

Liste canadienne des  
**médicaments**  
**de niveau**  
**d'alerte élevé**



**Guide de l'utilisateur**

**Édition 2024**



## Liste canadienne des médicaments de niveau d'alerte élevé

### Guide de l'utilisateur, édition 2024

L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada) est un organisme national indépendant à but non lucratif voué à la promotion de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans tous les secteurs de la santé.

Le mandat de l'ISMP Canada comprend : recueillir et analyser les déclarations d'incidents et d'échappées belles liés à l'utilisation des médicaments, en cerner les causes et les facteurs contributifs et formuler des recommandations afin de prévenir les incidents préjudiciables.



### Mention légale

Nous avons pris un soin méticuleux à assurer l'exactitude des éléments d'information fournis dans ce rapport. Cependant, toute personne souhaitant mettre en pratique ou consulter ce rapport doit le faire avec discernement pour tenir compte du contexte circonstanciel qui lui est propre. L'ISMP Canada ne fait aucune déclaration ni aucune garantie que ce soit relativement à l'utilisation ou à la mise en œuvre du contenu du rapport.

Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada

4711 Yonge Street Suite 706

Toronto ON M2N 6K8

Téléphone : 416 733-3131 ou numéro sans frais 1 866 544-7672

Télécopieur : 416 733-1146

[www.ismpcanada.ca](http://www.ismpcanada.ca)

[info@ismpcanada.ca](mailto:info@ismpcanada.ca)

*Un partenaire clé du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux*

# Guide de l'utilisateur - Liste canadienne des médicaments de niveau d'alerte élevé

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Introduction.....  | 4  |
| Section 1 – Établir et mettre en œuvre une liste locale des médicaments de niveau d'alerte élevé ..... | 4  |
| 1.1 Utilisation de la Liste canadienne des médicaments de niveau d'alerte élevé.....                   | 4  |
| 1.2 Établissement d'une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé spécifique à l'organisation.    | 6  |
| 1.3 Mise en œuvre de la liste organisationnelle spécifique et les mesures de précaution associées...   | 8  |
| Section 2 – Stratégies de sécurité.....  | 11 |
| 2.1 Contexte .....   | 11 |
| 2.2 Facteurs contributifs des erreurs médicamenteuses .....  | 11 |
| 2.3 Remparts des systèmes de médication.....   | 13 |
| 2.4 Stratégies de sécurité efficaces et multicouches.....  | 18 |
| Conclusion.....  | 19 |
| Ressources.....  | 20 |
| Références.....  | 21 |

## Introduction

Les médicaments de niveau d’alerte élevé sont les médicaments qui présentent un risque accru de causer des préjudices importants lorsqu’ils sont utilisés par erreur.<sup>1</sup> Ils ne sont pas nécessairement plus susceptibles d’être impliqués dans une erreur ou un incident, mais lorsqu’ils le sont, les conséquences sont généralement plus graves que dans le cas des médicaments qui n’entrent pas dans cette catégorie de risque.

Cette liste de médicaments de niveau d’alerte élevé vous aidera à déterminer les médicaments qui nécessitent des précautions particulières pour réduire les risques d’erreur et les préjudices aux patients. Compte tenu de la variété des secteurs et des milieux de soins, des différents types de médicaments utilisés et de la diversité de la patientèle, il est recommandé que chaque organisation adapte la liste à son contexte particulier.

**La Liste canadienne des médicaments de niveau d’alerte élevé peut être mise en œuvre dans tous les secteurs de la santé.**

**Il est recommandé que chaque organisation adapte la liste à son contexte particulier.**

## Section 1 – Établir et mettre en œuvre une liste locale des médicaments de niveau d’alerte élevé

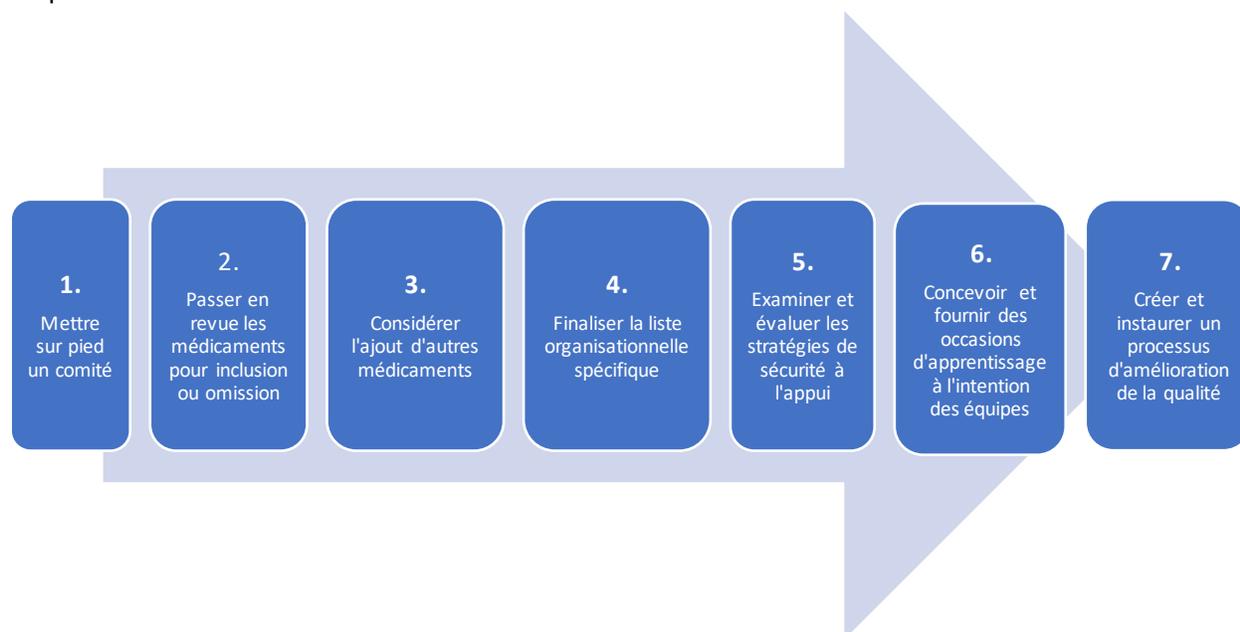
### 1.1 Utilisation de la Liste canadienne des médicaments de niveau d’alerte élevé

La Liste canadienne des médicaments de niveau d’alerte élevé a été élaborée dans le but d’aider les organisations de soins de santé à dresser leur propre liste de médicaments à haut risque, à partir d’une revue et/ou d’une évaluation des risques que comportent les médicaments qu’elles utilisent et en

fonction des populations qu'elles desservent. La Liste canadienne n'a pas été conçue pour que les organisations l'adoptent telle quelle en faisant abstraction de leur spécificité.

