



Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2023, plus de 24 000 déclarations d'incidents médicamenteux ont été soumises par les pharmacies communautaires des provinces participantes afin de partager des connaissances et d'accroître l'amélioration de l'innocuité des médicaments.

La figure 1 présente les dix principaux types d'erreurs déclarées en 2023, la dose/fréquence incorrecte étant le type le plus fréquemment signalé.

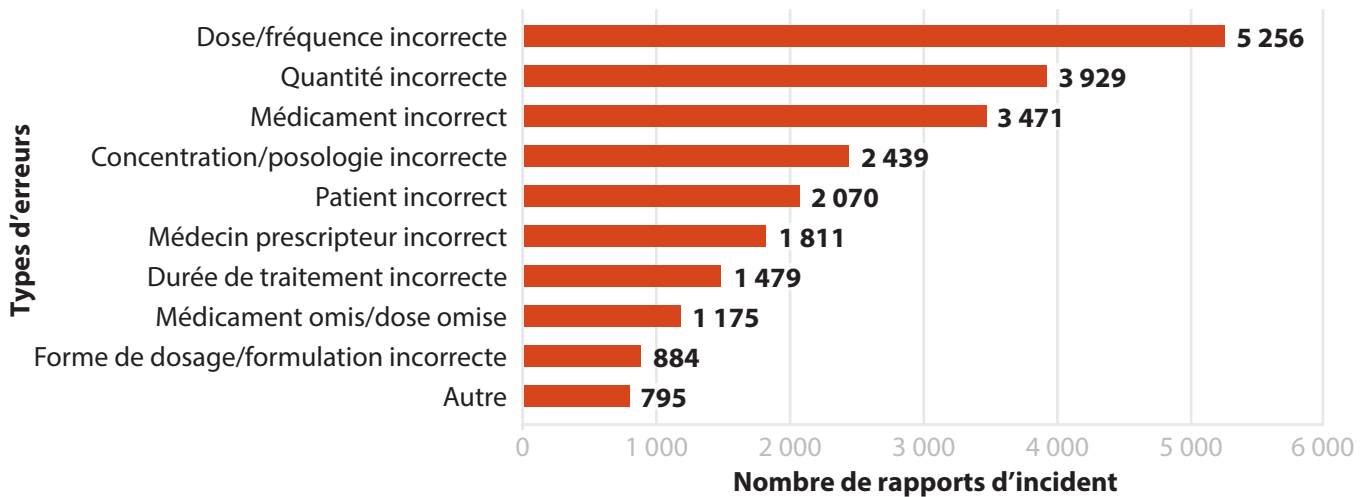


FIGURE 1. Les dix principaux types d'erreurs signalées par les pharmacies communautaires.

La figure 2 présente les cinq principaux facteurs contributifs signalés. Le facteur contributif le plus fréquemment signalé, « Problème d'environnement, de personnel ou de flux de travail », a fait l'objet d'une discussion dans les [Informations de sécurité provinciales du RDNI \(octobre 2023\)](#). Le deuxième facteur contributif le plus fréquemment signalé est un « problème de formation du personnel ». Sur les 2 061 rapports qui mentionnent ce facteur, 383 précisent « Médicaments/dispositifs nouveaux ou non familiers », et cette sous-catégorie a été choisie pour le présent numéro de l'Aperçu national.

