

Introduction

La mise sur le marché de **nouvelles insulines et de nouveaux dosages**, avec la coexistence d'insulines à 100 UI/mL, 200 UI/mL et 300 UI/mL, est venue renforcer l'arsenal thérapeutique.

Cependant, cette diversité dans les présentations pourrait être à l'origine d'**erreurs médicamenteuses**. Les échanges avec les soignants sur le sujet semblent le confirmer.

Comment objectiver cette hypothèse ?

Nous avons décidé de mener une enquête au Centre Hospitalier René Dubos de Pontoise (CHRD).

Matériels et méthode

À l'hôpital, le **corps infirmier** étant le dernier maillon de la chaîne soignante avant l'administration du médicament, nous l'avons ciblé en proposant une enquête sous forme de **questionnaire**.

Les unités de soins accueillant **occasionnellement** des patients insulino-traités ont été retenues.

70 IDE (Infirmiers Diplômés d'État) appartenant à 9 unités de soins différentes ont été détachés de leur activité pour répondre aux 23 questions du questionnaire.

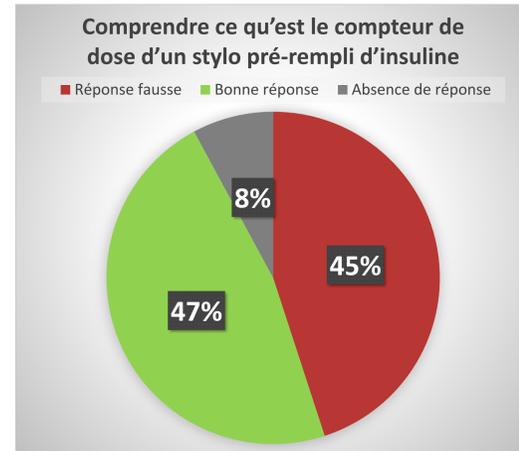
Le questionnaire avait deux objectifs

1- Placer le soignant en situation de gérer **différentes présentations** prescrites **d'une même insuline** (stylos pré-remplis ou flacon, de concentrations variées). Ceci afin de constater, à partir de cette simulation, si des erreurs peuvent être commises.

2- Évaluer le niveau de connaissance général sur **l'insulinothérapie** et les **bonnes pratiques** de manipulation des stylos pré-remplis d'insuline.

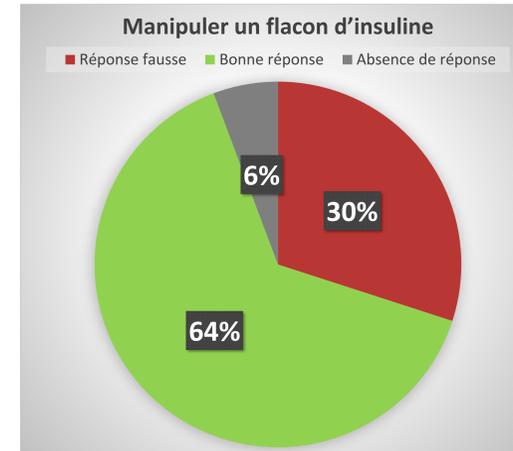
Résultats

« Le médecin prescrit 20 UI d'une insuline en **stylo** concentrée à 200 UI/mL. Vous ne disposez que d'un stylo à 100 UI/mL. Combien d'**UI** administrez-vous ? »



