

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 24 • Numéro 9 • Le 30 septembre 2024

Déclaration et apprentissage dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario : une analyse de multiples incidents médicamenteux

Une analyse d'incidents multiples (AIM) liés à l'utilisation des médicaments a été menée dans les foyers ontariens de soins de longue durée (SLD) dans le cadre de l'initiative *Renforcer la sécurité des médicaments en soins de longue durée** de l'Ontario. L'objectif principal de cette initiative est d'aider les foyers de SLD et les autres partenaires du secteur à mettre en œuvre les recommandations relatives aux médicaments formulées par la juge Eileen E. Gilless dans son rapport intitulé *Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée¹*. Le résultat attendu de cette initiative est la mise en place de systèmes de gestion des médicaments plus sécuritaires et une dissuasion et une détection plus efficaces des préjudices intentionnels et non intentionnels dans les foyers de SLD. Les constatations de l'analyse et les recommandations de l'AIM sont partagées afin d'élaborer des stratégies ciblées visant à prévenir les erreurs médicamenteuses et les préjudices qui en découlent pour les résidents et les membres de leur famille.

MÉTHODOLOGIE

Les incidents médicamenteux déclarés volontairement dans les foyers de SLD de l'Ontario au cours de la période de 26 mois allant du 1er juin 2021 au 31 juillet 2023 ont été extraits des bases



de données des déclarations d'incidents/accidents liés à la médication pour les professionnels de la santé et les consommateurs de l'ISMP Canada, ainsi que de la base de données du Système national de déclaration des accidents et incidents (SNDAI) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)[†]. Les rapports extraits ont été examinés, en excluant les doublons et les rapports d'incidents non apparentés. L'analyse a été réalisée conformément à la méthodologie d'AIM décrite dans le Cadre canadien d'analyse des incidents².

CONSTATATIONS QUANTITATIVES

Au total, 208 incidents ont été retenus pour l'évaluation préalable : 115 provenaient du SNDAI et 93 des bases de données de l'ISMP Canada[‡]. Un total de 190 cas ont été retenus après avoir appliqué les critères d'exclusion. La plupart des incidents pris en compte dans l'analyse n'ont entraîné aucun préjudice ou qu'un préjudice léger, tandis que 5 % ont entraîné

* L'initiative Renforcer la sécurité des médicaments en soins de longue durée, financée par le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, a été lancée par l'ISMP Canada en 2021. Les points de vue exprimés dans ce document sont ceux de l'ISMP Canada et ne reflètent pas nécessairement ceux de la province.

† Ces bases de données font partie du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM). De plus amples renseignements sur les bases de données sont disponibles à l'adresse <http://www.cmirps-scdpim.ca/?p=12>. Les données du Système national de déclaration des incidents (SNDI) ont été fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); toutefois, les analyses, conclusions, déclarations et opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'ISMP Canada.

‡ On reconnaît qu'il n'est pas possible de déduire ou de prévoir la probabilité d'incidents en se fondant sur un système de déclaration volontaire.

TABLEAU 1. Niveau de préjudice associé aux incidents médicamenteux dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario.

Résultat ^{3,4}	Nbre de rapports (n= 190)	% du total des incidents
Aucune erreur/circonstance à signaler*	15	8 %
Incident évité de justesse	15	8 %
Aucun préjudice	96	51 %
Préjudice léger	54	28 %
Préjudice modéré, grave ou décès	10	5 %

*Une circonstance à signaler est une situation susceptible de causer un préjudice et qui ne touche PAS un résident.

TABLEAU 2. Les cinq principaux médicaments en cause dans les incidents inclus dans l'analyse d'incidents multiples (n=190).

Médicament	% des incidents
Hydromorphe	11 %
Trazodone	7 %
Acétaminophène	4 %
Dénosumab	3 %
Amoxicilline	3 %

