

## Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 14 • Numéro 8 • Le 10 septembre 2014

### Analyse par agrégat des incidents et accidents liés à la médication dans les soins à domicile

La sécurité des soins à domicile devient un point d'intérêt national. La transition des soins, des institutions vers les soins communautaires, présente de nouveaux défis alors que les gouvernements, les établissements de santé et les proches, essaient de maintenir l'autonomie des patients aussi longtemps que possible dans le confort de leur propre maison. Par conséquent, un nombre croissant de patients ayant des maladies complexes reçoit des soins dans la communauté, avec le soutien de plusieurs soignants coordonnés par des organismes de soins à domicile. Un bon nombre de ces aidants (y compris les proches et le personnel de soutien) tente de gérer des pharmacothérapies complexes avec une formation limitée, ce qui peut augmenter le risque d'accident lié à la médication. La révision récente des données concernant la sécurité des soins à domicile a confirmé que les médicaments sont une cause majeure d'événements indésirables évitables.<sup>1-3</sup> L'ISMP Canada a entrepris une analyse par agrégat pour mieux comprendre les défis sous-jacents auxquels sont confrontés les individus impliqués dans le soutien pour une utilisation sécuritaire des médicaments dans le cadre des soins à domicile. Le présent bulletin partage les résultats de l'analyse, en soulignant les grands thèmes et les facteurs contributifs retenus afin d'identifier des opportunités d'amélioration au niveau du système.

#### Méthodologie et survol des résultats

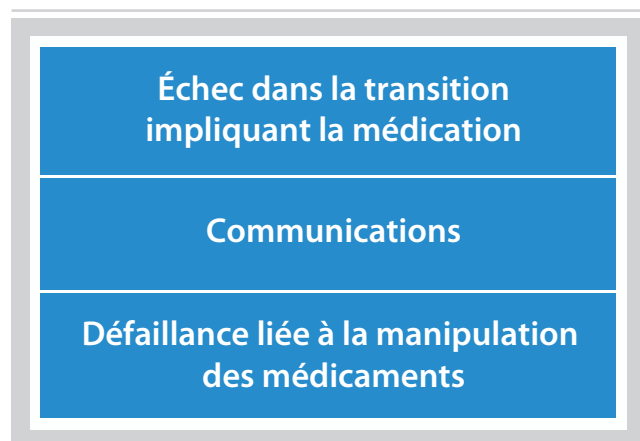
Les déclarations d'incidents et d'accidents liés à la médication survenus au domicile ont été extraites des

déclarations volontaires soumises, du 1<sup>er</sup> août 2000 au 18 février 2014, à la base de données de l'ISMP Canada concernant les incidents et les accidents liés à la médication. De ces 246 déclarations d'incidents et d'accidents examinées, seules celles qui avaient un texte descriptif suggérant la prestation de soins à domicile (utilisation de termes tels que « prestataire de services », « gestion de cas », « visites à domicile » par un professionnel membre ou non-membre d'un ordre professionnel) ont été retenues. Un total de 153 incidents et accidents a été inclus dans l'analyse finale réalisée selon la méthode décrite dans le Cadre canadien d'analyse des incidents.<sup>4</sup> Cinquante-sept de ces incidents et accidents (37 %) ont entraîné un préjudice pour le patient. Les médicaments de niveau d'alerte élevé pour le milieu communautaire (les anticoagulants, les opiacés, les hypoglycémiantes, les liquides pédiatriques et les immunosuppresseurs)<sup>5</sup> étaient impliqués dans 37 des incidents et accidents analysés (24 %). Les antibiotiques, les inhibiteurs de pompe à protons, et les médicaments par inhalation ont été impliqués respectivement dans 15 cas (10 %), 10 cas (7 %), et 10 cas (7 %) des incidents et accidents analysés.

#### Résultats issus de l'analyse qualitative

L'analyse des incidents et accidents a permis d'identifier trois thèmes principaux (voir la figure 1). Certains événements ont été catégorisés sous plus d'un thème. Les sections suivantes décrivent certains éléments illustrés d'un exemple pour chacun des thèmes retenus.

