

N'utilisez pas de seringue pour des produits topiques – rappel concernant les solutions désinfectantes à la chlorhexidine

Pour éviter toute injection par inadvertance de solutions topiques, il est conseillé que les hôpitaux :

- S'assurent de mettre à disposition des solutions topiques dans des formats prêts à l'emploi et étiquetés.
 - Pour la chlorhexidine topique, on choisira idéalement des tampons imprégnés de chlorhexidine, ou sinon, une solution teintée visuellement distincte.
- Créent des processus indépendants et faciles à distinguer pour le stockage, la préparation et la manipulation des médicaments topiques ou pour injection parentérale.

La pratique consistant à aspirer un médicament à usage topique dans une seringue est inacceptable. La plupart des seringues sont prévues pour l'administration parentérale et présentent un risque d'erreur de substitution et/ou d'injection par inadvertance¹. Cette pratique a entraîné des incidents de sécurité des médicaments potentiellement mortels et évitables². Des problèmes récurrents liés à l'injection par inadvertance de solutions de chlorhexidine pour application topique soulignent la nécessité de revoir les pratiques en matière de soins,

notamment en salles d'opération, où des solutions topiques et injectables sont utilisées³. L'ISMP Canada a déjà formulé des recommandations spécifiques concernant l'utilisation d'épinéphrine topique en salle d'opération et ces recommandations ont par la suite orienté l'établissement de normes⁴ et des *Événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada*⁵.

Le risque d'injection par inadvertance par la mauvaise voie existe pour toute solution topique utilisée dans un milieu où des seringues sont présentes.

La littérature rapporte des cas d'incidents médicamenteux survenus dans plusieurs pays, dont certains mortels, qui concernent l'injection parentérale par inadvertance d'une solution désinfectante à base de chlorhexidine à usage topique⁶⁻⁹. Lors de certains incidents, la solution désinfectante à la chlorhexidine et la solution à injecter (comme un anesthésique local ou un colorant médical injectable) avaient été versées dans des bols ouverts et non étiquetés dans la salle d'opération. La solution incorrecte a ensuite été aspirée dans une seringue et administrée par voie parentérale. L'ISMP Canada a déjà publié des recommandations et mises en garde concernant l'utilisation de contenants sans couvercles pour conserver des médicaments destinés à l'injection².

Les praticiens et les hôpitaux sont invités à revoir de manière proactive la gestion des solutions à usage topique. L'ISMP Canada a partagé ses préoccupations avec le comité technique sur la gestion des médicaments de la Health Standards Organization (HSO), un organisme mondial de normalisation. D'autres organismes de normalisation sont invités à tenir compte des recommandations de l'ISMP Canada en matière de prévention des préjudices ou de la mort liés à l'injection par inadvertance de produits topiques.

RECOMMANDATIONS

Approvisionnement des hôpitaux

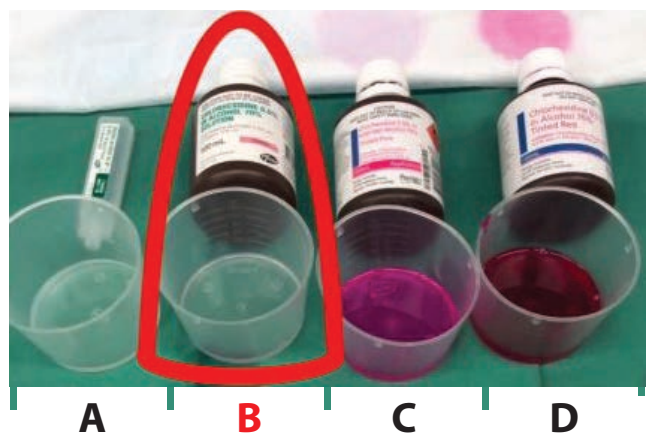
En mettant en œuvre les améliorations de sécurité systémiques recommandées qui suivent, les établissements de santé peuvent s'attendre à réduire les injections par inadvertance et évitables de produits à base de chlorhexidine :

- S'assurer que les produits sont présents dans des formats prêts à l'emploi. Seuls des tampons imbibés de chlorhexidine devraient être présents et permis pour la désinfection de la peau dans l'aire de la procédure, si disponibles¹⁰.
- Si une solution de chlorhexidine doit être utilisée (si par exemple, des tampons ne sont pas disponibles), uniquement mettre à disposition des formulations teintées par un colorant visuellement distinct (figure 1) afin de signaler visuellement que le liquide ne doit pas être injecté¹⁰. Éviter de fournir des solutions de chlorhexidine claires qui pourraient être prises pour des produits destinés à l'administration parentérale.
 - Remarque : avant d'utiliser un produit teinté, on recommande de vérifier systématiquement que le patient n'est pas allergique au colorant utilisé.

