



# Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires

## Programme SMART pour la sécurité des médicaments

Juin 2026

### Le saviez-vous?

**45 % des incidents déclarés en lien avec des médicaments antirejet concernaient le tacrolimus<sup>1</sup>, disponible sous forme de capsules à libération immédiate (Prograf, génériques), de capsules à libération prolongée (Advagraf, générique) et de comprimés à libération prolongée (Envarsus PA).**



## Accent sur les MÉDICAMENTS ANTIREJET

Les patients ayant subi une greffe d'organe peuvent avoir besoin de plusieurs médicaments pour prévenir le rejet de l'organe. Une analyse multi-incidents portant sur les incidents concernant des médicaments utilisés pour prévenir le rejet d'organe a été menée afin de déceler les vulnérabilités du système et de déterminer des mesures de protection du système<sup>1</sup>.

## Confusions dans les formulations

### EXEMPLE D'INCIDENT

Du Prograf (tacrolimus à libération immédiate) a été prescrit à un patient, mais c'est de l'Advagraf (tacrolimus à libération prolongée) qui lui a été remis. Les analyses sanguines ont révélé un taux de tacrolimus nettement supérieur à la marge thérapeutique. Au moment où l'erreur a été découverte, une infection chronique s'était déjà déclarée.

### FACTEUR CONTRIBUTIF POSSIBLE

Connaissance insuffisante des différentes formulations disponibles du tacrolimus.

### RECOMMANDATION

Collaborer avec les fournisseurs de logiciels afin que les noms de marque et les noms génériques (ainsi que le nom de la marque d'origine) soient bien visibles tout au long du processus d'utilisation des médicaments (en particulier lors de la saisie des ordonnances et de la vérification clinique), ainsi que lors de l'examen du profil du patient.



## Schémas posologiques complexes

### EXEMPLE D'INCIDENT

L'ordonnance d'un patient pour du Prograf (tacrolimus à libération immédiate) à raison de 2 mg le matin et 1,5 mg le soir avait été régulièrement remplie avec des saisies distinctes pour des capsules de 1 mg et de 0,5 mg. La nouvelle ordonnance du patient indiquait une posologie réduite à 1,5 mg deux fois par jour. Le dossier de prescription des capsules de 0,5 mg a été copié et les directives ont été laissées inchangées par erreur; le dossier de prescription des capsules de 1 mg a été oublié. Le patient s'est vu remettre des capsules de 0,5 mg à prendre l'après-midi. L'incident a été découvert par hasard lorsque le patient est revenu à la pharmacie pour une autre raison.

### FACTEURS CONTRIBUTIFS POSSIBLES

- Utilisation de la fonction « copier » pour une ordonnance comportant un changement de posologie.
- Schéma posologique nécessitant la combinaison de plusieurs saisies d'ordonnance pour différentes concentrations d'un médicament.

### RECOMMANDATION

Mettre à jour le profil du patient à chaque nouvelle ordonnance et veiller à désactiver les ordonnances abandonnées, y compris les schémas posologiques antérieurs<sup>2</sup>.



### Références

1. Médicaments antirejet : Analyse des erreurs signalées, Bulletin de l'ISMP Canada, 2022 [consulté le 8 avril 2026]; 22(1) : p. 1-4. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/fr/bulletin/medicaments-antirejet-analyse-des-erreurs-sigalees/>
2. Analyse multi-incidents de rapports concernant de nouvelles insulines, Bulletin de l'ISMP Canada, 2026 [consulté le 8 avril 2026]; 26(3) : p. 1-6. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/fr/bulletin/analyse-insulines/>



# Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires

## Programme SMART pour la sécurité des médicaments

Juin 2026

### Aperçu

Le Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires (RDNI) est une composante du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM). Le RDNI a été créé pour faciliter la collecte des déclarations d'événements évités de justesse et d'incidents liés aux médicaments transmis par les pharmacies communautaires dans le but d'améliorer la sécurité des médicaments, témoignant ainsi d'un engagement sans cesse croissant à l'égard de la déclaration et d'une culture de la sécurité.

Le programme SMART (**S**pécifique, **M**esurable, **A**tteignable, **R**éaliste et limité dans le **T**emps) pour la sécurité des médicaments décrit les incidents liés aux médicaments qui ont été déclarés de manière anonyme au RDNI, les facteurs contributifs possibles, ainsi que des recommandations visant à réduire le risque que de tels incidents se reproduisent.

### APPEL À L'ACTION



1. Discutez des incidents liés aux médicaments et des facteurs contributifs possibles afin de déterminer si ce risque existe dans votre pharmacie.
2. Prenez connaissance des recommandations formulées et réfléchissez à d'autres stratégies de sécurité pour prévenir ces types d'incidents liés aux médicaments.
3. Documentez (par exemple, sur votre plateforme de déclaration) et mettez en œuvre un plan d'action visant à prévenir ces types d'incidents liés aux médicaments.
  - Utilisez l'échelle d'efficacité (ci-contre) pour mettre davantage l'accent, dans la mesure du possible, sur les solutions axées sur les systèmes plutôt que celles axées sur les personnes.
  - Évaluez la faisabilité de chaque mesure en tenant compte des ressources humaines, de l'environnement physique, des aspects financiers, etc., et déterminez un délai approprié (p. ex., dans un mois, dans six mois).
4. Surveillez régulièrement les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan d'action afin de cerner les possibilités d'amélioration continue de la qualité.