**Figure 1.** Principaux thèmes de l'analyse qualitative



***Thème principal : échec dans la transition impliquant de la médication***

La transition de l'hôpital vers le domicile peut être une période stressante pour les patients et leurs aidants. Les éléments clés d'une transition réussie impliquant la médication comprennent l'utilisation du meilleur schéma thérapeutique au congé et une communication efficace entre l'hôpital, le patient et ses proches, ainsi que les prestataires de services communautaires. Sur les 153 déclarations d'incident et d'accident liées à la médication, 104 cas (68 %) impliquaient une transition problématique entre l'hôpital et le domicile au niveau du patient et de la prise de ses médicaments.

L'absence d'un plan de traitement clairement établi au congé était évidente dans de nombreux cas. Ceci comprend les cas où les plans ne présentaient pas de directives facilement compréhensibles quant à l'indication de poursuivre, de commencer ou d'arrêter des médicaments spécifiques et d'autres cas où le plan était complètement absent. Un schéma thérapeutique au congé doit être basé sur une évaluation pré-congé rigoureuse de la pertinence de la médication pour le patient à la fois à l'hôpital et au domicile. Cette évaluation implique également de s'engager avec le patient et / ou ses proches, à aborder les limites qui peuvent contrecarrer l'objectif de l'utilisation optimale des médicaments une fois que le patient est de retour au domicile (par ex. : les déficits de connaissances, les considérations financières et les défis au niveau physique). Le non-respect de ces éléments de l'évaluation a résulté en la prescription d'une mauvaise dose, la sélection d'un produit inapproprié (par ex. : le

choix d'un produit que le patient ne peut se permettre financièrement, ou d'un produit qu'il ne peut manipuler, ou avaler) et exposé les patients à des situations à haut risque en raison d'interactions médicamenteuses potentielles.

La communication initiée par l'hôpital avec les partenaires communautaires est un deuxième élément essentiel à la mise en œuvre réussie du plan thérapeutique au congé. Bien que les organismes de soins à domicile puissent être mis au courant d'un congé imminent, les pharmacies communautaires en sont rarement avisées, ce qui peut entraîner un retard au niveau de la thérapie (par ex. : si un médicament nécessaire n'est pas régulièrement disponible à la pharmacie communautaire) ou, pire encore, cela peut mettre les patients dans des situations inutilement dangereuses, tel que décrit dans l'exemple d'accident ci-dessous.

*Exemple d'accident*

Un pharmacien des soins à domicile a visité une patiente âgée, une semaine après son congé de l'hôpital. La patiente a déclaré se sentir très faible et être incapable de sortir du lit. Après avoir examiné sa plaquette de médicaments et la liste des médicaments prescrits au congé, le pharmacien a découvert qu'un médicament pour la tension artérielle que le patient prenait avant l'admission était encore présent dans la plaquette, même s'il était censé avoir été cessé. L'arrêt de la médication n'a pas été communiqué à la pharmacie communautaire qui a préparé la plaquette. En conséquence, la patiente a eu une hypotension grave et a dû être réadmise à l'hôpital.

D'autres facteurs liés au milieu hospitalier qui contribuent à un échec de la transition au niveau de la médication impliquent des renseignements de nature contradictoire (par ex. : des différences entre le plan thérapeutique au congé et le sommaire au congé) et l'absence d'un plan de surveillance des médicaments permettant le suivi par la communauté. De plus, des procédés d'entrée informatisée des ordonnances médicales peuvent générer des défaillances de système (par exemple, permettre la represcription d'un médicament devant être cessé au congé et ce, sans aide à la décision) ou contribuer à ces types de défaillances.

Des facteurs familiaux peuvent aussi contribuer à des incidents ou des accidents de ce type comme le fait de

ne pas faire exécuter en temps opportun, l'ordonnance des médicaments prescrits au congé, de reprendre l'utilisation des médicaments prescrits avant l'admission sans directives de le faire et une mauvaise interprétation des directives écrites ou verbales.

