

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 19 • Numéro 8 • Le 23 octobre 2019

Erreurs associées à l'utilisation de l'ocytocine : une analyse fondée sur de multiples incidents

L'ocytocine et ses analogues sont couramment administrés pour le déclenchement du travail et l'augmentation des contractions utérines¹⁻³, ainsi que pour prévenir et traiter les saignements post partum²⁻⁴. Or, l'ocytocine peut causer une hyperstimulation de l'utérus qui peut aboutir à une souffrance fœtale, voire à une rupture utérine, qui impose une césarienne urgente. Une analyse de multiples incidents a été effectuée pour déterminer les pistes d'amélioration de la sécurité des patients lors de l'utilisation de ce médicament de niveau d'alerte élevé⁵.

MÉTHODES

Les incidents médicamenteux associés à l'ocytocine sont tirés des déclarations volontaires* soumises à l'une des trois bases de données de déclaration de l'ISMP Canada (déclaration des incidents par les praticiens, par les pharmacies communautaires et par les consommateurs) ou au système national de déclaration des accidents et incidents (SNDAI)†. La période visée par ces déclarations s'échelonne depuis la création des bases de données jusqu'au 4 avril 2019. Les mots clés utilisés dans cette analyse étaient « ocytocine », « pitocine » et « syntocinon ».

RÉSULTATS QUANTITATIFS

Au total, 170 incidents potentiellement pertinents ont été relevés dans les bases de données de l'ISMP Canada et du SNDAI. Une revue des rapports d'incidents a permis d'exclure ceux qui n'étaient pas pertinents ou suffisamment détaillés; ont été retenus pour analyse 99 rapports d'incidents des bases de données de l'ISMP Canada et 45 du SNDAI.

Des effets nocifs pour la mère, le fœtus et le nouveau-né ont été signalés dans 12 % des déclarations d'incident à l'ISMP Canada et dans 29 % des déclarations au SNDAI. La plupart des incidents signalés dans les deux bases de données sont survenus à l'étape de l'administration du processus d'utilisation des médicaments.

ANALYSE QUALITATIVE

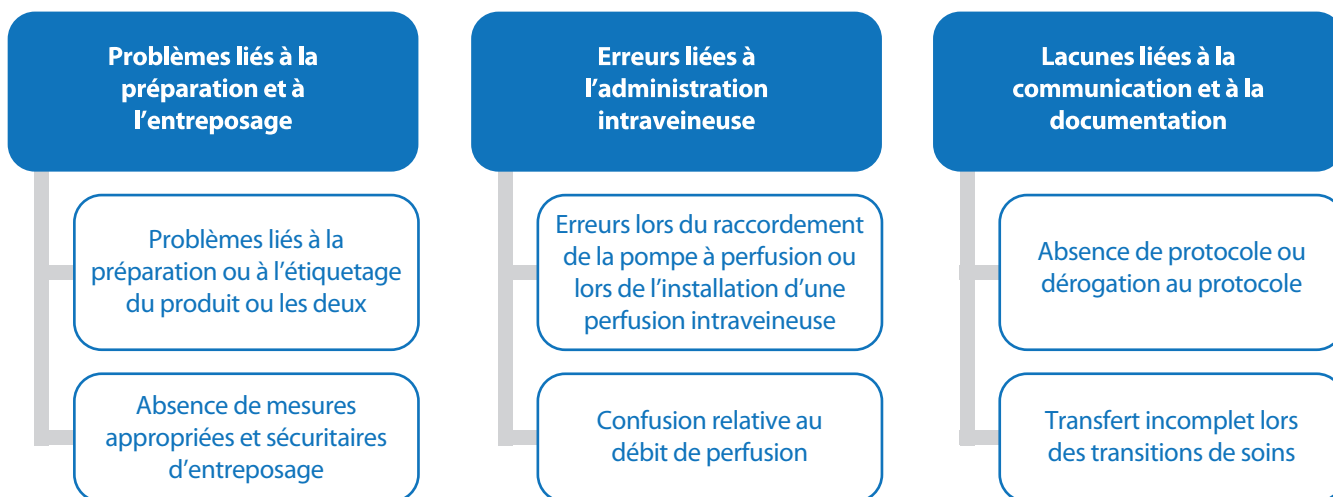
L'analyse a révélé trois thèmes principaux, chacun comportant de multiples sous-thèmes (voir la figure 1).

* Il n'est pas possible de déduire ou de prédire la probabilité d'incidents sur la base des systèmes de déclaration volontaire.

† Le SNDAI (système national de déclaration des accidents et incidents), de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), est une composante du programme du système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM). Pour en savoir davantage sur le SNDAI, visitez le <https://www.cmirps-scdpim.ca/?p=12&lang=fr>.

Figure 1 :

Principaux thèmes et sous-thèmes dégagés à partir des incidents médicamenteux associés à l'ocytocine.



THÈME :

PROBLÈMES LIÉS À LA PRÉPARATION ET À L'ENTREPOSAGE

SOUS-THÈME :

problèmes liés à la préparation ou à l'étiquetage du produit ou les deux

Les infirmières préparent habituellement les solutions d'ocytocine dans l'unité de soins, juste avant la perfusion, en ajoutant le volume désiré du médicament, retiré d'une ampoule ou d'un flacon, dans un sac de solution intraveineuse (IV) (p. ex., 0,9 % de chlorure de sodium). La solution diluée est ensuite administrée par l'entremise d'une pompe à perfusion. Parfois, la préparation de la solution d'ocytocine est effectuée en situation d'urgence.

Il est impossible de distinguer les sacs de solution de perfusion et les seringues contenant de l'ocytocine, incolore et limpide, de ceux qui n'en contiennent pas ou renferment d'autres médicaments incolores et transparents⁶. Il est primordial d'étiqueter précisément, complètement et de façon claire toute solution ou tout dispositif contenant de l'ocytocine. L'analyse des déclarations d'incident a mis en évidence des cas où l'absence d'étiquette ou l'insuffisance des données y figurant s'est avérée néfaste pour la sécurité des patientes. Ces problèmes d'étiquetage étaient généralement imputables à des interruptions, à des distractions ou à des priorités concurrentes dans l'unité de soins.

Exemple d'incident

Une quantité non précisée d'un sac de solution de perfusion non étiqueté, selon toute vraisemblance une solution intraveineuse ordinaire, est administrée à une patiente enceinte. Plus tard, le personnel a noté la présence de crampes chez la femme ainsi qu'un ralentissement de la fréquence cardiaque fœtale. Une enquête a révélé que le sac de perfusion contenait de l'ocytocine. La patiente a dû subir une césarienne d'urgence.

Le recours aux doubles vérifications indépendantes lors de la préparation de ce médicament de niveau d'alerte élevé et l'utilisation d'étiquettes préimprimées à apposer sur les sacs de perfusion d'ocytocine sont des stratégies à adopter pour améliorer la sécurité des patientes au chevet. De plus, il importe de se débarrasser de la portion inutilisée du produit préparé pour éviter toute erreur d'utilisation par une autre personne.

Idéalement, l'ocytocine administrée en perfusion devrait être fournie sous forme prête à l'emploi. Cela éviterait d'avoir à manipuler les médicaments au chevet et permettrait la mise en pratique de processus robustes de vérification. Toutefois, les installations de préparation stérile (qu'elles soient basées sur l'industrie ou sur la pharmacie en milieu hospitalier) se heurtent à plusieurs écueils : le besoin de données sur la stabilité et la stérilité propres aux formulations produites et le besoin de ressources pour répondre à la demande de volumes élevés d'ocytocine qui sont utilisés dans la pratique.

SOUS-THÈME :
absence de mesures appropriées et sécuritaires
d'entreposage

Dans certaines unités de soins aux patients, l'ocytocine n'est pas soumise aux mêmes mesures strictes de contrôle de l'inventaire qui s'appliquent à d'autres médicaments de niveau d'alerte élevé. L'accès inapproprié à l'ocytocine a été décrit dans plus de 20 déclarations d'incident; par exemple, des ampoules d'ocytocine ont été trouvées dans les aires de soins par du personnel non soignant (p. ex. le personnel d'entretien ménager). Dans ces cas, le médicament avait été laissé sans supervision dans la salle d'accouchement.

Certains hôpitaux utilisent des armoires de distribution automatisées (ADA) pour mieux surveiller l'utilisation de l'ocytocine; toutefois, les ADA ne limitent pas l'accès aux ampoules partiellement utilisées ou sans surveillance qui n'ont pas été éliminées ou placées en sécurité de façon appropriée.

