

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 13 • Numéro 8 • Le 28 août 2013

Accidents liés à la médication ayant causé un décès : Résultats d'une collaboration avec les bureaux provinciaux du coroner en chef et du médecin légiste en chef

Contexte

Dans toutes les provinces et territoires canadiens, un bureau du coroner en chef ou du médecin légiste en chef est chargé d'enquêter sur les décès inexpliqués, inattendus ou de causes non naturelles, y compris ceux associés à des accidents liés à la médication. L'analyse approfondie de ces cas fait ressortir des facteurs sous jacents et donne lieu à des recommandations visant à réduire le risque d'accidents semblables à l'avenir. L'ISMP Canada collabore officiellement avec l'un de ces bureaux du coroner en chef depuis 2004, et a travaillé avec les bureaux des autres provinces sur certains cas. Un projet de collaboration sur l'utilisation sécuritaire des médicaments a notamment été entrepris avec les bureaux du coroner en chef ou du médecin légiste en chef dans quatre provinces. Ce projet a permis d'évaluer un processus coordonné d'analyse des incidents et accidents liés à la médication dans plusieurs régions et d'en communiquer les résultats à grande échelle. Le présent bulletin décrit les principaux résultats de ce projet.

Méthodes et résultats

L'équipe de l'ISMP Canada qui a effectué l'analyse comptait trois pharmaciens, une infirmière autorisée et un médecin ayant de l'expérience à titre de coroner. Ensemble, ils ont revu 523 cas de décès (survenus entre 2007 et 2012) potentiellement associés à un

accident lié à la médication. Ils ont déterminé que 122 de ces cas étaient effectivement associés à un accident lié à la médication. Ils ont ensuite versé ces cas dans la base de données de l'ISMP Canada pour en faire une analyse plus approfondie. Dans 115 des 122 cas analysés, l'accident lié à la médication répondait au critère d'accident de catégorie I (défini comme un accident qui aurait pu contribuer au décès du patient ou entraîner son décès)¹.

Médicaments en cause

Les classes de médicaments le plus souvent en cause dans les accidents associés à des décès étaient les opiacés, les agents psychothérapeutiques (p. ex. benzodiazépines, antidépresseurs, neuroleptiques), les anticoagulants, les agents cardiovasculaires et l'insuline (tableau 1).

Les médicaments individuels le plus souvent en cause dans les accidents associés à des décès comprenaient l'HYDROmorphone, la morphine et la warfarine (tableau 2).

Il est intéressant de noter que les six médicaments le plus souvent associés à des accidents avec préjudices, déclarés volontairement de partout au pays à l'ISMP Canada depuis juillet 2013, étaient (du plus fréquent au moins fréquent) l'HYDROmorphone, l'insuline, la morphine, l'héparine, la warfarine et le fentanyl.

Tableau 1 : Classes de médicaments le plus souvent en cause dans les accidents associés à des décès

Classe de médicament	Nbre (%) d'accidents*
Nbre total de cas de catégorie I	115 (100%)
Opiacés	54 (47%)
Agents psychothérapeutiques	28 (24%)
Anticoagulants	24 (21%)
Agents cardiovasculaires	11 (10%)
Insuline	8 (7%)

*Certains accidents étaient attribuables à plus d'une classe de médicaments.

Tableau 2 : Médicaments le plus souvent en cause dans les accidents associés à des décès

Médicament	Nbre de cas*
HYDROmorphone	19
Morphine	13
Warfarine	11
Fentanyl	8
Insulin	8
Oxycodone	7
Amitriptyline	4
Méthadone	4
Acide acétylsalicylique	3
Moxifloxacine	3
Olanzapine	3
Potassium	3
Activateur tissulaire du plasminogène (tPA)	3

*Certains accidents étaient attribuables à plus d'un médicament.

Types d'accidents et étapes du processus d'utilisation des médicaments

Les types d'accidents les plus fréquemment associés au décès étaient liés à des problèmes de surveillance (p. ex. la surveillance de la glycémie, du degré de sédation ou de la fréquence respiratoire), suivis de l'administration d'une mauvaise dose et de l'administration de doses en trop. Les accidents liés à la médication associés au décès avaient le plus souvent lieu à l'étape de l'administration, de la prescription ou de la surveillance du processus d'utilisation des médicaments (les accidents pouvaient cependant être liés à plus d'une étape du processus).

