

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 24 • Numéro 7 • Le 30 juillet 2024

Les bons coups des pharmacies communautaires : une analyse multi-incidents

Les événements évités de justesse sont des incidents qui auraient pu causer un préjudice, mais qui ont été décelés et traités avant d'atteindre le patient¹. Les leçons tirées de ces incidents ont permis de dégager des processus qui facilitent la détection des erreurs et mettent en lumière des possibilités d'amélioration continue de la qualité². À l'heure actuelle, il existe peu de données canadiennes sur les interventions des équipes des pharmacies communautaires visant à corriger les erreurs avant qu'elles n'atteignent le patient (également appelées « bons coups »)^{3,4}. L'analyse multi-incidents présentée ici souligne les pratiques et les processus qui ont permis d'intercepter avec succès des erreurs dans le contexte des pharmacies communautaires.



DÉFINITION

Définition d'un événement évité de justesse ou d'un bon coup : événement qui aurait pu avoir des conséquences non voulues, mais n'en a pas généré soit par chance ou grâce à une intervention en temps opportun. Donc, l'événement n'a pas atteint le patient¹.

MÉTHODOLOGIE

Les rapports d'incidents soumis entre le 1^{er} et le 30 avril 2023 au Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires (RDNI)* dont le résultat était « pas d'erreur ou d'événement évité de justesse[†] - circonstances ou événements qui auraient pu causer un préjudice » ont été extraits aux fins d'examen. Des rapports ont été exclus si l'incident décrit n'était pas conforme à la définition d'événement évité de justesse du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux¹. Les incidents ont été analysés conformément à la méthodologie décrite dans le Cadre canadien d'analyse des incidents⁵.

CONCLUSIONS QUANTITATIVES

Au total, 1 255 incidents ont été recensés et examinés en vue de leur inclusion. De ce nombre, 534 incidents ont été exclus parce qu'ils ne correspondaient pas à la définition d'événement évité de justesse. Les 721 autres incidents ont été inclus dans l'ensemble des données dans le but d'effectuer une analyse quantitative et qualitative.

La plupart des événements évités de justesse (52 %) ont été découverts lors de la vérification de l'ordonnance au cours du processus de délivrance (Figure 1). La vérification de l'ordonnance comprend à la fois la vérification de la saisie de la commande dans le système de la pharmacie par rapport à l'ordonnance originale et la vérification de la pertinence clinique.

* On reconnaît qu'il est impossible de déduire ou de prévoir la probabilité d'incidents à partir d'un système de déclaration volontaire.

[†] Événement qui aurait pu avoir des conséquences non voulues, mais n'en a pas généré soit par chance ou grâce à une intervention en temps opportun. Donc, l'événement n'a pas atteint le patient.

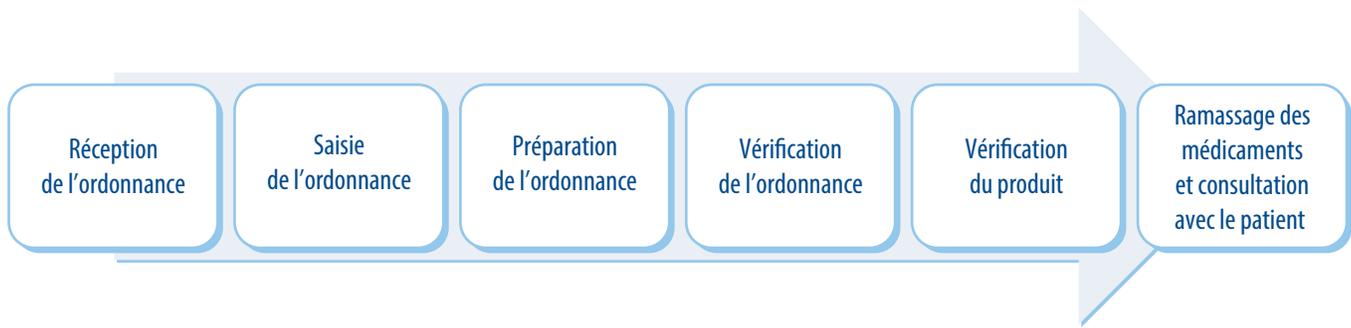
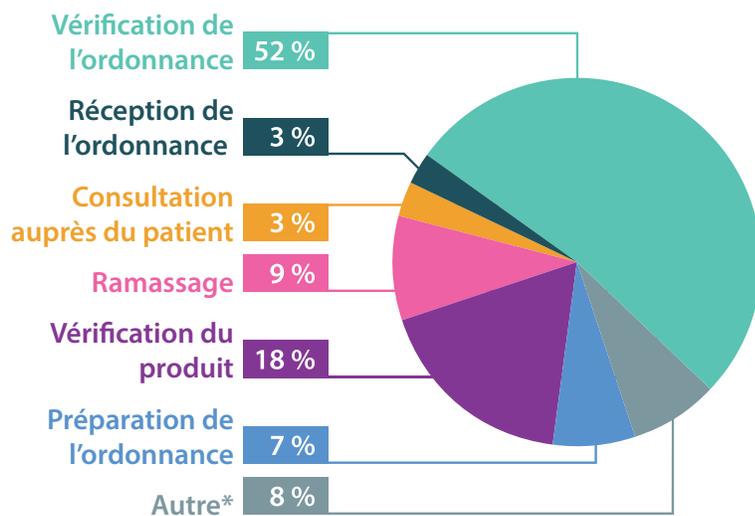


