

### Traitement retardé après les transitions des soins : Une analyse d'incidents multiples

*L'analyse d'incidents multiples de doses retardées de médicaments après les transitions des soins a permis de répertorier les points suivants :*

- Échec des systèmes manuel de prescription des médicaments;
- Suivi inadéquat des ordonnances problématiques;
- Transferts incomplets entre les professionnels de la santé;
- Écarts dans la qualité du bilan comparatif des médicaments.

L'expression « transition des soins » désigne le déplacement de patients entre les établissements de soins, les professionnels de la santé ou encore les divers niveaux de soins dans le même établissement lorsque leur état ou les soins dont ils ont besoin changent<sup>1</sup>. Des études ont démontré que lorsqu'un patient est transféré de l'hôpital à la maison ou dans un établissement de soins de longue durée, il peut arriver que l'administration des premières doses de médicaments, après la transition, soit retardée.<sup>2-4</sup> Une analyse d'incidents multiples d'incidents médicamenteux a été effectuée afin de déterminer les facteurs contribuant au retard dans le traitement

(c.-à-d. des doses retardées après les transitions des soins) et de proposer des stratégies afin d'empêcher ou de minimiser le danger potentiel de retards de la sorte.

#### Méthodologie

Les rapports d'incidents médicamenteux sont extraits de déclarations volontaires\* (ayant été soumises à deux bases de données de déclaration d'incidents d'ISMP Canada (les déclarations par les professionnels de la santé et les déclarations des incidents et accidents à l'intention des pharmacies communautaires) et le Système national de déclaration des accidents et incidents † (SNDAI), entre la création des bases de données (août 2000, avril 2010, et avril 2009, respectivement) et le 17 mai 2016.

Pour effectuer des recherches dans les bases de données, les termes-clés utilisés sont « dose retardée », « dose non administrée » et « omission de dose ». Sur les 5 022 incidents déclarés, 134 mentionnaient une transition des soins dans leur description et ils étaient assez détaillés pour permettre leur inclusion dans l'analyse finale. En appliquant le même processus pour les données SDAI, nous avons identifié 2 219 incidents, dont

\* Il est reconnu qu'il n'est pas possible d'inférer ou de prévoir la probabilité que des incidents se produisent grâce à des systèmes de déclaration volontaire.

† Le SDAI – Le Système national de déclaration des accidents et des incidents de l'Institut canadien d'information sur la santé est une composante du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM). Consultez le <http://www.cmirps-scdpim.ca/?p=12&lang=fr> pour de plus amples renseignements sur le SDAI.

**Tableau 1.** Gravité des résultats des incidents déclarés dans les Bases de données des incidents liés aux médicaments d'ISMP Canada.

Préjudice déclaré	Nombre d'incidents
Aucune erreur	2
Aucun préjudice	117
Préjudice	14
Décès	0
Inconnu	1
<b>Total</b>	<b>134</b>

203 satisfaisaient aux critères d'inclusion de l'analyse. Les analyses ont été effectuées conformément à la méthodologie utilisée pour l'analyse d'incidents multiples décrite dans le Cadre canadien d'analyse des incidents.<sup>5</sup>

### Résultats quantitatifs

Bien que la plupart des incidents répertoriés dans les bases de données d'ISMP Canada se sont révélés sans préjudice, environ 10 % des incidents ont causé des

**Tableau 2.** Gravité des résultats des incidents déclarés dans le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux.