Analyse

Opiacés

Compte tenu des accidents qui ont été déclarés à l'ISMP Canada et des résultats du projet de collaboration précédent, il n'était pas étonnant d'apprendre que les opiacés étaient la classe de médicaments le plus souvent associée à des accidents liés à la médication ayant causé le décès. Les médicaments de cette classe peuvent être très efficaces pour traiter la douleur, mais le risque d'accidents avec préjudices en fait des médicaments de niveau d'alerte élevé.

L'HYDROmorphone était l'opiacé le plus souvent en cause dans de tels accidents, suivi de la morphine, du fentanyl, de l'oxycodone et de la méthadone. Dans certains cas, l'enquête du coroner ou du médecin légiste n'a pas permis de déterminer la cause exacte du décès; dans d'autres cas cependant, il a été établi que le décès était dû à un arrêt respiratoire ou cardiorespiratoire directement attribuable aux effets toxiques des opiacés.

Les documents de ces enquêtes indiquaient que, dans certains cas, les signes et les symptômes de surdose d'opiacés étaient signalés par les travailleurs de la santé ou par un membre de la famille. Malheureusement, ils n'ont pas donné suite à des interventions. Ces résultats soulignent l'importance de surveiller l'état des patients pendant le traitement

aux opiacés, de recourir à un traitement de secours et d'apprendre aux patients et aux membres de leur famille à reconnaître les signes d'une surdose d'opiacés.

Plusieurs décès étaient associés à l'utilisation de timbres de fentanyl, entre autres chez des patients qui recevaient le mauvais type de timbre (p. ex., du fentanyl au lieu de nitroglycérine), chez des patients qui utilisaient des timbres de fentanyl en concomitance avec d'autres opiacés puissants, et chez des patients n'ayant jamais reçu d'opiacés qui utilisaient des timbres de fentanyl à dose élevée.

La méthadone mérite une mention spéciale, car elle a dû faire l'objet d'un examen plus approfondi. Elle est de plus en plus utilisée comme traitement des dépendances, comme traitement palliatif de la douleur, et comme traitement de la douleur chronique complexe². En raison de ses particularités juridiques et procédurales complexes, la méthadone risque davantage d'être liée à des erreurs avec préjudices.

Dans le cadre du projet de collaboration avec les bureaux canadiens du coroner et du médecin légiste, une analyse de multiples accidents, ou analyse globale des accidents liés aux opiacés, a été effectuée. Cette analyse a permis de déterminer trois causes principales de décès associé aux opiacés : le surdosage, le chevauchement d'effets toxiques d'autres médicaments et l'administration de ces médicaments à des personnes qui n'auraient pas dû en prendre. Ces résultats semblent indiquer qu'il faut mieux intégrer les pratiques exemplaires à la prescription d'opiacés. L'analyse a aussi montré que les signes et les symptômes, ainsi que le traitement approprié, des effets toxiques de ces médicaments restent méconnus. Les résultats détaillés de cette analyse de multiples accidents seront publiés dans un prochain bulletin de l'ISMP Canada.

Une vidéo destinée aux consommateurs a été faite dans le cadre du projet. Elle porte sur l'utilisation sécuritaire des médicaments et s'inspire des résultats de l'examen des cas mettant en cause des opiacés³. Elle explique aussi aux consommateurs comment éviter les accidents avec préjudices liés à l'utilisation d'opiacés, et comment reconnaître les signes d'un surdosage d'opiacés.

