

Déclaration soucieuse : Confusion entre le bisoprolol et le bisacodyl

L'ISMP Canada a reçu une déclaration d'accident évité de justesse ayant pour cause une confusion entre le bisoprolol et le bisacodyl. En gros, il était précisé dans la déclaration que du bisacodyl avait été délivré pour un enfant au lieu de bisoprolol à prise quotidienne. L'erreur est survenue deux fois, mais, dans les deux cas, un pharmacien s'est rendu compte de l'erreur avant que le médicament ne quitte la pharmacie. Le personnel de la pharmacie s'est penché sur le problème et a déterminé que la confusion était sans doute due, entre autres, au fait que ces deux médicaments ont un nom semblable. Comme cette erreur pourrait causer de graves préjudices au patient, les pharmaciens ont décidé d'avertir l'ISMP Canada. Cette déclaration d'accident évité de justesse faite par un professionnel de la santé (déclaration volontaire d'un incident ou d'un accident visant à déceler de nouveaux problèmes liés à la sécurité ou des problèmes liés à la sécurité qui n'avaient pas été décelés¹) a donné lieu à une analyse globale de déclarations semblables faites à l'ISMP Canada. Le présent bulletin indique les résultats de cette analyse globale et précise à quels endroits du processus d'utilisation des médicaments cette similarité d'apparence ou de consonance de nom de médicaments pourrait augmenter le risque d'erreur et de préjudice pour les patients.

Contexte

Le bisoprolol est un bêta-bloquant approuvé dans le traitement de l'hypertension légère à modérée¹. Il peut aussi être administré aux patients atteints d'angor stable ou d'insuffisance cardiaque¹. Le bisoprolol est offert en comprimés de 5 mg et de 10 mg. Les doses efficaces pour les diverses indications vont de 2,5 mg à 20 mg par jour^{1,2}.

Le bisacodyl est un laxatif stimulant offert en comprimés entérosolubles de 5 mg et en suppositoires de 5 mg et de 10 mg. La posologie habituelle pour le traitement de la constipation chez les adultes et les enfants plus âgés (de plus de 12 ans) est de 5 mg à 10 mg par jour³.

Les préjudices, qui peuvent découler d'une confusion entre ces deux médicaments en particulier, est importante sur le plan clinique. Administré par inadvertance, le bisoprolol peut entraîner une hypotension ou une bradycardie. Si du bisacodyl est administré par mégarde, il peut causer des troubles gastrointestinaux. Il est important, cependant, de savoir que si le bisoprolol n'est pas administré, il peut en résulter une hypertension non traitée ou de rebond, une tachycardie ou une arythmie réflexe, et même un infarctus du myocarde^{1,2}.

Méthode d'analyse et survol des résultats

Des renseignements ont été tirés de toutes les déclarations volontaires soumises à la base de données des incidents et accidents liés à la médication de l'ISMP Canada entre le 1^{er} août 2000 et le 1^{er} février 2012. Trente-deux des 88 703 incidents et accidents déclarés pendant cette période avaient comme source une confusion entre le bisoprolol et le bisacodyl². Ces 32 déclarations ont été soumises par des professionnels de la santé de divers établissements, entre autres des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée et des pharmacies communautaires. Les incidents et accidents touchaient des enfants, des adultes et des personnes âgées, et aucun n'a causé de préjudice grave ni de décès.

Les 32 incidents et accidents revus ont été classés selon des thèmes fondés sur les étapes du processus d'utilisation des médicaments (Figure 1). Les incidents et accidents de chacun de ces thèmes ont ensuite été évalués pour déterminer les principaux sous-thèmes (Figure 1). Le rapport suivant présente les résultats d'une analyse qualitative, ainsi que des exemples d'incidents et d'accidents, des commentaires et des recommandations.

Résultats de l'analyse qualitative

Thème : Prescription / Ordonnances

Sous-thème : Ordonnances données verbalement

Exemple d'incident : Un membre du personnel d'une maison de retraite a communiqué avec la pharmacie d'un patient pour dire que du bisoprolol à 2,5 mg avait été prescrit au patient après un récent séjour à l'hôpital. Le pharmacien a compris que le médicament prescrit était du

² Une recherche effectuée le 5 juillet 2012 dans le Système national de déclaration des accidents et incidents de l'Institut canadien d'information sur la santé pour les années 2008 à 2012 a révélé que moins de cinq déclarations sur une confusion entre le bisoprolol et le bisacodyl n'avaient pas été comprises dans l'analyse globale.

¹ Cette définition est tirée d'une discussion publiée sur la pharmacovigilance et la déclaration de réactions indésirables liées à la médication⁴. Dans leur discussion, Härmak et van Grootheest⁴ laissaient entendre que le terme « déclaration soucieuse » serait plus juste que « déclaration spontanée », car les personnes qui font ces déclarations choisissent souvent avec soin les renseignements qu'elles transmettent. Edwards⁵ est le premier à avoir avancé le terme « déclaration soucieuse » en mentionnant que les professionnels de la santé qui faisaient des déclarations spontanées s'inquiétaient réellement qu'un médicament cause un préjudice. De plus, le terme « déclaration soucieuse » traduit bien la nature et la valeur des programmes de déclaration volontaire des incidents et accidents liés à la médication. La déclaration d'incidents et d'accidents liés à la médication par des professionnels de la santé ou des consommateurs peut aider à percevoir les problèmes liés à la sécurité.

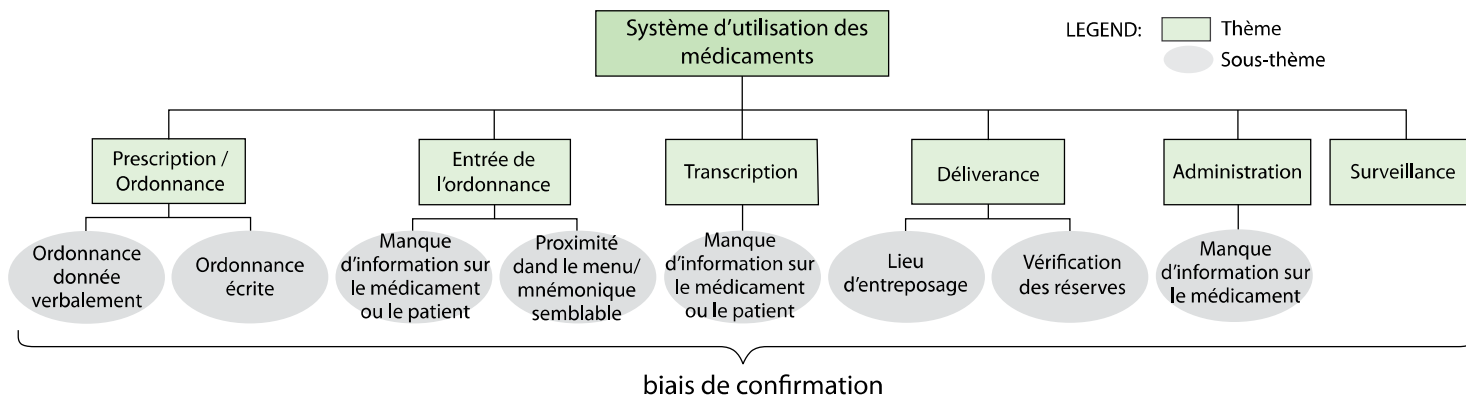


Figure 1. Thèmes (étapes du processus d'utilisation des médicaments) et sous-thèmes déterminés par l'analyse globale des cas de confusion entre le bisoprolol et le bisacodyl déclarés à l'ISMP Canada de 2000 à 2012.

bisacodyl à 2,5 mg. Il a répété ce nom à son interlocuteur, qui l'a confirmé sans percevoir l'erreur. Du bisacodyl a donc été délivré, mais, heureusement, le pharmacien a fait le suivi peu de temps après, car la dose était inhabituelle pour ce médicament. L'erreur a ainsi été décelée, et le patient n'a manqué qu'une seule dose de bisoprolol (et n'a reçu qu'une seule dose de bisacodyl).

Commentaire : Lorsque l'information est donnée verbalement, il y a un risque de confusion entre des médicaments dont le nom s'écrit ou se prononce de façon semblable. La pratique recommandée de répéter le nom du médicament et les directives à son interlocuteur ne suffit pas toujours à éviter les erreurs; mieux vaut parfois épeler le nom du médicament.

