

## Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 23 • Numéro 6 • Le 20 juillet 2023

### Confusion entre les dates de péremption et les dates limites d'utilisation des vaccins à l'origine d'un incident touchant de multiples patients

L'introduction de vaccins contre le COVID-19 a marqué un tournant dans la gestion de la pandémie. Les connaissances sur ces produits ont continué à évoluer rapidement après leur distribution, ce qui a entraîné des mises à jour fréquentes des exigences en matière de stabilité et d'entreposage, ainsi que de l'étiquetage des produits correspondants<sup>1-4</sup>. Ces changements d'exigences ont créé un environnement de travail difficile pour les prestataires de soins de santé qui administraient les vaccins. Ce bulletin présente les enseignements tirés de l'analyse d'un incident survenu suite à l'administration à plusieurs patients de vaccins contre la COVID-19 dont la date limite d'utilisation (DLU) était dépassée\*.

\* La **date de péremption** d'un produit pharmaceutique est la dernière date à laquelle le fabricant peut garantir l'efficacité et la sécurité du produit. Lorsqu'un produit doit être manipulé pour être utilisé par des prestataires de soins de santé, on lui attribue également une **date limite d'utilisation (DLU)**, qui correspond à la date et à l'heure maximales auxquelles le produit manipulé peut être utilisé<sup>5</sup>.

Le vaccin contre la COVID-19 en cause dans cet incident comportait trois dates pertinentes :

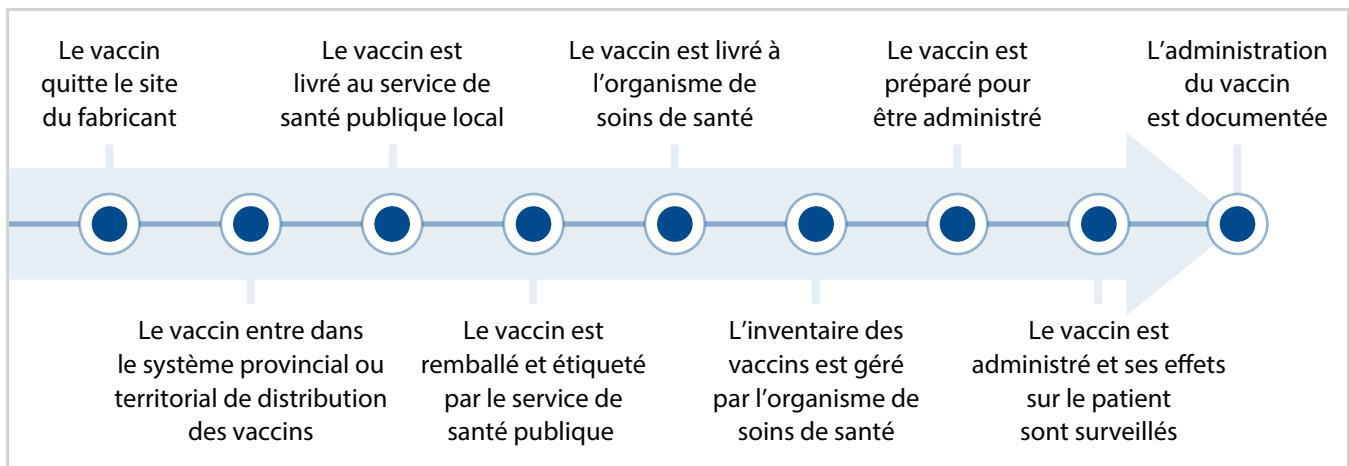
1. une date de péremption attribuée par le fabricant, applicable tant que le produit restait congelé;
2. une DLU de 30 jours une fois que le produit était placé au réfrigérateur à des fins de décongélation et d'entreposage;
3. une DLU de 6 heures après la première perforation de la fiole (c.-à-d. au moment de l'ajout du diluant).