THÈME :
**ERREURS LIÉES À L'ADMINISTRATION
INTRAVEINEUSE**

SOUS-THÈME :
erreurs lors du raccordement de la pompe à perfusion
ou lors de l'installation d'une perfusion intraveineuse

Un mauvais raccordement des tubulures d'intraveineuse à la pompe à perfusion ou au cathéter inséré dans la veine d'une patiente a entraîné des erreurs de médication, de dose, voire l'omission de l'administration d'une dose. Entre autres facteurs qui contribuent à ces erreurs, mentionnons la nécessité de maintenir plusieurs lignes de perfusion, un rythme de travail trépidant, une lourde charge de travail, l'inexpérience du personnel et les distractions.

Exemple d'incident

Pendant l'augmentation du travail, l'ocytocine devait être administrée à l'aide d'une pompe à perfusion à débit contrôlé, tandis que la solution de Ringer lactate devait être administrée au moyen d'une perfusion par gravité. Au cours de l'installation, les tubulures ont été mélangées et la solution d'ocytocine a été par inadvertance perfusée librement sans pompe. Par conséquent, la

patiente a reçu une dose d'ocytocine supérieure à celle prévue, une erreur qui a nécessité une césarienne.

Les doubles vérifications indépendantes permettent de surveiller la programmation de la pompe et l'installation des lignes de perfusion. L'utilisation de pompes à perfusion intelligentes avec un logiciel intégré de calcul des doses permettant de réduire les erreurs de calcul contribuerait également à l'administration sécuritaire de l'ocytocine⁷. L'emploi d'une liste normalisée de vérification de la sécurité avant toute administration d'ocytocine serait une mesure à prendre⁸. L'installation de lignes de perfusion devrait être telle qu'elle permette au personnel soignant de faire rapidement et précisément le lien entre le médicament, la pompe et la patiente. Il faudrait envisager d'étiqueter la perfusion primaire avec le nom du produit dans la solution, en l'indiquant juste au-dessus de l'orifice d'injection le plus proche du patient et près de la pompe à perfusion (c.-à-d. sur la tubulure intraveineuse, juste en dessous de la pompe)⁹.

SOUS-THÈME :
confusion relative au débit de perfusion

Plusieurs rapports d'incident décrivaient des incohérences concernant les termes employés dans l'ordonnance médicale, le dossier d'administration et la documentation relative à la pompe de perfusion pour exprimer la vitesse de perfusion. La concentration d'ocytocine dans la solution de perfusion intraveineuse est habituellement exprimée en milliunités par millilitre ou en unités par litre (unités/l). Le débit de perfusion de la solution est généralement décrit en fonction de la quantité du médicament à administrer (p. ex., milliunités/minute) ou du volume de solution à perfuser (p. ex., ml/heure).

Exemple d'incident

En raison de la confusion entre les unités de mesure, une pompe à perfusion a été programmée pour administrer trois fois la dose prévue d'ocytocine.

Le Provincial Council for Maternal and Child Health (PCMCH) de l'Ontario préconise la normalisation des taux de perfusion d'ocytocine. À cette fin, le PCMCH fournit un ensemble de modèles d'ordonnances pour réduire la variabilité des pratiques hospitalières dans la

province¹⁰. Le fait d'indiquer la dose d'ocytocine à administrer (milliunités/minute) ainsi que le volume de solution perfusé (millilitres/heure) est non seulement plus précis, mais réduit le risque de malentendu. La normalisation des doses et des débits de pair avec l'utilisation de pompes intelligentes (avec la pharmacopée et un logiciel intégré de réduction des erreurs de dosage), peut réduire le risque d'erreurs^{10,11}.

THÈME : **LACUNES LIÉES À LA COMMUNICATION ET À LA DOCUMENTATION**

Un thème récurrent qui est ressorti des demandes d'indemnité en assurance relatives à la santé de la mère et du nouveau-né au Canada est la présence de lacunes liées à la communication et à la documentation¹¹. Des problèmes semblables ont été relevés dans la présente analyse.

SOUS-THÈME : **absence de protocole ou dérogation au protocole**

L'ignorance de l'existence de protocoles hospitaliers relatifs à l'ocytocine et le non-respect de ces derniers ont été cités comme des facteurs contributifs aux incidents dans une analyse décennale des incidents liés à l'ocytocine¹². De même, les incidents présentés dans cette analyse dévoilent l'ignorance ou la méconnaissance de ces documents, ainsi qu'une absence de protocoles pour guider la prescription.

Exemple d'incident

Le protocole hospitalier précisait que l'ocytocine était le médicament de choix à administrer aux patientes présentant un risque accru d'hémorragie en post-partum. Ignorant le protocole, un résident en médecine a plutôt prescrit de la carbétocine (un analogue de l'ocytocine) à une patiente présentant un risque élevé d'hémorragie. La patiente a présenté d'importants saignements après l'administration du médicament.

SOUS-THÈME : **transfert incomplet lors des transitions de soins**

L'absence de documentation claire lors des transitions de soins a été un facteur favorisant les incidents liés à l'ocytocine. Les personnes qui ont déclaré les incidents ont attribué la piètre documentation à la lourde charge

de travail, au rythme de travail trépidant, à l'inexpérience et à la participation de nombreuses personnes dans le cercle des soins.

Exemple d'incident

L'administration d'ocytocine a été suspendue lorsque le personnel a noté un ralentissement de la fréquence cardiaque fœtale. Après l'examen de la patiente, le médecin a prescrit verbalement de recommencer la perfusion d'ocytocine, mais à un débit moindre. Quelques minutes plus tard, un deuxième médecin, qui prenait la relève du premier, a donné l'ordre de recommencer l'ocytocine à la dose initiale. Les deux ordonnances étaient contradictoires. Le fait de n'avoir pas noté par écrit la décision de réduire la vitesse de perfusion a été considéré comme un facteur contributif à cet incident.

Il est recommandé d'utiliser des outils de documentation normalisés et de recourir à des stratégies de communication éprouvées lors des transitions des soins pour promouvoir un échange clair, rapide et efficace des informations sur les patients¹³.

Les patients jouent un rôle vital dans la promotion de l'utilisation sécuritaire de l'ocytocine. L'ISMP Canada collabore avec les intervenants pour rédiger une version adaptée à l'ocytocine des « 5 questions à poser à propos de vos médicaments » pour favoriser la participation active des patientes au plan d'accouchement et une meilleure communication avec les fournisseurs de soins de santé.

CONCLUSION

L'ocytocine est couramment utilisée pour déclencher le travail et l'accouchement, ainsi que pour prévenir et traiter les saignements post-partum. Toute erreur d'administration de ce médicament de niveau d'alerte élevé peut causer d'importants dommages à la mère et au fœtus. Cette analyse fondée sur de multiples incidents a mis en relief la nécessité d'apporter les correctifs suivants : étiqueter de façon appropriée tous les produits, préparations et systèmes d'administration de l'ocytocine; normaliser la façon dont les doses, les concentrations et les débits sont exprimés; et promouvoir une documentation claire et une communication efficace entre les personnes qui prodiguent les soins et la personne qui les reçoit.

Idéalement, la mise à disposition de l'ocytocine dans des formats normalisés et prêts à l'emploi permettrait d'administrer ce produit en toute sécurité.

REMERCIEMENTS

L'ISMP Canada tient à remercier les personnes suivantes (par ordre alphabétique) d'avoir mis leur expertise à profit en révisant ce bulletin : Hala Basheer, pharm. a., pharmacienne en gestion des antimicrobiens, M. Sc. maladies infectieuses, gestionnaire, services de pharmacie, de prévention et de contrôle des infections, Hôpital Joseph Brant, Burlington, Ontario; Vanessa Paquette B. Sc. (Pharm), Pharm. D., spécialiste en pharmacie clinique, Children's and Women's Health Center of BC; P. Gareth Seaward, M. D., FRCSC, spécialiste en médecine fœto-maternelle et responsable de l'amélioration de la qualité, PCMCH, Toronto (Ontario); Laura Zahreddine, inf. aut., B. Sc. inf., M. Nurs., gestionnaire principale de programme, PCMCH, Toronto (Ontario).

Références

1. Leduc D, Biringier A, Lee L, Dy J; Clinical Practice Obstetrics Committee; Special Contributors. Induction of labour. J Obstet Gynaecol Can. 2013;35(9):840–857. Disponible : [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)30842-2/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30842-2/pdf)
2. OXYTOCINE INJECTABLE USP [renseignements sur le produit]. Kirkland (Québec) : Pfizer Canada SRI; 13 décembre 2018 [cité le 9 juillet 2019]. Disponible : https://www.pfizer.ca/sites/default/files/201905/Oxytocin_PI_221052_18Dec2018_FR.pdf
3. Oxytocine injectable [feuillet d'emballage]. Toronto (Ontario) : Fresenius Kabi Canada ltée. juillet 2016 [cité le 12 juillet 2019]. Disponible : <https://www.fresenius-kabi.com/en-ca/documents/Oxytocin-Injection-PI-FRE-v2.1-Clean.pdf>
4. Salati JA, Leathersich SJ, Williams MJ, Cuthbert A, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2019;4:CD001808.
5. High-alert medications in acute care settings. Horsham (PA): Institute for Safe Medication Practices; 23 août 2018 [cité le 20 juin 2019]. Disponible : <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list>
6. Analyse globale d'incidents et d'accidents liés à l'utilisation d'ocytocine. Bull. séc. ISMP Canada. 2013;13(11):1-4,7 [cité le 24 juillet 2019]. Disponible : https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2013/BISMPC2013-11_IncidentsOxytocine.pdf
7. Heron C. Implementing smart infusion pumps with dose-error reduction software: real-world experiences. Br J Nurs. 2017;26(8):S13-S16.
8. Oxytocin for labour augmentation / labour induction. BC Women's Hospital + Health Centre. 21 février 2017 [consulté le 1^{er} octobre 2019]. Disponible : [http://policyandorders.cw.bc.ca/resource-gallery/Documents/Order%20Sets/Oxytocin%20for%20Labour%20Augmentation%20\(Labour%20Induction\)%20PDC%20Feb%202022%202017.pdf](http://policyandorders.cw.bc.ca/resource-gallery/Documents/Order%20Sets/Oxytocin%20for%20Labour%20Augmentation%20(Labour%20Induction)%20PDC%20Feb%202022%202017.pdf)
9. Multiple IV infusions: risks and recommendations. Ontario Critical Incident Learning. Décembre 2014 [cité le 17 octobre 2019]. Disponible : https://www.ismp-canada.org/download/ocil/ISMPCONCIL2014-11_MultipleIV-Infusions.pdf
10. Safe administration of oxytocin: standardizing practice to promote safe induction and augmentation of labor. Toronto (Ontario) : Provincial Council for Maternal and Child Health. Disponible : <https://www.pcmch.on.ca/health-care-providers/maternity-care/pcmch-strategies-and-initiatives/safe-administration-of-oxytocin/>
11. Mismanagement of induction/augmentation medications [risk reference sheet]. Toronto (Ontario) : Healthcare Insurance Reciprocal of Canada; mars 2016 [cité le 26 juin 2019]. Disponible : https://www.hiroc.com/getmedia/2cd13fe0-288b-4201-a904-d61c08a4f9bd/4_Mismanagement-Induction_Augmentation-Medications.pdf.aspx?ext=.pdf
12. Healthcare Insurance Reciprocal of Canada; Association canadienne de protection médicale. Un regard sur l'accouchement : consolider les soins obstétricaux au Canada. Ottawa (Ontario) : Association canadienne de protection médicale; 2018 [cité le 23 juillet 2019]. Disponible : https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/research-and-policy/system-and-practice-improvement/final_18_hiroc_cmpa_obstetrical_report-f.pdf
13. Failure to communicate fetal status [feuillet de référence relatif aux risques]. Toronto (Ontario) : Healthcare Reciprocal of Canada; mars 2016 [cité le 26 juin 2019]. Disponible : https://www.hiroc.com/getmedia/a7ae4050-1eb5-4e79-a3ab-68fd003a5fda/11_Failure-to-communicate-fetal-status.pdf.aspx?ext=.pdf

L'emploi judicieux des opioïdes : partenariat pour promouvoir l'utilisation sécuritaire des opioïdes après l'extraction des dents de sagesse

Les dentistes du Canada sont appelés à se renseigner sur les possibles effets néfastes de la prescription d'opioïdes après une extraction chirurgicale de routine des dents de sagesse. L'Association canadienne des dentistes en milieu hospitalier (ACDH) et Choisir avec soin se sont associés à l'ISMP Canada pour publier le document intitulé « Gérer la douleur après l'extraction des dents de sagesse : réponses à vos questions » (voir ci-dessous). L'Association dentaire canadienne (ADC) a donné son aval à la publication qu'elle a distribuée à ses quelque 20 000 membres.

Selon le président sortant de l'ACDH, « même si les données canadiennes relatives à la prescription par les dentistes d'opioïdes à la population pédiatrique portent sur quelques provinces uniquement, il en ressort que les dentistes sont, dans une proportion importante, responsables de la première exposition aux opioïdes¹ ». Le document renseigne sur l'élimination sécuritaire des opiacés non utilisés pour minimiser le risque de préjudices.

Gérer la douleur après l'extraction des dents de sagesse : réponses à vos questions

En anglais <https://www.ismp-canada.org/download/OpioidStewardship/WisdomTeethRemoval-EN.pdf>

En français <https://www.ismp-canada.org/download/OpioidStewardship/WisdomTeethRemoval-FR.pdf>

Développement conjoint par l'Association canadienne des dentistes en milieu hospitalier, Choisir avec soin et l'ISMP Canada, avec le soutien de l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Publications (en anglais seulement) du CAHD et de la CDA présentant ce document :

CAHD (Association canadienne des dentistes en milieu hospitalier ou ACDH) : [Opioid Wisely — Canadian Association of Hospital Dentists, Choosing Wisely Canada, and the Institute for Safe Medication Practices Canada partner to promote safe use of opioids after wisdom teeth removal](#)

CDA (Association dentaire canadienne ou ADC) : [Patient Resource for Managing Pain after Third Molar Extraction](#)

Gérer la douleur après l'extraction des dents de sagesse : réponses à vos questions

1. Changements?
Assurez-vous de bien suivre les instructions de votre dentiste. Si des non-opioïdes et des opioïdes ont été prescrits pour traiter votre douleur, **ÉVITEZ D'ARRÊTER** de prendre le médicament prescrit sans en discuter avec votre dentiste. Consultez votre dentiste, votre pharmacien ou votre fournisseur de soins de santé pour savoir comment gérer votre douleur. Si vous avez des questions sur la façon d'utiliser votre médicament, contactez votre pharmacien. Pour des questions d'urgence relatives à votre douleur, contactez votre dentiste.

2. Continuer?
Si vous avez des questions sur la façon d'utiliser votre médicament, contactez votre pharmacien. Si vous avez des questions sur la façon d'utiliser votre médicament, contactez votre pharmacien.

3. Usage correct?
Prenez votre médicament exactement comme prescrit par votre dentiste. Pour des questions sur la façon d'utiliser votre médicament, contactez votre pharmacien. Si vous avez des questions sur la façon d'utiliser votre médicament, contactez votre pharmacien.

4. Surveiller?
Les effets secondaires comprennent la constipation, la somnolence, la toux et le vertige. Consultez votre dentiste si vous avez des questions sur la façon d'utiliser votre médicament. Si vous avez des questions sur la façon d'utiliser votre médicament, contactez votre pharmacien.

5. Suivi?
Consultez votre pharmacien si vous avez des questions sur la façon d'utiliser votre médicament. Si vous avez des questions sur la façon d'utiliser votre médicament, contactez votre pharmacien.

Pour en savoir plus, visitez : [OpioidStewardship.ca](https://www.ismp-canada.org)

Consignes importantes :

1. Ne partagez pas votre médicament. Ne partagez pas votre médicament avec quelqu'un d'autre.

2. Évitez les médicaments. Évitez les médicaments sans ordonnance, les médicaments de votre pharmacien et les médicaments de votre dentiste.

3. Rappelez-vous de prendre votre médicament. Prenez votre médicament exactement comme prescrit par votre dentiste.

Le saviez-vous?

Les étudiants internes, notamment en 7e et 8e années, utilisent des opioïdes non indolés plus fréquemment que le cannabis.

Plus de 25 % des étudiants 1er cycle utilisent des analgésiques opioïdes sans ordonnance plus souvent que les autres étudiants de deuxième cycle.

Des soins 17 Connaissances sont hospitalières chaque jour en raison d'une intoxication aux opioïdes.

Notes :

Logos des partenaires : ISMP, CDA, ACDH, Choisir avec Soins, etc.

Référence :

- Sutherland, S. Opioid Wisely — Canadian Association of Hospital Dentists, Choosing Wisely Canada, and the Institute for Safe Medication Practices Canada partner to promote safe use of opioids after wisdom teeth removal. [cité le 24 septembre 2019]. Disponible : <https://cahd-acdh.ca/wp-content/uploads/2019/09/Opioid-Wisely-promotion-of-safe-use-of-opioids-after-wisdom-teeth-removal.pdf>



Série de webinaires sur la sécurité médicamenteuse

Le mercredi 20 novembre 2019

Joignez-vous à vos collègues de partout au Canada pour des webinaires bimensuels gratuits de 50 minutes afin de partager, d'apprendre et de discuter de rapports d'incidents, des tendances et des problèmes émergents en matière de sécurité des médicaments!

Pour en savoir plus, visitez
www.ismp-canada.org/MedSafetyExchange/



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.



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.

Pour déclarer les accidents liés à la médication

(incluant les évités de justesse)

En ligne : 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

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@ismpcanada.ca

Téléphone : 1-866-544-7672

©2019 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.