

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 13 • Numéro 10 • Le 4 novembre 2013

Nouvelles mesures d'utilisation sécuritaire de l'HYDROMORPHONE – Résultats d'un projet de démonstration ciblée

Tous les opiacés demandent une attention particulière pour assurer la sécurité des patients. L'HYDROMORPHONE, un opiacé puissant, est le médicament le plus souvent associé aux accidents avec préjudice liés à la médication déclarés volontairement à l'ISMP Canada. En effet, de janvier 2000 à septembre 2013, l'ISMP Canada a reçu 233 déclarations d'accidents liés à l'HYDROMORPHONE ayant entraîné un préjudice ou le décès. Il s'agit de déclarations faites par le portail Analyze-ERR®* et de rapports individuels soumis par des professionnels de la santé. Au cours des cinq dernières années, 256 accidents ayant également causé un préjudice ou le décès ont été déclarés dans le Système national de déclaration des accidents et incidents (SNDAI)†^{1,2}.

L'ISMP Canada a examiné ces déclarations, a mené des enquêtes et des analyses approfondies et a élaboré des recommandations et des stratégies pour limiter les préjudices³⁻⁵. De nombreux organismes canadiens, y compris Santé Canada, les ministères provinciaux de la santé, Agrément Canada et les bureaux de coroners en chef ou de médecins légistes provinciaux et territoriaux, ont reconnu la nécessité d'ajouter des mesures d'utilisation sécuritaire de l'HYDROMORPHONE. Ces organismes ont appuyé des initiatives comme le retrait de l'HYDROMORPHONE à forte concentration des aires de soins, l'utilisation de lettres MAJUSCULES et minuscules et la mise en œuvre de méthodes de double vérification indépendantes. Malgré la diffusion d'information sur ces mesures et les autres stratégies visant à réduire les

accidents avec préjudice, des accidents médicamenteux liés à l'HYDROMORPHONE continuent de se produire. Un examen des décès associés à des accidents médicamenteux liés à l'HYDROMORPHONE et à d'autres opiacés ayant fait l'objet d'enquêtes du coroner ou du médecin légiste⁶ a permis de dégager trois facteurs de risque de préjudices aux patients : la présence continue d'HYDROMORPHONE à dose élevée dans les aires de soins entraînant des surdosages correspondant à 10 fois la dose normale, des doses initiales excessives d'HYDROMORPHONE et la surveillance irrégulière des patients recevant des opiacés. Ce bulletin décrit les résultats du projet de démonstration ciblée visant à contrer ces facteurs de risque.

Description du projet

L'ISMP Canada a passé en revue les articles publiés sur la sécurité globale des patients afin de trouver des recommandations sur l'utilisation plus sécuritaire de l'HYDROMORPHONE, dont celles déjà publiées par l'ISMP Canada³⁻⁵. Les recommandations ont été triées par ordre d'importance de l'efficacité⁷ et de l'étape du circuit du médicament ciblée. Une équipe d'experts en matière d'utilisation sécuritaire des médicaments a ensuite examiné les recommandations et les a utilisées pour établir cinq mesures (voir le tableau 1) axées sur les problèmes ciblés qui n'ont pas déjà été recommandées par l'ISMP Canada. Les mesures choisies devaient pouvoir être mises en œuvre en moins de trois mois.

* AnalyzeERR©, est un système de déclaration électronique des incidents et des accidents liés à la médication pour les établissements de santé. Il n'est disponible qu'en anglais et vous pouvez faire la demande par l'ISMP Canada.

† Le Système national de déclaration des incidents et accidents (SNADI - fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé) est une composante du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM). Pour de plus amples informations sur le SNADI, veuillez consulter le lien suivant : <http://www.cmirps-scdpim.ca/?p=12> (extraction des données du SNADI effectuée entre le 13 novembre 2008 et le 30 septembre 2013)

Tableau 1: Projet de démonstration relatif à l'HYDROmorphone – mesures recommandées et justification (énumérées par ordre d'efficacité⁷)

N° de la mesure	Mesure pour accroître la sécurité du système	Justification
1	Préparation par la pharmacie de seringues pré remplies contenant des doses de moins de 1 mg	Préparer les doses souvent utilisées dans la pratique pour réduire le risque de surdosage par mégarde
2	Mise à disposition d'un tableau de volumes standard pour les doses habituellement extraites d'une fiole ou d'une ampoule de 2 mg/mL	Réduire le risque d'erreur de calcul de la dose lors de la préparation
3	Création d'une alerte à l'écran des systèmes de prescription électronique, des systèmes informatisés de traitement de l'information en pharmacie et des cabinets de distribution automatisés pour les doses initiales supérieures à 1 mg, administrées par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou orale	Réduire au minimum le risque d'administrer une dose initiale trop élevée et assurer l'évaluation de la tolérance aux opiacés et des affections comorbides pouvant nécessiter une diminution de la dose
4	Vérification hebdomadaire des aires de soins pour en retirer l'HYDROmorphone à dose élevée (c.-à-d., dose parentérale supérieure à 2 mg)	Prévenir l'administration par mégarde de doses correspondant à 10 fois la dose normale en limitant la disponibilité de concentration de 10 mg/mL
5	Distribution d'un feuillet d'information sur les opiacés aux patients et aux membres de leur famille	Aider les patients et les membres de leur famille à participer au processus de surveillance, afin de permettre au personnel soignant de reconnaître les cas de surdosage et d'intervenir en conséquence

On a demandé à un petit nombre d'hôpitaux de participer à un projet de démonstration pour tester la mise en œuvre de ces cinq mesures recommandées. Chaque hôpital devait s'engager à appliquer au moins une des mesures en question de janvier à mars 2013.

Au début du projet, on a demandé aux représentants des hôpitaux participants de faire une évaluation structurée des stratégies d'utilisation sécuritaire de l'HYDROmorphone déjà en place dans leurs établissements respectifs. L'évaluation comportait 20 éléments répartis dans six catégories : prescription, vérification de l'ordonnance et délivrance, administration, surveillance, prise en charge du surdosage et information aux patients et aux membres de leur famille. L'évaluation comprenait les cinq mesures décrites au tableau 1, ainsi que d'autres stratégies d'utilisation sécuritaire de l'HYDROmorphone et d'autres opiacés. L'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments et la plateforme Web sécurisée de l'ISMP Canada ont été utilisées pour l'évaluation, ce qui a permis à chaque hôpital de s'auto-évaluer en fonction d'une série

de critères, de voir leurs propres résultats et de les comparer à ceux du groupe.

Au cours du projet, l'équipe de l'ISMP Canada a animé trois conférences téléphoniques pour soutenir les hôpitaux participants. À la fin du projet, les participants devaient répondre à un questionnaire d'évaluation pour mesurer leurs progrès et décrire tout obstacle rencontré.

Résultats

Des 10 hôpitaux ayant fait part de leur intérêt pour le projet au départ, six ont fait l'évaluation liée à l'HYDROmorphone et cinq ont répondu au questionnaire d'évaluation du projet. Un hôpital a participé aux conférences téléphoniques, mais il n'a effectué aucune autre activité dans le cadre du projet. On ignore si les trois autres hôpitaux ont appliqué une des mesures recommandées. Les résultats de la mise en œuvre des mesures et les commentaires des participants sont résumés au tableau 2.

