



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR
LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

**Incidents
Médicamenteux**

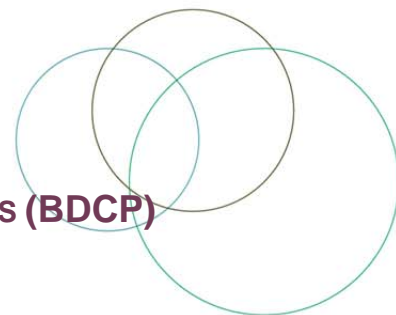
REMERCIEMENTS



L'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients ont collaboré à un ensemble de travaux pour corriger les lacunes des indicateurs de préjudices et pour contribuer aux efforts d'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens.

La Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital a été élaborée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour servir de complément à la mesure des préjudices à l'hôpital développée par l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle fait le lien entre la mesure et l'amélioration en fournissant des ressources fondées sur des données probantes qui soutiendront les efforts d'amélioration de la sécurité des patients.

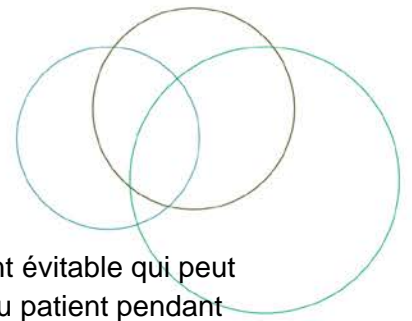
L'institut canadien pour la sécurité des patients tient à remercier et à souligner l'importante contribution de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada), pour la révision et l'approbation de cette Ressource d'amélioration.



**CODES DE LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (BDGP)
COMPRIS DANS CETTE CATÉGORIE CLINIQUE**

A10 : Incidents médicamenteux	
Concept	Incident lié à l'administration du mauvais médicament ou d'une dose inadéquate, décelé au cours d'un séjour à l'hôpital.
Remarques	Ce groupe clinique exclut les effets indésirables au cours de l'usage thérapeutique.
Critères de sélection	T36-T50 Code inscrit comme diagnostic de type (2)
Codes	Description des codes
T36.–	Intoxication par antibiotiques systémiques
T37.–	Intoxication par d'autres anti-infectieux et antiparasitaires systémiques
T38.–	Intoxication par hormones et leurs substituts synthétiques et antagonistes, non classés ailleurs
T39.–	Intoxication par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatisants
T40.–	Intoxication par narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes]
T41.–	Intoxication par anesthésiques et gaz thérapeutiques
T42.–	Intoxication par anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et anti-parkinsoniens
T43.–	Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs
T44.–	Intoxication par médicaments agissant essentiellement sur le système nerveux autonome
T45.–	Intoxication par substances essentiellement systémiques et hématologiques, non classées ailleurs
T46.–	Intoxication par substances agissant essentiellement sur le système cardiovasculaire
T47.–	Intoxication par substances agissant essentiellement sur le tractus gastro-intestinal
T48.–	Intoxication par substances agissant essentiellement sur les muscles lisses et striés, et sur l'appareil respiratoire
T49.–	Intoxication par substances à usage topique agissant essentiellement sur la peau et les muqueuses, et par médicaments à usage ophtalmologique, otorhinolaryngologique et dentaire
T50.–	Intoxication par diurétiques, et par des drogues, médicaments et substances biologiques, autres et sans précision





SURVOL ET IMPLICATIONS

Les incidents médicamenteux se définissent comme suit : « Tout événement évitable qui peut causer ou entraîner une utilisation inappropriée de médicaments ou nuire au patient pendant que le médicament est sous le contrôle du professionnel de la santé, du patient ou du consommateur. Les incidents médicamenteux peuvent être liés à la pratique professionnelle, aux produits pharmaceutiques, aux procédures et aux systèmes, ce qui inclut la prescription, la communication de l'ordonnance, l'étiquetage, l'emballage et la nomenclature des produits, la composition, la préparation, la distribution et l'administration du médicament, ainsi que l'éducation, le suivi et l'usage » (ISMP Canada, Définitions, 2016). L'innocuité des médicaments est une responsabilité partagée par les membres de l'équipe de soins, le personnel et les dirigeants de l'établissement.

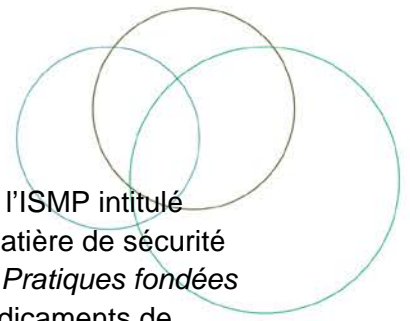
Dans l'Étude canadienne sur les événements indésirables, les événements liés aux médicaments et aux solutés arrivent au deuxième rang des types d'incident indésirable les plus courants (Baker et coll., 2004). Le comité de l'Institute of Medicine (IOM) chargé de cerner et de prévenir les erreurs médicamenteuses estime qu'au moins 1,5 million d'événements iatrogènes médicamenteux (EIM) évitables surviennent chaque année aux États-Unis (Aspden et coll., 2006). Le rapport de l'Institute of Medicine, intitulé *To Err is Human and Preventing Medication Errors*, révèle que les incidents médicamenteux sont le type d'incident indésirable qui arrive le plus souvent dans le domaine des soins de santé et que, aux États-Unis, les incidents médicamenteux évitables entraînent jusqu'à 7 000 décès par année dans les hôpitaux, ainsi que des dizaines de milliers d'autres dans les cliniques de soins ambulatoires.

Une étude menée par Lucian Leape et ses collègues a permis d'établir la fréquence de l'occurrence d'erreurs à chaque étape du processus d'utilisation des médicaments à l'hôpital : 39 % à la prescription, 12 % au traitement et à la transcription de l'ordonnance, 11 % à la distribution et 38 % à l'administration. Près de la moitié des erreurs de prescription ont été interceptées par les infirmières et les pharmaciens et environ le tiers des erreurs de transcription ont été décelées et corrigées avant l'administration du médicament. Cependant, seulement 2 % des erreurs survenant à l'étape de l'administration ont été interceptées (Leape et coll., 1995). Plusieurs autres études récentes ont évalué la prévalence des incidents médicamenteux et leur coût pour le système des soins de santé (Bell et coll., 2011; Bishop et coll., 2015; Scales et coll., 2016; Lee et coll., 2010).

Médicaments de niveau d'alerte élevé

Les médicaments de niveau d'alerte élevé (ou de niveau de risque élevé) sont des médicaments qui comportent un plus grand risque de causer d'importants préjudices aux usagers s'ils sont utilisés par erreur. Comme le souligne l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada (ISMP), même si les erreurs d'utilisation ne sont pas plus fréquentes pour ce type de médicaments, lorsqu'elles surviennent, elles peuvent avoir de lourdes conséquences pour les patients (ISMP, 2011). Les médicaments de niveau d'alerte élevé comprennent, entre autres, les anticoagulants, les hypoglycémifiants, les opioïdes, les électrolytes concentrés, les agents chimiothérapeutiques et les bloqueurs





neuromusculaires. Pour une liste complète, il faut consulter le document de l'ISMP intitulé [High-Alert Médications in Acute Care Settings](#). Les pratiques connues en matière de sécurité peuvent réduire le risque de préjudice; elles sont énumérées plus loin sous *Pratiques fondées sur des données probantes*, « Instaurer des règles de sécurité pour les médicaments de niveau d'alerte élevé » (IHI, 2012).

Bilan comparatif des médicaments

Pour dispenser des soins sécuritaires, il est essentiel de communiquer efficacement au sujet des médicaments. La probabilité que des événements indésirables se produisent dans les organismes de santé de l'ensemble du continuum de soins sera réduite en repérant et en corrigeant les anomalies liées aux médicaments (Agrément Canada et coll., 2012).

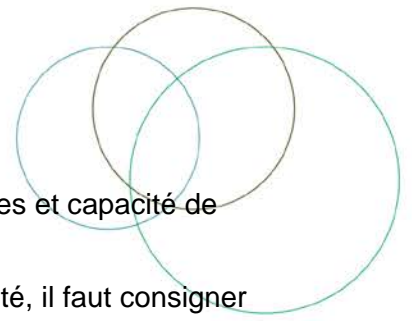
Le bilan comparatif des médicaments est un processus en trois étapes au cours duquel les prestataires des soins de santé travaillent de concert avec les patients, leurs familles et les autres prestataires de soins dans le but de s'assurer que des renseignements précis et détaillés sur les médicaments soient systématiquement communiqués à tous les points de transition des soins (*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, 2011). Le bilan comparatif des médicaments consiste à faire un examen systématique et approfondi de tous les médicaments que prend un patient pour s'assurer que les médicaments ajoutés, modifiés ou interrompus sont soigneusement évalués. Il représente un volet essentiel de la gestion des médicaments et permettra aux médecins prescripteurs de décider de manière éclairée des médicaments qui conviennent le mieux au patient. La littérature concernant l'incidence du bilan comparatif des médicaments ne cesse de se bonifier. Cette procédure s'avère être une stratégie puissante pour réduire les événements indésirables liés à la médication tout au long du cheminement des patients dans le continuum de soins (Alex et coll., 2016; Boockvar et coll., 2011; Eggnik et coll., 2010; Vira et coll., 2006; Whittington, Cohen, 2004; Rozich et coll., 2004; Mekonned et coll., 2016; Michels, Meisel, 2003).

Événements qui ne devraient jamais arriver (Institut canadien pour la sécurité des patients, 2015)

Le rapport intitulé [Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada](#) énumère cinq événements *pharmaceutiques* de ce type qui pourraient causer un grave préjudice pour le patient, voire la mort, et qui peuvent être évités à l'aide de contrôles et de vérifications à l'échelle organisationnelle :

- Erreur au niveau de la voie d'administration d'agents chimiothérapeutiques, comme la vincristine administrée par voie intrathécale (injectée dans le canal rachidien).
- Administration intraveineuse d'une solution de potassium concentré.
- Injection accidentelle d'épinéphrine destinée à un usage topique.
- Surdose d'hydromorphone par l'administration d'une solution plus concentrée que prévu (p. ex., 10 fois le dosage en tirant une dose d'une solution de 10 mg/ml au lieu d'une solution de 1 mg/ml ou en ne tenant pas compte de l'ajustement nécessaire par la dilution ou le dosage).





- Blocage neuromusculaire sans sédation, contrôle des voies aériennes et capacité de ventilation.

Pour être en mesure de suivre les progrès du système en matière de sécurité, il faut consigner les renseignements sur l'incidence des événements qui ne devraient jamais arriver et communiquer les leçons apprises de l'examen des incidents.

OBJECTIF

Prévenir les incidents médicamenteux liés à une erreur d'administration ou de dosage de médicaments lors d'un séjour à l'hôpital.

IMPORTANCE POUR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

Les patients et les familles peuvent jouer un rôle important dans la réduction des erreurs et des préjudices causés au patient lorsqu'ils connaissent les médicaments pris et comprennent pourquoi ils sont pris (IHI, 2012).

Récit de patient

La mission d'un beau-fils de vouloir changer le système

Un beau-fils en mission pour changer le système. **Claire Friedman** n'était pas la belle-mère qu'on voit dans les comédies à la télévision ou qui lance des phrases-chocs. Elle était active et vive d'esprit, et elle était aimée de ses amis et de sa famille. Alors, quand Bernie Weinstein est allé à l'hôpital ce jour de 2002 et a vu sa belle-mère attachée à une chaise, ce fut tout un choc.

PRATIQUES ÉCLAIRÉES PAR LES DONNÉES PROBANTES

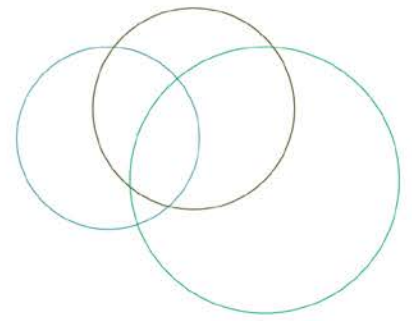
1. Effectuer une Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments

L'Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments en milieu hospitalier de l'ISMP Canada peut servir à mieux faire connaître les nombreuses caractéristiques d'un système d'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP Canada, 2016).

Voici quelques exemples de recommandations pour prévenir les erreurs liées aux médicaments :

- Messages-guides dans les systèmes d'ordonnance électronique (p. ex. avertissements d'allergie et d'interaction médicamenteuse).
- Disponibilité des sources d'information sur les médicaments et accessibilité à ces sources.
- Inscription de l'indication du médicament sur l'ordonnance; choix de ne pas utiliser d'abréviations dangereuses ou d'inscriptions numériques.
- Communication de renseignements pertinents au patient.





- Utilisation d'un logiciel d'aide à la décision.
- Utilisation de l'identification automatisée (p. ex. codes à barres).

2. Mettre en œuvre le bilan comparatif des médicaments

(Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, 2011).

1. Élaborer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) précis et détaillé pour les médicaments du patient, comprenant le nom, la dose, la voie d'administration et la fréquence. Pour ce faire, il faut :
 - a. Un processus systématique d'entrevue avec le patient et sa famille.
 - b. L'analyse d'au moins une autre source de renseignements fiable.
2. Faire le bilan comparatif des médicaments : utiliser le MSTP pour créer les ordonnances à l'admission ou comparer le MSTP avec les ordonnances à l'admission, au transfert ou au congé; déceler et régler toute différence ou anomalie.
3. Consigner les modifications à apporter aux ordonnances, le cas échéant, et les communiquer au patient, à sa famille ou à son prestataire de soins, ainsi qu'au professionnel de la santé qui le prendre en charge.

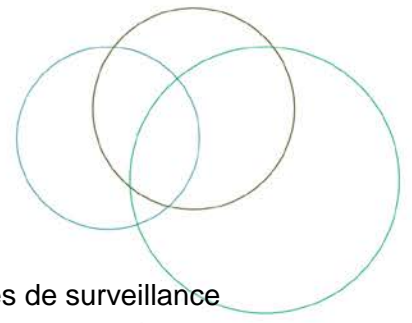
À terme, le but est d'instaurer une procédure qui permet de dresser une liste précise pouvant être utilisée par tous les professionnels de la santé pour rédiger les ordonnances lorsque les patients sont admis, transférés au sein de l'établissement et, éventuellement, renvoyés à la maison, de même que pour réduire le risque d'événements indésirables liés à la médication.

3. Instaurer des processus sécuritaires pour les médicaments de niveau d'alerte élevé

(IHI, 2012)

1. Quelques façons de prévenir tout préjudice :
 - a. Élaborer un ensemble de modèles d'ordonnances, de formulaires d'ordonnance pré imprimés et de cheminements cliniques ou de protocoles de soins pour instaurer une démarche uniforme lorsqu'il faut traiter des patients ayant les mêmes problèmes, la même maladie ou les mêmes besoins.
 - b. Réduire au minimum la variabilité en établissant comme norme l'utilisation de concentrations et de dosages minimaux pour prodiguer des soins sécuritaires.
 - c. Inclure des rappels et des renseignements sur les paramètres de surveillance appropriés dans les ensembles de modèles d'ordonnances, les protocoles et les feuilles de soins.
 - d. Envisager d'instaurer des protocoles pour les populations vulnérables, comme les personnes âgées, les enfants et les patients obèses.
 - e. Utiliser des lettres majuscules sur les étiquettes produites à la pharmacie pour distinguer les noms de médicaments qui peuvent être confondus.





2. Quelques façons de cerner les erreurs et les préjudices :
 - a. Inclure des rappels et des renseignements sur les paramètres de surveillance appropriés dans les ensembles de modèles d'ordonnances, les protocoles et les feuilles de soins.
 - b. Veiller à ce que les données de laboratoire cruciales soient mises à la disposition des personnes qui en ont besoin et qui peuvent prendre des mesures.
 - c. Instaurer des doubles vérifications indépendantes, lorsque c'est approprié.
 - d. Informer les patients des symptômes indiquant la présence d'effets secondaires et du moment où ils doivent communiquer avec le prestataire des soins de santé pour avoir de l'aide.
3. Quelques façons d'atténuer les préjudices :
 - a. Élaborer des protocoles permettant l'administration d'agents de neutralisation sans avoir à communiquer avec le médecin.
 - b. Veiller à ce que des antidotes et des agents de neutralisation soient à la portée de main.
 - c. Mettre en place des protocoles de secours.

Pour plus de détails sur les modifications à apporter pour améliorer la gestion de certaines catégories de médicaments (soit les anticoagulants, les narcotiques, l'insuline et des sédatifs), il faut consulter le document intitulé [How-to Guide: Prevent Harm from High-Alert Medications \(IHI, 2012\)](#).

