

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 14 • Numéro 2 • Le 18 février 2014

Décès associés à des accidents liés à la médication survenus en dehors des centres hospitaliers réglementés

La prestation de services et de soins à domicile représente un élément de plus en plus important au niveau des soins médicaux¹. Cette tendance reflète un désir, de la part des gouvernements, des établissements de santé et des familles, de permettre aux patients de conserver leur autonomie le plus longtemps possible. Elle reconnaît aussi les risques associés aux soins prodigués en milieu hospitalier (au-delà des soins liés à la maladie à traiter) de telle sorte que si le patient reçoit un congé rapide de l'hôpital et ce, en toute sécurité, plus il aura de chances de maintenir son autonomie^{2,3}. De plus, en raison des enjeux économiques touchant le système de santé canadien, l'intérêt est davantage porté sur les soins communautaires que ceux prodigués en centres de soins aigus⁴. Cependant, ce nouveau penchant pour les services en milieu communautaire ne se limite pas qu'aux soins médicaux. En effet, des services liés à la santé mentale, autrefois offerts uniquement en institution, sont maintenant offerts dans la communauté. Les organisations de services sociaux et de services correctionnels coordonnent et offrent aussi des soins communautaires (p. ex. dans des foyers de groupe, des foyers de soins spéciaux ou des maisons de transition). Or, la transposition de ces activités de santé dans le milieu communautaire entraîne un plus grand risque d'incidents et d'accidents liés à la médication, car des personnes n'ayant suivi aucune formation en soins de santé ou n'ayant aucune expérience dans le domaine doivent maintenant prendre en charge le processus complexe de la gestion sécuritaire des médicaments. Une analyse des incidents multiples (analyse des événements par agrégat) liés à la médication et associés à des décès en milieu communautaire a été faite en priorité dans le cadre d'un projet de collaboration entre l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments

du Canada (ISMP Canada) et quatre bureaux provinciaux du coroner en chef ou du médecin légiste en chef⁵. Cette analyse avait pour but de mieux comprendre les enjeux relatifs à la gestion des médicaments auxquels le personnel non membre d'un ordre professionnel et les consommateurs étaient confrontés. Le présent bulletin fait état des résultats de l'analyse, souligne les principaux thèmes et facteurs contributifs associés, et cerne des pistes d'amélioration au niveau du système.

Méthodologie

Des enquêtes concernant 122 décès associés à des accidents liés à la médication, réalisées par quatre bureaux provinciaux du coroner en chef ou du médecin légiste en chef sur une période de cinq ans (du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2012), ont été analysées par une équipe interdisciplinaire de l'ISMP Canada, puis versées dans une base de données sécurisée. De cet ensemble de données, 45 des accidents identifiés étaient survenus à domicile, dans un foyer de groupe ou dans un autre milieu résidentiel. Dans tous les cas, des médicaments ont été administrés par le patient, un membre de la famille ou un prestataire de soins non membre d'un ordre professionnel. L'analyse a été faite selon la méthode d'analyse d'incidents multiples décrite dans le Cadre canadien d'analyse des incidents⁶.

Résultats de l'analyse par agrégat

Le thème général ciblé était le déficit de connaissance entraînant des risques pour la sécurité du patient. Trois types de déficit de connaissance ont été déterminés, et chacun d'entre eux a été divisé en sous-thèmes (voir la

figure 1). En comprenant mieux comment ces accidents sont survenus, les professionnels de la santé pourront déterminer de façon proactive les éléments du système à améliorer et ainsi, réduire la récurrence de ces accidents tragiques.

