

Analyse d'accidents liés aux psychotropes

Les psychotropes sont parmi les classes de médicaments les plus prescrites. En 2007, les psychotropes figuraient au deuxième rang parmi les classes de médicaments les plus délivrées par les pharmacies communautaires au Canada, après les agents cardiovasculaires, et représentaient 53 millions (12,5 %) des 422,6 millions d'ordonnances¹. Le présent bulletin porte sur des accidents liés à des psychotropes qui ont été déclarés volontairement à l'ISMP Canada. Ces accidents ont plus particulièrement trait aux catégories de médicaments suivantes : les antidépresseurs, les antipsychotiques, les benzodiazépines, les anxiolytiques sédatifs hypnotiques et les agents antimaniaques. Ces catégories sont fondées sur le *American Hospital Formulary Service Pharmacologic-Therapeutic Classification System*². Le présent bulletin donne un aperçu des accidents ayant entraîné un préjudice ou la mort et en fait une analyse globale pour faire ressortir les points saillants. Des exemples précis d'accidents sont fournis, ainsi que des suggestions d'amélioration des systèmes.

Contexte et aperçu des résultats

Des déclarations d'accidents liés à des agents psychotropes et ayant entraîné un préjudice³, entre autres les déclarations soumises par les consommateurs au programme pilote MédicamentsSécuritaires.ca, ont été tirées de la base de données des incidents et accidents liés aux médicaments de l'ISMP Canada. Les données revues dans le cadre de cette analyse portaient sur une période d'environ 11 ans (du 7 octobre 2000 au 29 septembre 2011).

Sur les 79 539 incidents et accidents de la base de données de l'ISMP Canada, y compris les accidents et incidents évités de justesse et les conditions dangereuses, 5 850 (7,4 %) étaient liés à des agents psychotropes. Sur ces 5 850 incidents et accidents, 137 (2,3 %) étaient associés à un préjudice¹. Trois accidents ont été exclus de l'analyse à cause de données insuffisantes, et un accident a été exclu parce qu'il a été déterminé comme étant une réaction indésirable impossible à prévenir; il restait donc 133 accidents à analyser.

Résultats de l'analyse qualitative

L'analyse qualitative des 133 accidents a fait ressortir certains thèmes récurrents, qui ont été classés selon trois principaux types milieux : communautaires, établissements de soins de longue durée et hôpitaux. Pour chacun de ces

milieux, les thèmes étaient associés à des facteurs contributifs, comme il est indiqué au Tableau 1. Certains thèmes et facteurs contributifs étaient associés à plusieurs types de milieux (Tableau 1), ce qui est aussi sûrement le cas d'autres thèmes qui ne sont pas ressortis lors de cette analyse. Les divers thèmes et facteurs contributifs peuvent donc être significatifs pour tous les professionnels de la santé, peu importe dans quel type de milieux ils travaillent. Des exemples d'accidents et d'incidents sont indiqués plus bas, ainsi que des suggestions d'amélioration des systèmes.

En communauté

Thème de l'administration concomitante de médicaments

Exemple d'accident : Un patient recevait de multiples agents psychotropes, entre autres de la méthotriméprazine. Il a présenté un certain nombre de symptômes, y compris des tremblements et une difficulté à marcher, qui ont été interprétés comme une aggravation de la maladie sous-jacente. La dose quotidienne de méthotriméprazine a donc été augmentée. Le patient est décédé quelques semaines plus tard. Il a été déterminé par la suite qu'il présentait des concentrations sériques toxiques de méthotriméprazine au moment de sa mort.

Commentaires : Bien souvent, les effets indésirables des agents psychotropes ressemblent aux signes et aux symptômes de l'état pour lequel le patient est traité. Les patients qui ont des besoins complexes en matière de santé mentale et de bien-être, surtout ceux qui doivent prendre de nombreux médicaments ou augmenter progressivement la dose de leur médicament parce que leurs symptômes persistent ou s'aggravent, devront peut-être consulter des spécialistes. Une autre source du problème est que les patients ont parfois de la difficulté à communiquer les symptômes qu'ils ressentent aux personnes soignantes⁴.