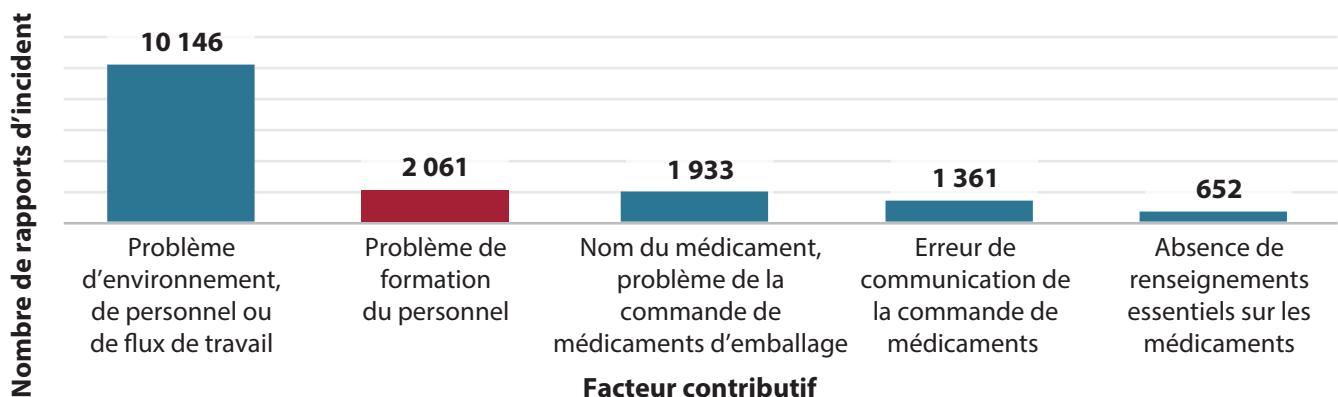


FIGURE 2. Cinq principaux facteurs contributifs signalés. Un aspect du facteur contributif « Problème de formation du personnel », en rouge dans la figure, fait l'objet du présent numéro de l'Aperçu national.



Formation du personnel : Médicaments/dispositifs nouveaux ou non familiers

La figure 3 présente les cinq principales catégories d'erreurs de médicament liées au facteur contributif « Médicaments/dispositifs nouveaux ou non familiers ».

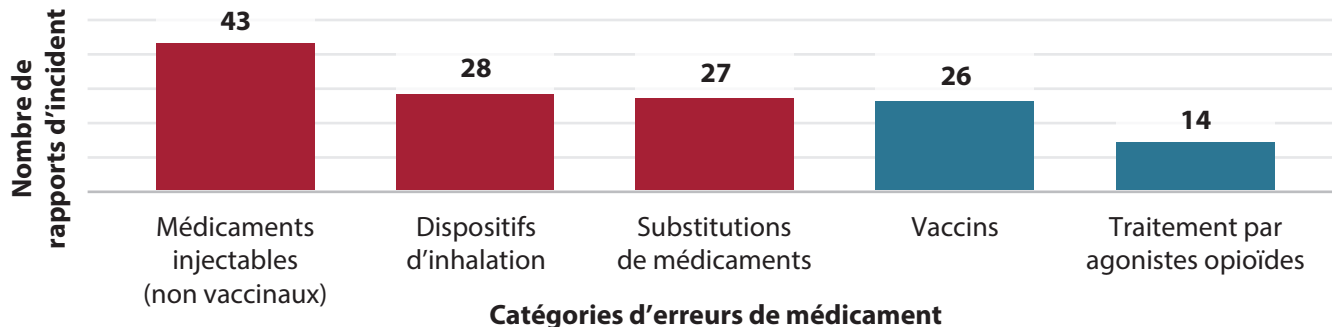


FIGURE 3. Les cinq principales catégories décrites dans les incidents déclarés liés à des « médicaments/dispositifs nouveaux ou non familiers ». Des renseignements supplémentaires sont fournis dans le texte pour les trois premières catégories en rouge.

De nombreux nouveaux médicaments et dispositifs d'administration s'y rapportant sont lancés chaque année, et il peut être difficile de se tenir au courant de l'évolution constante du paysage thérapeutique. Des conseils de sécurité sont fournis ci-dessous pour les trois premières catégories décrites dans les rapports d'incidents qui mentionnent la formation du personnel comme étant un facteur contributif, en lien avec les « médicaments/dispositifs nouveaux ou non familiers ».

Médicaments injectables (non vaccinaux)

Les problèmes soulevés concernant les médicaments injectables, notamment les produits biologiques et les agonistes du glucagon-like peptide-1 (GLP-1) comprenaient des erreurs de calcul de l'approvisionnement (en ce qui a trait au nombre de jours), la livraison de quantités incorrectes de stylos unidoses ou multidoses, et la sélection du mauvais dispositif d'administration en raison de numéros d'identification de médicaments (DIN) partagés. D'autres problèmes concernaient la confusion entre les stylos injecteurs d'insuline jetables et ceux non jetables, ainsi que des divergences entre les ordonnances rédigées en milligrammes (mg), mais généralement présentées en millilitres (ml) dans le système de gestion de la pharmacie.



Conseil de sécurité : Collaborez avec le personnel pour normaliser les processus de saisie des ordonnances afin que l'affichage des renseignements sur les médicaments soit cohérent, quelle que soit la personne qui saisit l'ordonnance¹.

Conseil de sécurité : Intégrez une double vérification indépendants dans le flux de travail de la pharmacie pour vérifier les calculs pour l'ajustement et la réduction de la dose².

Conseil de sécurité : Échangez des renseignements avec les membres de l'équipe de la pharmacie sur les nouveaux produits ajoutés aux stocks et sur les risques s'y rapportant³.



Dispositifs d'inhalation

Le vaste choix de dispositifs d'inhalation offerts dans le marché peut compliquer la tâche de l'équipe de la pharmacie qui doit se tenir au courant de leurs caractéristiques et de leur utilisation appropriée. Parmi les erreurs signalées concernant les dispositifs d'inhalation, il faut mentionner le choix du mauvais dispositif pour un principe actif, l'administration d'un médicament incorrect portant le même nom de dispositif (dans la marque) que le médicament voulu, et la délivrance de la seule concentration répertoriée dans le système de gestion de la pharmacie, croyant à tort qu'il s'agissait de la seule option disponible.



Conseil de sécurité : Intégrez la technologie des codes-barres pour vous assurer que le bon médicament est sélectionné pour l'administration².

Conseil de sécurité : Mettez en œuvre des stratégies visant à réduire la probabilité d'erreurs avec les médicaments nouvellement ajoutés aux stocks (p. ex., distinguer les médicaments qui se ressemblent et ceux qui ne se ressemblent pas)².

Substitutions de médicaments

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une catégorie de médicaments en tant que telle, le sujet des substitutions de médicaments est abordé dans cette discussion parce que dans le cas de certains des incidents déclarés, on indiquait une connaissance insuffisante des effets thérapeutiques de certains médicaments. Des erreurs se sont produites lorsque des membres de l'équipe de la pharmacie ont remplacé un médicament par un autre, en présumant qu'ils étaient interchangeables. Ce type d'erreur a donné lieu à des substitutions incorrectes concernant des contraceptifs et des traitements hormonaux transdermiques, ainsi qu'à des substitutions entre différentes formulations salines d'un même ingrédient actif, à une confusion entre des médicaments à libération prolongée et des médicaments à libération immédiate, et à l'utilisation de la mauvaise marque de médicament alors que l'ordonnance ne mentionnait que le nom générique.



Conseil de sécurité : Dans la mesure du possible, intégrez dans les systèmes de gestion de la pharmacie le nom générique et le nom de marque du médicament voulu, afin d'offrir une possibilité supplémentaire de vérification (p. ex., préciser Prograf en plus de tacrolimus)^{4,5}.

Conseil de sécurité : Informez de manière proactive le personnel concernant les pénuries de médicaments; de plus, fournissez des conseils d'ordre préventif sur des médicaments de remplacement et sur toute augmentation du risque liée à l'utilisation de produits non familiers ou de remplacement⁶.

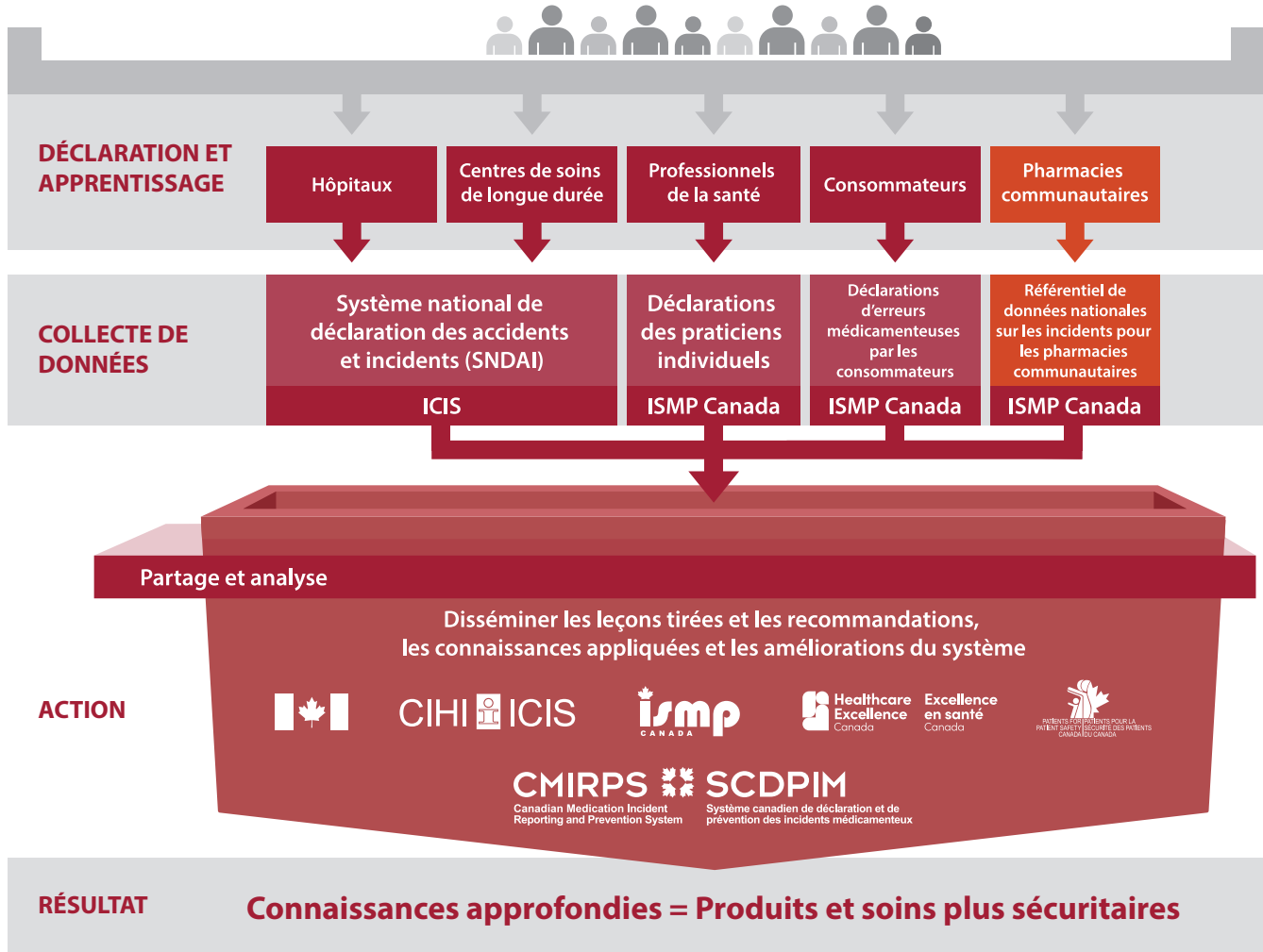
Références

1. Tenir compte de l'utilisateur final lors de la conception du registre d'administration des médicaments électronique (RAME) : la leçon tirée d'un incident mortel en soins de longue durée, Bulletin de l'ISMP Canada, 2018 [cité le 12 juin 2024]; 18(8) : 1-4. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/BISMPC2018n8-RAMe.pdf>
2. Medication Safety Self-Assessment for Community Pharmacy, Canadian version II, Toronto (Ontario) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada, 2022.
3. Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les pharmacies communautaires. Bulletin de sécurité de l'ISMP Canada. 2021 [consulté le 11 juin 2024]; 21(3):1-5. Disponible sur : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/2022/01/BISMPC2021-n3-evenements-pharmacies-communautaires.pdf>
4. Médicaments antirejet : Analyse des erreurs signalées, Bulletin de l'ISMP Canada, 2022 [cité le 23 mai 2024]; 22(1) : 1-4. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/2022/01/BISMPC2022-n1-medicaments-antirejet.pdf>
5. ALERTE : Confusion attribuable à l'envoi d'une ordonnance par télécopieur, Bulletin de l'ISMP Canada, 2012 [cité le 11 juin 2024]; 12(6) : 1-3. Accessible à l'endroit suivant : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/2021/12/BISMPC2012-06.pdf>
6. Confusion entre des médicaments à action rapide et à action prolongée administrés par injection : à quel moment le « sel » revêt-il de l'importance?, Bulletin de l'ISMP Canada, 2014 [cité le 28 mai]; 14(11) : 1-4. Accessible à l'endroit suivant : https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/BISMPC2014-11_MedicamentsActionRapideProlongee.pdf

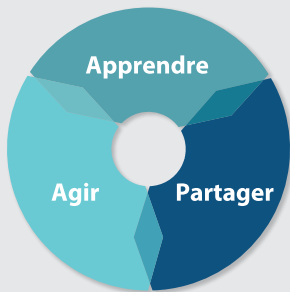


Aperçu national

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)



© ISMP Canada Juillet 2024



Depuis 2008, le RDNI a recueilli plus de 325 000 déclarations d'incidents médicamenteux soumises par les pharmacies communautaires. L'ISMP Canada est engagée à analyser les rapports et à susciter et disséminer les apprentissages avec, pour objectif primordial, d'améliorer les systèmes de soins de santé et la sécurité liée aux médicaments.

L'**aperçu national du RDNI** procure de l'information sur les types d'incidents médicamenteux rapportés par les pharmacies communautaires au Canada. Les bulletins de sécurité fournissant analyses et recommandations détaillées sont disponibles ici : <https://ismpcanada.ca/fr/safety-bulletins/>

Merci de déclarer les incidents médicamenteux. Vos efforts contribuent à alimenter le cycle d'apprentissage, de partage et d'actions!

Financement assuré par Santé Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada. © ISMP Canada 2024

