

NOUVEAU !**FC GRATUITE POUR ATP**

Désormais, il y a un nouveau moyen pour les ATP au Canada de recevoir des unités de FC. Coin Technipharm FC est le premier programme national au Canada de formation continue par correspondance spécialement conçu pour les ATP. Il vous est présenté par les éditeurs de *Pharmacy Practice*, qui offrent depuis dix ans des cours de formation continue aux pharmaciens. Coin Technipharm FC est commandité par une généreuse subvention de Novopharm. Un cours paraîtra dans chaque numéro de Coin Technipharm, publié tous les deux mois dans *Pharmacy Practice* (janvier, mars, mai, juillet, septembre, novembre).

**REMPORTEZ UN PRIX
D'ASSIDUITÉ À LA FC !**

Les 50 premiers ATP à avoir suivi le plus grand nombre de cours de FC et à obtenir les notes les plus élevées en 2003 recevront une somptueuse couverture molletonnée portant le logo Coin Technipharm FC (d'une valeur de 40 \$).

Directives

- Après avoir lu attentivement ce cours, examinez chaque question et choisissez une seule réponse qui vous semble correcte. Entourez la lettre correspondante sur la carte-réponse ci-jointe.
- Remplissez la carte et renvoyez-la par la poste ou télécopiez-la au (416) 596-5023.
- Vous recevrez une note en fonction des réponses sur la carte et vos résultats vous seront communiqués par écrit par Coin Technipharm.
- Pour réussir, il faut obtenir une note de 70 % (7 réponses correctes sur 10). Dans ce cas, vous recevrez 1 UFC.

ATP et incidents médicamenteux : de la sensibilisation à la prévention

Melanie Rantucci, MSc.Pharm., PhD

Énoncé des objectifs

À la fin de l'étude de ce cours, l'ATP pourra :

- indiquer les diverses expressions utilisées pour définir les incidents médicamenteux;
- décrire les causes courantes des incidents médicamenteux;
- expliquer le rôle de l'ATP dans la prévention et la détection des incidents médicamenteux.

Introduction

Bien que les réactions indésirables existent depuis les débuts de la médecine moderne, ce n'est que récemment que les praticiens ont reconnu ce problème crucial et pris des mesures pour le traiter. Les professionnels de la santé admettent désormais qu'il est nécessaire de connaître l'étendue du problème, d'en découvrir les causes fondamentales et de prendre des mesures pour améliorer la sécurité du patient.

Terminologie

De nombreux termes sont utilisés pour décrire l'incident médicamenteux, notamment « accident médicamenteux », « erreur d'exécution de l'ordonnance », « événement indésirable », « erreur de prescription », « erreur évitée de justesse » et « mauvais médicament remis »¹. Les termes les plus couramment utilisés sont cependant « erreur médicamenteuse » ou « incident médicamenteux », définis comme un événement fâcheux en relation avec l'exécution de l'ordonnance, la remise de l'ordonnance, l'administration d'un médicament ou le fait d'oublier de remettre un médicament prescrit à un patient².

Bien que l'usage du terme « erreur » soit courant, certains font valoir le fait que ce terme rejette le blâme sur l'individu et le dissuade de déclarer l'erreur et d'en

faire une source d'apprentissage et d'amélioration. On admet désormais que ce terme donne une vue trop restreinte et il est recommandé de le remplacer par le terme « incident » ou « réaction ».

Définition du problème

On ne connaît actuellement pas le nombre exact d'incidents médicamenteux au Canada, car il n'y pas de système national d'enregistrement. Toutefois la *Canadian Coalition for Medication Incident Reporting and Prevention* (Coalition canadienne pour la prévention et l'enregistrement des incidents médicamenteux) met actuellement au point un système de prévention et d'enregistrement par le biais des efforts conjugués de Santé Canada, de l'*Institute for Safe Medication Practices*, de l'Association canadienne des chaînes de pharmacies, de l'Association canadienne des compagnies de recherche pharmaceutique (Rx & D) et d'autres organismes oeuvrant dans le domaine de la santé.

Aux États-Unis on compte jusqu'à 7 000 décès par année consécutifs à des incidents médicamenteux^{1,3}. On ignore le coût réel des incidents médicamenteux, mais les frais engendrés par les réactions médicamenteuses indésirables (comprenant les incidents médicamenteux, les réactions indésirables, les interactions, etc.) s'élèvent à 300 mil-

lions de dollars par an au Canada, et ce juste pour la prolongation du séjour à l'hôpital. Le coût des incidents médicamenteux comprend aussi le coût de la perte de confiance, du manque de confiance et de l'insatisfaction du public et des fournisseurs de soins de la santé⁴.

Comprendre les causes

Pour s'assurer que le personnel soignant est conscient du risque d'incidents médicamenteux et de la manière dont on peut les éviter, il nous faut comprendre quelles en sont les causes.

En examinant les rapports sur les incidents médicamenteux aux États-Unis, on a déterminé que les incidents médicamenteux peuvent avoir de nombreuses causes, les plus courantes étant notamment : a) des circonstances entourant la remise de médicaments aux patients; et b) des causes fondamentales inhérentes aux systèmes de fourniture de médicaments des fabricants aux patients⁵.

CAUSES COURANTES D'INCIDENTS MÉDICAMENTEUX LIÉS À LA REMISE DE MÉDICAMENTS AUX PATIENTS

Il y a six causes courantes d'incidents médicamenteux liés à la remise de médicaments à un patient donné⁶.

1. Manque de communication

Ce manque de communication peut survenir avec une ordonnance manuscrite ou lors de la commande verbale d'un médicament, plus fréquemment lorsque le produit est inconnu au pharmacien ou à l'ATP. Plusieurs raisons sont à l'origine d'une mauvaise communication, notamment :

Ordonnance manuscrite illisible : Une ordonnance peu lisible peut donner lieu à une erreur d'interprétation. Il peut y avoir confusion entre des médicaments dont le nom est similaire (p. ex. Lescol, Lasix, Losec). Effectivement, aux États-Unis, un tiers des incidents signalés au MERP (*Medication Error Reporting Program*) se rapporte à des médicaments dont le nom est similaire.

Espacement incorrect entre les mots : Sans l'espacement requis, Inderal 80 peut être interprété comme une ordonnance pour Inderal 180. Les zéros et les virgules peuvent être à la source de problèmes, car la virgule n'est pas toujours bien visible de sorte que l'on peut confondre 2,0 mg et 20 mg de vincristine. En anglais, l'absence d'un zéro avant le point décimal peut donner lieu à une mauvaise interprétation, p. ex. .1 (0,1 mg) et 1.0 (1,0 mg).

Ordonnance ambiguë ou incomplète : dans un tel cas, le personnel de la pharmacie peut essayer de deviner ce que le prescripteur a voulu dire, ce qui peut être une source de problèmes.

Abréviations : Souvent, il n'y a pas d'abréviations officielles courantes de sorte que l'usage de termes et de formes abrégés pour les noms de médicaments peut porter à confusion, comme c'est le cas dans les exemples suivants ⁷:

• x3d signifie durant 3 jours et peut être interprété comme étant trois doses

• BT signifiant « bedtime » ou au coucher et peut être confondu avec BID (2 fois par jour).

• Le symbole des unités "U" peut être pris, lorsqu'il est mal écrit, pour un 0, 4 ou 6, de sorte que 4 U peut être lu comme étant 40, 44 ou 46; cela peut alors conduire à l'administration d'une dose excessive d'insuline potentiellement fatale.

• Les formes abrégées ambiguës de noms de médicaments peuvent être mal interprétées, p. ex. HCT peut être lu comme hydrocortisone ou hydrochlorothiazide.

Problèmes liés aux patients : il existe de nombreux risques de mauvaise communication avec le patient, notamment :

• Confusion des noms de patients : cas où un médicament est remis au mauvais patient.

• Problèmes de langue : le patient ou le pharmacien ne sont pas de langue maternelle française ce qui peut créer des malentendus.

• Il peut y avoir un malentendu à propos du médicament demandé par le patient : s'il demande ses « pilules pour le cœur » ou les « petits comprimés roses », il peut recevoir Coumadin ou de l'hydrochlorothiazide.

