

L'insuline en milieu hospitalier : la sécurité avant tout!

Martin Parent^{1,2}, B.Pharm., M.Sc., François Leblanc^{3,4}, MD, FRCPC

¹Pharmacien, Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval, Québec (Québec), Canada;

²Professeur de clinique, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec), Canada;

³Médecin intensiviste et interniste, Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval, Québec (Québec), Canada;

⁴Professeur agrégé, Faculté de médecine, Université Laval, Québec (Québec), Canada

Reçu le 21 octobre 2015; Accepté après révision le 30 octobre 2015

Une mobilisation contagieuse se répand actuellement dans nos hôpitaux et nos centres d'hébergement du Québec. Désireux de sécuriser et d'optimiser le circuit de l'insuline, des comités formés entre autres de médecins, de pharmaciens, d'infirmières, de nutritionnistes et de gestionnaires s'activent.

L'article intitulé « Appel à l'action pour une utilisation sécuritaire des insulines en centre d'hébergement de soins de longue durée », publié dans la chronique « Risques, qualité, sécurité » du présent numéro, résume de façon concrète une démarche d'analyse et de résolution de problème en relation avec la gestion complexe des médicaments de niveau d'alerte élevé selon la classification de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada)¹. Ce projet inspire aussi bien les cliniciens qui ont amorcé cette démarche importante que ceux qui se préparent à le faire.

L'insuline représente un médicament de choix pour la maîtrise glycémique en milieu hospitalier. Utilisée par voie intraveineuse ou sous-cutanée, la posologie est titrée pour l'atteinte de cibles consensuelles². Cependant, le maintien d'un état euglycémique est souvent difficile en raison de plusieurs facteurs tels que le stress, l'apport alimentaire variable, la prise de certains médicaments et l'insuffisance rénale. Il en résulte des hypoglycémies parfois graves et délétères. Les états confusionnels, les chutes et l'augmentation du risque de décès cardiovasculaire associés à l'hypoglycémie rebutent et représentent des obstacles sérieux à l'obtention d'une maîtrise sécuritaire, d'autant plus que les cibles glycémiques optimales ne sont pas toujours ajustées à la réalité clinique des patients. Ces cibles doivent notamment être assouplies pour une personne âgée fragile, comme le notent M^{mes} Grenier et Carrier dans leur article et comme le recommande l'Association canadienne du diabète^{1,3}. L'insuline obtient le rang peu enviable de deuxième médicament parmi les 10 les plus souvent déclarés comme associés à des accidents préjudiciables, selon l'ISMP Canada⁴. Elle serait responsable de 7 % des décès liés à la médication au pays⁵. Malgré l'attention du personnel de nos établissements, les accidents liés à cette médication demeurent fréquents, et ce problème majeur doit être corrigé.

L'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) a publié deux documents phares qui regroupent une

liste exhaustive des meilleures pratiques favorisant une utilisation sécuritaire de l'insuline en milieu hospitalier^{6,7}. L'ensemble de l'œuvre est colossal. Une condition essentielle à la mise en œuvre de ces recommandations est sans aucun doute la formation d'un comité multidisciplinaire de leaders passionnés et appuyés par leur direction. Ce groupe de personnes intéressées par la sécurité détaillera les lacunes et les modes de défaillance, analysera et priorisera les pistes de solutions et coordonnera la mise en place de mesures correctives. De plus, il prendra en charge l'élaboration de programmes d'éducation à l'intention du personnel soignant et appliquera une politique d'évaluation et de surveillance de la qualité du contrôle glycémique.

Mais concrètement, par où commencer? Une des premières étapes essentielles est la sélection des produits qui seront disponibles au sein de l'établissement. Plusieurs préparations insuliniques existent sur le marché. Sur le plan clinique, le contrôle glycémique dans nos établissements ne nécessite évidemment pas de tous les conserver. Un choix judicieux d'un type par catégorie (régulière, rapide, intermédiaire et à action prolongée) permet de limiter les pertes et les risques d'erreurs et d'alléger la lourdeur administrative pour la pharmacie et les unités de soins. Des règles de substitution doivent être établies. Les exceptions (p. ex. allergie) seront traitées au cas par cas. Le retour à domicile des patients dont les glycémies ont été contrôlées pendant leur séjour avec des insulines différentes de celles utilisées à domicile nécessitera une attention particulière.

