

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 13 • Numéro 9 • Le 2 octobre 2013

Étiquetage et emballage : analyse par agrégat des déclarations d'incidents et accidents liés à la médication

Les renseignements figurant sur les étiquettes intérieures et extérieures des produits de santé, ainsi que la conception et la disposition de ces renseignements, constituent un système de communication important auprès des utilisateurs finaux, qui regroupent tant les professionnels de la santé que les consommateurs. L'ISMP Canada a commencé à recevoir les déclarations d'incidents et accidents volontaires en 2000 et, depuis, les personnes ayant soumis une déclaration ont à maintes reprises mis en évidence des problèmes liés à l'étiquetage et à l'emballage des produits de santé. Certains des incidents et accidents qui ont été signalés sont décrits dans les numéros antérieurs du Bulletin de l'ISMP Canada. Santé Canada considère également l'étiquetage et l'emballage des produits de santé comme un facteur contributif des incidents et accidents liés à la médication¹⁻⁴. Le présent Bulletin de l'ISMP Canada décrit les résultats d'une analyse par agrégat des déclarations reçues par l'ISMP Canada concernant l'étiquetage et l'emballage de produits de santé offerts au Canada. Le rapport complet de cette analyse par agrégat est accessible à l'adresse suivante : www.ismp-canada.org/download/LabellingPackaging/ISMPC2013_LabellingPackaging_FullReport.pdf

Renseignements généraux

Compte tenu du nombre et des types d'erreurs concernant l'étiquetage et l'emballage des produits de

santé qui sont soumis dans le cadre des programmes de déclaration, Santé Canada reconnaît qu'une ressource visant à appuyer les fabricants dans la conception des étiquettes et des emballages est nécessaire, au Canada, à des fins de clarté, de précision et de compréhensibilité. En 2012, Santé Canada, en collaboration avec l'ISMP Canada, a entamé l'élaboration d'un guide décrivant les principes pour la conception d'étiquettes* et d'emballages de produits de santé tenant compte de la sécurité des patients. Ce guide vise à inclure tous les produits de santé destinés aux humains : médicaments d'ordonnance ou en vente libre, produits biologiques et produits de santé naturels. Il est également conçu de façon à respecter et à appuyer l'initiative d'étiquetage en langage clair de Santé Canada⁵. Le contenu du guide reposera sur les résultats de l'analyse par agrégat et d'une revue de la documentation, sur les normes et les initiatives nationales et sur la réglementation et les directives nationales et internationales.

Méthode d'analyse et aperçu des résultats

L'analyse par agrégat avait pour objectif d'obtenir une vue d'ensemble des problèmes liés à l'étiquetage et à l'emballage des produits de santé mis en évidence dans les déclarations transmises à l'ISMP Canada sur une période d'environ 11,5 ans (1er janvier 2001 au 15 mai 2012), et de mieux comprendre les éventuels facteurs contributifs liés aux systèmes.

En mai 2012, une recherche effectuée dans la base de données de l'ISMP Canada visant à recenser toute déclaration d'incident ou accident ciblant l'étiquetage ou l'emballage d'un produit de santé en tant que facteur contributif ou préoccupation a permis de recueillir plus de 2 000 déclarations. Des critères additionnels ont été appliqués afin de mettre l'accent sur les déclarations exposant spécifiquement l'étiquetage et/ou l'emballage du fabricant en tant que problème. Au total, 474 déclarations d'incidents ou accidents ont été conservées après l'application des critères d'admission et d'exclusion. Une analyse qualitative a par la suite été réalisée.

Au total, sept principaux thèmes, accompagnés de sous-thèmes, ont été définis.

Principaux thèmes

1. Thème principal : confusion dans le choix du médicament

Trois principaux sous-thèmes ont été établis : confusion liée aux produits (confusion entre des produits d'un même fabricant ou de fabricants différents), confusion liée à des produits à deux composants (p. ex., produit composé d'un médicament sous forme de poudre devant être reconstitué au moyen d'un diluant spécifique du produit pour lequel les deux composants sont offerts dans un même emballage, ou dans un emballage différent) et confusion liée aux renseignements sur le produit (quant aux ingrédients ou à l'emploi approprié du produit, conformément aux renseignements figurant sur l'étiquette ou sur l'emballage).