Gestion clinique et personnel

Les mesures envisagées au niveau du système devraient viser à isoler l'utilisation des produits destinés à des fins distinctes. En attendant que tous les produits soient préparés pour optimiser leur sécurité (par exemple : tous produits disponibles en format prêt à utiliser; embouts différents selon chaque voie d'administration), les stratégies suivantes

Figure 1. Exemples de produits à base de chlorhexidine que l'on trouve à l'extérieur du Canada; notamment des formulations visuellement distinctes des produits injectables (reproduit avec l'autorisation de : The PatientSafe Network³).



- A** - Solution saline (solution incolore)
- B** - Chlorhexidine 0,5 % et alcool (cette solution non distincte a été prise pour d'autres solutions incolores et a déjà causé la mort de patients ou des préjudices graves)
- C** - Chlorhexidine 0,5 % et alcool (coloration distincte; ne tache pas la peau)
- D** - Chlorhexidine 0,5 % et alcool (coloration distincte; tache la peau)

peuvent être envisagées en vue d'atténuer le risque d'injection par inadvertance de produits topiques :

- Ne pas utiliser de seringue pour aspirer, conserver ou appliquer une solution topique.
 - Remarque : même si une petite quantité de seringues est disponible pour l'usage topique, les médicaments topiques ne doivent être administrés qu'à l'aide d'un applicateur topique distinct.
- Créer des processus distincts et facilement reconnaissables pour le stockage, la préparation et la manipulation de médicaments topiques et pour injection parentérale.
 - S'assurer que le mot « TOPIQUE » apparaisse sur l'étiquette de tout contenant utilisé pour réserver une solution destinée à une application topique^{1,2,11}.
 - Terminer la préparation de la peau avant d'introduire du matériel et des solutions

injectables dans la zone de procédure stérile¹⁰.

Ce faisant, on peut s'assurer que les solutions de préparation de la peau comme la chlorhexidine sont retirées et réservées séparément des solutions injectables utilisées lors de procédures.

- Étiqueter chaque seringue et chaque contenant en indiquant son contenu¹¹. Il existe des étiquettes préimprimées stériles qui facilitent l'étiquetage dans les zones stériles, notamment pour les salles d'opération. Jeter les seringues et les contenants non étiquetés¹².

REMERCIEMENTS

L'ISMP Canada tient à remercier les personnes suivantes (par ordre alphabétique) de leur révision de ce bulletin à titre d'experts : William Allan, BPharm (Hons) MSc (Dist) MdE RegPharmNZ, spécialiste de la sécurité des médicaments, *Health Quality and Safety Commission*, Nouvelle-Zélande; Robert Byrick MD, professeur, FRCPC, département d'anesthésie, Université de Toronto; Anne Marie Dutka, RN, BScN; le Dr Robert Hackett MBChB, consultant en anesthésie, directeur principal du réseau PatientSafe; Joshua Robert, MD FRCPC, anesthésiste, Hôpital général de Brockville, ON; Étienne Schmitt, PharmD, responsable du programme Éviter l'évitable, Prescrire, Paris, France.

Références

1. Alerte : Décès attribuable à l'injection par inadvertance d'épinéphrine pour usage topique. Bulletin séc. ISMP, 5 mars 2009 [cité le 10 septembre 2018]; 9(2) : 1-3. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2009-02.pdf>
2. Alerte : une pénurie d'épinéphrine topique à 1:1000 présente un risque pour la sécurité. Bulletin séc. ISMP, 31 mars 2015 [cité le 10 septembre 2018]; 15 (3) : 1-2. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2015/BISMPC2015-03_PenurieEpinephrineTopique.pdf
3. *Accidental chlorhexidine injections*. Dans : patientsafe: implementing effective safety solutions [blogue]. 2017 Jan 9 [cité le 9 octobre 2018]. Disponible à l'adresse suivante : <https://patientsafe.wordpress.com/accidental-chlorhexidine-injections/>
4. Les nouvelles normes des salles d'opération comprennent des stratégies pour prévenir l'injection involontaire d'épinéphrine destinée à un usage topique. Bulletin séc. ISMP, 30 septembre 2011 [cité le 10 septembre 2018]; 11 (6): 1,3. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2011-06.pdf>
5. Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada. Des soins plus sécuritaires pour les patients. Edmonton (AB) : Institut canadien pour la sécurité des patients; sept 2015 [cité le 5 juillet 2018]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/neverevents/Documents/Never%20Events%20for%20Hospital%20Care%20in%20Canada%20FR.pdf>
6. Brian T, McEwan W. *Accidental abdominal rectus sheath infiltration with chlorhexidine-alcohol*. NZ Med J. 2016; 129 (1446): 107-108.
7. Sevanian D., *Medical error in surgery causes debilitating death* [résumé de l'article]. Dans : Right diagnostic from Health Grades [site web]. Health Grades Inc.; 2014 [mis à jour le 12 août 2015; cité le 8 octobre 2018]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.rightdiagnosis.com/news/medical_error_in_surgery_causes_debilitating_death.htm
8. Alerte de sécurité des patients. *Stage one: warning. Risk of death or severe harm due to inadvertent injection of skin preparation solution*. Numéro de référence de l'alerte : NHS/PSA/W/2015/005. NHS England; 26 mai 2015 [cité le 8 octobre 2018]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/05/psa-skin-prep-solutions-may15.pdf>
9. *Loud wake-up call: unlabeled containers lead to patient's death*. Articles ISMP MSA. 2 décembre 2004 [cité le 5 novembre 2018]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ismp.org/resources/loud-wake-call-unlabeled-containers-lead-patients-death>
10. *Joint safety statement: topical application of chlorhexidine and the risks of accidental injection in regional anaesthesia and vascular access procedures*. Sydney (AUS) : Australian Commission on Safety and Quality in Health Care and Australian and New Zealand College of Anaesthetists [cité le 6 novembre 2018]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2018/11/ANZCA-and-Commission-joint-statement-on-Chlorhexidine-second-edition-Nov-2018.pdf>
11. Le risque d'accident tragique est toujours présent dans les salles d'opération. Bulletin séc. ISMP, déc. 2004, [cité le 20 septembre 2018]; 4 (12): 1-2. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2004-12.pdf>
12. Points clés et solutions : Comment éviter la confusion entre antiseptique et anesthésique injectable? Saint-Denis La Plaine (France) : Collège de la Haute Autorité de Santé; 2012.

Possibilité de participer à un projet pilote de nouvelle AÉUSM axée sur les « événements qui ne devraient jamais arriver »

L'ISMP Canada et l'Institut canadien pour la sécurité des patients lancent un appel aux équipes d'hôpitaux, de centres de soins ambulatoires et de foyers de soins de longue durée, invitant ces derniers à mettre à l'essai un nouveau processus d'auto-évaluation sur l'utilisation sécuritaire des médicaments (AÉUSM) durant les mois de décembre 2018 et de janvier 2019.

Ce nouveau programme d'évaluation est axé sur les cinq « événements qui ne devraient jamais arriver » pharmaceutiques traités dans le rapport *Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada*¹, ainsi que sur des stratégies de sécurité visant à prévenir d'autres incidents critiques liés aux médicaments à niveau d'alerte élevé. Les commentaires recueillis à la suite du projet pilote orienteront la version finale, qui sera lancée en avril 2019. La version pilote est disponible uniquement en anglais; la version finale sera également disponible en français.

D'autres précisions ainsi que la page d'inscription se trouvent à l'adresse suivante : <https://mssa.ismp-canada.org/never-events>. La participation au projet pilote n'a pas de coût.

¹ Qualité des services de santé Ontario et l'Institut canadien pour la sécurité des patients. *Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada*, septembre 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/neverevents/Documents/Never%20Events%20for%20Hospital%20Care%20in%20Canada%20FR.pdf>

ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings

High-alert medications are drugs that have a heightened risk of causing significant patient harm when they are used in error. Although mistakes may still be made with these medicines, careful attention to detail and adherence to best practices can help prevent these errors. This list was developed to identify high-alert medications that require special safeguards to reduce the risk of errors. This includes strategies such as standardizing the ordering, storage, preparation, and administration of these products; requiring positive identification when filling, mixing, or administering high-alert medications; using barcodes when appropriate; providing clinical decision support and automated alerts; and using technologies such as automated or independent double-check interventions. These special safeguard interventions are not always the optimal error reduction strategy and may not be practical for all of the medications on this list.

Special Medications

- Insulin (e.g., regular, NPH, glargine, premixed)
- Opioids (e.g., morphine, hydromorphone, fentanyl, oxycodone, codeine, tramadol)
- Sedatives (e.g., propofol, midazolam)
- Anticoagulants (e.g., heparin, warfarin, low molecular weight heparin, unfractionated heparin)
- Direct oral anticoagulants and factor Xa inhibitors (e.g., dabigatran, rivaroxaban, apixiban, betrixaban, fondaparinux)
- Direct thrombin inhibitors (e.g., abgastat, bivalirudin, desirudin)
- Steroids (e.g., hydrocortisone, prednisone)
- Hormonal (e.g., alendronate, teriparatide)
- Chemotherapy agents (parenteral and oral)
- Biologics (e.g., infliximab, rituximab, tocilizumab)
- Anesthetics (e.g., propofol, etomidate)
- High-alert injectables (e.g., insulin, epinephrine, sodium chloride, potassium chloride)
- High-alert ophthalmics (e.g., epinephrine, atropine, chlorbutol, pilocarpine)
- High-alert ophthalmics (e.g., epinephrine, atropine, chlorbutol, pilocarpine)
- High-alert ophthalmics (e.g., epinephrine, atropine, chlorbutol, pilocarpine)

Risk factors

- Similar names (e.g., brand name, generic name)
- Similar packaging (e.g., look-alike, sound-alike)
- Similar spelling (e.g., look-alike, sound-alike)
- Similar pronunciation (e.g., look-alike, sound-alike)
- Similar packaging (e.g., look-alike, sound-alike)
- Similar spelling (e.g., look-alike, sound-alike)
- Similar pronunciation (e.g., look-alike, sound-alike)

Mise à jour : Liste ISMP (É.-U.) de médicaments à niveau d'alerte élevée dans le milieu des soins de courte durée

L'ISMP (É.-U.) a récemment mis à jour sa liste de médicaments à niveau d'alerte élevée dans le milieu des soins de courte durée. La liste est basée sur des déclarations d'erreurs divulguées, des rapports d'incidents préjudiciables et des études dans la littérature, ainsi que sur les contributions de praticiens et d'experts en sécurité dans le milieu des soins de courte durée.

L'ISMP (É.-U.) a des listes similaires pour :

[Le milieu des soins de courte durée](https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list)

<https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list>

[Les services communautaires/ambulatoires](https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-community-ambulatory-list)

<https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-community-ambulatory-list>

[Le milieu des soins de longue durée](https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-long-term-care-list)

<https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-long-term-care-list>

Août 2018 - Bulletin d'information :

**Vous nous avez posé la question :
« Devrais-je changer de pharmacie à la suite d'une erreur? »**

Nul n'est à l'abri de commettre une erreur, même un professionnel bien formé, expérimenté et faisant de son mieux. Médicamentsécuritaires.ca partage des informations sur les erreurs liées aux médicaments (également appelées incidents médicamenteux), y compris celles qui surviennent dans les pharmacies, car chaque incident de ce type offre des occasions d'amélioration. Malgré tout, un consommateur peut vouloir changer de pharmacie si une erreur s'est produite.

Médicamentsécuritaires.ca conseille aux consommateurs de réfléchir aux points suivants avant de décider changer de pharmacie :

- Il est préférable d'obtenir ses médicaments d'une pharmacie où les membres du personnel vous connaissent bien et connaissent votre historique médicamenteux. Cette familiarité réduit les risques liés aux interactions médicamenteuses.
- Une pharmacie responsable, que vous voudrez peut-être continuer à fréquenter et en laquelle vous avez confiance, suivra les démarches décrites dans le bulletin d'information intitulé [À quoi faut-il s'attendre si la pharmacie fait une erreur?](#)

Conseils destinés aux praticiens

- Maintenez de bonnes relations avec vos patients en reconnaissant toute erreur de médication et en présentant des excuses. En cas d'erreur, faites preuve d'empathie envers le patient et portez votre attention sur les intérêts de la personne. Le fait d'être franc et honnête au sujet d'une erreur de médication aidera le patient à maintenir sa confiance en vous et en votre pharmacie. Les [Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables](#) peuvent vous guider pour ce type de communication.
- Améliorez la transparence en expliquant au patient ce que vous avez appris et ce qui a pu changer à la suite de plaintes. Cette information indiquera au patient que votre pharmacie dispose d'un bon processus d'amélioration continue de la qualité.
- Si un patient décide de changer de pharmacie, veillez à lui fournir un bilan détaillé de ses médicaments qu'il pourra conserver et partager avec sa nouvelle pharmacie.



Pour en savoir plus, consultez le bulletin complet :

<http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201808BulletinV9N7-changerpharmacie.pdf>



Série de webinaires sur la sécurité médicamenteuse

- Considérations en matière de sécurité pour la préparation stérile de produits d'oncologie
- Dépendance excessive à la technologie

Mercredi 28 novembre 2018

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

©2018 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.