#### DESCRIPTION DE L'INCIDENT

Un organisme de soins de santé d'une petite collectivité collaborait avec l'unité locale de santé publique pour proposer des cliniques de vaccination contre la COVID-19. Nouvellement arrivée au sein de l'organisme, une infirmière examinait les stocks de vaccins et a découvert que les doses disponibles avaient dépassé leur DLU. Un examen ultérieur des dossiers d'administration des vaccins a révélé que plus de 50 personnes avaient reçu le vaccin entre 4 et 31 jours après la DLU. Une équipe multiniveau de gestion des incidents, regroupant des dirigeants des services administratifs et communautaires ainsi que des experts en santé publique, a immédiatement été formée pour déterminer l'intervention appropriée en soins de santé à prodiguer et pour fournir l'information pertinente aux membres touchés au sein de la collectivité. Suite à une consultation entre l'équipe de gestion des incidents et le fabricant de vaccins, il fut recommandé de revacciner environ 40 % des individus concernés.

#### CONTEXTE

De nombreux rapports des médias ont souligné certaines erreurs associées à l'administration de vaccins contre la COVID-19 périmés à travers le monde<sup>6-8</sup>. L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada) et son homologue américain, l'Institute for Safe Medication Practices, ont également reçu des rapports d'erreurs. L'analyse de ces rapports a révélé la complexité du



**FIGURE 1. Exemple de processus de gestion des vaccins avant et après leur arrivée dans un organisme de soins de santé.**

processus de gestion des vaccins contre la COVID-19 (voir figure 1) et y a recensé toute vulnérabilité éventuelle. Des recommandations visant à réduire les sources d'erreurs possibles lors de l'administration de ces vaccins ont été partagées dans plusieurs bulletins et lettres d'information<sup>9-11</sup>.

## DISCUSSION

Une analyse exhaustive de l'incident décrit plus haut a été réalisée par une équipe composée de multiples intervenants, dont des représentants de la collectivité où était survenu l'incident. Trois thèmes se sont dégagés de cette analyse (voir figure 2). Les tableaux 1 à 3 résument les résultats de l'analyse et les facteurs contributifs de l'incident pour chacun de ces thèmes.

**Étiquetage et emballage des vaccins**



**Gestion des stocks de vaccins**



**Disponibilité des renseignements sur les vaccins**



**FIGURE 2. Thèmes dégagés de l'analyse exhaustive de l'incident touchant de multiples patients.**



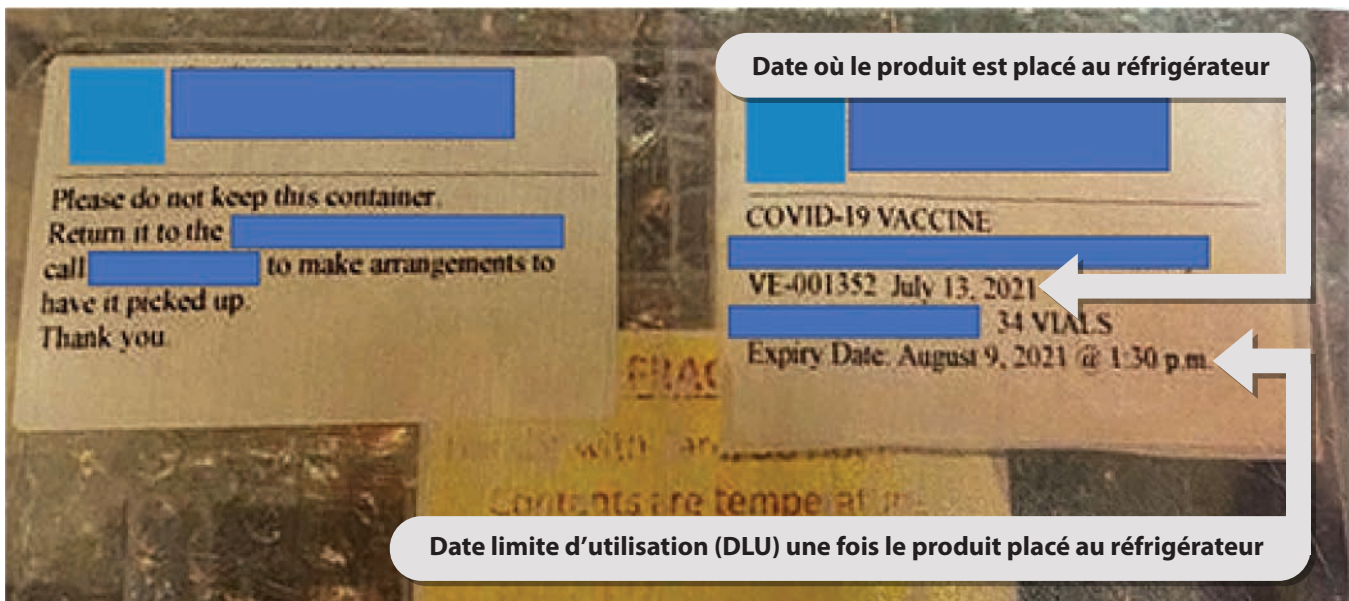
**TABLEAU 1. Étiquetage et emballage des vaccins**

