



sécurité des patients suisse
CIRRNET

CIRRNET – Rapport annuel



2014

Table des matières

Avant-propos	1
1 RETROSPECTIVE 2014	2
1.1 Activités.....	2
1.2 Quick-Alerts.....	2
1.3 Recommandations concernant le transport de patients.....	2
1.4 Déclarations CIRNET	3
1.5 Groupe de pilotage du CIRNET	3
2 PERSPECTIVES pour 2015	4
2.1 Évolution du CIRNET à l'avenir.....	4
2.2 Ensemble de mesures.....	4
2.3 Appel à participer/adhérer.....	5
2.4 Comité du CIRNET	5
3 ANALYSE DES DÉCLARATIONS DE 2014 AU CIRNET	6

Avant-propos

Depuis presque neuf ans et en collaboration avec différents établissements sanitaires, Sécurité des patients Suisse (= Fondation pour la sécurité des patients) entretient le réseau CIRNET des systèmes locaux de déclaration des erreurs, qui a été soutenu dès ses débuts par la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (SSAR). La mise en réseau inter-régionale des systèmes locaux de déclaration des erreurs, appréciée par les milieux professionnels, a conduit à une reprise de l'approche interconnectée aussi dans d'autres institutions en Suisse et ailleurs. Le CIRNET a depuis toujours gardé l'objectif de favoriser un apprentissage les uns des autres permettant d'en tirer des leçons et promouvoir ainsi la culture de sécurité dans les établissements de santé.

Des milliers de déclarations locales d'erreurs ont été introduites dans la banque de données du CIRNET depuis son existence. C'est sur la base de cette banque de données que les facteurs problématiques pour la sécurité des patients sont identifiés. Des spécialistes de différents établissements sanitaires analysent ces facteurs problématiques et élaborent des conseils pratiques de prévention en collaboration avec la fondation. Après la consultation formelle de différentes sociétés de disciplines médicales, Sécurité des patients Suisse publie ces recommandations pratiques sous la forme éprouvée de Quick-Alerts. À part cela, les participants au CIRNET disposent de toutes les déclarations d'erreurs transmises et peuvent ainsi en tirer des leçons au sein de leur institution.

Rétrospectivement, on peut identifier différentes étapes importantes (phase pilote, évaluation, ouverture pour toutes les établissements sanitaires, etc.) au cours de l'évolution du CIRNET. Toutes ont contribué à l'extension et à la promotion du réseau. Au cours de l'existence du CIRNET, des efforts importants ont été fournis afin d'en améliorer encore les avantages pour ses participants. C'est dans cette approche que s'inscrivent les deux ateliers réalisés l'année dernière avec les participants au CIRNET et l'élaboration de nouvelles idées pour un ensemble de mesures à prendre. Un développement du CIRNET a été décidé pour 2015 et sera lié à un changement concernant les organismes responsables.

Sécurité des patients Suisse publie pour la première fois un Rapport annuel du CIRNET dans le cadre de la mise en place de cette série de mesures. Ce rapport donne un résumé des activités de 2014 et présente les perspectives pour 2015. Les participants CIRNET pourront compléter ce Rapport annuel avec les activités et informations les plus importantes via leur système local de déclaration des erreurs et le mettre à la disposition des collaborateurs intéressés de leur établissement de santé.



Dr Olga Frank
Direction du CIRNET
Sécurité des patients Suisse

1 RETROSPECTIVE 2014

1.1 Activités

L'année 2014 a joué un rôle particulier pour CIRNET. La nécessité d'un développement du réseau a été constatée et discutée avec les participants CIRNET. L'objectif de ce développement est d'atteindre une amélioration perceptible des avantages pour les participants. Deux ateliers ont été réalisés en automne 2014 pour cerner les besoins de ces participants et discuter ensemble des mesures utiles. Ceci a permis de définir un ensemble de mesures à prendre qui a été présenté lors du congrès de la fondation (le 24.11.2014) et adopté ensuite dans le cadre de l'atelier avec les participants. Cet ensemble de mesures sera mis en place progressivement au cours de l'année 2015 et mis à la disposition des participants au CIRNET.