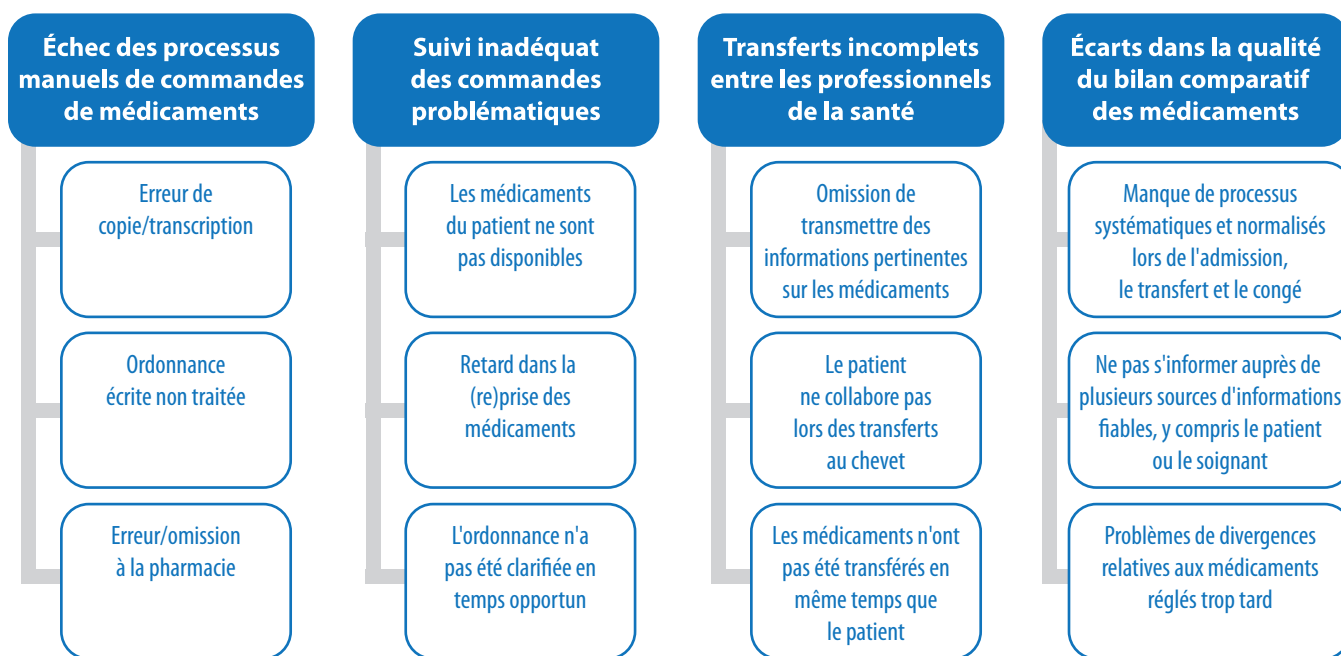
Préjudice déclaré	Nombre d'incidents
Aucune catégorie de résultats néfastes : circonstance déclarée, accidents évités de justesse, aucun	159
Catégories de résultats néfastes : bénignes, moyennes, graves, décès	29
<b>Total</b>	<b>188</b>

préjudices au patient (tableau 1). Pour les données SNAI, le pourcentage des résultats de préjudice déclarés était de 15 % (tableau 2).

### Résultats de l'analyse qualitative

L'analyse des incidents des bases de données d'ISMP Canada a dégagé quatre principaux thèmes et sous-thèmes (figure 1). Des exemples typiques sont donnés afin d'expliquer chacun des thèmes principaux. L'analyse de l'ensemble des données

**Figure 1 :** Principaux thèmes et sous-thèmes de l'analyse qualitative



SNDAI confirmait la validité des thèmes de la base de données d'ISMP Canada.

### **Thème : Échec des processus manuels de commande de médicaments**

Quarante-trois pour cent des incidents médicamenteux citaient des facteurs contributifs liés à des erreurs dans les processus de retranscription (à la main) et de saisie d'ordonnances papier. Les cas de retranscription incomplète des ordonnances dans le registre d'administration des médicaments (RAM), d'omissions et d'erreurs lors de la saisie des ordonnances en pharmacie et de délais liés au suivi ou au traitement des ordonnances papier constituaient des facteurs évidents. Dans de nombreux incidents, les ordonnances écrites à la main n'avaient pas été traitées rapidement. Dans d'autres incidents, le formulaire utilisé pour établir le MSTP à l'admission n'avait pas été intégré au processus d'ordonnance du prescripteur, causant ainsi des erreurs d'omission. Les processus de saisie d'ordonnances et de RAM électroniques peuvent aider à prévenir ces types d'erreurs.

#### ***Exemple d'incident***

Un patient ayant été admis à l'hôpital en raison d'une hémorragie digestive a reçu son congé de l'hôpital et est retourné dans sa résidence pour personnes âgées. Après avoir examiné les ordonnances ayant été remises au patient à sa sortie de l'hôpital, le médecin responsable du patient a écrit à la main les ordonnances sur la liste des ordonnances des médicaments à prendre à la maison. Deux semaines plus tard, lorsque le pharmacien, qui visitait le patient à son domicile, a comparé la liste de médicaments que ce dernier a reçus à sa sortie de l'hôpital avec sa liste de médicaments actuelle, il s'est aperçu que le médicament prescrit pour prévenir les rechutes, soit le pantoprazole, ne figurait pas sur la liste des ordonnances des médicaments à prendre à la maison.

Les pharmacies communautaires, qui offrent des services de consultation dans les établissements de soins longue durée et les résidences pour personnes âgées, doivent s'assurer de mettre en place un processus de revérification normalisé, rigoureux et

rapide pour toutes les nouvelles ordonnances de médicaments. Dans le cas où le système d'utilisation des médicaments comprend une étape manuelle, comme la retranscription à la main d'ordonnances de médicaments, un processus de revérification devient particulièrement important. Si on tarde à détecter les erreurs involontaires de transcription ou les erreurs de lisibilité, cela pourrait entraîner l'omission de médicaments ou encore l'administration de médicaments non prescrits.

### **Thème : Suivi inadéquat des ordonnances problématiques**

On qualifie d'ordonnance problématique toute ordonnance exigeant une recherche supplémentaire afin d'administrer le médicament en temps opportun. Elles comprennent les ordonnances dont les instructions doivent être expliquées, comme le moment où le patient doit reprendre les médicaments après l'intervention chirurgicale ou encore la confirmation que le patient peut prendre ses médicaments personnels lors de son hospitalisation. Il est évident que les problèmes de communication ont contribué à plusieurs des incidents que nous avons évalués.

#### ***Exemple d'incident***

Les ordonnances d'un patient admis à l'hôpital indiquaient que le patient devait continuer de prendre les médicaments antirejet tacrolimus et sirolimus, prescrits après la greffe d'organe « comme à la maison ». Le jour après que le patient ait été admis à l'hôpital, une note de la pharmacie fut placée dans le dossier. Celle-ci indiquait que le patient devait prendre les médicaments qu'il prenait à domicile. Le patient n'avait cependant pas apporté ses médicaments avec lui à l'hôpital, alors il ne les a pas pris pendant deux jours.

### **Thème : Transferts incomplets entre les professionnels de la santé**

On appelle « transfert » le processus par lequel un professionnel de la santé confie la responsabilité des soins d'un patient à un autre professionnel de la santé. Lors du transfert, le professionnel de la santé doit transmettre toutes les informations importantes du patient, dont les renseignements qui concernent

ses médicaments à l'autre professionnel de la santé. Les renseignements sur les médicaments que le patient prend présentement doivent comprendre les nouvelles ordonnances et les doses qu'il reste à administrer tout de suite après le transfert ainsi que les médicaments nécessitant une surveillance ou un suivi. Pour assurer une transition sécuritaire, le transfert doit être bien effectué et des outils normalisés doivent être élaborés et utilisés.<sup>6</sup> Pour accroître la sécurité du patient, il est important que le patient ou un aidant membre de la famille participent à la conversation portant sur les renseignements des médicaments et la planification du traitement; cette participation constitue un élément clé du transfert des processus de soins.<sup>6,7</sup>

L'analyse de l'hôpital a révélé plusieurs facteurs ayant retardé l'administration des doses après les transitions de soins, y compris l'absence de protocoles de transferts normalisés et des informations incomplètes dans la feuille d'enregistrement des médicaments. Les cas de retards d'administration des premières doses de médicaments étaient plus fréquents chez les patients qui étaient transférés à partir du service des urgences. On note ces retards lorsque les médicaments prescrits ne sont pas administrés avant le transfert du patient du service des urgences, lorsque les médicaments du patient ont été délivrés, mais pas administrés, et qu'ils n'ont pas été transférés à l'unité de soins en même temps que le patient et lorsque le professionnel de la santé s'occupant maintenant du dossier n'a pas été mis au courant des renseignements sur les médicaments du patient.

Comme vous pourrez le constater dans l'exemple ci-dessous, les retards d'administration de doses se sont également produits lorsque les patients recevaient leur congé de l'hôpital et que les soins prodigués à l'hôpital différaient de ceux des services de soins de santé à domicile. ou mettant en lumière un manque de suivi dans les services de soins de santé à domicile.

#### ***Exemple d'incident***

Un patient atteint de diabète sucré reçoit son congé de l'hôpital. À ce moment, le responsable des soins à domicile est informé que l'on doit rappeler quotidiennement au patient qu'il doit prendre de

l'insuline. Un travailleur de soutien communiqua avec le patient trois jours après que ce dernier soit sorti de l'hôpital. Le patient avait alors commencé à noter une glycémie très élevée. Après enquête, il apparaît que la consigne de communiquer avec le patient tous les jours n'avait pas été transmise au travailleur de soutien et c'est pour cette raison que le patient avait oublié de prendre son insuline.

Afin de s'assurer que les patients reçoivent le suivi dont ils ont besoin après une transition de soins, plus particulièrement lorsqu'ils retournent à la maison et doivent prendre des médicaments de niveau d'alerte élevé, la mise en œuvre de processus normalisés s'avère nécessaire. Afin de promouvoir la sécurité, des stratégies doivent être observées comme : faire en sorte que le patient et les soignants soient tous impliqués dans ces processus, donner des instructions écrites sur les symptômes à surveiller et fournir la liste des personnes-ressources importantes lorsque le patient est de retour à la maison. Vous trouverez ces approches dans [Hospital to Home: Facilitating Medication Safety at Transitions Toolkit and Checklist](#) (en anglais seulement).

#### **Thème : Écarts dans la qualité du bilan comparatif des médicaments**

Selon des études publiées portant sur des établissements de soins actifs au Canada, entre 40 % et 50 % des patients ont été victimes de divergences de médicaments involontaires ou d'erreurs potentielles à leur admission à l'hôpital et 40 % à leur sortie.<sup>8</sup> Il est admis qu'un bilan comparatif des médicaments (BCM) de grande qualité à chaque transition de soins pourrait réduire de telles divergences.<sup>8</sup>

#### ***Exemple d'incident***

Un patient, souffrant de néphropathie chronique (maladie du rein), a été admis à l'hôpital pour un problème autre et n'a reçu aucun des médicaments qu'il prend habituellement pour traiter sa maladie rénale car ils n'ont pas été prescrits lors de son admission. Ses médicaments habituels ne figuraient pas sur la liste de médicaments que le médecin de famille a remis et on ne posa pas de questions au patient concernant les autres médicaments qu'il prenait lors de l'entrevue ou du meilleur recueil des antécédents médicamenteux possible (MRAMP).

Axé sur le patient, le bilan comparatif des médicaments peut donner une plus grande importance au rôle du patient dans la gestion de ses médicaments. L'analyse d'incidents multiples a démontré qu'il est possible de continuer à améliorer les processus BCM à tous les points de transition. Ces résultats soulignent l'importance que les professionnels qualifiés suivent un processus systématique lorsqu'ils effectuent le bilan comparatif des médicaments administrés à la maison. À l'obtention du (MRAMP), l'intervieweur doit poser des questions normalisées au patient ou au soignant. Il doit aussi s'informer de l'usage de médicaments du patient auprès de plusieurs sources d'informations fiables. Afin d'éviter des retards dans l'administration des médicaments dont il a besoin, toute divergence d'information doit être clarifiée aussitôt que possible. Des ressources classées par secteur comme la [Trousse de départ](#) et des outils de vérification de Soins de santé plus sécuritaires maintenant! sont mises à la disposition des prestataires de soins de santé afin qu'ils puissent créer des processus BCM systémiques de grande qualité.

## Conclusion

Le patient est plutôt vulnérable lorsqu'il passe à travers toutes les étapes de transitions de soins du système de santé. Après la transition, les retards d'administration de doses de certains médicaments peuvent entraîner des préjudices. Dans le cadre de cette analyse d'incidents multiples, plusieurs thèmes ont été désignés pour inciter tous les praticiens et les organisations à constamment améliorer leurs processus BCM, à considérer la possibilité de transmettre les renseignements sur les médicaments de façon électronique, à normaliser les rencontres de transfert et à réévaluer si le bien-être du patient se situe bien au cœur des procédures entourant les renseignements en lien avec ses médicaments lors des transitions.

