages en termes de sécurité et de commodité pour les prescripteurs, les pharmaciens et les patients. Comme pour toute nouvelle technologie de soins de santé, il peut y avoir des risques d'erreur. Les enseignements tirés des déclarations d'incidents liés aux ordonnances électroniques favorisent l'amélioration continue de la qualité et l'optimisation des ordonnances électroniques en vue d'accroître la sécurité des patients².

REMERCIEMENTS

L'ISMP Canada tient à remercier les consommateurs, les professionnels de la santé et les organismes qui déclarent les incidents médicamenteux à des fins d'analyse et d'apprentissage. La révision experte de ce bulletin par les personnes ou les organismes suivants (en ordre alphabétique) est également appréciée :

Elizabeth Borycki, professeure, School of Health Information Science, directrice, Global Laboratory for Digital Health Innovation, Université de Victoria, C.-B.; Amr Farghali, RPh B.Sc.(phm.), M.Sc. IS; Kevin Samson M.D., Rockwood, Ont.; l'équipe de d'Inforoute Santé du Canada (à la fois pour avoir fourni une révision experte de ce bulletin et pour avoir effectué une révision de leurs propres normes en matière d'ordonnances électroniques en tenant compte des recommandations contenues dans ce bulletin).

RÉFÉRENCES

1. Association médicale canadienne et Association des pharmaciens du Canada, Déclaration conjointe sur les ordonnances électroniques; déc 2012 [cité le 24 janv 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-issues/e-Prescribing_French.pdf
2. L'ordonnance électronique en soins primaires : les effets sur la sécurité des médicaments, Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada, 2018 [cité le 24 janv 2024]; 18(10) : p. 1 à 4. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/BISMP2018n10-Eprescribing.pdf>
3. *Joint statement: Recommendations for the implementation of electronic prescriptions in Canada on behalf of the National e-Pharmacy Task Force*, Ottawa (Ont.) : Association des pharmaciens du Canada et Association canadienne des chaînes de pharmacies; 2009 [cité le 24 janv 2024]. Disponible [en anglais] à l'adresse : <https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-issues/PPRecommendationsElectronicPrescriptions.pdf>
4. Dhavle, A. A., Y. Yang, M. T. Rupp, H. Singh, S. Ward-Charlerie et J. Ruiz, Analysis of prescribers' notes in electronic prescriptions in ambulatory practice, *JAMA Intern Med.*, 2016; 176(4) : 463-70.
5. Motulsky, A, M. Liang, M. P. Moreault, E. Borycki, A. Kushniruk et C. Sicotte, *Evaluation of a nationwide e-prescribing system*, *Stud Health Technol Inform.*, 2019; 264 : p. 714 à 718.
6. Abramson, E. L., Causes and consequences of e-prescribing errors in community pharmacies, *Integr Pharm Res Pract.*, 2015; 5 : p. 31 à 38.
7. Réduire le risque d'incidents ou d'accidents liés à la médication : les doubles vérifications effectuées de façon indépendante, Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada, 2005 [cité le 24 janv 2024]; 5(1) : p. 1 et 2. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/BISMP2005-01.pdf>
8. Independent double checks: worth the effort if used judiciously and properly, Plymouth Meeting (PA) : Institute for Safe Medication Practices; 6 juin 2019 [cité le 24 janv 2024]. Disponible [en anglais] à l'adresse : <https://www.ismp.org/resources/independent-double-checks-worth-effort-if-used-judiciously-and-properly>
9. Optimiser la sécurité des médicaments dans les soins primaires virtuels, Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada, 2022; 22(10) : p. 1 à 4. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/BISMP2022-n10-soins-virtuels.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.