1.2 Quick-Alerts

L'analyse des déclarations locales transmises en 2014 dans le cadre des CIRS a révélé trois domaines de problèmes affectant la sécurité des patients et pouvant être traités utilement sous forme de Quick-Alerts.

[Quick-Alert n° 32: Risque accru d'incendie au bloc opératoire](#)

En collaboration étroite avec le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), la problématique du risque sous-estimé d'incendies au bloc opératoire a pu être analysé et des recommandations pratiques ont été élaborées. La vidéo complémentaire créée à ce sujet par la fondation et le CHUV, est à la disposition des établissements pour la sensibilisation et les formations internes de leurs collaborateurs.

[Quick-Alert n° 33: La bonne communication téléphonique de prescriptions médicales et demandes d'examen](#)

Il est incontesté dans les milieux professionnels que les erreurs commises dans la prise en charge médicale sont souvent dues à des défauts de communication. De nombreuses déclarations d'erreurs dans la banque de données du CIRNET le confirment. Il est par contre moins évident de trouver comment éviter ces erreurs de communication. Nous avons élaboré et publié via de nombreux canaux un Quick Alert avec des experts en communication suisses, qui analysent la communication en général et celle du domaine de la santé en particulier. Les établissements de santé sont

encouragés à examiner les recommandations pratiques de communication en fonction de leur contexte local et à décider quelles sont les mesures recommandées qui peuvent être mises en œuvre avec prise en compte des conditions cadre individuelles.

[Quick-Alert n° 34: Brûlures et échaudures par l'application de chaleur](#)

Malgré l'interdiction de bouillottes dans la plupart des établissements de santé, on observe régulièrement des brûlures dues à l'application de chaleur chez des patients. Les recommandations pratiques doivent contribuer à promouvoir la sécurité des applications de chaleur dans tous les secteurs de prise en charge et à mieux éviter les brûlures & échaudures. Comme cette problématique joue un rôle particulièrement important en pédiatrie et en néonatalogie à cause de la régulation thermique chez les enfants, un Quick-Alert séparé doit être élaboré en 2015 en collaboration avec des experts pédiatriques.

À part cela, la problématique des [patients portant le même nom ou des noms qui se ressemblent](#) a été identifiée. Après de premières recherches dans la littérature, la consultation d'experts et une analyse de cette problématique spécifique dans les grandes lignes, il a été estimé que ce thème était trop complexe pour être traité dans le cadre d'un Quick-Alert. L'identification des patients étant cependant un problème de sécurité significatif, se traduisant par de nombreuses déclarations d'erreurs qui révèlent la nécessité d'agir, la fondation se réserve la décision de traiter cette problématique à une date ultérieure selon la disponibilité de ses ressources.

1.3 Recommandations concernant le transport de patients

Au cours de plusieurs années d'analyses de déclarations CIRNET, nous avons vu régulièrement des déclarations décrivant des incidents liés au transport de patients instables au sein de l'établissement. Des recherches complémentaires dans la littérature et l'estimation du rôle de cette problématique par des praticiens confirment la nécessité d'élaborer des recommandations pratiques pour la Suisse. La complexité de ce problème ne permettant pas son traitement sous forme de Quick-Alert, il a été décidé de définir une nouvelle formule plus appropriée. Ce thème est donc traité dans le

cadre d'un groupe de travail composé d'experts des disciplines médicales suivantes: soins en anesthésie, anesthésiologie et réanimation, chirurgie cardiaque, médecine intensive, néonatalogie et pédiatrie, neurochirurgie et neurologie, médecine des urgences et de sauvetage. À l'aide d'un procédé structuré de feedback par écrit, ce groupe a élaboré des recommandations pratiques pour le transport des patients au sein des établissements. Les recommandations de la commission de la médecine d'urgence de la SSAR ont également été intégrées à ce document. L'adoption formelle des recommandations par quatre sociétés de disciplines médicales suisses (SIGA/FSIA, SGAR/SSAR, SGI/SSMI, SGNOR/SSMUS) contribue à leur bonne acceptation dans les milieux professionnels et à leur prise en compte dans le cadre de l'élaboration des directives internes des institutions. Les recommandations sont disponibles depuis octobre 2014 pour toutes les institutions de santé intéressées et peuvent être téléchargées sur le site Web de la fondation.

1.4 Déclarations CIRNET

La transmission des déclarations d'erreurs locales à la banque de données CIRNET a été régulière et fiable. 948 déclarations au total ont été transmises en 2014. Toutes les déclarations reçues ont été classées par les responsables CIRNET conformément à la classification de l'OMS^[1] et publiées dans la partie réservée aux utilisateurs enregistrés du site Internet CIRNET. Les résultats d'une première analyse de la totalité des déclarations CIRNET à propos d'un facteur problématique spécifique (la morphine en tant que médicament à risque élevé) sont présentés à titre d'exemple dans le chapitre 3 du présent rapport.

1.5 Groupe de pilotage du CIRNET

Le groupe de pilotage du CIRNET s'est réuni trois fois pour préparer les ateliers CIRNET. Suite au changement des organismes responsables du CIRNET à partir de 2015, le groupe de pilotage sera remplacé par un comité du CIRNET restant à créer.

2 PERSPECTIVES pour 2015

2.1 Évolution du CIRRNET à l'avenir

L'ensemble des mesures destinées améliorer les avantages pour les participants au CIRRNET sera mis en place cette année. Nous informerons les participants sur la progression de cette mise en place et la réalisation des différentes mesures en temps utile.

2.2 Ensemble de mesures

La série de mesures adoptée comprend les mesures individuelles suivantes:

2.2.1 Recommandations pratiques pour l'introduction et l'entretien d'un système CIRS

Les principes et conditions cadre pour l'introduction et l'entretien d'un système local de déclaration des erreurs seront présentés sous forme de recommandations pratiques dans un document de base. Ce document sera élaboré en collaboration avec des professionnels d'établissements sanitaires suisses et mis à disposition des participants sous forme électronique.

2.2.2 Masques de diapositives pour les recommandations pratiques

Des masques de diapositives à utiliser lors de formations internes seront élaborés sur la base des recommandations pratiques pour l'introduction et l'entretien d'un système local de déclaration des erreurs. Le contenu thématique de ces masques sera préparé de sorte à permettre des ajouts/adaptations. L'ensemble de masques de diapositives sera mis uniquement à la disposition des participants au CIRRNET.

2.2.3 Outil d'e-Learning pour former aux systèmes de déclaration des erreurs, complétant les recommandations pratiques

Un outil d'e-Learning sera développé en plus des recommandations pratiques et des masques de diapositives. Cet outil sera également mis uniquement à la disposition des participants au CIRRNET. Il doit permettre aux établissements sanitaires d'offrir une possibilité de formation à leurs collaborateurs afin que ceux-ci puissent acquérir de façon autonome et à leur propre rythme, les bases nécessaires à un système de déclaration des erreurs.

2.2.4 Amélioration de la qualité des déclarations CIRRNET publiées dans la section réservée aux utilisateurs enregistrés

Pour améliorer la qualité des déclarations publiées dans la section réservée aux utilisateurs enregistrés, seules les déclarations jugées «de qualité» seront mises à disposition à partir de 2015. Toutes les autres déclarations seront archivées dans la banque de données du CIRRNET après leur analyse. Pour la transmission des déclarations locales d'erreur à la banque de données du CIRRNET, cela signifie concrètement que **les participants au CIRRNET ne transmettront que des déclarations de bonne qualité, susceptibles d'intéresser d'autres établissements sanitaires et décrivant une problématique de sécurité significative ou liée à un besoin urgent d'agir à l'échelle interrégionale.** On gardera cependant pour principe fondamental qu'en cas de doute, la déclaration sera transmise à la banque de données du CIRRNET.

2.2.5 Formations/exposés sur les CIRS et/ou le CIRRNET

Sur demande de participants au CIRRNET, Sécurité des patients Suisse sera disponible pour des exposés/présentations concernant les CIRS/le CIRRNET.

2.2.6 Rapport annuel CIRRNET

Toutes les activités et informations essentielles concernant le CIRRNET seront désormais présentées en aperçu et publiées sous forme de rapports annuels, qui indiqueront aussi en quelques lignes les perspectives pour l'année suivante.

2.2.7 Congrès/atelier du CIRRNET

Un premier atelier CIRRNET aura lieu en 2015 dont le thème central sera une problématique spécifique de sécurité illustrée par une (ou éventuellement deux) analyse(s) de cas concret(s) issu(s) de la pratique. Les aspects de sécurité et le processus d'analyse des erreurs seront thématiques avec un expert en la matière. L'accès à cet atelier du CIRRNET sera gratuit pour les collaborateurs intéressés venant d'établissements participant au CIRRNET.

2.3 Appel à participer/adhérer

Après la mise en place de tout l'ensemble de mesures prévu, Sécurité des patients Suisse enverra un courrier à tous les établissements ne participant pas encore au CIRNET, afin de les encourager à le rejoindre.

2.4 Comité du CIRNET

La Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (SSAR) est depuis le début la seule société de discipline médicale ayant fourni chaque année une contribution financière et ayant soutenu considérablement la gestion du CIRNET en tant qu'organisme co-responsable. À partir de 2015, la SSAR ne pourra plus soutenir le CIRNET financièrement et en abandonnera ses fonctions d'organisme co-responsable. C'est pourquoi le groupe de pilotage sera remplacé par un Comité du CIRNET restant à créer. Les personnes qui composeront ce nouveau Comité seront présentées dès que celui-ci aura été créé.

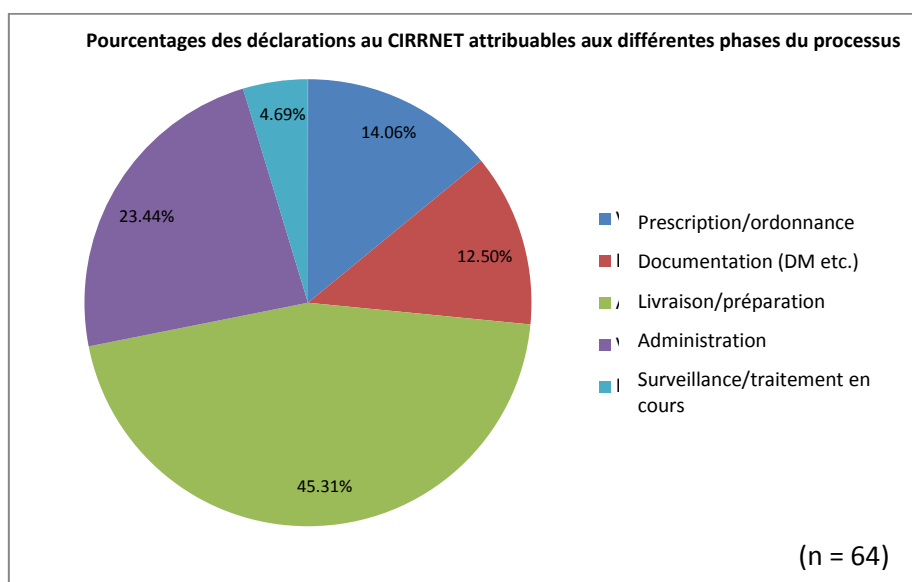
3 ANALYSE DES DÉCLARATIONS DE 2014 AU CIRNET

Contexte: Les erreurs de médication sont un grand risque pour les patients. Pour les éviter, il est important d'en connaître les causes et les facteurs de risque. Les médicaments qui sont souvent sujets à des erreurs de médication et peuvent entraîner des conséquences graves pour les patients sont d'un intérêt particulier. C'est pourquoi une première analyse des déclarations CIRNET a été effectuée pour la «morphine», qui est en tête de liste des médicaments à risque élevé dans le domaine stationnaire aigu selon l'ISPM (Institute for Safe Medication Practices)^[2].

L'analyse ci-dessous des déclarations CIRNET est une piste pour en apprendre plus sur les erreurs de médication concernant l'utilisation de morphine. Vu que la transmission des déclarations d'erreurs locales à la banque de données CIRNET par les participants, est faite de façon sélective et que tous les incidents d'intérêt pour la sécurité ne sont pas signalés, les résultats ci-dessous ne reflètent pas fidèlement les erreurs de médication concernant la morphine. La méthode appliquée montre cependant qu'il est possible d'identifier des secteurs problématiques spécifiques accessibles à l'élaboration de mesures d'amélioration.

Méthode: Une recherche à l'aide de mots-clés définis (Morph, BTM, Capros, Kapanol, MST, MSR, MSI, M-STADA, M-long, M-beta, M-retard, Schmerzpflaster, Sevre) a été effectuée pour la période du 25.09.2006 au 31.12.2014 dans la banque de données du CIRNET afin d'y trouver les déclarations d'erreurs. Un total de 64 déclarations a pu être inclus à l'analyse. Ces déclarations d'erreurs ont été classées par deux personnes en fonction des phases du processus de médication («prescription/ordonnance», «documentation», «livraison/préparation», «administration», «surveillance/traitement en cours»). Les déclarations de chaque phase de processus ont également été classées par types de facteurs problématiques. Le classement, par phases du processus de médication était semblable chez les deux examinateurs dans 87,5 % des cas.

Résultats: L'analyse des déclarations a montré que 14,1 % d'entre elles pouvaient être attribuées à la phase «prescription/ordonnance», 12,5 % à la phase «documentation», 45,3 % à la phase «livraison/préparation», 23,4 % à la phase «administration» et 4,7 % à la phase «surveillance/traitement en cours».



Les déclarations d'erreurs concernant les différentes phases du processus décrivent les facteurs problématiques suivants:

Phase du processus: prescription/ordonnance	Nombre de déclarations au CIRNET	Exemple réel d'une déclaration
Ordonnance médicale incomplète / indéchiffrable (dose, concentration, etc.)	9	«Le patient souffre de détresse respiratoire. Médicament de réserve morphine 1 mg. L'infirmière tente de joindre le médecin de service parce que la prescription de réserve n'indique pas la forme de morphine à utiliser et la fréquence d'administration autorisée. Dans la situation aiguë, le personnel soignant décide d'utiliser des gouttes de morphine et administre 4 gouttes de morphine à 2 % au patient. Après l'administration, les soignants ont à nouveau vérifié la posologie, étant incertains du nombre de gouttes. Nouvelle tentative de joindre le médecin de service, description de la situation à celui-ci. On aurait pu administrer 1 mg de morphine i.v. Le patient doit être contrôlé parce que 1 ou 2 gouttes auraient suffi pour la dose indiquée, mais le médecin dit qu'il ne s'attend pas à des complications. Il adapte la prescription de réserve. Le médecin-chef est passé, s'est renseigné et a re-rédigé la prescription correctement.»

14,1 % (N = 64) des déclarations CIRNET concernent la phase «prescription/ordonnance» du processus. Elles décrivent toutes des prescriptions de morphine qui sont incomplètes ou indéchiffrables.

Phase du processus: documentation	Nombre de déclarations au CIRNET	Exemple réel d'une déclaration
Erreur de transmission	6	«À l'origine, la prescription était d'arrêter la morphine et les gouttes Tramal 5x20. Tramal a été transmis, mais la morphine a été transmise comme non arrêtée. Lorsque j'ai remarqué que le patient avait la morphine et Tramal en réserve, j'ai demandé au médecin si c'était exprès. Le médecin m'a alors montré sa prescription correcte rédigée le 19.8. après 17.00 h.»
Allergie non prise en compte	2	
Mauvaise documentation de la forme galénique	1	

12,5 % (N = 64) des déclarations concernent la phase de la documentation dans le dossier médical. Trois facteurs problématiques ont été décrits dans les déclarations d'erreurs: erreurs de transmission, allergies non prises en compte et mauvaise documentation de la forme galénique de la morphine. Les erreurs de transmission semblent être les plus fréquentes. Pour y remédier, l'introduction de systèmes électroniques de prescription paraît logique. L'efficacité de tels systèmes de prescription pour améliorer la sécurité du processus de médication dans les hôpitaux et les cabinets médicaux est suffisamment étudiée. Néanmoins, l'implémentation d'un tel système de prescription doit tenir compte des processus de travail existants pour éviter la création involontaire d'autres risques.

Phase du processus: livraison/préparation	Nombre de déclarations au CIRNET	Exemple réel d'une déclaration
Apparence similaire (ampoules de morphine de concentrations différentes) → dont 4x confusion avec la péthidine	5	«Chez un patient au stade terminal, le médecin avait prescrit lors de la visite du matin 20 mg de morphine en 24 h dans 500 ml de soluté. L'infirmière a injecté cette dose de morphine dans une perfusion déjà connectée au patient le soir précédent à 21 h, qui n'était donc plus qu'à moitié pleine. L'après-midi, l'équipe alors en charge s'en est aperçue parce que le patient présentait un diamètre anormal des pupilles ainsi qu'une réaction modifiée et exprimait un grand malaise. Suite à l'erreur commise, le patient a reçu la dose d'un jour entier (20 mg) en l'espace de +/- 6 heures.»
Fausse voie d'administration	1	
Erreur de calcul de la dose	5	
Inscription manquante ou fausse sur la seringue	3	
Erreur dans la préparation de la perfusion	6	
Erreur dans la programmation de la pompe à perfusion/du perfuseur	5	
Fausse connexion de la tubulure de perfusion	1	
Surdosage du à différentes concentrations standard utilisées	2	
Confusion entre l'opium et la morphine	1	

45,3 % (N = 64) des déclarations concernent la phase de livraison et de préparation de la morphine. Cela ne permet pas de conclure instinctivement que le nombre des déclarations concernant cette phase du processus reflète une fréquence d'erreurs plus élevée dans cette phase que dans les autres. Mais cela permet certainement de conclure que la livraison et la préparation de médicaments est associée à un potentiel élevé d'erreurs à cause des nombreux gestes impliqués. Les interruptions sont un risque connu auquel le personnel soignant est exposé lors de la préparation des médicaments. Lors de l'utilisation de morphine, il faut particulièrement se méfier de la ressemblance extérieure entre les ampoules de morphine et les ampoules de péthidine. Quatre des cinq déclarations d'erreurs décrivant la problématique de la ressemblance extérieure concernent une confusion avec la péthidine. Il semble que la programmation correcte de perfuseurs ou de pompes à perfusion soit également un problème. Celui-ci n'est pas spécifique à l'administration de morphine; il s'agit d'un problème concernant globalement la problématique de la manipulation de dispositifs médicaux techniques, dans le cas présent de perfuseurs/pompes à perfusion. Il en va de même pour les déclarations d'erreurs de calcul. Là aussi, la problématique ne concerne pas uniquement l'administration de morphine, mais elle peut engendrer des risques particuliers spécifiques à un surdosage de morphine, incluant au pire des cas le décès du patient. On remarque que les déclarations d'erreurs décrivent surtout des surdosages. Les sous-dosages ne sont pratiquement pas représentés. Il serait intéressant de savoir si c'est parce qu'ils ne se produisent pas ou si les professionnels de santé les considèrent comme des erreurs de médication sans gravité et ne les signalent donc pas lorsqu'ils se produisent.