La démarche d'élaboration d'une liste spécifique à l'organisation repose sur la prise en compte des données probantes obtenues des rapports d'incidents recueillis localement, des comités de sécurité locaux, de la rétroaction du personnel de même que des acquis de connaissances des organismes voués à l'utilisation sécuritaire des médicaments. Après ce rigoureux exercice de réflexion, il se peut que certains médicaments de la liste canadienne ne s'avèrent pas pertinents aux fins d'inclusion dans la liste organisationnelle locale. Au vu des fragilités potentielles identifiées lors de leur évaluation des risques, les organisations peuvent cibler les médicaments qui doivent figurer sur leur propre liste de médicaments de niveau d'alerte élevé. Dans ce dernier scénario, les organisations qui ajoutent à leur liste spécifique des médicaments ou des catégories de médicaments qui n'apparaissent pas dans la Liste canadienne de médicaments de niveau d'alerte élevé sont priées d'en informer l'ISMP Canada aux fins d'information pour les révisions futures et l'amélioration continue.

Les 7 étapes que décrit l'illustration 1 peuvent s'avérer utiles pour dresser et mettre en œuvre une liste organisationnelle spécifique des médicaments de niveau d'alerte élevé, tel que le décrivent plus amplement les sections 1.2 et 1.3.



**ILLUSTRATION 1.** Processus-cadre de l'utilisation de la Liste canadienne des médicaments de niveau d'alerte élevé.

## 1.2 Établissement d'une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé spécifique à l'organisation

**Étape 1 : Constituer un comité multidisciplinaire/interprofessionnel, auquel siègent entre autres des représentants des patients et des fournisseurs de soins, dans le but de dresser la liste de médicaments de niveau d'alerte élevé spécifique à l'organisation.**

- Affectez des ressources et du personnel à la création de la liste organisationnelle spécifique initiale et prévoyez l'apport continu de ressources pour surveiller et soutenir les pratiques de sécurité.
- Veillez à ce que soient représentés les groupes suivants (toutefois sans s'y limiter) : médecins et autres prescripteurs; personnel infirmier; pharmaciens; autres cliniciens pouvant utiliser les médicaments à haut risque; gestionnaires cliniques; patients et représentants des patients; personnel-cadre; experts en matière de qualité, de gestion du risque et/ou de sécurité.
- Désignez à la présidence du comité une personne qui s'y connaît en matière de médicaments et de sécurité des patients et qui a l'autorité décisionnelle pour diriger l'élaboration de la liste spécifique des médicaments à haut risque de l'organisation.
- Lors de chacune des séances du comité, pensez à présenter une histoire de patient ou un rapport d'incident lié à un médicament de niveau d'alerte élevé pour situer les soins aux patients dans l'axe de discussion.

**Étape 2 : Examiner et évaluer chaque catégorie de médicaments, chaque médicament utilisé dans des circonstances particulières et chaque médicament particulier de la Liste canadienne des médicaments de niveau d'alerte élevé pour inclusion dans la liste de l'organisation.**

- Passez en revue chaque médicament et catégorie de médicaments de la Liste canadienne des médicaments de niveau d'alerte élevé de l'ISMP Canada et déterminez lequel médicament ou laquelle catégorie de médicaments est, ou pourrait éventuellement être en usage au sein de votre établissement ou de votre organisation. Si un médicament n'est pas utilisé au sein de votre organisation ou n'est pas pertinent à son contexte de soins, il n'est pas nécessaire de l'inclure dans votre liste organisationnelle spécifique. Voici quelques exemples de ce qui précède :
  - Une pharmacie communautaire ne tient pas ou ne distribue pas d'ocytocine. Par conséquent, l'ocytocine pourrait être omise de la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé de la pharmacie.
  - Bien que le centre de soins de longue durée n'administre pas de traitement de chimiothérapie anticancer, son comité local juge qu'il pourrait se présenter des cas où l'utilisation de certains agents antinéoplasiques serait requise au sein de l'établissement. Par conséquent, le comité décide de conserver la chimiothérapie

anticancer et les agents antinéoplasiques sur sa liste organisationnelle des médicaments de niveau d'alerte élevé.

- Assurez-vous que toute omission de médicament sur la liste organisationnelle spécifique fait l'objet d'un large consensus parmi les membres du comité et que les raisons justifiant cette omission sont documentées.

### **Étape 3 : Considérer l'ajout d'autres médicaments s'avérant à haut risque selon les données recueillies localement.**

- Identifiez les médicaments qu'il serait avisé d'inclure sur votre liste organisationnelle spécifique, mais qui ne figurent pas sur la Liste canadienne des médicaments de niveau d'alerte élevé de l'ISMP Canada.
- Consultez les statistiques et la documentation relatives à l'organisation tels que les rapports sur la sécurité, les rapports d'analyse des incidents, les données d'utilisation de pharmacie, les listes antérieures de médicaments de niveau d'alerte élevé, les rapports de gestion des risques, les politiques et les procédures traitant des médicaments à haut risque, les rapports sur les plaintes, la rétroaction des patients et des proches-aidants, la rétroaction du personnel de première ligne, les résultats des visites d'agrément et toute autre information utile permettant au comité de dresser la liste organisationnelle spécifique.
  - Relevez les médicaments ou catégories de médicaments qui semblent associés à des préjudices de façon disproportionnée compte tenu de l'environnement et des modèles de pratique de l'organisation, et compte tenu des effets physiologiques connus liés au médicament. Voici quelques exemples de ce qui précède :
    - Plusieurs incidents préjudiciables impliquant des aminosides sont survenus dans l'hôpital, de sorte que celui-ci décide d'inclure les aminosides sur sa liste des médicaments de niveau d'alerte élevé.
    - Après avoir examiné ses propres données d'incidents, un établissement de soins de longue durée découvre que plusieurs erreurs liées à un mauvais dosage de digoxine sont survenues, causant des préjudices aux résidents; par conséquent, le comité décide d'inclure ce médicament sur sa liste des médicaments de niveau d'alerte élevé.
    - En raison de plusieurs graves erreurs de sélection de produits et de l'inquiétude exprimée par le personnel de pharmacie, un établissement de soins aigus ajoute les médicaments à la fois sous forme classique et liposomale (par ex. amphotéricine B) à sa liste de médicaments de niveau d'alerte élevé.
- Envisagez de consulter des ressources externes (par ex., des autorités de réglementation) qui fournissent des données probantes ou relayent des informations partagées sur d'autres médicaments de niveau d'alerte élevé.

- Assurez-vous que tout ajout de médicament sur la liste organisationnelle spécifique fait l'objet d'un large consensus parmi les membres du comité et que les raisons justifiant cette inclusion sont documentées.