Tableau 2. Résumé des résultats de la mise en œuvre des mesures recommandées

	Mesure recommandée pour accroître la sécurité du système	Nombre d'hôpitaux	Quelques commentaires des participants
1	Préparation par la pharmacie de seringues pré remplies contenant des doses de moins de 1 mg	En place avant le projet (n = 1) Envisagée, mais pas mise en œuvre (n = 4)	- Obstacles signalés : charge de travail; normalisation des doses nécessaire; bienfaits non perçus d'une dose de 0,5 mg vs une dose de 2 mg; risque d'erreurs si plusieurs doses sont disponibles dans les cabinets de distribution automatisés
2	Mise à disposition d'un tableau de volumes standard pour les doses habituellement extraites d'une fiole ou d'une ampoule de 2 mg/mL	En place avant le projet (n = 1) Mise en œuvre dans certaines aires (n = 4)	- Dans les unités où la mesure a été mise à l'essai, les infirmières avaient une réaction très positive! Déploiement prévu dans tout l'hôpital. - Un tableau et des renseignements de base sur l'HYDROMORPHONE ont été imprimés au verso des feuillets d'information d'une page sur les narcotiques. Pas de rétroaction officielle, mais les commentaires sont positifs.
3	Création d'une alerte à l'écran des systèmes de prescription électronique, des systèmes informatisés de traitement de l'information en pharmacie et des cabinets de distribution automatisés pour les doses initiales supérieures à 1 mg administrées par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou orale		
3a	Les prescripteurs reçoivent une alerte électronique sur la limitation des doses initiales d'HYDROMORPHONE à 1 mg ou moins par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou orale.	Envisagée, mais pas mise en œuvre (n = 1) S.O. : L'hôpital n'a pas de système de prescription électronique (n = 4)	- Le système informatique actuel n'est pas configuré pour émettre une alerte concernant des doses particulières. On s'inquiétait de la « désensibilisation face à l'abondance de messages d'alerte » si toutes les doses d'HYDROMORPHONE étaient liées au message. Par ailleurs, certaines prescriptions prédéfinies comprennent des doses de 1 mg ou plus; il ne serait donc pas approprié que cette dose soit associée à une alerte.
3b	Les systèmes informatisés de traitement de l'information en pharmacie émettent une alerte électronique sur la limitation des doses initiales d'HYDROMORPHONE à 1 mg ou moins par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou orale.	Envisagée, mais pas mise en œuvre (n = 5)	- Vu le nombre de mises en garde déjà en place, on ne prévoit pas mettre en œuvre cette stratégie. - Dans notre système de pharmacie, il faudrait que l'alerte soit reliée à toutes les entrées d'HYDROMORPHONE. Nous n'avons donc pas ajouté d'alerte dans notre système en raison du risque de « désensibilisation face à l'abondance de messages d'alerte ».
3c	Les cabinets de distribution automatisés émettent un message d'alerte électronique sur la limitation des doses initiales d'HYDROMORPHONE à 1 mg ou moins par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou orale.	Mise en œuvre dans tout l'hôpital (n = 2) Mise en œuvre prévue (n = 1) S.O. : L'hôpital n'a pas de cabinet de distribution automatisé (n = 2)	- Les cabinets de distribution automatisés émettent une alerte électronique sur la limitation des doses initiales d'HYDROMORPHONE à 1 mg ou moins par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou orale. - Nous étions d'avis que le fait de voir l'information sur la dose et le volume à l'écran du cabinet de distribution automatisé et d'afficher un tableau dans le local d'entreposage de médicaments était avantageux pour le personnel infirmier. Les réactions étaient positives.
4	Vérification hebdomadaire des aires de soins pour en retirer l'HYDROMORPHONE à dose élevée (c.-à-d., dose parentérale supérieure à 2 mg)	En place avant le projet (n = 1) Envisagée, mais pas mise en œuvre (n = 1) Mise en œuvre dans tout l'hôpital (n = 2) Mise en œuvre prévue (n = 1)	- Les unités de soins ont été vérifiées une fois par semaine. Après discussion avec les techniciens, on a conclu qu'il serait plus facile de se souvenir de faire une vérification quotidiennement plutôt qu'une fois par semaine. - Il semblerait que cette pratique soit courante, mais, après une étude plus approfondie, il était évident que des améliorations étaient nécessaires. - C'est une intervention utile et simple. Elle est maintenant en œuvre. Nous ne délivrons pas d'HYDROMORPHONE sous des formes posologiques de plus de 2 mg aux étages.
5	Distribution d'un feuillet d'information sur les opiacés aux patients et aux membres de leur famille (essai suggéré de 2 mois à l'unité de chirurgie ou pré admission)	En place avant le projet (n = 1) Mise en œuvre dans certaines aires (n = 1) Mise en œuvre prévue (n = 3)	- Le feuillet est distribué en consultation préadmission et évalué à l'unité de soins pour les patients hospitalisés à la suite d'une chirurgie. Certains patients se demandaient ce que signifiait « naïf aux opiacés » et d'autres ont trouvé le feuillet complet et utile. - Tout matériel fourni aux patients doit d'abord être approuvé par le service de communication de l'hôpital. [facteur temps]

S.O. = sans objet

Évaluation des stratégies existantes d'utilisation sécuritaire de l'HYDROMORPHONE

Selon les réponses des hôpitaux, il y aurait des occasions d'amélioration dans chaque catégorie évaluée. En moyenne la réponse correspondait à moins de 50 % du score potentiel dans chaque catégorie, le score global le plus bas étant associé à l'information fournie aux patients et aux membres de leur famille au sujet de l'HYDROMORPHONE (moins de 30 % du score potentiel).