### ***Thème principal: Communications complexes***

La prestation des soins à domicile implique généralement plusieurs personnes provenant de plusieurs organismes, une situation qui complexifie la communication. Vingt-deux des 153 incidents et accidents compris dans l'analyse (14 %), sont causés par une défaillance dans les communications requises pour mener à bien le plan de traitement médicamenteux au domicile.

#### *Exemple d'accident*

Le fils d'un patient a téléphoné au médecin de la famille parce que son père était en douleur à la maison. Une pompe pour l'utilisation d'analgésiques avait été livrée à la maison, sans que soit planifiée la visite de l'infirmière qui devait assurer le démarrage et la gestion de cette pompe. Le médecin a téléphoné au coordonnateur des soins à domicile pour l'aviser du problème. Le coordonnateur des soins à domicile a contacté à son tour le prestataire de service pour déterminer la raison expliquant le retard du service infirmier et demander une visite de l'infirmière en urgence. Bien que la famille ait été informée que l'aide arrivait, le patient a continué d'éprouver de la douleur en attendant que le nouveau plan de traitement soit débuté.

La coordination des prestataires de soins à domicile à l'aide d'une combinaison de références électroniques, de télécopies, d'appels téléphoniques et de documentation manuelle est souvent nécessaire pour mettre en place les plans de service. Une défaillance de l'une de ces méthodes de communication peut mener à des accidents liés à la médication tels que des omissions de dose ou des délais. La livraison des médicaments et du matériel connexe en temps opportun (par ex. : la pompe et les fournitures pour l'administration intraveineuse d'antibiotiques) et la vérification de la fonctionnalité de l'équipement compliquent davantage la coordination requise à la réalisation du plan.

Les changements dans le plan de service, incluant les changements de médication, auront une incidence sur de

nombreux prestataires de soins de santé, dont les prescripteurs, les pharmaciens, les infirmières et les gestionnaires de cas, ainsi que le patient et ses aidants. Parfois, la documentation de ces changements doit être dupliquée (par ex. : le médecin doit rédiger des ordonnances sur une feuille d'ordonnance de soins à domicile et doit également retranscrire les ordonnances correspondantes pour la pharmacie communautaire), ce qui crée non seulement un dédoublement de travail, mais aussi un risque de défaillance. L'absence d'un tableau central ou d'un système centralisé auquel tous les prestataires peuvent accéder génère des défis afin de s'assurer que l'information précise soit communiquée en temps opportun à tous les prestataires de services.

### ***Thème principal: La manipulation des médicaments***

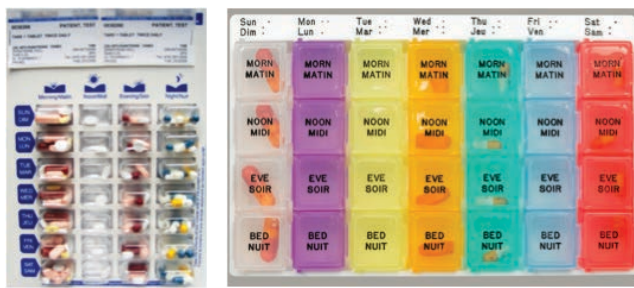
Le dernier thème concerne les défaillances associées à la distribution, l'administration et l'emballage des médicaments dans la communauté. Trente-quatre des 153 incidents et accidents examinés (22 %) concernaient des défaillances de manipulation des médicaments qui ont été découvertes au domicile, souvent par des infirmières ou des pharmaciens des soins à domicile.

#### *Exemple d'accident*

Pour aider une famille, déjà surchargée, à gérer les médicaments d'un patient âgé, une infirmière des soins à domicile a demandé à la pharmacie communautaire de livrer sur une base hebdomadaire, les médicaments dans un distributeur de pilules (c'est-à-dire dans une plaquette). Un pharmacien des soins à domicile a visité le patient plusieurs jours plus tard et a confirmé que la famille utilisait la plaquette de façon appropriée, mais il a découvert que l'anticoagulant du patient était absent de la plaquette. La famille a montré au pharmacien le sac des « médicaments au besoin », qui contenait l'anticoagulant manquant, avec la directive : « prendre tel qu'indiqué ». Le patient et sa famille n'avaient pas été mis au courant de l'importance de ce médicament et n'avaient pas reçu de directives pour l'administration. Donc, le patient n'avait pas reçu l'anticoagulant pendant plusieurs jours.

