



Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires

Programme SMART pour la sécurité des médicaments

Septembre 2026

Accent sur **LES SUSPENSIONS D'ANTIBIOTIQUES PÉDIATRIQUES**

Les patients pédiatriques peuvent être exposés à un risque plus élevé de préjudice causé par des incidents médicamenteux, qui sont souvent reliés à des différences pharmacocinétiques¹. Une analyse récente d'incidents liés à l'utilisation d'antibiotiques pédiatriques en suspension orale ayant entraîné des préjudices a mis en évidence des possibilités d'amélioration visant à protéger cette population vulnérable.

Le saviez-vous?

Environ 1/3

des incidents déclarés liés à des préjudices associés à des suspensions d'antibiotiques pédiatriques ont été détectés par des **patients/familles/aidants**.



Calculs des doses

EXEMPLE D'INCIDENT :

Une ordonnance de suspension d'antibiotique destinée à un enfant indiquait la dose en milligrammes (mg). Le produit à plus faible concentration a été utilisé pour calculer la quantité à délivrer; toutefois, c'est le produit à plus forte concentration qui a été sélectionné lors de la saisie de l'ordonnance. Les instructions figurant sur l'étiquette de l'ordonnance indiquaient la dose uniquement en millilitres (mL), ce qui a involontairement doublé la quantité de médicament par dose. Le parent a appelé la pharmacie car la dose semblait plus élevée que d'habitude et l'enfant souffrait de diarrhée.

FACTEURS CONTRIBUTIFS POSSIBLES :

- Noms de produits à présentation semblable lors de la saisie de l'ordonnance
- Instructions posologiques incomplètes sur l'étiquette
- Absence de double vérification indépendante



RECOMMANDATIONS :

- Uniformiser les instructions posologiques figurant sur l'étiquette afin d'y inclure la quantité (mg) et le volume (mL), de manière à réduire au minimum le risque d'interprétation erronée entre les différentes concentrations².
- Documenter les calculs de quantités et les inclure dans la double vérification indépendante par rapport à l'ordonnance originale¹.

Reconstitution

EXEMPLE D'INCIDENT :

Une suspension d'antibiotique prescrite à un enfant nécessitait trois flacons pour mener à bien le traitement. Le parent a remarqué qu'un flacon n'avait pas été reconstitué (c.-à-d. qu'il ne contenait que de la poudre) et que les deux autres flacons contenaient une suspension plus épaisse que d'habitude. Ces observations ont ensuite été confirmées par un membre du personnel de la pharmacie lorsque les flacons ont été rapportés à la pharmacie.

FACTEURS CONTRIBUTIFS POSSIBLES :

- Reconstitution reportée jusqu'à la récupération du médicament par le patient
- Vérification technique non effectuée après la reconstitution

RECOMMANDATION :

- Exiger que la vérification clinique soit effectuée par le pharmacien avant l'exécution de l'ordonnance et que la vérification technique finale (par le pharmacien ou le technicien en pharmacie) soit effectuée après la reconstitution¹.



Références

1. [Erreurs de médication pédiatrique dans le milieu communautaire : une analyse d'incidents multiples](#), Bulletin de l'ISMP Canada, 2022; 22(5) : p. 1 à 4..
2. [Analyse multi-incidents de rapports concernant de nouvelles insulines](#), Bulletin de l'ISMP Canada, 2026; 26(3) : p. 1 à 6.



Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires

Programme SMART pour la sécurité des médicaments

Septembre 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/ressource/echelle-defficacite/>

National Incident
Data Repository



Référentiel de données
nationales sur les incidents

CMIRPS
Canadian Medication Incident
Reporting and Prevention System

SCDPIM
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.





Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires

Programme SMART pour la sécurité des médicaments

EXEMPLE DE PLAN D'ACTION

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.