Thème principal : Déficit de connaissance menant à une mauvaise interprétation liée à l'utilisation des médicaments

L'analyse des accidents a révélé que les professionnels de la santé et les consommateurs avaient une perception erronée par rapport à l'utilisation des médicaments. Ils sous-estimaient notamment les risques généraux associés à la prise de médicaments, tant pour les médicaments sur ordonnance que pour les médicaments en vente libre. En tout, 14 des décès survenus impliquaient les sous-thèmes suivants :

- surdosage intentionnel : « Deux comprimés seront plus efficaces qu'un seul »;
- partage de médicaments : « Si ce médicament est

efficace pour moi, il le sera pour toi »;

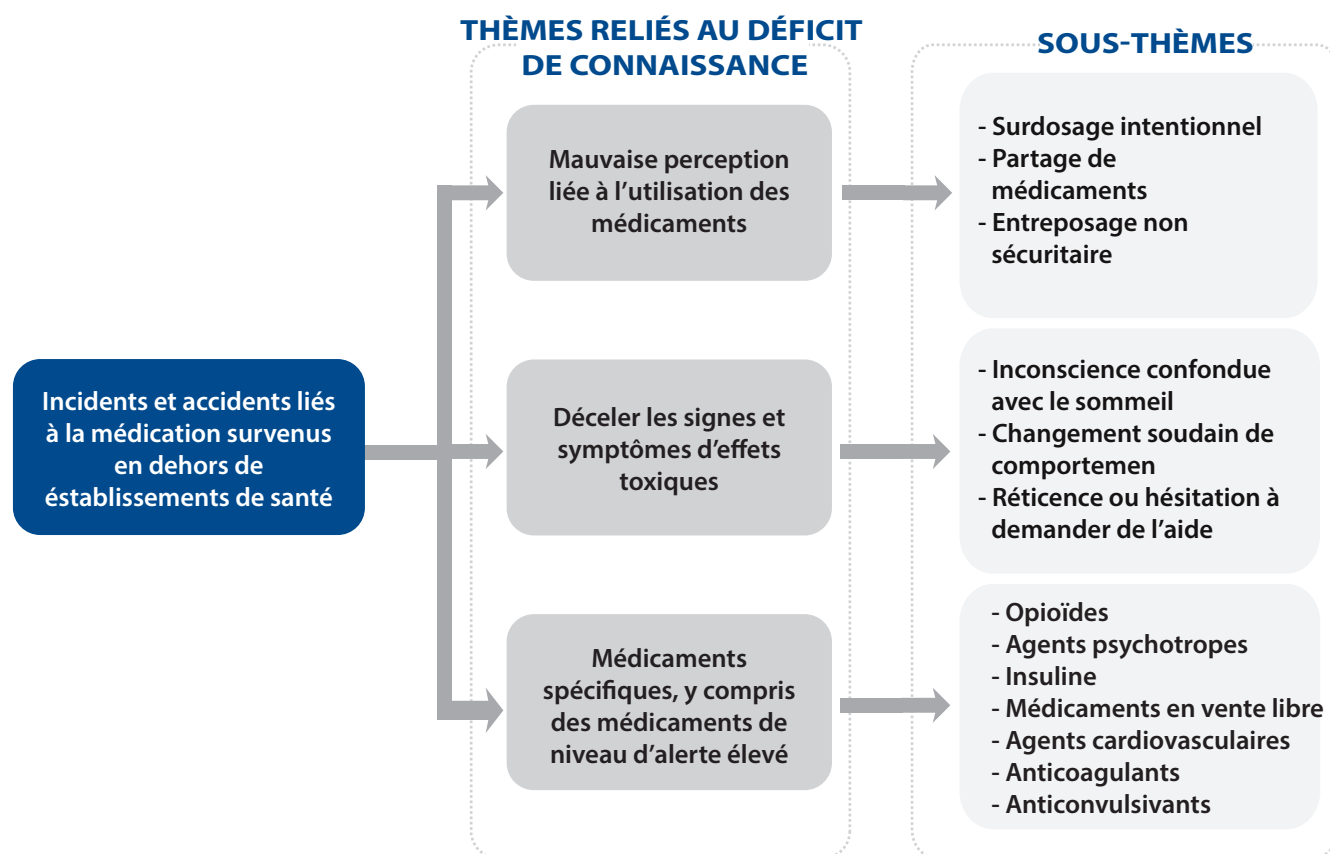
- entreposage non sécuritaire : « L'endroit où je garde mes médicaments est-il si important? ».