4. Améliorer les processus de base pour commander les médicaments (IHI, 2016)

Plusieurs pratiques s'avèrent efficaces pour améliorer la sécurité générale des processus liés à la commande des médicaments. L'Institute for Healthcare Improvement (IHI) a dressé une liste des divers éléments à améliorer à ce chapitre.

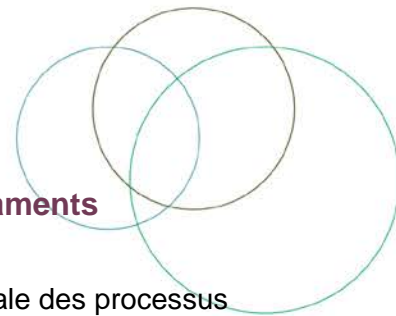
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ImproveCoreProcessesforOrderingMedications.aspx>

5. Améliorer les processus de base pour distribuer les médicaments (IHI, 2016)

Plusieurs pratiques s'avèrent efficaces pour améliorer la sécurité générale des liés à la distribution des médicaments. L'IHI a dressé une liste des divers éléments à améliorer à ce chapitre.

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ImproveCoreProcessesforDispensingMedications.aspx>





6. Améliorer les processus de base pour administrer les médicaments

(IHI, 2016)

Plusieurs pratiques s'avèrent efficaces pour améliorer la sécurité générale des processus liés à l'administration des médicaments. L'IHI a dressé une liste des divers éléments à améliorer à ce chapitre.

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ImproveCoreProcessesforAdministeringMedications.aspx>

7. Effectuer des examens cliniques et systématiques

(Voir ci-dessous pour plus de détails)

Examens cliniques et systématiques, analyse des incidents et accidents

Les occurrences de préjudices sont souvent complexes et comportent de nombreux facteurs. Les organisations doivent :

1. Mesurer et surveiller les types et la fréquence de ces occurrences.
2. Utiliser des méthodes d'analyse appropriées pour comprendre les facteurs contributifs.
3. Identifier et mettre en œuvre des solutions ou des interventions qui sont conçues pour prévenir la récurrence et réduire le risque de préjudice.
4. Avoir des mécanismes en place pour atténuer les conséquences de préjudices quand ils se produisent.

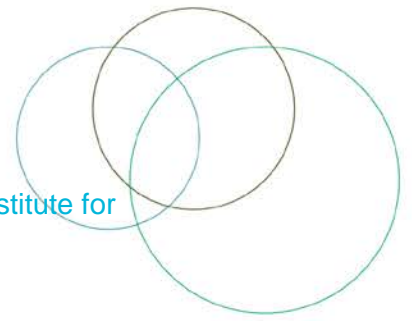
Pour développer une compréhension plus approfondie des soins prodigués aux patients, les vérifications de dossiers, les analyses d'incidents et les analyses prospectives peuvent être utiles pour identifier les possibilités d'amélioration de la qualité. Des liens vers des ressources clés liées aux méthodes d'analyse sont inclus dans la section des Ressources pour effectuer des analyses d'incidents et prospectives.

Les vérifications de dossiers sont recommandées comme moyen de développer une compréhension plus approfondie des soins prodigués aux patients identifiés par l'indicateur des préjudices à l'hôpital. La vérification de dossiers permet d'identifier des possibilités d'amélioration de la qualité.

Ressources utiles pour effectuer des examens cliniques et systématiques :

- Processus d'examen de dossiers médicaux (voir Introduction aux Ressources d'amélioration)
- [Cadre canadien d'analyse des incidents](#) et accidents
- [Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents](#)
- [Modèle canadien d'analyse des modes de défaillances et de leurs effets \(AMDE\)](#) de l'ISMP Canada





- Outil d'analyse des modes de défaillances et de leurs effets de l'Institute for Healthcare Improvement (en anglais seulement)

Autres conseils liés à l'utilisation sécuritaire des médicaments

Optimisation des médicaments

(NICE, 2015)

L'optimisation des médicaments se définit *comme une approche axée sur la personne afin d'assurer une utilisation sécuritaire et efficace des médicaments pour que les patients en retirent les meilleurs résultats possible. La prise de décision partagée est un volet essentiel à la médecine basée sur des données probantes, qui vise à se servir des meilleures données disponibles pour orienter les décisions concernant les soins à donner au patient, en tenant compte de ses besoins, préférences et valeurs.*

Voici les huit recommandations pour optimiser les médicaments :

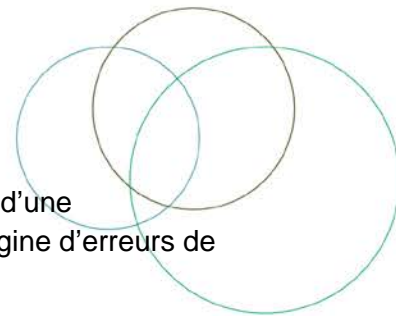
1. Systèmes permettant de détecter, de déclarer et d'apprendre des incidents médicamenteux.
2. Systèmes de communication liée aux médicaments lorsque les patients sont transférés d'un milieu de soins à un autre.
3. Bilan comparatif des médicaments.
4. Revue des médicaments.
5. Plans d'auto gestion.
6. Outils d'aide à la décision pour les patients lors des consultations nécessitant la prescription de médicaments.
7. Aide à la décision clinique.
8. Modèles de fonctionnement organisationnel et intersectoriel en ce qui concerne les médicaments.