La conception d'ordonnances pré-imprimées sera également priorisée, tant pour la voie sous-cutanée que la voie intraveineuse. Elles permettent d'éviter le morcellement de l'ordonnance active et facilitent le travail du personnel infirmier, qui consulte des outils lisibles et standardisés. Construites en fonction de critères de qualité, elles s'appliquent à des clientèles variées. Par exemple, le mot « unité » y est écrit en toutes lettres, plutôt qu'avec la simple lettre « u » qui peut se confondre avec un zéro. Des directives en cas d'hypoglycémie, conformes au protocole approuvé par l'organisation, y sont consignées. D'autres éléments de sécurité, comme une consigne en cas d'arrêt de l'alimentation, permettent de diminuer les risques d'hypoglycémie. Ces ordonnances favorisent l'application de meilleures pratiques, comme l'approche basale-bolus plutôt qu'une simple échelle

de correction⁸. ISMP Canada rend disponible sur son site internet des lignes directrices de conception ainsi que des modèles d'ordonnances pré-imprimées⁹.

Autre outil précieux, la feuille de prise en charge du diabète permet la compilation quotidienne des glycémies, du statut nutritionnel, des doses d'insuline reçues et des épisodes d'hypoglycémie. Pour des raisons pratiques, les infirmières et les médecins gagnent un temps précieux lorsqu'elle est placée avec les ordonnances d'insuline dans un onglet consacré au dossier (p. ex. un onglet de couleur spécifique nommé « Diabète »).

Les patients qui reçoivent de l'insuline en stylos ou avec une pompe en perfusion sous-cutanée ne doivent pas nécessairement abandonner leur méthode d'administration pendant leur hospitalisation. L'auto-administration peut parfois être encouragée et poursuivie. L'élaboration d'une politique et d'une procédure pour encadrer ces formes d'administration permettra de préciser le rôle du personnel infirmier et les conditions relatives à l'aptitude du patient en pareilles circonstances.

En l'absence de données probantes solides en faveur d'une maîtrise étroite de la glycémie par insulinothérapie pour les patients hospitalisés, les professionnels de la santé et

les gestionnaires du réseau sont condamnés à prioriser tout au moins l'usage sécuritaire de cette thérapie. Pour que l'utilisation de l'insuline soit réellement sécuritaire, les prescripteurs, les infirmières et les pharmaciens doivent modifier certaines de leurs pratiques et collaborer pour mettre en œuvre les changements souhaités. Cette démarche ne sera pas facile, mais elle est incontournable. La mise en place d'une nouvelle culture plaît rarement à tous les intervenants. Les administrateurs devront en faire une priorité organisationnelle et faire preuve de leadership. C'est ensemble que nous pourrions améliorer la sécurité des patients insulinotraités.

Financement

Aucun financement en relation avec le présent article n'a été déclaré par les auteurs.

Conflits d'intérêts

Tous les auteurs ont rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflits d'intérêts potentiels. Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

Références

1. Grenier L, Carrier P. Appel à l'action pour une utilisation sécuritaire des insulines en centre d'hébergement de soins de longue durée. *Pharmactuel* 2015;48:227-32.
2. Houlden R, Capes S. Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète : prise en charge du diabète en milieu hospitalier. *Can J Diabetes* 2013;37(suppl. 5):S447-52.
3. Meneilly GS, Knip A, Tessier D. Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète : le diabète chez les personnes âgées. *Can J Diabetes* 2013;37(suppl. 5):567-72.
4. L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments au Canada. Les 10 médicaments les plus fréquemment déclarés dans les cas d'accidents avec préjudice liés à la médication. *Bulletin de l'ISMP Canada* 2006;6:1-3.
5. L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments au Canada. Accidents liés à la médication ayant causé un décès : résultats d'une collaboration avec les bureaux provinciaux du coroner en chef et du médecin légiste en chef. *Bulletin de l'ISMP Canada* 2013;13:1-8.
6. American Society of Health-System Pharmacists and the Hospital and Health-System Association of Pennsylvania. Recommendations for safe use of insulin in hospitals. Octobre 2014. [en ligne] http://www.362.pair.com/formspan/wnj/documents/Safe_Use_of_Insulin.pdf (site visité le 15 octobre 2015).
7. Cobaugh DJ, Maynard G, Cooper L. Enhancing insulin-use safety in hospitals: practical recommendations from an ASHP Foundation expert consensus panel. *Am J Health Syst Pharm* 2013;70:18-27.
8. Doyle MA, Brez S, Sicoli S. Using standardized insulin orders to improve patient safety in a tertiary care centre. *Can J Diabetes* 2014;38:118-25.
9. L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments au Canada. [en ligne] <http://ismp-Canada.org> (site visité le 15 octobre 2015).