Médicaments psychothérapeutiques

Fait étonnant, l'analyse a révélé que les médicaments psychothérapeutiques (p. ex. les benzodiazépines, les antidépresseurs et les neuroleptiques) étaient la deuxième classe de médicaments causant le plus souvent un accident lié à la médication associé au décès. De plus, l'amitriptyline était l'un des médicaments causant le plus souvent un accident lié à la médication associé au décès (elle a causé quatre accidents en tout; voir le tableau 2). La fréquence des accidents avec préjudices liés à cette classe de médicaments peut être attribuable à une utilisation accrue d'agents psychothérapeutiques dans la population générale⁴ ou dans la prise en charge des syndromes de douleur complexes et multifactoriels⁵⁻⁷. Étant donné leurs profils d'effets secondaires et d'effets indésirables, ces médicaments sont connus pour le risque de préjudices qu'ils posent lorsqu'ils sont employés seuls ou en interagissant avec d'autres médicaments^{8,9}. Qui plus est, comme ces médicaments sont trop souvent associés à des accidents causant le décès, il faut continuer à les surveiller de près.

Les causes de décès associées à la classe des médicaments psychothérapeutiques comprenaient le surdosage accidentel d'antidépresseurs, les interactions entre les antidépresseurs et d'autres médicaments courants, les effets toxiques associés à de multiples médicaments, les effets toxiques sur le système cardiovasculaire et le syndrome malin des neuroleptiques. Dans certains cas, le décès était lié à l'utilisation de multiples médicaments dont les effets toxiques se chevauchaient, ou à l'utilisation inappropriée de ces médicaments chez des patients présentant des affections concomitantes.

Anticoagulants

Les anticoagulants (p. ex. la warfarine, l'héparine, l'héparine de faible masse moléculaire et les thrombolytiques) sont des médicaments de niveau d'alerte élevé connus. La plupart des causes de décès liées à cette classe ont trait à une hémorragie (p. ex. intracrânienne ou gastro intestinale), ce qui correspond aux propriétés thérapeutiques de ces médicaments. Un certain nombre de cas sont survenus après un changement au traitement

médicamenteux d'un patient ou une transition des soins. Ces deux scénarios sont connus pour accroître le risque d'accident lié à la médication, et les résultats de cette analyse soulignent l'importance d'une étroite surveillance. Plus particulièrement, la surveillance continue du rapport international normalisé (RIN) est nécessaire chez les patients qui suivent un traitement à la warfarine, surtout s'ils prennent en concomitance des médicaments interagissant avec la warfarine. L'absence d'une telle surveillance est un facteur bien connu de préjudice associé à ce médicament, comme en témoignent plusieurs des cas ayant fait l'objet de cette analyse.

Médicaments contre les troubles cardiovasculaires

Divers médicaments contre les troubles cardiovasculaires ont contribué à la survenue d'accidents liés à la médication entraînant le décès. Ces accidents comprennent, entre autres, la prescription et la délivrance d'une mauvaise dose de digoxine (p. ex., 1,25 mg au lieu de 0,125 mg) et l'administration de médicaments contre les troubles cardiovasculaires (p. ex. diltiazem ou métoprolol) au mauvais patient.

Les causes de décès liés aux médicaments contre les troubles cardiovasculaires comprenaient les effets toxiques des médicaments et l'infarctus du myocarde. Un certain nombre de décès étaient attribuables à une arythmie mortelle consécutive à des interactions médicamenteuses. Ces cas montrent bien qu'il faut améliorer les méthodes de révision des interactions médicamenteuses potentielles.

Insuline

Parmi les cas de décès analysés, huit avaient trait à des patients ayant reçu de l'insuline. Comme prévu, la cause de ces décès était l'hypoglycémie. Les problèmes cernés comprenaient l'administration d'insuline au mauvais patient, l'administration de la mauvaise forme d'insuline (p. ex. Humalog au lieu d'Humulin N), une surveillance inadéquate de la glycémie, l'auto administration non intentionnelle d'une dose trop élevée et le manque de compréhension du mode d'action de l'insuline et des risques qui y sont associés de la part des patients et des personnes qui les soignent.

