

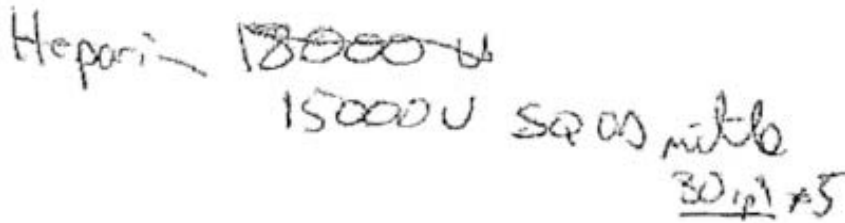
Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 12, numéro 6

Le 5 juin 2012

ALERTE : Confusion attribuable à l'envoi d'une ordonnance par télécopieur

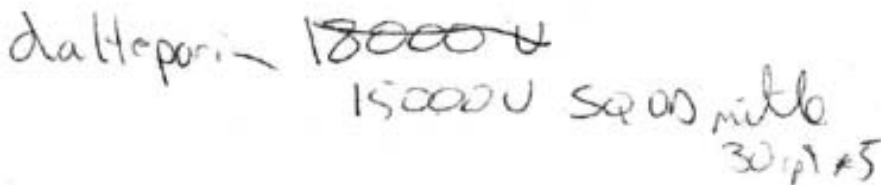
Une pharmacie communautaire a reçu par télécopieur une ordonnance pour un patient qui venait de sortir de l'hôpital (Figure 1).



Heparin ~~18000 U~~
15000 U SQ QS mitb
30 p 1 A5

Figure 1 : Ordonnance d'anticoagulant reçue par télécopieur à une pharmacie communautaire.

Le patient a reçu deux doses d'héparine. Lorsque l'hôpital a envoyé une demande à la pharmacie de fournir des seringues et des tampons alcoolisés pour toute la durée du traitement à la « daltéparine », la pharmacie communautaire s'est rendu compte qu'une défaillance s'était produite. Une enquête plus poussée a révélé que l'hôpital avait en fait envoyé une ordonnance de « daltéparine à 15 000 U » (voir la Figure 2), mais que lors de la transmission par télécopieur, les deux premières lettres du nom du médicament, « da », ont été coupées, ce qui a donné lieu à l'ordonnance de la Figure 1. Le relevé de transmission du télécopieur de l'hôpital indiquait que la télécopie avait été bien effectuée, et ne mentionnait aucun problème.



daltéparin ~~18000 U~~
15000 U SQ QS mitb
30 p 1 A5

Figure 2 : Ordonnance d'anticoagulant envoyée par l'hôpital.

Voici quelques recommandations visant à réduire au minimum les défaillances de transmission d'ordonnances par voie électronique (p. ex., par télécopieur) :

- Informer tous les utilisateurs des défaillances qui peuvent survenir lors de l'utilisation des télécopieurs, des numériseurs ou tout autre appareil de transmission, et leur indiquer comment repérer ces défaillances¹.
- Faire un contrôle de la qualité de la transmission de toutes les ordonnances (p. ex., troncation d'un en-tête ou marques apparaissant sur l'ordonnance), et s'assurer que l'ordonnance elle-même soit lisible². Dans cet exemple, le nom du médecin prescripteur et de l'hôpital, qui apparaissaient dans le coin supérieur gauche de l'ordonnance originale, avaient été coupés au cours de la transmission.
- S'assurer que les marges sont suffisantes et éviter d'écrire dans la marge ou en périphérie de l'ordonnance³.
- Si possible, inclure le nom générique en plus du nom de marque du médicament, par mesure de sécurité. Cette information pourrait par exemple être ajoutée dans les systèmes informatiques de prescription.
- Éviter d'utiliser des abréviations peu précises (p. ex., U pour unités)^{1,4}.
- Si un télécopieur ou un numériseur est utilisé, veiller à ce que seules les ordonnances originales soient transmises ou numérisées; ne pas transmettre de copies autocopiantes des ordonnances⁵.

- Mettre en place un processus visant à indiquer quand une ordonnance a été numérisée (p. ex., apposer une estampille indiquant « Télécopie », avec l'heure et la date de transmission)⁵.
- Établir un calendrier régulier d'entretien et de nettoyage des télécopieurs et des autres appareils pour veiller à ce que la transmission des données sur les médicaments se fasse le mieux possible^{1,3,5}.
- Susciter l'intérêt des patients et les tenir informés tout au long du traitement, surtout lors de transitions (p. ex., à leur sortie de l'hôpital). Donner aux patients une liste de leurs médicaments comprenant la dose, la fréquence de la prise et tout autre renseignement pertinent. Les patients sont parfaitement en mesure de percevoir des défaillances et sont bien placés pour rendre l'utilisation de leurs médicaments plus sécuritaire⁶.
- Si possible, donner aux patients une copie de toute ordonnance transmise par voie électronique (clairement distincte de l'original) à remettre au pharmacien communautaire, comme mesure de vérification supplémentaire au moment de la délivrance du médicament.
- Enfin, toujours vérifier la logique des divers éléments de l'ordonnance selon le médicament indiqué (p. ex. la dose, la fréquence de la prise, la voie d'administration, l'indication). Ainsi, dans cet exemple-ci, de l'héparine non fractionnée administrée par voie sous-cutanée doit être administrée toutes les 8 ou 12 heures⁷.

Les références sont indiquées à la page 3.

