

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 26 • Numéro 7 • Le 21 juillet 2026

Réadmissions à l'hôpital à cause d'incidents liés aux médicaments lors des transitions de soins

STRATÉGIES IMPORTANTES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ

Planification de la sortie

- Réévaluer la pertinence du traitement médicamenteux, notamment la capacité du patient à poursuivre son traitement à domicile (p. ex., accès aux médicaments, surveillance biologique).
- Intégrer des sections ou des mentions relatives à l'arrêt, au démarrage et à la modification des traitements sur les ordonnances et les résumés de sortie.



Traitement des ordonnances de sortie

- Mettre à jour le dossier du patient auprès de sa pharmacie afin de refléter les modifications apportées à ses médicaments lors de la sortie d'hôpital.
- Mettre en place une double vérification indépendante des médicaments remis au patient par rapport aux ordonnances de sortie.



Mise en œuvre du plan de sortie

- Demander aux patients ou à leurs soignants de montrer comment utiliser correctement chaque nouveau médicament afin de s'assurer qu'ils comprennent bien la marche à suivre à domicile.



Les réadmissions à l'hôpital, définies comme des réhospitalisations d'urgence dans les 30 jours suivant la sortie, ont coûté au système de santé canadien environ 2,9 milliards de dollars en 2023¹. En plus du coût financier, un retour à l'hôpital peut affecter l'état de santé général du patient et sa confiance à l'égard du système de santé. Le présent bulletin fait état des conclusions d'une analyse des incidents liés aux médicaments ayant entraîné un retour urgent à l'hôpital (y compris les réadmissions à l'hôpital et les visites aux urgences). Des recommandations visant à optimiser la sécurité lors de la transition de soins (entre l'hôpital, la pharmacie et le domicile du patient) sont présentées afin de réduire au minimum les retours à l'hôpital à la suite d'un incident lié aux médicaments.

CONTEXTE

L'Organisation mondiale de la Santé estime que la sécurité des médicaments lors des transitions de soins, ce qui comprend notamment la sortie de l'hôpital, doit être une priorité absolue pour réduire les préjudices liés aux médicaments². Selon une étude réalisée au Canada, 44 % des patients n'ont pas respecté au moins un changement dans les médicaments prescrits à leur sortie d'hôpital; ces patients présentaient un risque plus élevé d'effets indésirables (notamment des réadmissions à l'hôpital et des visites aux urgences) au cours des 30 jours suivant leur sortie, par rapport aux patients qui avaient respecté toutes les modifications apportées à leurs médicaments³.

MÉTHODOLOGIE

Les incidents liés aux médicaments ayant entraîné un retour urgent à l'hôpital (c'est-à-dire une réadmission à l'hôpital ou une consultation aux urgences), signalés au cours de la période de dix ans comprise entre décembre 2015 et novembre 2025, proviennent du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM)[†]. Les termes de recherche comprenaient : « réadm* » (pour recenser les termes « réadmettre » et « réadmission »), « retour à l'hôpital » et « retour aux urgences ». Les incidents ont été exclus lorsque la cause du retour à l'hôpital n'était pas claire. L'analyse a été réalisée selon la méthodologie d'analyse multi-incidents énoncée dans le Cadre canadien d'analyse des incidents[‡].

CONCLUSIONS QUANTITATIVES

Sur les 266 incidents retenus aux fins de l'examen, 64 répondaient aux critères d'inclusion pour l'analyse[‡]. La plupart des incidents déclarés ont entraîné un préjudice (figure 1). Le type d'incident le plus fréquemment signalé était l'omission d'une dose ou d'un médicament (figure 2).

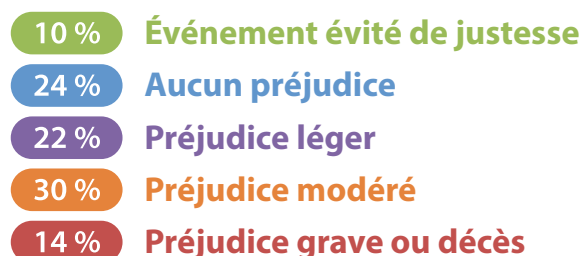


FIGURE 1. Niveaux de préjudice signalés pour les incidents ayant entraîné un retour urgent à l'hôpital.