### LES PLUS EFFICACES



**Fonctions de contrôle et mesures de contraintes** (p. ex., retrait d'un produit)



**Automatisation ou informatisation** (p. ex., lecture des codes-barres dans le processus de distribution)



**Simplification et standardisation** (p. ex., normaliser la conservation de l'insuline en fonction de la durée d'action)



**Aide-mémoire, listes de vérification, double vérification** (p. ex., double vérification indépendante pour les médicaments de niveau d'alerte élevé)



**Règlements et politiques** (p. ex., politique consistant à demander deux identifiants uniques pour chaque patient)



**Formation et information** (p. ex., séances de formation sur les médicaments dont la présentation ou le nom est similaire)

LIÉ AUX SYSTÈMES

LIÉ À LA PERSONNE

### LES MOINS EFFICACES



Adaptation de : <https://ismpcanada.ca/fr/resource/echelle-defficacite/>

National Incident Data Repository  Référentiel de données nationales sur les incidents

CMIRPS  SCDPIM  
Canadian Medication Incident Reporting and Prevention System Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux

 ismp CANADA

© Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada, 2026. L'ISMP Canada autorise aux abonnés d'utiliser le matériel contenu dans ses bulletins dans le cadre de bulletins ou d'autres communications internes seulement. Toute autre reproduction de quelque façon que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite de l'ISMP Canada. Le programme SMART pour la sécurité des médicaments a été adapté, avec l'autorisation de l'ISMP, à partir du plan d'action de l'ISMP pour les soins ambulatoires, le «Programme de soins ambulatoires/communautaires MedicationSafetyAlert!™ de l'ISMP». Le Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires (RDNI) est une composante du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM).



Sujet de la discussion :

Date :

Mesure recommandée

### Spécifique

Décrivez la mesure en fournissant des détails précis, notamment la personne qui en sera responsable.



### Mesurable

Élaborez un plan de surveillance afin d'évaluer la mise en œuvre de la mesure, ainsi que son efficacité.



### Atteignable

Réfléchissez aux principaux défis et obstacles, notamment en ce qui concerne les ressources et les soutiens disponibles.



### Réaliste

Définissez le niveau et le type de mesure en fonction de l'échelle d'efficacité.



### Limité dans le temps

Précisez l'échéancier de mise en œuvre et la fréquence de la surveillance pour l'amélioration de la sécurité.





**Sujet de la discussion :**

EXEMPLE (incident lié à un « médicament incorrect »)

Date : AAAA//MM//JJ

**Mesure recommandée**

**Spécifique**

Décrivez la mesure en fournissant des détails précis, notamment la personne qui en sera responsable.



Intégrer la technologie de lecture de codes-barres au processus de distribution afin de déceler les erreurs de sélection lors de l'exécution de l'ordonnance avant que les médicaments ne soient remis au patient.

Le propriétaire de la pharmacie choisira un lecteur de codes-barres compatible avec le logiciel de distribution des médicaments.

**Mesurable**

Élaborez un plan de surveillance afin d'évaluer la mise en œuvre de la mesure, ainsi que son efficacité.



Surveillance de la mise en œuvre

Examiner le nombre d'ordonnances afin de déterminer la proportion de celles qui ne sont pas lues à l'aide du code-barres. Tenir des réunions d'équipe pour en connaître les raisons (p. ex., produit absent du système) et mettre ensuite en place des solutions.

Surveillance de l'efficacité

Examiner les données relatives aux incidents liés aux médicaments afin d'analyser l'évolution des incidents de type « médicament incorrect », « concentration incorrecte » et « forme posologique incorrecte » dans le but de réduire ces incidents.

**Atteignable**

Réfléchissez aux principaux défis et obstacles, notamment en ce qui concerne les ressources et les soutiens disponibles.



Les ressources financières seront initialement affectées (en raison du coût de la technologie de lecture des codes-barres), mais cet investissement pourrait être amorti à long terme grâce à la réduction des incidents liés à des « produits incorrects » qui entraînent du gaspillage.

Le personnel aura besoin de directives et de schémas de flux de travail pour l'aider à intégrer la lecture des codes-barres dans le processus de distribution.

**Réaliste**

Définissez le niveau et le type de mesure en fonction de l'échelle d'efficacité.



La technologie de lecture des codes-barres est un exemple d'automatisation/informatisation, qui constitue une stratégie à fort effet de levier reposant sur des systèmes.

La lecture des codes-barres permet d'automatiser une double vérification indépendante d'un produit après sa sélection dans les rayons de la pharmacie en vue de sa préparation, et alerte l'utilisateur si celui-ci ne correspond pas au produit enregistré dans le système.

**Limité dans le temps**

Précisez l'échéancier de mise en œuvre et la fréquence de la surveillance pour l'amélioration de la sécurité.



- Le propriétaire de la pharmacie veillera à obtenir les ressources financières nécessaires pour acquérir (et entretenir) la technologie de lecture des codes-barres dans un délai d'un an.
- Le gestionnaire de la pharmacie élaborera des supports de mise en œuvre (politiques, schémas) qui seront fournis lors de la formation du personnel sur la technologie de lecture des codes-barres.
- La surveillance de la mise en œuvre sera effectuée par le gestionnaire de la pharmacie chaque semaine pendant les trois premiers mois, puis chaque mois jusqu'à ce que moins de 1 % des ordonnances ne soient pas lues à l'aide du code-barres.
- La surveillance de l'efficacité sera assurée tous les mois par le gestionnaire de la pharmacie.