Sous-thème : Surdosage intentionnel : « Deux comprimés seront plus efficaces qu'un seul »

L'analyse des accidents liés à la médication a fait ressortir un certain nombre de situations dans lesquelles un médicament, sur ordonnance ou en vente libre, a été pris ou administré à une dose plus élevée que la dose prescrite ou indiquée sur l'étiquette. D'après la description des cas, des doses supplémentaires étaient parfois prises, des doses ne devant être prises qu'au besoin l'étaient régulièrement, et les directives n'étaient pas toujours suivies.

Un des facteurs contributifs identifiés était un manque de sensibilisation quant au risque accru d'effets indésirables ou d'effets toxiques graves associé à une augmentation de dose. Un facteur ayant pu contribuer à la prise régulière de médicaments ne devant être pris

Figure 1 : Principaux thèmes et sous-thèmes de l'analyse par agrégat



qu'au besoin était l'augmentation de la dose sans évaluation adéquate des symptômes (p. ex. fondée sur la présomption que le symptôme observé était attribuable à une évolution défavorable de la douleur).

Exemple d'accident

Une personne âgée est décédée à la suite de complications liées à la surutilisation d'un produit de médecine chinoise à base d'herbes contenant du salicylate de méthyle. Ce médicament en vente libre ne devait être appliqué qu'une ou deux fois par jour sur les jambes, pour soulager des douleurs liées à l'arthrite. Cependant, des témoins ont dit que la victime décédée a souvent utilisé ce médicament au moins trois ou quatre fois par jour. De plus, elle avait caché la fréquence d'utilisation de ce produit aux membres de sa famille après que ceux-ci lui eurent rappelé de ne l'utiliser qu'une ou deux fois par jour. La surutilisation de ce produit a causé de nombreux problèmes médicaux, associés à des complications vasculaires périphériques et ont contribué à sa mort.

Les patients peuvent décider, pour diverses raisons, de ne pas suivre les directives posologiques. Une mauvaise communication entre le médecin prescripteur et le patient, ainsi qu'une difficulté à interpréter les directives indiquées sur l'étiquette, peuvent contribuer à la prise d'une mauvaise dose. La prise de doses supplémentaires d'un médicament peut indiquer une gestion inefficace de la douleur et la nécessité d'une meilleure évaluation et une prise en charge des symptômes. Les médicaments en vente libre peuvent être perçus comme ayant une marge de sécurité plus étendue, ce qui n'est pas toujours le cas.

Sous-thème : Partage de médicaments : « Si ce médicament est efficace pour moi, il le sera pour toi »

Dans certains cas, la victime décédée avait pris intentionnellement un opioïde qui avait été prescrit pour quelqu'un d'autre (p. ex., une personne bien intentionnée a recommandé et fourni un analgésique opioïde à un ami). La description des cas laissait parfois supposer que la victime décédée avait eu l'impression que l'équipe de soins ne prenait pas bien en charge ses symptômes, ce qui a pu la pousser à suivre la recommandation de son ami.

Exemple d'accident

Un adulte a été trouvé mort chez lui. L'homme avait des antécédents de douleur chronique liée à un accident du travail et des antécédents de surconsommation d'alcool. Lors de l'autopsie, un timbre de fentanyl à 100 mcg/heure a été découvert sur son corps. Sa conjointe avait remarqué le timbre sur son bras le soir avant sa mort et lui avait demandé pourquoi il le portait; il lui avait répondu qu'un ami le lui avait fourni. Aucun timbre médicamenteux n'avait été prescrit à la victime décédée. Sa mort a été attribuée aux effets toxiques liés à l'association du fentanyl et de l'alcool chez une personne n'ayant, en toute apparence, jamais pris d'opioïdes.

Les personnes qui partagent leurs médicaments peuvent le faire avec les meilleures intentions du monde, c'est-à-dire pour aider quelqu'un. Cependant, peu d'entre elles savent que les effets d'un médicament dépendent grandement de leur état de santé, de leur niveau de tolérance au médicament ou des propriétés pharmacologiques du médicament. De nombreux médicaments nécessitent une évaluation, un dosage et une surveillance individuels; ils ne peuvent donc être partagés de façon sécuritaire.

Sous-thème : Entreposage non sécuritaire : « L'endroit où je garde mes médicaments est-il si important? »

De graves préjudices, y compris la mort, peuvent survenir lorsqu'une personne a accès à un médicament qui ne lui est pas destiné et l'utilise. Les accidents analysés ont permis de confirmer que la préparation d'un médicament à l'avance et l'entreposage non sécuritaire des médicaments correspondent à des pratiques risquées. Les opioïdes, en particulier, risquent de causer des préjudices s'ils sont utilisés par mégarde par la mauvaise personne.

Exemple d'accident

Une fillette est décédée après avoir ingéré une partie de la dose de méthadone liquide de son père. Son père avait pris une partie de la dose et avait mélangé le reste à du jus d'orange dans une tasse, puis avait laissé la tasse à un endroit que l'enfant pouvait atteindre. Plus tard, la petite fille a été vue buvant ce qui semblait être du jus. Le matin suivant, elle n'a pu être réveillée et est morte à l'hôpital.

L'entreposage approprié des médicaments à domicile ou dans les ressources de type résidentiel est un problème lié à la sécurité souvent négligé. Or, de mauvaises pratiques de conservation peuvent contribuer à modifier l'efficacité et les effets d'un médicament, à confondre un médicament avec un autre par mégarde ou, comme ce fut le cas ici, à entraîner la prise non intentionnelle d'un médicament. Un autre aspect de l'entreposage approprié des médicaments qui est souvent négligé est la mise au rebut sécuritaire d'un médicament non utilisé.

Thème principal : Déficit de connaissance empêchant de déceler les signes et symptômes d'effets toxiques

Il est parfois possible de limiter les préjudices ou d'empêcher la mort d'une personne, même après la survenue d'un accident lié à la médication. Malheureusement, dans un grand nombre des cas analysés, les prestataires de soins ou les membres de la famille ne connaissaient pas ou n'ont pas su reconnaître les symptômes liés aux effets toxiques; et, comme ils n'ont pu reconnaître la problématique à temps, ils ont perdu toute occasion de sauver la victime. L'analyse a révélé que la majorité des décès s'inscrivant sous ce thème implique les situations suivantes :

- inconscience confondue avec le sommeil;
- changement soudain de comportement;
- réticence ou hésitation à demander de l'aide.

Sous-thème : Inconscience confondue avec le sommeil

Dans de nombreux cas compris dans cette analyse, les membres de la famille ont pensé que la victime décédée dormait, alors qu'elle était en fait inconsciente. Nombre d'entre eux se sont rappelés avoir entendu la personne ronfler ou émettre des gargouillements ou des grognements. En général, les membres de la famille n'ont essayé de réveiller la personne que lorsqu'il était trop tard. Dans bien des cas, il semblerait qu'ils aient pensé que le sommeil était « bénéfique », ce pour quoi ils n'ont pas essayé de réveiller la victime.

Exemple d'accident

Un résident d'une maison de transition est décédé suite à une intoxication accidentelle à l'oxycodone. La victime décédée prenait du sulfate de morphine et de la gabapentine, prescrits par son médecin de famille pour traiter une douleur chronique. Comme il

ressentait toujours de la douleur, le résident a été orienté vers un spécialiste de la douleur, qui a suggéré de remplacer son traitement par un produit à longue durée d'action à base d'oxycodone. Cependant, le médecin de famille a mal interprété la recommandation écrite du spécialiste, et a prescrit une dose élevée d'oxycodone. Le personnel de la maison de transition a ensuite confirmé la dose auprès du pharmacien (qui l'a, pour sa part, confirmée auprès du médecin prescripteur), et a administré le médicament au résident pendant trois jours. Le jour de la mort du résident, un membre du personnel est allé le voir pour lui donner le médicament; il a cru que le résident dormait, et ne l'a pas réveillé. Lorsqu'il est revenu deux heures plus tard, le résident ne respirait plus.

Si l'inconscience de la personne est reconnue en temps opportun, il est parfois possible d'intervenir et de la sauver. Des ronflements inhabituels et irréguliers en particulier, sont souvent un signe de grave stupeur. Il faut alors agir de toute urgence.

Sous-thème : Changement soudain de comportement

L'analyse des incidents et accidents a fait ressortir des cas où le comportement de la victime décédée avait changé de façon notable, ce qui aurait pu permettre une intervention en temps opportun. Un facteur contributif était que la gravité du changement de comportement avait été mal évaluée, comme l'indique l'exemple ci-dessous.

Exemple d'accident

Un adulte qui avait des antécédents de maladie mentale et qui prenait plusieurs médicaments, y compris un opioïde, a été trouvé mort chez lui. Un membre de la famille avait remarqué que, deux jours avant sa mort, il semblait très léthargique et ne semblait pas lui-même.

Des changements de comportement peuvent être causés par des effets toxiques d'un médicament. Bien que ce problème soit souvent associé à des médicaments utilisés en psychiatrie, de nombreux autres médicaments, servant à traiter une grande diversité de troubles, peuvent causer des changements de comportement s'ils sont administrés trop fréquemment ou à une dose plus élevée que nécessaire. Des effets toxiques peuvent aussi survenir lorsqu'un médicament a une influence sur le métabolisme d'une autre substance; le médicament sera alors présent en trop grande quantité

dans le corps, ce qui entraînera des signes d'une surdose.

Sous-thème : Réticence ou hésitation à demander de l'aide

Dans un certain nombre des cas analysés, l'état de la victime décédée ou la douleur qu'elle ressentait s'était aggravé, et il se peut qu'elle ait changé son schéma posologique sans demander conseil à un professionnel de la santé. Dans certains cas, la victime décédée avait dit à des amis ou à des membres de sa famille qu'elle présentait de nouveaux symptômes ou que certains symptômes s'étaient aggravés, ceux-ci avaient duré entre trois jours à trois semaines avant le décès. Cependant, ces préoccupations n'ont jamais été déclarées à l'équipe de soins.

Il est essentiel que tous les patients soient sensibilisés à la communication de tout symptôme inhabituel ou de tout changement de symptôme lié au traitement. L'équipe de soins doit être au courant de ces problèmes pour pouvoir évaluer et traiter adéquatement les symptômes du patient et le protéger des préjudices. De plus, un plan doit être mis en place pour évaluer les symptômes et les effets des médicaments à une fréquence appropriée selon le cas clinique. Si le patient prend un médicament connu pour avoir des effets toxiques, il faut l'informer des signes avant-coureurs et établir un plan d'urgence indiquant les mesures à prendre en cas de préjudice imminent.

D'autres cas, comme celui ci-dessous, montrent combien certaines personnes sont réticentes à demander de l'aide, même lorsqu'elles reconnaissent la survenue d'un accident.

Exemple d'accident

Un homme adulte vivait dans une résidence communautaire pour personnes atteintes de troubles mentaux. Le propriétaire de la résidence était chargé de distribuer les médicaments aux locataires aux heures de repas. Le jour de l'accident, le propriétaire ne se sentait pas bien et a demandé à un membre de sa famille de superviser cette distribution. Au lieu de recevoir ses médicaments habituels, le locataire a reçu ceux d'une autre personne, y compris de l'amitriptyline, de la quétiapine, de la loxapine et de l'olanzapine. Lorsque le membre de la famille du propriétaire s'en est rendu compte, il en a tout de suite informé le propriétaire. Ce dernier a déclaré que

la prise des médicaments n'était pas suffisamment grave pour recourir à de l'aide médicale. Le locataire est allé se coucher ce soir-là et, au matin, il a été trouvé mort dans sa chambre.

Cet exemple illustre bien l'importance de comprendre que les médicaments peuvent causer des préjudices s'ils sont utilisés de manière inappropriée.

Thème principal : Déficit de connaissance relatif à des médicaments spécifiques, y compris des médicaments de niveau d'alerte élevé

Les sept classes de médicaments ci-dessous étaient celles qui sont le plus souvent ressorties dans le cadre de cette analyse. Elles ont été établies selon le Pharmacologic – Therapeutic Classification System de l'American Hospital Formulary Service⁷ (à l'exception des « médicaments en vente libre ») :

- opioïdes (20 cas);
- agents psychotropes (17 cas);
- insuline (5 cas);
- médicaments en vente libre (5 cas);
- agents cardiovasculaires (4 cas);
- anticoagulants (3 cas);
- anticonvulsivants (2 cas).

Plusieurs accidents impliquent des médicaments de niveau d'alerte élevé connus. Les médicaments de niveau d'alerte élevé risquent davantage de causer de graves préjudices aux patients s'ils sont utilisés par erreur⁸. Le tableau 1 ci-dessous donne des exemples de quatre classes de médicaments de niveau d'alerte élevé parmi celles ressorties de l'analyse qui sont le plus souvent associées à des accidents. Il présente aussi les déficits de connaissances associés. Il est à noter que ces déficits de connaissance ne peuvent s'appliquer à tous les incidents et accidents analysés pour la classe de médicaments.

L'équipe de soins doit s'assurer que les patients et leurs aidants naturels comprennent comment utiliser les médicaments de façon adéquate. Il est aussi très important de confirmer que les patients connaissent les effets indésirables potentiels des médicaments qu'ils prennent, qu'ils peuvent faire la différence entre des effets potentiellement dangereux et des effets plus bénins, et qu'ils savent comment agir pour limiter les préjudices.

Tableau 1 : Exemples d'accidents et de déficits de connaissance associés

Classe de médicaments	Exemple d'incident ou d'accident	Déficit de connaissance identifié
Opioïdes	Un adulte a été trouvé mort chez lui à la suite d'une surdose de fentanyl, attribuable à une mauvaise application de timbres de fentanyl. À l'autopsie, 2 timbres de fentanyl à 100 mcg/heure ont été découverts sur le corps de la victime. Or, la victime décédée avait reçu une ordonnance de timbres de fentanyl à 100 mcg/ heure. Après les avoir utilisés quelque temps, la victime avait reçu des timbres d'un autre fabricant, qui étaient plus petits de moitié. La victime décédée a supposé que la taille réduite des timbres indiquait une réduction de la dose et a commencé à utiliser deux timbres.	<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance relative à la plage de valeurs thérapeutiques étroite des opioïdes - Impression qu'un timbre plus petit pourrait être moins efficace qu'un grand
Agents psychotropes	Un résident d'une maison pour personnes atteintes de troubles psychiatriques prenait plusieurs médicaments. Il a présenté une arythmie fatale probablement attribuable à de multiples facteurs, y compris à un traitement combinant la clozapine à la protriptyline, ainsi qu'une apnée du sommeil.	<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance relative aux interactions médicament-médicament et médicament-maladie
Insuline	Un homme âgé est mort en raison d'une surdose involontaire d'insuline. Sa famille et lui étaient de nouveaux immigrants et, en raison de la barrière linguistique, la communication avec les professionnels de la santé était difficile. Les enfants de cet homme âgé, qui étaient adultes, étaient chargés des soins quotidiens. Ils préparaient les repas et administraient les médicaments, y compris l'insuline. Ils ont cru qu'une dose supplémentaire d'insuline était nécessaire pour traiter une hypoglycémie et ont continué à administrer de l'insuline lorsque les valeurs de glycémie étaient faibles.	<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance relative au rôle de l'insuline dans le cadre de la prise en charge du diabète
Médicaments en vente libre	Un patient est arrivé à l'urgence par ambulance. L'évaluation de son état a révélé un taux d'acétaminophène supérieur à 1 100 mcg/mL (plage thérapeutique de 66 à 199 mcg/mL). Le patient a dit avoir pris une dose d'acétaminophène d'environ 5 g presque tous les jours de la semaine et avoir bu de l'alcool 1 ou 2 fois par semaine.	<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance relative à la possibilité d'effets toxiques graves et d'interactions médicament-médicament ou médicament-aliments associés aux médicaments en vente libre