Autres résultats intéressants

- Décès survenus dans la collectivité : La majorité des accidents ayant mené au décès sont survenus dans des établissements de santé réglementés (47 dans des hôpitaux et 15 dans des établissements de soins de longue durée); cependant, un grand nombre de ces accidents sont aussi survenus au domicile du patient (39 cas) ou dans un logement avec services de soutien (7). Une analyse de multiples accidents survenus en dehors d'un établissement de santé réglementé a fait ressortir un manque de connaissances dans trois domaines : (i) les risques généralement associés à l'utilisation des médicaments; (ii) les signes et symptômes d'effets toxiques; et (iii) les risques plus précisément associés aux médicaments de niveau d'alerte élevé. Les résultats détaillés de cette analyse seront publiés dans un prochain bulletin de l'ISMP Canada.
- Duplication du traitement : Dans plusieurs cas, les patients qui sont morts recevaient plus d'un médicament d'une même classe (p. ex. du lorazépam et du témazépam; du fentanyl, de l'HYDROMORPHONE et de la codéine; ou du citalopram et de la paroxétine). Il est bien connu que le risque de toxicité augmente lorsque des médicaments semblables sont utilisés en concomitance, ce qui montre bien l'importance de mettre au point de nouvelles stratégies pour déceler et réduire au minimum l'utilisation concomitante, par inadvertance, de médicaments semblables.
- Prise en charge de l'équilibre hydrique : Des problèmes de prise en charge de l'équilibre hydrique ont été associés à plusieurs des décès analysés. La prise en charge de l'équilibre hydrique et électrolytique est une pratique clinique courante, mais elle reste pourtant une source d'erreurs médicales et d'issues défavorables^{10,11}. Ce projet a fait ressortir les lacunes qu'il faut combler quant à l'approche utilisée pour corriger les troubles hydriques à la surveillance des patients. Les décès liés à la prise en charge de l'équilibre hydrique qui ont été revus dans le cadre de cette analyse seront utilisés dans un projet que réalisera l'ISMP Canada en 2013-2014 sur la prise en charge de l'hyponatrémie.

Conclusion

Comme c'est le cas des incidents et accidents déclarés volontairement à l'ISMP Canada, il est impossible de déduire ou de prédire la probabilité d'incidents ou d'accidents précis d'après le type d'analyse effectuée dans le cadre de ce projet de collaboration. Cependant, les résultats résumés ici appuient la nécessité, déjà connue, de mettre au point d'autres mesures de sécurité pour les médicaments de niveau d'alerte élevé. Afin de réduire le risque de préjudices catastrophiques associés aux accidents liés à la médication, il faut développer les protocoles de prescription et de surveillance des médicaments de niveau d'alerte élevé en général et des opiacés en particulier. De plus, d'autres études s'imposent, car les agents psychothérapeutiques sont prédominants dans cet ensemble de données.

Les accidents avec préjudices ont des répercussions onéreuses relativement aux coûts réels des traitements, ont une incidence sur la santé des individus et affaiblissent la confiance à l'endroit du système de santé. Les accidents liés à la médication qui causent le décès ou qui y contribuent sont sans contredit les plus graves. Comme les causes de la plupart des accidents liés à la médication avec préjudices, sinon tous, sont multifactorielles et systémiques, un accident lié à la médication ayant entraîné la mort qui se produit dans un milieu est susceptible de se reproduire ailleurs, à moins que des mesures de prévention soient mises en œuvre. On encourage donc les travailleurs de la santé à déclarer au coroner ou au médecin légiste de leur milieu les décès qui sont soupçonnés avoir été causés, en totalité ou en partie, par un accident lié à la médication. La déclaration de ces accidents permettra d'enquêter sur les facteurs contributifs; il sera alors possible de mieux analyser les événements, et, grâce au partage des connaissances, d'améliorer la sécurité des patients.

Ce n'est pas la première fois que l'ISMP Canada collabore avec des coroners et des médecins légistes pour enquêter sur des décès associés à des accidents liés à la médication. Le fait de revoir officiellement et systématiquement l'équivalent de cinq ans de dossiers d'enquêtes et de documents ayant trait à ces

cas a permis de voir ces événements tragiques sous un autre jour. De plus, l'examen et l'analyse continus de ces données devraient nous permettre de mieux comprendre les accidents liés à la médication et d'améliorer la sécurité des patients.