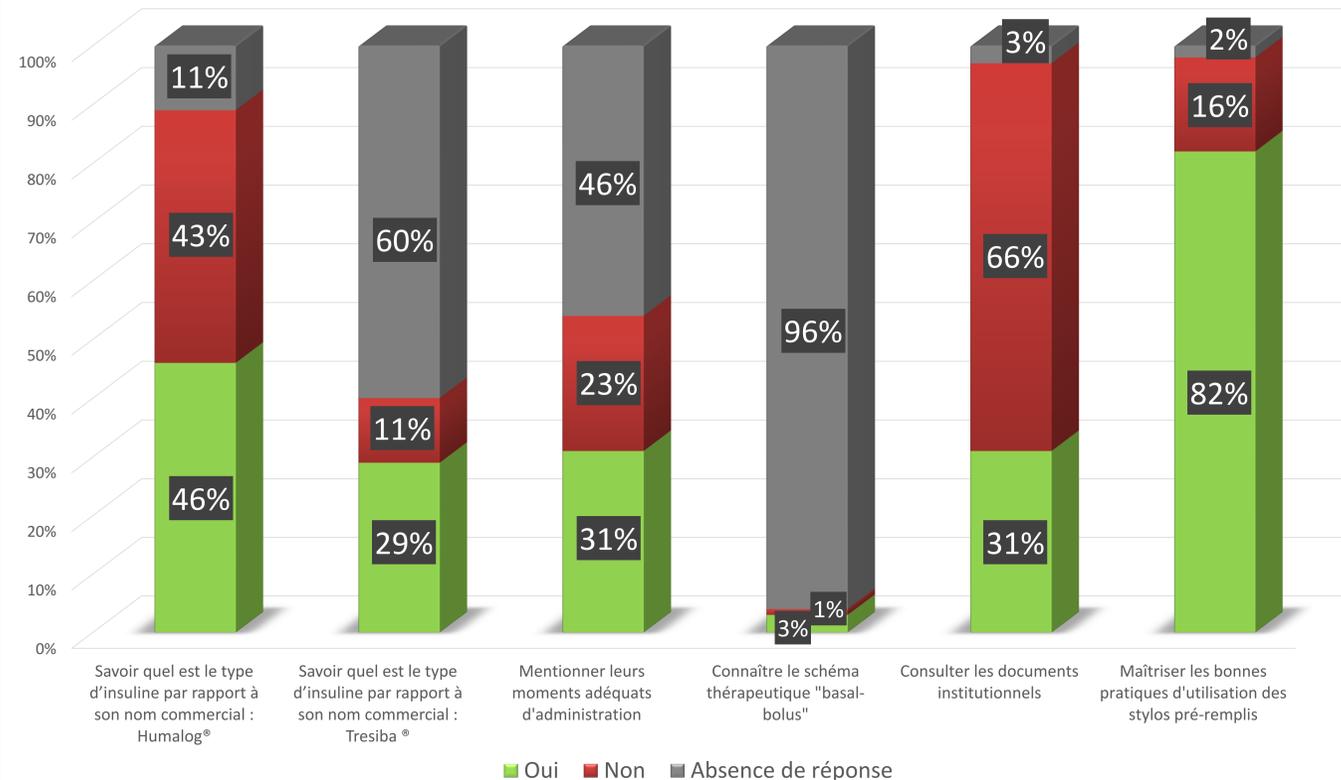
Une proportion importante des IDE interrogés ne sait pas que le **compteur de dose d'un stylo pré-rempli affiche le nombre d'UI à administrer**, quelle que soit la concentration du stylo en insuline.

« Le médecin prescrit 20 UI d'une insuline en **flacon** concentrée à 200 UI/mL. Vous ne disposez que d'un flacon à 100 UI/mL. Combien de **mL** administrez-vous ? »



La proportion d'erreurs est moindre à partir d'un flacon, mais **l'erreur de conversion** concerne tout de même environ **un tiers** des interrogés.

Les autres questions font ressortir :



Discussion

Cette enquête montre qu'il est **légitime de penser que des erreurs médicamenteuses dans le maniement des différentes formes d'insulines peuvent se produire**.

Les causes identifiées

- Le **manque d'habitude** dans la manipulation des stylos, la **rigueur de calcul** pour les flacons
- Un faible niveau de connaissance des différents **types d'insulines et de leurs caractéristiques** : c'est un prérequis pour **sécuriser les pratiques**
- La méconnaissance du **schéma thérapeutique basal-bolus** : saisir le **rationnel** de l'insulinothérapie permet de limiter les erreurs
- L'absence de consultation des **documents institutionnels** (affiche « Insulines disponibles à la PUI du CHRD », « Procédure de bonnes pratiques d'utilisation des stylos pré-remplis d'insuline »)

Conclusion

Un questionnaire écrit ne peut se substituer à une mise en situation pratique.

En **manipulant** le stylo ou le flacon, aurait-on eu autant de confusion dans les doses et les concentrations ?

Le questionnaire précédait une **formation sur l'insulinothérapie et le bon usage des insulines** : les notions à transmettre étaient ainsi plus percutantes, les IDE ayant pu percevoir des lacunes dans leurs connaissances.

Il faut **réfléchir en UI** et se fier **au compteur de dose** quand on injecte avec un **stylo pré-rempli d'insuline** : **AUCUNE conversion n'est nécessaire, quelle que soit la concentration du stylo !**

Il serait intéressant de **réinterroger** les IDE plusieurs mois après la formation pour **évaluer le niveau de persistance des acquis dans le temps**.