Certains patients et aidants trouvent qu'il est plus facile de gérer plusieurs médicaments lorsqu'ils sont préparés dans des plaquettes par la pharmacie ou en dosettes par des aidants ou des professionnels de la santé des soins à domicile (voir la figure 2 pour des exemples).

**Figure 2.** Exemple d'une plaquette de la pharmacie (à gauche) et d'une dosette (à droite).



Cependant, l'action de préparer la médication comporte un risque de défaillance, surtout lorsqu'une dosette est remplie à la maison sans processus de double vérification systématique. Une double vérification, comme dans l'exemple présenté, permet d'identifier une omission grave ou une autre défaillance survenue. Il est essentiel que les dosettes et les plaquettes soient bien étiquetées avec le nom du patient ainsi qu'une liste précise de leur contenu afin de faciliter le bilan comparatif des médicaments. Les défaillances au niveau de l'emballage peuvent avoir des conséquences graves : un des 153 cas de l'analyse implique un décès résultant du remplissage de la dosette d'un patient avec les médicaments destinés à sa conjointe.

L'administration de traitements médicamenteux complexes à la maison est généralement sous la responsabilité du patient ou de l'aidant. Les directives sur la façon d'utiliser un médicament correctement et en toute sécurité peuvent être mal interprétées, surtout si les patients et les aidants reçoivent des directives verbales qui ne correspondent pas à celles qui sont écrites dans le plan de soins ou sur l'étiquette de prescription. Ce type de problème s'est produit dans certains accidents déclarés inclus dans l'analyse.

Plusieurs déclarations d'incidents et d'accidents décrivent des directives difficiles à interpréter ou l'utilisation d'abréviations comme facteurs contributifs. Par exemple, l'abréviation « c. à t. » a été interprétée comme « cuillère à table » plutôt que « cuillère à thé ». Généralement, la directive « prendre tel qu'indiqué » peut être interprétée de plusieurs façons et n'est efficace que si la personne qui reçoit la directive la comprend bien et peut la mettre en œuvre. Dans d'autres cas, le patient ou un aidant a décidé de modifier les directives associées à un médicament sans avoir consulté un médecin.

## Conclusion

Plus des deux tiers (2/3) des incidents et des accidents liés à la médication reliés aux soins à domicile déclarés dans la base de données de l'ISMP Canada sont survenus lors de la transition entre l'hôpital et le domicile. De nombreuses déclarations d'incidents et d'accidents décrivaient des lacunes au niveau de la planification de la médication au congé. Ces conclusions mettent au défi les hôpitaux de s'engager à améliorer leur processus de gestion des médicaments au congé, à assurer une communication efficace avec les prestataires des soins à domicile et communautaires, et à mieux faire participer les patients et leurs aidants dans leurs propres soins. Également, les organismes de coordination de soins à domicile devraient envisager de revoir leurs processus de communication et d'explorer des pistes d'amélioration de la circulation de l'information avec les hôpitaux et avec les prestataires de services. Les prestataires de soins doivent également évaluer de manière critique la façon dont l'information importante est transmise aux patients et à leurs aidants, en reconnaissant que ces personnes sont sous un stress énorme pour tenter de gérer des soins complexes à domicile.

Fait intéressant, la majorité des incidents et accidents examinés ont été déclarés par des pharmaciens des soins à domicile qui, dans certains cas, ont été en mesure d'intervenir pour prévenir un préjudice. Bien que les pharmaciens ne soient pas des prestataires habituels des soins à domicile, il faudrait envisager d'intégrer le rôle du pharmacien aux soins à domicile afin de promouvoir l'utilisation sécuritaire des médicaments.<sup>6-9</sup> Les professionnels de la santé sont encouragés à continuer de déclarer les incidents et les accidents liés à la médication à l'ISMP Canada de manière confidentielle ou anonyme, pour faire évoluer l'utilisation sécuritaire des médicaments dans ce secteur qui prend de plus en plus d'ampleur. Les patients, les proches et leurs aidants sont également encouragés à faire progresser l'utilisation sécuritaire des médicaments au domicile en déclarant les incidents et les accidents liés à la médication au site internet [Médicamentssécuritaires.ca](http://Médicamentssécuritaires.ca) (destiné aux consommateurs).

