



## Bulletin sur la sécurité en situation d'urgence

### Substitutions de médicaments

La pandémie de COVID-19 a entraîné certains enjeux liés à la sécurité auxquels ont dû faire face les départements d'anesthésiologie et leurs membres. Ces réponses, étant donné la nature de la crise, ont dû se faire sur plusieurs fronts et rapidement.

Un des enjeux qui émerge au fil du temps est la pénurie croissante de certains médicaments utilisés régulièrement par les anesthésiologistes et les médecins de soins actifs. En réponse à cette situation, Santé Canada a émis un décret provisoire permettant de se procurer des médicaments de soins critiques auprès d'autres sources pendant cette pandémie. Par conséquent, nous pourrions très bientôt nous trouver en présence de médicaments (p. ex., propofol, hydromorphone, fentanyl, kétamine, midazolam, cisatracurium et rocuronium) ayant un emballage différent, un étiquetage en langue étrangère et *des concentrations différentes* de celles auxquelles nous sommes habitués.

**Un très bon exemple est l'arrivée du propofol 2 % en provenance d'Europe, ce qui correspond au double de la concentration du propofol 1 % utilisé au Canada. Cette formulation pourrait se retrouver dans certains hôpitaux dès cette semaine.** Dans certaines régions, cet approvisionnement externe sera limité à des zones précises (p. ex., hôpitaux précis, seulement dans les USI) et ne se retrouvera pas dans la plupart des salles d'opération, mais cette situation pourrait devoir changer avec le temps. Bien que les pénuries de médicaments et les substitutions temporaires ne soient pas des faits nouveaux pour les anesthésiologistes canadiens, le risque d'erreurs médicamenteuses pourrait augmenter au cours des prochains mois en raison du nombre et du type de substitutions et du fait que ces dernières surviennent durant une période de charge cognitive accrue provoquée par cette pandémie.

Étant donné le niveau de risque accru prévu, la SCA exhorte chaque département d'anesthésiologie au Canada à examiner de façon proactive et à améliorer (au besoin) ses protocoles actuels pour la substitution de médicaments. Les stratégies de base à prendre en compte incluent les suivantes :

- Un responsable désigné du département d'anesthésie doit entretenir des liens actifs avec le responsable désigné de la pharmacie de son hôpital, ce qui comprend des communications régulières et opportunes concernant les enjeux de sécurité des médicaments, y compris les substitutions.
- Les membres des départements d'anesthésie doivent être informés en cas de pénuries (ou de pénuries prévues), afin de leur permettre d'employer des stratégies pour modifier leur utilisation des médicaments de façon à ne pas compromettre les soins aux patients.
- La pharmacie doit informer le département d'anesthésie en cas de substitution (ou de façon plus idéale lorsqu'on prévoit une substitution, afin que le département puisse donner son avis aux étapes de planification). Il faut informer rapidement tous les membres du département des substitutions à l'aide de différents moyens (p. ex., courriels, réunions de personnel, affichage proéminent, etc.).

- S'il est impossible d'éviter des substitutions ayant pour résultat la présence de fioles qui se ressemblent dans le chariot des médicaments d'anesthésie, il faut envisager des stratégies pour réduire le risque (distanciation physique, autocollants ou affiches pour signaler la présence de « fioles semblables »).
- Le personnel chargé de réapprovisionner les chariots doit également être informé (par la pharmacie) des substitutions ayant pour résultat la présence de fioles qui se ressemblent pour réduire le risque de réapprovisionner les tablettes et les chariots avec les mauvaises fioles.
- Dans le cas de fioles de médicaments ayant une concentration différente de celles utilisées précédemment, il faut tenir compte notamment des éléments suivants : les limiter à un établissement ou une unité en particulier, ne jamais placer côte à côte des fioles de concentrations différentes et (si le médicament est perfusé) reprogrammer toutes les pompes de perfusion de manière à exiger la sélection active (et la vérification) de la concentration adéquate. Dans le cas des médicaments préalablement préparés dans des seringues, l'étiquetage de la nouvelle concentration doit être clair et bien visible. Pour les médicaments qui sont préparés au point de soins, les étiquettes indiquant la concentration doivent être facilement accessibles.

Les exemples précédents constituent des suggestions de stratégies de base pouvant être adoptées. Vous trouverez de plus amples détails dans le plus récent numéro du [bulletin de l'ISMP](#). Il est entendu que les responsables départementaux, en étroite collaboration avec les responsables de leur pharmacie, devront adapter leur approche en fonction de la situation qui prévaut dans leur département et évaluer attentivement l'efficacité de ces interventions avec le temps.

En cas d'événement indésirable ou d'accident évité de justesse, nous exhortons fortement ces personnes à se servir de leur système local de déclaration des événements indésirables ainsi que de notre système national de déclaration des incidents, [CAIRS](#) pour documenter ces événements. La déclaration de ces événements constitue une étape nécessaire pour reconnaître les facteurs qui mènent à des événements indésirables et s'y attaquer afin de pouvoir éventuellement réduire la fréquence de leur occurrence. Nous encourageons également les anesthésiologistes à se servir des tout nouveaux [forums de discussion de la SCA](#) afin de partager des idées et des stratégies sur la meilleure façon de surmonter les défis qui nous attendent. La SCA continue d'avoir à cœur de soutenir les anesthésiologistes et les départements d'anesthésiologie et est heureuse de recevoir vos commentaires sur la façon dont elle peut continuer à vous servir de la façon la plus efficace possible.

Daniel Bainbridge, MD, FRCPC  
President, CAS

Lucie Filteau, MD, FRCPC  
Chair, Quality and Patient Safety Committee