

# COIN technipharm FC

LE PROGRAMME NATIONAL DE FORMATION CONTINUE DES ASSISTANTS TECHNIQUES EN PHARMACIE 1 UFC

GRATUIT

POUR OBTENIR INSTANTANÉMENT VOS RÉSULTATS, RÉPONDEZ EN LIGNE SUR [WWW.PROFESSIONSANTE.CA](http://WWW.PROFESSIONSANTE.CA)

JUIN 2013

## DONNE DROIT À 1 CRÉDIT DE FC



Approuvé pour 1 UFC par le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie. Dossier n° 1065-2013-688-I-T. Non valide pour les UFC après le 12 mai 2014.

Pour obtenir instantanément vos résultats et vos UFC, répondez en ligne sur [www.professionssante.ca](http://www.professionssante.ca)

### UNE FC SPÉCIALEMENT POUR LES ATP

Coin technipharm FC est le seul programme national de formation continue s'adressant aux assistants techniques en pharmacie canadiens.

Comme le rôle des ATP s'étend, utilisez régulièrement Coin technipharm FC pour parfaire vos connaissances. Veuillez noter qu'une note de passage minimale de 70 % est exigée pour obtenir l'UFC.

Coin technipharm FC est généreusement commandité par Teva. Les numéros précédents peuvent être téléchargés à partir des sites [www.professionssante.ca](http://www.professionssante.ca) ou [www.tevacanada.com](http://www.tevacanada.com).

### POUR RÉPONDRE AU TEST

1. Obtenez instantanément vos résultats en répondant en ligne sur le site [www.professionssante.ca](http://www.professionssante.ca).
2. Ou utilisez la carte réponse insérée avec cette leçon de FC. Entourez les réponses sur la carte déjà affranchie et adressée, et postez-la ou envoyez-la par télécopieur à Mayra Ramos (416-764-3937).

Une note de passage de 70 % (11 sur 15) est exigée pour réussir cette leçon et obtenir 1 UFC. Coin technipharm vous enverra vos résultats par la poste sous 8 à 12 semaines

### COLLABORATEURS

#### Coordonnatrice de la FC:

Margaret Woodruff, R. Ph.,  
B. Sc. Phm, MBA  
Humber College

#### Rédactrice en chef clinique:

Lu-Ann Murdoch, B. Sc. Phm

#### Auteurs:

Certina Ho, R. Ph., B. Sc. Phm, MSt, MEd  
Atsushi Kawano, B. Sc., M. Sc., B.Sc. Phm

#### Réviseur:

Debra Chartier

# Comment gérer une erreur médicamenteuse

Par Certina Ho, R. Ph., B. Sc. Phm, MSt, MEd, et Atsushi Kawano, B. Sc., M. Sc., B. Sc. Phm

## Objectifs de l'apprentissage

Après avoir suivi cette leçon de formation continue et répondu au test, vous serez mieux en mesure de:

1. comprendre les responsabilités professionnelles associées à la gestion d'incidents liés à la médication dans le cadre de la réglementation provinciale et dans le contexte de l'extension des services pharmaceutiques.
2. reconnaître les facteurs humains et environnementaux qui entrent en jeu dans les cas d'incidents liés à la médication.
3. appliquer une approche systémique pour gérer les incidents liés à la médication.
4. dégager les principes de la prévention des erreurs médicamenteuses.

## Introduction

Les techniciens en pharmacie constituent une nouvelle profession alliée aux soins de santé et cela est associé à de nouvelles responsabilités – et à des obligations. Cette leçon passe en revue les stratégies appropriées pour gérer les erreurs médicamenteuses. Elle propose aussi une approche systémique pour éviter que des incidents similaires ou des incidents ayant failli se produire surviennent à nouveau à l'avenir.

## ÉTUDE DE CAS

Stéphanie, qui dirige une pharmacie communautaire, a vu dans l'utilisation de techniciens en pharmacie nouvellement réglementés une occasion de développer les services pharmaceutiques spécialisés dans sa pharmacie. L'équipe de pharmacie de Stéphanie comprend deux pharmaciens et un assistant en pharmacie, Derek, qui a récemment terminé le programme de mise à niveau lui permettant de devenir technicien en pharmacie agréé. Stéphanie avait hâte de commencer à déléguer à Derek de nouvelles responsabilités (telles que définies dans le cadre du rôle étendu des techniciens en pharmacie agréés). Elle voulait l'intégrer graduellement dans ses nouvelles fonctions en le laissant vérifier les ordonnances en fin de journée (qui est le moment censé

être plus calme en matière de réception d'ordonnances). Au cours de cette période de travail en soirée, Derek était également chargé de remettre les médicaments, d'encaisser les paiements et de vérifier et signer les ordonnances. Stéphanie était chargée de saisir les ordonnances dans le système informatique, d'effectuer la vérification thérapeutique des ordonnances, de renseigner les clients sur l'utilisation des MVL et d'effectuer des revues de médicaments.

Un soir, les clients ont téléphoné ou se sont présentés en plus grand nombre que d'habitude au comptoir de l'officine, le système de facturation en ligne aux tiers payants était en panne et le nombre d'ordonnances présentées était au moins une fois et demie supérieur à celui d'une soirée de semaine type. Lors de cette soirée particulièrement occupée, M. Martin s'est présenté au comptoir de l'officine avec une ordonnance pour sa femme. Il s'agissait d'une ordonnance de NovoRapid<sup>MD</sup> Penfill (insuline aspart). Stéphanie l'a correctement saisie dans l'ordinateur. Comme le réfrigérateur où était rangée l'insuline se trouvait juste à côté du guichet de réception, elle a rapidement sorti une boîte de Penfill du réfrigérateur, l'a déposée sur le comptoir et s'est occupée d'un autre client qui l'attendait pour faire une revue de médicaments. Le téléphone sonnait en

permanence. Pressé de toute part, Derek a coché par erreur le mauvais médicament. Il a signé pour une boîte de Novolin<sup>MD</sup> ge 30/70 Penfill (insuline injectable à 30 % et insuline isophane à 70 %) au lieu de Novo-Rapid<sup>MD</sup> Penfill (insuline aspart). Stéphanie connaissait très bien M. Martin puisqu'elle gérait tous ses médicaments depuis trois ans. M. Martin était diabétique et son diabète était traité à l'aide de Novolin<sup>MD</sup> ge 30/70 Penfill (insuline injectable à 30 % et insuline isophane à 70 %). Il avait l'air d'être pressé. Derek a remis la commande de Mme Martin à Stéphanie. Même si c'était elle qui avait saisi l'ordonnance dans l'ordinateur, elle a supposé que le médicament était pour M. Martin puisqu'il s'agissait de Novolin<sup>MD</sup> ge 30/70 Penfill (insuline injectable à 30 % et insuline isophane à 70 %). Après que Stéphanie eut fini de lui donner les conseils d'usage à propos de son traitement par l'insuline, M. Martin a quitté la pharmacie.

Quelques jours plus tard, M. Martin a téléphoné pour dire que sa femme avait dû se rendre à l'urgence à cause de symptômes associés à une hyperglycémie. Les symptômes de Mme Martin ont été résolus à l'urgence et elle a été renvoyée chez elle le jour même. Toutefois, M. Martin a menacé de porter plainte contre Stéphanie et son équipe de pharmacie. Stéphanie a vérifié le dossier de Mme Martin sur l'ordinateur et elle s'est rendu compte que le médicament qu'on avait donné à M. Martin pour sa femme n'était pas le bon. Stéphanie, visiblement très secouée par ce qui s'était passé, a demandé à Derek de parler à M. Martin.

## Contexte

Le scénario présenté ici décrit un incident lié à la médication auquel aucun technicien en pharmacie ne tient à être confronté au cours de sa carrière. Malheureusement, en ayant plus de responsabilités, les techniciens en pharmacie risquent de se trouver à un moment ou à un autre dans des situations où un incident lié à la médication a failli se produire ou s'est effectivement produit. Cette leçon illustre les responsabilités des techniciens en pharmacie et esquisse une stratégie systématique pour gérer les incidents liés à la médication, y compris des stratégies proactives préventives à la pharmacie (ou dans le contexte de travail), ainsi qu'une approche appropriée par le personnel de la pharmacie pour divulguer un incident lié à l'administration d'un médicament à un client ou à des membres de sa famille et en parler avec eux.

## L'extension de la pratique

Au fur et à mesure de l'évolution de la profession pharmaceutique, on comptera de plus en

**Tableau 1 - Responsabilités à prévoir dans le cadre de l'extension du rôle des techniciens en pharmacie**

Tâches techniques	Exemple
Accepter les ordonnances verbales*	Le Dr Jobin appelle à la pharmacie parce que Mme Jeanne a besoin d'une nouvelle ordonnance de Ventolin <sup>MD</sup> HFA. Un technicien en pharmacie peut accepter l'ordonnance verbale du Dr Jobin au téléphone sans passer par le pharmacien.
Transferts d'ordonnances*†	La pharmacie A appelle la pharmacie B pour demander le transfert de l'ordonnance de Mme Jeanne. Les techniciens en pharmacie peuvent effectuer le transfert sans passer par le pharmacien.
Effectuer les vérifications techniques finales des ordonnances	Un client se présente à la pharmacie pour faire exécuter une nouvelle ordonnance ou demander un renouvellement. Une fois que le pharmacien a fait la vérification thérapeutique de l'ordonnance, les techniciens en pharmacie peuvent vérifier, sans passer par le pharmacien, que le flacon contient la quantité correcte du bon médicament et qu'il est correctement étiqueté pour le client. Le pharmacien peut ensuite remettre la commande au client en étant assuré que le flacon contient le bon médicament et la quantité voulue, et qu'il est bien étiqueté.

\* Les techniciens en pharmacie sont tenus de respecter les lois et règlements provinciaux régissant les ordonnances verbales et les transferts d'ordonnances.

† Des modifications apportées à la Loi sur la pharmacie et aux règlements afférents ont été proposées pour permettre aux techniciens en pharmacie de recevoir et d'effectuer des transferts d'ordonnances; l'approbation de ces modifications par le gouvernement est toujours en suspens.

plus sur les techniciens en pharmacie pour s'occuper des aspects techniques de l'exécution des nouvelles ordonnances et des renouvellements. Les compétences que l'on attend d'un technicien en pharmacie sont définies par l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie<sup>1</sup>. Au niveau provincial, chaque organisme de réglementation a pour tâche d'instituer la législation nécessaire pour réglementer la profession de technicien en pharmacie et autoriser subséquemment les techniciens en pharmacie à assumer un rôle étendu.

On s'attend à ce que les techniciens en pharmacie aient un impact important sur les soins aux patients dans les contextes communautaires, hospitaliers et de soins de longue durée. Ils devront assumer plus de responsabilités quand l'extension de leur pratique sera maximale; cela consistera à accepter des ordonnances verbales, à transférer des ordonnances et à effectuer la vérification technique finale des ordonnances (Tableau 1). L'évolution de la profession pharmaceutique crée d'intéressantes occasions, aussi bien pour les pharmaciens que pour les techniciens en pharmacie, d'améliorer les soins aux patients. Les techniciens en pharmacie sont bien placés pour aider les pharmaciens à maximiser les rencontres avec les patients et à obtenir les résultats thérapeutiques attendus. Cependant, les étapes nécessaires pour intégrer le rôle étendu des techniciens en pharmacie dans les tâches quotidiennes doivent être coordonnées avec tous les

membres du personnel de la pharmacie. Sinon, il y aura une probabilité plus élevée que des incidents liés à la médication soient évités de justesse ou se produisent effectivement du fait d'une mauvaise communication, d'un manque de confiance ou de contradictions.

## Comprendre l'innocuité des médicaments et les incidents liés à leur administration

« Les gens qui travaillent dans le domaine des soins de santé sont parmi les plus éduqués et les plus dévoués de tous les secteurs d'activité. Le problème n'est pas une question de personnes; le problème est que le système doit être rendu plus sûr<sup>2</sup>. »

L'intégration des vérifications techniques effectuées par les techniciens en pharmacie aux vérifications thérapeutiques effectuées par les pharmaciens a pour but de s'assurer que les patients recevront un traitement approprié et efficace. Par ailleurs, il est également essentiel d'établir une culture de la sécurité des patients dans le milieu de travail afin d'améliorer l'innocuité des médicaments et, de façon générale, les soins aux patients. Les professionnels de la santé qui adoptent une culture de la sécurité des patients savent bien que les pharmaciens et les techniciens en pharmacie sont des êtres humains et qu'ils peuvent donc faire des erreurs<sup>3</sup>. On ne peut pas s'attendre à ce que les actes des êtres humains soient parfaits en tout temps. En fait, les accidents et les erreurs sont, de façon caractéristique, liés à

des défauts du système (p. ex., l'environnement et le milieu de travail) et l'on doit s'attendre à ce que les erreurs humaines fassent partie de tout environnement de travail. Pour éviter de commettre des erreurs dans le contexte de la pharmacie, on doit mettre en place un système à l'épreuve des erreurs humaines prévisibles. D'abord, nous devons appliquer une approche systémique à la gestion des incidents liés à la médication et rejeter la mentalité traditionnelle consistant « à blâmer et

punir ». Voici ce qu'on devrait faire quand on découvre un incident lié à l'administration d'un médicament :

- Reconnaître positivement le ou les membres du personnel qui ont signalé l'incident (plutôt que de les pénaliser) afin que tout le monde dans la pharmacie soit conscient de l'événement et puisse en tirer des enseignements.
- Examiner les causes potentielles ou ce qui, dans le contexte ou l'environnement de travail (c'est-à-dire le système de distri-

bution des médicaments) pourrait avoir contribué à ce que l'incident se produise (au lieu de chercher à déterminer qui en est responsable).

- Se dire que des erreurs, il s'en produit partout (y compris celles qu'on évite de justesse). Par conséquent, on doit chercher ensemble, en équipe, pourquoi l'incident s'est produit, quels peuvent en être les facteurs contributifs et quels changements ou quelles améliorations devraient être faits dans le flux ou

**Tableau 2 – Divulguer un incident lié à la médication à un patient ou à sa famille<sup>5</sup>**

Étapes	Recommandations	Exemples se rapportant à l'étude de cas
<b>Étape 1 :</b> Est-il approprié ou nécessaire de divulguer un incident lié à la médication ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer si la divulgation aura des avantages significatifs pour le patient et les professionnels de la santé.</li> </ul>	La femme de M. Martin a subi un préjudice (une hyperglycémie qui l'a obligée à se rendre à l'urgence) à cause de l'incident. Il est approprié de divulguer cet incident parce que cela aidera M. Martin à comprendre la suite d'événements qui a mené à remettre le mauvais médicament à sa femme.
<b>Étape 2 :</b> Préparation de la divulgation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le fournisseur de soins de santé le plus responsable qui est au contact direct des patients dirige le processus de divulgation.</li> <li>• Tous les fournisseurs de soins impliqués dans l'incident sont préparés à expliquer les événements pertinents au patient et aux membres de sa famille.</li> <li>• La divulgation est faite au moment qui convient le mieux au patient et aux membres de sa famille.</li> <li>• La divulgation est faite en personne auprès du patient et des membres de sa famille.</li> <li>• La divulgation doit être faite en privé et dans un lieu excluant tout risque d'être interrompu.</li> <li>• Une durée suffisante doit y être consacrée pour permettre de discuter en détail de l'incident.</li> </ul>	En tant que fournisseuse de soins la plus responsable, c'est Stéphanie qui devrait se charger de divulguer les événements à M. Martin. Mais l'incident l'a tellement troublée qu'elle ne parvient plus à se concentrer. Heureusement, Derek est prêt à discuter de l'incident avec M. Martin. Mais voilà que ce dernier revient à la pharmacie sans crier gare, ce qui rend difficile de choisir un moment et un lieu appropriés pour divulguer l'incident, car cela doit être fait dans un lieu privé. Si l'arrivée inopinée de M. Martin complique les choses, Stéphanie et Derek doivent prendre des dispositions pour faire la divulgation à un moment et en un lieu qui conviennent à tout le monde.
<b>Étape 3 :</b> La divulgation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On se concentre sur les événements qui ont mené à l'incident.</li> <li>• Les événements doivent être clairement expliqués en utilisant des termes simples et faciles à comprendre.</li> <li>• On doit être prêt à répondre à toute question relative à l'incident lié à la médication.</li> <li>• Il faut utiliser « l'écoute active » pour établir le contact avec le patient et les membres de sa famille.</li> </ul>	Scénario possible : « Bonjour, M. Martin, je voudrais prendre quelques instants pour vous parler des événements qui ont mené à vous remettre le mauvais médicament pour votre femme. Quand nous avons reçu l'ordonnance de Mme Martin, elle a été correctement saisie dans le système informatique. Cependant, à cause d'une accumulation de nouvelles ordonnances, je me suis précipité et j'ai pris un médicament qui ressemblait à celui qui était censé être remis à votre femme. Quand Stéphanie a terminé sa consultation avec un autre client, elle a vu que vous attendiez et elle a pensé que le médicament que j'avais choisi était pour vous et non pour votre femme... »
<b>Étape 4 :</b> Excuses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excusez-vous très sincèrement à propos de l'incident.</li> </ul>	Scénario possible : « Je tiens à vous dire que Stéphanie et moi sommes vraiment désolés de cette situation... »
<b>Étape 5 :</b> Poursuivez en :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• parlant des mesures qui vont être prises pour éviter que des événements similaires se produisent à l'avenir.</li> <li>• proposant de communiquer au patient et aux membres de sa famille tout ce qui sera découvert à propos de l'incident.</li> <li>• fournissant un soutien suivi au patient et aux membres de sa famille.</li> </ul>	Scénario possible : « Nous ne pouvons malheureusement pas revenir en arrière, mais nous vous assurons que nous avons pris des mesures pour éviter que cela se reproduise. Les médicaments qui ont été confondus ne sont plus rangés l'un à côté de l'autre. Nous avons aussi apposé des étiquettes qui nous aident à distinguer facilement les deux produits. Plus important encore, nous avons mis en place un système de double vérification indépendante pour nous assurer que les patients reçoivent bien les médicaments qui leur sont prescrits. Nous sommes vraiment très mal à l'aise à propos de ce qui s'est passé. Croyez que nous faisons tout pour que ça ne se reproduise pas. Si vous avez besoin d'autres renseignements ou si vous désirez nous parler, n'hésitez pas à appeler la pharmacie ou à passer nous voir. »

**Tableau 3 - Apporter un soutien à la « victime par ricochet »<sup>6</sup>**

Initiatives de soutien	Recommandations
Reconnaissance de la « victime par ricochet »	Mettre sur pied une approche systématique pour soutenir les membres de l'équipe de pharmacie à la suite d'un incident lié à la médication.
Réconfort approprié de la part des membres du personnel	Prévenir les réactions négatives des membres du personnel de la pharmacie en les incitant à reconnaître le problème et à faire preuve d'empathie.
Occasion de faire un bilan à propos de l'incident lié à la médication	Le personnel impliqué dans l'incident devrait avoir la possibilité d'en discuter avec le directeur de la pharmacie, d'autres membres du personnel ou des pairs, et de l'information et du soutien devraient être fournis.
Soutien professionnel	Utiliser des conseillers spécialisés pour réduire l'impact émotionnel et psychologique à long terme.

l'environnement de travail pour éviter que cela se produise à nouveau. Certains facteurs contributifs potentiels des incidents liés à la médication qui se produisent dans les pharmacies communautaires sont les médicaments dont les noms se ressemblent visuellement ou auditivement et ceux dont les étiquettes et les emballages sont similaires, les abréviations dangereuses, l'écriture illisible, une mauvaise communication entre les membres du personnel et l'absence de doubles vérifications indépendantes<sup>3</sup>.

### Analyse de l'étude de cas

Le scénario proposé en introduction illustre un incident lié à la médication qui peut compliquer l'intégration des techniciens en pharmacies dans la pratique pharmaceutique. Le nombre élevé d'incidents liés à la médication qui se produisent dans le contexte des pharmacies est souvent dû à diverses variables sur lesquelles on n'a pas de contrôle<sup>4</sup>. Après la survenue d'un incident, les professionnels de la santé doivent immédiatement s'occuper de toute inquiétude relative aux patients et mettre en place des mesures de sauvegarde appropriées pour s'attaquer aux facteurs contributifs. La section suivante se réfère au scénario proposé en introduction. Voyons maintenant quels sont les principaux aspects qu'implique la gestion des incidents liés à la médication.

#### Point 1 : Comment Derek devrait-il se préparer à divulguer l'incident à M. Martin ?

Si un incident lié à la médication a causé un préjudice (quel qu'en soit le degré de gravité), il est recommandé aux professionnels de la santé de réagir immédiatement ou de prendre des dispositions pour parler de la situation avec le client. Avant tout, le plan d'action devrait être axé sur le client. Chaque divulga-

tion sera différente en fonction du type d'incident et de patient concerné. Le tableau 2 décrit une approche en cinq étapes.

#### Point 2 : Que faudrait-il faire pour s'assurer que Derek reçoive un soutien adéquat de la part du personnel et de la direction ?

Les soignants et les pourvoyeurs de soins de santé ne sont souvent pas reconnus comme des « victimes » à la suite d'un incident lié à la médication. Pourtant, ces incidents peuvent représenter une lourde charge émotionnelle pour les professionnels de la santé<sup>6</sup>. C'est pour cette raison que la documentation relative à la sécurité des patients utilise le terme « victime par ricochet » pour décrire l'impact psychologique sur les professionnels de la santé des incidents liés à la médication<sup>6,7</sup>. En tant que victimes par ricochet, les professionnels de la santé impliqués dans ces incidents ressentent souvent de la honte, de la culpabilité et de la colère, et doutent d'eux-mêmes<sup>6</sup>. Il est inévitable qu'il y ait des risques d'erreurs humaines quand on traite des ordonnances. En tant que professionnels de la santé nouvellement réglementés dont le rôle et les responsabilités ont été étendus, les techniciens en pharmacie sont susceptibles d'être impliqués dans des incidents évités de justesse ou des incidents effectifs. Cela peut compromettre l'évolution de la carrière ou l'estime de soi. Les dirigeants de pharmacie sont invités à élaborer des stratégies ou des politiques appropriées afin de limiter la charge émotionnelle des victimes par ricochet lors des incidents liés à la médication. Ces mesures proactives ou continues d'amélioration de la qualité permettront de s'assurer que les membres de l'équipe de la pharmacie (dont les techniciens en pharmacie) recevront le soutien émotionnel, psychologique et pratique nécessaire.

*Point 3 : Comment identifier les causes immédiates ou sous-jacentes d'un incident lié à la médication ? Que s'est-il passé ? Comment cela s'est-il produit ?*

Comme cela a été mentionné précédemment, les erreurs sont généralement liées à des défauts du système de distribution des médicaments. En ce qui concerne le scénario proposé en introduction, les facteurs contributifs suivants (à la fois humains et liés aux circonstances) étaient probablement impliqués dans l'incident qui a consisté à remettre un médicament inadéquat à Mme Martin.

- **Charge de travail et interruptions.** L'incident s'est produit lors d'une soirée inhabituellement chargée. Le flux de travail habituel a été interrompu par une panne imprévue du système de facturation en ligne aux tiers payants. Le fait d'être interrompu et la multiplication inattendue des tâches peuvent pousser les capacités humaines à leur limite et se traduire par des erreurs évitables dans le processus de distribution des médicaments.
- **Médicaments dont les emballages ou les noms se ressemblent.** Les noms des médicaments NovoRapid<sup>MD</sup> Penfill (insuline aspart) et Novolin<sup>MD</sup> ge 30/70 Penfill (insuline injectable à 30 % et insuline isophane à 70 %) se ressemblent, dans une certaine mesure, particulièrement en cas d'affluence ou de multiplication des tâches.
- **Médicaments dont les emballages ou les étiquettes se ressemblent.** L'étiquetage et l'emballage de NovoRapid<sup>MD</sup> Penfill (insuline aspart) et de Novolin<sup>MD</sup> ge 30/70 Penfill sont très similaires. Il est facile de les confondre, surtout s'ils sont rangés côte à côte dans le réfrigérateur.
- **Double vérification indépendante pour les médicaments à niveau d'alerte élevé.** On sait que l'insuline figure parmi les 10 médicaments les plus souvent déclarés comme ayant causé un préjudice du fait d'une erreur de médication<sup>8</sup>. La délivrance de Novolin<sup>MD</sup> ge 30/70 Penfill (insuline injectable à 30 % et insuline isophane à 70 %) n'a pas vraiment fait l'objet d'une double vérification indépendante. L'ordonnance a été saisie par la pharmacienne, qui a également pris le produit dans le réfrigérateur (conformément au processus de délivrance des médicaments). Avec des interruptions comme d'incessants appels téléphoniques ou en cas d'affluence, il est possible que des facteurs humains, comme des biais de confirmation (*expliqué ci-dessous*), nuisent au processus de vérification. Dans ce cas, le technicien en

Tableau 4 – Principes de prévention des erreurs\* 10

Facteurs contributifs	Principes de prévention des erreurs*	Applications dans le scénario proposé
Charge de travail ou interruptions	Règles et politiques	La direction de la pharmacie peut établir un règlement en vertu duquel les employés de la partie commerciale doivent apporter leur aide quand l'officine fait face à un volume exceptionnellement élevé d'ordonnances ou à une interruption technique imprévue, etc.
Noms de médicaments susceptibles d'être confondus	Rappels, listes de vérification et double vérification	Afficher la liste des noms de médicaments susceptibles d'être confondus de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP – <a href="http://www.ismp.org/tools/confuseddrugnames.pdf">www.ismp.org/tools/confuseddrugnames.pdf</a> ) à chaque poste de distribution afin d'apprendre au personnel et de lui rappeler les différentes paires de médicaments à l'aspect et aux noms similaires susceptibles d'être confondus.  Si cela est financièrement ou logistiquement possible, installer la technologie par code-barres dans les postes de distribution: en plus de vérifier visuellement le numéro d'identification du médicament (DIN) lors de l'exécution de l'ordonnance, le décodage du code à barres du médicament en stock à l'aide d'un lecteur optique peut également servir de double vérification indépendante.
	Éducation et information	
	Automatisation et informatisation	
Étiquetages et emballages similaires	Automatisation et informatisation	Comme ci-dessus.
	Règles et politiques	La direction de la pharmacie peut exiger que les médicaments dont l'étiquetage et l'emballage sont similaires soient rangés séparément (p. ex., en utilisant des séparateurs ou des paniers différents dans le réfrigérateur afin de séparer les différentes sortes d'insulines, ou encore en appliquant des autocollants sur les emballages pour aider le personnel à distinguer les produits d'aspect similaire).
Double vérification indépendante pour les médicaments à niveau d'alerte élevé	Rappels, listes de vérification et doubles vérifications	Afficher la liste des médicaments à niveau d'alerte élevé de l'ISMP ( <a href="http://www.ismp.org/tools/highalertmedications.pdf">www.ismp.org/tools/highalertmedications.pdf</a> ) à chaque poste de distribution afin d'apprendre au personnel et de lui rappeler quels sont les médicaments les plus fréquemment déclarés dans les cas d'accidents liés à la médication causant des préjudices.  La direction de la pharmacie peut exiger qu'une double vérification indépendante soit effectuée par un autre technicien en pharmacie (ou par le pharmacien de service s'il n'y a pas d'autre technicien disponible) lors de l'exécution d'ordonnances de médicaments à niveau d'alerte élevé.
	Éducation et information	
	Règles et politiques	
Information fournie au représentant du patient	Éducation et information	Lorsqu'on donne des conseils en remettant le médicament prescrit, que ce soit au comptoir de l'officine ou dans l'aire de confidentialité, on doit discuter avec le patient ou son représentant du médicament en question. Très souvent, cela peut servir de double vérification indépendante ou d'ultime contrôle pour s'assurer qu'on remet bien le médicament destiné au patient qui doit le prendre.
Biais de confirmation	Rappels, listes de vérification et doubles vérifications	Faire faire une double vérification indépendante par un autre membre de l'équipe de pharmacie au cours du processus d'exécution d'une ordonnance permet souvent d'éclipser le biais de confirmation d'un autre membre du personnel.

\* Selon les principes de prévention des erreurs<sup>10</sup>, sont classés par ordre décroissant d'efficacité: l'automatisation et l'informatisation; les rappels, les listes de vérification et les doubles vérifications; la mise en œuvre de règlements et de politiques; l'éducation et l'information.

pharmacie a présumé que la boîte de Penfill qui avait été posée sur le comptoir par la pharmacienne était le bon médicament et l'a approuvé.

- **Information fournie au représentant du patient.** Normalement, les conseils sur les médicaments prescrits que l'on donne au patient ou à son représentant lors de la remise du médicament ou dans l'aire de confidentialité devraient être l'ultime occasion de communiquer et de vérifier de nouveau qu'on remet bien le médicament destiné au patient qui doit le prendre. Mais

du fait de l'affluence, cette étape a été omise.

- **Biais de confirmation.** En tant qu'êtres humains, les biais de confirmation (qui nous poussent à voir ce qui confirme ce à quoi nous nous attendons plutôt que la réalité) sont parfois inévitables, surtout quand on se trouve dans une situation stressante ou qu'on est soumis à de multiples distractions dans un contexte d'affluence. Dans le scénario proposé en introduction, la pharmacienne (Stéphanie) a vu M. Martin dans la pharmacie et elle

s'est imaginé qu'il était là pour acheter son médicament habituel (Novolin<sup>MD</sup> ge 30/70 Penfill). Son biais de confirmation l'a tout simplement amenée à entériner ce à quoi elle s'attendait plutôt qu'à le mettre en doute.

#### *Point 4: Comment éviter que de tels incidents se reproduisent à l'avenir?*

Chaque fois qu'un incident lié à la médication entraîne un préjudice, il est important pour le patient (ou sa famille): de connaître les faits (voir le Point 1 et le tableau 2); de savoir quelles



en sont les causes possibles, c'est-à-dire pourquoi l'incident s'est produit (voir le Point 3); que le pharmacien et la pharmacie regrettent ce qui s'est passé (voir le Point 1 et le tableau 2); et qu'on lui dise quelles mesures seront prises pour éviter que ce type d'incident se reproduise à l'avenir (voir le tableau 4)<sup>5</sup>.

Les stratégies de prévention devraient être systémiques, avec pour objectif ultime de rendre le contexte de pratique plus sécuritaire et plus convivial, tout en tenant compte du fait que les facteurs humains et les erreurs humaines font partie intégrante de tout milieu de travail<sup>9</sup>. Selon les principes de prévention des erreurs<sup>10</sup>, les stratégies suivantes sont classées en fonction de leur efficacité, par ordre décroissant :

- Imposition de fonctions et de contraintes
- Automatisation et informatisation
- Simplification et standardisation
- Rappels, listes de vérification et doubles vérifications
- Mise en œuvre de règlements et de politiques
- Éducation et information

Les solutions visant un niveau d'efficacité plus élevé sont parfois inapplicables ou logiquement impossibles à mettre en place, mais les membres de l'équipe de pharmacie devraient s'efforcer de les rechercher aussi souvent que possible.

### Au-delà de la pharmacie

Que se passe-t-il si le patient ou sa famille portent plainte auprès de l'organisme de régulation provincial contre le technicien en pharmacie et l'équipe de pharmacie impliqués dans l'incident lié à la médication ? Cela se traduira-t-il par des mesures disciplinaires et punitives ? Selon des données de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario<sup>11</sup>, la majorité des plaintes relatives à un incident lié à la médication n'aboutissent pas au conseil de discipline. En fait, le comité des réclamations règle généralement ces plaintes en remédiant au problème plutôt qu'en imposant des mesures disciplinaires ou punitives, dans la mesure où le membre réglementé (p. ex., un pharmacien ou un technicien en pharmacie) a agi et réagi dans l'intérêt du patient ou de sa famille ainsi que de façon professionnelle, responsable et éthique lorsqu'il a été confronté à l'incident, lorsqu'il a divulgué les événements entourant cet incident et lorsqu'il a pris ensuite des mesures pour remédier à la situation selon une approche systémique axée sur le patient. Pour les membres d'une équipe de pharmacie, les incidents liés à la médication devraient non seulement être considérés comme des occasions d'apprendre pour améliorer continuellement la qualité, mais aussi comme un rappel de leurs obligations professionnelles<sup>11</sup>.

### Conclusion

Chacun sait que le système de délivrance des médicaments, qui comprend de multiples stades – prescription, saisie de la commande, exécution de l'ordonnance, administration des médicaments et surveillance –, est complexe et vulnérable aux erreurs. Les facteurs humains sont inévitables à chacun de ces stades, ce qui mène souvent à éviter de justesse des incidents liés à la médication ou à des incidents effectifs. Par conséquent, afin d'établir une culture de la sécurité et un environnement de travail utilisant des pratiques à l'épreuve des erreurs humaines, il est indispensable d'adopter des mesures systémiques d'amélioration continue de la qualité. En tant que professionnels de la pharmacie, les techniciens en pharmacie peuvent jouer un rôle-clé pour favoriser les processus d'amélioration de la qualité dans la pratique pharmaceutique.

### RÉFÉRENCES

1. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA). Professional competencies for Canadian pharmacy technicians at entry to practice. Ottawa, ON: NAPRA; 2007. Accessible sur le site [http://napra.ca/pages/Practice\\_Resources/pharmacytechniciancompetencies.aspx](http://napra.ca/pages/Practice_Resources/pharmacytechniciancompetencies.aspx)
2. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
3. Ho C, Hung P. Keep it safe: community pharmacist development and implementation of strategies to improve patient safety. *Pharmacy Pract*, 2010;26(6): 39-45.
4. Witte D, Dundes L. Prescription for error: process defects in a community retail pharmacy. *J Patient Saf*, 2007;3:190-4.
5. Canadian Patient Safety Institute (CPSI). Canadian disclosure guidelines: Being open with patients and families. Edmonton, AB: CPSI; 2011. Accessible sur le site <http://www.patientsafetyinstitute.ca/english/toolsresources/disclosure/pages/default.aspx>
6. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf*, 2012;21:267-70.
7. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the health care provider « second victim » after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*, 2009;18:325-30.
8. ISMP Canada. Les 10 médicaments les plus fréquemment déclarés dans les cas d'accidents avec préjudice liés à la médication. ISMP Canada Safety Bulletin, 2006;6:1-2. Accessible sur le site <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2006-01.pdf>
9. Ho C, Poon C. Preventing medication order entry errors: A guided approach to solution development in community pharmacy practice. 17 juin 2011. [www.CanadianHealthcareNetwork.ca](http://www.CanadianHealthcareNetwork.ca)
10. Grissinger M. Medication error-prevention "toolbox." *P&T*, 2003;28(5):298.
11. Guogui S. Do medication errors result in a referral to the Discipline Committee? *Pharmacy Connection*, mars/avril 2009;22-23.

## QUESTIONS

**Veillez sélectionner la meilleure réponse à chaque question ou répondre en ligne sur le site [www.professionssante.ca](http://www.professionssante.ca) pour obtenir instantanément les résultats.**

1. Chacune des vérifications techniques suivantes peut être effectuée par des techniciens en pharmacie agréés, SAUF:
  - a) La quantité adéquate d'eau a été ajoutée à un flacon d'amoxicilline 125 mg/5 mL pour reconstituer une suspension de 150 mL.
  - b) L'étiquette d'ordonnance apposée sur le flacon d'amoxicilline 125 mg/5 mL reflète bien les indications du prescripteur.
  - c) L'amoxicilline est le médicament de choix pour traiter la maladie du patient.
  - d) Le nombre de renouvellements d'une ordonnance autorisé par le prescripteur a été enregistré dans le système informatique.
  
2. Une approche systémique de la gestion des incidents liés à la médication comprend chacun de ce qui suit, SAUF:
  - a) Chercher qui a fait l'erreur (les erreurs) qui a (ont) provoqué l'incident.
  - b) Reconnaître le ou les membre(s) du personnel qui a (ont) signalé l'incident.
  - c) Chercher dans le contexte ou l'environnement de travail les causes potentielles ou les facteurs contributifs qui pourraient avoir permis à l'incident de se produire.
  - d) Être conscient que l'erreur est humaine et travailler ensemble, en équipe, pour effectuer les modifications ou les améliorations dans le flux ou l'environnement de travail afin d'éviter que des incidents similaires se reproduisent.
  
3. En ce qui concerne la divulgation d'un incident lié à la médication à un patient, lequel des énoncés suivants est EXACT?
  - a) Les professionnels de la santé doivent toujours divulguer aux patients les incidents liés à la médication, quels qu'en soient les effets sur les patients.
  - b) Les divulgations doivent être faites à un moment qui convient au professionnel de la santé.
  - c) Les divulgations ne concernent que la direction de la pharmacie et les patients.
  - d) Les divulgations doivent être accompagnées des excuses sincères du professionnel de la santé qui explique l'incident lié à la médication.
  
4. Lequel des énoncés suivants est FAUX relativement aux événements PRÉCÉDANT la divulgation?
  - a) C'est le fournisseur de soins de santé le plus responsable qui doit diriger le processus de divulgation.
  - b) Tous les fournisseurs de soins de santé impliqués dans l'incident lié à la médication doivent être prêts à discuter des aspects pertinents avec le patient et les membres de sa famille.
  - c) La divulgation doit être faite en privé et dans un lieu où tout risque d'interruption est exclu.
  - d) Une durée suffisante doit être prévue pour permettre de discuter en détail de l'incident.
  
5. Lequel des énoncés suivants est VRAI relativement aux événements se produisant DURANT la divulgation?
  - a) La divulgation consiste à blâmer la personne qui est responsable de l'incident lié à la médication.
  - b) La divulgation implique que le professionnel de la santé décrive le mécanisme qui a probablement provoqué l'incident lié à la médication.
  - c) La divulgation ne se concentre que sur les événements qui ont mené à l'incident lié à la médication.
  - d) Les professionnels de la santé doivent immédiatement indemniser le patient pour ses ennuis.
  
6. Lequel des énoncés suivants est FAUX relativement aux événements qui SUIVENT la divulgation?
  - a) Les professionnels de la santé doivent transmettre les futures questions des patients à un tiers indépendant afin de faciliter le processus de guérison.
  - b) Les professionnels de la santé doivent fournir un soutien constant au patient et aux membres de sa famille.
  - c) Les professionnels de la santé doivent expliquer quelles mesures ils vont prendre pour éviter que des incidents similaires ne se reproduisent.
  - d) Les professionnels de la santé sont invités à continuer à avoir une relation positive avec le patient.
  
7. Après un incident lié à la médication, la « victime par ricochet » est...
  - a) un membre de l'organisme de réglementation
  - b) un membre de la famille du patient
  - c) un professionnel de la santé
  - d) un fabricant de médicaments
  
8. Lequel des énoncés suivants est VRAI relativement au soutien à apporter à la « victime par ricochet » après un incident lié à la médication?
  - a) Éviter de désigner ouvertement le ou les responsable(s)
  - b) Organiser un conseil de discipline
  - c) Inciter le personnel à réconforter le ou les responsable(s)
  - d) Un soutien par un spécialiste n'est pas nécessaire
  
9. Un facteur humain qui nous pousse à « voir » une information qui confirme nos attentes plutôt qu'une information qui contredit nos attentes s'appelle:
  - a) un biais interne
  - b) un biais de confirmation
  - c) un biais de sélection
  - d) un biais de vérification
  
10. Les facteurs contributifs suivants pourraient être impliqués dans un incident lié à la médication dû à une confusion entre des comprimés de Prednisone 5 mg et de Prednisone 50 mg.
  - a) Des étiquettes et des emballages similaires
  - b) Un biais de confirmation
  - c) La charge de travail et des interruptions
  - d) Tout ce qui précède
  
11. Laquelle des solutions suivantes serait la plus efficace pour éviter de confondre des noms de médicaments similaires?
  - a) Organiser une séance d'information pour indiquer au personnel de la pharmacie les diverses paires de médicaments dont les noms sont similaires.
  - b) Afficher la liste des noms de médicaments susceptibles d'être confondus de l'ISMP près de chaque poste de distribution.
  - c) Adopter un règlement exigeant qu'une deuxième vérification indépendante soit effectuée par un autre technicien en pharmacie dans toutes les activités de délivrance des médicaments.
  - d) Installer la technologie des codes à barres dans les postes de distribution afin que, en plus de vérifier le numéro d'identification des médicaments (DIN) au moment de les remettre aux clients, la lecture du code à barres du produit en stock serve également de double vérification indépendante.

12. Laquelle des solutions suivantes est la moins rapidement faisable sur le plan logistique (p. ex., entre 1 et 3 mois) pour éviter de confondre des noms de médicaments similaires ?

- a) Organiser une séance d'information pour indiquer au personnel de la pharmacie les diverses paires de médicaments dont les noms sont similaires.
- b) Afficher la liste des noms de médicaments susceptibles d'être confondus de l'ISMP près de chaque poste de distribution.
- c) Adopter un règlement exigeant qu'une deuxième vérification indépendante soit effectuée par un autre technicien en pharmacie dans toutes les activités de délivrance des médicaments.
- d) Installer la technologie des codes à barres dans les postes de distribution afin que, en plus de vérifier le numéro d'identification des médicaments (DIN) au moment de les remettre aux clients, la lecture du code à barres du produit en stock serve également de double vérification indépendante.

13. Il est important de dialoguer avec le patient ou son représentant à propos du médicament qu'on va lui remettre parce que :

- a) Cela fait partie de la gestion de la relation avec la clientèle.
- b) C'est le meilleur moment pour expliquer au client les autres services professionnels offerts par la pharmacie.
- c) Cela peut servir de double vérification indépendante ou d'ultime contrôle pour s'assurer qu'on remet bien le médicament destiné au patient qui doit le prendre.
- d) Cela fait partie des responsabilités d'un technicien en pharmacie agréé.

14. Lequel des énoncés suivants est FAUX ?

- a) Dans la majorité des cas, les plaintes portant sur des incidents liés à la médication font l'objet d'une recommandation visant à remédier au problème plutôt que de mesures disciplinaires ou punitives imposées par l'organisme de réglementation provincial.

- b) Le comité des réclamations d'un organisme de réglementation provincial adresse systématiquement les incidents liés à la médication au conseil de discipline.
- c) Les incidents liés à la médication devraient être considérés par les membres de l'équipe de pharmacie comme un rappel de leurs obligations professionnelles.
- d) Quand l'équipe de la pharmacie a affaire à un incident lié à la médication, il est important qu'elle agisse et réagisse dans l'intérêt du patient.

15. Afin d'établir un environnement de travail dont les pratiques en matière de délivrance des médicaments sont sécuritaires et à l'épreuve des erreurs humaines, il faut :

- a) établir une culture de la sécurité des patients.
- b) encourager à déclarer les incidents évités de justesse et les incidents liés à la médication.
- c) maintenir des mesures systémiques d'amélioration continue de la qualité.
- d) Tout ce qui précède.

Présenté par :

Commandité par :



**L'autosurveillance de la glycémie  
1 UFC • Mai 2013**

CCEPP n° 1065-2013-688-I-T Tech.  
Non valide pour les UFC après le 12 mai 2014.

Maintenant accrédité par le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie

- |                   |                   |                   |                    |                    |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| <b>1. a b c d</b> | <b>4. a b c d</b> | <b>7. a b c d</b> | <b>10. a b c d</b> | <b>13. a b c d</b> |
| <b>2. a b c d</b> | <b>5. a b c d</b> | <b>8. a b c d</b> | <b>11. a b c d</b> | <b>14. a b c d</b> |
| <b>3. a b c d</b> | <b>6. a b c d</b> | <b>9. a b c d</b> | <b>12. a b c d</b> | <b>15. a b c d</b> |

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Nom de la pharmacie \_\_\_\_\_

Province du permis \_\_\_\_\_ N° de permis \_\_\_\_\_ Province du permis \_\_\_\_\_ N° de permis \_\_\_\_\_

Adresse (Domicile) \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Année d'obtention de diplôme \_\_\_\_\_

**Type de pharmacie**

- De chaîne ou de franchise
- Affiliée à une bannière
- De grande surface
- Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_
- De supermarché
- Indépendant
- D'hôpital

- ATP à plein temps
- ATP à temps partiel

Êtes-vous un(e) ATP certifié(e) ?  
 Oui  Non

**Aidez-nous à nous assurer que ce programme vous soit utile en répondant aux questions suivantes :**

1. Avez-vous le sentiment d'être plus informé(e) sur la façon de gérer une erreur médicamenteuse ?  Oui  Non
2. L'information contenue dans cette leçon était-elle pertinente pour vous en tant qu'ATP ?  Oui  Non
3. Allez-vous pouvoir intégrer l'information acquise grâce à cette leçon dans votre travail d'ATP ?  Oui  Non  S.O.
4. L'information contenue dans cette leçon était-elle...  
 Trop basique  Appropriée  Trop difficile
5. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de cette leçon ?  
 Très  Assez  Pas du tout
6. Quel sujet aimeriez-vous que nous traitions dans un prochain numéro ?  
\_\_\_\_\_

**COMMENT RÉPONDRE ? Répondez EN LIGNE sur [www.ProfessionSante.ca](http://www.ProfessionSante.ca) pour obtenir vos résultats instantanément.**

**Pour tout renseignement concernant la notation de cette FC,**

veuillez communiquer avec Mayra Ramos par téléphone (416 764-3879), par télécopieur (416 764-3937) ou par courriel ([mayra.amos@rci.rogers.com](mailto:mayra.amos@rci.rogers.com)). Toutes les autres demandes relatives à Coin Technipharm FC doivent être adressées à Tasleen Adatia par téléphone (416 764-3926) ou par courriel ([tasleen.adataia@rci.rogers.com](mailto:tasleen.adataia@rci.rogers.com)).