Résultats de l'analyse	Facteurs contributifs de l'incident
<p>Trois dates pertinentes devaient être vérifiées sur l'emballage du vaccin :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La date de péremption du produit dans son état congelé</li> <li>2. La DLU une fois que le produit est placé dans le réfrigérateur aux fins de décongélation et d'entreposage</li> <li>3. La DLU après la première perforation aux fins de dilution</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La pratique habituelle prévue pour les prestataires de soins de santé qui administrent des médicaments consiste à vérifier la date de péremption sur la fiole lorsqu'ils se préparent à administrer un produit.</li> <li>• Dans le cas de ce vaccin contre la COVID-19, la date de péremption figurant sur l'étiquette de la fiole (la date qui peut être prédéterminée par le fabricant) ne s'appliquait que si le produit restait dans un état congelé.</li> <li>• L'étiquette de la fiole ne comprenait pas les instructions ni l'espace pour inscrire la DLU une fois le produit placé dans le réfrigérateur aux fins de décongélation et d'entreposage. L'étiquette ne comprenait que les instructions servant à déterminer la DLU après la première perforation de la fiole afin de diluer le produit, ainsi qu'un certain espace pour que le prestataire de soins de santé puisse inscrire la date et l'heure.</li> </ul>



**TABLEAU 1. Étiquetage et emballage des vaccins (suite)**

Résultats de l'analyse	Facteurs contributifs de l'incident
<p>La DLU une fois que le produit est placé dans le réfrigérateur aux fins de décongélation et d'entreposage n'était inscrite sur aucune fiole de vaccin, ce qui a accru la possibilité que le personnel infirmier se réfère à la date de péremption (prévue pour désigner la fin de vie du produit s'il est entreposé dans un état congelé), qui était indiquée sur chaque fiole.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ce vaccin était fourni en vrac dans des boîtes contenant de grandes quantités, qui devaient être remballées (et éventuellement décongelées, comme c'était alors le cas) par l'unité locale de santé publique avant d'être distribuées aux organismes de soins de santé ayant besoin de plus petites quantités.</li><li>• Deux étiquettes étaient apposées au couvercle du récipient en plastique des vaccins remis par l'unité de santé publique à l'organisme de soins de santé (voir figure 3) :<ul style="list-style-type: none"><li>◦ L'étiquette de gauche donnait de l'information relative au retour du récipient, donc non pertinente sur le plan clinique.</li><li>◦ L'étiquette de droite affiche la DLU du vaccin remballé une fois placé au réfrigérateur aux fins de décongélation et d'entreposage. L'information relative à la DLU n'est pas suffisamment mise en valeur pour qu'on puisse la distinguer des autres renseignements inscrits sur l'étiquette, et elle n'est pas non plus ajoutée à chacune des fioles. En outre, la DLU était étiquetée comme une date de péremption. Selon cette étiquette, il n'est pas clair que « 13 juillet 2021 » se rapporte à la date où le vaccin a été retiré du congélateur pour être placé au réfrigérateur.</li></ul></li><li>• Le couvercle du récipient en plastique des vaccins était amovible et n'était pas toujours gardé avec la boîte; la DLU ne pouvait donc être visible que si le couvercle était sur le récipient.</li></ul>



**FIGURE 3. Étiquetage d'un récipient de vaccins fourni à l'organisme de soins de santé**

**TABLEAU 2. Gestion des stocks de vaccins**

Résultats de l'analyse	Facteurs contributifs de l'incident
La responsabilité du suivi et de la révision des DLU des vaccins contre la COVID-19 dans l'inventaire de l'organisme de soins de santé n'était pas claire et pouvait entrer en conflit avec d'autres priorités du personnel infirmier.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moment de l'incident, la gestion des stocks de vaccins était l'une des nombreuses responsabilités supplémentaires qui incombaient au personnel infirmier de l'organisme de soins de santé.</li> <li>• Tous les membres du personnel infirmier n'avaient pas nécessairement d'expérience en matière de vaccination, ni l'expertise nécessaire à la gestion des stocks de médicaments.</li> </ul>

**TABLEAU 3. Disponibilité des renseignements sur les vaccins**

Résultats de l'analyse	Facteurs contributifs de l'incident
L'information liée aux vaccins qui était fournie au personnel infirmier de première ligne n'était pas facilement accessible ou compréhensible. Résultat : les exigences particulières de manutention de ce vaccin contre la COVID-19 n'étaient peut-être pas assez claires.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les vaccins contre la COVID-19 étaient des nouveaux produits dont le processus de gestion était plus complexe que celui des autres vaccins.</li> <li>• Peu d'emphase avait été mise sur les questions liées aux dates de péremption et DLU dans la formation sur les vaccins. La formation était axée sur les facteurs importants des propriétés pharmacologiques des vaccins contre la COVID-19, ainsi que sur la sélection appropriée des vaccins et la communication d'information aux patients.</li> <li>• L'information à propos des vaccins contre la COVID-19 venant de différents fabricants évoluait rapidement, ce qui n'a pas facilité la tâche des établissements pour transmettre au personnel de première ligne une information actualisée sur les changements d'exigences de manutention.</li> </ul>
Résultats de l'analyse	Facteurs contributifs de l'incident
La détermination de la gestion clinique appropriée pour les patients touchés était difficile et demandait beaucoup de temps, puisque le fabricant ne fournissait qu'une information limitée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les premières informations cliniques communiquées par le fabricant à la suite de l'incident se limitaient au contenu de la monographie du produit.</li> <li>• Des informations importantes et actualisées sur la stabilité du vaccin concerné n'étaient pas facilement accessibles et nécessitaient la persévérance du personnel de santé et l'utilisation de contacts personnels.</li> </ul>

L'encadré 1 fournit les stratégies d'atténuation clés qui se sont avérées efficaces dans le cadre des mécanismes d'intervention (voir page 6).

Ces enseignements peuvent être généralisés à d'autres contextes et peuvent contribuer à la gestion et à l'administration sécuritaire des vaccins.

## RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes reflètent les principaux enseignements tirés de cette analyse et soulignent la nécessité d'agir à plusieurs échelons pour éviter que des incidents similaires ne se reproduisent à l'avenir.

