

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 7, Numéro 6

8 décembre 2007

Un patient partage et déclare une confusion liée à l'insuline

Un patient a relaté à l'ISMP Canada l'accident suivant, avec le souhait d'éviter qu'un événement semblable ne se reproduise dans l'avenir.

Un patient diabétique insulino-dépendant a reçu une prescription de Novolin®ge 30/70 Penfill® qu'il administrait lui-même matin et soir à l'aide d'un stylo à insuline (Novolin-Pen®). Le patient avait obtenu récemment de la pharmacie communautaire un renouvellement de sa prescription d'insuline. Il a reçu plusieurs boîtes contenant cinq cartouches chacune. Le matin de l'accident, le patient a inséré dans le stylo injecteur, une cartouche provenant d'une de ces nouvelles boîtes. Peu après l'injection de sa dose matinale, le patient s'est retrouvé en diaphorèse, avec des pupilles dilatées ainsi qu'une diminution de son état de conscience. Heureusement, les symptômes d'hypoglycémie ont été reconnus adéquatement. Le patient a reçu du sucre suivi de d'autres aliments. Peu après, la glycémie du patient, mesurée à l'aide d'un glucomètre, était d'environ 2.5 mmol/L. Puisqu'il n'y avait pas de raisons claires expliquant cette hypoglycémie, son approvisionnement en insuline a donc été vérifié. Il a été découvert qu'une boîte d'insuline NovoRapid® a été donnée au patient en même temps que les autres boîtes de Novolin®ge 30/70, le médicament prescrit. Une dose de Novolin®ge 30/70 contient 30% d'insuline à courte action et 70% d'insuline à action intermédiaire¹, alors que le NovoRapid® est une insuline à action ultrarapide.

En lien avec cette déclaration, les facteurs contributifs suivants ont été identifiés:

- Les cartouches de Novolin®ge 30/70 et de NovoRapid® ont toutes deux un emballage et un étiquetage semblables (voir figures 1,2 et 3).
- Malgré l'emploi d'un système de code à barres à la pharmacie, seulement une des boîtes a été balayée dans le lecteur de code à barres avant de les donner au patient.



Figure 1. De gauche à droite, Novolin®ge 30/70 Penfill® (le nom est mis en évidence par la bande brune) et le NovoRapid® Penfill® (le nom est mis en évidence par la bande orange).



Figure 2. De gauche à droite : Les cartouches de Novolin®ge 30/70 et les cartouches NovoRapid®, telles qu'elles apparaissent après leur retrait de la boîte, encore avec leur suremballage.



Figure 3. De gauche à droite : Une cartouche de Novolin®ge 30/70 et une cartouche de NovoRapid®.

En plus de ces facteurs, le NovoRapid® et le Novolin®ge 30/70 ont de fortes chances d'être entreposés à proximité à la pharmacie : chacun

est une forme d'insuline différente, ils sont tous les deux réfrigérés et leurs noms de commerce commencent par «Novo». Alors, il est très probable qu'un accident comme celui-ci puisse se produire dans d'autres pharmacies, étant donné que les facteurs sous-jacents sont les mêmes, peu importe le lieu d'entreposage (p. ex., la pharmacie communautaire, les hôpitaux).

La pharmacie communautaire a avisé son personnel de l'accident et a effectué un rappel de la procédure à suivre qui consiste à vérifier et à balayer chaque item dans le lecteur de code à barres avant de le délivrer au patient. L'ISMP Canada donne aussi les recommandations suivantes :

- Séparer les produits. Penser à entreposer les produits d'insuline selon leur durée d'action (p. ex., à action rapide, à action courte, intermédiaire, prolongée) dans des endroits distincts dans le réfrigérateur (p. ex., sur des étagères différentes).
- Lorsqu'un patient vient chercher sa prescription, inclure une vérification physique des médicaments (p. ex., les emballages, les étiquettes et le médicament lui-même) au moment de lui donner. Un tel contrôle permet d'effectuer une vérification supplémentaire des médicaments.
- Impliquer les patients de façon active (ainsi que les membres de leur famille) dans le processus d'utilisation des médicaments. Informez-les qu'ils peuvent poser des questions s'ils constatent des changements inexplicables tant au niveau de l'emballage, du médicament comme tel, au moment de sa réception ou à un autre moment.

Références :

1. Repchinsky C, rédacteur. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Ottawa (ON) : Association des pharmaciens du Canada; 2007. p.1620-1622, 1627-1628.
2. Association canadienne du diabète, Comité expert des lignes directrices des pratiques cliniques. Diabetes in the elderly. Lignes directrices des pratiques cliniques de 2003 Toronto (ON) : Association canadienne du diabète; 2003 [cité le 15 novembre 2007].p.S106-S109. Disponible sur le site : <http://www.diabetes.ca/cpg2003/downloads/elderly.pdf>.

- Faites circuler ce bulletin pour aviser les professionnels de la santé de ce problème et les sensibiliser à cet accident afin qu'ils puissent agir de façon proactive pour anticiper les problèmes et les résoudre.

L'Association canadienne du diabète recommande «d'utiliser de l'insuline pré-mélangée ainsi que des stylos à insuline pré-remplis comme solution de rechange aux mélanges d'insulines... afin de diminuer les accidents de dosage et d'améliorer potentiellement le contrôle de la glycémie» pour les personnes âgées de plus de 60 ans.² La disponibilité des cartouches et de stylos d'insuline a simplifié le processus d'auto-administration d'insuline puisque cela ne requiert pas de prélèvement d'insuline dans une seringue. L'ISMP Canada a alerté Novo Nordisk de cet accident (le fabricant des cartouches NovoRapid® et de Novolin®ge 30/70) et de la similitude de l'apparence de ces insulines (tant pour les cartouches que pour l'emballage extérieur).

L'ISMP Canada tient à exprimer sa reconnaissance aux personnes suivantes pour avoir mis leur expertise à contribution pour la révision de ce bulletin (en ordre alphabétique) :

Patti Cornish, RPh, BScPhm, Service de la sécurité aux patients, Sunnybrook Health Sciences Centre; Ryan Sidorchuk, Chef, Facilitation de la voix des patients, Winnipeg Regional Health Authority; Champion global-Patients pour la sécurité des patients, Alliance mondiale pour la sécurité des patients; Vice-Président, Consommateurs pour la sécurité des patients; et directeur, Mediate.calm-Collaborative Healthcare Solutions; et Ken Wou, BSc(Pharm), RPh.

© 2007 Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. La reproduction d'extraits est autorisée à l'interne seulement avec mention de la reproduction partielle. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé. Toute autre demande de reproduction doit être adressée à l'ISMP Canada par écrit.

L'ISMP Canada gère un programme national et volontaire de déclaration d'incidents et d'accidents liés à la médication. L'ISMP Canada a comme objectif d'assurer le partage des expériences afin d'apprendre des incidents et des accidents déclarés. 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/accident lié à la médication à l'ISMP Canada, vous pouvez : 1) Visiter notre site Web à l'adresse suivante : <http://www.ismp-canada.org> , ou 2) envoyer un courriel à : cmirps@ismp-canada.org , ou 3) nous téléphoner au : 416-480-4099 ou sans frais au 1-866-544-7672. L'ISMP Canada garantit la sécurité et la confidentialité des informations reçues. L'ISMP Canada 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 (SCDPIM)**