Remerciements

L'ISMP Canada remercie sincèrement les personnes suivantes d'avoir mis à contribution leur expertise pour la révision du présent bulletin et d'avoir accepté de communiquer ce qu'elles ont appris lors des enquêtes menées par leur bureau (en ordre alphabétique) :

Dr Matthew Bowes, médecin légiste en chef, Nova Scotia Medical Examiner Service; Dr Dan Cass, coroner en chef adjoint, Enquêtes, et président du Comité d'examen de la sécurité des patients, Bureau du coroner en chef de l'Ontario; Paul-André Perron, Ph. D., conseiller en recherche, Bureau du coroner en chef du Québec; et R. Kent Stewart, coroner en chef de la Saskatchewan. L'ISMP Canada remercie aussi la Dre Louise Nolet, coroner en chef du Québec, Shelley Gibson, coroner en chef adjointe de la Saskatchewan, et la Conférence des coroners en chef et des médecins légistes en chef du Canada pour leur soutien du projet. L'ISMP Canada reconnaît aussi la grande contribution de l'équipe d'administration et de soutien dans chacun des bureaux provinciaux, ainsi que le financement spécial du projet accordé par Santé Canada.

Références

1. « CMIRPS core data set for individual practitioner reporting », Toronto (Ontario) : Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada; © 2001-2006 [cité le 4 juillet 2013]. Disponible sur le site : <http://www.ismp-canada.org/download/CMIRPS%20Core%20Data%20Set%20for%20Individual%20Practitioner%20Reporting%20April%202006%20ISMP%20Canada.pdf> (en anglais seulement)
2. Paulozzi LJ, Budnitz DS, Xi Y. « Increasing deaths from opioid analgesics in the United States », *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2006;15(9):618-627. (en anglais seulement)
3. « Les consommateurs peuvent aider à prévenir les préjudices liés à la prise des opioïdes! » [vidéo]. Toronto (Ontario) : Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, 2013. Accessible à l'adresse : <http://youtu.be/Uf960ark4s4> (en français) et <http://youtu.be/9tfgw3W6ZnQ> (en anglais).

Risque inhérent à la présentation semblable des seringues pour gazométrie du sang artériel et des seringues parentérales

Un incident évité de justesse a été déclaré à l'ISMP Canada. En effet, une seringue conçue pour prélever un échantillon de sang artériel en vue d'une analyse gazométrique a failli être utilisée pour la préparation d'une injection parentérale destinée à un nourrisson. L'hôpital où l'incident est survenu avait reçu dernièrement des seringues d'héparine de lithium lyophilisée Luer Lok pour la gazométrie du sang artériel de 3 mL de Smiths Medical. Or, ces seringues ressemblent aux seringues parentérales Luer Lok et aux seringues à embout Luer Slip standard BD de 3 mL (voir les exemples des figures 1 et 2), généralement utilisées pour préparer les injections, ce qui a pu contribuer à cet incident évité de justesse.



Figure 1: Comparaison des seringues dans leur emballage. Au-dessus, la seringue pour gazométrie du sang artériel de Smiths Medical; en dessous, la seringue parentérale BD.



Figure 2: Comparaison des seringues sorties de leur emballage. Au-dessus, la seringue pour gazométrie du sang artériel de Smiths Medical; en dessous, la seringue parentérale BD.

Le fait d'utiliser par inadvertance une seringue d'héparine à d'autres fins que celles indiquées peut causer une exposition non prévue à l'héparine et, parfois, des réactions indésirables. De la même façon, si une seringue parentérale est utilisée pour prélever un échantillon de sang artériel en vue d'une analyse gazométrique, l'échantillon prélevé pourrait être inapproprié. À la suite de cet incident évité de justesse, l'équipe d'ergonomie du University Health Network, Healthcare Human Factors, a évalué les seringues dans leur laboratoire de simulation du Centre for Global eHealth Innovation, à Toronto. Cette évaluation a permis de déterminer s'il était sécuritaire d'employer les nouvelles seringues pour gazométrie du sang artériel dans divers secteurs à risque élevé de l'hôpital.

Quatorze utilisateurs représentatifs ont participé à l'évaluation, effectuant des tâches hautement prioritaires, pour déterminer si les seringues pouvaient être utilisées de façon sécuritaire à

l'hôpital où l'incident est survenu. L'évaluation portait sur la capacité des participants à différencier la seringue d'héparine de la seringue parentérale sans héparine, dans leur emballage et sorties de leur emballage. Les participants ont aussi été évalués pour leur capacité à reconnaître si une seringue d'héparine avait été préparée en vue d'une intervention pour laquelle une seringue sans héparine était requise.