FIGURE 1. Processus d'ordonnance décrits dans les rapports sur les bons coups des pharmacies communautaires.



La Figure 2 décrit les processus d'ordonnance au cours desquels les bons coups ont été réalisés (ainsi que la fréquence). Les bons coups ont été effectués par le pharmacien ou un membre de l'équipe de soutien dans 82 % et 15 % des rapports, respectivement. Une infime proportion (3 %) des bons coups a été effectuée par le prescripteur avant la délivrance de l'ordonnance (p. ex., en communiquant avec un membre de l'équipe pharmaceutique) ou par le patient ou son aidant naturel au moment où il est venu chercher l'ordonnance. Le type d'erreur évitée qui a été le plus souvent signalé était la dose/fréquence incorrecte, qui représentait 20 % de tous les rapports (Figure 3).

FIGURE 2. Processus d'ordonnance au cours desquels les bons coups ont été réalisés.

*La catégorie « Autre » comprend l'administration des médicaments en pharmacie et d'autres processus.

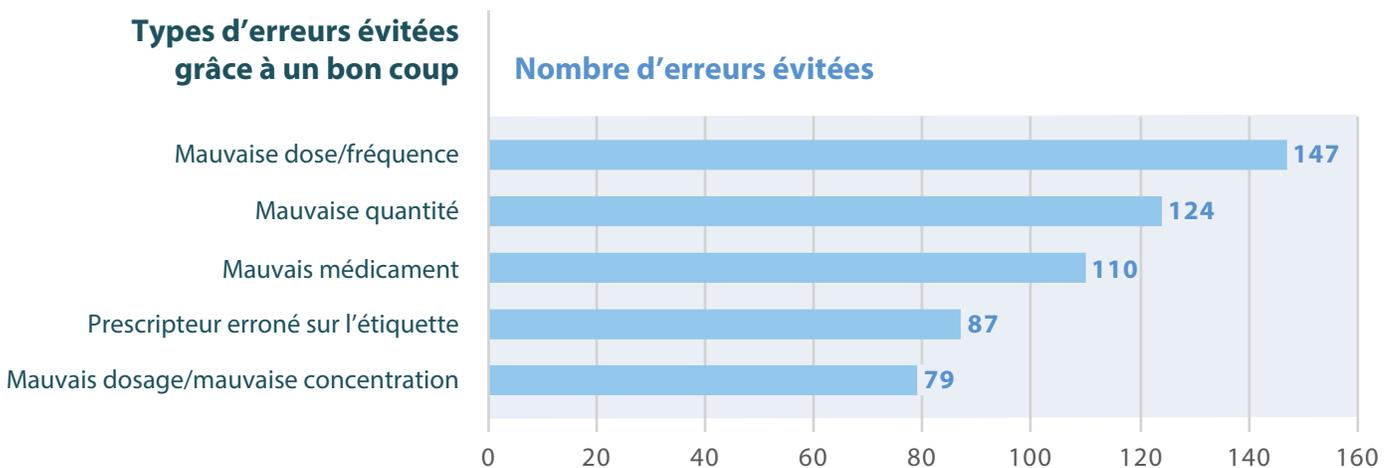


FIGURE 3. Les cinq principaux types d'erreurs évitées grâce à un bon coup.