Sous-thème : Ordonnances rédigées par écrit

Le risque de confusion entre les médicaments dont le nom s'écrit ou se prononce de façon semblable augmente encore lorsque les ordonnances écrites ne sont pas bien lisibles, lorsque les doses habituelles sont semblables ou lorsque les professionnels de la santé qui doivent fournir ou administrer le médicament ne connaissent pas les indications du médicament.

Thème : Entrée de l'ordonnance

Sous-thème : Manque d'information sur le médicament ou le patient

Exemple d'accident : Dans le système de la pharmacie, le profil d'un patient indiquait d'administrer du bisoprolol au besoin au lieu de bisacodyl, médicament qui avait été prescrit.

Commentaire : Plusieurs des incidents et accidents revus dans le cadre de cette analyse ont pu être décelés parce qu'une dose inhabituelle (p. ex., bisacodyl à 2,5 mg ou à 7,5 mg po) ou une posologie inhabituelle (p. ex., bisoprolol au besoin [prn]) avait été entrée dans le système de la pharmacie. Le bisacodyl est

offert sous forme de comprimés entérosolubles de 5 mg; ces comprimés ne doivent pas être coupés (p. ex., pour créer une dose de 2,5 mg), car la partie non enrobée du comprimé pourrait causer une irritation gastrique étant donné que le comprimé ne se dissout pas dans l'intestin, ce qui réduit l'efficacité du médicament. Par ailleurs, lorsque le bisoprolol est utilisé pour l'une des indications habituelles décrites plus haut, il doit être administré selon un horaire régulier, et non au besoin.

Sous-thème : Proximité des noms dans le menu / Processus mnémomique semblable

Exemples d'incidents/accidents :

- Une ordonnance écrite de bisacodyl à 5 mg po/pr par jour a été entrée comme bisoprolol à 5 mg po par jour et bisacodyl à 5 mg pr par jour.
- Du bisoprolol à 5 mg a été prescrit, mais l'ordonnance a été entrée pour du bisacodyl à 5 mg. Des comprimés de bisoprolol (le bon médicament) ont ensuite été délivrés, mais avec la mention erronée de bisacodyl sur l'étiquette.

Commentaire : Comme les trois premières lettres des noms « bisacodyl » et « bisoprolol » sont les mêmes, ces deux médicaments peuvent apparaître très près l'un de l'autre dans les menus déroulants des systèmes informatiques. Ils peuvent même se suivre dans la liste de médicaments de certains hôpitaux. Ces listes n'ont pas toutes des alertes indiquant aux professionnels de la santé qu'il y a un risque de confusion. De plus, l'utilisation de codes mnémomiques (comme c'est le cas dans certaines pharmacies) peut causer problème dans le cas de médicaments au nom ou à la posologie semblable. Par exemple, « BIS5T » pourrait être interprété comme « bisacodyl en comprimés de 5 mg » ou comme « bisoprolol en comprimés de 5 mg ».

Thème : Transcription

Sous-thème : Manque d'information sur le médicament ou le patient

Exemple d'incident : En préparant un patient qui devait être transféré, une infirmière a remarqué une ordonnance inhabituelle de bisoprolol à 10 mg pendant la nuit au besoin. Après enquête, il s'est avéré que du bisacodyl à 10 mg pendant la nuit au besoin avait en fait été prescrit, et que l'ordonnance avait été mal recopiée.

Commentaire : Cet exemple représente un incident sur les deux dans lequel un professionnel de la santé (une infirmière et un pharmacien, respectivement) a remarqué une utilisation inhabituelle de bisoprolol au besoin. Dans ce cas-ci, il s'agissait d'une erreur de transcription. Dans certains hôpitaux, le personnel non clinique, qui connaît peu ou pas les médicaments ou les affections sous-jacentes des patients, peut transcrire ou entrer les ordonnances écrites dans le registre d'administration des médicaments (RAM) d'un patient. Tous les médicaments transcrits dans le RAM doivent avoir une utilisation logique sur le plan clinique; le fait de s'en assurer contribue à la bonne communication du nom, de la dose, de la voie d'administration et de la fréquence d'administration du médicament.