### Fabricants de vaccins contre la COVID-19

#### *Étiquetage et emballage*

- S'il existe des renseignements admissibles pour une date de péremption (comme c'était le cas pour ce produit, pour lequel la date de péremption était valable tant que le produit restait à l'état congelé), il convient d'indiquer ces informations à côté de la date de péremption.
- Prévoir un espace sur l'étiquette de la fiole ou utiliser un autre format d'étiquette (p. ex. une étiquette détachable ou une étiquette séparée à appliquer sur le produit) pour aider les prestataires de soins de santé à documenter la DLU sur les fioles individuelles, s'il est possible qu'elle diffère de la date de péremption (p. ex. en raison de conditions d'entreposage différentes)<sup>12</sup>.
- Dans la mesure du possible, les vaccins doivent être fournis dans des seringues unidoses préremplies, dont l'état demeure stable au réfrigérateur.
- En plus des formats d'emballage actuels, fournir les vaccins dans des emballages permettant une utilisation en moindre quantité (p. ex. des boîtes de 10 à 12 fioles) afin d'éviter la nécessité d'un remballage en vue d'une distribution ultérieure.

#### *Renseignements d'ordre médical*

- Décrire les erreurs potentielles et les moyens de les éviter dans les ressources éducatives et de communication afin de favoriser une utilisation plus sécuritaire des vaccins.

- Établir ou améliorer un processus de transmission des questions reçues des prestataires de soins de santé afin de garantir que des conseils puissent être fournis en temps utile lorsqu'une question se pose et que la monographie du produit ne permet pas d'y répondre de façon adéquate.
- Pour les questions sur les nouveaux produits reçues des utilisateurs, élaborer des réponses sous forme de FAQ qui pourront être facilement partagées si les mêmes questions reviennent.

### Unités de santé publique et autres agences ou organismes responsables de la distribution des vaccins

- Concevoir les étiquettes en pensant à l'utilisateur final. Examiner attentivement les renseignements qui seront nécessaires et mettre en évidence ceux qui sont essentiels.
- Tenir compte du format et de la taille de la police (p. ex. la couleur du fond et des caractères et l'utilisation de caractères gras) pour les étiquettes. Si d'autres renseignements non essentiels sont jugés nécessaires, les placer de manière à ce qu'ils soient clairement secondaires par rapport aux renseignements essentiels.
- Veiller à ce que les renseignements essentiels soient conservés avec le produit au point d'utilisation.

### Organismes de soins de santé administrant des vaccins contre la COVID-19

- Envisager les stratégies suivantes pour réduire la charge de travail cognitive du personnel appelé à gérer des vaccins contre la COVID-19 :
  - Élaborer des aides pratiques et des instructions de travail concises pour aider le personnel infirmier et les autres prestataires de soins de santé à administrer les vaccins (p. ex. des listes de vérification, des fiches d'information d'une seule page).
  - Élaborer une liste de vérification pour la gestion des stocks de vaccins qui comprend, au moins, les renseignements clés que les prestataires de soins de santé doivent vérifier, tels que la ou les DLU, et les instructions pour la gestion des doses de vaccins qui restent après une clinique de vaccination planifiée.

- Veiller à ce que la formation et les documents d'accompagnement expliquent clairement les différences entre les dates de péremption et les DLU, ainsi que les protocoles établis pour la gestion des stocks et la documentation (p. ex. la DLU sur l'étiquette de la fiole).
- Mettre en place un système d'enregistrement pour assurer le suivi des stocks de vaccins. Idéalement, fournir une feuille de registre des vaccins préremplie qui inclut la date de péremption et les DLU pour rappeler visuellement les éléments clés à vérifier.
- Mettre en œuvre un processus indépendant de double vérification comprenant une vérification des DLU au cours des étapes de sélection, de préparation et d'administration des vaccins.

Les lecteurs sont également invités à consulter les ressources disponibles auprès de l'Agence de la santé publique du Canada, de Santé Canada et de la United States Pharmacopeia pour aider les praticiens à entreposer et à manipuler les vaccins contre la COVID-19 en toute sécurité<sup>13,14,15</sup>. L'Agence de la santé publique du Canada a déjà publié un document décrivant les compétences en immunisation<sup>16</sup>.

#### **ENCADRÉ 1. Stratégies d'atténuation clés qui ont bien fonctionné comme mesures d'intervention**

- Favoriser une culture de la sécurité qui permette au personnel et aux membres de la collectivité de repérer les lacunes en matière de sécurité et de défendre les intérêts de la collectivité.
- Mettre en place une équipe de gestion des incidents lorsqu'un incident lié à la sécurité des patients se produit. Elle doit comprendre un responsable en chef de l'incident, un responsable en chef des communications et des représentants de la direction de la collectivité locale, le cas échéant (p. ex. incidents touchant de multiples patients).

## **CONCLUSION**

Les résultats de cette analyse soulignent les besoins des prestataires de soins de santé en matière d'information à toutes les étapes du processus de gestion des vaccins. La clarté et la mise en évidence des renseignements essentiels sur les étiquettes des fioles et les étiquettes supplémentaires, ainsi que la facilité avec laquelle ces renseignements peuvent être interprétés, sont essentielles à l'utilisation sécuritaire d'un produit<sup>17</sup>. La conception d'une étiquette et d'un emballage voulant garantir une utilisation sécuritaire doit tenir compte des utilisateurs finaux, ainsi que des environnements et des processus dans lesquels les produits seront utilisés. L'élaboration de politiques, de procédures et de documents de formation connexes nécessite également la prise en compte de principes similaires afin d'aider au mieux les prestataires de soins de santé participant à la gestion des vaccins, dont le contrôle des stocks et le suivi des DLU, ainsi qu'à l'administration des vaccins.

Cette analyse d'incidents souligne également l'importance de susciter l'engagement de la collectivité et de connaître le point de vue des patients, des familles et des soignants. Toutes les parties prenantes qui interviennent dans la production, la distribution, la préparation et l'administration de nouveaux vaccins sont invitées à examiner les résultats de cette analyse. Ils pourront ainsi déceler les points faibles des processus d'utilisation des vaccins dans leur propre cadre de pratique et les points forts du système qu'il conviendrait de préserver.

## REMERCIEMENTS

L'ISMP Canada est reconnaissant envers les consommateurs, les professionnels de la santé et les organismes d'avoir signalé les incidents médicamenteux pour fins d'analyse et d'acquisition de connaissances.

ISMP Canada tient aussi à remercier tous ceux et celles qui ont fourni des renseignements ou ont participé à cette analyse, notamment les dirigeants et autres membres de la communauté, le personnel infirmier, les médecins et l'équipe de gestion de l'organisme pour leur engagement et leur contribution.