Mise en œuvre des mesures recommandées

Les cinq hôpitaux ayant répondu au questionnaire d'évaluation du projet ont dit qu'ils avaient mis en œuvre au moins une des mesures recommandées. Les activités les plus souvent menées étaient la mise à disposition d'un tableau des volumes standard pour extraire les doses d'HYDROMORPHONE d'une fiole de 2 mg/mL (mesure n° 2) et la vérification hebdomadaire des stocks de narcotiques pour retirer l'HYDROMORPHONE à dose élevée des aires de soins (mesure n° 4). La pharmacie d'un des hôpitaux préparait déjà des seringues préremplies d'HYDROMORPHONE (mesure n° 1) au début du projet en raison d'un problème temporaire d'approvisionnement mais n'a pas pu continuer à le faire à cause de la charge de travail que cette pratique exigeait. Aucun hôpital n'a testé les alertes liées aux doses initiales maximales dans les systèmes de commande (pharmacie ou prescripteur) (mesure n° 3). Un des hôpitaux a ajouté une alerte relative aux doses initiales maximales d'HYDROMORPHONE à ses cabinets de distribution automatisés; le message rappelait aux utilisateurs de commencer par la dose d'HYDROMORPHONE la plus faible si un intervalle de doses était indiqué. Un hôpital a mis en œuvre le feuillet d'information pour les patients (mesure n° 5), et trois hôpitaux ont indiqué leur intention d'adapter le feuillet pour un usage interne; le cinquième hôpital utilisant déjà un feuillet d'information similaire, il n'a pas participé à cette activité.

Analyse

Comme on s'y attendait, les activités menées au cours du projet de démonstration étaient celles qui pouvaient être mises en œuvre facilement et rapidement et qui relevaient directement du service de pharmacie (c.-à-d., tableaux de volumes standard d'HYDROMORPHONE et vérifications régulières des stocks de narcotiques). On a constaté un grand intérêt pour le feuillet d'information destiné aux patients. On s'attendait à ce que la préparation de seringues préremplies par la pharmacie soit difficile à mettre en œuvre, vu la charge de travail exigée. Cependant, cette

recommandation a suscité des échanges entre les hôpitaux participants au sujet de la normalisation des doses. L'ISMP Canada et le Bureau du coroner en chef de l'Ontario⁸ en ont appelé à la fabrication de préparations à plus faible dose; on espère que les fabricants poseront bientôt des gestes concrets dans ce domaine. Des préoccupations concernant la « désensibilisation face à l'abondance de messages d'alerte » ont influé sur la décision des hôpitaux de ne pas tester d'alertes électroniques concernant les doses initiales maximales recommandées d'HYDROMORPHONE. Des solutions de rechange, comme le fait d'inclure cette information dans les prescriptions prédéfinies, pourraient se révéler plus efficaces.

L'évaluation liée à l'HYDROMORPHONE a fourni aux hôpitaux participants un point de départ pour guider leurs efforts d'amélioration. De plus, les répondants ont indiqué que le fait d'avoir participé au projet les aiderait à se concentrer sur des domaines d'amélioration particuliers. Les résultats de ce petit groupe d'hôpitaux ne peuvent être généralisés, mais ils appuient la nécessité de créer d'autres occasions et de fournir des efforts de sensibilisation.

Conclusion

Les hôpitaux qui ont participé au projet avaient la chance unique de tester des mesures de sécurité ciblées avec le soutien de l'ISMP Canada et d'un groupe de pairs. Tous les hôpitaux participants ont indiqué qu'il s'agissait d'une entreprise utile et que leur participation changerait leur façon de faire dans leurs installations. Ce projet a mis en lumière des démarches que les organisations n'ont peut-être pas envisagées auparavant pour rendre l'utilisation de l'HYDROMORPHONE et d'autres opiacés plus sécuritaire ainsi que pour réduire le risque de préjudices aux patients.