Dans la plupart des cas, les utilisateurs ne pouvaient pas faire la différence entre la seringue d'héparine de 3 mL et la seringue parentérale sans héparine de 3 mL. L'emballage, la couleur du piston et l'étiquette des seringues pour gazométrie du sang artériel n'ont pas permis de bien les distinguer des seringues parentérales sans héparines. Des erreurs ont été observées et répétées à diverses étapes du processus de soins, y compris aux étapes d'entreposage des fournitures, de préparation et d'administration. Compte tenu des types d'erreurs observés lors des séances de simulation, il a été conclu que, de par leur apparence, les seringues d'héparines de 3 mL de Smiths Medical représentaient un risque significatif pour la sécurité des patients lorsqu'elles étaient utilisées dans des secteurs où des seringues parentérales sans héparines de 3 mL ordinaires étaient déjà utilisées couramment.

Les fabricants des seringues en question, ainsi que Santé Canada, ont été informés de ce problème. Nous diffusons ces données pour sensibiliser la population aux similitudes de ces seringues et encourager d'autres organisations à évaluer ce risque dans leurs propres établissements. De plus amples renseignements sur cette étude seront présentés lors d'une webémission d'une heure le mercredi 2 octobre 2013, à 12 h HE. De l'information concernant l'inscription à cette webémission vous sera communiquée sous peu.

4. Paulose-Ram R, Safran MA, Jonas BS, Gu Q, Orwig D. « Trends in psychotropic medication use among U.S. adults », *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2007;16(5):560-570. (en anglais seulement)
5. Ballantyne JC, rédacteur en chef « Pharmacological Management of Neuropathic Pain », *Pain Clinical Updates*, International Association for the Study of Pain 2010;17(9):1-8. Accessible à l'adresse : <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=HOME&SECTION=HOME&CONTENTID=15081&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm> (en anglais seulement)
6. Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau JP, Schuers M, Boulet P, Hermil JL, et coll. « Evidence of prescription of antidepressants for non-psychiatric conditions in primary care: an analysis of guidelines and systematic reviews ». *BMC Fam Pract*, 2013;14:55. (en anglais seulement)
7. Dharmshaktu P, Tayal V, Kalra BS. « Efficacy of antidepressants as analgesics: a review ». *J Clin Pharmacol*, 2012;52(1):6-17. (en anglais seulement)
8. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et coll. « Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients », *BMJ*, 2004;329(7456):15-19. (en anglais seulement)
9. « Analyse d'accidents liés aux psychotropes », *Bulletin de l'ISMP Canada*, 2012 [cité le 31 juillet 2013];12(2):1-5. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2012-02.pdf>
10. Snaith R, Peutrell J, Ellis D. « An audit of intravenous fluid prescribing and plasma electrolyte monitoring; a comparison with guidelines from the National Patient Safety Agency », *Paediatr Anaesth*, 2008;18(10):940-946. (en anglais seulement)
11. « Hyponatrémie iatrogène aiguë : deux décès déclarés chez des enfants » *Bulletin de l'ISMP Canada*, 2009 [cité le 31 juillet 2013]; 9(7):1-4. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2009-07.pdf>

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 l'utilisation sécuritaire des médicaments 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.



Le CHUM est le centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal. Il offre prioritairement des soins et des services surspécialisés à une clientèle adulte régionale et suprarégionale.

Le CHUM est innovateur et exemplaire, il est doté d'un centre de recherche qui le distingue, il se démarque comme pôle unique de développement, de mise en pratique et de transfert des connaissances à travers ses activités intégrées de soins, de recherche, d'enseignement, d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé, et de promotion de la santé.



L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments 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.

Inscrivez-vous

Pour recevoir gratuitement le Bulletin "Bulletin de l'ISMP Canada", inscrivez-vous à l'adresse :

www.ismp-canada.org/subscription.htm

Contactez-nous

Adresse courriel :

cmirps@ismp-canada.org

Téléphone : 1-866-544-7672

©2013 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.