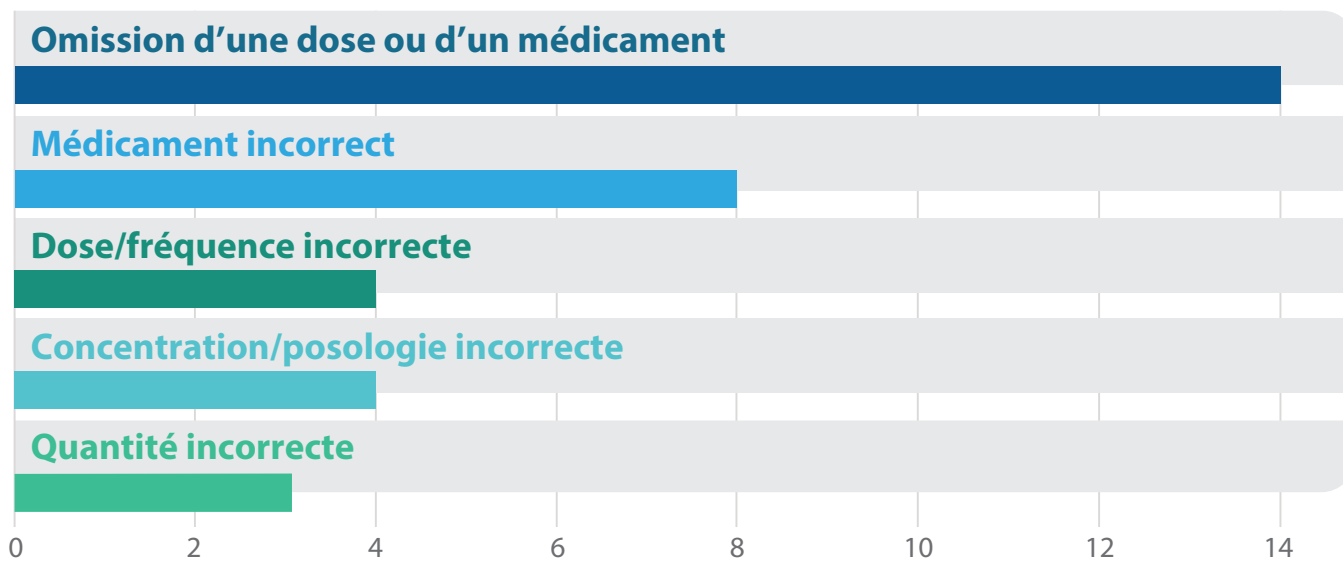


FIGURE 2. Les cinq principaux types d'incidents ayant entraîné un retour urgent à l'hôpital.

[†] Le SCDPIM comprend le système de déclaration destiné aux consommateurs, la base de données du programme de déclaration des incidents pour les professionnels de la santé, le Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires (RDNIPC) et le Système national de déclaration des incidents (SNDI). Au moment de réaliser la présente analyse, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) assurait la gestion et l'exploitation du SNDI. Les données du SNDI ont été fournies par l'ICIS; cependant, 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 à partir de systèmes de déclaration volontaire.

CONCLUSIONS QUANTITATIVES

L'analyse qualitative des incidents liés aux médicaments ayant entraîné un retour d'urgence à l'hôpital a permis de dégager trois thèmes principaux et leurs sous-thèmes correspondants (figure 3).



FIGURE 3. Thèmes et sous-thèmes dégagés lors de l'analyse qualitative des incidents ayant entraîné un retour urgent à l'hôpital.

THÈME : Planification de la sortie



Ce thème regroupe les incidents survenus à l'hôpital et liés à la planification et aux procédures de sortie.

SOUS-THÈME : Réévaluation du patient avant sa sortie de l'hôpital

Une réévaluation insuffisante du patient pour déterminer la pertinence de son traitement médicamenteux au moment de sa sortie (p. ex., pour évaluer la nécessité d'éventuels ajustements posologiques) a contribué à l'obtention de mauvais résultats thérapeutiques, nécessitant une réadmission à l'hôpital.



Exemple d'incident :



Un patient a reçu 400 mg d'amiodarone trois fois par jour pendant son hospitalisation et a quitté l'hôpital avec le même traitement. Il a été réadmis à l'hôpital quelques semaines plus tard, après avoir présenté des effets indésirables. Le médecin s'est rendu compte qu'il aurait dû prescrire une dose réduite (diminuant progressivement jusqu'à 200 mg une fois par jour) lors de la sortie du patient de l'hôpital.