## Références

1. Improving transitions of care: findings and considerations of the "Vision of the National Transitions of Care Coalition." Washington (DC) : National Transitions of Care Coalition; 2010 Sep [cité le 6 juin 2016]. Accessible au : <http://www.ntocc.org/portals/0/pdf/resources/ntoccissuebriefs.pdf> (en anglais seulement).
2. Ward KT, Bates-Jensen B, Eslami MS, Whiteman E, Dattoma L, Friedman JL, et al. Addressing delays in medication administration for patients transferred from the hospital to the nursing home: a pilot quality improvement project. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2008;6(4) : 205-211 (en anglais seulement).
3. Analyse par agrégat des incidents et accidents liés à la médication dans les soins à domicile. Bulletin de l'ISMP Canada 2014 [cité le 15 mars 2015];14(8) : 1-4. Accessible au : [https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2014/BISMPC2014-08\\_AgregatDomicile.pdf](https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2014/BISMPC2014-08_AgregatDomicile.pdf)
4. Coleman JJ, Hodson J, Brooks HL, Rosser D. Missed medication doses in hospitalised patients: a descriptive account of quality improvement measures and time series analysis. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(5) : 564-572 (en anglais seulement).
5. Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton (Alb.) : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2012. Les partenaires collaborant à l'analyse des incidents sont l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada, Saskatchewan Health, Patients pour la sécurité des patients au Canada (un programme dirigé par les patients de l'ICSP), Paula Beard, Carolyn E. Hoffman, et Micheline Ste-Marie.
6. Riesenber LA, Leitzsch J, Cunningham JM. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *Am J Nurs*. 2010;110(4) : 24-34 (en anglais seulement).
7. Maxson PM, Derby KM, Wroblewski DM, Foss DM. Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medsurg Nurs*. 2012;21(3) : 140-144 (en anglais seulement).
8. Optimiser le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins – un nouveau défi national [rapport de la rencontre au sommet]. Toronto (Ont.); Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2011 [cité le 9 juin 2016]. Accessible au : [https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedRec\\_National\\_summitreport\\_Feb\\_2011\\_EN.pdf](https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedRec_National_summitreport_Feb_2011_EN.pdf) (en anglais seulement).

## Barre latérale : Étiquetage sécuritaire des préparations magistrales

**NOUS AVONS  
BESOIN DE  
VOTRE AIDE**

L'étiquette apposée sur un produit de santé présente des informations essentielles, c'est pourquoi elle constitue un outil important dans l'identification, la sélection et l'administration du produit. Il faut que l'utilisateur final puisse lire et comprendre les informations sur l'étiquette pour que l'étiquette du produit soit vraiment efficace.

Les exigences réglementaires de Santé Canada, les normes établies (par ex. : l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, la Pharmacopée américaine) et des lignes directrices (par ex. : la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux) sont des sources parmi tant d'autres qui proposent de bons conseils. Vous pouvez facilement trouver de l'aide pour la conception d'une étiquette sécuritaire.

ISMP a déjà créé une liste de contrôle de sécurité pour les étiquettes de produits épiduraux. Nous étudions présentement l'élaboration d'une liste de contrôle de ce type pour pouvoir étiqueter d'autres préparations magistrales de façon sécuritaire – les solutions parentérales et les préparations buvables en particulier. ***Nous vous demandons votre aide afin d'identifier les préparations magistrales dont l'étiquetage devrait être revu en priorité.***

Pour les fins de ce sondage, une « préparation magistrale » est un produit (par ex. : perfusion d'opiacés, système de perfusion pour chimiothérapie, solution d'irrigation, préparation buvable) qui est constitué d'un mélange de deux ingrédients et plus composant un produit final se présentant dans un format pouvant être administré.

**Pour répondre au sondage, cliquez ici (<https://www.surveymonkey.com/r/VPVRNJL>).**

Une réponse avant le **vendredi 21 octobre 2016** serait appréciée.

Cette section du bulletin traite d'une publication récente de Médicamentssécuritaires.ca tirée du Programme pour consommateurs d'ISMP Canada.

Bulletin d'information – septembre 2016 :

## 5 questions à poser à propos de vos médicaments

.....

Les consommateurs ne savent peut-être pas quelles questions poser à propos de leurs médicaments. Vous pourriez éviter de sérieux ennuis en sachant si certaines modifications ont été apportées à leurs médicaments et en les informant sur la bonne façon de les prendre.

Médicamentssécuritaires.ca a reçu un rapport mettant en lumière l'importance de poser les bonnes questions aux professionnels de la santé à propos des médicaments. Avant son opération de la cataracte, une patiente reçut une ordonnance de gouttes ophtalmiques corticostéroïdes et antibiotiques. Après l'opération, par erreur, elle continua de prendre les gouttes ophtalmiques de corticostéroïdes et cessa de prendre les gouttes ophtalmiques antibiotiques – le contraire des instructions qu'elle avait reçues. L'erreur est survenue parce qu'elle avait reçu ces instructions lors d'un rendez-vous trois mois avant l'opération. De plus, après l'opération, la consommatrice ne voyait pas très bien, ce qui l'a empêchée de bien lire les nouvelles instructions. Bien qu'elle n'ait pas subi de préjudice sérieux, ses yeux ont été irrités et elle a dû rendre plusieurs fois visite à son médecin – quand tout cela aura pu être évité en discutant avec son professionnel de la santé.

### Conseils pour les prestataires de soins de santé :

- À chaque rendez-vous, suivez un processus structuré et allouez assez de temps au patient pour qu'il puisse poser des questions.
- Collez l'affiche « Cinq questions à poser au sujet de vos médicaments » dans votre bureau comme rappel pour vous et le patient et pour ne pas oublier de soulever ces points lors de votre discussion. Cette affiche est disponible en plusieurs langues sur le site Internet d'ISMP Canada.
- Expliquez les réponses aux cinq questions de façon claire et précise en utilisant la technique de démonstration ou de « teach-back », le cas échéant, et si nécessaire pour aider le patient à mieux comprendre.
- Aidez les patients à mettre leurs listes de médicaments à jour chaque fois qu'un médicament est ajouté, arrêté ou modifié et expliquez-leur les raisons.

### Conseils à donner aux consommateurs :

Pour favoriser une utilisation sécuritaire des médicaments, vous devez poser les cinq questions à votre professionnel de la santé lors de chaque rendez-vous, même lorsque vous passez prendre vos ordonnances à la pharmacie.

- 1. Y a-t-il eu des changements?** *Est-ce que des médicaments ont été ajoutés, arrêtés ou modifiés? Si oui, pourquoi?*
- 2. Dois-je continuer?** *Quels sont les médicaments que je dois continuer de prendre? Pourquoi?*
- 3. Est-ce le bon mode d'emploi?** *Comment dois-je prendre mes médicaments? Pendant combien de temps?*
- 4. À quoi dois-je m'attendre?** *Comment puis-je savoir si mes médicaments ont les effets escomptés? Quels sont les effets indésirables possibles?*
- 5. Dois-je faire un suivi?** *Ai-je besoin de faire des analyses sanguines? Quand dois-je prendre rendez-vous?*

Regardez cette [vidéo](#) (en anglais seulement) pour en savoir plus ou téléchargez l'affiche « [5 questions à poser à propos de vos médicaments](#) ». (<https://www.ismp-canada.org/fr/BCM/5questions.htm>)

**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 la sécurité des médicaments aux patients 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 la sécurité des médicaments aux patients 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.

.....

Veillez 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. Les bulletins de l'ISMP Canada contribuent aux alertes mondiales sur la sécurité des patients.

## 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)

Ce bulletin partage des informations sur les pratiques de médication sécuritaires, est non commerciale, et est par conséquent exempté de la législation anti-pourriel canadienne.

## Contactez-nous

**Adresse courriel : [cmirps@ismp-canada.org](mailto:cmirps@ismp-canada.org)**

**Téléphone : 1-866-544-7672**

.....

©2016 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients 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.