Remerciements

L'ISMP Canada remercie sincèrement les personnes suivantes et leurs organisations respectives pour leur participation à ce projet (en ordre alphabétique, par établissement) :

Kari Bartmann, pharmacienne clinique, programme d'oncologie et présidente du comité sur l'utilisation sécuritaire des médicaments, et Hermine Brown, infirmière clinicienne spécialisée, services chirurgicaux, Grand River Hospital, Kitchener (Ontario); Trent Fookes, directeur, pharmacie, Grey Bruce Health Services, Owen Sound (Ontario); Kathryn Brazeau, responsable des systèmes de cabinets de distribution automatisés, Kathryn McLenaghan, chef des services de pharmacie, Susan Stemp, coordonnatrice des pratiques de pharmacie, Patti Euler, pharmacienne, Mona Speirs, superviseure technique de pharmacie, Melissa Parker, infirmière clinicienne enseignante, bloc opératoire et consultation préadmission, North Bay Regional Health Centre, North Bay (Ontario); Amanda Burke, pharmacienne, Queen Elizabeth Hospital, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard); Jill Garland, chef des activités professionnelles, service de pharmacie, St. Michael's Hospital, Toronto (Ontario); Michelle Nogalo, chef, pharmacie, et Marie Paluzzi, vice-présidente et chef de l'exploitation, Sault Area Hospital, Sault Ste-Marie (Ontario); Trevor Hall, spécialiste de la sécurité des patients et chef, préparation aux urgences, et Sandra Knowles, pharmacienne affectée à la sécurité des patients, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto (Ontario).

L'ISMP Canada reconnaît aussi le financement spécial du projet accordé par Santé Canada.

Références

1. Système national de déclaration des accidents et incidents. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé [28 octobre 2013].
2. Ensemble minimal de données, Système national de déclaration des incidents, Ottawa (Ontario), Institut canadien d'information sur la santé, 2013.
3. Partage des connaissances : Déclaration d'accidents impliquant l'hydromorphe, Bulletin de l'ISMP Canada, 2006 [cité le 7 octobre 2013];6(9):1-3. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2006-09.pdf>
4. Hydromorphe destinée à un patient adulte administrée par mégarde à un nourrisson, Bulletin de l'ISMP Canada, 2008 [cité le 7 octobre 2013];8(6):1-3. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2008-06.pdf>
5. Confusion entre Morphine et Hydromorphe : Un risque omniprésent, Bulletin de l'ISMP Canada, 2004 [cité le 7 octobre 2013];4(6):1-2. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2004-06.pdf>
6. 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. Bulletin de l'ISMP Canada, 2013 [cité le 16 octobre 2013]; 13(8); 1-5. Accessible à l'adresse : http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2013/BISMPC2013-08_ResultatsPreliminairesInternationalMSSAOncology.pdf
7. « Medication error prevention “toolbox” », *ISMP Med Saf Alert*, 1999 [cité le 7 octobre 2013];4(11):1. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp.org/Newsletters/acute/acute/articles/19990602.asp> (en anglais seulement)
8. « Patient Safety Review Committee Report », Bureau du coroner en chef de l'Ontario, PSRC-2012-05 [cité le 29 octobre 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.oha.com/KnowledgeCentre/Library/CoronersReports/Documents/Medication%20Error%20of%20an%20Elderly%20Palliative%20Care%20Patient.pdf> (en anglais seulement)

Énoncé de position de l'International Medication Safety Network au sujet de l'attribution de noms, de l'étiquetage et de l'emballage de médicaments

L'International Medication Safety Network (IMSN), composé de représentants de plus de 20 pays, a été formé en 2006. L'IMSN a publié récemment un énoncé de position comportant des recommandations pour une solution mondiale complète aux pratiques non sécuritaires en matière d'attribution de noms, d'étiquetage et d'emballage de médicaments. L'énoncé a été reconnu en tant qu'approche au défi auquel sont confrontés les organismes de réglementation, le secteur pharmaceutique, les professionnels de la santé et les associations de patients dans le monde. Au Canada, de telles ententes de collaboration visant à accroître la sécurité des patients existent à l'échelle nationale^{1,2}.

Des renseignements supplémentaires se trouvent dans le communiqué de presse accessible à l'adresse : <http://www.intmedsafe.net/ArticleFiles/IMSN%202013%20Paris%20Press%20Release%20%283%29.pdf> (en anglais seulement)

Références :

1. Ébauche de lignes directrices révisées de Santé Canada destinée au secteur de la santé – Examen visant à déterminer si le nom du médicament est à présentation et à consonance semblables (PSPCS). Bulletin de l'ISMP Canada, 2013 [cité le 28 octobre 2013];13(2):5. Accessible à l'adresse : http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2013/BISMPC2013-02_OmissionsDose.pdf
2. Étiquetage et emballage : analyse par agrégat des déclarations d'incidents ou accidents liés à la médication. Bulletin de l'ISMP Canada, 2013 [cité le 28 octobre 2013];13(9):1-6. Accessible à l'adresse : http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2013/BISMPC2013-09_EtiquetageEmballage.pdf

ALERTE de médicaments à présentation et à consonance semblables : trastuzumab emtansine (Kadcyla) et trastuzumab (Herceptin)

Santé Canada a homologué récemment Kadcyla (dénomination commune : trastuzumab emtansine), en monothérapie, pour le traitement du cancer du sein métastatique surexprimant HER2 chez les patients qui ont reçu au préalable un traitement par HERCEPTIN (dénomination commune : trastuzumab) et un taxane (p. ex., docétaxel, paclitaxel), séparément ou en association¹.

Herceptin est le nom de marque du trastuzumab (un anticorps anti-HER2), alors que Kadcyla est un anticorps conjugué ciblant HER2, qui associe le trastuzumab et un agent cytotoxique (dérivé de l'emtansine)¹. Étant donné qu'une partie de la dénomination commune d'Herceptin et de Kadcyla est identique (trastuzumab), et que les deux médicaments sont indiqués dans le traitement du cancer du sein métastatique surexprimant HER2^{1,2}, le risque d'erreur lié à ces deux composés est élevé. La confusion entre ces deux produits peut entraîner des préjudices graves pour les patients.

Bien que leurs indications soient similaires, la posologie et le calendrier de traitement de ces deux produits sont très différents. Herceptin (trastuzumab) peut être administré en dose d'attaque allant jusqu'à 8 mg/kg par voie intraveineuse (i.v.), suivi d'une dose d'entretien de 6 mg/kg par voie i.v. toutes les 3 semaines, ou en dose d'attaque de 4 mg/kg par voie i.v., suivi d'une dose d'entretien de 2 mg/kg par voie i.v. toutes les semaines². Cependant, la posologie recommandée et maximale tolérée de Kadcyla (trastuzumab emtansine) est de 3,6 mg/kg par perfusion intraveineuse toutes les 3 semaines en monothérapie¹.

Aux États-Unis, la Food and Drug Administration (FDA) a reconnu le risque d'erreur lié à ces deux médicaments et a donc approuvé l'utilisation de la dénomination commune « ado-trastuzumab emtansine » pour Kadcyla afin de le distinguer du trastuzumab³. Par conséquent, il se peut que les professionnels canadiens qui utilisent des références ou des ressources fondées sur des renseignements thérapeutiques américains voient le nom « ado-trastuzumab emtansine » là où ils devraient voir le nom « trastuzumab emtansine ». Il se peut aussi qu'ils ne trouvent pas la monographie sous « trastuzumab emtansine ». Santé Canada a émis récemment une alerte destinée aux professionnels de la santé les informant du risque de confusion lorsqu'ils utilisent ces deux médicaments⁴.

Recommandations

Étant donné la ressemblance des noms de ces deux médicaments, le fabricant a utilisé des couleurs différentes pour l'emballage des deux produits afin de les différencier (figures 1 et 2). De plus, on encourage les établissements à appliquer les stratégies suivantes pour réduire le risque d'accidents avec préjudice :

- Utiliser à la fois le nom de marque et la dénomination commune des deux médicaments tout au long du circuit du médicament (p. ex., commande des médicaments, étiquette des médicaments, registre d'administration des médicaments).
- Évaluer les processus informatisés et automatisés pour faire en sorte que la dénomination commune complète et le nom de marque soient affichés pour les utilisateurs finaux (p. ex.: à l'écran de sélection du médicament).
- Créer une alerte automatisée pour les systèmes de prescription informatisés et d'entrée des commandes des pharmacies, indiquant des renseignements comme les suivants :
 - « Le trastuzumab et le trastuzumab emtansine ne sont **PAS** interchangeables – le remplacement d'un médicament par l'autre doit être supervisé étroitement par un spécialiste. »
- Indiquer la posologie recommandée pour les deux médicaments au moment de la saisie de l'ordonnance afin d'augmenter les chances de reconnaître les erreurs de sélection de médicament ou de posologie.

- Faire participer activement les patients (et les membres de leur famille) dans le circuit du médicament. Informer les patients au sujet du risque de confusion.
- Employer des stratégies permettant de différencier les dénominations communes de Kadcylla et d’Herceptin, et mettre en œuvre des mesures d’utilisation sécuritaires afin d’éviter la confusion. Par exemple :
 - Évaluer les lieux d’entreposage de la pharmacie pour voir si les deux médicaments sont conservés à proximité les uns des autres dans le réfrigérateur.
 - Apposer des étiquettes de mise en garde sur les deux médicaments ou à l’endroit où ils sont entreposés⁵.
- Diffuser largement cette alerte dans l’établissement pour sensibiliser les gens à ce risque.



Figure 1. Étiquettes et emballage canadiens du trastuzumab (Herceptin)



Figure 2. Étiquettes et emballage du trastuzumab emtansine (Kadcylla)

Remarque du fabricant : Les étiquettes et l’emballage de Kadcylla seront modifiés pour le marché canadien (p. ex., ajout du numéro d’identification du médicament).

Toutefois, il convient de noter que la confusion entre ces médicaments provient du fait qu’une partie de leur dénomination commune est identique. Les professionnels de la santé doivent donc être vigilants pour éviter toute confusion liée aux produits.

Références :

1. Monographie de Kadcylla, Mississauga (Ontario) : Hoffman-La Roche Ltée, 11 septembre 2013 [citée le 1^{er} octobre 2013]. Accessible à l’adresse : http://www.rochecanada.com/fmfiles/re7246001/Research/ClinicalTrialsForms/Products/ConsumerInformation/MonographsandPublicAdvisories/Kadcylla/Kadcylla_PM_F.pdf
2. Monographie d’Herceptin, Mississauga (Ontario) : Hoffman-La Roche Ltée, 24 septembre 2013 [citée le 15 octobre 2013]. Accessible à l’adresse : http://www.rochecanada.com/fmfiles/re7246001/Research/ClinicalTrialsForms/Products/ConsumerInformation/MonographsandPublicAdvisories/Herceptin/Herceptin_PM_F.pdf
3. « Confusion regarding the generic name of the HER2-targeted drug KADCYLA (ado-trastuzumab emtansine) », National Alert Network, 17 avril 2013 [cité le 15 octobre 2013]. Accessible à l’adresse : <http://www.ismp.org/NAN/files/20130417.pdf> (en anglais seulement)
4. Kadcylla (trastuzumab emtansine) et Herceptin (trastuzumab) – Risque potentiel d’erreur de médication en raison de la similarité entre les dénominations communes – Pour les professionnels de la santé, Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 9 octobre 2013 [cité le 15 octobre 2013]. Accessible à l’adresse : <http://healthcanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2013/36173a-fra.php>
5. Emmerton LM, Rizk MFS. « Look-alike and sound-alike medicines: risks and “solutions” ». *Int J Clin Pharm.* 2012;34(1):4-8.

Ressources sur les opiacés pour les professionnels et les consommateurs :

1. « **Information for Patients and Families about Opioid Pain Medicines** » (PDF personnalisable), www.ismp-canada.org/download/HYDROmorphone/ISMPCanada_OpioidInformationForPatientsAndFamilies.pdf (en anglais seulement)
2. **Les consommateurs peuvent aider à prévenir les préjudices liés à la prise des opioïdes!** (vidéos) :
En anglais (avec et sans sous-titres) : www.safemedicationuse.ca/tools_resources/tips.html
En français (avec et sans sous-titres) : www.medicamentssecuritaires.ca
3. **Programme d'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire de l'HYDROmorphone :**
Communiquer avec l'ISMP Canada à mssa@ismp-canada.org



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 Center hospitalier 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.