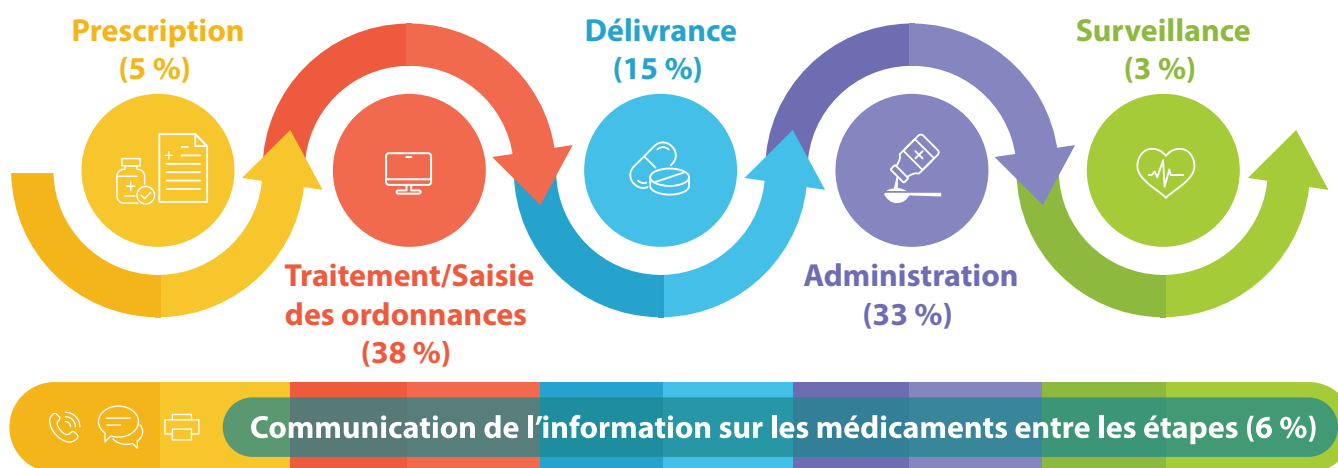


FIGURE 1. Incidents médicamenteux dans les foyers de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario par étape du processus d'utilisation des médicaments. Certains incidents ont été associés à plusieurs étapes (n=190).

un préjudice modéré, un préjudice grave ou un décès (voir le tableau 1).

Les étapes du processus d'utilisation des médicaments les plus fréquemment en cause dans les incidents déclarés sont le traitement ou la saisie des ordonnances et l'administration des médicaments (figure 1). Le médicament le plus fréquemment en cause dans les incidents médicamenteux est l'hydromorphe (voir le tableau 2).

ANALYSE QUALITATIVE

L'analyse a permis de dégager quatre thèmes principaux et des sous-thèmes connexes (figure 2).

- Identification du résident**
- Ordonnance et traitement des médicaments**
 - Ordonnance des médicaments
 - Saisie des ordonnances
 - Confirmation des ordonnances
 - Délivrance des médicaments
- Communication**
 - Bilan comparatif des médicaments (BCM)
 - Médicaments à intervalles d'administration atypiques
- Rôles des résidents et des familles**
 - Engagement des résidents et des familles

FIGURE 2. Principaux thèmes et sous-thèmes dégagés de l'analyse d'incidents multiples.

THÈME : Identification du résident

Il est souvent difficile d'identifier correctement un résident dans un établissement de SLD, puisque les résidents peuvent ne pas être en mesure d'exprimer verbalement leur nom et leur date de naissance et qu'ils peuvent choisir de ne pas porter de bracelet d'identité. Pour que les résidents se sentent comme chez eux, la plupart des foyers utilisent des photos d'identité. Les incidents relevant de ce thème concernaient des résidents recevant des médicaments destinés à d'autres résidents et des ordonnances rédigées dans le mauvais dossier. Certaines des erreurs signalées ont entraîné des préjudices graves. Deux des facteurs contributifs relevés sont un personnel variable et les interruptions pendant l'administration des médicaments.

Certaines déclarations d'incidents décrivent un manque d'outils et de processus fiables permettant d'identifier correctement les résidents au moment de l'administration des médicaments. Le personnel qui travaille régulièrement dans un foyer donné peut bien connaître les résidents; cependant, les nouveaux prestataires (p. ex. le personnel des agences, les étudiants) éprouvent souvent des difficultés à identifier correctement les résidents. Il s'agit d'un risque particulier pour les résidents qui sont temporairement déplacés dans des chambres différentes (p. ex. lors d'une vague épidémique). Les photos des registres papier ou électroniques d'administration des médicaments (RAM/RAMe) et/ou des portes des chambres des résidents peuvent ne pas être mises à jour régulièrement, et l'utilisation d'étiquettes sur les vêtements des résidents n'est pas un mécanisme fiable pour faciliter l'identification. La technologie permettant d'identifier correctement les résidents (p. ex. la reconnaissance faciale) n'est pas très répandue.

Exemple d'incident : *Lors de l'écllosion d'une vague épidémique, les résidents d'un foyer ont été temporairement déplacés dans des chambres différentes. Une infirmière provenant d'une agence n'était pas au courant des changements de chambre. En se basant sur les anciens emplacements des résidents, l'infirmière a administré à un résident les médicaments d'une autre personne, notamment de*

l'insuline, de la morphine à action prolongée et du rivaroxaban. Le résident a dû être transféré à l'hôpital pour un séjour prolongé.

Recommandations pour les foyers de SLD et les organismes de réglementation

- Travailler avec les résidents et leur famille (p. ex. au sein de comités de résidents et de familles) ainsi qu'avec des experts pour étudier la faisabilité et l'acceptabilité de solutions technologiques qui faciliteraient les processus d'identification⁵.
- Établir un processus normalisé pour mettre à jour les photographies des résidents au moins une fois par an et à chaque fois qu'il y a un changement important dans l'apparence d'un résident⁵.
- Faire en sorte que le personnel travaille au même étage ou dans la même unité autant que possible.
 - Envisager que les contrats des agences prévoient une période d'observation préalable de leur personnel en compagnie du personnel habituel du foyer.
- Veiller à ce que la politique relative à l'identification des résidents et à l'administration des médicaments prévoie l'obligation d'utiliser deux identifiants.
- Établir et maintenir une culture juste⁶ pour le personnel, les résidents et les familles afin de favoriser la communication et la collaboration.

Recommandations pour les équipes de soins infirmiers

- Utiliser deux identifiants uniques pour le résident (p. ex. le nom complet du résident, sa date de naissance, sa photo sur le RAM/RAMe, son bracelet) avant l'administration des médicaments⁵.
- Préparer et administrer les médicaments à un seul résident à la fois afin de réduire le risque d'erreurs liées à l'administration d'un médicament à la mauvaise personne⁷.

- Faire participer le résident à l'administration de ses médicaments, autant que possible. Si le respect de la vie privée le permet, il est possible de faire appel aux membres de sa famille qui peuvent être présents lors de l'administration.
- Encourager les nouveaux employés du foyer à consulter les infirmières habituelles ou les préposés aux bénéficiaires (PAB) du foyer lorsqu'ils ont besoin d'aide pour identifier les résidents.
- Limiter les interruptions pendant l'administration des médicaments (p. ex. la distribution des médicaments).

THÈME : Prescription de médicaments et traitement des ordonnances

La figure 3 illustre les étapes types de la prescription de médicaments et du traitement des ordonnances dans les foyers de SLD, afin de fournir une base pour la compréhension des facteurs contributifs et des recommandations décrites ci-dessous.

L'analyse des incidents a révélé un certain nombre de vulnérabilités dans les processus et les outils de toutes ces étapes.

Prescription de médicaments

Les prescripteurs des foyers de SLD de l'Ontario utilisent une note manuscrite ou la technologie des stylos numériques intelligents, lorsqu'ils sont sur

place, et des ordonnances verbales lorsqu'ils ne sont pas physiquement présents. Certains foyers peuvent disposer d'un système de saisie informatisée des ordonnances du prescripteur (SIOP). Parmi les erreurs signalées, citons les retards dans le traitement des nouvelles ordonnances, les erreurs d'identification des résidents, les erreurs de dose, de voie d'administration et de fréquence, l'omission d'une ordonnance après un changement de médicament lors de la revue des médicaments⁸ et la prescription inappropriée de médicaments antipsychotiques⁹ ou contre-indiqués.

***Exemple d'incident :** Un médecin avait l'intention de prescrire de l'hydromorphe à un résident bien précis, mais il l'a fait par inadvertance pour un autre résident qui n'avait pas besoin de ce médicament. Le résident a reçu plusieurs doses d'hydromorphe avant qu'un membre de sa famille ne découvre l'erreur.*

Saisie des ordonnances

La saisie des ordonnances consiste en l'entrée de l'ordonnance d'un prescripteur dans le système logiciel de gestion de la pharmacie et dans le système RAME, s'il est disponible. Si les deux systèmes sont intégrés, on parlera alors d'un point unique de saisie des ordonnances. Cette étape est généralement effectuée par le personnel de la pharmacie, mais lorsque la pharmacie est fermée ou qu'un médicament est nécessaire de toute urgence, l'infirmière saisit les ordonnances via le système RAME du foyer de SLD. La pharmacie vérifie ensuite la saisie de l'ordonnance effectuée par l'infirmière.

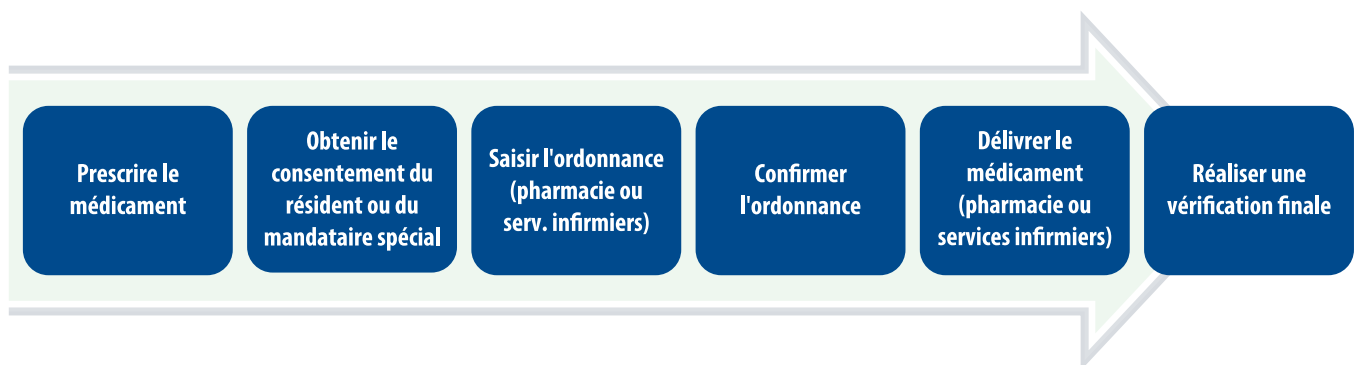


FIGURE 3. Étapes types de la prescription de médicaments et du traitement des ordonnances dans le milieu des soins de longue durée.

Parmi les exemples d'erreurs commises au cours du processus de saisie des ordonnances, on peut citer la saisie d'un médicament au besoin (p.r.n. ou pro re nata) en tant que médicament régulier, la reprise par inadvertance d'un médicament dont le prescripteur avait prescrit l'arrêt et la mise en œuvre incorrecte d'un plan de diminution progressive d'un médicament antipsychotique.

Confirmation des ordonnances de médicaments

La confirmation des ordonnances est réalisée par deux infirmières. La première infirmière vérifie l'ordonnance par rapport au RAM papier ou au RAME et atteste que l'ordonnance a été confirmée. L'ordonnance apparaît alors sur le RAME. Une autre infirmière effectue ensuite une deuxième vérification des ordonnances par rapport au RAM/RAME en temps opportun, idéalement dans les 24 heures. Dans le cas des ordonnances téléphoniques, la confirmation des ordonnances comprend une relecture par l'infirmière et une procédure permettant aux prescripteurs de contresigner les ordonnances téléphoniques lors de leur prochaine visite au foyer.

Parmi les exemples d'erreurs relevant de ce sous-thème, on peut citer la transcription inexacte d'une ordonnance, l'oubli d'une interruption d'un médicament, l'oubli d'une interruption temporaire d'un médicament dans le cadre de soins préopératoires et l'oubli ou le retard de la confirmation d'une ordonnance.

Délivrance des médicaments

La délivrance, qui se fait généralement à la pharmacie, est le processus de préparation des médicaments d'un résident en vue de leur administration.

Exemple d'incident : *La dose prescrite pour le résident visé était de 0,5 mg d'hydromorphone. L'emballage distribué contenait un comprimé d'une concentration différente, était mal étiqueté avec le nom du mauvais résident et la mauvaise dose, et contenait la mauvaise quantité.*

Les facteurs contributifs au thème du traitement des ordonnances de médicaments comprenaient le manque de sensibilisation aux exigences relatives à la confirmation des ordonnances par les services infirmiers, l'absence de système informatisé d'entrée d'ordonnances (SIEO), le manque de communication transparente et opportune concernant les nouvelles ordonnances de médicaments et l'absence de double vérification indépendante pour confirmer la saisie des ordonnances.

Recommandations pour les foyers de SLD et les organismes de réglementation

- Adopter des SIEO afin d'éliminer les ordonnances manuscrites et la transcription des ordonnances des prescripteurs dans les systèmes des pharmacies.
- Mettre en place des systèmes logiciels intégrés pour assurer une interface directe entre le fournisseur de services pharmaceutiques et le(s) foyer(s) de SLD qu'il prend en charge.
- Élaborer une politique concernant la confirmation de la saisie des ordonnances, en exigeant que deux infirmières confirment indépendamment les ordonnances en temps opportun.

Recommandations pour les équipes de soins infirmiers

- S'occuper de toutes les ordonnances en suspens nécessitant une confirmation avant l'administration des médicaments (p. ex. la distribution de médicaments) afin de s'assurer que toutes les ordonnances ont fait l'objet d'une première et d'une deuxième vérification par les services infirmiers.

Recommandations pour les fournisseurs de services pharmaceutiques

- En cas de modification de la dose d'un médicament, il convient d'inactiver ou d'interrompre l'ordonnance précédente avant de saisir la nouvelle ordonnance.
- Veiller à ce que les personnes qui saisissent les ordonnances à la pharmacie aient une formation spécialisée et de l'expérience sur les différents systèmes électroniques de RAM utilisés par les foyers de SLD qu'elles prennent en charge, notamment une bonne compréhension de la manière dont les ordonnances seront affichées dans le RAME afin d'aider les infirmières à exécuter ou à administrer avec précision les ordonnances de médicaments.
- Choisir des fournisseurs de RAME qui soient intégrés au système logiciel de gestion des pharmacies afin de réduire la nécessité d'une double saisie des ordonnances.

THÈME : Communication

Les communications portant sur les médicaments peuvent être interrompues lors des transitions de soins, des changements de quart et des interactions avec le résident ou les membres de sa famille, ce qui peut entraîner des erreurs médicamenteuses susceptibles de causer des préjudices importants. L'analyse a permis de dégager deux sous-thèmes clés en matière de communication : un bilan comparatif des médicaments incomplet et une communication insuffisante en ce qui concerne les médicaments à intervalles d'administration atypiques.

Bilan comparatif des médicaments

Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est la pierre angulaire du processus de bilan comparatif des médicaments (BCM). Lorsqu'il est réalisé avec précision, les erreurs et les lacunes de communication des ordonnances de médicaments lors des transitions vers et depuis le foyer peuvent être réduites au minimum¹⁰.

Les facteurs contributifs, en particulier pour les réadmissions en foyer après un congé de l'hôpital¹¹, comprenaient un manque d'information de la part de l'établissement de transfert sur la date des dernières doses de médicaments reçues, une mauvaise interprétation du RAM de l'hôpital ou du sommaire de congé, l'utilisation d'une seule source d'information pour créer le MSTP, le manque d'engagement du résident ou de la famille concernant les changements de médicaments ou la participation à l'entrevue du MSTP et le manque d'interopérabilité entre les DME des hôpitaux, des foyers de SLD et des fournisseurs de services pharmaceutiques.

Médicaments à intervalles d'administration atypiques

Ce sous-thème englobe le manque de processus clairs pour communiquer et documenter l'administration appropriée et le délai d'administration des médicaments comportant des schémas posologiques atypiques, tels que les timbres transdermiques (p. ex. toutes les 72 heures) et les injections (p. ex. tous les six mois). Les erreurs incluaient des doses approuvées mais non administrées¹², des doses manquées, des administrations trop fréquentes et des oublis de retrait de timbres.

Exemple d'incident : *Un résident nouvellement admis dans un foyer de SLD a reçu une dose de dénosumab tous les mois pendant trois mois (la dose recommandée est tous les six mois)¹³. Résultat : le résident a subi une grave lésion rénale et a dû être admis à l'hôpital. La date de la dose la plus récente du résident, qui avait été administrée dans la communauté moins d'un mois avant l'admission, n'a pas été obtenue au moment de l'admission au foyer de SLD, et le médicament était inexplicablement dans les stocks du foyer.*

L'un des facteurs contributifs relevés dans cet incident comprend un processus de bilan comparatif des médicaments incomplet lors de l'admission au foyer, en raison de l'absence de documentation précise de la dose précédente et de la date de la dose suivante dans le MSTP et le RAM/RAME¹⁴.

Recommandations pour les équipes soignantes et/ou les fournisseurs de services pharmaceutiques

- Utiliser un processus systématique pour obtenir le MSTP lors de l'admission ou de la réadmission dans un foyer de SLD, en utilisant plus d'une source d'information¹⁵. Inclure l'indication de l'utilisation de chaque médicament et la justification de l'arrêt ou de l'interruption de la prise de médicaments, si possible.
 - Interroger le résident/la famille si possible, en utilisant le guide d'entrevue pour le MSTP¹⁶.
- Pour les nouvelles admissions ou les transferts, obtenir et documenter la date de la dose la plus récente et le schéma posologique prévu pour chaque médicament, et vérifier ces informations auprès de la pharmacie, de l'hôpital ou du résident/de la famille. Consigner la dose la plus récente dans le RAM/RAMe afin d'aider le personnel infirmier à comprendre et à exécuter avec précision l'ordonnance de médicaments.
- Contrôler régulièrement le rapport du « registre d'administration des médicaments » afin de repérer les médicaments dont l'administration n'est pas documentée et assurer le suivi nécessaire en cas d'omission potentielle de doses de médicaments.
- Lors des changements de quart, communiquer les nouvelles ordonnances, les prochaines doses et les médicaments manquants au personnel infirmier qui arrive. Envisager d'utiliser une liste de vérification fondée sur des données probantes, un outil de transfert de dossier médical ou élaborer un outil/une liste de vérification du transfert de responsabilité (TR) pour faciliter la communication lors du changement de quart de travail¹⁷.

Recommandations pour les foyers de SLD et/ou les fournisseurs de services pharmaceutiques

- Envisager de retirer des stocks du service tout médicament destiné à être administré selon des schémas posologiques atypiques comportant de longs intervalles.

Recommandations pour les fournisseurs de systèmes de DME et/ou de systèmes logiciels pour les pharmacies

- Établir des paramètres par défaut (p. ex. mode d'emploi) dans les systèmes de saisie des ordonnances qui indiquent la fréquence recommandée pour les médicaments à intervalles d'administration atypiques (p. ex. tous les six mois).
- Réaliser le calcul automatique de la dose suivante à partir de la documentation de la dernière dose administrée et de l'espacement prévu des doses.
- Créer des alertes dans les systèmes pharmaceutiques et les RAME pour signaler les erreurs potentielles dans la saisie des ordonnances, l'administration ou la délivrance de médicaments de niveau d'alerte élevé avec des schémas posologiques atypiques¹⁸.

THÈME : Rôles des résidents et des familles

Engagement des résidents et des familles

Les résidents et les membres de leur famille jouent un rôle clé dans la détection des erreurs potentielles. Ils doivent participer au processus d'administration des médicaments et être encouragés à poser des questions¹⁹. Ils peuvent, par exemple, poser des questions s'ils ne reconnaissent pas le médicament proposé ou si le membre de leur famille présente des effets indésirables et/ou un changement soudain de son état de santé.

Exemple d'incident : Un résident a interrogé le personnel au sujet d'un verre d'eau qui lui avait été donné, car il avait un goût inhabituel. L'enquête a révélé que le verre, qui contenait de l'eau mélangée à un médicament, était destiné à un autre résident.

Recommandations pour les prescripteurs et les équipes de soins infirmiers

- Discuter des nouveaux médicaments avec le résident et/ou le mandataire spécial (MS); communiquer le nom du médicament et l'indication de son utilisation, et fournir une liste de médicaments mise à jour et des informations écrites sur demande.
- Inciter chaque résident et les membres de sa famille à devenir des partenaires actifs dans les soins prodigués au résident²⁰. Veiller à ce que chacun ait la possibilité de poser des questions et de faire part de ses préoccupations.
- Lorsque des résidents ou des membres de leur famille signalent qu'une erreur de médicament s'est produite, évaluer le résident pour déterminer s'il a subi des effets indésirables et recueillir les faits pertinents. S'il est confirmé qu'une erreur médicamenteuse s'est produite, faire preuve de transparence sur ce qui s'est passé et présenter des excuses au résident et à sa famille²¹.

CONCLUSION

La déclaration des incidents médicamenteux par le personnel et les résidents/familles est une composante essentielle de l'apprentissage et de l'amélioration de la qualité continue dans tous les foyers de SLD. La présente analyse des déclarations d'incidents médicamenteux et des incidents évités de justesse dans les foyers de SLD de l'Ontario fournit de précieux renseignements sur les risques et les vulnérabilités des systèmes de gestion des médicaments dans ce secteur.

Les recommandations sont partagées afin de guider les stratégies ciblées visant à renforcer les processus d'utilisation des médicaments liés à l'identification des résidents, au traitement des ordonnances, à la communication et à l'engagement des résidents et des familles. L'ISMP Canada continue à soutenir les foyers de SLD de l'Ontario au moyen de l'initiative *Renforcer la sécurité des médicaments en soins de longue durée* (<https://ismpcanada.ca/fr/resource/sld/>). Les particuliers et les organismes de partout au Canada peuvent également accéder aux ressources et aux outils en ligne de cette initiative.

Afin de documenter la déclaration et l'apprentissage futurs à l'échelle pancanadienne, le personnel et les résidents/familles des milieux de soins de longue durée sont invités à partager les déclarations d'incidents médicamenteux avec l'ISMP Canada.

REMERCIEMENTS

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

Shirley Drever, RPh, B.Sc. (phm), EAD, Spécialiste clinique de la sécurité des médicaments, Sienna Senior Living, Markham, Ont.; Tammi Hall, IA, B. Sc. inf., M.D., infirmière-ressource, Mill Creek Care Centre LTC, Barrie, Ont.; Alexis Lamsen, IA, M. Sc. inf., C.I.G.®, IIWCC CAN, responsable de la pratique clinique, région de Niagara, Niagara, Ont.; Andrea L. Moser, M.D., M. Sc., CCMF, FCMF (CE); Fereidoun Narimani, IA, B. Sc. inf., M. Sc. inf.; Anisa Shivji, RPh, M. Sc., gestionnaire nationale de l'excellence des politiques et des services cliniques, CareRx; Kimindra Tiwana, B.Sc. (phm), directrice des services consultatifs cliniques, PointClickCare.

RÉFÉRENCES

1. Gillese, E. E., commissaire. La Commission d'enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée. Woodstock (Ont.) : L'Enquête publique sur les Foyers de soins de longue durée; 31 juillet 2019 [référence consultée le 10 juin 2024]. Disponible à l'adresse : <https://longtermcareinquiry.ca/fr/>
2. Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents, Edmonton (Alb.) : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2012 [consultée le 11 janv 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.healthcareexcellence.ca/media/uaidbzkl/canadian-incident-analysis-framework-fr-final-ua.pdf>
3. *NSIR Medication Incident Data Collection Form* [Formulaire de collecte de données du SNDAI sur les incidents médicamenteux - TRADUCTION], Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2012 [consultée le 29 août 2024]. Disponible [en anglais seulement] à l'adresse : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nsir_data_collect_form_en.pdf
4. Définitions, Toronto (Ont.) : ISMP Canada; [consultée le 29 août 2024]. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/fr/ressource/definitions/>
5. Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments^{MD} pour les soins de longue durée. Version III canadienne, Toronto (Ont.) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2024 [consultée le 10 juillet 2024].
6. Promouvoir une culture juste en soins de longue durée. Toronto (Ont.) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2022 [consultée le 23 sept 2024]. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/Promouvoir-une-culture-juste.pdf>
7. Le préversement des médicaments : Une approche risquée, Bulletin de l'ISMP Canada, 2023 [consultée le 10 juillet 2024]; 23(12) : p. 1 à 3. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/fr/bulletin/le-preversement-des-medicaments-une-approche-risque/>
8. Faiblesses du processus de révision trimestrielle de la médication, Alerte de sécurité des médicaments, 2023 [consultée le 10 juillet 2024]; 1(2) : 1 page. Disponible à l'adresse : <https://ismpcandev.wpengine.com/wp-content/uploads/ONSafetySignal2023-Vol2-1-Quarterly-Med-Reviews-FR.pdf>
9. *The appropriate use of antipsychotic handbook*, Toronto (Ont.) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. Publication en attente.
10. Fernandes, O. A., M. Baker, A. Watt, M. Rocchi et L. M. McCarthy, *Optimizing medication safety for patients at transitions of care*, In : Babar ZUD, éditeur, *Encyclopedia of evidence in pharmaceutical public health and health services research in pharmacy*, Cham (CH) : Springer, Cham; 2023 [consultée le 24 sept 2024], p. 977 à 1004. Disponible [en anglais seulement] à l'adresse : https://doi.org/10.1007/978-3-030-64477-2_123
11. Erreurs associées aux prescriptions lors du congé de l'hôpital : une analyse multi-incidents, Bulletin de l'ISMP Canada, 2017 [consultée le 10 juin 2024]; 17(1) : p. 1 à 5. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/BISMP2017-01-PrescriptionsCongeHopital.pdf>
12. Manque de méthotrexate, Alerte de sécurité des médicaments, 2023 [consultée le 10 juin 2024]; 2(4) : 1 page. Disponible à l'adresse : <https://ismpcandev.wpengine.com/wp-content/uploads/ONSafetySignal2023-Vol2-4-Methotrexate-FR.pdf>
13. Prolia [monographie de produit]. Mississauga (Ont.) : Amgen Canada inc.; 6 août 2010 [mise à jour le 24 nov 2023; consultée le 24 juin 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.amgen.ca/-/media/Themes/CorporateAffairs/amgen-ca/amgen-ca/documents/products/fr/prolia_pm.pdf
14. Suivez rigoureusement l'administration de vos doses de médicaments contre l'ostéoporose, Bulletin de l'ISMP Canada, 2023 [consultée le 10 juillet 2024]; 23(12) : p. 5. Disponible à l'adresse : <https://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/202303BulletinV14N03-osteoporosis.pdf>
15. *How to obtain a BPMH in Long Term Care*, Toronto (Ont.) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; [consultée le 29 août 2024]. Disponible [en anglais seulement] à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/2021/11/Sources-of-Info-BPMH-LTC-1.pdf>
16. Guide d'entrevue pour le meilleur schéma thérapeutique possible, Toronto (Ont.) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2024 [consultée le 10 juin 2024]. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/bpmhinterviewguide/>
17. *Care transitions: transfer of accountability*, Toronto (Ont.) : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario; [consultée le 29 août 2024]. Disponible [en anglais seulement] à l'adresse : <https://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/ask-practice/care-transitions-transfer-of-accountability/>