Il est à noter que les cas de confusion liée à des produits offerts par un même fabricant semblent mettre en cause des produits de présentations et de tailles différentes. À l'inverse, les cas de confusion liée à des produits offerts par différents fabricants touchent généralement des contenants de petite taille (p. ex., ampoules, fioles). Ce dernier type de confusion pourrait être lié aux déclarations d'incidents et accidents soumise par des établissements où les contraintes d'entreposage exigent d'entreposer les produits hors de leur emballage extérieur, dans les zones de soins où ils

sont utilisés. Néanmoins, il est important de savoir que l'emballage et les étiquettes intérieures d'un produit de santé sont parfois les seuls éléments d'information facilement accessibles pendant la préparation d'un médicament et au moment d'effectuer une vérification finale avant l'administration d'un produit, peu importe le mode d'entreposage. Les cas de confusion qui mettent en cause des médicaments de niveau d'alerte élevé⁶, qu'il s'agisse de produits offerts par un même fabricant ou par différents fabricants, sont particulièrement préoccupants, car ce type de confusion est plus susceptible de causer un préjudice aux patients.

Dans quelques cas, des professionnels de la santé ont remarqué qu'un nouvel emballage ou que l'ajout d'étiquettes était nécessaire pour certains types de médicaments. Par exemple, des plaquettes alvéolées ont dû être emballées de nouveau, car les renseignements figurant sur l'emballage d'aluminium n'étaient pas parfaitement agencés sous chaque comprimé, des suppositoires ont également dû être emballés de nouveau, car le nom générique ne figurait pas sur l'étiquette intérieure, et des étiquettes de mise en garde ont dû être ajoutées à certains produits d'apparence similaire ou ayant déjà fait l'objet d'une confusion. Comme l'illustrent ces exemples, les fabricants doivent envisager l'amélioration de leurs étiquettes et de leurs emballages afin de répondre aux besoins des utilisateurs finaux.

Exemples d'accident

- Un patient diabétique insulino-dépendant a reçu une ordonnance pour des cartouches d'insuline. Il avait obtenu récemment de la pharmacie communautaire un renouvellement de son ordonnance d'insuline. Il a reçu plusieurs boîtes contenant cinq cartouches chacune. Le matin de l'accident, le patient a inséré dans le stylo injecteur une cartouche provenant d'une de ces nouvelles boîtes. Peu après l'injection de sa dose matinale, le patient s'est retrouvé en diaphorèse, avec des pupilles dilatées ainsi qu'une diminution de son état de conscience. Il a été découvert qu'une boîte de cartouches d'insuline à action ultrarapide a été donnée au patient en même temps que les autres boîtes de cartouches

renfermant le médicament prescrit et contenant 30 % d'insuline à courte durée d'action et 70 % d'insuline à action intermédiaire⁷.

- Le personnel d'une clinique a signalé quatre cas de vaccination où seul le diluant aurait été administré, plutôt que le vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole) qui aurait dû être préparé avec le diluant. C'est après la réception d'un nouveau stock de vaccins, au moment où on a procédé à l'inventaire des doses actuelles, que l'erreur a été relevée. D'après les résultats de l'inventaire, on comptait quatre fioles excédentaires du vaccin RRO (sous forme de poudre), par rapport aux fioles de diluant. Le personnel de la clinique a passé en revue des centaines de dossiers sans parvenir à identifier les patients n'ayant reçu que le diluant⁸.

2. Thème principal : confusion liée à la teneur ou à la dose

Ce thème regroupe les incidents et accidents liés à des erreurs dans le choix de la teneur ou de la dose d'un produit prescrit. L'analyse des déclarations d'erreurs a permis d'établir trois sous-thèmes : confusion au sein d'une même gamme de produits, confusion liée à la présentation ou à l'affichage de la dose et confusion liée au mode d'utilisation du médicament.