#### **Étape 4 : Finaliser la liste organisationnelle spécifique**

- Finalisez la liste organisationnelle spécifique en tenant compte du contexte de l'environnement de pratique, en simplifiant la liste le plus possible pour en faciliter la compréhension, la mise en œuvre et la consultation. Les paragraphes suivants donnent des exemples de listes adaptées au contexte pour une utilisation efficace :
  - Un centre de soins de longue durée reconnaît que la plupart des membres du personnel connaissent peu les médicaments de chimiothérapie anticancer. Par conséquent, le centre décide de désigner tous les agents chimiothérapeutiques en tant que médicaments de niveau d'alerte élevé, plutôt que de désigner ainsi certaines sous-catégories.
  - Une clinique communautaire incorpore dans la liste de son organisation tant les noms de marque que les noms génériques des médicaments à haut risque utilisés dans l'établissement afin que les professionnels de la santé les identifient plus facilement.
  - Un centre de soins de longue durée crée une version simplifiée de sa liste de médicaments de niveau d'alerte élevé en omettant les catégories de médicaments non en usage dans le centre (tels les agents anesthésiques et les inhibiteurs neuromusculaires) et en créant des affiches attrayantes pour les aires d'entreposage des médicaments.
  - Un établissement de soins aigus détermine que les produits combinant la codéine et l'acétaminophène ne présentent pas de risques de préjudice grave s'ils sont utilisés par erreur et, par conséquent, désigne la codéine comme une exception de la classe des opioïdes sur sa liste de médicaments de niveau d'alerte élevé.

### 1.3 Mise en œuvre de la liste organisationnelle spécifique et des mesures de précaution associées

#### **Étape 5 : S'assurer de la mise en place de mécanismes et de processus améliorés de sécurité pour chacun des médicaments de la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé de votre organisation .**

- Confirmez et évaluez les stratégies de sécurité associées aux médicaments de niveau d'alerte élevé figurant sur la liste organisationnelle spécifique.
  - Recourez aux politiques et procédures existantes, aux vérifications de la pratique et aux observations du personnel pour motiver le déploiement de stratégies de sécurité concomitantes qui interviennent en de multiples points du processus d'utilisation des

médicaments. Assurez-vous que les interventions se situent dans les plus hautes cibles possibles de l'échelle d'efficacité. <sup>ii</sup> (Illustration 2) Là où les processus accusent des défaillances, élaborer un plan d'action pour instaurer des mécanismes de sécurité améliorés et actualisez les politiques et procédures en conséquence.

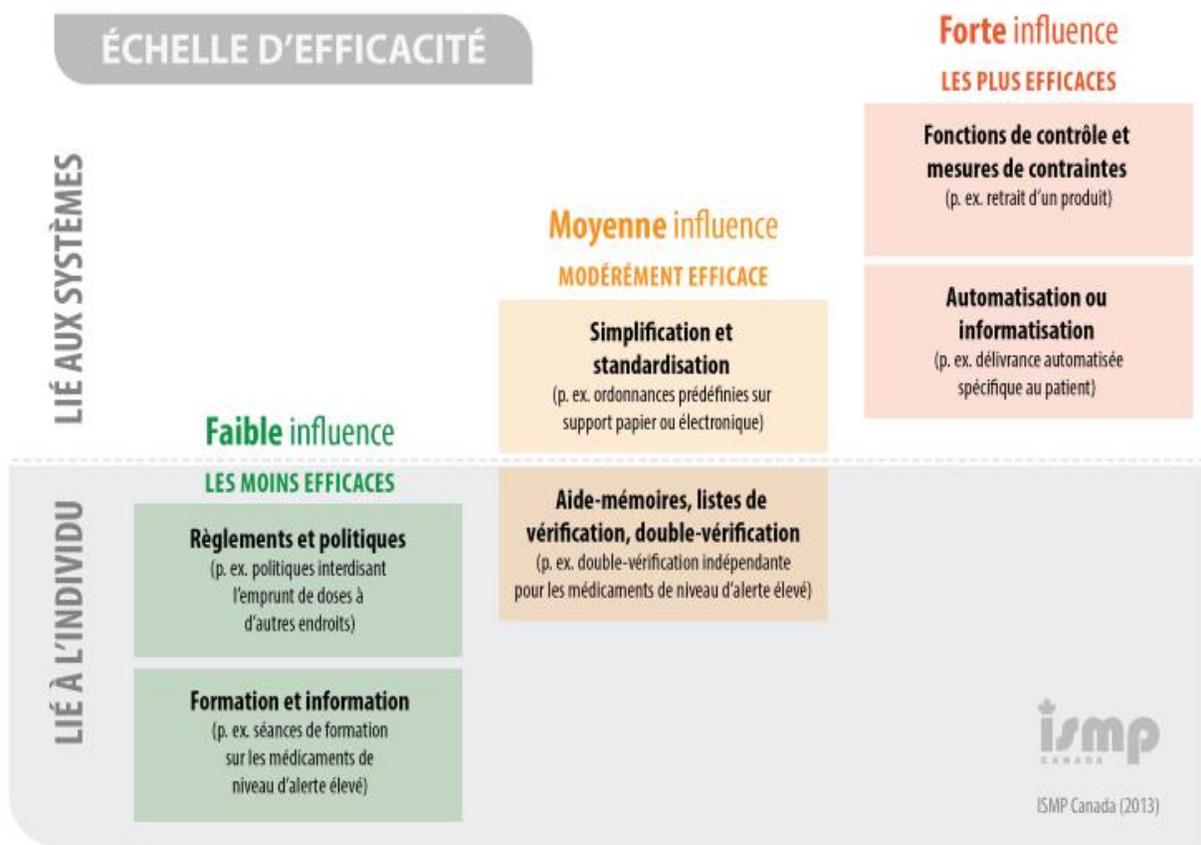
- Pour plus de détails, consultez la section 2 – Stratégies de sécurité.

### **Étape 6 : Concevoir et fournir des occasions d'apprentissage à l'intention des équipes**

- Suscitez l'intérêt des équipes envers la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé de l'organisation et les stratégies de sécurité associées par des formations sur le sujet.
- Revenez sur ces apprentissages à intervalles réguliers pour renforcer les stratégies de sécurité et mettez la liste et les stratégies à jour pour refléter les changements dans la pratique au fil du temps.