2. Mauvais procédés de distribution de médicaments
Il faut soigneusement étiqueter et vérifier tout médicament préemballé à la pharmacie (pharmacie communautaire ou d'hôpital). On a trouvé que le conditionnement en doses unitaires est plus sécuritaire, mais les erreurs peuvent se produire durant le processus de conditionnement.

L'exécution automatique ou

informatisée des ordonnances peut réduire le nombre d'incidents médicamenteux, car on peut programmer ces appareils de manière à ce qu'ils effectuent des automatismes régulateurs (mise en garde aux allergies, horaire, posologie, etc.) Cependant, la prudence est toujours de rigueur lorsque les renseignements originaux sont entrés dans l'ordinateur afin d'éviter les erreurs de transcription qui seront reproduites à chaque renouvellement.

La ressemblance des récipients de différents médicaments peut aussi être une source d'erreur. Cela est particulièrement vrai lorsque les médicaments sont regroupés par fabricant et qu'ils sont présentés dans des emballages de même conception portant des étiquettes similaires pour tous les médicaments et toutes les concentrations de tous les produits d'un fabricant. Ce problème peut être résolu en entreposant les médicaments par classe thérapeutique ou par nom générique ou en apposant à la pharmacie une étiquette permettant de faire la différence.

3. Erreurs de calcul Les erreurs de calcul de doses ou de poids des ingrédients peuvent être dues à une erreur mathématique, comme le fait de placer le signe décimal au mauvais endroit. Les incidents avec les médicaments liquides peuvent être dus à une erreur de lecture où la concentration exprimée en mg/mL est confondue avec une concentration exprimée en cuillerée à thé (mg/5 mL). Les erreurs mathématiques peuvent aussi être commises lorsque la posologie exprimée en mg est convertie en mL de liquide.

4. Produits et dispositifs médicamenteux : 20 % de

tous les rapports au MERP de l'USP portent sur des problèmes relatifs à des produits et à des dispositifs médicamenteux¹. Un mauvais médicament peut être sélectionné lorsque les étiquettes appropriées ne sont pas apposées sur l'emballage intérieur d'un produit et que la même couleur ou une couleur similaire figure sur l'étiquette de différents produits médicamenteux.

5. Problèmes d'administration : Ces problèmes peuvent survenir en milieu hospitalier ou au domicile du patient et, par conséquent, le personnel de la pharmacie ne peut souvent rien y changer. Les patients, les fournisseurs de soins, ou les travailleurs de la santé peuvent administrer le mauvais médicament, faire une erreur de posologie, ou ne pas utiliser la bonne voie d'administration. Comme exemple on peut citer l'administration erronée de la vincristine, un antitumoral puissant, par voie intrathécale plutôt que par voie intraveineuse, administration résultant en une mort quasi immédiate du patient.

6. Manque de connaissances chez le patient : Conseiller et informer les patients sont deux éléments indispensables pour s'assurer que le patient prend correctement ses médicaments. Le patient risque moins de mal interpréter les directives ou de confondre les flacons si on lui a inculqué les rudiments nécessaires au sujet de son médicament. Tout malentendu peut être découvert et réglé durant la séance de conseils.

CAUSES FONDAMENTALES COURANTES D'INCIDENTS MÉDICAMENTEUX DANS LES SYSTÈMES RESPONSABLES DE LA REMISE DE MÉDICAMENTS DU FABRICANT AU PATIENT

Bien que la plupart des incidents médicamenteux résultent de l'une des causes ci-dessus, on sait aussi que ces incidents peuvent survenir à la suite de problèmes généraux durant la remise du médicament au patient. Il y a sept causes fondamentales courantes dans le processus d'exécution de l'ordonnance et de remise du médicament au patient ⁷.

1. Facteurs psychologiques et humains : Les incidents médicamenteux peuvent survenir à la suite d'une faute d'inattention ou de perception, ou lorsqu'une personne agit machinalement. À la pharmacie, il y a de nom-

Faculté de formation continue

Coordonnatrice de la formation continue :

Margaret Woodruff,
B.Sc.Pharm., MBA;
Professeure, programme de techniques pharmaceutiques,
Humber College,
Etobicoke, Ontario

Auteure:

Melanie Rantucci,
MSc.Pharm., PhD;
Présidente, MJR Pharmacy
Communications,
Mississauga, Ontario

Directrice de la rédaction clinique :

Lu-Ann Murdoch,
B.Sc.Pharm.