Exemple d'accident

- Un patient a été admis à l'unité des soins intensifs en raison d'une hémorragie neurologique. D'après le bilan des médicaments réalisé après l'hospitalisation, le patient avait pris de l'héparine à faible poids moléculaire (au moyen d'une seringue préremplie) avant son hospitalisation. Cependant, en raison d'une erreur d'exécution de l'ordonnance (les mauvaises seringues préremplies ont été remises au patient), le patient avait reçu à domicile une dose plus élevée que la dose prescrite pendant plusieurs semaines. La personne ayant effectué la déclaration a remarqué que des seringues préremplies contenant des doses totales complètement différentes d'héparine à faible poids moléculaire présentaient le même numéro d'identification du médicament (DIN). Depuis, Santé Canada a revu sa procédure pour l'émission

des numéros d'identification du médicament pour les seringues préremplies à dose unique⁹.

3. Thème principal : confusion liée à un produit en vente libre

Des incidents et accidents attribuables à une confusion liée à un produit en vente libre ont été signalés, tant par des professionnels de la santé que par des consommateurs. Ces incidents et accidents comptent les déclarations soumises à l'ISMP Canada par l'intermédiaire du programme de déclaration et d'apprentissage à l'intention des consommateurs, connu sous le nom de Médicamentssecuritaires.ca (www.medicamentssecuritaires.ca), lancé en mars 2010. Instauré en tant que projet pilote, le programme Médicamentssecuritaires.ca fait maintenant partie intégrante des efforts déployés par l'ISMP Canada en vue d'améliorer l'innocuité des médicaments.

Les patients et les consommateurs sont des intervenants clés dans les efforts visant à améliorer l'innocuité des médicaments. Ils représentent une source unique d'information, et soumettent souvent des déclarations riches en détails. À ce jour, nous avons déjà recueilli beaucoup de renseignements, grâce aux déclarations concernant les médicaments d'ordonnance qui ont été soumises, au sujet des facteurs de conception pouvant mener à une confusion liée aux produits. Des préoccupations similaires se profilent en ce qui concerne la conception et la disposition des renseignements relatifs aux produits en vente libre, dont un grand nombre sont à la disposition des consommateurs et des patients, qui peuvent se les procurer sans l'aide ou l'intervention de professionnels de la santé. Par exemple, les déclarations classées sous ce thème montrent une confusion liée à la teneur ou à la dose d'un produit et aux ingrédients. Parmi les produits ciblés par ces déclarations, on compte des préparations orales solides (p. ex., comprimés, gélules), des préparations liquides administrées par voie orale et des préparations liquides pour application externe.

Exemple d'accident

- Un consommateur a confondu une solution nettoyante de peroxyde d'hydrogène pour lentilles

cornéennes avec une solution nettoyante à usages multiples pour lentilles cornéennes, et il l'a employé pour rincer directement ses lentilles avant de les mettre. Cette solution contient du peroxyde d'hydrogène à 3 %, ce qui peut causer une douleur et une brûlure en cas de contact avec les yeux. La solution nettoyante de peroxyde d'hydrogène est emballée avec un étui spécial pour le nettoyage. Lorsque le produit est utilisé avec cet étui, le peroxyde d'hydrogène est neutralisé, et la solution devient sûre pour les yeux. D'autres déclarations ont été soumises par des consommateurs qui ont subi un préjudice après avoir employé inadéquatement la même solution¹⁰.

4. Thème principal : confusion liée à la voie d'administration

L'un des premiers bulletins de l'ISMP Canada présentait des renseignements ayant été publiés au sujet de décès survenus après l'injection intrathécale, par inadvertance, de vincristine conçue pour une injection intraveineuse¹¹. Depuis la publication de ce rapport (en 2001), l'Organisation mondiale de la santé a émis des recommandations pour l'étiquetage de la vincristine afin d'éviter d'autres accidents de cette nature¹². Cependant, on observe toujours des cas de confusion liée à la voie d'administration d'autres médicaments pour administration par injection, par voie topique, par voie orale et par inhalation, comme le montrent des bulletins subséquents¹³⁻¹⁵.