Thème de la délivrance du mauvais médicament

Exemple d'accident : Un patient qui avait reçu un renouvellement d'ordonnance a remarqué que les comprimés semblaient différents. Il a supposé que la marque avait changé et n'a pas mentionné ce fait au personnel de la pharmacie. Trois mois plus tard, lorsqu'il s'est présenté pour son renouvellement, il s'est dit inquiet de nouveaux symptômes qu'il présentait depuis son dernier renouvellement, entre autres de la diarrhée, de la fatigue et des étourdissements; quelques épisodes mineurs étaient aussi survenus alors qu'il conduisait. On a découvert que du lorazépam lui avait été remis au lieu du lopéramide.

¹ On reconnaît qu'il est impossible de déduire ou de prévoir la probabilité d'accidents en fonction de déclarations faites volontairement.

Tableau 1 : Thèmes et facteurs contributifs tirés de l'analyse qualitative des accidents liés aux agents psychotropes soumis à un programme de déclaration volontaire

Thème*	Facteurs contributifs associés
En communauté	
Administration concomitante de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un ou plusieurs effets indésirables d'un agent psychotrope ressemblent à des signes ou à des symptômes de la maladie sous-jacente et sont considérés comme tels, ce qui entraîne l'augmentation de la dose du médicament ou l'ajout d'un nouveau médicament au traitement ▪ Absence d'analyse rigoureuse des effets des médicaments
Mauvais médicament	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Noms de médicaments qui s'écrivent ou se prononcent de façon semblable ▪ Manque de contrôles de qualité (p. ex. code barres, vérification du DIN, vérification visuelle des comprimés dans le flacon) dans les pharmacies communautaires ▪ Supposition que l'apparence différente est due à un changement de la marque et non à la remise du mauvais médicament
Mauvais patient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de processus d'identification et de vérification systématique des patients
Mauvaise dose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erreur d'indication du signe décimal ▪ Manque de contrôles de qualité (p. ex. vérification du DIN ou détermination de la pertinence clinique) dans les pharmacies communautaires ▪ Supposition que l'apparence différente est due à un changement de la marque et non à une mauvaise dose
Établissements de soins de longue durée	
Administration concomitante de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duplication des traitements, risque accru d'interactions médicamenteuses ou d'effets additifs
Mauvais patient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de processus d'identification et de vérification systématique des patients ▪ Interruptions pendant l'administration du médicament ▪ Médicaments préparés au préalable ▪ Médicaments mélangés à des aliments et devenant impossibles à reconnaître
Mauvaise dose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administration de médicaments sans inscription dans le registre d'administration des médicaments, ce qui entraîne l'administration de doses supplémentaires
Hôpitaux	
Administration concomitante de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duplication des traitements, risque accru d'interactions médicamenteuses ou d'effets additifs ▪ Absence d'analyse rigoureuse des effets des médicaments ▪ Patients hospitalisés prenant leurs propres médicaments sans en informer les personnes soignantes
Transition de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'un processus systématique d'établissement de bilan comparatif des médicaments
Mauvais patient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicaments préparés au préalable ▪ Absence de processus d'identification et de vérification systématique des patients
Mauvais médicament	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Noms de médicaments qui s'écrivent ou se prononcent de façon semblable
Mauvaise dose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mauvaise interprétation de l'ordonnance (p. ex., mg au lieu de mL) ▪ Confusion entre diverses concentrations ▪ Absence d'un processus normalisé de confirmation des commandes verbales en cas d'urgence (p. ex., épisode psychotique aigu) ▪ Erreurs de transcription ▪ Absence de processus systématique de bilan comparatif des médicaments
Omission d'une dose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erreurs de transcription ▪ Médicaments laissés au chevet d'un patient ▪ Médicaments non remis aux patients ayant obtenu la permission de quitter l'établissement pour la journée ▪ Manque de connaissances sur les médicaments non inscrits à la liste des médicaments ou non offerts à la pharmacie de l'hôpital
Changement d'ordonnance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de processus systématique pour préciser la date à laquelle l'administration d'un médicament doit prendre fin (p. ex., changement progressif d'antidépresseur) ▪ Confusion entre l'ordonnance prévue et l'ordonnance indiquant de prendre le médicament au besoin

DIN = numéro d'identification du médicament (*Drug Identification Number*).

* Certains thèmes et facteurs contributifs sont associés à plusieurs types de milieux, tout comme d'autres thèmes et facteurs contributifs qui ne sont pas ressortis de cette analyse fondée sur des déclarations volontaires d'incidents et d'accidents.

Commentaires : Cet accident est particulièrement inquiétant pour plusieurs raisons :

1. Il faut encourager les patients à informer le pharmacien qui a délivré le médicament de tout changement inattendu au médicament (p. ex, lorsque le nom du médicament ou le médicament lui-même semble différent). Par ailleurs, le personnel de la pharmacie doit prendre ces cas au sérieux et en chercher la source. Dans plusieurs déclarations d'incidents ou d'accidents, le patient ou le personnel de la pharmacie a supposé que le changement dans l'apparence du médicament était attribuable à l'utilisation d'une autre marque, alors que la mauvaise dose ou le mauvais médicament avaient été remis.
2. Il faut parfois beaucoup de temps pour se rendre compte qu'un incident ou un accident a eu lieu; il est donc très important que les patients soient bien renseignés sur leurs médicaments et qu'ils participent activement à toutes les étapes de leur traitement. Les patients avertis sont plus susceptibles de prévenir ou de percevoir les erreurs avant qu'elles ne causent de préjudice, comme en témoignent des exemples tirés du programme pilote d'apprentissage et de déclaration de l'ISMP Canada destiné aux consommateurs, Médicamentssécuritaires.ca^{5,6}.

Enfin, les noms de médicaments qui s'écrivent ou se prononcent de façon semblable risquent de causer de la confusion; ce risque d'erreur peut être plus grand lorsque les plages de doses sont semblables ou se chevauchent. Le tableau 2 montre des exemples, déclarés par des pharmacies communautaires, d'une confusion entre deux médicaments ayant causé un préjudice.

Tableau 2 : Exemples de confusion entre deux médicaments

Seroquel à 400 mg	sertraline à 400 mg
Apo-Doxy à 100 mg	Apo-Doxepin à 100 mg
carbonate de lithium à 150 mg	lamotrigine à 150 mg
Artane à 2 mg	Ativan à 2 mg
trifluopérazine à 2 mg	triméthoprimé à 200 mg
lopéramide à 2 mg	lorazépam à 2 mg

Thème du mauvais patient

Exemple d'accident : Il y a eu confusion, à la pharmacie, entre les médicaments de deux personnes mariées ayant le même nom de famille. La personne qui devait recevoir de la warfarine, un anticoagulant, a reçu de la trazodone, et l'anticoagulant a été remis à la personne qui devait prendre la trazodone.

Commentaires : L'analyse globale a porté sur plusieurs déclarations d'incidents et d'accidents attribuables à la prise d'un médicament par le mauvais patient, ce qui comprend une confusion entre les médicaments de deux personnes mariées, soit à la pharmacie, soit à domicile. Le programme *Medication Safety Self-Assessment for Community/Ambulatory Pharmacy*⁷ donne des lignes directrices sur l'utilisation sécuritaire des médicaments dans les pharmacies communautaires. Les bulletins^{8,9} et le site Web¹⁰ Médicamentssécuritaires.ca

présentent aussi des stratégies de prévention qui peuvent être mises en œuvre à domicile.

Établissements de soins de longue durée

Thème de l'administration concomitante de médicaments
Exemple d'accident : Un résident en soins de longue durée a reçu une dose de lorazépam à 1 mg administrée au besoin pour calmer son agitation. Trente minutes plus tard, un traitement au clonazépam a été instauré. Peu de temps après, le patient a fait une chute. Il était désorienté et a dû être transféré au service d'urgence d'un hôpital. La déclaration de l'accident précisait que l'administration concomitante de ces deux médicaments avait causé la désorientation et la chute du patient.

Commentaires : Les patients âgés peuvent être plus susceptibles de subir des préjudices causés par des agents psychotropes. Le projet *Safer Medication Use in Older Persons* donne des renseignements sur les médicaments qui sont moins bien tolérés par les patients âgés¹¹. Le fait de diffuser cette information peut aider à sensibiliser les professionnels de la santé, ainsi que les patients et leur famille.

Thème du mauvais patient

Exemple d'accident : Le personnel d'un établissement de longue durée a préparé de la quétiapine et du lithium pour un résident en incorporant ces médicaments aux céréales du patient. Cependant, les céréales n'ont pas été remises immédiatement au résident, et un autre patient les a mangées par mégarde. Le résident qui a ingéré les médicaments est devenu de plus en plus léthargique, a perdu connaissance et a dû être transféré au service d'urgence.

Commentaires : Certains patients ont de la difficulté à avaler des capsules ou des comprimés. Un processus devrait être mis en place pour avertir les pharmaciens de telles situations, afin que l'on puisse recourir à une autre forme posologique (p. ex. une solution orale ou une suspension) ou à une autre option de traitement. S'il est préférable de mélanger le médicament à de la nourriture, il faut que la quantité de nourriture soit minime et que celle-ci soit administrée sans délai. Il est important de traiter alors la nourriture comme un médicament et de s'assurer non seulement que tout le médicament a été pris, mais aussi qu'il n'a pas été pris par un autre patient ou donné à un autre patient par mégarde.

Hôpitaux

Thème de l'administration concomitante de médicaments
Exemple d'accident : Un patient hospitalisé est devenu somnolent après avoir pris des médicaments qu'il a apportés de chez lui. Plus précisément, il a pris des doses de lorazépam qui lui avaient été prescrites pour la prise à domicile, en plus des médicaments qui lui avaient été prescrits à l'hôpital. [Une déclaration reçue après le début de cette analyse globale portait sur un cas semblable où le patient a dû être transféré aux soins intensifs.]

Commentaires : Les patients et leur famille peuvent apporter des médicaments à l'hôpital pour montrer quels médicaments ils prennent à domicile. Idéalement, les médicaments pris à

domicile qui ne doivent pas être pris à l'hôpital devraient ensuite être rapportés à domicile ou placés dans un endroit sécuritaire, car le patient peut être moins apte à se rappeler ou à comprendre les directives posologiques pendant son séjour à l'hôpital. Une importante étape pour les hôpitaux est de s'assurer que les professionnels de la santé adoptent des mesures (p. ex. une politique ou un protocole) pour bien gérer les médicaments des patients.

Thème du transfert de soins

Exemple d'accident : Une patiente hospitalisée a ressenti une grande somnolence après avoir reçu du bromazépam à 3 mg. Cette dose de bromazépam était celle qu'indiquait l'étiquette sur le flacon que la patiente avait à domicile. Lorsque le pharmacien l'a questionnée à ce sujet, la patiente lui a répondu qu'elle ne prenait chez elle que la moitié du comprimé de 3 mg qui lui avait été prescrit.

Commentaires : Cet incident montre bien les problèmes occasionnés lorsqu'on se fie uniquement aux étiquettes d'ordonnance. Il faut toujours vérifier l'information auprès du patient ou d'une autre source. Par exemple, les médecins qui prescrivent le produit ajustent parfois la posologie sans rédiger de nouvelle ordonnance. L'établissement du bilan comparatif des médicaments est une étape cruciale des transferts de soins, par exemple du domicile à l'hôpital. Ce processus systématique est fondé sur de multiples sources d'information pour que l'historique de traitement établi soit le plus exact possible. Obtenir des renseignements précis sur l'historique de traitement peut cependant être difficile si le patient présente des troubles cognitifs⁴.

Thème de l'administration de la mauvaise dose

Exemple d'accident : Un médecin a prescrit verbalement du lorazépam à 2 mg par voie intramusculaire à un patient agité. Comme c'était un lieu bruyant et chaotique, la dose qui a été entendue était 10 mg, et le patient a donc reçu du lorazépam à 10 mg par voie intramusculaire. L'erreur a été reconnue peu de temps après que l'ordonnance eut été rédigée dans le dossier du patient.

Commentaires : Il peut être risqué de donner une ordonnance verbalement, peu importe l'établissement, et certaines doses peuvent facilement engendrer de la confusion. Si l'ordonnance doit absolument être communiquée verbalement, comme c'est souvent le cas à l'urgence, il est préférable de répéter et de confirmer la dose avant l'administration, en disant chaque chiffre séparément, afin de limiter le risque d'erreur. Par exemple, si une dose de « 10 mg » est entendue, le professionnel de la santé qui prépare le médicament en vue de son administration devrait alors répéter l'ordonnance de la façon suivante : « un-zéro, dix milligrammes ». Cette méthode peut aider à déceler une erreur posologique avant l'administration de la dose au patient¹².