### **Étape 7 : Créer et instaurer un processus d'amélioration de la qualité pour la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé de l'organisation.**

- Intégrez l'amélioration de la qualité aux processus organisationnels existants pour garantir l'efficacité continue de la liste organisationnelle spécifique et des mesures de précaution du système.
- Faites rapport à la haute direction des résultats des processus d'amélioration de la qualité, y compris l'évaluation de l'efficacité des stratégies de sécurité améliorées.
- Mettez en place un mécanisme permettant aux membres du personnel de partager l'information sur la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé de l'organisation.
- Exercez une vigilance continue vis-à-vis des données d'incidents et des observations des professionnels de la santé afin de cerner les problématiques et faire le nécessaire pour améliorer la liste organisationnelle spécifique, de même que les stratégies de sécurité associées.
- Vérifiez périodiquement la liste organisationnelle spécifique pour identifier les médicaments nécessitant l'inclusion ou le retrait afin de refléter les changements dans les pratiques ou les formulaires au fil du temps.
- Informez l'ISMP Canada de tout ajout de médicament, de catégorie de médicaments ou de cas particuliers à votre liste organisationnelle spécifique; ceci permettra de documenter la mise à jour de la Liste canadienne des médicaments de niveau d'alerte élevé.



« Designing effective recommendations », Ontario Critical Incident Learning, avril 2013:1-2 [cité le 20 mars 2014]. Accessible à [http://www.ismp-canada.org/download/ocil/ISMPCONCIL2013-4\\_EffectiveRecommendations.pdf](http://www.ismp-canada.org/download/ocil/ISMPCONCIL2013-4_EffectiveRecommendations.pdf) (en anglais seulement).

**ILLUSTRATION 2.** Échelle d'efficacité (<https://ismpcanada.ca/fr/resource/echelle-defficacite/>)

## Section 2 – Stratégies de sécurité

### 2.1 Contexte

Le fait de dresser une liste des médicaments à haut risque propre à l'organisation permet de concevoir des mesures de sécurité ciblées qui amélioreront la sécurité et la fiabilité des processus d'utilisation des médicaments.<sup>iii,iv</sup>

Les stratégies de sécurité mobilisent des ressources organisationnelles et peuvent alourdir le fardeau des professionnels de la santé sur les plans physique et cognitif; par conséquent, il importe de les déployer en des points du processus où elles seront les plus fructueuses en termes de résultats. Par exemple, bien que les doubles vérifications indépendantes soient utiles, si on en exige en trop grand

nombre, une certaine « fatigue » par rapport à celles-ci risque de se manifester. De telles doubles vérifications devraient plutôt être instaurées au(x) point(s) du processus d'utilisation des médicaments où elles auront le plus d'impact, et d'autres stratégies efficaces devraient être déployées en complémentarité.<sup>v</sup>

Les stratégies proposées dans le présent guide de l'utilisateur doivent être envisagées en tenant compte du contexte local en termes de ressources, de processus et procédures et de capacité des ressources humaines, ainsi que de l'évaluation continue.

La prévention des erreurs est toujours au cœur des stratégies de sécurité, mais détecter les erreurs qui se produisent (les mettre en relief) et en faciliter la correction (ou la rémission) sont également des approches importantes pour atténuer les préjudices. La détection de l'erreur permet d'interrompre le processus et de s'attacher à corriger celle-ci et à potentiellement en neutraliser les effets. La détection d'une erreur peut se faire en n'importe quel point du processus d'utilisation des médicaments, y compris ultérieurement à l'administration d'un médicament. Par exemple, un rigoureux processus de surveillance de la fréquence respiratoire d'un patient après l'injection intraveineuse d'un opioïde peut déceler une diminution inattendue de la pulsion respiratoire, signalant la possibilité d'une erreur et permettant de réagir rapidement pour en contrecarrer les effets (sous la forme de naloxone).

**Veillez à ce que de multiples stratégies de sécurité se superposent les unes aux autres soient mises en œuvre et que celles-ci reflètent les mesures dont l'effet de levier est le plus important dans l'échelle d'efficacité.**

### 2.2 Facteurs contributifs des erreurs médicamenteuses

La conception et la mise en œuvre des stratégies de sécurité passent d’abord par un exercice de compréhension des facteurs contributifs des erreurs.<sup>vi,vii</sup> Par exemple, si les calculs s’avèrent une source fréquente de vulnérabilité dans la préparation des médicaments, les stratégies de sécurité devraient alors viser la simplification, la réduction ou l’élimination de la nécessité de calculer et devraient inclure l’utilisation de produits prémélangés ou l’exigence d’une double vérification indépendante des calculs.

Passez en revue les enquêtes et les rapports d’incidents organisationnels, ainsi que la littérature traitant de la sécurité, afin de mieux comprendre les principaux contributeurs aux erreurs. Le tableau 1 montre des exemples d’erreur et les facteurs contributifs sous-jacents.

**Table 1. Exemples de types d’erreur et facteurs contributifs sous-jacents**

| Type d’erreur                                      | Facteurs contributifs retenus  |
|--|--|
| Erreur de prescription                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseignements insuffisants sur le patient, tels que : allergies, poids du patient, antécédents pharmacologiques ou fonction d’organe</li> <li>• Présentation des options de sélection du menu déroulant qui porte à confusion dans les systèmes électroniques</li> <li>• Absence d’aide à la décision clinique</li> </ul>  |
| Erreur de saisie/de transcription d’ordonnance     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d’abréviations ou de désignations à « ne pas utiliser » telles que « U » pour « unités », ou des zéros à droite</li> <li>• Notes manuscrites illisibles</li> <li>• Manque de systèmes électroniques intégrés (et, par conséquent, dépendance aux transcriptions humaines entre les systèmes)</li> </ul>   |
| Erreur de sélection/de distribution/de préparation | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aires encombrées et pratiques d’entreposage désordonnées</li> <li>• Disponibilité de multiples formulations ou concentrations du médicament</li> <li>• Étiquetage similaire ou portant à confusion</li> <li>• Noms de médicaments qui se ressemblent à l’écrit ou à l’oral</li> <li>• Erreurs de calcul/mathématiques</li> <li>• Sélection ou volume de diluant inexact(e)</li> <li>• Utilisation de formulations ou de concentrations atypiques</li> </ul> |
| Erreur d’administration                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seringues ou contenants non étiquetés</li> <li>• Directives d’utilisation qui manquent de clarté</li> <li>• Identification du patient insuffisante</li> <li>• Logiciel de réduction d’erreur désactivé ou obsolète dans les pompes de perfusion « intelligentes »</li> <li>• Assistance ou information limitée au point de soins</li> </ul>   |

|                 |  |
|-----------------|--|
| Erreur de suivi | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratiques de surveillance du patient attendues non mentionnées dans les ensembles d'ordonnance</li> <li>• Nécessité non reconnue d'un antidote ou d'un antagoniste</li> <li>• Peu de moyens permettant l'acheminement des préoccupations cliniques aux échelons décisionnels</li> </ul> |
|-----------------|--|

### 2.3 Remparts des systèmes de médication

Les mesures et stratégies de sécurité doivent cibler les facteurs contributifs identifiés, prendre en considération l'échelle d'efficacité (illustration 2) et être adaptées au contexte de soins de l'organisation, aux ressources qui y sont disponibles et à la communauté qu'elle dessert. Pareillement, la surcharge que peuvent représenter ces mesures et stratégies de sécurité sur le plan professionnel et cognitif doit toujours faire partie des éléments de réflexion lors de la mise en œuvre.

Le tableau 2 présente des exemples de stratégies de sécurité pouvant être envisagées lors de la conception des remparts des systèmes permettant de prévenir, de détecter et de pallier les erreurs liées aux médicaments de niveau d'alerte élevé.<sup>viii,ix,x,xi</sup>

**Tableau 2. Exemples de stratégies de sécurité des systèmes**

| Type de stratégie   | Exemples de stratégies de sécurité   |
|---|--|
| <p><b>Fonctions de contrôle et mesures de contraintes</b></p> <p><i>Les fonctions de contrôle</i> sont des éléments de conception visant à prévenir les occurrences sous réserve de la conformité à des conditions précises.</p> <p><i>Les mesures de contraintes</i> sont des restrictions ou des barrières à l'utilisation.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les systèmes de saisie électronique des ordonnances par les prescripteurs exigent de remplir le champ des allergies avant la soumission du document.</li> <li>• Les solutions intraveineuses commerciales prémélangées et les seringues préremplies sont utilisées lorsqu'on peut s'en procurer sur le marché, évitant ainsi les préparations en pharmacie et la manipulation de médicaments au chevet du patient.</li> <li>• Les médicaments de niveau d'alerte élevé sont placés dans des compartiments à produit unique dans les cabinets de distribution automatisés et ne sont disponibles que dans des contenants à usage unique.</li> <li>• Le logiciel de réduction des erreurs des pompes à perfusion « intelligentes » est paramétré de telle sorte qu'il a de rigoureuses limites de dosage.</li> <li>• Les inhibiteurs neuromusculaires ne sont disponibles qu'en trousse d'intubation à rapide séquence dans les salles d'opération, les unités de soins post-anesthésiques et/ou les aires de soins intensifs, et ces médicaments sont entreposés séparément des autres stocks de l'étagé.</li> </ul> |
| <p><b>Automatisation et informatisation</b></p> <p><i>L'automatisation</i> consiste à utiliser la technologie pour limiter l'intervention humaine dans une tâche.</p> <p><i>L'informatisation</i> consiste à utiliser le matériel logiciel pour faciliter un processus ou fournir</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les systèmes de saisie électronique des ordonnances par les prescripteurs sont intégrés au logiciel de gestion de la pharmacie, contournant ainsi la nécessité de transcriptions qui conduisent souvent à des erreurs.</li> <li>• Les pompes à perfusion intégrant la technologie « intelligente » sont utilisées pour l'administration des médicaments de niveau d'alerte élevé dans toute les aires de soins au patient.</li> <li>• Des solutions automatisées de remplissage et de conditionnement conformes sont utilisées dans les pharmacies communautaires.</li> <li>• Des mises à jour des bibliothèques de médicaments des pompes à perfusion « intelligentes » sont effectuées de façon continue, en temps réel, de sorte que les pompes reflètent la version la plus récente des protocoles organisationnels, des ensembles d'ordonnances et des pratiques exemplaires.<sup>xii</sup></li> </ul>   |

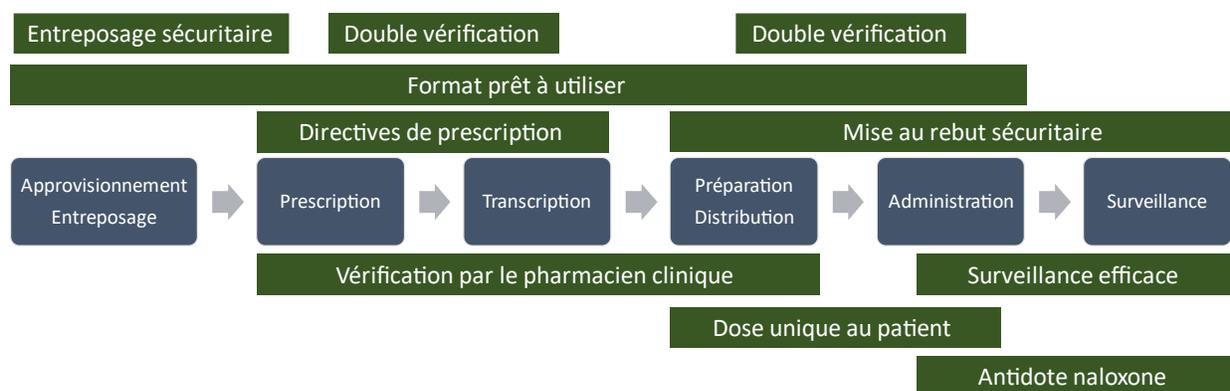
| Type de stratégie  | Exemples de stratégies de sécurité  |
|--|---|
| des paramètres d'exécution sécuritaire d'une tâche.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des stratégies de vérification de produit (par ex., code à barres) sont utilisées à chaque étape du processus d'utilisation des médicaments, y compris aux étapes de l'approvisionnement et du réapprovisionnement.<sup>xiii</sup></li> <li>• Les systèmes informatiques de la pharmacie proposent par défaut un schéma posologique d'une fois par semaine plutôt que par jour pour le méthotrexate sous-cutané, intramusculaire et oral.<sup>xiv</sup></li> <li>• Les résultats de tests de laboratoire sont électroniquement accessibles aux membres de l'équipe de soins qui ont besoin de l'information.<sup>xv</sup></li> </ul> |
| <p><b>Standardisation</b></p> <p><i>La standardisation</i> vise à uniformiser les processus pour réduire la charge sur le plan cognitif tout en facilitant la reconnaissance des erreurs potentielles.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des préparations de dose unique standardisées effectuées en pharmacie sont utilisées pour les médicaments de niveau d'alerte élevé qui ne sont pas disponibles sur le marché.</li> <li>• Les concentrations, les dosages et les débits de perfusion des médicaments (par ex., unités/min, unités/h, mcg/min, mcg/kg/min) sont standardisées à l'échelle de l'organisation.</li> <li>• Des ensembles d'ordonnance standard s'appuyant sur les données probantes et les cheminement de soins, qui mentionnent les pratiques de surveillance du patient attendues, sont utilisés.<sup>xvi</sup></li> </ul>                              |
| <p><b>Simplification</b></p> <p><i>La simplification</i> vise à réduire le fardeau sur le plan cognitif et la nécessité d'une décision pour les professionnels de la santé.</p>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des produits prêts à utiliser sont à la disposition du praticien.</li> <li>• Les ensembles d'ordonnances et les protocoles sont conçus en fonction de l'utilisateur final et fournissent les renseignements importants pour un usage sécuritaire.<sup>xvii</sup></li> </ul>  |
| <p><b>Aide-mémoires, vérifications et redondances</b></p> <p><i>Les aide-mémoires</i> reviennent sur l'information déjà vue et sont utiles pour rafraîchir la mémoire et servir de référence.</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des affiches et des tableaux faisant office d'outils mnémotechniques ou de références rapides sont disposés dans les aires de travail.</li> <li>• Des doubles vérifications indépendantes sont judicieusement intégrées dans le processus d'utilisation des médicaments.</li> <li>• Des listes de vérification sont utilisées pour rendre compte des étapes de vérification d'un processus.</li> </ul>   |