Risque de confusion entre la cycloSPORINE et le cyclophosphamide

Dans une déclaration reçue par le site Médicamentssecuritaires.ca, un consommateur a décelé une confusion entre la cycloSPORINE et le cyclophosphamide qui aurait pu causer un préjudice. À son congé de l'hôpital, ce consommateur a reçu une ordonnance de cyclophosphamide pour le traitement d'une maladie auto-immune, mais de la cycloSPORINE lui a été remise par inadvertance à une pharmacie communautaire. Heureusement, il s'en est rendu compte et n'a pas pris la cycloSPORINE. Il semble que l'information qu'on lui avait transmise sur ses nouveaux médicaments avant de lui donner son congé de l'hôpital l'ait aidé à repérer cette défaillance¹. Le bulletin complet traitant de cet incident se trouve sur le site Médicamentssecuritaires.ca, à : http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/ISMPC_Bulletin_2012_v3i3.pdf

Un autre cas de confusion entre la cycloSPORINE et le cyclophosphamide avait déjà été décrit par l'*Institute for Safe Medication Practices* des États-Unis².

En 2010, un sondage a été effectué auprès des praticiens en oncologie canadiens dans le cadre d'une initiative conjointe relative à l'écriture, en lettres MAJUSCULES et minuscules du nom des médicaments utilisés en oncologie. Le sondage a révélé que la similitude entre les noms cycloSPORINE et cyclophosphamide entraînait un risque de préjudice³. Le mot « CycloSPORINE » est maintenant compris dans la liste de médicaments en oncologie dont le nom s'écrit ou se prononce comme celui d'un autre médicament et qui devrait donc être écrit en lettres MAJUSCULES et minuscules. Cette liste de termes a été conçue par l'ISMP Canada et l'Association canadienne des agences provinciales du cancer, qui la recommandent. L'écriture du nom des médicaments en lettres MAJUSCULES et minuscules (par exemple, dans les systèmes d'information des pharmacies et sur les armoires d'entreposage des médicaments en pharmacie, entre autres dans les pharmacies communautaires) pourrait aider à prévenir les incidents et accidents causés par une confusion entre les noms de divers médicaments.

Cette déclaration d'un accident évité de justesse souligne aussi le rôle que peuvent jouer les consommateurs dans la prévention des accidents liés à la médication. Pour ce faire, les professionnels de la santé doivent transmettre à leurs patients tous les renseignements et l'information nécessaires.

Références

1. Un consommateur décèle une erreur relativement à des noms de médicaments similaires. Bulletin de Médicamentssecuritaires.ca 2012 [cité le 15 mai 2012];3(3):1. Accessible à : http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/ISMPC_Bulletin_2012_v3i3.pdf
2. Caught in a vicious cycle. Alerte de l'ISMP. 1997 [cité le 29 mai 2012];2(6):1. Accessible à : <http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/19970326.asp>
3. Recours aux lettres majuscules pour l'écriture des noms de médicaments utilisés en oncologie. Bulletin de l'ISMP Canada 2012 [cité le 15 mai 2012];10(8):1-4. Accessible à : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2010-08.pdf>

Références

1. Improving medication safety in community pharmacy: assessing risk and opportunities for change. Horsham (PA): Institute for Safe Medication Practices; 2009.
2. Fax machine “noise” = medication errors in waiting. Alerte de l'ISMP. 1996 [citée le 22 mai 2012];1(13):1. Accessible à : <http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/19960703.asp>
3. ISMP quarterly action agenda — Octobre–décembre 2004. Alerte de l'ISMP. 2005 [citée le 22 mai 2012];10(2):3. Accessible à : <http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/a1q05action.asp>
4. Éliminer l'utilisation dangereuse d'abréviations, de symboles et de certaines inscriptions numériques. Bulletin de l'ISMP Canada. 2006 [citée le 22 mai 2012];6(4):1-3. Accessible à : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2006-04.pdf>
5. Grissinger, M. « For best quality, send only original orders to pharmacies », P T. 2009;34(5):227, 237.
6. Les consommateurs peuvent jouer un rôle dans la prévention des accidents liés à la médication – Lisez votre prescription! Bulletin Médicamentssecuritaires.ca. 2010 [citée le 22 mai 2012];1(2):1. Accessible à : http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/ISMPC_Bulletin_2010_03_2.pdf
7. Repchinsky, C., rédacteur en chef. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Ottawa (Ontario) : Association des pharmaciens du Canada; 2012:1225-1227.

© 2012 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.

L'ISMP Canada est un organisme canadien qui recueille les déclarations volontaires d'incidents et d'accidents liés à l'utilisation de médicaments et qui a été fondé pour partager les expériences liées aux erreurs de médication. Notre but est de mettre en œuvre des stratégies de prévention et des mesures de sécurité afin de diminuer le risque d'accident préjudiciable et de promouvoir l'utilisation sécuritaire des médicaments dans le milieu de la santé.

Pour déclarer un incident ou un accident lié à la médication à l'ISMP Canada, vous pouvez (1) Visiter notre site Web, à l'adresse http://www.ismp-canada.org/err_report.htm, ou (2) Nous téléphoner : 416-733-3131 ou au numéro sans frais : 1-866-544-7672.

Vous pouvez également communiquer avec l'Institut par courriel : cmirps@ismp-canada.org. L'ISMP s'engage à la confidentialité et à la sécurité de tous les renseignements reçus et respectera la volonté du déclarant quant au niveau de détail à inclure dans ses publications.

Un partenaire clé du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux