

Méthode de soins infirmiers

Administration d'agents antinéoplasiques par voie intraveineuse

Mise à jour : juin 2023

ÉDITION :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte

Dépôt légal – 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-95773-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2023

Contexte de la mise à jour

Le Programme québécois de cancérologie (PQC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) poursuit la promotion de la pratique exemplaire pour l'administration d'agents antinéoplasiques par voie intraveineuse par la diffusion d'une mise à jour de la méthode de soins infirmiers.

Cette mise à jour inclut des modifications en fonction des nouvelles recommandations de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), de l'Infusion Nurse Society (INS) et de la Canadian Vascular Access Association (CVAA). La précision des principes d'administration, la mise à jour des liens Internet et des schémas ainsi que la standardisation de certains termes faciliteront la compréhension, et ce, dans le but d'assurer la sécurité et la qualité dans les soins offerts à la clientèle atteinte de cancer recevant des traitements intraveineux dans les établissements du Réseau de cancérologie du Québec (RCQ).

Groupe de travail : mise à jour 2023

Marie-Hélène Lavoie	01 – Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (CISSS du Bas-Saint-Laurent)
Marie-Noëlle Delorme	05 – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)/PQC, MSSS
Martine Therrien	06 – Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine)
Maude Lessard	06 – CHU Sainte-Justine
Luisa Luciani Castiglia	06 – Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
Audrey Chouinard	06 – Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Annik Gagné	12 – Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches)
Lorie Lord-Fontaine	15 – Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (CISSS des Laurentides)
Roxanne Trahan	16 – Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (CISSS de la Montérégie-Centre)
Josée Beaudet	PQC, MSSS

Rédaction 2018

Josée Beaudet	03 – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ – UL)
Sonia Joannette	Direction générale de cancérologie (DGC), MSSS

Groupe de travail 2018

Marie-Hélène Lavoie	01 – CISSS du Bas-Saint-Laurent
Josée Beaudet	03 – IUCPQ – UL
Marie-Pierre Avoine	06 – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Lorie Lord-Fontaine	06 – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal)
Manon Lapointe	12 – CISSS de Chaudière-Appalaches
Roxanne Trahan	16 – CISSS de la Montérégie-Centre
Sonia Joannette	DGC, MSSS

Collaborateurs et membres du Comité de l'évolution de la pratique des soins infirmiers en cancérologie (CEPSI) 2023

Marie-Hélène Lavoie	01 – CISSS du Bas-Saint-Laurent
Catherine Thériault	02 – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean)
Marilyn Perron	02 – CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Suzie Vaillancourt	02 – CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Marie-Ève Payeur	03 – IUCPQ – UL
Vickie Michaud	03 – IUCPQ – UL
Annabelle Morin	03 – CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)
Véronique Savard	03 – CHU de Québec – UL
Hélène Goulet	03 – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS de la Capitale-Nationale)
Pascale Latulippe	03 – CIUSSS de la Capitale-Nationale
Caroline Lavoie	03 – CIUSSS de la Capitale-Nationale
Cindy Gélinas	04 – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec)
Andréanne Thibault	04 – CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Sara Lemieux-Doutreloux	05 – CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Bianca Gagnon	05 – CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Audrey Labrecque	06 – CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Audrey Chouinard	06 – CHUM
Marie Migairou	06 – CHUM
Luisa Luciani Castiglia	06 – CUSM
Anne Choquette	06 – CUSM
Andréanne Chevrete	06 – CUSM
Martine Therrien	06 – CHU Sainte-Justine
Maude Lessard	06 – CHU Sainte-Justine
Hayet Belaid	06 – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
David Lepage	06 – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Renata Benc	06 – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Annie Leduc	07 – Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
Cassandra Sass	08 – Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Carolane Shuglo	09 – Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord
Émilie Savard	11 – Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie
Laurence Bourgeois	11 – Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Manon Lapointe	12 – CISSS de Chaudière-Appalaches
Annik Gagné	12 – CISSS de Chaudière-Appalaches

Sarah Boucher	12 – CISSS de Chaudière-Appalaches
Rachel Charles	13 – Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Annie Jean	14 – Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSS de Lanaudière)
Caroline Roberge	14 – CISSS de Lanaudière
Lorie Lord-Fontaine	15 – CISSS des Laurentides
Ève Turcotte-Audy	16 – CISSS de la Montérégie-Centre
Sonia Joannette	16 – CISSS de la Montérégie-Centre
Christelle Robert	16 – Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Joannie Van Houtte St-Gelais	16 – Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (CISSS de la Montérégie-Est)
Maria Isabel Acosta Bedoya	16 – CISSS de la Montérégie-Est
Maryse Carignan	Association québécoise des infirmières en oncologie (AQIO)
Marie-Noëlle Delorme	PQC, MSSS

Remerciements

Le Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques en cancérologie (CEPSP), en particulier madame Nadia Drouin; la Table nationale de coordination en soins et services infirmiers (TNCSSI) et le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS).

Mot du directeur national de la cancérologie et de la directrice nationale des soins et services infirmiers

L'administration d'agents antinéoplasiques est un volet important du travail du personnel infirmier œuvrant auprès des personnes atteintes de cancer. Une grande variabilité et disponibilité de règles d'administration des médicaments en cancérologie a été répertoriée. Témoignant du souci de soutenir les bonnes pratiques, le plan d'action¹ du PQC indiquait l'engagement « de mettre en place les conditions propices à l'usage sécuritaire des médicaments en oncologie aux étapes de prescription, de préparation, d'administration et de suivi des patients ». Dans cette perspective, pour ses travaux de 2016-2018, le CEPSP du PQC a développé une méthode de soins infirmiers (MSI) uniformisée pour l'administration sécuritaire des agents antinéoplasiques par voie intraveineuse.

En 2016, tous les établissements de santé offrant des soins aux personnes touchées par le cancer ont participé à la recension des pratiques. Quatorze MSI différentes ont ainsi été recensées et étudiées par le groupe de travail du CEPSP. Une recension non exhaustive des écrits a également été réalisée sur le sujet, et ce, afin de répondre aux questionnements du groupe de travail.

Le contenu de la MSI pour l'administration d'agents antinéoplasiques par voie intraveineuse a été développé de concert avec la Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI) du MSSS ainsi qu'avec le CEPSP. Afin d'en assurer l'accessibilité et un usage simplifié, la MSI est maintenant mise en page sous format électronique et elle respecte la présentation standard des MSI de la plateforme Web, et ce, avec la collaboration du CESS. Elle est disponible à l'adresse msi.expertise-sante.com/fr. Cette MSI uniformisée se veut le contenu attendu pour assurer la sécurité dans la prestation de soins infirmiers pour tous les établissements du RCQ.

Nous tenons à remercier tous les partenaires du réseau québécois de cancérologie qui ont contribué aux travaux d'élaboration et de validation du présent outil. Nous espérons que celui-ci contribuera à la qualité et à la sécurité des services offerts, au bénéfice de la clientèle et du personnel infirmier. Mét

Jean Latreille, MDCM, FRCPC

Directeur national du Programme québécois de
cancérologie

Elizabeth Arpin, Inf. M. Sc.

Directrice nationale des soins et services
infirmiers

1. MSSS (2013). *Plan d'action en cancérologie 2013-2015*. Repéré à publications.msss.gouv.qc.ca/MSSS/fichiers/2013/13-902-03W.pdf.

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITION DE LA MÉTHODE.....	1
OBJECTIFS DE SOINS.....	1
GÉNÉRALITÉS DE LA MÉTHODE.....	1
MATÉRIEL	3
1. PRINCIPES D'ADMINISTRATION.....	4
2. ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES.....	7
3. ADMINISTRATION DES AGENTS ANTINÉOPLASIQUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE.....	9
3.1. EN INJECTION DIRECTE (SERINGUE).....	9
3.1.1. ÉTAPES EXÉCUTOIRES.....	9
3.2. PAR POMPE PORTATIVE (AVEC BALLON ÉLASTOMÈRE OU PROGRAMMABLE).....	12
3.2.1. ÉTAPES EXÉCUTOIRES – INSTALLATION DE LA PERFUSION.....	12
3.2.2. ÉTAPES EXÉCUTOIRES – RETRAIT DE LA PERFUSION.....	13
3.3. EN PERFUSION INTERMITTENTE/CONTINUE.....	15
3.3.1. ÉTAPES EXÉCUTOIRES – INSTALLATION DE LA PERFUSION.....	15
3.3.2. ÉTAPES EXÉCUTOIRES – RINÇAGE DE LA PERFUSION.....	16
4. SOINS ET SURVEILLANCES	18
5. PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DESTINÉ À L'USAGER ET À SES PROCHES	19
6. DOCUMENTATION AU DOSSIER	20
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	22
ANNEXES	26
A. L'EXTRAVASATION ASSOCIÉE AUX AGENTS ANTINÉOPLASIQUES.....	26
B. ACCÈS VASCULAIRE	29
C. PERMÉABILITÉ DU DISPOSITIF D'ACCÈS VEINEUX.....	31
D. PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE CLINIQUE ET PARTICULARITÉS ASSOCIÉS À L'ADMINISTRATION D'UN AGENT ANTINÉOPLASIQUE.....	33
E. ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (ÉPI).....	35
F. DOUBLE VÉRIFICATION INDÉPENDANTE (DVI) DU MÉDICAMENT	37

H. HYPERSENSIBILITÉ ASSOCIÉE AUX CHIMIOTHÉRAPIES.....	37
G. EFFETS INDÉSIRABLES ET TOXICITÉ	37
I. PRÉCAUTION POUR LA MANIPULATION DES LIQUIDES BIOLOGIQUES À DOMICILE	38
J. OUTIL DE DÉTECTION DE LA DÉTRESSE (ODD)	39
K. PASSEPORT EN ONCOLOGIE	39
L. ÉVALUATION INITIALE DE L'USAGER SUIVI EN CANCÉROLOGIE.....	39
M. MONTAGE DU CIRCUIT DE TUBULURES	39

MÉTHODE DE SOINS INFIRMIERS

Administration d'agents antinéoplasiques par voie intraveineuse

Publiée en août 2018

Révisée en juin 2023

DÉFINITION DE LA MÉTHODE

Administration d'agents antinéoplasiques par voie intraveineuse en présence d'une ordonnance médicale individuelle.

OBJECTIFS DE SOINS

- Assurer une administration adéquate et sécuritaire des agents antinéoplasiques par voie intraveineuse dans le but d'offrir un soin de qualité à l'usager, de réduire le risque d'erreur et de prévenir les risques d'extravasation;
- Assurer une manipulation et une administration adéquates et sécuritaires des médicaments de niveau d'alerte élevé par voie intraveineuse;
- Prévenir les risques d'exposition et de contamination directe ou indirecte par l'agent antinéoplasique.

GÉNÉRALITÉS DE LA MÉTHODE

- L'infirmière ou l'infirmier doit être formé, supervisé et qualifié pour répondre aux *Normes et compétences pour la pratique infirmière en oncologie : thérapie systémique* de l'Association canadienne des infirmières en oncologie avant d'administrer les agents antinéoplasiques (CANO/ACIO, 2022);
- L'infirmière ou l'infirmier doit s'assurer d'avoir une connaissance suffisante des agents antinéoplasiques, notamment leur potentiel de dommages tissulaires ainsi que leurs indications et leurs effets indésirables possibles;
- L'évaluation annuelle des compétences pour l'application de cette MSI est recommandée pour chaque infirmière ou infirmier qui administre des agents antinéoplasiques;
- Les médicaments dangereux se divisent en sous-groupes ([ASSTSAS 2021](#), [NIOSH 2016](#)). La plupart des antinéoplasiques, dont la chimiothérapie, sont classés dans le groupe 1 (G1). L'infirmière ou l'infirmier doit connaître à quelle catégorie l'agent antinéoplasique appartient selon sa dangerosité (voir la liste la plus récente du NIOSH ou celle établie dans votre établissement).
- L'infirmière ou l'infirmier doit se référer aux outils complémentaires pertinents :
 - [Guide de prévention – Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux](#) (ASSTSAS, 2021);
 - [Guide sur l'usage sécuritaire des médicaments antinéoplasiques au Québec – risques et enjeux pour le patient atteint de cancer](#) (2012);

- [Guide de prise en charge de l'extravasation des agents antinéoplasiques](#) (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2019);
- [Administration sécuritaire des médicaments. Norme d'exercice](#) (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2021);
- Outils de référence disponibles sur le site Internet du Groupe d'étude en oncologie du Québec à geoq.info.

Mise en garde : L'infirmière enceinte ou qui allaite doit contacter le programme *Pour une maternité sans danger* pour connaître ses droits et s'assurer d'être affectée à des tâches ne comportant pas de dangers physiques pour l'enfant à naître ou allaité. L'ASSTSAS, dans son [Guide de prévention – Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux](#) (2021), présente des moyens pour réduire l'exposition advenant une décision de maintien au travail.

MATÉRIEL

Au chevet		
• Tampons d'alcool 70 %; • Champs absorbants à endos plastifiés jetables; • Compresses sèches de 10 cm x 10 cm; • Matériel pour installation/ouverture des dispositifs d'accès veineux; • Solution de verrouillage de l'accès veineux, si applicable; • Tige à soluté; • Équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié à la situation (se référer à l'annexe E).		
+		
À proximité		
• Contenants à déchets appropriés (se référer aux recommandations de l'ASSTSAS 2021 pour les médicaments dangereux); • Trousse d'extravasation; • Trousse en cas de déversement; • Médicaments d'urgence pour la gestion de réactions d'hypersensibilité; • Chariot d'urgence.		
+		
Dans le cas d'une administration		
En perfusion intermittente/continue	En injection directe (seringue)	Par pompe portative (avec ballon élastomère ou programmable)
• Pompe volumétrique, si applicable; • Sacs de solutés compatibles avec tubulures appropriées (ex. : avec filtre) et crochet de suspension, si requis; • Agent antinéoplasique avec tubulures appropriées servi par la pharmacie dans un sac de plastique à fermeture étanche.	• Sacs de solutés compatibles et tubulures appropriées; • Agent antinéoplasique en seringue (sans aiguille) avec bouchon protecteur conforme (ex. : <i>Luer-Lock</i>) à l'extrémité et compatible pour le système, servi par la pharmacie dans un sac de plastique à fermeture étanche.	• Ballon élastomère contenant l'agent antinéoplasique; - Ou • Agent antinéoplasique et sa tubulure/cassette (dans le cas d'une perfusion par pompe portative programmable) servis par la pharmacie dans un sac de plastique à fermeture étanche. La pompe programmable est parfois servie par la pharmacie.

1. PRINCIPES D'ADMINISTRATION

- A. Privilégier le dispositif d'accès veineux central (DAVC), s'il est présent, pour l'administration de l'agent antinéoplasique.
- B. Administrer l'agent antinéoplasique en perfusion continue (sur plus de 24 heures) au moyen d'un DAVC, si possible, et **obligatoirement** lors d'un traitement à domicile.
- C. L'agent antinéoplasique vésicant sur plus de 30 minutes doit être administré au moyen d'un DAVC (exceptions : docétaxel et paclitaxel).
- D. Lors du montage du circuit de tubulures pour l'administration des agents antinéoplasiques, respecter les principes suivants :
- Avoir accès à un soluté principal (soluté d'urgence) en tout temps et y connecter l'agent antinéoplasique (avec son montage) le plus près possible du dispositif d'accès veineux afin de minimiser l'administration de l'agent en cas de réaction. Le soluté principal (soluté d'urgence) doit être compatible avec l'agent antinéoplasique pour permettre une administration immédiate après l'arrêt de la médication (se référer à l'[annexe M – Montage du circuit de tubulures](#));
 - Le montage du circuit de tubulures doit tenir compte de la catégorie de l'agent antinéoplasique et du type de dispositif d'accès veineux utilisé (administration par gravité, au moyen d'une seringue, utilisation de la pompe) (se référer à l'[annexe D – Paramètres de surveillance clinique et particularités associés à l'administration d'un agent antinéoplasique](#));
 - Le montage du circuit de tubulures doit permettre le moins de manipulations possible afin de diminuer le risque d'infection pour l'usager ainsi que le risque d'exposition aux médicaments dangereux pour les professionnels de la santé. Envisager l'utilisation de systèmes intégrés (ex. : tubulures de rallonge avec connecteurs intégrés, tubulures avec filtre intégré) lorsque possible pour réduire les connexions et les manipulations multiples;
 - Administrer la **totalité** de l'agent antinéoplasique en évitant toute perte résiduelle et en prévenant l'exposition directe à celui-ci. Un rinçage doit être effectué **après** l'administration de chaque agent antinéoplasique :
 - Minimalement, avec un volume (ml) équivalant au volume contenu dans la tubulure utilisée,
 - Au même débit d'administration que l'agent antinéoplasique à rincer;
 - Suivre les recommandations du pharmacien, la monographie du médicament ou l'ordonnance du médicament pour le choix du type de tubulure de perfusion, soit sans dérivé des phtalates, sans polychlorure de vinyle et avec ou sans filtre;
 - Lors de l'utilisation d'un filtre, celui-ci doit être situé le plus près du dispositif d'accès veineux (DAV) et il doit être utilisé pour un seul agent antinéoplasique. Les dispositifs supplémentaires tels que les rallonges ou les robinets ajoutés après le filtre entraîneront une perfusion supplémentaire de particules fines pour l'usager;
 - Les agents vésicants doivent être administrés en concomitance avec un soluté compatible en perfusion libre à haut débit (sauf exception selon la procédure de l'établissement ou l'ordonnance médicale).

E. Respecter l'ordre d'administration prescrit. Si l'ordre n'est pas indiqué, administrer les agents selon l'ordre recommandé par le pharmacien de l'établissement ou selon l'ordre recommandé dans le [Guide de prise en charge de l'extravasation des agents antinéoplasiques](#) de l'INESSS :

Premier : agents vésicants;

Deuxième : agents irritants;

Troisième : agents sans propriétés irritantes ou vésicantes.

F. Évaluer la perméabilité du dispositif d'accès veineux (présence d'un retour veineux et absence de résistance à l'irrigation) **avant** l'administration de **chaque** agent antinéoplasique (se référer à l'[annexe C – Perméabilité du dispositif d'accès veineux](#)).

Alerte! Aucun agent antinéoplasique ne doit être administré lors de l'une des situations suivantes :

- Absence de retour veineux ou retour veineux lent;
- Apparition d'un signe ou symptôme d'infiltration ou d'[extravasation](#);
- Présence d'écoulement au site d'injection;
- Présence de résistance lors de l'irrigation ou de l'administration.

G. Respecter les principes suivants afin de minimiser les **risques d'exposition** et la **contamination de l'environnement** par les médicaments dangereux (se référer aux recommandations de l'[ASSTSAS 2021](#) pour toutes les précisions supplémentaires) :

- L'installation de la tubulure doit être faite à la pharmacie;
- Le vide d'air (amorçage) devrait être fait à la pharmacie avec une solution compatible. Si le vide d'air ne peut être fait à la pharmacie, la technique rétrograde doit être utilisée par l'infirmière;
- Le vide d'air ne doit jamais être fait avec une solution contenant le médicament dangereux sauf dans certains cas d'exception (ex. : perfusion continue ou désensibilisation);
- La manipulation du médicament dangereux doit se faire à la hauteur de la taille afin de réduire le risque d'éclaboussures au visage;
- Un champ absorbant à endos plastifié jetable doit être placé sur la surface de travail et sous la connexion entre la tubulure/seringue et le DAV;
- Des compresses sèches doivent être placées autour des connexions avant de manipuler celles-ci (ex. : visser ou dévisser la connexion entre la tubulure/seringue et le DAV);
- On ne doit jamais ouvrir le circuit de tubulures pendant l'administration d'agents antinéoplasiques G1.

H. Porter les équipements de protection individuelle **appropriés** pour la manipulation des médicaments dangereux, des surfaces et appareils potentiellement contaminés, des déchets et excréta des usagers ayant reçu des médicaments dangereux (se référer aux recommandations de l'[ASSTSAS 2021](#) pour tous les détails sur les ÉPI requis selon le type de médicaments dangereux).

Évaluer les précautions de base et additionnelles à mettre en place selon la procédure de l'établissement. Pour quelques recommandations concernant l'ÉPI, se référer à l'[annexe E – Équipement de protection individuelle](#).

I.	Éviter l'administration d'un autre médicament en concomitance dans la même voie intraveineuse que celle de l'agent antinéoplasique en cours. Si cela est inévitable, vérifier la compatibilité des médicaments.
J.	L'infirmière ou l'infirmier doit évaluer, tout au long du processus d'administration du médicament, la condition clinique de l'usager afin d'anticiper et de reconnaître les changements de l'état clinique de celui-ci.
K.	En cas de signes d' extravasation ou d' hypersensibilité : • Arrêter immédiatement la perfusion; • Appliquer la procédure de l'établissement; • Aviser le médecin et le pharmacien.
L.	Pour assurer sa sécurité et éviter les risques de déversements, l'usager ne devrait pas quitter les lieux de la salle de traitement ou de l'unité d'hospitalisation tout au long de l'administration : • Selon le jugement clinique et l'évaluation du niveau de risque par l'infirmière ou l'infirmier, si l'usager doit absolument quitter les lieux, il doit être accompagné par une infirmière ou un infirmier qualifié dans l'administration d'agents antinéoplasiques.
M.	En cas de déversement d'agents antinéoplasiques, suivre précisément la procédure de l'établissement. Si celle-ci n'est pas disponible, se référer aux recommandations de l' ASSTSAS 2021 .

2. ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

2.1. Prendre connaissance des éléments suivants :

- Le plan de traitement médical, le plan thérapeutique infirmier (PTI), le plan de soins et de traitements infirmiers, s'il y a lieu;
- L'évaluation initiale de l'utilisateur suivi en oncologie, si disponible;
Pédiatrie : L'évaluation de l'enfant et de la famille (outil provenant de l'établissement);
- Les antécédents médicaux;
- Les dernières notes médicales et infirmières;
- Les dernières notes des autres professionnels de l'équipe de soins, au besoin;
- Les allergies médicamenteuses et autres;
- Les réactions antérieures à un médicament;
- Le bilan comparatif des médicaments, au besoin.

2.2. Avant le premier traitement :

- S'assurer de mesurer le poids et la taille de l'utilisateur.
Pédiatrie : Obtenir deux mesures du poids et de la taille de façon indépendante par deux professionnels habilités.

Avant chaque cycle :

- Mesurer le poids.
Pédiatrie : Obtenir le poids et la taille du jour et les comparer avec la taille et le poids antérieurs afin d'identifier les changements importants qui peuvent affecter le dosage des médicaments (suivre la procédure de l'établissement).
- Aviser le pharmacien ou le médecin s'il y a une variation de poids de 10 % et plus par rapport au poids inscrit sur l'ordonnance.
Pédiatrie : Aviser le pharmacien et le médecin s'il y a une variation de 5 à 10 % et plus de la surface corporelle par rapport à la donnée précédente (suivre la procédure de l'établissement).

2.3. Deux professionnels autorisés pour préparer ou administrer les agents antinéoplasiques doivent réviser l'ordonnance pour s'assurer qu'elle est complète, claire et appropriée pour l'utilisateur. Un des réviseurs de l'ordonnance doit être l'administrateur. Les éléments à vérifier devraient inclure :

- Le nom et le prénom ainsi que le numéro de dossier de l'utilisateur;
- La date de prescription et la signature du prescripteur;
- Le protocole approprié au diagnostic de l'utilisateur;
- Le cycle, le jour et l'horaire;
- La présence de tous les médicaments nécessaires (hydratation, prémédication pour la prévention de la réaction, antiémétiques, postmédication, etc.);
- Le calcul de la dose des agents antinéoplasiques. Cela inclut la vérification que le poids le plus récent est comparable à celui sur l'ordonnance.

2.4. Réviser la concordance de l'ordonnance originale avec le formulaire d'administration du médicament.

2.5. Réviser les résultats des bilans sanguins et autres tests requis en fonction de l'ordonnance médicale individuelle ou de la procédure de l'établissement.

2.6. Procéder à l'hygiène des mains (eau et savon ou solution hydroalcoolique).

2.7. Faire l'identification sans équivoque de l'utilisateur selon la politique de l'établissement.

2.8.	Installer l'utilisateur dans une position confortable et sécuritaire. Pédiatrie : Pour assurer une surveillance lors de l'administration, un adulte accompagnateur devrait demeurer au chevet durant le traitement.
2.9.	Évaluer auprès de l'utilisateur sa condition physique et mentale : • Les éléments découlant de l'outil de détection de la détresse (ODD), lorsque requis; • Les effets indésirables, symptômes et signes de toxicité possibles à la suite du traitement précédent (ex. : neuropathie périphérique); • Les signes vitaux (pouls, pression artérielle, rythme respiratoire, saturation en oxygène et température) et les comparer à la tendance de l'utilisateur. Appliquer les interventions appropriées en fonction des constats de l'évaluation. Aviser le pharmacien et le médecin si les constats de l'évaluation nécessitent un ajustement pour le traitement actuel.
2.10.	Transmettre les informations pertinentes à l'utilisateur tout au long du processus d'administration du médicament. S'assurer de sa compréhension concernant le traitement, les effets indésirables possibles, la méthode d'administration et les précautions durant l'administration afin de s'assurer qu'il consent toujours aux soins et obtenir sa collaboration. Pédiatrie : Si l'enfant a moins de 14 ans, obtenir le consentement des parents ou des tuteurs légaux.
2.11.	Avant chaque traitement, encourager l'utilisateur (et son proche) à verbaliser, à tout moment, tout inconfort ou changement lors du traitement ou à la fin de celui-ci.
2.12.	Sélectionner le DAV approprié (se référer à l'annexe D pour déterminer les conditions d'utilisation des types de DAV en fonction du type d'agent).
2.13.	Selon la MSI correspondant au type de dispositif d'accès veineux : • Procéder à l'ouverture du DAVC; - ou • Installer un dispositif d'accès veineux périphérique court (DAVPC).
2.14.	Installer et commencer la perfusion du soluté principal (soluté d'urgence) sur pompe volumétrique ou calculer et régler le débit de la perfusion en gravité selon l'ordonnance médicale individuelle ou la procédure de l'établissement.
2.15.	Administrer, au besoin, l'hydratation et la prémédication selon l'ordonnance médicale individuelle.
2.16.	Commencer, au moment opportun, le programme d'enseignement selon les besoins d'information soulevés.
2.17.	Documenter l'évaluation et les interventions (y compris les notions d'enseignement) au dossier de l'utilisateur.

3. ADMINISTRATION DES AGENTS ANTINÉOPLASIQUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE

3.1. EN INJECTION DIRECTE (SERINGUE)

3.1.1. ÉTAPES EXÉCUTOIRES

- | | |
|----------------|---|
| 3.1.1.1. | Rassembler le matériel requis.
Procéder à l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydroalcoolique. |
| 3.1.1.2. | Placer un champ absorbant à endos plastifié jetable sur la surface de travail (ex. : bras de fauteuil). |
| 3.1.1.3. | Revêtir l' ÉPI approprié à la situation (pour établir une barrière contre les matières dangereuses et les agents pathogènes/infectieux, le cas échéant). |
| 3.1.1.4. | Vérifier l'intégrité du contenant de transport (sac de plastique à fermeture étanche), du contenant du médicament (seringue) et de son contenu (ex. : couleur appropriée). S'assurer de la présence du bouchon protecteur.

S'il y a présence d'écoulement de médicament à l'intérieur du sac de plastique à fermeture étanche : |
| Alerte! | <ul style="list-style-type: none">• Laisser le tout à l'intérieur du sac de plastique à fermeture étanche;• Aviser le pharmacien et suivre les consignes;• Aviser le médecin, si pertinent (ex. : si un retard dans le traitement est à prévoir);• Remplir un rapport de déclaration d'incident ou d'accident (formulaire AH-223). |
| 3.1.1.5. | Effectuer une double vérification indépendante du médicament (se référer à l' annexe F). |
| 3.1.1.6. | Évaluer la perméabilité du dispositif d'accès veineux pour vérifier la présence d'un retour veineux et l'absence de résistance à l'irrigation, avant l'administration de l'agent antinéoplasique et pendant, si requis (se référer à l' annexe D). |
| Alerte! | Si on ne constate aucun retour veineux ou retour veineux hésitant, s'il y a présence d'une résistance à l'irrigation ou présence de signes ou symptômes d'infiltration : <ul style="list-style-type: none">• Ne pas commencer la perfusion de l'agent antinéoplasique;• Déterminer les causes de l'obstruction et intervenir sur celles-ci selon la procédure de l'établissement;• Aviser le médecin ou se référer à la procédure de l'établissement. |
| 3.1.1.7. | Repérer le site d'injection libre de la dérivation proximale (le plus près de l'utilisateur) de la tubulure du soluté principal. |
| 3.1.1.8. | Placer une compresse sèche de 10 cm x 10 cm sous la future jonction seringue-dérivation proximale (le plus près de l'utilisateur) de la tubulure du soluté principal. |
| 3.1.1.9. | Désinfecter avec un tampon d'alcool 70 % le connecteur sans aiguille avec une friction mécanique pendant 15 secondes et laisser sécher complètement. |
| 3.1.1.10. | Retirer le bouchon protecteur de la seringue (sans aiguille), avec embout sécuritaire, au-dessus du champ absorbant à endos plastifié jetable, tout en évitant d'appuyer sur le piston. |
| 3.1.1.11. | Tenir la seringue d'une main. |
| Alerte! | Ne jamais tenir l'embout vers le visage.
Ne jamais faire le vide d'air de la seringue. |
| 3.1.1.12. | Joindre la seringue (sans aiguille), avec embout sécuritaire, à la dérivation proximale préalablement désinfectée de la tubulure du soluté principal (se référer à l' annexe M). |

3.1.1.13.	Lors de l'administration d'un agent vésicant, ouvrir complètement le régulateur de débit de la tubulure du soluté principal (hors pompe volumétrique) en laissant le soluté s'écouler librement (sauf dans le cas d'une contre-indication médicale). Se référer à l' annexe D pour déterminer les conditions d'utilisation de la pompe en fonction du type d'agent et du type de DAV.
3.1.1.14.	Injecter l'agent antinéoplasique selon la durée prescrite.
3.1.1.15.	Encourager l'utilisateur à verbaliser tout inconfort ou changement de son état en cours de traitement ou après la fin de celui-ci et effectuer la surveillance clinique en cours d'administration (se référer à la section 4 : Soins et surveillances de même qu'aux paramètres de surveillance clinique et particularités associés à l'administration d'un agent antinéoplasique de l' annexe D).
3.1.1.16.	Afin d'assurer l'administration complète de l'agent antinéoplasique, sans jamais déconnecter la seringue de l'agent antinéoplasique du connecteur sans aiguille; procéder au rinçage du connecteur sans aiguille en clampant manuellement la tubulure vers l'utilisateur et aspirer dans la seringue de 3 à 5 ml (selon le jugement infirmier) du soluté principal.
3.1.1.17.	Déclamper la tubulure et injecter le volume aspiré en parallèle du soluté à débit libre à la même vitesse d'administration que l'agent antinéoplasique administré précédemment. Répéter cette étape jusqu'à l'absence de volume résiduel d'agent antinéoplasique visible (pour les agents colorés) dans le connecteur sans aiguille.
3.1.1.18.	Toujours avec la compresse sèche de 10 cm x 10 cm sous la jonction seringue-dérivation, déconnecter la seringue vide. Jeter cette seringue de même que la compresse et le champ absorbant à endos plastifié jetable dans le contenant à déchets approprié (se référer aux recommandations de l' ASSTSAS 2021).
3.1.1.19.	Ajuster le débit de la perfusion principale selon l'ordonnance médicale individuelle ou la procédure de l'établissement.
3.1.1.20.	Selon le cas : • <u>Si d'autres agents doivent être administrés</u> : poursuivre l'administration du prochain agent antinéoplasique prescrit sur l'ordonnance médicale selon la méthode recommandée (injection directe, par pompe portative ou en perfusion intermittente/continue). ou • <u>Si tous les agents prescrits sur l'ordonnance médicale ont été administrés</u> : ○ par DAVP : placer un champ absorbant à endos plastifié jetable sous le bras de l'utilisateur. Fermer tous les régulateurs de débit des tubulures. Retirer tout le matériel, incluant le DAVP (si requis), en un seul morceau (montage du circuit de tubulures [principale, primaires et secondaires] et sacs) et le jeter dans le contenant à déchets approprié; ○ par DAVC : placer un champ absorbant à endos plastifié jetable sous la jonction DAVC/montage du circuit de tubulures. Fermer tous les régulateurs de débit des tubulures. Retirer tout le matériel, excluant le DAVC, en un seul morceau (montage du circuit de tubulures [principale, primaires et secondaires] et sacs) et le jeter dans le contenant à déchets approprié. Procéder au verrouillage et au retrait de l'aiguille Huber, si requis, du DAVC selon la MSI correspondant au type de dispositif d'accès veineux central.
3.1.1.21.	Retirer l' ÉPI et, si requis, le jeter dans le contenant à déchets approprié.
3.1.1.22.	Procéder à l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon.

3.1.1.23. Poursuivre le [programme d'enseignement](#) auprès de l'utilisateur et de ses proches.

3.1.1.24. Poursuivre les [notes au dossier](#).

3.2. PAR POMPE PORTATIVE (AVEC BALLON ÉLASTOMÈRE OU PROGRAMMABLE)

3.2.1. ÉTAPES EXÉCUTOIRES – INSTALLATION DE LA PERFUSION

- 3.2.1.1. Rassembler le matériel requis.
Procéder à l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydroalcoolique.

Alerte!

- Un DAVC est obligatoirement requis dans cette situation;
- Dans le but de réduire les risques de contamination par les médicaments dangereux, à la fin du traitement, il est recommandé de verrouiller le DAVC sans débrancher la pompe portative. Pour ce faire, une rallonge comportant deux sites de connexion devrait être utilisée. Cette rallonge, comportant deux sites de connexion, devrait être branchée, une fois le vide d'air fait avec une solution compatible avec l'agent à administrer, entre le DAVC et la tubulure de la pompe. Dans le cas d'une administration au moyen d'une chambre implantable, différents modèles d'aiguille Huber possèdent une rallonge intégrée avec deux sites de connexion. Si ce type de matériel est utilisé, l'ajout d'une rallonge n'est pas requis.

- 3.2.1.2. Revêtir l'[ÉPI](#) approprié à la situation (pour établir une barrière contre les matières dangereuses et les agents pathogènes/infectieux, le cas échéant).

- 3.2.1.3. Vérifier l'intégrité du contenant de transport (sac de plastique à fermeture étanche), du contenant du médicament (ex. : ballon élastomère) et de son contenu (ex. : couleur appropriée). Vérifier la fermeture de tous les clamps.

Alerte!

S'il y a présence d'écoulement de médicament à l'intérieur du sac de plastique à fermeture étanche :

- Laisser le tout à l'intérieur du sac de plastique à fermeture étanche;
- Aviser le pharmacien et suivre les consignes;
- Aviser le médecin, si pertinent (ex. : si un retard dans le traitement est à prévoir);
- Remplir un rapport de déclaration d'incident ou d'accident (formulaire AH-223).

- 3.2.1.4. Effectuer une double vérification indépendante du médicament (se référer à l'[annexe F](#)).

- 3.2.1.5. S'assurer de la présence d'un champ absorbant à endos plastifié jetable sous le DAVC.

- 3.2.1.6. Évaluer la [perméabilité du dispositif d'accès veineux](#) central pour vérifier la présence d'un retour veineux et l'absence de résistance à l'irrigation, avant de procéder au branchement de la pompe.

Alerte!

Si on ne constate aucun retour veineux ou retour veineux hésitant, s'il y a présence d'une résistance à l'irrigation ou présence de signes ou symptômes d'infiltration :

- Ne pas brancher la pompe;
- Déterminer les causes de l'obstruction et intervenir sur celles-ci selon la procédure de l'établissement;
- Aviser le médecin ou se référer à la procédure de l'établissement.

- 3.2.1.7. Placer une compresse sèche de 10 cm x 10 cm sous la future jonction DAVC-raccord de la pompe.

- 3.2.1.8. Désinfecter avec un tampon d'alcool 70% le connecteur sans aiguille du DAVC ou sa lumière avec une friction mécanique pendant 15 secondes et laisser sécher complètement.

- 3.2.1.9. Joindre le raccord de la pompe au connecteur sans aiguille du DAVC ou à sa lumière, puis retirer la paire de gants extérieure.

Alerte!

Si le dispositif DAVC est muni de deux sites de connexion, utiliser le site le plus distal pour y brancher le raccord de la pompe. Cela permettra d'utiliser le site proximal lors de la fin du traitement pour l'irrigation et le verrouillage sans devoir débrancher la pompe, ce qui réduit les risques de contamination du travailleur.

3.2.1.10. Ballon élastomère	Programmable
• Procéder à la DVI du débit du ballon élastomère et du circuit de tubulures.	• Fixer la cassette et la tubulure dans la pompe et la verrouiller.
• Ouvrir les clamps du circuit.	• Programmer la pompe.
• Fixer le régulateur de débit à la peau de l'utilisateur.	• Procéder à la DVI. • Ouvrir les clamps du circuit et commencer la perfusion.
3.2.1.11. Placer la pompe dans le sac de transport.	
3.2.1.12. Retirer l' ÉPI et, si requis, le jeter dans le contenant à déchets approprié.	
3.2.1.13. Procéder à l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon.	
3.2.1.14. Poursuivre le programme d'enseignement auprès de l'utilisateur et de ses proches.	
3.2.1.15. Poursuivre les notes au dossier .	

3.2.2. ÉTAPES EXÉCUTOIRES – RETRAIT DE LA PERFUSION									
3.2.2.1.	Rassembler le matériel requis. Procéder à l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydroalcoolique.								
3.2.2.2.	Revêtir l' ÉPI approprié à la situation (pour établir une barrière contre les matières dangereuses et les agents pathogènes/infectieux, le cas échéant).								
3.2.2.3.	Placer un champ absorbant à endos plastifié jetable sur la surface de travail et sous la connexion entre la tubulure et le DAVC.								
3.2.2.4.	Retirer la pompe du sac de transport.								
Alerte!	Si le médicament ne semble pas avoir été administré comme prescrit (ex. : durée, volume), suivre la procédure de l'établissement et remplir un rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223).								
3.2.2.5.	Fermer le clamp de la tubulure de la pompe, si présent. Si la pompe est programmable, arrêter la pompe et retirer la cassette ou la tubulure de la pompe.								
3.2.2.6.	<table> <tr> <th>Si un site de connexion libre est présent (sur la rallonge ou la tubulure du DAVC)</th><th>En l'absence de site de connexion libre</th></tr> <tr> <td> • Fermer le clamp distal de la tubulure (de l'aiguille Huber ou de la rallonge, si présent). </td><td> • Fermer le clamp du DAVC. </td></tr> <tr> <td> • Placer une compresse sèche de 10 cm x 10 cm sous le connecteur sans aiguille libre de la rallonge ou de la tubulure du DAVC. </td><td> • Placer une compresse sèche de 10 cm x 10 cm sous la connexion entre le DAVC et la tubulure de la pompe. </td></tr> <tr> <td> • Désinfecter le connecteur sans aiguille libre avec un tampon d'alcool 70 % avec une friction mécanique pendant 15 secondes et laisser sécher complètement. </td><td> • Débrancher la tubulure de la pompe du connecteur sans aiguille ou de la lumière du DAVC et la conserver sur le champ absorbant. </td></tr> </table>	Si un site de connexion libre est présent (sur la rallonge ou la tubulure du DAVC)	En l'absence de site de connexion libre	• Fermer le clamp distal de la tubulure (de l'aiguille Huber ou de la rallonge, si présent).	• Fermer le clamp du DAVC.	• Placer une compresse sèche de 10 cm x 10 cm sous le connecteur sans aiguille libre de la rallonge ou de la tubulure du DAVC.	• Placer une compresse sèche de 10 cm x 10 cm sous la connexion entre le DAVC et la tubulure de la pompe.	• Désinfecter le connecteur sans aiguille libre avec un tampon d'alcool 70 % avec une friction mécanique pendant 15 secondes et laisser sécher complètement.	• Débrancher la tubulure de la pompe du connecteur sans aiguille ou de la lumière du DAVC et la conserver sur le champ absorbant.
Si un site de connexion libre est présent (sur la rallonge ou la tubulure du DAVC)	En l'absence de site de connexion libre								
• Fermer le clamp distal de la tubulure (de l'aiguille Huber ou de la rallonge, si présent).	• Fermer le clamp du DAVC.								
• Placer une compresse sèche de 10 cm x 10 cm sous le connecteur sans aiguille libre de la rallonge ou de la tubulure du DAVC.	• Placer une compresse sèche de 10 cm x 10 cm sous la connexion entre le DAVC et la tubulure de la pompe.								
• Désinfecter le connecteur sans aiguille libre avec un tampon d'alcool 70 % avec une friction mécanique pendant 15 secondes et laisser sécher complètement.	• Débrancher la tubulure de la pompe du connecteur sans aiguille ou de la lumière du DAVC et la conserver sur le champ absorbant.								

• Joindre la seringue préremplie de NaCl 0,9 % au site de connexion libre afin de procéder à l'irrigation et au verrouillage, si requis, selon la MSI correspondant au type de DAVC. Alerte : En présence de résistance ou d'occlusion, suivre la procédure de l'établissement.	• Désinfecter le connecteur sans aiguille ou la lumière du DAVC avec un tampon d'alcool 70 % avec une friction mécanique pendant 15 secondes et laisser sécher complètement. • Joindre la seringue préremplie de NaCl 0,9 % au connecteur sans aiguille ou à la lumière du DAVC.
• Débrancher le système du DAVC en un seul morceau (la rallonge, la seringue, la cassette ou la tubulure, le sac et l'aiguille Huber, si requis), et le jeter dans le champ absorbant dans le contenant à déchets approprié.	• Ouvrir le clamp du DAVC et procéder à l'irrigation, au verrouillage et au retrait (ex. : aiguille Huber), si requis, selon la MSI correspondant au type de DAVC. Alerte : En présence de résistance ou d'occlusion, suivre la procédure de l'établissement. • Jeter la pompe avec ballon élastomère, la cassette ou la tubulure, la compresse et le sac dans le champ absorbant dans le contenant à déchets approprié.
3.2.2.7. Retirer l' ÉPI et, si requis, le jeter dans le contenant à déchets approprié.	
3.2.2.8. Procéder à l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon.	
3.2.2.9. Poursuivre les notes au dossier .	

3.3. EN PERFUSION INTERMITTENTE/CONTINUE

3.3.1. ÉTAPES EXÉCUTOIRES – INSTALLATION DE LA PERFUSION

- 3.3.1.1. Rassembler le matériel requis.
Procéder à l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydroalcoolique.
- 3.3.1.2. Placer un champ absorbant à endos plastifié jetable sur la surface de travail (ex. : bras de fauteuil).
- 3.3.1.3. Revêtir l'[ÉPI](#) approprié à la situation (pour établir une barrière contre les matières dangereuses et les agents pathogènes/infectieux, le cas échéant).
- 3.3.1.4. Vérifier l'intégrité du contenant de transport (sac de plastique à fermeture étanche), du contenant du médicament (poche), de son contenu (ex. : couleur appropriée) et de la tubulure. Vérifier la fermeture de tous les clamps et la présence du bouchon protecteur au bout de la tubulure.
- S'il y a présence d'écoulement de médicament à l'intérieur du sac de plastique à fermeture étanche :
- Alerte!**
- Laisser le tout à l'intérieur du sac de plastique à fermeture étanche;
 - Aviser le pharmacien et suivre les consignes;
 - Aviser le médecin, si pertinent (ex. : si un retard dans le traitement est à prévoir);
 - Remplir un rapport de déclaration d'incident ou d'accident (formulaire AH-223).
- 3.3.1.5. Évaluer la [perméabilité du dispositif d'accès veineux](#) pour vérifier la présence d'un retour veineux et l'absence de résistance à l'irrigation avant l'administration de l'agent antinéoplasique.
- Alerte!**
- Si on ne constate aucun retour veineux ou retour veineux hésitant, s'il y a présence d'une résistance à l'irrigation ou présence de signes ou symptômes d'infiltration :
- Ne pas commencer la perfusion de l'agent antinéoplasique;
 - Déterminer les causes de l'obstruction et intervenir sur celles-ci selon la procédure de l'établissement;
 - Aviser le médecin ou se référer à la procédure de l'établissement.
- 3.3.1.6. Repérer le site d'injection de la dérivation proximale (le plus près de l'utilisateur) de la tubulure du soluté principal. Désinfecter avec un tampon d'alcool 70 % le connecteur sans aiguille avec une friction mécanique pendant 15 secondes et laisser sécher complètement.
- 3.3.1.7. Brancher à cette dérivation proximale un soluté primaire compatible (se référer à l'[annexe M](#) pour sélectionner le montage approprié et à l'[annexe D](#) pour déterminer les conditions d'utilisation de la pompe en fonction du type d'agent et du type de DAV).
- 3.3.1.8. Désinfecter le connecteur sans aiguille de la dérivation distale (le plus loin de l'utilisateur) de la tubulure du soluté primaire, avec un tampon d'alcool 70 % avec une friction mécanique pendant 15 secondes et laisser sécher complètement.
- 3.3.1.9. Tout en gardant fermé le régulateur de débit de la tubulure de l'agent antinéoplasique, brancher cette tubulure en mode secondaire à la dérivation distale de la tubulure primaire préalablement désinfectée.
- Alerte!**
- Si l'amorçage de la tubulure de l'agent antinéoplasique n'est pas fait par la pharmacie, procéder au vide d'air par la technique rétrograde.
- 3.3.1.10. Dans le cas d'une administration par gravité, effectuer une double vérification indépendante du médicament (se référer à l'[annexe F](#)), puis ouvrir le régulateur de débit de la tubulure

	secondaire, calculer et régler les gouttes par minute de la perfusion (tubulure primaire) selon l'ordonnance médicale individuelle et la FADM. Si l'administration se fait par une pompe, ouvrir les régulateurs de débit de la tubulure primaire et de la tubulure secondaire.
Alerte!	Enlever la paire de gants extérieure pour manipuler la pompe et la jeter dans le contenant à déchets approprié.
3.3.1.11.	Programmer la pompe volumétrique selon l'ordonnance médicale individuelle et la FADM.
3.3.1.12.	Effectuer une DVI du médicament (se référer à l' annexe F) incluant la vérification de la programmation de la pompe.
3.3.1.13.	Commencer la perfusion de l'agent antinéoplasique par voie intraveineuse selon l'ordonnance médicale individuelle.
3.3.1.14.	Encourager l'utilisateur à verbaliser tout inconfort ou changement de son état en cours de traitement ou après la fin de celui-ci et effectuer la surveillance clinique en cours d'administration (se référer à la section 4 : Soins et surveillances ainsi qu'à l' annexe D pour déterminer le plan de surveillance).
3.3.1.15.	Retirer l' ÉPI et, si requis, le jeter dans le contenant à déchets approprié.
3.3.1.16.	Procéder à l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon.
3.3.1.17.	Poursuivre le programme d'enseignement auprès de l'utilisateur et de ses proches.
3.3.1.18.	Poursuivre les notes au dossier .

3.3.2. ÉTAPES EXÉCUTOIRES – RINÇAGE DE LA PERFUSION

Alerte!	Si le médicament ne semble pas avoir été administré comme prescrit (exemple : durée, volume), aviser le médecin et le pharmacien, suivre la procédure de l'établissement et remplir un rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223).
3.3.2.1	Rassembler le matériel requis. Procéder à l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydroalcoolique.
3.3.2.2	Revêtir l' ÉPI approprié à la situation (pour établir une barrière contre les matières dangereuses et les agents pathogènes/infectieux, le cas échéant).
3.3.2.3	Afin d'assurer l'administration complète de l'agent antinéoplasique une fois la perfusion terminée, rincer la tubulure contenant l'agent antinéoplasique résiduel à partir du soluté primaire par la technique rétrograde : • Minimale, avec un volume (ml) équivalant au volume contenu dans la tubulure utilisée; • Au même débit d'administration que l'agent antinéoplasique à rincer.
Alerte!	Certains agents antinéoplasiques pourraient demander un volume plus grand de rinçage. Se référer au pharmacien ou à la procédure de l'établissement.
3.3.2.4	Selon le cas : • <u>Si d'autres agents doivent être administrés</u> : poursuivre l'administration du prochain agent antinéoplasique prescrit sur l'ordonnance médicale selon la méthode recommandée (injection directe, par pompe portative ou en perfusion intermittente/continue). ou • <u>Si tous les agents prescrits sur l'ordonnance médicale ont été administrés</u> :

- **par DAVP** : placer un champ absorbant à endos plastifié jetable sous le bras de l'utilisateur, s'il n'est pas déjà en place. Fermer tous les régulateurs de débit des tubulures. Retirer tout le matériel, incluant le DAVP (si requis), en un seul morceau (montage du circuit de tubulures [principale, primaires et secondaires] et sacs) et le jeter dans le contenant à déchets approprié.
- **par DAVC** : placer un champ absorbant à endos plastifié jetable sous la jonction DAVC/montage du circuit de tubulures. Fermer tous les régulateurs de débit des tubulures. Retirer tout le matériel, excluant le DAVC, en un seul morceau (montage du circuit de tubulures [principale, primaires et secondaires] et sacs) et le jeter dans le contenant à déchets approprié. Procéder au verrouillage et au retrait de l'aiguille Huber, si requis, du DAVC selon la MSI correspondant au type de dispositif d'accès veineux central.

3.3.2.5 Retirer l'ÉPI et, si requis, le jeter dans le contenant à déchets approprié.

3.3.2.6 Procéder à l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon.

3.3.2.7 Poursuivre ou compléter le [programme d'enseignement](#) auprès de l'utilisateur et de ses proches.

3.3.2.8 Poursuivre ou compléter les [notes au dossier](#).

4. SOINS ET SURVEILLANCES

4.1 Déterminer le plan de surveillance clinique en fonction :

- **De l'état général de l'utilisateur (signes vitaux, signes et symptômes, comorbidités, antécédents généraux et spécifiques [cycles précédents]);**
- Des risques d'effets indésirables immédiats;
- Des risques de réactions à la perfusion et d'[hypersensibilité](#) associés à l'agent antinéoplasique;
- Des paramètres de surveillance clinique présentés dans l'[annexe D](#) selon le type de dispositif d'accès veineux utilisé et du potentiel de dommages tissulaires de l'agent antinéoplasique (risque d'infiltration ou d'[extravasation](#));
- De l'ordonnance médicale, des ordonnances collectives et des protocoles de l'établissement;
- Du guide d'administration des médicaments ou de la monographie du médicament.

4.2 Ajuster le plan de surveillance clinique tout au long du traitement en fonction :

- Des évaluations continues;
- Des inconforts verbalisés par l'utilisateur.

Appliquer les interventions nécessaires au moment opportun.

4.3 Aviser le pharmacien et le médecin si les constats de l'évaluation nécessitent un ajustement pour le traitement actuel ou subséquent.

5. PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DESTINÉ À L'USAGER ET À SES PROCHES

Le programme d'enseignement comprend l'évaluation des connaissances initiales de l'utilisateur et de ses proches et l'évaluation des besoins d'information selon le niveau d'implication de l'utilisateur. La compréhension et l'application de l'enseignement doivent être validées par des questions ouvertes.

Il doit être amorcé dès que possible avant le premier traitement, puis poursuivi tout au long des cycles de traitement. L'infirmière ou l'infirmier doit valider fréquemment la compréhension de l'enseignement reçu (verbalement et par d'autres modalités), et elle doit s'ajuster aux besoins d'information de l'utilisateur pour poursuivre le programme d'enseignement.

L'USAGER ET SES PROCHES CONNAISSENT :

L'[ODD](#)

Le diagnostic et le plan de traitement

Le nom des médicaments, les effets thérapeutiques recherchés et les effets indésirables possibles

Les autosoins pour prévenir ou soulager les effets indésirables anticipés

L'[accès veineux](#) et les soins requis

La procédure pour l'administration de l'agent antinéoplasique par voie intraveineuse :

- L'importance de signaler tout inconfort au site d'injection ou de malaise en cours de perfusion
- Les manifestations d'extravasation et d'infiltration immédiates et tardives
- La raison de l'interdiction de manipuler le matériel et de fermer les alarmes de la pompe volumétrique
- La raison de l'interdiction de quitter les lieux de la salle de traitement ou de l'unité d'hospitalisation tout au long de l'administration
- Les raisons du port de l'[ÉPI](#) par le personnel

Les mesures de précaution pour la manipulation des liquides biologiques (se référer à l'[annexe I](#))

L'USAGER ET SES PROCHES ONT REÇU L'INFORMATION ET ILS COMPRENNENT :

L'utilisation du [passeport en oncologie](#) et d'autres documents remis

L'importance de l'hydratation à la maison (ajuster selon les antécédents de l'utilisateur)

Les médicaments à prendre à la maison selon l'ordonnance médicale individuelle

Le nom et les coordonnées de l'infirmière-pivot en oncologie ou de la clinique ambulatoire (si applicable)

Les consignes en cas d'urgence

La date et le lieu du prochain rendez-vous

Les ressources disponibles

LORS D'UN RETOUR À DOMICILE AVEC UNE PERFUSION CONTINUE D'UN AGENT ANTINÉOPLASIQUE, L'USAGER ET SES PROCHES ONT EN MAIN LE MATÉRIEL NÉCESSAIRE ET ILS COMPRENNENT :

Le fonctionnement du dispositif de la pompe portative

Les éléments de surveillance, les précautions et les actions requises liés à la pompe portative

La procédure et les mesures à prendre en cas de déversement au domicile (utilisation de la trousse de déversement)

Le nom et les coordonnées des personnes-ressources avec qui communiquer au besoin (ex. : centre local de services communautaires (CLSC) et cliniques ambulatoires d'oncologie)

6. DOCUMENTATION AU DOSSIER

La documentation au dossier comporte différents documents papier et informatisés selon les établissements (voici quelques exemples : le formulaire d'administration des médicaments, les notes d'évolution à cocher ou manuscrites et le plan thérapeutique infirmier).

Documenter au dossier les éléments suivants et toute autre information jugée pertinente en lien avec l'évaluation et les procédures de l'établissement :

Accès veineux

- Voie d'administration, type et calibre du dispositif d'accès veineux et endroit d'installation, de réinstallation et de tentatives, s'il y a lieu;
- Perméabilité du dispositif d'accès veineux;
- Type de stabilisation du dispositif d'accès veineux et protecteur cutané utilisés, s'il y a lieu;
- Résultats d'évaluation du site et du pansement;
- Moments des surveillances effectuées et résultats de la vérification des retours veineux et des indicateurs cliniques.

Évaluation continue

- Constats de l'évaluation de l'état biopsychosocial, interventions et résultats obtenus avant, pendant et après le traitement avec un agent antinéoplasique;
- Réactions de l'utilisateur et complications, le cas échéant.
- Toute autre intervention réalisée, le cas échéant;
- Paramètres vitaux;
- Poids et taille, s'il y a lieu.

Médication

- Types de solutés installés ainsi que le débit
- Date et heure
 - du début de l'administration de la perfusion (y compris les changements de sac d'un agent en continu);
 - de la fin de l'administration, si requis.
- Nom du médicament et dosage;
- Diluant (excipient) utilisé, le cas échéant;
- Mode et voie d'administration;
- Confirmation de la double vérification indépendante des agents antinéoplasiques administrés (médicaments et programmations de la pompe lorsqu'utilisée).

Enseignement

- Documentation de la nature des informations transmises à l'utilisateur ainsi que de la compréhension de l'utilisateur et de ses proches.

Suivi

- Plan thérapeutique infirmier à ajuster, si nécessaire;
- Orientation vers un professionnel de la santé ou une ressource communautaire, si requis.

Lors d'un retour à domicile avec une pompe portative contenant un agent antinéoplasique

- Orienter l'utilisateur vers le CLSC ou les services de première ligne. Les éléments suivants devraient se trouver dans la demande de services interétablissements :
 - Données d'identification de l'utilisateur incluant son diagnostic et tout résultat d'évaluation pertinent pour le suivi de celui-ci;
 - Informations sur la perfusion en cours :
 - Nom du médicament, vitesse d'administration, dispositif de perfusion utilisé, date et heure du début de la perfusion et date et heure estimée de la fin de la perfusion;
 - Accès veineux central :
 - Type de dispositif d'accès veineux et son emplacement;
 - Effets indésirables ou toxiques à surveiller;
 - Actions requises par le professionnel du CLSC ou des services de première ligne (ex. : retrait de la perfusion, irrigation et verrouillage du DAV);
 - Noms et numéros de téléphone des personnes-ressources en oncologie : infirmier-pivot en oncologie, médecin traitant, pharmacien et clinique ambulatoire;
 - Nom et numéro de téléphone du professionnel auteur de la demande de services.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agrément Canada (2019). *Santé physique. Manuel d'évaluation*. V : 1 (FR).

Agrément Canada (2012). *Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer. Programme Qmentum. Normes*. Repéré à www3 accreditation.ca/SurveyorPortal/DOCUMENTS/Resources/Qup/QUp_201109_FR.pdf.

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) (2021). *Guide de prévention. Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux*. Repéré à www.asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Guides_Broch_Depl/GP65_medicaments_dangereux.pdf.

Association canadienne des infirmières en oncologie (CANO/ACIO) (2022). *Normes et compétences pour la pratique infirmière en oncologie : thérapie systémique*. Repéré à <http://www.cano-acio.ca/resource/resmgr/practice/cano-systemictherstandards-f.pdf>.

Association canadienne des infirmières en oncologie (CANO/ACIO) (2011). *Stratégie nationale pour l'administration de la chimiothérapie. Normes et compétences pour la pratique infirmière liée à la chimiothérapie*. Repéré à www.cano-acio.ca.

British Columbia Cancer Agency (BC Cancer) (2014). *Hazardous Drug Safe Handling Standards*. Repéré à <http://www.bccancer.bc.ca/>.

British Columbia Cancer Agency (BC Cancer) (2019). *Nursing Practice Reference. Chemotherapeutic drugs, administration of*. C-252. Document interne. Repéré à <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/C-252%20Chemotherapeutic%20Drugs-%20Administration%20Of.pdf>

Bonnabry, P., Pinget, Y., Ing, H. et Rudaz, S. (2007). Évaluation et comparaison de la performance de 12 sets pour perfusion intraveineuse. *Le Pharmacien Hospitalier*, 42(168), 11-17.

Camp-Sorrell, D. et Matey, L. (2017). *Access Device Standards of Practice for Oncology Nursing*. Oncology Nursing Society: Pennsylvania.

Cancer Care Nova Scotia (2011). *Administration of Cancer Chemotherapy*. Repéré à https://policy.nshealth.ca/Site_Published/Provincial/document_render.aspx?documentRender.IdType=6&documentRender.GenericField=&documentRender.Id=36447

Cancer Care Ontario (2012). *Safe Administration of Systemic Cancer Therapy*. Repéré à <https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/1196>.

Cancer Care Ontario (2015). *Program in Evidence-based Care Document Assessment and Review Protocol*. Repéré à <https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/CCOPEBCDARP.pdf>.

Carrington, C., Stone, L., Koczwara, B., Searle, C., Siderov, J., Stevenson, B. et Rushton, S. (2010). The Clinical Oncological Society of Australia (COSA) guidelines for the safe prescribing, dispensing and administration of cancer chemotherapy. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 6(3), 220-237.

Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia. *Indications : prélèvements et perfusion*. Repéré à <https://maladiesdusein.ca/traiter/chirurgie/indications-prelevements-perfusion-tension-arterielle/>.

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) (2006). *Méthode de soin informatisée. Administration d'un médicament dangereux par voie intraveineuse*. Disponible à <https://msi.expertise-sante.com/fr>.

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) (2018). *Cadre de référence sur les soins et la surveillance des dispositifs d'accès veineux (DAV)*. Disponible à <https://msi.expertise-sante.com/fr>.

Chopra, V. et autres (2015). The Michigan Appropriateness Guide for Intravenous Catheters (MAGIC): Results from a Multispecialty Panel Using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *Annals of Internal Medicine*, 163(6 Suppl), S1-40.

Davis, T. C., Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M. et Glass, J. (2002). Health literacy and cancer communication. *CA: a cancer journal for clinicians*, 52(3), 134-149.

Direction québécoise de cancérologie (2012). *L'usage sécuritaire des médicaments antinéoplasiques au Québec – risques et enjeux pour le patient atteint de cancer*. Repéré à publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-902-13W.pdf.

Gouvernement du Québec (2017). *La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins*. Repéré à publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001932/.

Gouvernement du Québec (2017). *Évaluation initiale de l'usager suivi en oncologie – Guide d'utilisation du formulaire d'évaluation à l'intention des infirmières*. Repéré à publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001912/.

Gouvernement du Québec (2008). *Passeport en oncologie*. Repéré à publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000469/.

Groupe d'étude en oncologie au Québec (GEOQ) (2017). *Protocoles de chimio : guides d'administration, ordonnances préimprimées, conseils aux patients et plans de transferts par sites tumoraux*. Repéré à <https://www.geoq.info/>.

Guiffant, G., Durussel, J. J., Merckx, J., Flaud, P., Vigier, J. P. et Mousset, P. (2011). Flushing of intravascular access devices (IVADs)-efficacy of pulsed and continuous infusions. *The Journal of Vascular Access*, 13(1), 75-78.

Infusion Nurses Society (INS) (2016). *Policies and procedures for infusion therapy*. 5^e édition.

Infusion Nurses Society (INS). (2021). *Infusion therapy; standards of practice*. 8^e édition.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2019). *Guide de prise en charge de l'extravasation des agents antinéoplasiques. Guide et normes*. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/INESSS_Extravasation_traitements_antineoplasiques.pdf.

IWK Health Center (2014). *Medication Management Policy /Procedure. Parental administration of cytotoxic agents for oncological indications*. Repéré à policy.nshealth.ca/Site_Published/IWK/document_render.aspx?documentRender.IdType=6&documentRender.GenericField=&documentRender.Id=49657.

Kline, N.E. (2019). *The Pediatric Chemotherapy and Biotherapy Curriculum* 4th Ed. Association of Pediatric Hematology/oncology Nurses.

Lebecque, M., Simon, N., Legrand, J., Pinturaud, M., Vasseur, M., Barthélémy, C. et Odou, P. (2015). OHP-017 Ability of infusion devices to deliver the expected volume of antineoplastic drug in solution: an "in vitro" assessment. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 22(Suppl 1), A193-A193.

Langhorne, M. E., Fulton, J. S. et Otto, S. E. (2007). *Oncology Nursing*. (Fifth Edition). Mosby/Elsevier: Californie.

Lefebvre, M., Simon, N., Vasseur, M., Sidikou, O., Barthélémy, C., Décaudin, B. et Odou, P. (2017). OHP-013 Assessment of medical devices intended to administer antineoplastic drugs compounded in syringes: methodology proposal. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 24(Suppl 1), A184-A184.

Looper, K., Winchester, K., Robinson, D., Price, A., Langley, R., Martin, G. et Flake, S. (2015). Best Practices for Chemotherapy Administration in Pediatric Oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33(3), 165-172.

Martel, B. et Nolet, I. (2013). *Les perfusions secondaires, une méthode d'administration risquée!* Présentation faite dans le cadre du Congrès annuel de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. Repéré à <https://www.oiiq.org/archives/congres2013.oiiq.org/sites/congres2013.oiiq.org/files/pdf/ateliers/A15.pdf>.

- Neuss, M. N., Gilmore, T. R., Belderson, K. M., Billet, A. L., Cinti-Kalchik, T., Harvey, B. E., ... Polovich, M. (2017). 2016 updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society chemotherapy administration safety standards including standards for pediatric oncology. *Oncology Nursing Forum*, 44(12), 31-43.
- Neuss, M. N., Polovich, M., McNiff, K., Esper, P., Gilmore, T. R., LeFebvre, K. B., et Jacobson, J. O. (2013). 2013 updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society chemotherapy administration safety standards including standards for the safe administration and management of oral chemotherapy. *Journal of Oncology Practice*, 9(2S), 5s-13s.
- National Health Service (NHS) Royal Cornwall Hospital (2015). *The Safe Handling and Administration of Cytotoxic Products for the Treatment of Cancer V.04*.
- National Health Service (NHS) (2014). *Greater Manchester and Cheshire Cancer Network Policy and Procedure for Chemotherapy Administration for Nurses*. Repéré à manchestercancer.files.wordpress.com/2014/09/chemotherapy_administration_policy_gmccn_july_2010_final1.pdf.
- NIOSH (2004). NIOSH Alert Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Health Care Settings. Repéré à <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-165/pdfs/2004-165.pdf>.
- Olsen, M., Lefebvre, K., Brassil, K. (2019). *Chemotherapy and immunotherapy guidelines and recommendations for practice* (fifth edition). Oncology nursing society: Pittsburgh.
- Ogden, S., Eradiri, O. et Needle, R. (2009). Évaluation de tubulures courtes à connecter aux poches de chimiothérapies. *Le pharmacien hospitalier et clinicien*, 44(2), 64-69.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2005). *Règles de soins infirmiers. Orientations pour une utilisation judicieuse de la Règle de soins infirmiers*. Repéré à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4000216>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2020). *Administration sécuritaire des médicaments : norme d'exercice*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4522-norme-adm-medicaments-web.pdf>.
- Polovich, M. Olsen, M. et LeFebvre, K. (2014). *Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice* (Fourth Edition). Oncology Nursing Society: Pittsburgh.
- Partenariat canadien contre le cancer (2012). *Screening for distress, the 6th Vital Sign: A guide to implementing best practices in person-centred care*. Repéré à <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2018/12/Screening-Distress-6th-Vital-Sign-EN.pdf>.
- Saskatoon Health Region (2010). *Chemotherapy drugs for non-cancer treatment: administration & precautions*. Repéré à www.saskatoonhealthregion.ca/about/NursingManual/1180.pdf.
- Sparks, L. et Nussbaum, J. F. (2008). Health literacy and cancer communication with older adults. *Patient education and counseling*, 71(3), 345-350.
- Simon, N., Romano, O., Michel, P., Pincon, C., Vasseur, M., Lemahieu, N. et Odou, P. (2015). Influence of infusion method on gemcitabine pharmacokinetics: a controlled randomized multicenter trial. *Cancer Chemotherapy and Pharmacology*, 76(4), 865-871.
- Simon, N., Vasseur, M., Guillaussier, A., Legrand, J. F., Lebecque, M., Barthelemy, C. et Odou, P. (2016). Potential Impact of Infusion Technique on Drug Delivery. *Therapeutic Drug Monitoring*, 38(2), 268-273.
- Simon, N., Vasseur, M., Pinturaud, M., Soichot, M., Richeval, C., Humbert, L. et Odou, P. (2016). Effectiveness of a Closed-System Transfer Device in Reducing Surface Contamination in a New Antineoplastic Drug-Compounding Unit: A Prospective, Controlled, Parallel Study. *PLoS One*, 11(7), e0159052.
- University of Kentucky (2014). UK HealthCare Policy and Procedure. *Administration of Antineoplastic (Chemotherapeutic) Agents*. Document interne.

Yarbro, C. H., Wujcik, B. et Holmes Gobel, B. (2016). *Cancer nursing* (Eighth Edition). Jones & Bartlett Publisher: Mississauga.

Wiseman, T., Verity, R., Ream, E., Alderman, E. et Richardson, A. (2005). *Exploring the Work of Nurses Who Administer Chemotherapy; a Multi-method Study*.

A. L'EXTRAVASATION ASSOCIÉE AUX AGENTS ANTINÉOPLASIQUES

DÉFINITION DES CATÉGORIES D'AGENTS ANTINÉOPLASIQUES

Les agents antinéoplasiques peuvent être regroupés dans les trois catégories suivantes, selon leur capacité à causer un dommage tissulaire en cas d'extravasation : les agents vésicants, les agents irritants et les agents sans propriétés irritantes ou vésicantes.

1. AGENTS VÉSICANTS

- **Les agents vésicants** ont le potentiel de causer des dommages tissulaires importants en cas d'extravasation. L'extravasation hors de la veine vers les tissus peut causer de la douleur, de l'œdème, de l'inflammation et potentiellement former des phlyctènes ou des ulcères et même de la nécrose tissulaire. **Une prise en charge rapide peut considérablement réduire les dommages tissulaires.**

Les agents vésicants peuvent être divisés en deux sous-catégories, selon les mécanismes qui causent les dommages tissulaires :

- **Les agents vésicants se lient à l'acide désoxyribonucléique (ADN)**
Lorsque ces agents pénètrent dans les cellules, ils se lient à l'ADN et provoquent la mort cellulaire. Après la mort cellulaire, ils peuvent à nouveau être libérés et détruire les cellules non cancéreuses adjacentes entraînant ainsi un cycle continu de dommages tissulaires. Ils génèrent donc une atteinte progressive et chronique des tissus.
- **Les agents vésicants ne se lient pas à l'ADN**
Ces agents ont un effet indirect sur les cellules saines. Les dommages causés sont semblables à une brûlure légèrement ou modérément douloureuse et peuvent entraîner une ulcération. Les dommages demeurent localisés et la condition de l'utilisateur s'améliore au fil du temps. Une atteinte fonctionnelle est tout de même possible selon la structure touchée.

2. AGENTS IRRITANTS

- **Les agents irritants** peuvent produire un effet transitoire caractérisé par une sensation de brûlure, de douleur ou de rougeur au moment de l'injection ou de l'extravasation. L'extravasation d'un agent irritant ne produit toutefois pas de nécrose. En revanche, un large volume extravasé d'un agent concentré pourrait mener à la formation d'ulcères dans les tissus mous.

3. AGENTS SANS PROPRIÉTÉS IRRITANTES OU VÉSICANTES

- **Les agents sans propriétés irritantes ou vésicantes** ne produisent habituellement pas de réaction locale au site d'injection ou aux tissus environnants lors de l'extravasation. Cependant, les utilisateurs peuvent remarquer une légère inflammation et une sensation d'inconfort.

ORDRE D'ADMINISTRATION DES AGENTS ANTINÉOPLASQUES SELON LA CATÉGORIE

L'intégrité vasculaire diminue avec le temps, les veines étant plus stables et moins irritées en début de traitement. Il est suggéré par l'INESSS d'administrer les agents antinéoplasiques selon l'ordre suivant :

1. Les agents vésicants;
2. Les agents irritants;
3. Les agents sans propriétés irritantes ou vésicantes.

Cet ordre peut être différent dans certains protocoles afin de respecter des considérations pharmacocinétiques et d'éviter une augmentation de la toxicité.

CATÉGORISATION DES AGENTS ANTINÉOPLASQUES

AGENTS VÉSICANTS

Agents se liant à l'ADN

Agents alkylants	Anthracyclines	Antibiotiques	Autres types
busulfan	daunorubicine	dactinomycine	amsacrine
carmustine	doxorubicine	mitomycine	
trabectédine	épirubicine	mitoxantrone	
	idarubicine	streptozocine	

Agents ne se liant pas à l'ADN

Alcaloïdes de la vinca

vinblastine
vincristine
vinorelbine

Taxanes

docétaxel
paclitaxel

AGENTS IRRITANTS

bendamustine	étoposide	melphalan	téniposide
carboplatine	fluorouracil	nélarabine	topotécan
cisplatine	ifosfamide	oxaliplatine	
dacarbazine	irinotécan	paclitaxel en nanoparticules lié à de l'albumine	trastuzumab
doxorubicine liposomale			emtansine
pegylée			

AGENTS SANS PROPRIÉTÉS IRRITANTES OU VÉSICANTES

alemtuzumab	carfilzomib	interféron alfa-2b	pertuzumab
asparaginase	cétuximab	ipilimumab	raltitrexed
atézolizumab	cladribine	irinotécan liposomal	ramucirumab
avélumab	cyclophosphamide	méthotrexate	rituximab
azacitidine	cytarabine	nivolumab	romidepsine
bévacizumab	daratumumab	obinutuzumab	temsirolimus
bléomycine	durvalumab	ofatumumab	thiotépa
blinatumomab	éribuline	olaratumab	trastuzumab
bortézomib	fludarabine	panitumumab	trioxyde d'arsenic
brentuximab védotine	gemcitabine	pegaspargase	
cabazitaxel		pembrolizumab	
		pemetrexed	

NOTE : CETTE LISTE EST NON EXHAUSTIVE. SE RÉFÉRER AU PHARMACIEN DE L'ÉTABLISSEMENT POUR LES AGENTS NON INSCRITS.

Source : INESSS (2019).

PRISE EN CHARGE DE L'EXTRAVASATION

L'extravasation doit être considérée comme une urgence oncologique. Une intervention rapide du personnel peut contribuer à réduire la gravité des dommages causés. Le personnel qui travaille auprès des usagers qui reçoivent des agents antinéoplasiques doit être formé et posséder les compétences et les connaissances relatives à la prévention, à la détection rapide et à la prise en charge de l'extravasation. La prise en charge initiale doit faire en sorte de diminuer la propagation de l'agent au maximum.

Se référer au protocole de l'établissement, à l'ordonnance collective locale ou au [Guide de prise en charge de l'extravasation des agents antinéoplasiques](#) de l'INESSS pour une prise en charge optimale de l'extravasation.

B. ACCÈS VASCULAIRE

Privilégier le DAVC, s'il est présent, pour l'administration des agents antinéoplasiques. Si ce n'est pas possible, un DAVP pourra être utilisé.

Utiliser un processus systématique pour élaborer un plan d'accès vasculaire avant le traitement qui **optimise la préservation des vaisseaux** et oriente la sélection du dispositif le moins invasif pour la durée et le type de traitement à administrer.

Établir les besoins d'accès vasculaire selon :

- La fréquence et la durée du traitement;
- Le type de traitement prescrit;
(ex. : *propriétés vésicantes et irritantes, pH*);
- Les antécédents d'accès vasculaire et de comorbidités;
- Les ressources offertes pour le soin et l'entretien du DAV;
- La préférence et le mode de vie de l'utilisateur;
- L'anatomie;
- Les niveaux d'activités, la mobilité de l'utilisateur;
- L'intégrité de la peau;
- L'âge et le stade de développement.

Mesures préventives de l'extravasation

Administration par voie périphérique :

1. Insérer un nouveau dispositif d'accès veineux périphérique si le DAVP est en place depuis plus de 24 heures pour l'administration d'un agent vésicant;
2. Privilégier les veines de gros calibre de l'avant-bras avec un dispositif d'accès veineux de petit calibre (toujours sélectionner le cathéter du plus petit calibre qui conviendra au traitement prescrit);
3. **Éviter :**
 - Les sites d'insertion proches des tendons, des articulations, des structures nerveuses, le dos de la main, la face intérieure du poignet et les membres inférieurs;
 - La région près du site d'une ponction veineuse récente (moins de 24 heures) ou d'une extravasation récente;
 - La fosse antécubitale (pli du coude);
 - Les régions dont la circulation veineuse ou lymphatique est compromise ou ayant eu un évidement ganglionnaire (dissection axillaire) ou une mastectomie radicale modifiée. Lorsqu'il est **impossible** d'éviter l'utilisation du bras du côté opéré, vérifier s'il y a présence de signe de lymphœdème et, **en l'absence de signe de lymphœdème**, le bras du côté opéré peut être utilisé pour une perfusion intraveineuse d'une durée maximale de 24 à 48 heures;
 - Les veines du cuir chevelu chez le nouveau-né et l'utilisateur pédiatrique;
 - Les veines compromises (ex. : précédemment canulées, contusionnées, rouges, infiltrées, sclérosées, indurées, dilatées);
4. Après une première tentative d'insertion échouée, la seconde insertion doit se faire **au-dessus** du site précédent ou de préférence sur un autre membre;
5. Fixer solidement tout dispositif d'accès veineux avec un système de stabilisation du cathéter pour éviter son déplacement;
6. Utiliser un pansement transparent pour fixer le dispositif d'accès veineux afin de permettre une inspection visuelle constante du site d'insertion.

Administration par voie centrale :

1. Au moment de sélectionner le dispositif d'accès vasculaire le plus approprié, privilégier le dispositif présentant un nombre minimal de lumières;
2. Utiliser une voie centrale si un agent vésicant doit être administré sur plus de 30 minutes (exceptions : docétaxel et paclitaxel);
3. Considérer l'utilisation d'une voie centrale chez les usagers présentant une neuropathie périphérique;
4. Des aiguilles plus longues peuvent être nécessaires chez les usagers ayant des DAV sous-cutanés implantés profondément dans le tissu cutané (l'aiguille doit toucher le fond de la chambre implantable);
5. Sécuriser et stabiliser l'aiguille Huber de la chambre implantable et s'assurer de l'accessibilité visuelle constante du site d'insertion.

Sources : Infusion Nurses Society (INS) (2021) Traduction libre; INESSS (2019), CVAA (2019), <https://maladiesdusein.ca/traiter/chirurgie/indications-prelevements-perfusion-tension-arterielle/>.

C. PERMÉABILITÉ DU DISPOSITIF D'ACCÈS VEINEUX

Confirmer la perméabilité du DAV, c'est-à-dire la présence d'un retour veineux et l'absence de résistance à l'irrigation, **avant** de procéder à l'administration d'un agent antinéoplasique.

En l'absence d'un retour veineux, en présence d'un retour veineux hésitant ou d'une résistance à l'irrigation :

- Lors d'une vérification préadministration :
 - Ne pas commencer la perfusion de l'agent antinéoplasique. Déterminer les causes de l'obstruction et intervenir sur celles-ci. Aviser le médecin au besoin ou se référer à la procédure de l'établissement.
- Lors d'une vérification pendant une perfusion :
 - Interrompe la perfusion et procéder à l'évaluation. En présence d'extravasation ou de complications, aviser le médecin au besoin ou se référer à la procédure de l'établissement.

Pour connaître les recommandations sur les moments de la vérification du retour veineux, se référer à l'[annexe D](#) : Paramètres de surveillance clinique et particularités associés à l'administration d'un agent antinéoplasique.

Procédure pour la vérification du retour veineux d'un DAVP en cours de perfusion

En injection directe (seringue) :

- Aspirer légèrement avec la seringue tout en clampant brièvement en amont la tubulure de la perfusion.

En perfusion intermittente/continue :

- Arrêter temporairement la perfusion de l'agent antinéoplasique;
- Abaisser le sac du soluté principal ou clamber la tubulure, puis observer le retour sanguin à la jonction DAVP-tubulure;
- Après la confirmation du retour veineux, redémarrer la perfusion.

Alerte! Ne pas effectuer de plicature de la tubulure (c.-à-d. pincer) **à répétition lorsque la perfusion est en cours**, pour éviter une variation de pression sur la veine puisque cette variation de pression pourrait mener à la rupture de celle-ci.

Procédure pour la vérification du retour veineux d'un DAVC préadministration

- Désinfecter le connecteur sans aiguille de la dérivation proximale (le plus près de l'utilisateur) de la tubulure du DAVC ou du soluté principal avec un tampon d'alcool 70 % avec une friction mécanique pendant 15 secondes et laisser sécher complètement;
- **Adulte : prendre une seringue préremplie de 10 ml de NaCl 0,9 %;**
Pédiatrie : prendre une seringue préremplie de 5 ml de NaCl 0,9 % ou suivre la procédure de l'établissement;
- Joindre la seringue à cette dérivation proximale;
- Fermer la pince régulatrice de débit ou clamber ou couder la tubulure juste au-dessus de la dérivation proximale;
- Aspirer légèrement jusqu'à l'apparition d'un retour veineux franc dans la tubulure du DAVC;
- Injecter par turbulence la solution de NaCl 0,9 % pour rincer le DAVC.

Pédiatrie, il n'est pas toujours requis d'injecter le reste de la solution; suivre les indications médicales si restriction liquidienne.

Procédure pour la vérification du retour veineux d'un DAVC peradministration d'un agent vésicant en injection directe

Aspirer légèrement avec la seringue tout en clampant brièvement en amont la tubulure de la perfusion.

Sources : Infusion Nurses Society (INS) (2021) Traduction libre; INESSS (2019).

D. PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE CLINIQUE ET PARTICULARITÉS ASSOCIÉS À L'ADMINISTRATION D'UN AGENT ANTINÉOPLASIQUE

Administration d'un agent antinéoplasique au moyen d'un DISPOSITIF D'ACCÈS VEINEUX PÉRIPHÉRIQUE (DAVP)

		NON VÉSICANTS (non irritants et irritants)		VÉSICANTS Le DAVP doit être en place depuis moins de 24 heures.	
		Perfusion	Injection directe (seringue)	Perfusion	Injection directe (seringue)
UTILISATION	Dispositif d'accès veineux périphérique	AUTORISÉ		Alerte! Une évaluation complète des facteurs de risque relatifs à l'usager doit être réalisée pour déterminer si l'utilisation d'un DAVP court est judicieuse.	
	Pompe volumétrique	AUTORISÉE	NON APPLICABLE Administrer en dérivé d'un soluté compatible	INTERDITE Administrer en perfusion libre en dérivé d'un soluté compatible <u>hors pompe</u> en perfusion libre à haut débit selon le jugement clinique EXCEPTION : Pompe AUTORISÉE pour docetaxel et paclitaxel	NON APPLICABLE Administrer en dérivé d'un soluté compatible <u>hors pompe</u> en perfusion libre à haut débit
SURVEILLANCE	La fréquence des surveillances indiquée est celle minimalement attendue. L'infirmière ou l'infirmier doit utiliser son jugement clinique pour augmenter la fréquence des surveillances en présence de facteurs de risque pour l'extravasation (INESSS, 2019, p.11).				
	Retour veineux	- Préadministration - Peradministration toutes les 60 minutes - En présence d'indicateurs cliniques - Postadministration	- Préadministration - En présence d'indicateurs cliniques - Postadministration	- Préadministration - Peradministration toutes les 5 minutes EXCEPTIONS : docetaxel et paclitaxel toutes les 30 minutes - En présence d'indicateurs cliniques - Postadministration	- Préadministration - Peradministration à tous les 2 à 5 ml d'injection <i>Pédiatrie : si volume plus petit que 4 ml, vérifier à la moitié de la dose</i> - En présence d'indicateurs cliniques - Postadministration
	Indicateurs cliniques :	- Site d'insertion : rougeur, œdème, chaleur, douleur, induration, écoulement - Perfusion : modification du débit, résistance	- Préadministration - Peradministration toutes les 60 minutes - Postadministration	SURVEILLANCE CONSTANTE durant l'administration EXCEPTIONS : docetaxel et paclitaxel toutes les 30 minutes	SURVEILLANCE CONSTANTE durant l'administration

Administration d'un agent antinéoplasique au moyen d'un DISPOSITIF D'ACCÈS VEINEUX CENTRAL (DAVC)

		<u>NON VÉSICANTS</u> (non irritants et irritants)		<u>VÉSICANTS</u>	
		Perfusion	Injection directe (seringue)	Perfusion	Injection directe (seringue)
UTILISATION	Dispositif d'accès veineux central	AUTORISÉ		AUTORISÉ	AUTORISÉ
	Pompe volumétrique	AUTORISÉE	NON APPLICABLE Administer en dérivé d'un soluté compatible	AUTORISÉE Administer en dérivé d'un soluté compatible <u>hors pompe</u> en perfusion libre à haut débit, selon le jugement clinique	NON APPLICABLE Administer en dérivé d'un soluté compatible <u>hors pompe</u> en perfusion libre à haut débit
SURVEILLANCE	La fréquence des surveillances indiquée est celle minimalement attendue. L'infirmière ou l'infirmier doit utiliser son jugement clinique pour augmenter la fréquence des surveillances en présence de facteurs de risque pour l'extravasation (INESSS, 2019, p.11).				
	Retour veineux	- Préadministration - En présence d'indicateurs cliniques		- Préadministration - Peradministration : si perfusion continue : au changement de sac - En présence d'indicateurs cliniques - Postadministration	- Préadministration - Peradministration à tous les 2 à 5 ml d'injection <i>Pédiatrie : si volume plus petit que 4 ml, vérifier à la moitié de la dose</i> - En présence d'indicateurs cliniques - Postadministration
	Indicateurs cliniques : - Site d'insertion, thorax, épaules, cou ou le long du trajet du cathéter : rougeur, œdème, chaleur, douleur, induration, écoulement sous le pansement - Perfusion : modification du débit, résistance	Chaque heure	SURVEILLANCE CONSTANTE durant l'administration	Chaque heure	SURVEILLANCE CONSTANTE durant l'administration

E. ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (ÉPI)

Comme précisé dans le [Guide de prévention - Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux, 2021, de l'ASSTSAS](#), lorsque l'exposition aux médicaments dangereux ne peut être éliminée en dépit des autres mesures de prévention mises en place, un ÉPI doit être porté. Le port de l'ÉPI a pour but de réduire l'exposition des travailleurs de la santé aux médicaments dangereux. Il sert aussi à limiter la contamination de l'environnement et ainsi à protéger les travailleurs de la santé, les usagers et leurs proches pour leur éviter d'entrer en contact avec les médicaments dangereux.

Le travailleur de la santé doit porter l'ÉPI approprié à la situation (ex. : la manipulation des médicaments dangereux, le contact avec des surfaces et appareils potentiellement contaminés, la manipulation des déchets et de l'excreta des usagers ayant reçu des médicaments dangereux).

Voici quelques principes issus du [Guide de prévention de l'ASSTSAS 2021](#). Pour **TOUS** les détails et les précisions, y compris les critères spécifiques de l'ÉPI pouvant être utilisé, veuillez vous y référer.

- Inspecter visuellement l'ÉPI afin d'assurer son intégrité (ex. : défaut, taille appropriée);
- Ne pas circuler avec l'ÉPI en dehors des zones prévues à cet effet;
- Les ÉPI réutilisables (ex. : lunettes, visière) doivent être décontaminés après chaque utilisation et dès qu'une contamination est suspectée, selon les instructions du fabricant;
- Procéder à l'hygiène des mains avant et après le port de l'ÉPI :
Les produits à base d'alcool ainsi que l'eau et le savon peuvent être utilisés pour l'hygiène des mains avant le port de l'ÉPI pour éliminer la contamination bactérienne, mais les produits à base d'alcool n'éliminent pas la contamination chimique, seuls l'eau et le savon sont efficaces après le retrait de l'ÉPI;
- L'ÉPI doit être revêtu et retiré selon une séquence établie qui évite la contamination chimique du travailleur, des contenants de médicaments préparés et de l'environnement ([ASSTSAS 2021 : tableau 8, page 49](#));
- Jeter l'ÉPI à usage unique dans le contenant à déchets approprié;
- Un uniforme et des chaussures réservés au travail devraient être portés pour la manipulation des médicaments dangereux G1.

Gants

- Le travailleur doit considérer que ses gants sont potentiellement contaminés et il doit éviter tout contact avec l'environnement pour ne pas le contaminer;
- Les gants utilisés pour la manipulation des médicaments dangereux G1 doivent être conformes à la version la plus récente de la norme D-6978 de l'ASTM. Cette norme comprend un protocole particulier pour évaluer la résistance à certaines solutions de chimiothérapie;
- Le personnel devrait changer les gants toutes les 30 minutes ou moins, s'il y a contamination, déversement, bris ou fin de la tâche, selon les exigences de la procédure ou les normes de PCI;
- Deux paires de gants résistants à la chimiothérapie conformes à la norme ASTM D6978 doivent être portées lors de l'administration parentérale des médicaments dangereux G1;
- Lorsque la blouse est portée, le gant doit passer par-dessus le poignet de celle-ci. Il doit être suffisamment long pour demeurer en place, peu importe l'activité effectuée, et couvrir la zone pouvant être en contact avec le médicament dangereux. Lors du port de deux paires de gants et de la blouse : mettre la première paire (interne) sous les poignets de la blouse et la deuxième paire (externe) par-dessus les poignets de la blouse.

Blouse
• Les blouses utilisées pour la manipulation des médicaments dangereux G1 doivent être jetables, peu perméables, à manches longues avec poignets ajustés et s'attacher au dos (OPQ, 2014.02); • Les blouses utilisées pour les soins (ex. : administration des médicaments dangereux G1) devraient être jetées après avoir été retirées ou dès qu'elles sont souillées (ou soupçonnées de l'être) par contamination, déversement ou bris : ○ Cependant, si une blouse est utilisée plus d'une fois parce que le risque qu'elle soit souillée est quasi nul : ▪ Elle doit être suspendue hors des zones de circulation; ▪ Elle doit être laissée dans la zone de travail; ▪ Elle doit être repliée sur elle-même (partie potentiellement contaminée à l'intérieur) lorsqu'accrochée contre le mur; ▪ Lors du retrait et de la remise de la blouse, il faut prendre soin de ne pas toucher sa partie extérieure.
Protection faciale
• Une protection faciale doit être portée lorsqu'il y a des risques d'éclaboussures : ○ Ce risque est particulièrement présent lorsqu'on manipule un liquide hors enceinte, près de la hauteur des yeux ou au-dessus, lorsqu'on nettoie un déversement liquide, par exemple lors d'un soin d'hygiène à un usager agité, lors de l'administration intraveineuse à un patient qui ne collabore pas ou lors de vomissements. • Si la protection faciale est réutilisable, il faut porter des gants et une blouse de protection lors du nettoyage.
Appareil de protection respiratoire
• Aucun appareil de protection respiratoire n'est nécessaire pour l'administration par voie intraveineuse des G1.
Source : ASSTSAS (2021).

F. DOUBLE VÉRIFICATION INDÉPENDANTE (DVI) DU MÉDICAMENT

Selon la norme 7.3.12 d'Agrément Canada, un processus indépendant de double vérification se met en place à l'endroit où sont offerts les soins avant l'administration des médicaments de niveau d'alerte élevé.

Selon la norme 7.1.52 d'Agrément Canada : Thérapie systémique seulement, une double vérification indépendante de la dose et de la vitesse d'administration des pompes à perfusion est effectuée avant l'administration.

Les agents antinéoplasiques sont des médicaments de niveau d'alerte élevé ciblés (pour une liste détaillée, vous référer à votre établissement) qui nécessitent un processus de DVI **avant** l'administration de **chaque** agent.

La DVI est un processus au cours duquel deux professionnels autorisés, formés pour la préparation ou l'administration d'agents antinéoplasiques, **dont un doit être l'administrateur**, procèdent à une vérification indépendante. Une telle vérification peut être effectuée avec ou sans la présence du premier professionnel de la santé. L'aspect le plus important est de maximiser l'indépendance de la double vérification en s'assurant que le premier professionnel de la santé ne propose pas les résultats de sa vérification au second. Les initiales (les identifications) des deux professionnels doivent être apposées sur le formulaire d'administration des médicaments.

Voici les éléments que doit comprendre la vérification :

- Nom, prénom de l'utilisateur ainsi que le numéro de dossier;
- Nom du médicament;
- Dose à administrer;
- Nature du solvant (diluant) ainsi que son volume;
- Voie d'administration;
- Date d'expiration;
- Aspect et intégrité du médicament;
- Programmation de la pompe ou débit du ballon élastomère, si utilisé;
- Montage du circuit des tubulures, si utilisé.

Clarifiez tout doute ou discordance avant de procéder à l'administration. Veuillez vous référer à la politique et aux procédures sur la DVI de l'établissement.

Sources : DGC (2012); Infusion Nurses Society (INS) (2016) traduction libre; Agrément Canada, ISMP (2003); Neuss et al (2017).

G. EFFETS INDÉSIRABLES ET TOXICITÉ

Indications, effets indésirables et particularités des antinéoplasiques :

http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3971/Indica_Effets_Indesir_Antineoplasique-Toxicites.pdf

Groupe d'étude en oncologie du Québec (GEOQ) :

<https://www.geoq.info/>

H. HYPERSENSIBILITÉ ASSOCIÉE AUX CHIMIOTHÉRAPIES

Document de référence pour l'hypersensibilité associée aux chimiothérapies

Prise en charge de l'hypersensibilité associée aux chimiothérapies à base de sels de platines et de taxanes :

[https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/lutte-contre-le-cancer/guides-cepo-pdf/CEPO_-_Hypersensibilite_sels_platine_taxanes\(2013-07-24\).pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/lutte-contre-le-cancer/guides-cepo-pdf/CEPO_-_Hypersensibilite_sels_platine_taxanes(2013-07-24).pdf)

I. PRÉCAUTION POUR LA MANIPULATION DES LIQUIDES BIOLOGIQUES À DOMICILE

Après avoir été administré, le médicament dangereux persiste dans l'organisme de l'usager pendant une certaine période. Le médicament sera excrété graduellement par différentes voies (ex. : dans l'urine, les selles). Il est prudent de prévoir une période pendant laquelle des précautions doivent être prises pour réduire au minimum le contact avec les médicaments dangereux contenus dans les liquides biologiques. **Une période de précaution minimale de 96 heures semble raisonnable, bien qu'elle puisse être adaptée selon les situations et les établissements.** L'usager recevant un médicament dangereux peut contaminer son environnement, ce qui peut engendrer une contamination croisée. Cet usager et les membres de la famille participant à ses soins doivent recevoir un enseignement personnalisé, offert verbalement et par écrit, sur les éléments suivants afin de se protéger et de protéger l'environnement de la famille.

Lavage des mains

- Expliquer l'importance du lavage des mains avec de l'eau et du savon après être allé aux toilettes et après avoir touché à ses liquides biologiques potentiellement contaminés (sang, urine, etc.);
- Porter une paire de gants conformes pour manipuler les excréta, les vêtements et la literie souillée et procéder au lavage des mains avec de l'eau et du savon après le retrait des gants.

Liquides biologiques

- Uriner en position assise pour éviter les éclaboussures;
- Fermer le couvercle de la cuvette après l'utilisation;
- Actionner la chasse d'eau deux fois après chaque utilisation;
- Nettoyer la cuvette et le plancher autour chaque jour avec des produits d'entretien usuels;
- Nettoyer les surfaces dures ayant été souillées par des liquides biologiques avec les produits d'entretien usuels. Les linges utilisés pour le nettoyage ne doivent pas être réutilisés sur d'autres surfaces. Les linges utilisés pour le nettoyage devraient être lavés séparément;
- Les membres de la famille devraient utiliser une toilette différente de celle utilisée par le patient, si possible;
- Jeter les culottes d'incontinence, les protège-dessous et les couches des bébés contaminées dans un double sac à déchets réguliers fermé avant de mettre le tout aux ordures générales.

Lessive

- La literie (ou vêtements) qui n'est pas visiblement souillée peut être lavée avec le lavage régulier;
- La literie (ou vêtements) qui est visiblement souillée :
 - Devrait être lavée séparément de celle des autres membres de la famille et le plus rapidement possible;
 - Pourrait faire l'objet d'un double lavage à l'eau chaude si elle est très souillée;
 - Doit être placée dans un sac de plastique qui doit être fermé hermétiquement si une laveuse n'est pas disponible;
 - Ne devrait jamais être secouée, puisqu'elle peut dégager des particules contaminées;
- On doit protéger le matelas avec une housse plastifiée dans le cas d'une perfusion continue pour éviter sa contamination (ex. : en cas de débranchement accidentel de la perfusion, d'incontinence urinaire ou fécale).

Relations sexuelles

- Utiliser un condom jusqu'à 96 heures après la fin des traitements pour diminuer l'exposition aux fluides corporels. Le sperme et les sécrétions vaginales peuvent contenir des résidus de médicament dangereux.

Contraception

- L'utilisateur à potentiel reproductif et son partenaire à potentiel reproductif doivent éviter une grossesse;
- L'utilisateur doit obtenir un avis médical s'il désire avoir des enfants après les traitements.

Contact avec les proches

- Il n'est pas risqué d'embrasser les proches ainsi que de dormir et de faire des activités avec eux;
- Les femmes enceintes ou qui allaitent devraient éviter de manipuler des liquides biologiques contaminés ou d'entrer en contact avec ceux-ci.

Source : Adaptation ASSTSAS (2021).

J. OUTIL DE DÉTECTION DE LA DÉTRESSE (ODD)

Document de référence pour l'ODD

La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-11W.pdf>.

K. PASSEPORT EN ONCOLOGIE

Document de référence pour le passeport en oncologie

Passeport en oncologie – Un outil précieux pour la personne atteinte de cancer :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000469>.

L. ÉVALUATION INITIALE DE L'USAGER SUIVI EN CANCÉROLOGIE

Documents de référence pour l'évaluation initiale de l'utilisateur suivi en oncologie

- Formulaires d'évaluation initiale de l'utilisateur suivi en oncologie;
- Guide d'utilisation du formulaire d'évaluation à l'intention des infirmières :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001912/>.

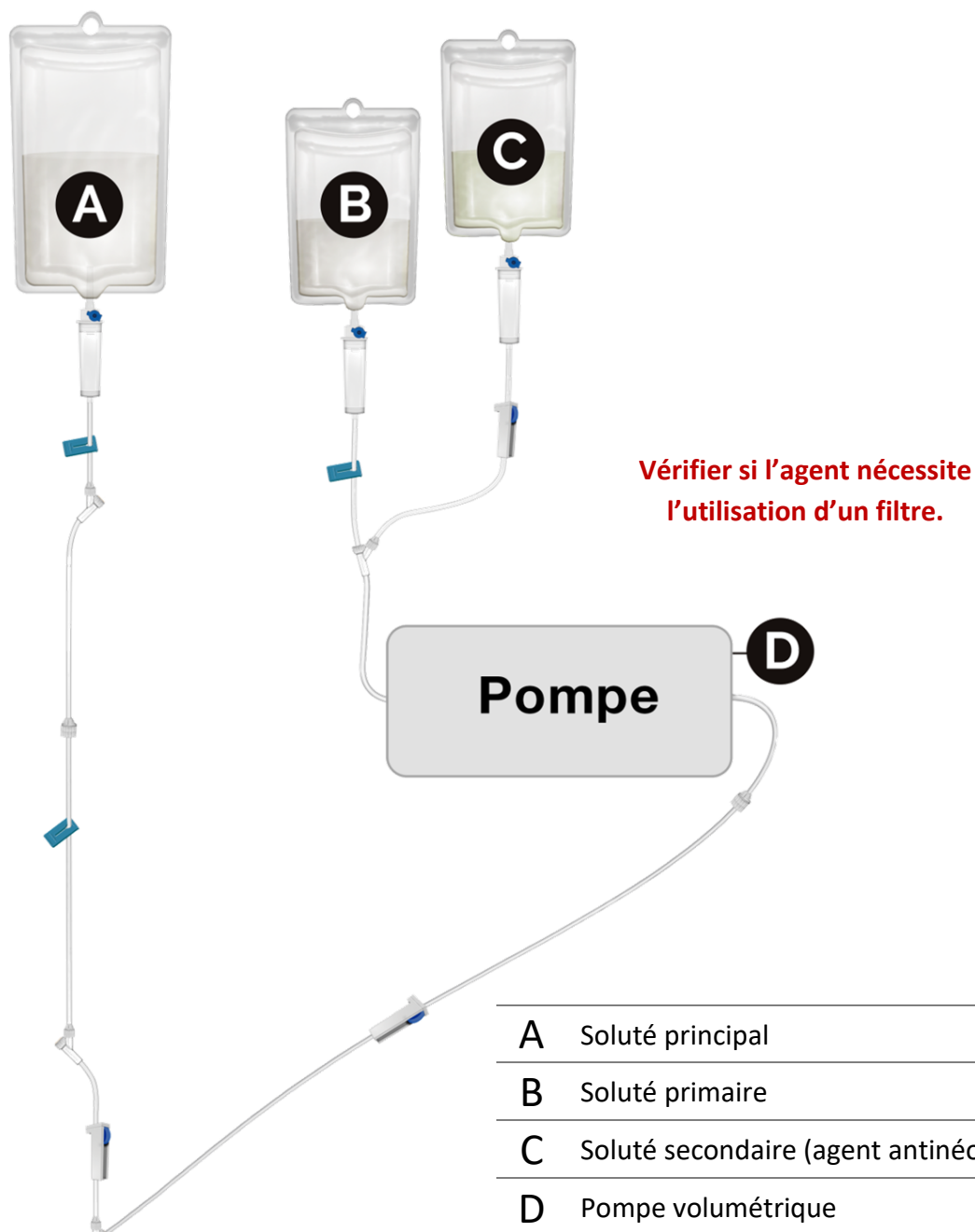
M. MONTAGE DU CIRCUIT DE TUBULURES

Avant d'utiliser une pompe volumétrique dans le montage des tubulures, vous devez respecter les particularités associées à l'administration de l'agent antinéoplasique (voir le tableau [Paramètres de surveillance clinique et particularités associées à l'administration d'un agent antinéoplasique](#)) en lien avec la catégorie d'agent antinéoplasique administré et le dispositif d'accès veineux utilisé.

- Soluté principal : ligne d'urgence, hydratation (peut être installé sur pompe dans certaines circonstances);
- Soluté et tubulure primaire : solution compatible;
- Soluté et tubulure secondaire : agent antinéoplasique.

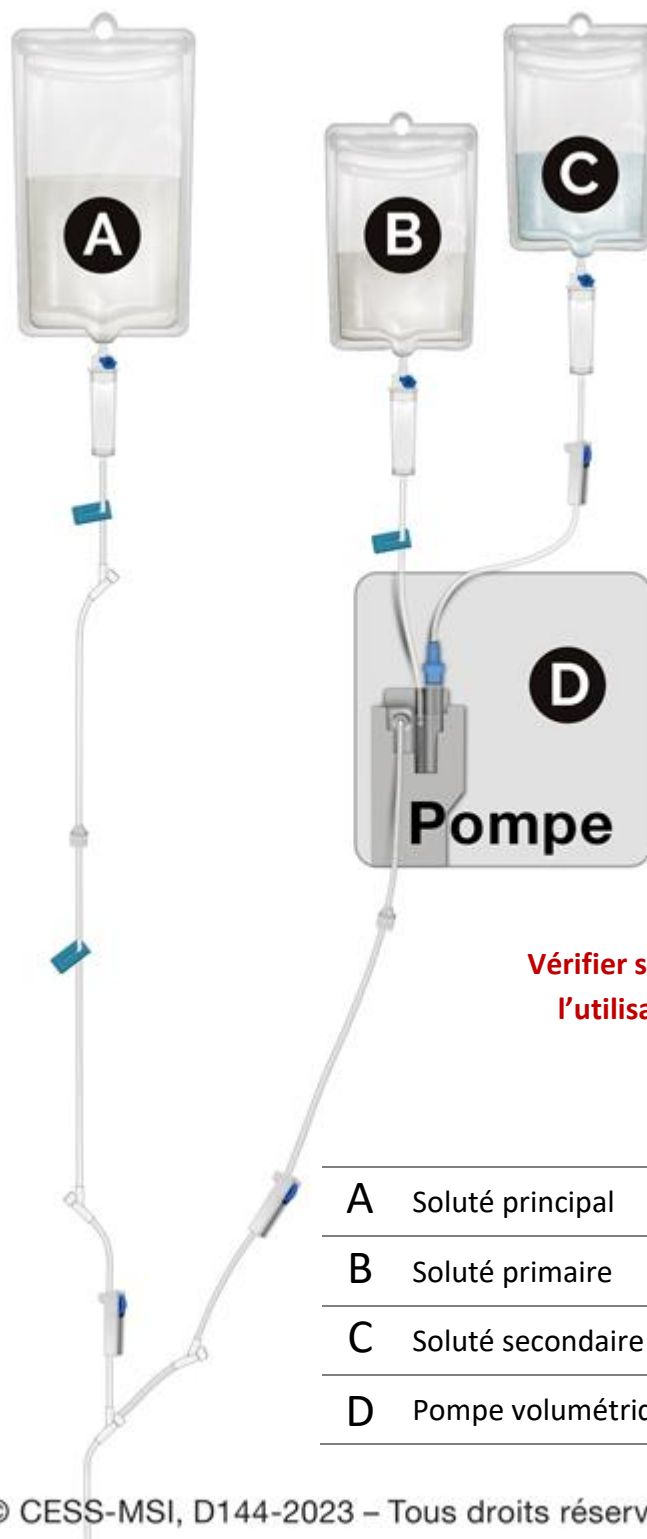
M.1 Administration d'un agent antinéoplasique

→ Une valve antisiphon pourrait être obligatoire, selon votre établissement.



M.2 Administration d'un agent antinéoplasique

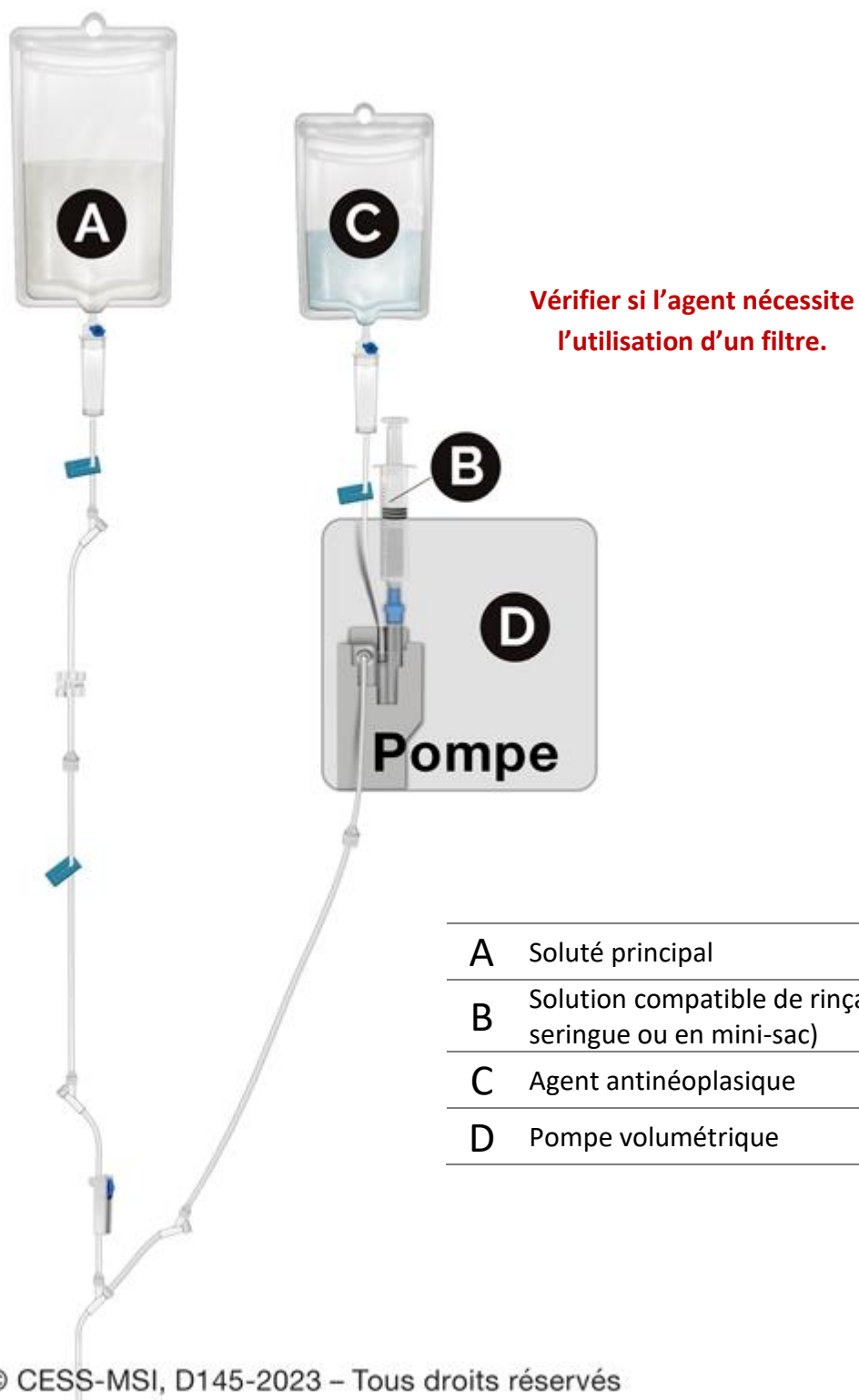
→ Une valve antisiphon pourrait être obligatoire, selon votre établissement.



© CESS-MSI, D144-2023 – Tous droits réservés

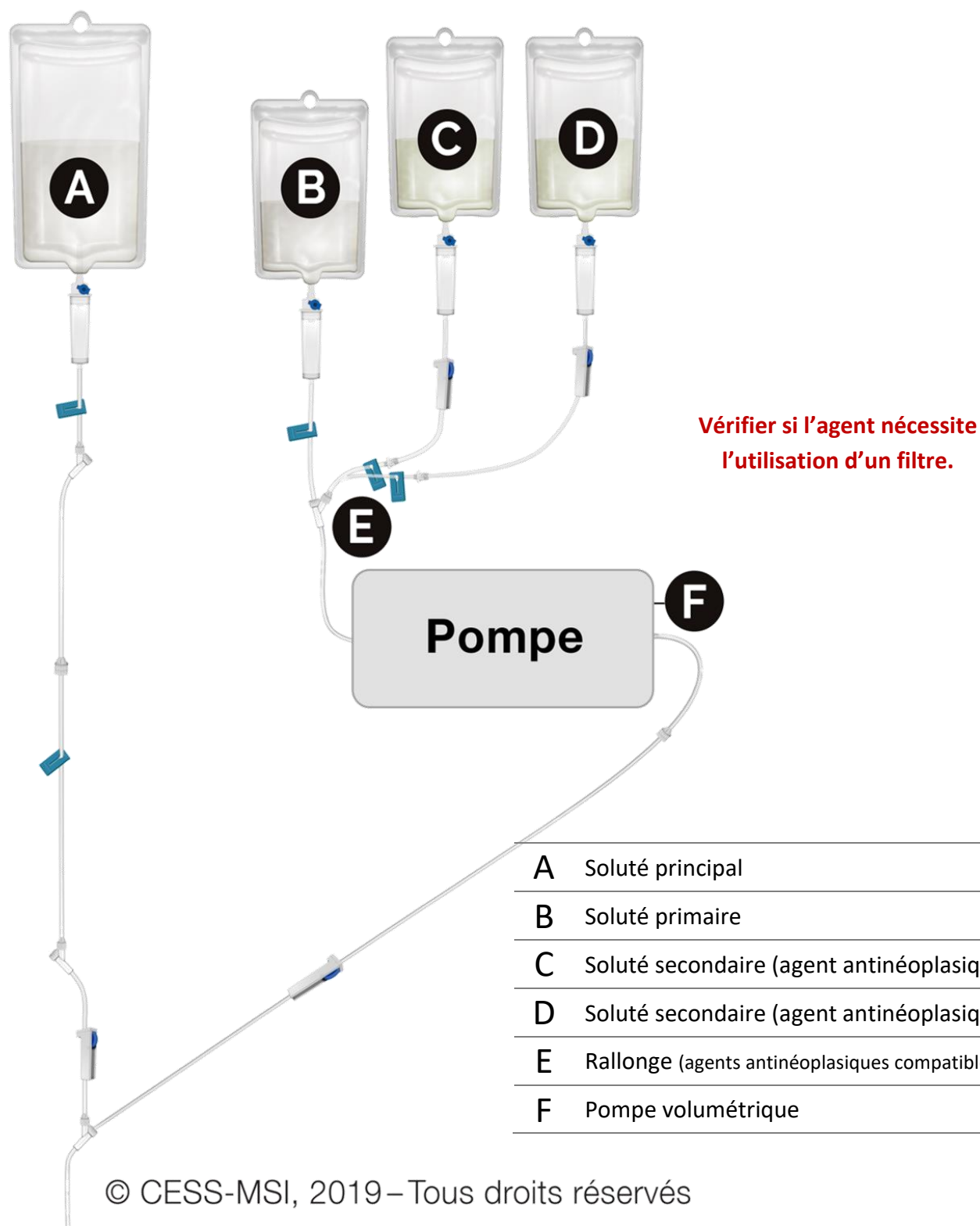
M.3 Administration d'un agent antinéoplasique

→ Une valve antisiphon pourrait être obligatoire, selon votre établissement.



M.4 Administration de plusieurs agents antinéoplasiques

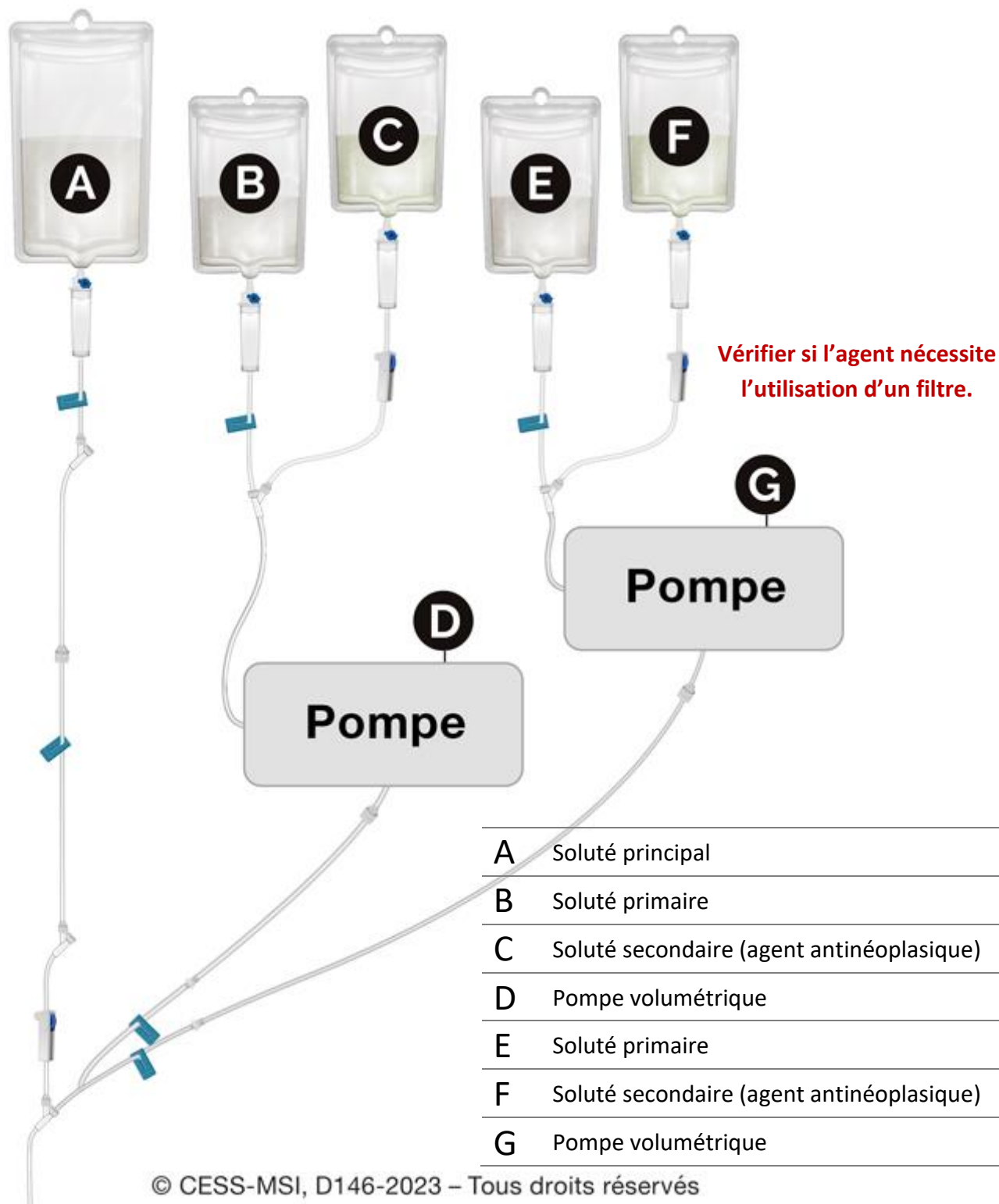
→ Une valve antisiphon pourrait être obligatoire, selon votre établissement.



© CESS-MSI, 2019 – Tous droits réservés

M.5 Administration de plusieurs agents antinéoplasiques

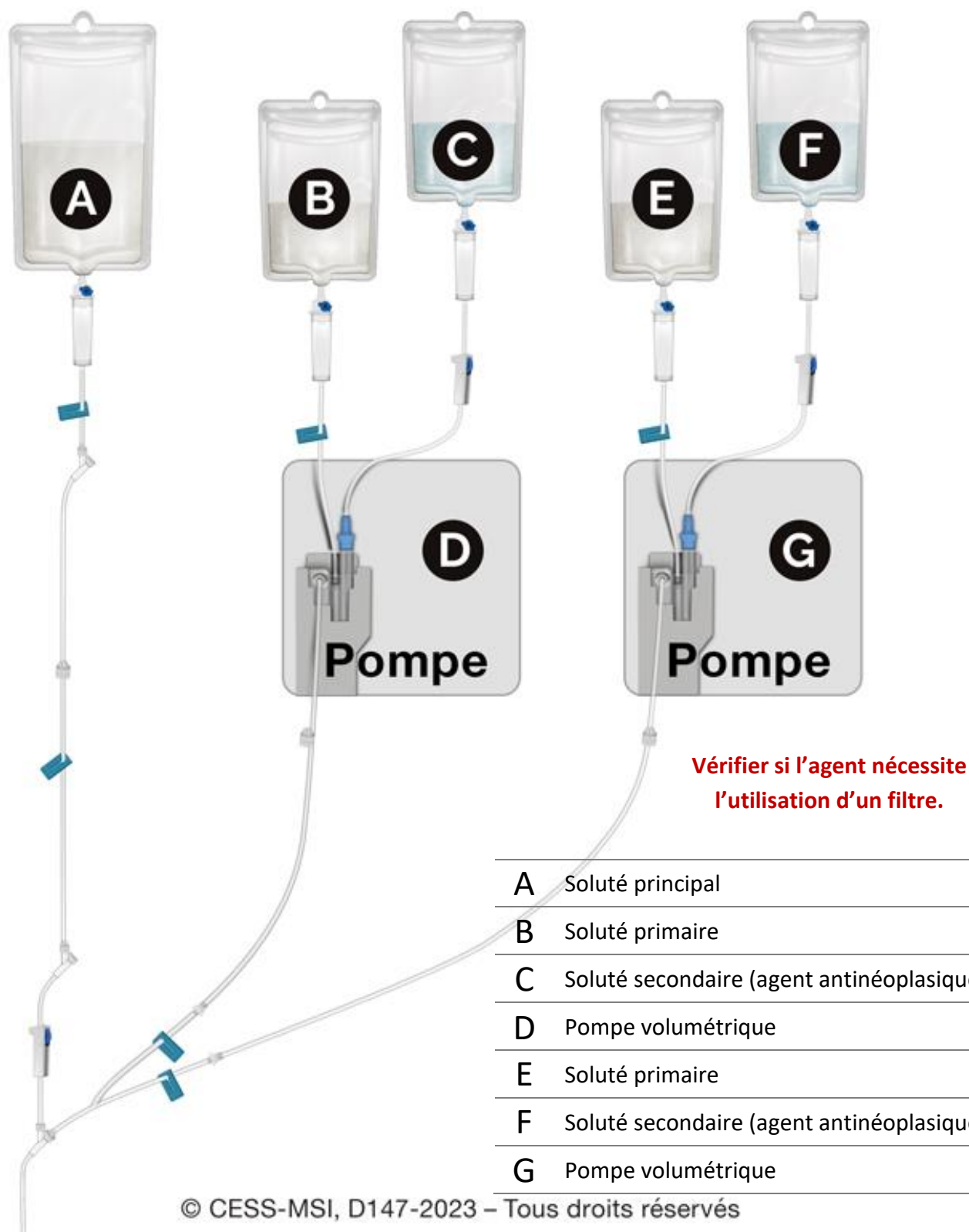
→ Une valve antisiphon pourrait être obligatoire, selon votre établissement.



© CESS-MSI, D146-2023 – Tous droits réservés

M.6 Administration de plusieurs agents antinéoplasiques

→ Une valve antisiphon pourrait être obligatoire, selon votre établissement.



© CESS-MSI, D147-2023 – Tous droits réservés

M.7 Agent antinéoplasique en gravité



**Vérifier si l'agent nécessite
l'utilisation d'un filtre.**

- | | |
|---|---|
| A | Soluté principal |
| B | Soluté primaire |
| C | Soluté secondaire (agent antinéoplasique) |

M.8 Agent antinéoplasique en seringue



A Soluté principal

B Agent antinéoplasique en seringue (sans
aiguille) avec embout sécuritaire

© CESS-MSI, 2019 – Tous droits réservés