## Références

1. Doran DM, Blais R, co-directeurs. Sécurité à domicile: une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile. Edmonton (AB) : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2013 [cité le 18 janvier 2014]. Disponible sur le site internet : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/commissionedResearch/SafetyatHome/Documents/s%C3%A9curit%C3%A9%20%C3%A0%20domicile.pdf>
2. Masotti P, McColl MA, Green M. Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(2):115-25.
3. Macdonald MT, Lang A, Storch, J, Stevenson L, Barber T, Iaboni K, et al. Examining markers of safety in homecare using the international classification for patient safety. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:191.
4. Collaborateurs à l'analyse des incidents. Cadre canadien de l'analyse des incidents. Edmonton (AB): Institut canadien pour la sécurité des patients; 2012. Les collaborateurs à l'analyse des incidents sont les suivants : l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada), Saskatchewan Health, Patients for Patient Safety Canada (un programme mené par les patients de l'ICSP disponible qu'en anglais), Paula Beard, Carolyn E. Hoffman, et Micheline Ste-Marie.
5. Liste ISMP (US) des médicaments de niveau d'alerte élevé en milieu communautaire et ambulatoire. Horsham (PA) : Institute for Safe Medication Practices; le 30 janvier 2011 [cité le 8 mai 2014]. Disponible en anglais seulement sur le site internet : <http://www.ismp.org/communityRx/tools/ambulatoryhighalert.asp>
6. Kilcup M, Schultz D, Carlson J, Wilson B. Postdischarge pharmacist medication reconciliation: impact on readmission rates and financial savings. *J Am Pharm Assoc*. 2013;53(1):78-84.
7. Reidt SL, Larson TA, Hadsall RS, Uden DL, Blade MA, Brandstad R. Integrating a pharmacist into a home healthcare agency care model: impact on hospitalizations and emergency visits. *Home Healthc Nurse*. 2014;32(3):146-52.
8. Flanagan PS, Pawluk S, Bains S. Opportunities for medication-related support after discharge from hospital. *Can Pharm J*. 2010;143(4):170-5.
9. Burello-Cordovado M, Sever L. Le bilan comparatif des médicaments dans le contexte des soins à domicile : Histoire à succès du Centre d'Accès aux soins communautaires du centre de Toronto (ON) [diapositives pour une conférence téléphonique] : Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada; 2012 [cité le 29 janvier 2014]. Disponible en anglais seulement sur le site internet : [http://www.ismp-canada.org/download/MedRec/EN\\_CCAC\\_Success\\_Story.pdf](http://www.ismp-canada.org/download/MedRec/EN_CCAC_Success_Story.pdf)

## Soutien pour l'utilisation sécuritaire de l'insuline

L'insuline est un agent anti-hyperglycémiant couramment prescrit qui détient la palme parmi les médicaments de niveau d'alerte élevé impliqués dans les accidents liés à la médication, tel qu'identifié par les déclarations transmises de façon volontaire aux programmes de déclaration des incidents et des accidents liés à la médication de l'ISMP Canada.<sup>1</sup> Beaucoup de leçons ont été apprises des accidents qui ont résulté en un préjudice ou un décès, et des recommandations ont été partagées avec un public national à travers plusieurs Bulletins de l'ISMP Canada.<sup>1-3</sup> L'ISMP Canada a tiré profit des apprentissages issus de ces accidents pour apporter plus de soutien aux professionnels de la santé dans la prévention des accidents liés à la médication impliquant l'administration d'insuline sous-cutanée, en procédant à un projet de transmission des connaissances qui a permis d'élaborer des interventions et des mesures de sécurité.<sup>4</sup>

Plus tôt cette année, l'ISMP Canada a collaboré, avec la branche ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH), à animer une table ronde sur l'administration sécuritaire de l'insuline sous-cutanée dans les établissements de santé, regroupant des experts en médecine interne, en maladies infectieuses, en soins infirmiers et en pharmacie.<sup>5</sup> La table ronde avait trois objectifs principaux :

- 1) identifier les préoccupations en matière d'utilisation sécuritaire des médicaments pour les stylos à insuline, les fioles multidoses et les seringues;
- 2) évaluer les risques de contrôle des infections associés aux stylos à insuline, aux fioles multidoses et aux seringues;
- 3) recommander des stratégies visant à promouvoir l'administration sécuritaire de l'insuline dans les milieux de soins de courte durée.

La table ronde a permis de fournir aux professionnels des établissements des guides de pratique pour l'utilisation sécuritaire des stylos à insuline, des fioles multidoses ainsi que des seringues, et de recommander que chaque hôpital évalue la méthode optimale d'administration sous-cutanée de l'insuline selon son propre contexte. Les participants ont en effet déterminé que chaque méthode offre certains avantages par rapport à d'autres, considérant divers aspects de l'administration des médicaments, l'utilisation sécuritaire des médicaments et le contrôle des infections. Ainsi, un consensus a été établi à l'effet que



cette évaluation devrait avoir lieu dans le cadre des particularités de chacun des milieux de pratique et des spécificités de la culture organisationnelle.

Plus de détails sur la discussion et les autres recommandations provenant de la table ronde sont présentés sur le site internet (disponible uniquement en anglais) :

[http://ismp-canada.org/download/insulin/SafeDeliveryOfInsulinReport\\_09Jun2014.pdf](http://ismp-canada.org/download/insulin/SafeDeliveryOfInsulinReport_09Jun2014.pdf)

Plus récemment, un module de formation en ligne s'adressant aux professionnels de la santé a été développé, avec le soutien du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, afin de présenter une introduction générale sur l'utilisation sécuritaire des stylos à insuline dans les hôpitaux.<sup>6</sup> Ce module sert de guide pour soutenir les pharmaciens, les infirmières et les autres professionnels de la santé à reconnaître les avantages, les inconvénients et les risques de l'utilisation des stylos à insuline. De plus, le module explique comment utiliser les stylos à insuline en toute sécurité dans le milieu hospitalier en aidant les professionnels à élaborer des techniques d'administration en fonction des meilleures pratiques. Certaines de ces caractéristiques comprennent l'utilisation de diagrammes interactifs et d'études de cas basés sur les différents types de stylos à insuline disponibles et sur les risques que le partage des stylos à insuline représente pour les patients. Le module est conçu comme une ressource supplémentaire, destinée à être offerte en même temps que la formation pratique. Il n'est pas destiné à remplacer d'autres types de formation sur les stylos à insuline.<sup>6</sup> Plus de renseignements sur les risques du partage de stylos à insuline et sur le module de formation en ligne sont mis en évidence dans un récent numéro du bulletin Ontario Critical Incident Learning.<sup>7</sup>

Quelques établissements de l'Ontario ont maintenant intégré ce module de formation aux activités d'intégration offertes à leur personnel et plusieurs autres envisagent de faire de même. L'efficacité du transfert de connaissances liées aux pratiques d'administration sécuritaire grâce à l'utilisation du module a également été démontrée. Un groupe témoin de 50 infirmières, qui étaient naïves à l'administration du stylo à insuline, a complété un test avant et après le visionnement du module afin de déterminer leur connaissance sur les meilleures pratiques. La moyenne de réussite du test après avoir vu le module a augmenté de 65 % au départ à 96 %.

Les hôpitaux sont encouragés à revoir leurs pratiques d'administration ainsi que leur culture organisationnelle afin de déterminer la meilleure option pour l'administration de l'insuline. Il est souhaité que le soutien de la table ronde et du module de formation en ligne sur le stylo à insuline augmenteront la sécurité liée à l'administration sous-cutanée de l'insuline.