ANALYSE QUALITATIVE

Trois thèmes principaux ont été dégagés à partir de cet ensemble de données, chacun comportant plusieurs thèmes secondaires (Figure 4). Chaque thème représente un mécanisme positif qui a permis de réaliser le bon coup et d'éviter que l'incident n'atteigne le patient.

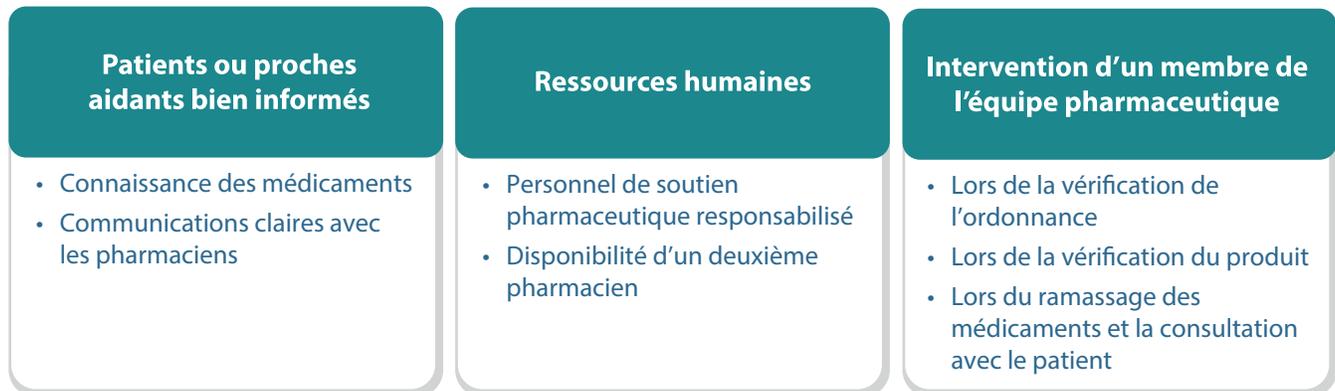


FIGURE 4. Thèmes principaux et secondaires.

THÈME :

Patients ou proches aidants bien informés

Connaissance des médicaments et communications claires avec les pharmaciens

Bien que très peu d'événements évités de justesse aient été découverts par des patients ou des aidants, ce scénario représente une occasion importante d'amélioration continue de la qualité. Les patients qui connaissaient bien leurs médicaments (nom, indication, dose) étaient en mesure de détecter les erreurs en dialoguant avec un pharmacien. Des conclusions similaires ont été tirées d'une analyse multi-incidents d'incidents signalés par les consommateurs⁶.

Exemple d'incident : Au cours d'une séance de counseling sur les gouttes auriculaires de ciprofloxacine, un patient a informé le pharmacien que son ordonnance concernait une infection oculaire. Le pharmacien a consulté le prescripteur et l'ordonnance a été modifiée pour des gouttes ophtalmiques de ciprofloxacine. Le bon produit, correctement étiqueté, a ensuite été remis au patient.

CONSEIL pour les prescripteurs :



Remettez aux patients une copie de leurs nouvelles ordonnances pour leur permettre d'effectuer une vérification supplémentaire à la pharmacie.

CONSEILS pour les équipes pharmaceutiques :



- Lorsque vous discutez avec des patients, posez-leur des questions ouvertes. Cette approche s'est révélée utile à la fois lors de la réception de l'ordonnance et de sa remise au patient. Dans la mesure du possible, utilisez une salle de consultation et encouragez les patients à vous appeler pour toute question complémentaire.
- La consultation du patient constitue le dernier point de contrôle du processus. Lorsque vous discutez avec des patients de l'utilisation appropriée de leurs médicaments, ouvrez les boîtes des médicaments et examinez l'aspect des produits. Cela vous permettra, ainsi qu'au patient, de vérifier l'apparence de chaque médicament et de détecter toute anomalie avant qu'il ne quitte la pharmacie⁷.