Prévention des erreurs de médicaments

(NCC-MERP, 2016)

1. Encourager la normalisation des processus pour éviter les aspects propices à l'erreur lors de l'acquisition, de la prescription, de la distribution, de l'administration et de l'élimination des médicaments.
2. Encourager la responsabilité partagée et les solutions systémiques afin d'améliorer l'utilisation des médicaments et réduire au minimum le risque d'erreur humaine.
3. Promouvoir et encourager l'utilisation sécuritaire et la maîtrise de la technologie pour prévenir les erreurs de médicaments.





4. Mieux sensibiliser à la nécessité d'un emballage, d'un étiquetage et d'une nomenclature distincts des produits ayant été ou pouvant être à l'origine d'erreurs de médicaments.
5. Renseigner les consommateurs et les patients sur les stratégies à adopter pour prévenir les erreurs de médicaments, qu'ils soient obtenus sur ordonnance ou en vente libre.
6. Renseigner les professionnels de la santé sur les causes des erreurs de médicaments et sur les stratégies de prévention à adopter.

INDICATEURS

La mesure est au cœur de l'amélioration de la qualité, surtout lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre des interventions. Les indicateurs de mesures choisis permettront de déterminer s'il y a des retombées (résultat principal), si l'intervention est bel et bien menée (indicateurs de processus) et s'il y a des conséquences imprévues (indicateurs d'équilibrage).

Voici quelques indicateurs recommandés que vous pouvez utiliser au besoin pour suivre vos progrès. En choisissant vos indicateurs, envisagez les éléments suivants :

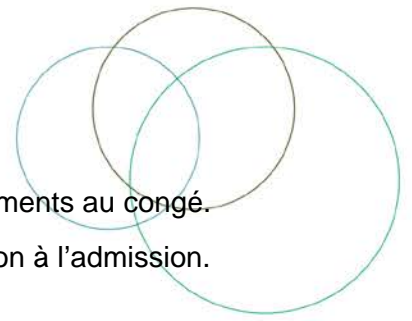
- Lorsque possible, utilisez des indicateurs dont vous vous servez déjà pour collecter des données pour d'autres programmes.
- Évaluez votre choix d'indicateurs en fonction de l'utilité des résultats finaux et des ressources nécessaires pour les obtenir; essayez de maximiser l'utilité tout en minimisant les ressources.
- Essayez d'inclure des indicateurs de processus et de résultats dans votre système de mesure.
- Vous pouvez utiliser différents indicateurs ou modifier les indicateurs décrits ci-dessous pour les rendre plus appropriés et/ou utiles à votre contexte particulier. Cependant, il faut savoir que la modification des indicateurs peut limiter la comparabilité de vos résultats à d'autres.
- Afficher vos résultats de mesure dans votre établissement est une excellente façon de garder vos équipes motivées et conscientes des progrès. Essayez d'inclure des indicateurs que votre équipe trouverait pertinents et passionnants (IHI, 2012).

Pour en savoir plus sur la mesure visant l'amélioration, contacter l'équipe responsable des mesures de l'Institut pour la sécurité des patients : measurement@cpsi-icsp.ca

Résultat – Bilan comparatif des médicaments

1. Pourcentage de patients ayant reçu un bilan comparatif des médicaments à l'admission.
2. Pourcentage de patients ayant reçu un bilan comparatif des médicaments au transfert.





3. Pourcentage de patients ayant reçu un bilan comparatif des médicaments au congé.
4. Pourcentage de patients faisant l'objet d'une révision de la médication à l'admission.

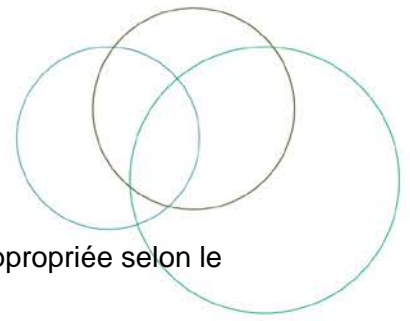
Résultat – Médicaments de niveau d'alerte élevé

1. Événements indésirables liés à la médication associés aux narcotiques sur 100 patients admis ayant reçu un narcotique.
2. Événements indésirables liés à la médication associés aux anticoagulants sur 100 patients admis ayant reçu un anticoagulant.
3. Événements indésirables liés à la médication associés à l'insuline sur 100 patients admis ayant reçu de l'insuline.
4. Événements indésirables liés à la médication associés aux sédatifs sur 100 patients admis ayant reçu des sédatifs.
5. Pourcentage de patients recevant de la warfarine en présence d'un RIN dépassant les limites du protocole.
6. Pourcentage de patients recevant de l'héparine en présence d'un temps de thromboplastine partielle activée (TTPa) dépassant les limites du protocole.
7. Pourcentage de patients recevant de l'insuline en présence d'une glycémie dépassant les limites du protocole.
8. Pourcentage de patients recevant des narcotiques qui ont besoin d'un traitement subséquent au naloxone.
9. Pourcentage de patients recevant des sédatifs qui ont besoin d'un traitement subséquent au flumazénil.

Processus – Bilan comparatif des médicaments

1. Pourcentage de patients utilisant plus d'une source pour leur MSTP.
2. Pourcentage de patients pour lesquels l'utilisation réelle des médicaments a été vérifiée par le patient ou le prestataire de soins.
3. Pourcentage de patients pour lesquels le MSTP et les ordonnances à l'admission indiquent le nom, la dose, la voie d'administration et la fréquence de chaque médicament.
4. Pourcentage de patients pour lesquels tout médicament inscrit dans le MSTP a fait l'objet d'une ordonnance à l'admission.
5. Pourcentage de patients pour lesquels le médecin prescripteur a inscrit le motif pour poursuivre ou cesser de prendre chacun des médicaments.





Processus – Médicaments de niveau d'alerte élevé

1. Pourcentage d'administrations de narcotiques gérées de manière appropriée selon le protocole.
2. Pourcentage d'administrations d'anticoagulant gérées de manière appropriée selon le protocole.
3. Pourcentage d'administrations d'insuline gérées de manière appropriée selon le protocole.
4. Pourcentage d'administrations de sédatifs gérées de manière appropriée selon le protocole.
5. Pourcentage de médicaments n'ayant pas fait l'objet d'un bilan comparatif des médicaments.
6. Pourcentage de médicaments n'ayant pas fait l'objet d'un bilan comparatif des médicaments sur 100 admissions.

En plus des mesures mentionnées ci-dessus, vous aurez peut-être à créer vos propres indicateurs d'amélioration des processus en fonction des résultats de vos propres examens clinique et systématique et de la cible de vos efforts d'amélioration.

NORMES ET PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES

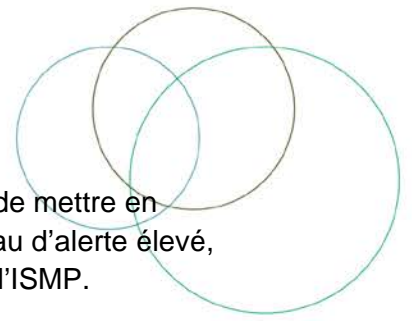
Normes d'Agrément Canada

Les normes sur la gestion des médicaments favorisent une approche collaborative visant à prévenir et à réduire les incidents médicamenteux en abordant tous les aspects du processus de gestion des médicaments, des ordonnances, de la sélection, de la préparation et de la distribution jusqu'à l'administration du médicament au patient et à la surveillance continue de ce dernier. Les normes sur la gestion des médicaments renferment également un certain nombre de pratiques organisationnelles requises visant à prévenir les incidents médicamenteux.

Pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada

1. *Électrolytes concentrés* : Les organismes sont tenus d'évaluer et de limiter la disponibilité des électrolytes concentrés afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents nocifs liés aux médicaments ne sont pas entreposées dans les unités de soins.
2. *Sécurité liée l'héparine* : Les organismes sont tenus d'évaluer et de limiter la disponibilité des produits à l'héparine afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents nocifs liés aux médicaments ne sont pas entreposées dans les unités de soins.



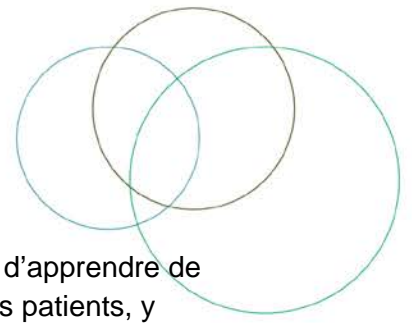


3. *Médicaments de niveau d'alerte élevé* : Les organismes sont tenus de mettre en œuvre une stratégie complète de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé, en fonction de la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé de l'ISMP.
4. *Sécurité liée aux narcotiques* : Les organismes sont tenus de vérifier et de retirer des unités de soin tous les produits narcotiques (opioïdes) qui peuvent causer des incidents nocifs liés aux médicaments.
5. *Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées* (appelée autrefois *Abréviations dangereuses*) : Les organismes sont tenus d'établir et de mettre en œuvre une liste d'abréviations, de symboles et d'inscriptions numériques qui ne doivent pas être utilisés au sein de l'organisme. Cette liste doit être conforme à la liste « Ne pas utiliser : Abréviations, symboles et inscriptions numériques dangereuses » de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada (ISMP).
6. *Bilan comparatif des médicaments (BCM) aux points de transition des soins* : Un BCM est nécessaire lors de la prestation des services suivants : soins aigus, soins ambulatoires, service d'urgence, soins à domicile et soins communautaires, soins de longue durée et abus de substances. Les organismes sont tenus d'enclencher ou d'effectuer un BCM pour tous les patients ou pour un groupe cible, selon l'établissement et la population desservie.

Autres POR, non spécifiques aux médicaments, qui portent sur les incidents médicamenteux ou qui permettent de les prévenir :

- *Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers* est une POR se trouvant dans les normes sur le leadership qui exige que les organismes signalent les incidents à la sécurité des usagers, en tirent des leçons et les corrigent, y compris ceux liés aux médicaments.
- *Identification des usagers* (appelée autrefois *Deux identificateurs de l'utilisateur*) exige que les équipes de soins aient recours à au moins deux identificateurs uniques à la personne avant de prodiguer les soins (y compris l'administration de médicaments).
- *Transfert de l'information aux points de transition des soins* exige que les équipes de soins communiquent l'information de manière efficace aux points de transition des soins.
- *Sécurité liée aux pompes à perfusion* (appelée autrefois *Formation sur les pompes à perfusion*) exige que les équipes de soins formées à l'utilisation des pompes à perfusion, que leurs compétences soient évaluées et que les problèmes liés aux pompes à perfusion soient signalés et réglés.





ALERTES MONDIALES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

[Alertes mondiales sur la sécurité des patients](#) offre l'accès et la possibilité d'apprendre de d'autres établissements sur des accidents spécifiques liés à la sécurité des patients, y compris des alertes, des avis, des recommandations et des solutions pour améliorer les soins et la prévention des accidents destinés aux prestataires et aux établissements de santé. L'apprentissage de l'expérience des autres établissements peut accélérer l'amélioration.

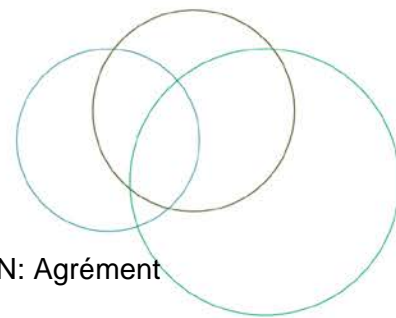
Termes de recherche recommandés :

- Médicaments de niveau d'alerte élevé
- Médicaments
- Administration de médicaments
- Distribution de médicaments
- Erreur de médicaments
- Incident médicamenteux
- Ordonnances
- Événement iatrogène médicamenteux évitable (ou Événement indésirable évitable lié à la médication)

EXEMPLES DE RÉUSSITE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES INCIDENTS MÉDICAMENTEUX

- [La mise en œuvre du BCM au Réseau de santé Horizon](#)
- [Trousse d'outils pour favoriser l'adoption des stylos injecteurs](#)



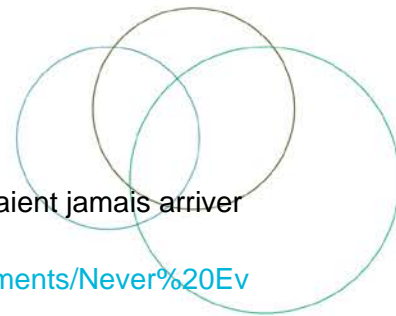


RÉFÉRENCES

- Agrément Canada. *Pratiques organisationnelles requises livrets*. Ottawa, ON: Agrément Canada. <https://accreditation.ca/fr/livrets-sur-les-pors>
- Agrément Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien pour la sécurité des patients, Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. *Bilan comparatif des médicaments au Canada: Hausser la barre. Progrès à ce jour et chemin à parcourir*. Ottawa, ON: Agrément Canada; 2012. <https://accreditation.ca/sites/default/files/med-rec-fr.pdf>
- Alex S, Adenew AB, Arundel C, Maron DD, Kerns JC. Medication errors despite using electronic health records: The value of a clinical pharmacist service in reducing discharge-related medication errors. *Qual Manag Health Care*. 2016; 25 (1): 32–37. doi: 10.1097/QMH.0000000000000080.
- Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR. *Preventing medication errors. Quality chasm series*. Institute of Medicine; 2006. <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2006/Preventing-Medication-Errors-Quality-Chasm-Series.aspx>
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. *The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospitalized patients in Canada*. *CMAJ*. 2004; 170 (11): 1678-1686. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC408508/>
- Bell CM, Brener SS, Gunraj N, Huo C, et al. Association of ICU or hospital admission with unintentional discontinuation of medications for chronic diseases. *JAMA*. 2011; 306 (8): 840-847. doi: 10.1001/jama.2011.1206. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1104261>
- Bishop MA, Cohen BA, Billings LK, Thomas EV. Reducing errors through discharge medication reconciliation by pharmacy services. *Am J Health Syst Pharm*. 2015; 72 (17 Suppl 2): S120-S16. doi: 10.2146/sp150021.
- Boockvar KS, Blum S, Kugler A, et al. Effect of admission medication reconciliation on adverse drug events from admission medication changes. *Arch Intern Med*. 2011; 171 (9): 860-861. doi: 10.1001/archinternmed.2011.163. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=487036>
- Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Bilan comparatif des médicaments Trousse En avant*. Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/med-rec-resources-getting-started-kit.aspx>
- Eggink RN, Lenderink AW, Widdershoven JWVG, van den Bemt PMLA. The effect of a clinical pharmacist discharge service on medication discrepancies in patients with heart failure. *Pharm World Sci*. 2010; 32 (6): 759-766. doi: 10.1007/s11096-010-9433-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2993887/>



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Incidents Médicamenteux



Institut canadien pour la sécurité des patients. Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada. 2015.

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/neverevents/Documents/Never%20Events%20for%20Hospital%20Care%20in%20Canada%20FR.pdf>

Institute for Healthcare Improvement (IHI). *How-to Guide: Prevent harm from high-alert medications*. Cambridge, MA: IHI; 2012.

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventHarmfromHighAlertMedications.aspx>

Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Improve core processes for administering medications*. Cambridge, MA: IHI; 2016.

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ImproveCoreProcessesforAdministeringMedications.aspx>

Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Improve core processes for dispensing medications*. Cambridge, MA: IHI; 2016.

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ImproveCoreProcessesforDispensingMedications.aspx>

Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Improve core processes for ordering medications*. Cambridge, MA: IHI; 2016. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/default.aspx>

Institute for Healthcare Improvement (IHI). High-alert medication safety. *Improvement Map*. 2012. <http://app.ihl.org/imap/tool/#Process=b8541097-7456-4aab-a885-38c31950e6bf>

Institute for Safe Medication Practices (ISMP). *ISMP list of high-alert medications in acute care settings*. ISMP; 2011. <http://ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>

ISMP Canada. *Medication safety self-assessment (MSSA)*. 2016. <https://www.ismp-canada.org/mssa.htm>

ISMP Canada. *Definitions of terms*. 2016. <https://www.ismp-canada.org/definitions.htm>

Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, et al. Systems analysis of adverse drug events: ADE prevention study group. *JAMA*. 1995; 274 (1): 35-43.

Lee JY, Leblanc K, Fernandes OA, Huh JH, et al.. Medication reconciliation during internal hospital transfer and impact of computerized prescriber order entry. *Ann Pharmacother*. 2010 Dec;44(12):1887-95.

Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016; 6 (2): e010003. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010003. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769405/>

Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. *Am J Health-Sys Pharm*. 2003; 60 (19): 1982-1986.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). *Vision and mission*. 2016. <http://www.nccmerp.org/vision-and-mission>



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Incidents Médicamenteux



NICE Medicines and Prescribing Centre. *NICE guidelines: Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes*. NICE; 2015.
<http://www.nice.org.uk/guidance/NG5/>

Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, Macken PD, Lindsay ME, Resar RK. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Jt Comm J Qual Saf*. 2004; 30 (1): 5-14.