SOUS-THÈME : Bilan comparatif des médicaments à la sortie de l'hôpital

En raison de lacunes dans le bilan comparatif des médicaments à la sortie, des erreurs sont passées inaperçues dans les ordonnances de sortie et les résumés de sortie.



Exemple d'incident :



Un patient a été hospitalisé pour des problèmes cardiaques, et plusieurs traitements ont été modifiés afin de répondre à ses besoins thérapeutiques. L'ordonnance de sortie ne précisait pas qu'il fallait arrêter la

prise de deux anciens médicaments contre l'hypertension. Par conséquent, le patient a continué à prendre ses anciens médicaments à domicile, en plus des nouveaux médicaments prescrits pour le traitement de son hypertension. Le patient a été réadmis à l'hôpital pour une hypotension sévère.

THÈME : **Traitement des ordonnances de sortie**



Ce thème regroupe les incidents survenus à la pharmacie du patient et liés aux processus de distribution des médicaments.

SOUS-THÈME : **Examen approfondi par les équipes pharmaceutiques communautaires des renseignements fournis à la sortie de l'hôpital**

Les incidents qui font partie de ce sous-thème sont attribuables au fait qu'il est difficile de déterminer les renseignements qui sont essentiels dans les ordonnances de sortie et/ou les résumés de sortie comportant plusieurs pages. Le type d'incident le plus fréquemment signalé était l'omission d'une dose ou d'un médicament.



Exemple d'incident :



Une infirmière de l'hôpital a appelé la pharmacie d'un patient pour se renseigner sur deux médicaments prescrits, mais non distribués lors de la précédente sortie du patient de l'hôpital. Après vérification, la pharmacie a trouvé deux ordonnances manuscrites sur une feuille parmi les documents de sortie du patient. Ces ordonnances n'avaient pas été exécutées. Cette omission a contribué à l'aggravation des symptômes du patient et à sa réadmission à l'hôpital.

THÈME : **Mise en œuvre du plan de sortie**



Ce thème regroupe des incidents survenus à domicile, soulignant l'importance de mobiliser les

patients et leurs soignants et de leur donner les moyens d'agir en les renseignant sur la façon de bien suivre le plan de sortie.

SOUS-THÈME : **Renseignements fournis au patient lors de sa sortie de l'hôpital**

Parce qu'ils n'ont pas été mobilisés ou renseignés à l'hôpital et/ou à la pharmacie, ou du moins pas suffisamment, des patients ont mal compris comment suivre et surveiller leur traitement médicamenteux.



Exemple d'incident :



Un patient qui venait de recevoir un diagnostic de diabète de type 1 a été réadmis à l'hôpital pour une acidose métabolique sévère. Le patient utilisait son stylo injecteur d'insuline sans retirer le capuchon de l'aiguille; par conséquent, aucune insuline n'avait été administrée.

SOUS-THÈME : **Accessibilité aux médicaments après la sortie de l'hôpital**

Le coût des médicaments et/ou le fait qu'ils ne soient pas couverts peuvent empêcher des patients de suivre le plan de traitement établi au moment de leur sortie de l'hôpital.



Exemple d'incident :



On a prescrit à un patient à l'hôpital un médicament antifongique coûteux, qu'il devait prendre pendant un an. Après sa sortie de l'hôpital, le patient n'a pas fait remplir son ordonnance, car il n'avait pas d'assurance-médicaments. Lors de sa réadmission à l'hôpital pour la poursuite du traitement de son affection, l'équipe de soins s'est mobilisée pour lui garantir l'accès à ce médicament pendant toute la durée du traitement.

RECOMMANDATIONS

Équipes de l'hôpital (au moment de la sortie)

- Réévaluer la pertinence du traitement médicamenteux du patient avant sa sortie^{5,6}.
 - Effectuer un bilan comparatif des médicaments à la sortie (en s'appuyant sur le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) établi lors de l'admission)^{5,6,7} afin de dresser une liste à jour des médicaments.
 - Évaluer la capacité du patient à poursuivre son traitement médicamenteux dans sa collectivité (p. ex. : disponibilité des médicaments, capacité à respecter le traitement médicamenteux, accès aux contrôles biologiques, utilisation de dispositifs d'administration des médicaments, et abordabilité/couverture des médicaments)⁶.
- Appeler la pharmacie du patient afin de clarifier de manière proactive les traitements médicamenteux complexes et de répondre à toutes les questions⁶.
- Communiquer (verbalement et par écrit) les changements apportés aux médicaments et les rendez-vous de suivi aux membres de l'entourage du patient, notamment le patient et/ou le soignant⁸.
- S'assurer que le patient et/ou le soignant ont bien compris les médicaments prescrits à l'aide d'une méthode de confirmation par le patient^{8,9}.
- Passer en revue les modèles de documents de sortie afin de déterminer des façons de les améliorer.
 - Numérotter les pages des ordonnances de sortie et des résumés de sortie afin de réduire au minimum le risque d'omissions (p. ex., « 1 sur 4 » ou « Page 3 de 5 »).
 - Intégrer des sections ou des mentions concernant le début, l'arrêt et la modification des traitements sur les ordonnances de sortie et/ou les résumés de sortie afin de faciliter le bilan comparatif des médicaments dans le prochain milieu de soins⁶.
 - Indiquer sur les ordonnances de sortie les coordonnées du pharmacien de l'hôpital ou de l'unité de soins afin de faciliter la communication avec la pharmacie du patient (ou toute autre équipe de soins d'accueil) si des précisions sont nécessaires.

- Inclure des indications à l'intention des fournisseurs de soins si des codes de couverture des médicaments sont exigés pour les listes provinciales de médicaments.

Équipes pharmaceutiques communautaires

- Examiner et mettre à jour le dossier du patient afin de tenir compte des modifications apportées au traitement médicamenteux lors de sa sortie de l'hôpital, notamment la désactivation des médicaments ou des posologies qui ne sont plus prescrits, ainsi qu'une vérification clinique des substitutions thérapeutiques qui auraient pu être effectuées en raison des restrictions imposées par la liste des médicaments de l'hôpital^{5,10}.
- Mettre en place une double vérification indépendante des médicaments remis au patient par rapport aux ordonnances de sortie¹¹.
- Utiliser les dossiers médicaux électroniques provinciaux, s'ils sont disponibles, pour clarifier les ordonnances ambiguës.
- Communiquer avec un membre de l'équipe de l'hôpital (p. ex., un pharmacien de l'hôpital) pour corriger des divergences ou clarifier des ordonnances ambiguës.
- Demander aux patients ou à leurs soignants de montrer comment utiliser correctement chaque nouveau médicament (méthode de confirmation par le patient) afin de s'assurer qu'ils ont bien compris⁹.
- Encourager le patient à rapporter à la pharmacie les médicaments qu'il ne prend plus afin qu'ils soient éliminés en toute sécurité.

Équipes de l'hôpital (lors d'une réadmission)

- Envisager la possibilité qu'un incident médicamenteux ou un effet indésirable dans le diagnostic différentiel soit une cause potentielle du retour du patient à l'hôpital¹².
 - Communiquer tout incident lié aux médicaments à l'intérieur du cercle de soins du patient afin de faciliter la discussion, l'apprentissage et l'amélioration de la qualité.
 - Signaler tout incident lié aux médicaments à l'interne et/ou à l'externe afin de favoriser l'apprentissage.

CONCLUSION

La présente analyse des incidents liés aux médicaments ayant entraîné un retour urgent à l'hôpital a permis de recenser plusieurs possibilités d'amélioration concernant les transitions de soins tout au long du continuum de soins. Une communication précise des renseignements sur les médicaments à l'intérieur du cercle de soins et entre les différents milieux de soins (notamment l'hôpital, la pharmacie des patients et leur domicile) optimise les résultats pour les patients et réduit le risque de réadmission à l'hôpital en raison d'un incident lié aux médicaments.

REMERCIEMENTS

L'ISMP Canada aimerait sincèrement remercier les patients/soignants, les fournisseurs de soins de santé, les pharmacies, les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les autres organismes de santé qui ont signalé des incidents liés aux médicaments à des fins d'analyse et d'apprentissage. Nous sommes également reconnaissants envers les personnes suivantes (en ordre alphabétique) pour leur revue experte de ce bulletin :

D^r Angel Bhathal, pharmacienne inscrite, B. Sc. (Pharm), Pharm. D., agente de liaison, Affaires professionnelles et partenariats, Société canadienne de pharmacie dans les réseaux de la santé, Ottawa (Ontario); Colleen Cameron, pharmacienne inscrite, Pharm. D., pharmacienne, Waterloo Regional Health Network (Ontario); Eileen Chang, Patients pour la sécurité des patients du Canada (Ontario); Adewumi Emeziem, pharmacienne inscrite, B. Sc. (Pharm), pharmacienne clinicienne et prescriptrice indépendante (Royaume-Uni), Halifax (Nouvelle-Écosse); Olavo Fernandes, pharmacien inscrit, B. Sc. Pharm, ACPR, Pharm. D., FCSHP, directeur de la pharmacie – Clinique et opérations, Réseau universitaire de santé, professeur adjoint (statut), Faculté de pharmacie Leslie Dan, Université de Toronto, clinicien-chercheur, Toronto General Hospital Research Institute; Jane de Lemos, Pharm. D., M. Sc. (Epid), pharmacienne en pharmacoeconomie, service provincial de pharmacie, BC Cancer, anciennement spécialiste en pharmacie clinique, service des urgences, Richmond Hospital (Colombie-Britannique); Anne Roberge, doctorante en pharmacie (stage à la SCPRS), Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario); Mattie-Rose Toteda, B. Sc. Inf., infirmière autorisée.

RÉFÉRENCES

1. Toutes les réadmissions à l'hôpital, Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé; 2023 [consulté le 8 mai 2026]. Accessible à l'endroit suivant : <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/toutes-les-readmissions-a-lhopital>
2. Medication safety in transitions of care – technical report, Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2019 [consulté le 2 juin 2026]. Accessible à l'endroit suivant : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9>
3. Weir, D.L., Motulsky, A., Abrahamowicz, M., Lee, T.C., Morgan, S., Buckeridge, D.L., Tamblyn, R., Failure to follow medication changes made at hospital discharge is associated with adverse events in 30 days, Health Serv Res., août 2020; 55(4) : p. 512-523.
4. Partenaires collaborant à l'analyse des incidents, Cadre canadien d'analyse des incidents, Edmonton (Alberta) : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2012 [consulté le 5 mai 2026]. Accessible à l'endroit suivant : <https://www.healthcareexcellence.ca/media/gilnw3uy/canadian-incident-analysis-framework-final-ua.pdf>
5. Décès en lien avec une réévaluation inadéquate de la prophylaxie de la thromboembolie veineuse au moment et après le congé de l'hôpital, Bulletin de l'ISMP Canada, 2015 [consulté le 11 mai 2026]; 15(6) : p. 1-4. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/fr/bulletin/deces-en-lien-avec-une-reevaluation-inadequate-de-la-prophylaxie-de-la-thromboembolie-veineuse-au-moment-et-apres-le-conge-de-lhopital/>
6. Analyse par agrégat des incidents et accidents liés à la médication dans les soins à domicile, Bulletin de l'ISMP Canada, 2014 [consulté le 8 mai 2026]; 14(8) : p. 1-4. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/fr/bulletin/analyse-par-agregat-des-incidents-et-accidents-lies-a-la-medication-dans-les-soins-a-domicile/>
7. Fernandes, O., Toombs, K., Pereira, T., Lyder, C., Bjelajac Mejia, A., Shalansky, S., Al-Sukhni, M., Gerges, S., Sohal, S., Gorman, S., Canadian consensus on clinical pharmacy key performance indicators: quick reference guide. Ottawa (Ontario) : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2015.

8. Erreurs associées aux prescriptions lors du congé de l'hôpital : une analyse multi-incidents, Bulletin de l'ISMP Canada, 2017 [consulté le 12 mai 2026]; 17(12) : p. 1-5. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/fr/bulletin/erreurs-associees-aux-prescriptions-lors-du-conge-de-lhopital-une-analyse-multi-incidents/>
9. Health literacy universal precautions toolkit, 3^e édition, Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality; septembre 2020 [consulté le 26 avril 2023]. Accessible à l'endroit suivant : <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5.html>
10. Concilier sécurité et efficacité en pharmacie communautaire, Bulletin de l'ISMP Canada, 2021 [consulté le 12 mai 2026]; 21(7) : p. 7-4. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/2022/01/BISMP2021-n7-securite-efficacite.pdf>
11. Analyse multi-incidents de rapports concernant la prednisone ou la prednisolone, Bulletin de l'ISMP Canada, 2026 [consulté le 12 mai 2026]; 26(12) : p. 1-6. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/fr/bulletin/prednisone-prednisolone/>
12. Hohl, C.M., Zed, P.J., Brubacher, J.R., Abu-Laban, R.B., Loewen, P.S., Purssell, R.A., Do emergency physicians attribute drug-related emergency department visits to medication-related problems?, Ann Emerg Med., juin 2010; 55(6): p. 493-502.e4.



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

©2026 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.