THÈME : Ressources humaines

Personnel de soutien pharmaceutique responsabilisé

Dans ce thème secondaire, les bons coups sont attribuables à une participation active aux pratiques de sécurité concernant l'administration de médicaments et à la détection des erreurs par des membres mobilisés et bien formés de l'équipe de soutien pharmaceutique (techniciens, assistants et étudiants). Dans le cadre de ce thème secondaire, la plupart des erreurs ont été décelées par le personnel de soutien pharmaceutique, en consultation avec le patient, ce qui renforce l'importance de bonnes communications avec des patients ou des proches aidants bien informés.

Exemple d'incident : Des ordonnances destinées à deux patients différents ont été placées par erreur dans le même sac. Lorsque l'un des patients est venu chercher ses médicaments, l'assistant en pharmacie a remarqué l'erreur en vérifiant physiquement les flacons avant de les remettre au patient.

CONSEIL pour les équipes pharmaceutiques :



Lors de l'orientation du personnel de soutien pharmaceutique, expliquez son rôle intégral dans la prévention des erreurs de médicaments.

Disponibilité d'un deuxième pharmacien

Dans plusieurs des incidents signalés, un deuxième pharmacien, disponible pour vérifier les ordonnances et les produits, a été en mesure de déceler des erreurs que le pharmacien qui avait initialement vérifié la saisie de l'ordonnance n'avait pas vues. S'il est vrai que toutes les pharmacies ne peuvent pas compter sur un deuxième pharmacien, cette ressource et cette vérification supplémentaires améliorent la sécurité des médicaments.

CONSEILS pour les équipes pharmaceutiques :



Les pharmaciens qui travaillent généralement seuls peuvent mettre en place un processus d'auto-vérification différée des ordonnances. En revanche, si le patient doit venir chercher son ordonnance seulement le lendemain, le pharmacien du prochain quart de travail peut effectuer une double vérification - notamment pour les médicaments de niveau d'alerte élevé.

THÈME : Intervention d'un membre de l'équipe pharmaceutique

Dans le cadre des processus pharmaceutiques, il existe de nombreux points où un membre de l'équipe pharmaceutique peut détecter les erreurs avant qu'elles n'atteignent le patient⁸. Chacun des thèmes secondaires constitue une importante occasion de prévenir les erreurs.

Lors de la vérification de l'ordonnance

La vérification de l'ordonnance comprend la vérification de la saisie de l'ordonnance, ainsi que la vérification de la pertinence clinique. Lors de la vérification clinique, le pharmacien évalue la pertinence clinique du médicament prescrit. Il vérifie notamment la posologie et le mode d'emploi du produit, ainsi que la pertinence du produit par rapport aux indications du patient, et évalue les possibles interactions du médicament avec un autre médicament ou avec la maladie. L'encadré 1 présente des exemples de « bons coups » à l'étape de vérification de l'ordonnance.

ENCADRÉ 1. Exemples de bons coups lors de la vérification de l'ordonnance.

- Une pharmacie a reçu une ordonnance pour du raltégravir potassique 600 mg. Ce médicament, utilisé pour traiter les infections au VIH, n'est disponible qu'en comprimés de 400 mg. Le pharmacien a appelé le prescripteur pour clarifier la dose et le calendrier et pour confirmer l'indication pour l'ordonnance. Il s'est avéré que le médecin voulait prescrire 600 mg de chlorure de potassium. L'ordonnance a été modifiée pour du chlorure de potassium.
- De l'amlodipine a été prescrite pour un patient, mais un membre du personnel pharmaceutique a remarqué que ce médicament avait été arrêté six mois plus tôt. Le pharmacien a consulté le prescripteur et appris que l'ordonnance avait été rédigée par erreur.
- La pharmacie a reçu une ordonnance pour un antibiotique dans le but de traiter l'infection urinaire d'un patient. Or, le patient présentait une allergie connue au médicament. Le pharmacien a consulté le prescripteur et l'ordonnance a été modifiée pour un autre médicament.
- La pharmacie a reçu par télécopieur une ordonnance d'isoniazide 600 mg pour le

traitement d'une tuberculose latente. Le membre du personnel pharmaceutique a remarqué qu'il s'agissait de la posologie habituelle de la rifampicine, et non de l'isoniazide. Après discussion avec le prescripteur, l'ordonnance initiale a été annulée et une nouvelle ordonnance a été reçue par télécopieur pour 600 mg de rifampicine par jour.

- Pour un patient souffrant d'une infection pulmonaire, la pharmacie a reçu des ordonnances pour un vaporisateur nasal de mométasone, un inhalateur de budésonide/formotérol, de l'amoxicilline, de la prednisone et de la guanfacine à libération prolongée. S'interrogeant sur l'utilisation de la guanfacine pour ce patient, le pharmacien a communiqué avec le prescripteur, qui a confirmé que l'intention était de prescrire de la guaifénésine, et non de la guanfacine à libération prolongée.
- Une ordonnance de lévofloxacine à raison de 750 mg une fois par jour pendant 10 jours a été incorrectement saisie comme du levetiracetam 250 mg, trois comprimés une fois par jour pendant 10 jours. Le pharmacien a remarqué l'erreur lors de la vérification clinique.

CONSEILS pour les prescripteurs



- Ajoutez l'indication et le poids du patient (le cas échéant) sur l'ordonnance.
- Tenez à jour le dossier des patients. Par exemple, lorsque les médicaments sont interrompus, veillez à ce que ce soit indiqué dans le dossier médical.

CONSEILS pour les équipes pharmaceutiques :



- Lors de la réception de l'ordonnance, confirmez l'indication du médicament auprès du patient et documentez l'indication lors de la saisie de l'ordonnance.
- Au moment de la réception de l'ordonnance, si la dose de médicament est établie en fonction du poids (p. ex., pour les enfants), demandez le poids actuel du patient afin d'évaluer

correctement la pertinence du traitement. S'il y a lieu, pesez le patient à la pharmacie à l'aide d'un pèse-personne métrique.^{9, 10}

- Tenez à jour le dossier des patients en vérifiant et en s'assurant que la documentation (p. ex., les problèmes de santé, les allergies, le stade de la grossesse et de l'allaitement, les médicaments en vente libre) est à jour¹⁰.

Lors de la vérification du produit

De nombreuses erreurs ont été détectées au cours de l'étape de vérification du produit, lorsque le pharmacien ou le technicien en pharmacie vérifie le produit préparé. Il s'agit souvent du dernier contrôle dans le déroulement du travail avant que le produit ne soit emballé (mis en sac) et mis de côté pour son ramassage. Voici quelques exemples de processus favorisant la réalisation de bons coups : 1) des vérifications cohérentes des numéros d'identification des médicaments (DIN) pour les emballages de conformité, 2) des processus de communication normalisés, et 3) des efforts déployés pour accroître la sensibilisation aux médicaments dont l'apparence et la consonance sont similaires.

CONSEILS pour les équipes pharmaceutiques :



- Intégrez la technologie des codes-barres dans les processus pharmaceutiques pour confirmer l'identité des médicaments¹⁰.
- Établissez des zones de travail désignées pour les activités à risque élevé, comme l'emballage de conformité, afin de réduire la probabilité d'interruptions et de distractions¹⁰.
- Ajoutez une alerte contextuelle aux dossiers pharmaceutiques pour les médicaments dont l'apparence et la consonance sont similaires^{10, 11}.

Lors du ramassage des médicaments et la consultation avec le patient

Dans le cadre de ce thème secondaire, l'équipe pharmaceutique a très souvent détecté et résolu des erreurs lors de la vérification de l'identité et de la consultation des patients.

CONSEILS pour les équipes pharmaceutiques :



- Demandez un deuxième identifiant unique (p. ex., la date de naissance) aux patients lorsqu'ils viennent chercher leurs médicaments, même à ceux que l'équipe pharmaceutique connaît bien¹⁰.
- Ouvrez le flacon et montrez son contenu au patient pour l'aider à déceler les erreurs avant qu'il ne quitte la pharmacie¹⁰.

CONCLUSION

La présente analyse multi-incidents des événements évités de justesse dans les pharmacies communautaires met en évidence les domaines clés dans lesquels des interventions efficaces, ou de « bons coups », ont été constatés. Les membres de l'équipe pharmaceutique jouent un rôle important dans la sécurité des patients, et les rapports sur les événements évités de justesse fournissent de précieux renseignements sur ce rôle. Les leçons apprises qui en découlent peuvent contribuer à l'amélioration continue du système.

REMERCIEMENTS

L'ISMP Canada est reconnaissant envers les équipes pharmaceutiques d'avoir pris le temps de signaler les événements médicamenteux évités de justesse aux fins d'analyse et d'acquisition de connaissances. Nous sommes également reconnaissants envers les personnes suivantes (en ordre alphabétique) pour leur revue experte de ce bulletin :

Anique Comeau, RPh, gestionnaire adjoint des pratiques pharmaceutiques, NSCP, Halifax (Nouvelle-Écosse); Paul Greenall, RPh, B.Sc. Phm., M.G.S.S., pharmacien membre du personnel, Lorraine's Pharmasave, Barry's Bay Ontario); et Christopher Louizos B.Sc (Pharm) Pharm. D., registraire adjoint, Opérations sur le terrain, College of Pharmacists of Manitoba, Winnipeg (Manitoba).

RÉFÉRENCES

1. Définitions [site Web]. Toronto (Ontario) : ISMP Canada; © 2000-2024 [cité le 12 janvier 2024]. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/fr/ressource/definitions/>
2. L'identification et la déclaration des événements évités de justesse Bulletin de l'ISMP Canada, 2007 [cité le 12 janvier 2024]; 7(7) : 1-2. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/BISMP2007-07.pdf>
3. Boucher A., Ho C., MacKinnon N., Boyle T.A., Bishop A., Gonzalez P., et coll., Quality-related events reported by community pharmacies in Nova Scotia over a 7-year period: a descriptive analysis. CMAJ Open, 2018 [cité le 23 avril 2024]; 6(4) : E651-E656. Accessible à l'endroit suivant : <https://www.cmajopen.ca/content/6/4/E651>
4. Ledlie S, Gomes T, Dolovich L, Bailey C, Lallani S, Frigault DS, et coll. Medication errors in community pharmacies: evaluation of a standardized safety program, Explor Res Clin Soc Pharm., 2022 [cité le 23 avril 2024]; 9; 100218. Accessible à l'endroit suivant : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667276622001172?via%3Dihub>
5. Incident Analysis Collaborating Parties, Canadian incident analysis framework, Edmonton (Alberta) : Canadian Patient Safety Institute; 2012 [cité le 12 janvier 2024]. Accessible à l'endroit suivant : <https://www.healthcareexcellence.ca/media/gilnw3uy/canadian-incident-analysis-framework-final-ua.pdf>
6. Knowledge is power: informed consumers prevent medication errors (part 1 of 3), Safe Medication Use Newslett, 2024 [cité le 23 avril 2024]; 15(4) : 1-2. Accessible à l'endroit suivant : <https://safemedicationuse.ca/newsletter/knowledge-is-power-ConsumerMIA1of3.html>
7. Reminder: Pay Attention to the Appearance of Your Medicines, Safe Medication Use Newslett, 2014 [cité le 21 mai 2024]; 5(8) : 1-2. Accessible à l'endroit suivant : https://safemedicationuse.ca/newsletter/newsletter_MedicationAppearance.html
8. Filling a prescription (dispensing), Dartmouth (Nouvelle-Écosse) : Pharmacy Association of Nova Scotia; 2024 [cité le 12 janvier 2024]. Accessible à l'endroit suivant : <https://pans.ns.ca/public/pharmacy-services/filling-prescription-dispensing>
9. Erreurs de posologie liées au poids, Bulletin de l'ISMP Canada, 2016 [cité le 30 mai 2024]; 16(9) : 1-4. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/BISMP2016-09-ErreursPosologiePoids.pdf>
10. Medication Safety Self-Assessment for Community Pharmacy, Canadian version II, Toronto (Ontario) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada, 2022.
11. Kawano A, Li QK, Ho C. Preventable medication errors – look-alike/sound-alike drug names, Pharmacy Connection, printemps 2014 : 28-33. Accessible à l'endroit suivant : <https://pharmacyconnection.ca/wp-content/uploads/2021/05/pharmacy-connection-spring-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.