18. Liste canadienne des médicaments de niveau d'alerte élevé, Toronto (Ont.) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2024 [consultée le 10 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/fr/ressource/listeniveaualerteeleve/>
19. Des espaces sûrs pour assurer la sécurité psychologique des patients, Bulletin de l'ISMP Canada, 2024 [consultée le 10 juillet 2024]; 24(3) : p. 1 à 4. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/fr/bulletin/des-espaces-surs-pour-assurer-la-securite-psychologique-des-patients/>
20. Engagement des résidents et des familles, Toronto (Ont.) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; [consultée le 24 juin 2024]. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/Toolkit-LTC-Resident-Family-FR.pdf>
21. Lorsqu'une erreur de médicament survient, Toronto (Ont.) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; [consultée le 24 juin 2024]. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/A-quoi-s-attendre.pdf>



Le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM) est un regroupement pancanadien de Santé Canada, en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada) et Excellence en santé Canada (ESC). Le SCDPIM a pour but de réduire et de prévenir les incidents médicamenteux indésirables au Canada.

Le soutien financier a été fourni par Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.



L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada est un organisme national indépendant à but non lucratif engagé à la promotion de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans tous les secteurs de la santé. Les mandats de l'ISMP Canada sont les suivants : recueillir et analyser les déclarations d'incidents/accidents liés à l'utilisation des médicaments, formuler des recommandations pour prévenir les accidents liés à la médication et porter assistance dans le cadre des stratégies d'amélioration de la qualité.

Pour déclarer les accidents liés à la médication

(incluant les évités de justesse)

En ligne : www.ismpcanada.ca/fr/declaration/

Téléphone : 1-866-544-7672

ISMP Canada s'efforce d'assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements reçus et respectera la volonté du déclarant quant au niveau de détail à inclure dans ses publications. Les bulletins de l'ISMP Canada contribuent aux alertes mondiales sur la sécurité des patients.

Inscrivez-vous

Pour recevoir gratuitement le Bulletin "Bulletin de l'ISMP Canada", inscrivez-vous à l'adresse :

www.ismpcanada.ca/fr/safety-bulletins/#footer

Ce bulletin partage des informations sur les pratiques de médication sécuritaires, est non commerciale, et est par conséquent exempté de la législation anti-pourriel canadienne.

Contactez-nous

Adresse courriel : cmirps@ismpcanada.ca

Téléphone : 1-866-544-7672

©2024 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.