Les utilisateurs finaux utilisent souvent le type de contenant ou le format du médicament comme un indicateur de la voie d'administration prévue. Compte tenu de la tendance croissante vers une normalisation des contenants actuels, il peut être difficile d'établir en quoi consiste un emballage adéquat. Lorsque le contenant, le format ou l'aspect d'un médicament diffère de ce à quoi on s'attend (p. ex., médicament topique offert dans une fiole), il est possible que le médicament soit administré par la mauvaise voie. Même si certains médicaments peuvent être administrés par plus d'une voie, la dose appropriée varie souvent de façon importante en fonction de la voie d'administration. Si le médicament n'est pas administré par la voie prévue, il peut causer un préjudice, ou son efficacité peut être compromise.

Exemple d'accident

- Différents professionnels de la santé en salle d'opération ont signalé à l'ISMP Canada un problème spécifique concernant l'emballage de médicaments topiques comme l'épinéphrine. Bien que ces médicaments soient conçus pour un usage topique, leur emballage est parfois comparable à celui des fioles renfermant des produits pour injection, plus particulièrement à la fiole présentant un bouchon en caoutchouc maintenu en place par une bague de métal. Ce format peut inciter certains professionnels de la santé à employer une aiguille et une seringue pour administration parentérale afin de prélever le médicament avant de le transférer dans un contenant sans couvercle; l'utilisation d'une seringue pour administration parentérale peut entraîner l'administration du médicament par voie intraveineuse, par inadvertance, avant son transfert dans un contenant sans couvercle¹³.

5. Thème principal : confusion liée à la préparation

La confusion entre des produits de différentes durées d'action représentait le principal sous-thème défini pour ce thème principal. Dans certains cas, il s'agissait de médicaments à niveau d'alerte élevé (p. ex., opiacés), lesquels présentent un risque accru de préjudice en cas de confusion entre les préparations.

Exemple d'accident

Dans plusieurs cas d'accidents, des préparations à longue durée d'action (préparation-retard) et à courte durée d'action d'un médicament pour injection ont été confondues. D'après les déclarations, l'étiquetage et l'emballage des produits étaient « pratiquement identiques ». Dans un des cas, l'emballage des deux préparations du médicament avait fait récemment l'objet d'une modification, à des fins d'« uniformisation », et les préparations étaient alors offertes dans un même type de contenant.

6. Thème principal : confusion liée à la solution

L'analyse des incidents ou accidents a permis d'établir quatre thèmes associés à une confusion liée

à la solution : solutions simples ou de base, médicaments prémélangés, concentration et voie d'administration ou but. Les incidents ou accidents attribuables à une confusion liée à la solution mettaient en cause des solutions administrées par des professionnels de la santé, en général au sein d'un établissement comme un hôpital de soins de courte durée. Dans certains cas, les solutions ciblées ont été administrées par voie intraveineuse à des fins d'hydratation (solutions simples ou à base d'électrolytes). Dans d'autres cas, il s'agissait de solutions utilisées à des fins de dialyse (p. ex., thérapie d'épuration extra-rénale continue [CRRT]), de solutions utilisées pour l'irrigation ou l'inhalation et de solutions employées par le personnel de pharmacies pour la préparation de médicaments. Le type de contenant (c.-à-d., format sac) représente l'un des facteurs communs de cette catégorie d'incident ou accident. En effet, l'utilisation de ce type de contenant impose des contraintes et des exigences en matière d'étiquetage (p. ex., contraintes technologiques), qui s'ajoutent à celles de l'étiquetage des autres types de contenant.

Exemple d'accident

- Un patient a reçu de l'eau stérile par perfusion intraveineuse plutôt que la solution physiologique salée prescrite. Malheureusement, près de 600 mL d'eau stérile ont été administrés avant la découverte de l'erreur, c'est-à-dire au moment où on a décelé la présence de sang dans l'urine du patient. Le patient a souffert de complications rénales attribuables aux effets néfastes de la solution hypotonique stérile sur les globules rouges, et il a dû être transféré à l'unité des soins intensifs¹⁶.

7. Thème principal : autres types de confusion

Santé Canada exige la présence de différents renseignements sur les étiquettes des produits, y compris la date d'expiration et le numéro de lot. Ce thème regroupe les cas de confusion liée à la date d'expiration (c.-à-d., ambiguïté quant aux dates présentées), aux numéros de lot et à la taille ou au type d'emballage.

Exemple d'accident

- Une personne ayant soumis une déclaration d'accident a signalé un problème relativement aux dates d'expiration présentées sous forme résumée (p. ex., deux chiffres pour l'année, le mois et le jour). La personne a remarqué que dans certains cas, il était impossible d'établir ce que représentait chacun des deux chiffres.

Facteurs contributifs potentiels

Les facteurs contributifs potentiels des incidents et accidents signalés sont décrits plus en détail et sont classés par sous-thème dans le rapport global complet. Voici quelques exemples de facteurs contributifs :

- Étiquettes et emballages similaires; les médicaments de niveau d'alerte élevé sont particulièrement préoccupants
- Prépondérance de la présentation et du nom de la marque
- Accent insuffisant sur le nom générique ou sur les ingrédients
- Surabondance de renseignements sur les étiquettes
- Noms des médicaments d'apparence ou de consonance comparable, y compris les produits complémentaires de la gamme
- Entreposage des petits contenants à l'extérieur de leur emballage externe (p. ex., ampoules, fioles)
- Lisibilité, taille de police, fond (p. ex., clair), contraste des couleurs entre le fond et les caractères
- Étiquetage et emballage du diluant dans les produits à deux composants
- Même numéro d'identification du médicament (DIN) pour différents volumes d'une solution de même concentration
- Absence ou faible visibilité de la quantité totale de médicament injectable par volume total
- Confusion dans la présentation des renseignements (volume nécessaire pour une dose spécifique d'un médicament pour administration par injection difficile à établir)
- Manque de clarté quant à la quantité de médicament identifiée en tant que sel, par rapport à la base ou à l'élément

- Décalage entre la présentation des renseignements et les perforations sur un emballage alvéolé
- Emploi d'abréviations ou d'autres désignations dangereuses (p. ex., zéro à droite)¹⁷
- Absence de mises en garde ou manque de précision
- Contenants similaires pour des préparations administrées par différentes voies ou à différentes fins (p. ex., solutions topiques offertes dans une fiole)
- Emploi d'abréviations pour indiquer la durée de la libération (p. ex., CD, CR, ER, IR, XL)
- Ambiguïté dans la présentation des dates (p. ex., 11-01-12 ou 20130301)

Conclusion

Les déclarations volontaires qui exposent des problèmes d'étiquetage, d'emballage et de dénomination en tant que facteurs contributifs d'incidents et accidents liés à la médication sont une excellente occasion de favoriser l'emploi sécuritaire et efficace des produits de santé par les professionnels de la santé, les patients et les consommateurs. Au cours des années, ces déclarations nous ont permis de recueillir des renseignements utiles, et ils ont incité les fabricants à apporter plus de 60 modifications volontaires, dont certaines ont été soulignées dans les bulletins antérieurs¹⁸⁻²². Manifestement, bon nombre de fabricants sont ouverts au dialogue et sont prêts à apporter des modifications à leurs étiquettes et à leurs emballages en vue d'accroître l'innocuité des médicaments. Les résultats de l'analyse par agrégat présentés dans ce bulletin fournissent des renseignements au sujet de problèmes rencontrés par les utilisateurs de produits de santé, et ils contribueront à orienter l'élaboration d'un guide destiné aux fabricants et visant à appuyer la conception d'étiquettes et d'emballages tenant compte de la sécurité des patients. Ces résultats sont revus, ainsi que de nombreux autres renseignements actuellement accessibles, afin de déterminer quels sont les sujets qui doivent être abordés dans le guide. Santé Canada prévoit la publication d'une version préliminaire du guide, en 2014, à des fins de consultation.