#### Références

1. Les 10 médicaments les plus fréquemment déclarés dans les cas d'accidents avec préjudice liés à la médication. Bulletin de l'ISMP Canada. 2006;6(1):1-2. Disponible sur le site internet : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2006-01.pdf>
2. Administration accidentelle d'insuline à un patient non diabétique. Bulletin de l'ISMP Canada. 2010 [cité le 29 juillet 2014];10(6):1-3. Disponible sur le site internet : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2010-06.pdf>
3. 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. 2013 [cité le 29 juillet 2014];13(8):1-5. Disponible sur le site internet : [http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2013/BISMPC2013-08\\_ResultatsPreliminairesInternationalMSSA Oncology.pdf](http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2013/BISMPC2013-08_ResultatsPreliminairesInternationalMSSA Oncology.pdf)
4. *Knowledge translation of insulin use interventions/safeguards*. Toronto (ON) : Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada; © 2000–2014 [cité le 20 juillet 2014]. Disponible qu'en anglais sur le site internet : <http://www.ismp-canada.org/insulin/#l=tab1>
5. *Safe delivery of insulin: summary report and recommendations*. Toronto (ON): Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada; 2014 [cité le 22 juillet 2014]. Disponible qu'en anglais sur le site internet : [http://www.ismp-canada.org/download/insulin/SafeDeliveryOfInsulinReport\\_09Jun2014.pdf](http://www.ismp-canada.org/download/insulin/SafeDeliveryOfInsulinReport_09Jun2014.pdf)
6. *Safe use of insulin pens e-Learning module*. Toronto (ON) : Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada; ©2000–2014 [cité le 20 juillet 2014]. Disponible qu'en anglais sur le site internet : <http://www.ismp-canada.org/insulin/#l=tab4>
7. *Sharing insulin pens is a high-risk practice*. Ontario Critical Incident Learning. 2014 [cité le 20 juillet 2014];(9):1-2. Disponible qu'en anglais sur le site internet : [http://ismp-canada.org/download/ocil/ISMPCONCIL2014-9\\_SharingInsulinPens.pdf](http://ismp-canada.org/download/ocil/ISMPCONCIL2014-9_SharingInsulinPens.pdf)

Août 2014 - Bulletin

## **Voyageurs : Plusieurs médicaments ont des noms différents dans les pays étrangers**

Il est important d'être vigilant lorsque vous achetez des médicaments à l'étranger. Médicamentssécuritaires.ca a reçu des déclarations indiquant la nécessité de redoubler de prudence lorsque vous achetez des médicaments dans un autre pays. Les médicaments prescrits par un médecin ou achetés en vente libre peuvent avoir des noms différents dans des pays étrangers. De plus, les médicaments d'une marque de commerce donnée dans un pays peuvent ne pas avoir nécessairement les mêmes ingrédients ou concentrations dans un autre pays.

Le bulletin Médicamentssécuritaires.ca conseille aux voyageurs d'avoir en tout temps une liste à jour de leurs médicaments, incluant la marque de commerce et le nom générique de chaque produit. Le bulletin souligne également l'importance de prévoir un approvisionnement adéquat de tous les médicaments sur ordonnance et en vente libre qui sont pris régulièrement.

Pour obtenir des recommandations supplémentaires sur les pratiques sécuritaires lors de l'achat et la prise de médicaments dans un pays étranger, veuillez lire le bulletin complet sur le site internet :

[www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201408BulletinV5N5Voyageurs.pdf](http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201408BulletinV5N5Voyageurs.pdf)



**Médicamentssécuritaires.ca**



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, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, est le principal collaborateur francophone de l'ISMP Canada aux fins de traduction de la documentation et de la dispensation des formations concernées. 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.

.....  
Veuillez noter que l'information présentée est fournie à titre informatif et ne constitue pas un avis formel de l'ISMP Canada ou du CHUM. Vous ne devez pas prendre de décision en vous fiant uniquement à ces renseignements. En tout temps, veuillez-vous référer aux normes qui régissent votre profession.  
.....

## Pour déclarer les accidents liés à la médication

(incluant les évités de justesse)

### En ligne :

[www.ismp-canada.org/fr/form\\_dec.htm](http://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](http://www.ismp-canada.org/subscription.htm)

## Contactez-nous

### Adresse courriel :

[cmirps@ismp-canada.org](mailto: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.  
.....