## RÉFÉRENCES

1. *Orientations sur l'établissement de l'ordre de priorité des principales populations à immuniser contre la COVID-19*, Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 30 avril 2021 [référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://open.canada.ca/data/fr/dataset/2a2ac352-84aa-4b7b-9e14-43d9c8c28b15>
2. *À l'intention des professionnels des services de vaccination : Lignes directrices nationales provisoires sur l'entreposage, la manipulation et le transport des vaccins à ultra-basse température et à température congelée contre la COVID-19*, Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 14 avril 2021 [référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/vaccination-entreposage-manipulation-transport-ultra-basse-temperature-congelee.html>
3. *Santé Canada autorise des conditions d'entreposage plus souples pour le vaccin contre la COVID 19 de Pfizer-BioNTech*, Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 19 mai 2021 [référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2021/05/sante-canada-autorise-des-conditions-dentreposage-plus-souples-pour-le-vaccin-contre-la-covid-19-de-pfizer-biontech.html>
4. *Use of COVID-19 Vaccines in the United States: Interim clinical considerations*, Atlanta (GA) : US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; révisé le 12 mai 2023 [référence consultée le 9 juin 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>
5. *Model standards for pharmacy compounding of non-hazardous sterile preparations*, Ottawa (Ont.) : Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie; nov 2015 [révisé en nov 2016; référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.napra.ca/wp-content/uploads/2022/09/NAPRA-Mdl-Stnds-Pharmacy-Compounding-Non-Hazardous-Sterile-Preparations-Nov-2016-Revised-b.pdf>
6. Lee, B.Y., *899 New Yorkers got expired Pfizer Covid-19 vaccines, must get re-vaccinated*, *Forbes*; 18 juin 2021 [référence consultée le 19 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.forbes.com/sites/brucelee/2021/06/18/899-new-yorkers-got-expired-pfizer-covid-19-vaccines-must-get-third-dose/?sh=304d0b904f35>
7. Thibault, A., *10 people given expired COVID-19 vaccines at a Burnaby Save-On-Foods*, CTV News; 9 avril 2021 [référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://bc.ctvnews.ca/10-people-given-expired-covid-19-vaccines-at-a-burnaby-save-on-foods-1.5381925>
8. Kaul, A., *In Sweden, over 100 people inoculated with expired vaccine against COVID*, Republicworld.com; 13 oct 2021 [référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.republicworld.com/world-news/europe/in-sweden-over-100-people-inoculated-with-expired-vaccine-against-covid.html>
9. *Analyse actualisée et partage des leçons tirées des erreurs liées aux vaccins contre la COVID-19*, Bulletin de l'ISMP Canada, 2021 [référence consultée le 18 avril 2023]; 21(8) : p. 1 à 4. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/2021/11/ISMPCSB2021-i8-Vaccine-Errors.pdf>
10. *Any new process poses a risk for errors: learning from 4 months of coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccinations*, *ISMP Med Saf Alert*, 22 avril 2021 [référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.ismp.org/resources/any-new-process-poses-risk-errors-learning-4-months-coronavirus-disease-2019-covid-19>
11. *Learning from influenza vaccine errors to prepare for COVID-19 vaccination campaigns*, *ISMP Med Saf Alert*, 19 nov 2020 [référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.ismp.org/resources/learning-influenza-vaccine-errors-prepare-covid-19-vaccination-campaigns>
12. *Possibilités d'amélioration des étiquettes des vaccins contre la COVID-19*, Bulletin de l'ISMP Canada, 2022 [référence consultée le 18 avril 2023]; 22(12) : p. 1 à 4. Disponible à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2022-i12-Bivalent-COVID-19-Vaccine-Labels.pdf>

13. Guide de planification des cliniques de vaccination contre la COVID-19 : introduction, Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 6 mars 2023 [référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/guide-planification-cliniques-vaccination-covid-19.html>
14. Vaccin contre la COVID-19 : Guide canadien de l'immunisation, Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 22 mars 2023 [référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-26-vaccin-contre-covid-19.html>
15. *U.S. COVID-19 vaccine handling toolkit and International COVID-19 vaccine handling guide*, Rockville (MD) : United States Pharmacopeia; janv 2022 [référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.usp.org/covid-19/vaccine-handling-toolkit>
16. Compétences en immunisation à l'intention des professionnels de la santé, Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2008 [référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/competences-immunisation-intention-professionnels-sante.html>
17. Guide des bonnes pratiques d'étiquetage et d'emballage pour les médicaments sur ordonnance, Toronto (Ont.) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 21 juin 2019 [référence consultée le 18 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/rapports-publications/medeffet-canada/profile-ligne-directrice-presentation-plans-gestion-risques-engagements-matiere-suivi-1/document-dorientation.html>



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 Excellence en santé Canada (ESC). 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.ismpcanada.ca/fr/declaration/](http://www.ismpcanada.ca/fr/declaration/)

**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.ismpcanada.ca/fr/safety-bulletins/#footer](http://www.ismpcanada.ca/fr/safety-bulletins/#footer)

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](mailto:cmirps@ismpcanada.ca)

**Téléphone :** 1-866-544-7672

©2023 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.