Phase du processus: administration	Nombre de déclarations au CIRNET	Exemple réel d'une déclaration
Dysfonctionnement de la pompe à perfusion (dispositif médical technique)	3	«Salle de réveil: la voie veineuse périphérique est en place parallèlement à l'artère (radiale). Administration de 0,5 mg (0,5 ml) de morphine par voie artérielle (dilution 1:10 dans une solution de NaCl à 0,9 %).»
Interruption temporaire accidentelle de la perfusion	1	
Look-alike (confusion entre 2 mg/2 ml et 10 mg/ml)	1	
Dépassement de la durée d'administration (hygiène?)	1	
Surdosage dû à un non-respect de la posologie	5	
Confusion de patients	2	
Fausse voie d'administration (i.a. au lieu d'i.v., péridurale au lieu d'i.v.)	2	

23,4 % (N = 64) des déclarations concernent la phase de l'administration de la morphine. Les erreurs le plus souvent décrites sont des surdosages et des dysfonctionnements techniques de pompes à perfusion/perfuseurs. Mais il y a aussi des confusions entre les voies d'administration. Les autres facteurs problématiques indiqués ne sont décrits que de façon isolée.

Phase du processus: surveillance/traitement en cours	Nombre de déclarations au CIRNET	Exemple réel d'une déclaration
Livraison de concentrations inhabituelles par la pharmacie (autres concentrations que les concentrations standard usuelles)	2	«Début mai, nous avons commandé par erreur des ampoules de morphines de 2 mg (il semble que nos services n'utilisaient habituellement sinon que 10 ou 100 mg). Les ampoules ont été fournies (d'après la pharmacie, on n'aurait pas dû nous les remettre). Elles ont été enregistrées dans le carnet des stupéfiants sous «10 mg» et utilisées en tant que telles. En conséquence, le patient a reçu au total 3 fois une dose de morphine nettement trop faible parce que les soignants diplômés (au nombre de 3) n'ont pas remarqué qu'ils utilisaient une ampoule de 2 mg, et non l'ampoule de 10 mg supposée.»
Manque de clarté de la communication au niveau des interfaces/processus	1	

4,7 % (N = 64) des déclarations se rapportent à la phase «surveillance/traitement en cours» du processus. Un résultat intéressant de cette phase est qu'il y existe des «erreurs de livraison» de médica-

ments fournis par la pharmacie. La livraison de concentrations autres que les concentrations standard usuelles peut compromettre la fiabilité de processus sûrs et entraîner des erreurs.

Discussion/conclusions: L'approche présentée ici est une possibilité d'analyse ciblée de déclarations d'erreurs. Elle permet l'identification de différents domaines problématiques dans l'ensemble du processus de médication et l'identification de facteurs problématiques spécifiques concernant l'utilisation de morphine. La même démarche permettrait aux établissements de procéder à leur propre analyse ciblée et de définir des stratégies d'amélioration en conséquence. Les résultats à l'échelle interrégionale sont intéressants parce qu'ils montrent la diversité des problèmes liés au processus de médication. L'analyse ciblée des déclarations d'erreurs est laborieuse, mais en tout cas préférable aux analyses statistiques des fréquences. Seule une analyse ciblée des déclarations d'erreurs permet la mise en évidence des champs de problèmes et l'obtention d'informations précieuses qui peuvent contribuer à rompre la chaîne des erreurs. Les résultats de cette analyse doivent évidemment être interprétés dans un esprit critique. Les 64 déclarations d'erreurs considérées ne sont pas représentatives, le classement par phases du processus est subjectif et l'attribution à tel ou tel facteur problématique n'est pas toujours claire. Les résultats donnent néanmoins un aperçu des déclarations d'erreurs transmises à la banque de données du CIRNET au sujet de l'utilisation de morphine dans les établissements.

Littérature:

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient. http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf?ua=1 (consulté le 28.01.2015)
2. Institute for Safe Medication Practices (ISPM). List of high-alert medications in acute care settings. <http://www.ismp.org/tools/highalertmedications.pdf> (consulté le 28.01.2015)