Scales DC, Fischer HD, Li P, et al. Unintentional continuation of medications intended for acute illness after hospital discharge: A population-based cohort study. *J Gen Intern Med*. 2016; 31 (2): 196-202. doi: 10.1007/s11606-015-3501-5.

Vira T, Colquhoun M, Etchells EE. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care*. 2006; 15 (2): 122-126.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464829/>

Whittington J, Cohen H. OSF healthcare's journey in patient safety. *Qual Manag Health Care*. 2004; 13 (1): 53-59.

RESSOURCES ET SITES WEB UTILES SUR LES INCIDENTS MÉDICAMENTEUX

Associations professionnelles et sites Web utiles

- [Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada](#)
- [Institut canadien pour la sécurité des patients](#)
- [The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention \(NCC MERP\)](#)
- [Cross Country MedRec Check-up](#)

Lignes directrices pour la prévention d'incidents médicamenteux

Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Bilan comparatif des médicaments Trousse En avant. Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011.
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/med-rec-resources-getting-started-kit.aspx>

Institute for Healthcare Improvement (IHI). *How-to Guide: Prevent harm from high-alert medications*. Cambridge, MA: IHI; 2012.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventHarmfromHighAlertMedications.aspx>

Institute for Healthcare Improvement (IHI). *How-to Guide: Prevent harm from high-alert medications — pediatric supplement*. Cambridge, MA: IHI.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventHarmfromHighAlertMedicationsPediatricSupplement.aspx>



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Incidents Médicamenteux



Institute for Healthcare Improvement (IHI). *How-to Guide: Prevent harm from high-alert medications — rural hospitals supplement*. Cambridge, MA: IHI; 2008.
<http://www.ihl.org/resources/pages/tools/howtoguidepreventharmfromhighalertmedicationsruralhospitalssupplement.aspx>

Purdue University PharmaTAP, et al. *Anticoagulant Toolkit: Reducing adverse drug events & potential adverse drug events with unfractionated heparin, low molecular weight heparins and warfarin*. Indianapolis, IN: Purdue University PharmaTAP; 2008.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/AnticoagulantToolkitReducingADEs.aspx>

Ressources supplémentaires pour la prévention des incidents médicamenteux

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*. Ottawa, ON: ICIS; 2012.
<https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1823>

Institut canadien pour la sécurité des patients, Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. *Stratégie nationale de mise en oeuvre du bilan comparatif des médicaments: Identification des leaders de pratique en bilan comparatif des médicaments au Canada*. ICSP et ISMP Canada; 2012. https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/Strategie_nationale_de_mise_en_oeuvre_du_BCM_Identification_des_leaders_de_pratique_en_BCM_au_Canada.pdf

Institute for Safe Medication Practices. *2016-2017 targeted medication safety best practices for hospitals*. ISMP; 2016. <http://www.ismp.org/Tools/BestPractices/default.aspx>

Institute for Safe Medication Practices. *Medication error prevention "toolbox"*. *Acute Care: ISMP Medication SafetyAlert!* 1999; June 2.

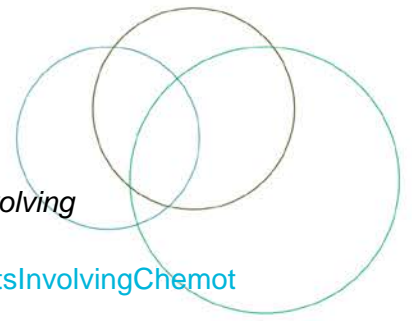
Institute for Safe Medication Practices Canada. *Event analysis report: Hydromorphone / morphine event*. Toronto, ON: ISMP Canada; 2004. http://www.ismp-canada.org/download/Hydromorphone_Morphine_RCA_Report_final12.pdf

Institute for Safe Medication Practices Canada. *Fluorouracil incident root cause analysis*. Toronto, ON: ISMP Canada; 2007. <http://www.ismp-canada.org/download/reports/FluorouracilIncidentMay2007.pdf>

Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Reduce adverse drug events involving antibiotics*. Cambridge, MA: IHI; 2016.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ReduceAdverseDrugEventsInvolvingAntibiotics.aspx>

Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Reduce adverse drug events involving anticoagulants*. Cambridge, MA: IHI; 2016.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ReduceAdverseDrugEventsInvolvingAnticoagulants.aspx>





- Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Reduce adverse drug events involving chemotherapy*. Cambridge, MA: IHI; 2016.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ReduceAdverseDrugEventsInvolvingChemotherapy.aspx>
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Reduce adverse drug events involving electrolytes*. Cambridge, MA: IHI; 2016.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ReduceAdverseDrugEventsInvolvingElectrolytes.aspx>
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Reduce adverse drug events involving insulin*. Cambridge, MA: IHI; 2016.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ReduceAdverseDrugEventsInvolvingInsulin.aspx>
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Reduce adverse drug events involving intravenous medications*. Cambridge, MA: IHI; 2016.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ReduceAdverseDrugEventsInvolvingIntravenousMedications.aspx>
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Reduce adverse drug events involving narcotics and sedatives*. Cambridge, MA: IHI; 2016.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ReduceAdverseDrugEventsInvolvingNarcoticsandSedatives.aspx>
- Feldman LS, Costa LL, Feroli ER, et al. Nurse-pharmacist collaboration on medication reconciliation prevents potential harm. *J Hosp Med*. 2012; 7 (5): 396–401. doi: 10.1002/jhm.1921.
- Pronovost P, Weast B, Schwarz M, et al. Medication reconciliation: a practical tool to reduce the risk of medication errors. *J Crit Care*. 2003; 18 (4): 201-205.