Pour de plus amples renseignements, veuillez écrire à l'adresse cmirps@ismcp-canada.org

Remerciements

Par la présente, nous souhaitons exprimer nos sincères remerciements aux professionnels de la santé, aux consommateurs et aux patients ayant soumis des déclarations d'incidents et accidents liés à la médication à l'ISMP Canada. Nous tenons à les remercier également pour leur initiative, leurs efforts et leur soutien d'une culture de sécurité grâce au partage d'information relative aux incidents et accidents liés aux médicaments.

Nous tenons également à remercier tout spécialement le groupe consultatif d'experts pour ses conseils en matière d'orientation, ses commentaires et son soutien continu dans l'élaboration d'un guide sur l'étiquetage et l'emballage des produits (en ordre alphabétique) : Agence européenne des médicaments; Association canadienne des docteurs en naturopathie; Association des infirmières et infirmiers du Canada; Association des pharmaciens du Canada; Food and Drug Administration, États-Unis; Institute for Safe Medication Practices, États-Unis; Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, Royaume-Uni; Medicines Evaluation Board, Pays-Bas; Patients pour la sécurité des patients du Canada; Santé Canada; Société canadienne des anesthésiologistes; Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux et Therapeutic Goods Administration, Australie.

Nous remercions également ceux qui ont mis à notre service (et qui continuent de le faire) leur expertise en matière de graphisme et de techniques d'analyse des facteurs humains.

Une version sous-titrée de la vidéo « Les consommateurs peuvent aider à prévenir les préjudices liés à la prise des opioïdes » maintenant accessible!

L'ISMP Canada est heureux d'annoncer qu'une version sous-titrée de la vidéo « Les consommateurs peuvent aider à prévenir les préjudices liés à la prise des opioïdes » est maintenant accessible. Les sous-titres ont été ajoutés à la demande des professionnels de la santé, qui souhaitent présenter la vidéo sans son dans leur salle d'attente. La version sous-titrée est offerte en anglais (<http://youtu.be/SDMz4lqnpPk>) et en français (<http://youtu.be/FNfUrZLUZU8>).

Cette vidéo fournit des renseignements au sujet des étapes que peuvent suivre les consommateurs pour éviter de subir un préjudice attribuable à une erreur avec les opiacés. Elle informe également les consommateurs sur la manière de reconnaître les signes d'une surdose avec les opiacés et sur les mesures à prendre en cas de surdose soupçonnée. Pour savoir comment obtenir un exemplaire de la vidéo sous-titrée, afin de la présenter dans votre salle d'attente, veuillez communiquer avec nous à l'adresse info@ismp-canada.org.