Conclusion

Le présent bulletin a mis en lumière plusieurs déficits de connaissance ou de perceptions erronées sous-jacentes, qui ont pu contribuer à des décès évitables survenus en dehors des établissements de santé réglementés. Les thèmes et sous-thèmes qui sont ressortis dans le cadre de cette analyse illustrent bien la nécessité de communiquer efficacement tous les renseignements pertinents aux consommateurs, à leur famille et aux prestataires de soins qui ne font pas partie d'un ordre professionnel. Ces renseignements comprennent l'importance de suivre les directives indiquées sur l'étiquette (tant pour les médicaments sur ordonnance que pour les médicaments en vente libre) et de reconnaître les signes et symptômes d'effets toxiques nécessitant l'intervention de prestataires de soins membres d'un ordre professionnel. Une priorité élevée devrait être attribuée aux mesures de sécurité pour les médicaments de niveau d'alerte élevé.

Nous espérons que les facteurs contributifs présentés ici aideront les professionnels de la santé à élaborer et à mettre en place des mesures de sécurité, pour soutenir les consommateurs et les prestataires de soins qui ne font pas partie d'un ordre professionnel. Ces renseignements seraient aussi utiles dans le cadre de projets locaux d'amélioration de la qualité et de formation.

Remerciements

L'ISMP Canada remercie sincèrement les personnes suivantes pour leur avis d'expert (en ordre alphabétique) :

Dr Matthew Bowes, médecin légiste en chef, Nova Scotia Medical Examiner Service; Dr Dan Cass, coroner en chef adjoint – Enquêtes, et président, Comité d'examen de la sécurité des patients, Bureau du coroner en chef de l'Ontario; Paul-André Perron, Ph. D., conseiller en recherche, Bureau du coroner en chef du Québec; et R. Kent Stewart, coroner en chef de la Saskatchewan.

Cette section du bulletin traite d'une publication récente du programme destiné aux consommateurs de l'ISMP Canada, MédicamentsSécuritaires.ca.

Février 2014 – Bulletin :

Acétaminophène – Les problèmes causés par une surdose peuvent être évités

L'acétaminophène est sécuritaire et efficace s'il est utilisé correctement. Cependant, prendre trop d'acétaminophène peut endommager le foie et causer une insuffisance hépatique et même la mort. Grâce au travail fait par l'ISMP Canada en collaboration avec des coroners provinciaux et des médecins légistes en chef, MédicamentsSécuritaires.ca a répertorié 2 accidents mortels impliquant l'acétaminophène. Dans un des cas, la personne avait pris une dizaine de comprimés d'acétaminophène extra-fort presque tous les jours durant la semaine. De plus, elle consommait de l'alcool, ce qui augmente les risques de dommages au foie.

Dans ce bulletin, il est recommandé aux consommateurs de ne pas dépasser la dose quotidienne maximale d'acétaminophène et d'éviter de prendre plus d'un produit qui contient de l'acétaminophène à la fois. De plus, il est conseillé aux professionnels de la santé de demander aux patients s'ils utilisent d'autres produits qui contiennent de l'acétaminophène avant de prescrire ou de recommander un tel produit. Il leur est également conseillé de s'assurer que les patients comprennent l'importance de bien suivre le schéma posologique.

Pour connaître d'autres recommandations à l'intention des consommateurs et des professionnels de la santé, lisez le bulletin complet à l'adresse :

<http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201402BulletinV5N1Acetaminophene.pdf>



MédicamentsSécuritaires.ca

Références :

1. Why is home care so important? Hamilton (ON): Ontario Home Care Association. [cité le 20 janvier 2014]. Accessible à : <http://www.homecareontario.ca/public/about/home-care/system/index.cfm>
2. Functional decline. Toronto (ON): Regional Geriatric Program of Toronto; 2012 [cité le 20 janvier 2014]. Accessible à : <http://seniorfriendlyhospitals.ca/functional-decline>
3. Mahoney JE, Eisner, J, Havighurst T, Gray S, Palta M. « Problems of older adults living alone after hospitalization ». *J Gen Intern Med.* 2000;15(9):611-619.
4. Le système des soins de santé du Canada. Ottawa (ON): Santé Canada; le 9 octobre 2012 [cité le 31 décembre 2013]. Accessible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>
5. Accidents liés à la médication ayant causé un décès : Résultats d'une collaboration avec les bureaux provinciaux du coroner en chef et du médecin légiste en chef. Bulletin de l'ISMP Canada, le 28 août 2013 [cité le 4 février 2014];13(8):1-5. Accessible à : https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2013/BISMPC2013-08_RésultatsPreliminairesInternationalMSSAOncology.pdf
6. Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton (AB): Canadian Patient Safety Institute; 2012 [cité le 31 décembre 2013]. Les partenaires collaborant à l'analyse des incidents sont l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Saskatchewan Health, Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'ICSP dirigé par les patients), Paula Beard, Carolyn E. Hoffman et Micheline Ste-Marie. Accessible à : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework%20FR.PDF>
7. AHFS pharmacologic-therapeutic classification system. Bethesda (MD): American Society of Health-System Pharmacists; 2013 [cité le 20 janvier 2014]. Accessible à : <http://www.ahfsdruginformation.com/class/index.aspx>
8. ISMP's List of High Alert Medications. Horsham (PA): Institute for Safe Medication Practice, 2013 [cité le 31 décembre 2013]. Accessible à : <http://www.ismp.org/Tools/institutionalhighAlert.asp>



Le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM) est un regroupement pancanadien de Santé Canada, en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Le SCDPIM a pour but de réduire et de prévenir les incidents médicamenteux indésirables au Canada.



Le CHUM est le Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Il offre prioritairement des soins et des services surspécialisés à une clientèle adulte régionale et suprarégionale.

Le CHUM est innovateur et exemplaire, il est doté d'un centre de recherche qui le distingue, il se démarque comme pôle unique de développement, de mise en pratique et de transfert des connaissances à travers ses activités intégrées de soins, de recherche, d'enseignement, d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé, et de promotion de la santé.



L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada est un organisme national indépendant à but non lucratif engagé à la promotion de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans tous les secteurs de la santé. Les mandats de l'ISMP Canada sont les suivants : recueillir et analyser les déclarations d'incidents/accidents liés à l'utilisation des médicaments, formuler des recommandations pour prévenir les accidents liés à la médication et porter assistance dans le cadre des stratégies d'amélioration de la qualité.

Pour déclarer les accidents liés à la médication

(incluant les évités de justesse)

En ligne :

www.ismp-canada.org/fr/form_dec.htm

Téléphone : 1-866-544-7672

ISMP Canada s'efforce d'assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements reçus et respectera la volonté du déclarant quant au niveau de détail à inclure dans ses publications.

Inscrivez-vous

Pour recevoir gratuitement le Bulletin "Bulletin de l'ISMP Canada", inscrivez-vous à l'adresse :

www.ismp-canada.org/subscription.htm

Contactez-nous

Adresse courriel :

cmirps@ismp-canada.org

Téléphone : 1-866-544-7672

©2014 Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. 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 d'ISMP Canada.