Thème : Délivrance du médicament

Sous-thème : Emplacement du médicament sur les rayons

Exemple d'incident : Dans une pharmacie communautaire, du bisoprolol en comprimés de 5 mg a été délivré à un patient au lieu de bisacodyl en comprimés de 5 mg. Le pharmacien s'en est rendu compte lorsqu'il a rapporté le flacon de travail sur le rayon et s'est aperçu que, bien qu'une ordonnance de bisoprolol ait été préparée, aucune n'avait été récemment traitée par la pharmacie.

Commentaire : Comme « bisoprolol » et « bisacodyl » commencent tous deux par « bis », il se peut que ces médicaments soient entreposés côte à côte dans les pharmacies communautaires et d'hôpital. Des alertes n'indiquent pas toujours aux professionnels de la santé qu'il y a risque de confusion. Dans cet incident en particulier, les médicaments provenaient du même fabricant générique. Dans ces cas, le risque de confusion peut être plus élevé si l'étiquette et l'emballage des produits se ressemblent, et aussi compte tenu du fait que les noms des médicaments ont le même préfixe (nom abrégé du fabricant), suivi du nom « bisoprolol » ou « bisacodyl ».

Sous-thème : Vérification de l'inventaire

Exemple d'incident : Dans l'armoire de nuit d'un hôpital, du bisacodyl en comprimés de 5 mg avait été entreposé à la place du bisoprolol en comprimés de 5 mg.

Commentaire : Dans les hôpitaux, les armoires de nuit permettent d'avoir accès à certains médicaments après les heures normales de la pharmacie. Certains établissements de soins de longue durée ont aussi en place un système de réserve d'urgence de ce genre. Il faut cependant s'assurer que le personnel de la pharmacie fasse le suivi des réserves de

médicaments de ces armoires de nuit (et des autres stocks de médicaments), ce qui n'est pas toujours le cas.

Thème : Administration du médicament

Sous-thème : Manque d'information sur le médicament

Exemple d'incident : Le RAM d'un patient a été mal interprété, et du bisacodyl à 2,5 mg lui a été administré par voie orale au lieu du bisoprolol à 2,5 mg.

Commentaire : L'administration (ou l'auto-administration) est la dernière étape du processus d'utilisation des médicaments où l'erreur peut être décelée sans répercussions pour le patient. Heureusement, nombre d'erreurs sont décelées par les professionnels de la santé au moment de l'administration des médicaments (ou avant ou pendant l'auto-administration, par des patients bien informés). Cependant, certaines erreurs, comme celle présentée ci-dessus, ne sont pas décelées, notamment à cause d'un biais de confirmation. Par exemple, des erreurs peuvent survenir lorsque les médicaments prescrits ne sont pas réunis pour un patient et doivent provenir de stocks; le professionnel de la santé aura alors tendance, par biais de confirmation, à choisir un médicament mieux connu et plus facilement accessible, surtout si aucune information ne permet de rectifier le tir. Des erreurs peuvent aussi se produire lorsque les patients ou les personnes soignantes ne reçoivent pas les renseignements appropriés et ne sont pas compris dans le processus.

Sous-thèmes récurrents à toutes les étapes du processus d'utilisation des médicaments**Biais de confirmation**

Le biais de confirmation est la tendance à « voir » ce que l'on s'attend à voir ou ce que l'on est habitué de voir. Ce phénomène peut se produire à n'importe quelle étape du processus d'utilisation des médicaments et est particulièrement fort lorsque les médicaments utilisés ont un nom qui s'écrit ou se prononce de la même façon. Si aucun autre renseignement ne vient clairement contredire le biais de confirmation (p. ex., des renseignements sur l'état pour lequel le médicament a été prescrit), le professionnel de la santé risque de ne pas s'apercevoir de l'erreur. Lorsqu'un nouveau médicament dont le nom s'écrit ou se prononce de façon semblable à celui d'un autre médicament est lancé sur le marché ou ajouté à la liste de médicaments d'un hôpital, le biais de confirmation contribue fréquemment à créer de la confusion, car les personnes s'attendent à « voir » le nom d'un médicament qu'elles connaissent déjà. Par exemple, la déclaration qui a suscité cette analyse globale a bien précisé que le bisacodyl est fréquemment utilisé chez les enfants, contrairement au bisoprolol.

Participation des patients et des professionnels de la santé

Un grand nombre des incidents et accidents analysés montrent aussi l'importance de faire participer le plus possible le patient et la personne soignante au processus d'utilisation des médicaments. Bien informés, ceux-ci jouent un rôle important dans l'utilisation sécuritaire des médicaments. Ils parviennent à déceler des erreurs avant que le mauvais médicament soit pris ou administré. Il ne

faut jamais sous-estimer l'importance du rôle que jouent les professionnels de la santé pour appuyer et encourager la participation des patients et des personnes soignantes, surtout en leur donnant de l'information sur les médicaments et en favorisant la communication.

Recommandations

Les ressemblances entre le nom et la posologie du bisoprolol

et du bisacodyl sont des facteurs contributifs qui peuvent se manifester différemment à toutes les étapes du processus d'utilisation des médicaments. Voici quelques recommandations, classées par étape du processus d'utilisation des médicaments, pour réduire le risque d'erreurs liées au bisoprolol et au bisacodyl; elles peuvent aussi s'appliquer à toutes les paires de médicaments dont le nom s'écrit ou se prononce de façon semblable.

Prescription
<ul style="list-style-type: none"> Préciser l'indication du médicament
<ul style="list-style-type: none"> Lorsque le nom de marque permet de distinguer un médicament d'un autre, utiliser à la fois la dénomination commune et le nom de la marque^{6,7}, si possible⁶.
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser des ordonnances générées par ordinateur, telles que des prescriptions prédéfinies pré-imprimées, si possible. Dans le cas des ordonnances rédigées à la main, écrire en lettres détachées plutôt qu'en lettres attachées, afin qu'elles soient plus lisibles⁷.
<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que le patient ou la personne soignante comprenne pourquoi le médicament a été prescrit (quelle est son indication) et comment bien l'utiliser. Il est aussi utile de s'assurer que le patient ou la personne soignante puisse lire l'ordonnance⁶.
<ul style="list-style-type: none"> Si l'ordonnance doit être donnée verbalement, épeler le nom du médicament^{6,8}.

Entrée des ordonnances
<ul style="list-style-type: none"> Revoir les options visant à améliorer la façon dont l'information apparaît dans les systèmes d'entrée des ordonnances de la pharmacie et du prescripteur. Par exemple, entrer à la fois la dénomination commune et le nom de marque dans la pharmacothèque, ainsi que l'indication (ou créer une invite pour que l'indication soit précisée), dans le système d'entrée des ordonnances.
<ul style="list-style-type: none"> Si les systèmes informatiques utilisent des techniques mnémoriques pour certains médicaments, veiller à ce qu'elles soient très distinctes pour chaque médicament, tant à la vue qu'au son (p. ex., utiliser un nombre de caractères suffisant pour différencier le nom des divers médicaments)⁹.
<ul style="list-style-type: none"> Revoir les codes mnémoriques pour veiller à ce qu'ils soient tous liés au bon médicament¹⁰.

Transcription
<ul style="list-style-type: none"> Prévoir et viser la mise en place de systèmes qui éliminent l'étape de la transcription (p. ex., un RAM électronique qui intègre l'entrée de l'ordonnance).
<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce qu'au moins un professionnel de la santé au courant des médicaments administrés au patient et de l'état pathologique de celui-ci (p. ex., une infirmière ou un pharmacien) revoie les ordonnances nouvellement transcrites avant la mise en œuvre du traitement.
<ul style="list-style-type: none"> Inscrire des détails supplémentaires dans le RAM (p. ex., l'indication du médicament), afin de réduire le risque de biais de confirmation.