Thème d'omission d'une dose

Exemple d'accident : La venlafaxine a été omise du schéma thérapeutique d'un patient après avoir été barrée par mégarde

dans le registre d'administration du patient. Par conséquent, lorsque le patient a été transféré à l'unité de soins aux malades chroniques, le médicament est resté barré de la liste, et le patient a présenté un syndrome de sevrage (caractérisé par des nausées, des vomissements et un délire).

Commentaires : Cet exemple d'accident montre que les doses d'agents psychotropes omises par erreur peuvent entraîner des symptômes de sevrage. Ces symptômes peuvent ressembler à d'autres états pathologiques et causer un préjudice au patient. Le fait de procéder systématiquement à un bilan comparatif des médicaments peut aider à percevoir les erreurs de médicament. Un bilan comparatif des médicaments effectué au moment de transférer un patient (par exemple, à sa sortie de l'hôpital) peut permettre de découvrir les erreurs et de prévenir ou de limiter les préjudices.

Conclusions

Environ un Canadien sur cinq aura besoin de soutien en santé mentale¹³. Les agents psychotropes sont de plus en plus utilisés dans tous les groupes d'âge, même chez les enfants¹⁴. Il est donc important de déclarer les incidents et accidents liés à ces médicaments et d'en faire une analyse globale pour favoriser l'utilisation sécuritaire des médicaments.

Très peu d'études ont porté sur les erreurs relatives aux agents psychotropes. L'une de ces études a montré combien il était important que les professionnels de la santé restent vigilants afin de percevoir les erreurs de médicament lorsqu'elles surviennent. Dans le cadre de cette étude, pour chaque erreur liée aux médicaments qu'un patient déclarait de lui-même, les professionnels de la santé ont pu en percevoir 244¹⁵. Il peut être difficile d'obtenir la participation des patients qui présentent des troubles mentaux ou un mal-être. Certains patients n'ont pas la capacité d'évaluer leur état, ce qui peut nuire à la pharmacothérapie (entre autres à l'observance du traitement prescrit) et à la communication avec les nombreuses personnes soignantes⁴. Cependant, les quelques études effectuées pour guider les professionnels de la santé et l'administration des soins ont donné lieu à un intérêt accru pour l'amélioration de la sécurité des patients souffrant de troubles mentaux¹.

La présente analyse globale a été conçue pour donner un aperçu des incidents et des accidents liés aux agents psychotropes qui ont été déclarés volontairement, surtout ceux qui ont causé un préjudice. L'analyse a fait ressortir les principaux thèmes et facteurs contributifs, ainsi que les occasions d'améliorer le système. On espère que les résultats de cette analyse globale appuieront et augmenteront les projets d'amélioration de la qualité locaux, provinciaux et nationaux. L'ISMP Canada intègre aussi les leçons tirées de ces incidents et accidents, comme celles décrites plus haut, à ses divers programmes d'utilisation sécuritaire des médicaments afin de favoriser l'amélioration des systèmes d'utilisation des médicaments.

Références

1. Brickell, T. A., Nicholls, T. L., Procyshyn, R. M., McLean, C., Dempster, R. J., Lavoie, J. A. A., Sahlstrom, K. J., Tomita, T. M., & Wang, E. (2009). La sécurité des patients et la santé mentale. Edmonton, Alberta: Institut canadien pour la sécurité des patients et Association des hôpitaux de l'Ontario. [cité le 21 décembre 2011]. Accessible à : http://cpsj.sharepoint.ms/French/research/commissionedResearch/mentalHealthAndPatientSafety/Documents/Mental%20Health%20Paper_FR.pdf
2. AHFS Pharmacologic-Therapeutic Classification System. Bethesda (MD): American Society of Health-System Pharmacists; [cité le 8 février 2012]. Accessible à : <http://www.ahfsdruginformation.com/class/index.aspx>
3. Canadian Medication Incident Reporting and Prevention System (CMIRPS). CMIRPS core data set for individual practitioner reporting. Toronto (ON): Institute for Safe Medication Practices Canada; 2006 [cité le 25 février 2011]. p. 24-25. Accessible à : <http://www.ismp-canada.org/download/CMIRPS%20Core%20Data%20Set%20for%20Individual%20Practitioner%20Reporting%20April%202006%20ISMP%20Canada.pdf>
4. Procyshyn RM, Barr AM, Brickell T, Honer WG. Medication errors in psychiatry: a comprehensive review. CNS Drugs. 2010;24(7):595-609.
5. S'exprimer, c'est important! Bulletin Médicamentssecuritaires.ca. Le 31 octobre 2011 [cité le 12 décembre 2011];2(6):1. Accessible à : http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/ISMPC_Bulletin_2011_10.pdf
6. Que cachent les noms de produits? Bulletin Médicamentssecuritaires.ca. Le 30 novembre 2011 [cité le 12 décembre 2011]; 2(7):1. Accessible à : http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/ISMPC_Bulletin_2011_11.pdf
7. Medication Safety Self-Assessment for Community/Ambulatory Pharmacy, Canadian version. Toronto (ON): ISMP Canada; 2006.
8. La confusion de médicaments entre conjoints pourrait entraîner des préjudices. Bulletin Médicamentssecuritaires.ca. Le 15 juillet 2010 [cité le 30 novembre 2011];1(5):1-2. Accessible à : http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/ISMPC_Bulletin_2010_07.pdf
9. Mesures à prendre pour éviter la confusion relativement aux médicaments pris à domicile par les membres d'une même famille. Bulletin Médicamentssecuritaires.ca. Le 6 février 2012 [cité le 29 février 2012];3(1):1. Accessible à : http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/ISMPC_Alerte_2012_02.pdf
10. Safe practices for medication use (take charge of your medicines!). In: SafeMedicationUse [site Web]. Toronto (Ontario): Institute for Safe Medication Practices Canada; 2012 [cité le 5 février 2012]. Accessible à : http://www.safemedicationuse.ca/tools_resources/tips_safepactices.html
11. Safer medication use in older persons information page. Toronto (Ontario): Institute for Safe Medication Practices Canada; c2000-2011 [cité le 12 décembre 2011]. Accessible à : http://www.ismp-canada.org/beers_list/
12. Koczmaro C, Jelincic V, Perri D. Communication of medication orders by telephone – “writing it right”. Dynamics. 2006 [cité le 17 janvier 2012];17(1):20-24. Accessible à : <http://www.ismp-canada.org/download/caccn/CACCN-Spring06.pdf>. Publié par la *Canadian Association of Critical Care Nurses*.
13. Statistics about mental illness. Toronto (Ontario): Association canadienne pour la santé mentale; [cité le 12 décembre 2011]. Accessible à : http://www.toronto.cmha.ca/ct_about_mi/fast_facts.asp
14. Antipsychotiques de deuxième génération et effets indésirables cardiométaboliques chez les enfants et les adolescents. Bulletin canadien des effets indésirables. 2012 [cité le 31 janvier 2012];22(1):1-2. Accessible à : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/medeff/bulletin/carn-bcei_v22n1-fra.pdf
15. Grasso BC, Rothchild JM, Genest R, Bates DW. What do we know about medication errors in inpatient psychiatry? *Jt Comm J Qual Saf*. 2003;29(8):391-400.

©2012 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.

L'ISMP Canada est un organisme canadien qui recueille les déclarations volontaires d'incidents et d'accidents liés à l'utilisation de médicaments et qui a été fondé pour partager les expériences liées aux erreurs de médication. Notre but est de mettre en œuvre des stratégies de prévention et des mesures de sécurité afin de diminuer le risque d'accident préjudiciable et de promouvoir l'utilisation sécuritaire des médicaments dans le milieu de la santé.

Pour déclarer un incident ou un accident lié à la médication à l'ISMP Canada, vous pouvez (1) Visiter notre site Web, à l'adresse http://www.ismp-canada.org/err_report.htm, ou (2) Nous téléphoner : 416-733-3131 ou au numéro sans frais : 1-866-544-7672.

Vous pouvez également communiquer avec l'Institut par courriel : cmirps@ismp-canada.org. L'ISMP s'engage à la confidentialité et à la sécurité de tous les renseignements reçus et respectera la volonté du déclarant quant au niveau de détail à inclure dans ses publications.

Un partenaire clé du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux