

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 17 • Numéro 10 • Le 7 décembre 2017

Alerte : la confusion entre le **polyéthylène glycol** et le **propylène glycol** cause des préjudices

L'ISMP Canada a reçu un rapport décrivant de la confusion entre le **polyéthylène glycol** et le **propylène glycol** qui a causé un préjudice à un patient. Le rapport est partagé dans le présent document afin de sensibiliser le public au sujet du risque d'erreur de sélection liée à ces deux produits et le **besoin d'avoir des dispositions de prévention**.

Description de l'incident

Un patient a appelé une pharmacie pour demander du polyéthylène glycol en préparation pour sa coloscopie. La pharmacie a commandé et fourni 2 litres de propylène glycol. Quelques heures après l'ingestion de 500 ml de la solution, le patient a éprouvé des nausées et des vomissements qui ont nécessité une visite à l'hôpital. Une étude plus poussée a fait état d'une acidose métabolique grave nécessitant une hémodialyse.

Contexte et analyse

Le « PEG 3350 » est une forme de polyéthylène glycol utilisée comme laxatif. Certaines formulations de ce médicament peuvent également contenir des électrolytes, ce qui est souvent recommandé avant une coloscopie.

En revanche, le propylène glycol n'a pas d'usage thérapeutique. Il peut être présent en pharmacie

puisque certains procédés de préparation s'en servent comme solvant. Des complications graves, comme l'acidose métabolique, peuvent survenir lorsque le propylène glycol est ingéré en grande quantité¹, comme ce qui est prévu lorsque le PEG 3350 est utilisé en préparation à une coloscopie.

Voici quelques-uns des facteurs contributifs identifiés dans cet exemple de cas :

- L'avertissement sur la bouteille de propylène glycol indiquant « *pour préparation Rx* » est imprimé en petits caractères et pourrait passer inaperçu.
- Il n'y a pas eu d'intervention du pharmacien lorsque le produit a été commandé, emballé puis ramassé en pharmacie.
- « Polyéthylène glycol » et « propylène glycol » sont des noms à apparence et à consonance semblables. Ainsi, il peut y avoir de la confusion à l'égard de ces produits.

Les produits de santé à présentation et à consonance semblables (PSPCS) sont problématiques et ont causé des erreurs de médication graves². De nombreux facteurs peuvent contribuer aux erreurs associées aux PSPCS, notamment le manque de familiarité avec les médicaments et des étiquettes et emballages similaires².

Recommandations

Fabricants

- Utilisez des messages d'avertissement clairs et plus visibles sur les étiquettes et les emballages intérieurs et extérieurs³. Une fiche de données de sécurité (FDS) doit être fournie avec le produit.

Grossistes et distributeurs

- Ajouter des drapeaux d'avertissement dans les systèmes de commande électroniques pour les produits destinés uniquement à la préparation.

Pharmacies

- Interrogez les patients lorsqu'ils veulent acheter des produits utilisés principalement ou exclusivement pour la préparation. Demandez l'indication ou la raison de l'utilisation et faites intervenir le pharmacien.
- Vérifiez le nom du produit auprès du patient, à la fois au moment de la demande et lors d'une consultation au ramassage. Ceci est semblable au processus de saisie et de livraison des médicaments sur ordonnances et à l'effet de créer des étapes de vérification supplémentaires potentielles.

- Stocker les produits de préparation dans une zone distincte de la pharmacie.
- S'assurer que les fiches de données de sécurité sont disponibles et accessibles pour tous les produits de préparation conservés à la pharmacie.

Prescripteurs

- Fournir aux patients des instructions écrites pour les produits achetés à des fins de préparation à des procédures médicales comme le nettoyage des intestins, y compris le nom du produit et le mode d'emploi.

Remerciements

L'ISMP Canada tient à remercier les personnes suivantes pour leur révision experte de ce bulletin (par ordre alphabétique) :

Tracy Gallina, BScPhm, BA Psych, RPh, directrice clinique, services de pharmacie, HealthPRO Procurement Services Inc., Mississauga (Ontario);
Nancy Giovinazzo, RPh, directrice clinique principale, services de pharmacie, HealthPRO Procurement Services Inc., Mississauga (Ontario);
Catherine Lyder, BScPharm, MHSA, directrice, membres et programmes, Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Ottawa, ON.

Références

1. Fiches de données de sécurité. Propylène glycol USP. Medisca; [révisé juillet 2015; cité le 10 novembre 2017]. Disponible à : https://www.medisca.com/NDC_SPECS/MUS/0510/MSDS/0510.pdf
2. *Look-alike/sound-alike drug names: Can we do better in Canada?* Bull. de sécurité ISMP Can. 2004 [cité le 10 nov. 2017]; 4(2):1-2. Disponible à : <https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2004-02DrugNames.pdf>
3. Un décès causé par une erreur de préparation de médicament en pharmacie renforce le besoin de mettre l'accent sur la sécurité. Bull. de sécurité ISMP Can. 2017 [cité le 26 nov 2017]; 17(5):1-5. Disponible à : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2017/BISMPC2017-05-Tryptophane.pdf>

Référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires



Le **Système canadien de déclaration et de prévention des incidents liés aux médicaments** (SCDPIM) est un programme collaboratif pancanadien qui vise à réduire et à prévenir les incidents médicamenteux préjudiciables au Canada. Le suivi, le partage et l'apprentissage liés aux incidents médicamenteux aident à réduire leur récurrence, à atténuer les préjudices subis par les patients et à soutenir un système de santé plus sécuritaire. L'ISMP Canada, ainsi que Santé Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Institut canadien pour la sécurité des patients et Patients pour la sécurité des patients du Canada sont des partenaires clés du programme SCDPIM.

L'ISMP Canada a créé un référentiel de données nationales sur les incidents pour les pharmacies communautaires sous forme de son Programme de déclaration d'incident pour les pharmacies communautaires. Les pharmacies communautaires de plusieurs provinces contribuent déjà à ce référentiel national pour l'amélioration continue de la qualité et les pharmacies d'autres provinces envisagent également de participer à cet effort. Le référentiel contribue à créer un système de partage de l'information plus cohérent qui facilitera une meilleure compréhension des incidents médicamenteux et l'élaboration de stratégies plus robustes pour empêcher les préjudices.

C'est avec intérêt que nous poursuivons notre collaboration avec tous les intervenants en nous appuyant sur la réussite du programme de signalement qui vise des soins plus sécuritaires pour les patients. Découvrez comment les pharmacies communautaires peuvent contribuer à ce référentiel de données et partager leurs enseignements tirés d'incidents médicamenteux en contactant info@ismp-canada.org

Cette section du bulletin décrit une publication récente de medicamentssécuritaires.ca issue du programme destiné aux consommateurs de l'ISMP Canada.

Bulletin d'octobre 2017

Êtes-vous à jour dans vos vaccins?

On rappelle aux consommateurs l'importance des vaccins et de les maintenir à jour. Le bulletin visait également à informer les consommateurs de la capacité qu'ont certains pharmaciens d'administrer de nombreux vaccins, dont notamment le vaccin antigrippal annuel et certains vaccins de voyage.

Conseils pour les praticiens :

- Identifier les groupes-cibles de population pour des vaccins spécifiques.
- Partager avec ces patients les risques et les avantages associés à la vaccination afin qu'ils soient en mesure de prendre une décision éclairée.

Pour obtenir de l'information à jour sur les recommandations de Santé Canada en matière de vaccins, visitez : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/sujets/immunisation-et-vaccins.html>



[Médicamentssécuritaires.ca](http://Medicamentssécuritaires.ca)

Hyperglycémie grave liée à l'utilisation incorrecte du stylo à insuline

Le National Alert Network (NAN) aux États-Unis a récemment émis une alerte de sécurité concernant le risque d'hyperglycémie grave basée sur plusieurs signalements soumis à l'ISMP (États-Unis) de patients n'ayant pas reçu leur insuline en raison d'une mauvaise utilisation du stylo à insuline¹. Le dernier événement a entraîné la mort d'un patient récemment sorti de l'hôpital qui ne savait pas qu'il fallait retirer le capuchon de l'aiguille du stylo avant de tenter de s'administrer l'insuline. En conséquence, n'ayant pas reçu les doses prévues d'insuline, elle a subi une acidocétose diabétique et en est décédée par la suite. Cette alerte est partagée avec les lecteurs canadiens puisque ces mêmes risques pourraient exister au Canada.

Il existe 2 principaux types d'aiguilles de stylo à insuline : les aiguilles à insuline de sécurité et standard. Les aiguilles de sécurité (figure 1) sont automatiquement recouvertes et verrouillées une fois l'injection terminée; ces aiguilles sont souvent utilisées dans les hôpitaux pour prévenir les blessures par piqûre d'aiguille. **L'aiguille est cachée durant tout le processus d'administration, de sorte qu'un patient ne puisse pas voir l'aiguille ni pendant ni après l'injection.** Les aiguilles à insuline standard (figure 2) sont couramment utilisées dans la communauté et à domicile. Contrairement aux aiguilles de sécurité, les aiguilles standard ne sont pas munies de dispositifs de protection d'aiguille qui se rétractent automatiquement après l'administration. **Pour utiliser ces aiguilles, le protecteur extérieur et le couvre-aiguille doivent être tous deux retirés avant l'utilisation.**

Figure 1 : Exemple d'un stylo avec un couvre-aiguille qui se rétracte automatiquement lors de l'injection et se verrouille par-dessus l'aiguille lorsqu'il est retiré de la peau.

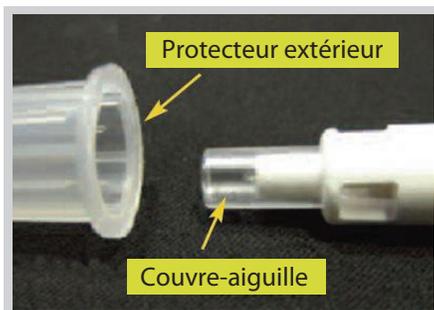
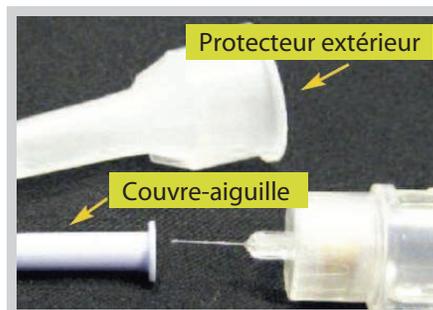


Figure 2 : Exemple d'aiguille à insuline standard couramment utilisée à domicile. Le protecteur extérieur et le couvre-aiguille doivent tous deux être retirés avant l'injection.



Recommandations

Voici les recommandations clés tirées de l'alerte NAN pour minimiser le risque d'erreurs similaires :

- *[Prestateurs de soins de santé en milieu hospitalier]*. Confirmez le type de stylo et d'aiguille que le patient utilisera à domicile. Montrez aux patients comment amorcer correctement et administrer l'insuline dans le cadre du domicile. La technique de « répéter les enseignements » à l'enseignant peut aider à vérifier la compréhension des patients.
- *[Pharmaciens communautaires et autres prestataires communautaires]*. Démontrez et confirmez la technique d'administration appropriée du stylo destiné à l'utilisation à domicile.
- Encouragez les patients à interroger le pharmacien local si le stylo à insuline et les aiguilles délivrés sont différents de ce que le patient attendait ou de ce qu'il a appris à utiliser à l'hôpital.
- Rappelez aux patients de surveiller régulièrement leur taux de glycémie et de faire un suivi auprès de leur professionnel de la santé si les taux de glucose sont élevés après l'administration d'insuline.

¹ L'utilisation de l'adaptation de l'alerte et des photos est autorisée par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP). L'alerte intégrale est disponible à : <http://www.ismp.org/NAN/files/NAN-20171012.pdf>

Soumettre des rapports d'utilisation dangereuse d'abréviations, de symboles et de désignations de doses

L'utilisation de certaines abréviations et désignations de doses et de certains symboles a été identifiée comme une cause sous-jacente d'erreurs médicamenteuses graves, voire mortelles. Ces abréviations, symboles et désignations de dose, qui constituent la liste visant à « Éliminer l'utilisation dangereuse d'abréviations, de symboles et de certaines inscriptions numériques » peuvent facilement être mal interprétés et leur utilisation devrait être prescrite pour des communications liées aux médicaments.

Si vous avez remarqué une utilisation d'abréviations, de symboles ou de désignations de doses qui vous semble dangereuse dans votre pratique, et que ces éléments figurent ou non sur la liste, veuillez signaler ces préoccupations/incidents à l'ISMP Canada à : https://www.ismp-canada.org/fr/form_dec.htm . **Les incidents signalés avant le 19 janvier 2018 constitueront une source de données à évaluer dans le cadre de la révision prochaine de la liste de l'ISMP Canada.**

Marquer avec **** NE PAS UTILISER l'abréviation **** dans la première ligne du champ « Description de l'incident / méthode de découverte » sous l'onglet « Incident ».

1* Événement	2* Résultats	3* Médicament(s)	4 Suivi	5 Patient	6* Déclarant	7 Facteurs contributifs
*Les champs obligatoires (Un total de huit champs)						
Date de l'événement :		<input type="text" value="jj/mm/aaaa"/>				
Heure de l'événement :		<input type="text"/>				
Description des faits :*		** NE PAS UTILISER l'abréviation ** Description de l'incident / méthode de découverte				

Pour en savoir plus au sujet de cette liste, veuillez visiter :
<https://www.ismp-canada.org/dangerousabbreviations.htm>

En cas de questions, veuillez contacter Ambika Sharma à : asharma@ismp-canada.org



Med Safety Exchange Série de webinaires

Le mercredi 13 décembre 2017

Joignez-vous à vos collègues de partout au Canada pour un webinaire mensuel gratuit de 60 minutes afin de partager, d'apprendre et de discuter de rapports d'incidents, de tendances et des problèmes émergents en matière de sécurité des médicaments!

Pour en savoir plus, visitez
www.ismp-canada.org/MedSafetyExchange/

**Série de webinaires
sur la sécurité médicamenteuse**



Le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM) est un regroupement pancanadien de Santé Canada, en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada) et 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.



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

Pour déclarer les accidents liés à la médication

(incluant les évités de justesse)

En ligne : www.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. Les bulletins de l'ISMP Canada contribuent aux alertes mondiales sur la sécurité des patients.

Inscrivez-vous

Pour recevoir gratuitement le Bulletin "Bulletin de l'ISMP Canada", inscrivez-vous à l'adresse :

www.ismp-canada.org/subscription.htm

Ce bulletin partage des informations sur les pratiques de médication sécuritaires, est non commerciale, et est par conséquent exempté de la législation anti-pourriel canadienne.

Contactez-nous

Adresse courriel : cmirps@ismp-canada.org

Téléphone : 1-866-544-7672

©2017 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.