| Type de stratégie   | Exemples de stratégies de sécurité  |
|---|---|
| <p><b>Les vérifications</b> permettent de réviser et d'évaluer le travail.</p> <p><b>Les redondances</b> sont des composants additionnels d'un processus implémentés pour déceler les erreurs ou les défaillances d'un processus.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des alertes intempestives s'affichant à l'écran sont judicieusement intégrées pour servir d'aide-mémoires et de vérifications.</li> <li>• Des avertissements auxiliaires sont ajoutés aux produits devant être utilisés avec une pompe en particulier (par ex., « pour pompe d'analgésie contrôlée par le patient seulement »).<sup>xviii</sup></li> <li>• Des fiches maîtresses de formulation et des feuilles de travail des préparations médicamenteuses accompagnent les produits finaux reçus des pharmacies externes offrant les services de préparation magistrale. Cela permet au personnel des pharmacies communautaires d'effectuer leurs propres doubles vérifications des calculs et des quantités/poids.<sup>xix</sup></li> <li>• Les patients et les familles sont parties prenantes du plan de soins et sont mis au fait des signes et symptômes inquiétants nécessitant d'alerter le personnel soignant.<sup>xx</sup></li> <li>• Des mises en garde cliniques s'affichant lors de la programmation de la pompe à perfusion facilitent la vérification des paramètres de la pompe.</li> <li>• La fourniture de la vincristine (et autres vinca-alcaloïdes le cas échéant) s'accompagne d'une mise en garde bien en vue qui se lit comme suit : « <b>Pour administration intraveineuse seulement – fatal si administré par d'autres voies</b> ». <sup>xxi</sup></li> </ul> |
| <p><b>Règlements et politiques</b></p> <p><b>Les règlements et politiques</b> balisent les façons d'agir et de procéder pour assurer la sécurité de l'exécution des tâches au sein de l'organisation.</p>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une culture de la sécurité<sup>xxii</sup> est valorisée au sein de l'organisation, promouvant la production de rapports et les apprentissages<sup>xxiii</sup> et offrant un environnement sécuritaire pour le partage des leçons retenues.</li> <li>• La politique organisationnelle interdit les emprunts de doses de médicaments auprès d'autres services de soins.</li> <li>• Un processus est mis en place pour rapidement soutenir les utilisateurs finaux lorsque des paramètres erronés ou omis sont identifiés dans la bibliothèque de médicaments, et pour y remédier.<sup>xxiv</sup></li> <li>• Les prescripteurs précisent l'usage clinique pour toute ordonnance de médicaments et de traitements, qu'ils soient prescrits de routine ou « au besoin », afin de faciliter le suivi des résultats pharmacothérapeutiques.<sup>xxv</sup></li> </ul>  |

| Type de stratégie   | Exemples de stratégies de sécurité   |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La surveillance des patients prenant des médicaments connus pour avoir des effets sédatifs (par ex., les opioïdes, les benzodiazépines) est effectuée par le truchement d'un processus établi, mis en place pour déceler une sédation progressant de façon inattendue, en particulier à la prise initiale du médicament ou aux changements de dosage.<sup>xxvi</sup></li> <li>• Un processus est en place pour vérifier la tolérance du patient aux opioïdes avant de lui fournir des opioïdes en dosage élevé ou à libération prolongée (par ex., timbres de fentanyl).<sup>xxvii</sup></li> </ul>   |
| <p><b>Formation et information</b></p> <p><i>La formation et l'information</i> sont indispensables à la transmission des connaissances et à l'acquisition des compétences, ainsi que pour susciter l'engagement des professionnels de la santé et des patients.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les ressources cliniques et de prescription (par ex., les protocoles cliniques) sont à jour et facilement accessibles à tout le personnel de l'organisation.</li> <li>• Des occasions d'apprentissage et d'information sont offertes de façon régulière pour accroître la sensibilisation à l'égard de la liste organisationnelle des médicaments de niveau d'alerte élevé et des stratégies de sécurité s'y rattachant, de même que vis-à-vis des mises à jour de la liste et/ou des nouvelles mesures.</li> <li>• Les changements de produits et les répercussions potentielles sont communiqués aux fournisseurs de soins concernés.<sup>xxviii</sup></li> </ul> |

## 2.4 Stratégies de sécurité efficaces et multicouches

Puisque la plupart des erreurs médicamenteuses résultent de multiples facteurs contributifs, une intervention ne peut à elle seule éradiquer tout risque de préjudice. Les stratégies devraient directement cibler les facteurs connus pour occasionner des erreurs; de plus, elles devraient être menées en concomitance, agissant en différents points du processus d'utilisation des médicaments, et devraient viser la prévention, la détection et le redressement de l'erreur.<sup>xxix,xxx</sup> Les mécanismes de sécurité devraient se situer le plus haut possible dans l'échelle d'efficacité (illustration 2).<sup>xxxi</sup> Bien que les approches de l'effet de levier faible, telles que l'éducation, les politiques et les procédures, soient nécessaires pour la documentation et la compréhension du personnel, celles-ci devraient toujours s'accompagner de stratégies plus robustes.



**ILLUSTRATION 3 :** Exemple de stratégies de sécurité multicouches du processus d'utilisation des médicaments en ce qui a trait aux opioïdes.

Tel que le démontre l'illustration 3, la sécurité de l'utilisation des opioïdes au sein d'une organisation peut être améliorée aux différents points du processus d'utilisation des médicaments par des stratégies multicouches qui contribuent à atténuer les facteurs contributifs des erreurs, telles que :

- Assurer un approvisionnement, un entreposage et une mise au rebut sécuritaires des opioïdes
- Respecter les directives de prescription
- Effectuer une revue clinique avant d'administrer la première dose

- Fournir les opioïdes pour une administration en dose unique, en formats prêts à utiliser, surtout lorsque des opioïdes injectables sont prescrits
- Instaurer des mesures stratégiques de double vérification indépendante
- Effectuer un suivi du patient approprié pour déceler les effets indésirables et reconnaître la nécessité d'intervenir en cas de problème.

Pareillement, les risques de préjudices liés aux inhibiteurs neuromusculaires peuvent être prévenus par des précautions stratégiques telles que celles-ci :<sup>xxxii</sup>

- Les inhibiteurs neuromusculaires sont conditionnés dans des fioles dont le bouchon et l'embout portent des avertissements additionnels.
- Ces médicaments sont rangés séparément des autres médicaments dans les aires d'entreposage de la pharmacie (y compris dans les cabinets de distribution automatisée).
- Ces produits sont de plus rangés dans des contenants avec couvercle verrouillés et des tiroirs de cabinets de distribution automatisés couverts et verrouillés.
- Des étiquettes auxiliaires portant des avertissements supplémentaires sont apposées avant l'acheminement du médicament à l'aire de soins du patient.
- Ces médicaments sont limités à des trousse d'intubation à séquence rapide, aux salles d'opération, aux unités de soins post-anesthésiques et/ou aux aires de soins intensifs.
- L'autorisation d'administrer les inhibiteurs neuromusculaires est limitée aux cliniciens formés qui possèdent les connaissances et les compétences requises pour assurer la sécurité des patients.

## Conclusion

Une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé peut aider les organisations à prodiguer des soins fiables et sécuritaires grâce à l'identification des médicaments à haut risque pour lesquels une vigilance accrue devrait être exercée, réduisant ainsi les risques d'erreurs préjudiciables aux patients. La Liste canadienne des médicaments de niveau d'alerte élevé intègre des enseignements tirés de différentes composantes du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (aussi connu sous l'acronyme SCDPIM), de la littérature universitaire et de la documentation parallèle, des organismes internationaux de la sécurité et de l'opinion d'experts canadiens. Cette liste a pour but d'aider les organisations de soins de santé à constituer leur propre liste de médicaments de niveau d'alerte élevé, selon le contexte de pratique et les facteurs locaux touchant les établissements de santé respectifs. Pour réduire les risques de préjudices aux patients, chaque organisation devrait assurer que de multiples mesures efficaces se superposent les unes aux autres soient intégrées à la gestion des

médicaments se trouvant sur sa liste spécifique. L'ISMP Canada invite tous les établissements de soins de santé à lui faire part de leurs expériences et de leurs apprentissages, et mettra à jour périodiquement la Liste canadienne des médicaments de niveau d'alerte élevé et le Guide de l'utilisateur pour tenir compte de cette rétroaction et des nouveaux développements.

## Ressources

Voici quelques-unes des nombreuses ressources mises à votre disposition :

- Bulletins de sécurité de l'ISMP Canada  
<https://ismpcanada.ca/fr/safety-bulletins/>
- Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments<sup>MD</sup> de l'ISMP Canada  
<https://ismpcanada.ca/fr/ressource/lauto-evaluation-de-lutilisation-securitaire-des-medicamentsmd/>
- *Medication Safety Alert! Newsletters* de l'ISMP (É.-U.)  
<https://www.ismp.org/newsletters>
- Medication safety in high-risk situations. WHO/UHC/SDS/2019.10. Genève (CH): Organisation mondiale de la santé; 2019. Accessible à :  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325131/WHO-UHC-SDS-2019.10-eng.pdf?sequence=1>
- Grissinger M. Your high-alert medication list is relatively useless without associated risk-reduction strategies. *P T*. 2016;41(10):598-600. Accessible à :  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5046995/>
- Guidelines for managing specific high risk medications relevant to the organisation. Perth (AU) : Gouvernement de l'Australie-Occidentale, ministère de la Santé; 2020. Accessible à :  
[https://www.health.wa.gov.au/~/\\_media/Files/Corporate/Policy%20Frameworks/Clinical%20Governance%20Safety%20and%20Quality/Policy/High%20Risk%20Medication%20Policy/Supporting/Guidelines-for-Managing-Specific-High-Risk-Medications-Relevant-to-the-Organisation.pdf](https://www.health.wa.gov.au/~/_media/Files/Corporate/Policy%20Frameworks/Clinical%20Governance%20Safety%20and%20Quality/Policy/High%20Risk%20Medication%20Policy/Supporting/Guidelines-for-Managing-Specific-High-Risk-Medications-Relevant-to-the-Organisation.pdf)

- Wiegmann DA, Wood LJ, Cohen TN, Shappell SA. Understanding the “Swiss cheese model” and its application to patient safety. *J Patient Saf.* 2022;18(2):119-123. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8514562/>
- Guideline on safe use of high alert medications (HAMs). 2nd ed. MOH/S/FAR/23.20(GU)-e. Petaling Jaya Selangor (MY): Ministry of Health Malaysia, Pharmaceutical Services Programme; 2020. Accessible à : [https://pharmacy.moh.gov.my/sites/default/files/document-upload/guideline-safe-use-high-alert-medications-hams-2nd-edition\\_1.pdf](https://pharmacy.moh.gov.my/sites/default/files/document-upload/guideline-safe-use-high-alert-medications-hams-2nd-edition_1.pdf)
- IMSN global targeted medication safety best practices. International Medication Safety Network; 2019. Accessible à : <https://www.intmedsafe.net/imsn-global-targeted-medication-safety-best-practices/>

## Références

<sup>i</sup> Médicaments de niveau d’alerte élevé. Dans : Définitions. Toronto (ON) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; © 2000–2024 [consulté le 17 janv. 2024]. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/fr/resource/definitions/>

<sup>ii</sup> Designing effective recommendations. *Ont Crit Incid Learn.* 2013 [consulté le 27 déc. 2023];4:1-2. Accessible à : [https://www.ismp-canada.org/download/ocil/ISMPCONCIL2013-4\\_EffectiveRecommendations.pdf](https://www.ismp-canada.org/download/ocil/ISMPCONCIL2013-4_EffectiveRecommendations.pdf)

<sup>iii</sup> Grissinger M. Your high-alert medication list is relatively useless without associated risk-reduction strategies. *P T.* 2016 [consulté le 7 janv. 2023];41(10):598-600. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5046995/>

<sup>iv</sup> Guidelines for managing specific high risk medications relevant to the organisation. Perth (AU) : Gouvernement de l’Australie-Occidentale, ministère de la Santé, 2020 [consulté le 18 déc. 2023]. Accessible à : <https://www.health.wa.gov.au/~media/Files/Corporate/Policy%20Frameworks/Clinical%20Governance%20Safety%20and%20Quality/Policy/High%20Risk%20Medication%20Policy/Supporting/Guidelines-for-Managing-Specific-High-Risk-Medications-Relevant-to-the-Organisation.pdf>

<sup>v</sup> Grissinger M. Your high-alert medication list is relatively useless without associated risk-reduction strategies. *P T.* 2016 [consulté le 7 janv. 2023];41(10):598-600. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5046995/>

<sup>vi</sup> Grissinger M. Your high-alert medication list is relatively useless without associated risk-reduction strategies. *P T.* 2016 [consulté le 7 janv. 2023];41(10):598-600. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5046995/>

<sup>vii</sup> Guidelines for managing specific high risk medications relevant to the organisation. Perth (AU) : Gouvernement de l’Australie-Occidentale, ministère de la Santé. 2020 [consulté le 18 déc. 2023]. Accessible à : <https://www.health.wa.gov.au/~media/Files/Corporate/Policy%20Frameworks/Clinical%20Governance%20Safety%20and%20Quality/Policy/High%20Risk%20Medication%20Policy/Supporting/Guidelines-for-Managing-Specific-High-Risk-Medications-Relevant-to-the-Organisation.pdf>

<sup>viii</sup> Medication safety in high-risk situations. WHO/UHC/SDS/2019.10. Genève (CH): Organisation mondiale de la santé; 2019 [consulté le 18 déc. 2023]. Accessible à : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325131/WHO-UHC-SDS-2019.10-eng.pdf?sequence=1>

- 
- <sup>ix</sup> Grissinger M. Your high-alert medication list is relatively useless without associated risk-reduction strategies. P T. 2016 [consulté le 7 janv. 2023];41(10):598-600. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5046995/>
- <sup>x</sup> ISMN global targeted medication safety best practices. International Medication Safety Network; 2019 [consulté le 18 déc. 2023]. Accessible à : <https://www.intmedsafe.net/imsn-global-targeted-medication-safety-best-practices/>
- <sup>xi</sup> Guidelines for managing specific high risk medications relevant to the organisation. Perth (AU) : Gouvernement de l'Australie-Occidentale, ministère de la Santé; 2020 [consulté le 18 déc. 2023]. Accessible à : <https://www.health.wa.gov.au/~media/Files/Corporate/Policy%20Frameworks/Clinical%20Governance%20Safety%20and%20Quality/Policy/High%20Risk%20Medication%20Policy/Supporting/Guidelines-for-Managing-Specific-High-Risk-Medications-Relevant-to-the-Organisation.pdf>
- <sup>xii</sup> « Aucun médicament sélectionné » = Quand l'intelligence des pompes intelligentes est occultée. Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada. 2023 [consulté le 27 déc. 2023];23(1):1-4. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/BISMPC2023-n1-pompes-intelligentes.pdf>
- <sup>xiii</sup> Préoccupations signalées concernant l'étiquetage et l'emballage des médicaments de niveau d'alerte élevé dans des flacons et des ampoules : une analyse multi-incidents. Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada. 2023 [consulté le 27 déc. 2023];23(2):1-6. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/BISMPC2023-n2-etiquetage-emballage-medicaments-niveau-alerte-eleve.pdf>
- <sup>xiv</sup> Medication safety self-assessment for community pharmacy, version II. Toronto (ON): Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2022.
- <sup>xv</sup> Medication safety self-assessment for long-term care, Canadian version III. Toronto (ON): Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada, 2021.
- <sup>xvi</sup> Lorsque l'antidote cause des préjudices : Prévention des erreurs lors de perfusions intraveineuses d'acétylcystéine. Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada. 2023 [consulté le 27 déc. 2023];23(7):1-12. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2023-i7-Acetylcysteine.pdf>
- <sup>xvii</sup> « Aucun médicament sélectionné » = Quand l'intelligence des pompes intelligentes est occultée. Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada. 2023 [le 27 déc. 2023];23(1):1-4. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2023-i1-Smart-Pumps.pdf>
- <sup>xviii</sup> « Aucun médicament sélectionné » = Quand l'intelligence des pompes intelligentes est occultée. Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada. 2023 [consulté le 27 déc. 2023];23(1):1-4. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2023-i1-Smart-Pumps.pdf>
- <sup>xix</sup> ALERTE : Les erreurs dans la préparation de suspensions de clonidine continuent de causer des préjudices aux enfants. Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada. 2023 [consulté le 27 déc. 2023];23(10):1-4. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2023-i10-Clonidine-Compounding-1.pdf>
- <sup>xx</sup> Lorsque l'antidote cause des préjudices : Prévention des erreurs lors de perfusions intraveineuses d'acétylcystéine. Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada. 2023 [consulté le 27 déc. 2023];23(7):1-12. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2023-i7-Acetylcysteine.pdf>
- <sup>xxi</sup> Hospital medication safety self-assessment, Canadian version III. Toronto (ON): Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2016.
- <sup>xxii</sup> Culture de sécurité. Dans : Définitions. Toronto (ON): Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; © 2000–2023 [consulté le 28 déc. 2023]. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/fr/resource/definitions/>
- <sup>xxiii</sup> « Aucun médicament sélectionné » = Quand l'intelligence des pompes intelligentes est occultée. Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada. 2023 [le 27 déc. 2023];23(1):1-4. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2023-i1-Smart-Pumps.pdf>
- <sup>xxiv</sup> « Aucun médicament sélectionné » = Quand l'intelligence des pompes intelligentes est occultée. Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada. 2023 [consulté le 27 déc. 2023];23(1):1-4. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2023-i1-Smart-Pumps.pdf>
- <sup>xxv</sup> Medication safety self-assessment for long-term care, Canadian version III. Toronto (ON): Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2021.

---

<sup>xxvi</sup> Medication safety self-assessment for long-term care, Canadian version III. Toronto (ON): Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2021.

<sup>xxvii</sup> Medication safety self-assessment for community pharmacy, version II. Toronto (ON): Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2022.

<sup>xxviii</sup> Préoccupations signalées concernant l'étiquetage et l'emballage des médicaments de niveau d'alerte élevé dans des flacons et des ampoules : une analyse multi-incidents. Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada. 2023 [consulté le 27 déc. 2023];23(2):1-6. Accessible à : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2023-i2-Label-Package-High-Alert-Meds.pdf>

<sup>xxix</sup> Grissinger M. Your high-alert medication list is relatively useless without associated risk-reduction strategies. P T. 2016 [consulté le 7 janv. 2023];41(10):598-600. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5046995/>

<sup>xxx</sup> Wiegmann DA, Wood LJ, Cohen TN, Shappell SA. Understanding the "Swiss cheese model" and its application to patient safety. J Patient Saf. 2022;18(2):119-123. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8514562/>

<sup>xxxi</sup> Designing effective recommendations. Ont Crit Incid Learn. 2013 [consulté le 27 déc. 2023];4:1-2. Accessible à : [https://www.ismp-canada.org/download/ocil/ISMPCONCIL2013-4\\_EffectiveRecommendations.pdf](https://www.ismp-canada.org/download/ocil/ISMPCONCIL2013-4_EffectiveRecommendations.pdf)

<sup>xxxii</sup> Hospital medication safety self-assessment, Canadian version III. Toronto (ON): Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2016.



Image de « coloriage des médicaments de niveau d'alerte élevé » tirée du système d'IA Dall-E 2