Références

1. Le rôle de Santé Canada dans la gestion et la prévention des incidents médicamenteux néfastes. Ottawa (ON) : Santé Canada; modifié le 20 juin 2011 [cité le 20 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/cmiprps-scdpim-fra.php>
2. Maalox Multi Action (subsalicylate de bismuth) - Le risque de confondre avec d'autres produits liquides Maalox - Pour le public. Ottawa (ON) : Santé Canada; 17 mai 2010 [cité le 20 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2010/14079a-fra.php>
3. Adrenalin (chlorure d'épinéphrine 1:1000) destiné à un usage topique - Risque d'injection par inadvertance - Avis aux hôpitaux. Ottawa (ON) : Santé Canada; 17 août 2010 [cité le 20 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2010/14589a-fra.php>
4. L'utilisation inadéquate de certaines solutions pour lentilles cornéennes risque de blesser l'œil. Ottawa (ON) : Santé Canada; 25 avril 2013 [cité le 20 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2013/28539a-fra.php>
5. Consultation sur l'initiative d'étiquetage en langage clair. Ottawa (ON) : Santé Canada; modifié le 24 juin 2013 [cité le 3 septembre 2013]. Accessible à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/consultation/drug-medic/consult_pll_elc-fra.php
6. ISMP high-alert medications. Horsham (PA): Institute for Safe Medication Practices; 2013 [cité le 20 août 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp.org/tools/highalertmedicationLists.asp>
7. Un patient partage et déclare une confusion liée à l'insuline. Bulletin de l'ISMP Canada. 8 déc. 2007 [cité le 26 août 2013];7(6):1-2. Accessible à l'adresse : <http://www.ismpcanada.ca/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2007-06.pdf>
8. Administration d'un diluant sans le médicament auquel il doit être associé. Bulletin de l'ISMP Canada. 30 sept. 2010 [cité le 26 août 2013];10(7):1-3. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2010-07.pdf>
9. Avis : Révision de la procédure d'émission d'identifications numériques de drogue (DINs) pour les seringues pré-remplies à dose unitaire. Ottawa (ON) : Santé Canada; 10 juin 2010 [cité le 20 août 2013]. Accessible à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/prodpharma/activit/announce-annonce/prefilled_din_preremplies-fra.pdf
10. Reminder: take care with Clear Care. Médicaments sécuritaires.ca. Med Saf Alert. 31 oct. 2012 [cité le 29 août 2013];3(5):1. Accessible à l'adresse : http://www.safemedicationuse.ca/alerts/alerts_reminder_clear_care.html
11. Published data supports dispensing vincristine in minibags as a system safeguard. Bulletin de l'ISMP Canada. 3 oct. 2001 [cité le 26 août 2013];1(1):1. Accessible à l'adresse : <http://ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2001-10Vincristine.pdf>
12. Recommandations de l'Organisation mondiale de la santé pour la vincristine. Bulletin de l'ISMP Canada. 4 avril 2008 [cité le 25 août 2013];8(2):3. Accessible à l'adresse : <http://www.ismpcanada.ca/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2008-02.pdf>
13. Alerte : Décès attribuable à l'injection par inadvertance d'épinéphrine pour usage topique. Bulletin de l'ISMP Canada. 5 mars 2009 [cité le 26 août 2013];9(2):2. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2009-02.pdf>
14. Analyse de données internationales sur des incidents liés aux timbres transdermiques de fentanyl. Bulletin de l'ISMP Canada. 30 déc. 2009 [cité le 26 août 2013];9(10):3-4. Accessible à l'adresse : <http://www.ismpcanada.ca/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2009-10.pdf>
15. Some capsules are not meant to be swallowed. SafeMedicationUse Newsl. 31 juillet 2013 [cité le 27 août 2013];4(5):1. Accessible à l'adresse : http://www.safemedicationuse.ca/newsletter/newsletter_CapsulesNotToBeSwallowed.html

16. Sentinel event with sterile water: lessons shared. Bulletin de l'ISMP Canada. Avril 2002 [cité le 4 sept. 2013];2(4):1-2. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2002-04SterileWater.pdf>
17. Éliminer l'utilisation dangereuse d'abréviations, de symboles et de certaines inscriptions numériques. Bulletin de l'ISMP Canada. 16 juillet 2006 [cité le 26 août 2013];6(4):1-3. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2006-04.pdf>
18. Enhanced sterile water label paves way for national standard. Bulletin de l'ISMP Canada. Juin 2003 [cité le 29 août 2013];3(6):1. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2003-06SterileWater.pdf>
19. Ampoules de morphine: alerte à propos d'emballages qui ont une apparence semblable. Bulletin de l'ISMP Canada. Novembre 2004 [cité le 29 août 2013];4(11):1. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2004-11.pdf>
20. L'étiquetage amélioré des inhibiteurs neuromusculaires fait toute la différence. Bulletin de l'ISMP Canada. 13 novembre 2007 [cité le 29 août 2013];7(5):3. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2007-05.pdf>
21. Un fabricant enlève son logo pour rendre l'usage d'un médicament plus sécuritaire. Bulletin de l'ISMP Canada. 13 novembre 2007 [cité le 29 août 2013];7(5):3. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2007-05.pdf>
22. Utilisation sécuritaire des narcotiques (opiacés) : Un fabricant modifie le capuchon des flacons de produits injectables pour rendre leur utilisation plus sécuritaire. Bulletin de l'ISMP Canada. 30 sept. 2011 [cité le 29 août 2013];11(6):2. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2011-06.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.