Délivrance
<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les lieux d'entreposage de la pharmacie pour voir si des médicaments dont le nom s'écrit ou se prononce de façon semblable sont conservés à proximité les uns des autres. Les stratégies suivantes peuvent aider à les différencier : <ul style="list-style-type: none"> – acheter de différents fabricants les médicaments dont le nom est semblable; – apposer des étiquettes de mise en garde sur ces médicaments ou à l'endroit où ils sont entreposés (qu'ils soient entreposés séparément ou à proximité les uns des autres)^{6,11}.
<ul style="list-style-type: none"> Faire participer le patient et la personne soignante afin qu'ils puissent déceler les erreurs potentielles. Par exemple, à titre de vérification supplémentaire, demandez au patient, avant de lui remettre le médicament, s'il peut dire pour quelle raison le médicament lui a été prescrit^{6,10}.
<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que les vérifications de sécurité comprennent les médicaments des armoires de nuit et les autres réserves de médicaments, car ces réserves passent outre les vérifications de sécurité habituelles de la pharmacie pour les médicaments administrés à des types de patients précis.
<ul style="list-style-type: none"> Envisager d'utiliser un système de code à barres pour que la vérification puisse se faire de façon automatique et indépendante pendant le processus de délivrance des médicaments (et pendant tout autre processus).

Administration
<ul style="list-style-type: none"> Si possible, mentionner au patient ou à la personne soignante quel médicament sera administré. Ainsi, le patient ou la personne soignante aura la chance de dire si ce médicament n'est pas le même que d'habitude¹².

Conclusion

On estime qu'environ 25 % des erreurs liées à la médication sont attribuables à des similarités entre les noms de médicaments^{6,13}. Selon une analyse de la *United States Pharmacopeia* effectuée en 2008, 1 470 médicaments dont le nom était semblable (écrit et prononcé) à un autre ont été à la source d'erreurs, et plus de 3 000 paires de noms de médicaments (nom de marque et dénomination commune) auraient pu causer une confusion^{8,14}.

Nous espérons que le présent bulletin rappellera à tous les professionnels de la santé le risque d'erreur engendré par des noms de médicaments s'écrivant ou se prononçant de façon semblable, y compris des erreurs humaines comme le biais de confirmation. Il faut d'abord y être sensibilisé. L'analyse et les recommandations de systèmes fournies dans le présent bulletin sont conçues pour aider à revoir les processus locaux en vue de réduire le risque de confusion entre le bisoprolol et le bisacodyl (et entre toute paire de médicaments ayant des noms s'écrivant ou se prononçant de façon semblable) à toutes les étapes du processus d'utilisation des médicaments.

Partage d'apprentissage sur Médicamentssécuritaires.ca — Une gorgée d'eau ne suffit pas toujours

L'ISMP Canada rappelle aux professionnels de la santé que certains médicaments administrés par voie orale doivent être pris avec une quantité adéquate d'eau ou d'un autre liquide. C'est un point important dont il faut tenir compte lorsqu'on administre des médicaments, en raison des risques d'irritation de l'œsophage ou de l'estomac et d'ulcère qu'ils comportent. Il faudra peut-être ajuster le schéma posologique ou la voie d'administration chez les patients qui doivent cesser toute consommation d'aliments ou d'eau en vue d'une intervention chirurgicale ou qui doivent rester allongés pour une longue période. Médicamentssécuritaires.ca a diffusé un bulletin à ce sujet : http://www.safemedicationuse.ca/newsletter/newsletter_water.html

Maintenant offerte : Version II de l'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans les établissements de soins de longue durée

Les établissements de soins de longue durée peuvent maintenant utiliser la *version II de l'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans les établissements de soins de longue durée*. Cet outil d'auto-évaluation a été révisé cette année sous la supervision d'un groupe de travail constitué de représentants d'établissements de soins de longue durée. La version II de l'outil comprend de nouveaux points dans le processus d'auto-évaluation et de nouvelles annexes pour guider les utilisateurs, notamment pour interpréter et présenter les résultats de l'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments.

La version II de l'auto-évaluation est offerte sur demande dès maintenant, et les résultats pourront être intégrés au site Web de l'ISMP Canada dès le 1^{er} octobre 2012. Les données de la version I de l'auto-évaluation doivent être entrées d'ici le 30 septembre 2012. Les données des évaluations précédentes seront conservées dans la base de données, afin que les utilisateurs puissent faire le suivi de leurs résultats et les comparer chaque fois qu'ils remplissent l'auto-évaluation.

Si vous avez des questions ou souhaitez obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec l'ISMP Canada par courriel à mssa@ismp-canada.org ou par téléphone au 416 733-3131 (poste 236), ou visiter le site <http://www.ismp-canada.org/lmssa/index.php>.

Références

1. Bisoprolol. Dans : Repchinsky C, éditeur en chef. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Ottawa (Ontario) : Association des pharmaciens du Canada; 2012. p. 443-444.
2. DRUGDEX evaluations: bisoprolol. Dans : Micromedex healthcare series [base de données Internet]. Greenwood Village (CO): Thomson Reuters (Healthcare) Inc.; mise à jour périodique [cité le 2 juillet 2012]. Consulté sur : <https://www.thomsonhc.com/hcs/librarian/PFDefaultActionID/pf.LoginAction>
3. Monographie de Dulcolax. Burlington (Ontario) : Boehringer Ingelheim Canada Ltée; le 9 juillet 2010 [cité le 12 août 2012]. Obtenu par la recherche de produits pharmaceutiques en ligne de Santé Canada; recherche par le terme « bisoprolol » comme ingrédient actif, consulté sur : <http://webprod3.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/language-langage.do?url=t.search.recherche&lang=fra>

4. Härmark L, van Grootheest AC. Pharmacovigilance: methods, recent developments and future perspectives. *Eur J Clin Pharmacol*. 2008;64(8):743-752.
5. Edwards IR. Spontaneous reporting—of what? Clinical concerns about drugs. *Br J Clin Pharmacol*. 1999;48(2):138-141.
6. Que sont les produits de santé à consonance et d'apparence semblables? Ottawa (Ontario) : Santé Canada; modifié le 9 novembre 2009 [cité le 2 juillet 2012]. Consulté sur : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mpps/pubs/medeff/fs-if/2003-lasa-pspcs/index-fra.php>
7. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Look-alike, sound-alike medication names. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; mai 2007 [cité le 9 juillet 2012]. Vol. 1, solution 1 of Patient Safety Solutions. Consulté sur : <http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/Patient%20Safety/PS-Solution1.pdf>
8. Thompson CA. USP says thousands of drug names look or sound alike. *Am J Health Syst Pharm*. 2008;65(5):386-388.
9. U D. Medication safety alerts: double-checking: does it work? *Can J Hosp Pharm*. 2003 [cité le 6 juillet 2012];56(3):167-169. Consulté sur : <http://www.ismp-canada.org/download/cjhp/cjhp0306.pdf>
10. Improving medication safety in the community: assessing risk and opportunities for change. Horsham (PA): Institute for Safe Medication Practices. 2009 [cité le 3 juillet 2012]. Consulté sur : <http://141.109.38.4/resources/ISMP-US%20Assess%20Err%20Manual.pdf>
11. Emmerton LM, Rizk MFS. Look-alike and sound-alike medicines: risks and “solutions”. *Int J Clin Pharm*. 2012;34(1):4-8.
12. Consumer reports submitted to SafeMedicationUse.ca provide insights into opportunities to enhance safety. ISMP Can Saf Bull. Le 21 décembre 2011 [cité le 30 juillet 2012];11(8):1-4. Consulté sur : http://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2011-08-Consumer_Reports_Submitted_to_SafeMedicationUse.pdf
13. Chadwick M. Atelier consultatif sur les noms de produits de santé à présentation et à consonance semblables. Santé Canada; le 20 octobre 2003 [cité le 9 juillet 2012]; Gatineau (QC). Consulté sur : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mpps/brgtherap/proj/alike-semblable/sum-res_consult_workshop-atelier-fra.php
14. Hicks RW, Becker SC, Cousins DD, éditeurs. Rapport de données MEDMARX. A report on the relationship of drug names and medication errors in response to the Institute of Medicine's call for action. Findings 2003–2006 and trends 2002–2006. Rockville (MD): US Pharmacopeia, Center for the Advancement of Patient Safety; 2008 [cité le 9 juillet 2012]. Consulté sur : <http://www.scribd.com/doc/26028426/MedMarx-Report-2008>

©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