Révisure :

Brenda Smith ATP
Vancouver Island
Health Authority;
Enseignante, Programme de techniques pharmaceutiques,
Camosun College,
Vancouver, C.-B.



breuses sources de distraction qui peuvent rendre une personne inattentive, que ce soit des facteurs de l'environnement dans la pharmacie (bruit, chaleur, lumière), des facteurs physiologiques (fatigue, maladie, faim, ou simplement la nécessité de faire une pause pour aller aux toilettes) ou des facteurs psychologiques (ennui, frustration, anxiété, colère). Ces réactions peuvent être provoquées par des facteurs internes ou externes comme le surmenage, les relations interpersonnelles et les autres formes de stress ⁷.

Le manque de connaissances est un autre facteur humain contribuant aux incidents médicamenteux (c'est le cas lorsque p. ex. le nom d'un nouveau médicament n'est pas reconnu et qu'il y a confusion avec un médicament dont le nom est similaire). Cela peut être dû à un manque personnel de formation continue ou à la consultation de références périmées ou incorrectes ⁸. En raison d'un manque de connaissances, le prescripteur peut aussi confondre certains noms ou certaines posologies.

2. Charge et horaire de travail : La charge de travail est l'un des problèmes souvent mentionnés par le personnel de la pharmacie lors d'incidents médicamenteux. Toutefois, des études montrent que les taux globaux d'incidents médicamenteux ne sont pas associés à la charge de travail — cependant, certains types d'incidents médicamenteux, comme les omissions, les doses superflues et la prise à une heure incorrecte, peuvent l'être. De plus, une modification du rythme de travail — soit un ralentissement de ce rythme — peut entraîner une augmentation des incidents⁹. Le fait de disposer d'un soutien technologique et d'un nombre suffisant d'ATP peut aider à réduire la charge de travail et diminuer ainsi le risque d'incidents médicamenteux.

3. Processus d'exécution des ordonnances De nombreux détails peuvent aller de travers durant le processus d'exécution des ordonnances et aboutir à un incident. On a identifié un certain nombre d'étapes critiques dans ce processus qui exigent une attention particulière ⁸. Ces étapes comprennent l'examen et l'évaluation de l'ordonnance, l'entrée des données dans l'ordinateur, l'examen du dossier pharmaceutique du patient, l'évaluation des mises en garde

émises par l'ordinateur, le choix du médicament (à l'ordinateur et sur l'étagère), la vérification de la date de péremption, le comptage ou la mesure de la quantité de médicament, l'apposition d'étiquettes, la seconde vérification de l'ordonnance, la remise du flacon d'inventaire sur la bonne étagère, les conseils au patient et l'interrogation sur ses antécédents, et la clarification de certains points avec le médecin prescripteur.

Chacune de ces tâches doit être clairement définie (personne responsable, lieu d'exécution, etc.). Toute conversation sans rapport avec l'exécution de l'ordonnance devrait être évitée durant ces étapes critiques afin que les pharmaciens et les ATP puissent se consacrer entièrement à leur tâche.

4. Environnement : Le milieu physique de la pharmacie peut avoir un impact sur la sécurité. La zone de travail doit être dégagée, sans désordre, et conçue de manière à permettre une marche du travail sans heurt, les téléphones étant placés dans un endroit pratique, mais où ils ne peuvent pas provoquer trop de distraction ¹⁰. Il faut disposer d'un espace de rangement suffisant permettant d'attribuer un emplacement spécifique pour chaque type de médicaments (médicaments par voie orale, topique, etc.).

Les interruptions et les distractions, le bruit et un mauvais éclairage sont tous des facteurs susceptibles de contribuer aux incidents médicamenteux. On a aussi trouvé qu'un milieu reposant, favorisant la détente (avec des couleurs agréables, une musique douce et un plancher confortable etc.) réduit aussi les incidents médicamenteux imputables aux facteurs humains mentionnés ci-dessus ¹¹.

5. Conception de l'équipement Les ordinateurs peuvent être programmés pour signaler le risque d'incidents, en émettant un avertissement en cas de posologies ou de fréquences d'administration élevées ou faibles, lorsqu'il s'agit de posologies en pédiatrie ou de produits qui font double emploi, etc. Les systèmes de distribution des médicaments par doses unitaires sont susceptibles de réduire considérablement les erreurs d'administration, mais doivent être étiquetés correctement et l'emballage doit subir un contrôle de la qualité. On a encouragé l'usage de robots, dont le taux d'erreur est

négligeable (de l'ordre d'une erreur sur 37 millions) et des ordonnances électroniques afin de réduire les incidents. De nombreux établissements ont introduit le codage par codes à barres et la technologie par balayage pour vérifier que le médicament délivré correspond bien au médicament prescrit et au patient auquel il est destiné. Cependant, il faut toujours user de prudence lors de l'interprétation et de l'entrée des commandes dans l'ordinateur; il faut aussi vérifier et mettre à jour régulièrement le logiciel et le matériel de traitement des données ¹².

6. Organisation : Les pharmacies doivent faire de la sécurité des patients une priorité. Il faut réévaluer régulièrement les produits et les systèmes en vue d'éliminer les risques. Mais, avant tout et par-dessus tout, il faut mettre en place un style de gestion non punitif encourageant la déclaration des incidents médicamenteux¹³. Les descriptions et les politiques de travail doivent clairement indiquer la responsabilité de chacun dans la prévention et la déclaration des incidents, et souligner la gestion corrective et non punitive pour encourager le personnel à signaler les incidents.

Il faut instaurer une méthode de déclaration des incidents et des erreurs évitées de justesse où seule la personne qui signale le cas est identifiée et il n'y a pas de blâme ou de mesure disciplinaire prise à son encontre. Il faut que tous les membres du personnel soient rendus attentifs à ces rapports et qu'ils prennent part à l'identification des causes et à la mise au point de mesures préventives.

7. Processus de développement de médicaments : Les sociétés pharmaceutiques peuvent contribuer aux incidents médicamenteux par un étiquetage inadéquat, des indications posologiques peu claires, une utilisation de noms similaires pour les médicaments etc. Aux États-Unis, la FDA et les sociétés pharmaceutiques ont réagi aux rapports d'incidents médicamenteux en améliorant l'étiquetage des emballages, voire même en changeant le nom de médicaments (Losec est devenu Prilosec p.ex., pour éviter toute confusion avec Lasix). Jusqu'à présent, cela n'est le cas qu'aux États-Unis. Le Canada continue à avoir des incidents médicamenteux imputables à la similarité des noms et des emballages de médicaments, et il

n'y a pas de mesures en vigueur pour y remédier ¹⁴.

Rôle de l'ATP dans la sécurité du patient

Toute personne prodiguant des soins aux patients, du médecin à l'infirmière et du pharmacien à l'ATP a un rôle dans l'amélioration de la sécurité des patients. En tant que membre de l'équipe de pharmacie, les ATP représentent un mécanisme de sécurité très précieux comme barrière de première ligne contre les incidents médicamenteux. Ils peuvent faire cela au mieux en respectant les règles suivantes :

Formation adéquate et continue : Une formation adéquate des ATP permettra de s'assurer que les ATP préparent correctement les ordonnances et sont vigilants aux circonstances qui augmentent les risques d'incidents. Il est particulièrement important de connaître les médicaments, les doses et les formes posologiques et cela nécessite un apprentissage continu.

Maintien d'un milieu sans distraction : Les ATP peuvent contribuer à la réduction des sources de distraction, particulièrement durant les tâches critiques comme l'exécution d'ordonnances, en évitant tout bavardage inutile ou musique bruyante et en interceptant toute interruption, que ce soit par les autres membres de l'équipe, des clients ou le téléphone.

Processus de vérification organisé : Les ATP doivent prendre part à un processus de vérification bien défini et sans défaillance. Ce processus doit notamment inclure une vérification de l'identité du patient, du médicament, du choix du médicament et de la concentration, de l'étiquetage et de l'emballage. Les ATP doivent vérifier le travail des autres ATP (les ATP doivent vérifier le travail d'autres ATP et les pharmaciens doivent vérifier le travail des ATP et vice versa) et il faut documenter toutes ces vérifications.

Sensibilisation aux incidents médicamenteux : Les ATP devraient prendre part à la documentation des erreurs évitées de justesse et des incidents réellement survenus. Ils devraient aussi participer au processus d'identification de la cause de l'incident et des moyens d'y remédier.

Références

- Allan Flynn E, Barker K. Medication errors research. Dans : Medication errors— Causes, prevention and risk management: Ed. Michael Cohen, APhA, Jones and Bartlett; Boston, 2000: 6.6.
- Ordre des pharmaciens de l'Ontario. Pharmacists—Standards of Practice, Standard 1.8. www.ocpharm.com (site visité en février 2002).
- Phillips DP, Christenfeld N, Glynn LM. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *Lancet* 1998, vol. 351, p. 643-4.
- Saskatchewan Health. Improving patient safety in Saskatchewan Goals and Priorities Workshop. Background Document, Saskatchewan Health, Saskatoon, février 2002.
- Cohen M. Causes of medication errors. In: Medication Errors— Causes, prevention and risk management: Ed. Michael Cohen, APhA, Jones and Bartlett; Boston, 2000: 1.1-1.7.
- ISMP Special Issue—Don't use these dangerous abbreviations or dose designations. www.ismp.org/MSA/articles/specialissue/table.html (site visité le 11/02/02).
- Leape L. A systems analysis approach to medical error. In: Medication errors— Causes, prevention and risk management: Ed. Michael Cohen, APhA, Jones and Bartlett; Boston, 2000: 2.1- 2.10.
- Cohen M. Preventing dispensing errors. In: Medication errors—Causes, prevention and risk management: Ed. Michael Cohen, APhA, Jones and Bartlett; Boston, 2000: 1.1-1.7.
- Grasha A. Misconceptions about pharmacy workload. *CJP* 2001; 134(3):26-35.
- Allan Flynn E, Barker K. Medication errors research. Dans : Medication errors—Causes, prevention and risk management: Ed. Michael Cohen, APhA, Jones and Bartlett; Boston, 2000: 6.21- 6.22.
- Caverly WM. The seaworthy vessel—attractive practice environment. Présentation à une conférence de l'Association pharmaceutique canadienne, Halifax, N.-É., mai 2001.
- ISMP Medication Safety Alert. Institute for Safe Medication Practices Newsletter 2002, 7 (8), 4.
- ISMP survey on perceptions of a non-punitive culture nets some surprising results. ISMP Medication Safety Articles. www.ismp.org/MSAarticles/nonpunitive.html (site visité le 11/02/02).
- Lessons lost by the global pharmaceutical industry. ISMP Medication Safety Articles. www.ismp.org/MSA_articles/GlobalPharm.html (site visité le 11/ 02/02).

QUESTIONNAIRE

1. Toutes les affirmations suivantes sont VRAIES, sauf :

- « Erreur médicamenteuse » est une expression acceptable pour qualifier les erreurs commises durant l'exécution d'ordonnances.
- Le terme « erreur » laisse entendre que le blâme est à jeter sur un individu.
- On parle parfois « d'erreur évitée de justesse » et de « remise du mauvais médicament »
- « Incident » est un terme préférable à « erreur ».

2. Parmi les affirmations suivantes sur les incidents médicamenteux au Canada, laquelle est CORRECTE?

- Il existe de nombreuses études canadiennes bien documentées.
- Il y a toujours eu un système national de déclaration des cas d'incidents.
- On en connaît exactement le coût financier.
- Le coût de ces incidents comprend le coût de la méfiance, du manque de confiance et de l'insatisfaction du public et des fournisseurs de soins de la santé.

3. Parmi les incidents signalés au MERP de la pharmacopée des États-Unis, 20 % touchent :

- la posologie pédiatrique
- les produits et les dispositifs
- les erreurs humaines
- le calcul de la posologie

4. Les médicaments ayant des noms similaires donnent lieu à :

- un quart des décès attribuables à des erreurs médicamenteuses;
- une charge de travail excessive;
- un tiers des incidents signalés au MERP de la pharmacopée des États-Unis;
- vingt pour cent des erreurs d'étiquetage.

5. Parmi les facteurs suivants, lequel peut contribuer à des incidents médicamenteux?

- Écriture peu lisible
- Manque de connaissances chez le patient
- Mauvais éclairage
- Tous les facteurs ci-dessus

6. Toutes les affirmations suivantes sur les causes d'incidents médicamenteux lors de la fourniture d'un médicament à un patient sont VRAIES, sauf :

- Ces causes comprennent des facteurs inhérents aux systèmes de fourniture de médicaments
- Les médicaments ayant des étiquettes et des noms

- similaires posent un problème.
- Une cause courante est une écriture peu lisible sur une ordonnance.
- Les patients qui ont reçu des conseils sont moins susceptibles de commettre des erreurs.

7. Parmi les affirmations suivantes concernant les causes fondamentales des incidents médicamenteux en rapport avec le système de fourniture de médicaments, laquelle est FAUSSE?

- un espace de travail désordonné peut augmenter les incidents médicamenteux.
- La faim et la fatigue sont des causes physiologiques d'incidents médicamenteux.
- L'entreposage séparé des médicaments topiques et de ceux d'administration par voie orale peut réduire les incidents.
- Le nombre global d'incidents est plus élevé en cas de charges de travail importantes.

8. Parmi les affirmations suivantes sur la déclaration des incidents médicamenteux, laquelle est CORRECTE?

- Seuls les pharmaciens doivent être responsables de déclarer ces incidents.
- Il faut nommer la personne responsable et prendre des mesures disciplinaires à son égard.

- Il faut identifier les causes de l'incident médicamenteux.
- Les ATP ne doivent pas prendre part aux discussions de déclarations d'incidents.

9. Parmi les affirmations suivantes concernant les stratégies de prévention, laquelle est FAUSSE?

- L'industrie pharmaceutique pourrait modifier les noms de médicaments pour réduire les erreurs au Canada comme cela a été fait aux États-Unis.
- Les ATP peuvent aider de plusieurs manières à améliorer la sécurité des patients.
- Une bonne stratégie consiste à prendre des mesures disciplinaires à l'encontre du personnel responsable de toute erreur.
- Les robots et les ordonnances électroniques préviendront les erreurs à l'avenir.

10. Lequel des moyens suivants permet aux ATP de contribuer à la sécurité des patients?

- Il ne faut jamais laisser un autre ATP ou un pharmacien vérifier votre travail.
- Participer à des cours de formation continue
- Dissimuler les erreurs lorsqu'elles se produisent.
- Bavarder avec les collègues durant l'exécution des ordonnances.

Janvier/février 2003

Présenté par :

Commandité par :

**ATP et incidents
médicamenteux : de la
sensibilisation à la prévention****1 UFC****1 Unité de FC au Québec****1.** a b c d**4.** a b c d**7.** a b c d**10.** a b c d**2.** a b c d**5.** a b c d**8.** a b c d**3.** a b c d**6.** a b c d**9.** a b c d

Nom de famille

Prénom

Courriel

Adresse (travail)

Ville

Province

Code postal

N° de téléphone

Exercice professionnel

- Pharmacie communautaire (indépendante) Autre (précisez)
- Pharmacie communautaire (chaîne) Hôpital
- Employé(e) à temps plein Employé(e) à temps partiel

Êtes-vous un(e) ATP diplômé(e)?

 Oui Non**Veillez nous aider à faire en sorte que ce programme vous soit utile en répondant aux questions suivantes :**

- Avez-vous l'impression d'en savoir plus sur les questions relatives à la sensibilisation aux incidents médicamenteux et à leur prévention? Oui Non
- Est-ce que l'information de ce cours est pertinente pour vous en tant qu'ATP? Oui Non
- Serez-vous capable d'incorporer cette information à l'exercice de votre profession d'ATP? Oui Non S.o.
- L'information de cette leçon était... trop élémentaire adéquate trop compliquée
- Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de ce cours? Entièrement ? Assez Pas du tout
- Quels sujets aimeriez-vous voir traités dans les prochains numéros? _____