

## Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 13 • Numéro 4 • Le 22 mai 2013

### ALERTE : L'utilisation d'un même stylo à insuline chez divers patients est une pratique à risque élevé

Les stylos à insuline sont des dispositifs conçus pour aider les patients à s'administrer correctement une dose exacte d'insuline. Il existe deux types de stylos : les stylos réutilisables, dans lesquels on doit insérer une cartouche d'insuline que l'on remplace une fois vide, et les stylos préremplis jetables, dans lesquels la cartouche d'insuline est déjà insérée (voir l'exemple à la figure 1). Dans les deux cas, une nouvelle aiguille doit être fixée au stylo chaque fois que l'on administre une dose d'insuline. Les avantages du stylo à insuline (notamment sa commodité et l'exactitude des doses administrées)<sup>1</sup> ont incité de nombreux établissements à les substituer aux fioles et aux seringues. Cette alerte décrit une pratique à haut risque qui peut arriver lorsque des stylos à insuline sont utilisés dans les établissements de santé.



**Figure 1** – Exemple de stylo à insuline prérempli jetable. Ce type de stylo est déjà rempli d'insuline. Une fois l'insuline épuisée, le stylo entier est jeté. Par contre, on doit insérer une cartouche d'insuline dans un stylo réutilisable. Lorsque la cartouche est vide, celle-ci est retirée, jetée et remplacée par une nouvelle cartouche. Il faut utiliser une nouvelle aiguille pour chaque injection.

#### Exemples d'accident

Un hôpital a envoyé à l'ISMP Canada une déclaration décrivant plusieurs accidents, dont un concernant l'utilisation chez divers patients d'un même stylo à insuline. Dans un des cas, l'infirmière a administré de l'insuline à un patient au moyen d'un stylo, a changé l'aiguille et a utilisé le même stylo pour un second patient. Dans deux autres cas, différentes infirmières ont utilisé une seringue pour retirer l'insuline d'une cartouche. Celle-ci se trouvait dans un stylo qui avait déjà servi pour un autre patient. Les patients en question ont dû subir des tests de dépistage d'agents pathogènes transmissibles par le sang en raison du risque de contamination croisée associé au stylo. Heureusement, les patients n'ont subi aucun préjudice.

#### Préoccupations

En février 2013, l'Institute for Safe Medication Practices (États-Unis) a émis une alerte destinée aux hôpitaux leur demandant de revoir l'utilisation de stylos pour l'administration habituelle d'insuline aux patients hospitalisés. Cette alerte a été émise en raison des préoccupations que soulèvent certaines façons de faire, telles que l'utilisation inappropriée de stylos à insuline<sup>2</sup>. Dans l'alerte, l'ISMP souligne les craintes liées au risque élevé que présente la réutilisation de stylos chez divers patients, et fournit des données probantes sur l'insertion de matériel biologique dans la cartouche après une injection. Le risque de transmission d'agents pathogènes d'un patient à un autre associé à l'utilisation inappropriée

des stylos à insuline est une source d'inquiétude. Depuis la publication de l'alerte, l'ISMP Canada a reçu de nombreuses demandes concernant la mise au point de lignes directrices sur l'utilisation sécuritaire des stylos dans des milieux organisationnels. L'ISMP Canada prévoit examiner la question en profondeur et fera part de ses conclusions dans un futur bulletin. Entre-temps, voici quelques recommandations sur l'utilisation des stylos à insuline afin de réduire le risque de contamination des patients.

### Pratiques sécuritaires recommandées

- Si vous utilisez des stylos à insuline, assurez-vous qu'ils sont délivrés avec une étiquette identifiant le patient et que celle-ci correspond bien au patient avant de procéder à l'administration.
- Sensibilisez les professionnels de la santé devant utiliser des stylos à insuline aux risques liés à l'emploi d'un seul stylo pour plus d'un patient. Les efforts de sensibilisation doivent comprendre les éléments d'information suivants :
  - Chaque stylo et chaque cartouche doivent servir pour un seul patient et l'utilisation partagée doit être proscrite<sup>3,4,5</sup>.

- Les cartouches d'insuline doivent être employées avec les stylos à insuline et ne doivent pas être utilisées comme des fioles (c.-à-d. que l'insuline ne doit pas être retirée de la cartouche en vue de l'utiliser sans le stylo).
- L'utilisation d'un stylo à insuline pour plus d'un patient, même en changeant l'aiguille, peut entraîner la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B, de l'hépatite C ou d'autres agents pathogènes transmissibles par le sang<sup>5</sup>.

- Sensibilisez les patients aux risques associés à l'utilisation d'un seul stylo pour plus d'une personne.

« One and Only Campaign » est une campagne de santé publique menée aux États-Unis par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et la Safe Injection Practices Coalition, qui vise à sensibiliser le public et les professionnels de santé aux pratiques sécuritaires d'injection, y compris l'utilisation sécuritaire des stylos à insuline. On peut trouver de plus amples renseignements au sujet de la campagne et accéder gratuitement à de nombreuses ressources éducatives (figure 2) à l'adresse suivante : [www.ONEandONLYcampaign.org](http://www.ONEandONLYcampaign.org)<sup>5</sup>



**BE AWARE  
DON'T SHARE**

Insulin pens that contain more than one dose of insulin are only meant for one person.

*They should never be used for more than one person, even when the needle is changed.*

**ONE INSULIN PEN,  
ONLY ONE PERSON**

The One & Only Campaign is a public health campaign aimed at raising awareness among the general public and healthcare providers about safe injection practices.

For more information, please visit:  
[www.ONEandONLYcampaign.org](http://www.ONEandONLYcampaign.org)

Figure 2 – Exemple de ressource éducative se trouvant sur le site « One and Only Campaign »<sup>5</sup>.

## Remerciements

L'ISMP Canada remercie sincèrement les personnes suivantes (en ordre alphabétique) pour leur avis d'expert : Alice Y.Y. Cheng M.D., FRCPC, endocrinologue, Credit Valley Hospital, Mississauga (Ontario) et St. Michael's Hospital, Toronto (Ontario) et professeure agrégée, département de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario); Paul Filiatrault, RPh, B.Sc. (Pharm), chef régional, Utilisation sécuritaire des médicaments, Pharmacy Services, Interior Health, Kelowna (Colombie-Britannique); Allison McGeer M.D., FRCPC, microbiologiste et conseillère en matière de maladies infectieuses, service de microbiologie, Mount Sinai Hospital, Toronto (Ontario); et Sarah Moore, IA(pratique avancée), maîtrise en soins infirmiers, inf. en pratique avancée (diabète) / inf. praticienne, Kingston General Hospital, Kingston (Ontario).

## Références

1. « Considering insulin pens for routine hospital use? Consider this... », ISMP Med Saf Alert, 2008 [cité le 15 avril 2013];13:1-3. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20080508.asp> (en anglais seulement)
2. « Ongoing concern about insulin pen reuse shows hospitals need to consider transitioning away from them », ISMP Med Saf Alert, 2013;18(3):1-2. (en anglais seulement)
3. « FDA Alert: Information for healthcare professionals: risk of transmission of blood-borne pathogens from shared use of insulin pens ». Silver Spring (MD): US Food and Drug Administration; le 19 mars 2009 [cité le 3 avril 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm133352.htm> (en anglais seulement)
4. « CDC clinical reminder: Insulin pens must never be used on more than one person ». Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; le 5 janvier 2012. (en anglais seulement)
5. « Insulin pen safety — one insulin pen, one person ». Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention and Safe Injection Practices Coalition; [cité le 11 avril 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.oneandonlycampaign.org/content/insulin-pen-safety> (en anglais seulement)

## Un autre cas de confusion entre le bisoprolol et le bisacodyl

---

L'ISMP Canada a publié récemment un bulletin portant sur le risque de préjudice associé à la confusion entre le bisoprolol et le bisacodyl<sup>1</sup>. Dernièrement, le programme de déclaration et d'apprentissage à l'intention des consommateurs de l'ISMP Canada, Médicamentssécuritaires.ca, a reçu une déclaration au sujet d'une pharmacie communautaire ayant délivré du bisoprolol au lieu du bisacodyl à une personne âgée. Après avoir pris du bisoprolol durant deux semaines, l'état du patient s'est détérioré. En effet, le patient a été hospitalisé en raison d'une hypotension. Lors de son admission, on a apporté une liste de médicaments (sur laquelle figurait le bisacodyl et non pas le bisoprolol) qu'il devait prendre. Le personnel s'en est servi pour lui donner les bons médicaments pendant son séjour. Le patient a été traité et, une fois son état stabilisé, il a reçu son congé près de deux semaines plus tard. Cependant, le problème d'inversion n'a pas été relevé et personne ne s'est rendu compte que le patient avait pris du bisoprolol à la maison.

De retour chez lui, le patient a recommencé à prendre du bisoprolol. Plusieurs semaines plus tard, le patient est devenu faible et confus. C'est à ce moment qu'un membre de sa famille a constaté l'erreur et a signalé l'accident, pensant que l'inversion initiale des médicaments était probablement la cause de l'hospitalisation du patient.

Plusieurs facteurs auraient pu être en cause :

### Médicaments à présentation et à consonance semblables

Le fait que les deux médicaments en question avaient une présentation et une consonance semblables a fort probablement contribué à leur inversion initiale. Dans un bulletin publié récemment, l'ISMP Canada a attiré l'attention sur les erreurs de médicaments, les thèmes et les facteurs ayant contribué à l'inversion de cette paire de médicaments similaires. L'organisme a également émis des recommandations à envisager, notamment le réaménagement des aires d'entreposage de ces médicaments et l'examen des pratiques d'approvisionnement en soins de courte durée et dans les pharmacies communautaires<sup>1</sup>.

### Échec du bilan comparatif des médicaments

L'objectif global du bilan comparatif des médicaments est de garantir que la communication au sujet des médicaments soit précise et efficace à tous les points de transfert. Obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est la pierre angulaire du bilan comparatif des médicaments. En effet, le MSTP est plus exhaustif et plus précis qu'une liste de médicaments primaire ne s'appuyant pas sur de multiples sources de renseignements à jour. Le MSTP facilite la prise de décisions fondée sur de l'information exacte puisque plusieurs sources de renseignements fiables sont consultées afin d'obtenir un portrait instantané des médicaments que prenait le patient au moment de la transition<sup>2</sup>. Cependant, on n'accorde pas la même valeur à toutes les sources d'information. Voici les sources généralement les plus utiles :

- entretien avec le patient ou une personne soignante;
- flacons de médicaments ou plaquettes alvéolées;
- liste de médicaments à jour (c.-à-d., provenant de la pharmacie et des dossiers provinciaux).

Dans le cas décrit ci-dessus, l'inversion des médicaments aurait pu être relevée plus tôt si on avait examiné les flacons de médicaments lors de l'hospitalisation du patient ou si on avait consulté son dossier à la pharmacie.

Pour un complément d'information sur le bilan comparatif des médicaments, visitez le site Web de l'ISMP Canada à l'adresse : [www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm](http://www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm)

### Participation des consommateurs et des patients

Cet accident met en évidence le rôle important que les consommateurs peuvent jouer pour prévenir ou remédier à des accidents avec préjudice liés à la médication. On rappelle également aux professionnels de la santé l'importance de fournir aux patients l'information et les conseils (p. ex., bulletins de Médicamentssécuritaires.ca) qui leur permettront de remplir ce rôle :

- Pour de l'information destinée aux consommateurs au sujet de la vérification des ordonnances : [www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201003BulletinV1N2LisezVotrePrescription.pdf](http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201003BulletinV1N2LisezVotrePrescription.pdf)
- Pour de l'information destinée aux consommateurs au sujet de la détection d'erreurs relativement à des noms de médicaments similaires : [www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201205 BulletinV3N3NomsSimilaires.pdf](http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201205BulletinV3N3NomsSimilaires.pdf)

#### Références

1. « Déclaration soucieuse : Confusion entre le bisoprolol et le bisacodyl », Bulletins de l'ISMP Canada. 2012 [cité le 8 avril 2013]; 12(9):1-6. Accessible à l'adresse : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2012-09.pdf>
2. « Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée : Trousse En avant! », Institut canadien pour la sécurité des patients, septembre 2011 [cité le 2 avril 2013]. Accessible à l'adresse : [http://www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec\\_AC\\_French\\_GSK\\_V3.pdf](http://www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_AC_French_GSK_V3.pdf)



Le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM) est un regroupement pancanadien de Santé Canada, en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Le SCDPIM a pour but de réduire et de prévenir les incidents médicamenteux indésirables au Canada.



Le CHUM est le centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal. Il offre prioritairement des soins et des services surspécialisés à une clientèle adulte régionale et suprarégionale.

Le CHUM est innovateur et exemplaire, il est doté d'un centre de recherche qui le distingue, il se démarque comme pôle unique de développement, de mise en pratique et de transfert des connaissances à travers ses activités intégrées de soins, de recherche, d'enseignement, d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé, et de promotion de la santé.



L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada est un organisme national indépendant à but non lucratif engagé à la promotion de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans tous les secteurs de la santé. Les mandats de l'ISMP Canada sont les suivants : recueillir et analyser les déclarations d'incidents/accidents liés à l'utilisation des médicaments, formuler des recommandations pour prévenir les accidents liés à la médication et porter assistance dans le cadre des stratégies d'amélioration de la qualité.

## Pour déclarer les accidents liés à la médication

(incluant les évités de justesse)

#### En ligne :

[www.ismp-canada.org/fr/form\\_dec.htm](http://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](http://www.ismp-canada.org/subscription.htm)

## Contactez-nous

#### Adresse courriel :

[cmirps@ismp-canada.org](mailto: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.