



HOPIPHARM

REIMS • 2015

COMMUNICATIONS

SOMMAIRE

Pour les communications orales, chaque session sera dans une salle différente :

- Session Circuit du médicament et pharmaco-économie, salle 1 & 2
- Session Pharmacie clinique et pharmacocinétique, salle 3 & 4
- Session Qualité, gestion des risques, vigilance, salle 5
- Session Section technique, salle 10

Cliquez sur le numéro de page pour avoir accès directement au résumé.

Communications orales

Circuit du médicament et pharmaco-économie

COMMUNICATION ORALE N° 1	31
Optimisation de la gestion des retours des médicaments provenant des unités de soins Binet A., Aubry A., Basso Boccabella R., Jacquemoire J., Kowalewski A., Ech-Chaouy A.	
COMMUNICATION ORALE N° 2	32
Apport de la simulation en milieu hospitalier : faisabilité de la Dispensation Journalière Individuelle Nominative Automatisée Royer J., Pfalzgraf S., Pinon V., Sautou V.	
COMMUNICATION ORALE N° 3	33
Lutter contre l'utilisation des abréviations lors de la rédaction d'ordonnances Ballandras C., Drancourt P., Atkinson S., Bussièrès JF.	
COMMUNICATION ORALE N° 4	34
Permission de sortie et sécurité de la prise de médicament : comment améliorer la compréhension des patients ? Veyrier M., Benzengli H., Putrus R., Musa R., Léglièze P., Huchon-Bécel D.	
COMMUNICATION ORALE N° 5	35
Analyse pharmaco-économique des coûts d'une transplantation hépatique en 2012 dans un CHU Bodin-Hullin A., Orléans V., Monges P., Durif L., Gensollen S.	
COMMUNICATION ORALE N° 6	36
Evaluation économique de la spondyloplastie par implant vertébral Spinejack® Donier L., Voidey A., Godard J., Choulet MH., Grumblat A.	
COMMUNICATION ORALE N° 7	37
Etat des lieux de la politique antibiotique dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Michelet-Huot E., Hettler D.	

Pharmacie clinique et pharmacocinétique

COMMUNICATION ORALE N° 8	38
Le risque d'événements indésirables est-il corrélé à la concentration plasmatique des anticoagulants oraux directs (rivaroxaban et dabidatran) : premiers résultats d'une étude cas-témoins niçoise	
Peyrat S., Ajmia F., Bardy G., Baldin B., Lavrut T., Rocher F., Spreux A., Drici M.	
COMMUNICATION ORALE N° 9	39
QUID des Divergences Non Intentionnelles (DNI) lors de la conciliation des traitements médicamenteux (CTM)? Qui sont-elles et que deviennent-elles ?	
Gerard M., Baudoin A., Debruyne AL., Malet D., Queuille E.	
COMMUNICATION ORALE N° 10	40
Analyse pharmaceutique et sélection « pertinente » d'ordonnances : la difficile équation	
Bouchet J., Yailian AL., Doucey P., Hellot-Guersing M., Jarre C., Leromain AS., Derharoutunian C., Gadot A., Roubille R.	
COMMUNICATION ORALE N° 11	41
Interventions pharmaceutiques : l'analyse au quotidien	
Valentin B., Ramon M., Lemaire N., Le Joubiou A., Lu C., Beausir A., Klaczynski V., Fournier C., Biet R., Frimat B.	
COMMUNICATION ORALE N° 12	42
Bilan sur le plan biologique et médicamenteux de 18 mois d'hémodiafiltration	
Riou S., Méloux A., Escapoulade L., Gaha K., Willemin JC., Hettler D.	
COMMUNICATION ORALE N° 13	43
Impact sur la prescription médicamenteuse du sigle « MPI > 75A » sur le libellé des médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé	
Rocquain J., Ballandras C., Bergé M., Gallet S., Dumazer-Carles C.	

Qualité, gestion des risques, vigilance

COMMUNICATION ORALE N° 14	44
Mise en place d'une chambre des erreurs comme outil de communication autour de la culture de l'erreur et de la déclaration des événements indésirables	
Reberga A., Petracchia C., Pichou A.	
COMMUNICATION ORALE N° 15	45
Grand public et antalgiques, le bon usage n'est pas automatique !	
Cabaret E., Bartholomé M., Autran S., Roggy N.	
COMMUNICATION ORALE N° 16	46
Les médicaments à risque dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient : identification d'une liste pédiatrique et mise en place de plans d'actions dans un hôpital pédiatrique	
Promis AS., Stehle R., Vaquer MD., Thorel J., Bornes E., Pellegrino F., Viard C., Cestac P.	
COMMUNICATION ORALE N° 17	47
Chambre des erreurs et iatrogénie médicamenteuse : retour d'expérience	
Pages A., Retho E., Lefèvre S., Irazusta O., Recoche I., Juillard-Condât B., Massip P., Cestac P.	
COMMUNICATION ORALE N° 18	48
Sensibiliser les étudiants infirmiers aux bonnes pratiques !	
Villeneuve V., Le Douget E., Lemaître S., Bréchet S., Cance G., Camus M.	

COMMUNICATION ORALE N° 19	49
Pharmacovigilance : résultats de l'optimisation des méthodes de recueil et de la sensibilisation des acteurs de santé	
Wiar M., Piton M., Dubus MH., Luysaert B.	

Section technique

COMMUNICATION ORALE N° 20	50
Evaluation des performances de l'automate PharmaHelp® pour la préparation de poches injectables de cytotoxiques	
Verrey AS., Carrez L., Falaschi L., Bouchoud L., Bonnabry P.	

COMMUNICATION ORALE N° 21	51
Etude comparative de 2 diluants utilisés dans la formulation de préparations sous la forme pharmaceutiques de gélules : le lactose et la cellulose microcristalline	
Le Gall T., Peyrol C., Favier C., Soulairol I., Kinowski JM.	

COMMUNICATION ORALE N° 22	52
Mise au point et évaluation physico-chimique d'encre pour tatouage cornéen	
Cucina A., Filali S., Bretagnolle C., Darricau B., Salmon D., Tall ML., Diouf EH., Kocaba V., Pivot C., Pirot F.	

COMMUNICATION ORALE N° 23	53
ON-Q® Pain Relief System : une alternative dans la prise en charge des douleurs post opératoires ?	
Ravelle-Chapuis S., Darrodes M., Lemare F., Gaudin A.	

COMMUNICATION ORALE N° 24	54
Bilan des interventions pharmaceutiques (IP) sur des ordonnances d'implants dentaires et dispositifs médicaux (DM) à usage unique (UU) associés	
Voillot J., Aldeguer A., Raignoux C., Laribe-Caget S.	

COMMUNICATION ORALE N° 25	55
Outil d'évaluation et de formation du personnel en stérilisation : création de questionnaires en ligne	
Dubois S., Dréno C., Pinvidic JL., Souchon J., Piriou G.	

COMMUNICATION ORALE N° 26	56
Evaluation des dépenses et de l'intérêt d'un nouveau dispositif médical, les tiges MAGECTM dans la chirurgie de la scoliose infantile précoce sévère et évolutive	
Gueneau P., Law-Ki C., Fagnoni P., Metaizeau JD., Guignard MH., Guenfoudi MP., Garnier N.	

Communications affichées

Circuit du médicament

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 1	58
Ecrasement des formes orales sèches – Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) du personnel soignant en centre hospitalier Clauson H., Thibault M., Dehe-Castera A., Fournier G., Dubost M., Rull-Espagnol F., Tavernier J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 2	59
Nouveaux antiviraux à action directe : de précieux atouts dans la prise en charge de l'hépatite C Grenouilleau V., Aguerre C., Hoedt B., Gaborieau V., Pariente A., Ferrari S., Jomier JY.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 3	60
Fer injectable : que devons-nous "fer" ? Drancourt P., Senis-Loiseau C., Ducrond C., Flamme C., Chatelet C., Macnamara E., Laffont C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 4	61
Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) : maîtrise des conditions de conservation de l'azacitidine de la fin de sa préparation à l'Unité de Préparation des Anticancéreux (UPA) jusqu'à son administration dans le service d'hématologie Rougeot J., Maillan G., Nevado E., Ranger J., Pradeau F., Freidine S., Marie-Daragon A., Bordessoule D., Lagarde A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 5	62
Comment traiter la maladie hémorroïdaire à l'hôpital ? Planès S., Diebold G., Do Thi Chalamette H., Rossignol M., Petrigny L., Lefebvre M., Cabrera F., Hild P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 6	63
Comment faciliter la prescription des médicaments référencés au livret thérapeutique de l'établissement grâce à l'informatisation ? Dick L., Berthomieu A., Mésenge C., Morin-Légier V., Laure D., Delplanque R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 7	64
Logiciel d'aide à la prescription : soyons informatico-vigilants ! Jost J., Reygnier C., Marie-Daragon A., Brischoux S., Ratsimbazafy V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 8	65
Evaluation des pratiques professionnelles de prescription et de réévaluation des traitements par antipsychotiques, antidémantiels et contention physique en EHPAD Henry N., Lefebvre-Caussin M., Breteau A., Doucet J., Monzat D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 9	66
Evaluation des pratiques professionnelles liées à l'administration des mélanges de nutrition parentérale Khattar S., Sapin A., Faudel A., Parat S., Rioufol C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 10	67
Ouverture d'un nouvel établissement pénitentiaire : définir le circuit du médicament au regard de 14 exemples d'organisation en milieu carcéral Miroir S., Ordekyan A., Guyot-Lénat A., Lalle D., Lesturgeon J., Dehaese O.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 11	68
Validation des prescriptions informatisées dans un centre hospitalier général : évaluation des interventions pharmaceutiques suite à la mise en place d'un plan d'amélioration Nédellec E., Beaufiles A., Duperrin V., Bascoulergue M., Coruble MN., Labarthe A., Coret-Houbart B.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 12	69
Sécurisation du circuit du médicament en EHPAD : quels axes d'amélioration ?	
Henry N., Breteau A., Lefebvre-Caussin M., Doucet J., Monzat D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 13	70
Retentissement des prescriptions de sortie d'hospitalisation sur la continuité des soins : enquête régionale préliminaire	
Henry N., Bertoux C., Borel C., Breteau A., Doucet J., Monzat D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 14	71
Evaluation de la mise en œuvre de l'arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse	
Kujas P., Fontaine PA., Azard J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 15	72
Formation et évaluation des IDE sur la sécurisation du circuit du médicament	
Durand F., Lazaro P., Beuzit K.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 16	73
La dispensation des médicaments hors GHS : comment améliorer la délivrance et la gestion des retours au sein d'une plateforme ?	
Sorli SC., Despleschain M., Vitale G., Rousset G., Jouglen J., Rouve N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 17	74
Evaluation sur un an de l'impact financier des ruptures de la chaîne du froid dans un centre hospitalier d'environ mille lits	
Batista A., Scieglinski L., Oger F., Fournel C., Lauby V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 18	75
Certification des comptes : retour d'expérience d'un inventaire général	
Dussaulx S., Basso Boccabella R., Hermitte-Gandolière A., Sins G., Ricois S., Larivière D., Rondelot G., Gustin B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 19	76
Retard à la prise en charge initiale médicamenteuse des patients hospitalisés - Analyse des causes et axes d'amélioration	
Brunet L., Law-Ki C., Barthélémy J., Nourry S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 20	77
Effets du carboxymaltose ferrique utilisé seul ou en combinaison avec une érythropoïétine dans le traitement de l'anémie chez des patients cancéreux à un stade avancé	
Blanc C., Chateauvieux C., Giard C., Vargaftig J., Dujaric ME., Ferry I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 21	78
Sensibilisation des élèves infirmiers à l'administration médicamenteuse : jeux de rôles et mises en scène	
Maes AC., Chabert E., Millot D., Pointet C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 22	79
Erreurs médicamenteuses liées à la préparation de piluliers : sensibilisation des élèves infirmiers et rôle de la PUI	
Maes AC., Millot D., Chabert E., Pointet C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 23	80
Evaluation des mentions de dispensation tracées sur l'ordonnance : pour une optimisation des pratiques	
Quillet P., Mongaret C., Bonnet M., Hettler D.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 24	81
Médicament dérivé de concentré de globules rouges : modalités de dispensation en essai clinique	
Loue C., Duclos M., Renard PY., Maréchal I., Donnadiou N., Varin R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 25	82
Audit clinique ciblé sur le circuit de l'infliximab : évaluation du bon usage et création d'une fiche de suivi prospectif des indications des médicaments remboursés en sus du groupement homogène de séjour	
Léau G., Descombes L., Gerrano-Laurens G., Hozsan C., Rhouzlane L., Pertuiset E., Blum L., Chambraud E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 26	83
Evaluation du maintien de la chaîne du froid lors de la dispensation de médicaments aux unités de soins	
Mutte FA., Liardot S., Lambert C., Rabatel G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 27	84
Optimisation de l'utilisation du propofol : des économies sont-elles possibles ?	
Noblot-Rossignol M., Crégut-Corbaton J., Lazzarotti A., Guignard MH.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 28	85
Intégration d'un préparateur dans un service de psychiatrie : les indicateurs qualités passent au vert !	
Lukat S., Laincer A., Ba Drame S., Pecal Dalle M., Vanhulst S., Diviné C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 29	86
Sous-utilisation du Bilan Comparatif des Médicaments par les professionnels de santé : pourquoi ?	
Drancourt P., Atkinson S., Lebel D., Bussièrès JF.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 30	87
Effet plateau de la conformité de la vérification, de la préparation et de l'administration des médicaments	
Drancourt P., Atkinson S., Pelchat V., Bussièrès JF.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 31	88
Réorganisation du stock de médicaments d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) : rangement par Dénomination Commune Internationale (DCI)	
Pfalzgraf S., Royer J., Bagel-Boithias S., Sautou V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 32	89
Le circuit du médicament dans le secteur public à travers la pharmacie centrale de Tunisie	
Chahloul S., Frikha R., Benzaïed M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 33	90
Les enquêtes de pratique sur la pharmacie hospitalière : un vecteur de progrès !	
Guérin A., Hue B., Bussièrès JF., Léglièze P., Rieutord A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 34	91
Enquête des pratiques d'utilisation des formes multidoses	
Laffite M., Zyani H., Brunel I., Thiry F., Mordini J., Brunel P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 35	92
Pénurie en BCG (Bacille Calmette-Guérin) intravésical : impact sur le circuit du médicament au sein d'une pharmacie à usage intérieur (PUI)	
Sala M., Carpentier I., Derain L., Locher F., Meunier A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 36	93
Les probiotiques en réanimation néonatale : quid de l'approvisionnement et bilan de leur utilisation sur 6 mois	
Thévenet S., Decottignies A., Pujols M., Romain O., Deluca D., Roy S., Foucher S.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 37	94
Prestations de la Pharmacie à Usage Intérieur : quelle satisfaction des services de soins ?	
Delabre J., Schiettecatte S., Le Joubiou P., Real L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 38	95
Utilisation de l'homéopathie dans l'inhibition de la montée laiteuse	
Gandon E., Baronnet A., Pioche H., Merle MC.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 39	96
Audit de la distribution et du contrôle d'une dispensation journalière individuelle nominative centralisée	
Dumont N., Goulois S., Authier S., Fievet S., Male C., Vincent S., Carton I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 40	97
Ruptures de stock : importants impacts dans les services de soins et les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI)	
Pauliat E., Gaillard MA., Gosse N., Ducouret C., Marie-Daragon A., Courne de A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 41	98
Mise à disposition de nouvelles molécules antivirales d'action directe (NAAD) dans le traitement de l'hépatite C chronique : impact sur l'unité de rétrocession d'une pharmacie à usage intérieure (PUI)	
Houet S., Bertrand L., Eyvrard F., Bellon B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 42	99
Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) relatives au circuit du médicament dans les Hôpitaux De Jour (HDJ) de psychiatrie adulte	
Dupuis C., Landry A., Guyochet N., Gabriel-Bordenave C., Colombe M., Auclair V., Roberge C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 43	100
Etapes de l'instruction pharmaceutique d'une recherche biomédicale à promotion institutionnelle réalisée en ambulatoire	
Genevee T., Dupre C., Lehmann B., Tibi A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 44	101
Coup de chaud sur la chaîne du froid ? Résultats d'un audit du circuit des médicaments thermosensibles, de la réception au stockage dans les services	
Guillais A., Cadiou G., Chesneau F., Flechard JM., de Champs JM.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 45	102
Conception de fiches d'aide à la prise en ambulatoire des médicaments en essais cliniques à prise per os	
Gaillard M., Nardon A., Battery E., Looock T., Ghezzoul B., Ricard C., Parinaud AS., Gerbouin O., Grellet J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 46	103
Etiquettes standardisées pour les médicaments injectables préparés dans les services de soins : qu'en pensent les IDE ?	
Zecchini C., Petit C., Boucherle D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 47	104
Mise en place d'une surveillance des prescriptions de fluoroquinolones : efficacité à un an d'une action pluridisciplinaire dans un établissement MCO	
Chéreau J., Rocquain J., Allemand J., Virrion S., Regli A., Bosi C., Stolidi P., Dumazer-Carles C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 48	105
Evolutions réglementaires des modalités de transition du statut d'Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) à celui d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) : impact pour les Rétrocessions Hospitalières (RH)	
Jurado C., Watier M., Eyvrard F., Bellon B.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 49	106
L'héparine calcique, un médicament à prescrire à bon escient notamment dans un hôpital à forte activité gériatrique !	
Ballandras C., Rocquain J., Tramier B., Gallet S., Devetakov I., Roux E., Dumazer-Carles C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 50	107
Mise en place d'une gestion plein vide des spécialités présentes en unité de préparation des cytotoxiques (UPC)	
Veillet R., Bagel-Boithias S., Trevis S., Sautou V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 51	108
Production automatisée des doses à administrer (formes orales sèches) au sein de 4 établissements de santé bretons : quelles sont les non-conformités retrouvées ?	
Piriou T., Chacou-Leprince M., Partant C., Chantel S., Largeau R., Rey F., Piriou G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 52	109
Un an de suivi prospectif des indications : quel bilan dans notre établissement ?	
Petit C., Zecchini C., Menard I., Boucherle D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 53	110
La pharmacie à usage intérieur (PUI), prestataire de services : enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé	
Delaval C., Kresec O., Liedorp A., Rytter JL., Paziot P., Burde F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 54	111
Circuit des chimiothérapies : alors ? Satisfaits ?	
Rieu C., Aguerre C., Grenouilleau V., Chevalier A., Ferrari S., Ithurralde S., Laclau S., Jomier JY.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 55	112
Harmoniser l'étiquetage des préparations injectables : comment réussir ?	
Lisfi A., Fauque L., Laot G., Robert J., Teil J., Paulmier B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 56	113
Semaine sécurité patient : une meilleure communication pour plus d'attractivité au service du management qualité de la prise en charge du patient	
Vidal F., Lacaud F., Vincent C., Lasserre R., Lafitte M., Tondeur P., Gassie JY., Le Roux E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 57	114
Impact de la fusion de deux sites pharmaceutique d'une PUI sur la qualité de la dispensation nominale manuelle	
Chosalland F., Serre C., Martin OM., Cellier A., Bel Kamel A., Cazaubon Y., Goutelle S., Bourguignon L., Maire P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 58	115
Médicaments non référencés au livret thérapeutique de l'établissement : le circuit est-il conforme à nos attentes ?	
Devilliers M., Tiret I., Flamant T., Dick L., Devaux X., Dieu B., Doucet J., Varin R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 59	116
Surétiquetage des unités médicamenteuses : quel choix pratique et sécurisé pour sa mise en œuvre ?	
Musa R., Veyrier M., Benzengli H., Putrus R., Léglise P., Huchon-Bécel D.	

Dispositifs médicaux et stérilisation

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 60	117
Amélioration du bon usage des régulateurs de débit par la mise en place de dispositifs non gradués Leblanc A., Bourbon J., Koch A., Reitenbach S., Untereiner C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 61	118
Obtention d'une dérogation pour l'utilisation d'un dispositif médical sans marquage CE en trois jours ? Maulois-Auboin A., Josephson A., Diallo S., Bonan B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 62	119
Montages de ventilation mécanique invasive en réanimation : état des lieux et proposition de fréquences de changement des dispositifs médicaux les composant Decarout L., Ouvrier M., Destrumelle AS., Duret P., Quelard N., Levrat A., Berlioz J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 63	120
Achats de dispositifs médicaux : quelle place pour le développement durable ? de Courtivron C., Lemare F., Gaudin A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 64	121
Traçabilité des dispositifs médicaux implantables au bloc opératoire : un enjeu sanitaire et financier Luizard C., Dubret L., Pont A., Coret-Houbart B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 65	122
Essai d'un dispositif innovant pour le traitement des fistules anorectales Chasseigne V., Le Gall T., Favier M., Simon C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 66	123
Proposition d'une méthodologie de mesure des unités d'œuvre en vue de l'imputation de l'activité de stérilisation dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Arnoux LA., Grunwald N., Jacob C., May I., Demoré B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 67	124
Comment rompre le dogme du régulateur de débit ? Mise en place de formations courtes au sein des services de soins Dubois S., Le Reste C., Le Du I., Cogulet V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 68	125
Sécurisation des aiguilles pour l'injection et la préparation : quel impact en pédiatrie ? Randuineau P., Vincourt V., Escalup R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 69	126
Evaluation de bon usage d'un dispositif médical implantable en sus de la tarification à l'activité : l'implant pour stérilisation tubaire ESSURE® Raynaud S., Cubertafond C., Laborie I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 70	127
Etude pour le référencement d'endoprothèses urétérales multilongueurs en urologie Rousseaux G., Drancourt P., Aubert J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 71	128
Passage 100 % à l'Usage Unique pour les sets de suture : optimisation et/ou surcoût ? Sainfort A., Chatillon F., Martelet S., Poulain C., Bourdelin M., Bontemps H.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 72	129
Externalisation ex-situ, in-situ ou ré-internalisation de la stérilisation ?	
Barbier A., Lancel M., Bialdyga F., Gallois A., Hego P., Poyet C., Floret E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 73	130
Evaluation de 2 nouveaux emballages en stérilisation : l'Ultra® et l'IntegraPak® de Amcor® SPS	
Nguyen S., Henneré G., Coret-Houbart B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 74	131
Formation du personnel hospitalier sur la prise en charge des escarres : création d'un support informatique d'autoévaluation des connaissances	
Rousseaux D., Bancourt T., Lefebvre A., Decourcelle C., Martellier F., Floret E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 75	132
Essai de passage à l'usage multiple de lames de scie utilisées en chirurgie orthopédique	
Théron F., Cubertafond C., Laborie I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 76	133
Etat des lieux sur l'utilisation des prothèses biologiques Strattice depuis leur référencement sur le CHU dans le traitement des cas complexes d'éventrations	
Méloux A., Escapoulade L., Riou S., Palot JP., Renard Y., Hettler D., Frances C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 77	134
La thérapie par pression négative (TPN) : impact économique du respect du bon usage	
Guyot P., Lалуque B., Delaborde L., Boïko-Alaux V., Sautou V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 78	135
Evaluation médico-économique de la mise en place du micro perfuseur Saf-T-Intima® dans un service de gériatrie	
Chéreau J., Noël M., Metz V., Rognon A., Chochoi N., Coquet E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 79	136
Evaluation du double ballonnet pour maturation du col utérin : état des lieux depuis son référencement au sein d'un service de gynéco-obstétrique	
Lelievre B., Devos C., Mutombo M., Desaintfuscien E., Bonenfant C., Guenault N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 80	137
Réalisation d'une cartographie des risques du processus de reconstitution des plateaux opératoire dans une unité de stérilisation	
Alpy M., Faoro B., Cantoni J., Marhuenda Y.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 81	138
Retour sur la mise en application de l'instruction n° DGS/RI3/2011/449 à l'échelle nationale	
Henny F., Jolly C., Meyer V., Schwarzenbart M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 82	139
Rationalisation de l'utilisation des câbles d'électrophysiologie en cardiologie interventionnelle : des économies sont-elles possibles ?	
Noblot-Rossignol M., Guenfoudi MP., Martin L., Garnier N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 83	140
Pertinence de l'utilisation d'un dispositif sans aiguille pour reconstituer et prélever les médicaments cytotoxiques au sein d'une unité de reconstitution en pédiatrie ?	
Peyrilles E., Massot V., Le Guyader G., Storme T., Perrinet M.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 84	141
Traçabilité informatisée des dispositifs médicaux implantables : vers un meilleur suivi des recommandations de bon usage ?	
Escapoulade L., Riou S., Méloux A., Lafaurie M., Hettler D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 85	142
Prise en charge des stocks de dispositifs médicaux dans les services de soins par la pharmacie : intérêt de l'outil Interdiag	
Rousseaux G., Drancourt P., Boyer J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 86	143
Mise en place de connecteurs clos pour la fabrication des seringues d'azacitidine	
Gabriel L., Canton E., Tonnelier MP., Lauby V., Guarino V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 87	144
TPN : évaluation des pratiques dans un centre hospitalier polyvalent	
Caparros L., Viart H., Guillermet A., Rannou M., Hida H.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 88	145
Suivi des non-conformités dans le cadre de la sous-traitance de l'activité de stérilisation	
Vernet N., Pont E., Bertholat M., Essner MS.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 89	146
Thérapie par pression négative : évaluation des pratiques professionnelles dans une unité d'hospitalisation à domicile	
Fummi C., Rhalimi F., Desanglois A., Fumery D., Guillocheau E., Bresson-Raynaud I., Schmit B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 90	147
Intérêt d'une concertation médico-pharmaceutique dans l'introduction de la technique d'imagerie intra-coronaire par OCT dans un CH de 1 200 lits	
Roland C., Desbuquois AC., Liebbe AM.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 91	148
Ligature artérielle guidée par Doppler dans la prise en charge chirurgicale de la maladie hémorroïdaire : intérêt de la technique	
Roland C., Desbuquois AC., Liebbe AM.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 92	149
Audit de pratique sur l'utilisation des arbres à perfusion dans un service d'hôpital de jour d'hématologie clinique	
Martin A., Chedru-Legros V., Ollivier C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 93	150
Appels d'offres et matériovigilance : comment évaluer nos fournisseurs ? Données 2014	
Moynard J., Riche L., Fauvel A., Sellal KO.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 94	151
Sensibilité d'Inter Diag DM dans le suivi de la qualité du circuit des dispositifs médicaux stériles	
Benzengli H., Musa R., Putrus R., Veyrier M., Léglise P., Huchon-Bécel D.	
 Pharmacie clinique et pharmacocinétique	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 95	152
Les inhibiteurs de la pompe à protons : prévalence, indications, facteurs prédictifs du bon usage dans des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	
Guesdon N., Legardinier C., Saint Edward K., Marie C., Boyer N., Lacombe K., Kowalski V., Baudon M.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 96	153
Impacts de la conciliation médicamenteuse dans un service de médecine : diminution des erreurs d'anamnèses médicamenteuses	
Farbos F., Dalia E., Abadie A., Gautié L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 97	154
Intérêt de la conciliation médicamenteuse de sortie (CMS) dans la continuité du parcours de soin	
Masquin H., Leroy S., Fournier C., Defebvre R., Rasolofomamonjy J., Hamelin A., Lemerrier F., Tchangaikao S., Orhon S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 98	155
Utilisation de la Gabapentine dans les troubles du comportement liés aux maladies neurodégénératives	
Cotteret C., Legendre C., Tersen I., Beaussier H., Bezie Y.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 99	156
Le livret thérapeutique à l'origine d'un risque iatrogénique ?	
Gerard M., Baudoin A., Debryne AL., Malet D., Queuille E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 100	157
Evaluation de l'usage des facteurs de croissance granulocytaire dans un centre de lutte contre le cancer	
Picard A., Duban M., Schmitt A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 101	158
Bon usage des chimiothérapies per os : s'appuyer sur les acteurs de santé à l'hôpital et en ville !	
Coursier S., Chavanon M., Bourdelin M., Colomb C., Odier L., Bontemps H.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 102	159
Prise en charge du paludisme chez les migrants : expérience d'un centre hospitalier frontière	
Barus R., Danicourt F., Granry S., Janvier E., Feutry A., Bayekula J., El Mouden M., Battist F., Monard F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 103	160
Evaluation de la conformité de la prise en charge des neutropénies fébriles post-chimiothérapie et de l'impact sur la suite de la prise en charge du patient cancéreux	
Ameye T., Libessart M., Wanat S., Schmit B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 104	161
Création d'une grille stop and start d'aide à la décision dans la prescription des antibiotiques critiques	
Cotroneo I., Debarre C., Franceschi A., Provot S., de Bouët du Portal H., Lanoue MC.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 105	162
Revue de pertinence sur l'utilisation des carbapénèmes : troisième tour d'évaluation	
Kienlin AL., Talansier JL., Hermitte-Gandolière A., Robert C., Gustin B., Rondelot G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 106	163
Suivi pharmaceutique des prescriptions de l'entrée à la sortie des patients en service de médecine gériatrique	
Jandot E., Bel Kamel A., Buatier H., Elodie JB., Bonnefous JL.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 107	164
Conciliation médicamenteuse en sortie d'hospitalisation dans un service de médecine gériatrique : impact au sein de l'unité et auprès des médecins/pharmaciens de ville	
Ramon M., Terrier-Lenglet A., Marquant B., Pelloquin N., Devendeville A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 108	165
Automédication chez la femme enceinte : étude descriptive au service de gynécologie obstétrique de l'EPS Aziza Othmana	
Ben Brahim C., Razgallah Khrouf M., Khrouf M., Bouattour H., Turki M., Zhioua F.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 109.....	166
La démarche de déprescription en gérontopsychiatrie : un effort permanent face à une polymédication toujours présente	
Granat C., Schadler L., Calvet B., Pareaud M., Tallon E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 110.....	167
Evaluation des pratiques d'utilisation et d'administration de la nutrition parentérale dans les services de soin d'un centre hospitalier	
Le Borgne I., Vomscheid A., Collinot JP.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 111.....	168
Evaluation du bon usage du linézolide dans un centre hospitalier en France	
Bourbon J., Kara F., Untereiner C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 112.....	169
Faisabilité et impact d'une séance d'information thérapeutique sur les AVK délivrée par un externe en pharmacie chez des patients hospitalisés	
Baudon M., Breuil C., Fraboul M., Pham AD., Lacaze E., Bergot E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 113.....	170
Modification galénique des formes orales sèches : impact de la mise en place de mesures d'amélioration	
Grenouilleau V., Rey A., Faraggi L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 114.....	171
Carcinome hépatocellulaire et place de la chimioembolisation par microsphères chargées à la doxorubicine	
Castel C., Marfin H., Fohlen A., Chedru-Legros V., Breuil C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 115.....	172
Informatisation de la prescription médicamenteuse en pédiatrie : quelles problématiques rencontrées pour le paramétrage ?	
Fuss D., Monchablon C., Renard PY., Morichon E., Coquard A., Varin R., Dieu B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 116.....	173
Traitement par Xgeva® (dénozumab) : état des lieux des recommandations de prescription et de suivi des patients	
Chateaufvieux C., Cvitkovic F., Giard C., Ferry I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 117.....	174
Etat des lieux des prescriptions de psychotropes dans un centre hospitalier de soins de suite et de réadaptation	
Bel F., Carre E., Falquet B., Emery S., Costaz F., Luaute J., Rode G., Rioufol C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 118.....	175
Fiche de suivi pharmaceutique et analyse des prescriptions : un concept simple pour plus d'efficacité	
Leromain AS., Hellot-Guersing M., Jarre C., Derharoutunian C., Gadot A., Roubille R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 119.....	176
Cas d'une insuffisance rénale sous méthotrexate haute dose : utilisation du glucarpidase	
Rannou M., Bourget S., Liu J., Logerot S., Dufrene I., Hassan H.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 120.....	177
Analyse des prescriptions d'opioïdes forts dans un centre hospitalier régional	
Facchin C., Cadart H., Rolland E., Bensimon D., Thiriet L.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 121	178
Evaluation de l'utilisation des Céphalosporines de 3ème génération injectables	
Cadart H., Regnier-Gavier O., Thiriet L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 122	179
Antiémétiques en oncologie pédiatrique, place de l'aprépitant	
Henny F., Henn-Ménétré S., May I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 123	180
Pertinence et impact de l'analyse pharmaceutique : mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles	
Lars G., Merrien L., Inizan P., Mahe P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 124	181
Prise en charge de la constipation, état des lieux dans un centre hospitalier psychiatrique	
Leroux D., Courrège C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 125	182
Hépatites chroniques virales C : bilan de tolérance, d'efficacité, et modalités de dispensation des nouvelles thérapeutiques	
Gandois L., de Bortoli C., Antoni M., Isnard D., Tchang M., Bastia B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 126	183
Analyse de la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées : évaluation des pratiques professionnelles	
Loboda C., Vomscheid A., Dehove M., Maurer JN., Creusat C., Drouin O., Collinot JP.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 127	184
Supplémentation en fer per os : évaluation de la pertinence des prescriptions en EHPAD et USLD	
Campario H., Quillet P., Mongaret C., Maupoix A., Bonnet M., Hettler D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 128	185
Conciliation Pro-active en chirurgie : mise en place d'un guide pratique téléphonique	
Salamon T., Parinaud AS., Ricard C., Nardon A., Boyaux B., Bonjour E., Dessane B., Grouvel M., Pic A., Ledoux L., Krol-Houdek MC., Grellet J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 129	186
Infections urinaires en services de rééducation neurologique : bilan à 1 an de la mise en place d'indicateurs qualité de suivi des prescriptions d'antibiotiques	
Rehn C., Carre E., Falquet B., Jacquin-Courtois S., Bel F., Tixier F., Rode G., Rioufol C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 130	187
Conciliation médicamenteuse : comparaison des divergences non intentionnelles en médecine et chirurgie	
Damery L., Farbos F., Saliba L., Gautié L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 131	188
Gestion périopératoire des traitements chroniques : comment favoriser l'application de recommandations parfois méconnues ?	
Flatrès A., Muzard A., Fobe F., Augry-Guy F., Breuil C., Hecquard C., Baudon M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 132	189
Patients admis à la plateforme fragilité : analyse des prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées	
Recoche I., Lebaudy C., Cool C., Rouch L., Pomies S., Cestac P.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 133	190
Prescription de Carbapénèmes en gériatrie : état des lieux comparatif	
Recoche I., Lebaudy C., Rouch L., Farbos F., Chautant F., Pomies S., Cestac P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 134	191
Etude rétrospective des interventions pharmaceutiques sur les prescriptions de préparations d'anticancéreux injectables réalisées durant 4 années	
Wojcik A., Chourbagi C., Votte P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 135	192
Prescriptions médicales de patients en soins palliatifs dans un centre régional de lutte contre le cancer	
Brunet L., Dalban C., Dimartino C., Favier L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 136	193
Evaluation de l'efficacité et de la tolérance de patchs de capsaïcine en oncologie	
Cartier F., Pelloquin A., Babet C., Delorme T., Escalup L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 137	194
Renforcement des liens ville-hôpital : conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie	
Margueritte L., Renoud-Grappin M., Poizat L., Hellot-Guersing M., Kiledjian E., Leromain AS., Gadot A., Jarre C., Derharoutunian C., Roubille R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 138	195
Intervention pharmaceutique : comment optimiser la communication selon le type de séjour ?	
Devos C., Landouzy M., Desaintfusien E., Mutombo M., Bonenfant C., Guenault N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 139	196
Sachets de larves de mouche : état des lieux des pratiques de prescription et d'administration d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) en service de dermatologie d'un CHU	
Le Gall T., Guirriec AS., Kinowski JM.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 140	197
Prémédication par la mélatonine avant un EEG : analyse des pratiques dans un hôpital pédiatrique	
Ferréol L., Fratta A., Morand K., Vermersch AI., Benoit G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 141	198
L'acénocoumarol, spécialité quadrisécable en conditions réelles d'utilisation : qu'en est-il vraiment ?	
Abbassi A., Ben Jeddou K., Fradi I., Hasni N., Soussi M., Ouahchi Z.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 142	199
Bon usage de la Fidaxomicine : étude rétrospective des premières prescriptions aux rétrocessions d'un CHRU	
Quintard A., Guitart C., Terrail N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 143	200
Prévention de la bronchiolite à VRS chez le nouveau-né à risque : impact de la mise en place d'une plateforme téléphonique sur l'observance	
Rouzé H., Chatenet FT., Bernard L., Boyer A., Sautou V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 144	201
Réunions de concertation pluridisciplinaire dans l'hépatite C : nouvelles thérapeutiques et interactions médicamenteuses	
Colnot M., Loue C., Riachi G., Gorla O., Donnadieu N., Varin R.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 145	202
Informatisation du circuit du médicament : pertinence d'une présence pharmaceutique quotidienne en période de post-déploiement	
Sémély D., Cool C., Chautant F., Bachelet B., Wagner S., Cestac P., Duhalde V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 146	203
Solutions buvables : un seul dispositif d'administration ?	
Sharabi M., Guinot C., Schocher E., Bloch V., Barreteau H.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 147	204
Rôle et retombées du pharmacien : analyse descriptive des publications du pharmacien hospitalier et clinicien depuis 1990	
Leroux A., Guérin A., Lagrange F., Bussièrès JF.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 148	205
Prescription d'Argatroban et de Danaparoïde : quelles pratiques au sein des services de soins intensifs ?	
Delevallée L., Quillet P., Mongaret C., Montreuil G., Bonnet M., Hettler D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 149	206
Ecraser un comprimé, ouvrir une gélule : quels impacts pour le patient ?	
Campario H., Mongaret C., Quillet P., Bonnet M., Hettler D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 150	207
Que connaissent les soignants sur les anticoagulants oraux directs ?	
Joret-Descout P., Maulvaut L., Bonnevie L., Sturma-Deman AL., Dufeu K., Orianna M., Payen C., Bohand X.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 151	208
Bilan d'une année d'interventions pharmaceutiques en EHPAD-USLD	
Mongaret C., Quillet P., Bonnet M., Hettler D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 152	209
Utilisation systématique du Mesna : risque iatrogène évitable	
Voyron M., Faure R., Malagutti F., Juillard L., Pivot C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 153	210
Efficacité d'un traitement par canakinumab, anticorps anti-interleukine 1β, chez une patiente atteinte de Fièvre Méditerranéenne Familiale (FMF) sévère et résistante	
Serres O., Cerutti D., Ayach L., Rosant D., Roch-Torreilles I., Riviere S., Rambourg P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 154	211
Analyse pharmaceutique et optimisation des ordonnances de sortie dans un service de maladies infectieuses : bilan après 2 mois	
Lagalle M., Legendre B., Davido B., Lagrange A., Villart M., Bouchand F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 155	212
Réunions de concertation pluridisciplinaire dans l'hépatite C : quels rôles pour le pharmacien ?	
Colnot M., Savary P., Riachi G., Gorla O., Mourez T., Donnadiou N., Varin R., Dieu B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 156	213
Mise en place d'un plan de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée en risque de perte d'autonomie (PAERPA) en milieu hospitalier	
Egot M., Roger A., Tywoniuk MH., Hanot R., Fabianek A., Luyckx M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 157	214
Revue de littérature du rôle et des retombées du pharmacien en oncologie	
Billaux M., Bussièrès JF.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 158.....	215
Prise en charge des patients sous anticoagulants oraux : intérêt d'une présence pharmaceutique en cardiologie	
Rebstock C., Quillet P., Mongaret C., Bonnet M., Hettler D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 159.....	216
Etude rétrospective portant sur la réintroduction du trastuzumab IV chez des patientes atteintes d'un carcinome mammaire métastatique HER2+	
Genevee T., Pariscoat G., Lortal B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 160.....	217
Proposition d'une stratégie thérapeutique dans le traitement de l'insuffisance surrénalienne induite par l'association fluticasone/ritonavir	
Toubal S., Langlet S., Jambon J., Ayach L., Roch-Torreilles I., Rosant D., Rambourg P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 161.....	218
Utilisation de la lidocaïne intraveineuse (IV) en chirurgie abdominale : mise en place d'un protocole d'administration et évaluation de la tolérance	
Ayach L., Coisel Y., Ponrouch MP., Rosant D., Roch-Torreilles I., Jaber S., Rambourg P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 162.....	219
Analyse des consommations en immunoglobulines polyvalentes intraveineuses (IgIV) pour optimiser leur utilisation dans un contexte de tension en approvisionnement	
Hospice F., Julians G., Michel F., Jacquens Y.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 163.....	220
Evaluation des prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez le sujet âgé en gériatrie	
Calixte E., Fagour AE., Hospice F., Cesari C., Casimir M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 164.....	221
Mise en évidence des incompatibilités médicamenteuses dans un service de réanimation polyvalente adulte	
Lançon S., Nollet A., Calesse A., Delerue V., Laffont C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 165.....	222
Efficacité de la fidaxomicine en cas de récives ou de formes compliquées d'infections à Clostridium difficile	
Toubal S., Ayach L., Langlet S., Jambon J., Rosant D., Roch-Torreilles I., Rambourg P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 166.....	223
E-learning comme outil de formation sur la prise en charge médicamenteuse : retour après un mois	
Picard A., Leroy B., Renzullo C., Coutet J., Penaud JF.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 167.....	224
Suivi biologique des anticoagulants oraux : la simplification annoncée par l'arrivée des anticoagulants oraux directs est-elle réellement gage de bon usage ?	
Pouyaban C., Serres O., Charra M., Davy JM., Douet MC.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 168.....	225
Infarctus du myocarde (IDM) et éducation thérapeutique : évaluation des informations données aux patients à leur sortie d'USIC	
Ravonimbola R., Doutrelant L., Lachaise Machet M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 169.....	226
Pertinence de l'analyse pharmaceutique des prescriptions : validation médicale d'une liste d'interventions pharmaceutiques pré-codifiées dans le logiciel de prescription	
Rocquain J., Ballandras C., Gallet S., Devetakov I., Dumazer-Carles C.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 170.....	227
Utilisation de l'ustekinumab dans la maladie de Crohn : efficacité et tolérance	
Jambon J., Toubal S., Langlet S., Ayach L., Rosant D., Altwegg R., Roch-Torreilles I., Pageaux GP., Rambourg P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 171.....	228
Rituximab : quel schéma pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde	
Talineau Y., Quillet P., Mongaret C., Bonnet M., Hettler D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 172.....	229
Recommandation Temporaire d'Utilisation du Baclofène dans l'alcoololo-dépendance : état des lieux des prescriptions dans un centre hospitalier spécialisé en santé mentale	
Parinaud AS., Leclere A., Egron A., Caty-Villa C., Parneix-Sédiey L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 173.....	230
Application du concept de doses standard arrondies au cisplatine	
Zerbit J., Menard C., Sigward E., Faure P., Madelaine I., Jourdan-Desrayaud N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 174.....	231
Plan d'action global sur la prise en charge de l'infection urinaire chez l'adulte (hors femme enceinte) : du dépistage à l'antibiothérapie	
Charra F., Molina C., Bourne C., Laleuf A., Bergheau F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 175.....	232
Bon usage des neuroleptiques chez les patients Alzheimer ou apparentés : après les EHPAD, une seconde évaluation des pratiques professionnelles en soins de suite et médecine gériatrique	
Robert J., Paineau L., Babinet A., Lisfi A., Lemasne E., Corvaisier M., Magne S., Teil J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 176.....	233
Efficience des prescriptions de paracétamol injectable : l'infirmier a son rôle à jouer !	
Ballandras C., Rocquain J., Pons I., Delom C., Noceto P., Dumazer-Carles C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 177.....	234
Antibiothérapie intraveineuse : que se passe-t-il en ville ?	
Diamantis S., Picard M., Jidar K., Chakvetadze E., Lecapitaine AL., Bertrand G., Cherrier P., Camus M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 178.....	235
Le Cabazitaxel : évaluation de la tolérance et de l'efficacité d'un agent antinéoplasique à partir d'une série de dix-huit cas	
Abdaoui A., Houbert A., Routier S., Kanaan M., Youssef A., Dris N., Garidi R., Souchet C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 179.....	236
La concentration résiduelle de vancomycine est-elle un bon prédicteur de l'aire sous la courbe ?	
Bel Kamel A., Cellier A., Cazaubon Y., Bourguignon L., Goutelle S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 180.....	237
Education thérapeutique : apprendre en s'amusant !	
Lehmann L., Bondon AC., Nivel V., Deschamps N., Mac Namara E., Floret C., Laffont C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 181.....	238
Impact d'actions d'information sur la prescription des IPP en gériatrie	
Serre C., Cazaubon Y., Cellier A., Bel Kamel A., Bourguignon L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 182.....	239
Intérêt de la collaboration médecin – pharmacien dans la conciliation médicamenteuse en rhumatologie	
Almeida M., Gosse N., Gaillard MA., Marie-Daragon A., Bertin P., Cournede A.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 183	240
Incidence de la dénutrition chez la personne âgée hospitalisée en long séjour gériatrique	
Bel Kamel A., Khayi F., Cellier A., Bourguignon L., Goutelle S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 184	241
Analyse des prescriptions de Sofosbuvir : respect des indications, efficacité et tolérance	
Mazon M., Delzor F., Gaillard MA., Loustaud-Ratti V., Marie-Daragon A., Courne de A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 185	242
Bon usage de la vitamine K dans des services de médecine : mythe ou réalité ?	
Ayachi H., Levillain JP., Andich M., Benhammouda A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 186	243
Evaluation de la qualité de la prescription de sortie des sages-femmes	
Waton K., Raynaud L., Beuzit K.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 187	244
Intérêt du double contrôle des piluliers dans le cadre de la dispensation journalière individuelle et nominative (DJIN) en rhumatologie	
Almeida M., Pauliat E., Gaillard MA., Marie-Daragon A., Bertin P., Courne de A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 188	245
Mésusage de la Griséofulvine : étude de deux cas de nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Steven Johnson et de Lyell)	
Kerrad I., Leguern A., Oehler E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 189	246
Etude de faisabilité de l'observance du traitement en temps réel des médicaments en essais cliniques	
Plessis C., Rougeot J., Francois C., de Vinzelles MA., Girol B., Marie-Daragon A., Renon-Carron F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 190	247
Conciliation médicamenteuse à l'entrée des patients en chirurgie : bilan à 2 mois	
Akcora L., Mabs N., Cloitre F., Bultey E., Fatahine C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 191	248
Les prescriptions inappropriées en pédiatrie : états des lieux, alternatives et perspectives d'amélioration des pratiques professionnelles	
Nguyen S., Guerriero E., Storme T., Bourdon O.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 192	249
Cas d'une prise en charge particulière de porphyrie hépatique traitée par hémine humaine	
Bessone M., Spadoni S., Vonesch MA., Mullot H., Guevel C., Beranger C.	
Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 193	250
Les promoteurs institutionnels appliquent-ils la grille des surcoûts pharmaceutiques liés à la gestion des essais cliniques par la PUI ?	
Collignon M., Brousseau A., Darsonval A., Daniel V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 194	251
Implants de renfort de paroi biologiques : analyse médico-économique après plus de trois ans d'utilisation	
Chasseigne V., Jacquemoire J., Simon C., Favier M.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 195	252
Evaluation médico-économique du choix de la stratégie médicamenteuse par un curare au long cours chez les patients en réanimation : cisatracurium versus atracurium	
Piot B., Augry-Guy F., Baudon M., Daubin C., Fischer MO., Hecquard C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 196	253
Gestion Régionale des Antidotes et Médicaments d'Urgence : une nécessité !	
Breuil C., Muzard A., Baudon M., Bougle C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 197	254
Référencement du chorydrate de chloroprocaine dans un centre hospitalier général : étude médico-économique	
Maison O., Leymonie C., Mouterde AL., Bourdelin M., Coursier S., Berthonnaud E., Fatah D., Bontemps H.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 198	255
Evaluation multicentrique du financement des surcoûts pharmaceutiques liés à la gestion des essais cliniques	
Benoit P., Bernard L., Pare M., Castet-Nicolas A., Honore S., Barin B., Boddaerts S., Caturla L., Daniel V., Pivot C., Renon-Carron F., Thielemans B., Conférence des Pharmaciens de CHU groupe Essais Clin	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 199	256
Ruptures d'approvisionnement de médicaments : état des lieux sur 3 ans – Impact financier dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU)	
Tching-Sin M., Roche M., Noël M., Malka M., Ferrato L., Debeuret C., Lambert M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 200	257
Optimisation de la logistique des réceptions de commande	
Petit O., Vantghem C., Pelloquin N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 201	258
Utilisation des concentrés de fibrinogène dans le traitement des hémorragies du post-partum : impacts économiques et médicaux	
Gaillard MA., Jost J., Vincelot A., Nathan N., Delhoume M., Ratsimbazafy V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 202	259
Etude comparative des surcoûts des essais cliniques au sein de Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) d'un centre de lutte contre le cancer et d'établissements publics de santé en France	
Chaigneau A., Demirdjian S., Lemare F., Pinel S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 203	260
Mise en place de la facturation des traitements de l'hépatite C à l'Assurance Maladie : vers une meilleure prise en charge des patients en milieu pénitentiaire ?	
Quintard A., Terrail N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 204	261
Les surcoûts pharmaceutiques hospitaliers des essais cliniques : une grande différence en fonction du type de promoteur. Exemple de 2 études	
Mutte FA., Joyeux-Faure M., Foroni L., Bedouch P., Allenet B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 205	262
Evaluation de la prescription du voriconazole dans un centre national de greffe de moelle osseuse	
Ben Tkhayat H.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 206	263
Quel inhibiteur de la pompe à protons dans l'hémorragie digestive ?	
Delabre J., Schiettecatte S., Le Joubioux P., Real L.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 207	264
Fentanyl par voie nasale : flacons monodose ou multidoses ?	
Gosse N., Gaillard MA., Marie-Daragon A., Courne de A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 208	265
Evaluation pharmaco-économique des reprises de médicaments rétrocédables, médicaments sous Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) et médicaments périmés au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU)	
Arnaud A., Ferrand AL., Eyvrard F., Darras A., Durand MC., Tourel J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 209	266
Analyse pharmaco-économique de minimisation des coûts pour un set d'anesthésie péridurale	
Thérin J., Devos M., Kalimoutou S., Rémy E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 210	267
Anticipation des chimiothérapies dans une unité de reconstitution des chimiothérapies : intérêt économique et analyse de minimisation des coûts	
Faye K., Menard ML., Meunier F., Torner-Aupeclé P., Clément I., Verry A., Pool PPH URC (Beaudot-Godignon-Lapie-Le Gourrierec-Van Meerveld)	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 211	268
Sofosbuvir et hépatite C : analyse médico-économique	
Delzor F., Mazon M., Gaillard MA., Loustaud-Ratti V., Weinbreck P., Marie-Daragon A., Courne de A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 212	269
Conditionnement unitaire, un critère de choix onéreux dans un appel d'offre régional ?	
Thorel M., Herlin C., Schmit B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 213	270
Utilisation du microcosting pour estimer l'impact économique d'une innovation	
Prévost N., Roussel A., Lande G., Grimandi G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 214	271
Trastuzumab sous-cutanée : état des lieux quatre mois après le référencement	
Robert L., Badibouidi F., Vaissie A., Toublet FX., Verbrigghe C., Morice S., Pitre C.	
 Préparation et contrôles	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 216	272
Evaluation pratique du personnel d'une unité de reconstitution de chimiothérapie	
Pagani M., Bertucat H., Rull-Espagnol F., Tavernier J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 217	273
Etude de la stabilité du 99mTc-VASCULOCIS® en seringue	
Maulois-Auboin A., Madar O., Blondeel S., Fouque J., Lokiec F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 218	274
Préparations hospitalières versus préparations magistrales : optimisation réelle ?	
Jouhanneau E., Maulois-Auboin A., Roux C., Sauvageon-Martre H., Faure P., Jourdan-Desrayaud N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 219	275
Evaluation de la décontamination de surface du matériel avant transfert dans une zone à atmosphère contrôlée de classe A	
Darricau B., Filali S., Bretagnolle C., Salmon D., Diouf EH., Tall ML., Pivot C., Pirot F.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 220	276
Impact de la centralisation de la préparation de defibrotide pour le service d'héματο-oncologie pédiatrique	
Fuss D., Hervouet C., Orsini C., Coquard A., Dieu B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 221	277
Etude de la stabilité du milieu de culture et des couches nourricières utilisés pour la production de médicaments de thérapie innovante-préparés ponctuellement (feuilletts épidermiques autologues)	
Abbassi N., Desanlis A., Carlier S., Pascal P., Thépot A., Auxenfans C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 222	278
Contrôle qualité des gélules de salbutamol destinées à un usage en pédiatrie	
Philipot MG., Richard C., Bordenave J., Benoit G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 223	279
Mise en place de tests d'étanchéité des isolateurs de préparation des chimiothérapies	
Mourad MC., Burde F., Lebecque M., Glavieux A., Hettler D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 224	280
Evaluation de la contamination chimique lors de la préparation des anticancéreux injectables. Mise en place d'un test à la quinine	
Macaigne H., Mourad MC., Burde F., Hettler D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 225	281
Validation d'une méthode de dosage indicatrice de stabilité de l'oxacilline sodique par Chromatographie Liquide Haute Performance	
Mekaoui F., Tall ML., Dhelens C., Diouf EH., Salmon D., Lenfant M., Pirot F., Pivot C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 226	282
Validation du lavage et de la désinfection des bouchons en chlorobutyl par un laveur désinfecteur	
Diouf EH., Fenioux C., Tall ML., Salmon D., Pirot F., Pivot C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 227	283
Etude de faisabilité de la préparation anticipée nominative des chimiothérapies anticancéreuses injectables à Doses Standards Arrondies (DSA)	
Horellou M., Boulet T., Soulet N., Surugue J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 228	284
Modalités de réalisation des patch-tests médicamenteux dans les établissements de santé	
Oubarhman S., Humbert P., Henn-Ménétré S., May I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 229	285
Evaluation des pratiques de reconstitution des médicaments injectables en service d'Hématologie Soins Intensifs (HSI)	
Chantemesse C., Ayach L., Leone-Burgos S., Roch-Torreilles I., Rambourg P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 230	286
Nutrition parentérale, transport et chaîne du froid	
Mercerolle M., Renan X., Bannie F., Lecarbonnel A., Descampeaux C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 231	287
Nutrition Parentérale Personnalisée : quels délais de la prescription à la livraison dans le service ?	
Besnard A., de Chevigny A., Philippe V., Baudon M., Hecquard C., Breuil C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 232	288
Transplantation de microbiote fécal : mise au point d'une nouvelle préparation	
Veillet R., Jouannet M., Aumeran C., Delaborde L., Scanzi J., Sautou V.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 233	289
Sécurisation de l'administration des chimiothérapies par arbres : problématiques rencontrées et retour d'expérience d'un centre hospitalier	
Basselin C., Jankowiak M., Laschinski B., Giraud J., Martin H., Moinard V., Gressier J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 234	290
Audit inter-régional sur le temps de mise à disposition des préparations de chimiothérapie au sein des unités de reconstitution des cytotoxiques	
Nevado E., Lagarde A., Princet I., Chevrier R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 235	291
Trastuzumab en injection sous cutanée : quels impacts ?	
Raturier M., Feïstl P., Lemoine D., Truet S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 236	292
Mise au point d'un dispositif d'étude biopharmaceutique des médicaments	
Salmon D., Diouf EH., Tall ML., Pivot C., Pirot F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 237	293
Impact du contrôle analytique des cytotoxiques en routine sur les pratiques de préparation : exemple des perfusions de vincristine	
Loboda C., Lider P., Vigneron J., May I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 238	294
Caractérisation des mélanges pulvérulents pour formes sèches : application à la production hospitalière de gélules de décontamination digestive sélective	
Grigorescu M., Bretagnolle C., Salmon D., Tall ML., Diouf EH., Pivot C., Pirot F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 239	295
Validation d'une méthode de dosage de l'Amphotéricine B par Chromatographie Liquide Haute Performance	
Kilic Z., Tall ML., Simon C., Lenfant M., Diouf EH., Salmon D., Pivot C., Pirot F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 240	296
Pureté radiochimique des préparations de médicaments radiopharmaceutiques : choix et validation d'une procédure dégradée	
Hosselet C., Brehon E., Pelloquin N., Lheureux N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 241	297
Retour des préparations de chimiothérapies non administrées : causes, impact, actions correctives	
Rusu T., Maidine-Chassin A., Hurgon A., Fouque J., Pelloquin A., Escalup L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 242	298
Rationalisation des préparations pour tests allergologiques au CHU	
Robineau C., Guignard MH., Pernot C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 243	299
Mise en place d'un test à la fluorescéine dans le cadre de la formation continue des manipulateurs de médicaments cytotoxiques	
Zecchini C., Khouri C., Durand M., Federspiel I., Foroni L., Lemoigne A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 244	300
Conditionnement unitaire en pharmacie hospitalière : quel est le prix à payer pour améliorer la sécurité des patients ?	
Jaubert S., Klos A., Langouet AM., Stoll E., Berthelin P., Villeneuve V., Camus M.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 245	301
Retour des préparations d'anticancéreux : analyse pharmaco-économique	
Gaihier C., Grenouilleau V., Rieu C., Aguerre C., Ferrari S., Jomier JY.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 246	302
Sécuriser la préparation des chimiothérapies anticancéreuses injectables : quel bilan après la fabrication de 2 140 préparations vidéo-contrôlées	
Dalifard B., Laplace M., Blancher CH., Le Franc B., Cadeac MA.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 247	303
Développement d'une suspension buvable gastro-résistante d'ésoméprazole à 5 mg/mL	
Waton K., Remoue A., Grignon C., Dupuis A.	
 Qualité, gestion des risques, vigilance	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 248	304
Comment sensibiliser les professionnels de santé aux risques médicamenteux ?	
Collart Dutilleul P., Vadot L., Probst M., Roncalez D., Demesmay K.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 249	305
Interruption des tâches : évaluation en unité de reconstitution centralisée	
Duquesne J., Wong F., Relieu M., Mirfendereski N., Ruitort S., Collomp R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 250	306
Habilitation à la conduite d'un automate de dispensation nominative de médicaments de formes orales sèches : mise en place d'un permis à points	
Pelletier JC., Mathiot I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 251	307
Myosite nécrosante auto-immune induite par les statines : cas chez un patient traité par atorvastatine	
Carlier C., Betton D., Gauquelin Y., Descloux E., Cazorla C., Fijalkowski C., Guillemin V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 252	308
Mise en place d'un audit sur la gestion des médicaments stupéfiants	
Heurté D., Tching-Sin M., Quillien C., Brunet C., Lenne F., Coste N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 253	309
Analyse critique de l'outil Diagnostic Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) : module Unités de Soins	
Ménage C., Lagrave AC., Guibert A., Durand A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 254	310
Prescription des Agents Stimulant l'Erythroïèse (ASE) : Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) régionale	
Chourbagi A., Prévost N., Rochais E., Ordronneau S., Rondeau F., Maupetit JC.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 255	311
Evènements iatrogènes liés au circuit des médicaments et des dispositifs médicaux : analyse d'un an de déclarations dans un CHU	
Martel A., Boy L., Massip P., Juillard-Condat B., Cestac P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 256	312
Mise en place d'un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) adapté aux rétrocessions et à la gestion des Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU) : méthodologie et bilan à six mois	
Mikolajczak AL., Eyvrard F., Houet S., Bellon B.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 257	313
Du compte qualité à la certification : évaluation de critères de la prise en charge médicamenteuse par la méthode du patient-traceur	
Granat C., Arnaud L., Carpenet-Guery H., Malard-Gasnier N., Roux-Laplagne A., Schadler L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 258	314
Intérêt et apport d'un CREX mensuel en stérilisation : bilan 6 mois après sa mise en place	
Dubois S., Dréno C., Pinvidic JL., Souchon J., Piriou G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 259	315
Prendre en compte l'impact environnemental des médicaments dans nos pratiques : l'indice PBT	
Taillefer C., Pohyer A., Armand S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 260	316
Prise en charge et Revue de Morbi-Mortalité (RMM) suite à un surdosage en 5-fluorouracile (5-FU)	
Danicourt F., Barus R., Granry S., Janvier E., Feutry A., Monard F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 261	317
Médicaments à risque : programme d'actions autour des ampoules de chlorure de potassium (KCl)	
Roger A., Berlemont P., Danielou A., Moquay E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 262	318
Fiche de liaison pluri-professionnelle ville-hôpital : étape-clé pour la continuité du parcours de soins de la personne âgée	
Giraud J., Thévenet M., Haddad R., Bruère I., Lévêque S., Mion M., Rieutord A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 263	319
Sécurisation et optimisation du parcours du patient concernant les injectables en pré et per opératoire	
Boursier A., Marne E., Lhors J., Le Joubioux P., Real L., Linxe E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 265	320
Chambre des erreurs : retour et partage d'expérience au sein d'un établissement de santé	
Rochereau F., Roussel G., Palak M., Allaire A., Jourdain C., Agha-Mir I., Bene L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 266	321
Un guide pour bien utiliser les injectables	
Flamme-Obry F., Rossi M., Lucas C., Queruau-Lamerie T., Tombelle S., Deswarte-Dewailly A., Danicourt F., Resibois JP.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 267	322
Evaluation multicentrique des prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés chez les sujets âgés	
Ferreira V., Agullo M., Rocquain J., Pellevoizin C., Grosse PY., Boronad C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 268	323
Activité de conciliation médicamenteuse : un intérêt également lors des transferts internes	
Schiettecatte S., Devos C., Landouzy M., Mutombo M., Bonenfant C., Guenault N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 269	324
Evaluation de l'étiquetage du conditionnement primaire des médicaments injectables	
Soussi MA., Razgallah Khrouf M., Ben Hamida A., Zmandar M., Hachicha I., Zaouali S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 270	325
Engagements des promoteurs vis-à-vis de la charte qualité des essais cliniques : qu'en est-il ?	
Khattar S., Dhelens C., Laleye D., Garcia M., Boursicot A., Jendrzeczak V., Pajot J., Pivot C.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 271	326
Réception et suivi des produits de santé à péremption courte en milieu hospitalier	
Slimani F., Brassier N., Astruc-Bellag A., Huet F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 272	327
Importance de l'implication du pharmacien dans la prise en charge des chutes en EHPAD	
Rey A., Renaud ML., Faraggi L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 273	328
Ecrasement des traitements : sécurisation d'une pratique à risque	
Devos C., Schiettecatte S., Mutombo M., Desaintfusien E., Bonenfant C., Guenault N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 274	329
Retour d'expérience d'une erreur d'administration médicamenteuse en oncologie.	
Association diffuseur et 5FU : danger de mort !	
Molinier A., Bassoua V., Vallat J., Sérée de Roch X.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 275	330
Instauration de warfarine en gériatrie : éducation des patients et renforcement du lien hôpital-ville via une messagerie sécurisée	
Maurand A., Qassemi S., Rouch L., Lebaudy C., Hennet MA., Recoche I., Vellas B., Cestac P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 276	331
Stockage des médicaments pour essais cliniques entre 2°C et 8°C : chambre froide ou réfrigérateur dédié ?	
Descombes L., Léau G., Manson J., Chambrud E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 277	332
Analyse régionale des prescriptions hors AMM de six anticancéreux	
Borel C., Breteau A., Henry N., Lefebvre-Caussin M., Doucet J., Monzat D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 278	333
Enquête sur l'aérosolthérapie par nébulisation dans un groupe hospitalier : l'élaboration d'un guide pratique à l'usage des soignants est nécessaire !	
Eychenne N., Jaouadi A., de Terline D., Fratta A., Laribe-Caget S., Baud F., Steichen O., Fernandez C., Antignac M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 279	334
Intérêt de la seringue pré-remplie de NaCl 0,9 % pour le rinçage des cathéters veineux périphériques : étude dans un Service d'Accueil des Urgences des adultes (SAU)	
Duwez M., Kotzki S., Detavernier M., Chevallier C., Calonego F., Paquier C., Mallaret MR., Bedouch P., Allenet B., Foroni L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 280	335
La « chambre des erreurs » : un moyen ludique de promouvoir la culture sécurité à l'hôpital	
Bialdyga F., Lancel M., Nachon P., Barbier A., Trivier JM., Decourcelle C., Floret E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 281	336
Sur-étiquetage : évaluation à 1 an et perspectives	
Lecuru M., Rouviere P., Thiriat N., Poullain S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 282	337
Retour sur l'expérience des Groupes d'Analyse de Pratiques dans la prévention des extravasations des produits de contraste	
Parinaud AS., Poignie L., Fache E., Gaihier C., Chastel A., Bonilla MA., Laurent F., Saillour-Glenisson F., Bertrand-Barat J.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 283.....	338
Explantation des implants dentaires : comment améliorer les déclarations à l'ANSM ? Bilan rétrospectif sur deux ans dans un établissement de soins	
Gaihier C., Roussely-Martin B., Ribas C., Quiévy-Macchioni A., Bertrand-Barat J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 284.....	339
Analyse des causes des explantations d'implants cochléaires	
Testas C., Bonnard D., Gaihier C., Ribas C., Quiévy-Macchioni A., Bertrand-Barat J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 285.....	340
Traitement des signalements de matériovigilance lié à l'utilisation des sutures et ligatures : bilan rétrospectif sur 2 ans et mise en place d'un arbre décisionnel d'aide à l'analyse	
Chastel A., Granier-Renard E., Ribas C., Quiévy-Macchioni A., Bertrand-Barat J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 286.....	341
Le dossier pharmaceutique est-il un bon outil pour les patients ambulatoires des Rétrocessions à l'hôpital ?	
Guitart C., Quintard A., Terrail N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 287.....	342
CREX : à propos d'un cas	
Astrid P., Barcelo C., Peus E., Duplissy E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 288.....	343
Certification en radiopharmacie : retour d'expérience	
Potdevin-Verdier J., Veran N., Gustin B., Ben Mahmoud S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 289.....	344
Semaine sécurité patients : pharmaciens au sein des unités de soins	
Barcelo C., Peus E., Duplissy E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 290.....	345
Chambre des erreurs : une approche ludique pour sensibiliser aux erreurs médicamenteuses	
Lebeschu M., Courtois H., Vincent C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 291.....	346
Evaluation des pratiques de préparation et d'administration de l'insuline	
Paysant C., Dell'ova M., Martin A., Scherrer J., Michel F., Gaucher S., Jacquens Y., Legris-Allusson V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 292.....	347
Sécurisation de l'administration des formes orales solides dans les unités de soins : évaluer pour améliorer !	
Gasperini M., Belmondo L., Doghmane F., Demichelis C., Lao S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 293.....	348
Gestion des traitements personnels médicamenteux à l'hôpital : état des lieux des pratiques dans un centre hospitalier universitaire	
Guérin A., Everard O., Paret A., Huquet A., Hamdar S., Dias S., Haddad R., Curatolo N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 294.....	349
Sortie du patient et prise en charge médicamenteuse : évaluation des pratiques de rédaction des comptes rendus d'hospitalisation	
Huquet A., Guérin A., Curatolo N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 295.....	350
Professionnels de santé en ville : quels outils pour l'accompagnement des patients atteints de cancer ?	
Gabriel L., Lauby V., Guarino V.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 296	351
Dispositifs Médicaux (DM), Médicaments (MED) et indicateurs d'activité des achats : un outil d'évaluation et de pilotage	
Bourdoncle M., Darras A., Castel-Molières M., Lafont J., Durand MC.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 297	352
Validation pharmaceutique des prescriptions : la prise en compte des interventions pharmaceutiques	
Deprez C., Georges V., Nowak C., Baudin I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 298	353
Analyse systémique d'un événement indésirable selon la méthode REMED en comité de retour d'expérience (CREX) : erreur d'administration liée à une mauvaise identification du médicament	
Henry CH., Dahan E., Jeorghenthun S., Rau A., Mayer P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 299	354
Utilisation des non-conformités comme indicateur qualité en radiopharmacie ?	
Verrey AS., Martinez D., Smadja C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 300	355
Infestation par punaises de lit en hôpital psychiatrique : détecter, éradiquer, prévenir	
Auclair V., Vaudoré C., Lépy F., Guyochet N., Colombe M., Gabriel-Bordenave C., Barbier D., Roberge C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 301	356
Création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Pharmacie inter établissements : analyse de risque a priori sur la délivrance et l'approvisionnement de médicaments dans un service de médecine situé à 25 km de la pharmacie	
Krug S., Richard AL., Orvain M., Jossomme J., Marie M., Dufour J., Chérel A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 302	357
Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) du baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance : revue d'utilisation sur une période d'un an dans un hôpital psychiatrique	
Penfornis S., Jean A., Berthet F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 303	358
Evacuation en urgence d'un centre pénitentiaire : intérêt de la conciliation médicamenteuse	
Delbende E., Taurin S., Tiret I., Dufour M., Doucet J., Varin R., Dieu B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 304	359
Activité de l'interne en pharmacie pour "booster" la pharmacovigilance	
Gantois E., Giraud J., Bigot P., Coupé P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 305	360
Qualification des chambres froides d'une pharmacie hospitalière	
Aliat Z., Attjioui H., Ahid S., Cherrah Y.	
INDEX DES NOMS DES AUTEURS	361
INDEX DES ETABLISSEMENTS	375
INDEX DES MOTS-CLES	378

COMMUNICATIONS ORALES

HOIPHARM REIMS 2015

Circuit du médicament et pharmaco-économie

COMMUNICATION ORALE N° 1

Titre :

Optimisation de la gestion des retours des médicaments provenant des unités de soins

Auteurs :

Binet A. ⁽¹⁾, Aubry A. ⁽¹⁾, Basso Boccabella R. ⁽²⁾, Jacquemoire J. ⁽¹⁾, Kowalewski A. ⁽¹⁾, Ech-Chaouy A. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Hôpital Maillot, Briey

⁽²⁾ Service informatique, CHR Metz-Thionville, Metz

Résumé :

Introduction :

La gestion des retours de médicaments non consommés dans les unités de soins représente une problématique quotidienne pour les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI). Malgré des bénéfices financiers certains, cette gestion est consommatrice en ressources humaines (Préparateur en Pharmacie Hospitalière, PPH) et représente aussi un coût qu'il convient d'optimiser. L'objectif de ce travail est de déterminer le prix unitaire des médicaments en dessous duquel il n'est plus rentable économiquement de traiter le retour.

Matériels et méthodes :

Nous avons déterminé le temps moyen de traitement par un PPH de chaque ligne de retour de médicament. Ce temps comprend le tri des retours, la saisie manuscrite sur une fiche de traçabilité, la saisie informatique dans notre logiciel ainsi que la remise en stock. Plusieurs limites de prix ont été testées : 5, 10, 20, 30, 40 centimes d'euro (cts). L'étude a été menée sur 3 mois. Pour chaque simulation, la valeur des médicaments retournés, le temps PPH et le coût engendré ont été calculés. L'indicateur principal est le gain total. Il est égal à la valeur des médicaments retournés à laquelle on ajoute le coût PPH économisé, de cette somme est ensuite déduite le coût de traitements des retours.

Résultats :

Le coût horaire moyen d'un PPH est estimé à 20,31 €, charges patronales comprises, selon la direction des ressources humaines de notre établissement. Le temps moyen de traitement est de 2,16 minutes par ligne de retour. La somme brute récupérée sur 3 mois est de 8 644 € pour 2 227 lignes de retours traitées. Le traitement de ces retours dans leur intégralité a nécessité 80 heures de temps PPH soit 1 628 €. Le gain réel total calculé est ainsi de 7 016 €. Les simulations à 5, 20, 30 et 40 cts donnent respectivement des gains totaux de 7 390 €, 7 372 €, 7 076 € et 6 841 €. L'option à 10 cts permet le gain total le plus élevé avec 7 620 €. Cette option permet de diminuer de 40 % (n = 32h) le temps PPH sur la gestion des retours avec un gain net financier de 9 % (n = 604 €) par rapport à un traitement complet des retours.

Discussion :

Traiter l'ensemble des retours n'est donc pas rentable. En dessous d'un prix unitaire de médicament de 10 cts, il n'est plus économiquement avantageux de traiter les retours dans notre établissement. Désormais, les médicaments ayant un prix inférieur à 10 cts ne seront plus traités par la PUI ce qui permettra de redéployer les préparateurs sur d'autres activités et aussi de sécuriser le circuit du médicament.

Mots-clés :

Médicaments, Analyse des coûts, Retours

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Apport de la simulation en milieu hospitalier : faisabilité de la Dispensation Journalière Individuelle Nominative Automatisée

Auteurs :

Royer J.*⁽¹⁾, Pfalzgraf S.⁽²⁾, Pinon V.⁽¹⁾, Sautou V.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

⁽²⁾ Pharmacie, Hôpital Pasteur, Colmar

Résumé :

Introduction :

Dans un environnement économique contraint, choisir entre différentes possibilités organisationnelles et technologiques pour faire évoluer une structure s'avère difficile. Les décideurs sont donc demandeurs d'outils leur permettant d'anticiper les conséquences de leurs choix, surtout dans le monde hospitalier où de tels dispositifs sont rares. C'est le cas des pharmaciens hospitaliers, dont les pharmacies à usage intérieur (PUI) sont en pleine mutation. Nous avons donc conçu un outil d'aide à la décision modélisant une PUI générique et simulant différents fonctionnements envisageables. Nous illustrerons son utilisation par un exemple concret : pour mettre en place la Dispensation Journalière Individuelle Nominative Automatisée (DJINA), quel est l'équilibre optimal entre : l'effectif pharmaceutique assurant la validation, le niveau d'analyse des ordonnances, la capacité de production du robot et le nombre de lits ainsi gérés ?

Matériels et méthodes :

L'outil est conçu avec le logiciel Simio® et alimenté par des centaines de lignes de prescription extraites des services déjà informatisés ; il est possible de fixer des paramètres d'entrée tels que l'effectif pharmaceutique et le nombre d'heures consacrées à l'analyse d'ordonnance par pharmacien et par jour, le pourcentage de prescriptions analysées en niveau 1, 2 ou 3, la capacité de production du robot, etc. ; de faire tourner le modèle en faisant varier les nombres de prescriptions/service, les nombres de lignes/patient et d'obtenir la meilleure répartition horaire des pharmaciens tout au long de la journée et le pourcentage maximal de service pouvant fonctionner ainsi.

Résultats :

Pour notre structure, sur 1 400 lits de Médecine Chirurgie Obstétrique, 1 100 sont éligibles pour la DJINA. En fixant, parmi les nombreux paramètres, l'effectif pharmaceutique de 15 valideurs à raison de 2h par jour, la part de nouvelles prescriptions à analyser quotidiennement de 88 %, la capacité de production du robot à 1 500 doses/h, la part des lits pouvant fonctionner en DJINA est de 34 %, correspondant à 375 prescriptions sur 1 100, validées et préparées à 14h. Au-delà, les prescriptions s'accumulent et ne sont pas préparées à temps. Notre outil permet d'obtenir la répartition optimale des valideurs suivant trois créneaux horaires : 4 de 8h à 10h, 6 de 10h à 12h et 5 de 12h à 14h. Pour couvrir 50 % des lits, 6 valideurs supplémentaires seraient nécessaires de 14h à 16h.

Discussion :

La simulation porte ici sur la DJINA mais la PUI générique modélisée permet de tester d'autres circuits : système plein-vide, dispensation globalisée, etc. voire de les combiner.

Mots-clés :

Simulation numérique, Pharmacie d'hôpital, Supports à la décision

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Lutter contre l'utilisation des abréviations lors de la rédaction d'ordonnances

Auteurs :

Ballandras C.⁽¹⁾, Drancourt P.⁽²⁾, Atkinson S.⁽²⁾, Bussi eres JF.*⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

⁽³⁾ Département de pharmacie, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

Résumé :

Introduction :

Pour sécuriser la prise en charge des patients, la lutte contre l'utilisation des abréviations qui ne doivent pas être utilisées est une priorité organisationnelle requise selon Agrément Canada. En effet, l'interprétation erronée des abréviations au sein des ordonnances peut entraîner des erreurs d'omission, des doses supplémentaires ou inadéquates, l'administration du mauvais médicament, ou son administration par la voie inadéquate. Depuis une dizaine d'années, une liste des abréviations à ne pas utiliser a  t e validée par le comité de pharmacologie de notre établissement. Dans un audit menée en 2011, 23 % d'un échantillon de 359 ordonnances comportaient des abréviations interdites. Cette étude a pour objectif de faire un état des lieux de l'utilisation des abréviations lors de la rédaction d'ordonnances de médicaments en 2014.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale. Elle a  t e réalisée dans un centre hospitalier universitaire de 500 lits avec ordonnances manuscrites. Toutes les ordonnances de médicaments du 17 juin 2014 ont  t e extraites à partir du dossier numérisé. Une assistante de recherche a recensée toutes les abréviations et calculée la proportion d'abréviations interdites.

Résultats :

Des 746 ordonnances extraites, 5 % (38/746) comportaient une abréviation. En ordre décroissant d'importance, les quatre plus fréquentes étaient : noms de médicaments (49 % ; n = 18), SC au lieu de sous-cutané (24 % ; n = 9), UI au lieu d'unités (8 % ; n = 3), ug au lieu de mcg (8 % ; n = 3). Ces résultats ont  t e présentés lors de la journée annuelle de gestion des risques en novembre 2014 incluant la remise aux professionnels de santé d'une brochure sur la liste des abréviations qui ne doivent pas être utilisées. Une vidéo de quatre minutes a  t e produite et diffusée en ligne à tout le personnel médical et soignant, incluant la traçabilité de visionnage.

Discussion :

Selon Agrément Canada, l'utilisation des abréviations dans la rédaction d'ordonnances peut-être à l'origine de certaines erreurs médicamenteuses. Notre étude montre qu'il est possible de réduire l'utilisation d'abréviations interdites dans la rédaction d'ordonnances de médicaments et de sécuriser la prise en charge médicamenteuse.

Mots-clés :

Ordonnances médicamenteuses, Agrément de médicament, Audit gestion

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Permission de sortie et sécurité de la prise de médicament : comment améliorer la compréhension des patients ?

Auteurs :

Veyrier M., Benzengli H., Putrus R., Musa R., Léglise P.*, Huchon-Bécel D.

Pharmacie, APHP - Hôpital Joffre-Dupuytren - Henri-Mondor, Draveil

Résumé :

Introduction :

Lors d'une permission de sortie, le patient reçoit de l'hôpital les médicaments et un document correspondant souvent inadapté pour la prise à domicile (support informatique à l'usage des soignants). Notre hôpital de gériatrie fait sortir en permission environ 15 patients par semaine. Le document imprimé est appelé « traitement en cours » (TEC) et est tiré du logiciel de gestion du patient Actipidos®. Notre étude consiste à analyser les risques d'iatrogénèse à domicile suscités par le TEC, à rédiger un guide de lecture (GDL) permettant une meilleure compréhension du TEC et à évaluer l'utilité du GDL.

Matériels et méthodes :

Notre étude a été réalisée en 3 étapes : analyse des risques AMDEC d'iatrogénèse suscités par le TEC ; réalisation d'un GDL en fonction des résultats de l'AMDEC et d'un document « plan de prise » (PDP) vierge servant à la retranscription des prises médicamenteuse par l'utilisateur en fonction du TEC ; évaluation de la compréhension, de la lisibilité et de l'utilité du GDL par un test de lecture auprès d'un panel défini d'utilisateurs (méthode de l'HAS de 2008), par un test de facilité de lecture de Rudolf Flesch et par le nombre d'erreurs sur la retranscription de 2 PDP successifs avant et après lecture du GDL.

Résultats :

L'AMDEC a permis d'identifier et prioriser les risques dus à la non compréhension du TEC : abréviations, horaires, fractions de comprimés, prises alternées, changements de posologie et prescriptions conditionnelles. Le GDL répond aux risques identifiés et évalués par l'AMDEC. Le panel d'utilisateurs inclut 16 personnes de 16 à 86 ans (dont 2 personnes peu francophones) et de catégorie socioprofessionnelle (CSP) variée. Le taux de compréhension du GDL est de 89 % et le taux de lisibilité est de 68 %. Le score de Rudolf Flesch est de 48. Les nombres d'erreurs retrouvées sur les PDP avant et après lecture du GDL sont respectivement 39 et 38.

Discussion :

L'AMDEC démontre que le TEC est un support à risque. La retranscription sur les PDP montre que les erreurs avérées concernent essentiellement les médicaments en doses alternées et les dosages des médicaments. Le GDL peu lisible bien que compréhensible ne permet pas de réduire de façon significative le risque d'erreur. Actuellement nos logiciels d'aide à la prescription/dispensation/administration ne prévoient l'édition d'aucun document à l'attention des patients. Il nous paraît nécessaire que les patients bénéficient d'un PDP adapté issu du système d'information hospitalier qui serait utile tant pour la permission que pour le retour à domicile.

Mots-clés :

Sortie du patient, Gestion du risque, Iatrogénèse médicamenteuse

Références :

[1] HAS. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Juin 2008

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse pharmaco-économique des coûts d'une transplantation hépatique en 2012 dans un CHU

Auteurs :

Bodin-Hullin A.*⁽¹⁾, Orléans V.⁽²⁾, Monges P.⁽¹⁾, Durif L.⁽²⁾, Gensollen S.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, APHM - Hôpital de la Conception, Marseille

⁽²⁾ SSPIM, APHM - Hôpital de la Conception, Marseille

Résumé :

Introduction :

L'activité de transplantation hépatique (TH) est répartie entre 19 centres hospitaliers en France. En 2012, 1 161 TH ont été réalisées. Elles représentent la deuxième activité de transplantation. C'est une opération à haut risque et onéreuse. Le remboursement de la TH est effectué selon le Groupe Homogène de Malade (GHM) 27C02, défini en 4 niveaux de gravité. Les objectifs sont d'évaluer le coût moyen d'une TH selon l'étiologie ou les 4 niveaux de GHM ; et de vérifier l'adéquation entre les coûts réels engagés pour chaque patient et la valorisation T2A qui fixe le remboursement des séjours hospitaliers.

Matériels et méthodes :

Une étude rétrospective sur l'ensemble des TH réalisées au CHU en 2012 a été menée. A partir des données du Service de Santé Publique et d'Information Médicale et de la Pharmacie dans le cadre de l'étude Nationale des coûts (ENC), nous avons calculé le coût global par étiologie et par Groupe Homogène de Séjour (GHS). En parallèle, ce montant a été comparé à la valorisation T2A des 4 GHS de TH de niveau 1 à 4, définis par l'ENC. Les coûts de bilan pré-greffe et de structure n'ont pas été pris en compte.

Résultats :

54 TH ont été effectuées sur la période. Les patients ont été regroupés selon 6 étiologies : 16 cirrhose du foie, 12 cholestase, 7 carcinome hépatocellulaire, 3 insuffisance hépatique aiguë, 2 intoxication médicamenteuse et 13 autres. Le coût moyen d'une TH s'établit à 47 631 € pour une valorisation selon l'échelle T2A de 52 781 € soit un bénéfice de 278 091 €. La consommation moyenne de médicaments pour le GHM TH est de 4 095 €/séjour soit environ 9 % du coût du séjour. Cependant, les résultats montrent que certaines étiologies engagent plus de ressources et de moyens comme l'intoxication aux antidépresseurs et les insuffisances hépatiques qui entraînent un déficit respectif de 22 315 € et 7 012 €. Si les GHS les moins sévères permettent à l'institution de réaliser un bénéfice allant de 5 800 à 13 000 €, en revanche, l'activité est fortement déficitaire dès lors qu'un patient présente des complications prolongeant significativement son séjour (Coût généré de 336 539 € pour un remboursement deux fois plus faible à 172 385 €).

Discussion :

La transplantation hépatique est une activité économiquement à risque, mais croît d'année en année. Même si la valorisation au séjour semble correspondre au coût généré dans la plupart des situations assurant à l'institution une légère marge financière, le fonctionnement de la T2A montre que lorsque qu'un patient sort du cadre classique défini pour un séjour, la valorisation n'est pas satisfaisante et met en péril toute l'activité.

Mots-clés :

Transplantation hépatique, Coûts et analyse des coûts, Tarification à l'activité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation économique de la spondyloplastie par implant vertébral Spinejack®

Auteurs :

Donier L. *(1), Voidey A. (2), Godard J. (3), Choulet MH. (2), Grumblat A. (2)

(1) UCR, CHU Besançon - Hôpital Jean Minjot, Besançon

(2) Camsp, CHU Besançon - Hôpital Jean Minjot, Besançon

(3) Neurochirurgie, CHU Besançon - Hôpital Jean Minjot, Besançon

Résumé :

Introduction :

Alternative à la technique de cyphoplastie, la spondyloplastie par implant Spinejack® améliore la composante douloureuse des fractures-tassements vertébrales. En juillet 2014, la Haute Autorité de Santé a rendu un avis favorable à l'inscription d'un acte lié à l'utilisation de ciment pour la cyphoplastie sur la Classification Commune des Actes Médicaux, mais aucun acte spécifique n'est en cours d'inscription concernant la technique par implant. Dans ce contexte et face au coût de l'implant non remboursé en sus du Groupe Homogène de Séjour (GHS), l'objectif de ce travail est de réaliser une étude économique comparant les dépenses engagées aux recettes perçues par l'hôpital lors d'une spondyloplastie par implant.

Matériels et méthodes :

Les patients traités entre le 1^{er} juin 2013 et le 30 juin 2014 sont identifiés de façon exhaustive grâce à la traçabilité des implants. Seuls les coûts médicaux directs sont recueillis puis valorisés (basé sur l'année 2013) : dispositifs médicaux stériles (implant, ciment, kit de préparation, système de mélange, porte implant, trocart), hospitalisation valorisée par trois méthodes (comptabilité analytique (CA), échelle nationale des coûts (ENC) et ENC réajustée à la durée moyenne de séjour des patients). Les recettes perçues par l'hôpital sont obtenues via les GHS.

Résultats :

Sur 33 patients identifiés, 28 sont inclus dans l'étude. Nous avons exclu les patients transférés dans d'autres unités de soins pour des pathologies sous-jacentes. L'hôpital perçoit en moyenne $7\,720 \pm 1\,971$ € par séjour. Les dépenses engagées estimées par la CA locale s'élèvent à $7\,486,35 \pm 1\,748,75$ €, $13\,326,75 \pm 2\,874,88$ € par l'ENC et $5\,854,32 \pm 1\,648,14$ € par l'ENC réajustée.

Discussion :

La méthode de l'ENC réajustée doit être préférée à celle de l'ENC car elle intègre les durées réelles de séjour des patients de l'étude, connues pour être un facteur majeur de variation des coûts. Selon ce travail, la spondyloplastie par implant Spinejack® semble être correctement valorisée, malgré l'absence d'acte spécifique. La mise en place d'un implant autorise la cotation par acte d'ostéosynthèse, contrairement à la technique de cyphoplastie qui utilise jusqu'à présent l'acte de vertébroplastie. Une étude similaire sur le même centre avait montré une perte de 5 300 € en moyenne (CA) par procédure de spondyloplastie par ballonnets.

Mots-clés :

Spondyloplastie, Analyse des coûts, Durée d'hospitalisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etat des lieux de la politique antibiotique dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Auteurs :

Michelet-Huot E. ^{*(1)}, Hettler D. ⁽²⁾

⁽¹⁾ Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique, OMÉDIT Champagne-Ardenne, Châlons-en-Champagne

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims

Résumé :

Introduction :

La politique antibiotique reflète le niveau d'engagement des établissements dans une démarche visant à optimiser le bon usage des antibiotiques. Actuellement il existe peu de recommandations dans les établissements médico-sociaux malgré la spécificité des populations accueillies. Dans ce contexte nous avons voulu établir un bilan des politiques antibiotiques exercées au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de notre région.

Matériels et méthodes :

Nous avons créé un questionnaire en ligne contenant une dizaine de questions. Ce questionnaire a été envoyé par messagerie à l'ensemble des directeurs et/ou des médecins coordonnateurs des 147 EHPAD de la région en août 2014.

Résultats :

49 % (n = 72) des établissements de la région ont répondu à cette enquête. 25 % des répondants déclarent avoir identifié un référent antibiotique au sein de leur établissement, mais ne disposant d'aucun temps dédié à cette activité. 40 % disposent de protocoles et de référentiels de prescription relatifs aux antibiotiques dont la plupart incluent la durée de l'antibiothérapie ou de l'antibioprophylaxie ainsi que les modalités d'utilisation et de bonnes pratiques d'administration des antibiotiques. 46 % disposent d'un logiciel d'aide à la prescription. 17 % mettent en place des programmes de sensibilisation au bon usage des antibiotiques destinés aux médecins prescripteurs, aux infirmières et aux pharmaciens. 15 % ont réalisé au moins une enquête de pratique ou un audit sur le bon usage des antibiotiques. 25 % évaluent leur consommation d'antibiotiques. 32 % possèdent une liste d'antibiotiques de dernier recours dont la prescription et/ou la dispensation doivent être contrôlées. 54 % utilisent fréquemment des tests de dépistage rapide. 43 % réévaluent la prescription des antibiotiques entre 48-72 heures. 89 % précisent systématiquement la durée prévisionnelle du traitement antibiotique dans le dossier du patient.

Discussion :

Cette enquête a permis de mettre en évidence plusieurs axes d'amélioration : identifier des « antibioréférents » avec un temps dédié à cet effet dans chaque établissement, diffuser des référentiels et des fiches pratiques, organiser des formations à l'aide notamment de kits pédagogiques antibiotiques en EHPAD. Le but étant d'accompagner et d'impliquer tous les acteurs et de leur faire prendre conscience des risques encourus aux niveaux individuel et collectif en cas de mauvaises pratiques.

Mots-clés :

Sujet âgé, Bon usage, Antibiotiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Pharmacie clinique et pharmacocinétique

COMMUNICATION ORALE N° 8

Titre :

Le risque d'événements indésirables est-il corrélé à la concentration plasmatique des anticoagulants oraux directs (rivaroxaban et dabigatran) : premiers résultats d'une étude cas-témoins niçoise

Auteurs :

Peyrat S. ⁽¹⁾, Ajmia F. ⁽²⁾, Bardy G. ⁽³⁾, Baldin B. ⁽⁴⁾, Lavrut T. ⁽³⁾, Rocher F. ⁽⁴⁾, Spreux A. ⁽⁴⁾, Drici M. ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Polyclinique Saint-Jean, Cagnes-sur-Mer

⁽²⁾ Centre de recherche clinique est, APHP - Hôpital Saint-Antoine, Paris

⁽³⁾ Laboratoire de toxicologie, CHU Nice - Hôpital Pasteur, Nice

⁽⁴⁾ Centre de pharmacovigilance, CHU Nice - Hôpital Cimiez, Nice

Résumé :

Introduction :

Les nouveaux anticoagulants oraux directs (AOD), que sont le dabigatran et le rivaroxaban, présentent comme avantage majeur l'absence de nécessité d'une surveillance de la coagulation. Or, comme ils entraînent des événements indésirables (EI) de type hémorragique au moins aussi fréquemment que les AVK, la question se pose de l'intérêt d'une surveillance de leur action. L'objectif de notre travail est de déterminer si la survenue d'un EI est corrélée à la concentration plasmatique en AOD et d'identifier les facteurs pouvant influencer cette concentration.

Matériels et méthodes :

Notre étude porte sur le dosage plasmatique direct de la concentration en AOD. Il s'agit d'une étude cas-témoins monocentrique, ouverte et rétrospective, nichée au sein d'une base de données dont les sujets ont été recrutés sur une période d'1 an d'août 2013 à août 2014. Seuls les tubes prélevés à l'état résiduel sont dosés à l'aide de méthodes de dosages spécifiques mises en place au laboratoire de Pharmacologie. L'analyse statistique est ensuite réalisée par des tests paramétriques et non paramétriques.

Résultats :

Sur les 272 tubes récoltés, seuls 96 sont à l'état résiduel dont 14 cas hémorragiques, 8 cas thrombotiques et 74 témoins. Sous rivaroxaban, la concentration minimale moyenne [Cmin-moy] est de 143,97 ng/ml pour les hémorragies, de 56,35 ng/ml pour les thromboses et de 84,88 ng/ml pour les témoins. Cette [Cmin-moy] est de 102,68 ng/ml pour les hémorragies et de 93,52 ng/ml pour les témoins chez les sujets sous dabigatran. Une forte influence de l'âge, du poids et de l'état de la fonction rénale sur ces concentrations minimales en AOD est mise en évidence. Concernant l'impact des facteurs de risque (FR), une différence significative entre les [Cmin-moy] du groupe hémorragies et celles du groupe témoins est retrouvée pour le score HAS-BLED < 3 ($p = 0,005$) et pour le score HEMORR2HAGES ≥ 3 ($p = 0,044$) respectivement chez les patients sous rivaroxaban et dabigatran.

Discussion :

Pour la majorité des caractéristiques (cliniques et facteurs de risque), les [Cmin-moy] retrouvées sont plus élevées dans le groupe hémorragies et moins élevées dans le groupe thromboses comparativement au groupe témoins. Notre étude permet de dégager des premiers résultats qui vont dans le sens de l'unique étude disponible sur ce sujet dans la littérature mais ceux-ci doivent être confirmés par l'inclusion de patients supplémentaires.

Conclusion :

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude cible une population niçoise, âgée et polymédiquée qui peut être appliquée pour vérifier d'autres hypothèses.

Mots-clés :

Anticoagulants oraux directs, Concentration plasmatique, Lien concentration-événement indésirable

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

QUID des Divergences Non Intentionnelles (DNI) lors de la conciliation des traitements médicamenteux (CTM)? Qui sont-elles et que deviennent-elles ?

Auteurs :

Gerard M.*⁽¹⁾, Baudoin A.⁽²⁾, Debruyne AL.⁽²⁾, Malet D.⁽²⁾, Queuille E.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH la Côte Basque, Bayonne

⁽²⁾ Pharmacie, CH Charles Perrens, Bordeaux

Résumé :

Introduction :

Lors de la CTM, la discussion « médecin - pharmacien » met en évidence les différences entre le traitement avant hospitalisation et celui instauré à l'admission du patient. Les DNI sont des différences non voulues par le prescripteur. L'objectif de cette étude est d'analyser spécifiquement ces DNI, leur devenir et leur impact clinique pour le patient.

Matériels et méthodes :

La CTM est réalisée par un interne en pharmacie, chez les sujets âgés de 65 ans et plus, hospitalisés dans deux unités de gérontopsychiatrie de notre établissement. Les DNI mises en évidence lors de la CTM ont été classées selon leur nature (omission, modification de posologie, de dosage...), selon leur devenir (représcription ou non) et selon le motif de non représcription. Nous avons choisi d'évaluer l'impact clinique avec l'échelle de Hatoum [1], plus simple à utiliser que celle préconisée dans le projet MED REC des High'5 [2].

Résultats :

110 patients ont été conciliés sur 7 mois. Un total de 232 DNI a été analysé. Elles concernent l'omission d'un médicament (76 %), la modification de posologie (8 %), de dosage (6 %), de répartition horaire (4 %), l'ajout de médicament (4 %) et plus rarement la modification de forme galénique (2 %). Le prescripteur a ensuite choisi de maintenir ou non le traitement, pour respectivement 76 (33 %) et 156 DNI (67 %). Ainsi, pour 43 patients, au moins 1 DNI a été corrigée sur leur prescription (soit 39 %). Dans les autres cas, le médecin n'a pas souhaité tenir compte de la DNI pour les raisons suivantes : nécessité de réévaluer l'indication (35 %), absence d'indication retrouvée (32 %), instauration d'un médicament pour une pathologie décelée à l'admission (10 %), ajout de surveillance médicale (7 %), présence d'une redondance (7 %), présence d'un traitement ponctuel (3 %). L'impact clinique a été évalué par des psychiatres, médecins somaticiens et pharmaciens. Un impact clinique a ainsi été retrouvé pour 79 % des DNI dont 1 % avec un impact clinique jugé « vital ».

Discussion :

Cette étude spécifique sur les DNI rapporte des résultats comparables à ceux de la littérature avec l'importance des omissions dans les modifications involontaires de traitement, lors d'une hospitalisation. Un tiers des DNI seront corrigées (représcription à l'identique du traitement de ville), et les autres sont à l'origine de réévaluation du traitement du patient avec nécessité de justification. L'impact clinique de la conciliation médicamenteuse est réel. Qu'en est-il de l'impact médico-économique ?

Mots-clés :

Bilan comparatif des médicaments, Erreurs médicamenteuses, Evaluation des impacts sur la santé

Références :

[1] HT. Hatoum, RA et al. Physicians' review of significant interventions by clinical pharmacists in inpatient care. Drug Intell Clin Pharm. 22 (12) : 980-2, 1988

[2] High 5s : Med Rec. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care : Medication Reconciliation: Getting Started Kit. 2009. Site Internet: https://www.high5s.org/pub/Manual/TrainingMaterials/MR_Getting_Started_Kit.pdf (consulté le 02/07/14)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse pharmaceutique et sélection « pertinente » d'ordonnances : la difficile équation

Auteurs :

Bouchet J.*, Yaïlian AL., Doucey P., Hellot-Guersing M., Jarre C., Leromain AS., Derharoutunian C., Gadot A., Roubille R.

Pharmacie, CHG Lucien Hussenel, Vienne

Résumé :

Introduction :

Dans notre centre hospitalier de 670 lits, suite à la croissance drastique de l'activité réglementaire d'analyse pharmaceutique due à l'informatisation de l'ensemble des prescriptions, une méthode de détection « pertinente » d'ordonnances a été mise en place afin d'uniformiser la prestation pharmaceutique. Une requête automatique quotidienne a été créée pour identifier les ordonnances à analyser en ciblant les patients et les médicaments à risque. L'objectif de cette étude est d'évaluer cette méthode utilisée depuis mars 2014 à l'échelle de l'établissement.

Matériels et méthodes :

Cette étude a été conduite pendant un mois (janvier 2015) dans les 19 unités de soins informatisées. Pour chaque ordonnance analysée nous avons répertorié dans une grille de saisie sur Epi Info v 7[®] : -les critères sélectionnant l'ordonnance : biologiques (clairance de la créatinine ≤ 30 ml/min, dyskaliémies, International Normalized Ratio (INR) > 4 , dosage de médicaments), médicaments appartenant à la liste des 78 spécialités « alerte » de l'établissement et interactions médicamenteuses de niveau contre-indication -les interventions pharmaceutiques (I.P) effectuées et leur lien éventuel avec les critères de sélection.

Résultats :

L'étude a porté sur 1 612 ordonnances. 236 I.P ont été réalisées (14,6 %) avec un taux d'acceptation de 60,6 %. 56 % des ordonnances comportaient au moins un critère biologique de sélection et 61 % une ou plusieurs spécialités « alerte ». 35,6 % des I.P étaient en lien avec les critères de sélection (taux d'acceptation : 60,7 %). Un taux élevé d'I.P en lien avec le critère clairance ≤ 30 ml/min (9,7 %) a pu être mis en évidence en comparaison de celui du critère « interactions de niveau contre-indication » (2 %).

Discussion :

Le taux d'IP en lien avec les critères de sélection nous a permis de montrer l'efficacité de cette méthode. L'analyse du critère clairance ≤ 30 ml/min nous prouve l'intérêt de cibler l'analyse pharmaceutique pour les patients insuffisants rénaux. La pertinence médiocre du critère « interactions de niveau contre-indication » ne doit pas faire oublier son caractère primordial. La pertinence et l'efficacité de cette méthode permettent de répondre aux priorités de l'établissement en terme de sécurisation du circuit du médicament. Une analyse plus précise des I.P sans lien avec les critères de sélection pourrait permettre d'identifier de nouveaux critères à intégrer à la méthode.

Mots-clés :

Prescription électronique, Evaluation de la prescription médicamenteuse, Sécurité du patient

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Interventions pharmaceutiques : l'analyse au quotidien

Auteurs :

Valentin B.*, Ramon M., Lemaire N., Le Joubioux A., Lu C., Beausir A., Klaczynski V., Fournier C., Biet R., Frimat B.

Pharmacie « médicaments », CH Lens, Lens

Résumé :

Introduction :

Les interventions pharmaceutiques (IP), éléments de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, font partie du quotidien du pharmacien hospitalier. L'analyse des IP s'inscrit dans l'évaluation des pratiques professionnelles. Le besoin de travailler avec un outil d'analyse adapté au quotidien nous a conduit à proposer une organisation interne personnalisée. L'objectif de ce travail était d'évaluer cette organisation.

Matériels et méthodes :

L'extraction informatique des IP enregistrées dans notre logiciel de prescription (Cristalnet®) n'étant pas exploitable en temps réel, des tableaux (feuilles de calcul Excel®) permettant de retranscrire extemporanément les IP par service ont été élaborés. Ces tableaux Excel® permettent un suivi des IP au quotidien et servent de support aux réunions mensuelles d'analyse. A un an de suivi « Excel® », une extraction informatique des IP réalisées en 2014 dans Cristalnet® a été réalisée. Les IP « informatiques » (IPI) et les IP « Excel® » (IPE) ont alors pu être comparées.

Résultats :

Sur 29 639 ordonnances analysées en 2014, 2 106 IPE et 3 869 IPI ont été réalisées, soit 54,4 % de traçabilité Excel®. Le degré de retranscription Excel® varie en fonction des intervenants (PH : 30 % des IPI avec 51 % de retranscription ; Assistants : 35 % des IPI avec 41 % de retranscription ; Internes en Pharmacie : 35 % des IPI avec 67 % de retranscription) et selon la période de l'année (augmentation des IPI lors du changement d'interne mais diminution des IPE). La répartition du nombre d'IPE par service est superposable à celle du nombre IPI sauf pour les services de Chirurgie. Huit des 10 médicaments les plus incriminés dans les IPE sont retrouvés dans le « top 10 » des IPI. Les 2 médicaments sous estimés sont l'Alfuzosine et le Phosphate mono- et disodique rectal. Le suivi des IPE par les prescripteurs est de 47 % versus 57 % pour les IPI.

Discussion :

Bien que la retranscription des IP mène à leur sous estimation, les IPE semblent être le reflet des IPI, sauf pour les services de Chirurgie, nouvellement informatisés. La sous-traçabilité des IPI de l'Alfuzosine et le Phosphate mono- et di-sodique rectal s'explique par leur faible criticité. Quant au pourcentage de suivi des IPI, il se discute : l'acceptation de l'IPI ne reflète pas forcément l'acceptation du prescripteur, contrairement aux IPE.

Conclusion :

Ce travail constitue une première approche. Une analyse statistique nous permettrait de valider le caractère représentatif des IPE. En attendant, il nous motive à poursuivre notre démarche, en prenant en considération la sous estimation.

Mots-clés :

Suivi pharmaceutique, Evaluation de la prescription médicamenteuse, Informatique clinique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan sur le plan biologique et médicamenteux de 18 mois d'hémodiafiltration

Auteurs :

Riou S.*⁽¹⁾, Méloux A.⁽¹⁾, Escapoulade L.⁽¹⁾, Gaha K.⁽²⁾, Willemin JC.⁽¹⁾, Hettler D.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims

⁽²⁾ Néphrologie, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims

Résumé :

Introduction :

L'hémodiafiltration (HDF) est une méthode d'épuration sanguine associant un transport diffusif et convectif des solutés grâce à une membrane à haute perméabilité. Cette méthode a été instaurée au CHU en mai 2013 et s'ajoute à la hémodialyse conventionnelle (HC). L'objectif de ce travail était de comparer les taux des principaux marqueurs biologiques de dialyse chez des patients insuffisants rénaux chroniques traités au départ par HC puis par HDF et de voir les effets sur leurs traitements médicamenteux.

Matériels et méthodes :

Ont été inclus tous les patients actuellement dialysés par HDF. La revue de leurs dossiers informatisés, à l'aide d'une grille standardisée de recueil des données, a permis de collecter pour chacun : l'âge, le sexe, la durée de traitement par HC et par HDF, les taux moyens de β 2-microglobuline (β 2M), de myoglobine et d'hémoglobine (Hb) avec les deux méthodes de dialyse et la consommation d'agents stimulant l'érythropoïèse (ASE) sur une période allant de janvier 2013 à janvier 2015.

Résultats :

28 patients sont inclus dans l'étude. Le ratio homme/femme est de 3,6 et l'âge moyen est de 70,4 ans. En moyenne, les patients ont été traités par HC pendant 29,2 mois. 12 patients sont traités par HDF depuis 18 mois et 16 depuis moins d'un an. Le taux moyen d'Hb a augmenté de 3,4 g/l après passage à l'HDF. 2 patients n'ont jamais d'ASE. Suite au passage à l'HDF, une diminution de la dose d'ASE ou une augmentation de l'intervalle entre les injections d'ASE a été observé chez 58 % des patients. Chez 23 % des patients, il n'y a pas eu de modification de la dose administrée, et chez 19 % des patients une augmentation de la dose d'ASE administrée a été observée. Les taux moyens de β 2M et de myoglobine en pré-dialyse ont diminué de 42 % et 34 % après passage à l'HDF.

Discussion :

Les résultats obtenus sont en accord avec la littérature concernant les effets bénéfiques de l'HDF en matière d'épuration des moyennes molécules comme la β 2M. Elle permet une amélioration de l'état général des patients tout en préservant la tolérance clinique. C'est donc la méthode à utiliser dans les populations à risque comme les personnes âgées. Une étude réalisée à l'installation de l'HDF au CHU avait mis en évidence un surcoût de 7 euros par séance d'HDF comparé à l'HC. Les consommables spécifiques et le contrôle qualité de l'eau étaient les deux responsables de ce surcoût. L'évaluation de la baisse de consommation d'ASE observée permettra de connaître les réelles répercussions sur le coût de la séance d'HDF.

Mots-clés :

Agent stimulant l'érythropoïèse, Hémodiafiltration, Insuffisance rénale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact sur la prescription médicamenteuse du sigle « MPI > 75A » sur le libellé des médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé

Auteurs :

Rocquain J.*⁽¹⁾, Ballandras C.⁽¹⁾, Bergé M.⁽²⁾, Gallet S.⁽³⁾, Dumazer-Carles C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽²⁾ Soins de suite et réadaptation, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽³⁾ Court séjour gériatrique, CH Edmond Garcin, Aubagne

Résumé :

Introduction :

Dans notre hôpital de 280 lits et places (65 % MCO), plus de 60 % des séjours de MC concernent des patients de plus de 75 ans. Par ailleurs, l'iatrogénie médicamenteuse dans cette population de patients représente un coût économique et humain très important, la polymédication et notamment la prescription de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) étant l'un des principaux facteurs de risque d'iatrogénie pour cette classe d'âge. L'objectif de ce travail est de suivre l'évolution des taux de prescription et de délivrance de MPI depuis la mise en place en 2010 d'une analyse des pratiques professionnelles (APP) visant à optimiser la prise en charge médicamenteuse chez les patients âgés.

Matériels et méthodes :

Dès 2010, le Sigle « MPI > 75A » a été apposé à la fin des libellés informatiques des 42 DCI MPI référencées sur notre établissement sur les 150 présentes sur la liste du Dr Laroche. Chaque année, 4 indicateurs sont suivis : le nombre de patients ayant un MPI prescrit, le nombre d'UCD MPI délivré et leur coût ainsi que le ratio UCD MPI/UCD totales délivrés pour tous les patients de plus de 75 ans de l'établissement. Nous avons suivi l'évolution de ces indicateurs sur les 4 années suivantes la mise en place de l'APP.

Résultats :

En 2010, 512 patients de plus de 75 ans se sont vu prescrire un MPI, contre 275 en 2014 (diminution de 46 %). En parallèle, le nombre de MPI administrés est passé de 17 734 UCD en 2010 à 6 948 en 2014 soit une diminution de 71 % depuis le début de l'APP. Le coût unitaire des MPI est faible (coût moyen = 0,75 € l'UCD), néanmoins l'analyse de coût rapporte un bénéfice cumulé de 8 682 €. Le ratio UCD MPI/UCD totales prescrites passe de 3,2 % en 2010 à 2,3 % en 2014 (diminution de 28 %). La diminution même l'absence de prescription de certains MPI a permis de déréférencer plusieurs spécialités de notre livret thérapeutique. Ainsi 17 DCI MPI ont été retirées dont 5 retraités du marché (retrait de 40 % des MPI du livret en 5 ans). Tout dosage confondu, le nombre de spécialités MPI est passé de 70 à 51 en 5 ans.

Discussion :

Par la présence du sigle « MPI > 75A » sur les libellés des médicaments concernés et une sensibilisation des cliniciens (dont les nouveaux internes de médecine chaque semestre), notre logiciel de prescription est devenu un outil efficace dans le bon usage des médicaments chez les plus de 75 ans.

Mots-clés :

Médicament potentiellement inapproprié, Sujet âgé, Iatrogénie médicamenteuse

Références :

[1] M.-L. Laroche et al. La Revue de médecine interne, (30), 592-601. 593 (2009)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Qualité, gestion des risques, vigilance

COMMUNICATION ORALE N° 14

Titre :

Mise en place d'une chambre des erreurs comme outil de communication autour de la culture de l'erreur et de la déclaration des événements indésirables

Auteurs :

Reberga A.*⁽¹⁾, Petraccia C.⁽²⁾, Pichou A.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Victor Jousselin, Dreux

⁽²⁾ Hygiène et gestion des risques, CH Victor Jousselin, Dreux

Résumé :

Introduction :

Afin de redynamiser la culture sécurité des soins dans l'établissement, de promouvoir les bonnes pratiques, la culture de l'erreur et d'inciter à la déclaration des événements indésirables, il a été décidé de mettre en place une chambre des erreurs éphémère, à disposition de tous les personnels, soignants ou non. Cet outil de simulation en santé promu par la HAS, nous a semblé être le meilleur moyen de fédérer les professionnels autour de la culture Sécurité des soins et de la Gestion des risques.

Matériels et méthodes :

Une chambre et un poste de soins ont été reconstitués dans une salle de réunion jouxtant le self du personnel. Cette chambre était accessible durant 2 jours, de 10h à 17h. L'accès était libre. Au total, 20 erreurs ont été intégrées, réparties sur les thématiques de l'identitovigilance, de l'hygiène et du circuit du médicament. La gestionnaire des risques associés aux soins, l'infirmière hygiéniste et le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse encadraient cette animation. Une fiche était remise à chaque participant à l'entrée de la chambre afin d'y collecter les erreurs. Le temps de présence était de 20 minutes. Les explications étaient ensuite données à la sortie de la chambre. Une enquête de satisfaction a été réalisée en parallèle.

Résultats :

Sur les 2 jours, 170 professionnels sont passés dans la chambre des erreurs. Seuls 88 questionnaires de réponses ont été analysés. Les 4 premières erreurs détectées, à plus de 90 %, étaient liées à l'hygiène (collecteur à urine trainant par terre, conteneur DASRI trop rempli, produit détergent désinfectant non identifié...). Suivent les erreurs sur le circuit du médicament, détectées par 60 à 70% des participants (traitement personnel sur la table de nuit, flacon multiple sans date d'ouverture...). En revanche, les erreurs d'identitovigilance et de prescription médicale ont été peu détectées (< 40 %).

Discussion :

Cette première expérience a été appréciée par l'ensemble des participants. Elle a permis de redynamiser les équipes autour d'un concept nouveau, interactif et ludique. Le moment d'échange à la sortie de la chambre a été l'occasion de faire un rappel sur les bonnes pratiques, d'initier un dialogue constructif intra et inter équipes. En revanche, les pics d'affluence entre 12h30 et 16h ont nécessité de faire entrer plusieurs personnes à la fois, remplissant un seul et même questionnaire. De nombreuses équipes ont sollicité de nouvelles éditions sur des sujets plus précis. Il faudra à cette occasion revoir le temps de présence en fonction du nombre d'erreurs à trouver (un peu moins lors de cette édition).

Mots-clés :

Simulation, Chambre des erreurs, Gestion des risques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION ORALE N° 15

Titre :

Grand public et antalgiques, le bon usage n'est pas automatique !

Auteurs :

Cabaret E.*, Bartholoméi M., Autran S., Roggy N.

Pharmacie, Hôpital Léon Bérard, Hyères

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre de la semaine sécurité patient du 24 au 28 novembre 2014, a été organisée pour la 2^{ème} année consécutive la chambre des erreurs à destination des soignants. Une action de sensibilisation, cette fois à destination des patients et des visiteurs, a été mise en place en parallèle, sur le thème du bon usage des antalgiques type paracétamol et ibuprofène. L'objectif était de sensibiliser le grand public aux très nombreuses spécialités commercialisées en France contenant du paracétamol ou de l'ibuprofène, insister sur la lecture de la DC (dénomination commune), et rappeler les posologies maximales de ces antalgiques de consommation courante.

Matériels et méthodes :

Un stand a été installé dans le hall d'accueil de l'hôpital. Deux « pyramides » de boîtes aux noms de spécialités différentes mais contenant toutes du paracétamol ou de l'ibuprofène, ont été disposées sur le stand. Un pharmacien et une préparatrice en pharmacie accueillaient les visiteurs. Un questionnaire de connaissance était rempli avec les personnes interrogées, puis corrigé avec eux, et un flyer de bon usage de ces molécules leur était donné. Les réponses à ces questionnaires ont ensuite été exploitées en CLUD (comité de lutte contre la douleur).

Résultats :

63 questionnaires ont été remplis. 30 % des personnes interrogées ne connaissent pas la posologie maximale du paracétamol, 15 % ne connaissent pas l'intervalle de prise à respecter ; seuls 14 % d'entre eux savent qu'il existe plus de 60 spécialités contenant cette molécule. 50 % des personnes interrogées ne connaissent pas la posologie maximale et l'intervalle de prise minimum de l'ibuprofène, 25 % pensent que l'on peut associer l'ibuprofène avec un autre anti-inflammatoire.

Discussion :

Cette manifestation a permis une double sensibilisation : le grand public d'une part avec le stand, les soignants d'autre part, à travers la restitution proposée en CLUD. L'intérêt, voire la nécessité de délivrer une information aux patients et à leur entourage, y compris pour des médicaments de consommation courante tels que le paracétamol, est mis en évidence avec ces résultats. Dans un établissement SSR (soins de suite réadaptation) tel que le nôtre, il est fondamental que les patients soient acteurs de leurs traitements, en particulier pour les antalgiques, encore faut-il connaître la bonne information.

Mots-clés :

Antalgique, Public, Information

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les médicaments à risque dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient : identification d'une liste pédiatrique et mise en place de plans d'actions dans un hôpital pédiatrique

Auteurs :

Promis AS.⁽¹⁾, Stehle R.⁽¹⁾, Vaquer MD.⁽²⁾, Thorel J.⁽¹⁾, Bornes E.⁽¹⁾, Pellegrino F.⁽¹⁾, Viard C.⁽¹⁾, Cestac P.⁽³⁾

⁽¹⁾ Equipe de pôle enfants, CHU Toulouse, Toulouse

⁽²⁾ Réanimation pédiatrique, CHU Toulouse, Toulouse

⁽³⁾ CoMÉDIMS, CHU Toulouse, Toulouse

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre de la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse évitable, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient (PECM) au sein des établissements de santé représente un enjeu de la politique nationale de santé publique. Le cadre réglementaire a introduit la notion de priorisation des mesures de sécurisation de la PECM sur des situations spécifiques, telles que les patients à risque et les médicaments à risque (MAR). L'objectif était d'établir de manière pluridisciplinaire une liste de MAR spécifique à la population pédiatrique afin de sécuriser leur circuit au sein d'un hôpital pédiatrique.

Matériels et méthodes :

En 2014, une revue de la littérature a été effectuée à compter de 2001 à partir des bases de données Pubmed®, Embase® et de sites internet d'agences nationales de santé afin d'identifier les listes de MAR spécifiques à la population pédiatrique déjà publiées. Une analyse rétrospective des erreurs médicamenteuses (EM) et des interventions pharmaceutiques (IP) acceptées a été effectuée respectivement sur 1 et 3 ans. A partir de ces données, une enquête auprès des professionnels de santé de l'hôpital a été menée à partir d'une grille composée de 48 items évaluant la perception du risque en cas d'erreur à l'aide d'une échelle numérique (0 : pas de conséquence clinique à 10 : décès en cas d'erreur). Les résultats furent comparés à deux études similaires parues en 2013 et 2015. Chaque MAR dont la moyenne était supérieure ou égale à 7 était inclus dans la liste.

Résultats :

Huit études ont été retenues. Vingt EM et 1 347 IP ont été analysées afin de créer le questionnaire. Cent quarante-cinq questionnaires ont été complétés avec une nette implication des services de soins intensifs et des urgences (50 %). Une forte participation des soignants (75 %) a été observée contre 25 % de participation pour les médecins. Deux processus à risque ont été identifiés : « Médicaments ayant une présentation et/ou une consonance similaire » et « Médicaments et administration intrathécale ». Quatre MAR et 13 classes thérapeutiques appartenant à 6 classes de la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique ont été identifiés. La liste finale sera présentée dans la communication. Un plan d'actions a été élaboré afin d'identifier les mesures de sécurisation communes à l'ensemble des MAR et d'autres plus spécifiques de chaque MAR.

Discussion :

La liste obtenue est la deuxième liste française. Respectivement 6 et 7 médicaments n'ont pas été identifiés dans les listes pédiatriques de Maaskant et al et de Bataille et al. La mise en place d'indicateurs de suivi permettra d'évaluer l'impact des mesures engagées.

Mots-clés :

Pédiatrie, Gestion du risque, Sécurité des patients

Références :

[1] Maaskant J.M. et al. Expert Opin. Drug Saf, Volume 12, (numéro 6) : pages 805-814 (2013)

[2] Bataille J. et al. Journal of Evaluation in Clinical Practice. (2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Chambre des erreurs et iatrogénie médicamenteuse : retour d'expérience

Auteurs :

Pages A. ⁽¹⁾, Retho E. ⁽¹⁾, Lefèvre S. ⁽¹⁾, Irazusta O. ⁽¹⁾, Recoche I. ⁽²⁾, Juillard-Condât B. ⁽¹⁾, Massip P. ⁽¹⁾, Cestac P. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMéDiMS), CHU Toulouse, Toulouse

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse

Résumé :

Introduction :

A l'occasion de la semaine de sécurité des patients, la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (CoMéDiMS) a déployé sur une journée, sur plusieurs sites, une chambre des erreurs. Il s'agit d'un outil de simulation, dans lequel les professionnels de santé sont invités à trouver des erreurs cachées dans une chambre afin de les sensibiliser à la iatrogénie. Dans notre cas, il s'agissait d'erreurs en lien avec la prise en charge médicamenteuse du patient.

Matériels et méthodes :

La mise en œuvre de la chambre des erreurs a nécessité un travail pluridisciplinaire de construction d'un scénario s'appuyant sur des données internes à l'établissement (bilan des événements indésirables médicamenteux déclarés en 2013, et liste des médicaments à risques [1]), et sur des données nationales (liste des douze événements qui ne doivent jamais arriver [2] (Never Events), et règle des 5B [3]). Une grille de recueil des erreurs a été distribuée à chaque participant. A l'issue de chaque passage dans la chambre, un débriefing a été réalisé par la CoMéDiMS pour apporter réponses et précisions.

Résultats :

Les erreurs retenues dans le scénario impliquaient à la fois les étapes de prescription (ordonnances non conformes), d'administration (erreur de patient, erreur de médicament, erreur de dose). Elles concernaient la similitude des comprimés déblistérés (look alike), la confusion entre les noms de spécialités (sound alike), le choix d'un soluté de dilution et l'étiquetage de la poche de perfusion. Au total, 148 professionnels de l'établissement (médecins, pharmaciens, cadres, infirmiers, aides-soignants, étudiants) ont participé à la chambre des erreurs, et 46 grilles de recueil ont été remplies. Les erreurs les moins souvent identifiées étaient celles liées à la non-conformité de la prescription d'une héparine (8,7 %), ainsi que la confusion entre les noms de spécialités de l'alfuzosine et du rivaroxaban (28,3 %). Les erreurs les plus fréquemment détectées concernaient le comprimé déblistérisé (41,3 %), et la perfusion mal étiquetée (56,5 %). L'ensemble des participants s'est dit satisfait de cette expérience à la fois pédagogique et ludique.

Discussion :

Le contraste entre le taux de participation relativement faible et les retours tous positifs des participants nous incite à redéployer cet outil sur des services cliniques ciblés et des instituts de formation. Dans notre établissement, où un e-learning sur la iatrogénie médicamenteuse est déployé, la chambre des erreurs nous paraît être un outil complémentaire utile dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

Mots-clés :

Gestion des risques, Événement indésirable médicamenteux, Sécurité du patient

Références :

[1] Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse aux médicaments dans les établissements de la santé

[2] Agence nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) : Les événements qui ne devraient jamais arriver - Never Events (<http://ansm.sante.fr/Dossiers/Securite-du-medicament-a-l-hopital/Les-evenements-qui-ne-devraient-jamais-arriver-Never-Events/%28offset%29/0>)

[3] Haute Autorité de Santé : Sécurisation et autoévaluation de l'administration des médicaments (<http://www.has-sante.fr/guide/SITE/5B.htm>)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sensibiliser les étudiants infirmiers aux bonnes pratiques !

Auteurs :

Villeneuve V.⁽¹⁾, Le Douget E.⁽²⁾, Lemaître S.⁽³⁾, Bréchet S.⁽²⁾, Cance G.⁽²⁾, Camus M.*⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie à usage intérieur, CH Melun, Melun

⁽²⁾ Pôle qualité - gestion des risques, CH Melun, Melun

⁽³⁾ Département d'hygiène hospitalière, CH Melun, Melun

Résumé :

Introduction :

Pour la semaine sécurité des patients 2014, l'établissement a conduit un atelier de simulation afin de sensibiliser les étudiants infirmiers au respect des bonnes pratiques sur 3 thèmes : bon usage du médicament (1), hygiène-gestion des déchets (2) et identitovigilance (3). L'objectif est de tester leurs connaissances dans un outil de simulation qui reproduit les conditions réelles de prise en charge d'un patient et de recueillir leur avis.

Matériels et méthodes :

L'outil de simulation retenu est une chambre des erreurs. Le parcours de soins d'un patient est imaginé : un scénario de pathologie et de prise en charge thérapeutique est imaginé par une équipe pluridisciplinaire (médecin, cadre, pharmacien, gestionnaire des risques). Un dossier médical fictif est élaboré contenant compte rendu d'examen clinique, résultats biologiques, prescriptions orales et injectables. Un poste de soins et une chambre fictifs sont aménagés. L'atelier comporte 22 anomalies de prise en charge : 12 portent sur le circuit du médicament, 6 sur l'hygiène et la gestion des déchets, 4 sur l'identitovigilance. Après une explication, chaque participant se voit remettre un bulletin destiné à recueillir les erreurs qu'il repère. A l'issue du parcours, une restitution individuelle est réalisée.

Résultats :

Sur 2 journées (11h-20h30, 10h-17h), 149 étudiants infirmiers ont participé à l'atelier d'une durée moyenne de 30 minutes. 35 % sont inscrits en 1^{ère} année d'études, 31 % en 2^{ème} année et 34 % en 3^{ème} année. Toutes années d'étude confondues, les erreurs les mieux décelées concernent (1) la présence du traitement personnel sur la table de chevet, celle de médicaments périmés dans le pilulier, l'absence d'étiquetage sur une perfusion, (2) la poche à urine en contact avec le sol, l'aiguille décapuchonnée sur le chariot, (3) le mannequin portant 2 bracelets d'identité différents, une erreur de date de naissance. Celles moins retrouvées sont (1) erreur de dosage, erreur de produit (KCl au lieu du NaCl prescrit), l'absence de signature médicale de la prescription, (2) un paquet de compresses à usage unique ouvert, la péremption d'une solution hydro-alcoolique (3) l'inversion entre nom et prénom du patient, la présence de résultats biologiques d'un autre patient dans le dossier. L'analyse détaillée des réponses par année d'étude est superposable aux résultats généraux.

Discussion :

L'atelier reçoit un retour unanime positif avec des commentaires sur son aspect ludique et sa vraisemblance avec une situation réelle. Malgré une organisation contraignante (espace dédié, temps), l'outil est facilement utilisable, peu coûteux pour favoriser un apprentissage actif. Il permet d'alerter les enseignants sur des points d'amélioration de leur formation.

Mots-clés :

Apprentissage, Simulation, Erreur

Références :

[1] Circulaire DGOS/PF41201311OS du 18/03/2013

[2] Denry P et al. Initiatives & Développement de Pratiques Collaboratives, 80 : avril 2014

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Pharmacovigilance : résultats de l'optimisation des méthodes de recueil et de la sensibilisation des acteurs de santé

Auteurs :

Wuart M.*, Piton M., Dubus MH., Luysaert B.

Pharmacie, CH Seclin, Seclin

Résumé :

Introduction :

La pharmacovigilance, plus que jamais d'actualité, nécessite à l'hôpital une implication du personnel de soins à tous les niveaux. L'objectif de ce travail au long cours est de sensibiliser les acteurs de santé, par des actions allant du recueil par la pharmacie à la communication auprès des services, afin de montrer l'impact sur les déclarations transmises au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) entre 2013 et 2014.

Matériels et méthodes :

Notre action s'est axée sur la validation pharmaceutique, la présence des pharmaciens dans les services de soins permettant la détection des effets indésirables (EI) via les prescriptions et le dossier patient et favorisant la déclaration spontanée par les médecins, internes et externes en médecine. Une Evaluation des Pratiques Professionnelles sur les prescriptions d'Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) a été menée, amenant plusieurs déclarations. Les déclarations marquantes ont été présentées à la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles. Des actions ciblées sont menées auprès des infirmiers, qui sont aussi responsabilisés lors des journées « référents pharmacie ». Nous avons extrait les données obtenues par le Département d'Information Médicale liées au codage des EI. Enfin, nous avons diffusé un quiz ludique sur les plateaux repas du self.

Résultats :

Le premier indicateur significatif est le nombre total de déclarations, passé de 114 à 184, soit une augmentation de 61 %. Le profil des déclarants a évolué, avec 12 % de médecins en plus (29), 7 infirmiers contre 1 en 2013, et 13 internes en médecine contre 3. Plusieurs services ont vu une hausse des notifications, en particulier les Soins Intensifs (8 à 17,+ 112 %) par la présence bi-hebdomadaire d'un pharmacien au tour médical en 2014, et la gastroentérologie (3 à 10,+ 233 %) par le début de l'informatisation. Concernant les classes pharmacologiques, les déclarations sont stables pour les anti-infectieux (44 EI) et les médicaments du sang (42 EI), et en hausse pour le système nerveux (Tramadol) grâce au codage (5 à 35, + 600 %), le système cardiovasculaire (IEC, statines : 9 à 34,+ 278 %), et les voies digestives (5 à 22,+ 340 %) de par l'action menée sur les IPP.

Discussion :

Les professionnels de santé ont pour habitude de ne déclarer que les événements indésirables grave et inattendus. Nos actions ont permis d'élargir le champ de déclarations de nombreux prescripteurs. Le but est de renforcer ces actions afin d'instaurer des réflexes de pharmacovigilance. Des publications sont en projet, et nos prochaines actions concerneront les notifications aux urgences et en chirurgie.

Mots-clés :

Pharmacovigilance, Sensibilisation, Signalement des effets secondaires

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Section technique

COMMUNICATION ORALE N° 20

Titre :

Evaluation des performances de l'automate PharmaHelp® pour la préparation de poches injectables de cytotoxiques

Auteurs :

Verrey AS.*, Carrez L., Falaschi L., Bouchoud L., Bonnabry P.

Pharmacie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse

Résumé :

Introduction :

L'augmentation des demandes de chimiothérapies oblige les pharmacies à rationaliser leur production. La standardisation des doses (dose-banding) et l'automatisation permettent d'envisager une augmentation de la production à effectifs humains constants. L'objectif de cette étude est d'évaluer les performances de l'automate PharmaHelp® (Fresenius) : exactitude, reproductibilité, productivité.

Matériels et méthodes :

Etude gravimétrique et analytique du remplissage automatique de poches injectables selon 10 volumes différents entre 0,5 et 250 mL. Le remplissage est évalué en fonction de la seringue de remplissage (BD® 20 mL, Codan® 60 mL), de la position de remplissage sur l'automate, du jour et du mode de fabrication (doses individualisées ou fixes). Les résultats sont discutés selon les limites de $\pm 3\%$ [1], $\pm 5\%$ [1] et $\pm 10\%$ [2]. Etude de la productivité sur la fabrication de 10 poches. Chaque étape de fabrication est chronométrée. La productivité est étudiée selon la seringue de remplissage et le volume d'injection.

Résultats :

Le remplissage est juste pour tous les volumes étudiés (97-103 %). Respectivement aux limites de 3 %, 5 % et de 10 %, le remplissage est fidèle à partir de 100, 3 et 1 mL. Il est répétable et reproductible indépendamment de la position d'injection, du jour de remplissage (test de Student, $p > 0,05$, $n = 540$), du volume de la seringue de remplissage (test de Student, $p > 0,05$, $n = 270$) et du mode de fabrication (test de Student, $p > 0,05$, $n = 360$ pour les doses individualisées, $n = 180$ pour les doses fixes). La durée de fabrication de 10 poches est en moyenne de 45 ± 12 min. Elle dépend du volume injecté et du volume de la seringue de remplissage. 54 % du temps correspond aux étapes manuelles (pré-processing : 43 %, post-processing : 11 %) et 46 % aux étapes automatisées.

Discussion :

PharmaHelp® permet de fabriquer des poches injectables à partir de principes actifs liquides pour des volumes injectés ≥ 3 mL ($\alpha < 5\%$). 10 poches sont en moyenne fabriquées en 45 ± 12 min. Cette durée dépend du volume injecté et pourrait être réduite par optimisation des étapes automatiques. Les résultats confirment l'intérêt de ce système de fabrication pour garantir la sécurité des patients et des opérateurs.

Mots-clés :

Antinéoplasiques, Préparation de médicament, Automatisation

Références :

[1] European Comitee for electotechnical standardization, ed. Medical electrical equipment-Part 2-24 : Particular for the safety of infusion pumps and cotrollers. 1998

[2] Swissmedic. Pharmacopoea Helvetica, 11^{ème} édition. Supplément 11.1- Monographie 17.2.2.1. Exigences concernant les préparations. Teneurs en Principe actif

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude comparative de 2 diluants utilisés dans la formulation de préparations sous la forme pharmaceutiques de gélules : le lactose et la cellulose microcristalline

Auteurs :

Le Gall T.*, Peyrol C., Favier C., Soulairol I., Kinowski JM.

Pharmacie, CHRU Nîmes, Nîmes

Résumé :

Introduction :

Les préparations pédiatriques de gélules sont souvent ouvertes pour être administrées. Ce travail propose d'évaluer l'impact de l'utilisation de 2 celluloses microcristallines (CMC) et de 2 lactoses (L) dans la fabrication et l'utilisation de gélules pédiatriques.

Matériels et méthodes :

Une série de tests permet d'évaluer leurs paramètres pharmaco-techniques d'écoulement (diamètre moyen des particules (d50) par granulométrie laser, angle de repos (AR), essai de temps d'écoulement (TE) à l'entonnoir). La moyenne des mesures réalisées (n = 3) est calculée. Puis, un lot de 100 gélules n° 4 est réalisé avec chaque diluant. Sur chaque lot, l'essai d'uniformité de masse est réalisé sur 50 gélules pleines et sur le contenu de 20 gélules vidées. La moyenne, l'écart type et le coefficient de variation (CV) sont calculés.

Résultats :

Les d50 obtenues sont respectivement de 129, 111, 92, 42 µm pour les CMC2, CMC1, L2 et L1. La CMC2 est classée comme une poudre fine et les autres comme très fines. Les AR rapportés à la classification de Carr présentent tous un écoulement passable avec un risque de blocage. (CMC1 $\alpha = 44^\circ$, CMC2 $\alpha = 43^\circ$, L1 $\alpha = 42^\circ$, L2 $\alpha = 42^\circ$). Le TE n'est mesurable qu'avec le L2 (t = 3*57/100 g) (CMC2, CMC1, L1 t = ∞). Les CV de masse des gélules pleines sont de 3,0, 2,5, 3,0 et 2,7 % et les CV de masse du contenu des gélules vidées sont respectivement de 4,5, 3,3, 3,7 et 3,7 % pour les CMC1, CMC2, L1 et L2.

Discussion :

La CMC2 a un d50 acceptable, ceux des CMC1 et L2 sont inférieurs mais proche de celui de la CMC2, le d50 du L1 très faible, indique que la réalisation de mélange homogène avec ce diluant sera difficile. D'après les angles de repos obtenus, aucune différence significative n'est mesurée. Mais le L2 présente une meilleure aptitude à l'écoulement car il est le seul à s'écouler à travers l'entonnoir. Pour la fabrication des gélules, les CMC2 et L2 présentent les CV les plus faibles : ils semblent être les plus adaptés à la réalisation de gélules. Dans le cadre d'une utilisation pédiatrique, la CMC2 présente un CV plus faible que la CMC1 et inférieure aux 2 lactoses, égaux entre eux. Les CMC2 et L2 semblent être les plus adaptés à la fabrication et l'utilisation en pédiatrie. En comparant les CV de ces deux diluants, la CMC2 a les meilleurs résultats pour les 2 critères évalués et n'est pas un excipient à effet notoire.

Conclusion :

La CMC 2 sera privilégiée pour la formulation des gélules pédiatriques, dans la mesure où des données de stabilité avec le PA concerné sont disponibles. Dans le cas contraire, et si des données de stabilité existent avec le lactose, le L2 sera employé.

Mots-clés :

Gélules, Pédiatrie, Diluant

Références :

[1] Aptitude à l'écoulement des poudres, Pharmacopée Européenne, Chapitre 2.9.36., 8^{ème} édition, 2014

[2] Ecoulement, Pharmacopée Européenne, Chapitre 2.9.16., 8^{ème} édition, 2014

[3] Finesse des poudres, Pharmacopée Européenne, Chapitre 2.9.35., 8^{ème} édition, 2014

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise au point et évaluation physico-chimique d'encre pour tatouage cornéen

Auteurs :

Cucina A.⁽¹⁾, Filali S.⁽¹⁾, Bretagnolle C.⁽¹⁾, Darricau B.*⁽¹⁾, Salmon D.⁽¹⁾, Tall ML.⁽¹⁾, Diouf EH.⁽¹⁾, Kocaba V.⁽²⁾, Pivot C.⁽¹⁾, Pirot F.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

⁽²⁾ Bloc chir oph et ambulatoire, HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Introduction :

Le tatouage cornéen est une technique de plus en plus utilisée en alternative aux verres scléraux et l'éviscération dans le traitement des cicatrices de cornée. Classiquement, ce tatouage cornéen est réalisé avec de l'encre de chine, ne disposant pas d'un grade pharmaceutique. En conséquence, la mise au point d'une nouvelle formulation s'est avérée nécessaire. Dans le cadre d'une étude de faisabilité, la stabilité, la taille des particules et le pouvoir colorant de trois suspensions (charbon actif, charbon de tourbe et encre de chine) ont été comparés.

Matériels et méthodes :

Une suspension de charbon actif a été préparée en dispersant 1 mg de poudre de charbon, triturée puis tamisée (50 µm), dans 25 ml d'eau purifiée. Les suspensions de charbon de tourbe et l'encre de chine sont disponibles commercialement et prêtes à l'emploi. Ces trois suspensions ont été centrifugées. Une observation au microscope optique, un comptage particulaire et une caractérisation granulométrique par diffusion dynamique de la lumière (0,6 nm - 6 µm) ont été réalisés. Enfin, une analyse du pouvoir colorant a été effectuée visuellement par un opérateur.

Résultats :

Après centrifugation, la suspension de charbon actif présentait un sédiment compact et un surnageant trouble. En revanche, l'analyse au microscope a montré une homogénéité. A l'analyse particulaire les tailles étaient distribuées entre 2 à 50 µm. La granulométrie moyenne mesurée était de 1 µm. Le pouvoir colorant était faible. Après centrifugation, la suspension de charbon de tourbe présentait un sédiment compact et un surnageant légèrement trouble. La suspension ne présentait aucune particule au-delà de 25 µm (prédominance 2-5 µm). L'analyse granulométrique montrait une répartition moyenne de taille de 3,5 µm. Le pouvoir colorant était satisfaisant. Aucune sédimentation n'a été observée après centrifugation de l'encre de chine. Le comptage particulaire montrait une prédominance de particules de 2 µm et aucune supérieure à 25 µm ; la granulométrie moyenne était de 0,1 µm. Le pouvoir colorant de l'encre de chine était très marqué.

Discussion :

Bien que l'encre de chine présente la meilleure stabilité, les aspects toxicologiques sont controversés à cause de la présence éventuelle d'éthylène glycol, de gomme-laque et de produits d'origine animale. A l'inverse, le charbon actif et de tourbe sont biocompatibles et non toxiques. D'après cette étude, une suspension de charbon de tourbe reste une bonne alternative à l'encre de chine et fait l'objet d'une évaluation clinique.

Mots-clés :

Préparation stérile, Tatouage cornéen, Suspension de charbon

Références :

[1] Dana M. Hartl et al. Ann Surg Oncol, 16 : 2602-2608 (2009)

[2] Xiaoge Chen et al. Waste Management, 22 : 755-760 (2002)

[3] L. Bonhomme et al. International Journal of Pharmaceutics, 80 : 271-275 (1992)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

ON-Q® Pain Relief System : une alternative dans la prise en charge des douleurs post opératoires ?

Auteurs :

Ravelle-Chapuis S.*⁽¹⁾, Darrodes M.⁽¹⁾, Lemare F.⁽²⁾, Gaudin A.⁽¹⁾

⁽¹⁾ DM et traçabilité, Institut Gustave Roussy, Villejuif

⁽²⁾ Pharmacie clinique, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Résumé :

Introduction :

La pompe ON-Q est un diffuseur portable destiné à l'administration d'anesthésiques locaux dans la prise en charge des douleurs post opératoires. Ce dispositif médical permet une administration continue (débit 5 mL/h), avec possibilité de bolus de 5 mL toutes les heures, en complément (action synergique) ou en alternative aux morphiniques. L'objectif de notre étude a été de vérifier la conformité (norme ISO28620) des débits moyens (Qm) et instantanés (Qi), et des volumes de bolus (Vb) en conditions optimales (22°C et hauteur égale entre la pompe et le cathéter) et à température plus élevée.

Matériels et méthodes :

Les dispositifs ont été remplis avec 400 mL (volume nominal donné par le fabricant) d'une solution de ropivacaïne à 0,2 % et reliés à un système clos composé d'une aiguille de Huber fixée à une bouteille en plastique fermée par son bouchon permettant la pesée du volume récolté et donc le calcul des débits. Afin de tester l'influence des bolus sur les débits, 3 groupes de 2 pompes chacun ont été constitués (sans bolus, 8 bolus, 20 bolus). L'influence de la température a été étudiée sur 2 dispositifs à l'étuve à 37°C. Le Qm a été mesuré toutes les 24h, les Qi toutes les 20 min et le Vb 3 fois par DM.

Résultats :

Le débit continu moyen est de 4,94 mL/h, les débits instantanés varient de 3,80 à 5,57 mL/h en moyenne et le vb moyen est de 4,93 mL. A l'étuve, une augmentation du Qm est observée avec une moyenne de 6,92 mL/h. Ces résultats sont conformes aux informations données par le fabricant, mais des observations doivent être prises en compte en vue d'une utilisation sur patients. Une différence de Qm a été observée entre les groupes sans bolus et avec bolus entraînant une durée de perfusion respectivement plus longue et plus courte. Cette différence est statistiquement significative à partir d'un certain nombre de bolus administrés compris entre 8 et 20. De plus, une variation des Qi (augmentation en début de perfusion et diminution en fin de perfusion), a été observée. Ces phénomènes sont décrits par le fabricant, mais il est important d'en tenir compte pour éviter une prise en charge inadaptée de la douleur en fin de perfusion.

Discussion :

Une étude sur un nombre plus important de dispositif serait nécessaire afin de confirmer les tendances observées. En attendant, pour une utilisation sur des patients, il semble nécessaire de limiter la perfusion à 48h. De plus, il est important de prendre en compte l'influence de la température et le bruit que fait le bouton du bolus lors de sa remontée : une éducation thérapeutique de qualité dispensée au patient est indispensable.

Mots-clés :

Douleurs postopératoires, Anesthésiques locaux, Diffuseurs portables

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan des interventions pharmaceutiques (IP) sur des ordonnances d'implants dentaires et dispositifs médicaux (DM) à usage unique (UU) associés

Auteurs :

Voillot J.*, Aldeguer A., Raignoux C., Laribe-Caget S.

Pharmacie, APHP - Hôpital Rothschild, Paris

Résumé :

Introduction :

La pose d'implants dentaires nécessite, outre les instruments ancillaires stériles, des DM à UU (forets, analogues d'implants) indispensables et spécifiques aux implants posés. Ces DM font l'objet, dans notre établissement, d'une prescription nominative par un chirurgien-dentiste, en prévision d'une intervention planifiée. Toutes les prescriptions sont analysées par un pharmacien dédié au service d'odontologie avant la commande des DM auprès des fournisseurs en marché. L'objectif de ce travail est d'analyser les IP effectuées.

Matériels et méthodes :

Le pharmacien valide chaque prescription à l'aide de la documentation fournisseur. Il tient compte des implants posés antérieurement grâce à la traçabilité nominative informatisée. Un recueil prospectif des ordonnances est effectué sur six mois. Les IP sont relevées, analysées et classées en deux types : Les IP préventives (IPP) quand le pharmacien assiste le chirurgien-dentiste à la rédaction de la prescription et les IP correctives (IPC) quand le pharmacien modifie l'ordonnance rédigée par le chirurgien-dentiste seul.

Résultats :

Sur 441 ordonnances recensées, 50 % (216) d'IP sont relevées dont 33 % (71) d'IPP et 67 % (145) d'IPC. Parmi les IPC, 14 % (20) sont des demandes hors marchés. L'ajout d'un DM pour réaliser la prothèse (analogue) ou la pose d'implants (séquence de forets incomplète) correspond à 31 % (45) d'IPC. La suppression d'un DM inutile à l'intervention représente 17 % (25) d'IPC (suppression du taraud pour un implant autotaraudant ou de DM présents dans la trousse de chirurgie). L'inadéquation entre le diamètre des implants posés et celui des vis ou analogues commandés représente 13 % (19) des IPC. Enfin, il y a 25 % (36) d'erreurs de retranscription de références.

Discussion :

Toutes les corrections apportées sont acceptées par les chirurgiens-dentistes, en formation continue, apprenant les systèmes implantaires. Le nombre important d'IP suggère autant de complications évitées. En effet, la commande de mauvais matériel risque d'entraîner le retard ou l'annulation de l'intervention mais aussi un stockage inutile de DM onéreux. Le pharmacien assure la conformité des commandes à la réglementation des marchés publics et optimise la demande du chirurgien-dentiste par sa bonne connaissance du matériel.

Conclusion :

La plus-value du pharmacien clinicien en service d'odontologie, que ce premier travail démontre, sera objectivée par une étude évaluant l'impact économique des IP. L'aide pharmaceutique, très appréciée au sein du service, renforce la collaboration pharmacien-dentiste essentielle pour assurer la qualité de la préparation des interventions.

Mots-clés :

Intervention pharmaceutique, Implant dentaire, Traçabilité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Outil d'évaluation et de formation du personnel en stérilisation : création de questionnaires en ligne

Auteurs :

Dubois S.*⁽¹⁾, Dréno C.⁽¹⁾, Pinvidic JL.⁽¹⁾, Souchon J.⁽¹⁾, Piriou G.⁽²⁾

⁽¹⁾ Stérilisation, CH Cornouaille, Quimper

⁽²⁾ Pharmacie, CH Cornouaille, Quimper

Résumé :

Introduction :

Une stérilisation de territoire a été créée le 1^{er} janvier 2014, regroupant l'activité de plusieurs établissements sur un site principal. Depuis un an, un recensement des non-conformités a été mis en place. Celui-ci a permis de mettre en évidence un manque de formation des agents de stérilisation (AS) sur certaines étapes du processus de stérilisation. Face à ce problème, des supports d'évaluation et de formation ont été créés, destinés aux AS, qu'ils soient présents depuis plusieurs années ou nouveaux arrivants.

Matériels et méthodes :

Quatre questionnaires informatisés et disponibles en ligne ont été établis : l'un portant sur la protection du personnel, les autres concernant 3 étapes clés du circuit de stérilisation (lavage, conditionnement, stérilisation). L'accès aux questionnaires a été clôturé après un taux de participation minimum de 90 %. Une fois les tests clôturés, les corrigés ont été distribués à chaque AS avec leurs propres réponses pour qu'ils puissent comprendre et apprendre de leurs erreurs.

Résultats :

Le pourcentage de bonnes réponses pour chaque test est de : 72 % pour le lavage, 73 % pour le conditionnement, 74 % pour la stérilisation, 63 % pour la protection du personnel. Les erreurs les plus fréquemment rencontrées portent sur :

- les techniques de lavage manuel, le choix du protocole pour le lavage en machine
- les dates de péremption à appliquer selon le type d'emballage
- l'ordre de réalisation et la validation des tests de vide et de Bowie Dick, les paramètres à vérifier avant d'ouvrir la porte d'un autoclave, la validation d'un cycle de stérilisation
- les règles à respecter concernant l'habillement et l'utilisation du soluté hydro-alcoolique.

Discussion :

Ces quizz ludiques et informatifs ont permis de mettre en évidence des notions moins maîtrisées par les AS, nécessitant d'être approfondies. Des actions correctives ont été identifiées, comme la réalisation d'une affiche reprenant les différents types d'emballages et leur date de péremption, la nécessité de rappeler les règles d'hygiène et de revoir la formation des AS sur l'étape de stérilisation. Actuellement, 3 actions ont abouties à la création d'affiches portant sur les conditionnements, sur les règles d'habillement et de désinfection des mains, et sur l'aide à la validation du test de vide.

Conclusion :

Il est important de former régulièrement le personnel aux bonnes pratiques de stérilisation. A l'avenir, ces questionnaires seront utilisés pour former et évaluer les connaissances acquises par le nouveau personnel arrivant.

Mots-clés :

Stérilisation, Formation professionnelle, Questionnaire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des dépenses et de l'intérêt d'un nouveau dispositif médical, les tiges MAGECTM dans la chirurgie de la scoliose infantile précoce sévère et évolutive

Auteurs :

Gueneau P.*⁽¹⁾, Law-Ki C.⁽¹⁾, Fagnoni P.⁽¹⁾, Metaizeau JD.⁽²⁾, Guignard MH.⁽¹⁾, Guenfoudi MP.⁽¹⁾, Garnier N.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Dijon, Dijon

⁽²⁾ Chirurgie pédiatrique, CHU Dijon, Dijon

Résumé :

Introduction :

La prise en charge chirurgicale des formes graves de scoliose chez l'enfant se fait classiquement par l'utilisation de tiges à distraction chirurgicale (tiges VEPTRTM) et nécessite plusieurs ré interventions. De nouvelles tiges électromagnétiques, avec distraction magnétique externe sont apparues (tiges MAGECTM) ; elles permettent d'éviter des opérations et hospitalisations répétées pour l'enfant mais ce matériel est couteux, non remboursé en sus du GHS, et le GHS ne suffit pas à prendre en charge le coût total des dispositifs médicaux (DM) implantés. Notre objectif est d'évaluer du point de vu de l'assurance maladie (AM) les dépenses liées à ces 2 types d'interventions et l'intérêt pour le patient. Notre 2^{ème} objectif est de définir le coût moyen des montages orthopédiques.

Matériels et méthodes :

L'ensemble des enfants ayant eu une chirurgie de la scoliose sans arthrodèse entre janvier 2009 et mars 2014 a été inclus (extraction base PMSI) ; les témoins étant les enfants opérés par VEPTRTM (rétrospectif) et les cas les enfants opérés par tiges MAGECTM (prospectif). Chez nos témoins, nous avons évalué les dépenses avérées de l'AM dans les 2 années suivant la pose initiale. Pour les cas, nous avons estimé ces dépenses à 2 ans grâce à une modélisation économique. L'intérêt pour le patient a été évalué grâce au nombre moyen de jours cumulés passés à l'hôpital, à la durée moyenne des séjours hospitaliers et au nombre moyen de ré interventions chirurgicales en 2 ans. Chaque DM utilisé par enfant a été comptabilisé afin de définir le coût du montage.

Résultats :

Nous avons inclus 4 témoins et 3 cas. Les dépenses moyennes pour l'AM après 2 ans de suivi s'élèvent à 14 618 € pour les cas et 28 497 € pour les témoins. Les cas MAGECTM sont hospitalisés 3 fois moins longtemps (nombre de jours cumulés passés à l'hôpital) que les témoins : $18 \pm 7,07$ jours versus (vs) $50,5 \pm 3,3$ jours. La durée moyenne des différents séjours hospitaliers est moindre pour les cas : $7,5 \pm 4,8$ jours vs $10 \pm 12,9$ jours. En 2 ans, les cas sont réopérés 3 fois moins souvent : $0,33 \pm 0,58$ jours que les témoins : $3 \pm 1,63$ jours. Le coût total TTC moyen d'un montage MAGECTM sur les 2 ans de suivis est de 19 434 € pour un montage simple et 32 525 € pour un montage double contre respectivement 11 677 € et 12 798 € pour un montage VEPTRTM.

Discussion :

Les tiges MAGECTM apparaissent comme étant un DM moins couteux après 2 ans. Malgré un investissement financier important, ces tiges présentent des avantages majeurs moins d'hospitalisation et de ré interventions chirurgicales limitant ainsi la déscolarisation.

Mots-clés :

Assurance maladie, Scoliose, Distraction

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATIONS AFFICHÉES

HOIPHARM REIMS 2015

Circuit du médicament

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 1

Titre :

Ecrasement des formes orales sèches – Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) du personnel soignant en centre hospitalier

Auteurs :

Clauson H.⁽¹⁾, Thibault M.⁽¹⁾, Dehe-Castera A.⁽²⁾, Fournier G.⁽²⁾, Dubost M.⁽³⁾, Rull-Espagnol F.⁽¹⁾, Tavernier J.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Jacques Lacarin, Vichy

⁽²⁾ Gériatrie, CH Jacques Lacarin, Vichy

⁽³⁾ Unité de soins longue durée, CH Jacques Lacarin, Vichy

Résumé :

Introduction :

L'iatrogénie induite par l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules est évitable si certaines règles de base sont respectées. Des procédures qualité sont généralement disponibles dans les établissements de soin, pour autant sont-elles connues et consultées par le personnel soignant ? Dans une démarche de sécurisation du circuit du médicament, ce travail vise un double objectif : évaluer la fréquence de l'écrasement des formes orales sèches dans notre établissement et comparer les pratiques aux recommandations.

Matériels et méthodes :

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), encadrée par un comité de pilotage pluridisciplinaire (directeur des soins, médecins, pharmaciens, cadres de santé et infirmiers), est réalisée auprès des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), sous la forme d'une enquête de pratiques (méthodologie de la Haute Autorité de santé (HAS) d'approche par comparaison à un référentiel). L'étude bibliographique basée sur les recommandations HAS 2010/2011 et de récentes publications aboutit à l'élaboration d'un questionnaire de 18 items à réponses orientées, divisé en 4 sections : généralités, prescription, préparation et administration. Le recueil prospectif est réalisé de manière autonome et anonyme par l'ensemble des IDE des services adultes de l'établissement, de juin à septembre 2014.

Résultats :

154 IDE de 21 services adultes ont répondu à l'enquête. L'écrasement des formes orales sèches est une pratique quotidienne pour 20 % des IDE. Points positifs : Recherche d'alternative fréquente (93 %) - Acte infirmier (90 %) - Utilisation d'un écrasement-médicament (90 %) - Respect des règles d'hygiène (mains et matériel) - Administration juste après écrasement (74 %). Points négatifs : Méconnaissance des procédures (39 %) - Pharmacien peu contacté en cas de doute (21 %) - Traçabilité du motif d'écrasement insuffisante (25 %) - Ecrasement et passage par sonde de plusieurs comprimés simultanément (> 80 %).

Discussion :

Cette étude confirme que l'écrasement est une pratique fréquente dans les services de soins. Des actions ont été mises en place pour améliorer les pratiques : mise à jour des procédures ; création d'une liste de comprimés écrasables ou non ; intégration de l'information au logiciel de prescription et d'administration ; sensibilisation des équipes soignantes et des étudiants infirmiers à l'IFSI. L'EPP a été étendue à l'ensemble des établissements de la région par le biais de l'OMÉDIT (Observatoire des Médicaments des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques) afin d'obtenir une vision encore plus large des pratiques et permettre des actions correctives à plus grande échelle.

Mots-clés :

Formes orales sèches, Broyage, Evaluation des pratiques professionnelles

Références :

[1] Caussin M et al. Rev Médecine Interne. oct 2012 ; 33 (10) : 546-51

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Nouveaux antiviraux à action directe : de précieux atouts dans la prise en charge de l'hépatite C

Auteurs :

Grenouilleau V.*⁽¹⁾, Aguerre C.⁽¹⁾, Hoedt B.⁽¹⁾, Gaborieau V.⁽²⁾, Pariente A.⁽³⁾, Ferrari S.⁽¹⁾, Jomier JY.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Pau, Pau

⁽²⁾ Médecine interne, CH Pau, Pau

⁽³⁾ Hépatogastroentérologie, CH Pau, Pau

Résumé :

Introduction :

De nouveaux antiviraux à action directe (NAAD) ont été mis à disposition en 2014 pour le traitement de l'hépatite C : sofosbuvir, siméprévir et daclatasvir. Associés, ils peuvent être utilisés sans interféron pégylé, ni ribavirine. Ils permettent d'envisager la guérison virologique chez 90 % des malades en 12 ou 24 semaines. L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux des prescriptions de ces médicaments dans notre établissement.

Patients et méthodes :

Tous les patients pour lesquels un traitement par NAAD a été initié en 2014 sont étudiés. Les différents paramètres analysés sont : les données démographiques et cliniques des patients, les caractéristiques de la maladie, les médicaments prescrits, la durée de traitement, ainsi que l'évolution de la maladie sous traitement.

Résultats :

En 2014, 59 patients (âge moyen : 59 ± 10 ans) ont reçu au moins un NAAD, 51 % sont des hommes. Six patients présentaient une co-infection virale par le VIH. Le diagnostic d'hépatite C a été porté plus de 10 ans auparavant dans 80 % des cas. Les caractéristiques de la maladie sont les suivants : génotype viral : 1a (30 %), 1b (27 %), 2 (5 %), 3 (23 %), 4 (13 %), 5 (2 %) ; score de fibrose : F3 (30 %), F4 (70 %). La plupart des patients sont non répondeurs à un traitement antérieur (47 %) ; 30 % sont naïfs de tout traitement et 23 % rechuteurs. Les schémas thérapeutiques de l'hépatite C se répartissent de la façon suivante : 53 patients ont reçu une bithérapie comprenant systématiquement du sofosbuvir associé au daclatasvir, siméprévir ou ribavirine, et 6 une trithérapie. La durée du traitement est le plus souvent de 24 semaines (63 %). La plupart des patients ont une charge virale indétectable dès le premier mois de traitement. Sur les 36 patients ayant terminé leur traitement, un seul a rechuté.

Discussion :

Depuis l'arrivée de ces NAAD, les recommandations des sociétés savantes évoluent rapidement en fonction des connaissances et de l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments. Dans cette étude, toutes les prises en charge étaient conformes à ces recommandations. Au sein de notre établissement, on peut observer une très forte efficacité du traitement avec plus de 95 % des patients qui conservent une charge virale indétectable à la fin du traitement ainsi qu'une très bonne tolérance. Ces résultats semblent cohérents avec les études. Cependant, le recul n'est pas assez important pour confirmer la durabilité de cette réponse. Aujourd'hui, un suivi pluridisciplinaire de ces patients est mis en place afin d'objectiver l'apport attendu de ces nouvelles thérapeutiques.

Mots-clés :

Hépatite C, Antiviraux, Hépatite chronique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 3

Titre :

Fer injectable : que devons-nous "fer" ?

Auteurs :

Drancourt P.*⁽¹⁾, Senis-Loiseau C.⁽¹⁾, Ducrond C.⁽²⁾, Flamme C.⁽³⁾, Chatelet C.⁽⁴⁾, Macnamara E.⁽⁵⁾, Laffont C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Béthune, Béthune

⁽²⁾ Hôpital de jour, CH Béthune, Béthune

⁽³⁾ Gastro-entérologie, CH Béthune, Béthune

⁽⁴⁾ Gynéco-obstétrique, CH Béthune, Béthune

⁽⁵⁾ Néphrologie, CH Béthune, Béthune

Résumé :

Introduction :

Suite à des réactions d'hypersensibilité parfois mortelles, les conditions d'administration et de surveillance du fer injectable ont été renforcées selon l'instruction du 24 janvier 2014. Auparavant administré en ville, le fer a été replacé en réserve hospitalière. Notre travail a consisté à évaluer la conformité des conditions de prescription, de préparation et d'administration du fer injectable (fer saccharose et carboxymaltose ferrique) vis-à-vis de l'instruction et d'harmoniser les pratiques.

Matériels et méthodes :

Un audit de pratique a été réalisé dans les principaux services consommateurs (Gastroentérologie, Néphrologie, Hémodialyse et Maternité). Il a permis d'évaluer 19 critères concernant la prescription, la préparation, l'administration et la surveillance du fer injectable grâce à une grille validée en interne.

Résultats :

Au total, 20 patients ont été inclus. Chaque étape de la prise en charge de ce médicament à risque comportait des anomalies.

1) La prescription : la posologie en carboxymaltose ferrique était supra thérapeutique (75 %). L'intervalle de 48 heures entre chaque cure de fer saccharose n'était pas toujours respecté (30 %).

2) La préparation : la concentration en fer saccharose dilué était parfois inférieure à 1 mg/ml (10 %), potentiellement toxique pour l'organisme.

3) La traçabilité de la surveillance pendant l'administration était rarement effectuée (6 %).

4) La surveillance après la fin de l'administration n'était jamais réalisée.

Discussion :

Face à ce constat, un groupe pluridisciplinaire composé de médecins, infirmiers et pharmaciens s'est réuni afin d'établir un protocole institutionnel et des outils pour chaque étape. Il s'agit d'abaques d'aide à la prescription, permettant de déterminer la posologie à prescrire en fonction du taux d'hémoglobine et du poids du patient ; d'un poster affiché dans les services rappelant les conditions de préparation et de surveillance et d'une fiche de consentement patient qui fera partie intégrante du dossier médical. Ces documents ont été présentés et validés à la Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux de notre établissement.

Conclusion :

Ce travail a été très bien accueilli par les équipes médicales et soignantes qui ont pris connaissance du risque lié à l'administration du fer. L'intérêt de la pharmacovigilance a été rappelé. Cette démarche a permis d'harmoniser les pratiques et de sécuriser la prise en charge médicamenteuse. Une évaluation sera effectuée dans 6 mois afin de mesurer l'impact des mesures mises en place.

Mots-clés :

Complexes de fer, Sécurité des patients, Réglementation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 4

Titre :

Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) : maîtrise des conditions de conservation de l'azacitidine de la fin de sa préparation à l'Unité de Préparation des Anticancéreux (UPA) jusqu'à son administration dans le service d'hématologie

Auteurs :

Rougeot J.*⁽¹⁾, Maillan G.⁽¹⁾, Nevado E.⁽¹⁾, Ranger J.⁽¹⁾, Pradeau F.⁽¹⁾, Freidine S.⁽²⁾, Marie-Daragon A.⁽¹⁾, Bordessoule D.⁽²⁾, Lagarde A.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie à Usage Intérieur, CHU Limoges, Limoges

⁽²⁾ Service hématologie clinique et thérapie cellulaire, CHU Limoges, Limoges

Résumé :

Introduction :

La sensibilité de l'azacitidine reconstituée nécessite des conditions de conservation strictes : 45 min à température ambiante ou 8h entre [+ 2 ; + 8°C]. Dans le cadre du bon usage, une EPP a été menée afin d'évaluer le respect de ses conditions de conservation.

Matériels et méthodes :

Une étude prospective a été menée sur 40 jours chez les patients traités par azacitidine en hospitalisation de jour ou conventionnelle. Une grille et sa notice d'utilisation ont été élaborées en réunion pluridisciplinaire pour recueillir les délais relatifs aux étapes du circuit. Les conditions de conservation des préparations de la fin de la fabrication jusqu'à l'administration ont été tracées par un enregistreur de température Temptale® pour suivre en temps réel les températures atteintes par la préparation.

Résultats :

30 préparations administrées à 19 patients ont été suivies. Le délai médian de la fin de fabrication à l'administration est de 34 min [12-116] dont 9 min à l'UPA entre la fin de fabrication et l'envoi [5-40], 3 min de transport [2-8] et 9 min entre la réception et l'administration dans le service [2-81]. 27 ont été remises en suspension avant administration et 13 ont été administrées entre 20 et 25°C. Selon les données de la grille, toutes les préparations sont restées moins de 45 min à température ambiante, alors que 9 dépassent ce délai selon les données de l'enregistreur de température (30 % des préparations considérées conformes, dépassent en réalité le seuil de conservation de 45 min à température ambiante). Les facteurs pouvant contribuer à cet écart ont été listés : non conservation au réfrigérateur avant départ de l'UPA (13 min), délai important entre la livraison dans le service et la réception par l'infirmière pour 5 préparations (9-17-20-27-35 min), délai de 19 min entre la sortie du réfrigérateur et l'administration dans le service, non anticipation de la pose du patch d'anesthésique local retardant l'administration dans 3 cas.

Discussion :

Outre la sensibilisation des équipes à cette problématique, ce travail a permis de déceler différents points sensibles sur le circuit de l'azacitidine. Les données de l'enregistreur révèlent la non-conformité des conditions de conservation de préparations et l'insuffisance des mesures mises en œuvre pour le transport. La restitution de l'EPP s'est donc accompagnée d'actions d'amélioration telles que l'identification des sacs de transport, la diffusion d'une fiche sur la molécule et la mise en place de formations pratiques réalisées par les pharmaciens à destination du personnel soignant.

Mots-clés :

Azacitidine, Audit clinique, Stabilité de médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Comment traiter la maladie hémorroïdaire à l'hôpital ?

Auteurs :

Planès S.*⁽¹⁾, Diebold G.⁽¹⁾, Do Thi Chalamette H.⁽¹⁾, Rossignol M.⁽¹⁾, Petrigny L.⁽²⁾, Lefebvre M.⁽¹⁾, Cabrera F.⁽¹⁾, Hild P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Roanne, Roanne

⁽²⁾ Hépatogastro-entérologie, CH Roanne, Roanne

Résumé :

Introduction :

Depuis l'arrêté du 30 septembre 2011 portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques, les traitements topiques symptomatiques de la maladie hémorroïdaire ne sont plus disponibles à l'hôpital (pommade ou suppositoires à base de trimébutine, ruscogénines ou carraghénates). Pour autant, la maladie hémorroïdaire est fréquente avec une prévalence variant de 4 à 86 % selon les études et les critères, avec un pic entre 45 et 65 ans (1). Les traitements ont pour objectif le soulagement de la douleur et de la gêne fonctionnelle. Ce travail a pour objectif de proposer une prise en charge de la maladie hémorroïdaire avec les traitements disponibles dans notre établissement, suite à de nombreuses demandes émanant des médecins, principalement en gériatrie et en soins de suite.

Matériels et méthodes :

Analyse de la littérature disponible sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. Travail pluridisciplinaire entre la pharmacie et plusieurs médecins de l'établissement.

Résultats :

La littérature est pauvre à propos du traitement de la maladie hémorroïdaire et la société nationale française de coloproctologie [1] (SNFCP) a tenté de publier des recommandations malgré l'absence de réelles études cliniques. Il en ressort la proposition d'utiliser des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie générale ou du paracétamol car ils sont efficaces sur la douleur. Concernant les traitements locaux, la SNFCP propose d'utiliser des topiques contenant de l'hydrocortisone (ou un de ses dérivés), ainsi que ceux comportant un excipient lubrifiant ou protecteur, en prescription courte pour atténuer les symptômes fonctionnels. Leur bénéfice n'est pas démontré au long cours. Nous avons décidé, en concertation avec les médecins, de rédiger une procédure de prise en charge de la maladie hémorroïdaire dans laquelle nous avons donc choisi de recommander l'utilisation d'AINS ou de paracétamol par voie orale en cas de douleur importante liée à la crise hémorroïdaire. En alternative, pour les traitements locaux, nous proposons des corticoïdes topiques type bétaméthasone ou désônide.

Discussion :

Suite à des demandes fréquentes de la part de différents services et devant l'absence de protocole, nous avons validé en comité du médicament la diffusion d'une procédure interne de traitement de la maladie hémorroïdaire. Cette procédure devra par la suite être évaluée pour vérifier qu'elle correspond bien aux besoins des utilisateurs.

Mots-clés :

Maladie hémorroïdaire, Traitements antalgiques, Comité du médicament

Références :

[1] Société nationale française de coloproctologie (SNFCP) « Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire », HAS, Gastroentérologie clinique et biologique, 2001, n° 25, pp. 674-702. Actualisation en 2013

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Comment faciliter la prescription des médicaments référencés au livret thérapeutique de l'établissement grâce à l'informatisation ?

Auteurs :

Dick L.*, Berthomieu A., Mésenge C., Morin-Légier V., Laure D., Delplanque R.

Pharmacie, GH du Havre, Le Havre

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre de l'informatisation du circuit du médicament (CDM) à l'hôpital, des protocoles d'équivalence thérapeutique (PET) avec posologies associées sont mis à disposition des médecins prescripteurs sur le logiciel d'aide à la prescription (LAP). La proposition de PET lors de la prescription a pour objectif d'optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés. En facilitant la prescription directe de l'équivalent référencé au livret thérapeutique de l'établissement, ils permettent d'améliorer le délai de prise en charge thérapeutique.

Matériels et méthodes :

Les PET sont paramétrés par le pharmacien en charge du projet d'informatisation du CDM à partir du module de gestion des protocoles du LAP. Ils portent le nom de la spécialité hors livret et se présentent sous forme d'une ordonnance type comportant une ou plusieurs lignes (si associations médicamenteuses) de prescription de DCI (Dénomination Commune Internationale) équivalente(s) au livret. Il s'agit d'équivalences strictes validées par les médecins spécialistes et la COMEDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles). Le paramétrage des PET nécessite de rechercher préalablement la posologie des équivalents thérapeutiques, notamment les moments de prise. Il inclut également un message rappelant au prescripteur qu'il s'agit d'équivalents stricts, ainsi que le nom et le dosage de la spécialité hors livret remplacée pour faciliter sa prescription sur l'ordonnance de sortie lors de la recopie de l'ordonnance de séjour. Ces données restent visibles sur la prescription et le plan de soins informatisés.

Résultats :

Lorsque le prescripteur saisit le nom de la spécialité hors livret, le LAP propose automatiquement le PET. Le prescripteur peut modifier les posologies des équivalents avant d'enregistrer la prescription du protocole. Les PET ne concernent que les associations médicamenteuses fixes. Le paramétrage en DCI facilite déjà la recherche d'équivalents stricts pour les spécialités à une seule DCI. A ce jour, 74 PET sont créés.

Discussion :

L'informatisation du CDM a permis de mettre à disposition des prescripteurs des PET visant à sécuriser la prise en charge thérapeutique. Néanmoins, les limites de ce dispositif sont de devoir tracer l'historique du traitement d'entrée du patient en vue de sa sortie, et de mettre à jour le paramétrage lors des changements de marché. Enfin, il serait intéressant de comparer le taux de prescriptions hors livret des associations médicamenteuses faisant l'objet de PET avant et après mise en place de ces protocoles.

Mots-clés :

Pharmacothérapie assistée par ordinateur, Substitution de médicament, Logiciel

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 7

Titre :

Logiciel d'aide à la prescription : soyons informatico-vigilants !

Auteurs :

Jost J.*, Reygner C., Marie-Daragon A., Brischoux S., Ratsimbazafy V.

Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges

Résumé :

Introduction :

Les logiciels d'aide à la prescription (LAP) représentent de nos jours un gain indéniable dans la sécurisation de la prise en charge des patients. Ils sont depuis peu soumis à l'obligation de certification régie par le décret 2014-1359 du 14 novembre 2014. Cependant, le risque zéro n'existe pas et l'outil peut potentiellement générer des erreurs qui doivent être au maximum anticipées et maîtrisées. L'objectif de cette étude était de quantifier et de qualifier les risques d'erreurs générés par le logiciel et les conséquences potentielles pour le patient, en se basant sur les signalements de l'éditeur de logiciel.

Matériels et méthodes :

Toutes les anomalies rapportées par l'éditeur sur un an ont été collectées et analysées. Elles ont été regroupées par domaine : médicament, dossier patient, laboratoire ou autre. Pour toutes celles liées aux médicaments, une échelle de gravité a été créée, allant de 1 à 3 : valeur 1 pour la gravité la plus faible (pas de risque vital pour le patient), valeur 2 pour une sévérité modérée (pas de risque vital, mais potentiellement dangereux), et valeur 3 pour le plus haut risque (risque vital potentiel).

Résultats :

Un total de 64 anomalies ont été signalées pour l'année 2014. Au 31 décembre 2014, le logiciel d'aide à la prescription était en place dans 18 services, soit 1 144 lits. Parmi ces anomalies, 76,7 % (49) impactaient directement les médicaments (disparition de prescriptions, vitesse de perfusion erronée, incohérence entre prescription et plan de soins, etc.). Sur l'échelle de gravité, 71,4 % (35) représentaient un risque 3, seulement 8,2 % (4) un risque 2, et 20,4 % (10) un risque 1. Parmi les anomalies les plus dangereuses pour les patients, 28,6 % (10) des cas entraînaient un risque d'oubli d'administrer un médicament, 34,3 % (12) un risque de surdosage, 8,6 % (3) étaient des erreurs sur les débits de perfusion et 8,6 % (3) des erreurs sur les fréquences d'administration.

Discussion :

Les LAP renforcent la sécurité à plusieurs niveaux : prescription, administration et traçabilité. Toutefois, cet outil ne doit pas être considéré comme une solution à tout. Cette étude a montré que des erreurs graves peuvent être générées en lien direct avec l'outil lui-même. Certaines anomalies sont signalées par l'éditeur de logiciels, mais d'autres sont également notifiées par les utilisateurs (médecins, pharmaciens, infirmières, etc.).

Conclusion :

Une surveillance constante par tous les acteurs (utilisateurs, éditeur) est essentielle pour minimiser ces risques. Une équipe interne pluriprofessionnelle dédiée à cette vigilance permet d'apporter des réponses concertées face à ces risques.

Mots-clés :

Prescription électronique, Sécurité des patients, Logiciel

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 8

Titre :

Evaluation des pratiques professionnelles de prescription et de réévaluation des traitements par antipsychotiques, antidémantiels et contention physique en EHPAD

Auteurs :

Henry N., Lefebvre-Caussin M., Breteau A., Doucet J., Monzat D.*

OMÉDIT Haute-Normandie, Rouen

Résumé :

Introduction :

Diminuer l'usage inapproprié des antipsychotiques dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est un des thèmes prioritaires de la circulaire ministérielle « EHPAD ». Dans ce but, un groupe de travail régional a réalisé un audit des pratiques de prescription et de réévaluation des antipsychotiques, antidémantiels et contention physique qui a été adressé aux établissements de la région.

Matériels et méthodes :

Un recueil prospectif a enregistré les prescriptions des patients âgés de plus de 70 ans traités par un antipsychotique et/ou un antidémantiel. La grille de recueil a été construite par un groupe régional d'experts pour évaluer les prescriptions au début de l'étude (S0) et leur réévaluation à la douzième semaine (S12).

Résultats :

Les prescriptions de 880 patients, résidant dans 23 EHPAD (sur 4 166 lits d'hébergement au total) ont été analysées. A S0, 74 % des patients recevaient un antipsychotique (principalement Risperidone ou Tiapride), prescrit systématiquement dans 89 % des cas et associé à d'autres psychotropes dans 79 % des cas (dont 41 % à au moins 2 psychotropes). Les prescriptions d'antipsychotiques étaient instaurées depuis plus de 3 mois dans 88 % des cas. Parmi les patients sous antipsychotiques, 35 % avaient également une contention physique et 10 % avaient une association antipsychotique-antidémantiel. Parmi les 34 % de patients sous traitement antidémantiel (Mémantine principalement), 31 % avaient une contention physique. Au total, 34 % des patients avaient une contention physique : celle-ci était prescrite dans 94 % des cas, dont 80 % systématiquement jour et/ou nuit. A S12, une réévaluation des traitements a été effectuée pour 73 % des prescriptions d'antipsychotiques, 42 % pour les antidémantiels et 81 % pour la contention physique. Cette réévaluation a conduit à une poursuite de l'antipsychotique dans 55 % des cas et à un arrêt de traitement antidémantiel dans 59 % des cas.

Discussion :

Cette enquête prospective souligne la nécessité de rappeler les recommandations et les bonnes pratiques de prescription et de réévaluation des antipsychotiques, antidémantiels et contention physique. Un protocole régional est en cours de rédaction. L'effet "pédagogique" lié au questionnaire explique les taux élevés de réévaluation des traitements à la 12^e semaine.

Mots-clés :

Evaluation de la prescription médicamenteuse, Etablissements d'hébergement médicalisés pour personnes âgées, Antipsychotiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des pratiques professionnelles liées à l'administration des mélanges de nutrition parentérale

Auteurs :

Khettar S.*, Sapin A., Faudel A., Parat S., Rioufol C.

Département de pharmacie clinique et médicaments, HCL - GH Lyon Sud, Pierre-Bénite

Résumé :

Introduction :

La reconstitution et l'administration des mélanges industriels destinés à la nutrition parentérale (NP) nécessitent des précautions particulières dans le cadre du bon usage des dispositifs médicaux et des médicaments, et dans le respect des règles d'asepsie stricte. Une évaluation des pratiques professionnelles lors de la préparation et de la pose des mélanges dans des services de soins ciblés d'un CHU (Centre Hospitalier Universitaire) a été conduite, afin d'évaluer la conformité des pratiques aux référentiels locaux et nationaux pour l'administration de NP.

Matériels et méthodes :

A partir de la procédure interne au CHU [1] et des référentiels SFNEP [2] une grille d'audit en lien avec les étapes de reconstitution ainsi que les étapes per et post administration de ces mélanges nutritifs a été élaborée. Toute nouvelle prescription de NP dans un service d'Hépatogastroentérologie (1), de Chirurgie Digestive (2), et de Gériatrie (1) a été incluse sur une période d'une semaine par service, soit 4 semaines. L'évaluation a été réalisée en parallèle auprès des IDE (Infirmier Diplômé d'Etat), chaque IDE n'étant évalué qu'une seule fois.

Résultats :

Sur la période, 26 manipulations concernant 18 prescriptions ont été observées. Aucune non-conformité n'a été relevée concernant l'identitovigilance, l'adéquation avec la prescription médicale et la fréquence de changement des dispositifs médicaux. En revanche, des écarts majeurs par rapport aux recommandations ont été constatés concernant l'ordre de reconstitution des mélanges ternaires (92,3 %), l'absence de pompe permettant de réguler le débit (96,2 %), la perfusion concomitante de médicaments sur la même voie (57,7 %) et la réalisation de bilans sanguins sur la voie d'administration de la NP (61,5 %), exposant à un risque de modification des résultats biologiques.

Discussion :

Devant l'existence de conduites à risques, les professionnels de santé ont été sensibilisés à la procédure et aux Bonnes Pratiques. La limite de cet audit réside dans le nombre faible d'évaluations et la modification des comportements en présence d'un observateur extérieur. Ce travail valorisant le rôle du pharmacien quant au bon usage de tels médicaments [3], fut réalisé avec le soutien du CLAN (Comité Liaison Alimentation Nutrition), de la Direction des Soins Infirmiers et de l'Unité Hygiène Hospitalière avec pour objectif une réévaluation à un an.

Mots-clés :

Nutrition parentérale, Administration, Audit

Références :

[1] Bouletreau P. et al, Nutrition parentérale au long cours : branchement sur cathéter au long cours. Lyon : Groupe de travail Nutrition parentérale, Unité d'Hygiène des Hospices Civils de Lyon ; août 2010

[2] Société francophone de nutrition clinique et métabolisme (SFNEP) [internet]. Paris : SFNEP ; [mis à jour le 26/08/2010 ; consulté le 05/02/2015]. Référentiels. Disponible sur <http://www.sfnep.org/pratiques-cliniques-et-recommandations/referentiels>

[3] Rey JB, J PHARM CLIN, 29, (1) : 31-4 (2010)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Ouverture d'un nouvel établissement pénitentiaire : définir le circuit du médicament au regard de 14 exemples d'organisation en milieu carcéral

Auteurs :

Miroir S.⁽¹⁾, Ordekyan A.⁽²⁾, Guyot-Lénat A.⁽³⁾, Lalle D.⁽¹⁾, Lesturgeon J.⁽⁴⁾, Dehaese O.*⁽²⁾

⁽¹⁾ Direction de l'offre hospitalière, ARS Auvergne, Clermont-Ferrand

⁽²⁾ Pharmacie, CH Guy Thomas, Riom

⁽³⁾ Urgences, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

⁽⁴⁾ Psychiatrie, CH Sainte-Marie, Clermont-Ferrand

Résumé :

Introduction :

En janvier 2016, un nouvel établissement pénitentiaire d'une capacité de 554 détenus, doté d'une unité sanitaire (US) ouvrira ses portes. La pharmacie à usage intérieur (PUI) sera implantée dans le centre hospitalier de rattachement. En parallèle du projet médical, le circuit du médicament doit être organisé en prenant en compte la spécificité de la population accueillie. L'enjeu du projet est triple : la sécurisation du circuit du médicament, la prise en compte des risques de détournement et de mésusages, et la maîtrise logistique du circuit. Cette étude a pour but l'élaboration du projet pharmaceutique.

Matériels et méthodes :

Après un recueil bibliographique sur le sujet, nous avons adressé un questionnaire aux PUI de 20 établissements pénitentiaires de typologie similaire. L'évaluation portait sur les moyens matériels, humains et organisationnels liés au circuit du médicament.

Résultats :

Quatorze établissements ont répondu. Dans 12 cas, la PUI est située au sein du centre hospitalier de rattachement. Le nombre moyen de détenus est de 625 par établissement : 64,0 % sous traitement dont 10,4 % sous traitement de substitution aux opiacés (TSO). La prescription médicamenteuse est informatisée dans 71,0 % des établissements. L'analyse pharmaceutique est effectuée dans tous les établissements sauf un et dans la moitié des cas "a priori". Le temps pharmaceutique dédié est de 0,6 équivalent temps plein (ETP) pour 625 détenus. La dispensation à délivrance nominative est réalisée dans 93,0 % des établissements (1 établissement : système plein/vide). Le temps préparateur en pharmacie consacré à la préparation des doses à administrer est de 2,2 ETP pour 625 détenus. Les moyens utilisés sont des sachets et piluliers acheminés à l'US dans des armoires ou chariots de transfert. Pour 100 % des établissements, les médicaments sont délivrés par les infirmières en cellule, hormis les TSO qui sont administrés au sein de l'US. La traçabilité complète de l'administration est réalisée dans 25 % des cas (100 % pour les TSO et médicaments stupéfiants). Enfin, 2 US disposent d'une liste de médicaments à risque.

Discussion :

Au vu de ces éléments, il est nécessaire de disposer d'un circuit sécurisé, de la prescription à la traçabilité de l'administration médicamenteuse, en lien avec le dossier patient informatisé. Nous préconisons l'utilisation de chariots de transfert prêts à être délivrés par les infirmières au sein des US. Afin de mener à bien ces missions, nous proposons logiquement 3,0 ETP préparateur et 0,5 ETP pharmacien. Ce projet devra être validé par nos tutelles.

Mots-clés :

Etablissement pénitentiaire, Médicament, Circuit

Références :

[1] L. Michel et al. L'Encéphale, 31, (1) : 92-7 (2005)

[2] L. Harcouët et al. Annales Pharmaceutiques Françaises, 68, (5) : 286-290 (2010)

[3] M. Pouqueret et al. Techniques hospitalières, janvier-février, (719) : 42-46 (2010)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Validation des prescriptions informatisées dans un centre hospitalier général : évaluation des interventions pharmaceutiques suite à la mise en place d'un plan d'amélioration

Auteurs :

Nédellec E.*⁽¹⁾, Beaufile A.⁽¹⁾, Duperrin V.⁽¹⁾, Bascoulegue M.⁽¹⁾, Coruble MN.⁽²⁾, Labarthe A.⁽²⁾, Coret-Houbart B.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHI Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

⁽²⁾ Responsable qualité, CHI Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

Résumé :

Introduction :

Depuis 2009 la prescription dans les 20 services de médecine et de chirurgie est informatisée. L'ensemble des prescriptions est validé quotidiennement par les pharmaciens et internes. Chaque intervention pharmaceutique (IP) est codée par un item de la grille éditée par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Une analyse des IP sur l'année 2013 a été réalisée sur les prescriptions de 6 services de médecine. Elle a permis l'identification d'imprécisions dans le codage et de problèmes récurrents dans la prescription de certaines spécialités. Dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) une seconde analyse des IP sur l'année 2014 a été réalisée.

Matériels et méthodes :

Une étude rétrospective des IP des 6 mêmes services de médecine que ceux étudiés lors de la première enquête a été effectuée. L'extraction des données s'est faite par une requête du logiciel PHARMA®. L'analyse statistique a été faite par comparaison des intervalles de confiance à 95 %.

Résultats :

L'analyse concerne 100 381 lignes de prescription. On retrouve 7 951 IP soit 7,92 % des lignes de prescription, contre 4,39 % des lignes en 2013 ($p < 0,01$). 14,3 % des IP ne sont pas codées, ce qui ne diffère pas significativement du recueil de 2013 (13,4 %). On note une diminution significative ($p < 0,01$) des IP pour erreurs liées à l'informatique (33,5 % versus 27,2 %). La part d'interventions concernant les non-conformités aux référentiels/contre-indications a également été abaissée significativement : 2,7 % en 2014 contre 15,6 % en 2013.

Discussion :

L'augmentation du nombre d'IP sur l'année 2014 s'explique par une plus grande exhaustivité du codage des interventions. Depuis 2013, plusieurs fiches produit ont été modifiées (limitation de la durée de prescription, modification de l'unité principale de prescription, ajout de commentaires). On note ainsi une diminution significative de la part des erreurs liées à l'informatique. Par ailleurs l'introduction des items « non inscrit au livret thérapeutique » et « optimisation thérapeutique » ont permis un codage plus précis d'interventions codées auparavant « non-conformité aux référentiels ». La part des IP non codées reste importante et n'a pas évolué depuis la dernière étude.

Conclusion :

Cette étude a permis d'objectiver les résultats des actions correctrices menées après le premier recueil. Une revue mensuelle des IP non codées est mise en place afin d'homogénéiser les pratiques de codage et de diminuer la part de non codage.

Mots-clés :

Prescription électronique, Revue des pratiques de prescription des médicaments, Erreurs médicamenteuses

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation du circuit du médicament en EHPAD : quels axes d'amélioration ?

Auteurs :

Henry N., Breteau A., Lefebvre-Caussin M., Doucet J., Monzat D.*

OMÉDIT Haute-Normandie, Rouen

Résumé :

Introduction :

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des lieux particuliers de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments (responsabilités spécifiques, multiples intervenants...). A la demande de professionnels de santé intervenant en EHPAD, une enquête a été réalisée pour identifier les situations générant des difficultés de prise en charge médicamenteuse des patients et dégager des axes d'amélioration de la sécurisation du circuit du médicament.

Matériels et méthodes :

Un questionnaire a été adressé aux différents intervenants de l'ensemble des EHPAD de la région : infirmières (IDE), médecins coordonnateurs (MC), médecins traitants (MT), pharmaciens hospitaliers ou de ville. Le ressenti de chacun a été recueilli sur les thématiques suivantes du circuit du médicament : les relations entre professionnels, la prescription médicamenteuse et la dispensation des médicaments par la pharmacie...

Résultats :

Sur 137 EHPAD, 34 ont répondu à l'enquête. Les points forts ressortant étaient : disponibilité des MT se déplaçant en cas de besoin selon 80 % des IDE ; disponibilité des pharmaciens (selon 100 % des IDE) ; disponibilité des IDE (selon 96 % des MT) ; qualité de la dispensation, avec des délais de livraison des médicaments ne retardant pas la prise en charge des patients (selon 66 % des IDE), peu d'erreurs de dispensation (selon 78 % des IDE) et une information est donnée en cas de substitution par un générique (83 % des IDE). Les points faibles relevés concernaient : la prescription informatique (réalisée par 45 % des MT des EHPAD sans PUI), entraînant une retranscription des ordonnances par 60 % des IDE ou une represcription par 38 % des MC ; reconduction des traitements au long cours sans réévaluation (30 % des cas) ; prescription téléphonique par les MT (selon 50 % des IDE) ; faible participation des MT aux réunions d'information (selon 62 % des IDE) ; faible investissement des pharmaciens d'officine dans le circuit du médicament (selon 52 % des MC), avec peu d'interventions pharmaceutiques sur les interactions médicamenteuses (selon 77 % des MC) et conseils thérapeutiques (66 % des MC).

Discussion :

Plusieurs axes de travail émergent de cette enquête : informatisation, retranscription des prescriptions, réévaluation des traitements au long cours, transmission des interventions pharmaceutiques après analyse des ordonnances. Ces résultats régionaux ont été transmis aux EHPAD pour optimiser les liens entre les professionnels et améliorer la sécurisation du circuit du médicament.

Mots-clés :

Etablissements d'hébergement médicalisés pour personnes âgées, Amélioration de la qualité, Relations entre professionnels

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 13

Titre :

Retentissement des prescriptions de sortie d'hospitalisation sur la continuité des soins : enquête régionale préliminaire

Auteurs :

Henry N., Bertoux C., Borel C., Breteau A., Doucet J., Monzat D.*

OMÉDIT Haute-Normandie, Rouen

Résumé :

Introduction :

La prescription médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation est une étape importante dans la prise en charge des patients. Une enquête régionale, en lien avec les URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) pharmaciens et infirmiers, a été menée afin d'identifier les problèmes de prescriptions de sortie d'hospitalisation pouvant retentir sur la continuité des soins, et d'améliorer la sécurisation de la prise en charge des patients.

Matériels et méthodes :

Une fiche de signalement des problématiques rencontrées sur les ordonnances en provenance d'un établissement de santé a été diffusée par les URPS aux pharmaciens d'officine et infirmières libérales de la région. Cette fiche comportait les points suivantes : provenance et date de l'ordonnance de sortie, problèmes rencontrés (liés à la réglementation des stupéfiants, à l'absence de mention de dosage, de posologie ou de durée de traitement ; dysfonctionnements d'ordre organisationnel) médicaments concernés, conséquences pour le patient.

Résultats :

Entre juillet 2013 et décembre 2014, 51 déclarations ont été recueillies, provenant majoritairement du CHU (31), et d'un centre hospitalier (6). Parmi les problèmes de prescription (73 % des ordonnances), 51 % étaient d'ordre réglementaire (dont 47 % liés à un stupéfiant prescrit sur une ordonnance non sécurisée) ; 49 % étaient liés à une information insuffisante sur le traitement (dont 56 % liés à un médicament prescrit sans mention de dosage et/ou de posologie, et 33 % liés à une ordonnance sans durée de traitement). Parmi les problèmes organisationnels (41 % des prescriptions), 43 % étaient liés à l'orientation du patient vers une officine pour un médicament disponible uniquement en rétrocession ; 33 % étaient liés à un médicament onéreux non stocké à l'officine, dû à l'absence d'anticipation par l'hôpital de la sortie du patient. Les conséquences pour le patient ont été un retard dans la prise en charge dans 25 % des cas et/ou un retour à l'établissement de santé pour la dispensation (18 % des cas).

Discussion :

Les résultats de cette enquête préliminaire confirment que les dysfonctionnements de prescription à la sortie de l'hospitalisation peuvent retentir sur la continuité de soins en ville. Un retour de ces résultats régionaux aux établissements a conduit à la mise en place d'un projet de conciliation médicamenteuse au CHU, avec un contrôle systématique des ordonnances de sortie d'hospitalisation par un binôme médecin-pharmacien ; et un projet régional d'envoi des ordonnances de sortie aux officines via la messagerie sécurisée.

Mots-clés :

Sortie du patient d'un établissement de santé, Conciliation médicamenteuse, Continuité du traitement

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 14

Titre :

Evaluation de la mise en œuvre de l'arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

Auteurs :

Kujas P.*, Fontaine PA., Azard J.

DGOS-SDPF-PF2, Ministère de la santé - DGOS, Paris

Résumé :

Introduction :

Sécuriser l'utilisation des médicaments, est un des principaux enjeux de santé publique. L'arrêté du 6 avril 2011 (RETEX), qui s'inscrit dans une démarche globale de lutte contre les événements indésirables, définit le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et ses modalités de mise en œuvre dans les établissements

Matériels et méthodes :

La DGOS a souhaité évaluer la mise en place de cette politique, deux ans après la publication de l'arrêté (dernière échéance d'application fixée en avril 2013), par l'intermédiaire d'une enquête anonyme, basée sur le volontariat, déconnectée d'un objectif de contrôle. Un questionnaire a été envoyé aux observatoires du médicament sous format Excel[®], il comprenait des questions relatives à la mise en œuvre des articles 3 à 12 de l'arrêté RETEX.

Résultats :

18 régions sur 26 ont répondu représentant 1 060 établissements signataires ou non du contrat de bon usage. Plus de 90 % des établissements ont mis en œuvre la grande majorité des articles. Néanmoins, 2 articles posent des difficultés d'application : l'article 7 relatif à la définition des responsabilités et la formation du personnel dont la mise en œuvre est estimée à 73 %, et l'article 8 relatif à l'étude des risques à 51 %.

Discussion :

Cette enquête a permis d'évaluer l'appropriation d'une nouvelle politique de management de la qualité, et a montré une très forte implication des établissements. Elle a permis à la DGOS de poursuivre l'accompagnement au changement notamment en proposant des actions de formation, de mise à disposition de nouveaux outils, et d'évolution de la contractualisation

Mots-clés :

Qualité des soins, Evaluation des soins, Organisation contrôle professionnel

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Formation et évaluation des IDE sur la sécurisation du circuit du médicament

Auteurs :

Durand F.*, Lazaro P., Beuzit K.

Pharmacie, CHU Poitiers, Poitiers

Résumé :

Introduction :

Les formations font parties intégrante du management de la sécurisation du circuit du médicament. Une séance a été organisée pour les infirmiers diplômés d'état (IDE), leur validant le développement professionnel continu. L'outil de formation a été construit de manière à présenter les procédures mise en œuvre sur l'établissement.

Matériels et méthodes :

La séance débutait par le test 1, afin d'évaluer le niveau de connaissance des IDE. Puis la formation présentait le circuit du médicament et ses acteurs, en identifiant les risques liés à chaque étape. Pour chacun d'eux, les « barrières de sécurité » mises en place sur l'établissement ont été développées. Pour finir, les IDE ont répondu aux 10 mêmes questions (test 2), afin d'évaluer la qualité de la formation. Pour la rendre plus ludique, les tests se sont déroulés avec des boîtiers électroniques. Un questionnaire de satisfaction a été distribué aux participants.

Résultats :

15 IDE issus de différents services de soins ont participé. La moyenne des notes au test 1 est de 5,5/10 : on note que 27 % des participants pensent que les formes LP sont les seules à ne pas pouvoir s'écraser, pour 13 % d'entre eux l'identification des perfusions se fait au marqueur sur le flacon, et 93 % pensent que le nom du patient ne doit pas figurer sur le flacon. Concernant le stockage des médicaments, 87 % des IDE savent que les rangements doivent pouvoir fermer à clé, 73 % savent que la température des réfrigérateurs doit être relevée quotidiennement, et 87 % savent qu'un produit sans numéro de lot doit être jeté. Pour le traitement personnel, 13 % des participants pensent que les patients peuvent gérer leurs traitements dans la chambre, et 53 % pensent que la famille peut aller chercher en ville les médicaments non disponibles à l'hôpital. Au test 2, la moyenne des notes est de 7,9/10 : tous les participants améliorent leur score. Les boîtiers électroniques ont rendus la séance plus dynamique notamment par l'affichage instantané des résultats. D'après le questionnaire de satisfaction, les thèmes abordés et la méthodologie ont été appréciés (notés respectivement 3,4/4 et 3,6/4 en moyenne).

Discussion :

L'interactivité et le partage d'expérience ont été très enrichissants autant pour les participants que pour les formateurs : nous avons pu mettre en évidence d'autres risques possibles, et ainsi définir de nouveaux axes de travail. De plus, les participants ont pu par la suite, diffuser les notions importantes auprès de leurs collègues. Cette formation, qui s'est révélée bénéfique, sera donc renouveler quatre fois par an.

Mots-clés :

Circuit du médicament, Formation, Sécurisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La dispensation des médicaments hors GHS : comment améliorer la délivrance et la gestion des retours au sein d'une plateforme ?

Auteurs :

Sorli SC.*, Despleschain M., Vitale G., Rousset G., Jouglan J., Rouve N.

Pharmacie logipharma, CHU Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse

Résumé :

Introduction :

La délivrance des médicaments et leur stockage dans les unités de soins sont des points critiques dans la sécurisation du circuit du médicament [1, 2]. Pourtant, nos pratiques de dispensation des médicaments hors GHS et suivis ne sont pas harmonisées entre les services de soins. D'une part, le sur-stockage de médicaments onéreux dans les services engendre un risque de mauvais usage et une mobilisation de stock importante. D'autre part, le retour et la réintégration de stock de ces médicaments nécessitent du temps et du personnel. Profitant du déploiement de la prescription informatisée, une réorganisation de la dispensation de ces médicaments est envisagée. Notre étude vise à évaluer l'impact de cette réorganisation sur la délivrance et sur la gestion des retours.

Matériels et méthodes :

Nous avons extrait les délivrances et les retours de ces médicaments à partir de notre logiciel de gestion de stocks, Copilote®. Ces données ont été collectées dans un tableur Excel®. Cette étude a été réalisée sur une période de 3 mois et a permis d'analyser les délivrances et les retours de ces médicaments. Nous avons comparé les services ayant un mode de dispensation différent : hebdomadaire ou bihebdomadaire. Nous avons ensuite mis en place et analysé la dispensation bihebdomadaire, pour les services de soins informatisés.

Résultats :

Le taux de retour des médicaments onéreux est de 32 % en réanimation, service bénéficiant d'une dispensation à la semaine. L'hématologie a un taux de retour deux fois moins élevé (15 %), la dispensation étant réalisée deux fois par semaine. Dans le service d'infectiologie, ayant bénéficié de la nouvelle organisation, soit une dispensation bihebdomadaire, le taux des retours a chuté de 42 à 5 % (n = 1 500). En parallèle, des pics de délivrance sont observés les jours de validation alors que cette activité diminue les 3 autres jours de semaine.

Discussion :

En attendant la mise en place des nouveaux circuits informatisés de prescription et d'aide à la dispensation, la réévaluation bihebdomadaire des médicaments onéreux et suivis s'avère plus sécurisée et améliore l'activité de délivrance et la gestion des retours.

Mots-clés :

Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments, Gestion du risque, Médicaments en accès réglementé

Références :

[1] Outil de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration du médicament, HAS, juillet 2011

[2] Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation sur un an de l'impact financier des ruptures de la chaîne du froid dans un centre hospitalier d'environ mille lits

Auteurs :

Batista A. *, Scieglinski L., Oger F., Fournel C., Lauby V.

Pharmacie, CH Troyes, Troyes

Résumé :

Introduction :

La maîtrise de la chaîne du froid est primordiale depuis la pharmacie jusque dans les services de soins. Une mauvaise conservation des produits thermosensibles peut entraîner une altération du principe actif et conduire à leur destruction. Les objectifs de cette évaluation sont de chiffrer l'impact économique engendré par les ruptures de la chaîne du froid et d'identifier les causes de dysfonctionnements.

Matériels et méthodes :

Sur la période d'évaluation (du 01/11/13 au 31/10/14), les services disposent de réfrigérateurs ménagers et de thermomètres électroniques reliés à une sonde interne avec affichage des valeurs minimales et maximales. Le personnel soignant effectue manuellement un relevé journalier des températures. A chaque rupture de la chaîne du froid signalée (de la dispensation jusqu'au stockage dans les services), l'impact financier a été quantifié et les causes de dysfonctionnements identifiées. Les coûts ont été calculés à partir des valeurs toutes taxes comprises des marchés au moment des ruptures.

Résultats :

Nous avons constaté 18 ruptures de la chaîne du froid pour 15 services différents. La valeur des produits impactés s'élève à 48 093 € comprenant le montant des produits jetés : 35 662 € (74,2 %), le montant des produits remis en circuit avec une date de péremption inchangée : 11 619 € (24,1 %), le montant des produits remis en circuit avec une date de péremption plus courte : 812 € (1,7 %). Les causes de dysfonctionnement relevées sont : problème de transport (n = 6 ; 33,3 %), surcongélation (n = 5 ; 27,8 %), panne de réfrigérateur (n = 3 ; 16,7 %), porte mal fermée (n = 2 ; 11,1 %), panne de sonde (n = 1 ; 5,55 %), problème de réglage du réfrigérateur (n = 1 ; 5,55 %).

Discussion :

L'impact financier est conséquent. Il est probablement sous-estimé pour plusieurs raisons : 1°/ l'analyse ne tient compte que des ruptures dont la pharmacie a eu connaissance, 2°/ le suivi des températures ne se fait pas en continu et n'est pas toujours correctement réalisé. Les problèmes techniques représentent plus de la moitié des dysfonctionnements observés (55,5 %) et ont engendré près de 32 000 € de perte (90 %) tandis que ceux liés au transport ne concernent que 3 078 € (8 %). Suite à cette évaluation, des actions correctives ont été proposées : l'achat de réfrigérateurs médicaux et de sondes reliées à un logiciel de suivi continu des températures (estimation de 48 000 € pour 22 réfrigérateurs + sondes), la mise à jour de la procédure institutionnelle de la chaîne du froid, ainsi que la resensibilisation du personnel hospitalier.

Mots-clés :

Médicaments, Chaîne du froid, Analyse des coûts

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Certification des comptes : retour d'expérience d'un inventaire général

Auteurs :

Dussaulx S. ⁽¹⁾, Basso Boccabella R. ⁽²⁾, Hermitte-Gandolière A. ⁽¹⁾, Sins G. ⁽¹⁾, Ricois S. ⁽³⁾, Larivière D. ⁽³⁾, Rondelot G. ⁽¹⁾, Gustin B. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHR Metz-Thionville - Hôpital Mercy, Ars-Laquenexy

⁽²⁾ Service informatique, CHR Metz-Thionville - Hôpital Mercy, Ars-Laquenexy

⁽³⁾ Direction des finances, CHR Metz-Thionville - Hôpital Mercy, Ars-Laquenexy

Résumé :

Introduction :

Notre établissement fait partie de la première vague des établissements soumis à la certification des comptes. Il a effectué un Inventaire Général (IG) des ses stocks, dans l'objectif de valoriser le volume financier immobilisé, dans tous les sites. L'exercice en Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) est maîtrisé : la nouveauté réside en la réalisation d'un inventaire des Produits De Santé (PDS), le même jour, dans les unités de soins (US).

Matériels et méthodes :

Un comité de pilotage regroupant les directions des soins, des finances et le pôle pharmacie a défini l'organisation et rédigé les procédures. Une phase de mise à disposition d'outils, 20 jours avant l'IG, aux Cadres de Santé (CS) a permis de le préparer notamment en rationalisant les stocks. Les inventaires des US ont été effectués le lendemain de ceux des PUI, permettant de déployer l'équipe de la pharmacie, prioritairement dans les US où le stockage des PDS représentait une masse financière importante. Le CS était responsable de l'organisation au sein de l'US et de la saisie informatique des données d'inventaire en ligne sur un serveur partagé. A partir des fichiers, une analyse a été opérée. Durant l'IG, les commissaires aux comptes étaient présents dans les PUI et dans deux US pour tester la robustesse de la méthode.

Résultats :

L'organisation mise en place a permis, durant les 36h de l'IG, de maintenir la continuité des soins à moyen constant. Cela a mobilisé 60 personnes de la pharmacie, 79 CS et 151 soignants. Le recueil des 40 000 lignes de produits a servi à l'élaboration de 219 fichiers et à la valorisation des stocks par service et par compte. Les commissaires aux comptes ont constaté une cohérence entre la méthode, le comptage et les résultats.

Discussion :

L'IG répond à une exigence comptable. L'exploitation du logiciel métier a aidé les extractions et les valorisations. Les US dont les dotations n'étaient pas définies dans le logiciel ont nécessité une étape de traitement supplémentaire. Le système Plein/Vide en place dans certaines US a facilité le comptage. L'IG a aussi permis, un retour qualitatif sur les PDS, de vérifier l'application de procédures, de prendre connaissance des produits non répertoriés dans les dotations et conscience de la valeur des produits en stock. Le rôle des CS a été prégnant. L'IG a révélé également le rôle central de la pharmacie, de part son expertise sur les PDS, la participation de son personnel aux inventaires et le partage d'expériences de ses inventaires annuels. Perçu initialement comme une contrainte, l'IG s'est révélé être très riche en termes d'informations, d'échanges et de partage.

Mots-clés :

Gestion financière d'hôpital, Services en pharmacie, Certification

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Retard à la prise en charge initiale médicamenteuse des patients hospitalisés - Analyse des causes et axes d'amélioration

Auteurs :

Brunet L.*⁽¹⁾, Law-Ki C.⁽¹⁾, Barthélémy J.⁽²⁾, Nourry S.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Dijon, Dijon

⁽²⁾ Pharmacie, Hôpital Pierre Bérégovoy, Nevers

Résumé :

Introduction :

Informatisation récente du centre hospitalier (CH) du circuit du médicament. Observation lors des validations pharmaceutiques informatiques d'écart entre l'horaire théorique d'administration du traitement et l'horaire de la première administration effective. Objectifs : Evaluer le délai de prise en charge initiale médicamenteuse, la fréquence de la survenue de ces écarts et identifier les motifs afin de proposer des axes d'amélioration.

Matériels et méthodes :

Etude menée sous forme d'un audit sur 1 mois. Inclusion de 60 patients. Nous avons relevé les écarts observés lors des 3 premiers jours d'hospitalisation dans le service concerné par l'audit. Nous n'avons pas relevé comme "non-administrés" des médicaments non administrés pour des raisons justifiées médicalement (ex : patient à jeun...).

Résultats :

Un maximum de 83 % de médicaments non administrés a été relevé pour un patient. 4 principaux motifs de « non-administration » : - Médicaments hors livret : intervention pharmaceutique avec proposition de substitution - Horodatage de la prescription : Compte tenu du paramétrage du plan de soins dans le logiciel de prescription, les IDE (infirmières diplômées d'état) ne visualisent, par défaut, que la plage horaire correspondant à leur poste - Retard à la retranscription informatique - Retard à la commande 4 autres motifs de « non-administration » : Difficulté à connaître le traitement personnel du patient, Oubli de prescription d'un médicament, Non respect par les infirmières de la prescription en systématique des antalgiques, Rupture laboratoire.

Discussion :

Les interventions pharmaceutiques nécessitant une nouvelle prescription médicale sont parfois suivies par les infirmières sans attendre une nouvelle prescription ce qui pose un problème de traçabilité. Un rappel a été fait aux services afin de les sensibiliser à la bonne visualisation du plan de soins ainsi qu'à l'importance du respect par les infirmières des prescriptions dans le cadre de la prise en charge de la douleur. Nous n'avons pas retrouvé de conséquence pour les patients suite à ces écarts sauf un cas d'accès douloureux suite à l'oubli de prescription d'un traitement pour la polyarthrite rhumatoïde.

Conclusion :

Cet audit a permis de relever les points à améliorer après 1 an d'informatisation et avant l'extension de l'informatisation à tous les services du CH. Point à faire avec les services sur la gestion et le bon usage des traitements personnels des patients hospitalisés.

Mots-clés :

Audit clinique, Gestion continue qualité, Administration métronomique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Effets du carboxymaltose ferrique utilisé seul ou en combinaison avec une érythropoïétine dans le traitement de l'anémie chez des patients cancéreux à un stade avancé

Auteurs :

Blanc C.*⁽¹⁾, Chateauvieux C.⁽²⁾, Giard C.⁽²⁾, Vargaftig J.⁽³⁾, Dujaric ME.⁽⁴⁾, Ferry I.⁽²⁾

⁽¹⁾ Institut Curie, Saint-Cloud

⁽²⁾ Pharmacie, Institut Curie, Saint-Cloud

⁽³⁾ Hématologie, Institut Curie, Saint-Cloud

⁽⁴⁾ Statistiques, Institut Curie, Paris

Résumé :

Introduction :

L'anémie liée au cancer est une maladie fréquente de physiopathologie complexe qui impacte sur la qualité de vie, la morbidité et la mortalité des patients. Les thérapeutiques se limitent à la transfusion de culots globulaires, aux agents stimulant l'érythropoïèse (ASE) et au fer injectable. La facilité d'administration de ce dernier, son faible coût et sa bonne tolérance ont augmenté son utilisation. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité du carboxymaltose ferrique seul ou combiné à un ASE dans une cohorte de patients cancéreux à un stade avancé, par comparaison des bilans biologiques martiaux à 1 et 3 mois de l'administration.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective mono-centrique réalisée de janvier 2012 à octobre 2013 sur 137 patients atteints de tumeur solide. 78 patients ont été traités par du fer seul, 59 avec du fer + ASE. L'âge médian de la population est de 66 ans (38-91), sexe-ratio 4/5(F/M), 84 % des patients sont métastatiques. Les patients présentent tous une fonction rénale satisfaisante. Les paramètres biologiques médians initiaux sont de 9,7 g/dL (7,2-14,1) pour l'hémoglobine (Hb), 22 mg/L (0,06-305) pour la CRP, 391 µg/L (21-4248) pour la ferritine, 0,14 % (0,03-0,32) pour la saturation de la transferrine(CST). 77 % du groupe fer seul est traité par chimiothérapie versus 97 % dans le groupe association Fer/ASE.

Résultats :

Pour la cohorte totale, la variation moyenne de l'Hb est de + 0,8 (+ 5,7 ; - 2,9) à 1 mois du traitement et + 0,1 (- 3,9 ; + 4) à 3 mois. Ces 2 résultats sont statistiquement significatifs ($p < 10^{-4}$, test de Wilcoxon). La variation de la ferritine moyenne après 1 mois est + 454 (+ 19 ; + 829), (données uniquement disponibles pour 32/139 traitements). L'augmentation de l'Hb n'est pas statistiquement différente entre les 2 groupes de traitement après 1 mois (+ 0,6 pour le fer seul vs + 0,9 pour le traitement combiné) mais en faveur du groupe fer seul à 3 mois (+ 0,4 vs - 0,2, $p = 0,02$ test de Wilcoxon). A 1 mois du traitement, 12/78 patients traités par fer seul ont normalisé leur Hb et 10/61 pour ceux avec la bithérapie.

Conclusion :

Les 2 traitements augmentent sensiblement l'Hb à 1 et 3 mois cependant seulement 16 % des patients ont normalisé leur Hb à 1 mois du traitement. Au vu de ces résultats bien que significatifs, la question de la pertinence du traitement chez des patients cancéreux reste entière. Les risques potentiels d'infection et de détournement du fer par le métabolisme de la tumeur, au profit de la croissance tumorale, nécessitent des études prospectives contrôlées, évaluant le bénéfice clinique du fer injectable chez des patients cancéreux.

Mots-clés :

Anémie, Cancer, Carboxymaltose ferrique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sensibilisation des élèves infirmiers à l'administration médicamenteuse : jeux de rôles et mises en scène

Auteurs :

Maes AC.*⁽¹⁾, Chabert E.⁽²⁾, Millot D.⁽²⁾, Pointet C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHI Haute Saône, Vesoul

⁽²⁾ IFSI, IRFSS Croix Rouge Française, Vesoul

Résumé :

Introduction :

Le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse repose sur la règle des 5B : administrer le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment, au Bon patient. L'infirmier est, de ce fait, garant du respect de la règle des 5B. L'objectif est de sensibiliser les étudiants infirmiers de première année aux erreurs médicamenteuses liées à l'administration de médicaments.

Matériels et méthodes :

Les étudiants sont répartis en 4 groupes de 18. Dans chacun des groupes, 3 volontaires vont jouer leur propre rôle d'infirmier et devront simuler l'administration de médicaments à un patient joué par un cadre formateur infirmier. Les pharmaciens ont préparé à l'avance trois ordonnances et piluliers correspondants contenant des erreurs (une ordonnance et un pilulier différents pour chaque étudiant). Les réactions des étudiants face aux erreurs identifiées sont ensuite analysées par l'ensemble de l'auditoire.

Résultats :

Différents types d'erreurs étaient présents dans les piluliers : erreur de répartition, erreur de dosage, erreur de forme galénique (forme de libération immédiate au lieu de forme à libération prolongée (L.P.), gélules à la place de comprimés orodispersibles), médicaments non identifiables (blisters mal découpés ou médicaments déblistérés), présence de médicaments périmés, médicaments génériques à la place de princeps ou vice versa, erreur de médicament ou médicament manquant, médicament non sécable alors que prescription d'un demi comprimé et enfin pilulier non identifié. Cet atelier a fait suite à celui de préparation de piluliers et par conséquent la plupart de ces erreurs ont été repérées par les étudiants avant l'administration au patient. Cependant, l'erreur de médicament ainsi que l'erreur de forme galénique (non L.P. au lieu de L.P.) sont passées inaperçues pour tous les étudiants ce qui aurait conduit à des erreurs d'administration médicamenteuse.

Discussion :

Cet atelier a permis de sensibiliser les étudiants à l'identitovigilance et aux erreurs pouvant survenir lors de l'administration médicamenteuse, avec notamment l'importance de pouvoir identifier les médicaments jusqu'à l'étape d'administration. De plus, ces jeux de rôles conduisent les étudiants à sortir du cadre des cours théoriques et magistraux en réalisant des mises en scène confrontant les élèves infirmiers à leur futur métier.

Mots-clés :

Administration, Erreurs médicamenteuses, Sensibilisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Erreurs médicamenteuses liées à la préparation de piluliers : sensibilisation des élèves infirmiers et rôle de la PUI

Auteurs :

Maes AC.*⁽¹⁾, Millot D.⁽²⁾, Chabert E.⁽²⁾, Pointet C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHI Haute Saône, Vesoul

⁽²⁾ IFSS, IRFSS Croix Rouge Française, Vesoul

Résumé :

Introduction :

Le respect de la règle des 5B est primordial pour sécuriser les étapes du circuit du médicament : administrer le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment, au Bon patient. L'infirmier est responsable de la préparation et de l'administration médicamenteuse et, de ce fait, est le dernier garde-fou du circuit du médicament. L'objectif est de sensibiliser, dès le début de leur formation, les futurs infirmiers aux risques d'erreurs médicamenteuses. Pour la troisième année consécutive, des travaux pratiques, organisés en collaboration entre la pharmacie à usage intérieur (PUI) et l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI), sont proposés aux étudiants de première année sur la préparation de piluliers.

Matériels et méthodes :

Les étudiants sont répartis en 35 binômes. Ils doivent préparer un pilulier journalier à partir d'une ordonnance contenant 8 spécialités différentes. Ils ont à leur disposition : un pilulier non identifié, une planche d'étiquettes vierges pour identifier le pilulier et une armoire à pharmacie dans laquelle sont dissimulées des erreurs (mélange de dosages, de spécialités, présence de médicaments périmés...). Une vérification des piluliers par un pharmacien est ensuite réalisée afin d'analyser les erreurs éventuelles avec chaque binôme.

Résultats :

7 types d'erreurs ont été identifiés : présence d'un médicament périmé (30 %), pilulier non identifié au nom du patient (24 %), alternance de posologie non vue (17 %), médicaments déblistérés (14 %), erreur de répartition (9 %), médicament manquant (4 %) et erreur de dosage (1 %). De plus, les dates de péremption n'ont été vérifiées que par 57 % des binômes. Sur l'ordonnance, était présent une association de deux médicaments ; seulement 17 % des étudiants connaissaient la signification du double dosage de l'association.

Discussion :

Ces travaux pratiques ont permis de sensibiliser les élèves infirmiers sur le rangement et la bonne gestion d'une armoire à pharmacie pour minimiser les risques d'erreurs médicamenteuses lors de la préparation de piluliers. L'infirmier engage sa responsabilité dans l'étape d'administration qu'il valide ; il doit pouvoir identifier les médicaments jusqu'au dernier moment. Ces ateliers ont donc également servi à expliquer aux étudiants le rôle de la PUI. : surconditionnement des formes non unitaires, reconditionnement des médicaments en vrac et des demi ou quart de comprimés.

Mots-clés :

Préparation de piluliers, Erreurs médicamenteuses, Sensibilisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des mentions de dispensation tracées sur l'ordonnance : pour une optimisation des pratiques

Auteurs :

Quillet P.*, Mongaret C., Bonnet M., Hettler D.

Pharmacie, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims

Résumé :

Introduction :

D'après l'Agence nationale de sécurité du médicament, près de 25 % des erreurs médicamenteuses signalées sont des erreurs de préparation et de délivrance [1]. Le manque de rigueur lors de l'étape de dispensation peut favoriser le risque d'erreur. Afin de sécuriser le circuit du médicament dans notre établissement, nous avons souhaité évaluer la conformité des mentions reportées sur les ordonnances lors de la dispensation des médicaments.

Matériels et méthodes :

Un audit rétrospectif a été réalisé sur l'ensemble des prescriptions dispensées par la pharmacie au cours d'une journée d'activité. La présence des 6 mentions de dispensation suivantes a été recherchée : nom, dosage et forme galénique du médicament dispensé, quantité délivrée, nom du dispensateur et date de délivrance.

Résultats :

233 prescriptions ont été analysées, soit 372 lignes de médicaments dispensés. La dénomination complète du médicament dispensé est retrouvée sur 41 % des prescriptions : l'information la moins renseignée est le nom du médicament (41 %), suivie par la forme galénique (70 %) et le dosage du médicament (79 %). La quantité délivrée est reportée dans 90 % des cas. Le nom du dispensateur et la date de délivrance sont indiqués sur plus de 80 % des prescriptions.

Discussion :

Devant le manque de rigueur constaté lors du report de ces mentions, une réflexion a été menée pour élaborer un outil pédagogique d'aide à la dispensation, aboutissant à l'acronyme du mot DISPENSATION suivant : Date de prescription, Identité du service, Support de prescription adapté, Prescripteur et Etiquette-patient sont nécessaires pour amorcer la dispensation ; Nom complet du médicament, Schéma posologique, Analyses biologiques du patient et Traçabilité des interventions pharmaceutiques sont indispensables lors de l'analyse des prescriptions ; Information sur le bon usage ; Ordonnancier (nOm du médicament, dOsage, fOrme galénique, nOmbre d'unités) et Nom du dispensateur sont les éléments à mentionner lors de la délivrance du médicament.

Conclusion :

Cet audit permet de constater que les informations tracées lors de dispensation des médicaments sont incomplètes dans plus de la moitié des cas. La formulation d'un outil mnémotechnique, imprimé en format de poche et distribué à chaque acteur de la dispensation, vise à optimiser les pratiques de dispensation en limitant le risque d'erreur lors de cette étape.

Mots-clés :

Dispensation et distribution de médicaments en milieu hospitalier, Recommandations de bonnes pratiques, Amélioration de la qualité

Références :

[1] Le Guichet Erreurs Médicamenteuses, Bilan d'activité de l'année 2009, AFSSaPS juillet 2010

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Médicament dérivé de concentré de globules rouges : modalités de dispensation en essai clinique

Auteurs :

Loue C.*⁽¹⁾, Duclos M.⁽¹⁾, Renard PY.⁽¹⁾, Maréchal I.⁽²⁾, Donnadieu N.⁽¹⁾, Varin R.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

⁽²⁾ Service épidémiologie santé publique, CHU Rouen, Rouen

Résumé :

Introduction :

Les patients atteints de leucémie aiguë lymphoblastique sont traités par asparaginase. En cas d'allergie aux molécules disponibles en France - asparaginase (AMM), crisantaspase (ATUc) et pegaspargase (ATUn), le médicament ERY-ASP, constitué d'érythrocytes encapsulant l'asparaginase, est accessible en essai clinique (EC). L'asparaginase étant masquée au système immunitaire, l'ERY-ASP échappe à toute réaction d'hypersensibilité. L'objectif de ce travail est de décrire les modalités de dispensation en EC de l'ERY-ASP.

Patients et méthodes :

L'étude industrielle a été mise en place pour un patient en hémato-oncopédiatrie. Les équipes médicale et paramédicale ont été sollicitées pour la rédaction des modalités de prescription, dispensation et administration. Une formation, en lien avec l'hémovigilance du CHU, a été mise en place aux EC sur les problématiques de médicaments dérivés de produits sanguins labiles (PSL). Les modalités ont permis de définir les échanges entre laboratoire, unité d'hémovigilance, service de soins et secteur pharmaceutique des EC.

Résultats :

L'ERY-ASP est un Médicament de Thérapie Innovante Préparé Ponctuellement (MTI-PP). Ce médicament suit le circuit suivant : fabrication du MTI-PP par le laboratoire à partir de concentré de globules rouges commandé auprès de l'établissement français du sang (EFS), livraison de la poche à la pharmacie, réception, contrôles et dispensation par le secteur EC, administration dans le service avec une traçabilité dans le dossier transfusionnel papier du patient (selon le respect des bonnes pratiques transfusionnelles) et suivi selon un double circuit pharmaco- et bio-vigilance (via l'EFS) assuré par le promoteur. L'équipe des EC (pharmaciens, internes et préparateurs) a bénéficié d'une formation effectuée par le médecin responsable de l'hémovigilance sur les notions suivantes : groupages sanguins ABO, Rhésus, Kell ; recherche d'anticorps irréguliers ; compatibilités ; carte de groupe sanguin et dossier transfusionnel. L'ordonnance et les modalités ont été rédigées par le pharmacien puis communiquées à l'ensemble des protagonistes de l'étude. La formation acquise ainsi que le respect des modalités ont permis la réussite de l'administration chez ce premier patient inclus.

Conclusion :

L'avenir des MTI-PP et la requalification récente du plasma-SD en médicament dérivé du sang rendent nécessaire le développement de démarches multidisciplinaires afin d'assurer la dispensation de ces médicaments par du personnel pharmaceutique formé et compétent permettant une prise en charge sécuritaire du patient.

Mots-clés :

Essai clinique, Médicament orphelin, Transfusion d'érythrocytes

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Audit clinique ciblé sur le circuit de l'infliximab : évaluation du bon usage et création d'une fiche de suivi prospectif des indications des médicaments remboursés en sus du groupement homogène de séjour

Auteurs :

Léau G.⁽¹⁾, Descombes L.⁽¹⁾, Gerrano-Laurens G.⁽¹⁾, Hozsan C.⁽¹⁾, Rhouzlane L.⁽²⁾, Pertuiset E.⁽²⁾, Blum L.⁽³⁾, Chambraud E.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH René Dubos, Pontoise

⁽²⁾ Rhumatologie, CH René Dubos, Pontoise

⁽³⁾ Dermatologie, CH René Dubos, Pontoise

Résumé :

Introduction :

Le Remicade® (infliximab) est un médicament financé hors du Groupement Homogène de Séjour (GHS). Il constitue un poste majeur de dépense de médicaments. En raison d'une consommation journalière importante de Remicade® à l'hôpital de jour de médecine (HDJ), une dotation a été mise en place, la prescription médicale est réservée aux praticiens séniors (préconisation du Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux). L'objectif est d'évaluer le respect des recommandations de bon usage, et de sensibiliser les équipes aux exigences du Contrat de Bon Usage (CBU).

Matériels et méthodes :

Les prescriptions manuscrites d'infliximab de l'année 2013 et les dossiers médicaux correspondants ont été analysés selon la méthode d'audit clinique ciblé. L'audit portait sur la prescription, la dispensation a posteriori et l'administration. Une grille d'évaluation a été formalisée. Cet audit intègre un programme d'évaluation des pratiques professionnelles, il a été approuvé par la commission d'évaluation des pratiques professionnelles de l'hôpital.

Résultats :

576 prescriptions (95 patients) ont été analysées, dont 65,4 % en rhumatologie et 24,1 % en gastro-entérologie. 98 % des prescriptions et administrations concernaient l'HDJ. Les indications sont conformes à l'autorisation de mise sur le marché, protocoles thérapeutiques temporaires et recommandations temporaires d'utilisation dans 94 % des cas. Une justification médicale est présente pour les 6 % d'indications autres. Pour 3 % des renouvellements de prescription, l'indication saisie était différente de l'indication initiale. Dans 29,3 % des cas, il n'y avait pas le nom de l'infirmier ayant réalisé l'injection, ni celui du préparateur ayant réalisé la dispensation a posteriori.

Discussion :

Du fait du nombre de patients en HDJ et du suivi par le cadre infirmier, la dotation n'est pas remise en cause, mais elle complexifie la prise en charge médicamenteuse (PECM). Les résultats ont été présentés aux équipes médico-soignantes de l'HDJ et de la pharmacie. Le support de prescription a été mis à jour. Une fiche nominative d'inclusion au traitement a été proposée, comportant le diagnostic principal et éventuellement secondaire, la bibliographie et les décisions de staffs médicaux si prescription hors référentiels. Une réflexion est en cours pour étendre ce dispositif aux autres molécules remboursées en sus du GHS afin de sécuriser la PECM des patients, de faire adhérer les équipes aux bonnes pratiques et de répondre aux exigences du CBU, notamment avec le suivi prospectif continu des indications de prescription.

Mots-clés :

Utilisation médicament, Audit clinique, Prise en charge thérapeutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation du maintien de la chaîne du froid lors de la dispensation de médicaments aux unités de soins

Auteurs :

Mutte FA.*, Liardot S., Lambert C., Rabatel G.

Pharmacie, CH Chambéry, Chambéry

Résumé :

Introduction :

Entre la pharmacie et les unités de soins, différents systèmes sont utilisés pour le transport des médicaments dont la température doit être maintenue entre + 2°C et + 8°C : glacières de différents volumes et pochettes à bulles. L'objectif est d'évaluer les différents systèmes de transport utilisés via des mesures de températures pour redéfinir et simplifier la procédure interne de dispensation.

Matériels et méthodes :

Utilisation d'une sonde électronique embarquée, calibrée et étalonnée, conditionnée comme un médicament (boîte cartonnée et sachet kraft). Le sachet contenant la sonde est placé en chambre froide jusqu'à ce que sa température atteigne environ 5°C, puis déposé à l'intérieur du système de transport à évaluer. Y sont rajoutés selon les cas : une ou plusieurs plaques eutectiques de 340 g, réfrigérées ou congelées, et un séparateur en plexiglas si utilisation de plaque(s) congelée(s). Le système de transport est placé à température ambiante (24-25°C) pendant le test. Lecture de la sonde sur un support informatique via un logiciel associé. Répétition des mesures 3 fois, calcul de la moyenne et de l'écart-type du temps de maintien de la température en dessous de 8°C.

Résultats :

Pour les unités bénéficiant d'un coursier dédié (temps de transport court), le système validé est l'utilisation d'une glacière stockée au froid, sans plaque eutectique : maintien 22-33 mn selon volume. Pour les unités sans coursier dédié (temps de transport plus long), il faut utiliser une glacière stockée au froid avec 2 plaques eutectiques congelées et un séparateur en plexiglas : maintien 41-64 mn selon volume. Pour les unités éloignées de l'hôpital, une glacière électrique peut être utilisée sans plaque eutectique si elle est bien stockée au froid avant départ. Enfin, pour la dispensation des médicaments au guichet d'urgences, l'utilisation de pochettes à bulles stockées au froid est possible avec 1 plaque eutectique réfrigérée en contact direct avec le médicament : maintien 13 mn. Le stockage au froid avant le remplissage et le départ est donc un élément primordial.

Discussion :

L'utilisation d'une sonde de mesure de la température a permis de définir les meilleures conditions de transport pour assurer le maintien de la chaîne du froid lors de la dispensation de médicaments par la pharmacie aux unités de soins.

Conclusion :

La procédure interne de transport de ces médicaments à conserver entre + 2°C et + 8°C a donc pu être précisée, simplifiée et validée.

Mots-clés :

Chaîne du froid, Dispensation et distribution de médicaments en milieu hospitalier, Amélioration de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Optimisation de l'utilisation du propofol : des économies sont-elles possibles ?

Auteurs :

Noblot-Rossignol M.*, Crégut-Corbaton J., Lazzarotti A., Guignard MH.

Pharmacie, CHU Dijon, Dijon

Résumé :

Introduction :

Dans un contexte économique difficile, les études médico-économiques se succèdent pour optimiser les dépenses et évaluer le bon usage du médicament. Les spécialités utilisées en anesthésie-réanimation sont un axe de travail. Le propofol est un agent sédatif disponible en injectable aux concentrations 1 % ou 2 %, sous 3 conditionnements (seringue pré-remplie (SPR), flacon (FLC), ampoule (AMP)). Le prix du propofol en SPR est 6 à 10 fois plus élevé qu'en FLC ou AMP. Dans ce contexte, la CoMédIMS a diffusé en 2008 la conférence de consensus des Sociétés de Réanimation SRLF/SFAR, et proposé de remplacer les SPR par les FLC. L'objectif de ce travail est d'analyser l'évolution des consommations et dépenses liées aux spécialités de propofol référencées dans notre établissement entre 2009 et 2014, suite au changement de pratique.

Matériels et méthodes :

Les données de cette étude, rétrospective et observationnelle, sont extraites du logiciel Pharma® et analysées par année et conditionnement. Le coût est calculé selon les prix unitaires hors taxes obtenus entre 2009 et 2014, par appels d'offres et marchés négociés.

Résultats :

Entre 2009 et 2014, la consommation globale de propofol passe de 13 897 g à 15 737 g (+ 0,13 %), soit une baisse de 59 % pour les SPR et une hausse de 221 % pour les autres formes, tous dosages confondus. La consommation du dosage à 1 % chute de 75 % pour les SPR, et croît de 38 % pour les FLC et AMP. La consommation du dosage à 2 % chute de 57 % pour les SPR, alors qu'elle est multipliée par 152 pour les autres formes. La dépense pharmaceutique globale passe de 231 350 € à 114 324 € (-50 %), soit une baisse de 62 % pour les SPR et une hausse de 39 % pour les autres formes. En 2014, l'AMP 1 % est la plus consommée (27 258 unités), suivie par les FLC à 1 % et 2 %. Les SPR sont les moins consommées (3635 unités). Dans les services de réanimation, la consommation de FLC 2 % est le double de celle de SPR 2 %.

Discussion :

Cette étude montre une forte diminution de la consommation de SPR, liée à la hausse d'utilisation de FLC et AMP. La dépense pharmaceutique globale a diminué de 50 % d'où une économie de 117 000 €. Ces évolutions sont liées à la sensibilisation menée en 2008, au référencement du FLC 2 % en 2012 et aux changements de protocoles de sédation (propofol remplacé par midazolam). Entre 2009 et 2014, la dépense annuelle globale pour midazolam est passée de 13 708 € à 18 067 € (+ 31 %) pour une hausse de consommation de 69 % tous services et dosages confondus (+ 300 % dans les services de réanimation).

Mots-clés :

Propofol, Rationalisation, Economie pharmaceutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intégration d'un préparateur dans un service de psychiatrie : les indicateurs qualités passent au vert !

Auteurs :

Lukat S.⁽¹⁾, Lincer A.⁽¹⁾, Ba Drame S.⁽¹⁾, Pecal Dalle M.⁽¹⁾, Vanhulst S.⁽²⁾, Diviné C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, APHP - Hôpital Albert Chenevier - GH Henri Mondor, Créteil

⁽²⁾ Psychiatrie, APHP - Hôpital Albert Chenevier - GH Henri Mondor, Créteil

Résumé :

Introduction :

Le service de Psychiatrie comporte 5 unités d'hospitalisation (120 lits). En 2012, un audit sur le circuit du médicament a montré des dysfonctionnements en termes de gestion et de stockage des médicaments. Un plan d'actions a été établi avec la direction du site comprenant la création d'un poste de préparateur en pharmacie hospitalière (PPH) dédié à ce service. Cette communication montre l'impact de l'intégration d'un PPH dans un service de soin sur les indicateurs qualité du circuit du médicament.

Matériels et méthodes :

Les processus de gestion et d'approvisionnement du service ont été analysés avant et après leurs modifications suite à l'arrivée du PPH. 9 indicateurs qualités ont été définis (nombre de références, % d'étiquetage conforme, % de spécialité seule dans sa case, valorisation du stock et des périmés, nombre de lignes de commandes et de bons d'urgence,...) Un audit des conditions de stockage et un questionnaire de satisfaction auprès des infirmiers (IDE) ont été réalisés avant et après l'arrivée du PPH.

Résultats :

Avant juin 2014, les 5 pharmacies des unités étaient gérées par les équipes soignantes du service de Psychiatrie suivant un mode d'approvisionnement global. En juin 2014, leur gestion a été reprise par le PPH. Le processus a été modifié avec une dispensation nominative reglobalisée hebdomadaire, complétée par des alertes quotidiennes permettant un approvisionnement au plus proche des prescriptions. Le PPH a réaménagé les locaux, harmonisé les rangements, mis en conformité l'étiquetage et assuré le retour des spécialités sur-stockées ou non utilisées. Les audits ont mis en évidence une amélioration des 9 indicateurs qualité : par exemple augmentation du taux d'étiquetage conforme (de 2,5 % à 100 %) et de spécialités seules dans leur case (58,5 % à 100 %). Le montant global des stocks a été diminué de 23 %. Selon les unités, le nombre de lignes de commandes a été divisé jusqu'à 2 et celui des bons d'urgence a été divisé jusqu'à 4. Le questionnaire de satisfaction montre que les liens entre les 2 services se sont améliorés (6 % à 35 %). La recherche d'un médicament dans la pharmacie est jugée plus facile par les IDE (de 41 % à 83 %) et 88 % répondent que la nouvelle organisation leur a libéré du temps.

Discussion :

L'intégration d'un PPH dans un service de soins contribue à améliorer le circuit du médicament et le positionne comme un interlocuteur privilégié des équipes soignantes et un acteur dans la continuité de la prise en charge du patient.

Mots-clés :

Préparateur en pharmacie, Indicateur qualité, Circuit du médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sous-utilisation du Bilan Comparatif des Médicaments par les professionnels de santé : pourquoi ?

Auteurs :

Drancourt P.⁽¹⁾, Atkinson S.⁽²⁾, Lebel D.⁽²⁾, Bussièrès JF.*⁽¹⁾

⁽¹⁾ Département de pharmacie, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

Résumé :

Introduction :

La démarche de bilan comparatif des médicaments (BCM) aux différents points de transition est une pratique organisationnelle requise par l'organisme d'accréditation canadien. Depuis 2007, au sein de notre établissement, l'infirmière ou le pharmacien établissent le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). La conciliation médicamenteuse est ensuite effectuée par le pharmacien ou le médecin. Notre travail a pour objectif d'évaluer la perception des infirmières, médecins, pharmaciens vis-à-vis la démarche de BCM afin d'en optimiser l'utilisation.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, réalisée du 5-19/01/2015. Un questionnaire pour chaque catégorie de professionnel de santé a été élaboré, pré-testé puis diffusé électroniquement dans notre établissement. Un échantillon de convenance a été établi. Les questions concernaient les données démographiques, le formulaire actuel, la méthode de réalisation du BCM, son utilisation et la formation. Pour évaluer la perception, une échelle de Likert à 4 niveaux a été utilisée. Des statistiques descriptives ont été réalisées. Par la suite, un groupe pluridisciplinaire s'est réuni pour fixer les axes d'amélioration.

Résultats :

114 infirmières, 98 médecins et 26 pharmaciens ont participé. Respectivement 72 %, 65 % et 92 % des répondants sont impliqués dans la démarche de BCM à l'admission. 51 %, 11 % et 46 % des répondants ont déclaré connaître clairement leur rôle. Le formulaire était facile à comprendre par tous. Cependant, 38 %, 36 % et 81 % des répondants ont considéré que le formulaire était souvent incomplet. Vingt-cinq pour cents des médecins consultent toujours le MSTP avant de prescrire alors que 14 % ne l'utilisent jamais. Au total, 37 % des infirmières et 13 % des médecins ont été formés à cet outil. Face à ce constat, le groupe pluridisciplinaire a pris des mesures pour favoriser une utilisation systématique du MSTP. Le formulaire a été simplifié et doit être signé par le médecin pour attester de son utilisation. Un seul formulaire par admission est permis, incluant le séjour aux urgences. Pour appuyer cette démarche, des sessions de formation vont être organisées et des vidéos seront disponibles sur l'intranet de la pharmacie.

Discussion :

Cette étude descriptive a mis en évidence un intérêt incontesté du BCM par les professionnels de santé. Cependant, son utilisation reste marginale par manque de fiabilité de l'information retrouvée. Ainsi, des changements ont été apportés à la démarche, accompagnés d'une intervention structurée pour l'optimiser.

Mots-clés :

Bilan comparatif des médicaments, Communication interdisciplinaire, Formation professionnelle

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Effet plateau de la conformité de la vérification, de la préparation et de l'administration des médicaments

Auteurs :

Drancourt P.⁽¹⁾, Atkinson S.⁽¹⁾, Pelchat V.⁽²⁾, Bussi eres JF.*⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

⁽²⁾ Soins infirmiers, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

⁽³⁾ Département de pharmacie, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

Résumé :

Introduction :

Au Québec comme en France, les Hôpitaux sont soumis à l'accréditation. Pour satisfaire les exigences, l'équipe pharmaceutique organise régulièrement des audits sur le circuit du médicament afin de suivre le taux de conformité des différentes étapes et entreprendre des mesures correctives nécessaires. L'objectif est d'évaluer la conformité de la vérification, de la préparation et de l'administration des médicaments et de suivre son évolution de 2007 à 2014.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'un audit observationnel et transversal réalisé dans dix unités de soins. Le circuit observé comporte trois grandes étapes (vérification, préparation et administration). Une grille d'audit de 44 critères a été utilisée en 2007, 2008, 2011 et en 2014 selon les nouvelles procédures en vigueur. Des statistiques descriptives ont été calculées.

Résultats :

En 2007, 2008, 2011 et 2014, les audits comportaient respectivement 142, 140, 98, 74 observations. Les taux de conformité sont demeurés stables entre 2007 et 2014 suite à la sensibilisation systématique et aux actions menées après chaque audit. Lors de l'audit 2014, 51 % des observations concernaient des médicaments par voie orale. Vingt-deux critères avaient un taux de conformité supérieur à 75 %.   l'étape de vérification du médicament, tous les critères avaient un taux de conformité supérieur à 75 % conformes (4/4). Concernant l'étape de préparation (7/16 critères > 75 %), le lavage des mains n'était effectué que dans 76 % des cas. Soixante-sept pourcent des médicaments dits « dangereux » étaient préparés avec équipement de protection et 67 % des préparations étaient correctement identifiées. En ce qui concerne l'administration (6/13 critères > 75 %), seules 59 % des infirmières s'identifiaient auprès du patient, 61 % vérifiaient le nom du patient sur le bracelet et 49 % vérifiaient l'absence d'allergies. Plus de 95 % des infirmières vérifiaient que la dose a bien été administrée et la trace immédiatement.

Discussion :

Certains axes ont été définis comme des priorités (lavage des mains, étiquetage, identification du patient, vérification de l'absence d'allergie et formation à l'équipement de protection). Pour atteindre ces objectifs, l'équipe pharmaceutique a décidé de modifier ses stratégies de transfert de connaissances. De courtes vidéos seront disponibles en ligne, associées à la traçabilité du visionnage pour chaque professionnel.

Conclusion :

Il existe des problèmes de conformité au niveau des trois étapes auditées, 22/44 critères avaient un taux de conformité inférieur à 75 %. De nouvelles stratégies sont envisagées.

Mots-clés :

Audit clinique, Préparation de médicament, Agrément

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Réorganisation du stock de médicaments d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) : rangement par Dénomination Commune Internationale (DCI)

Auteurs :

Pfalzgraf S.*⁽¹⁾, Royer J.⁽²⁾, Bagel-Boithias S.⁽²⁾, Sautou V.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Hôpital Pasteur, Colmar

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

Résumé :

Introduction :

Une gestion optimale des stocks de médicaments dans une PUI permet d'améliorer la distribution des médicaments aux services. Dans notre structure, le stock des médicaments était réparti en un stock principal et un sous-stock pour les plus courants, avec cohabitation prolongée de deux références pour un médicament lors des changements de marché. Les multiples lieux de rangement allongeaient le temps de préparation et compliquaient la gestion des stocks. Ceci entraînait un risque accru d'erreurs de stock et de ruptures, et compromettait la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. L'objectif de ce travail était d'optimiser l'organisation des stocks de la PUI afin de faciliter leur gestion, la « cueillette » et le réassort des armoires de service.

Matériels et méthodes :

Les stocks de médicaments (2 100 références) ont été réorganisés en un stock unique classé par ordre alphabétique de DCI, comme les armoires de service. Ceci a nécessité d'inventorier les étagères, d'optimiser leur répartition en cartographiant les locaux (SweetHome3D®) et d'élaborer le listing alphabétique. Une nomenclature a été choisie pour les associations à dose fixe. Pour faciliter les changements de références, certaines classes (statines) et spécialités à même visée thérapeutique (émollients) ont été rassemblées. Les lieux de rangement ont été modifiés sur Pharma® pour organiser le plan de cueillette. Une simulation Excel® a permis de calculer les circuits de préparation.

Résultats :

Le réagencement a permis la disparition des stocks fantômes du fait de l'unique lieu de rangement. Les changements de marché ne laissent plus de stocks dormants. Il a également contribué à l'amélioration des conditions de travail : désobstruction des sources de lumière, désencombrement, circulation facilitée, meilleure manutention du fait du stockage des surconditionnements sur les étagères basses. La distance moyenne parcourue par un préparateur est allongée (de 1,02 à 1,24 km/jour, + 21 %) pour les demandes de moins de 18 produits. Des opérations sont supprimées (inventaire, réassort du sous-stock), d'où un gain de temps total préparateur et magasinier de 6,7h/jour. Le coût total est faible, limité à l'achat de porte-étiquettes pour les étagères (640 €/530 m).

Discussion :

Cette réorganisation a permis d'améliorer à moindre coût les conditions de travail et la gestion des stocks de médicaments de notre établissement. Mais celle-ci n'est pas encore optimale et d'autres pistes d'amélioration sont à l'étude. Le temps préparateur libéré sera redéployé sur l'accompagnement des services dans la gestion de leurs armoires.

Mots-clés :

Service pharmaceutique hospitalier, Logistique, Magasin

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Le circuit du médicament dans le secteur public à travers la pharmacie centrale de Tunisie

Auteurs :

Chahloul S.*⁽¹⁾, Frikha R.⁽²⁾, Benzaied M.⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie Centrale de Tunisie, Ben Arous, Tunisie

⁽²⁾ Pharmacie, Ministère de la santé, Tunis, Tunisie

⁽³⁾ Qualité, Fresi, Tunis, Tunisie

Résumé :

Introduction :

La Pharmacie Centrale de Tunisie (PCT) a l'exclusivité de la distribution des médicaments pour le secteur public, elle s'occupe de l'achat, du stockage et de la distribution des médicaments pour l'ensemble des structures sanitaires publiques (SSP) à travers un réseau de stockage réparti sur tout le territoire tunisien.

Matériels et méthodes :

L'objectif de ce travail et de présenter le modèle tunisien de distribution, ainsi, nous proposons de décrire les types d'achat des médicaments et le circuit de distribution des médicaments pour le secteur public à travers la PCT.

Résultats :

L'achat des médicaments qui ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le secteur public et qui appartiennent à une nomenclature hospitalière officielle est totalement assuré par la PCT à travers trois principaux types d'achat.

L'appel d'offre (AO) : c'est un appel à la concurrence qui peut être National dans le cas où il existe deux AMM locales pour un poste donné, ou International dans le cas où il existe une AMM locale et une autre étrangère ou plusieurs AMM étrangères.

Le gré à gré (GG) : c'est un achat par entente directe dans le cas où il existe une seule AMM, pour ce type il y a négociation des prix par le passage obligatoire par la commission d'achat des médicaments (CAM).

La mise en place : pour les nouveaux produits ayant une AMM hospitalière et après passage par la CAM.

D'autres modes d'achat existent aussi à la PCT comme la consultation et la commande ferme. La distribution des médicaments par la PCT se fait à travers un réseau de distribution assez complexe mais qui permet d'assurer la disponibilité des produits à travers tout le territoire tunisien de façon efficace et équitable. En effet, les médicaments qu'ils soient importés ou fabriqués localement sont acheminés vers une réserve hospitalière où ils sont contrôlés et stockés, ensuite ces médicaments sont acheminés vers les six dépôts régionaux chargés de fournir les SSP de leurs régions respectives en médicaments.

Discussion :

Quelque soit le mode d'achat, la PCT assure un approvisionnement régulier du marché, une vigilance et une maîtrise de la gestion des stocks. Elle détient un stock permanent de trois mois environ de réserve et un stock qui varie de 5 à 6 mois pour les produits stratégiques. La PCT dispose d'une capacité de stockage d'environ 35 000m² dont 440 m³ pour les produits froid ; le réseau de distribution s'étend à tout le territoire tunisien assurant qualité et accessibilité au médicament, conformément à la politique nationale dont l'objectif final étant de satisfaire au mieux les besoins de la population.

Mots-clés :

Monopole, Circuit, Médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les enquêtes de pratique sur la pharmacie hospitalière : un vecteur de progrès !

Auteurs :

Guérin A. ⁽¹⁾, Hue B. ⁽²⁾, Bussièrès JF. ⁽³⁾, Léglise P. ⁽⁴⁾, Rieutord A. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, APHP - Hôpital Antoine Bécclère, Clamart

⁽²⁾ Pharmacie, CH Ajaccio, Ajaccio

⁽³⁾ Pharmacie, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

⁽⁴⁾ Pharmacie, APHP - Hôpital Joffre-Dupuytren - Henri-Mondor, Draveil

Résumé :

Introduction :

La pratique pharmaceutique hospitalière a considérablement évolué au cours des trois dernières décennies. Des différences nationales, européennes ou internationales sont constatées. Les enquêtes de pratique pharmaceutique sont très informatives mais peu connues ou diffusées. L'objectif était de comparer les enquêtes européenne (E), américaine (A) et canadienne (C) portant sur la pratique pharmaceutique hospitalière.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale. À partir des sites internet des associations et des comités éditoriaux, nous avons consulté les dernières publications des enquêtes de ces trois ensembles géopolitiques. Nous avons identifié 13 variables de comparaison, et analysé leurs similitudes et différences.

Résultats :

La dernière enquête européenne a été publiée en 2010 et a ciblé un échantillon d'hôpitaux répartis dans 30 pays (n = 4 748). À partir de 2015, l'enquête va porter principalement sur les 44 déclarations de missions de l'European Association of Hospital Pharmacists. (EAHP). L'enquête américaine est réalisée tous les 3 ans depuis 1955. La dernière enquête a été publiée en 2014 et cible un échantillon stratifié d'hôpitaux américains (n = 1 349). Au Canada, la dernière enquête vient d'être publiée en 2015 et cible tous les hôpitaux canadiens comportant au moins 50 lits de courte durée (n = 217). Elle est réalisée tous les deux ans. Les trois enquêtes diffèrent également sur les échantillons de répondants ((E)/ (C) pour tous les établissements de santé vs (A) pour un échantillon aléatoire stratifié), les taux de participation ((A)40 % vs (E)27 % vs (C)78 %), le nombre de questions posées ((E) 87 vs (A) plus de 200) et sur les pratiques enquêtées.

Discussion :

Les enquêtes de pratique sur la pharmacie hospitalière diffèrent. Les enquêtes américaines et canadiennes permettent d'établir avec plus de perspectives l'évolution de la pratique pharmaceutique compte tenu qu'un certain nombre de questions est réutilisé périodiquement. Les trois enquêtes mettent en valeur des différences géographiques et des écarts importants en dotation de ressources allouées. En diffusant ces enquêtes et en encourageant les pharmaciens et les décideurs à les utiliser, nous pensons que ces comparaisons peuvent contribuer à la réflexion et à l'amélioration des pratiques au sein de chaque pays. L'enquête lancée en 2015, pour l'EAHP, sous l'égide du Collectif EFP-SYNPREFH devrait permettre de répondre dès à présent aux attentes de nous tous sur la connaissance globale de nos pratiques.

Mots-clés :

Pratique professionnelle, Pharmacie d'hôpital, Internationalité

Références :

[1] American Society of Health-System Pharmacists. Special occasion: mirror to hospital pharmacy. [en ligne] <http://www.ashp.org/menu/AboutUs/History/Mirror-to-Hospital-Pharmacy.aspx> (site visité le 08 février 2015)

[2] Comité éditorial sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Rapports. [en ligne] <http://www.lillyhospitalsurvey.ca/hpc2/content/ReportsF3.asp> (site visité le 08 février 2015)

[3] European Association of Hospital Pharmacists. 2010 Survey of hospital pharmacy practice in Europe. [en ligne] [http://www.eahp.eu/sites/default/files/files/EAHP%20Survey%202010\(1\).pdf](http://www.eahp.eu/sites/default/files/files/EAHP%20Survey%202010(1).pdf) (site visité le 08 février 2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Enquête des pratiques d'utilisation des formes multidoses

Auteurs :

Laffite M.*, Zyani H., Brunel I., Thiry F., Mordini J., Brunel P.

Pharmacie, CHU Saint-Étienne, Saint-Priest-en-Jarez

Résumé :

Introduction :

Après ouverture, la forme multidose présente des risques (conservation, contamination, manipulation) dans un établissement de santé. Dans les procédures d'achat, la forme unidose est préférée car elle concourt à sécuriser le circuit du médicament. Pourtant cette forme multidose reste incontournable pour certaines spécialités. Face à ce constat, l'équipe pharmaceutique a évalué les pratiques d'utilisation des multidoses dans les unités de soins : solution buvable, inhalateur, stylo injecteur, crème/pommade et collyre.

Matériels et méthodes :

Un questionnaire a été élaboré avec les items suivants : mention de la date d'ouverture, connaissance de la DLU (Date Limite d'Utilisation), utilisation du médicament pour un ou plusieurs patients et identification du médicament au nom du patient. Dans chacun des 21 services sélectionnés un Interne et un Externe ont interrogé 2 IDE (Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat) de manière aléatoire et séparément. Les réponses étaient déclaratives et anonymes. Les résultats ont été traités à l'aide du logiciel Sphinx®.

Résultats :

Le renseignement de la date d'ouverture varie selon la présentation, de 19 % (insulines) à 81 % (collyres). De plus, 52 % des IDE ne connaissent pas la durée de conservation après ouverture. Parmi les présentations étudiées, les solutions buvables sont majoritairement utilisées pour plusieurs patients, les collyres et inhalateurs étant utilisés pour un patient unique. Lorsque le médicament est utilisé pour un seul patient, 60 % des IDE collent systématiquement une étiquette patient. Un mésusage des stylos à insuline a été décelé. En effet, 2 IDE (soit 5 %) disent avoir utilisé un stylo à insuline pour plusieurs patients.

Discussion :

Afin d'améliorer le bon usage des multidoses, la pharmacie a mis en place des actions correctives : élaborations de recommandations sur l'utilisation et la conservation des médicaments présentés sous forme multidose. Un protocole d'utilisation des insulines a été rédigé et validé par le comité des médicaments et des dispositifs médicaux stériles de l'établissement. L'information du mésusage a été transmise à la Direction des Soins Infirmiers, à l'unité d'Hygiène et à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers. Et un rappel sur l'obligation de l'identification patient a été diffusé à l'ensemble des services de soins.

Conclusion :

Cette enquête sur les multidoses a permis de déceler des pratiques non conformes et d'entreprendre des mesures correctives afin de concourir à leur bon usage, et de promouvoir la forme unidose auprès des fournisseurs. En collaboration avec l'Hygiène, un deuxième tour d'audit sera réalisé sur l'utilisation des stylos injecteurs par les IDE.

Mots-clés :

Etudes d'évaluation des soins infirmiers, Sécurité des patients, Amélioration de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Pénurie en BCG (Bacille Calmette-Guérin) intravésical : impact sur le circuit du médicament au sein d'une pharmacie à usage intérieur (PUI)

Auteurs :

Sala M.⁽¹⁾, Carpentier I.⁽²⁾, Derain L.⁽³⁾, Locher F.⁽¹⁾, Meunier A.⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie Centrale, HCL, Saint-Genis-Laval

⁽²⁾ Rétrocession, Pharmacie Centrale, HCL, Saint-Genis-Laval

⁽³⁾ Approvisionnement, Pharmacie Centrale, HCL, Saint-Genis-Laval

Résumé :

Introduction :

Le BCG intravésical commercialisé en France pour traiter le carcinome urothélial de la vessie est en rupture depuis mai 2012. L'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) a autorisé l'importation de BCG thérapies rétrocédables réservées exclusivement aux PUI. Elle recommande, en collaboration avec l'AFU (Association française d'urologie), de les restreindre au traitement d'induction des TVNIM (Tumeurs vésicales non infiltrant le muscle) de risque élevé. L'objectif est d'évaluer l'impact de cette rupture sur l'activité d'une PUI et de décrire les actions menées pour assurer la continuité des soins.

Matériels et méthodes :

Une étude rétrospective a été menée entre 2011 et 2014 à l'aide des logiciels de gestion interne permettant la traçabilité (commandes fournisseurs, distribution aux services, dispensation aux patients ambulatoires). Les actions mises en place ont été identifiées.

Résultats :

L'activité liée aux BCG thérapies a connu une augmentation croissante sur la période 2011-2014 (commande : + 60 %, distribution : + 73 %, rétrocession : + 463 dispensations). Suite aux recommandations de l'ANSM/AFU, la COMEDIMS (Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles) a mis en place, en collaboration avec les établissements extérieurs dépourvus de rétrocession, une RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) mixte. Des échanges d'informations (relevé de décisions en RCP, prévisionnel des stocks) entre les services de rétrocession, d'approvisionnement et le coordonnateur de la RCP ont permis de prioriser l'usage des BCG thérapies pour 17 % des patients avec une réorientation thérapeutique pour les autres (exemple : mitomycine C).

Discussion :

L'augmentation de l'activité est liée aux décisions de l'ANSM et au contingentement des fournisseurs. La RCP mixte a permis de garantir l'équité des soins. La PUI a dû faire face à l'absence de visibilité sur les stocks disponibles et accompagner les patients ambulatoires vers la RCP. La coexistence de spécialités de souches différentes soulève toutefois des interrogations concernant le changement de BCG au cours d'un traitement en termes de sécurité, d'efficacité et de respect du bon usage. En comparaison, la British Association of Urological Surgeons (BAUS) au Royaume-Uni recommande le maintien de l'entretien en réduisant la dose (1/3) ou la fréquence d'instillation.

Conclusion :

De telles collaborations ont montré leur efficacité pour assurer la continuité des soins. Le lien ville hôpital devrait être renforcé.

Mots-clés :

Circuit du médicament, BCG, Tumeurs vésicales

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les probiotiques en réanimation néonatale : quid de l'approvisionnement et bilan de leur utilisation sur 6 mois

Auteurs :

Thévenet S.*⁽¹⁾, Decottignies A.⁽¹⁾, Pujols M.⁽¹⁾, Romain O.⁽²⁾, Deluca D.⁽²⁾, Roy S.⁽¹⁾, Foucher S.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, APHP - Hôpital Antoine Béclère, Clamart

⁽²⁾ Réanimation néonatale, APHP - Hôpital Antoine Béclère, Clamart

Résumé :

Introduction :

Les probiotiques sont des micro-organismes vivants permettant d'enrichir la flore intestinale. Sur la base de données bibliographiques, la réanimation néonatale (RNN) de notre CHU souhaitait prescrire ces produits aux prématurés afin d'améliorer leur immaturité physiologique digestive, principale cause des infections. Les probiotiques ayant le statut de compléments alimentaires, leur circuit d'approvisionnement est différent de celui des médicaments ou des dispositifs médicaux qu'une PUI a l'habitude de gérer. L'objectif de ce travail est :

- 1 - Etablir un circuit d'approvisionnement sécurisé
- 2 - Faire un état des lieux de l'utilisation et de la tolérance en RNN.

Matériels et méthodes :

- 1 - Recherche bibliographique afin de valider les indications thérapeutiques
- 2 - Analyse de la qualité des produits disponibles (certificats d'analyse physicochimique et microbiologique)
- 3 - Rédaction d'un protocole d'utilisation
- 4 - Etablissement d'une dérogation d'achat
- 5 - Bilan de l'utilisation sur 6 mois (juillet à décembre 2014)

Résultats :

3 types de probiotiques ont été retenus (Lactobacillus reuteri, Lactoferrine bovine et Lactobacillus rhamnosus) car ils diminuent les entérocrites nécrosantes, les septicémies nosocomiales et la mortalité en RNN. La seule souche disponible sur le marché français est L. reuteri que nous avons choisi de référencer. Pour cela, un protocole d'utilisation détaillé basé sur la littérature a été rédigé par les réanimateurs (indications, posologies, durée de traitement, critère d'évaluation de l'efficacité et de la tolérance). La pharmacie s'est assurée auprès du laboratoire de la qualité du produit : nous avons obtenu la composition détaillée et un certificat de conformité détaillant les analyses microbiologiques et physico-chimiques réalisées. Une information des parents a été consignée dans le livret d'accueil au même titre que la nutrition parentérale. L'ensemble de ces documents a permis d'établir et de valider une dérogation d'achat. Sur 6 mois, 175 enfants ont déjà reçu ce traitement et aucun n'a déclaré d'effet indésirable pouvant être imputé au produit.

Discussion :

La démarche adoptée a permis de définir un circuit d'approvisionnement sécurisé pour une utilisation optimale des probiotiques. Les enfants nés avant ou à 32 semaines d'aménorrhée et/ou pesant moins de 1 500 g reçoivent depuis juillet 2014, 5 gouttes de L. reuteri par jour jusqu'à ce qu'ils puissent se nourrir exclusivement par voie orale.

Mots-clés :

Probiotiques, Réanimation néonatale, Circuit du médicament

Références :

[1] ESPAN commentary and education that probiotics substantially reduce all-cause mortality and necrotizing enterocolitis in preterm infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2010; 50:694 ; author reply 694-5

[2] Manzoni P et al. Prevention of nosocomial infections in neonatal intensive care units. Am J Perinatol. 2013 Feb ; 30 (2) : 81-8. Doi : 10.1055/s-0032-1333131. Epub 2013 Jan 4. Review. PubMed PMID : 23292914

[3] Shane AL et al. Improved Neonatal Outcomes With Probiotics. JAMA Pediatr 2013 ; 167 : 885-886

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prestations de la Pharmacie à Usage Intérieur : quelle satisfaction des services de soins ?

Auteurs :

Delabre J.*, Schiettecatte S., Le Joubiou P., Real L.

Pharmacie, CH Cambrai, Cambrai

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre de la mise en place d'une démarche de certification, une enquête de satisfaction sur les prestations de la pharmacie à usage intérieur (PUI) a été réalisée auprès de l'ensemble des services de soins en janvier 2011 et en août 2014. Son objectif est de mesurer la satisfaction des services vis-à-vis des prestations de la PUI afin d'améliorer la qualité de celles-ci et de suivre l'évolution de la satisfaction au cours du temps.

Matériels et méthodes :

Un questionnaire a été élaboré en 2011 puis actualisé en 2014. Douze questions ont été posées sur la qualité des prestations, sur le rangement des armoires de médicaments et sur la gestion du changement de marché en 2014. Les questionnaires ont été distribués dans chaque service et le personnel médical et paramédical était invité à y répondre.

Résultats :

En 2011, 20 personnes ont répondu au questionnaire, contre 187 en 2014. 75 % des personnes interrogées en 2011 étaient satisfaites des prestations de la PUI, en 2014, ce taux est passé à 97,8 %. L'accueil téléphonique et au guichet semblent être les points forts de la PUI avec plus de 90 % de satisfaction en 2014. Or l'accueil au guichet était un point à améliorer en 2011 car seules 60 % des personnes interrogées étaient satisfaites. La prestation des magasiniers et des pharmaciens reste stable selon les deux enquêtes avec plus de 80 % de satisfaction. La satisfaction sur le rangement des armoires à médicament reste mitigée (66,7 %), vraisemblablement à cause du changement de marché qui a entraîné des perturbations en 2014. Pour 75 % des personnes interrogées, le changement de marché médicament s'est bien passé.

Discussion :

Entre les deux enquêtes un travail de management de l'équipe pharmaceutique a été entrepris par les pharmaciens : modification des postes préparateurs, communications avec les services, travail en équipe multidisciplinaire. Dans un objectif de culture d'entreprise, la notion de proximité avec les services de soins a été placée comme une des trois valeurs fondamentales de la PUI. Ce travail a permis d'améliorer l'intérêt et la satisfaction des services vis-à-vis des prestations de la PUI. Cette enquête entre dans l'optique d'amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse et permet d'ajuster les prestations de la PUI aux besoins des services. Afin de mettre en place une structure dynamique d'amélioration continue des prestations, la PUI répétera cette démarche d'enquête de satisfaction.

Mots-clés :

Enquête, Satisfaction, Pharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Utilisation de l'homéopathie dans l'inhibition de la montée laiteuse

Auteurs :

Gandon E.*, Baronnet A., Pioche H., Merle MC.

Pharmacie, CH Vierzon, Vierzon

Résumé :

Introduction :

Après un accouchement, les parturientes ne souhaitant pas allaiter subissent une montée laiteuse douloureuse et gênante jusqu'à plusieurs semaines. En juillet 2013, l'ANSM a rendu un rapport bénéfice/risque de la bromocriptine défavorable dans cette indication. Pour traiter l'inconfort de ces patientes, les sages-femmes de notre établissement ont alors demandé l'accès à l'homéopathie. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt de l'utilisation de l'homéopathie dans cette indication, 5 mois après la mise à disposition de 7 souches homéopathiques (5 pour traiter la douleur, 2 pour inhiber la lactation).

Matériels et méthodes :

Un questionnaire comportant 2 parties a été rédigé. La première est une évaluation clinique basée sur 4 items : les douleurs mammaires (EVA), la tension mammaire, l'écoulement de lait et la rougeur (échelle numérique de 0 à 2). Elle est remplie par la sage-femme lors de l'hospitalisation. La seconde partie évalue l'inconfort au repos et au cours d'une activité (échelle numérique de 0 à 10). Elle est remplie par l'interne en pharmacie sur appel téléphonique à la patiente 3 semaines après son accouchement.

Résultats :

55 questionnaires ont été remplis par les sages-femmes. 8 patientes n'ont pu être contactées. En moyenne, les patientes étaient traitées par 1,98 souche soit le plus souvent une association dans chaque indication. Si douleur, les prescriptions comportaient Lac caninum 9CH (83 %), Apis mellifica 9CH (6 %), Bryonia alba (6 %), Phytolacca decandra 9CH (2 %) ou Belladonna (0 %). Pour traiter la montée laiteuse, Ricinus communis 30CH (94 %) ou Prolactinum 30CH (4 %) étaient prescrits. Des antalgiques ou des anti-inflammatoires ont complété le traitement dans 40 cas. L'évaluation clinique totale montre une augmentation progressive des symptômes jusqu'à J7 (score 6,5) puis une diminution à J21 (score 0,5). La satisfaction globale est de 89,6 %. 100 % des patientes traitées par homéopathie seule sont satisfaites ainsi que 78 % des patientes prenant des antalgiques en complément. Aucun problème de tolérance n'a été rapporté.

Discussion :

Les alternatives thérapeutiques allopathiques proposées ne satisfaisant pas les prescripteurs, ils recherchent d'autres moyens pour soulager les patientes. L'homéopathie en est une. La satisfaction générale des patientes et des sages-femmes nous incite à maintenir cette prise en charge tout en rationalisant le nombre de souches mises à disposition : 3 pour la douleur et 1 pour la montée laiteuse. Des études complémentaires à plus grande échelle sont attendues.

Mots-clés :

Post-partum, Lactation, Homéopathie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Audit de la distribution et du contrôle d'une dispensation journalière individuelle nominative centralisée

Auteurs :

Dumont N.*, Goulois S., Authier S., Fievet S., Male C., Vincent S., Carton I.

Pharmacie, CH Boulogne-sur-Mer, Boulogne-sur-Mer

Résumé :

Introduction :

La dispensation journalière individuelle nominative (DJIN) entre dans la stratégie de développement de la qualité générale des soins à l'hôpital. Les objectifs de ce travail sont de déterminer et d'analyser les erreurs d'une DJIN.

Matériels et méthodes :

Une étude prospective a été réalisée sur 2 semaines. 37 chariots de médicaments (soit 328 ordonnances) ont été audités en 2 temps : juste après la distribution des médicaments puis après le contrôle, par le préparateur, des traitements distribués. La quantification et l'analyse des erreurs sont réalisées à chaque étape.

Résultats :

80,5 % des distributions sont conformes à l'ordonnance juste après la distribution et 92,7 % après le contrôle par un préparateur. On retrouve 4 catégories d'erreurs :

- Les erreurs humaines (37 après la distribution, 14 après le contrôle) sont liées à des erreurs de cueillette, des médicaments non pris en compte ou, pour 3 cas, des absences d'identité (médicaments distribués dans des tiroirs sans nom).
- Les erreurs liées à des problèmes internes à la pharmacie (17 après la distribution, 8 après le contrôle) sont dues au paramétrage du logiciel ou à l'organisation au sein de la pharmacie.
- Les erreurs liées à l'organisation générale du circuit au sein de l'établissement (16 après la distribution, 5 après le contrôle) sont dues à la distribution de patients sortants ou à des modifications d'ordonnance entre l'édition des plans de cueillette et le contrôle par le préparateur.
- Les erreurs liées à des anomalies de saisie lors de la prescription (6 puis 1).

Discussion :

Suite aux résultats plusieurs mesures ont été prises :

- révision des procédures de distribution et de contrôle
- distribution des traitements des patients sans tiroir nominatif dans des sachets
- révision du circuit des patients transférés
- révision de la distribution des bains de bouche et de la dinoprostone vaginale
- rappel aux cadres de santé de l'importance d'un étiquetage correct des chariots.

Le contrôle du préparateur apparaît indispensable pour repérer les erreurs engendrées par des causes externes à la pharmacie.

Conclusion :

Cet audit a permis de définir un plan d'action pour améliorer notre DJIN et confirmer le maintien de l'étape de contrôle. Une nouvelle évaluation est prévue courant mars 2015.

Mots-clés :

Dispensation et distribution de médicaments en milieu hospitalier, Erreurs de médicaments, Qualité des soins

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Ruptures de stock : importants impacts dans les services de soins et les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI)

Auteurs :

Pauliat E.*⁽¹⁾, Gaillard MA.⁽¹⁾, Gosse N.⁽¹⁾, Ducouret C.⁽²⁾, Marie-Daragon A.⁽¹⁾, Cournede A.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges

⁽²⁾ Service comptabilité, CHU Limoges, Limoges

Résumé :

Introduction :

En 2014, une nette augmentation du nombre de rupture de médicaments a été constatée dans notre PUI. Lors d'une rupture, pour chaque spécialité concernée, il est nécessaire d'être très réactif et de rechercher une alternative thérapeutique.

Patients et méthodes :

L'objectif de ce travail est d'établir un état des lieux rétrospectif des ruptures en 2014 et d'évaluer leurs impacts dans les unités de soins et à la PUI. Le travail s'est appuyé sur une base de données Excel®, actualisée de façon hebdomadaire à partir des informations fournies par les groupements d'achats et les laboratoires, répertoriant les produits en rupture d'approvisionnement et les alternatives proposées.

Résultats :

En 2014, les ruptures de stock ont concerné plus de 180 spécialités différentes référencées à la PUI. En moyenne, on a observé 18 ruptures par semaine en janvier contre 66 en décembre. La durée moyenne des ruptures était de 11 semaines [1-52]. Dans 75 % des cas, une alternative a pu être proposée. 27 % des médicaments de remplacement ont présenté un risque pour le patient lié aux différences entre la spécialité référencée et l'alternative : concentrations différentes (63 %), indications et modalités d'utilisation différentes (14 %), excipient à effet notoire (10 %), modalités de préparation et d'administration différentes (10 %), conditionnement inadapté à l'hôpital (3 %). Au sein de la PUI, ces problèmes d'approvisionnement ont entraîné une charge de travail supplémentaire : plus de 135 commandes en achat pour compte, création de 46 produits de remplacement, modification de protocole de reconstitution et large diffusion de notes d'information (plus de 2/mois).

Discussion :

Les ruptures de médicaments ont pour conséquence de complexifier le travail infirmier et d'alourdir celui de la PUI. Elles engendrent la multiplication des spécialités référencées dans notre hôpital et donc une augmentation du risque d'erreurs médicamenteuses : informer et communiquer le plus largement possible constitue un premier levier pour éviter tout problème de iatrogénie. Ainsi, il a été décidé de mettre en ligne sur le site internet de l'hôpital un bulletin d'information hebdomadaire à destination des équipes soignantes, concernant les ruptures, les alternatives proposées et les risques associés.

Mots-clés :

Sécurité du patient, Substitution de médicament, Gestion du risque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise à disposition de nouvelles molécules antivirales d'action directe (NAAD) dans le traitement de l'hépatite C chronique : impact sur l'unité de rétrocession d'une pharmacie à usage intérieure (PUI)

Auteurs :

Houet S.*, Bertrand L., Eyraud F., Bellon B.

Pharmacie rétrocessions/ATU/Essais cliniques, CHU Toulouse - Hôpital Paule de Viguer, Toulouse

Résumé :

Introduction :

Les NAAD, disponibles depuis fin 2013, présentent un meilleur profil d'efficacité et de tolérance que les thérapies existantes ce qui a entraîné de nombreuses initiations de traitement dans le cadre d'Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU) ou d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) auxquelles la PUI a dû faire face rapidement. Ces médicaments onéreux ont entraîné de nouvelles modalités de prise en charge par l'assurance maladie en période transitoire ATU-AMM, et l'obligation d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) dans les Pôles de Référence Hépatites (PRH) préalable à l'instauration du sofosbuvir. Nous évaluons l'impact de l'arrivée des NAAD et de l'évolution de la législation sur l'activité des rétrocessions sur 13 mois.

Matériels et méthodes :

Les lignes de prescription, triées pour isoler les NAAD (sofosbuvir, daclatasvir, simeprevir, ledipasvir), sont extraites du logiciel de gestion des rétrocessions (GENOIS), les prix d'achat sont extraits du fichier produit de l'établissement (e-magh2). Le nombre de demandes et commandes d'ATU a été calculé à partir de nos fichiers de travail Excel®.

Résultats :

Impact en terme de délivrances : augmentation rapide de la charge de travail par l'afflux de patients à traiter. Pendant la période sous ATU, un suivi nominatif et mensuel des dispensations a été mis en place : 207 demandes ont été validées et transmises, qui ont engendré 563 lignes de prescription. Au total sur 13 mois, 330 patients ont été traités par NAAD soit 1 341 délivrances et 2 333 lignes de rétrocessions, représentant 8 % d'activité supplémentaire. Impact sur l'organisation de la PUI : Ces délivrances sont chronophages et ont demandé une implication plus importante de la pharmacie à travers l'envoi d'informations aux prescripteurs sur les changements réglementaires (indications remboursées en période transitoire, nécessité de RCP), la participation dorénavant systématique du pharmacien au RCP des PRH et la mise en place d'un circuit de récupération des comptes rendus. Impact sur la valeur de stock : Le chiffre d'affaire des médicaments rétrocedés a doublé de 2013 à 2014 (30 à 59 M €), 60 % de celui ci est dû aux NAAD (35 M €).

Discussion :

Ces NAAD ont nécessité la mise en place d'un encadrement rigoureux de ces délivrances. De futures molécules sont en essais cliniques entraînant une évolution permanente des recommandations et une adaptation constante de l'équipe pharmaceutique.

Mots-clés :

Hépatite C chronique, Antiviraux, Dispensation et distribution hospitalières de médicaments

Références :

[1] Dhumeaux D et al. EDP Sciences. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, 2014 : 199-225

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) relatives au circuit du médicament dans les Hôpitaux De Jour (HDJ) de psychiatrie adulte

Auteurs :

Dupuis C.*, Landry A., Guyochet N., Gabriel-Bordenave C., Colombe M., Auclair V., Roberge C.

Pharmacie, EPSM Caen, Caen

Résumé :

Introduction :

Suite à la certification V2010, un audit sur l'ensemble du circuit du médicament des HDJ dépendant de l'établissement psychiatrique a été réalisé entre octobre et décembre 2014. Les objectifs sont d'améliorer la qualité de la gestion de ce circuit en conformité avec la réglementation, de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient et d'assurer la continuité des soins entre l'hospitalisation à temps plein et l'hospitalisation de jour.

Matériels et méthodes :

La grille d'audit élaborée explore la sécurisation de la prescription, la dispensation, le stockage et l'administration des médicaments. Au total, les 8 HDJ ont été audités, chacun par 2 membres du groupe EPP extérieurs à la structure concernée.

Résultats :

L'ensemble des traitements du patient doit être connu pour prévenir l'iatrogénie. Lors d'une première admission, l'ordonnance psychiatrique est recherchée dans 100 % des cas, l'ordonnance somatique dans 88 %. Dans 88 % des HDJ, aucune procédure ne décrit les actions à entreprendre, qui ne sont tracées dans le dossier de soins que dans 25 % des structures. Les modalités d'approvisionnement en médicaments des patients ne sont pas définies et associent plusieurs circuits dans 38 % des cas ; il est hospitalier pour certains psychotropes et provient de la ville pour le reste. Cela potentialise les risques d'erreurs, de surstock. L'administration des médicaments au patient en autogestion ou avec soutien infirmier, s'appuie sur des critères d'autonomie et d'observance. Elle est tracée dans 38 % des structures et une seule a rédigé une procédure. Les infirmiers effectuent la traçabilité de la prise de médicaments par le patient dans l'HDJ dans 33 % des cas, la remise du semainier dans 83 %, et son retour dans 17 %. Les médicaments sont systématiquement stockés dans une armoire dont l'accès est fermé à clé. En présence de médicaments de ville, ceux-ci sont systématiquement séparés du stock hospitalier. Mais le rangement des médicaments de la dotation hospitalière présentent des non-conformités : étiquetage manquant (43 %), découpage des plaquettes (17 %), absence de mention « Date Limite d'Utilisation » sur les formes multidoses (57 %). Cette dotation est contrôlée dans 57 % des cas (péremptions...).

Discussion :

Modalités d'approvisionnement, administration et stockage des médicaments doivent donc être mieux sécurisés dans les HDJ, et plusieurs axes d'amélioration vont être proposés en groupe EPP : aide à l'optimisation du stockage, organisation d'un suivi médicamenteux personnalisé, rédaction de procédures adaptées.

Mots-clés :

Hôpitaux psychiatriques, Audit clinique, Prise en charge thérapeutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Étapes de l'instruction pharmaceutique d'une recherche biomédicale à promotion institutionnelle réalisée en ambulatoire

Auteurs :

Genevee T.*, Dupre C., Lehmann B., Tibi A.

Essais cliniques, AGEPS, Paris

Résumé :

Introduction :

La Recherche Biomédicale (RBM) à promotion institutionnelle repose usuellement sur des essais réalisés en milieu hospitalier. En effet, l'hôpital dispose de personnel compétent et formé, équipements et locaux habilités permettant une prise en charge pluri disciplinaire adaptée. Toutefois, les études en ville sont encouragées en raison d'une population cible particulière et d'une prise en charge en ambulatoire. Une étude réalisée en ville portant sur une corticothérapie orale a obtenu un financement en 2013 dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique. Comment s'est déroulée l'instruction pharmaceutique de cette étude ?

Matériels et méthodes :

Analyse rétrospective de l'instruction pharmaceutique d'une RBM à promotion institutionnelle réalisée en ville. Il s'agit d'une étude randomisée, en double insu, sur plus de 250 centres français (cabinets de médecins généralistes) et qui porte sur 1 014 patients inclus sur 2 ans.

Résultats :

L'analyse pharmaceutique de l'étude a mis en exergue des difficultés liées à un budget restreint et aux spécificités de la recherche : étude réalisée en ambulatoire, double insu, avec un grand nombre de centres, de patients et une longue période d'inclusion. Il est apparu nécessaire de sous-traiter certaines opérations pharmaceutiques : fabrication du placebo, conditionnements du couple actif/placebo et logistique d'envoi des UTs. Ainsi, après une estimation des quantités d'UTs nécessaires sur la base d'hypothèses de pertes, différents prestataires préalablement audités ont été consultés. Un dossier de consultation comprenant le règlement, un acte d'engagement, une demande de devis et un cahier des charges (CDC) a été transmis à l'ensemble des candidats. Par la suite, le promoteur a procédé à une contractualisation avec le sous-traitant choisi, formalisé par un marché à procédure adaptée. Une fois la première campagne de fabrication achevée et le lot d'UTs certifiés par le sous-traitant, la conformité du dossier de lot vis à vis du CDC a été validée. Pour finir, un système de randomisation pragmatique permettant les inclusions lors de visites à domicile a été organisé. Un circuit pharmaceutique avec une gestion informatisée des UTs et la mise en place de documents spécifiques de traçabilité et de bon usage, a été défini.

Discussion :

Une période d'instruction pharmaceutique de 12 mois a été nécessaire avant que l'étude ne débute. Un suivi régulier de l'état du stock et des péremptions des UTs sera indispensable pour prévoir le lancement d'une deuxième campagne de fabrication.

Mots-clés :

Essais cliniques, Soins ambulatoires, Glucocorticoïdes

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Coup de chaud sur la chaîne du froid ? Résultats d'un audit du circuit des médicaments thermosensibles, de la réception au stockage dans les services

Auteurs :

Guillais A.⁽¹⁾, Cadiou G.*⁽¹⁾, Chesneau F.⁽²⁾, Flechard JM.⁽³⁾, de Champs JM.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHIC des Andaines, La Ferté-Macé

⁽²⁾ Direction des soins, CHIC des Andaines, La Ferté-Macé

⁽³⁾ Service qualité, CHIC des Andaines, La Ferté-Macé

Résumé :

Introduction :

Au cours de l'été 2014, 4 événements indésirables ont été déclarés sur le stockage des médicaments thermosensibles (MTS) dans les services. La cartographie des risques relatifs à la prise en charge médicamenteuse a montré une insuffisance de la maîtrise du circuit des MTS. La rupture de la chaîne de froid a des connaissances économiques en cas de destruction des médicaments, mais surtout entraîne un risque de perte d'efficacité ou de toxicité du médicament. Il a donc été décidé de conduire un audit sur le circuit des MTS afin d'analyser plus précisément les failles dans le circuit.

Matériels et méthodes :

Sur les bases de la bibliographie, une grille d'audit a été construite, comprenant 96 items : réception à la pharmacie (n = 16), stockage à la pharmacie et dans les unités de soins (n = 40), stockage en véhicule SMUR (n = 5), livraison vers les unités de soins (n = 23), réception dans le service (n = 7), rétrocessions (n = 5). Les questions portent sur la gestion documentaire, les pratiques, et la formation du personnel. Ont été audités la pharmacie et 14 services. Les non conformités ont été analysées en suivant la méthode des 5M.

Résultats :

Globalement, 36 % des critères étudiés étaient conformes, 53 % non conformes, et 11 % non applicables. Les principales non conformités retrouvées concernent tout d'abord les méthodes. Ainsi, a été souligné le manque de formalisation du circuit des MTS, entraînant notamment de mauvaises pratiques de rangement. Il a été noté également l'absence de traçabilité de l'heure de réception et de rangement à la pharmacie. Ensuite, les non conformités concernent le matériel : emballages non adaptés pour le transport, avec des médicaments en contact les eutectiques ; ou également absence de dispositif de maintien de la température lors des sorties SMUR. Enfin, les non conformités concernent la main d'œuvre : un manque de formation du personnel a été mis en exergue, avec par exemple une absence de priorisation de la livraison et du rangement des MTS lors du transport vers les services de soins.

Discussion :

Le manque de maîtrise du circuit des MTS est confirmé. Certaines actions ont déjà été mises en place : poster de sensibilisation (règles de rangement...) présenté dans les services et affiché au niveau du réfrigérateur, rédaction de la procédure du circuit des MTS. D'autres suivront au cours de l'année 2015 comme une demande d'investissement pour du matériel adapté au maintien de la chaîne du froid. Ce travail fera l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'établissement.

Mots-clés :

Audit gestion, Température froide, Utilisation médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Conception de fiches d'aide à la prise en ambulatoire des médicaments en essais cliniques à prise per os

Auteurs :

Gaillard M.*⁽¹⁾, Nardon A.⁽¹⁾, Battery E.⁽¹⁾, Looock T.⁽²⁾, Ghezzoul B.⁽³⁾, Ricard C.⁽¹⁾, Parinaud AS.⁽¹⁾, Gerbouin O.⁽¹⁾, Grellet J.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Bordeaux - Hôpital Pellegrin, Bordeaux

⁽²⁾ Neurologie, CHU Bordeaux - Hôpital Pellegrin, Bordeaux

⁽³⁾ Essais cliniques, CHU Bordeaux - Hôpital Pellegrin, Bordeaux

Résumé :

Introduction :

En France, les médicaments expérimentaux sont présentés sous un conditionnement différent de celui des médicaments bénéficiant d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et ne possèdent pas de notice. Les informations relatives au médicament sont remises aux centres hospitaliers par les promoteurs, et les conseils de prise sont délivrés aux patients par les médecins et les Attachés de Recherche Clinique (ARC). Aussi, le schéma posologique de certains essais est complexe. Comme l'ont rapporté beaucoup de patients, ces derniers se retrouvent souvent démunis face à un nouveau traitement pour lequel ils n'ont pas toujours toutes les informations nécessaires pour une prise optimale. Cette problématique a aussi été mise en évidence par les professionnels de santé (pharmaciens et ARC). L'objectif était de mettre au point des fiches mémos accessibles à tous les patients participant à un essai clinique, pour lequel le traitement est pris per os en ambulatoire, dans le but d'améliorer l'observance et la sécurité d'emploi.

Matériels et méthodes :

Une concertation entre promoteurs, ARC, pharmaciens et internes a permis de cibler les informations essentielles à faire figurer sur les fiches. Une enquête auprès des patients de la rétrocession sur leurs attentes et leurs besoins a aussi été réalisée. Les fiches ont ensuite été rédigées en s'appuyant sur les protocoles, les brochures investigateurs et les informations délivrés par les promoteurs.

Résultats :

Sur les 149 essais cliniques en cours à la pharmacie, 65 essais possèdent un traitement per os (44 %), et 28 sont rétrocedés à la pharmacie. 26 fiches mémos ont été réalisées, où figurent les informations suivantes : nom du médicament, conditionnement, conservation, modalités de prise, manipulation des unités de prise, informations diverses (conduite à tenir en cas d'oubli, de vomissements, approvisionnement, conseils). Plus de 75 % des patients ont demandé la remise de ces fiches lors de la première délivrance et lors des renouvellements.

Discussion :

Les fiches ont été réalisées en collaboration avec tous les acteurs impliqués dans le circuit des médicaments en essai clinique. Elles sont délivrées au patient dans les services de soins (par les ARC), ou directement au patient, à la rétrocession. Ces fiches ont pour but d'aider le patient dans la prise de son traitement, grâce à des conseils pratiques. Ce projet pourra ainsi être étendu aux essais cliniques dont la voie d'administration diffère de la voie per os (7 autres voies soit 56 % des essais cliniques actuellement en cours à la pharmacie).

Mots-clés :

Essai clinique, Observance de la prescription, Rétrocession

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Étiquettes standardisées pour les médicaments injectables préparés dans les services de soins : qu'en pensent les IDE ?

Auteurs :

Zecchini C.*, Petit C., Boucherle D.

Pharmacie, Clinique Mutualiste des Eaux Claires, Grenoble

Résumé :

Introduction :

Au sein de notre établissement, des erreurs médicamenteuses (EM) liées à l'identification des médicaments injectables préparés dans les services ont récemment été mises en évidence. Dans le cadre du CREX médicament (Comité de Retour d'Expérience), une réflexion pluriprofessionnelle a conduit à l'élaboration d'étiquettes informatisées standardisées pour améliorer l'identification des injectables préparés dans les unités de soins. Le but de ce travail est d'évaluer la satisfaction des IDE (infirmières diplômées d'état) concernant ces étiquettes.

Matériels et méthodes :

Les étiquettes ont été réalisées selon les recommandations émises par l'HAS (Haute Autorité de Santé) pour la sécurisation de l'administration des médicaments. Elles comprennent : le nom du patient, sa date de naissance, le nom du médicament, le dosage, la voie d'administration, les heures de début et de fin d'administration, le débit, le nom de la personne ayant préparé le médicament. Les étiquettes ont été testées dans 2 services. Un questionnaire d'évaluation a été remis aux IDE après 1 mois de test.

Résultats :

Au total, 22 IDE (13 des urgences, 9 du service d'oncologie) ont répondu à l'évaluation. 50 % ont estimé que la lisibilité de l'étiquette était bonne ou très bonne. Concernant la facilité d'utilisation : 14 % des IDE ont jugé qu'elle était bonne ou très bonne, 36 % moyenne et 50 % mauvaise ou très mauvaise. Les IDE ont constaté que le remplissage de l'étiquette standardisée était plus long, ce qui explique ce taux d'insatisfaction. Parmi les IDE interrogées, 14 ont considéré que le format était trop grand pour les perfusions de petit volume ou pour les seringues. 73 % des IDE étaient moyennement à très satisfaites par les mentions obligatoires proposées. Des modifications ont été suggérées : 2 proposent de retirer le débit d'administration, 2 autres remettent en cause la présence de la date de naissance, 1 demande à ajouter le numéro de chambre, enfin 3 IDE pensent que le nom du patient ne devrait pas apparaître afin de garantir la confidentialité.

Discussion :

Ces résultats vont permettre d'améliorer l'étiquetage avant une utilisation plus large dans notre structure, notamment de diminuer ses dimensions. Afin de satisfaire aux règles d'identitovigilance, l'identification du patient par son nom et sa date de naissance va être maintenue, le numéro de chambre ne sera pas ajouté. Malgré la survenue de précédentes EM, cette enquête montre qu'il est crucial de sensibiliser les IDE sur les risques liés à un étiquetage de mauvaise qualité et sur la différence entre identification et confidentialité.

Mots-clés :

Étiquette, Préparation, Injectable

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'une surveillance des prescriptions de fluoroquinolones : efficacité à un an d'une action pluridisciplinaire dans un établissement MCO

Auteurs :

Chéreau J.⁽¹⁾, Rocquain J.*⁽¹⁾, Allemand J.⁽²⁾, Virrion S.⁽³⁾, Regli A.⁽³⁾, Bosi C.⁽³⁾, Stolidi P.⁽³⁾, Dumazer-Carles C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽²⁾ Infectiologie, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽³⁾ Laboratoire, CH Edmond Garcin, Aubagne

Résumé :

Introduction :

La surprescription des fluoroquinolones (FQ) représente un facteur inquiétant de sélection de SARM et d'entérobactéries multirésistantes (EBMR) dans les établissements hospitaliers. Malgré une baisse des prescriptions observée depuis 2010 sur nos 280 lits (dont 180 de MCO), notre consommation 2013 restait supérieure à la consommation moyenne des hôpitaux français. Ainsi, début 2014, notre comité des anti-infectieux (CAI) a mis en place un système de dispensation contrôlée des FQ, basé sur une collaboration pluridisciplinaire.

Matériels et méthodes :

Suite aux résultats d'un audit réalisé selon la méthodologie diffusée par le CCLIN Sud-Ouest, plusieurs mesures d'amélioration ont été décidées avec nos cliniciens début 2014. Afin d'analyser les résultats des actions engagées, une analyse des données de prescription de FQ a été réalisée sur le logiciel d'aide à la prescription (LAP) PHARMA® (Computer Engineering) sur les journées d'hospitalisation (JH) 2013 et 2014.

Résultats :

Depuis janvier 2014, à chaque nouvelle prescription de FQ, le LAP rappelle les recommandations (référentiel interne en accès direct) et demande au clinicien de préciser l'indication retenue parmi une liste validée en CAI, ainsi qu'une réévaluation de l'antibiothérapie à 48h et à J7. De plus, le pharmacien alerte systématiquement l'infectiologue d'une mise sous FQ. Toute JH confondue, le nombre de DDJ/1 000 JH est passé de 44,4 en 2013 à 28,7 en 2014, soit une diminution de 35 % (17 % sur le MCO). Les prescriptions ont diminué majoritairement sur les formes orales : ciprofloxacine (- 55 %), levofloxacine (- 73 %) et ofloxacine (- 34 %), alors que les formes injectables ont davantage été utilisées, essentiellement chez des patients de réanimation dans des indications validées.

Discussion :

La mise en place de mesures informatives et restrictives ont permis une forte diminution des consommations de FQ sur notre établissement en 2014. Cette action a eu d'autant plus d'impact qu'elle a été pluridisciplinaire et que l'information a été relayée auprès des prescripteurs lors de plusieurs CAI et COMEDIMS.

Mots-clés :

Antibiotiques, Fluoroquinolones, Collaboration pluridisciplinaire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evolutions réglementaires des modalités de transition du statut d'Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) à celui d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) : impact pour les Rétrocessions Hospitalières (RH)

Auteurs :

Jurado C. ^{*(1)}, Watier M. ⁽¹⁾, Eyvrard F. ⁽²⁾, Bellon B. ⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie Rétrocessions/ATU/Essais cliniques, CHU Toulouse - Hôpital Rangueil, Toulouse

⁽²⁾ Pharmacie Rétrocessions/ATU/Essais cliniques, CHU Toulouse - Hôpital Paule de Viguier, Toulouse

⁽³⁾ Pharmacie, CHU Toulouse, Toulouse

Résumé :

Introduction :

La circulaire du 8 juillet 2014 [1] modifie les conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie (AM), pendant la période transitoire entre la fin d'octroi des ATU et la parution du prix au Journal Officiel (JO), des médicaments anciennement sous ATU ayant obtenu une AMM. Applicable aux RH, elle modifie la circulaire du 2 avril 2012 [2] qui limitait à 7 mois la prise en charge des spécialités en post-ATU, les instaurations étant principalement fournies à titre compassionnel par les laboratoires. En découle l'objectif de l'étude : décrire la gestion des périodes transitoires par la pharmacie et les principales conséquences économiques.

Matériels et méthodes :

Après avoir distingué les spécialités soumises aux deux dispositifs, le service des RH a renforcé la veille réglementaire sur les étapes clé (fin d'octroi des ATU, fixation du prix au JO et identification des indications autorisant le remboursement) et l'accompagnement sur le terrain des prescripteurs. Les pertes économiques liées à la fixation des prix ont été quantifiées à partir du logiciel de traçabilité des rétrocessions (Genois), du fichier produit de l'établissement (e-Magh2) et de l'avis relatifs à la fixation du prix des spécialités (Légifrance).

Résultats :

Pendant cette période transitoire, les spécialités dont les indications ATU et AMM étaient différentes nécessitaient la justification des instaurations. Les changements de statuts (étapes-clé) et restrictions de prise en charge par l'AM pendant et après la période transitoire ont fait l'objet d'une campagne de mails à chaque évolution pour assurer l'accompagnement des prescripteurs (cas de daclatasvir, dolutegravir, ledipasvir/sofosbuvir, propranolol buvable, riociguat, simeprivil, sofosbuvir). Les paramètres de codification (lettre clé PHU/ code Unité Commune de Dispensation) des fiches produits concernées ont été revus après sollicitation de l'AM. Les médicaments remboursés en application du dispositif pérenne [1] représentent 10 % des 28 000 lignes de dispensation en 2014 soit en part de marché : 23 000 000 € pour 59 000 000 € de rétrocessions valorisées. Par ailleurs, 4 des 9 spécialités du nouveau dispositif [1] ont vu leur prix de vente fixé en 2014, à un prix inférieur au prix d'achat antérieur, engendrant une perte de 140 000 € sur notre établissement. Dans le cadre du dispositif expérimental [2], 16 dispensations compassionnelles et 69 dispensations remboursées par l'AM ont eu lieu (principalement le vismodegib).

Discussion :

L'information des prescripteurs en amont nous a permis de réaliser les dispensations dans le respect des conditions de prise en charge. Sur le plan économique, le nouveau dispositif contribue à la croissance des dépenses annuelles imputées aux RH.

Mots-clés :

Législation pharmaceutique, Sécurité des produits de consommation, Pharmaco-économie

Références :

[1] Circulaire n° DGS/DSS/DGOS/PP2/1C/PF2/PF4/2014/144 du 8 juillet 2014

[2] Circulaire n° DGS/PP2/DGOS/PF2/PF4/DSS/1C/2012/129 du 2 avril 2012

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

L'héparine calcique, un médicament à prescrire à bon escient notamment dans un hôpital à forte activité gériatrique !

Auteurs :

Ballandras C.*⁽¹⁾, Rocquain J.⁽¹⁾, Tramier B.⁽²⁾, Gallet S.⁽³⁾, Devetakov I.⁽⁴⁾, Roux E.⁽⁵⁾, Dumazer-Carles C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽²⁾ Département d'information médicale, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽³⁾ Court séjour gériatrique, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽⁴⁾ Médecine interne, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽⁵⁾ Cardiologie, CH Edmond Garcin, Aubagne

Résumé :

Introduction :

Dans notre hôpital de 280 lits (dont 180 MCO), plus de 60 % des séjours de MC concerne des patients de plus de 75 ans. Depuis 2012, l'héparine calcique (HC) se situe à la 2^e place dans le palmarès coût médicament derrière l'Albumine (hors médicaments remboursés en sus). L'objectif de ce travail est de mettre en place des mesures d'amélioration afin d'optimiser l'efficacité de la prescription d'HC et d'évaluer l'impact de ces mesures d'améliorations sur les consommations d'HC.

Matériels et méthodes :

Discussion pluridisciplinaire en comité du médicament et réflexion sur les mesures à mettre en place afin d'optimiser l'efficacité des prescriptions d'HC. Mise en application de ses mesures d'amélioration en juin 2013. Réalisation d'une étude comparative pré/post sur la consommation d'HC en Unité commune de dispensation (UCD) et en coût en prenant une période d'étude pré-post similaire de 18 mois.

Résultats :

Trois mesures d'amélioration ont été mises en place en juin 2013. Il a été décidé (1) d'éviter les prescriptions en anticoagulation préventive d'HC chez les patients dont la clairance à la créatinine est supérieure à 30 mL/min, (2) de pré-codifier une intervention pharmaceutique dans le logiciel d'aide à la prescription, mise en systématique lors de l'analyse pharmaceutique en cas de prescription d'HC en l'absence d'insuffisance rénale sévère, rappelant au médecin de privilégier l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) référencée, (3) de sensibiliser les internes en Médecine à chaque début de semestre. Une mesure informative a rappelé le bénéfice non négligeable de qualité des soins pour le patient lors de l'administration d'une HBPM : moins d'injections, une meilleure anticoagulation et un gain de temps infirmier. Entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 juin 2013, 24 080 UCD d'HC ont été délivrées contre 18 711 en post intervention entre le 1^{er} juillet 2013 et le 31 décembre 2014, correspondant à une diminution de 22,3 % d'UCD délivrées. En pondérant à l'activité, une diminution de 22,2 % est retrouvée. En terme de coût, le bénéfice s'élève à 9 438 € (39 732 € en pré vs 30 294 € en post) soit une diminution de 24 %.

Discussion :

Cette collaboration pluridisciplinaire et la mise en place des mesures d'amélioration ont permis d'améliorer l'efficacité des prescriptions d'HC au sein de notre établissement. Ces résultats nous confortent sur le fait que la prescription d'HC ne doit pas être négligée dans un établissement à forte activité gériatrique comme le nôtre !

Mots-clés :

Héparine, Bon usage, Sujet âgé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'une gestion plein vide des spécialités présentes en unité de préparation des cytotoxiques (UPC)

Auteurs :

Veillet R.*, Bagel-Boithias S., Trevis S., Sautou V.

Pharmacie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

Résumé :

Introduction :

Dans un contexte économique contraint où les spécialités d'oncologie représentent une part importante du budget, nous avons souhaité contrôler la valeur du stock de ces spécialités. L'objectif consiste à appliquer une gestion plein vide aux spécialités d'oncologie entre l'UPC et la pharmacie centrale afin de réduire la valeur des stocks.

Matériels et méthodes :

La détermination quantitative de la dotation est une réflexion collégiale incluant notamment le pharmacien de l'UPC et les services d'oncologie. Au-delà des consommations mensuelles des produits cytotoxiques, ces dotations ont été évaluées en tenant compte de contraintes liées à l'oncologie tel que les produits urgents (chimiothérapies d'induction) ou l'étude des doses minimales et maximales par cure et/ou jour en fonction des protocoles. Les caractéristiques des produits tels que la stabilité (péremption courte) et le mode de conservation (frigo et température ambiante) sont intervenues ainsi que les délais de livraison des fournisseurs. Nous avons choisi de diviser la dotation en 3 : 1 bac en ZAC (zone à atmosphère contrôlée) et 2 en zone de stockage afin de pouvoir renouveler rapidement le bac de la ZAC lorsque celui-ci est vide. La commande du produit auprès de la pharmacie centrale s'enclenche alors via un système d'étiquette. Cette opération déclenche alors la commande pour réapprovisionnement à la pharmacie centrale.

Résultats :

Le passage de l'UPC en plein vide a permis de diminuer la valeur du stock de 300 966 € à 141 333 € (réduction de 51 %). Le nombre de références présentes en revanche est passé de 60 à 59, la plupart des produits étant d'utilisation quotidienne ou bien d'urgence. La mise en place effective d'un tel système s'est fait en une journée lors de laquelle 133 083 € de médicaments « excédentaires » furent ramenés en centrale. Dans un deuxième temps, les quantités stockées à la pharmacie ont elles aussi pu être évaluées à la baisse.

Discussion :

Décliner la mise en place des dotations a été rapide après l'important travail en amont de détermination des dotations. En effet, cela nécessite de prendre en compte de nombreux facteurs et pas uniquement les consommations mensuelles. Tous les points critiques ont été identifiés afin que la réduction des stocks ne soit pas délétère à l'activité d'oncologie. Le système a été rapidement adopté par le personnel de l'UPC et de la pharmacie. Cependant, l'évolution constante des pratiques en oncologie nous contraint à réévaluer régulièrement les dotations.

Mots-clés :

Agents cytotoxiques, Gestion des stocks, Pharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Production automatisée des doses à administrer (formes orales sèches) au sein de 4 établissements de santé bretons : quelles sont les non-conformités retrouvées ?

Auteurs :

Piriou T.*⁽¹⁾, Chacou-Leprince M.⁽²⁾, Partant C.⁽¹⁾, Chantel S.⁽³⁾, Largeau R.⁽⁴⁾, Rey F.⁽⁵⁾, Piriou G.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Cornouaille, Quimper

⁽²⁾ Pharmacie, CHIC Quimper, Quimper

⁽³⁾ Pharmacie, CH Vitré, Vitré

⁽⁴⁾ Pharmacie, CH Douarnenez, Douarnenez

⁽⁵⁾ Pharmacie, CH Centre Bretagne, Pontivy

Résumé :

Introduction :

La préparation des doses à administrer (PDA) automatisée des formes orales sèches (FOS) permet de sécuriser la prise en charge médicamenteuse. 4 Etablissements Bretons ont mutualisé leur expérience dans le cadre d'un appel à projet l'OMÉDIT pour définir des indicateurs et des non conformités de production automatisée des FOS.

Matériels et méthodes :

L'objectif est de définir et mesurer collectivement des indicateurs de PDA, les types d'erreurs observées et établir si elles sont liées à des erreurs humaines ou de processus. Après un temps de recueil propre, nous avons rédigé une grille commune. Les indicateurs objectivent le nombre de patients, de sachets produits, de plateau et la durée de production. Les NC recueillies sont quantitatives et qualitatives (nombre de sachet vide, intégrité ou aspect non conformes des spécialités, quantité d'unité dans le sachet, panne bloquante, problème informatique, production inadaptée...). Une fiche navette associée à la production permet de faire le lien entre la pharmacie à usage intérieur (PUI) et les services de soins, et de recueillir l'ensemble de ces indicateurs et NC. Ces données communes ont été recensées sur 6 mois dans différents services (SSR-EHPAD) des 4 établissements de santé et analysées.

Résultats :

De juin à décembre 2014, 1 727 804 sachets furent produit dans les 4 établissements pour 26 952 productions-patient (soit 64 sachets Jour ou hebdomadaire par production patient). Le débit moyen est de 45 sachets/minute. Seuls 3 802 sachets non conformes ont été signalés, soit 0,22 % de la production. Les principales NC détectées sont des erreurs de processus. 92 % sont des incidents de production, arrêtées à la PUI lors du contrôle en sortie de l'automate. On retrouve 3 types de sachets erronés : avec quantité inexacte (1 202 = 32 %), avec décalage (1 151 = 30 %), et avec perte d'intégrité du médicament (1 145 = 30 %). Les NC signalés par les services sont négligeables(- de 0,02 %).

Discussion :

Sur ces 4 établissements, l'automatisation de la PDA affiche un très faible taux de NC de 0,22 % (de plus, arrêtées en fin de production). La majeure partie de ces NC ne sont pas liées à des erreurs humaines et peuvent être expliquées par des paramètres techniques liées au processus d'automatisation : vitesse de chute des FOS, modalités de déconditionnement (fragilisant l'intégrité)...

Conclusion :

Ce travail collaboratif a aussi permis en parallèle de définir des processus communs et une cartographie des risques associés visant à limiter encore ces NC.

Mots-clés :

Indicateurs, Dispensation, Service hospitalier

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Un an de suivi prospectif des indications : quel bilan dans notre établissement ?

Auteurs :

Petit C.*, Zecchini C., Menard I., Boucherle D.

Pharmacie, Clinique Mutualiste des Eaux Claires, Grenoble

Résumé :

Introduction :

Le bon usage des médicaments remboursés en sus du GHS (Groupe Homogène de Séjour) constitue un enjeu économique majeur des établissements de santé. Le but de ce travail est d'évaluer le respect des référentiels de bon usage (RBU) des médicaments prescrits en sus des GHS, de suivre le taux de primo-prescriptions hors référentiel (HR), d'évaluer la justification des cas HR et de proposer des mesures d'amélioration pratiques.

Matériels et méthodes :

Un suivi prospectif des initiations de traitements des médicaments remboursés en sus des GHS s'est déroulé sur 2014. Pour chaque nouvelle prescription, l'adéquation entre l'indication clinique et le RBU a été vérifié. En cas de prescription HR (hors AMM/PTT/RTU), une justification clinique et une référence scientifique dans le dossier médical étaient recherchées ainsi que pour les anticancéreux, une RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire).

Résultats :

24 médicaments sur 143 de la liste « hors GHS » ont été concernés par ce suivi. Au total, sur 248 prescriptions analysées durant 2014, 74,2 % concernent des anticancéreux, 12,1 % des facteurs de la coagulation, 5,2 % des anti-infectieux, 4 % des immunoglobulines, 2,4 % des anti-TNF α et 2 % la Dibotermine α . 229 (92,3 %) étaient conformes aux indications de l'AMM, 5 (2 %) initiations de traitements étaient prescrites selon les PTT/RTU, 14 (5,6 %) étaient HR et aucune en "situation non acceptable". Les prescriptions HR concernent le Rituximab dans des indications hors cancérologie (5/14), les anticancéreux (5/14), la Dibotermine α (3/14) et le complexe prothrombique humain (1/14). Dans 11 cas sur 14, une justification clinique et des références à des publications sont mentionnées dans le dossier médical et pour 1 cas, une justification clinique uniquement. Sur les 5 anticancéreux prescrits HR, seuls 3 dossiers font référence à une RCP. Pour les 2 dossiers sans RCP (Eribuline et Bevacizumab), aucun argumentaire clinique et scientifique n'est retrouvé.

Discussion :

La traçabilité écrite de la justification de la prescription dans le dossier médical reste à améliorer, notamment en cancérologie. Des actions de communication auprès des prescripteurs vont être menées en insistant sur la nécessité d'une RCP pour tous les anticancéreux, a fortiori pour les prescriptions HR. Ainsi, il est déjà proposé aux médecins d'indiquer dans le compte rendu de RCP la justification clinique et la référence scientifique. Au final, la proportion de primo-prescriptions HR est faible par rapport à l'ensemble des prescriptions. Malgré l'absence d'obligation de suivi continu, il sera poursuivi en 2015 afin d'intégrer le taux de primo-prescription HR dans nos indicateurs.

Mots-clés :

Contrat de bon usage, Prescription, Evaluation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La pharmacie à usage intérieur (PUI), prestataire de services : enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé

Auteurs :

Delaval C.⁽¹⁾, Kresec O.*⁽¹⁾, Liedorp A.⁽²⁾, Rytter JL.⁽²⁾, Paziot P.⁽¹⁾, Burde F.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Laon, Laon

⁽²⁾ Qualité, CH Laon, Laon

Résumé :

Introduction :

Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité du circuit du médicament, l'équipe pharmaceutique a mené une enquête de satisfaction auprès du personnel de l'hôpital. L'objectif était d'évaluer la satisfaction des professionnels de santé vis à vis des prestations proposées par la PUI et d'identifier les différents axes d'amélioration.

Matériels et méthodes :

Deux questionnaires de satisfaction ont été élaborés par la PUI et la Qualité : un pour les équipes paramédicales des services et l'autre pour les médecins. Les thèmes portaient sur la satisfaction générale, l'approvisionnement, la livraison des médicaments et des dispositifs médicaux (DM), la mise à disposition d'informations et conseils sur le bon usage des médicaments. Un item supplémentaire sur le logiciel de prescription utilisé dans l'établissement était présent dans le questionnaire destiné aux médecins.

Résultats :

17 % des médecins et 65,5 % des services ont répondu au questionnaire. 96 % des médecins et 100 % des services étaient très satisfaits/satisfaits des prestations proposés par la PUI. Pour les services, les points satisfaisants portaient sur la disponibilité des médicaments et des DM (94 % très satisfaits/satisfaits) la facilité d'utilisation du logiciel pour réaliser les commandes de médicaments pour les services informatisés (90 %) et les notes d'informations pharmaceutiques mensuelles (89 %). Les points à améliorer concernaient le manque d'information sur les produits manquants dans les commandes (67 % peu satisfait/pas du tout satisfait pour les médicaments et 72 % pour les DM) et le manque d'information sur les nouvelles références ou changements lors de la dispensation des médicaments (55 %) ou des DM (67 %). Les points positifs retenus pour les médecins utilisateurs du logiciel de prescription étaient : la formation dispensée par le pharmacien (94 % très satisfaits/satisfaits), les informations disponibles via le logiciel (87 %) et la facilité d'utilisation du logiciel (76 %). Le manque d'information sur les équivalences et les médicaments hors livret et les problèmes informatiques, pourtant indépendants de la pharmacie, constituaient les points à améliorer.

Discussion :

Cette enquête a permis de mieux cerner les attentes des services et des médecins. Des actions d'amélioration ont été menées suite à cette étude : l'instauration d'un tableau de suivi des ruptures par la PUI, la réalisation d'un document pour informer les services des ruptures et proposer des substitutions et la mise à jour du livret du médicament. Dans un but de suivi de la satisfaction, l'enquête sera renouvelée dans 2 ans.

Mots-clés :

Enquête, Satisfaction, Pharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Circuit des chimiothérapies : alors ? Satisfaits ?

Auteurs :

Rieu C.*⁽¹⁾, Aguerre C.⁽¹⁾, Grenouilleau V.⁽¹⁾, Chevalier A.⁽¹⁾, Ferrari S.⁽¹⁾, Ithurralde S.⁽²⁾, Laclau S.⁽¹⁾, Jomier JY.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Pau, Pau

⁽²⁾ Service qualité, CH Pau, Pau

Résumé :

Introduction :

Une nouvelle unité de pharmacotechnie (PT) est en cours de construction dans notre établissement. Dans ce contexte et dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de prise en charge des patients, nous avons réalisé un état des lieux des connaissances des Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) sur l'organisation de la PT et évalué leur niveau de satisfaction de la prestation fournie.

Matériels et méthodes :

Une réflexion a été menée par une équipe pluridisciplinaire regroupant des membres de la pharmacie, du service qualité et de la direction des soins. Elle a abouti à l'élaboration d'un questionnaire à destination des IDE des principaux services prescripteurs de chimiothérapies. Deux thèmes sont abordés : la connaissance du fonctionnement du service de PT et la satisfaction aux différentes étapes du processus de fabrication des chimiothérapies. La satisfaction est évaluée selon une échelle de 5 niveaux, de « Très satisfait » à « Très insatisfait ».

Résultats :

En janvier 2015, 58 questionnaires ont été envoyés avec un taux de réponse de 52 %. Concernant l'organisation du service de PT, 25 % des IDE ne savent pas localiser l'unité et 85 % ne connaissent pas les horaires d'ouverture. Aucune IDE ne connaît l'exhaustivité des activités de la PT. Parmi les personnes interrogées, 87 % sous-estiment le volume de production journalier et 83 % le temps nécessaire à la préparation d'une chimiothérapie. Le niveau de satisfaction varie selon les différentes plages horaires de préparation, en fin de matinée 59 % des IDE sont « Moyennement satisfait » ou « Insatisfait » du délai de mise à disposition. Concernant le transport des préparations vers les unités de soins, 86 % sont « Très satisfait » ou « Satisfait » de la présence d'un coursier et 79 % sont au mieux « Moyennement satisfait » de l'organisation en son absence. Plus de 80 % des IDE sont « Satisfait » ou « Très satisfait » du logiciel de chimiothérapie et ce résultat atteint 97 % pour la présentation des préparations. La satisfaction globale de la prestation est de 7,7/10.

Discussion :

Lors de la réunion de restitution des résultats, les équipes de soins ont été sensibilisées à la diversité des activités de la PT et aux contraintes imposées par la préparation centralisée des chimiothérapies en zone à atmosphère contrôlée. Un groupe de travail associant pharmacie, services de soins et service qualité a été mis en place pour définir des axes d'amélioration afin d'optimiser l'organisation de la nouvelle unité de PT. Une étude des temps de mise à disposition des chimiothérapies a été initiée et permettra d'objectiver le ressenti des IDE.

Mots-clés :

Enquête de satisfaction, Circuit du médicament, Chimiothérapie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Harmoniser l'étiquetage des préparations injectables : comment réussir ?

Auteurs :

Lisfi A.⁽¹⁾, Fauque L.⁽²⁾, Laot G.⁽²⁾, Robert J.⁽¹⁾, Teil J.⁽¹⁾, Paulmier B.⁽³⁾

⁽¹⁾ pharmacie, CH Saumur, Saumur

⁽²⁾ Direction des soins infirmiers, CH Saumur, Saumur

⁽³⁾ Qualité risques, CH Saumur, Saumur

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, notre établissement a mis en place des étiquettes pré-imprimées afin d'identifier les préparations injectables pour pousse-seringues et les perfusions jusqu'à l'administration. L'objectif est d'harmoniser et sécuriser l'étiquetage des préparations injectables sur l'ensemble de l'établissement

Matériels et méthodes :

Un groupe de travail composé d'infirmiers référents pharmacie volontaires, cadres de santé, pharmacien et du Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse a validé une maquette d'étiquette pré-imprimée pour les préparations pour pousse-seringues et les perfusions tout volume ainsi qu'une note d'information accompagnant la mise en place. Des services tests, parmi les plus consommateurs et accueillant des patients à risque (Urgences, Unité de soins intensifs, Gériatrie, Pédiatrie et Néonatalogie) ont été validés avec la direction des soins. La formation des infirmiers des 5 services a été réalisée sur place par le pharmacien. Une première phase de test est menée sur trois mois avec une évaluation à la fin de la première semaine pour ajustement si nécessaire, suivi d'un audit de pratiques. A l'issue de celui-ci le test est prolongé pendant 2 mois et un second audit est réalisé.

Résultats :

Le premier audit ayant montré que l'étiquette n'est pas adaptée aux perfusions, une maquette spécifique pour celles-ci est validée. Des étiquettes pré-remplies pour les spécialités les plus utilisées pour pousse-seringues sont mises en place. Le second audit a montré un étiquetage à 100 % (n = 32) des préparations injectables pour pousse-seringues, et à 62 % (n = 60) des préparations injectables pour perfusions. La totalité des soignants audités trouve les deux étiquettes adaptées et apprécie les étiquettes pré-remplies, utilisées dans 100 % (n = 17) des cas. Le remplissage des items de l'étiquette reste variable en fonction de l'infirmier, du service et du type de préparation.

Discussion :

La mise en place de l'étiquetage a nécessité une implication des professionnels de terrain, une évaluation régulière et un accompagnement très rapproché. L'extension à l'ensemble de l'établissement est possible grâce au soutien de la Direction des Soins Infirmiers, et à l'implication des cadres de santé en charge de la formation de la totalité de leurs équipes soignantes. Un audit interne sera réalisé trois mois après la mise en place.

Mots-clés :

Injection, Etiquetage, Harmonisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Semaine sécurité patient : une meilleure communication pour plus d'attractivité au service du management qualité de la prise en charge du patient

Auteurs :

Vidal F.⁽¹⁾, Lacaud F.⁽¹⁾, Vincent C.⁽²⁾, Lasserre R.⁽³⁾, Lafitte M.⁽²⁾, Tondeur P.⁽⁴⁾, Gassie JY.⁽²⁾, Le Roux E.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Dax-Côte d'Argent, Dax

⁽²⁾ Hygiène, CH Dax-Côte d'Argent, Dax

⁽³⁾ Douleur, CH Dax-Côte d'Argent, Dax

⁽⁴⁾ Hôpital de jour, CH Dax-Côte d'Argent, Dax

Résumé :

Introduction :

La semaine sécurité patient (SSP), opération annuelle de management qualité de la prise en charge des patients depuis 2010 dans les établissements de santé (ETS) a pour objectifs de sensibiliser, informer les professionnels de santé (PFS) et les usagers sur des thèmes majeurs. Le centre hospitalier (CH) souhaite augmenter la participation des PFS à cette opération au travers de différents moyens de communication en plusieurs phases. Le CH évaluera l'impact des processus de communication mis en place (participation des PFS et enquête de satisfaction).

Matériels et méthodes :

Phase 1 : oct 2014 : formation groupe de travail, identification des thématiques, mise en place atelier chambre des erreurs et d'un jeu concours quizz par unité de soins (US) avec un lot à gagner financé par la direction de l'ETS : création d'une affiche d'annonce avec participation de PFS selon une mise en scène professionnelle et ludique. Diffusion de l'affiche par intranet et affichage dans le CH. Phase 2 : fin nov à déc 2014 = SSP + remise du prix concours : séances photos – création d'une vidéo (durée 4,40 minutes) – présentation vidéo à la Direction et cadres de santé (CDS)- mise en ligne de la vidéo sur le compte YouTube du CH – Envoi du lien par intranet ou personnel. Annonce sur compte Twitter CH. Evaluation participation et satisfaction SSP. Phase 3 : sept/oct 2015 = réunion groupe travail – création d'une nouvelle affiche avec nouvelle mise en scène des PFS. Création d'une vidéo type bande annonce de film. Mise en ligne sur compte YouTube et annonce sur réseau social Twitter CH. Annonce dans le journal hôpital. Phase 4 : nov 2015 : SSP. Processus identiques à la phase 2 + évaluation de l'impact de la communication par la participation et le nombre de visionnage vidéo 2015 versus 2014.

Résultats :

En 2014, 143 PFS ont participé à la SSP (44 % élèves IDE : 19 % ASH, 16 % CDS, 10 % IDE, 3 % médecins, 8 % autres. 21 US sur 30 (70 %) ont participé au quizz. 76 % des US ayant répondu ont eu plus de 50 % de bonnes réponses. L'US gériatrie est le gagnant du quizz avec un taux de bonnes réponses à 72 % (31/43). 141 personnes ont visionné la vidéo.

Discussion :

La communication prend une place prépondérante dans notre société. Pour rendre la SSP plus attractive, le CH tente une approche plus communicative et motivante avec des techniques issues du cinéma (affiche, petit film, bande annonce), avec la participation de différents PFS du CH et par un jeu concours par US avec lot pour le gagnant. L'objectif est d'éveiller la curiosité et motiver les équipes des US à participer à cette opération.

Mots-clés :

Sécurité du patient, Communication, Management

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact de la fusion de deux sites pharmaceutique d'une PUI sur la qualité de la dispensation nominale manuelle

Auteurs :

Chosalland F.⁽¹⁾, Serre C.⁽¹⁾, Martin OM.⁽¹⁾, Cellier A.⁽¹⁾, Bel Kamel A.*⁽¹⁾, Cazaubon Y.⁽¹⁾, Goutelle S.⁽¹⁾, Bourguignon L.⁽¹⁾, Maire P.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

⁽²⁾ Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Antoine Charial, Lyon

Résumé :

Introduction :

La délivrance nominative est une activité réalisée par certaines PUI. Cette activité est manuelle dans la majorité des situations et est susceptible de comporter des erreurs. Fin novembre 2014, la PUI du pôle gériatrie d'un CHU a subi une restructuration conduisant au regroupement de deux sites pharmaceutiques en un seul. Cette fusion, en raison des changements engendrés sur l'environnement et les conditions de travail, peut modifier la fréquence des erreurs de préparation. L'objectif de cette étude était de mesurer l'influence d'une restructuration d'un service pharmaceutique sur la fréquence des erreurs de préparation dans l'activité de dispensation nominative.

Matériels et méthodes :

Une étude initiale menée en 2006 nous a permis de mesurer un taux d'erreurs en dehors de toute période de restructuration. Avec la même méthodologie, une nouvelle étude a été entreprise durant le mois précédant la fusion, puis un mois après cette fusion. Les observations ont été réalisées sur 22 unités de gériatrie correspondant à 620 lits. Un contrôle (quantitatif et qualitatif) non exhaustif a été effectué lors de la préparation des piluliers. La concordance des médicaments présents dans le pilulier avec le plan de préparation a été vérifiée. Les erreurs ont été classées en quatre types : excès, omission, substitution et autres (exemple : blister déchiré). Le nombre d'erreurs rapporté au nombre de jours de traitement préparés a été analysé avec le test de McNemar.

Résultats :

Le taux d'erreur initial avant toute opération de fusion était de 2,30 %. Dans le mois précédent la fusion, 2 072 piluliers ont été contrôlés. Le taux d'erreur a été mesuré à 6,03 % dans cette période. Un mois après la fusion, 2 804 piluliers ont été contrôlés, et 12,41 % d'erreurs ont été constatées ($p < 0,01$). Pour les deux périodes d'observation, les erreurs par omission sont les plus nombreuses. Cette typologie d'erreurs a fortement augmenté dans le mois suivant la fusion (66 % versus 48 % avant fusion).

Discussion :

Cette étude met en évidence l'impact significatif de la restructuration d'un service sur la qualité de la préparation nominative des piluliers, tant dans les semaines précédant la fusion que dans le mois suivant, avec une nette hausse du pourcentage d'erreurs. Les facteurs explicatifs sont à rechercher du côté des facteurs organisationnels, environnementaux et humains (stress). Une nouvelle étude sera réalisée à distance de la réorganisation afin de suivre l'évolution du taux d'erreur. Ces résultats soulignent la nécessité d'anticiper l'impact des restructurations sur la sécurité des processus critiques en milieu hospitalier.

Mots-clés :

Restructuration hospitalière, Erreurs médicamenteuses, Fusion d'établissements de santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Médicaments non référencés au livret thérapeutique de l'établissement : le circuit est-il conforme à nos attentes ?

Auteurs :

Devilliers M.*⁽¹⁾, Tiret I.⁽¹⁾, Flamant T.⁽¹⁾, Dick L.⁽¹⁾, Devaux X.⁽¹⁾, Dieu B.⁽¹⁾, Doucet J.⁽²⁾, Varin R.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

⁽²⁾ OMÉDIT Haute-Normandie, Rouen

Résumé :

Introduction :

A l'admission d'un patient, le prescripteur de l'établissement doit systématiquement ré-évaluer son traitement et le represcrire. Si des médicaments hors livret thérapeutique de l'établissement doivent être prescrits, une demande d'approvisionnement nominative doit parvenir à la pharmacie à usage intérieur (PUI). La décision de commande est analysée et prise en concertation avec le prescripteur. Notre étude a pour objectif d'analyser le circuit des médicaments non référencés au livret thérapeutique.

Patients et méthodes :

L'étude a été réalisée sur unités fonctionnelles informatisées de court séjour, entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2014, et a inclus l'ensemble des 1 454 patients hospitalisés sur la période. Les données analysées ont été extraites des logiciels métier.

Résultats :

Une prescription informatisée de médicaments hors livret est retrouvée chez 12 % des patients. 70 % de ces médicaments sont administrés ; les 30 % restants correspondent à un arrêt du traitement ou à une substitution par un médicament référencé. Le pourcentage de médicaments hors livret ayant un service médical rendu jugé important est supérieur pour les médicaments administrés ou substitués par rapport à ceux arrêtés. Malgré une forte proportion de médicaments administrés, seuls 11 % d'entre eux ont fait l'objet d'une demande d'approvisionnement auprès de la PUI. La durée moyenne de séjour des patients pour lesquels la PUI a reçu une demande est 2 fois plus longue que pour les autres patients. Afin d'assurer la continuité des soins, une décision institutionnelle tolère l'utilisation du traitement personnel, le temps que la PUI mette à disposition les médicaments. Cette étude montre que le délai entre la demande d'approvisionnement et la dispensation au service n'excède jamais 72 heures. Or, 2/3 des administrations de médicaments hors livret ont lieu au-delà de 72 heures après l'admission du patient, en l'absence de demande auprès de la PUI. Ceci suggère que ces médicaments proviennent d'un circuit différent, principalement d'une source extérieure à l'établissement.

Conclusion :

En conclusion, cette étude montre que la PUI reste trop peu sollicitée pour la mise à disposition des médicaments hors livret aux patients hospitalisés ; les traitements personnels sont encore trop largement utilisés. Les pistes d'amélioration des pratiques envisagées sont : la diffusion de tableaux d'équivalences thérapeutiques avec les médicaments référencés, le développement de la conciliation médicamenteuse, ainsi que le renforcement de l'information auprès des services sur le circuit des produits hors livret.

Mots-clés :

Substitution médicamenteuse, Utilisation médicament, Evaluation de la prescription médicamenteuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Surétiquetage des unités médicamenteuses : quel choix pratique et sécurisé pour sa mise en œuvre ?

Auteurs :

Musa R., Veyrier M., Benzengli H., Putrus R., Léglise P.*, Huchon-Bécel D.

Pharmacie, APHP - Hôpital Joffre-Dupuytren - Henri-Mondor, Draveil

Résumé :

Introduction :

La réglementation pharmaceutique recommande l'identification des doses unitaires de médicaments (DU) jusqu'au moment de l'administration. Ceci amène les PUI à surétiqueter les DU mal identifiées par l'industrie pharmaceutique. Nous surétiquetons annuellement plus de 260 000 DU (264 références) par des étiquettes réalisées à l'aide d'une application informatique de Conception Maison (CM). L'objectif de notre étude est de comparer notre application CM avec les logiciels commerciaux de surétiquetage en termes de conformité, de sécurisation PECM, de praticité, de pérennité de la base de données (PBDD) et de coût.

Matériels et méthodes :

Notre application CM est faite à partir du logiciel Excel®, d'une imprimante couleur pour colorer les étiquettes et de planches A4 adhésives du commerce. Les deux logiciels commerciaux sont Gestetiq® et Eticonform®. Pour la comparaison, nous avons établi : 1- un référentiel de praticité et de sécurisation sur les items suivants : lisibilité, mentions obligatoires, limitation de confusion de dosages, limitation de modification inopinée des mentions, exhaustivité de la BDD, journal des impressions, suivi des processus et traçabilité informatique, facilité d'utilisation par les PPH, facilité de collage et découpage des étiquettes, adaptation à la variation de dimensions pour une même référence, adaptation à la variation de disposition des DU sur le blister, facilité d'extraction des DU des blisters surétiquetés, PBDD, délai de mise à jour des nouvelles références. 2- une grille d'évaluation quantitative sur la praticité et la sécurisation et PBDD exprimée en %. 3- un coût annuel sur 10 ans en tenant compte de l'abonnement annuel, du temps/pharmacien et du coût en consommables.

Résultats :

Pour chaque application, les résultats de Praticité (P), sécurisation (S), de PBDD et de coût annuel sur 10 ans (CA 10) et inconvénients majeurs (IM) sont respectivement les suivants : Gestetiq (P : 36 %, S : 28 %, PBDD : 0 % CA10 : 1 425 €, IM : PBDD et confusion de dosage), Eticonform (P : 49 %, S : 36 %, PBDD : 0 % CA10 : 2 600 €, IM : PBDD et CA10) et CM (P : 77 %, S : 85 %, PBDD : 100 % car propriété de la PUI, CA10 : 460 €).

Discussion :

Cette analyse montre tout l'intérêt en termes de qualité, pérennité et modicité d'une application informatisée maison de surétiquetage et remet en cause la sous-traitance au privé. Il serait intéressant de poursuivre cette analyse sur l'ensemble de ces critères par rapport aux automates de déconditionnement.

Mots-clés :

Présentation unitaire, Surétiquetage, Identification des médicaments

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Dispositifs médicaux et stérilisation

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 60

Titre :

Amélioration du bon usage des régulateurs de débit par la mise en place de dispositifs non gradués

Auteurs :

Leblanc A. *, Bourbon J., Koch A., Reitenbach S., Untereiner C.

Pharmacie, CH Haguenau, Haguenau

Résumé :

Introduction :

Maîtriser la vitesse de perfusion est primordial pour une administration optimale et sécurisée des médicaments. L'objectif était d'évaluer le bon usage des Régulateurs de Débit (RD) et, le cas échéant, de mettre en place des actions correctrices

Matériels et méthodes :

Notre établissement a réalisé une 1^{ère} enquête de pratique sur l'utilisation des RD gradués. La mise en évidence de mésusages a entraîné la rédaction et la diffusion d'une fiche de bon usage des RD gradués ou non. Parallèlement, les RD gradués ont été supprimés et remplacés par des RD non gradués. Une 2^{ème} enquête de pratique a alors été mise en œuvre. Les réponses ont été comparées aux résultats obtenus lors de la 1^{ère} enquête afin d'évaluer l'impact de la fiche de bon usage et du changement de référencement sur les pratiques de perfusion.

Résultats :

124 et 42 questionnaires ont été collectés respectivement lors de la 1^{ère} et de la 2^{ème} enquête. 93 % des utilisateurs ont pris connaissance de la procédure interne de bon usage des RD. Les recommandations d'utilisation du fournisseur (médicaments pouvant être administrés, calibre des cathéters, position de la poche de perfusion) sont suivies dans tous les cas (19 % lors de la 1^{ère} enquête). 7 % des infirmiers pensent qu'un RD évite de surveiller le débit (26 % précédemment). 52 % des infirmiers ne réalisent pas le comptage des gouttes pendant 1 minute contre 70 % précédemment. 64 % des infirmiers vérifient le débit régulièrement, 26 % ne le vérifient que lors d'éventuels passages en chambre, et 7 % ne le vérifient pas du tout une fois la perfusion lancée. Cela est mieux que lors de la précédente enquête (respectivement 14, 77 et 5 %). 50 % considèrent que les RD non gradués n'apportent rien par rapport à un perfuseur simple, et 83 % rencontrent régulièrement des problèmes lors de leur utilisation (manque de fiabilité ou de précision).

Discussion :

Le bon usage des RD s'est globalement amélioré entre les deux tours d'enquête, certainement grâce à la diffusion de la fiche de bon usage. Même si les RD non gradués ont amélioré les pratiques de perfusion, il ressort de cette 2^{ème} enquête que les utilisateurs ne sont pas satisfaits de ce dispositif. La suppression du référencement des RD dans l'établissement sera à discuter, pour privilégier l'utilisation des pompes à perfusion et des pousses-seringues.

Mots-clés :

Régulateurs de débit, Bon usage, Enquête de pratique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Obtention d'une dérogation pour l'utilisation d'un dispositif médical sans marquage CE en trois jours ?

Auteurs :

Maulois-Auboin A.*, Josephson A., Diallo S., Bonan B.

Pharmacie, Hôpital Foch, Suresnes

Résumé :

Introduction :

La réglementation des dispositifs médicaux (DM) repose sur 3 axes : marquage CE, évaluation du service rendu, matériovigilance. Le marquage CE assure la conformité du DM aux exigences des directives Européennes. Suite à une intervention chirurgicale, un patient nécessite une reconstruction avec un DM d'ostéosynthèse de type STRATOS® sans marquage CE. L'absence d'alternative thérapeutique et le contexte clinique imposent une décision rapide. Afin d'optimiser la prise en charge, l'hôpital déclenche une procédure d'obtention du marquage CE. Pour mener à bien cette démarche, le Pharmacien des DM organise un plan d'action articulé autour d'une carte heuristique (CH).

Matériels et méthodes :

L'utilisation d'une CH est une démarche originale, composée de 6 étapes : préparer, évoquer, ramifier, examiner, réorganiser, visionner. La CH est centrée sur la problématique, ici, l'absence de marquage CE puis chaque idée forme les ramifications de « l'arbre à idée ». Les acteurs impliqués sont disposés sur la CH en précisant leur rôle et reliés à l'aide de flèches.

Résultats :

La CH hiérarchise les idées et met évidence les différents interlocuteurs à contacter (ANSM, fournisseur, chirurgien). Grâce à la CH, cette démarche aboutit à une dérogation d'utilisation de ce DM par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament du DM en seulement 3 jours et permet la prise en charge du patient.

Discussion :

La CH permet une vision globale de la situation tout en se focalisant sur les détails. Elle permet d'appréhender un environnement difficile et d'optimiser efficacement un processus complexe, tout en favorisant la communication entre les acteurs. La CH est devenue un outil du quotidien, utilisé lors de diverses problématiques et une procédure a été écrite pour l'obtention de l'utilisation d'un DM n'ayant pas de marquage CE.

Mots-clés :

Carte heuristique, Dispositif médical, Marquage CE

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Montages de ventilation mécanique invasive en réanimation : état des lieux et proposition de fréquences de changement des dispositifs médicaux les composant

Auteurs :

Decarout L.*⁽¹⁾, Ouvrier M.⁽¹⁾, Destrumelle AS.⁽¹⁾, Duret P.⁽²⁾, Quelard N.⁽³⁾, Levrat A.⁽³⁾, Berlioz J.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Anancy Genevois, Metz-Tessy

⁽²⁾ Hygiène, CH Anancy Genevois, Metz-Tessy

⁽³⁾ Réanimation, CH Anancy Genevois, Metz-Tessy

Résumé :

Introduction :

Les pneumonies acquises sous ventilation mécanique sont les premières causes d'infection nosocomiale chez les patients ventilés depuis au moins 48 heures. Ce risque peut notamment être contrôlé par la détermination de fréquences de changement adéquates des différents dispositifs médicaux utilisés dans les montages de ventilation mécanique invasive. Actuellement il n'existe pas de documents « qualité » dans l'établissement à ce sujet.

Matériels et méthodes :

Mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire (pharmacie, réanimation, hygiène). Identification des différents montages de ventilation mécanique en réanimation. Analyse des documents existants : fournisseurs, recommandations de bonnes pratiques en hygiène, recommandations d'experts. Réalisation d'une synthèse comparative et mise en commun des résultats. Rédaction et diffusion d'un mode opératoire.

Résultats :

Ce travail s'est déroulé de décembre 2014 à février 2015 avec deux réunions pluridisciplinaires. Un tableau de synthèse a été réalisé qui décline les différents montages de ventilation invasive possibles en fonction du type d'humidification (active ou passive), des respirateurs disponibles dans le service et du caractère « usage unique » ou restérilisable des dispositifs médicaux. Le matériel étudié comprend le système clos d'aspiration (facultatif), le raccord mount, le filtre échangeur de chaleur et d'humidité, le circuit double branche « classique » ou celui avec humidificateur chauffant, le filtre expiratoire et le filtre inspiratoire lorsqu'il est utilisé. Pour chaque matériel étudié, les trois types de documents ont été confrontés afin de réaliser une synthèse et proposer des recommandations en accordant au mieux les contraintes d'hygiène et les performances de ventilation mécanique. Ces propositions ont été validées conjointement par la réanimation, l'hygiène et la pharmacie. Exemple de recommandations : circuit double branche « classique » : changer entre chaque patient ou si souillures visibles.

Discussion :

Le mode opératoire réalisé pour la réanimation permet de formaliser des pratiques déjà existantes qui sont souvent en adéquation avec la synthèse des recommandations élaborées afin de les harmoniser. Des documents de travail similaires pourraient être réalisés en anesthésie et au Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Mots-clés :

Recommandations, Ventilation mécanique, Dispositifs médicaux

Références :

[1] Ricard et al, Utilisation des filtres échangeurs de chaleur et d'humidité au cours de la ventilation mécanique des patients de réanimation, Réanimation, 10 : 44-52 (2001)

[2] Beydon et al, Filtration et humidification des gaz inspirés en anesthésie réanimation, MAPAR : 635-645 (2005)

[3] Le-Rouzic et al, Gestion des circuits de ventilation : nouveautés, évolution des pratiques, communication orale, JARCA : 112 (2012)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Achats de dispositifs médicaux : quelle place pour le développement durable ?

Auteurs :

de Courtivron C.*⁽¹⁾, Lemare F.⁽¹⁾, Gaudin A.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie clinique, Institut Gustave Roussy, Villejuif

⁽²⁾ Dm et traçabilité, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Résumé :

Introduction :

Les questions de développement durable (DD) sont au cœur des débats de société. Or, seuls 27 % des hôpitaux insèrent un volet DD aux appels d'offres (AO) de produits de santé. Suite à une étude identique réalisée auprès des pharmaciens hospitaliers, l'objectif de ce travail a été de connaître l'avis des fournisseurs sur la question : peut-on intégrer les piliers économique, écologique et social du DD aux achats de dispositifs médicaux ?

Matériels et méthodes :

Afin de faire ressortir les principaux axes DD, nous avons analysé 23 dossiers DD de fournisseurs en réponse à un AO. A partir de toutes les propositions relevées, un sondage en 46 questions a été créé : 25 propositions sur l'environnement, 11 sur des données générales de politique DD, 7 sur le volet social, 3 sur l'économie durable. L'engagement DD, la possibilité d'insérer la proposition dans un AO et la possibilité matérielle de l'appliquer dans l'entreprise interrogée étaient notés de 1 à 4, la moyenne étant comparée à 2,5 (moyenne théorique).

Résultats :

40 fournisseurs ont participé : la moitié était des PME, et la moitié était implantée à l'international. Sur l'engagement DD, 37/46 points ont une moyenne supérieure à 2,5, 22/46 semblent être applicables aux AO. D'autre part, 33/46 seraient matériellement applicables chez les fournisseurs ; parmi les 13 points restants, aucun ne semble clairement applicable aux AO. Les propositions les mieux notées concernent l'environnement, les notes supérieures à 2,5 s'appliquent aussi à certains points sociaux et généraux (tous présents concernant l'image de l'entreprise). Les trois points les mieux notés concernent la dématérialisation, l'optimisation des commandes et des emballages (AO), la politique de réduction des déchets (engagement DD) ou l'utilisation de cartons en matières recyclées (possibilité d'application chez le fournisseur).

Discussion :

Ainsi, l'environnement est le sujet qui semble le plus convaincant, mais il est possible d'être exigeant sur certains points sociaux et économiques. Cependant les fournisseurs sont conscients que l'obligation de ne pas fausser la concurrence et l'exigence de critères applicables à l'objet du marché limitent les possibilités pour certains points convaincants en termes d'image.

Conclusion :

Ainsi, le DD peut, sous conditions, s'appliquer aux achats pharmaceutiques. Le pilier environnement reste prépondérant, et des progrès peuvent encore être faits sur les autres piliers DD.

Mots-clés :

Industrie pharmaceutique, Conservation des ressources naturelles, Service hospitalier des achats

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Traçabilité des dispositifs médicaux implantables au bloc opératoire : un enjeu sanitaire et financier

Auteurs :

Luizard C.*, Dubret L., Pont A., Coret-Houbart B.

Pharmacie, CHI Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

Résumé :

Introduction :

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI) au bloc opératoire (BO) est réalisée manuellement puis transmise à la PUI sur support papier pour saisie informatique. Cette étude a pour but d'évaluer l'exhaustivité de la traçabilité et le coût financier des produits hors GHS non tracés.

Matériels et méthodes :

Cette étude rétrospective sur 2013 compare : les DMI tracés informatiquement (Pharma®) aux DMI tracés dans les registres de BO et aux DMI achetés pour le BO. Les écarts sont exprimés en quantité pour tous les DMI (traçabilité sanitaire = TS) et en valeur (TTC) pour les DMI hors GHS (traçabilité financière = TF) puis analysés.

Résultats :

La TS informatique est de 83,3 % (279 DMI perdus). La perte entre les DMI tracés au BO et la saisie informatique (155 DMI) est due à : transmission de la traçabilité sur support papier, traçabilité a posteriori. La TS au niveau du BO est de 92,6 % (124 DMI perdus). Cette perte entre les DMI achetés et tracés au BO est due à : défaut de veille informatique, manque de formation du personnel, problématique des DMI hors GHS non stériles. Le total des DMI hors GHS facturés au bloc est de 333 000 €. La perte financière due à la non exhaustivité de la TF est de 36 000 € (195 DMI hors GHS). Toutefois, cette perte ne justifie que 42 % des écarts entre achats et remboursements des DMI hors GHS (problème de constitution des FICHCOMP).

Discussion :

Cette étude identifie un défaut important d'exhaustivité de la traçabilité. Un projet d'informatisation de la traçabilité en temps réel, la formation du personnel, un ré-étiquetage des DMI sont à l'étude. Enfin, le suivi des fichiers envoyés à l'ARS a été optimisé.

Mots-clés :

Pharmacie d'hôpital, Economies, Evaluation de processus en soins de santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Essai d'un dispositif innovant pour le traitement des fistules anorectales

Auteurs :

Chasseigne V.*, Le Gall T., Favier M., Simon C.

Pharmacie, CHRU Nîmes, Nîmes

Résumé :

Introduction :

La fistule anale impacte fortement la qualité de vie des patients et peut être traitée chirurgicalement par fistulotomie, lambeau d'avancement, bouchon de fistule ou drain de séton. Un nouveau dispositif médical, non remboursé en sus des GHS est actuellement à l'essai dans notre établissement : la pâte de collagène Permacol®. L'objectif est de justifier ou non le référencement du nouveau dispositif en se basant sur les résultats des essais au bloc, le suivi des premiers patients au CHU et une analyse médico-économique.

Matériels et méthodes :

Une revue de bibliographie et la documentation technique ont été utilisées pour positionner l'utilisation du dispositif dans la stratégie thérapeutique. Le résultat des fiches d'essai au bloc ainsi que les courriers électroniques ont permis le suivi des patients. Les critères d'efficacité utilisés sont l'absence d'incontinence anale, l'absence de récurrence de la fistule, le tonus sphinctérien et l'amélioration de la qualité de vie (évaluée par la satisfaction du patient). Pour les GHM de racine 06C14, une extraction des séjours pour l'année 2014 (logiciel PMSI clinicom®) contenant les actes CCAM HKPA004, 005 et 007 a permis de déterminer le nombre de patients cible.

Résultats :

L'exploitation des données bibliographiques ne permet pas de positionner le dispositif dans la stratégie thérapeutique puisque aucun essai comparatif n'est publié. A ce jour, trois patients ont bénéficié de la pâte de collagène pour traiter une fistule anale (dont 1 en 1^{ère} intention). Le retour du chirurgien est positif quant à la maniabilité du dispositif. A la consultation de suivi à un mois, 100 % des patients ont un tonus sphinctérien correct, une absence de récurrence de fistule et une qualité de vie nettement améliorée. Un patient présente une continence imparfaite (également retrouvée à 2 mois de suivi). La durée moyenne de séjour est de 1,33 jour contre 1,32 jour pour les 40 séjours cotés 06C14 avec les actes mentionnés plus haut.

Discussion :

Malgré un surcoût engendré par la pose (prix du dispositif = 710 € HT) non négligeable (supérieur à 50 % du GHS) et une durée de séjour sensiblement identique aux techniques alternatives, de bons résultats préliminaires ont été obtenus. Le positionnement dans la stratégie thérapeutique reste à déterminer avec les chirurgiens. Il convient cependant d'obtenir plus de recul (suivi à 6 et 12 mois) et d'augmenter le recrutement pour les essais avant d'envisager le référencement.

Mots-clés :

Fistule anorectale, Essai, Dispositif médical implantable

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Proposition d'une méthodologie de mesure des unités d'œuvre en vue de l'imputation de l'activité de stérilisation dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)

Auteurs :

Arnoux LA. ^{*(1)}, Grunwald N. ⁽²⁾, Jacob C. ⁽²⁾, May I. ⁽³⁾, Demoré B. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Nancy, Nancy

⁽³⁾ Pharmacie, CHU Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy

Résumé :

Introduction :

En Stérilisation, plusieurs méthodes d'analyse et de calcul de coûts ainsi que différentes unités d'œuvre peuvent être choisies. L'Unité de Stérilisation Centrale fait partie d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), elle doit répartir au mieux le coût de la stérilisation à chaque établissement partenaire en fonction de sa part respective dans la production. Notre objectif est de mener une réflexion autour des unités d'œuvre utilisées en Stérilisation afin de proposer une méthodologie d'imputation des coûts intégrant les caractéristiques des unités stérilisées.

Matériels et méthodes :

Après analyse critique de la littérature relative aux unités d'œuvre, nous avons étudié les facteurs prépondérants impactant sur le coût de stérilisation d'un Dispositif Médical (DM). Puis nous avons étudié les fonctionnalités d'imputation des coûts permises par notre logiciel de traçabilité T-DOC®.

Résultats :

L'unité d'œuvre volumique ne permet pas de ventiler la production ni de refléter les activités pouvant influencer le coût (nettoyage, conditionnement et recomposition). L'unité stérilisée est plus exacte pour rendre compte de la production. La méthode d'imputation des coûts par prix calculé est intéressante mais peu pertinente et efficace dans le cadre d'une unité de stérilisation indépendante inscrite dans un GCS. La méthode par groupe de prix semble plus adaptée. Nous avons alors établi une grille de cotation des DM intégrant les principales complexités pouvant impacter sur le coût de production (nettoyage manuel, séchage manuel, lubrification, instruments de microchirurgie, nombre de DM, nature et taille du conditionnement etc.) Nous avons pu ainsi définir 3 groupes de prix.

Discussion :

Afin de ventiler au mieux la part de production de chaque client, le choix du DM conditionné en tant qu'unité d'œuvre semble le plus adapté. Une imputation des coûts en classant les DM dans des groupes de prix semble la plus pertinente. Le montant des 3 groupes de prix n'a pas encore été défini, celui-ci devra faire l'objet d'une concertation entre les gestionnaires du GCS.

Mots-clés :

Stérilisation, Coût, Production

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 67

Titre :

Comment rompre le dogme du régulateur de débit ? Mise en place de formations courtes au sein des services de soins

Auteurs :

Dubois S.*, Le Reste C., Le Du I., Cogulet V.

Pharmacie, CHRU Brest, Brest

Résumé :

Introduction :

Un audit des pratiques de perfusion réalisé dans 7 services de soins a montré mésusage du régulateur de débit (RD). Il est apparu nécessaire de mettre en place des actions correctives afin de rappeler le bon usage du RD au sein de l'établissement, en commençant par le service d'hématologie stérile (HS) qui utilise à lui seul 28 % des RD.

Matériels et méthodes :

Un questionnaire d'évaluation des connaissances sur le RD et un support de formation sur son bon usage ont été rédigés. Le diaporama comprend les résultats de l'audit, le principe de fonctionnement du RD et ses limites, les recommandations d'utilisation, le mode d'emploi en images, les solutions de perfusion à utiliser ou non avec ce dispositif. Des formations d'environ 30 minutes ont été organisées au sein du service, à différents horaires pour voir toutes les équipes.

Résultats :

8 infirmières (IDE) et la cadre de santé ont été formées. Le questionnaire rempli en début de formation, met en évidence les nombreuses idées reçues sur le RD : il est perçu comme simple d'utilisation, sécuritaire, fiable et précis. On remarque également que dans ce service, un RD est systématiquement ajouté à toute ligne de perfusion. Au cours des formations, les IDE justifient la mauvaise utilisation du RD par les contraintes spécifiques liées à ce service. Par exemple, la fragilité des patients exige un respect strict des règles d'hygiène : port de montre interdit, allées et venues dans les chambres limitées. De plus, l'absence de trotteuse sur les horloges des chambres rend le comptage des gouttes impossible. La nécessité de revoir les montages de perfusion du service est également évoquée. Suite à ces rencontres, un document a été rédigé et affiché dans le poste de soins. Il précise, pour les médicaments les plus souvent perfusés dans ce service, si le RD peut être utilisé ou non, et indique le cas échéant, le dispositif à utiliser pour régler le débit (perfuseur simple, pousse-seringue électrique, pompe à perfusion). Lors des 6 mois suivants la formation, nous avons noté une diminution d'utilisation du RD de 33 % pour le service d'HS, en comparaison avec la même période en 2013.

Discussion :

Ces résultats encourageants nous incitent à étendre la formation à d'autres services de soins, dont certains sont très demandeurs, afin de sensibiliser le maximum de personnes aux limites et aux risques de ce dispositif.

Conclusion :

Cette action a mis en évidence un manque de formation du personnel infirmier sur un dispositif médical largement utilisé et bien souvent à mauvais escient.

Mots-clés :

Perfusion, Formation professionnelle, Amélioration de la qualité des soins

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation des aiguilles pour l'injection et la préparation : quel impact en pédiatrie ?

Auteurs :

Randuineau P.*, Vincourt V., Escalup R.

Pharmacie, APHP - Hôpital Necker Enfants Malades, Paris

Résumé :

Introduction :

Pour répondre à la directive européenne 2010/32/UE sur la prévention des blessures par objets tranchants en milieu hospitalier, l'introduction de 2 types d'aiguilles sécurisées est prévue en fin d'année dans notre établissement : l'aiguille « Blunt » pour la préparation et l'aiguille « Eclipse » pour l'injection. Cependant l'arrivée de ces dispositifs peut avoir des conséquences sur les pratiques notamment en pédiatrie. L'objectif est donc d'optimiser l'instauration des aiguilles sécurisées.

Matériels et méthodes :

- 1) Réalisation d'un questionnaire sur l'utilisation des aiguilles hypodermiques
- 2) Enquête dans les services de pédiatrie à l'aide du questionnaire
- 3) Evaluation pratique des aiguilles sécurisées par les soignants

Résultats :

L'enquête a été réalisée auprès de 19 infirmières et 9 médecins dans 8 services pédiatriques différents (réanimation, néonatalogie, hématologie, anesthésie...). Elle a permis de mettre en évidence plusieurs problématiques. Les aiguilles hypodermiques ne sont pas utilisées uniquement pour l'injection et la préparation de médicaments. Elles permettent aussi les gestes suivants : prélèvements de sang au goutte à goutte chez les nouveaux nés, ponctions pleurales et d'ascite, gestes spécifiques en dermatologie. L'aiguille de transfert sécurisée « Blunt » n'existe qu'en 18G alors que la préparation de certains médicaments nécessite soit une aiguille plus fine (infiximab) soit une aiguille plus grosse pour un gain de temps infirmier. Le biseau à pointe mousse de ces aiguilles rend plus difficile la perforation des membranes des flacons. Les soignants se sont cependant montrés satisfaits de la sécurité qu'apportent ces dispositifs. Le plus grand intérêt a été porté à l'aiguille « Blunt » pour la préparation des plateaux de seringues en anesthésie. Pour notre établissement le surcout de la sécurisation des aiguilles est estimé à 6 600 euros par an.

Discussion :

Des aiguilles non sécurisées devront être conservées pour la réalisation des gestes spécifiques en pédiatrie. Même si une adaptation sera nécessaire, les soignants ont montré leur intérêt pour ces dispositifs.

Conclusion :

La sécurisation des aiguilles est un outil indispensable à la prévention des accidents d'exposition au sang et des blessures par objets tranchants. Elle sera partielle en 2015 laissant un délai pour trouver des alternatives aux limites rencontrées.

Mots-clés :

Sécurisation, Aiguilles, AES

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de bon usage d'un dispositif médical implantable en sus de la tarification à l'activité : l'implant pour stérilisation tubaire ESSURE®

Auteurs :

Raynaud S.*, Cubertafond C., Laborie I.

Pharmacie, CH Saint-Junien, Saint-Junien

Résumé :

Introduction :

Afin de répondre aux engagements du Contrat de Bon Usage des Médicaments, Produits et Prestations (CBUMPP) de l'établissement, concernant le respect des référentiels de bon usage des dispositifs médicaux implantables (DMI) en sus de la T2A (tarification à l'activité), une évaluation sur 2 années d'utilisation de l'implant pour stérilisation tubaire ESSURE® a été réalisée. Les objectifs de cette étude rétrospective sont doubles : évaluer la conformité au référentiel de bon usage de l'HAS (Haute Autorité de Santé) et évaluer la bonne traçabilité des implants.

Matériels et méthodes :

L'évaluation a porté sur une période de 2 ans. Le secrétariat du service de gynécologie nous a transmis les identités des patientes concernées. Leurs dossiers ont ensuite été analysés, plusieurs critères y ont été recherchés : l'indication, les modalités de prescription et d'utilisation, les précautions d'emploi, les conditions de poses et les éventuelles contre-indications.

Résultats :

Durant cette période, 19 procédures ont été réalisées. L'âge moyen des patientes est de 40 ans. L'analyse des dossiers met en évidence : 100 % de conformité au référentiel de bon usage pour l'indication, le moment de la demande, les conditions de pose, le dossier d'information remis à la patiente, le consentement écrit et éclairé, l'absence de traitement corticoïde en cours, l'absence d'intolérance au nickel et la bonne visualisation des ostia ; 90 % de conformité pour le respect du délai de réflexion de 4 mois ; 82 % de conformité pour le contrôle du bon positionnement de l'implant 3 mois après la pose. Seulement 37 % des dossiers comportent la notion de contre-indication aux autres méthodes de contraception, ainsi qu'une prescription d'une contraception pendant 3 mois post-chirurgie. Le test de grossesse n'est jamais fait et la période du cycle n'est jamais renseignée. Concernant les chirurgiens, toutes les poses (sauf une) sont conformes. Nous observons une conformité globale de 75 % au référentiel de bon usage sur l'ensemble des poses. La totalité des implants posés ont été tracés pour le remboursement.

Discussion :

L'évaluation du respect des référentiels de bon usage concerne l'ensemble des DMI en sus de la T2A. Cette démarche s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en lien avec le CBUMPP. Les résultats obtenus conditionnent le taux de remboursement de ces DMI. L'étude sera présentée aux chirurgiens afin de les sensibiliser à cet enjeu et promouvoir l'amélioration des pratiques.

Mots-clés :

Stérilisation tubaire, Etudes d'évaluation, Recommandations de bonnes pratiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 70

Titre :

Etude pour le référencement d'endoprothèses urétérales multilongueurs en urologie

Auteurs :

Rousseaux G.*, Drancourt P., Aubert J.

Pharmacie, CH Valenciennes, Valenciennes

Résumé :

Introduction :

Nous avons actuellement 5 références d'endoprothèses urétérales double crosse (sonde JJ) de diamètres et de longueurs différents (6F 24 et 26 cm, 7F 24 cm, 26 cm et 28 cm). Le service consommateur de ces sondes est le bloc opératoire de chirurgie urologique. A l'occasion de l'appel d'offre Urologie de 2014-2017, nous nous sommes intéressés au référencement ou non de sondes JJ multilongueurs en 6F et 7F en remplacement des sondes actuelles.

Matériels et méthodes :

Nous avons évalué le gain que pourrait apporter le référencement de ces sondes au niveau économique (diminution du volume de stockage, diminution des références délivrées et rangées au bloc par la pharmacie, prix d'achat) et au niveau de la qualité du produit avec les chirurgiens (facilité de pose, tolérance du patient, absence d'effet chaussette) via les fiches d'évaluation.

Résultats :

L'essai est positif pour les chirurgiens qui trouvent que les multilongueurs s'adaptent mieux à l'anatomie du patient pour la même facilité de pose. La taille est également plus facile à choisir (seul le diamètre change). Le prix des sondes JJ monolongueurs est de 58 € TTC l'unité pour les 5 références. Le bloc étant un service sécurisé, les préparateurs font le réapprovisionnement une fois par semaine et chaque ligne de dispensation commandée et dispensée est facturée par la pharmacie au service. Au total, en prenant les consommations de 2014 cela revient à un coût de 19 000 €/an, tout compris (achat, commande, réapprovisionnement, rangement) contre 10 000 € pour les multilongueurs en prenant les mêmes critères.

Discussion :

Au vu des essais positifs, nous avons référencé les sondes multilongueur pour une économie potentielle de 9 000 €. Ceci représente une diminution de 47 % du coût annuel des sondes JJ. Pour les chirurgiens urologues, ces sondes vont mieux répondre à leurs attentes car son large éventail de longueurs (22 à 32 cm) permet une meilleure adaptation à l'anatomie du patient et donc moins de risques de complications (pas d'effet chaussette, meilleure tolérance du patient, plus grande facilité de pose). Ces sondes JJ multi-longueurs vont aussi permettre de diminuer le nombre de références au niveau de la PUI et du bloc et faciliter le travail des préparateurs (absence de risque d'erreur sur la longueur de la sonde à dispenser, gain de temps préparateur car moins de référence et moins de recherche, amélioration du rangement au sein de la pharmacie et du bloc).

Mots-clés :

Urologie, Endoprothèse urétérale, Chirurgie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Passage 100 % à l'Usage Unique pour les sets de suture : optimisation et/ou surcoût ?

Auteurs :

Sainfort A.*, Chatillon F., Martelet S., Poulain C., Bourdelin M., Bontemps H.

Pharmacie, CH Villefranche-sur-Saône, Villefranche-sur-Saône

Résumé :

Introduction :

Dans notre centre hospitalier (CH), les sets de suture mis à disposition sont à usage multiple (UM) et les services utilisateurs utilisent des sets à usage unique (UU) lorsque le besoin est supérieur à la quantité disponible. Cependant, avec une activité croissante, et des pertes répétitives pour les sets de suture réutilisables majorant le coût du réassort annuel du parc, nous envisageons de passer 100 % à l'UU. Le kit de sets de suture à UU est complet tandis que l'UM nécessite 3 satellites : 1 champ simple, 1 champ troué et 5 compresses. L'objectif de ce travail est d'évaluer la faisabilité du passage 100 % à l'UU dans notre CH en estimant le gain ou le surcoût de dépenses engendré.

Matériels et méthodes :

Nous avons souhaité estimer au plus près l'écart de coût du passage à 100 % UU du point de vue de la direction afin d'argumenter notre choix. Ainsi le coût de production en stérilisation des sets de sutures (pré-désinfection, lavage, stérilisation, consommables, moyenne annuelle des dépenses pour le réassort du parc de sets de suture) a été estimé à l'exclusion des coûts périphériques (entretien des locaux, climatisation, personnel, amortissement du bâtiment) que nous avons considérés comme des coûts inévitables pour le CH. Le coût des sets à UU a été évalué de manière exhaustive en prenant en compte le coût d'élimination des déchets (au poids ainsi que le coût de location et de collecte des bacs). Nous avons calculé le coût de revient sur une année au format actuel (95 % de sets à UM + 5 % à UU) que nous avons comparé au coût de revient pour 100 % de sets à UU.

Résultats :

Pour les 2 827 sets de suture utilisés sur 2013, 2 693 ont été stérilisés et 134 sont à UU. Les dépenses en stérilisation pour les 2 693 sets à UM ont été de 6 118 € avec 1,043 € par sachet + 1 238 € annuels de réassort (moyenne sur 3 ans). Au total le format actuel UU+UM aura coûté 6 451 € en 2013. A l'inverse une simulation année pleine pour 2 827 sets à UU, frais d'élimination des déchets compris (2,8 % du montant TTC) est de 7 032 €, soit un surcoût total estimé de 581 € (9 %).

Discussion :

Ainsi le surcoût pour le CH apparaît moindre au vu des avantages attendus : gain de temps en stérilisation pour le bloc opératoire ainsi que la limitation des pertes pour l'établissement en stoppant la confusion entre UU et UM.

Conclusion :

Ce passage 100 % à l'UU apparaît donc comme une optimisation du circuit du dispositif médical dans notre CH.

Mots-clés :

Stérilisation, Matériel jetable, Dépenses de santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Externalisation ex-situ, in-situ ou ré-internalisation de la stérilisation ?

Auteurs :

Barbier A.*⁽¹⁾, Lancel M.⁽¹⁾, Bialdyga F.⁽¹⁾, Gallois A.⁽¹⁾, Hego P.⁽²⁾, Poyet C.⁽³⁾, Floret E.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Hôpital Saint-Philibert, Lomme

⁽²⁾ Pharmacie, Clinique Sainte-Marie, Cambrai

⁽³⁾ Direction générale, Hôpital Saint-Philibert, Lomme

Résumé :

Introduction :

Le groupement rassemble 3 établissements. Depuis 2009, il sous-traite la stérilisation de ses 2 établissements centraux à un prestataire externe et celle de son établissement périphérique à un autre établissement hospitalier, le volume de stérilisation correspondant à 47 000 équivalents-boîtes par an ; Le contrat de sous-traitance se terminant en avril 2015.

Matériels et méthodes :

La recherche de la solution optimale s'effectue dans le cadre d'un dialogue compétitif sur la base d'un cahier des charges fonctionnel. Sont envisagées : la sous-traitance de l'activité de stérilisation à un industriel sur site extérieur, la sous-traitance à un industriel localisé sur le site hospitalier ou assistance à la ré-internalisation (RI). Les soumissionnaires peuvent proposer plusieurs solutions avec des variantes. La procédure se déroule en 3 réunions : une 1^{ère} audition en présence du comité de pilotage (réponse globale aux besoins), une 2^{ème} avec le groupe de travail (pharmaciens, bloc, technique...) (réponse technique) et une 3^{ème} audition en présence du comité de pilotage (approfondissements). A l'issue de ces auditions, les soumissionnaires pré-retenus font une offre technique et financière.

Résultats :

7 candidatures sont retenues et entendues : 4 industriels prenant en charge la stérilisation, 1 association d'industriels spécialisés dans l'équipement des stérilisations, 1 cabinet de conseil et 1 établissement hospitalier. L'externalisation ex-situ (EES) est proposée par 3 candidats, l'externalisation in-situ (EIS) par 4 et l'accompagnement à la RI par 3. Certains proposent la prise en charge du financement des équipements, des travaux, de la maîtrise d'œuvre ainsi que les options suivantes : pré-désinfection, rangement des DMR dans les arsenaux, aide à la gestion des réparations et remplacements des instruments, réception et contrôle des ancillaires, traçabilité à l'instrument, logistique inter-sites. Les effectifs pour une stérilisation sur site sont compris entre 11,5 et 17 équivalents temps plein. Le coût de la prestation varie de 42 % entre le moins et le plus disant.

Discussion :

La RI apparaît comme l'offre de proximité offrant indépendance et autonomie mais n'est pas retenue en raison de l'investissement économique nécessaire, des compétences spécifiques à acquérir, des contraintes réglementaires et des délais trop courts. L'EIS est préférée à l'EEX, solution ne nécessitant pourtant aucun travaux ni investissements tout en préservant la surface hospitalière. L'externalisation in-situ permet une meilleure prise en charge, un ajustement réactif aux volumes à stériliser et un accompagnement direct au sein du bloc tout en diminuant le coût des transports et offrant une solution pérenne dans le temps.

Mots-clés :

Stérilisation, Modèle d'organisation, Innovation organisationnelle

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 73

Titre :

Evaluation de 2 nouveaux emballages en stérilisation : l'Ultra® et l'IntegraPak® de Amcor® SPS

Auteurs :

Nguyen S.*, Henneré G., Coret-Houbart B.

Pharmacie-stérilisation, CHI Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

Résumé :

Introduction :

Deux nouveaux types d'emballages en stérilisation sont décrits comme capables de se substituer aux conteneurs : l'Ultra® (gaine) et l'IntegraPak® (sachet SMS). L'objectif de l'étude est de relever l'avis des agents de stérilisation (AS) et des infirmiers de bloc (IBODE) sur leurs maniabilités. La qualification des cycles d'autoclaves a été réalisée.

Matériels et méthodes :

Pendant 2 mois, les AS et les IBODE ont testé l'Ultra® et l'IntegraPak® et ont répondu à un questionnaire de satisfaction évaluant principalement, pour les AS : la maniabilité et la technique d'emballage, et pour les IBODE, la pelabilité et les conditions d'asepsie.

Résultats :

Les questionnaires ont été remplis par 20 AS, 2 pharmaciens et 32 IBODE. Concernant l'Ultra®, sa maniabilité est jugée facile pour 77 % des AS et 75 % des IBODE, et pour l'IntegraPak®, respectivement 88 % et 92 %. La technique d'emballage avec la soudeuse à impulsion est simple pour 80 % des AS. Les tablettes d'aide à l'emballage sont considérées utiles (80 % des cas) mais non indispensables (44 % des AS). Le chargement/déchargement des autoclaves est facile (76 % des cas). Au total, 85 % des AS sont favorables à leurs mises en place avec une note de 14/20 pour l'Ultra® et 13/20 pour l'IntegraPak®. Aucun percement n'a été rapporté par les IBODE. La pelabilité est simple (84 % des cas) et les conditions d'asepsie facile à respecter (88 % des cas). Des IBODE relèvent des problèmes d'amplitude des gestes à l'ouverture pouvant nuire à l'asepsie (27 %). La possibilité de voir le contenu de l'Ultra® est appréciée (85 % des cas). Ces emballages sont préférés à 84 % par rapport aux emballages triple feuille. Au total, 84 % d'IBODE sont favorables à leurs mises en place avec une note de 12/20 pour l'Ultra® et 15/20 pour l'IntegraPak®.

Discussion :

Les opérateurs semblent plutôt favorables mais des imperfections sont à noter principalement pour les paniers lourds : un volume important d'emplacement en stérilisation et de stockage au bloc à prévoir, un temps d'emballage plus long, un chargement/déchargement d'autoclave pas facile, une détection des non-conformités difficile et leur superposition impossible. Des précautions de manipulations sont à prendre car ils restent plus fragiles que des conteneurs.

Conclusion :

Les résultats de cette enquête montrent des points positifs et négatifs mais ces emballages pourraient faciliter la gestion des prêts. Une étude de coût en cours devrait permettre de trancher sur leur adoption ou non.

Mots-clés :

Stérilisation, Conditionnement produits, Satisfaction des consommateurs

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Formation du personnel hospitalier sur la prise en charge des escarres : création d'un support informatique d'autoévaluation des connaissances

Auteurs :

Rousseaux D.*⁽¹⁾, Bancourt T.⁽¹⁾, Lefebvre A.⁽¹⁾, Decourcelle C.⁽¹⁾, Martellier F.⁽²⁾, Floret E.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Hôpital Saint-Philibert, Lomme

⁽²⁾ Service des soins infirmiers, Hôpital Saint-Philibert, Lomme

Résumé :

Introduction :

Depuis 2001, la Commission escarres œuvre pour améliorer la prévention et le traitement des escarres par de multiples moyens : protocoles, enquêtes de prévalences et d'incidences, formation du personnel hospitalier... Impliquée dans une démarche d'amélioration continue, la commission escarres a souhaité créer un nouveau support informatique de formation et d'autoévaluation des connaissances qui soit facile d'utilisation, illustré et consultable à tout moment, de façon autonome et anonyme.

Matériels et méthodes :

Constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire : médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, diététiciens et ergothérapeutes, qui a élaboré des questions et réponses, validées par la Commission escarres et mises en forme par le service informatique (Powerpoint®). Le support a été testé en condition réelle d'utilisation par un échantillon de professionnels de santé : 3 infirmières, 2 préparatrices en pharmacie, 1 médecin dermatologue et 1 aide-soignante.

Résultats :

4 modules ont été créés : facteurs de risque et prévention des escarres, identification, traitement et cas cliniques. Un score est disponible à la fin de chacun d'entre eux. Le pourcentage de bonnes réponses du médecin est de 100 % pour tous les modules. Pour les infirmières, il est de 80 %, 79 %, 84 % et 90 % tandis que celui des préparateurs et de l'aide-soignante est de 62 %, 78 %, 64 % et 50 % respectivement pour chaque module. Le temps moyen de réalisation d'un module est de 15 minutes. Les participants ont évalué le quiz comme étant facile (57 %) ou très facile (43 %) d'utilisation et très utile (71 %) pour leur pratique professionnelle.

Discussion :

Le pourcentage de bonnes réponses plus élevé du médecin et des infirmières par rapport à celui des préparateurs et de l'aide-soignante semble attester d'une corrélation entre le score et la pratique du personnel médical et paramédical, confronté quotidiennement à la prise en charge des escarres. Ce support de formation enregistré dans l'intranet, librement accessible, permet une diffusion à tous les utilisateurs de l'établissement. La collecte anonyme du nombre de quiz réalisés, de la fonction et des scores nous permettra d'adapter les actions aux difficultés rencontrées par les professionnels de santé. Enfin, il serait intéressant d'étudier l'impact de ce support sur les pratiques professionnelles de prise en charge des escarres.

Mots-clés :

Formation, Escarre, Prise en charge

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 75

Titre :

Essai de passage à l'usage multiple de lames de scie utilisées en chirurgie orthopédique

Auteurs :

Théron F.*, Cubertafond C., Laborie I.

Pharmacie, CH Saint-Junien, Saint-Junien

Résumé :

Introduction :

Pour réaliser des coupes osseuses, les chirurgiens orthopédistes utilisent des scies chirurgicales à lames stériles à usage unique (UU), gérées par la pharmacie et achetées par procédure d'appel d'offre. La compatibilité de ces lames, exigée avec les scies limite la concurrence. Un fournisseur a proposé des lames à usage multiple (UM) dont l'achat doit permettre une économie importante. Une étude de faisabilité de passage à l'UM a été réalisée.

Matériels et méthodes :

Trois références parmi les plus utilisées au bloc opératoire ont été sélectionnées, représentant une dépense annuelle de 14 830 euros HT. Le fournisseur a mis en essai neuf lames (trois pour chaque référence) comparables aux nôtres et compatibles avec nos scies. Elles sont commercialisées comme stérilisables et utilisables trois fois, chaque cycle étant identifiable par un marquage au feutre permanent fourni avec les lames. Une grille d'évaluation comportant des critères de compatibilité avec la scie, de qualité de la coupe, d'aspect de la lame avant et après la coupe, accompagnait chaque lame et devait être complétée par les chirurgiens. Une autre grille destinée aux agents de la stérilisation évaluait l'état après désinfection, l'aspect à la loupe et la tenue du marquage.

Résultats :

Une référence a été éliminée car non compatible avec la scie correspondante. Précision et rapidité de la coupe ont été jugées insuffisantes par les chirurgiens pour une autre référence dès la première utilisation. Seule une référence a fait l'objet d'un test complet (trois lames testées sur trois utilisations). Cette dernière a donné satisfaction aux orthopédistes pour deux utilisations sur trois et un effacement progressif du trait indicateur du nombre de passage à la stérilisation a été observé. L'étude de coût préliminaire montrait une économie de 67 % sur l'achat de ces consommables, coût de la stérilisation compris. Le passage à l'UM de la seule référence satisfaisante entraînerait une perte de 90 euros HT, son coût annuel étant de 3 366 euros HT contre 3 276 euros HT pour l'UU.

Discussion :

La qualité de ces lames à UM ne permet pas d'obtenir une reproductibilité de la coupe et peut engendrer des difficultés opératoires. L'effacement du marquage, témoin du nombre de stérilisations rend la traçabilité du nombre d'utilisations peu fiable. Le passage à l'UM des lames de scie n'est pas envisageable à l'heure actuelle car sans gain économique et technique.

Mots-clés :

Orthopédie, Matériel jetable, Analyse coût-bénéfice

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etat des lieux sur l'utilisation des prothèses biologiques Strattice depuis leur référencement sur le CHU dans le traitement des cas complexes d'événtrations

Auteurs :

Méloux A.*⁽¹⁾, Escapoulade L.⁽¹⁾, Riou S.⁽¹⁾, Palot JP.⁽²⁾, Renard Y.⁽²⁾, Hettler D.⁽³⁾, Frances C.⁽³⁾

⁽¹⁾ Interne pharmacie, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims

⁽²⁾ Chirurgie générale, digestive et endocrinienne, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims

⁽³⁾ Pharmacie, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims

Résumé :

Introduction :

Les prothèses pariétales biologiques (PB) innovantes, coûteuses et non inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables, ont été récemment référencées et destinées à la prise en charge de patients présentant des cas complexes d'événtrations. L'objectif de cette étude est de réaliser, avec l'aide de nos chirurgiens, une cartographie de l'utilisation de ces implants en chirurgie digestive depuis leur référencement.

Matériels et méthodes :

Recueil rétrospectif des données de tous les patients ayant bénéficié d'une pose de prothèse Strattice pour des indications digestives du 12/11/13 au 07/01/15 à partir des dossiers médicaux informatisés. Les critères retenus sont l'âge, le sexe, l'indice de masse corporel (IMC), l'indication, la stratégie d'utilisation, le suivi per- et post-opératoire, la taille de la PB, la durée du séjour, les comorbidités, la technique opératoire utilisée, la classe de Chirurgie, le siège et la surface des déhiscences, le site d'implantation de la PB.

Résultats :

16 patients inclus. 18 PB ont été posées par laparotomie. L'âge moyen est de 63,9 ans. 56,25 % des patients étaient des femmes. L'IMC moyen est de 32,16 kg/m². La seule indication retrouvée est la cure d'événtration et dans 22 % des cas sur reprise de prothèse synthétique infectée. Les suites opératoires ont été marquées par un décès (à 3 mois) et une fréquence élevée de morbidités (81,25 %, n = 13) dont des douleurs (37,5 %, n = 6), des fistules (12,5 %, n = 2), une explantation,... La durée moyenne de séjour est évaluée à 22,5 jours. Toutes les chirurgies étaient de classe 4 sauf 2 de classe 3. Le siège et la surface des événtrations sont très variables. La mise en place des implants s'est faite principalement en intra-péritonéale.

Discussion :

Malgré l'absence de recommandations claires, il existe un fort consensus pour utiliser les PB en situation infectée ou contaminée. C'est uniquement dans ce contexte qu'ont été posées en chirurgie digestive lors de la première année de référencement nos 18 premiers implants biopariétaux. Au regard des résultats constatés, l'utilisation de ces bioprothèses, dont l'évaluation économique est en cours, pourrait être une alternative adaptée aux cas complexes d'événtration.

Conclusion :

Ce travail devrait permettre à la commission des dispositifs médicaux (sous-commission de la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles) de rédiger au niveau local des recommandations d'utilisations de ces bioprothèses.

Mots-clés :

Bioprothèse, Procédures de chirurgie digestive, Infection

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 77

Titre :

La thérapie par pression négative (TPN) : impact économique du respect du bon usage

Auteurs :

Guyot P.*, Lалуque B., Delaborde L., Boïko-Alaux V., Sautou V.

Pharmacie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

Résumé :

Introduction :

La TPN permet la cicatrisation de plaies chirurgicales à haut risque de complications ou de plaies chroniques après échec des pansements de 1^{ère} intention. Depuis 2007, les demandes sont validées par les pharmaciens (ordonnance nominative) car les coûts sont importants (environ 130 000 € en 2013). Nous avons donc souhaité mettre en place des actions pour réduire les coûts liés à cette prise en charge tout en améliorant le bon usage.

Matériels et méthodes :

Evaluation rétrospective de la consommation des dispositifs de TPN dans notre CHU sur deux périodes : avant les actions correctives (période 1 du 01/01/2014 au 01/05/2014) et après leur mise en place (période 2 du 01/05/2014 au 01/09/2014). A partir du 1^{er} mai 2014 : information systématique des services à chaque nouvelle demande ou renouvellement de TPN concernant : a) la fréquence du changement des mousses (48 à 72h) et des réservoirs (quand ils sont pleins et au moins une fois par semaine); b) le coût des consommables ; c) le rappel des recommandations HAS : prescription de 30 jours renouvelable 1 fois.

Résultats :

	Nombre de patients	Nbre de jours TPN	Durée moyenne de TPN	Durée maximale de TPN	Coût total (consommables + location)	Coût/jour de TPN	Résultats : coût moyen/patient
Période 1	65	1 119	17,2 jours	78 jours	46 874,79 €	41,89 €	721,15 €
Période 2	71	1 184	16,7 jours	62 jours	44 271,54 €	37,39 €	623,55 €

Discussion :

La durée maximale de traitement est passée de 78 jours à 62 jours en accord avec les recommandations HAS. Le suivi régulier du fichier des patients associé à des appels réguliers dans les services permet la réévaluation du traitement à intervalles réguliers. La participation des pharmaciens aux staffs des services permet également l'information du personnel concernant le bon usage de cette thérapie et son coût. Malgré une hausse du nombre de patients pris en charge, nous avons pu abaisser le coût de la prise en charge de 4,5 € par jour de traitement. Les économies sur 4 mois s'élèvent à 5 328 €, l'extrapolation des économies sur un an s'élève à 15 984 €.

Grâce à l'information délivrée aux services utilisateurs de thérapie par pression négative sur les coûts des consommables, sur la fréquence de changement du matériel et sur les recommandations HAS, le personnel soignant a pris conscience des coûts d'une TPN.

Conclusion :

La pharmacie clinique dans le dispositif médical doit permettre une prise en charge optimale des patients et aider les utilisateurs dans une démarche de bon usage tout en rationalisant les coûts.

Mots-clés :

Traitement des plaies par pression négative, Coûts des soins de santé, Maîtrise des coûts

Références :

[1] HAS. Evaluation des traitements de plaies par pression négative. (2010) www.has-sante.fr

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation médico-économique de la mise en place du micro perfuseur Saf-T-Intima® dans un service de gériatrie

Auteurs :

Chéreau J.*, Noël M., Metz V., Rognon A., Chochoi N., Coquet E.

Pharmacie, Hôpital Européen, Marseille

Résumé :

Introduction :

La perfusion sous-cutanée permet l'administration de solutés en volumes importants, dans l'espace sous-cutané. Elle est notamment utilisée en gériatrie pour l'hydratation. Elle permet un meilleur confort au patient tout en préservant son autonomie. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt ainsi que le coût de la mise en place du micro perfuseur Saf-T-Intima® dans une indication d'hydratation dans le service de gériatrie versus des cathéters courts périphériques actuels changés tous les jours en raison d'une mauvaise tolérance (arrachage, douleur). Il s'agit d'un cathéter court, 22G, souple (diminution du risque d'AES, de la douleur et du risque d'arrachage pour le patient versus aiguille métallique) et sécurisé (recommandations GERES). Il peut rester en place jusqu'à 5 jours (données laboratoire).

Matériels et méthodes :

Des essais ont été réalisés par les infirmiers et des fiches d'évaluation renseignées afin d'évaluer pour le personnel : la facilité de ponction et de manipulation, la préhension, la fixation, le gain de temps et pour le patient : l'état cutané, la douleur et les motifs en cas de retrait du cathéter. Enfin, le coût de cette mise en place a été étudié.

Résultats :

90 % des infirmiers sont satisfaits par l'utilisation du matériel. Il reste en place 96h (durée maximum, recommandations Cclin Sud-Est) sauf arrachage ou arrêt de traitement. L'état cutané est propre, sans œdème (ailettes moins traumatiques) même au 4^{ème} jour et on observe une nette diminution des douleurs et donc des arrachages. PU HT : 3,5 € versus 0,65 € (cathéter sécurisé + prolongateur). Le surcoût pour une journée est donc de 2,85 €. Cependant, si on évalue l'ensemble du matériel utilisé (pansement, compresses et désinfectant, gants) et que l'on compare un changement de cathéter tous les jours versus un Saf-T-intima® qui reste 4 jours en place on trouve un gain de 1,95 € HT. Avec une moyenne de 15 poses par jour on passe de 5 475 poses par an à 1 369 poses, soit un gain en termes de temps infirmier (non calculé) et une économie annuelle moyenne réalisée de 2 668 € HT.

Discussion :

Le Saf-T-intima® permet un meilleur confort du patient (diminution des douleurs, des changements et des arrachages) et apporte au soignant un gain de temps et un matériel sécurisé de qualité. Il est même envisagé d'élargir son utilisation en gériatrie. Du fait de l'économie générée, la mise en place du Saf-T-intima® est validée mais devra faire l'objet d'un suivi semestriel et annuel des bénéfices médico-économiques réalisés.

Mots-clés :

Hypodermoclyse, Economie des soins infirmiers, Soins de longue durée

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation du double ballonnet pour maturation du col utérin : état des lieux depuis son référencement au sein d'un service de gynéco-obstétrique

Auteurs :

Lelievre B.*, Devos C., Mutombo M., Desaintfusien E., Bonenfant C., Guenault N.

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Armentières, Armentières

Résumé :

Introduction :

La dilatation par ballonnet est une méthode utilisée dans le cadre du déclenchement artificiel du travail sur col défavorable ou en cas d'utérus cicatriciel. Depuis le référencement du dispositif médical dans notre établissement, une étude a été menée afin d'évaluer l'utilisation du ballonnet pour maturation du col au sein du service de gynéco-obstétrique.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, unicentrique, incluant les patientes ayant bénéficié de la pose d'un ballonnet de dilatation cervicale. Une fiche d'évaluation a été remplie par les sages femmes lors de chaque pose de ballonnet, depuis avril 2011 jusqu'à janvier 2015. Les différents critères d'évaluation à remplir concernaient les antécédents obstétriques de la patiente, l'indication de la pose du ballonnet, l'examen du col avant et après la mise en place du ballonnet ainsi que les résultats obtenus après la pose. L'appréciation du ballonnet a également été évaluée.

Résultats :

Au total, 42 patientes ont été incluses dans l'étude avec un âge moyen de 30 ans, dont 26 % étaient primipares. Les principales indications justifiant l'utilisation du ballonnet retrouvent un utérus cicatriciel (37 %), une rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou prématurée (19 %), un retard de croissance in utero (7 %), une atteinte hépatique (7 %), une anomalie du rythme cardiaque fœtal (5 %), une pré éclampsie (5 %), un diabète gestationnel déséquilibré (4 %), un dépassement du terme (4 %) et un anamnios (4 %). Le ballonnet de dilatation a été utilisé en première intention dans 95 % des cas, une expulsion spontanée a eu lieu dans la plupart des cas (71 %) avec durée moyenne de pose de 6 heures. Il a du être retiré avant les 12 heures de pose recommandées pour moins d'un quart des patientes, après une durée de mise en place moyenne de 10 heures. Il s'en est suivi un accouchement par voie basse pour 64 % des patientes, la durée moyenne de travail étant de 4 heures.

Discussion :

D'après notre étude, le ballonnet de dilatation du col utérin est principalement utilisé en cas d'utérus cicatriciel. Il s'agit d'une technique utilisée majoritairement en première intention dans le déclenchement artificiel du travail, dont l'utilisation se fait sans difficulté dans plus de 95 % des cas.

Mots-clés :

Dilatation cervicale, Accouchement, Ballonnet

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Réalisation d'une cartographie des risques du processus de reconstitution des plateaux opératoire dans une unité de stérilisation

Auteurs :

Alpy M.*⁽¹⁾, Faoro B.⁽²⁾, Cantoni J.⁽²⁾, Marhuenda Y.⁽³⁾

⁽¹⁾ Stérilisation, CHRU Montpellier, Montpellier

⁽²⁾ Unité de stérilisation, Pharmacie, CHRU Montpellier, Montpellier

⁽³⁾ Pharmacie, CHRU Montpellier, Montpellier

Résumé :

Introduction :

Afin de répondre aux exigences du projet performance, telles que fixées par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance et l'ARS, l'activité de reconstitution des plateaux opératoires (PO) réalisée par les infirmiers des blocs opératoires a été transférée au personnel de stérilisation (agents de stérilisation). L'objectif est de déterminer les risques liés au processus de reconstitution des PO afin de prioriser les actions correctives pour maîtriser les risques les plus critiques et les rendre acceptables.

Matériels et méthodes :

L'Analyse Préliminaire des Risques (APR) a été choisie, comme méthode de référence, par le groupe de travail multidisciplinaire (pharmacien, infirmier de bloc opératoire, agent de stérilisation). Le processus a été décomposé en sous-processus puis en phases (P). La cartographie des risques a été élaborée : identification des situations dangereuses, analyse de chaque phase et définition d'un niveau de criticité pour chaque scénario à l'aide des échelles définies (gravité, vraisemblance et criticité). Le niveau de risque est acceptable en l'état pour les scénarii ayant une criticité C1, acceptable sous contrôle pour une criticité C2 et inacceptable pour une criticité C3. Les résultats de la cartographie ont conduit à la réalisation d'un plan d'action. Enfin, les risques résiduels ont été évalués en tenant compte de l'application de ces actions correctives.

Résultats :

Six sous processus ont été analysés : récupération des PO en post-lavage (2P), préparation du plan de travail (7P), contrôle (1P) et protection (2P) de l'instrumentation, reconstitution (5P) et enregistrement des PO (2P). Parmi 66 situations dangereuses identifiées, 30 ont été analysées. Selon la criticité initiale, 84,6 % (55/65) des scénarii présentent un risque inacceptable en l'état : 50,8 % de criticité C2 et 33,8 % de criticité C3. Après application des 22 actions correctives, seulement 18,5 % (12) des scénarii présentent un risque tolérable sous contrôle (criticité C2) et aucun scénario n'obtient un niveau de criticité C3. Parmi ces 22 actions, 20 concernent le management (qualification du personnel, audit de pratique) et l'organisation de l'unité. Ces risques résiduels seront maîtrisés par 3 paramètres de sécurité.

Discussion :

Un nombre important de scénarii à risque (60/65) est associé au danger « management et organisation ». Cette répartition des scénarii peut s'expliquer par la forte implication humaine dans toutes les opérations du processus. Le plan d'action prévoit la réalisation des actions correctives au cours de l'année 2015.

Mots-clés :

Assurance qualité, Plateau opératoire, Stérilisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

[Retour sur la mise en application de l'instruction n° DGS/RI3/2011/449 à l'échelle nationale](#)

Auteurs :

Henny F.*⁽¹⁾, Jolly C.⁽²⁾, Meyer V.⁽³⁾, Schwarzenbart M.⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Centre de Psychiatrie de Nancy, Laxou

⁽²⁾ Pharmacie hôpital central, CHU Nancy, Nancy

⁽³⁾ Pharmacie, CH Robert Pax, Sarreguemines

Résumé :

Introduction :

L'application de l'instruction prion a été réalisée de manières différentes selon les établissements. L'objectif est d'évaluer l'impact sur les procédures de stérilisation, et mettre en lumière les points restant en suspens concernant l'instruction prion.

Matériels et méthodes :

Durant la période du 1^{er} au 30 avril 2014, nous avons établi un questionnaire comportant 22 items diffusé à l'aide de l'annuaire du CNIHM à 53 établissements (CHU, CHR et cliniques) sur les thèmes suivants : connaissances du statut du patient, séquestration de dispositifs médicaux (DM), équipement de lavage, traçabilité.

Résultats :

Nous avons eu 29 réponses exploitables. 55 % des établissements étaient inférieure à 1 000 lits. Le nombre moyen de mètre cube stérilisés par an est de 2 137. Le nombre moyen de laveurs désinfecteurs d'instruments (LDI) par établissements est de 5. Sans statut patient, seulement 40 % des établissements passent systématiquement les DM en cycle prion. 69 % des services de stérilisation possèdent une programmation cycle prion sur les LDI, et 31 % réalisent un nettoyage/désinfection manuelle à l'aide d'un détergent désinfectant du protocole standard prion. 10 % des unités de stérilisation passe l'ensemble de leur parc d'instruments en cycle prion systématiquement. 52 % (15/29) des établissements ont répondu avoir séquestré au moins une fois depuis la circulaire 138 du 14 mars de 2001. 62 % (18/29) des centres ne prennent pas en charge les ancillaires européens non tracés. Ils demandent alors soit des ancillaires provenant de France et tracés dans 89 % des cas, soit neufs dans 11 % des cas. 21 % (6/29) ont une traçabilité manuelle, 38 % (11/29) informatique, 41 % (12/29) informatique et manuelle.

Discussion :

La connaissance du statut du patient vis-à-vis d'une chirurgie est indispensable. L'ensemble du parc des LDI d'une stérilisation n'est pas entièrement programmé avec un cycle prion. Les produits prionocides sont très agressifs et entraînent une usure prématurée des LDI et des DM en général. Enfin, les produits prionocides ont un coût plus élevé à l'achat. Les DM ne sont donc pas traités systématiquement en « cycle prion » dans 90 % des établissements. Cette instruction a permis une diminution du nombre de cas d'EST : 161 cas en 2010, contre 16 cas identifié en avril 2014. Mais ce texte ne s'applique qu'en France. Le suivi de la traçabilité d'ancillaires à l'échelle européenne est compliqué. La solution est de demander des ancillaires provenant de France et tracés, ou des ancillaires neufs.

Mots-clés :

Stérilisation, Prion, Instruments chirurgicaux

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Rationalisation de l'utilisation des câbles d'électrophysiologie en cardiologie interventionnelle : des économies sont-elles possibles ?

Auteurs :

Noblot-Rossignol M.*, Guenfoudi MP., Martin L., Garnier N.

Pharmacie, CHU Dijon, Dijon

Résumé :

Introduction :

La rythmologie interventionnelle connaît un fort développement. L'utilisation croissante des câbles d'électrophysiologie par le service de cardiologie interventionnelle peut être optimisée afin de mieux en contrôler le coût. En 2013, le coût matériel des câbles a été de 31 273 € TTC. L'extrapolation des consommations à 2014 estime le coût à 56 545 € TTC. Cette dépense peut être revue à la baisse. L'objectif de ce travail est de réaliser une étude de coût des câbles en 2013 et de chiffrer les économies potentielles de deux scénarii de rationalisation d'utilisation des câbles en 2014 : le premier propose l'utilisation de housses stériles pour gagner les câbles et le deuxième, la stérilisation de câbles à usage multiple.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective comparative portant sur le coût annuel de 4 références de câbles d'électrophysiologie utilisés en 2013 en cardiologie interventionnelle. Les consommations et coûts ont été extrapolés pour 2014. La perspective retenue est celle de l'hôpital. Les données sont extraites du logiciel Pharma®. Les paramètres étudiés sont : quantité et coût des consommables, coût d'élimination des déchets, coût de la stérilisation (prix TTC obtenus lors des appels d'offres et marchés négociés).

Résultats :

Le scénario 1 diminue les coûts annuels à 3 004 €. Les économies s'élèvent à 28 569 € environ, soit près de 90 % par rapport aux dépenses de 2013. Ce scénario est évalué pour une consommation semblable à celle de 2014. Or l'activité progresse, un doublement de la consommation d'une référence de câble est prévue en 2014. Le scénario 1 bis tient compte de l'augmentation d'activité. Il diminue les coûts à 4 682 €, à comparer aux 56 545 € obtenus par extrapolation. Les économies s'élèvent à 51 863 €, soit près de 92 %. Le scénario 2 diminue les coûts à 2 522 €. Les économies s'élèvent à 28 750 €, soit près de 92 % par rapport aux dépenses de 2013. En tenant compte de l'augmentation d'activité (scénario 2 bis), les coûts sont diminués à 4 207 €. Les économies sont de 52 338 €, soit plus de 92,5 % par rapport à l'extrapolation pour 2014. Le test en conditions réelles des housses n'a pas été concluant. Le modèle d'organisation retenu est le deuxième scénario.

Discussion :

La rationalisation de l'utilisation des câbles d'électrophysiologie est possible et les économies réalisées grâce au scénario sélectionné sont importantes. La mise en place du nouveau circuit est en cours, avec la rédaction de modes opératoires pour le service de cardiologie interventionnelle et l'Unité de Stérilisation Centrale Public Privé en charge de la stérilisation des câbles ainsi qu'avec l'organisation de formations pour le personnel.

Mots-clés :

Dispositif médical, Stérilisation, Electrophysiologie cardiaque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Pertinence de l'utilisation d'un dispositif sans aiguille pour reconstituer et prélever les médicaments cytotoxiques au sein d'une unité de reconstitution en pédiatrie ?

Auteurs :

Peyrilles E., Massot V., Le Guyader G., Storme T., Perrinet M.*

Pharmacie, APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris

Résumé :

Introduction :

Dans notre hôpital pédiatrique, la reconstitution des médicaments cytotoxiques est réalisée en isolateur à l'aide d'aiguilles et de prises d'air. L'utilisation de ces dispositifs augmente les risques de piqûre pour le personnel manipulant. Afin de sécuriser la préparation des chimiothérapies, nous avons souhaité évaluer des dispositifs avec valves bidirectionnelles permettant la reconstitution et le prélèvement au moyen d'une connexion luer-lock sans aiguille.

Matériels et méthodes :

Les dispositifs testés sont les Spike® (Codan). Deux tailles de dispositifs ont été évaluées pendant 2 semaines. Le laboratoire a organisé une formation de l'équipe sous forme de 2 sessions de 3 heures. Toutes les préparations de chimiothérapies étaient concernées par le test. La facilité d'utilisation et l'usage systématique de ces dispositifs ont été évalués.

Résultats :

60 préparations ont été réalisées à l'aide de ces nouveaux dispositifs (48 seringues et 12 poches). Dans le cas des poches, les préparateurs ont trouvé la manipulation simple et sécuritaire. Le prélèvement dans le flacon et la dilution dans les poches se fait au moyen d'une connexion luer-lock ne nécessitant aucune aiguille. Dans le cas des seringues (80 % des préparations), ils peuvent prélever facilement dans les flacons mais doivent obligatoirement utiliser en complément un dispositif permettant la connexion seringue-seringue lors de la dilution avec le solvant ce qui entraîne une manipulation plus fastidieuse. De plus, la préparation d'intrathécales avec des seringues non luer-lock (15 % de notre production) est impossible avec ce dispositif qui nécessite obligatoirement une connexion luer-lock. Ces dispositifs sont également incompatibles avec certains principes actifs comme le busulfan très utilisé dans les protocoles pédiatriques (interaction avec le polycarbonate entraînant l'apparition d'un précipité blanc).

Discussion :

Malgré un intérêt certain pour la fabrication en poches (manipulation aisée et sécurisée), il s'avère que ces dispositifs ne sont pas adaptés à nos pratiques en pédiatrie où la préparation en seringues est majoritaire. En effet, outre leur coût plus élevé, leur référencement entraînerait également l'utilisation de dispositifs supplémentaires de connexion dans l'isolateur. L'impossibilité d'utiliser ces dispositifs en systématique nous pousse à abandonner leur emploi.

Conclusion :

En conclusion, nous avons donc décidé de conserver les aiguilles mais en référençant désormais des aiguilles à embout émoussé, moins dangereuses pour les utilisateurs.

Mots-clés :

Sécurisation, Cytotoxiques, Pédiatrie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Traçabilité informatisée des dispositifs médicaux implantables : vers un meilleur suivi des recommandations de bon usage ?

Auteurs :

Escapoulade L.*⁽¹⁾, Riou S.⁽²⁾, Méloux A.⁽²⁾, Lafaurie M.⁽³⁾, Hettler D.⁽²⁾

⁽¹⁾ CHU, Reims

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims

⁽³⁾ Pharmacie dispositifs médicaux, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims

Résumé :

Introduction :

Depuis un an, une solution informatisée de traçabilité sanitaire et financière des dispositifs médicaux implantables (DMI) a été mise en place au CHU. Ce logiciel offre la possibilité, lors de la pose de DMI remboursés en sus des groupes homogènes de séjours (GHS), de choisir une indication parmi une liste pré-validée en collaboration avec les prescripteurs et selon les recommandations de bon usage (RBU). Cette fonctionnalité a été activée, notamment pour la pose de stents actifs (SA), dans le service pilote. L'objectif principal de ce travail est de s'assurer de la conformité de l'implantation des SA au contrat de bon usage (CBU) en vérifiant la concordance des données du logiciel de traçabilité à celle des comptes-rendus de coronarographie (CRC).

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective des poses de SA dans le service de cardiologie interventionnelle, sur la première année de déploiement du logiciel. Ont été analysées toutes les poses de SA dont l'indication saisie était « Situation médicale à justifier » (SMJ) ou « Indication à justifier par le médecin » (IAJ), ainsi qu'un échantillon représentatif (80 poses) conforme à la norme NF X06-022 (NF ISO 2859-1, avril 2000, règle d'échantillonnage pour les contrôles par attributs). Ces données ont été comparées avec celles des CRC (Logiciels COROFILE et CARDIOREPORT).

Résultats :

850 SA ont été posés soit 591 interventions. Pour 8,6 % (64 poses) d'entre eux, l'indication choisie dans le logiciel était SMJ ou IAJ. Or, sur ces 64 poses, les indications reportées dans les CRC sont conformes aux RBU dans 81 % des cas. Les 19 % restant ont nécessité une recherche approfondie dans les dossiers papiers patients. Au sein de l'échantillon analysé, les données du logiciel de traçabilité et du dossier de CRC sont identiques dans 52 % des cas. Ces données sont manquantes dans 12 % des cas, et discordantes dans 36 %. Dans 84 % des poses de SA étudiées au total, l'indication de prise en charge est conforme aux RBU.

Discussion :

Ce taux de conformité aux RBU est similaire à celui retrouvé dans une étude précédente [1] dans notre établissement. Malgré une liste pré-validée d'indications à choisir, les données saisies dans le logiciel de traçabilité sont souvent erronées. Ceci ne semble pas être dépendant de l'utilisateur ayant effectué la saisie. Il sera nécessaire de sensibiliser tous les utilisateurs à la qualité de l'information fournie, pour pouvoir exploiter les données de ce logiciel et en faire un outil d'audit efficace pour le suivi des RBU.

Mots-clés :

Recommandations de bonnes pratiques, Stents à élution médicamenteuse, Système informatisé

Références :

[1] Heilani Szejnman, Mémoire de DES de Pharmacie Hospitalière et des Collectivités, Les endoprothèse coronaires à élution médicamenteuses : Analyse de leurs intérêts, évaluation de leur efficacité et recommandations pour leur bon usage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prise en charge des stocks de dispositifs médicaux dans les services de soins par la pharmacie : intérêt de l'outil Interdiag

Auteurs :

Rousseaux G.*, Drancourt P., Boyer J.

Pharmacie, CH Valenciennes, Valenciennes

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre de la sécurisation du circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS), la pharmacie s'est engagée depuis plusieurs années à prendre en charge de manière progressive la gestion des stocks au sein des unités de soins. Nous avons souhaité évaluer le niveau de sécurisation grâce à l'outil Interdiag et ainsi comparer les résultats avant et après prise en charge par la pharmacie.

Matériels et méthodes :

Nous avons 1 900 lits, 102 unités de soins, 190 000 lignes de dispensées par année dont 75 % prises en charge par la pharmacie (données fin 2014). Cette évaluation s'est faite sur 7 services pris en charge par la pharmacie, et 4 pas encore pris en charge. Nous avons rempli la grille d'évaluation Interdiag en présence de la cadre du service, d'une infirmière, d'un interne en pharmacie et du préparateur référent du service analysé.

Résultats :

Pour les services sécurisés, nous obtenons en moyenne les résultats suivants : Demande : 96 % (mini 90 %-maxi 100 %) ; Réception : 80 % (67 %-83 %) ; Stockage 86 % (69 %-92 %) ; utilisation des DMS 83 % ; suivi des DMS 78 % (63 %-100 %) ; gestion des retours et élimination des DMS 55 % (43 %-57 %) ; Pratique des soins et évaluation des pratiques 61 % (48 %-71 %). Pour les services non sécurisés, les résultats sont les suivants : demande 87 % (70 %-100 %) ; Réception 58 % (50 %-67 %) ; stockage 49 % (38 %-69 %) ; utilisation des DMS 75 % (67 %-83 %) ; suivi des DMS 73 % (50 %-88 %) ; gestion des retours et élimination des DMS 53 % (43 %-57 %) ; pratiques de soins et évaluation des pratiques 63 % (54 %-77 %).

Discussion :

Interdiag montre que dans les services sécurisés, les étapes du circuit prises en charge par les préparateurs (Demande, Réception, Stockage) sont logiquement améliorées par rapport aux services non sécurisés. Cependant, il n'y a pas de différences notables entre les 2 types de services pour les autres aspects du circuit évalués par Interdiag (suivi des DMS, utilisation des DMS, gestion des retours, pratique et évaluation des soins). Interdiag nous permet de visualiser les points d'amélioration : les retours, la mise en place d'audits communs avec le service d'hygiène, de formations lors de mésusages constatés, le développement de nos formations de bon usage en e-learning sur intranet, et l'intégration des préparateurs référents aux réunions de transmissions infirmières. Notons qu'Interdiag nécessite quelques améliorations du fait de l'ambiguïté de certaines questions, de questions trop ciblées ou d'un impact trop important de certaines questions.

Mots-clés :

Auto-évaluation, Amélioration de la qualité, Audit gestion

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place de connecteurs clos pour la fabrication des seringues d'azacitidine

Auteurs :

Gabriel L. *, Canton E., Tonnelier MP., Lauby V., Guarino V.

Pharmacie, CH Troyes, Troyes

Résumé :

Introduction :

Les Bonnes Pratiques de Préparation préconisent la préparation et le conditionnement des produits cytotoxiques dans des conditions assurant la protection des utilisateurs en évitant toute contamination de l'environnement, de la préparation et du personnel [1]. Or, plusieurs études relatent 30 à 40 % de cas d'exposition au produit lors de l'administration [2, 3]. La fabrication de seringue d'azacitidine représente 9 % de la production annuelle de cytotoxiques de notre établissement, soit 794 seringues en 2014. Pour prévenir les risques de contamination liés à la préparation et à l'administration de seringues d'azacitidine, nous avons évalué la mise en place de connecteurs clos et procédé à la requalification des volumes morts.

Matériels et méthodes :

Quatre connecteurs ont été évalués par 6 préparateurs et 5 infirmiers, selon trois axes : utilisation préparateurs (connexion, solidarité, étanchéité, résidu) ; utilisation infirmiers (étanchéité, connexion, administration, élimination) ; requalification du volume mort et estimation du surcoût lié à la consommation de produit cytotoxique pour chaque dispositif.

Résultats :

Caractéristiques du dispositif/volume mort annoncé vs requalifié/volume annuel supplémentaire de cytotoxique et surcoût associé : Le dispositif A présentait des difficultés de connexion de l'aiguille et manquait d'étanchéité - 0,18 ml/0,20 ml - 159 ml 12 914 €. Le dispositif B était maniable mais opaque - 0,10 ml/0,10 ml - 79 ml 6 457 €. Le dispositif C restait connecté de façon définitive avec la seringue et était mobile, difficulté de connexion et déconnexion de l'aiguille - 0,10 ml/0,15 ml - 119 ml 9 686 €. Le dispositif D était imposant, n'apportait pas de sécurité supplémentaire car aucune protection de l'embout et nécessitait la connexion de deux dispositifs supplémentaires par les infirmiers pour l'administration - 0,03 ml/0 ml - 0 ml 0 €.

Discussion :

Dans la démarche pharmaceutique de référencement d'un dispositif médical stérile, il apparait primordial de réévaluer toutes les caractéristiques annoncées par le fabricant : ergonomie, sécurité et coût. La réévaluation des volumes morts déclarés s'est révélée déterminante dans la réflexion. Les écarts constatés ont un impact budgétaire non négligeable. Nous avons choisi le dispositif B. Le surcoût engendré par cette démarche de sécurisation est à mettre en balance avec les risques liés aux manipulations, mais reste indispensable dans la gestion des risques associés aux soins.

Mots-clés :

Connecteur clos, Agent cytotoxique, Seringues

Références :

[1] Bonnes Pratiques de Préparation - Journal officiel du 21/11/2007

[2] Rioufol C. et al. Clinical therapeutics, vol. 36, no 3, p. 401-407, 2014

[3] Barbieri A. et al. Epidemiologia e prevenzione, vol. 29, no 5-6 Suppl, p. 87-90, 2004

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

TPN : évaluation des pratiques dans un centre hospitalier polyvalent

Auteurs :

Caparros L.*, Viart H., Guillermet A., Rannou M., Hida H.

Pharmacie, CH Valence, Valence

Résumé :

Introduction :

La thérapie par pression négative (TPN) est rentrée dans la pratique courante en seconde ligne pour le soin des plaies chroniques. Le suivi nominatif des dispensations, au vu des indications limitées par les recommandations HAS de 2011 est indispensable mais ne permet pas d'avoir une vue globale des pratiques et de l'efficacité. L'objectif de cette étude est de réaliser un bilan des indications, de l'efficacité et de la poursuite de prise en charge en Hospitalisation A Domicile (HAD) des traitements par TPN.

Matériels et méthodes :

L'étude rétrospective repose sur l'analyse des dossiers informatisés de l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une TPN de 2012 à 2014 dans notre établissement. Les critères de durée de traitement, d'indication, et d'efficacité selon avis médical sont recherchés et confrontés au référentiel de bon usage de la HAS.

Résultats :

41 traitements par TPN sont inclus (2 patients sont exclus pour thérapie compassionnelle). La moyenne d'âge des patients traités est de 64 ans [19-91] et le ratio homme/femme de 0,49. La majorité des prescriptions émanent des unités de chirurgie viscérale, d'infectiologie, de gériatrie, et de réanimation. La durée médiane de traitement est de 27 jours [3-98]. Les indications de la HAS sont respectées dans 100 % des cas. D'après l'avis médical, 73 % des traitements sont efficaces, 13 % avec efficacité relative et 13 % non efficaces voire délétères. Comme cause d'échec on retrouve : surinfection, souillure d'escarre sacrée par les selles, refus de traitement par le patient, aggravation de lésion. Les patients traités par TPN présentent aussi de nombreuses comorbidités. On retrouve un diabète chez 39 % des patients (11 diabétiques de type 2 et 3 diabétiques de type 1). Parmi les 18 traitements poursuivis en HAD, avec une durée médiane de 24 jours [13-84], 13 sont jugés efficaces.

Discussion :

Les indications sont respectées, mais le taux d'efficacité est modéré. Grâce à la prise en charge par l'HAD, la poursuite du traitement est possible à domicile à condition d'un suivi hebdomadaire par le prescripteur. Le pharmacien doit être le garant du bon usage de ce dispositif onéreux.

Mots-clés :

Traitement des plaies par pression négative, Hospitalisation à domicile, Thérapie VAC

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Suivi des non-conformités dans le cadre de la sous-traitance de l'activité de stérilisation

Auteurs :

Vernet N.*⁽¹⁾, Pont E.⁽¹⁾, Bertholat M.⁽²⁾, Essner MS.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Givors, Givors

⁽²⁾ Bloc opératoire/stérilisation, CH Givors, Givors

Résumé :

Introduction :

La forte diminution de l'activité chirurgicale ne permettant plus le maintien d'une stérilisation rentable répondant aux normes en vigueur, notre Centre Hospitalier (CH) sous-traite depuis 6 ans l'activité de stérilisation à un autre établissement de santé. Pour s'assurer de la qualité de la prestation, une réorganisation du suivi des non-conformités (NC) a été mise en place. Cette étude a pour but de dresser le bilan du suivi des NC sur la période 2009-2014 : les types de NC rencontrées, leurs fréquences et leurs évolutions dans le temps.

Matériels et méthodes :

Notre travail a consisté en une analyse qualitative et quantitative à l'aide du logiciel Excel® des bilans d'activité regroupant les NC signalées à la fois par le prestataire et par les utilisateurs de notre CH. Les taux des NC liées au transport (NC-Tr) ont été calculés sur la base du nombre de rotations effectuées et ceux des NC liées au matériel (NC-Mat) l'ont été à partir du volume total traité (containers + satellites).

Résultats :

En 6 ans, sur les 584 rotations réalisées, 57 retards de livraisons ont été observés (taux de NC-Tr = 9,8 %) mais n'ont pas eu d'impact direct sur l'activité chirurgicale. Au total, 4 195 containers et 9 866 satellites ont été traités (n = 14 061). Sur cette période 534 NC-Mat ont été recensées (taux de NC-Mat = 3,8 %). Parmi elles, on trouve 285 signalements d'instruments manquants (retrouvés par la suite ou non) représentant 53,4 % des NC-Mat, 71 problèmes de reconstitution (13,3 %) et 63 problèmes de conditionnement (11,8 %). Les autres NC (21,5 %) regroupent la présence de matériel inconnu ou en plus, l'absence d'étiquetage, les instruments mal montés, mal protégés, mal nettoyés (n = 10) ou détériorés (n = 5). Le taux de NC-Mat, stable entre 2009 (2,6 %) et 2011 (2,4 %), est passé à 5,3 % en 2012 puis 6,2 % en 2013 avant de diminuer à 3,2 % en 2014. La hausse constatée peut s'expliquer notamment par la mise en place, en 2012, d'une activité dentaire nécessitant la stérilisation de petits éléments se perdant facilement (fraises, limes...).

Discussion :

Notre expérience de sous-traitance de la stérilisation est globalement satisfaisante. Cependant notre étude ne quantifie pas l'impact indirect du suivi de ces NC : relances auprès du prestataire, recherche des manquants... Enfin, après la hausse observée en 2012, les actions correctives entreprises (achats de matériel mieux adapté, modification de procédures, renforcement des liens entre les 2 établissements, réalisation d'audits et de formations...) semblent avoir eu un impact positif en 2014 démontrant qu'une démarche permanente d'amélioration des pratiques est nécessaire pour une collaboration pérenne.

Mots-clés :

Stérilisation, Sous-traitance, Non-conformité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Thérapie par pression négative : évaluation des pratiques professionnelles dans une unité d'hospitalisation à domicile

Auteurs :

Fummi C.*⁽¹⁾, Rhalimi F.⁽¹⁾, Desanglois A.⁽²⁾, Fumery D.⁽²⁾, Guillocheau E.⁽¹⁾, Bresson-Raynaud I.⁽²⁾, Schmit B.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Beauvais, Beauvais

⁽²⁾ Hospitalisation à domicile, CH Beauvais, Beauvais

Résumé :

Introduction :

La thérapie par pression négative (TPN) est un procédé de traitement des plaies consistant en l'application locale d'une pression inférieure à la pression atmosphérique ambiante à l'aide d'un pansement particulier, afin de favoriser l'obtention d'un tissu de granulation. Dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), nous souhaitons vérifier la conformité de la prescription, l'utilisation et le suivi du traitement par TPN par rapport au guide de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans notre unité d'hospitalisation à domicile (HAD).

Patients et méthodes :

A l'aide d'une grille d'évaluation, inspirée des recommandations de l'HAS, des binômes composés du personnel de la pharmacie et de l'HAD ont analysé rétrospectivement l'ensemble des dossiers de TPN de l'unité d'HAD entre mai 2013 et avril 2014.

Résultats :

19 dossiers ont été inclus. 95 % des prescriptions respectent les situations cliniques validées par l'HAS. Pour chaque dossier, la prescription est hospitalière et effectuée par un spécialiste habilité mais nous retrouvons 2 cas où le traitement par TPN était contre-indiqué. La durée de prescription n'est renseignée que dans 21 % des cas. Même si la durée d'utilisation est le plus souvent inférieure à 30 jours (68 % des cas), 6 traitements ont duré plus de 30 jours dont un avec 173 jours en tout. Cette prolongation d'utilisation a fait suite à un renouvellement sur prescription dans deux cas seulement. La traçabilité, dans le dossier, de l'information donnée au patient sur les effets indésirables et les contraintes d'utilisation du traitement n'a été faite que pour 1 cas. Enfin, le suivi de la plaie par l'infirmière est bien respecté, avec utilisation d'une fiche pansement spécifique. Cependant, le suivi réalisé par le prescripteur initial n'est hebdomadaire que dans 26 % des cas.

Discussion :

Les principales non-conformités observées sont le dépassement de durée de traitement, les 2 cas de non-respect des recommandations avec présence de contre-indications, la transmission insuffisante d'informations au patient. Les conclusions de cette EPP incitent à plusieurs axes d'améliorations à la fois en HAD mais aussi à tout l'établissement. Deux ordonnances « type », ainsi qu'une fiche de bon usage, ont été créées pour aider les médecins spécialistes à la prescription initiale et au renouvellement. Une fiche d'information (mentionnant effets indésirables, contraintes d'utilisation, coût) sera fournie au patient.

Mots-clés :

Traitements des plaies par pression négative locale, Evaluation, Pratique professionnelle

Références :

[1] Traitement des plaies par pression négative (TPN) : des utilisations spécifiques et limitées. Bon usage des technologies de santé. Haute Autorité de Santé (2011)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt d'une concertation médico-pharmaceutique dans l'introduction de la technique d'imagerie intra-coronaire par OCT dans un CH de 1 200 lits

Auteurs :

Roland C.*, Desbuquois AC., Liebbe AM.

Pharmacie, CH Compiègne-Noyon, Compiègne

Résumé :

Introduction :

La tomographie par cohérence optique (OCT) est une technique d'imagerie de haute résolution nouvellement utilisée en imagerie intra-coronaire [1]. Elle permet de visualiser les couches les plus superficielles de la paroi artérielle, par exemple pour l'analyse des sténoses intravasculaires avec une résolution 10 fois supérieure à l'échographie endocoronaire [2]. Malgré qu'elle soit plus onéreuse (900 €/sonde), la CoMédIMS a validé son intérêt et référencé les dispositifs médicaux associés sous réserve d'un ciblage, concerté entre pharmacien et cardiologue, des indications et non indications. Les indications retenues sont : contrôle du déploiement du stent en cas de sténose localisée au niveau du tronc commun ou de l'artère inter-ventriculaire antérieure (IVA), caractérisation des plaques vulnérables et le suivi de la ré-endothélialisation chez les patients à risque devant subir une intervention chirurgicale (arrêt traitement antiagrégant plaquettaire). L'objectif est d'évaluer pour le CH, la pertinence de l'imagerie par OCT en coronarographie dans les indications ciblées.

Patients et méthodes :

Une étude rétrospective a été réalisée sur l'utilisation des sondes OCT depuis leur référencement (20/02/14). A partir des dossiers patients et des échanges avec les cardiologues, nous avons recueilli différentes informations dont l'indication et le résultat de l'utilisation de l'OCT. Ces données ont été analysées afin d'évaluer l'intérêt de l'OCT.

Résultats :

Au total, 7 patients ont bénéficié de l'OCT sur 1 025 coronarographies réalisées (0,68 %), un patient a bénéficié de 2 utilisations. Les 7 cas de sténoses étaient à proximité du tronc commun, au niveau de l'IVA et correspondaient aux indications ciblées. 4 utilisations en pré-angioplastie (50 %), 2 ont permis le diagnostic de la malapposition du stent lors d'une précédente angioplastie, non détectée en coronarographie simple. Une dilatation intra-stent a corrigé cette anomalie. Les deux autres utilisations ont caractérisé la lésion et ont confirmé la nécessité de stenting. 4 utilisations en post-angioplastie : dans un cas, cela a permis de détecter la malapposition du stent, et d'y remédier immédiatement, évitant ainsi la survenue de complications. Dans un autre cas, cela a permis de confirmer l'efficacité de la dilatation et d'éviter le stenting. Les autres utilisations ont vérifié la bonne apposition du stent.

Conclusion :

Une concertation entre pharmaciens et cardiologues a permis malgré son coût, de faire bénéficier les patients du CH de l'imagerie par OCT en maîtrisant son utilisation. L'OCT apporte un bénéfice dans la prise en charge du patient notamment dans des cas complexes en limitant les complications du stenting.

Mots-clés :

Concertation, Tomographie par cohérence optique, Coronarographie

Références :

[1] Motreff P. et al. Intérêt de l'OCT en cardiologie interventionnelle, Coronaires, (n°16), (avril 2008)

[2] Motreff P. et al. Imagerie de complications du stenting coronaire en tomographie par cohérence optique. Sang Thrombose Vaisseaux, 22(1): 17-25, (2010)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Ligature artérielle guidée par Doppler dans la prise en charge chirurgicale de la maladie hémorroïdaire : intérêt de la technique

Auteurs :

Roland C.*, Desbuquois AC., Liebbe AM.

Pharmacie, CH Compiègne-Noyon, Compiègne

Résumé :

Introduction :

La maladie hémorroïdaire (MH) est l'affection proctologique la plus fréquente en France [1]. Un traitement chirurgical est envisagé après échec des traitements médicaux et instrumentaux ou parfois en 1^{ère} intention [1] [2]. Le développement d'une nouvelle technique chirurgicale des hémorroïdes, la Ligature Artérielle Guidée par Doppler (DGHAL), offre l'intérêt entre autres d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire [2] [3]. Cela nous a conduit à étudier la procédure et à la comparer à la technique de référence au CH, afin de définir sa place dans la stratégie thérapeutique de la MH.

Matériels et méthodes :

La technique de référence du traitement chirurgical des hémorroïdes utilisée au CH est la méthode Milligan-Morgan (MM). Nous avons comparé la DGHAL et la technique MM sur les indications, les dispositifs médicaux stériles (DMS), le type d'hospitalisation, la douleur post-opératoire et les groupes homogènes de séjours (GHS).

Résultats :

La DGHAL ne permet pas de prendre en charge les hémorroïdes externes et la MH de grade 4, contrairement à MM(2). Elle nécessite une console DOPPLER (12 000 €) mise à disposition par le fournisseur et des DMS spécifiques : un kit (350 €) qui contient un anoscope, une sonde doppler, 6 sutures résorbables, un tampon anale résorbable... La technique MM ne nécessite que de sutures (20 €). Mais la DGHAL est la seule à être réalisée systématiquement en ambulatoire, contre 1 à 2 jours d'hospitalisation pour MM. L'intensité et la durée de la douleur sont moins importantes avec la DGHAL(2)(3). Concernant la tarification à l'activité, les GHS de la DGHAL et MM sont rémunérés à 1 660,41 €.

Discussion :

La DGHAL présente donc un intérêt économique en évitant les dépenses des journées d'hospitalisation. Et un intérêt pour le patient par son caractère mini-invasif, avec une diminution de la douleur, de la durée d'hospitalisation et une reprise rapide de l'activité. De plus, elle répond à la volonté nationale de développer la chirurgie ambulatoire. Cependant, cette technique ne peut prendre en charge l'intégralité de la MH et la technique de référence MM est indispensable notamment pour les stades avancés. Le peu de données sur les récurrences ne permet pas de réaliser de comparaison. La DGHAL a donc théoriquement une place importante mais non exclusive dans la prise en charge de la MH, c'est pourquoi nous l'avons référencée. Compte tenu du peu de données sur les récurrences, une surveillance clinique particulière a été mise en place avec un suivi à 1 semaine, 1 mois et 6 mois après la chirurgie. A ce jour, 7 patients ont été pris en charge et les résultats sont encourageants.

Mots-clés :

Hémorroïdes, Hémorroïdectomie, Procédure de chirurgie ambulatoire

Références :

[1] Haute Autorité de santé (HAS), Hémorroïdopexie circulaire par agrafage, Service évaluation des actes professionnels, (juillet 2005)

[2] Higuero T. Traitement de la pathologie hémorroïdaire : les nouvelles recommandations, POST'U (2014), Association française médicale continue en Hépatogastro-Entérologie (FMC-HGE)

[3] Ratto C. THD Doppler procedure for hemorrhoids : the surgical technique. Techniques in coloproctology, vol. 18, (n° 3) : p. 291-298, (2014)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Audit de pratique sur l'utilisation des arbres à perfusion dans un service d'hôpital de jour d'hématologie clinique

Auteurs :

Martin A.*, Chedru-Legros V., Ollivier C.

Pharmacie, CHU Caen, Caen

Résumé :

Introduction :

Dans l'objectif de sécuriser l'administration des chimiothérapies anticancéreuses, le choix a été fait de référencer au sein de notre établissement des arbres à perfusion. Ces nouveaux dispositifs ont été déployés à partir de juin 2014. Ce référencement s'est accompagné d'une modification des pratiques, dorénavant le montage est laissé au soin de l'infirmière dans le service. Trois arbres ont été référencés : 1, 2 et 4 voies. L'objectif de ce travail est de vérifier l'adéquation entre le nombre de poche à administrer et le choix de l'arbre par l'infirmière dans un service d'hôpital de jour d'hématologie clinique.

Matériels et méthodes :

Tous les protocoles de chimiothérapie administrés en hôpital de jour d'hématologie clinique ont été identifiés, et le type d'arbre à perfusion en adéquation avec le nombre de poche de chimiothérapie à administrer a été défini. En janvier 2015, un audit de pratique a été réalisé dans le service : relevé des types de dispositif d'administration utilisé par les infirmières et le protocole, puis comparaison entre l'arbre à perfusion choisi et l'arbre optimal établi précédemment.

Résultats :

Cinquante dispositifs d'administration de chimiothérapie ont été observés. Sur ces 50 administrations, 12 arbres à perfusion à 1 voie ont été utilisés, 14 arbres à 2 voies et 24 arbres à 4 voies. Or selon les protocoles prescrits, il aurait dû être utilisé 30 arbres à 1 voie, 10 arbres à 2 voies et 10 arbres à 4 voies. Le taux de non-conformités est de 48 % avec dans tous les cas l'utilisation d'un arbre à perfusion proposant un nombre de voies supérieur aux besoins. Pour les 18 non-conformités sur les arbres à 1 voie, un arbre 2 voies a été utilisé dans 10 cas et un arbre à 4 voies dans 8 cas. Pour les 6 non-conformités sur les arbres à 2 voies, un arbre 4 voies a été utilisé. Ces non-conformités observées représentent un surcoût de 20 %.

Discussion :

Le budget annuel de notre établissement pour les arbres à perfusion est de l'ordre de 20 000 €. Le surcoût lié à un mauvais choix d'arbre à perfusion pourrait donc s'élever à 4 000 €/an. La communication auprès des infirmières doit être renouvelée afin de les sensibiliser au bon choix de l'arbre à perfusion. Il est envisagé de notifier le type d'arbre à utiliser pour chaque protocole de chimiothérapie pour qu'il apparaisse sur le plan d'administration des infirmières.

Mots-clés :

Administration, Chimiothérapie, Audit

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Appels d'offres et matériovigilance : comment évaluer nos fournisseurs ? Données 2014

Auteurs :

Moynard J.*, Riche L., Fauvel A., Sellal KO.

Pharmacie centrale, CHU Nantes, Nantes

Résumé :

Introduction :

Contexte : Devant la grande hétérogénéité des prestations de matériovigilance, il apparaît intéressant de réaliser un palmarès des fournisseurs sur des critères objectifs. Objectif : Diffuser ce classement afin de créer une émulation pour aider nos fournisseurs à s'améliorer, avec des repères comparatifs objectifs pour évoquer des améliorations possibles.

Matériels et méthodes :

1- Extraction de la base de données Norméa® (745 déclarations validées) sur la période 2012-2014.

2- Exclusion des fournisseurs avec moins de 2 déclarations transmises avec DM récupéré (638 déclarations, 54 fournisseurs).

3- Attribution d'une note sur 20 points pour chaque déclaration selon des critères portant sur le délai de reprise du DM, le délai de rendu de l'expertise, la transmission d'un avoir ou d'un échange, et la qualité de la réponse (13 points/20). La qualité de la réponse était objectivée selon trois paramètres : les moyens mis en œuvre pour identifier le dysfonctionnement, l'identification de la cause et les actions correctives déployées.

Résultats :

13 fournisseurs ont une note totale inférieure à 4 (DM non repris, expertise expurgé de son contenu) ; 23 fournisseurs avaient une note comprise entre 4 et 11. 18 fournisseurs avaient une note supérieure à 11 (ce qui correspond à des délais de reprise et de réponse correct, mais aussi à une expertise avec identification de la cause +/- mesure corrective).

Discussion :

Nous allons diffuser les résultats anonymisés de cette enquête auprès de chaque correspondant de matériovigilance de nos fournisseurs en détaillant les scores (nombre de déclarations traitées, délais en jours, note de la qualité d'expertise, valeur médiane et extrême des concurrents).

Par ailleurs, cette enquête nous a aussi conduit à mettre en place 2 actions correctives dans notre procédure de suivi de dossiers. (Une check-list a été mise en place afin de limiter les variations inter-opérateurs lors du recueil de données ; nous avons opté pour des déclarations dématérialisées, afin de contrôler la bonne transmission de nos déclarations).

Cette démarche va se poursuivre en prospectif, et pourra déboucher sur un critère de notation dans le cadre des appels d'offre de la pharmacie centrale.

Mots-clés :

Dispositif médical, Appel d'offres, Sécurité du matériel

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sensibilité d'Inter Diag DM dans le suivi de la qualité du circuit des dispositifs médicaux stériles

Auteurs :

Benzengli H., Musa R., Putrus R., Veyrier M., Léglise P.*, Huchon-Bécel D.

Pharmacie, APHP - Hôpital Joffre-Dupuytren - Henri-Mondor, Draveil

Résumé :

Introduction :

Suite à la réalisation en 2012 d'une cartographie des risques de notre circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS) par l'outil Interdiag DM (ANAP) nous avons mis en place une nouvelle organisation dont les points d'amélioration (avec indicateurs de suivi) ont porté sur : Mise en conformité réglementaire des procédures du circuit des DMS ; Réaménagement des locaux de la pharmacie (surface, ergonomie et sécurité) selon la classification CLADIMED ; Mise à jour en temps réel des dotations et du livret des DMS ; Amélioration de la gestion des stocks de la PUI ; Un nouvel Interdiag DM a été réalisé à l'issue de cette réorganisation en 2014. Notre objectif est de comparer les résultats 2012 et 2014 et d'évaluer la sensibilité et l'intérêt de l'outil Interdiag DM comme indicateur pertinent dans le suivi de l'amélioration du circuit.

Matériels et méthodes :

Réaliser de deux cartographies Inter diag DM en 2012 et 2014, en se focalisant sur les chapitres spécifiques à la PUI et ses retentissements sur les unités de soins et comparer quantitativement les améliorations avec les % de risque objectivés.

Résultats :

Le questionnaire Inter Diag DM révèle une légère amélioration de la maîtrise des risques de la demande au stockage à la PUI (76 % en 2012 ; 84 % en 2014), de l'organisation de la délivrance (82 % en 2012 ; 88 % en 2014) et de la gestion des stocks dans l'unité de soins (55 % en 2012 ; 88 % en 2014). Or, sur un plan pratique, la réorganisation a permis : un rangement des DMS plus homogène, la séparation spatiale des DM et des solutés massifs, la libération des voies de passage (exigences de la sécurité incendie), objectivés par un gain de surface de stockage(- 30 %) ; une meilleure ergonomie pour le personnel, une amélioration de la réponse aux services objectivée par une diminution des demandes en urgence (-43 %), un stock minimum de sécurité par référence permettant un taux de rotation de 30 jours, la diminution de la valeur du stock réel de la PUI (- 36 %), le suivi mensuel des taux de couverture ainsi que le suivi quotidien de la valeur du stock en fonction d'un plafond autorisé +/- 10 % (jamais dépassé en 1 an).

Discussion :

L'amélioration de la sécurisation du circuit des DMS est objectivée par les résultats des indicateurs internes représentatifs de l'activité. Les résultats Interdiag DM sont moins significatifs, cet outil cartographique montre qu'il est discriminant pour le circuit complet (de la réception des DMS à la PUI à la pratique de soins dans les US), mais non discriminant sur la seule amélioration interne à la PUI.

Mots-clés :

Dispositifs médicaux, Gestion des risques, Amélioration qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Pharmacie clinique et pharmacocinétique

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 95

Titre :

Les inhibiteurs de la pompe à protons : prévalence, indications, facteurs prédictifs du bon usage dans des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Auteurs :

Guesdon N.⁽¹⁾, Legardinier C.⁽²⁾, Saint Edward K.⁽²⁾, Marie C.⁽³⁾, Boyer N.⁽⁴⁾, Lacombe K.⁽²⁾, Kowalski V.⁽²⁾, Baudon M.*⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Gériatrie, CHU Caen, Caen

⁽²⁾ Médecine générale, CHU Caen, Caen

⁽³⁾ Gériatrie, SSR Korian, Ifs

⁽⁴⁾ Médecine générale, Cabinet libéral, Villedieu-les-Poêles

⁽⁵⁾ Pharmacie, CHU Caen, Caen

Résumé :

Introduction :

Le rapport Verger en 2013 met en avant la démarche de prévention de la iatrogénie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) aux effets indésirables graves, à moyen et long terme, représentent l'une des classes thérapeutiques les plus prescrites en France. L'objectif principal de l'étude est de préciser la prévalence des IPP chez les personnes âgées vivant en EHPAD dans notre région. L'objectif secondaire est de déterminer les indications et les facteurs prédictifs de bon usage des IPP.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle, multicentrique, de type un jour donné. La participation au projet a été proposée aux EHPAD de plus de 30 résidents de la région.

Résultats :

27 EHPAD ont participé à l'étude. 804 résidents ont été inclus. La prévalence du traitement par IPP était de 33,6 % (n = 272). Dans environ 40 % des cas, l'indication du traitement par IPP n'était pas mentionnée dans le dossier patient (n = 108). Dans 52,4 % des cas, les indications étaient conformes aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (n = 86) et dans 40,9 % des cas, les indications étaient dites « borderline » (n = 67). Aucun facteur prédictif de bon usage des IPP n'a pu être identifié.

Conclusion :

Ce travail a mis en évidence une prescription importante des IPP dans les EHPAD de notre région dans une grande majorité des cas sans conformité aux recommandations HAS actuelles et sans facteurs prédictifs de bon usage identifiés. Il nous apparaît nécessaire d'établir des recommandations claires sur la prescription des IPP.

Mots-clés :

Bon usage des IPP, Prévalence des IPP, Iatrogénie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impacts de la conciliation médicamenteuse dans un service de médecine : diminution des erreurs d'anamnèses médicamenteuses

Auteurs :

Farbos F.*⁽¹⁾, Dalia E.⁽²⁾, Abadie A.⁽²⁾, Gautié L.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens

⁽²⁾ Pharmacie, Hôpital Joseph Ducuing, Toulouse

Résumé :

Introduction :

Les événements indésirables médicamenteux représentent actuellement l'une des principales causes de préjudice ou de décès dans les systèmes de santé. Les points de transition du parcours de santé (entrée, sortie, transfert entre services) constituent des points critiques en ce qui concerne la prévention du risque iatrogène. La conciliation est un processus interactif qui garantit la continuité des soins en intégrant les traitements en cours du patient à une nouvelle prescription. Elle permet de sécuriser l'organisation de la prise en charge médicamenteuse afin de lutter contre la iatrogénie. L'objectif de cette étude est d'évaluer la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse et de détailler l'impact des différentes divergences non intentionnelles retrouvées dans la prise en charge des patients.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive prospective monocentrique d'une durée de trois mois. Nous avons inclus tous les patients hospitalisés dans le service de Médecine hormis ceux relevant d'une prise en charge palliative à leur arrivée.

Résultats :

Nous avons inclus 131 patients dont 74 femmes. L'âge moyen est de 54,9 ans (écart-type (ET) = 19). Le délai entre l'entrée du patient et la conciliation est en moyenne de 1,3 jour (ET = 0,8). Les trois principales sources ayant permis l'élaboration du bilan médicamenteux optimisé sont l'entretien avec le patient (92 %), l'inspection des traitements apportés (39,7 %) et le dossier pharmaceutique (30,5 %). La durée moyenne de l'entretien est de 12,5 minutes (ET = 4,5). Au total, nous avons observé 26 divergences non intentionnelles dont 19 omissions, 2 erreurs de dosages, 3 erreurs de posologies et 2 erreurs de spécialités. Elles intéressent en particulier la non reconduction des traitements à visée cardiovasculaire et du système nerveux de la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC).

Discussion :

La conciliation constitue une démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients (recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)). Cette approche pluridisciplinaire constitue un véritable atout dans la lutte contre la iatrogénie. Cette étude s'inscrit directement dans le projet de l'établissement qui objective une extension à tous les services de soins de la conciliation des traitements médicamenteux d'entrée en vue de la prochaine certification HAS v 2014.

Mots-clés :

Conciliation des traitements médicamenteux, Garantie de la qualité des soins de santé, Communication pluridisciplinaire

Références :

[1] Manuel de certification des établissements de santé HAS version 2010 révisée janvier 2014

[2] Traynor et al. Am J Health Syst Pharm, 68, (5) : 368-372 (2011)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt de la conciliation médicamenteuse de sortie (CMS) dans la continuité du parcours de soin

Auteurs :

Masquin H.*⁽¹⁾, Leroy S.⁽¹⁾, Fournier C.⁽¹⁾, Defebvre R.⁽²⁾, Rasolofomamonjy J.⁽²⁾, Hamelin A.⁽³⁾, Lemerrier F.⁽³⁾, Tchangaikao S.⁽³⁾, Orhon S.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Saint-Nazaire, Saint-Nazaire

⁽²⁾ Gériatrie 3, CH Saint-Nazaire, Saint-Nazaire

⁽³⁾ Médecine polyvalente, CH Saint-Nazaire, Saint-Nazaire

Résumé :

Introduction :

L'absence de sécurisation du relais hôpital-ville est une source d'erreurs médicamenteuses. L'objectif de la CMS est de transmettre les informations exactes et complètes des modifications de traitements aux professionnels de santé de la ville.

Patients et méthodes :

Le processus de CM couvre 45 lits dans 2 services : gériatrie et médecine polyvalente Les points clés du processus de CM à la sortie du patient sont les suivants :

- Collaboration avec le prescripteur hospitalier lors de la rédaction de l'ordonnance de sortie (à l'aide de la fiche de conciliation rédigée à l'admission du patient)
- Information aux correspondants libéraux via un courrier de CMS
- Information du patient sur son nouveau traitement avec remise d'un plan de prise
- Recueil de l'opinion des pharmaciens officinaux sur l'utilité du courrier de CMS

Résultats :

En deux mois, 320 patients ont été soumis au processus de CM via un score d'éligibilité : 26 % (82/320) sont conciliables et 25 % (79/320) ont été conciliés à l'entrée. Le courrier de CMS a été envoyé au médecin traitant pour 71 % (56/79) des patients conciliés et pour 37 % (21/56) adressé à l'officine lorsque celle-ci était connue. 6 % (5/79) des patients ont bénéficié d'un plan de prise médicamenteuse expliqué lors d'un entretien avec un pharmacien hospitalier (à la demande du médecin hospitalier). Les officinaux sollicités qualifient la démarche d'utile car elle leur permet une meilleure prise en charge de leurs patients.

Discussion :

La CMS est un processus chronophage mais qui sécurise la sortie du patient. Elle apporte une aide au prescripteur hospitalier dans la rédaction de l'ordonnance de sortie. Le médecin de ville peut prendre connaissance de l'évolution des traitements et préserver le bénéfice des optimisations thérapeutiques réalisées durant l'hospitalisation [1]. La CMS permet au pharmacien d'officine d'optimiser son acte de dispensation. Cependant, certains patients sont perdus de vue et le courrier de CMS arrive parfois à l'officine après que l'ordonnance de sortie du patient ait été délivrée. Nous envisageons d'envoyer ce courrier par fax ou par messagerie sécurisée pour accélérer cette transmission d'informations et d'interroger les médecins généralistes sur leur ressenti vis à vis de ce courrier. Par ailleurs, une rencontre auprès des professionnels libéraux est programmée en mai 2015 afin de faire connaître notre démarche qui est en cours de déploiement dans un autre service de médecine.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Résumés de sortie des patients, Erreurs médicamenteuses

Références :

[1] Mélanie Moulis-Rivière. Conciliation médicamenteuse de sortie en gériatrie : impact de la transmission hôpital-ville d'un bilan médicamenteux sur le maintien des optimisations thérapeutiques. Pharmaceutical sciences. 2014

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Utilisation de la Gabapentine dans les troubles du comportement liés aux maladies neurodégénératives

Auteurs :

Cotteret C.*⁽¹⁾, Legendre C.⁽²⁾, Tersen I.⁽¹⁾, Beaussier H.⁽³⁾, Bezie Y.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, GH Paris Saint-Joseph, Paris

⁽²⁾ Gériatrie aigue, GH Paris Saint-Joseph, Paris

⁽³⁾ Centre de recherche clinique, GH Paris Saint-Joseph, Paris

Résumé :

Introduction :

Les troubles du comportement liés aux maladies neurodégénératives sont essentiels à prendre en compte dans la prise en charge médicale et sociale des patients. La prise en charge médicamenteuse n'intervient qu'en 2^{ème} ligne après échec de soins non médicamenteux. Les psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques et hypnotiques) ont une balance bénéfice-risque défavorable. La Gabapentine apparaît comme une alternative dans cette indication (hors AMM). L'objectif est de réaliser une étude observationnelle sur l'utilisation de la Gabapentine dans les troubles du comportement liés aux maladies neurodégénératives dans un service de Gériatrie Aigüe.

Matériels et méthodes :

L'étude rétrospective porte sur les patients hospitalisés en Gériatrie et traités par Gabapentine pour un trouble du comportement. Ont été évalués : type et stade de la démence, nature des troubles et leur évolution, lignes de traitement antérieures et posologie, éventuels effets indésirables et contre-indications. La description et quantification des troubles (scores, critères subjectifs...) ont été évalués.

Résultats :

22 patients ont été inclus dans l'étude (moyenne d'âge : 87,7 ans). La population étudiée est majoritairement féminine (91 %). Pour 50 % des patients, les troubles cognitifs sont d'étiologie indéterminée. 4 patients sont diagnostiqués comme Alzheimer probable, 3 patients présentaient une Démence à Corps de Lewy, 1 patient une Démence Parkinsonienne idiopathique et 4 patients n'ont pas de diagnostic de démence dans leur dossier. Les troubles du comportement rapportés sont : principalement des inversions du rythme nyctéméral, agressivité, agitation et hallucinations associés généralement à un syndrome anxio-dépressif. La Gabapentine a été initiée à faible posologie (310 mg/j en moyenne répartis en 2 ou 3 prises) et une amélioration des troubles a été rapportée dans 45 % des cas. Aucune interaction médicamenteuse cliniquement significative n'a été retrouvée et seul un doute sur une thrombopénie a été relevé. En l'absence d'évaluation objective, l'amélioration a été rapportée par l'équipe soignante, les internes et les médecins du service, le psychiatre et les médecins de Soins de suite et réadaptation.

Discussion :

Cette étude montre un intérêt potentiel de la Gabapentine dans cette indication hors AMM avec un profil de sécurité intéressant en gériatrie. Cette étude non comparative nécessite des études complémentaires randomisées en soins courants pour permettre de mieux objectiver les résultats à partir de score validés.

Mots-clés :

Maladies neurodégénératives, Gabapentine, Troubles du comportement

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Le livret thérapeutique à l'origine d'un risque iatrogénique ?

Auteurs :

Gerard M.*⁽¹⁾, Baudoin A.⁽²⁾, Debruyne AL.⁽²⁾, Malet D.⁽²⁾, Queuille E.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH la Côte Basque, Bayonne

⁽²⁾ Pharmacie, CH Charles Perrens, Bordeaux

Résumé :

Introduction :

A l'hôpital, le livret thérapeutique regroupe l'ensemble des traitements référencés en fonction des marchés. Certaines substitutions ou équivalences pharmaceutiques sont naturellement réalisées à l'entrée du patient en hospitalisation. Et qu'en est-il à la sortie ? Les prescripteurs reprennent-ils le traitement d'entrée ou laissent-ils le médicament référencé à l'hôpital avec tout le risque possible de doubles prises, ou d'absence de prises, à domicile, en cas de non compréhension du patient ?

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective, menée sur les prescriptions de sortie des sujets âgés de plus de 65 ans, hospitalisés en gérontopsychiatrie, et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse de sortie. Les données, saisies sur une base Excel®, ont été recueillies sur les fiches de conciliation intégrées dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) et sur la fiche de liaison « Hôpital-Ville ». Ont été renseignés : les médicaments non référencés à l'hôpital présents sur la prescription à l'entrée du patient, le devenir de ces médicaments (substitution, équivalence ou non modification) et la reprise, ou non, du traitement « initial » à la sortie d'hospitalisation.

Résultats :

Sur 7 mois, 88 patients ont été conciliés avec un sexe ratio H/F de 0,60 et un âge moyen 78 ans (min : 65 – max : 93). Lors de l'hospitalisation, 88 spécialités ont été substituées. A la sortie, un maintien de l'équivalence a été observé pour 67 lignes (76 %) versus un switch sur le traitement initial pour 21 lignes (24 %). Les classes ATC des médicaments concernés (dits « Hors livret ») ont été respectivement, la voie « A : Voies digestives et métabolisme » (39 %), « C : Système cardiovasculaire » (33 %) et « S : Organes sensoriels » (12,5 %).

Discussion :

Ces résultats montrent qu'il nous faut davantage anticiper la prescription de sortie de manière concomitante à la conciliation médicamenteuse. Dans le cadre du développement du lien « Hôpital-Ville », il semble essentiel de travailler au sein de nos établissements, sur les prescriptions de sortie en sensibilisant les cliniciens au risque iatrogénique engendré par les substitutions et équivalences en lien avec le livret thérapeutique. Suite à ce travail, nous avons inclus une sensibilisation des nouveaux internes, sur ce thème, lors de leur journée d'accueil. Une simplification des manipulations informatiques du logiciel de prescription est également nécessaire afin de faciliter cette démarche lors de la sortie.

Mots-clés :

Bilan comparatif des médicaments, Equivalence thérapeutique, Communication interdisciplinaire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de l'usage des facteurs de croissance granulocytaire dans un centre de lutte contre le cancer

Auteurs :

Picard A.*, Duban M., Schmitt A.

Pharmacie, Centre Georges François Leclerc, Dijon

Résumé :

Introduction :

La neutropénie fébrile (NF) est une complication fréquente des chimiothérapies conventionnelles qui entraîne souvent une diminution de la dose-intensité du traitement, compromettant alors les bénéfices pour le patient. En diminuant les épisodes de neutropénie, les durées d'hospitalisation et les consommations d'antibiotiques, les facteurs de croissance granulocytaire (G-CSF) ont montré un intérêt majeur. L'objectif de notre étude était de confronter l'utilisation du G-CSF aux recommandations internationales afin d'améliorer la qualité des pratiques dans un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC).

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective des prescriptions de G-CSF chez des patients adultes atteints de tumeurs solides hospitalisés dans un CLCC de janvier 2011 à décembre 2012. Le G-CSF utilisé était le filgrastim sous forme de biosimilaire (Zarzio®). L'analyse des prescriptions a été réalisée avec les recommandations issues des guides de l'ASCO, du NCCN et de l'EORTC en tenant compte de 3 critères : le taux de polynucléaires neutrophiles avant la cure de G-CSF, le risque de NF lié au protocole de chimiothérapie et l'objectif du traitement de chimiothérapie, curatif ou palliatif.

Résultats :

99 prescriptions nominatives de G-CSF ont été étudiées. Les localisations tumorales les plus fréquentes nécessitant un G-CSF étaient la vessie (19 %), le colon (16 %) et la prostate (15 %). 54 % des prescriptions de G-CSF étaient curatives, 22 % en prophylaxie primaire et 24 % en prophylaxie secondaire. 50 % des prescriptions ont été évaluées conformes aux recommandations, 48 % non conformes et 2 % non évaluables. Les causes de non-conformité des prescriptions étaient une indication curative de G-CSF chez un patient non neutropénique (73 %), une prophylaxie secondaire du G-CSF chez un patient recevant une chimiothérapie palliative (20 %) et une prophylaxie primaire du G-CSF chez un patient recevant un protocole à risque inférieur à 10 % d'induire une NF (7 %).

Discussion :

L'évaluation menée a permis d'identifier les progrès à réaliser quant à l'utilisation du G-CSF dans l'établissement vis-à-vis des recommandations. Le cadre particulier de l'hospitalisation permet d'expliquer nos résultats notamment par la confusion entre situation curative et prophylaxie sur l'ordonnance. En prophylaxie secondaire chez les patients en situation palliative et pour lesquels une réduction de la dose-intensité n'est plus préjudiciable à leur survie, la prescription de G-CSF devrait néanmoins être réévaluée.

Mots-clés :

Neutropénie fébrile induite par la chimiothérapie, Facteur de stimulation des colonies de granulocytes, Recommandations de consensus

Références :

- [1] Aapro MS et al. Eur J Cancer, 47, (1) : 8-32 (2011)
- [2] Crawford J et al. Ann Oncol, 21, (Suppl 5) : 248-51 (2010)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bon usage des chimiothérapies per os : s'appuyer sur les acteurs de santé à l'hôpital et en ville !

Auteurs :

Coursier S.*⁽¹⁾, Chavanon M.⁽¹⁾, Bourdelin M.⁽¹⁾, Colomb C.⁽²⁾, Odier L.⁽²⁾, Bontemps H.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

⁽²⁾ Oncologie ambulatoire, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

Résumé :

Introduction :

En cancérologie dans notre établissement, les patients bénéficient depuis 3 ans d'un entretien auprès d'un infirmier pivot qui reprend notamment les traitements. Dans le but de développer une démarche d'ETP pour les patients sous chimiothérapie per os et d'initier un lien entre la pharmacie à usage intérieur et les officines de notre secteur de soins, un projet d'entretiens pharmaceutiques avec relai en ville a été initié début 2014.

Matériels et méthodes :

Des outils ont été créés pour faciliter les échanges entre les professionnels hospitaliers et ambulatoires. Une fiche de synthèse médicale du patient reprend son parcours thérapeutique. Une fiche de validation des compétences comprenant 4 niveaux d'acquisition et 11 items est remplie initialement lors de l'entretien hospitalier réalisé en binôme pharmacien/infirmier. Ces deux sources d'informations sont transmises au pharmacien d'officine après accord du patient, accompagnées de données sur la molécule concernée. L'officinal connaît ainsi la prise en charge du patient et les compétences non acquises vis-à-vis de son traitement lors de l'entretien initial. La progression du patient au cours du second entretien est tracée et remonte vers les professionnels hospitaliers. Notre étude porte sur l'ensemble des patients non institutionnalisés sous chimiothérapie orale disponible en ville. L'inclusion a lieu sur demande de l'oncologue médical ou de l'infirmier pivot, suite à la présentation de leur dossier en RCP ou suite à l'activité de validation pharmaceutique quotidienne transversale sur l'établissement.

Résultats :

22 patients ont été inclus sur 5 mois. Le traitement venait d'être initié dans 73 % des cas. 8 molécules différentes ont été recensées. La totalité des 22 officinaux contactés a accepté de participer à l'étude. 10 questionnaires officinaux de validation des compétences acquises ont été exploitables sur les 17 possibles (5 patients sont décédés avant le second entretien). Une amélioration de 30 % des niveaux d'acquisition entre les 2 entretiens a été mise en évidence. La crainte majeure des officinaux portait sur un manque de connaissances sur les thérapeutiques, ce qui a motivé la création d'un réseau de formation. Une soirée accès sur la prise en charge des cancers pulmonaires a été réalisée par 4 intervenants hospitaliers et a mobilisé 30 pharmaciens d'officine.

Discussion :

Ce travail s'inscrit dans le troisième plan cancer, en initiant des actions de communication sur le bon usage des thérapeutiques personnalisées. Elle s'appuie sur les professionnels de premier recours pour le suivi et la sécurisation de l'utilisation des chimiothérapies orales.

Mots-clés :

Chimiothérapie, Education thérapeutique, Communication

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prise en charge du paludisme chez les migrants : expérience d'un centre hospitalier frontière

Auteurs :

Barus R.*⁽¹⁾, Danicourt F.⁽¹⁾, Granry S.⁽¹⁾, Janvier E.⁽¹⁾, Feutry A.⁽¹⁾, Bayekula J.⁽²⁾, El Mouden M.⁽³⁾, Battist F.⁽³⁾, Monard F.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Calais, Calais

⁽²⁾ Réanimation, CH Calais, Calais

⁽³⁾ Service d'accueil et de traitement des urgences, CH Calais, Calais

Résumé :

Introduction :

L'augmentation du nombre de migrants hospitalisés provenant de zones endémiques en 2014, a conduit à la prise en charge inhabituelle d'un nombre croissant de cas de paludisme au sein de notre centre hospitalier. Face à l'émergence de cas résistants aux antipaludéens, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a établi des recommandations en 2011 pour le traitement de cette pathologie potentiellement mortelle (20 à 25 décès par an en France métropolitaine). L'objectif de cette étude est de montrer si les prescriptions d'antipaludéens sont conformes à ces recommandations.

Patients et méthodes :

Une étude rétrospective a été menée à partir des données de l'année 2014 du Département d'Information Médicale et du Dossier Patient Informatisé. Ainsi, 37 patients impaludés ou ayant eu des prescriptions d'antipaludéens ont été recensés, parmi lesquels 30 ont été inclus (28 migrants et 2 touristes). 7 ont été exclus (5 diagnostics infirmés par la biologie, 2 erreurs de codage). Pour l'ensemble des cas, la présence de vomissements a été recherchée. Pour les cas à *Plasmodium falciparum* et à *P. vivax*, la présence de critères de gravité a également été recherchée. Le traitement des accès palustres a ensuite été confronté aux recommandations de l'OMS.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 21,7 ans [9-38 ans] ; venant d'Erythrée en majorité (18/30). 4 espèces de *Plasmodium* ont été retrouvées, avec la répartition suivante : 21 *P. vivax* (70,0 %), 4 *P. falciparum* (13,3 %), 4 *P. ovale* (13,3 %), 1 *P. malariae* (3,3 %). 14 accès palustres ont été classés graves (APG) : 3 à *P. falciparum* (75,0 % des cas à *P. falciparum*) et 11 à *P. vivax* (52,4 % des cas à *P. vivax*). Le traitement spécifique instauré était conforme aux recommandations pour 16 cas sur 30 (53,3 %). Les recommandations étaient respectées pour 9 APG sur 14 (64,3 %). Aucun décès n'a été recensé.

Discussion :

La prise en charge des cas de paludisme doit être améliorée. Certains critères de gravité sont parfois discutés par les cliniciens, au vu de la population particulière de patients.

Conclusion :

Cette étude a permis de revoir les recommandations avec les praticiens concernés (urgentistes, réanimateurs et pharmaciens). Concernant l'arsenal thérapeutique, la chloroquine a été d'emblée mise à disposition. Le référencement de l'association artemether-lumefantrine pour le traitement des formes à *P. falciparum* non compliquées sans vomissement apparaît nécessaire. Se pose désormais la question de disposer d'un stock d'urgence d'artesunate injectable.

Mots-clés :

Paludisme, Migrants, Thérapeutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de la conformité de la prise en charge des neutropénies fébriles post-chimiothérapie et de l'impact sur la suite de la prise en charge du patient cancéreux

Auteurs :

Ameye T.*, Libessart M., Wanat S., Schmit B.

Pharmacie, CH Beauvais, Beauvais

Résumé :

Introduction :

La neutropénie fébrile (NF) post-chimiothérapie est une complication potentiellement fatale chez le patient cancéreux et nécessite l'instauration d'un traitement antibiotique voire d'un facteur de croissance hématopoïétique (G-CSF). L'objectif de l'étude est d'évaluer la conformité des pratiques par rapport au référentiel de l'établissement (validé en commission des anti-infectieux) et l'impact de la survenue d'une NF sur la suite de la prise en charge.

Patients et méthodes :

Une étude rétrospective a été menée sur une période d'un an, chez les patients hospitalisés ayant présenté un épisode de fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et une neutropénie $\leq 500/\text{mm}^3$ suite à une chimiothérapie. Le questionnaire, validé par un oncologue, consistait à répertorier la prise en charge médicamenteuse initiale (antibiothérapie, durée, recours au G-CSF) ainsi que le suivi de la prise en charge (adaptation posologique, report de cure...).

Résultats :

Quarante patients (âge moyen = 66,7 ans) ont été inclus (cancer hématologique = 40 %, digestif = 20 % et pulmonaire = 17,5 %). La durée moyenne de l'aplasie était de 3,7 jours et celle de la fièvre de 3,2 jours. Dans 55 % des cas, l'antibiothérapie instaurée initialement était une bithérapie à large spectre, avec une durée moyenne de 4,7 jours. Elle était conforme dans 77,5 % des cas (les non conformités sont la prescription d'un antibiotique non recommandé par le référentiel local = 89 % et l'absence de vancomycine pour une suspicion d'infection sur cathéter = 11 %). L'antibiothérapie a été réévaluée dans 89 % des cas et un antifongique a été ajouté dans 7,5 % des cas. Une prescription de G-CSF, instaurée dans 75 % des cas, (durée moyenne de 4,7 jours) était conforme dans 73 % des cas (5 sous-dosages et 3 surdosages). Après cet épisode de NF, le protocole de chimiothérapie, bien que maintenu pour 55 % des patients, a nécessité une diminution de dose pour 35 % d'entre eux et un report de la cure suivante pour 45 %. Le protocole a été remplacé dans 37 % des cas.

Discussion :

La prise en charge des NF est très majoritairement conforme mais sa standardisation peut encore être optimisée. Une restitution de ces résultats est programmée afin de sensibiliser les prescripteurs, notamment au bon usage des antibiotiques. Le but est de favoriser l'efficacité de la thérapeutique et la maîtrise de l'écologie bactérienne de l'établissement. De plus, la présence d'un interne en pharmacie au sein du service permettrait d'apporter une aide dans la stratégie anti-infectieuse.

Mots-clés :

Neutropénie fébrile post-chimiothérapie, Anti-infectieux, Facteur de croissance hématopoïétique

Références :

[1] Aapro MS et al. Eur J Cancer Oxf Engl, 47, (1) : 8-32 (2011)

[2] De Naurois J et al. Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO, 21, (5) : 252-6 (2010)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Création d'une grille stop and start d'aide à la décision dans la prescription des antibiotiques critiques

Auteurs :

Cotroneo I.*⁽¹⁾, Debarre C.⁽²⁾, Franceschi A.⁽²⁾, Provot S.⁽³⁾, de Bouët du Portal H.⁽²⁾, Lanoue MC.⁽²⁾

⁽¹⁾ PUI Bretonneau, CHRU Tours, Tours

⁽²⁾ Cellule de coordination, OMÉDIT Centre, Tours

⁽³⁾ Pui Clocheville, CHRU Hôpitaux de Tours, Tours

Résumé :

Introduction :

Notre comité régional anti-infectieux (CRAI) a pour mission de garantir le bon usage des antibiotiques. Suite à la publication de la liste des antibiotiques critiques par l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) en 2013, la CRAI a décidé de réévaluer la politique régionale de bon usage de ces antibiotiques critiques. Les objectifs sont de déterminer la place des antibiotiques critiques dans la prise en charge médicamenteuse et de proposer des alternatives thérapeutiques quand cela est jugé nécessaire.

Matériels et méthodes :

La CRAI a créé une grille stop and start listant, pour chaque antibiotique critique, les indications thérapeutiques et son positionnement avant réévaluation. Pour chaque indication, la place de l'antibiotique critique a été réévaluée lors des réunions pluridisciplinaires de la CRAI (composées de médecins, pharmaciens, biologistes, référents antibiothérapie, ...). Pour chaque indication, si l'antibiotique critique pouvait être utilisé, un feu vert (start) était noté dans la grille, si des restrictions d'utilisation ont été définies, le feu est orange et s'il ne doit plus être utilisé, le feu est rouge (stop). En cas de feu orange ou rouge, une alternative thérapeutique est proposée.

Résultats :

La première grille stop and start a été créée pour l'association amoxicilline et acide clavulanique. En se basant sur les autorisations de mise sur le marché, 17 indications ont été réévaluées. Au final, la CRAI a déterminé 3 feux verts (start), 5 feux oranges et 9 feux rouges (stop). Les principales alternatives thérapeutiques proposées sont soit la pristinamycine, soit l'amoxicilline, soit l'association spiramycine et métronidazole, soit renvoient aux nouvelles recommandations de la SPILF.

Discussion :

Le bon usage des antibiotiques est primordial afin de préserver leur efficacité, et cette nécessité est renforcée avec la notion d'antibiotique critique. Les 82 % de stop (feux oranges ou rouges) définis par la CRAI soulignent l'existence d'alternatives thérapeutiques permettant de préserver ces antibiotiques critiques et l'intérêt d'un positionnement régional pour faciliter leur bon usage. Cependant, il n'a pas toujours été évident de proposer des alternatives thérapeutiques ne faisant pas partis de cette liste. Il faut être vigilant à ne pas transférer les risques sur d'autres classes d'antibiotiques non identifiés actuellement comme critiques. Suite à ce travail, les fiches de bon usage régionales vont être mises à jour et la démarche stop and start sera poursuivie pour les autres antibiotiques critiques.

Mots-clés :

Antibiotiques, Bon usage, Efficacité

Références :

[1] ANSM. Rapport d'expertise "Caractérisation des antibiotiques considérés comme « critiques»". Novembre 2013. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/content/download/56371/725211/version/1/file/Rapport_Antibiotiques-Critiques_Novembre2013.pdf

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Revue de pertinence sur l'utilisation des carbapénèmes : troisième tour d'évaluation

Auteurs :

Kienlin AL.*⁽¹⁾, Talansier JL.⁽¹⁾, Hermitte-Gandolière A.⁽¹⁾, Robert C.⁽²⁾, Gustin B.⁽¹⁾, Rondelot G.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Hôpital de Mercy, Ars-Laquenexy

⁽²⁾ Médecine polyvalente, Hôpital de Mercy, Ars-Laquenexy

Résumé :

Introduction :

L'évolution des résistances bactériennes laisse craindre des cas d'impasses thérapeutiques dans le futur si l'utilisation des antibiotiques n'est pas raisonnée. Cette étude vise à améliorer la prescription des carbapénèmes dans l'établissement.

Matériels et méthodes :

Cette évaluation des pratiques professionnelles est une étude prospective, multicentrique, de type revue de pertinence. Il s'agit du troisième tour de l'étude, qui fait suite au travail réalisé sur l'établissement (1 600 lits) en 2010 et 2011. Toute prescription de carbapénème durant la période d'étude est recueillie. Chaque patient fait l'objet d'une fiche de recueil de données à partir de son dossier médical. Les fiches sont ensuite évaluées par rapport au référentiel par un binôme d'experts et se voient attribuer un Index d'Adéquation Thérapeutique (IAT), plus l'IAT est proche de 0 plus la prescription est conforme. Les données sont saisies et analysées sur le logiciel d'études statistiques Sphinx®.

Résultats :

L'évaluation porte sur 35 prescriptions au 3^e tour recueillies sur une période de deux mois (45 au 1^{er} tour et 40 au 2^e tour). Le taux de conformité de l'indication de la prescription observé est élevé et en augmentation (75,6 % soit 34/45 au 1^{er} tour et 85,5 % soit 34/40 au 2^e tour versus 91,4 % de conformité soit 32/35 au 3^e tour). Une diminution du taux de réévaluation du traitement après 48-72h justifiée dans le dossier du patient est au contraire notée (31,1 % de non-conformité soit 14/45 au 1^{er} tour, 35 % soit 14/40 au 2^e tour et 62,9 % soit 22/35 au 3^e tour). L'augmentation de l'IAT moyen passant de 1,74 au 1^{er} tour et 1,38 au 2^e tour à 2,3 au 3^e tour traduirait un essoufflement du processus d'amélioration.

Discussion :

L'augmentation de la conformité des prescriptions au 3^e tour pourrait s'expliquer par la présence récente du médecin infectiologue référent en antibiothérapie sur l'établissement. L'étude pose la question de la bonne utilisation du dossier patient informatisé, de la place de l'ertapenem et des alternatives aux carbapénèmes dans la stratégie antibiotique actuelle ainsi que de la fréquence des mesures des concentrations minimales inhibitrices sur les antibiogrammes. Le traitement des infections sévères dans un contexte de portage de bactéries sécrétrices de Bétalactamases à Spectre Étendu (BLSE) documenté après écouvillonnage a été rediscuté.

Conclusion :

L'étude a permis le développement d'aides à la prescription informatique des carbapénèmes (notamment l'encadrement des indications) et d'actions de sensibilisation des prescripteurs visant à relancer la dynamique d'amélioration amorcée lors des deux premiers tours.

Mots-clés :

Revue de pertinence, Multirésistance bactérienne, Anti-infectieux

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Suivi pharmaceutique des prescriptions de l'entrée à la sortie des patients en service de médecine gériatrique

Auteurs :

Jandot E.*⁽¹⁾, Bel Kamel A.⁽¹⁾, Buatier H.⁽²⁾, Elodie JB.⁽¹⁾, Bonnefous JL.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Fleyriat, Bourg-en-Bresse

⁽²⁾ Gériatrie, CH Fleyriat, Bourg-en-Bresse

Résumé :

Introduction :

La polypathologie et la polymédication et les modifications physiologiques et pharmacocinétiques liées à l'âge rendent le patient âgé (PA) sensible aux événements indésirables médicamenteux (EIM). Les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) peuvent être une cause majeure d'EIM. Pour limiter les prescriptions inappropriées, un suivi pharmaceutique (SP) des patients de l'entrée à la sortie a été mis en place en mai 2014 dans le service de court séjour de médecine gériatrique. L'objectif du travail a été d'évaluer la pertinence des prescriptions médicamenteuses et l'évolution du taux de MPI dans le service de médecine gériatrique de l'entrée à la sortie du PA.

Matériels et méthodes :

Le SP des patients comprenait une revue des thérapeutiques associée à l'analyse de la concordance des traitements de l'entrée à la sortie des patients et une visite hebdomadaire avec les prescripteurs. Lors du SP, les MPI et prescriptions inappropriées ont été identifiés d'après la liste STOPP-START [1] et l'expertise pharmaceutique. Une fiche d'optimisation pharmaceutique (FOP) formalisée reprenant les principales caractéristiques du patient et l'intervention pharmaceutique (IP) effectuée servait de support pour la discussion lors de la visite. Une analyse de l'évolution du taux de MPI a été réalisée sur le SP effectué de novembre 2014 à janvier 2015.

Résultats :

Le SP des patients à l'entrée et à la sortie a été effectuée sur 171 patients (âge $86 \pm 6,2$ ans, clairance rénale 59 ± 22 ml/min). A l'entrée, les patients avaient $6,6 \pm 3,3$ lignes de prescription contre $6,2 \pm 2,9$ lignes de prescription à la sortie. A l'entrée, 36,3 % des patients avaient une prescription de MPI contre 22,8 % à la sortie, principalement des anxiolytiques à demi-vie longue (19 %), ou étant prescrits à pleine dose (23 %), ou ayant des propriétés anti-cholinergiques (19 %). Au total, 40 IP ont été émises (taux d'IP à l'entrée 13 % contre 7 % durant le séjour et à la sortie). Parmi les IP les plus pertinentes, 7 FOP ont été présentées durant la visite. Ces résultats ont été présentés aux gériatres.

Discussion :

Le suivi des MPI est un indicateur pertinent pour l'évaluation de la qualité des traitements en gériatrie. L'attention particulière portée sur les MPI et la FOP ont permis d'harmoniser et d'améliorer la pertinence des IP. Par la suite, les médecins de ville et les pharmaciens d'officine seront intégrés à ce SP. Par l'intermédiaire de courriers pharmaceutiques de sortie centrés sur des IP types, ce SP permettra de renforcer le lien ville-hôpital et de sensibiliser sur les traitements inappropriés des PA.

Mots-clés :

Prescription inappropriée, Sujet âgé, Services pharmaceutiques

Références :

[1] Gallagher P et al. Int J Clin Pharmacol Ther, 46, (2) : 72-83 (2008)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Conciliation médicamenteuse en sortie d'hospitalisation dans un service de médecine gériatrique : impact au sein de l'unité et auprès des médecins/pharmaciens de ville

Auteurs :

Ramon M.*⁽¹⁾, Terrier-Lenglet A.⁽¹⁾, Marquant B.⁽²⁾, Pelloquin N.⁽¹⁾, Devendeville A.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens

⁽²⁾ Médecine gériatrique, CHU Amiens-Picardie, Amiens

Résumé :

Introduction :

La conciliation médicamenteuse (CM) est un processus qui vise à sécuriser et à optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients aux différents points de transition. Elle a été expérimentée en sortie d'hospitalisation dans une unité de médecine gériatrique. L'objectif est d'évaluer son intérêt et son impact, recueillir et analyser l'avis des médecins traitants et pharmaciens d'officine concernés, et ainsi optimiser et améliorer ce processus.

Patients et méthodes :

Cette démarche a été effectuée par un interne en pharmacie, sur 3 mois. Elle consiste à comparer l'ordonnance de sortie avec celle d'entrée et des dernières 24h d'hospitalisation afin de mettre en évidence d'éventuelles divergences non intentionnelles (DNI) et de les corriger. Un tableau de synthèse des modifications faites au cours du séjour est ensuite réalisé et transmis avec un questionnaire de satisfaction aux professionnels de santé de ville, par le patient. Si possible, un entretien pharmaceutique est effectué avec celui-ci (MMS > 20) pour lui expliquer ces modifications.

Résultats :

65 patients, âgés de $87,3 \pm 5,7$ ans en moyenne, ont bénéficié de cette CM. La durée moyenne de réalisation est de 30 ± 12 minutes. Un entretien a été possible pour 54 % des patients. La comparaison de l'ordonnance de sortie avec celle d'entrée a mis en évidence 454 divergences, dont 33 DNI concernant 35 % des patients. 28 DNI ont été corrigées suite à la CM. La comparaison entre l'ordonnance de sortie et la prescription des dernières 24h a fait ressortir 174 divergences dont 10 DNI, concernant 14 % des patients. 9 DNI ont pu être corrigées. Concernant les questionnaires de satisfaction, 52 % de retour : 23 médecins et 45 pharmaciens. Ceux-ci quottent l'intérêt de ce tableau successivement 3,7 et 4,3/5. Au total, 81 % disent recevoir des informations intéressantes, 88 % estiment pouvoir gagner du temps, 38 % ont été interrogés par leur patient sur les modifications de traitement et parmi eux 88 % ont utilisé le tableau rédigé au cours de la CM pour répondre à leur patient.

Conclusion :

Au vu de ces résultats, cette démarche paraît utile et pertinente. En plus de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de sa sortie, elle permet de renforcer le lien ville-hôpital et la grande majorité des professionnels de ville incitent à son développement et sa poursuite. Une transmission du tableau la veille de la sortie a été sollicitée ainsi que le développement des entretiens pharmaceutiques avec les patients.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Gériatrie, Entretien

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Automédication chez la femme enceinte : étude descriptive au service de gynécologie obstétrique de l'EPS Aziza Othmana

Auteurs :

Ben Brahim C.*⁽¹⁾, Razgallah Khrouf M.⁽²⁾, Khrouf M.⁽³⁾, Bouattour H.⁽⁴⁾, Turki M.⁽⁵⁾, Zhioua F.⁽³⁾

⁽¹⁾ Faculté de pharmacie de Monastir, Monastir, Tunisie

⁽²⁾ Pharmacologie, Faculté de Pharmacie de Monastir, Monastir, Tunisie

⁽³⁾ Gynécologie obstétrique, Aziza Othmana, Tunis, Tunisie

⁽⁴⁾ Pharmacie, Aziza Othmana, Tunis, Tunisie

⁽⁵⁾ Pharmacologie, Faculté de Pharmacie de Monastir, Monastir, Tunisie

Résumé :

Introduction :

Les taux de la pratique d'automédication varient considérablement selon la population étudiée. Quoiqu'elle représente incontestablement un risque majeur pour les femmes en âge de procréer, l'automédication est plus répandue chez les femmes et ses taux durant la grossesse ont significativement augmenté dans le monde entier, surtout au cours des deux dernières décennies. Ainsi, notre étude a pour objectifs de déterminer la prévalence, les facteurs de risque et les raisons associés à l'automédication chez la femme enceinte dans une maternité tunisienne, ainsi que les situations dans lesquelles elle est pratiquée et les médicaments qu'elle concerne.

Patients et méthodes :

Notre étude s'est intéressée aux femmes enceintes venant en consultation prénatale à l'établissement public de soin « Aziza Othmana » à Tunis. Un questionnaire a été utilisé pour la collecte des données durant des entretiens directs.

Résultats :

La prévalence retrouvée était de 26,2 %. Les facteurs qui ont significativement influencé cette automédication sont le niveau d'instruction de la femme et sa pratique d'automédication en dehors de la grossesse. La perception d'une banalité des symptômes dont souffrent ces femmes est la motivation la plus importante à l'automédication majoritairement pratiquée suite à l'achat de médicaments directement en pharmacie. Les céphalées, les maux de gorge, la fièvre et le rhume sont, par ordre décroissant, les circonstances les plus fréquentes d'automédication chez l'échantillon de femmes étudié. Dans ces situations, elles choisissent majoritairement de se soigner par des médicaments d'allopathie, dont la classe la plus utilisée est celle des antalgiques, suivie de celles des décongestionnants nasaux et des antitussifs.

Discussion :

Il apparaît qu'un nombre important de femmes ont recours à l'automédication durant leur grossesse. Une banalisation des pathologies et des médicaments durant la grossesse a été observée lors de cette étude.

Conclusion :

Une mobilisation de tous les acteurs de la santé contre l'automédication semble être nécessaire.

Mots-clés :

Grossesse, Médicaments, Iatrogénie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La démarche de déprescription en gérontopsychiatrie : un effort permanent face à une polymédication toujours présente

Auteurs :

Granat C.*⁽¹⁾, Schadler L.⁽¹⁾, Calvet B.⁽²⁾, Pareaud M.⁽²⁾, Tallon E.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Esquirol, Limoges

⁽²⁾ Gérontopsychiatrie, CH Esquirol, Limoges

Résumé :

Introduction :

La polymédication chez la personne âgée augmente le risque iatrogénique, réduit l'observance et a un coût élevé. Mieux prescrire chez la personne âgée est un enjeu de santé publique. La démarche de déprescription notamment celle des psychotropes constitue un engagement fort des médecins du pôle de Gérontopsychiatrie. Des actions continues de formation et d'évaluation sont entreprises dans ce domaine. L'objectif de ce travail est d'objectiver la réalité de cette démarche.

Matériels et méthodes :

Cette étude, menée par l'interne en pharmacie, a été effectuée à partir de dossiers informatisés de patients. Elle fait suite à une première évaluation des pratiques réalisée en 2010. La même grille de recueil a été utilisée et concerne : le traitement avant hospitalisation, le traitement mis en place en début d'hospitalisation, la conduite de dé-prescription et la sortie d'hospitalisation.

Résultats :

54 dossiers patients ont été analysés en août 2014 représentant différentes pathologies telles que : la démence 44 %, la dépression 20 %, les troubles bipolaires 13 %. Au cours de l'hospitalisation, la stratégie « Psychotropes » est explicitée à 83 %. Un traitement par Neuroleptique est présent chez 63 % des patients déments mais argumenté dans 73 % des cas. En sortie d'hospitalisation le traitement global augmente d'1,8 médicaments avec un nombre de Psychotropes stable. Cette augmentation est dû à la prescription de : laxatifs 22 %, traitements cardiovasculaires 17 %, antalgiques 10 %. Parmi les Benzodiazépines, les molécules à demi-vies courtes sont privilégiées à 68 % (vs 60 % à l'entrée).

Discussion :

L'augmentation du nombre de médicaments s'explique par la prévention des effets indésirables iatrogènes (constipation, chutes...) et la demande d'avis spécialisés pour 44 % des patients. Parmi les axes d'amélioration dégagés, on retrouve : l'argumentation des traitements, l'optimisation du nombre de prises médicamenteuses quotidiennes et la préconisation de durées de traitements (ordonnance et correspondance).

Conclusion :

Ce travail met en lumière la difficulté de la mise en œuvre de la déprescription malgré une volonté forte de l'équipe médicale. Toutefois l'amélioration qualitative de la prescription est réellement visible avec la réévaluation des Psychotropes (choix des benzodiazépines, argumentation et traçabilité des traitements). Elle doit néanmoins se poursuivre sur les traitements somatiques dont les spécialités prescrites alourdissent les ordonnances et augmentent le risque iatrogène.

Mots-clés :

Sujet âgé, Polypharmacie, Revue des pratiques de prescription des médicaments

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des pratiques d'utilisation et d'administration de la nutrition parentérale dans les services de soin d'un centre hospitalier

Auteurs :

[Le Borgne I.*](#), [Vomscheid A.](#), [Collinot JP.](#)

Pharmacie, CH Verdun Saint-Mihiel, Verdun

Résumé :

Introduction :

Contexte : La nutrition parentérale (NP) ternaire standard administrée par voie intraveineuse est un des soins les plus courants apportés aux adultes hospitalisés ne pouvant plus s'alimenter par voie orale ou entérale. Cependant, la NP est une technique présentant un risque important d'iatrogénie et de mésusage. Objectif : Cette étude a pour but d'évaluer la conformité des pratiques infirmières aux recommandations de la "Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP)".

Matériels et méthodes :

L'enquête de pratique sur l'utilisation et l'administration de la NP a été réalisée au sein des 5 unités de soins utilisatrices consécutives de NP. Un questionnaire de 16 items est rempli par les infirmiers diplômés d'état (IDE).

Résultats :

Sur l'ensemble des critères étudiés, les réponses des IDE sont conformes dans 72 % des cas. L'ajout de vitamines et d'oligo-éléments dans la poche de NP est systématique ce qui est conforme au Résumé des Caractéristiques du produit. Aucun médicament, hormis les vitamines et les oligo-éléments, n'est ajouté directement dans le mélange nutritif. L'ensemble des IDE respectent les précautions d'hygiène lors de la pose de la NP et effectuent le suivi des complications de la NP. Cependant, on note deux groupes de non-conformités : 1) Dans 50 % des cas, les conditions optimales de stockage de la NP, « à l'abri de la lumière, à une température < 25°C, avec le suremballage », ne sont pas suivies. 2) Sur l'ensemble des médicaments administrés en Y avec la NP, 69 % sont considérés comme incompatibles avec celle-ci. L'interaction médicamenteuse relevée le plus fréquemment est l'administration d'amoxicilline-acide clavulanique à des concentrations non compatibles en Y de la NP.

Discussion :

Cette étude montre que certaines recommandations de la SFNEP ne sont pas appliquées. L'administration erronée de médicaments en Y de la NP augmente fortement le risque d'incompatibilité médicamenteuse. Il a été nécessaire de mettre en place un document synthétique rappelant les bonnes pratiques de la NP : conditions de conservation et fréquence de changement des poches, données de stabilité et de compatibilité physico-chimique, protocole d'administration des médicaments incompatibles. La diffusion de ces recommandations permet de sensibiliser le personnel soignant, de prévenir les effets indésirables liés à l'incompatibilité NP-médicaments, et de sécuriser l'utilisation et l'administration de la NP.

Mots-clés :

Nutrition parentérale, Solutions d'alimentation parentérale, Incompatibilité médicamenteuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation du bon usage du linézolide dans un centre hospitalier en France

Auteurs :

Bourbon J.*⁽¹⁾, Kara F.⁽²⁾, Untereiner C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Haguenau, Haguenau

⁽²⁾ Médecine interne, CH Haguenau, Haguenau

Résumé :

Introduction :

Le linézolide est un antibiotique de « dernier recours » dans le traitement des infections à Cocci gram positif multirésistants. L'objectif de notre étude était d'évaluer son bon usage en l'absence de mesures spécifiques de contrôle.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude prospective sur 6 mois en incluant tous les patients ayant reçu au moins une dose de linézolide au cours de leur hospitalisation dans notre établissement (457 lits). Les données suivantes ont été collectées : informations patient, services prescripteurs, indication, documentation microbiologique, prescription (durée, posologie, voie d'administration), effets indésirables.

Résultats :

36 patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen des patients était de 67,8 ans (extrêmes : 33 – 85 ans). Il y avait autant de femmes (47 %) que d'hommes (53 %). Les principaux services prescripteurs étaient la réanimation (42 %) et l'unité de surveillance continue (22 %). Les indications étaient conformes à l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans 75 % des cas : 14 pneumopathies nosocomiales, 6 pneumopathies communautaires et 7 infections compliquées de la peau et des tissus mous. Le linézolide a été initié de manière empirique à 22 reprises (61 %) et seulement 40 % de ces initiations probabilistes ont été réévalués à 48-72 heures. Au final, 26 infections (72 %) ont été documentées mais seulement 7 d'entre elles (19 %) l'étaient à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline. Le linézolide a été prescrit à 17 reprises (47 %) comme traitement de première intention. Une insuffisance rénale préexistante pouvait expliquer ce choix dans 30 % des cas. Lors de son utilisation en seconde intention (53 %), le linézolide faisait suite à un traitement par vancomycine seulement dans 11 % des cas. Le linézolide était prescrit en association avec un autre antibiotique dans 89 % des cas ce qui pouvait s'expliquer en partie par le fort taux d'initiation en probabiliste. La posologie (600 mg 2x/jour) et la durée maximale de traitement (28 jours) ont été respectées. Le linézolide a été initié dans 75 % des cas par voie intraveineuse. Le relais per os a été réalisé dans 34 % des cas. Aucun effet indésirable directement imputable au linézolide n'a été recensé au cours de notre étude.

Discussion :

En l'absence de mesure de contrôle, les résultats obtenus sont plutôt encourageants. Cependant, il semble nécessaire de réduire l'utilisation du linézolide en probabiliste et de clarifier son positionnement par rapport à la vancomycine au sein de notre établissement.

Mots-clés :

Revue des pratiques de prescription des médicaments, *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline, Oxazolidine-2-one

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Faisabilité et impact d'une séance d'information thérapeutique sur les AVK délivrée par un externe en pharmacie chez des patients hospitalisés

Auteurs :

Baudon M. ^{*(1)}, Breuil C. ⁽¹⁾, Fraboul M. ⁽¹⁾, Pham AD. ⁽²⁾, Lacaze E. ⁽²⁾, Bergot E. ⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Caen, Caen

⁽²⁾ Unité de biostatistiques et de recherche clinique, CHU Caen, Caen

⁽³⁾ Pneumologie, CHU Caen, Caen

Résumé :

Introduction :

Les traitements par anti-vitamine K (AVK) constituent la première cause de iatrogénie en France. Une équipe multidisciplinaire a créé un projet d'information thérapeutique sur le thème des AVK pour les patients hospitalisés. Les objectifs du travail sont de détailler l'organisation mise en place pour que des externes en pharmacie assurent cette mission d'information thérapeutique de manière autonome et sécurisée, et d'évaluer l'impact de la transmission de ces informations sur les connaissances des patients recevant des AVK.

Matériels et méthodes :

Le projet s'est décliné en deux temps : 1- validation de l'organisation du projet et des outils (une grille de 18 questions regroupées en 4 items et un tableau d'identification des comprimés) du 07/03 au 24/04/2012 ; 2- évaluation de l'impact de l'intervention des étudiants du 22/05/2012 au 22/05/2014. Les données ont été enregistrées sous forme de tableaux Excel®, puis analysées à l'aide des tests de khi2, Fisher, Mc Nemar et Wilcoxon.

Résultats :

Les outils ont été testés sur 53 des 69 patients consécutifs traités par AVK hospitalisés dans le service. Cette première étape a permis d'affiner les critères d'inclusion des patients, de préciser les objectifs prioritaires (définition des connaissances minimales que les patients doivent avoir et possession du carnet AVK pour tous les patients) et le déroulement du processus. D'abord, les étudiants sont formés par le pharmacien, habilités par un expert en hémostase et conseillés par une psychologue pour leur première rencontre avec les patients. Ensuite, leur mission se décline en quatre étapes : évaluation des connaissances à l'aide de la grille d'évaluation (Q1) – synthèse des points acquis et des lacunes – apport de l'information thérapeutique ciblée sur les méconnaissances et remise éventuelle du carnet AVK – réévaluation avant la sortie du patient (Q2). 132 séquences complètes ont été analysées, sex ratio H/F = 1,7, âge moyen 68 ans [18-88]. Le taux de bonnes réponses s'est significativement amélioré passant de 53,5 % à 79,9 % (p < 0,001). L'information thérapeutique ciblée a essentiellement porté sur l'INR (35 %), les interactions alimentaires et médicamenteuses (27 %) et les signes hémorragiques (16 %).

Discussion :

L'acquisition de nouvelles connaissances est indépendante de l'âge, du sexe et de l'antériorité de traitement.

Conclusion :

Les connaissances des patients se sont nettement améliorées grâce à l'accompagnement éducatif mis en place dans le service. Le processus est en cours de déploiement dans d'autres unités de soins qui bénéficient de la présence d'externes en pharmacie.

Mots-clés :

Information thérapeutique, Maîtrise de la iatrogénie, Evaluation des connaissances

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Modification galénique des formes orales sèches : impact de la mise en place de mesures d'amélioration

Auteurs :

Grenouilleau V.*, Rey A., Faraggi L.

Pharmacie, Centre de Soins et Maison de Retraite, Podensac

Résumé :

Introduction :

Un état des lieux des pratiques de broyage des comprimés/gélules montrait que 14 % des formes orales sèches écrasées ou ouvertes présentaient une forme galénique interdisant cette pratique. Des mesures pour sécuriser cette pratique ont alors été mises en place : i) élaboration d'une liste interne concernant le broyage/ouverture des comprimés/gélules, intégrée au livret thérapeutique, ii) diffusion dans les services de soins d'une liste des comprimés/gélules à ne pas broyer/ouvrir, iii) prescription par les médecins du broyage, iv) élaboration d'une plaquette d'information sur la broyage des comprimés, v) formation du personnel soignant aux risques et bonnes pratiques de broyage. L'objectif de ce travail est de mesurer l'impact de ces actions sur la pratique de broyage des comprimés.

Patients et méthodes :

Tous les patients identifiés comme recevant au moins un médicament écrasé ont été inclus. Un jour donné, pour chaque patient concerné, les médicaments administrés ainsi que leur forme galénique ont été recensés. Pour chaque médicament, la possibilité de modification galénique a été étudiée à l'aide de la liste interne concernant le broyage des comprimés/gélules. Les résultats ont été comparés à ceux du premier état des lieux.

Résultats :

Dans l'établissement, 43 patients nécessitent la modification galénique des formes orales sèches (soit 15 % vs 22 % lors du 1^{er} état des lieux). Au total, 60 spécialités différentes ont été étudiées : 51 sont broyables, 3 sont des formes orodispersibles et 6 ne doivent pas être broyées. Les prescriptions des 43 patients représentent 156 lignes de prescription de médicaments sous forme orale sèche. Au total, 5 % (vs 14 %) des formes galéniques modifiées ont une forme galénique interdisant cette pratique. Sept patients (16 % vs 58 %), ont au moins un comprimé/gélule prescrit qui ne se broie/ouvre pas.

Discussion :

Ces résultats montrent un impact positif des mesures d'amélioration mises en place. Les mauvaises pratiques de broyage/ouverture des comprimés/gélules ont diminuées, et on note une baisse de la prévalence de cette pratique. La prescription du broyage par le médecin permet un accès à l'information à l'ensemble des professionnels de santé et participe ainsi à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. En revanche, cette étude ne permet pas de mettre en évidence les dérives de pratiques du personnel soignant (broyage du traitement sans prescription, sans prévenir le médecin ni le pharmacien, anticipation du broyage). Un audit des pratiques au sein de chaque service de soins peut-être envisagé afin d'approfondir les résultats.

Mots-clés :

Gériatrie, Administration par voie orale, Amélioration des pratiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Carcinome hépatocellulaire et place de la chimioembolisation par microsphères chargées à la doxorubicine

Auteurs :

Castel C.*⁽¹⁾, Marfin H.⁽¹⁾, Fohlen A.⁽²⁾, Chedru-Legros V.⁽¹⁾, Breuil C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Caen, Caen

⁽²⁾ Radiologie interventionnelle, CHU Caen, Caen

Résumé :

Introduction :

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) représente la troisième cause de mortalité par cancer dans le monde. La chimioembolisation transartérielle (TACE) utilisée chez les patients atteints d'un CHC non résécable non métastatique est le traitement de référence mais s'inscrit dans une démarche palliative. Une nouvelle technique de TACE utilisant des microsphères chargées en doxorubicine (DEB-TACE) s'est développée mais possède un coût supérieur par rapport aux autres stratégies thérapeutiques existantes. Ce procédé couteux présente-t-il un bénéfice clinique mesurable dans la prise en charge de la pathologie ?

Patients et méthodes :

Une étude rétrospective incluant tous les patients traités par DEB-TACE (hors essais cliniques) a été réalisée d'octobre 2012 à janvier 2014 dans un CHU. Les critères suivants ont été relevés dans les dossiers médicaux : âge et sexe, nombre et taille des lésions, indication au traitement, score de Child-Pugh, survenue d'effets indésirables. L'efficacité de la DEB-TACE a été évaluée sur des critères radiologiques (contrôle de l'imagerie par un radiologue sur les critères mRECIST et EASL) et biologiques (α -foetoprotéine, TP, albumine, bilirubine totale, plaquette) à 2 mois post DEB-TACE sur les clichés et valeurs de référence. Le coût moyen par patient et par cure a ensuite été déterminé.

Résultats :

11 patients d'âge moyen 70 ans [58 ; 83 ans] présentant 1 nodule de diamètre moyen de 33,4 mm ont été inclus pour un nombre total de 12 cures (1 patient : 2 cures). 18 % des CHC ont été diagnostiqués sur foie sain, 82 % sur cirrhose. Le score de Child-Pugh a été noté respectivement stade A et stade B chez 36 % et 46 % des patients. La DEB-TACE s'est compliquée dans 55 % d'un syndrome post-embolisation, dans 18 % d'une insuffisance hépatique et dans 18 % d'une insuffisance rénale. A 2 mois, une diminution du diamètre moyen du nodule de 78 % a été retrouvée (7,3 mm vs 33,4 mm). 7 patients étaient en réponse complète, 3 patients en réponse partielle et 1 patient en progression. La DEB-TACE n'a pas modifié de manière significative les valeurs des paramètres biologiques. Le coût moyen par patient et par cure a été évalué à 1 200 €.

Discussion :

Aucune différence clinique avec la TACE conventionnelle n'a été établie pour un coût en dispositifs et médicaments plus important : 1 200 € vs 250 €. La DEB-TACE mieux tolérée avec moins de complications entrainerait une durée d'hospitalisation plus courte. Une analyse médico-économique comparant les deux techniques et incluant une évaluation de la qualité de vie permettrait de préciser la plus-value de la DEB-TACE.

Mots-clés :

Carcinome hépatocellulaire, Chimioembolisation thérapeutique, Doxorubicine

Références :

[1] Llovet JM et al. Hepatology, 37 : 429 (2003)

[2] Malagari K et al. Cardiovasc Intervent Radiol, 31 : 269 (2008)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Informatisation de la prescription médicamenteuse en pédiatrie : quelles problématiques rencontrées pour le paramétrage ?

Auteurs :

Fuss D.*, Monchablon C., Renard PY., Morichon E., Coquard A., Varin R., Dieu B.

Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

Résumé :

Introduction :

L'informatisation des 253 lits des 4 services de pédiatrie débutera prochainement dans l'établissement en utilisant le logiciel d'aide à la prescription (LAP) déployé pour les adultes. Si l'outil possède une fonctionnalité adaptée à la pédiatrie, nous nous sommes heurtés pour le paramétrage à de nombreuses contraintes liées aux spécificités de la prescription médicamenteuse chez l'enfant. L'objectif de ce travail est de recenser les différentes problématiques rencontrées en vue du déploiement de l'informatisation dans les services de pédiatrie de l'établissement.

Matériels et méthodes :

Une étude des consommations médicamenteuses annuelles des services de pédiatrie a été réalisée pour extraire les données suivantes : médicaments les plus prescrits, existence ou non d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en pédiatrie, formes galéniques particulières, conditionnements adaptés aux doses prescrites. Nous avons également recherché des référentiels pédiatriques sur lesquels baser le paramétrage.

Résultats :

Sur les 750 médicaments sélectionnés comme étant les plus consommés, 192 soit 25,6 % ne présentent aucune AMM en pédiatrie et donc aucune recommandation posologique adaptée à l'enfant. Les médicaments du système cardiovasculaire et musculo-squelettique sont les plus dépourvus avec respectivement 44,7 % et 42,8 % de spécialités sans AMM en pédiatrie. 65 médicaments sous forme de suspensions buvables ont été répertoriés. Bien qu'étant des formulations adaptées à l'usage pédiatrique, il existe une grande hétérogénéité des systèmes d'administration (cuillère-mesure, seringue graduée en ml...) complexifiant davantage le paramétrage pour sécuriser la prescription et l'administration. Pour les 260 médicaments injectables dénombrés, nous ne disposons d'aucun guide officiel de préparation et d'administration adapté à la pédiatrie. Les données de reconstitution, dilution, stabilité et conservation de ces molécules nous sont néanmoins indispensables à définir pour optimiser le paramétrage du LAP.

Discussion :

Ces différentes données reflètent les difficultés spécifiques à l'élaboration d'un paramétrage homogène d'un LAP pédiatrique pour sécuriser le circuit du médicament. Des groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués pour élaborer un référentiel reconnu pour les médicaments sans AMM pédiatrique. L'objectif final est d'aboutir à une concertation nationale dans le cadre des sociétés savantes (pédiatrie et pharmacie) pour définir un thésaurus de pédiatrie.

Mots-clés :

Logiciels de prescription, Pédiatrie, Informatisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Traitement par Xgeva® (dénosumab) : état des lieux des recommandations de prescription et de suivi des patients

Auteurs :

Chateauvieux C.*⁽¹⁾, Cvitkovic F.⁽²⁾, Giard C.⁽¹⁾, Ferry I.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Institut Curie, Saint-Cloud

⁽²⁾ Oncologie, Institut Curie, Saint-Cloud

Résumé :

Introduction :

Le dénosumab (db) est indiqué en prévention des complications osseuses chez les patients atteints de tumeurs solides présentant des métastases osseuses. Lors de son AMM un plan de gestion des risques a été établi, afin de minimiser les risques d'ostéonécrose de la mâchoire (ONM), d'hypocalcémie (hypoCa) et d'infection. Voici un état des lieux des pratiques de prescription et du suivi des premiers patients mis sous db.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective réalisée de février à décembre 2013 sur une cohorte de 78 patients traités par db. Le support de recueil des données est le dossier médical informatisé, où figurent les consultations et les résultats biologiques. Pour chaque patient, sont relevés : la durée du traitement, les données initiales de calcémie corrigé (Cc), le taux sérique de vitamine D (vD)), et le panoramique dentaire (PD). Nos indices de surveillance biologique au long cours sont la Cc et la vD. Tout effet indésirable est relevé et analysé, pour déterminer l'imputabilité du db.

Résultats :

La durée moyenne de traitement est d'un an. 37 % des patients ont reçu le db en première intention. L'analyse des dossiers médicaux montre qu'à l'initiation du traitement, le dosage de la Cc est réalisé chez 87 % des patients, dont 2 patients en hypoCa (< 2,1 mmol/L). Le dosage de la vD est retrouvé dans seulement 31 % des dossiers, dont 14 patients déficitaires (5 entre 20 et 30 ng/mL ; 9 patients < 20 ng/mL). Le PD est retrouvé dans 45 % des cas. Au long cours, la Cc est tracée pour 97,5 % de la cohorte, avec 5 patients en hypoCa (< 2,1 mmol/L) dont 2 de grade II (< 2 mmol/L). Le dosage de vD est retrouvé dans seulement 22 % des cas, avec 11 patients déficitaires (7 entre 20 et 30 ng/mL ; et 4 patients < 20 ng/mL). Le traitement est globalement bien toléré. Cependant, 2 patients ont eu une ONM. Ils n'avaient pas reçu de biphosphonates auparavant, mais présentaient des contre-indications à l'utilisation du db (lésion cancéreuse du voile du palais et extraction dentaire).

Discussion :

Le db est largement prescrit en première ligne de traitement. La traçabilité du suivi n'est pas systématiquement transcrite dans le dossier médical. Cet état des lieux a permis de rappeler l'intérêt d'une ordonnance informatisée, où figurent les examens nécessaires avant l'initiation et au cours du traitement.

Conclusion :

La vigilance médicale et l'emploi de cette ordonnance pré-remplie faciliteront le suivi des recommandations, afin de minimiser la survenue des effets indésirables.

Mots-clés :

Denosumab, Hypercalcemia, Osteonecrosis

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etat des lieux des prescriptions de psychotropes dans un centre hospitalier de soins de suite et de réadaptation

Auteurs :

Bel F.*⁽¹⁾, Carre E.⁽¹⁾, Falquet B.⁽¹⁾, Emery S.⁽¹⁾, Costaz F.⁽²⁾, Luaute J.⁽³⁾, Rode G.⁽³⁾, Rioufol C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, HCL - GH Sud - Hôpital Henry Gabrielle, Pierre-Bénite

⁽²⁾ Direction qualité, HCL - GH Lyon Sud, Pierre-Bénite

⁽³⁾ Médecine physique et réadaptation, HCL - Hôpital Henry Gabrielle, Saint-Genis-Laval

Résumé :

Introduction :

Les psychotropes sont fréquemment prescrits en établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ils représentent des molécules à risque, surtout chez ces patients polymédiqués dont les besoins en vigilance sont accrus du fait de leur rééducation. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'importance et la qualité des prescriptions de psychotropes dans un établissement de SSR de 175 lits afin d'optimiser leurs conditions de prescription.

Patients et méthodes :

Nous avons réalisé une enquête un jour donné dans 7 services d'hospitalisation. Les informations recueillies à l'aide d'une grille de recueil concernaient le patient, la prescription proprement dite, les modalités d'instauration et de réévaluation. Le recueil des données a été réalisé par 2 internes en pharmacie, 1 étudiant et le pharmacien sénior, à partir des prescriptions informatisées et du dossier patient. Les données ont été enregistrées dans le logiciel Etnos afin d'être exploitées et évaluées par rapport aux recommandations du Vidal, de l'ANSM, de la HAS et de la SOFMER (Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation).

Résultats :

Sur 150 patients hospitalisés, 116 ont au moins un psychotrope. Ils représentent 18 % des médicaments prescrits (34 % sont des anxiolytiques, 32 % des antidépresseurs, 18 % des hypnotiques et 16 % des neuroleptiques) et 40 % des psychotropes ont été instaurés sur l'hôpital. Les patients, d'âge moyen 49 ans, présentent au moins un facteur de risque. Un tiers a bénéficié d'un avis du psychiatre sur l'hôpital. Le nombre moyen de psychotropes par patient est de 2,3. Seize patients ont plus de 4 psychotropes. Quinze patients ont un anxiolytique ou un hypnotique prescrits depuis plus de 6 mois. En excluant la durée de prescription trop longue, 7 % des prescriptions (17 patients) sont non conformes au Vidal (indication hors Autorisation de Mise sur le Marché, mauvais plan de prise ou posologie élevée).

Discussion :

Les résultats de cette enquête ont été discutés avec les médecins séniors. Les pistes d'amélioration sont un rappel des recommandations avec sensibilisation des internes en début de semestre, la précision systématique de la durée de prescription pour les anxiolytiques et les hypnotiques, une prescription limitée à 4 psychotropes, une réévaluation et un travail collaboratif avec le psychiatre pour les situations les plus complexes. La réalisation d'un deuxième audit à court terme est prévue.

Mots-clés :

Psychotropes, Soins de suite et de réadaptation, Evaluation des résultats

Références :

[1] SOFMER, Recommandations de bonnes pratiques, troubles du comportement chez les traumatisés crâniens : quelles options thérapeutiques ? (octobre 2013)

[2] ANSM, Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France (décembre 2013)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Fiche de suivi pharmaceutique et analyse des prescriptions : un concept simple pour plus d'efficacité

Auteurs :

Leromain AS.*, Hellot-Guersing M., Jarre C., Derharoutunian C., Gadot A., Roubille R.

Pharmacie, CHG Lucien Husseil, Vienne

Résumé :

Introduction :

La validation pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses hospitalières est rendue obligatoire depuis 1991. Elle contribue à sécuriser et optimiser la thérapeutique du patient. Dans notre centre hospitalier d'environ 650 lits, 25 000 ordonnances informatisées sont analysées chaque année par l'équipe pharmaceutique (six pharmaciens et trois internes en pharmacie), sur le logiciel ORBIS® (Agfa). L'objectif de ce travail, était de créer un outil informatique personnalisable par patient, permettant le recueil et le partage des informations utiles et nécessaires à l'analyse pharmaceutique des prescriptions.

Matériels et méthodes :

Pour établir la liste des items à recueillir, nous nous sommes basés sur les recommandations de la Société Française de Pharmacie Clinique pour l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Une enquête auprès des pharmaciens de l'équipe a permis de compléter cette première liste avec leurs besoins concrets, tirés de leur expérience quotidienne. La transposition de cette liste en formulaire informatique intégrable au dossier patient informatisé a été réalisée en collaboration avec le service informatique de l'établissement.

Résultats :

La fiche pharmaceutique obtenue comporte plusieurs champs : certains sont à remplissage automatique, directement à partir des données issues du dossier informatisé du patient (noms, âge, poids, allergies, antécédents...) ; d'autres sont à renseigner par le pharmacien (motif d'hospitalisation, traitements à l'entrée, données de suivi d'antibiothérapie...). Enfin, un champ libre permet d'ajouter toute autre donnée utile (valeurs biologiques, suivi des médicaments hors livret...). Ce document fait partie intégrante du dossier médical informatisé du patient ; il est enrichi au fur et à mesure des séjours et des analyses pharmaceutiques. Depuis 2013, 6284 fiches pharmaceutiques ont ainsi été créées.

Discussion :

Grâce à la fiche pharmaceutique, les données utiles au suivi de l'évolution du patient sont mises à disposition de chacun des pharmaciens, et sont sauvegardées dans son dossier informatisé, permettant ainsi un enrichissement au fil des hospitalisations. L'outil est maintenant considéré comme indispensable par les pharmaciens dans leur activité quotidienne : il facilite et améliore la qualité de l'analyse pharmaceutique, tout en constituant une aide précieuse à la prise en charge thérapeutique des patients.

Mots-clés :

Gestion des traitements médicamenteux, Prise en charge thérapeutique, Système d'information en pharmacie clinique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Cas d'une insuffisance rénale sous méthotrexate haute dose : utilisation du glucarpidase

Auteurs :

Rannou M.*⁽¹⁾, Bourget S.⁽¹⁾, Liu J.⁽²⁾, Logerot S.⁽³⁾, Dufrene I.⁽¹⁾, Hassan H.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Valence, Valence

⁽²⁾ Service d'hématologie-oncologie, CH Valence, Valence

⁽³⁾ Centre Régional de Pharmacovigilance, Grenoble

Résumé :

Introduction :

Le méthotrexate (MTX) est un antagoniste des folates utilisé à hautes doses en oncologie. Principalement éliminé par voie rénale, il peut précipiter et provoquer des lésions tubulaires responsables d'une insuffisance rénale (IR). En cas d'IR aiguë induite par le MTX, la prise en charge peut inclure le recours à un antidote, la glucarpidase (CPG2).

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 78 ans traitée pour un lymphome de Burkitt par un protocole de chimiothérapie comprenant du MTX IV haute dose associé à une hyperhydratation avec alcalinisation des urines, utilisation systématique d'acide folinique et monitoring des concentrations sériques de MTX. Au cours de la cure n° 2, la patiente présente une détérioration de sa fonction rénale avec anurie au J2 du MTX entraînant l'arrêt des chimiothérapies. La patiente est dialysée à J2, J5, J7 et J9 et devant un retard d'élimination du MTX, une administration de CPG2 en fin de J2 est effectuée. Au J15, la patiente va cliniquement bien et l'acide folinique est arrêté au J21. L'évolution de la créatininémie (en $\mu\text{mol/l}$) est la suivante : 41 à J0, 163 à J1, 298 à J2, 284 à J3, 370 à J4, 443 à J5, 115 à J15 et 68 à J20. Le dosage du MTX sanguin (en $\mu\text{mol/l}$) est : à H24 de 18, H48 de 10,7, à H60, H72 et H96 $< 0,2$ avec détection des métabolites du MTX, H120 de 0,41, J6 de 0,35, J8 de 0,43, J13 de 0,16 et J20 $< 0,04$. Par la suite, la patiente sera incluse dans un nouveau protocole de chimiothérapie ne comportant pas de MTX.

Commentaires :

La CPG2 est une enzyme qui hydrolyse le MTX circulant en métabolite non toxique et inactif. Son administration implique l'arrêt transitoire de l'acide folinique (substrat de la CPG2), le dosage du MTX par HPLC afin de séparer le MTX de son métabolite. De plus, Un phénomène de relargage tissulaire du MTX est possible. La CPG2 est disponible sous ATU nominative ce qui engendre certaines difficultés d'approvisionnement. Dans le cas de notre patiente, une hypoalbuminémie est suspectée devant une protidémie basse, qui peut être à l'origine d'une élimination retardée*. Lors de la prescription, un avis pharmaceutique non pris en compte, avait été émis sur les interactions médicamenteuses (IM) avec le MTX et l'ésoméprazole et le valaciclovir. Le cas a été déclaré au CRPV de Grenoble, qui a enregistré l'effet indésirable du MTX avec comme facteurs favorisants une probable hypoalbuminémie et les IM avec le MTX. Suite à ce cas, nous envisageons de revoir notre organisation afin qu'un dosage de l'albumine soit effectué avant toute administration de MTX haute dose et toute IM avec le MTX sera en plus téléphonée.

Mots-clés :

Méthotrexate, Intoxication, Carboxypeptidase

Références :

[1] Reutenauer et al. Surdosage au méthotrexate : complications, prise en charge et prévention. Réanimation, 18 (7) : 654-658 (2009)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse des prescriptions d'opioïdes forts dans un centre hospitalier régional

Auteurs :

Facchin C.*, Cadart H., Rolland E., Bensimon D., Thiriet L.

Pharmacie, CH Sedan, Sedan

Résumé :

Introduction :

L'augmentation du nombre de prescriptions en opioïdes forts nécessitant une intervention pharmaceutique observée depuis plusieurs années dans notre établissement nous a conduits à réaliser une évaluation des pratiques sur ce sujet. L'objectif de ce travail était d'analyser dès leur initiation tous les traitements par opioïdes forts prescrits en les comparant aux recommandations en vigueur.

Matériels et méthodes :

Cette étude prospective concernait tous les opioïdes forts inscrits au livret thérapeutique de l'établissement : oxycodone orale, morphine injectable et orale, et fentanyl transdermique. Tous les patients pour lesquels une de ces molécules était initiée en service de soins furent inclus dans l'étude via l'analyse des ordonnances informatisées. Le service des urgences a été exclu de l'étude. Les éléments nécessaires furent recueillis à l'aide d'une grille de recueil : identification du patient, initiation et arrêt du traitement antalgique, et analyse de conformité du traitement.

Résultats :

30 patients ont été inclus dans notre étude. Le ratio H/F était de 0,77. Les non-conformités suivantes ont été mises en évidence : 16,7 % des traitements par opioïdes forts étaient associés à un antalgique de palier 2 (n = 5). 1 traitement opioïde a été initié d'emblée chez un patient présentant des douleurs d'intensité légère à modérée non cancéreuses. Les EVA n'étaient pas contrôlées quotidiennement chez 10 % des patients (n = 3), aucune EVA n'a été contrôlée pour 6,7 % des patients (n = 2).

Discussion :

Les recommandations nationales relatives aux initiations d'opioïdes forts semblent globalement suivies car une seule initiation par opioïde fort est discutable dans l'étude. A l'inverse, les modalités d'association entre différents antalgiques semblent moins connues et/ou moins respectées, notamment les associations entre antalgiques de paliers différents. En ce qui concerne certains suivis d'EVA imparfaits, la mauvaise traçabilité informatique des EVA réalisées par les soignants peut en être la cause.

Conclusion :

Cette étude a permis d'élaborer et de diffuser sur l'établissement des protocoles et recommandations sur l'utilisation des opioïdes forts réalisés en collaboration avec le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD). Elle va être poursuivie afin d'obtenir un échantillonnage plus important qui permettra d'affiner ces résultats préliminaires et de mesurer l'impact de notre plan d'action.

Mots-clés :

Antalgique opioïde, EVA (Echelle Visuelle Analogique), Revue des pratiques de prescription des médicaments

Références :

[1] Natali F. Utilisation pratique des opioïdes forts agonistes en France. Revue des maladies respiratoires. volume 25, (8) : 1051-1056 (2008)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de l'utilisation des Céphalosporines de 3^{ème} génération injectables

Auteurs :

Cadart H.*⁽¹⁾, Regnier-Gavier O.⁽¹⁾, Thiriet L.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Sedan, Sedan

⁽²⁾ Unité d'hygiène, CH Sedan, Sedan

Résumé :

Introduction :

Les Céphalosporines de 3^{ème} génération injectables (C3G) sont fortement impliquées dans les phénomènes d'émergence d'entérobactéries productrices de betalactamases à spectre élargi (EBLSE). Leur utilisation est donc soumise à une surveillance particulière et l'étude réalisée a pour objectif d'évaluer leur bon usage. La ceftriaxone, particulièrement utilisée, a déjà fait l'objet d'une évaluation en 2009, à partir de laquelle des actions correctives avait été mises en place.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective réalisée selon la méthode de revue de dossiers : toutes les prescriptions de C3G ont été collectées pendant la période étudiée. Les données biologiques ont été extraites du logiciel de restitution des résultats de laboratoire. Les données cliniques ont été collectées dans les dossiers médicaux. Une grille de recueil de données standardisée a été rédigée et permettait de recueillir les informations concernant le patient, le traitement par C3G, l'infection traitée, la réévaluation du traitement.

Résultats :

122 prescriptions rédigées entre le 01/01 et le 31/03/2014 ont été analysées. Le ratio H/F était de 0,85, l'âge moyen de la population recrutée était de 60,2 ans. Les molécules utilisées étaient la ceftriaxone (56,6 %), la céfotaxime (40,2 %), la ceftazidime (2,5 %) et le céfépime (0,8 %). Les principales infections traitées étaient les infections urinaires hautes (40 %) et les pneumopathies (23,3 %). Les C3G étaient initiées de manière probabiliste dans 78,6 % des cas. 88 % des traitements ont été réévalués dont 84,5 % dans les 72h suivant l'initiation, dans 85 % des cas la réévaluation du traitement était optimale. Les durées de traitement étaient conformes dans 80,9 % des cas.

Discussion :

Les indications des C3G sont globalement respectées et on a noté un recul de leur utilisation dans les infections urinaires basses par rapport à une précédente évaluation. Les taux de réévaluation adaptée dans les 72h après initiation sont satisfaisants. Par contre la ceftriaxone reste majoritairement utilisée même chez les patients porteurs d'une voie d'abord veineuse (49 % des prescriptions de C3G chez les patients porteurs d'une voie d'abord veineuse sont des prescriptions de ceftriaxone) alors que les recommandations diffusées sur l'établissement restreignent son utilisation aux patients non perfusables en raison d'un effet plus délétère que la céfotaxime sur l'émergence d'EBLSE. Le plan d'action en cours porte donc sur la promotion de l'usage de la céfotaxime en IV lorsque c'est possible.

Mots-clés :

Ceftriaxone, Cefotaxime, Revue des pratiques de prescription des médicaments

Références :

[1] Comité de pilotage ATB-RAISIN, "Il faut réduire les consommations d'antibiotiques à l'hôpital aussi", février 2014

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Antiémétiques en oncologie pédiatrique, place de l'aprépitant

Auteurs :

Henny F.*⁽¹⁾, Henn-Ménétré S.⁽²⁾, May I.⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Centre de Psychiatrie de Nancy, Laxou

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

⁽³⁾ Pharmacie, CHU Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy

Résumé :

Introduction :

Les nausées et vomissements induits par les chimiothérapies (NVCI) ont un impact sur la qualité de vie et peuvent être responsables de complications métaboliques. La prévention passe par l'évaluation du potentiel émétisant de la cure de chimiothérapie et des facteurs de risque propres au patient. Dans le service d'onco-hématologie pédiatrie de notre établissement, la prise en charge des NVCI suit les recommandations de 2010 [1]. L'objectif de l'étude est de faire un bilan d'utilisation des prescriptions d'aprépitant et de les comparer aux recommandations actuelles. L'objectif secondaire est de réaliser une plaquette d'aide à la prise en charge des NVCI, adaptée à l'unité de soins.

Patients et méthodes :

Nous avons réalisé une étude prospective. Les critères d'inclusions sont : une prescription d'aprépitant, un âge < 18 ans, et une hospitalisation dans le service d'onco-hématologie. Une feuille de recueil a été élaborée pour, collecter les caractéristiques anthropométriques des patients, les cures de chimiothérapies prescrites, les antiémétiques associés, et évalué le pouvoir émétisant.

Résultats :

L'étude s'est déroulée du 22 janvier au 30 avril 2013, sur 14 patients, âgés de 8 à 18 ans, dont 7 filles et 7 garçons. Le suivi s'est fait sur 32 cures. La posologie d'aprépitant à J1 est de 125 mg (27/32), ou 80 mg (5/32) chez des enfants de poids inférieur à 40 kg. A J2, la posologie est de 80 mg dans 100 % des cas. La durée de traitement est de 2 à 5 jours. Parmi les autres antiémétiques prescrits, 100 % des cures contenaient l'association apnépitant ondansétron, 21/32 cures ont des prescriptions de corticoïdes. D'autres molécules sont prescrites : chlorpromazine (13/32), alizapride (10/32), métopimazine (6/32). La durée moyenne des chimiothérapies est de 3,8 jours. Dans 56 % des cas, les chimiothérapies étaient hautement émétisantes, dans 44 % des cas, moyennement émétisantes. La plaquette d'aide à la prise en charge des NVCI reprend les différents types de nausées et vomissements, les facteurs de risque, les antiémétiques, la classification des molécules anticancéreuses selon leur pouvoir émétisant et les recommandations à appliquer.

Conclusion :

Il n'existe pas de recommandations de l'utilisation d'apnépitant chez l'enfant. Cependant, notre étude montre l'adéquation des pratiques avec les recommandations adultes. La mise à jour de la plaquette d'information devrait permettre de maîtriser l'utilisation de cette molécule.

Mots-clés :

Pédiatrie, Antiémétiques, Chimiothérapie

Références :

[1] Mailliez A, Bonnetterre J. Nausées et vomissements chimio-induits : physiopathologie, prophylaxie et recommandations. Bull. Cancer (Paris). 1 févr 2010 ; 97(2) : 233-243

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Pertinence et impact de l'analyse pharmaceutique : mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles

Auteurs :

Lars G.*⁽¹⁾, Merrien L.⁽²⁾, Inizan P.⁽³⁾, Mahe P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie à usage intérieur, CH Ferdinand Grall, Landerneau

⁽²⁾ Soins de suite et EHPAD, CH Ferdinand Grall, Landerneau

⁽³⁾ Responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, CH Ferdinand Grall, Landerneau

Résumé :

Introduction :

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a créé Act-IP, un observatoire national des pratiques d'interventions pharmaceutiques (IP) émises lors de l'analyse des prescriptions, utilisant un outil de codification validé, librement accessible sur Internet. Nous avons intégré cet outil à notre analyse pharmaceutique en avril 2014. L'objectif de cette étude est de mesurer la pertinence et l'impact clinique des interventions pharmaceutiques réalisées au sein de notre établissement hospitalier.

Matériels et méthodes :

La méthode retenue pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est la revue de pertinence. Tout d'abord nous avons recueilli prospectivement les IP réalisées auprès des prescripteurs de façon standardisée par la méthode de la SPFC. Puis nous avons réalisé une double évaluation rétrospective par deux pharmaciens hospitaliers du taux d'IP acceptées et du niveau d'impact clinique potentiel des IP acceptées en fonction d'une échelle validée en interne d'après la classification de Hatoum. En cas de divergence d'évaluation entre les deux pharmaciens, l'IP est présentée à un médecin participant à l'EPP pour arbitrage. Par ailleurs l'évaluation de l'impact clinique de l'ensemble des IP lui est soumise pour validation.

Résultats :

L'analyse a porté sur 731 IP réalisées sur une période de 4 mois par 3 pharmaciens. Le taux d'acceptation observé était de 67 %. Les principaux problèmes médicamenteux identifiés étaient des surdosages (redondances, posologies inadaptées à la fonction rénale...) pour 30,6 % des IP, des voies ou administrations inappropriées (relai per os non effectué, alternance anticoagulants...) pour 18,7 % des IP et des médicaments non indiqués (désescalade ATB possible...) pour 14,9 % des IP. La cotation de l'impact clinique des IP acceptées a mis en évidence 1 IP (0,2 %) d'impact vital (méthotrexate prescrit quotidiennement), 90 (18,3 %) IP d'impact très significatif et 325 (66,1 %) IP d'impact significatif.

Discussion :

Les résultats de cette première analyse montrent une diminution de l'iatrogénie évitable et l'apport de l'analyse pharmaceutique dans l'optimisation thérapeutique. Dans l'objectif d'améliorer la pertinence des IP, nous travaillons sur la mise en place d'outils d'analyse de l'ordonnance (requêtes depuis le serveur de biologie, prescriptions chez le patient âgé...) pour cibler les médicaments ou les patients à risque iatrogène accru. En parallèle, la généralisation de la mise en place du dossier médical informatisé est en cours au sein de l'établissement.

Mots-clés :

Intervention pharmaceutique, Evaluation de processus, Impact clinique

Références :

[1] <http://www.actip.sfpc.eu>

[2] Chedru et al., J Pharm Clin, 16, (4) : 254-8 (1997)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prise en charge de la constipation, état des lieux dans un centre hospitalier psychiatrique

Auteurs :

Leroux D.*, Courrège C.

Pharmacie, CH Le Mas Careiron, Uzès

Résumé :

Introduction :

La dyschésie est un symptôme souvent observée et particulièrement grave en psychiatrie chez les patients mutiques. Dans le cadre de la constipation iatrogène, les psychotropes en sont souvent responsables. Notre enquête a pour objet d'évaluer la prise en charge de la constipation chronique dans un établissement psychiatrique.

Matériels et méthodes :

Pour mieux connaître les pratiques hospitalières, deux questionnaires ont été adressés à 15 médecins et 46 paramédicaux dans 4 services de soins. Plusieurs critères ont été étudiés dont la surveillance des selles, la mise en place de mesures hygiéno-diététiques (MHD), les modalités de prescription et d'administration des laxatifs, la démarche entreprise devant une constipation iatrogène et/ou un fécalome.

Résultats :

Le suivi médical du transit digestif est peu réalisé (20 %) alors que près de 67 % des patients prennent des laxatifs par automédication et/ou prescription avant leur admission. Aucun critère ne permet de différencier le choix de prescription d'un laxatif à la demande ou en continue. Les différents classes de laxatifs et leur mode d'administration sont méconnus des psychiatres. Sur le plan paramédical, cette surveillance des selles est réalisée pour 82 % des patients. Les MHD dont l'hydratation quotidienne et l'enrichissement des repas en fibres sont globalement bien appliqués (> 75 %). Les laxatifs oraux sont souvent coadministrés avec d'autres médicaments (> 95 %) et ont probablement un impact clinique à long terme sur le patient. Devant un fécalome, les équipes paramédicales s'en remettent majoritairement à la décision du médecin plutôt que d'administrer un lavement prescrit à la demande.

Discussion :

Les équipes de soins ont été sensibilisées à la prise en charge de la constipation. Un tableau récapitulatif sur le bon usage des laxatifs a été diffusé à toutes les équipes de soins. Un laxatif de lest absent du livret thérapeutique a été référencé et ce afin de supprimer un laxatif lubrifiant, l'huile de paraffine qui est trop souvent utilisée en première intention et au long cours. Une plus grande autonomie sera laissée aux infirmiers pour la gestion des laxatifs per os dans le cadre d'un protocole « constipation ».

Conclusion :

Cette étude a permis de rappeler l'importance d'une prise en charge globale de la constipation, tant sur le plan de la prescription des laxatifs que sur les mesures à prendre dans le cadre du CLAN (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition) notamment sur l'éducation alimentaire et la composition des repas.

Mots-clés :

Psychiatrie, Dyschésie, Prise en charge

Références :

[1] J. Kerdraon et al. Constipation iatrogène, Pelvi-périnéologie-Springer, volume 5, Issue 4, pp 261-266 (2010)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Hépatites chroniques virales C : bilan de tolérance, d'efficacité, et modalités de dispensation des nouvelles thérapeutiques

Auteurs :

Gandois L.*⁽¹⁾, de Bortoli C.⁽¹⁾, Antoni M.⁽²⁾, Isnard D.⁽¹⁾, Tchang M.⁽¹⁾, Bastia B.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Louis Giorgi, Orange

⁽²⁾ Hépatogastroentérologie, CH Louis Giorgi, Orange

Résumé :

Introduction :

L'année 2014 a vu émerger de nombreux traitements novateurs dans la prise en charge de l'hépatite C chronique. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de ces nouvelles molécules.

Patients et méthodes :

Une feuille de recueil de données cliniques et thérapeutiques a été remplie avec l'aide de l'hépatologue, puis complétée lors de la dispensation et par entretien téléphonique auprès des patients. Les traitements prescrits ont été conformes aux recommandations successives de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF, 5 versions en 1 an), et validés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Nous avons réalisé une étude prospective incluant 23 patients traités entre mars 2014 et janvier 2015.

Résultats :

La file active de patients est composée à 52 % d'hommes. L'âge moyen est de 57 ans. 2 patients présentent une co-infection VHC-VIH. La durée d'infection est de 15 ans en moyenne. 72 % des malades sont de génotype 1. 84 % sont au stade F4 de fibrose. La charge virale (CV) initiale était supérieure à 800 000 UI/mL pour la moitié de la population. 48 % des patients inclus étaient naïfs de tout traitement. 11 patients ont bénéficié d'une bithérapie sofosbuvir/simeprevir, 6 ont reçu sofosbuvir/daclatasvir, 5 le sofosbuvir combiné à l'interféron pegylé et à la ribavirine, et 1 patient le sofosbuvir/ledipasvir. 78 % des patients ont été traités pendant 12 semaines, les 22 % restants pendant 24 semaines. La tolérance à ces molécules est considérée comme excellente pour 52 % des patients, bonne pour 35 %, et médiocre pour 3 patients dont le traitement était associé à l'interféron et la ribavirine. Les effets indésirables les plus fréquents étaient une asthénie, une anxiété, des insomnies, des céphalées et une diarrhée de grade 1. 1 patient a interrompu son traitement à 3 mois (avec une CV négative), pour une cause non liée au traitement antiviral. La CV mesurée au bout de 4 semaines (S4) était indétectable pour 56 % des patients. A la fin de leur traitement (S12 ou S24) la totalité des patients avait une charge virale indétectable. Aux données actuelles, la réponse virale soutenue (RVS) à S12 est indétectable chez 8 patients.

Discussion :

L'efficacité des traitements semble optimale et leur tolérance très satisfaisante. Le pharmacien doit s'assurer de la conformité du traitement aux recommandations de l'AFEF, qu'il existe un compte rendu de RCP, doit surveiller l'évolution des statuts des médicaments, et enfin jouer pleinement son rôle de conseil auprès du patient.

Mots-clés :

Hépatite, Tolérance, Efficacité

Références :

[1] Prescrire Rédaction. Rev Prescrire, 34, (372) : 726-732 (octobre 2014)

[2] M. Bourlière et al. AFEF, Traitements des hépatites virales C, avis d'experts 5 : 6 pages (janvier 2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse de la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées : évaluation des pratiques professionnelles

Auteurs :

Loboda C.*⁽¹⁾, Vomscheid A.⁽¹⁾, Dehove M.⁽¹⁾, Maurer JN.⁽¹⁾, Creusat C.⁽²⁾, Drouin O.⁽²⁾, Collinot JP.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Hôpital Saint-Nicolas, Verdun

⁽²⁾ Gériatrie, Hôpital Saint-Nicolas, Verdun

Résumé :

Introduction :

Les personnes âgées sont souvent polymédiquées et donc plus sujettes à la survenue d'effets indésirables, potentialisés par des particularités pharmacocinétiques propres à cette population. Pour répondre au critère 20b de la procédure de certification V2010 par l'HAS, nous avons réalisé une analyse transversale de toutes les ordonnances de patients de plus de 75 ans sur une période donnée afin d'évaluer la prescription et de pouvoir dégager des axes d'amélioration.

Matériels et méthodes :

Une grille d'évaluation a été établie à partir des référentiels de la HAS et de la liste de médicaments inappropriés chez la personne âgée du Dr Laroche puis soumise aux gériatres de l'établissement afin de recueillir leur avis et de l'enrichir. Celle-ci était divisée en 3 parties : le patient, la cohérence pharmaceutique et les médicaments inappropriés chez la personne âgée. L'étude a été réalisée sur 1 mois dans la majorité des services de l'hôpital.

Résultats :

Au total, 594 ordonnances ont été analysées, soit 4 838 lignes de traitements médicamenteux. L'âge moyen des patients était de 84,4 ans, et le nombre de médicaments moyen était de 8,1. Les principales non conformités (NC) portaient sur l'absence de renseignement du poids du patient (NC : 70 %) et l'absence d'adaptation posologique selon l'insuffisance rénale (NC : 35 %). Des associations médicamenteuses contre-indiquées ont été retrouvées (NC : 0,5 %), ainsi que des redondances pharmacologiques (NC : 5 %) et des associations illogiques (NC : 5 %) ; il a également été relevé la prescription concomitante de plus de 2 psychotropes (NC : 5 %). Parmi les prescriptions de médicaments inappropriés chez la personne âgée, on retrouve surtout des benzodiazépines à ½ vie longue (NC : 4 %), des phénothiazines (NC : 5 %) et des anti histaminiques sédatifs (NC : 5 %).

Discussion :

Les résultats montrent une bonne prise en charge de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé mais qui peut être optimisée. Le calcul systématique de la clairance à la créatinine par la formule du MDRD a été mis en place pour chaque dosage de créatinine sérique, afin d'alerter les prescripteurs sur l'état rénal de leur patient. De plus, il a été décidé d'une action de sensibilisation à l'utilisation des psychotropes chez la personne âgée. Enfin, une grille d'analyse simplifiée a été élaborée, afin d'analyser en routine toutes les ordonnances de patients de plus de 75 ans comportant 9 médicaments et plus.

Mots-clés :

Sujet âgé, Audit, Prescription

Références :

[1] Laroche ML et al. Rev Med Interne, 30, (7) : 592-601 (2009)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Supplémentation en fer per os : évaluation de la pertinence des prescriptions en EHPAD et USLD

Auteurs :

[Campario H.*](#), [Quillet P.](#), [Mongaret C.](#), [Maupoix A.](#), [Bonnet M.](#), [Hettler D.](#)

Pharmacie, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims

Résumé :

Introduction :

Chez le sujet âgé, les modifications physiopathologiques et la polymédication augmentent le risque iatrogénique. Dans les Etablissements d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et Unités de Soins Longue Durée (USLD), de nombreux patients sont supplémentés en fer per os sans réévaluation régulière de la prescription. Or, le fer est responsable d'effets indésirables susceptibles d'altérer la qualité de vie des patients traités. Dans ce contexte, nous avons souhaité évaluer la pertinence des prescriptions de fer per os chez les patients suivis en EHPAD-USLD dans notre établissement.

Patients et méthodes :

Une étude rétrospective a été conduite sur l'ensemble des prescriptions de fer per os émanant des EHPAD-USLD entre novembre 2013 et novembre 2014. Les données clinico-biologiques ont été recueillies via les dossiers-patients informatisés et toutes les prescriptions ont fait l'objet d'une analyse pharmaceutique de niveau 2.

Résultats :

75 patients ont été inclus dans l'étude (âge moyen = 85 ans, sex-ratio = 0,29). 39/75 patients (52 %) présentent des antécédents favorisant une carence martiale (dont n = 18 saignements digestifs, n = 11 insuffisances rénales chroniques, n = 3 saignements gynécologiques). Dans 75 % des cas, l'indication de la supplémentation martiale n'est pas mentionnée dans le dossier-patient. La dose moyenne prescrite en équivalent fer est de 115 mg/j [10 mg/j - 264 mg/j]. Un bilan martial a été réalisé avant l'instauration du fer chez 38/75 patients (51 %), indiquant n = 23 sidérémies basses et n = 8 ferritinémies diminuées. La réévaluation du bilan martial 3 mois après la mise en place du traitement par fer a été réalisée pour 31/75 patients (41 %). Au cours de l'étude, 27 interventions pharmaceutiques ont été effectuées dont n = 12 proposant l'arrêt de la supplémentation devant un bilan martial normalisé, n = 7 proposant un suivi du bilan martial et n = 5 devant des posologies infra/supra-thérapeutiques. En outre, l'analyse des ordonnances complètes a retrouvé 34 interactions médicamenteuses (dont des associations telles que fer/calcium, fer/lévothyroxine, fer/lévodopa) nécessitant une adaptation du plan de prise.

Conclusion :

La discussion de ces résultats est limitée par l'absence de recommandations et le peu d'études cliniques sur la supplémentation martiale chez le sujet âgé. Dans ce contexte, cette évaluation rappelle le rôle essentiel du pharmacien pour promouvoir les bonnes pratiques de prescription du fer per os (adaptation posologique, gestion du plan de prise, suivi biologique) et contribuer à limiter l'iatrogénie du sujet âgé.

Mots-clés :

Fer, Sujet âgé, Evaluation de la prescription des médicaments

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Conciliation Pro-active en chirurgie : mise en place d'un guide pratique téléphonique

Auteurs :

Salamon T.⁽¹⁾, Parinaud AS.*⁽¹⁾, Ricard C.⁽¹⁾, Nardon A.⁽¹⁾, Boyaux B.⁽¹⁾, Bonjour E.⁽¹⁾, Dessane B.⁽¹⁾, Grouvel M.⁽¹⁾, Pic A.⁽¹⁾, Ledoux L.⁽¹⁾, Krol-Houdek MC.⁽²⁾, Grellet J.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Bordeaux - Hôpital Pellegrin, Bordeaux

⁽²⁾ Anesthésie, Centre François Xavier Michelet, Bordeaux

Résumé :

Introduction :

La conciliation pro-active en chirurgie programmée établit un Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) qui sera proposé comme prescription initiale. Ce BMO est obtenu en croisant au moins 3 sources d'informations. Ici, il s'agit du compte-rendu d'anesthésie, du patient et de l'officine, ces derniers devant être contactés par téléphone. Au CHU, il est nécessaire d'uniformiser la conciliation, celle-ci étant réalisée aussi bien par les praticiens que par les internes. L'étude ci-après présente un nouvel outil, destiné à guider le pharmacien lors de son entretien avec le patient et l'officine : la grille d'appel.

Matériels et méthodes :

Les données ont été recueillies de décembre 2014 à janvier 2015 pour les patients de plus de 65 ans entrant au pôle de chirurgie tête et cou. La grille comporte deux parties : la première propose un entretien guidé étape par étape avec le patient, l'incitant à être le plus exhaustif possible concernant ses médicaments et points clés tels son autonomie ou ses allergies. Le suivi des directives de l'anesthésiste est apprécié lui aussi. La deuxième partie est destinée à l'entretien avec l'officinal qui, grâce à l'historique des délivrances, confirme, infirme ou complète les deux précédentes sources d'informations.

Résultats :

Sur 164 patients prévus, 144 ont pu être conciliés, soit 87,8 %. 98 (68,1 %) ont présenté sur leur ordonnance au moins une divergence avec le compte-rendu d'anesthésie. Le nombre total de divergences est de 354 dont 309 non intentionnelles (87,3 %). Ces divergences sont en majorité des ajouts (57,9 %), des modifications de posologie (23,2 %), des arrêts (16,4 %). La grille d'appel a permis de recueillir les coordonnées de l'officine référente dans 90,3 % des cas, avec une contribution significative de celle-ci au BMO dans 68,1 % des cas. Le suivi de la grille a permis de révéler une modification du traitement dans 30,6 % des cas et mis à jour au moins un oubli dans 29,9 % des cas (dont 20,8 % de collyres). L'autonomie du patient a pu être appréciée dans 22,2 % des cas, ainsi que la présence d'allergies (27,8 %) et la prise de médicaments en vente libre (27,8 %).

Discussion :

Les résultats témoignent de l'importance de contacter l'officine, qui reste la meilleure source d'informations si le DP est indisponible ou n'a pas été consulté. La grille d'appel permet une meilleure reproductibilité des échanges ; entre le patient et le praticien d'une part, mais aussi entre les effecteurs. Actuellement, un groupe de travail pluridisciplinaire et transversal étudie la conciliation, avec un projet d'informatisation et d'intégration des formulaires au logiciel de prescription, favorisant la traçabilité et l'accès aux informations.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Uniformisation, Chirurgie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Infections urinaires en services de rééducation neurologique : bilan à 1 an de la mise en place d'indicateurs qualité de suivi des prescriptions d'antibiotiques

Auteurs :

Rehn C.*⁽¹⁾, Carre E.⁽¹⁾, Falquet B.⁽¹⁾, Jacquin-Courtois S.⁽²⁾, Bel F.⁽¹⁾, Tixier F.⁽¹⁾, Rode G.⁽²⁾, Rioufol C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, HCL - Hôpital Henry Gabrielle, Saint-Genis-Laval

⁽²⁾ Service de médecine physique et réadaptation neurologique, HCL - Hôpital Henry Gabrielle, Saint-Genis-Laval

Résumé :

Introduction :

Les infections urinaires (IU) chez les patients atteints de dysfonction neurologique de la vessie sont fréquentes et potentiellement graves. Dans l'objectif d'optimiser leur prise en charge thérapeutique, nous nous sommes engagés dans une démarche continue d'évaluation des pratiques professionnelles. Un suivi en routine de 3 indicateurs qualité (IQ) de bon usage des antibiotiques (ATB) a été mis en place. L'objectif est de faire le bilan à 1 an.

Matériels et méthodes :

Toutes les prescriptions d'ATB sont analysées pour une dispensation nominative. Les données sont collectées à l'aide du logiciel de prescription et enregistrées sur Excel®. Pour les IU, 3 IQ sont suivis en prospectif : durée, posologie, conformité à l'antibiogramme (ATBg) à J0 si traitement documenté [ATBg doc] et après réévaluation si traitement probabiliste [ATBg proba]. Les référentiels utilisés sont locaux, la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française et thériaque. Une réunion médico-pharmaceutique de suivi mensuel permet de discuter des cas complexes.

Résultats :

Nous avons analysé 184 prescriptions d'ATB correspondant à 125 épisodes d'IU soit environ 15 prescriptions et 10 patients mensuels. La population d'âge moyen 49 ans comprend 60 % d'hommes. Les prescriptions sont à 62 % documentées et à 38 % probabilistes. Les β -lactamines (40 %) et les fluoroquinolones (30 %) sont les principaux ATB prescrits. Les IU sont essentiellement dues à E. coli (36 %), P. aeruginosa (13 %) et E. faecalis (12 %). Une bithérapie d'ATB est observée dans 22 % des cas, une trithérapie dans 10 % et 12 % des infections sont plurimicrobiennes. Une BMR urinaire est présente dans 10 % des cas. Les taux de conformité des IQ sont de 96 % pour la durée, 99 % pour la posologie, et 98 % pour la conformité à l'ATBg (100 % pour [ATBg doc] et 95 % pour [ATBg proba]). Dix non conformités sont observées, 5 sur la durée, 2 sur la posologie et 3 sur l'ATBg. Elles sont expliquées par des problèmes de tolérance, de voie d'administration, d'erreurs informatiques, ou de retard de réévaluation des prescriptions.

Discussion :

Ces résultats montrent la bonne collaboration médicopharmaceutique. Des améliorations dans le suivi clinique ont été apportées concernant notamment le suivi du mode mictionnel. Une information est faite aux prescripteurs deux fois par an en vue d'améliorer en continu les pratiques et de sensibiliser les internes en début de semestre.

Mots-clés :

Antibactériens, Infections urinaires, Evaluation des résultats et des processus en soins de santé

Références :

[1] Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et l'Association Française d'Urologie (AFU). Conférence consensus sur les infections urinaires nosocomiales de l'adulte. 2002

[2] Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. 2014

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Conciliation médicamenteuse : comparaison des divergences non intentionnelles en médecine et chirurgie

Auteurs :

Damery L.⁽¹⁾, Farbos F.⁽²⁾, Saliba L.*⁽³⁾, Gautié L.⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Toulouse, Toulouse

⁽²⁾ Pharmacie, CH Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens

⁽³⁾ Pharmacie, Hôpital Joseph Ducuing, Toulouse

Résumé :

Introduction :

La procédure de certification HAS comme le CBUM 2014-2018 soulignent l'importance de la continuité du traitement médicamenteux, en y faisant explicitement référence dans leurs référentiels. La conciliation médicamenteuse permet de détecter et de clarifier le nombre de divergences non intentionnelles (DNI : oubli, erreur de posologie, ...) entre le traitement habituel du patient et l'ordonnance médicale à l'admission. Notre objectif était d'évaluer la qualité de cette traçabilité dans 2 services de court séjour (médecine et chirurgie).

Patients et méthodes :

Etude monocentrique prospective d'une durée de 3 mois. Etaient inclus tous les patients hospitalisés dans le service de médecine d'une part, et tous ceux hospitalisés dans le service de chirurgie d'autre part. Etaient exclus les patients relevant d'une prise en charge palliative à leur arrivée. La conciliation était réalisée selon un mode rétroactif dans les 24 heures suivant l'hospitalisation du patient. Le critère de jugement principal était le taux de DNI. Une modélisation par régression logistique a permis de comparer le taux de DNI en médecine et en chirurgie en ajustant les valeurs sur l'âge et le sexe (logiciel SAS).

Résultats :

Sur les 187 patients inclus dans l'étude, 130 étaient pris en charge dans le service de médecine et 57 en chirurgie. L'âge moyen était de $57,8 \pm 19,0$ ans. Le sex ratio était de 0,7. Le nombre total de lignes prescriptions était de 1 117 (875 chez les patients de médecine, et 242 chez les patients de chirurgie). Le nombre moyen de lignes de prescription par patient était de $5,9 \pm 3,7$. Il était significativement plus élevé en médecine qu'en chirurgie ($p < 0,001$). Au total nous avons observé 44 DNI (27 en médecine et 17 en chirurgie). Après ajustement sur l'âge et le sexe, le taux de DNI était 2 fois plus élevé chez les patients de chirurgie ($p = 0,016$). Le motif le plus fréquent de DNI était l'oubli de report du médicament sur l'ordonnance d'entrée ($n = 38$ soit 86,4 % des DNI). Nous avons également relevé 5 erreurs de posologie (11,4 %) et 1 (2,2 %) arrêt du médicament par erreur.

Discussion :

Cette étude prospective monocentrique met en évidence un taux de DNI plus élevé en service de chirurgie qu'en service de médecine. Pour les patients de chirurgie, le traitement d'entrée est saisi par les médecins anesthésistes en consultation, ce qui pourrait expliquer le taux de DNI plus important qu'en médecine où la saisie est réalisée par des internes en médecine sur un temps d'hospitalisation.

Conclusion :

Le COMEDIMS a priorisé le service de chirurgie pour déployer le processus de conciliation médicamenteuse.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Communication multidisciplinaire, Amélioration de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Gestion périopératoire des traitements chroniques : comment favoriser l'application de recommandations parfois méconnues ?

Auteurs :

Flatrès A. ⁽¹⁾, Muzard A. ⁽¹⁾, Fobe F. ⁽²⁾, Augry-Guy F. ⁽¹⁾, Breuil C. ⁽¹⁾, Hecquard C. ⁽¹⁾, Baudon M. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Caen, Caen

⁽²⁾ Anesthésie, CHU Caen, Caen

Résumé :

Introduction :

La société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) a élaboré en juin 2009 des recommandations formalisées d'experts sur la gestion périopératoire des traitements chroniques qui doivent être poursuivis ou suspendus. Ces recommandations ne sont pas toujours connues ni appliquées des médecins. L'objectif de notre travail est de les regrouper puis d'évaluer la conformité des pratiques professionnelles des services de chirurgie à ces recommandations.

Matériels et méthodes :

Synthèse des recommandations de la SFAR sur la gestion périopératoire des traitements chroniques. Etude rétrospective sur un mois (décembre 2014) de l'ensemble des prescriptions de 5 molécules choisies arbitrairement chez des patients hospitalisés ayant subi une intervention chirurgicale sous anesthésie générale.

Résultats :

Les recommandations de la SFAR ont été synthétisées sous forme d'un tableau comportant 31 classes thérapeutiques avec proposition d'alternatives galéniques en cas d'indisponibilité d'utilisation de la voie orale (formes injectables, passage par sonde entérale...). Sur 90 prescriptions, 37 % (n = 33) ne répondent pas aux recommandations de gestion périopératoire des traitements chroniques. 36 % des patients traités par furosémide et 50 % de ceux traités par spironolactone ont reçu leur traitement alors que l'administration d'un diurétique le matin de l'intervention n'est pas recommandée. 36 % des patients traités par aténolol et 20 % de ceux traités par propranolol n'ont pas reçu leur traitement le matin de l'intervention alors que cela est recommandé. 50 % des patients traités par digoxine n'ont pas bénéficié d'une reprise du traitement comme recommandé le lendemain de l'intervention alors que le traitement pouvait être administré par voie injectable en cas d'indisponibilité de la voie orale.

Discussion :

Les prescriptions périopératoires ne sont pas toujours conformes aux recommandations d'experts car elles sont parfois méconnues des prescripteurs. Des recommandations locales adaptées au livret thérapeutique sont en cours d'élaboration en collaboration avec les anesthésistes-réanimateurs et seront paramétrées dans notre logiciel de prescription informatisée afin de constituer une aide pour les médecins de la consultation d'anesthésie à la prise en charge post-opératoire.

Mots-clés :

Période périopératoire, Recommandations de consensus, Traitement médicamenteux

Références :

[1] Gestion périopératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux, Comité des référentiels de la SFAR, juin 2009

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Patients admis à la plateforme fragilité : analyse des prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées

Auteurs :

Recoche I.*⁽¹⁾, Lebaudy C.⁽²⁾, Cool C.⁽³⁾, Rouch L.⁽²⁾, Pomies S.⁽³⁾, Cestac P.⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse

⁽³⁾ Pharmacie, CHU Toulouse, Toulouse

Résumé :

Introduction :

La fragilité est un syndrome clinique, décrit comme le reflet de la diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. La iatrogénie médicamenteuse contribue à l'état de fragilité et au basculement vers la dépendance. L'hospitalisation de jour (HDJ) d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance a pour objectif de rechercher les causes de fragilité et d'établir un plan de prévention personnalisé en lien avec le médecin traitant. L'objectif de notre travail était de décrire et mesurer la prévalence des prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées chez les sujets hospitalisés à la plateforme Fragilité.

Patients et méthodes :

Etude observationnelle descriptive transversale, réalisée sur l'ensemble des patients hospitalisés en HDJ entre janvier et avril 2014. La prescription potentiellement inappropriée a été définie à l'aide d'un indicateur spécifique s'appuyant sur le Résumé des Caractéristiques du Produit, la liste de Laroche, les recommandations de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), de la Haute Autorité de Santé (HAS) chez le sujet âgé, le Service Médical Rendu (SMR) et sur les données cliniques disponibles du patient. Les propositions d'optimisation des ordonnances ont été classées selon les critères de non-conformité définis par la Société Française de Pharmacie Clinique.

Résultats :

Parmi les 229 patients inclus, 48 % des patients étaient fragiles, 42 % pré-fragiles. La prescription médicamenteuse était potentiellement inappropriée pour 71,2 % des patients. Le type d'intervention le plus fréquemment proposée était la réévaluation d'indication de médicaments, 34,4 % des patients avaient au moins un médicament sans indication retrouvée. La prescription médicamenteuse de 42 patients (18,3 %) contenait au moins un médicament à rapport bénéfice/risque défavorable appartenant à la liste de Laroche et pour 22,3 % des patients, autre que ceux de la liste de Laroche. La présence d'au moins un médicament ayant une efficacité discutable a été observée pour 38 patients (16,6 %). La prévalence de prescription potentiellement inappropriée n'était pas significativement différente selon les statuts de fragilité ($p > 0,05$).

Conclusion :

Une optimisation de l'ordonnance, dans un but préventif et/ou de réversibilité de la fragilité serait possible pour environ 71 % des patients de l'HDJ. Dans ce contexte, une analyse pharmaceutique systématique à l'HDJ va être mise en place.

Mots-clés :

Prescription inappropriée, Polymédication, Gériatrie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prescription de Carbapénèmes en gériatrie : état des lieux comparatif

Auteurs :

Recoche I.*⁽¹⁾, Lebaudy C.⁽²⁾, Rouch L.⁽²⁾, Farbos F.⁽³⁾, Chautant F.⁽³⁾, Pomies S.⁽³⁾, Cestac P.⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse

⁽³⁾ Pharmacie, CHU Toulouse, Toulouse

Résumé :

Introduction :

Les carbapénèmes (CBP) sont identifiés parmi les antibiotiques de dernier recours vis-à-vis des bactéries gram négatif et parmi les antibiotiques dont la prescription et/ou la dispensation doivent être contrôlées par des mesures spécifiques, afin de limiter l'émergence de résistances. En 2012, une étude rétrospective sur 10 mois avait permis de réaliser un premier état des lieux de la prescription des CBP en gériatrie. L'objectif de notre étude était de réaliser un nouvel état des lieux des prescriptions des CBP et de le comparer au précédent, lorsque la prescription était relayée aux infectiologues référents par l'équipe pharmaceutique.

Patients et méthodes :

La consommation a été évaluée et comparée aux dernières données disponibles sur le Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales à l'aide d'un outil standardisé (consommation rapportée à l'activité). Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale comparative, sur l'ensemble des patients hospitalisés au sein du pôle gériatrie entre décembre 2013 et avril 2014, à qui un CBP était prescrit. Les caractéristiques des patients et des CBP, les informations bactériologiques, l'analyse des avis donnés ainsi que les alternatives thérapeutiques, ont été relevés.

Résultats :

68 prescriptions de CBP en 4 mois, soit 17 prescriptions/mois pour 330 lits de gériatrie ont été réalisées. Parmi les 56 patients ayant eu au moins une prescription, 53 (94,6 %) présentaient au moins 1 facteur de risque de bactérie multirésistante. L'ertapénème représentait 41 % (n = 28) des prescriptions (38 % en 2011), le méropénème 37 % (n = 25) (5 % en 2011). La principale indication était l'infection urinaire (n = 27-39,7 %). 44 % (n = 30) des prescriptions de CBP étaient réalisées en deuxième ligne de traitement. Pour 30,9 % des ordonnances, une réévaluation argumentée était notée dans le dossier médical à 48-72 heures. 69 % des prescriptions étaient documentées. En probabiliste, l'ertapénème a été choisi dans 33,3 % des cas. Les prescriptions ont été validées par un infectiologue référent dans 51 % (n = 35) des cas. Un avis pharmaceutique a été proposé aux gériatres pour 18 (27 %) ordonnances et suivi par l'équipe médicale dans 67 % des cas. Dans 23,5 % des cas (n = 16), une alternative aux CBP semblait possible.

Conclusion :

Une information appropriée pour les prescripteurs a été diffusée afin de rationaliser l'usage des CBP au sein du pôle. La prescription des CBP doit continuer à être suivie par l'équipe pharmaceutique, qui devra relayer différentes informations de bon usage.

Mots-clés :

Carbapénèmes, Gériatrie, Prescription

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude rétrospective des interventions pharmaceutiques sur les prescriptions de préparations d'anticancéreux injectables réalisées durant 4 années

Auteurs :

Wojcik A.*, Chourbagi C., Votte P.

Pharmacie, CHU Amiens, Amiens

Résumé :

Introduction :

L'unité de préparation des chimiothérapies de notre centre hospitalier universitaire a fabriqué de 2010 à 2013 près de 100 000 préparations de médicaments anticancéreux injectables. Les pharmaciens de l'unité procèdent à l'analyse pharmaceutique de chaque prescription. En cas d'anomalie, le médecin prescripteur est informé et une action correctrice est proposée.

Matériels et méthodes :

L'étude porte sur quatre années, de 2010 à 2013, durant lesquelles a été consignée chaque erreur de prescription relevée ainsi que les conséquences que cette erreur aurait pu engendrer. Les données ont été retranscrites dans le logiciel Excel® puis analysées.

Résultats :

Sur la période 2010-2013, 66 585 prescriptions ont été analysées par l'équipe pharmaceutique. Parmi les anomalies détectées, 228 interventions correctrices ont été validées par les prescripteurs :

- Les erreurs de prescriptions ont été plus fréquentes en juillet (14 %) et en novembre (12 %)
- Plus de la moitié des erreurs relevées proviennent du Centre de Gynécologie-Obstétrique (25 %) et des services d'hématologie (hospitalisation 16 % + hôpital de jour 15 %)
- Les erreurs identifiées sont :
 - quantitatives : doses insuffisantes ou excessives (50 %)
 - qualitatives : erreurs de protocole (41 %), données sur le patient erronées (9 %) - Les conséquences potentielles des erreurs de prescription sont les suivantes : toxicité accrue (62 %), défaut d'efficacité (35 %), augmentation de coût (3 %).

Discussion :

Le contrôle de chaque prescription de chimiothérapie est certes une activité chronophage pour l'équipe pharmaceutique, mais elle permet de sécuriser la thérapeutique en interceptant les erreurs médicamenteuses évitables, qui conduiraient dans certains cas à une perte de chance pour le patient si elles ne faisaient pas l'objet d'une intervention correctrice. Ces interventions sensibilisent le prescripteur et permettent de réduire le risque que la même erreur se reproduise à l'avenir. Ainsi, l'analyse pharmaceutique constitue une plus-value dans la prise en charge médicamenteuse des patients atteints de cancer.

Mots-clés :

Antinéoplasiques, Prescription inappropriée, Erreurs médicamenteuses

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prescriptions médicales de patients en soins palliatifs dans un centre régional de lutte contre le cancer

Auteurs :

Brunet L. ^{*(1)}, Dalban C. ⁽²⁾, Dimartino C. ⁽³⁾, Favier L. ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Dijon, Dijon

⁽²⁾ Département d'information médicale, Centre Georges François Leclerc, Dijon

⁽³⁾ Pharmacie, Centre Georges François Leclerc, Dijon

⁽⁴⁾ Oncologie médicale, Centre Georges François Leclerc, Dijon

Résumé :

Introduction :

Nous avons souhaité connaître les habitudes de prescription des médecins lors des derniers jours de vie d'un patient en soins palliatifs dans le service d'oncologie médicale du centre régional de lutte contre le cancer.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective incluant tous les patients, en soins palliatifs terminaux, décédés en 2011 en oncologie médicale et y étant hospitalisés depuis au moins 5 jours. Nous nous sommes focalisés sur la prise en charge des principaux symptômes en se référant à l'ABC of palliative care et le traitement des comorbidités.

Résultats :

Parmi les 155 patients décédés en 2011, 90 ont pu être inclus. Dans la prise en charge des symptômes, on retrouve que 93 % des patients ont un traitement antalgique ; dans la majorité des cas, c'est un palier 3. Dans la prise en charge des troubles digestifs, 12 % des patients ont un traitement anti diarrhéique, 49 % un traitement laxatif, près de la moitié un traitement antiulcéreux et 44 % un traitement anti-émétique. Les prokinétiques sont les plus représentés et 3 % des patients conservent un sétron. En revanche, moins de la moitié des patients bénéficient d'une prise en charge des mucites. Une hydratation IV est présente chez 69 % des patients et 32 % ont une nutrition avec ajout de compléments vitaminiques dans un tiers des cas. On retrouve une prescription d'anxiolytique chez 78 % des patients et d'antidépresseurs chez 29 % d'entre eux. Dans le cadre de la prise en charge palliative, les morphiniques, les corticoïdes et le midazolam sont largement représentés. Dans la prise en charge des comorbidités, nous avons notamment retrouvé la prise en charge des troubles cardiaques et du diabète. Enfin, près de 80 % des patients ont bénéficié d'une surveillance biologique au cours de leur dernière semaine.

Discussion :

La plupart des médicaments encore présents la dernière semaine avant le décès du patient rentrent dans la prise en charge palliative du patient afin de soulager ses douleurs, son inconfort et ses angoisses. Ainsi, les 3 spécialités les plus prescrites sont les morphiniques (93 %), les corticoïdes (79 %) et les anxiolytiques (78 %). Nous pouvons nous interroger sur la pertinence de certaine prescription à ce stade de la maladie comme les sétrons, les compléments vitaminiques ou encore l'intérêt des bilans biologiques.

Conclusion :

Ces résultats semblent concordants avec ce qui est décrit dans la littérature. Certains points restent à améliorer : une meilleure prise en charge de la mucite et un allègement de certains traitements.

Mots-clés :

Soins palliatifs, Oncologie médicale, Traitement médicamenteux

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de l'efficacité et de la tolérance de patchs de capsaïcine en oncologie

Auteurs :

Cartier F.*⁽¹⁾, Pelloquin A.⁽¹⁾, Babet C.⁽¹⁾, Delorme T.⁽²⁾, Escalup L.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Institut Curie, Paris

⁽²⁾ Service anesthésie-douleur, Institut Curie, Paris

Résumé :

Introduction :

Avec une prévalence de plus de 20 %, les douleurs neuropathiques périphériques (DNP) post-chirurgicales ou post-chimiothérapie sont une problématique prégnante en oncologie et nécessitent une prise en charge complexe et pluridisciplinaire. Un nouveau médicament, un patch de capsaïcine (PC) à 8 %, a été commercialisé depuis 2011 dans le traitement des DNP. Une étude rétrospective a été menée pour évaluer l'efficacité et la tolérance de ce patch sur l'ensemble des patients traités entre novembre 2011 et janvier 2015.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective dans un centre de lutte contre le cancer. L'établissement d'un questionnaire a permis le recueil des données dans les dossiers patients (âge, antécédents, symptomatologie, traitements entrepris, tolérance et efficacité).

Résultats :

65 patients (âge médian : 56 ans [21 – 83 ans]) ont bénéficié de la pose de 137 PC (2,1 par patient en moyenne). Les DNP étaient post-chirurgicales chez 42 patients, post-chimiothérapie/radiothérapie pour 22 et post-zostérienne pour 1. Les classes de cytotoxiques impliquées étaient les taxanes (n = 16), les sels de platine (n = 3) et le bortézomib (n = 2). Une baisse supérieure à 30 % du Neuropathy Pain Symptom Inventory, traduisant l'efficacité de la thérapeutique, est observée chez 63 % des patients traités (83 % pour les DNP post-chirurgicales et 24 % pour les DNP post-chimiothérapie). 6 patients ont ainsi pu arrêter le traitement antalgique de fond et 17 l'ont diminué. 18 patients ont arrêté ce traitement faute d'efficacité. 85 % des poses ont été suivies d'effets indésirables (EI), en majorité locaux et rapidement réversibles (douleurs 68 %, érythème 65 %, paresthésie 10 %).

Discussion :

L'emploi des PC s'est traduit par une meilleure efficacité dans les DNP post-chirurgicales (83 % vs 24 %, p < 0,001). L'utilisation limitée à un centre spécialisé dans la douleur garantit une sécurité supplémentaire quant au bon usage de ce médicament. En effet, les EI, quasi exclusivement locaux, ont néanmoins conduit, malgré une prémédication systématique, à l'arrêt prématuré de 7 séances de poses à cause de douleurs importantes et non calmées par des antalgiques forts. Les PC sont employés majoritairement dans les DNP post-VIH ou zostériennes. Les études menées en oncologie sont peu nombreuses avec des résultats parfois difficiles à comparer en particulier au niveau de l'efficacité. La tolérance, quant à elle, est similaire dans les différentes études. L'utilisation de ces patchs semble être une alternative intéressante en oncologie. D'autres études devraient permettre de préciser leur indication dans les DNP.

Mots-clés :

Oncologie, Douleur, Tolérance

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Renforcement des liens ville-hôpital : conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie

Auteurs :

Margueritte L.*⁽¹⁾, Renoud-Grappin M.⁽¹⁾, Poizat L.⁽¹⁾, Hellot-Guersing M.⁽¹⁾, Kiledjian E.⁽²⁾, Leromain AS.⁽¹⁾, Gadot A.⁽¹⁾, Jarre C.⁽¹⁾, Derharoutunian C.⁽¹⁾, Roubille R.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHG Lucien Hussel, Vienne

⁽²⁾ Médecine gériatrique, CHG Lucien Hussel, Vienne

Résumé :

Introduction :

Le patient âgé, fréquemment hospitalisé et poly pathologique, est à haut risque de iatrogénie et constitue donc une priorité dans l'amélioration de la continuité des soins. Le but de cette étude était de mettre en place la conciliation médicamenteuse à l'entrée (CM), dans un service de gériatrie, afin de sécuriser la transition ville-hôpital et ainsi réduire le nombre d'erreurs médicamenteuses (EM).

Patients et méthodes :

Tout patient entrant sur l'un des 10 lits de court séjour gériatrique (CSG) entre le 07/07 et le 30/10/2014 a été inclus dans l'étude. La liste exhaustive des médicaments pris par le patient a été établie rétroactivement par le pharmacien ou l'interne en pharmacie, à l'aide de diverses sources. Ce Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) a été comparé à l'Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission (OMA). Chaque divergence, intentionnelle (DI) ou non (DNI), a été discutée avec un médecin, puis documentée ou corrigée au besoin. Un courrier expliquant notre démarche a été systématiquement envoyé à chaque pharmacien d'officine contacté.

Résultats :

Sur les 104 patients hospitalisés, 83 (80 %) ont bénéficié de la CM. Vingt-neuf (35 %) étaient des hommes et l'âge moyen était de 85 ans (min. 64 ; max. 104). Trente-neuf patients (47 %) arrivaient des urgences, 25 (30 %) de leur domicile, 18 (21,7 %) d'un autre service et 1 (1,2 %) d'un autre hôpital. En moyenne, 2,9 sources étaient utilisées pour constituer le BMO. Les interviews des patients ont été très peu contributives principalement du fait de leur grand âge. Le pharmacien d'officine a été contacté dans 54 cas (65 %) et le dossier patient informatisé du réseau régional de gérontologie a été consulté 15 fois (18 %). Ces deux sources ont été les plus informatives. Nous avons répertorié 275 DI, 78 % étaient documentées. Vingt-cinq DNI ont été détectées dont 13 oublis (52 %), 8 modifications de posologie (32 %), 2 ajouts (8 %) et 2 erreurs de médicament (8 %). Treize patients (16 %) étaient concernés.

Discussion :

Cette méthode a permis d'intercepter plusieurs EM potentiellement à risque d'événement indésirable pour le patient. Elle a permis de tisser des liens entre les pharmaciens de ville et hospitaliers. Enfin, dans le but d'optimiser cette activité, nous avons demandé l'accès au dossier pharmaceutique. Suite à cette étude, la CM à l'entrée a été déployée dans un second service de gériatrie.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Communication pluridisciplinaire, Sécurité du patient

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intervention pharmaceutique : comment optimiser la communication selon le type de séjour ?

Auteurs :

Devos C.*, Landouzy M., Desaintfuscien E., Mutombo M., Bonenfant C., Guenault N.

Pharmacie, CH Armentières, Armentières

Résumé :

Introduction :

Le contrat de bon usage 2014-2018 signé par l'établissement intègre l'analyse pharmaceutique des lits de SSR et SLD. Des réunions de concertation médico-pharmaceutique (RCP) ont été mises en place en EHPAD. Afin d'optimiser la communication avec les services de long séjour et EHPAD, une étude sur les différents modes de communication des interventions pharmaceutiques (IP) a été réalisée.

Matériels et méthodes :

Une analyse des IP chez le sujet âgé a été menée pendant 10 mois dans les services de médecine, chirurgie, court séjour gériatrique (CSG), SSR/SLD et EHPAD. Le mode de communication des avis (informatique sur logiciel de prescription, téléphonique, par passage dans le service), leur d'application (suivi, non suivi, argumenté, non applicable) et le délai d'application des avis suivis ont été étudiés. Les prescriptions abordées en RCP ont été comptabilisées comme IP par passage dans le service.

Résultats :

Au total, 646 patients âgés ont fait l'objet de 1 624 IP. Le taux de suivi des avis en CSG était de 61,8 % versus 24,0 % en chirurgie, 44,6 % en SSR/SLD et 40,8 % en EHPAD. Le mode de communication le plus utilisé était l'informatique (69,2 %), puis le passage dans le service (22,9 %) et enfin téléphonique (7,9 %). Les IP informatiques n'étaient suivies qu'à 38,1 %, contrairement aux avis par passage ou téléphoniques majoritairement suivis (respectivement 58,1 % et 78,9 %). En EHPAD, les RCP ont permis d'argumenter 19,4 % des prescriptions avec IP. Les délais d'application des avis différaient entre les services de CSG et médecine (médiane = 1 jour), chirurgie (3 jours) et SSR/SLD et EHPAD (respectivement 10 et 12 jours). Dans la totalité des services, les délais de suivi des IP téléphoniques et par passage étaient de 0 à 3 jours.

Discussion :

La communication informatique est adaptée dans les services de court séjour avec un suivi majoritaire et rapide des IP. Le suivi des IP est faible en chirurgie, y soulevant la complexité de la réévaluation des traitements habituels du patient âgé. Dans les services de long séjour et EHPAD, la communication informatique est remise en question devant un délai d'application d'au moins 10 jours. La communication orale, plus adaptée à ce type de séjour, sera désormais privilégiée par l'équipe pharmaceutique. L'organisation de RCP en EHPAD va être pérennisée et élargie aux services de long séjour, afin d'optimiser les échanges pluri-professionnels pour une meilleure prise en charge médicamenteuse des patients.

Mots-clés :

Comité médico-pharmaceutique, Etablissements de soins de long séjour, Communication interdisciplinaire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sachets de larves de mouche : état des lieux des pratiques de prescription et d'administration d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) en service de dermatologie d'un CHU

Auteurs :

Le Gall T.*, Guirriec AS., Kinowski JM.

Pharmacie, CHRU Nîmes, Nîmes

Résumé :

Introduction :

Le sachet de larves de mouche vivantes, médicament sous ATU nominative, est indiqué dans la détersion de plaies chroniques fibrino-nécrotiques ou cicatrisant difficilement lorsqu'un traitement chirurgical n'est pas souhaité. Ce travail propose un état des lieux des pratiques de prescription et d'administration du sachet de larves dans le service de dermatologie d'un CHU entre novembre 2013 et juillet 2014.

Patients et méthodes :

Deux patients hospitalisés ayant des ulcères multiples de jambes ont bénéficié de l'ATU durant cette période. Un suivi journalier des plaies a été réalisé par l'infirmière lors de la réfection du pansement. L'efficacité de la détersion a été jugée par les médecins. Le respect des bonnes pratiques de prescription et d'administration a été évalué par l'interne en pharmacie au regard du Résumé des Caractéristiques du Produit. La durée de pose d'un sachet est de 4 jours et correspond à une cure. Elle peut être renouvelée après réévaluation clinique au 3^{ème} jour. L'ATU, octroyée pour 5 jours, permet 2 cures successives. Lors de la pose d'un sachet, une quantité suffisante de crème barrière protectrice est à appliquer sur les berges de la plaie. Le sachet est recouvert d'une compresse imbibée de sérum physiologique et maintenu à l'aide d'une bande non serrée.

Résultats :

Chaque patient a bénéficié de 2 cures. La détersion des plaies a été complète pour le 1^{er} patient et de 70 % pour le 2nd, permettant ainsi la mise en place d'une Thérapie à Pression Négative. Pourtant, les bonnes pratiques de prescription n'ont pas été respectées pour le 1^{er} patient qui a été réévalué au 4^{ème} jour, occasionnant un retard pour la commande de la 2^{nde} cure. Une fenêtre thérapeutique, à l'origine d'une réapparition de tissus dévitalisés, a été imposée à ce patient du fait d'une réévaluation clinique trop tardive. Par ailleurs, les modalités d'administration n'ont pas été respectées pour les 2 patients. En effet, pour l'une des 3 plaies du 1^{er} patient, les larves sont mortes noyées dans un excès de crème au 3^{ème} jour de la 2^{ème} cure. Pour l'une des 2 plaies du 2nd patient, l'application d'une compresse peu humide et d'une bande trop compressive a entraîné la mort d'une partie des larves au 4^{ème} jour de la 1^{ère} cure.

Conclusion :

Cet état des lieux met en évidence un manque de connaissances du sachet de larves dans un service spécialisé. Pour l'utilisation optimale de cette thérapeutique innovante, la formation des professionnels de santé aux bonnes pratiques de prescription et d'administration apparaît fondamentale.

Mots-clés :

Larves, Détersion, Administration

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prémédication par la mélatonine avant un EEG : analyse des pratiques dans un hôpital pédiatrique

Auteurs :

Ferréol L.*⁽¹⁾, Fratta A.⁽¹⁾, Morand K.⁽¹⁾, Vermersch AI.⁽²⁾, Benoit G.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, APHP - Hôpital Armand Trousseau, Paris

⁽²⁾ Service d'explorations fonctionnelles neurologiques, APHP - Hôpital A. Trousseau, Paris

Résumé :

Introduction :

L'électroencéphalogramme (EEG) est un examen qui a chez l'enfant de nombreuses indications ; c'est notamment un examen indispensable au diagnostic et au suivi thérapeutique des Epilepsies. Or, les anomalies EEG de l'épilepsie surviennent principalement lors des changements d'états de vigilance, soit dans l'entrée dans le sommeil soit au réveil. Pour qu'un EEG en pédiatrie soit un examen complet, il doit impérativement comporter un enregistrement de sommeil. Le sommeil peut être obtenu en associant une "privation" de sommeil et la prise de Mélatonine, hormone naturelle qui participe au contrôle des rythmes circadiens dont l'effet hypnotique est ici mis à profit. Elle n'interfère pas sur l'activité électrique cérébrale. Le but de cette étude a été d'évaluer la dose de mélatonine administrée, le délai et le temps d'endormissement ainsi que la qualité du tracé obtenu dans le service d'Explorations fonctionnelles Neurologiques.

Matériels et méthodes :

Un questionnaire a été mis à disposition dans le service pour être complété à chaque EEG prémédié par la mélatonine. Ont été recueillis : l'âge, le poids, la dose de mélatonine administrée, l'heure de la prise, de l'endormissement et du réveil ainsi que l'interprétabilité du tracé obtenu pour chaque patient. Les prescriptions analysées étaient toutes établies par des médecins de l'hôpital pédiatrique.

Résultats :

Le recueil a été fait sur une période de 2 mois. 29 patients d'un âge moyen de 8,7 +/- 4,4 ans pesant en moyenne 32,7 +/- 15,6 kg ont été inclus. 10 % des enfants n'ont pas dormi (3 échecs). Les 26 autres ont mis en moyenne 56 +/- 15 minutes pour s'endormir et ont dormi en moyenne 22 +/- 8 minutes (le réveil coïncide avec la fin de l'examen). Les posologies prescrites en fonction du poids sont en moyenne de 0,18 +/- 0,07 mg/kg (significativement différentes de la posologie moyenne préconisée 0,3 mg/kg au risque 5 %). Aucun effet indésirable n'a été rapporté au service ni avant ni pendant l'étude.

Discussion :

Avec 90 % des EEG satisfaisants et aucun effet indésirable rapporté, la mélatonine semble être une molécule adaptée et efficace pour la prémédication des EEG chez l'enfant. Les échecs constatés s'expliquent par une absence de privation de sommeil préalable. En revanche, on a pu noter un manque de cohérence au niveau des posologies prescrites.

Conclusion :

Cette étude montre la nécessité de rédiger un protocole fixant la posologie et les mesures à associer (privation de sommeil) pour garantir l'efficacité de la prémédication. Une réévaluation des pratiques est prévue dans les six mois suivant sa mise en œuvre.

Mots-clés :

Mélatonine, Prémédication, Electroencéphalogramme

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

L'acénocoumarol, spécialité quadrisécable en conditions réelles d'utilisation : qu'en est-il vraiment ?

Auteurs :

Abbassi A.*⁽¹⁾, Ben Jeddou K.⁽¹⁾, Fradi I.⁽²⁾, Hasni N.⁽¹⁾, Soussi M.⁽³⁾, Ouahchi Z.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, EPS Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

⁽²⁾ Chimie analytique, Faculté de pharmacie de Monastir, Monastir, Tunisie

⁽³⁾ Chimie thérapeutique, Faculté de Pharmacie de Monastir, Monastir, Tunisie

Résumé :

Introduction :

Le fractionnement des comprimés est une pratique largement répandue en thérapeutique afin d'adapter les posologies des médicaments. Cette pratique n'est pas dénuée de risque iatrogène du à un sous dosage ou un surdosage thérapeutique [1]. Pour remédier à ce problème, les firmes pharmaceutiques ont souvent recours aux formes sécables [2]. Néanmoins, ce risque demeure très redouté lorsqu'il s'agit d'un médicament à marge thérapeutique étroite (MMTE) tel le cas de l'acénocoumarol : un anticoagulant largement utilisé dans la prise en charge des maladies thrombo-emboliques et la prévention des cardiopathies emboligènes. Dans ce cadre de problématique, nous avons examiné de plus près la sécabilité de la spécialité correspondante incluse dans la nomenclature hospitalière tunisienne en condition réelle d'utilisation afin d'estimer le risque thérapeutique lié.

Patients et méthodes :

Pour étudier la sécabilité, nous avons appliqué l'essai d'uniformité des fractions : demies et quarts. L'étude comporte deux populations chacune ayant un effectif de 30 individus : groupe Patient et groupe Infirmier. Après fractionnement des comprimés, nous avons procédé à la pesée précise des fractions et à l'estimation du risque clinique potentiel encouru. Une étude statistique est ainsi développée permettant de comparer la moyenne de masse à la valeur de référence ainsi que les moyennes des deux groupes.

Résultats :

L'essai d'uniformité des fractions était non conforme pour les deux groupes avec un pourcentage de non-conformité de 7 % pour les fractions demies chez les deux groupes et respectivement de 27 % et 44 % chez le groupe Patient et le groupe Infirmier pour les fractions quarts. Toutefois, le risque de conséquences cliniques était moindre chez le groupe Infirmier (14 %) contre 20 % chez le groupe Patient. Aucune corrélation entre l'écart à la valeur théorique et l'âge n'a été mise en évidence.

Discussion :

Les résultats trouvés mettent l'accent sur la nécessité de bien former l'infirmier vis-à-vis la technique de sécabilité. Dans la même vision, il s'avère indispensable d'adopter des techniques plus précises telles que le fractionnement à la coupe-comprimé. Concernant le patient, dans le but de garantir sa sécurité surtout en ambulatoire, une éducation bien conduite peut s'avérer assez utile. Une solution radicale assez efficace sera d'introduire une spécialité ayant un dosage plus adapté dosée à 1 mg.

Mots-clés :

Sécabilité, Essai d'uniformité des fractions, Risque clinique

Références :

[1] R. Quinzler et al. The frequency of inappropriate tablet splitting in primary care. Eur J Clin Pharmacol. 2006 ; 62 (1065-1073)

[2] E. van Santena et al. Breaking of scored tablets: a review. European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics. 2002 ; 53 (139-145)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bon usage de la Fidaxomicine : étude rétrospective des premières prescriptions aux rétrocessions d'un CHRU

Auteurs :

Quintard A.*, Guitart C., Terrail N.

Pharmacie Lapeyronie, CHRU Montpellier - Hôpital Lapeyronie - Arnaud de Villeneuve, Montpellier

Résumé :

Introduction :

L'infection à Clostridium difficile (ICD) est la 1^{ère} cause de diarrhée infectieuse à l'hôpital avec une origine nosocomiale dans 70 % des cas et apparaissant au cours ou au décours d'une antibiothérapie dans 90 %. Le métronidazole est utilisé en 1^{ère} intention et dans les formes sévères ou de contre-indication ou de non-réponse au métronidazole, la vancomycine per os est recommandée. La fidaxomicine constitue ainsi une alternative dans le traitement des ICD chez les sujets à risque de récurrence, disponible en rétrocession à l'hôpital depuis août 2014.

Patients et méthodes :

L'objectif de notre travail est d'évaluer le profil des 1^{ers} patients traités et le Bon Usage de la fidaxomicine.

Résultats :

Cinq patients ont pour l'instant été traités avec un âge moyen de 45 ans. L'utilisation était justifiée par une diarrhée avec émission d'au moins 3 selles liquides par jour (60 %) ou une colite pseudo-membraneuse (40 %) et l'identification bactériologique par la recherche de toxines libres dans les selles avait été réalisée à 100 %. L'ICD est survenue au cours d'une antibiothérapie dans 60 % des cas (arrêtée ou modifiée dans 100 % des cas) et avait une origine nosocomiale dans un contexte d'immunodépression pour 40 % des patients. Les traitements utilisés avant la mise sous fidaxomicine étaient le métronidazole (40 %), la vancomycine (60 %) et 20 % des patients n'avaient pas reçu de traitement antérieur.

Discussion :

Le peu de patients traités en ambulatoire s'expliquent par le taux de récurrence en pratique de 20 % dans les 2 mois suivant l'épisode initial. Le traitement disponible uniquement en rétrocession à l'hôpital s'explique par la nécessité d'un suivi des prescriptions et des délivrances dans le respect des règles de bonnes pratiques. Ainsi, pour notre cohorte de patients, l'indication était respectée : traitement des ICD avec recherche de toxines libres dans les selles. La survenue d'ICD lors de l'utilisation d'antibiotiques et l'apparition de l'ICD dans les services à risque confirment les facteurs de risque d'apparition de ces épisodes infectieux.

Conclusion :

La fidaxomicine constitue ainsi une alternative de 1^{ère} intention dans l'arsenal thérapeutique pour le traitement des ICD, en raison de son efficacité sur l'infection et de sa tolérance comparables à ceux de la vancomycine. Cependant, dans les formes cliniques les plus sévères et en cas d'utilisation répétée pour des récurrences, l'absence de données limite son utilisation.

Mots-clés :

Clostridium difficile, Diarrhée infectieuse, Récurrence

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prévention de la bronchiolite à VRS chez le nouveau-né à risque : impact de la mise en place d'une plateforme téléphonique sur l'observance

Auteurs :

Rouzé H.*⁽¹⁾, Chatenet FT.⁽¹⁾, Bernard L.⁽²⁾, Boyer A.⁽²⁾, Sautou V.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Estaing, Clermont-Ferrand

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

Résumé :

Introduction :

La prévention de la bronchiolite à virus respiratoire syncytial (VRS) dans les populations à risque (prématurés et nourrissons ayant une pathologie cardiaque ou pulmonaire) est réalisée par immunoprophylaxie passive par Palivizumab, rétrocedé puis administré par les médecins et pédiatres de ville tous les 28 jours pendant la saison épidémique (octobre à avril). Durant la saison 2012-2013, notre établissement instaurait une intervention éducative ciblée et coordonnée entre médecins hospitaliers, pharmaciens de rétrocession et médecins de ville, pour améliorer l'observance du traitement [1]. Durant la saison 2013-2014, une plateforme téléphonique est mise en place pour optimiser le suivi personnalisé des patients et l'accompagnement éducatif des parents. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact de l'instauration de la plateforme sur l'observance.

Patients et méthodes :

L'intervention éducative menée sur la saison 2013-2014 est réalisée selon la méthodologie utilisée dans notre établissement sur la saison précédente : sensibilisation des parents dans le service de néonatalogie, conseils et diffusion d'une fiche « information patient » lors de la rétrocession puis information relayée par les médecins libéraux. La plateforme téléphonique appelle les parents avant et après les injections pour veiller au respect des délais et mettre à jour les données biométriques des patients. L'impact de l'intervention sur l'observance est évalué selon 2 critères : l'intervalle entre deux doses successives de palivizumab inférieur à 35 jours et le nombre total d'injections réalisées dans la saison. Ces données ont été comparées entre 50 patients répartis en deux groupes « suivi plateforme » (17 patients) et « hors suivi plateforme » (33 patients).

Résultats :

Le délai entre les injections est respecté à 94,1 % chez les patients suivis par la plateforme contre 51,5 % d'observance pour ce critère pour ceux n'ayant pas bénéficié du suivi téléphonique. De même, 94,1 % des patients "suivi plateforme" ont respecté le nombre total d'injection contre 84,8 % dans l'autre groupe. L'observance globale (respect des deux critères) est de 88,2 % pour le groupe "plateforme" contre 36,4 %.

Conclusion :

Sur le modeste nombre de patients suivis, la plateforme semble montrer des bénéfices quant à l'observance et permet d'optimiser le suivi des patients. Le suivi téléphonique a facilité le recueil des données sur les participants. Pour les saisons suivantes, l'accent doit être mis sur l'évaluation de la satisfaction des parents pour comprendre leurs attentes et appréhensions face à la plateforme.

Mots-clés :

Observance du traitement médicamenteux, Suivi pharmaceutique, Bronchiolite virale

Références :

[1] Optimisation de la prévention de la bronchiolite à VRS chez les nouveau-nés et prématurés : mesure de l'impact d'une intervention éducative ciblée. Bernard L et al. Arch Pediatr. 22 (2) : 146-53 (2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Réunions de concertation pluridisciplinaire dans l'hépatite C : nouvelles thérapeutiques et interactions médicamenteuses

Auteurs :

Colnot M.*⁽¹⁾, Loue C.⁽¹⁾, Riachi G.⁽²⁾, Gorla O.⁽²⁾, Donnadieu N.⁽¹⁾, Varin R.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

⁽²⁾ Hépatogastroentérologie, CHU Rouen, Rouen

Résumé :

Introduction :

Les nouveaux antiviraux à action directe (sofosbuvir (sofo), siméprevir (simé), daclatasvir (dacla) et ledipasvir (ledi)) révolutionnent la prise en charge de l'hépatite C (VHC) par leur efficacité et leur tolérance. Cependant, de nombreuses interactions médicamenteuses (IM) sont décrites. La mise en place en novembre 2014 des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) dans les services experts de lutte contre les hépatites virales permet l'implication du pharmacien dans l'analyse de ces IM.

Patients et méthodes :

Parmi les patients présentés en RCP entre le 1^{er} décembre 2014 et le 31 janvier 2015, ont été sélectionnés ceux pour lesquels un traitement anti VHC a été instauré. Une recherche d'IM a été effectuée par un interne de pharmacie présent en RCP pour les patients ayant des traitements associés dans le cadre d'autres pathologies. Les prescriptions concomitantes étaient signalées sur les fiches de RCP par le médecin référent du patient. La recherche d'IM a été faite à partir des résumés des caractéristiques des produits.

Résultats :

125 patients (36 % de femmes) d'âge moyen 58 ans ont été présentés au cours de 9 RCP. 97 patients ont bénéficié d'une instauration de traitement anti VHC avec la répartition suivante : sofo + ledi ± ribavirine (RBV) n = 51 (52 %), sofo + dacla ± RBV n = 35 (36 %), sofo + simé ± RBV n = 8 (8 %), sofo + RBV n = 3 (3 %). Une recherche d'IM a été effectuée pour les dossiers qui présentaient des traitements associés soit 53 sur 97 (55 %). 38 patients soit 72 % des dossiers analysés ne présentaient pas d'IM. Parmi les 15 autres patients, 20 IM ont été décrites et ont conduit à formuler une intervention pharmaceutique (IP). Les classes thérapeutiques les plus incriminées étaient les statines à 40 % (n = 8), les inhibiteurs de la pompe à protons à 30 % (n = 6) ainsi que les antirétroviraux à 20 % (n = 4). Sur les 15 patients chez lesquels ont été trouvés des IM, 53 % concernaient sofo + ledi ± RBV (n = 8), 40 % sofo + dacla ± RBV (n = 6) et 7 % sofo + simé ± RBV (n = 1).

Conclusion :

Plus de la moitié des patients présentés en RCP pour lesquels un traitement a été instauré ont bénéficié d'une recherche d'IM. Parmi eux près d'un tiers ont fait l'objet d'une IP. Toutefois, cette analyse repose sur les informations transmises par le médecin, le pharmacien n'ayant pas, pour l'instant, accès au dossier pharmaceutique du patient. La présence du pharmacien au cours de ces RCP est indispensable pour sécuriser la prescription de ces nouveaux traitements.

Mots-clés :

Hépatite C, Recommandation de consensus, Interactions médicamenteuses

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Informatisation du circuit du médicament : pertinence d'une présence pharmaceutique quotidienne en période de post-déploiement

Auteurs :

Sémély D.*, Cool C., Chautant F., Bachelet B., Wagner S., Cestac P., Duhalde V.

Pharmacie, CHU Toulouse, Toulouse

Résumé :

Introduction :

L'informatisation du circuit du médicament est une condition essentielle à sa sécurisation. La phase de déploiement reste une étape critique à risque accru d'erreurs pouvant conduire à des événements indésirables. Le pharmacien est un acteur indispensable de l'accompagnement de l'équipe médicale pendant cette phase. Qu'en est-il après ? L'objectif a été d'évaluer la pertinence du maintien d'une présence pharmaceutique quotidienne en post-déploiement de l'informatisation du circuit du médicament.

Patients et méthodes :

Cette étude prospective s'est déroulée sur 14 semaines dans un service de gastro-entérologie de 24 lits : 7 semaines respectivement pour la phase de déploiement (PDD) et la phase post-déploiement (PPD). L'équipe pharmaceutique (2 Equivalent Temps Plein en PDD et 1 en PPD) a effectué quotidiennement l'analyse des prescriptions via le logiciel ORBIS©. Chaque intervention pharmaceutique (IP) a été enregistrée et codée selon les critères définis par la société française de pharmacie clinique (SFPC).

Résultats :

Au cours de la PDD, 36,5 % (n = 687) des prescriptions signées ont été analysées contre 30 % (n = 575) pendant la PPD. Ces analyses ont entraîné la rédaction de 152 (22,1 %) vs. 108 (18,8 %) IP respectivement pour la PDD et la PPD (p = 0,14), correspondant à 39,9 % (85/213) vs. 33,2 % (66/199) des patients avec au moins une IP formulée sur sa prescription. Le taux d'IP accepté était de 70,6 % pour la PDD vs. 69,4 % pour la PPD (p = 0,14). La majorité des problèmes relevés était respectivement pour la PDD et la PPD : surdosage/sous-dosage 27,7 % vs. 26,8 % (p = 0,89) ; non-conformité aux référentiels ou contre-indication 15,8 % vs. 22,2 % (p = 0,19) ; voie et/ou administration inappropriée 21,7 % vs. 14,8 % (p = 0,16) ; erreur liée à l'informatisation 12,5 % vs. 13,0 % (p = 0,91). Les classes médicamenteuses les plus fréquemment identifiées étaient identiques pour les deux phases (analgésiques, psycholeptiques, antithrombotiques et antibiotiques).

Discussion :

Il n'a pas été mis en évidence de réduction significative du taux d'IP entre la PDD et la PPD. Les types d'erreurs relevées restent sensiblement les mêmes avec une proportion inchangée des erreurs liées à l'informatisation. La maîtrise d'un nouvel outil informatique prend du temps et reste difficile malgré un accompagnement optimum dédié.

Conclusion :

Il semble nécessaire de conserver une présence pharmaceutique quotidienne auprès de l'équipe médicale en phase de post-déploiement afin d'optimiser la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés.

Mots-clés :

Prescription électronique, Prescription inappropriée, Système d'information en pharmacie clinique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Solutions buvables : un seul dispositif d'administration ?

Auteurs :

Sharabi M.*, Guinot C., Schocher E., Bloch V., Barreteau H.

Pharmacie, APHP - Hôpital Fernand Widal, Paris

Résumé :

Introduction :

Notre établissement dispense aux services de SSR et de Long séjour les solutions buvables (SB) sous formes de monodoses nominatives fabriquées deux fois par semaine en PUI. Cependant, lors des modifications de posologie, les monodoses sont jetées (10 % en psychiatrie et 22 % en médecine addictologique en 2013) et un flacon entier étiqueté au nom du patient est alors dispensé. Il existe des risques de confusion entre les différentes pipettes des SB fournies par les laboratoires. Pour pallier ce problème, un dispositif d'administration standardisé des SB (composé d'un bouchon universel et d'une seringue orale Luer de 1, 3 ou 5 mL) accompagné d'un tableau de correspondance mg/mL des spécialités les plus prescrites a été mis en place en janvier 2014. L'objectif est de sécuriser l'administration des SB en permettant l'adéquation, à tout moment, de la dose avec la prescription et en limitant le gaspillage.

Matériels et méthodes :

L'audit a été réalisé sur une semaine en mai 2014 auprès des infirmiers diplômés d'état (IDE) des 4 services du site : psychiatrie, médecine addictologique, médecine physique et réadaptation et gériatrie. Nous avons établi un questionnaire de 25 questions portant sur la satisfaction, la praticité et la formation reçue. Les réponses ont été analysées à l'aide d'une application informatique téléchargeable gratuitement sur la Haute Autorité de Santé. (lien : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271904/fr/audit-clinique-bases-methodologiques-de-l-epp)

Résultats :

Vingt-trois IDE ont répondu au questionnaire sur 85. Concernant le système universel que nous proposons : 52 % ne sont pas satisfaits, majoritairement dans les services de psychiatrie, mais il est utilisé par 82 % des IDE (principalement les seringues à 1 mL). Les IDE rapportent que les doses prescrites sont parfois difficiles à prélever car certains volumes sont trop faibles par rapport à la taille de la seringue. Le dispositif fourni avec la SB par le laboratoire est utilisé par 64 % des utilisateurs par simplicité. Cet audit montre que les monodoses restent préférées dans 74 % des cas, car considérées comme plus pratiques, cependant, 3/4 des IDE restent intéressés par ce dispositif universel et souhaite recevoir une nouvelle formation

Discussion :

Une nouvelle formation pour les utilisateurs va être programmée, notamment en psychiatrie. L'achat de seringues de 0,5 mL pour prélever les petits volumes est envisagé. Un second audit sera mené en mai 2015 afin d'évaluer l'impact de ces actions correctives.

Mots-clés :

Audit médical, Administration par voie buccale, Formes posologiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Rôle et retombées du pharmacien : analyse descriptive des publications du pharmacien hospitalier et clinicien depuis 1990

Auteurs :

Leroux A.⁽¹⁾, Guérin A.*⁽²⁾, Lagrange F.⁽³⁾, Bussièrès JF.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

⁽³⁾ Pharmacie, CH Pierre Léo, La Charité-sur-Loire

Résumé :

Introduction :

Le pharmacien se doit d'évaluer et de démontrer sa valeur ajoutée et ses retombées en tant que professionnel de santé. L'objectif de cette étude était d'établir un profil des publications décrivant le rôle et les retombées du pharmacien publiées depuis 1990 au sein de la revue Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.

Matériels et méthodes :

Les articles décrivant le rôle et les retombées du pharmacien ont été inclus. Les activités pharmaceutiques ont été collectées et classées. Le rôle du pharmacien a été analysé à partir de 20 activités pharmaceutiques définies dans le projet Impact Pharmacie. Au sein des articles inclus, les retombées des pharmaciens ont été collectées et classées à partir de sept indicateurs soit la mortalité, morbidité, erreurs, effets indésirables, coûts, observance, satisfaction.

Résultats :

Un total de 49/555 articles a été inclus, soit 8,8 % des articles de la revue. Cinquante-cinq pourcent (n = 27) des articles retenus étaient publiés entre 2011 et 2014. Cinquante-neuf pourcent des articles (29/49) inclus étaient des études descriptives. Dix pourcent (5/49) des articles étaient des études de cas, huit pourcent (4/49) des enquêtes de satisfaction, 6 % (3/49) des revues de la littérature et 4 % (2/49) des études de cohorte. Les thèmes incluant le plus d'articles étaient analyse pharmaceutique, pharmacotechnie, pharmacovigilance, qualité et recherche clinique. Nous avons recensé sept indicateurs de retombées positives, aucun indicateur de retombées neutres et un indicateur de retombées négatives. Nous avons recensé 32 indicateurs descriptifs.

Discussion :

Il existe peu de données publiées au sein de la revue du Pharmacien Hospitalier et Clinicien sur le rôle et les retombées du pharmacien, revue francophone pivot de la pharmacie des établissements de santé publics et privés et des collectivités. On note cependant une augmentation de la documentation des activités pharmaceutiques au cours des années, vraisemblablement expliquée par la nécessité et la volonté des pharmaciens d'évaluer leurs rôles au sein du milieu de la santé. Cet état des lieux devrait encourager la publication d'études démontrant les retombées du pharmacien afin d'être reconnu et de développer de nouvelles activités. En outre, cet état des lieux pourrait être complété d'une analyse extensive des études publiées à propos de la pratique pharmaceutique française dans l'ensemble des revues indexées.

Mots-clés :

Publication, Impact, Pharmacien

Références :

[1] Guérin A, Tanguay C, Lebel D, Bussièrès JF. Recensement et analyse des preuves sur le rôle et sur les retombées de l'activité pharmaceutique : développement d'un outil sur Internet. Ann Pharm Fr (sous presse),

[2] Unité de recherche en pratique pharmaceutique. Impact Pharmacie [en ligne] <http://impactpharmacie.org/> (site visité le 09 février 2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prescription d'Argatroban et de Danaparoïde : quelles pratiques au sein des services de soins intensifs ?

Auteurs :

Delevallée L., Quillet P.*, Mongaret C., Montreuil G., Bonnet M., Hettler D.

Pharmacie, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims

Résumé :

Introduction :

Depuis 2011, l'Argatroban est disponible pour assurer l'anticoagulation parentérale des patients atteints de thrombopénie induite par l'héparine (TIH). Contrairement au Danaparoïde, alternative dans cette indication, l'Argatroban peut être prescrit en cas d'insuffisance rénale (IR) sévère (Clairance Cl = 15-30 ml/min) ou terminale (Cl < 15 ml/min). Cette spécificité a justifié le référencement de l'Argatroban en janvier 2013 dans notre établissement. Dix-huit mois plus tard, nous avons réalisé un état des lieux des prescriptions d'Argatroban et de Danaparoïde pour évaluer la place accordée à ces deux molécules dans la stratégie thérapeutique des patients atteints de TIH.

Patients et méthodes :

Cette étude rétrospective inclut tous les patients hospitalisés en soins intensifs (46 lits) et traités par Argatroban et Danaparoïde entre janvier 2013 et juillet 2014. Les patients ont été identifiés à partir du suivi des dispensations réalisés à la pharmacie et les données clinico-biologiques ont été recueillies par consultation des dossiers de soins.

Résultats :

15 patients ont été inclus dans l'étude (âge moyen = 62 ans, sex-ratio = 0,9). 10 patients ont été traités par Danaparoïde et 5 par Argatroban. Un patient présentait un antécédent de TIH documenté. Pour les 14 nouveaux patients, le score de probabilité de TIH (score des 4T) calculé à l'instauration du traitement était élevé (n = 5), modéré (n = 6), faible (n = 2) et non renseigné (n = 1), avec un test rapide d'agrégation plaquettaire positif chez 12/14 patients. 13 patients présentaient une fonction rénale altérée (Cl < 60 ml/min), dont 2 patients en IR sévère (traités par Danaparoïde) et 6 en IR terminale (3 traités par Danaparoïde et 3 par Argatroban). Pour les deux molécules, autant d'indications préventives que curatives ont été dénombrées (indication non renseignée : n = 1).

Discussion :

En cas de suspicion de TIH, on constate que toute instauration de Danaparoïde ou Argatroban fait l'objet d'une documentation biologique auprès du laboratoire d'hématologie. La fonction rénale est surveillée systématiquement mais plus de la moitié des patients souffrant d'IR sévère ou terminale sont traités par Danaparoïde, molécule contre-indiquée dans cette situation. Cette étude témoigne d'un manque d'information sur la mise à disposition de l'Argatroban dans notre établissement et sur l'actualisation des recommandations de prise en charge des patients atteints de TIH. Une sensibilisation des prescripteurs et un suivi renforcé des prescriptions par la pharmacie doivent être envisagés pour promouvoir le bon usage de ces antithrombotiques.

Mots-clés :

Evaluation de la prescription des médicaments, Anticoagulants, Insuffisance rénale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Ecraser un comprimé, ouvrir une gélule : quels impacts pour le patient ?

Auteurs :

Campario H.*, Mongaret C., Quillet P., Bonnet M., Hettler D.

Pharmacie, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims

Résumé :

Introduction :

Chez la personne âgée, les troubles de la déglutition et/ou du comportement conduisent fréquemment à l'écrasement des comprimés ou à l'ouverture des gélules. Ces changements de galénique peuvent altérer la pharmacocinétique des médicaments et modifier l'efficacité et les risques iatrogènes associés pour les patients et le personnel soignant (toxicité locale). Dans ce contexte, nous avons souhaité évaluer l'administration des médicaments prescrits par voie orale chez les patients résidants en Etablissements d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et Unités de Soins Longue Durée (USLD).

Patients et méthodes :

Un audit s'appuyant sur une grille standardisée validée par l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique de Haute-Normandie a été réalisé un jour donné sur l'ensemble des prescriptions en cours en EHPAD-USLD. Les données ont été analysées à partir du référentiel « Ecrasement et passage par sonde des formes sèches » validé par la Commission des Médicaments et Dispositifs médicaux Stériles de l'établissement.

Résultats :

276 patients ont été inclus dans l'étude (âge moyen = 78 ans, sex-ratio = 0,44). 40 patients (14,5 %) étaient concernés par un écrasement des comprimés ou une ouverture des gélules. Le motif de l'écrasement/ouverture des médicaments était multiple : troubles de la déglutition (n = 28), troubles psycho-comportementaux (n = 10), sonde nasogastrique (n = 1) et gastrostomie (n = 1). Pour 33 des 40 patients concernés (82,5 %), les infirmières écrasaient les médicaments sans avis médical ou pharmaceutique préalable. L'information « écrasement » était mentionnée sur 1 prescription (2,5 %) et a fait l'objet d'une validation pharmaceutique. Au total, 188 médicaments étaient écrasés/ouverts soit 4,7 médicaments en moyenne par ordonnance. 119 médicaments (63 %) ne devaient être ni ouverts ni écrasés d'après les référentiels et une alternative thérapeutique était disponible dans l'établissement pour 74 médicaments (62 %). Dans 87,5 % des cas, le lavage des mains/port de gants n'a pas été respecté avant la manipulation des médicaments écrasés/ouverts et aucune infirmière n'a pris connaissance au préalable du référentiel validé dans l'établissement.

Conclusion :

Afin de garantir l'efficacité du médicament et de limiter les risques iatrogènes, la prescription doit mentionner les informations relatives aux troubles de déglutition du patient permettant une validation pharmaceutique optimale. Une des mesures prioritaires sera la sensibilisation des professionnels de santé aux formes pharmaceutiques existant pour chaque spécialité et à leurs particularités afin d'identifier si elles sont sécables, écrasables ou ouvrables.

Mots-clés :

Sujet âgé, Administration par voie orale, Pharmacocinétique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Que connaissent les soignants sur les anticoagulants oraux directs ?

Auteurs :

Joret-Descout P.*⁽¹⁾, Maulvaut L.⁽¹⁾, Bonnevie L.⁽²⁾, Sturma-Deman AL.⁽²⁾, Dufeu K.⁽²⁾, Orianna M.⁽²⁾, Payen C.⁽¹⁾, Bohand X.⁽¹⁾

⁽¹⁾ PUI, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart

⁽²⁾ Cardiologie, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart

Résumé :

Introduction :

Dans cinq services de l'hôpital, des entretiens pharmaceutiques sont réalisés par des étudiants en pharmacie à tous les patients sortants avec des anticoagulants oraux directs (AOD). L'objectif de cette étude était de décrire l'état des connaissances des professionnels de santé concernant les AOD.

Matériels et méthodes :

Questionnaire anonyme élaboré et validé par une équipe pluridisciplinaire composée de pharmaciens, médecins et cadres infirmiers. Un étudiant en pharmacie a diffusé ce questionnaire aux cinq services concernés et à la pharmacie, un jour donné en septembre 2014. Une restitution des réponses bonnes était réalisée à la fin de chaque session. Quatorze questions étaient posées sur : le mécanisme d'action des AOD, leurs indications, les facteurs de risque, les interactions médicamenteuses, les signes de surdosage ou sous-dosage, le suivi, les modalités de prise, etc. L'avis et la satisfaction des professionnels de santé sur l'intérêt du pharmacien dans la réalisation des entretiens pharmaceutiques AOD dans leur service ont également été recueillis.

Résultats :

Au total, 100 professionnels de santé ont participé (31 infirmiers, 20 médecins, 14 internes en médecine, 11 préparateurs, 8 externes en pharmacie, 6 pharmaciens, 5 étudiants infirmiers, 3 externes en médecine, 1 cadre infirmier et 1 interne en pharmacie). Le rivaroxaban est l'AOD le plus connu (91 %) puis le dabigatran (82 %) et l'apixaban (61 %). Les risques liés à l'administration concomitante d'acide acétylsalicylique avec les AOD étaient les plus connus (82 %). Plus d'un tiers (36 %) des professionnels connaissaient l'incidence exacte du millepertuis sur l'efficacité des AOD. Vingt-trois pour cent des professionnels de santé connaissaient l'ensemble des mécanismes d'action des AOD. Seuls 15 % savaient que les trois AOD ont une indication pour les patients atteints de fibrillation auriculaire. La totalité des répondants était satisfaite de la réalisation de ces entretiens pharmaceutiques par les étudiants en pharmacie et de nombreux professionnels de santé aimeraient que cette démarche soit appliquée à d'autres classes thérapeutiques comme les anti-vitamines K par exemple.

Discussion :

La réalisation d'entretiens pharmaceutiques sur les AOD par des étudiants en pharmacie est fortement appuyée par les soignants. Toutefois, ces derniers perdent les connaissances sur ces médicaments. Ce type d'enquête ponctuelle succédée d'une restitution permet de réaliser une formation rapide et appropriée des soignants.

Mots-clés :

Questionnaire, Anticoagulants, Connaissances attitudes et pratiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan d'une année d'interventions pharmaceutiques en EHPAD-USLD

Auteurs :

Mongaret C.*, Quillet P., Bonnet M., Hettler D.

Pharmacie, CHU Reims, Reims

Résumé :

Introduction :

La polymédication du sujet âgé est habituelle mais source d'iatrogénie médicamenteuse. Le pharmacien tient donc une place essentielle dans l'analyse de la prescription en EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) - USLD (Unités de Soins Longue Durée). Un état des lieux des interventions pharmaceutiques (IP) effectuées a été réalisé sur une année d'analyse d'ordonnances en EHPAD-USLD.

Patients et méthodes :

Une étude prospective a été conduite sur l'ensemble des IP réalisées en 2014 après analyse pharmaceutique de niveau 2 [1] des ordonnances globales de 934 lits d'EHPAD-USLD. Les IP ont été cotées selon les critères de la Société Française de Pharmacie Clinique et transmises aux médecins par courrier ou téléphone. La nature des IP et les principales classes pharmacologiques ciblées ont été recensées.

Résultats :

949 IP ont été réalisées sur 12 888 prescriptions analysées (7,4 %) auprès de 205 médecins traitants (10,5 % nécessitant un appel téléphonique). Le taux d'acceptation est de 69,7 %. 39 % des IP étaient associées à une non-conformité au livret thérapeutique et 23 % à une non-conformité réglementaire. Les 38 % des IP restants sont principalement représentés par des adaptations thérapeutiques. La posologie inadaptée est rencontrée dans 13 % des cas impliquant des molécules du système cardiovasculaire (digoxine), du système nerveux central (anti-épileptiques) et du sang et organes hématopoïétiques (anticoagulants). 71 posologies suprathérapeutiques ont été signalées, conduisant à une adaptation posologique dans 60 % des cas. Une posologie infrathérapeutique a été détectée dans 55 cas. La proposition a été refusée dans 55 % des cas au vu de l'équilibre clinique du patient. Les demandes de monitoring biologique (7 % des IP) ont été acceptées dans 54 % des cas et concernent les mêmes classes que celles identifiées pour les adaptations posologiques. Enfin, 30 IP étaient des interactions médicamenteuses, dont 53 % des contre-indications liées à un risque de torsades de pointe.

Discussion :

Le taux d'IP est sous évalué car certaines ne peuvent pas être formulées en l'absence d'un pharmacien dans le service. En revanche, le taux d'acceptation est correct au vu du nombre de médecins intervenants dans les EHPAD. Les classes pharmacologiques mises en évidence dans cette étude sont évaluées à risque pour la personne âgée selon la grille STOPP START [2] et montrent l'importance du pharmacien clinicien dans la prise en charge du patient âgé polymédicamenté.

Mots-clés :

Sujet âgé, Evaluation de la prescription des médicaments, Polymédication

Références :

[1] SFPC, recommandation de bonnes pratiques de pharmacie clinique - niveaux d'analyse pharmaceutique - sept 2012

[2] Lang P.O., Hasso Y., Belmin J., Payot I., Baeyens J.P., Vogt-Ferrier N., Gallagher P., O'Mahony D. and Michel P. STOPP-START : Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. Canadian Journal of Public Health. 2009 ; 100 : 426-431

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Utilisation systématique du Mesna : risque iatrogène évitable

Auteurs :

Voyron M.*⁽¹⁾, Faure R.⁽¹⁾, Malagutti F.⁽¹⁾, Juillard L.⁽²⁾, Pivot C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

⁽²⁾ Néphrologie, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

Résumé :

Introduction :

Le mesna est un antidote uroprotecteur utilisé en prévention de la toxicité urinaire vésicale des oxazaphosphorines, quelle que soit la dose pour l'ifosfamide et dès 600 mg/m² pour le cyclophosphamide (CYP). Nous avons pu constater, au sein de notre hôpital, que le mesna était prescrit, quelle que soit la posologie de CYP. L'utilisation du mesna expose à des effets indésirables tels que des réactions d'hypersensibilités qui apparaissent plus fréquemment chez les patients présentant une maladie auto-immune [1, 2]. L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les effets indésirables du mesna afin de limiter l'utilisation de cet antidote aux posologies de CYP supérieures ou égales à 600 mg/m² et ainsi d'éviter des risques iatrogènes médicamenteux supplémentaires.

Matériels et méthodes :

Nous avons extrait du logiciel de préparation des chimiothérapies, les patients ayant reçu du CYP d'un service de néphrologie de 2006 à 2014. Nous avons récupéré les dossiers de préparations aux archives et étudié la tolérance à chaque cure. Lors de la survenue d'un effet indésirable (EI), nous avons vérifié si la cure suivante sans mesna était bien tolérée afin de pouvoir imputer l'EI au mesna.

Résultats :

Dans le service de néphrologie, sur la période de 2006 à 2014, 54 patients ont reçu du CYP en association avec du mesna. 49 dossiers de préparation ont pu être consultés. Sur ces 49 patients, 4 (8,2 %) ont fait une réaction d'hypersensibilité confirmée au mesna. Pour ces patients, le CYP était indiqué dans le traitement du lupus érythémateux disséminés (patient n° 1) et des vascularites auto-immunes (patient n° 2, n° 3 et n° 4). Les patients n° 1, n° 2 et n° 3 ont reçu des doses de CYP de 500 mg tous les 15 jours. Le patient n° 4 a reçu des doses à 500 mg/m². Les EI relevés ont été des frissons, nausées, fièvre et tachycardie (n° 1), un rash cutané (n° 2), une instabilité hémodynamique (n° 3) et un malaise hypotensif avec fièvre (n° 4). Les EI ont eu lieu à la 3^{ème} cure pour les patients n° 1 et n° 2 et à la 2^{ème} cure pour les patients n° 3 et n° 4. Pour ces 4 patients, les cures suivantes de CYP se sont bien déroulées sans réintroduction du mesna.

Discussion :

Les réactions d'hypersensibilités au mesna sont fréquentes au sein de notre cohorte de patients atteints de maladie auto-immune (8,2 %), et en cohérence avec la littérature (1-2). Le mesna est associé avec de faibles doses de CYP où une simple hydratation permet de prévenir une toxicité vésicale. Dans ce contexte, son utilisation n'est pas justifiée, et expose à un risque iatrogène médicamenteux supplémentaire et évitable.

Mots-clés :

Mesna, Maladies auto-immunes, Effets secondaires indésirables des médicaments

Références :

[1] Zonzits E et al. Arch Dermatol. Drug eruptions from mesna. After cyclophosphamide treatment of patients with systemic lupus erythematosus and dermatomyositis. 1992 Jan ; 128 (1) : 80-2

[2] Résumé des caractéristiques du produit mesna, Available from : ansm.sante.fr

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Efficacité d'un traitement par canakinumab, anticorps anti-interleukine 1 β , chez une patiente atteinte de Fièvre Méditerranéenne Familiale (FMF) sévère et résistante

Auteurs :

Serres O.*⁽¹⁾, Cerutti D.⁽²⁾, Ayach L.⁽¹⁾, Rosant D.⁽¹⁾, Roch-Torreilles I.⁽¹⁾, Riviere S.⁽²⁾, Rambourg P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie Saint-Eloi/Gui de Chauliac, CHRU Montpellier, Montpellier

⁽²⁾ Médecine interne maladie multi organique, Saint-Eloi, CHRU Montpellier, Montpellier

Résumé :

Introduction :

Patiente de 54 ans, d'origine méditerranéenne, suivie en Médecine Interne et traitée par canakinumab pour une FMF résistante à la colchicine et aux autres alternatives.

Observation :

Depuis l'âge de 34 ans, la patiente ressent des douleurs abdominales évoluant par crises assorties d'un syndrome inflammatoire biologique (CRP = 35 mg/L), sans anomalie à l'imagerie abdominale. A 45 ans, le diagnostic de FMF est posé devant la découverte de la mutation dans le gène MEFV. La colchicine est introduite (1 mg/J puis 2 mg/J). Malgré une bonne observance, les symptômes sont pluri-mensuels engendrant hospitalisations et arrêts de travail. En 2010, l'anakinra, antagoniste de l'interleukine 1, est ajouté à 100 mg/j. Il démontre une très bonne efficacité clinique et biologique avec le maintien d'une CRP indétectable. Cependant, des réactions d'intolérance grave au point d'injection imposent son arrêt. Devant la recrudescence des crises abdominales, l'infliximab, antagoniste du TNF α , est initié en avril 2011 à 5 mg/kg tous les deux mois. L'apport de cette biothérapie n'est satisfaisant ni cliniquement (1 crise mensuelle abdominale) ni biologiquement (CRP \geq 35 mg/L). Une éruption érythémateuse généralisée des membres inférieurs impose son arrêt en novembre 2011. Un second anti-TNF α , l'adalimumab, est prescrit en décembre 2011 à la posologie de 40 mg/j tous les 15 jours sans permettre une amélioration clinique satisfaisante (plus d'une crise mensuelle abdominale) et une normalisation de l'inflammation (CRP \geq 30 mg/L). Devant l'inefficacité des anti-TNF α , l'etanercept n'est pas envisagé. Un traitement par canakinumab est proposé au vu de la littérature médicale favorable et de l'efficacité antérieure de l'anakinra, médicament de même cible thérapeutique. Du fait de son coût élevé (11 945 € la cure), de l'absence d'AMM et du non remboursement dans cette indication (rejet du dossier d'entente préalable), il est instauré en dernière intention en milieu hospitalier en mai 2014, après avis favorable de la CMDMS, à la posologie de 150 mg en sous-cutané toutes les 8 semaines.

Commentaires :

Durant les huit mois suivant la première injection de canakinumab, la patiente n'a ressenti aucune poussée douloureuse abdominale ou articulaire et aucun effet secondaire. Biologiquement, aucun syndrome inflammatoire n'a été constaté (CRP < 5 mg/L). Le canakinumab apparaît donc comme une alternative thérapeutique efficace avec un rapport bénéfice/risque favorable chez les patients atteints de FMF résistante.

Mots-clés :

Fièvre méditerranéenne familiale, Anticorps monoclonal, Canakinumab

Références :

[1] Birsin Z, et Al. Anti-IL-1 treatment in familial mediterranean fever and related amyloidosis. Clinical rheumatology. 2014

[2] Cetin P, et Al. Efficacy of interleukin-1 targeting treatments in patients with familial mediterranean fever. Inflammation. 2014

[3] Hashkes P, et Al. Long-term efficacy of canakinumab in childhood colchicine resistant familial mediterranean fever. Abstracts from the 2014 Pediatric Rheumatology Symposium. 2014

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse pharmaceutique et optimisation des ordonnances de sortie dans un service de maladies infectieuses : bilan après 2 mois

Auteurs :

Lagalle M.⁽¹⁾, Legendre B.⁽¹⁾, Davido B.⁽²⁾, Lagrange A.⁽²⁾, Villart M.⁽¹⁾, Bouchand F.*⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, APHP - Hôpital Raymond-Poincaré, Garches

⁽²⁾ Maladies infectieuses, APHP - Hôpital Raymond-Poincaré, Garches

Résumé :

Introduction :

Les établissements de santé doivent assurer la continuité du traitement médicamenteux, de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus. L'objectif de cette étude est d'optimiser, par leur analyse pharmaceutique, les ordonnances de sortie, au regard de la prescription d'hospitalisation et des prescriptions antérieures (conciliation), en tenant compte des recommandations de l'Assurance Maladie (prescription en dénomination commune internationale ou au répertoire des génériques) et de la réglementation concernant la délivrance des médicaments en ville.

Matériels et méthodes :

Durant 2 mois, un recueil régulier des ordonnances de sortie d'un secteur de maladies infectieuses de 12 lits a été réalisé par l'interne en pharmacie. A partir de la prescription d'hospitalisation, de l'observation médicale et/ou des ordonnances disponibles à l'entrée, chaque ordonnance de sortie a été analysée en temps réel et les potentielles erreurs (liées à la prescription ou à la réglementation) signalées au médecin senior. Ce dernier pouvait refuser ou accepter les modifications proposées par l'interne en pharmacie. Toutes les données (médicaments concernés, problèmes et interventions pharmaceutiques, devenir des interventions...) ont été recueillies sur un tableur Excel®.

Résultats :

35 prescriptions de sortie ont été conciliées. Onze d'entre elles (31 %) ne comportaient pas de problème particulier. Les 24 autres (69 %) ont fait l'objet d'une ou plusieurs interventions pharmaceutiques (IP). Au total, 63 IP ont été recensées, dont 51 (81 %) acceptées par le médecin. Ces interventions concernaient surtout les médicaments du système nerveux (43 %) et des voies digestives (19 %). L'optimisation des ordonnances de sortie (génériques, mentions légales..) représentait la majorité (25/63 soit 40 %) des IP. Concernant les 38 IP liées à une erreur de prescription, il s'agissait essentiellement de médicaments non indiqués ou prescrits sur une durée trop longue (14/38) et de voies et/ou d'administration inappropriées (14/38). Les signalements de médicament manquant sur l'ordonnance de sortie représentaient 16 % des 38 IP.

Discussion :

Cette première analyse démontre l'importance de l'analyse pharmaceutique aux points de transition. L'utilisation du dossier pharmaceutique et le couplage conciliation d'entrée et conciliation de sortie nous permettrait d'améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse au sein de notre établissement.

Mots-clés :

Conciliation, Pharmacie clinique, Ordonnance de sortie

Références :

[1] Wond JD et al. Medication reconciliation at hospital discharge : evaluating discrepancies. Ann Pharmacother 2008

[2] Manuel de certification des établissements de santé V2010 (critère 20 a bis, chapitre 3, partie 3)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Réunions de concertation pluridisciplinaire dans l'hépatite C : quels rôles pour le pharmacien ?

Auteurs :

Colnot M.*⁽¹⁾, Savary P.⁽¹⁾, Riachi G.⁽²⁾, Gorla O.⁽²⁾, Mourez T.⁽³⁾, Donnadiou N.⁽¹⁾, Varin R.⁽¹⁾, Dieu B.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

⁽²⁾ Hépatogastroentérologie, CHU Rouen, Rouen

⁽³⁾ Microbiologie, CHU Rouen, Rouen

Résumé :

Introduction :

La mise à disposition d'une nouvelle génération d'antiviraux d'action directe (NAAD) dans l'hépatite C s'accompagne de la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) dans les services experts de lutte contre les hépatites virales. L'objectif est de présenter les nouveaux rôles du pharmacien dans ces RCP.

Patients et méthodes :

Les RCP sont régionales, hebdomadaires et ont lieu dans le service référent des hépatites C au sein du CHU. Sont présents des hépatogastro-entérologues, des pharmaciens dont un interne en pharmacie, un virologue, un infectiologue, une infirmière d'éducation thérapeutique et des attachés de recherche clinique. Les dossiers sont présentés sous forme de fiche synthétisant la maladie hépatique du patient, ses co-morbidités et les traitements déjà réalisés. Les décisions thérapeutiques se basent sur les recommandations actualisées de sociétés savantes. Les différentes activités pharmaceutiques sont recensées depuis la mise en place de ces RCP, fin novembre 2014.

Résultats :

Au cours de 11 RCP, 150 dossiers ont été présentés (41 % hors CHU). Des traitements ont été proposés et validés pour 117 patients, dont 5 avec des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation de cohorte (ATUC). Durant ces RCP, les pharmaciens ont informé les médecins sur les molécules disponibles, leurs statuts et leurs coûts via un tableau fréquemment actualisé. La présence pharmaceutique a garanti l'anticipation de l'approvisionnement et la disponibilité des médicaments au moment des rétrocessions. Elle a permis d'optimiser la gestion des médicaments sous ATUC et de faciliter le contrôle de la concordance entre prescription et décision de RCP au moment de la dispensation. Les pharmaciens ont aussi apporté des connaissances sur les effets indésirables des NAAD et sur leurs interactions médicamenteuses : 64 dossiers analysés avec formulation de 27 interventions pharmaceutiques. L'observance se révèle être une problématique dans la décision de traitement : pour les patients dont la compliance est incertaine, il a été proposé de dispenser des piluliers hebdomadaires. Enfin, pour certains patients se posait la question des traitements reçus à l'étranger, le pharmacien a cherché les équivalences françaises afin de clarifier leurs statuts thérapeutiques.

Conclusion :

Ces activités illustrent la place essentielle du pharmacien au sein des RCP hépatite C auprès des cliniciens. Il y joue un rôle d'information, d'analyse pharmaceutique et garantit une bonne gestion et sécurisation du circuit de ces nouveaux médicaments.

Mots-clés :

Hépatite C, Recommandations de consensus, Pharmacie d'hôpital

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'un plan de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée en risque de perte d'autonomie (PAERPA) en milieu hospitalier

Auteurs :

Egot M.*⁽¹⁾, Roger A.⁽¹⁾, Tywoniuk MH.⁽¹⁾, Hanot R.⁽²⁾, Fabianek A.⁽²⁾, Luyckx M.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Denain, Denain

⁽²⁾ Service de gériatrie, CH Denain, Denain

Résumé :

Introduction :

Le projet national PAERPA a pour but d'optimiser le parcours de santé des personnes de plus de 75 ans dont l'état de santé est susceptible de s'altérer. Il comporte un dispositif hospitalier motivé par la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. Dans ce contexte notre établissement travaille à l'identification des patients à risque, l'optimisation de leur thérapeutique et l'accompagnement du retour à domicile.

Matériels et méthodes :

Des réflexions pluridisciplinaires (gériatrie, pharmacie, gestion des risques, informatique...) avec recherche bibliographique et analyse de processus, ont été menées pour intégrer ce dispositif au sein de notre établissement.

Résultats :

Une équipe mobile de gériatrie, regroupant gériatre, IDE et pharmacien, a été créée. Elle permet l'identification des patients avec projet de retour à domicile (RAD), avec au moins 3 pathologies chroniques ± anticoagulant oral ± diurétique. Bilan gériatrique, conciliation d'entrée, enquête d'observance et optimisation thérapeutique (entretien pharmacien/ gériatre) sont réalisés. Les divergences, résultats d'observance et propositions d'optimisation sont consignées dans le dossier patient informatisé (DPI). Une information thérapeutique est réalisée auprès du patient et/ou de l'aidant après conciliation de sortie ± information AVK. Un courrier de conciliation et un plan de prise sont remis au patient, au médecin traitant et au pharmacien pour organiser le RAD (programme personnalisé de soins et entretien pharmacien/patient). Une application du DPI dédiée à nos actions et une liste de médicaments inappropriés sont en cours de validation. Depuis le 12/01/15, 48 patients ont été identifiés. 9 ont refusé de participer. Pour 5, le médecin traitant a refusé de participer. 11 sont sortis trop prématurément. Au 13/02/15, le dispositif a abouti pour 5 patients (dont 1 avec une information AVK) et 17 patients inclus restent hospitalisés. 35 divergences ont été relevées sur 156 lignes de traitement à domicile et concernent 19 % des patients. 39 propositions d'optimisations ont été faites (moyenne par patient = 2,4).

Discussion :

Les principales difficultés résident dans la coordination avec les unités de soins à la sortie du patient soulignant un manque de communication sur le dispositif. Des présentations en directoire et réunions de service sont programmées, une plaquette informative est en élaboration. La majorité des patients consentants demeure hospitalisée et le recul reste limité. Les sorties attendues permettront de suivre nos indicateurs (plans personnalisés de soins effectués, nombre d'optimisations et d'informations thérapeutiques...).

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Personne âgée fragile, Événement médicamenteux iatrogène

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Revue de littérature du rôle et des retombées du pharmacien en oncologie

Auteurs :

Billaux M.⁽¹⁾, Bussi eres JF.*⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

⁽²⁾ Département de pharmacie, CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

Résumé :

Introduction :

Le rôle et les retombées du pharmacien en oncologie sont bien documentées. Toutefois, il n'existe pas de revue de littérature sur le sujet. Notre objectif était d'effectuer une revue de littérature afin de caractériser et d'évaluer le rôle et les retombées du pharmacien en oncologie.

Matériels et méthodes :

Etude descriptive rétrospective. Une recherche bibliographique a été réalisée sur PubMed incluant les articles de janvier 1990 à octobre 2014. Ont été inclus les articles en français et en anglais à partir des termes suivants : [pharmacy OR pharmacists OR Pharmaceutical Services AND oncology] et comportant au moins un indicateur de retombées de l'activité pharmaceutique avec analyse statistique. La nature de chaque intervention pharmaceutique a été caractérisée en utilisant l'outil DEPICT (Descriptive Elements of Pharmacist Intervention Characterization Tool). Les retombées positives ont été classées par catégorie de marqueur.

Résultats :

Un total de 460 articles ont été identifiés par la recherche initiale.   partir du titre et du contenu de l'abrégé, 43 ont été considérés et 11 articles ont été inclus. Les interventions pharmaceutiques évaluaient l'utilisation des médicaments (n = 9 études), les résultats cliniques concernant le contrôle des nausées/vomissements (n = 3), la satisfaction des patients (n = 3), le coût des traitements (n = 2), l'adhésion du patient au traitement (n = 1) et la qualité de vie des patients (n = 1). Les 11 études démontraient des résultats favorables de l'activité pharmaceutique sur les marqueurs suivants : coûts (n = 1 étude), effets indésirables (2), satisfaction (3), erreurs médicamenteuses (5) et autres (7).

Discussion :

Il est étonnant de constater le nombre limité d'études ayant réalisé une analyse statistique des retombées du pharmacien en oncologie, considérant la complexité, les risques associés à la pharmacothérapie et le suivi clinique de cette patientèle. Cette revue de littérature met en évidence l'importance d'évaluer de façon plus systématique la pratique pharmaceutique afin d'assurer un déploiement cohérent des effectifs pharmaceutiques dans le réseau de la santé. Cet objectif ne peut être atteint sans l'implication des pharmaciens exerçant auprès de cette patientèle et des pharmaciens chercheurs formés en évaluation des pratiques pharmaceutiques.

Mots-clés :

Pharmacien, Services pharmaceutiques, Oncologie médicale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prise en charge des patients sous anticoagulants oraux : intérêt d'une présence pharmaceutique en cardiologie

Auteurs :

Rebstock C.*, Quillet P., Mongaret C., Bonnet M., Hettler D.

Pharmacie, CHU Robert Debré, Reims

Résumé :

Introduction :

L'utilisation croissante des anticoagulants oraux (ACO) et l'iatrogénie associée leur confèrent un statut de médicaments « à risque ». Le développement de la pharmacie clinique contribue au bon usage de tels médicaments en services de soins puis par les patients en sortie d'hospitalisation, dans l'attente d'un entretien pharmaceutique réalisé en officine [1]. Une coopération entre pharmacie et cardiologie a été établie pour mettre en place des entretiens pédagogiques chez les patients sous ACO et favoriser le lien « Hôpital-Ville ». Afin d'améliorer la prise en charge des patients mis sous ACO, nous avons évalué l'intérêt d'une présence pharmaceutique en cardiologie dans le développement d'un lien tridimensionnel entre service de soin, pharmacie hospitalière et officines.

Patients et méthodes :

Une étude prospective a été réalisée durant 2 périodes de 6 semaines :

- 1) Recrutement des patients mis sous ACO par appel dans le service, réalisation de l'entretien par l'interne de pharmacie ;
- 2) Présence d'un interne de pharmacie dans le service tous les matins, recrutement des patients mis sous ACO lors de la visite, analyse pharmaceutique des prescriptions de niveau 2 [2], réalisation de l'entretien par l'interne de pharmacie.

Résultats :

Durant la première période, 10 entretiens ont été réalisés (durée moyenne = 37 min). Durant la seconde période, 21 entretiens ont été réalisés (durée moyenne = 29 min) et 11 interventions pharmaceutiques ont été cotées (7 adaptations posologiques, 2 optimisations des modalités d'administration, 1 modification et 1 arrêt de traitement). L'interne de pharmacie a élaboré des outils d'aide aux entretiens pédagogiques (fiche de préparation aux entretiens, fiche de synthèse personnalisée pour le patient) et participé au développement du lien « Hôpital-Ville » (création d'une fiche de liaison transmise aux officinaux lors de la sortie des patients vus en hospitalisation, leur permettant d'adapter au mieux leurs entretiens pharmaceutiques en ville). En sus de cette activité sur les ACO, l'interne de pharmacie a réalisé une formation sur les bêtabloquants dans une optique d'aide à la prescription médicale.

Discussion :

L'activité de pharmacie clinique accrue en seconde période met en évidence la plus-value d'une présence pharmaceutique en cardiologie. Celle-ci améliore la coordination des soins (meilleur recrutement des patients, optimisation de l'interface pharmacie/service de soins) dans une démarche multidisciplinaire visant à assurer la qualité et la sécurité de prise en charge de patients traités par des médicaments à risque tels que les ACO.

Mots-clés :

Prise en charge thérapeutique, Connaissance des patients sur la médication, Anticoagulants

Références :

[1] Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie, legifrance.gouv.fr

[2] Référentiel de Pharmacie Hospitalière, Société Française de Pharmacie Clinique, septembre 2012

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude rétrospective portant sur la réintroduction du trastuzumab IV chez des patientes atteintes d'un carcinome mammaire métastatique HER2+

Auteurs :

Genevee T.*⁽¹⁾, Pariscoat G.⁽²⁾, Lortal B.⁽²⁾

⁽¹⁾ Essais cliniques, AGEPS, Paris

⁽²⁾ Pharmacie, Institut Bergonié, Bordeaux

Résumé :

Introduction :

Le trastuzumab, anticorps monoclonal dirigé contre la protéine HER2, est devenu la pierre angulaire du traitement du carcinome mammaire métastatique (CMM) HER2+. Le manque d'efficacité ainsi que des problèmes de tolérance justifient parfois son interruption. Cependant, selon la littérature scientifique, la réintroduction de cet anti HER2 peut présenter un intérêt clinique. Notre objectif a été d'étudier la réintroduction du trastuzumab chez des patientes atteintes d'un CMM HER2+, au sein d'un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC).

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective, observationnelle et monocentrique à partir des dossiers patients informatisés. L'ensemble des patientes qui avaient reçu du trastuzumab IV dans le cadre d'un CMM HER2+ avant le 1^{er} janvier 2014 ont été incluses. Nous avons ainsi pu définir le pourcentage de patientes ayant bénéficié d'une réintroduction du trastuzumab. Par ailleurs, la durée de traitement par l'anti-HER2 lors de son instauration, les motifs et durées de l'interruption ainsi que la nature de la prise en charge secondaire à son arrêt ont été déterminés.

Résultats :

Au sein de notre population, 144 patientes ont été sélectionnées. Le trastuzumab IV a été réintroduit chez 36 % des patientes qui l'avait interrompu. Ces patientes avaient effectué en moyenne 21 mois de traitement par trastuzumab avant interruption. Les principaux motifs d'arrêt observés ont été les suivants : progression de la maladie, inefficacité de la molécule ou encore toxicité cardiaque. L'interruption du traitement a duré en moyenne 12,7 mois. Pendant cette période, des traitements oraux (lapatinib/capécitabine) ou encore des molécules à l'essai (trastuzumab emtensine) ont été fréquemment prescrits. Le trastuzumab a été réintroduit après interruption, à deux reprises chez 3 % des patientes de la population.

Discussion :

Un peu plus d'un tiers des patientes atteintes de CCM HER2+ a pu bénéficier d'une reprise de traitement par trastuzumab après interruption de la molécule en moyenne pendant 12,7 mois pour progression de la maladie, inefficacité ou toxicité. Ceci peut se justifier par une réversibilité de la toxicité cardiaque après interruption de l'anti HER2 ou encore par une éventuelle restauration de la sensibilité au trastuzumab chez des patients devenus non répondeurs. Une tentative de réintroduction de trastuzumab IV peut-elle être proposée à l'ensemble des patientes l'ayant interrompu au cours de la prise en charge de leurs CMM ?

Mots-clés :

Anticorps monoclonal, Carcinome mammaire humain, Reprise de traitement

Références :

[1] EWER MS et al. Reversibility of trastuzumab-related cardiotoxicity: new insights based on clinical course and response to medical treatment. J Clin Oncol., 23, (31) : 7820-6 (2005)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Proposition d'une stratégie thérapeutique dans le traitement de l'insuffisance surrénalienne induite par l'association fluticasone/ritonavir

Auteurs :

Toubal S.*, Langlet S., Jambon J., Ayach L., Roch-Torreilles I., Rosant D., Rambourg P.

Pharmacie Saint-Eloi/Gui de Chauliac, CHRU Montpellier, Montpellier

Résumé :

Introduction :

Le ritonavir, puissant inhibiteur enzymatique, augmente la biodisponibilité de nombreux principes actifs dont la fluticasone, glucocorticoïde inhalé. Cette interaction peut entraîner une insuffisance surrénalienne (IS). Dans ce cas-là, comment adapter au mieux le traitement du patient ? En se basant sur la description d'un cas clinique, l'équipe pharmaceutique propose une stratégie thérapeutique à l'équipe médicale permettant de supprimer l'interaction iatrogène fluticasone/ritonavir.

Patients et méthodes :

M. P. 53 ans, VIH positif, est traité depuis 2011 par darunavir (1 200 mg/j) et ritonavir (200 mg/j). Il présente aussi une broncho-pneumopathie chronique obstructive traitée depuis 2012 par fluticasone/salmétérol à la posologie 500/50 µg deux fois par jour. En décembre 2014, le patient est admis aux urgences pour une pneumopathie. Un bilan biologique complet est demandé. Il révèle une cortisolémie de 8h effondrée (10,8 nmol/l, normale entre 171 et 535) et un taux d'ACTH bas (1,3 pg/ml, normal entre 7,2 et 63,3). Le diagnostic d'IS iatrogène est posé. L'équipe pharmaceutique est contactée pour proposer une stratégie thérapeutique.

Résultats :

Après revue de la bibliographie, nous proposons le remplacement de la fluticasone par la béclo-métasone, pour laquelle aucune interaction avec le ritonavir n'a été décrite contrairement au budésonide [1]. Par ailleurs, une dose quotidienne de 1 000 µg de fluticasone inhalée exercerait un effet freinateur sur l'axe cortico-surrénalien comparable à une dose de 8,5 mg de prednisolone par voie orale [2] soit 34 mg en équivalent hydrocortisone. L'équipe pharmaceutique propose donc une supplémentation de 34 mg d'hydrocortisone par voie orale et le passage à 2 000 µg de béclo-métasone par voie inhalée [3]. En l'absence de signes de gravité, l'équipe médicale a décidé de passer directement à la béclo-métasone. Quatre semaines plus tard, le dosage du cortisol plasmatique se normalise à 175 nmol/l.

Discussion :

La démarche pharmaceutique a consisté à supprimer l'interaction médicamenteuse iatrogène tout en proposant un traitement adapté. En cas d'IS induite par l'association fluticasone/ritonavir, le remplacement de fluticasone par béclo-métasone et, si nécessaire, une supplémentation en hydrocortisone sont préconisés. Un dosage de la fluticasone plasmatique permettrait de définir, avec plus de précision, la quantité à supplémenter.

Mots-clés :

Ritonavir, Insuffisance surrénalienne, Corticoïdes inhalés

Références :

[1] Kedem E. et al. J Asthma, 47 (7) : 830-1 (2010)

[2] Wilson A.M. et al. Br J Clin Pharmacol, 48 (4) : 579-85 (1999)

[3] McArthur R. PCRS-UK equivalent doses of inhaled corticosteroids reference TABLE (2013)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Utilisation de la lidocaïne intraveineuse (IV) en chirurgie abdominale : mise en place d'un protocole d'administration et évaluation de la tolérance

Auteurs :

Ayach L.*⁽¹⁾, Coisel Y.⁽²⁾, Ponrouch MP.⁽¹⁾, Rosant D.⁽¹⁾, Roch-Torreilles I.⁽¹⁾, Jaber S.⁽²⁾, Rambourg P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie Saint-Eloi/Gui de Chauliac, CHRU Montpellier, Montpellier

⁽²⁾ Département d'anesthésie-réanimation, CHRU Montpellier, Montpellier

Résumé :

Introduction :

La Société Française d'Anesthésie Réanimation propose l'utilisation, en chirurgie abdominale, de la lidocaïne par voie intraveineuse (1 à 1,5 mg/kg/h en perfusion continue sur 24h) pour ses propriétés antalgiques et anti-inflammatoires afin de favoriser la réhabilitation précoce du patient. Il s'agit cependant d'une indication hors Autorisation de Mise sur le Marché de la lidocaïne. Son utilisation nécessite donc des précautions lors de l'administration (dilution, vitesse d'administration) et une surveillance attentive afin d'éviter toutes erreurs iatrogènes. L'objectif est de mettre en place un protocole d'administration IV de la lidocaïne afin de standardiser et sécuriser son utilisation mais également d'évaluer sa tolérance chez les patients traités.

Patients et méthodes :

Après revue de la littérature, nous déterminons la concentration en lidocaïne à utiliser et les modalités d'administration optimales. Un protocole d'administration IV de la lidocaïne est ainsi rédigé. Il est utilisé pendant trois mois chez 14 patients du service de soins intensifs digestifs. La tolérance est évaluée par relevé des événements indésirables locaux ou généraux notifiés dans le dossier informatique des patients.

Résultats :

La littérature montre que les lidocaïnes à 1 et à 2 % sont les plus couramment utilisées. Afin d'éviter les risques de surdosage liés aux erreurs de dilution ou de vitesse d'administration, nous décidons d'exclure l'utilisation des lidocaïnes à 2 % et à 5 %, jugées trop concentrées. Nous optons pour une concentration en lidocaïne de 1 % en utilisant la lidocaïne à 2 % diluée dans du NaCl 0,9 %, solution la plus sûre et la plus économique. Le dispositif de perfusion est le pousse-seringue électrique pour lequel un réglage précis de la vitesse d'administration est possible. Un tableau récapitulatif des vitesses d'administration en fonction du poids du patient et de la posologie choisie est établi afin d'éviter les erreurs de calcul de débits. Après trois mois d'utilisation de ce protocole, aucun événement indésirable (cardiologique, neurologique ou réactions liées à la perfusion IV) n'est notifié chez les 14 patients traités. Ceci démontre le bon usage du protocole par les soignants et la bonne tolérance de la lidocaïne par voie IV.

Discussion :

Ce protocole d'administration IV de la lidocaïne a été soumis à la Société Française d'Anesthésie-Réanimation. Si celui-ci est validé, il pourrait être proposé à l'ensemble des centres hospitaliers. Il permettrait une standardisation et une sécurisation des pratiques d'utilisation de la lidocaïne IV.

Mots-clés :

Lidocaïne, Administration par voie intraveineuse, Sécurité du patient

Références :

[1] Mure-Zamparini M., et al. Lidocaine intraveineuse : une utilisation croissante, mais pourtant hors AMM. Ann Fr Anesth Reanim, 33 : 548-553 (2014)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse des consommations en immunoglobulines polyvalentes intraveineuses (IgIV) pour optimiser leur utilisation dans un contexte de tension en approvisionnement

Auteurs :

Hospice F.*⁽¹⁾, Julians G.⁽¹⁾, Michel F.⁽²⁾, Jacquens Y.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique

⁽²⁾ OMéDIT, ARS Martinique, Fort-de-France, Martinique

Résumé :

Introduction :

En raison d'une situation de tension en approvisionnement sur les IgIV, l'AFSSaPS a élaboré dès 2006 une liste d'indications considérées comme prioritaires et mis en place, en 2008, un comité national de suivi de leur utilisation. Dans notre région, un dispositif de suivi qualitatif et quantitatif des IgIV a été déployé par l'OMéDIT dans tous les établissements de santé concernés. Suite au risque d'aggravation de la situation de tension en approvisionnement signalé en mars 2014 par l'ANSM, l'OMéDIT a souhaité analyser, en terme de priorisation des indications, les données du suivi de six années d'utilisation des IgIV, afin de proposer des actions correctrices pour réguler, si besoin, l'évolution des consommations en IgIV.

Matériels et méthodes :

Les données qualitatives (indications) recueillies par l'OMéDIT ont été corrélées avec les données quantitatives issues de la traçabilité des médicaments dérivés du sang transmises par les pharmacies à usage intérieur.

Résultats :

De 2008 à 2013, 309 patients ont consommé 92,7 kg d'IgIV. En terme de bon usage, seulement 5,4 % de la quantité globale a été utilisée hors référentiel (insuffisances de données). En terme de priorisation, 95,3 % de la quantité globale a été consommée dans des indications classées comme prioritaires (P1) ou urgences vitales (P2). Parmi les indications P1, 13,8 % des quantités étaient consommées dans les déficits immunitaires primitifs (DIP) et dans les indications P2, les polyradiculonévrites inflammatoires démyélinisantes chroniques (PIDC) et les neuropathies motrices multifocales (NMM) représentaient 36,3 % de la consommation globale.

Discussion :

DIP, PIDC et NMM sont les trois indications les plus consommatrices en IgIV. Pour anticiper la survenue d'une pénurie, il paraît intéressant de proposer l'utilisation de la voie sous-cutanée (SC), qui permet de réduire les doses nécessaires en raison de taux résiduels plus stables. C'est le cas de la DIP, indication pour laquelle on dispose d'une AMM (PIDC et NMM faisant l'objet d'essais cliniques de phase III). Ainsi, l'accès aux traitements par IgIV pour les patients ne pouvant pas bénéficier d'alternatives thérapeutiques serait ainsi garanti et la continuité des soins serait assurée.

Conclusion :

Le switch de la voie IV à la voie SC semble être une alternative intéressante aux IgIV. Si cette voie d'administration est proposée aux patients, il convient de sécuriser cette pratique en proposant aux professionnels de santé un programme d'accompagnement à l'utilisation de la voie SC et à l'éducation des patients.

Mots-clés :

Immunoglobulines, Administration par voie sous-cutanée, Switch

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez le sujet âgé en gériatrie

Auteurs :

Calixte E.*⁽¹⁾, Fagour AE.⁽¹⁾, Hospice F.⁽¹⁾, Cesari C.⁽¹⁾, Casimir M.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH du François, Le François, Martinique

⁽²⁾ Gériatrie, CH du François, Le François, Martinique

Résumé :

Introduction :

Le sujet âgé, souvent polymédiqué, est particulièrement exposé au risque iatrogène. Les objectifs de notre étude sont d'évaluer, selon les recommandations de la liste Laroche (2009) et les critères HAS, la conformité des prescriptions pour ainsi sensibiliser les prescripteurs aux risques iatrogènes des MPI chez les personnes âgées, et d'apprécier l'impact des interventions pharmaceutiques (IP) sur les modifications de traitement.

Patients et méthodes :

L'étude, effectuée d'octobre 2013 à juin 2014, s'est limitée à l'analyse des prescriptions de 136 patients de plus de 75 ans. La liste Laroche des MPI est utilisée comme indicateur de la qualité des prescriptions médicamenteuses et pour orienter les IP vers une réévaluation des MPI et la prescription de médicaments appropriés.

Résultats :

L'âge moyen des sujets est 84 ans. Les prescriptions sont en globalité conformes aux recommandations car 70,6 % des patients n'avaient aucun MPI prescrit. 29,4 % des patients avaient des prescriptions non conformes aux critères définis par la liste et présentaient au moins 1 MPI, pour une moyenne de 6,7 médicaments par jour. On retrouve principalement pour les prescriptions inadéquates : 32,5 % des patients traités avec des anxiolytiques benzodiazépine (BZD) de ½ vie longue (diazepam, bromazépam, clonazépam, prazépam), 20 % par des hypnotiques à posologies quotidiennes supérieures aux recommandations (zolpidem plus de 5 mg, zopiclone plus de 3,75 mg par jour), 20 % par un anti-nauséeux anticholinergiques (métopimazine), 17,5 % par un antihistaminique H1 anticholinergiques (hydroxyzine). Les BZD et apparentés et les médicaments anticholinergiques restent les classes thérapeutiques les plus impliquées. Sur les 53 IP réalisées, 4 (soit 7 %) ont concerné les prescriptions du groupe d'étude. Ces IP correspondaient à des associations déconseillées de 2 BZD ou apparentés. 2 IP ont été prises en compte par le prescripteur pour aboutir à un arrêt des BZD et 1 IP à la diminution de posologie d'une BZD. 1 IP de réévaluation de traitement n'a pas été prise en compte pour cause de spécificités cliniques du patient.

Conclusion :

Le suivi des MPI est un indicateur pertinent d'évaluation de la qualité des traitements en gériatrie et d'optimisation de l'analyse pharmaceutique. Malgré un faible nombre d'IP pour les MPI, leur acceptation par le gériatre confirme la place stratégique du référentiel pratique Laroche en pharmacie clinique. Aussi, cette étude nous aura permis de proposer la mise en place d'un guide de bonnes pratiques de prescription et d'une procédure d'analyse pharmaceutique des MPI, contenant des alternatives thérapeutiques adaptées au sujet âgé.

Mots-clés :

Personne âgée, Médicament inapproprié, Iatrogène

Références :

[1] Laroche M et al. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées [...], revue de médecine interne, (30) : 592-601 (2009)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en évidence des incompatibilités médicamenteuses dans un service de réanimation polyvalente adulte

Auteurs :

Lançon S.*⁽¹⁾, Nollet A.⁽¹⁾, Calesse A.⁽¹⁾, Delerue V.⁽²⁾, Laffont C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Béthune, Béthune

⁽²⁾ Réanimation, CH Béthune, Béthune

Résumé :

Introduction :

En réanimation, le nombre élevé de médicaments administrés simultanément par voie veineuse centrale (VVC) est propice à la survenue d'incompatibilités médicamenteuses, entraînant un risque pour le patient (obstruction du cathéter, diminution voir perte de l'effet thérapeutique, formation de dérivés toxiques). L'objectif de cette étude est d'évaluer la fréquence de survenue des incompatibilités médicamenteuses dans le service de réanimation et d'identifier les médicaments les plus souvent impliqués, afin d'optimiser l'administration des médicaments par VVC.

Matériels et méthodes :

Pour chaque patient, les médicaments administrés par VVC ont été recueillis sur un jour donné, en tenant compte de l'heure et de la voie d'administration. Puis, chaque association a été analysée à l'aide d'un tableau d'incompatibilité, réalisé à partir de bases de données scientifiques.

Résultats :

33 patients ont été inclus avec un nombre moyen de $7 \pm 2,3$ médicaments injectables par patient. 60 % des patients avaient un cathéter veineux central (CVC) 3 voies et 40 % un CVC 4 voies. Sur 283 associations médicamenteuses observées : 55 % étaient compatibles, 18 % incompatibles et pour 27 % aucune donnée n'était disponible dans la littérature. Les incompatibilités ont été principalement retrouvées sur la voie distale (89 %) et impliquaient en majorité : la nutrition (15,7 %), le pantoprazole (15,7 %), la ciprofloxacine (11 %), l'insuline (9 %) et la pipéracilline-tazobactam (9 %).

Discussion :

La limite de cette étude réside dans le manque de données de compatibilité existantes concernant les associations de 3 médicaments ou plus, fréquemment observées en réanimation. Des réunions d'informations sont actuellement organisées pour sensibiliser les infirmiers sur le sujet des incompatibilités médicamenteuses et sur les moyens de les prévenir. Il a ainsi été décidé en collaboration avec les médecins de privilégier l'utilisation des CVC 4 voies, de séparer au maximum les médicaments acides et basiques, de séquencer l'administration des médicaments perfusés de façon intermittente, et d'optimiser l'utilisation de toutes les voies d'abord disponibles (sonde naso-gastrique, voie veineuse périphérique). Le tableau sur les incompatibilités sera de plus mis à disposition dans le service, et étendu à tout l'établissement via le site intranet.

Mots-clés :

Incompatibilité médicamenteuse, Réanimation, Administration par voie intraveineuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Efficacité de la fidaxomicine en cas de récurrences ou de formes compliquées d'infections à Clostridium difficile

Auteurs :

Toubal S.*, Ayach L., Langlet S., Jambon J., Rosant D., Roch-Torreilles I., Rambourg P.

Pharmacie Saint-Elloi/Gui de Chauliac, CHRU Montpellier, Montpellier

Résumé :

Introduction :

La fidaxomicine est un traitement de première intention des infections à Clostridium difficile. Elle représente une alternative efficace à l'utilisation du métronidazole ou de la vancomycine. Cependant, il existe peu de données sur son efficacité en cas de récurrences ou dans les formes sévères et compliquées, situations cliniques fréquemment observées en pratique dans notre établissement. L'objectif de ce travail est de faire un bilan, après un an d'utilisation, de l'efficacité de la fidaxomicine chez les patients traités dans le cadre de récurrence(s) ou dans les formes compliquées ou sévères de l'infection.

Patients et méthodes :

Les dossiers médicaux des patients traités par fidaxomicine en 2014 sont analysés. Nous relevons : le degré de sévérité de l'infection, l'existence ou non d'antécédents d'infections à Clostridium difficile et l'évolution clinique du patient après traitement par fidaxomicine.

Résultats :

En 2014, 13 patients sont traités par fidaxomicine (200 mg deux fois par jour, pendant 10 jours) dont 7 patients dans le cadre d'une 1^{ère} récurrence, 3 patients dans le cadre d'une 2^{ème} récurrence et 1 patient sans antécédent mais présentant une forme compliquée de colite avec choc septique. Chez ce dernier, la fidaxomicine permet une amélioration clinique significative dès le 4^{ème} jour de traitement avec disparition de la fièvre et des symptômes digestifs sans rechute ultérieure. Chez les patients récidivants, le traitement du ou des épisodes antérieurs comportait du métronidazole seul ou associé à la vancomycine chez un des patients. Après traitement par fidaxomicine, 7 patients sur 10 présentent une évolution clinique favorable (apyrexie, disparition des diarrhées, amélioration du transit), avec négativation des cultures lorsque celles-ci sont réalisées (n = 3) et l'absence de récurrence. Pour 3 patients, le traitement par fidaxomicine est un échec (absence d'amélioration clinique ou réapparition des symptômes à l'arrêt). Un traitement par vancomycine (n = 2) ou une deuxième cure par fidaxomicine (n = 1) se révèle alors efficace.

Discussion :

La fidaxomicine semble être une bonne alternative en cas de récurrence d'infection à Clostridium difficile. Dans la majorité des cas, elle permet une évolution clinique favorable avec un faible risque de rechute. Notre expérience est cependant limitée en cas de récurrences multiples ou dans les formes compliquées pour lesquels un avis spécialisé est nécessaire.

Mots-clés :

Clostridium difficile, Antibiotiques, Récurrence

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

E-learning comme outil de formation sur la prise en charge médicamenteuse : retour après un mois

Auteurs :

Picard A.*, Leroy B., Renzullo C., Coutet J., Penaud JF.

Pharmacie, CH William Morey, Chalon-sur-Saône

Résumé :

Introduction :

La formation par e-learning est une méthode d'apprentissage présentant des avantages d'accessibilité (capacité de diffusion, temps, distance) par rapport à la formation présentielle. En 2014, sur 4 462 interventions pharmaceutiques (IP) réalisées dans l'établissement, 483 IP (soit 10,8 %) étaient en lien avec l'insuffisance rénale dont 70 % portaient sur 9 médicaments. Nous avons donc proposé la mise à disposition d'une première formation e-learning sur l'adaptation posologique de ces médicaments « à risque » chez le patient insuffisant rénal. L'objectif de notre étude était d'évaluer les premiers retours de satisfaction un mois après la mise en place de la formation.

Matériels et méthodes :

La formation a été mise à disposition de tous les prescripteurs de l'établissement via un accès nominatif sur la plateforme intranet de gestion documentaire, et après validation par les néphrologues de l'établissement. D'une durée totale d'environ 15 minutes, la formation était composée d'une partie théorique et d'une partie pratique sous forme de cas cliniques. Les élèves ont rempli un formulaire de satisfaction à la fin de la formation comprenant trois questions sur l'appréciation de la partie théorique et sur l'impact de la formation dans la pratique quotidienne.

Résultats :

Après un mois de mise à disposition, 36 prescripteurs sur les 238 de l'établissement avaient participé à la formation (médecins (64 %), internes (36 %)). Les prescripteurs se sont montrés très satisfaits (25 %), satisfaits (72 %) ou moyennement satisfaits (3 %) par la formation. 69 % ne trouvaient aucun point à améliorer lors d'une prochaine formation. Les améliorations attendues étaient : la pertinence du thème abordé (8 %), la durée de la formation (17 %) la qualité du contenu ou du format du cours (6 %). Les réponses à la question concernant l'impact de la formation dans la pratique quotidienne étaient oui (31 %), plutôt oui (58 %), plutôt non (3 %) et ne sait pas (8 %).

Discussion :

Le questionnaire proposé à la fin de notre formation e-learning montre une bonne satisfaction générale. En revanche, nous déplorons une participation insuffisante des prescripteurs. L'e-mail choisi comme moyen de diffusion n'est visiblement pas satisfaisant après un mois d'expérimentation. D'autres méthodes devront être utilisées comme leviers pour obtenir un meilleur taux de participation : interventions dans les commissions institutionnelles, promotion de la validation du Dossier Professionnel Continu et implication des médecins dans le choix des thématiques abordées lors des prochaines formations.

Mots-clés :

Formation informatique, Satisfaction professionnelle, Insuffisance rénale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Suivi biologique des anticoagulants oraux : la simplification annoncée par l'arrivée des anticoagulants oraux directs est-elle réellement gage de bon usage ?

Auteurs :

Pouyaban C.*⁽¹⁾, Serres O.⁽²⁾, Charra M.⁽³⁾, Davy JM.⁽⁴⁾, Douet MC.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie Euromédecine, CHRU Montpellier, Montpellier

⁽²⁾ Pharmacie, Saint-Eloi, CHRU Montpellier, Montpellier

⁽³⁾ Direction régionale du service médical, Assurance Maladie, Paris

⁽⁴⁾ Cardiologie, CHRU Montpellier, Montpellier

Résumé :

Introduction :

L'arrivée récente des anticoagulants oraux directs (AOD) a permis d'élargir les possibilités de prise en charge des patients atteints de fibrillation auriculaire (FA) qui étaient jusque-là réservées aux médicaments antivitamine K (AVK : fluindione (F), warfarine (W), acénocoumarol (Ac)). La mise à disposition de ces traitements au suivi biologique simplifié mais néanmoins nécessaire a peut être rendu plus difficile le bon usage des anticoagulants oraux (ACO), d'autant plus lorsque les patients sont suivis par des médecins exerçant dans des structures différentes. L'objectif de cette étude est d'effectuer un état des lieux du suivi biologique des prescriptions d'ACO chez les patients suivis en ville et à l'hôpital.

Matériels et méthodes :

L'étude a porté sur tous les patients ayant bénéficié d'au moins une prescription d'ACO du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) délivrée en ville sur la période 03/2012-12/2013. Sur les 295 patients concernés, toutes les prescriptions d'ACO et les examens biologiques ont été analysés grâce aux données de l'Assurance Maladie. Le suivi biologique est considéré comme correct si au moins un INR par mois est effectué chez les patients traités par AVK et si une évaluation des fonctions rénales et hépatiques ainsi qu'une mesure de l'hémoglobine sont effectués lors de l'initiation puis au moins une fois par an chez les patients traités par AOD*.

Résultats :

8,8 % (227/249) des patients traités par AVK n'ont pas bénéficié d'un suivi adéquat (8 %, 7 % et 12,5 % des patients traités respectivement par F, W ou Ac). Chez les patients traités par AOD, le bilan biologique d'instauration est considéré comme correct dans 75,7 % (87/115) des cas (54 prescription du CHRU, 23 d'un médecin libéral et 10 d'autres ETS). Lorsqu'il est incorrect, tous les bilans sont manquants dans 53,6 % (15/28) des cas et l'évaluation de la fonction hépatique manque dans 32,1 % (9/28) des cas. Le suivi biologique est considéré comme incorrect dans 6,9 % (8/115) des cas puisque l'évaluation de la fonction rénale, de la fonction hépatique et la mesure du taux d'hémoglobine ont été réalisés moins d'une fois par an chez 5,2 %, 6,1 % et 4,3 % des patients.

Discussion :

Le pourcentage de patients sous AVK ne bénéficiant pas d'un suivi biologique adéquat (8,8 %) apparaît élevé compte tenu de l'ancienneté de cette famille thérapeutique et des risques associés à un INR mal équilibré. Cette valeur apparaît toutefois inférieure à celle des patients traités par AOD. C'est à ce niveau que le rôle du pharmacien clinicien prend toute son importance surtout lorsque les initiations de traitement se font à l'hôpital.

Mots-clés :

Fibrillation atriale, Anticoagulants, Surveillance de traitement médicamenteux

Références :

[1] H. Heidbuchel et al. European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation, Europace, vol. 15, no. 5, pp. 625–651, May 2013

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Infarctus du myocarde (IDM) et éducation thérapeutique : évaluation des informations données aux patients à leur sortie d'USIC

Auteurs :

Ravonimbola R.⁽¹⁾, Doutrelant L.⁽²⁾, Lachaise M.^{*(1)}

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Sud Francilien, Corbeil Essonnes

⁽²⁾ Cardiologie, CH Sud Francilien, Corbeil Essonnes

Résumé :

Introduction :

L'éducation thérapeutique des patients, est une mission de santé publique. Ce travail a pour objectif d'évaluer la plaquette d'information sur l'IDM, remise aux patients à la sortie de l'unité de soins intensifs de cardiologie (USIC).

Patients et méthodes :

Une étude rétrospective portant sur 75 patients hospitalisés le 4^{ème} trimestre 2013 en USIC pour IDM ST+ (données fournies par la Direction Informatique Médicale DIM) a été faite par un étudiant AHU. A l'aide d'un questionnaire téléphonique, la compréhension de la plaquette, le respect du traitement, l'hygiène de vie et le suivi du patient, ont pu être analysés.

Résultats :

44/75 patients (59 %) ont répondu au questionnaire. Un contact téléphonique direct a eu lieu pour 41 patients. La moyenne d'âge des 44 patients est de 58,8 ans (26-84). le sexe ratio est de 36 hommes (58,6 ans) pour 8 femmes (59,8 ans). C'était le 1^{er} événement cardiovasculaire, chez 86 % des patients. Pour 24 patients (55 %) la plaquette a été remise avec informations, 8 patients l'ont reçue sans informations, 9 patients ne s'en souviennent plus. La plaquette a été remise en majorité par les infirmières (59 %). Le moment de sa consultation est en début de traitement (68 %). 35 patients (80 %) disent respecter leurs traitements, 6 (13 %) l'oublie quelque fois et 3 (7 %) l'oublie régulièrement. Après la sortie d'hospitalisation, 27 % des traitements ont leur posologie modifiée, 17 % ont une molécule de changée. Concernant l'hygiène de vie, la majorité des patients ne prend pas de boissons sucrées, ne resale pas leurs repas ; la moitié des patients prennent plusieurs fois/semaine des produits gras ou sucrés. 66 % des patients ont une activité physique > 30 minutes/j. Avant IDM, 17/44 fumaient ; après IDM 9/17 ont arrêté, 7 ont réduits leur consommation. Seulement 4 patients ont pris du poids (dont 3 étaient fumeurs et ont totalement arrêté après leur IDM). 100 % des patients sont suivis par leur cardiologue, 9 (20 %) jugent pas nécessaire de voir leur médecin traitant.

Conclusion :

Aucun patient présente des craintes vis à vis de son traitement. Les patients ont une bonne hygiène de vie : on constate ici l'importance des interventions du tabacologue. mais l'inobservance reste encore élevée. Cette 1^{ère} évaluation a conduit la pharmacie et le service de cardiologie à modifier la plaquette en ajoutant le rendez-vous avec le médecin traitant. Une nouvelle évaluation est prévue en 2015.

Mots-clés :

Education thérapeutique, Médicaments, Bon usage

Références :

[1] Recommandations de l'HAS "Syndromes coronariens aigus, IDM"

[2] VIDAL Recos

[3] Recommandations de l'HAS "Education thérapeutique", juin 2007

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Pertinence de l'analyse pharmaceutique des prescriptions : validation médicale d'une liste d'interventions pharmaceutiques pré-codifiées dans le logiciel de prescription

Auteurs :

Rocquain J.*⁽¹⁾, Ballandras C.⁽¹⁾, Gallet S.⁽²⁾, Devetakov I.⁽³⁾, Dumazer-Carles C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽²⁾ Court séjour gériatrique, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽³⁾ Médecine interne, CH Edmond Garcin, Aubagne

Résumé :

Introduction :

Le déploiement de l'informatisation a pour conséquence directe une augmentation de la prestation de l'analyse pharmaceutique (AP). A effectif pharmaceutique constant (2,2 ETP), il n'est pas aisé de réaliser cette prestation dans la continuité, de manière efficace et pertinente dans notre CH de 280 lits dont 180 MCO. Celle-ci devrait néanmoins être constamment homogène afin de sécuriser au mieux la délivrance médicamenteuse (90 % des lits en dispensation nominative). Objectif : Améliorer l'efficacité de nos Interventions Pharmaceutiques (IP) dans le logiciel de prescription par la création d'IP pré-codifiées.

Patients et méthodes :

Les données d'activité de l'AP ont été extraites du logiciel d'aide à la prescription (LAP) Pharma® (Computer Engineering) depuis l'information de nos prescriptions fin 2004. À partir d'une extraction de l'ensemble des IP, une liste incluant les plus pertinentes ou fréquemment émises a été élaborée et validée par plusieurs cliniciens. Plus de 60 % des prescriptions concernant des patients âgés, le rationnel de plusieurs IP pré-codifiées s'est basé sur l'article du Dr Laroche [1] et sur la méthode STOPP-START [2].

Résultats :

En 10 ans, 506 581 lignes de prescription ont été analysées sur le LAP et 16 349 IP ont été émises (3,2 %). Le nombre de lignes de prescription a augmenté de 40,9 % entre 2009 et 2014 parallèlement à l'augmentation de l'informatisation des prescriptions (totalité des lits hormis la réanimation fin 2014). Début 2014, 500 lignes de prescription doivent être analysées en moyenne par jour par ETP consacré à l'AP. Au total, 66 IP ont été sélectionnées par leur pertinence ou leur fréquence et pré-codifiées dans le LAP. Elles sont identifiées de façon à être rapidement trouvées lors de l'AP, permettent d'homogénéiser nos IP et servent de support de formation pour notre interne. Le processus d'AP (Niveau II) a également été présenté aux médecins et est montré à chaque début de semestre aux internes en Médecine lors de la formation sur le LAP.

Conclusion :

L'analyse pluridisciplinaire de nos IP pré-codifiées et la présentation aux cliniciens de l'AP a donné une meilleure pertinence de notre prestation d'AP et permis d'instaurer une relation professionnelle de confiance ainsi qu'un partenariat actif. Il reste néanmoins indispensable de ne pas uniquement intervenir sur le logiciel mais également directement auprès des équipes médicales, au plus près des patients, la pérennité de la qualité de nos IP en dépend. Se pose alors le problème de notre effectif pharmaceutique non extensible !

Mots-clés :

Analyse pharmaceutique des prescriptions, Intervention pharmaceutique, Logiciel d'aide à la prescription

Références :

[1] Laroche ML et al. La Revue de médecine interne (30) : 592-601 (2009)

[2] Gallagher P et al. Int J Clin Pharmacol Ther, 46 (2) : 72-83 (2008)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Utilisation de l'ustekinumab dans la maladie de Crohn : efficacité et tolérance

Auteurs :

Jambon J.*⁽¹⁾, Toubal S.⁽¹⁾, Langlet S.⁽¹⁾, Ayach L.⁽¹⁾, Rosant D.⁽¹⁾, Altwegg R.⁽²⁾, Roch-Torreilles I.⁽¹⁾, Pageaux GP.⁽²⁾, Rambourg P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie Saint-Eloi/Gui de Chauliac, CHRU Montpellier, Montpellier

⁽²⁾ Service d'hépatogastro-entérologie et transplantation hépatique, CHRU Montpellier, Montpellier

Résumé :

Introduction :

L'ustekinumab est un anticorps monoclonal anti-IL12 et IL23 indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques par voie sous-cutanée (SC). Il a aussi montré son efficacité chez des patients atteints de maladie de Crohn (MC) résistants aux anti-TNF α (Tumor Necrosis Factor) [1]. Le schéma d'administration est une perfusion intraveineuse de 3 mg/kg de 1h30 dans 5 ml/kg de NaCl 0,9 % avec un filtre de 0,2 μ m suivie d'injections SC de 90 mg à S4 et S8, puis toutes les 8 semaines en cas de réponse [1,2]. Plus de dix patients sont traités dans cette indication dans notre établissement. L'objectif est d'évaluer l'efficacité de l'ustekinumab chez les patients atteints de MC et vérifier sa tolérance, notamment la tolérance locale, du fait de modalités d'administration particulières dans cette indication.

Patients et méthodes :

Nous avons suivi 14 patients atteints de MC sévère traités par ustekinumab après échec de deux anti-TNF α et/ou du vedolizumab. L'efficacité est évaluée selon des critères cliniques, biologiques et/ou endoscopiques. La tolérance est évaluée par relevé des effets indésirables locaux ou généraux.

Résultats :

Nous notons une amélioration clinique importante (amélioration des symptômes digestifs, prise de poids, diminution de la corticothérapie) chez 5 patients, ayant reçu 2 à 3 injections. Pour l'un d'entre eux, l'imagerie met en évidence l'absence de signes inflammatoires marqués de la muqueuse colique. Cinq patients ont dû stopper le traitement après 1 ou 2 injections du fait de la sévérité de leur pathologie (poussées, symptômes digestifs majeurs, imagerie défavorable, CRP élevée) et ont nécessité une prise en charge chirurgicale. Pour 4 patients, l'initiation récente du traitement ne permet pas de conclure sur son efficacité. Aucun effet indésirable général ou local n'a été relevé.

Discussion :

Malgré une efficacité en apparence contrastée (5 patients répondeurs sur 10 évaluables), les résultats obtenus sont satisfaisants au vu du profil des patients (maladie sévère active en échec à plusieurs lignes de traitements). L'ustekinumab peut représenter, en dernier recours, une alternative efficace et sûre chez certains patients en améliorant leur qualité de vie. Initié plus précocement, il est possible que les résultats soient encore plus significatifs. Devant ces résultats encourageants, de nouveaux patients seront traités par ustekinumab, ce qui a conduit notre équipe pharmaceutique à rédiger une fiche de bon usage à destination des patients et des infirmier(e)s.

Mots-clés :

Ustekinumab, Efficacité thérapeutique, Maladie de Crohn

Références :

[1] Sandborn W.J. et al. Ustekinumab induction and maintenance therapy in refractory Crohn's disease. N Engl J Med, 367 : 1519-28 (2012)

[2] European Medicines Agency. Assessment report for stelara: 2009

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Rituximab : quel schéma pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

Auteurs :

Talineau Y.*, Quillet P., Mongaret C., Bonnet M., Hettler D.

Pharmacie, CHU Reims, Reims

Résumé :

Introduction :

Dans la polyarthrite rhumatoïde (PR), le rituximab est administré de façon séquentielle en deux perfusions de 1 g à 14 jours d'intervalle en cas d'échec ou en cas d'intolérance à au moins un anti-TNF. Une réponse clinique est habituellement observée dans les 16 semaines suivant la 1^{ère} perfusion. [1] Chez les patients en rémission, la durée de l'efficacité du rituximab est habituellement de 6 à 9 mois. [2] Etablir une cartographie (profil patient, dose administrée, intervalle entre deux cures) des patients traités par rituximab dans le cadre d'une PR.

Nous dénommerons cure, les injections faites à J1 et J15.

Patients et méthodes :

Tous patients ayant reçus une dose de rituximab entre le 01/01/2013 et le 06/02/2015 ont été inclus. Les données suivantes ont été recueillies à l'aide des tableaux de suivis établis par la pharmacie et complétés à l'aide des dossiers médicaux.

Résultats :

31 patients PR ont été traités par rituximab, 80 % étaient des femmes (n = 24), l'âge moyen de la cohorte était de 59 ans [31-83]. Il s'agit d'une première ligne de traitement pour 2 patients (antécédents néoplasiques). Les autres patients ont été traités au préalable soit par DMARDs (méthotrexate, azathioprine) soit par biologiques (étanercept tocilizumab). Un schéma J1 J15 à 1 g ou à 500 mg a été respectivement instauré dans 81 % (n = 25) et 19 % (n = 6). Le traitement à 1 g est efficace et bien toléré dans 83 % des cas (n = 20), 8 % sont intolérants au traitement (n = 2), 8 % sont non répondeurs au traitement (n = 2) (1 switch vers le tocilizumab, et 1 vers azathioprine), 1 patient n'a reçu qu'une injection. Le traitement à 500 mg est efficace et bien toléré dans 83 % des cas (n = 5), 1 patient a stoppé le traitement par manque d'efficacité (switch vers le tocilizumab). 10 patients ont reçu 2 injections ou moins, les patients ayant reçus 2 cures ont une inter-cure moyenne de 32,6 semaines [23-54].

Discussion :

L'intervalle de ré-administration entre deux cures est dans notre cohorte similaire à ceux retrouvés dans la littérature (32,6 semaines). Le rythme des injections de rituximab est besoin dépendant (rechute clinique) avec une tolérance satisfaisante. Ce schéma permet l'implication du patient dans la prise en charge de sa pathologie. Une étude récente montre que ce schéma est plus cout efficace qu'un régime fixe intensif. [3] Dans notre expérience, la dose à 500 mg est aussi efficace qu'une dose à 1 g (83 % vs 83 %). Ce résultat serait à confirmer sur une cohorte plus importante.

Mots-clés :

Polyarthrite rhumatoïde, Posologie, Suivi pharmaceutique

Références :

[1] Emery P et al. The efficacy and safety of rituximab in patients with active rheumatoid arthritis despite methotrexate treatment: results of a phase IIB randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging trial. *Arthritis Rheum* 2006 ; 54 : 1390-400

[2] Keystone E et al. Safety and efficacy of additional courses of rituximab in patients with active rheumatoid arthritis: an open-label extension analysis. *Arthritis Rheum* 2007 ; 56 : 3896-908

[3] Luca Quartuccio et al. Cost-effectiveness analysis of two Rituximab retreatment regimens for longstanding rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research* ; Accepted manuscript online : 7 jan 2015

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Recommandation Temporaire d'Utilisation du Baclofène dans l'alcool-dépendance : état des lieux des prescriptions dans un centre hospitalier spécialisé en santé mentale

Auteurs :

Parinaud AS., Leclere A.*, Egron A., Caty-Villa C., Parneix-Sédiey L.

Pharmacie, CH Cadillac, Cadillac

Résumé :

Introduction :

La Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) du baclofène dans l'alcool-dépendance, publiée en mars 2014, a défini les modalités de prescription de ce médicament, jusqu'alors, largement prescrit hors-AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). L'objectif est d'évaluer la conformité des prescriptions de baclofène aux préconisations de la RTU pour les patients hospitalisés dans notre établissement.

Patients et méthodes :

Le critère d'inclusion est : « patients hospitalisés traités par baclofène ». Un relevé prospectif des antécédents médicaux, des co-prescriptions médicamenteuses et un suivi des posologies de baclofène, entre août 2014 et février 2015, ont permis une confrontation des pratiques aux recommandations de la RTU.

Résultats :

Au cours de cette période, parmi les 30 patients traités, 4 prescriptions entrent dans le cadre de l'AMM et 26 dans celui de la RTU. La moitié de ces 26 patients présente une ou plusieurs contre-indications (CI) : pathologies psychiatriques (10), troubles neurologiques (4) et associations contre-indiquées (3). L'introduction du baclofène au cours de l'hospitalisation concerne 15 patients, qui représentent 100 % de non-respect des recommandations au niveau des posologies initiales et des schémas posologiques (paliers d'augmentation non respectés). Les traitements associés sont principalement des benzodiazépines anxiolytiques, des antipsychotiques et des hypnotiques. Les données sur les antécédents de traitements par médicaments d'aide au sevrage, l'information aux patients et l'avis collégial ne sont pas répertoriées dans les dossiers médicaux.

Discussion :

Cette étude propose un premier état des lieux de la prescription de baclofène dans le cadre de la RTU. Celle-ci, pourtant très attendue par les prescripteurs, a rapidement révélé les limites de son champ d'application, notamment en psychiatrie. Aux contraintes d'utilisation liées à la molécule, s'ajoute la lourdeur des démarches administratives préconisées. Le profil des patients traités en psychiatrie, et pour lesquels un traitement par baclofène est envisagé, nécessite en permanence une évaluation de la balance bénéfice/risque par le prescripteur. A ce jour, la pratique révèle une majorité de prescriptions en dehors du cadre de la RTU au sein de notre établissement. Un projet d'action de sensibilisation des prescripteurs est en cours afin de rappeler les CI et la nécessité de tracer l'information donnée aux patients. Le suivi des patients sous baclofène est maintenu et complété par des données de tolérance.

Mots-clés :

Baclofène, Alcool-dépendance, Utilisation hors indication

Références :

[1] ANSM. Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) du baclofène dans le traitement de l'alcool-dépendance. Février 2014

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Application du concept de doses standard arrondies au cisplatine

Auteurs :

Zerbit J.*, Menard C., Sigward E., Faure P., Madelaine I., Jourdan-Desrayaud N.

Pharmacie, APHP - Hôpital Saint-Louis, Paris

Résumé :

Introduction :

Le concept de doses standard arrondies (DSA) consiste à remplacer les posologies d'anticancéreux fréquemment prescrites par une dose standardisée, contenue dans un intervalle défini. Le cisplatine (CPPD) est un alkylant largement prescrit en oncologie avec des posologies allant de 20 à 100 mg/m². L'objectif de cette étude est d'établir des DSA de CPPD afin d'homogénéiser les doses prescrites.

Matériels et méthodes :

Nous avons analysé les doses de CPPD prescrites pendant 6 mois, entre juillet 2014 et janvier 2015 afin de déterminer leurs fréquences. Les données ont été extraites grâce au logiciel Chimio®.

Résultats :

Nous avons relevé 716 prescriptions de CPPD dont 67 doses différentes dans des protocoles en urologie (24,7 %), pneumologie (21,4 %), digestif (19,4 %), gynécologie (10,8 %), dermatologie (7,3 %) et ORL (5,8 %). La standardisation des prescriptions de CPPD a été proposée au corps médical de façon à arrondir tous les 10 mg pour les doses supérieures à 100 mg. Les doses inférieures ont été exclues afin de ne pas s'écarter de la dose initiale de plus de 5 %. Il a été décidé de façon consensuelle de ne pas appliquer ces arrondis aux protocoles pour lesquels le CPPD était sur plus de 2 jours afin de ne pas cumuler les arrondis. Cela concernait majoritairement des protocoles d'urologie notamment dans les tumeurs du testicule avec le protocole Bléomycine – Paclitaxel – Cisplatine (8,4 % des protocoles prescrits avec du CPPD) où le CPPD est sur 5 jours. Les DSA proposées représentaient 45 % des doses prescrites de CPPD. Les DSA à 120, 130, 140 et 150 mg représentaient 70 % des doses supérieures à 100 mg et 31 % de l'ensemble des doses de CPPD.

Discussion :

L'arrondi de doses du CPPD tous les 10 mg pour des prescriptions supérieures à 100 mg permet d'obtenir des DSA pour près d'une prescription sur 2. Cela permet d'homogénéiser les doses prescrites de CPPD afin de pouvoir préparer des poches à l'avance, de réattribuer plus facilement des poches non administrées, de faciliter les volumes à prélever en diminuant le risque d'erreur et de limiter les pertes de produit. L'application des DSA au CPPD est limitée par les faibles doses et les protocoles sur plusieurs jours pour lesquels l'arrondi appliqué serait trop important.

Mots-clés :

Cisplatine, Antinéoplasiques, Calcul des posologies

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Plan d'action global sur la prise en charge de l'infection urinaire chez l'adulte (hors femme enceinte) : du dépistage à l'antibiothérapie

Auteurs :

Charra F.*, Molina C., Bourne C., Laleuf A., Bergheau F.

Pharmacie, CH Pays de Gier, Saint-Chamond

Résumé :

Introduction :

Une démarche d'amélioration de la prise en charge des infections urinaires (IU) a été initiée depuis 2011 dans notre établissement. L'objectif principal était d'éviter toute antibiothérapie (ATB) non justifiée et de promouvoir sa juste prescription. L'objet de cette étude est d'évaluer l'impact du plan d'action décliné en 2 volets : d'une part, identifier les situations à traiter associées à un prélèvement de qualité, et d'autre part, l'utilisation des ATB conforme aux recommandations en vigueur.

Matériels et méthodes :

Différents indicateurs ont été identifiés et suivis entre 2011 et 2014 rapportés à l'activité de l'hôpital en journée (AHJ) :

- Appréciation de la mise en application des recommandations d'utilisation (arrêt d'utilisation des BU pour le dépistage systématique des bactériuries...) : nombre annuel de bandelette urinaire (nBU) et d'ECBU (nECBU).
- Evaluation de l'amélioration de la qualité de prélèvement des ECBU : taux d'ECBU concluant (pECBUc) avant et après la mise en place du système clos (BD vacutainer®).
- Bilan financier annuel des BU et ECBU.
- Consommation des ATB générateurs de résistances et utilisés lors d'IU : DDJ (dose définie journalière) d'amoxicilline/acide clavulanique (A/Ac) et des fluoroquinolones (FQ).
- Suppression de la Norfloxacine (Norf) au livret dans le cadre des IU en 2012.

Résultats :

nBU	nECBU	pECBUc	DDJ A/Ac	DDJ FQ	DDJ Norf	AHJ
30 600 (2011)	3 813 (2011)	104 (fév 2012)	171 (2011)	86 (2011)	14 (2011)	233 400 (2011)
18 900 (2014)	3 021 (2014)	126 (déc 2012)	159 (2013)	54 (2013)	Arrêt	232 500 (2013)
- 38,2 %	- 20,8 %	+ 21,2 %	- 6,9 %	- 36,8 %		- 0,39 %

Les dépenses BU+ECBU sont passées de 80 017 € (2011) à 62 409 € (2014) soit - 17 608 €.

Discussion :

On constate une baisse de nBU et nECBU due à l'application des recommandations. La hausse du pECBUc traduit l'efficacité du système clos, et la baisse d'ECBU de contrôle. La réduction d'utilisation des ATB (A/Ac et FQ) conforte l'idée d'une antibiothérapie raisonnée. A noter, une économie financière conséquente et une AHJ maintenue.

Conclusion :

Au vu des résultats, les recommandations (clinique au centre du diagnostic, bien dépister et au bon moment, identifier la bonne cible, introduire la bonne antibiothérapie) ont été appliquées. Ce plan d'action s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration des pratiques et est actuellement développer aux hémocultures et coprocultures.

Mots-clés :

Cystite, Analyse urinaire, Techniques et procédures de diagnostic

Références :

[1] Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte - SPILF 2014

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bon usage des neuroleptiques chez les patients Alzheimer ou apparentés : après les EHPAD, une seconde évaluation des pratiques professionnelles en soins de suite et médecine gériatrique

Auteurs :

Robert J.*⁽¹⁾, Paineau L.⁽²⁾, Babinet A.⁽¹⁾, Lisfi A.⁽¹⁾, Lemasne E.⁽¹⁾, Corvaisier M.⁽¹⁾, Magne S.⁽¹⁾, Teil J.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Saumur, Saumur

⁽²⁾ Soins de suite, CH Saumur, Saumur

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre du plan Alzheimer, prévenir la iatrogénie et améliorer la prescription médicamenteuse constitue une priorité. Après une première Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), centrée sur les Etablissements d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), l'établissement a souhaité renouveler cette étude aux services de Soins de Suite (SS) et de Médecine Gériatrique (MG). L'objectif est de comparer ces deux EPP.

Matériels et méthodes :

Un audit rétrospectif de dossiers de patients Alzheimer ou apparentés, avec au moins une prescription de neuroleptique (NL), a été réalisée sur 2013 à l'aide d'une grille d'évaluation élaborée selon des référentiels HAS. Celle-ci comporte 8 critères : trouble du comportement présent, trouble identifié, cause somatique recherchée, technique non médicamenteuse utilisée, évaluation du rapport bénéfice/risque (B/R), prescription réévaluée, autre médicament essayé antérieurement, NL prescrit en monothérapie. L'indicateur d'alerte (taux de patients Alzheimer sous NL) a été calculé. Les résultats des EPP ont été comparés par des tests du Khi2 d'indépendance ($\alpha = 1\%$).

Résultats :

30 patients ont été inclus dans chaque EPP. 100 % présentaient des troubles du comportement et ceux-ci étaient tous identifiés (90 % EHPAD). Une cause somatique a été recherchée dans 97 % des cas (40 % EHPAD : $p < 0,001$). Une technique non médicamenteuse a été utilisée dans 60 % des cas (idem EHPAD). L'évaluation du rapport B/R lors de la prescription du NL a été tracée dans 67 % des dossiers (13 % EHPAD : $p < 0,001$). Dans 77 % des cas, la prescription a été réévaluée (idem EHPAD). Les benzodiazépines sont utilisées en priorité par rapport aux NL dans 43 % des cas (50 % EHPAD). Après instauration, le NL est conservé en monothérapie dans 37 % des cas (27 % EHPAD). L'indicateur d'alerte est de 17 % (20 % EHPAD, 18 % à l'échelle nationale).

Discussion :

Un biais de mesure lié à la subjectivité des auditeurs ($n = 3$) peut subsister. Toutefois, les indicateurs d'alerte calculés sont semblables et correspondent à la moyenne nationale. Au sein des EHPAD, des cliniciens extérieurs peuvent être moins familiarisés à la recherche de causes somatiques et à la traçabilité de l'évaluation du rapport B/R dans le dossier patient. Une sensibilisation sur ces deux points doit être menée. En alternative aux NL, favoriser la prise en charge non médicamenteuse comme l'aromathérapie constitue une piste de réflexion.

Mots-clés :

Alzheimer, Evaluation, Neuroleptiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Effizienz des prescriptions de paracétamol injectable : l'infirmier a son rôle à jouer !

Auteurs :

Ballandras C.*⁽¹⁾, Rocquain J.⁽¹⁾, Pons I.⁽²⁾, Delom C.⁽¹⁾, Noceto P.⁽¹⁾, Dumazer-Carles C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽²⁾ Urgences, CH Edmond Garcin, Aubagne

Résumé :

Introduction :

Au cours des dernières années, nous avons constaté une augmentation progressive des consommations de paracétamol injectable au sein de notre établissement de 300 lits (65 % MCO). Cette augmentation a été reliée à un mésusage de ce médicament, administré par voie injectable alors même que le patient est apte à recevoir une médication orale. En partant de ce constat, nous nous sommes rendus à l'évidence que les infirmiers, personnel de soins au plus près du patient avait un rôle à jouer dans cette démarche d'amélioration de la qualité des soins. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de mesures réalisées pour améliorer l'effizienz de la prescription de paracétamol injectable.

Matériels et méthodes :

En novembre 2010, aux Urgences, un travail pluridisciplinaire a visé à mettre en place une procédure autorisant les infirmiers à switcher la voie d'administration lors de la prescription de paracétamol injectable en cas de disponibilité de la voie orale. Dans le même temps en Chirurgie, des protocoles de relais per os ont été mis en place via notre logiciel d'aide à la prescription. Nous avons réalisé un suivi de la consommation en nombre d'Unité Commune de Dispensation (UCD) et en coût du paracétamol injectable en les reliant à l'activité de notre établissement en prenant en compte le nombre annuel de journées d'hospitalisation (JH) pour les services d'hospitalisation et le nombre de passages pour les Urgences.

Résultats :

Depuis 2010, une diminution croissante de la consommation de paracétamol injectable est constatée au sein de notre établissement. Concernant les Urgences, elle passe de 153 en 2010 à 107 UCD/1 000 passages en 2014, correspondant à une diminution de 30,3 %. Sur la même période en Chirurgie, elle passe de 1 124 à 469 UCD/1 000 JH soit une diminution de 58,8 %. Tous services d'hospitalisation confondus, elle passe de 251 en 2010 à 174 UCD/ 1 000 JH en 2014 correspondant à une diminution de 30,7 %. En terme de coût, le bénéfice global est de 49 579 € en coût constant depuis 2010 (35 760 € en coût moyen).

Discussion :

Un relais per-os précoce est indispensable pour le confort du patient. Notre démarche aux Urgences et en Chirurgie a permis une réduction importante de la consommation de paracétamol injectable permettant d'atteindre un bénéfice financier non négligeable sur les 5 ans de notre étude. L'effizienz des prescriptions de paracétamol a de ce fait été optimisée.

Mots-clés :

Relais per-os, Paracétamol, Infirmiers

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Antibiothérapie intraveineuse : que se passe-t-il en ville ?

Auteurs :

Diamantis S.⁽¹⁾, Picard M.⁽¹⁾, Jidar K.⁽¹⁾, Chakvetadze E.⁽¹⁾, Lecapitaine AL.⁽¹⁾, Bertrand G.⁽²⁾, Cherrier P.⁽²⁾, Camus M.*⁽³⁾

⁽¹⁾ Service maladies infectieuses, CH Melun, Melun

⁽²⁾ Ile-de-France sud, Proximed, Melun

⁽³⁾ Pharmacie à usage intérieur, CH Melun, Melun

Résumé :

Introduction :

L'émergence de bactéries multi-résistantes nécessite une politique de bon usage des antibiotiques (ATB). A l'hôpital, la surveillance des consommations en ATB et la vérification de leurs indications s'inscrivent dans cette démarche. Il paraît légitime de s'interroger sur ces problématiques pour les patients pris en charge en ville. Aussi, l'objectif de notre travail est d'évaluer le bon usage des ATB prescrits à des patients suivis en ville, avec l'aide d'un prestataire de service qui intervient à leur domicile.

Patients et méthodes :

Une analyse rétrospective des prescriptions médicales d'ATB émanant de prescripteurs du département est conduite de janvier à juin 2014. L'équipe mobile antibiothérapie de l'établissement (médecins infectiologues en lien avec le pharmacien) évalue différents critères dont la combinaison permet d'établir un score de bon usage (adéquation de la molécule à l'indication, posologie, durée de traitement ainsi que les modalités de dilution et d'administration pour s'assurer de la sécurité d'administration aux patients).

Résultats :

Sur 6 mois, 116 prescriptions sont relevées concernant 106 patients. Les molécules prescrites sont des céphalosporines de 3^{ème} génération (51 patients), des pénicillines avec inhibiteur (31), des carbapénèmes (6 imipénèmes et 8 ertapénèmes), pénicillines (6), aminosides (5), vancomycine (4). Les ATB sont à large spectre dans 81 % des cas et présentent une activité anti-pseudomonas dans 29 % des cas. Les indications sont retrouvées dans 52 cas : 15 infections de PAC, 13 pneumopathies, 8 abcès, 4 infections urinaires et 2 infections osseuses. Les durées de traitement sont : de 2 à 7 jours (31 %), 8 à 30 jours (27 %), 6 à 8 semaines (8 %) et 3 mois dans 2 cas. L'administration est privilégiée sous forme d'injection : mono (49 patients), bi (25) voire tri-quotidienne (42), une seule perfusion continue est prescrite. L'administration est effectuée avec un diffuseur (86 %), par perfuseur (6 %), par pompe (5 %) et intraveineuse directe (3 %). Les molécules sont reconstituées extemporanément avec un produit de dilution conforme aux recommandations. La sécurité d'administration est jugée conforme dans 107 cas, la prescription adéquate dans 87 cas et le bon usage des ATB conforme aux indications dans 38 cas.

Discussion :

Les modalités d'administration à domicile sont satisfaisantes. L'usage d'ATB à large spectre en durée prolongée expose à un risque écologique et l'absence d'administration en perfusion continue optimisée contribue à augmenter la iatrogénie. La communication du référentiel hospitalier de bon usage des ATB pour les patients suivis à domicile paraît indispensable.

Mots-clés :

Antibiotiques, Bon usage, Domicile

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Le Cabazitaxel : évaluation de la tolérance et de l'efficacité d'un agent antinéoplasique à partir d'une série de dix-huit cas

Auteurs :

Abdaoui A. ⁽¹⁾, Houbert A. ⁽¹⁾, Routier S. ⁽¹⁾, Kanaan M. ⁽²⁾, Youssef A. ⁽²⁾, Dris N. ⁽²⁾, Garidi R. ⁽²⁾, Souchet C. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Saint-Quentin, Saint-Quentin

⁽²⁾ Onco-hématologie, CH Saint-Quentin, Saint-Quentin

Résumé :

Introduction :

Le cabazitaxel est indiqué dans le traitement du cancer de la prostate hormono-résistant après échec du docétaxel. Focus sur l'efficacité et la tolérance clinique et biologique de ce traitement sur une série de cas de 18 patients pris en charge dans notre établissement.

Patients et méthodes :

Une analyse rétrospective de tous les patients traités dans notre centre de mars 2011 à novembre 2014 a été réalisée. Le profil de tolérance a été évalué par le recueil et la gradation des effets indésirables au regard de la monographie du produit. L'analyse des suivis biologiques et cliniques a permis d'observer l'efficacité du traitement.

Résultats :

L'âge moyen au diagnostic est de 60,6 ans [54-72], l'âge moyen à l'initiation du traitement est de 69 ans [55-80]. Sur les 18 patients, 16 (89 %) ont présenté au moins un effet indésirable. L'intensité était légère à modérée dans 91,4 % des cas. Ces effets sont survenus avant la 6^{ème} cure pour la majorité des patients (77,7 %). Ils ont été transitoires ou résolutifs sous traitement symptomatique et/ou après réduction de dose (5 patients). Les troubles digestifs sont les plus fréquents : diarrhées chez 7 patients (39 %) dont 3 de grade 3 (3 hospitalisations et report d'une cure pour un patient), nausées et vomissements chez 5 patients (28 %). Des troubles hématologiques ont également été reportés : 4 cas d'anémie (22 %), 3 neutropénie (17 %) dont une neutropénie fébrile. L'asthénie et l'amaigrissement ont été constatés respectivement chez 4 patients (22 %). Un cas de dysphonie persistante 5 mois après la dernière cure a été observé et déclaré en pharmacovigilance (non décrit dans la monographie). Les causes d'arrêt sont la progression (8 patients : 44 %), le décès (2 patients soit 11 % dont l'un traité avec une seule cure), l'intolérance (1 patient) et une réponse majeure (1 patient). Le temps de progression médian observé est de 6 mois [3-7,5]. 6 patients sont encore en cours de traitement.

Discussion :

Les résultats de tolérance sont superposables aux données de la monographie du produit sauf pour la toxicité hématologique. Ceci s'explique par l'absence volontaire de prophylaxie primaire par les facteurs de croissance hématopoïétique dans l'étude « pivot ». Par ailleurs le temps médian de progression tumorale (8,8 mois) ou biologique (6,4 mois) est plus élevé dans cette même étude¹, ceci peut être lié aux critères de sélection restrictif et au moins bon état général de nos patients. Le cabazitaxel présente un profil de tolérance satisfaisant au vu de l'âge et de l'état des patients, il a pris une place stratégique dans l'arsenal thérapeutique du traitement du cancer de la prostate après échec du docétaxel.

Mots-clés :

Tumeurs de la prostate, Antinéoplasiques, Traitement médicamenteux

Références :

[1] de Bono, J., Oudard, S., Ozguroglu, M., Hansen, S., Machiels, J., Kocak, I. et al. (2010) Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomised open-label trial. The Lancet 376 : 1147

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La concentration résiduelle de vancomycine est-elle un bon prédicteur de l'aire sous la courbe ?

Auteurs :

Bel Kamel A.*⁽¹⁾, Cellier A.⁽¹⁾, Cazaubon Y.⁽²⁾, Bourguignon L.⁽¹⁾, Goutelle S.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

⁽²⁾ pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Antoine Charial, Francheville

Résumé :

Introduction :

Des recommandations américaines [1] et françaises [2] suggèrent qu'un rapport de l'aire sous la courbe des concentrations en fonction du temps (ASC) sur la CMI bactérienne (soit ASC/CMI) supérieur ou égal à 400 devrait être atteint pour optimiser la réponse au traitement par vancomycine. Comme l'ASC ne peut pas être mesurée facilement en routine clinique, ces recommandations suggèrent de cibler à la place une concentration résiduelle de vancomycine compris entre 15 et 20 mg/L, car ASC et Cmin seraient bien corrélées. L'objectif de cette étude est d'analyser le degré de corrélation entre ASC et Cmin de la vancomycine.

Matériels et méthodes :

Une analyse rétrospective des données de suivi thérapeutique pharmacologique de vancomycine chez des patients âgés a été réalisée. Les données disponibles étaient l'historique des doses et des prélèvements sanguins, ainsi que les principales caractéristiques clinico-biologiques. Pour chaque patient, à l'aide d'un logiciel pharmacocinétique, les paramètres pharmacocinétiques individuels de la vancomycine, ainsi que les Cmin et les ASC prédites ont été estimés par une approche bayésienne. La corrélation entre les Cmin observées et les ASC prédites a été étudiée.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 83,9 +/- 6,3 ans. Le poids moyen était de 61,7 +/- 10,98 kg et la clairance de la créatinine moyenne de 55,5 +/- 24,6 ml/min. Les Cmin observées (15,4 +/- 6,9 µg/mL, n = 100) étaient bien prédites par le modèle ($R^2 = 0,92$). L'ASC estimée moyenne était de 307,4 +/- 132,25 mg*h/L. L'ASC était significativement corrélée à la Cmin, mais cette dernière n'expliquait qu'une part limitée de la variance de l'ASC ($R^2 = 0,49$). Pour les ASC ≥ 400 (dans l'hypothèse d'une CMI égale à 1), seules 33 % des Cmin correspondantes étaient comprises entre 15 et 20 mg/L, la majorité (50 %) étant > 20 mg/L. En corollaire, pour les Cmin comprises entre 15 et 20 µg/mL, les ASC correspondantes variaient du simple au triple (224,4 mg*h/L à 621,3 mg*h/L). Seules 22,6 % des ASC étaient ≥ 400 .

Discussion :

Bien qu'il existe une corrélation entre ASC et Cmin de la vancomycine, la Cmin n'est pas un bon prédicteur de l'ASC. Ces résultats confirment ceux d'une étude de simulation [3]. Pour pouvoir utiliser l'ASC comme cible thérapeutique pour la vancomycine, l'utilisation des méthodes pharmacocinétique Bayésiennes est particulièrement adaptée.

Mots-clés :

Vancomycine, Aire sous la courbe, Pharmacocinétique

Références :

[1] Rybak, M. et Al. American Journal of Health-System Pharmacy, 66 (1), 82-98

[2] SRLF/SFAR. Stratégies de réduction de l'utilisation des antibiotiques à visée curative en réanimation (adulte et pédiatrique) <http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2014-RFE-ATB-Rea.pdf>

[3] Pai, M. P., Neely, M., Rodvold, K. A., & Lodise, T. P. (2014). Innovative approaches to optimizing the delivery of vancomycin in individual patients. Advanced drug delivery reviews, 77, 50-57

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Education thérapeutique : apprendre en s'amusant !

Auteurs :

Lehmann L.*⁽¹⁾, Bondon AC.⁽¹⁾, Nivel V.⁽²⁾, Deschamps N.⁽³⁾, Mac Namara E.⁽³⁾, Floret C.⁽¹⁾, Laffont C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Béthune, Béthune

⁽²⁾ Diététique, CH Béthune, Béthune

⁽³⁾ Néphrologie, CH Béthune, Béthune

Résumé :

Introduction :

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge des patients atteints de maladie chronique. Elle les aide à comprendre leur maladie et leur traitement, et leur donne une part d'autonomie dans la gestion de leur maladie. Il y a un an, une équipe pluridisciplinaire a mis en place au sein de l'hôpital, des ateliers d'éducation thérapeutique chez le patient insuffisant rénal chronique (IRC). L'objectif de ce travail est de trouver un outil éducatif permettant à chaque patient de participer, de s'impliquer dans l'atelier, et d'acquérir des connaissances sur sa maladie et son traitement.

Patients et méthodes :

Six programmes, intégrant des ateliers sur le traitement médicamenteux, ont été définis en fonction du stade de l'insuffisance rénale, de façon à organiser des séances adaptées aux différents profils de patients. L'atelier relatif aux médicaments est organisé en séances collectives de 5 à 8 patients et animé par un pharmacien, une infirmière et une diététicienne. 53 patients ont participé à 10 séances de 2 heures. Nous leur avons remis un questionnaire permettant d'apprécier leurs connaissances sur leurs traitements en début et en fin de séance, ainsi qu'un questionnaire de satisfaction.

Résultats :

Après avoir testé différents supports d'animation (tableau, boîtes de médicament) ayant conduit à un manque de participation de certains patients, nous avons créé un plateau de jeu, type jeu de l'oie, avec des cases de couleur selon les catégories médicamenteuses. Des cartes associées à chaque couleur ont été imaginées sous forme de questions simples, auxquelles chaque patient répond après avoir jeté le dé. Nous avons également remis aux patients des fiches-outils synthétiques récapitulant les notions abordées (médicaments de l'IRC, médicaments néphrotoxiques...). Sur ces ateliers « nouvelle formule », 38 questionnaires de satisfaction ont été recueillis : 36 patients ont été très satisfaits, et 2 patients satisfaits. 18 questionnaires de connaissance des traitements médicamenteux ont pu être analysés, avec 46 % bonnes réponses avant les séances et 73,7 % après.

Discussion :

Les questionnaires ont démontré la pertinence des séances et leur impact positif sur les connaissances du patient. Il est primordial d'adapter la pédagogie aux patients et de créer un environnement favorisant l'interactivité et le partage d'expérience. La mise en place d'un outil ludique a permis d'atteindre ces objectifs en créant un espace de parole impliquant chaque patient. Nous allons poursuivre cette démarche en utilisant les diagnostics éducatifs pour constituer des groupes plus homogènes en termes de connaissances et d'attentes.

Mots-clés :

Apprentissage actif, Education des patients, Insuffisance rénale chronique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact d'actions d'information sur la prescription des IPP en gériatrie

Auteurs :

Serre C., Cazaubon Y., Cellier A., Bel Kamel A.*, Bourguignon L.

Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

Résumé :

Introduction :

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) représentent une classe de médicament très largement utilisée, mais faisant l'objet d'un fréquent mésusage. Un audit réalisé, en juillet 2011, dans notre groupement gériatrique de 880 lits a montré que sur 200 dossiers étudiés, 95 patients étaient sous IPP. Pour ces patients, l'indication n'était mentionnée que dans 62 % des cas et pour 53 % des cas, elle était hors-AMM. De plus, la durée du traitement n'était spécifiée que dans 5 % des dossiers. Suite à cet audit, plusieurs actions d'améliorations ont été mises en place. L'objectif de cette étude était d'évaluer les changements des pratiques de prescription des IPP suite à ces interventions.

Matériels et méthodes :

Trois actions ont été menées dans un intervalle de deux ans : 1) Une communication des résultats de l'audit a été faite aux prescripteurs en octobre 2011 ; 2) Les internes ont reçu une formation sur le bon usage des IPP en décembre 2011 ; 3) Un protocole de prescription des IPP garantissant la traçabilité de l'indication a été intégré dans le logiciel de prescription en février 2013. L'ensemble des prescripteurs a été informé de la création de cet outil. En février 2015, à distance de ces actions, la fréquence de prescription ainsi que le recours au protocole ont été mesurés. Les consommations mensuelles ont été recueillies sur les 8 dernières années, et leur évolution a été analysée au regard des dates des actions menées.

Résultats :

Deux ans après la dernière action mise en place, 36 % des patients étaient sous IPP, avec une répartition homogène des prescriptions entre les différents types de services (courte durée, rééducation, longue durée, EHPAD). A cette date, aucune prescription n'a été effectuée via le protocole. De 2007 à 2014 le nombre d'unités d'IPP prescrites au niveau du groupement a diminué de manière constante. Les deux années où les baisses ont été les plus importantes sont 2009 (- 29,8 % par rapport à 2008) et 2014 (- 29,4 % par rapport à 2013). Sur la période, les prescriptions d'IPP ont diminué de 33,56 %. Aucune relation entre les actions mises en place et l'évolution des consommations n'est apparue lors de l'analyse graphique.

Discussion :

Si la tendance générale est à la baisse des consommations en IPP, les actions de communication n'ont pas eu d'impact durable sur l'utilisation du protocole, et donc sur la traçabilité de l'indication. D'un point de vue chronologique, les fluctuations de consommation observées ne semblent pas liées aux actions menées. D'autres modalités d'action doivent être envisagées pour modifier durablement les habitudes de prescription.

Mots-clés :

Antiulcéreux, Prescription inappropriée, Pharmacothérapie assistée par ordinateur

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt de la collaboration médecin – pharmacien dans la conciliation médicamenteuse en rhumatologie

Auteurs :

Almeida M.⁽¹⁾, Gosse N.⁽¹⁾, Gaillard MA.⁽¹⁾, Marie-Daragon A.⁽¹⁾, Bertin P.⁽²⁾, Courne de A.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges

⁽²⁾ Rhumatologie, CHU Limoges, Limoges

Résumé :

Introduction :

L'hospitalisation représentant un réel risque de iatrogénie médicamenteuse, un processus de conciliation médicamenteuse est mis en place dans le service de rhumatologie, afin d'établir la liste exhaustive des traitements des patients à l'admission, et de la comparer au traitement optimisé. L'objectif de cette étude est d'évaluer les divergences entre l'ordonnance à l'admission et le bilan médicamenteux optimisé (BMO) pour améliorer la prise en charge des patients et réduire les risques d'erreurs.

Patients et méthodes :

Une étude prospective a été réalisée sur une période d'un mois début 2015. Grâce à une fiche de conciliation établie au préalable, des informations ont été récoltées par deux externes en pharmacie (dans les 48h suivant l'admission) : les données concernant le patient, l'ordonnance à l'admission (ordonnance de ville, dossier médical, observation pharmaceutique), et le BMO grâce au logiciel de prescription, dossier médical, entretien avec le prescripteur. A partir de ces fiches, les divergences non intentionnelles (DNI) ont été recensées afin de les signaler aux médecins pour évaluer l'impact clinique et, si nécessaire, modifier la prescription.

Résultats :

Pour les 50 patients hospitalisés (sex ratio = 0,656 ; âge moyen = 66 ans), il y avait en moyenne 8,9 lignes de traitement dans le BMO. Le recueil d'informations a duré environ 25 minutes par patient. La plupart d'entre eux se sentent rassurés et satisfaits par l'observation pharmaceutique. 47 patients (94 %) présentaient au moins une divergence, dont 16 DNI soit 6,67 % des divergences. Sur ces 16 DNI, 100 % ont donné lieu à une modification de la prescription. 7 d'entre elles concernaient un oubli de médicament, 7 concernaient une erreur de posologie, et 2 des lignes de prescription en double.

Discussion :

Les conséquences cliniques de ces DNI pour le patient auraient pu être importantes car elles concernaient des classes thérapeutiques à risque (hormones thyroïdiennes, anticoagulants, médicaments du système cardio-vasculaire) et étaient à l'origine de surdosage, de sous-dosage, ou d'absence de prise en charge d'une pathologie.

Conclusion :

Cette étude a permis de mettre en évidence la fréquence des DNI entre le BMO et l'ordonnance à l'admission, et l'importance du rôle de l'équipe pharmaceutique aux côtés de l'équipe soignante. Le nombre de prescriptions modifiées grâce à la conciliation médicamenteuse reflète une collaboration efficace et indispensable avec le corps médical diminuant considérablement la iatrogénie médicamenteuse.

Mots-clés :

Bilan comparatif des médicaments, Prise en charge personnalisée du patient, Erreurs médicamenteuses

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Incidence de la dénutrition chez la personne âgée hospitalisée en long séjour gériatrique

Auteurs :

Bel Kamel A.*⁽¹⁾, Khayi F.⁽²⁾, Cellier A.⁽¹⁾, Bourguignon L.⁽¹⁾, Goutelle S.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

⁽²⁾ Pharmacie, HCL - GH Lyon Sud, Pierre-Bénite

Résumé :

Introduction :

Le risque de dénutrition au cours de l'hospitalisation semble important chez le patient âgé fragile et polyopathologique, mais reste mal évalué. Selon la HAS [1], la prévalence de la dénutrition chez la personne âgée hospitalisée est de 30 à 70 %. Le but de cette étude était d'évaluer l'incidence, la durée et la sévérité de la dénutrition chez des patients âgés hospitalisés en unités de long séjour gériatrique.

Matériels et méthodes :

Les données individuelles de poids, d'indice de masse corporelle (IMC) et d'albuminémie ont été recueillies individuellement du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 chez les patients de 5 unités de long séjour gériatrique. L'incidence et la sévérité de la dénutrition ont été mesurées. La dénutrition était définie par l'apparition d'au moins un des critères suivants validés par la HAS : perte de poids ≥ 5 % sur 1 mois, IMC < 21 kg/m², ou albuminémie < 35 g/L. La dénutrition sévère était définie par une perte de poids ≥ 10 % sur 1 mois, un IMC < 18 kg/m² ou une albuminémie < 3 g/L.

Résultats :

Le suivi nutritionnel a été réalisé chez 111 patients. L'âge moyen était de 86,3 +/- 7,4 ans, le poids moyen sur l'année de 63,34 +/- 19,13 kg, l'IMC moyen de 24,24 +/- 6,23 kg/m² sur l'année et l'albuminémie moyenne sur l'année de 33,24 +/- 3,36 g/L. 91 % des patients ont présenté un épisode de dénutrition dans l'année, et 47 % ont présenté une dénutrition sévère. Chez les patients avec une dénutrition sévère, celle-ci a été corrigée chez seulement 11,5 % des patients au cours de l'année. La dénutrition n'était pas corrigée fin 2014 chez 61,5 % des patients. L'information sur l'évolution de la dénutrition n'était pas disponible chez 27 % des patients. Parmi les patients dénutris modérés, 21,3 % ont retrouvé un statut nutritionnel normal, 40,4 % étaient encore dénutris. L'information sur l'évolution de la dénutrition n'était pas disponible chez 38,3 % des patients.

Discussion :

Les résultats indiquent une incidence considérable de la dénutrition en unité de long séjour gériatrique. D'autre part, cette dénutrition semble insuffisamment détectée et/ou prise en charge. Le pharmacien peut jouer un rôle dans la détection de la dénutrition.

Mots-clés :

Nutrition, Gériatrie, Diététique

Références :

[1] HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, 2007

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse des prescriptions de Sofosbuvir : respect des indications, efficacité et tolérance

Auteurs :

Mazon M.*⁽¹⁾, Delzor F.⁽¹⁾, Gaillard MA.⁽¹⁾, Loustaud-Ratti V.⁽²⁾, Marie-Daragon A.⁽¹⁾, Courmede A.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges

⁽²⁾ Hépatogastroentérologie, CHU Limoges, Limoges

Résumé :

Introduction :

L'arrivée de nouveaux antiviraux d'action directe comme le sofosbuvir dans le traitement de l'hépatite C chronique a représenté une révolution thérapeutique en 2014. A compter de son AMM, le sofosbuvir n'ayant pas obtenu son prix, seules les indications de l'ATU de cohorte pouvaient être remboursées jusqu'au 21/11/2014. L'objectif de cette étude a été de vérifier la conformité des indications de Sofosbuvir à l'ATU, d'évaluer son efficacité et sa tolérance.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle de juillet à novembre 2014 basée sur les données du dossier informatique des patients du service de gastro-entérologie.

Résultats :

78 patients étaient concernés : 35 femmes et 43 hommes. 61,5 % étaient porteurs du génotype 1, 19,4 % du génotype 4. 93,6 % des patients rentraient dans l'indication maladie à un stade avancé, 3,7 % rechute après une transplantation et 2,7 % en attente de greffe. Chez ces patients, 26,9 % étaient naïfs de traitement ; 73,1 % avaient déjà été traités (39,7 % : une ligne de traitement, 24,4 % : 2 lignes et 9 % : 3 lignes ou plus). La moitié des patients a été traitée pendant 3 mois, l'autre moitié pendant 6 mois. Associé au sofosbuvir, 25,6 % ont eu daclatasvir, 17,9 % daclatasvir + ribavirine, 20,5 % siméprévir, 5,2 % siméprévir + ribavirine, 11,5 % interféron pégylé + ribavirine et 19,3 % ribavirine. Les données de PCR (polymérase chain réaction) ont été retrouvées dans 77 % des dossiers : 20 % ont obtenu une PCR négative après seulement 2 semaines de traitement et 17,9 % ont vu leur durée de traitement allongée à 6 mois suite à une PCR toujours positive à 3 mois ou négative depuis peu. A l'issue des 6 mois de traitement, 1 patient (2,6 %) avait une PCR positive. 5 patients au total (6,4 %) ont rechuté. Pour ces 6 patients, sofosbuvir a été prescrit à nouveau en modifiant l'association et 2 d'entre eux sont en attente de greffe. Les PCR à distance du traitement ont été recueillies chez 38,5 % des patients : négatives à 6 mois chez 23 % d'entre eux. Aucun effet indésirable grave nécessitant l'arrêt du traitement n'a été retrouvé.

Conclusion :

Cette étude a montré que 100 % des prescriptions de sofosbuvir respectaient les indications donnant droit à un remboursement. Il présente une réelle efficacité lorsqu'il est associé aux autres antiviraux avec une bonne tolérance et une durée de traitement raccourcie. Seul bémol, le coût de ces produits : l'association de sofosbuvir à daclatasvir ou siméprévir engendre des coûts en thérapeutique avoisinant 76 000 € pour seulement 3 mois de traitement. Le suivi rigoureux des indications de toutes ces molécules est primordial pour éviter toute dérive aux conséquences financières désastreuses.

Mots-clés :

Hépatite C virale, Médicaments antiviraux, PCR (polymérase chain reaction)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bon usage de la vitamine K dans des services de médecine : mythe ou réalité ?

Auteurs :

Ayachi H.*⁽¹⁾, Levillain JP.⁽¹⁾, Andich M.⁽²⁾, Benhammouda A.⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, GCS Pharmacie Centre Yonne, CH Joigny, Joigny

⁽²⁾ Médecine, CH Joigny, Joigny

⁽³⁾ Responsable commission analyses pratiques professionnelles, CH Joigny, Joigny

Résumé :

Introduction :

Les Antivitamines K (AVK), principale cause d'accidents iatrogènes en France, font partie des médicaments à risque de notre établissement et vont faire l'objet d'une attention particulière en matière de prise en charge de leur surdosage. L'objectif de cette étude est d'évaluer le bon usage de la vitamine K (vit.K) dans le cadre d'une prise en charge d'un surdosage asymptomatique en AVK, au regard des recommandations nationales de la HAS de 2008.

Patients et méthodes :

Une étude prospective a été menée pendant 6 mois au sein de 3 services de médecine polyvalente (70 lits). Tous les patients ayant reçu un traitement par vit.K, dans le cadre d'un surdosage en AVK, ont été inclus dans cette étude. L'équipe de pharmacien a élaboré une grille d'évaluation validée par la commission du médicament (CoMédIM). Cette grille comprend 7 items : identification du patient, données biologiques, attitude thérapeutique (saut de prise, arrêt du traitement, administration de vit.K), conformité des posologies et INR de contrôle.

Résultats :

Du 12 juillet 2014 au 12 janvier 2015, 296 patients hospitalisés dans les services de médecine étaient sous AVK. 10,81 % d'entre eux ont reçu une prescription de vit.K. L'âge moyen est de 87 ans [70-102]. 84,37 % des patients étaient sous fluindione, 9,37 % sous warfarine et 6,26 % sous acénocoumarol. 40,62 % des patients avaient un INR inférieur à 6, 34,37 % avaient un INR entre 6 et 10 et 3,12 % avaient un INR supérieur à 10. L'arrêt des AVK (ou saut de prise) est conforme dans 100 % des cas. En revanche, la prescription de vit.K n'est pas conforme aux recommandations dans 78,12 % des cas : dans 34,37 % des cas, l'INR ne justifiait pas la prescription de vit.K et dans 43,75 % des cas, la posologie était inadaptée par rapport aux recommandations. Parmi ces posologies inadaptées, 64,28 % correspondaient à une posologie supra-thérapeutique et 35,71 % correspondaient à une posologie infra-thérapeutique. L'INR de contrôle a été réalisée dans 100 % des cas.

Discussion :

Bien que largement connus des prescripteurs, les recommandations de bon usage de la vit.K dans la prise en charge des surdosages en AVK ne sont pas toujours respectées. En effet, les résultats de l'étude ont révélé des prescriptions et des posologies de vit.K non conformes aux recommandations de l'HAS. Le pharmacien a présenté ces résultats, en COMEDIM puis en CME afin de sensibiliser les prescripteurs au bon usage de la vit.K.

Conclusion :

Une priorisation de l'analyse pharmaceutique des médicaments à risque incluant la vit.K est en cours de mise en place.

Mots-clés :

Anti-vitamine K, Surdosage AVK, Recommandations

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de la qualité de la prescription de sortie des sages-femmes

Auteurs :

Waton K.*, Raynaud L., Beuzit K.

Pharmacie, CHU Poitiers, Poitiers

Résumé :

Introduction :

Suite au décret du 15 novembre 2014, une évaluation de la qualité des prescriptions de sortie a été réalisée dans les services de gynécologie-obstétrique. Au sein de l'établissement, les prescriptions de sages-femmes représentent une part significative des prescriptions de sortie, soit 45 %, souvent méconnue. Une étude a donc été réalisée sur ces prescriptions afin de sensibiliser les sages femmes en termes réglementaire et qualitative de la prescription de sortie et de définir les leviers d'actions.

Matériels et méthodes :

Une enquête rétrospective de 35 dossiers-patients, sélectionnés au hasard, a permis d'analyser 27 duplicatas de prescriptions de sortie de 2014. Pour chaque ordonnance, une analyse réglementaire (date, nom du prescripteur, signature, numéro RPPS, nom du médicament, dosage, posologie, durée de traitement, médicament autorisés à être prescrits) et qualitative (prescription en dénomination commune) a été réalisée.

Résultats :

83 % des prescriptions émanaient des services de gynéco-obstétrique, 7 % des consultations et 10 % du service d'orthogénie. La date, la signature, le nom et le numéro RPPS sont présents sur respectivement 97 %, 96 %, 97 % et 15 % des ordonnances. Le nom du patient est sur 100 % des prescriptions. 6 ordonnances, soit 22 %, contiennent une molécule n'appartenant pas à la liste des médicaments autorisés à être prescrit par une sage femme. 9 % des prescriptions ont été réalisées en dénomination commune. Le dosage, la posologie, la durée de traitement et la forme galénique sont respectivement sur 56 %, 80 %, 71 % et 82 % des ordonnances.

Discussion :

Le nombre important de sages-femmes ne permet pas la mise à disposition d'ordonnances imprimés avec le numéro RPPS car le coût et la gestion d'un tel système est trop complexe. Une réflexion est donc en cours sur la mise à disposition d'étiquettes. Un rappel a été effectué sur le champ de compétences des sages-femmes et une discussion est en cours afin que le logiciel de prescription en développement puisse restreindre la liste des médicaments autorisés à être prescrits. Les autorités ont exclu certaines catégories de médicaments ne pouvant être prescrits en dénomination commune dont font partis de nombreux médicaments autorisés (par exemple certaines pilules). Cette étude montre que 69 % des médicaments prescrits en nom de marque ne pouvait pas l'être en dénomination commune. C'est pourquoi, l'insistance sur l'inscription de la mention « Médicaments substituables sauf mention contraire » est importante.

Mots-clés :

Revue des pratiques de prescription des médicaments, Profession de sage-femme, Ordonnances médicamenteuses

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt du double contrôle des piluliers dans le cadre de la dispensation journalière individuelle et nominative (DJIN) en rhumatologie

Auteurs :

Almeida M.*⁽¹⁾, Pauliat E.⁽¹⁾, Gaillard MA.⁽¹⁾, Marie-Daragon A.⁽¹⁾, Bertin P.⁽²⁾, Courneade A.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges

⁽²⁾ Rhumatologie, CHU Limoges, Limoges

Résumé :

Introduction :

Une dispensation individuelle nominative (DJIN) a été mise en place dans le service de rhumatologie en 2001. Les piluliers des patients hospitalisés sont préparés et contrôlés à la PUI. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt du double contrôle de la préparation de ces piluliers, afin de réduire le risque d'erreurs médicamenteuses et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Matériels et méthodes :

Une étude prospective a été réalisée sur une période de 2 mois (12/14 à 01/15). Les piluliers sont préparés quotidiennement par 3 externes en pharmacie qui se contrôlent une première fois, puis un interne en pharmacie les contrôle à nouveau. Les erreurs ont été relevées dans une base de données répertoriant le type d'erreur (ajout ou oubli d'un médicament, erreur dans le dosage, erreur dans l'horaire de prise), mais aussi les classes de médicament sur lesquelles elles portent.

Résultats :

Sur 60 jours, en moyenne 18 patients par jour ont eu leurs piluliers préparés par les externes, ce qui représente en moyenne 113 lignes de prescription par jour. Au total, 110 erreurs ont été recensées, soit en moyenne 2,1 erreurs par jour. Sur ces 110 erreurs, 31,6 % concernent un oubli de médicament, 28,1 % une erreur dans l'horaire de la prise, 27,3 % une erreur de dose, et 13 % un ajout de médicament. Les classes thérapeutiques les plus concernées par ces erreurs ont été la psychiatrie (24,7 %), la cardiologie (17,3 %), la gastro-entérologie (14,8 %), et les antalgiques/AINS (14,8 %).

Discussion :

Ces erreurs sont souvent les conséquences de la répétitivité des tâches qui diminue la vigilance des externes lors de la préparation des piluliers. Parmi ces erreurs, certaines auraient pu avoir des conséquences cliniques importantes pour les patients, puisqu'elles concernaient des médicaments tels que les héparines (oubli ou dose doublée), les anticoagulants (oubli), les hormones thyroïdiennes (diminution de dose de 75 %), les antibiotiques (posologie doublée ou divisée par deux), ou les médicaments utilisés en neurologie (doses triplées).

Conclusion :

Cette étude a permis de mettre en évidence la fréquence des erreurs commises lors de la préparation des piluliers des patients, et l'importance du double contrôle afin de diminuer considérablement la iatrogénie médicamenteuse. Même s'il s'agit d'un processus chronophage, il est indispensable à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients tant que ce processus n'est pas automatisé.

Mots-clés :

Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments, Gestion des risques, Prise en charge personnalisée du patient

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mésusage de la Griséofulvine : étude de deux cas de nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Steven Johnson et de Lyell)

Auteurs :

Kerrad I.*⁽¹⁾, Leguern A.⁽²⁾, Oehler E.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Polynésie Française, Pirae, Polynésie Française

⁽²⁾ Médecine interne, CH Polynésie Française, Pirae, Polynésie Française

Résumé :

Introduction :

La griséofulvine est un antifongique connu comme étant pourvoyeur de toxidermies mais pourtant fréquemment prescrit dans le non respect de ses indications comme nous le montrons à travers ces deux observations.

Observation :

Cas n° 1. Une patiente de 51 ans était adressée pour prise en charge d'un syndrome de Stevens-Johnson (SSJ) apparu 17 jours après la prise de griséofulvine pour une mycose des grands plis. Cas n° 2. Une patiente de 19 ans était hospitalisée en réanimation pour une nécrolyse épidermique toxique (NET) touchant plus de 70 % de la surface corporelle accompagnée d'une atteinte muqueuse sévère. Cette éruption était apparue neuf jours après la prise de griséofulvine, initialement prescrite à son époux pour une mycose.

Commentaires :

La nécrolyse épidermique toxique, de cause majoritairement médicamenteuse, est un syndrome cutanéomuqueux grave caractérisé par une mort kératinocytaire apoptotique massive. La griséofulvine a fait l'objet de rares publications de toxidermies graves comme les NET-SSJ ; celles-ci méritent d'autant plus d'être connues que cette molécule est largement utilisée en dehors de ses indications et que la balance bénéfiques/risques plaide alors largement en sa défaveur. Nous rapportons deux cas de nécrolyse épidermique toxique liés au mésusage de la griséofulvine, amenant à rappeler les précautions d'emploi des antifongiques oraux, réservés aux formes rebelles ou diffuse de dermatophytie avec atteinte unguéale ou du cuir chevelu.

Mots-clés :

Toxidermie, Mésusage, Griséofulvine

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude de faisabilité de l'observance du traitement en temps réel des médicaments en essais cliniques

Auteurs :

Plessis C.*, Rougeot J., Francois C., de Vinzelles MA., Girol B., Marie-Daragon A., Renon-Carron F.

Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges

Résumé :

Introduction :

L'évaluation de l'observance dans le cadre d'un essai clinique est primordiale car elle apporte la preuve d'une cohérence des quantités de médicaments dispensées, utilisées, retournées. C'est une donnée indispensable qui conditionne les résultats de l'étude. L'objectif de ce travail est d'analyser la faisabilité de l'évaluation de l'observance du traitement en temps réel au sein de l'Unité des Essais Cliniques (UEC).

Matériels et méthodes :

Un formulaire est établi de façon pluridisciplinaire par le pharmacien responsable de l'UEC, l'ingénieur qualité et l'interne en pharmacie à partir du logiciel Sphinx. Il recueille les données permettant l'analyse de l'observance : nombre de produits et données relatives à l'étude, calcul de l'observance (rapport entre le nombre de doses effectivement prises et le nombre de doses théoriques) et temps consacré à son évaluation. Un seuil de satisfaction à l'observance a été déterminé à 80 % comme il est couramment admis dans différentes études.

Résultats :

Ce travail conduit sur 8 mois en 2013 a permis de réaliser 61 observations concernant 21 essais cliniques en cours. La durée moyenne pour l'analyse de l'observance est estimée à 5,6 min, elle inclue le temps consacré au décompte des unités thérapeutiques (1,7 min), la traçabilité sur logiciel de l'UEC (2,0 min) et la durée du calcul de l'observance (1,9 min). L'observance des produits à l'étude est en moyenne de 93 %. Seulement 6,5 % des observations remplies montre une non satisfaction à l'observance (< 80 %).

Discussion :

En considérant un temps de 5,6 min consacré à l'observance d'un médicament expérimental par dispensation et le nombre d'ordonnances sur un an (2 900 en 2013), au total, 290 heures sont nécessaires soit 42 journées de 7h. Le temps à consacrer à l'observance en temps réel est conséquent et augmente en cas de non satisfaction à l'observance, requérant une enquête (entretien avec le patient et discussion avec le médecin). L'étude est limitée : elle ne tient pas compte du moment de prise (cas des médicaments à marge thérapeutique étroite) et une unité « utilisée » est considérée comme absorbée. Ce travail d'évaluation met en relief la nécessité d'approfondir ces résultats et de les valoriser en mettant en œuvre les moyens humains nécessaires.

Mots-clés :

Etude de faisabilité, Observance du traitement médicamenteux, Essai clinique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Conciliation médicamenteuse à l'entrée des patients en chirurgie : bilan à 2 mois

Auteurs :

Akcora L. ⁽¹⁾, Mabs N. ⁽¹⁾, Cloître F. ⁽¹⁾, Bultey E. ⁽¹⁾, Fatahine C. ⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Romorantin-Lanthenay, Romorantin-Lanthenay

⁽²⁾ Anesthésie, CH Romorantin-Lanthenay, Romorantin-Lanthenay

Résumé :

Introduction :

La conciliation médicamenteuse (CM), processus pluri-professionnel, a été expérimentée en chirurgie, à l'admission du patient, durant 2 mois. L'objectif est d'évaluer la pertinence et la faisabilité de cette activité pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients.

Patients et méthodes :

Tous les patients âgés de plus de 65 ans admis en chirurgie sont inclus. Un bilan médicamenteux optimisé (BMO), correspondant au traitement exhaustif de chaque patient, est obtenu grâce aux renseignements recueillis par l'interne de pharmacie à l'aide de diverses sources : patient, famille, ordonnance en cours, officine « référente », données d'autres services. Il est ensuite comparé au traitement prescrit à l'admission. Si des divergences non intentionnelles (DNI) sont retrouvées, le médecin est informé. Elles sont cotées de 1 (gravité mineure) à 5 (gravité catastrophique) par un médecin anesthésiste, à l'aide d'une échelle de gravité élaborée par une société savante. Le temps passé au recueil de données est évalué.

Résultats :

En 2 mois, 50 patients ont été inclus dans l'étude (âge moyen = 82 ans). Ils viennent de l'établissement dans 64 % des cas (dont 78 % du service des urgences), du domicile (30 %) et d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes extérieur (6 %). Les sources utilisées pour réaliser le BMO sont multiples : ordonnance en cours (88 %), patient ou famille (84 %), pharmacien d'officine « référent » (80 %) et dossier provenant d'un autre service (14 %). Les patients ont en moyenne à l'admission 6,7 médicaments. 33 DNI ont été retrouvées au total chez 16 patients (soit 32 % des patients étudiés). Les principales DNI concernent : des omissions 79 %, des erreurs de posologie 18 %, et de substitution 3 %. Elles intéressent le système nerveux (27 %), le système cardiovasculaire (27 %), et les voies digestives et métabolisme (24 %). Elles sont cotées 1 (gravité mineure) dans 52 % des cas ; 2 (gravité significative) dans 33 % ; et 3 (gravité majeure) dans 15 % ; aucune n'est de grade 4 (critique) ni de grade 5 (significative). La durée de la CM à l'admission est en moyenne de 41 minutes par patient.

Discussion :

La présence de DNI de gravité significative et majeure confirme l'intérêt et la pertinence de cette activité de CM menée sur 2 mois. Le temps passé à la CM est compatible avec une éventuelle pérennisation dans l'établissement. La collaboration interdisciplinaire, notamment avec les pharmaciens d'officine, est un atout essentiel pour sa mise en place. L'arrivée du Dossier Pharmaceutique sera une aide au recueil des informations à l'admission.

Mots-clés :

Bilan comparatif des médicaments, Admission du patient, Chirurgie générale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les prescriptions inappropriées en pédiatrie : états des lieux, alternatives et perspectives d'amélioration des pratiques professionnelles

Auteurs :

Nguyen S.*, Guerriero E., Storme T., Bourdon O.

Pharmacie, APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris

Résumé :

Introduction :

"L'enfant n'est pas un adulte en miniature" et ceci dans tous les domaines. L'utilisation des médicaments de l'adulte ne peut donc s'extrapoler systématiquement à celle de l'enfant. De ce fait, les professionnels de santé sont contraints de prendre des décisions sur la façon d'utiliser les médicaments. Ces procédés peuvent aller du mésusage aux procédés plus sécurisés : les préparations magistrales (PM) et hospitalières (PH), ou encore, en voie d'expansion : l'importation de médicaments pédiatriques. Les objectifs de cette étude sont de faire un état des lieux des prescriptions inappropriées chez l'enfant (dosage et/ou forme inadapté(s)), de proposer des alternatives thérapeutiques et de formaliser le processus de validation pharmaceutique des prescriptions pédiatriques grâce à un logigramme décisionnel.

Matériels et méthodes :

Cette étude prospective, observationnelle, de prescriptions hospitalières pédiatriques, dans un établissement accueillant mères et enfants, durant une période de 15 jours, a consisté en la sélection de prescriptions per os (PO) inappropriées (dosage et/ou forme inadapté(s) à l'enfant) et en l'analyse pharmaceutique de ces prescriptions avec proposition d'alternatives thérapeutiques.

Résultats :

Au total, 5,9 % (n = 184) de prescriptions PO inappropriées ont été relevées sur 3 107 prescriptions PO. Parmi ces prescriptions inadaptées, 47 % sont des erreurs de formes galéniques, et 53 % sont des erreurs sur le dosage prescrit c.à.d. inadapté au dosage de la spécialité commerciale prescrite. Pour toutes les prescriptions une alternative a été trouvée : existence d'une forme orale liquide ou de comprimés effervescents ou orodispersibles, existence d'une spécialité avec un dosage en accord avec la dose prescrite, recours à une PH ou une PM, recours à une ATU... Cette étude a abouti à l'élaboration d'un logigramme décisionnel d'aide à la validation des prescriptions pédiatriques.

Discussion :

Les résultats de cette étude montrent que des alternatives existent face aux prescriptions inappropriées chez l'enfant, reste à choisir la bonne alternative. Le logigramme décisionnel a pour but de formaliser les étapes d'analyse pharmaceutique des prescriptions inappropriées, d'optimiser la recherche d'alternatives et de favoriser le recours aux médicaments qui ont fait l'objet d'études de sécurité et d'efficacité chez l'enfant.

Mots-clés :

Evaluation de médicament, Pédiatrie, Pharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Cas d'une prise en charge particulière de porphyrie hépatique traitée par hémine humaine

Auteurs :

Bessone M.*, Spadoni S., Vonesch MA., Mullot H., Guevel C., Beranger C.

Pharmacie à Usage Intérieur, Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne, Toulon

Résumé :

Introduction :

La porphyrie hépatique est une pathologie orpheline d'origine génétique liée à un déficit enzymatique de la biosynthèse de l'hème. Elle entraîne des douleurs abdominales intenses, des myalgies et exceptionnellement des troubles neurologiques à type de convulsions ou paralysies. Nous avons été confrontés à un cas de crise de porphyrie aiguë avec atteintes neurologiques à traiter en urgence par hémine humaine, ce qui nous a permis d'en explorer la prise en charge complexe et particulière.

Patients et méthodes :

Mme D., 20 ans, est hospitalisée en réanimation, un mois après un retour anticipé de voyage en Inde suite à un syndrome grippal. Elle présente une insensibilité des membres inférieurs suivie d'une tétraplégie. Le diagnostic de syndrome de Guillain-Barré est évoqué et traité par immunoglobulines IV pendant 3 jours. L'échec de ce traitement fait réaliser un bilan large de neuropathie périphérique. Le diagnostic de crise de porphyrie aiguë est alors mis en évidence et le traitement de référence est instauré au plus vite.

Résultats :

Le service de soins fait la demande en urgence d'hémine non détenue à la pharmacie. Un dépannage aux hôpitaux voisins est mis en place et la commande au laboratoire est réalisée. Un protocole de dilution dans l'albumine, récupéré auprès du Centre Français de Porphyrie (CFP), est prescrit. Le pharmacien remarque l'incompatibilité de cette dilution décrite dans le Résumé des Caractéristiques du Produit. Des recherches menées sur Stabilis[®], sur le dossier CNHIM 2002, et les appels au laboratoire et au CFP nous indiquent que ce protocole est connu et fondé, et que cette dilution permet, entre autres, de réduire la toxicité veineuse. De plus, ce traitement est réalisé 15 jours, au lieu des 4 recommandés, du fait de l'état grave de la patiente. La seule contrainte est de ne pas dépasser 1 flacon/jour. Il est administré par perfuseur classique (contenant systématiquement un filtre de 15 µm). Enfin, la patiente devra poursuivre une rééducation fonctionnelle dans un centre spécialisé pendant au moins un an.

Conclusion :

L'hémine est un médicament rarement utilisé car indiqué dans une maladie orpheline. Le rôle du pharmacien est d'en disposer au plus vite et d'être garant de son bon usage malgré les contraintes que ce produit entraîne, avec notamment, peu ou pas de stock dans les hôpitaux, délais de livraison, méconnaissance des protocoles d'administration dans les services. Mais une coordination fine des différents intervenants a permis une prise en charge optimale, dans les temps et selon les bons protocoles.

Mots-clés :

Porphyries hépatiques, Médicament orphelin, Hémine

Références :

[1] Giraud C. et al. Dossier CNHIM, XXIII, (1) : 45-73 (2002)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 193

Titre :

Les promoteurs institutionnels appliquent-ils la grille des surcoûts pharmaceutiques liés à la gestion des essais cliniques par la PUI ?

Auteurs :

Collignon M.⁽¹⁾, Brousseau A.⁽²⁾, Darsonval A.⁽²⁾, Daniel V.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHRU Hôpitaux de Tours, Tours

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Angers, Angers

Résumé :

Introduction :

La gestion des essais cliniques par les PUI génère des prestations pharmaceutiques dont les coûts doivent être pris en charge par les promoteurs. A l'instar de la grille du LEEM, une grille adaptée aux promoteurs institutionnels a été proposée par la Commission des pharmaciens de CHU, discutée par le groupe de travail 5 de l'Assemblée Nationale des DRCI. La grille "pharmacie - projets institutionnels" dite DRCI a été validée par la DHOS en décembre 2012 et est applicable aux établissements publics (CHU/CH). Nous l'appliquons aux autres promoteurs académiques (groupes coopérateurs). L'objectif est de réaliser un état des lieux de son application entre 6 et 18 mois après sa publication.

Matériels et méthodes :

Tous les protocoles "académiques" ont été pris en compte sur la période du 01/07/2013 au 31/10/2014. Nous avons regardé si la grille était appliquée, et recherché le motif de sa non application le cas échéant, en contactant chacun des promoteurs. Les surcoûts ont été calculés avec le nombre prévisionnel de patients à inclure. Le différentiel par rapport à la grille validée a été calculé, permettant ainsi d'évaluer la perte financière.

Résultats :

28 conventions de promoteurs institutionnels ont été signées (20 conventions - 12 CHU/CH ; 8 conventions - 6 groupes coopérateurs). La grille a été utilisée pour 13 études (46 %) : 7 promoteurs l'ont utilisée d'emblée (6 CHU, 1 groupe coopérateur) et 4 après négociation (3 groupes coopérateurs, 1 CHU). 10 promoteurs (15 études) ne l'utilisaient pas et les surcoûts proposés étaient globalement inférieurs à ceux de la grille "DRCI". Parmi eux, 6 ont dorénavant intégré cette grille pour les protocoles actuels, mais 4 ne l'utilisent toujours pas "faute de moyens". On note que parmi ces 15 études, 5 ont déposé une demande de financement avant fin 2012. La perte financière par non application de la grille "DRCI" sur cette période a été évaluée à 12 000 € (37,8 % du montant total).

Discussion :

Selon notre expérience, fin 2014, une majorité des promoteurs CHU/CH ont connaissance de la grille "DRCI" et 90 % disent l'utiliser. On note la difficulté de diffusion des informations au sein des groupes coopérateurs, et la plupart n'ont pas connaissance de la grille, cependant la moitié accepte la négociation. Au total, fin 2014, 2 promoteurs groupes coopérateurs et 1 promoteur CHU ne souhaitent toujours pas l'utiliser. Le respect du paiement de ces surcoûts ne peut être à sens unique, il permet le financement mutuel des études entre centres "promoteur" et "investigateur" et est le témoin de la reconnaissance du travail des PUI pour les protocoles de recherche académiques.

Mots-clés :

Essai clinique, Pharmacie, Coûts

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Implants de renfort de paroi biologiques : analyse médico-économique après plus de trois ans d'utilisation

Auteurs :

Chasseigne V.*, Jacquemoire J., Simon C., Favier M.

Pharmacie, CHRU Nîmes, Nîmes

Résumé :

Introduction :

Les prothèses biologiques sont utilisées en chirurgie digestive pour le traitement d'événements ou éviscérations infectées (contre-indication des prothèses synthétiques). Leur coût TTC varie de 317 € à 9 281 € selon la taille (non remboursé en sus du GHS). L'objectif est d'évaluer le bon usage des implants biologiques et l'impact économique pour l'établissement.

Matériels et méthodes :

Une analyse rétrospective est réalisée. Les données (GHM, GHS, durée de séjour) sont extraites du logiciel clinicom® (PMSI/Dossier Patient). La répartition des séjours dans les GHM est évaluée. Le coût de la prothèse posée par rapport au tarif du GHS est calculé et comparé à celui de l'Echelle Nationale des Coûts (ENC) 2011. Puis le taux de séjour pour lesquels ce coût est supérieur à 30 % du tarif du GHS est identifié [1]. Les dépenses totales en implant sont comparées aux recettes liées aux séjours. La durée moyenne de séjour (DMS) est calculée. Le respect du bon usage selon les critères définis en CoMédIMS de 2010 (patients multi-opérés et contexte infectieux) est réalisé ainsi que le suivi des patients.

Résultats :

24 séjours de juin 2010 à décembre 2014 ont été analysés et 15 GHM différents ont été relevés (GHS allant de 2 779 € à 21 952 €). Le coût de l'implant par rapport au tarif du GHS varie de 4,5 % à 255 % selon le GHM. Dans 83,3 % des cas (20/24), le coût de l'implant est supérieur à 30 % du tarif du GHS. Or, dans l'ENC 2011, le rapport coût dispositif médical implantable/coût GHS reste inférieur à 4 %. Pour un remboursement total de séjours de 258 200 €, 43,8 % (113 214 €) ont été dépensés par notre établissement pour l'achat des implants. La DMS est de 26,5 jours (19 jours si exclusion de 2 séjours extrêmes de 83 et 133 jours). Concernant le bon usage, 95,8 % des patients sont multi-opérés et le contexte infectieux est présent dans 100 % des cas (dont 35 % avec infection sur une prothèse précédemment implantée). Pour ce qui est du suivi, les prothèses sont encore en place pour 83 % (20/24) des patients (4 retraits pour surinfection).

Discussion :

Les critères définis en COMÉDIMS sont respectés. Le surcoût pour l'établissement est à pondérer par la réduction de la DMS. En effet, ces implants sont une alternative à des techniques telle que la Thérapie par Pression Négative pour laquelle une DMS de 2 mois est observée en pratique.

Mots-clés :

Bioprothèse, Bon usage, Médico-économie

Références :

[1] Recommandation n° 2011-31 en date du 14 décembre 2011 relative à la liste des produits et prestations facturables en sus des prestations d'hospitalisation consultable sur le site www.sante.gouv.fr

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation médico-économique du choix de la stratégie médicamenteuse par un curare au long cours chez les patients en réanimation : cisatracurium versus atracurium

Auteurs :

Piot B. ^{*(1)}, Augry-Guy F. ⁽¹⁾, Baudon M. ⁽¹⁾, Daubin C. ⁽²⁾, Fischer MO. ⁽³⁾, Hecquard C. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Caen, Caen

⁽²⁾ Réanimation médicale, CHU Caen, Caen

⁽³⁾ Réanimation chirurgicale, CHU Caen, Caen

Résumé :

Introduction :

La pharmacie de notre établissement gère plusieurs curares dont deux non dépolarisants utilisés en réanimation : cisatracurium et atracurium. Ils permettent d'obtenir une paralysie des muscles, rapidement réversible, lors d'une curarisation prolongée. L'objectif de ce travail a été de comparer l'impact financier du choix de deux stratégies thérapeutiques, cisatracurium versus atracurium, pour une même efficacité clinique.

Matériels et méthodes :

Un audit sur les pratiques médicales a été réalisé pendant une période de deux mois, de septembre à novembre 2014, dans les trois services de réanimation : médicale, chirurgicale et chirurgicale cardiaque. L'étude a porté sur tous les patients nécessitant une curarisation supérieure ou égale à 24 heures. A l'aide d'une fiche de recueil préétablie, nous avons relevé sexe et âge du patient, caractéristiques biométriques, indice de gravité simplifié (IGSII), score de défaillance d'organe (SOFA), paramètres cliniques et biologiques, choix du curare, indication de la curarisation, modalités de préparation et d'administration,... Une évaluation médico-économique a été menée, prenant en compte l'évolution du prix unitaire de chaque produit, la posologie et la durée de traitement par patient.

Résultats :

Au total, 26 patients ont été inclus : 22 sous atracurium, 4 sous cisatracurium. Les indications des deux médicaments étaient principalement syndrome de défaillance respiratoire aiguë et hypothermie thérapeutique. La posologie moyenne d'atracurium a été de 48 mg/h pour une durée moyenne de traitement de 57 heures, la posologie moyenne de cisatracurium a été de 18 mg/h pour une durée moyenne de traitement de 57h. Le coût moyen d'un traitement par atracurium a été de 142 € par patient, et celui d'un traitement par cisatracurium de 67 €.

Discussion :

Ce travail met en évidence que les posologies prescrites sont souvent inférieures à celles recommandées par l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Le coût moyen de traitement par atracurium est doublé par rapport à celui du cisatracurium, et ce pour une efficacité jugée similaire.

Conclusion :

Au vu du rapport coût/performance du cisatracurium par rapport à l'atracurium, il semblerait indiqué de privilégier le cisatracurium pour la curarisation de longue durée en réanimation. A cette fin, une nouvelle fiche de bon usage a été rédigée et proposée aux médecins des réanimations, et a été validée en Commission du Médicament.

Mots-clés :

Soins avancés de maintien des fonctions vitales, Curare, Coût des médicaments

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Gestion Régionale des Antidotes et Médicaments d'Urgence : une nécessité !

Auteurs :

Breuil C.*⁽¹⁾, Muzard A.⁽¹⁾, Baudon M.⁽¹⁾, Bougle C.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Caen, Caen

⁽²⁾ OMÉDIT Basse-Normandie, ARS Basse-Normandie, Caen

Résumé :

Introduction :

La limitation des budgets impose une gestion stricte de la détention des médicaments et les dépannages inter-établissements ne cessent d'augmenter. Le CHU est le seul établissement régional à disposer d'une présence pharmaceutique 7j/7 et 24h/24.

Matériels et méthodes :

Une liste recensant les différents Médicaments d'Urgence (MU) et antidotes a été établie. Ce fichier a été envoyé aux différentes PUI de la région avec pour objectif de recenser les stocks disponibles, les souhaits de gestion régionalisée et d'identifier les médicaments pour lesquels des problèmes de disponibilité s'étaient déjà produits lors des 3 dernières années.

Résultats :

Parmi les 39 PUI, 25 ont participé à l'étude. Au moins l'un des 23 antidotes ou MU à utiliser dans un délai de moins de 30 min n'est pas disponible dans 60 % des établissements MCO disposant d'un service d'urgence. Les quantités sont insuffisantes pour traiter un adulte de 70 kg pendant 24h. Un guide d'utilisation a été rédigé : il précise les indications (y compris hors AMM) ; les conditions de conservation, les modalités d'administration et les quantités disponibles. Ce guide reprend toutes les coordonnées des PUI de la région, des centres antipoison et du laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie du CHU. Le CHU a été retenu comme établissement gérant un stock régional de ces MU : - 10 MU supplémentaires ont été référencés dont des ATU nominatives, avec l'accord de l'ANSM, - Le stock de tous les antidotes et MU a été augmenté pour une valeur financière évaluée à 25 000 €, financée par un avenant au CPOM 2014, - Afin d'éliminer le risque financier associé au risque de péremption, l'ARS s'engage à rembourser le CHU pour les MU n'ayant pas été utilisés à péremption. Ces mesures ont été présentées aux pharmaciens de la région le 16/12/2014.

Discussion :

L'analyse des questionnaires envoyés permettent une mise en place effective d'une liste d'antidotes et MU disponibles au niveau régional. Cela permettra de diminuer les délais de prise en charge des patients devant bénéficier de médicaments non-disponibles dans certains établissements, les pharmaciens optimiseront leur temps de recherche. L'augmentation du budget du CHU est totalement supportée par l'ARS via l'OMÉDIT. La régionalisation d'un stock de MDS est demandée, mais les budgets mis en jeu permettent difficilement un financement du même type.

Mots-clés :

Stock régional, Antidotes, Traitement de l'urgence

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Référencement du chlorhydrate de chloroprocaine dans un centre hospitalier général : étude médico-économique

Auteurs :

Maison O.*⁽¹⁾, Leymonie C.⁽²⁾, Mouterde AL.⁽¹⁾, Bourdelin M.⁽¹⁾, Coursier S.⁽¹⁾, Berthonnaud E.⁽³⁾, Fatah D.⁽²⁾, Bontemps H.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, HCL - Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

⁽²⁾ Anesthésie, HCL - Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

⁽³⁾ Unité de recherche clinique, HCL - Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

Résumé :

Introduction :

Le chlorhydrate de chloroprocaine (CC) est un nouvel rachianesthésique utilisé pour les actes de chirurgie sous ombilicale de courte durée. Son utilisation favoriserait la prise en charge ambulatoire des patients. Les objectifs de cette étude sont d'évaluer l'impact médico économique du référencement du CC et de comparer la rachianesthésie (RA) sous CC à une prise en charge par anesthésie générale de courte durée (AGCD)

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé sur 4 mois une étude prospective : l'ensemble des patients bénéficiant d'une RA sous CC ont été inclus de manière consécutive. Pour chaque patient, le type d'intervention, la dose de CC administrée, les dispositifs médicaux, les adjuvants et antalgiques utilisés ainsi que les heures d'injection de la RA, de survenue du bloc sensitif, d'incision, de score de bromage modifié, d'arrivée et de sortie de la salle de réveil ont été relevées. Parallèlement, nous avons recherché de façon rétrospective au cours des 6 derniers mois, un cas témoin correspondant à un patient ayant bénéficié sous AGCD du même type d'intervention. Les anesthésiques généraux, le matériel, les adjuvants utilisés ainsi que les heures de pré-oxygénation, d'incision, de retrait du masque laryngé ou d'extubation, d'arrivée et de sortie de salle de réveil ont été relevés. Le coût total de l'intervention a été évalué pour la RA et l'AGCD. La comparaison des résultats a été réalisée en utilisant le test de Mann-Whitney avec un seuil de significativité fixé à 5 %.

Résultats :

Treize patients (âge moyen 60 ± 14 ans) ont bénéficié d'une RA sous CC dont les doses variaient de 35 à 50 mg. Neuf situations comparables (âge moyen 54 ± 15 ans) sous AGCD ont été identifiées. La durée moyenne du séjour en salle de réveil et le délai moyen de mobilisation patient sont plus longs suite à une AGCD qu'une RA sous CC : $59,6 \pm 22,3$ min vs $48,6 \pm 18,5$ min, $p = 0,27$ et $122,7 \pm 35,6$ vs $106,3 \pm 20,4$ min, $p = 0,51$. Le coût moyen d'une RA est de 22,05 € et celui d'une AGCD est de 23,45 €.

Discussion :

La durée de séjour en salle de réveil est raccourcie d'environ 11 min pour un patient sous CC permettant un gain de mobilisation patient de 17 min par rapport à un patient pris en charge pour la même intervention sous AG. Le coût de la RA reste également moindre par rapport à celui de l'AG, en partie en raison d'une consommation moins importante d'adjuvants et d'antalgiques. Cette étude a permis de montrer l'intérêt de la RA sous CC pour une prise en charge ambulatoire des patients sans engendrer de surcoût et nous a conforté dans le référencement du CC au sein de notre établissement.

Mots-clés :

Chloroprocaine, Economie, Rachianesthésie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation multicentrique du financement des surcoûts pharmaceutiques liés à la gestion des essais cliniques

Auteurs :

Benoit P.*⁽¹⁾, Bernard L.⁽²⁾, Pare M.⁽³⁾, Castet-Nicolas A.⁽⁴⁾, Honore S.⁽⁵⁾, Barin B.⁽⁶⁾, Boddaerts S.⁽⁷⁾, Caturla L.⁽⁸⁾, Daniel V.⁽⁹⁾, Pivot C.⁽¹⁰⁾, Renon-Carron F.⁽¹¹⁾, Thielemans B.⁽¹²⁾, Conférence des Pharmaciens de CHU groupe Essais Clin

- (1) Pharmacie, CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims
- (2) Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand
- (3) Pharmacie, CHU Nantes, Nantes
- (4) Pharmacie, CHRU Montpellier, Montpellier
- (5) Pharmacie à usage intérieur, APHM - Hôpital de la Timone, Marseille
- (6) Pharmacie, CHRU Tours, Tours
- (7) Pharmacie, CHU Amiens, Amiens
- (8) Pharmacie, CHU Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse
- (9) Pharmacie, CHU Angers, Angers
- (10) Essais cliniques, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon
- (11) Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges
- (12) Pharmacie, CHRU Lille, Lille

Résumé :

Introduction :

La gestion pharmaceutique des médicaments expérimentaux fait partie des missions des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI). Cette activité nécessite notamment un temps pharmaceutique dédié au sein de nos équipes. Pour cette prestation supplémentaire, des surcoûts devraient être versés à l'institution par le promoteur. Nous avons évalué sur plusieurs CHU français, l'activité réalisée par les PUI, afin d'estimer le niveau de financement attendu de la prestation pharmaceutique, globalement et par type de promoteur.

Matériels et méthodes :

L'évaluation portait sur les Essais Cliniques (EC) clôturés en 2013. Les centres sollicités ont renseigné les paramètres d'activité nécessaires au calcul des surcoûts (durée, nombre d'actes, de patients...) dans une grille de recueil. Un coût théorique de gestion de chaque étude a ensuite été calculé (grille officielle de surcoûts pour promoteurs industriels validée par la DGOS) puis ventilé en fonction de la catégorie de promoteur (privé, institutionnel ou groupe coopératif).

Résultats :

Douze CHU ont répondu au questionnaire, soit 750 études. L'activité représentait de 34 K € à 213 K € en valeur de surcoûts théoriques par centre (coût moyen par étude de 2 414 €). Ces frais étaient couverts par les promoteurs privés à hauteur de 57 % (0 à 78 % selon les centres). Les groupes coopérateurs représentaient 28 % de l'activité totale (0 à 44 %) sans qu'aucun frais ne soit versé. Les promoteurs institutionnels, 15 % (5 à 56 %) de l'activité, finançaient partiellement la prestation pharmaceutique (27 % de leurs frais).

Discussion :

Chaque centre présente une proportion différente des trois catégories de promoteurs. Au global, seuls 60 % de l'activité font l'objet d'un financement réel, provenant de l'industrie pharmaceutique. Les promoteurs institutionnels ne financent que très partiellement la gestion des produits expérimentaux, par l'intermédiaire d'une grille spécifique validée par la DGOS. Ces sommes devraient se compléter d'un émargement dédié de la PUI aux enveloppes MERRI. Environ un tiers de la gestion pharmaceutique des études reste cependant non financé. Les moyens en personnel et en équipements spécifiques mis en œuvre par les PUI nécessitent cependant de trouver les ressources appropriées, soit auprès des promoteurs, soit auprès des Pôles cliniques qui utilisent la prestation pharmaceutique pour la gestion des EC qu'ils conduisent.

Mots-clés :

Essai clinique, Financement, Coût

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Ruptures d'approvisionnement de médicaments : état des lieux sur 3 ans – Impact financier dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU)

Auteurs :

Tching-Sin M.*, Roche M., Noël M., Malka M., Ferrato L., Debeuret C., Lambert M.

Service Central des Opérations Pharmaceutiques, APHM, Marseille

Résumé :

Introduction :

Le nombre de ruptures de médicaments est en constante augmentation dans nos établissements de santé. Les professionnels sont souvent confrontés à des situations problématiques : produit de remplacement également en rupture, aucun équivalent sur le marché français, liste des produits en rupture de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament non exhaustive et prix du produit de substitution élevé. Dans ce contexte, une analyse qualitative des ruptures observées et une évaluation de leur impact financier au niveau d'un CHU semblaient tout à fait pertinentes.

Matériels et méthodes :

Une étude descriptive et rétrospective a été réalisée du 01/01/2012 au 31/12/2014. Trois critères qualitatifs principaux ont été étudiés : la famille thérapeutique du produit, la durée de la rupture et l'existence d'un équivalent sur le marché français. L'analyse de l'impact économique des ruptures a été réalisée selon la méthode du micro-costing. Les coûts directs ont été calculés en prenant en compte les régularisations des surcoûts dans le cadre des procédures d'achat pour compte (APC). Les coûts de personnel ont été évalués grâce à un relevé d'activité sur 1 mois des différents agents de la pharmacie centrale.

Résultats :

Le nombre de produits en rupture a augmenté de 11,30 % en 3 ans. Le nombre moyen de médicaments en rupture par an est de 67, répartis sur 18 classes thérapeutiques. La durée moyenne de rupture par produit est de 98 jours. 16 médicaments en moyenne par an n'avaient pas d'équivalent sur le marché français. Les produits de cancérologie sont les premiers impactés sur ces 3 ans (27,7 %), dont 12 médicaments sans possibilité de substitution. Les procédures d'APC réalisées nous ont permis de récupérer 936 865,94 € sur les 3 ans. Cependant, le bilan institutionnel global est une perte de 24 377,87 €.

Discussion :

La généralisation de la procédure d'APC permet de limiter les surcoûts liés aux ruptures. Ces ruptures génèrent néanmoins des contraintes financières non négligeables car le remboursement ne se fait que dans un deuxième temps. Les procédures de contractualisation de marché, de suivi et de substitution, ainsi que la régularisation des surcoûts, sont de plus très chronophages. Ce sujet d'actualité préoccupe nos autorités de tutelle. Des échanges avec les industriels, dans le cadre de la loi Stratégie Nationale de Santé, sont poursuivis sur la méthodologie de gestion des risques en matière d'approvisionnement en médicaments et permettraient d'aboutir à une liste de médicaments essentiels associée à un plan d'action pour assurer une continuité d'approvisionnement.

Mots-clés :

Analyse des coûts, Coûts des produits pharmaceutiques, Evaluation des processus en soin de santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Optimisation de la logistique des réceptions de commande

Auteurs :

Petit O., Vantigham C.*, Pelloquin N.

Pharmacie, CHU Amiens, Amiens

Résumé :

Introduction :

Une plate-forme logistique a ouvert ses portes en février 2013 pour la dispensation des DMS et des solutés puis a pris en charge en novembre 2014 les médicaments. L'achat d'un logiciel de gestion des flux et des stocks a permis la mise en place de préconisations de commande informatisées pour les produits en stock. Cependant, nous constatons assez fréquemment que les produits en instance de livraison sont en rupture de stock. Objectif : La formule de calcul pour déterminer la quantité à commander prend en compte : la couverture de stock cible (14 jours), la consommation entre 2 livraisons (toutes les 2 semaines), la consommation pendant le délai du fournisseur, les quantités en stock et les quantités restant à livrer. Le but de notre étude était de vérifier si les délais de livraison des fournisseurs théoriques étaient corrects afin de savoir si un éventuel mauvais paramétrage pouvait expliquer les ruptures de stock momentanées constatées.

Matériels et méthodes :

Pour chaque ligne de réception de produits en stock, le délai de livraison a été calculé à partir de la date de commande et de réception sur l'année 2014. Le délai moyen de livraison par fournisseur a été ensuite calculé et comparé au délai de livraison théorique.

Résultats :

Pour l'année 2014, 18 785 réceptions de produits stockés ont été effectuées. Pour les 231 fournisseurs concernés : 150 ont un délai moyen sous-estimé, 74 ont un délai moyen surestimé, 7 ont un délai moyen correct. Pour 84 fournisseurs (soit 36 %), l'écart entre le délai théorique et le délai moyen constaté est inférieur à un jour, pour 107 fournisseurs (soit 47 %) il est compris entre un et trois jours et pour 40 fournisseurs (soit 17 %), il est supérieur à trois jours.

Discussion :

Les délais paramétrés dans le logiciel ne sont pas, pour la plupart, en adéquation avec les délais moyens constatés. Cependant, la majorité ne dépasse pas trois jours d'écart. Les délais sous-estimés peuvent expliquer les ruptures constatées. A noter que l'écart par rapport au délai théorique peut être dû à petit nombre de produits d'un fournisseur dont l'approvisionnement est tendu. De plus, certains fournisseurs ont un délai pour les produits stockés au réfrigérateur et un pour les autres. Or cette distinction n'est pas paramétrable dans l'outil.

Conclusion :

Ce travail a permis de revoir le paramétrage du délai de livraison dans le logiciel Gildas. Ce paramètre intervient de façon importante dans le calcul des quantités à commander et il participe à la bonne gestion des stocks et à un approvisionnement optimal.

Mots-clés :

Logistique, Commande, Stock

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Utilisation des concentrés de fibrinogène dans le traitement des hémorragies du post-partum : impacts économiques et médicaux

Auteurs :

Gaillard MA.*⁽¹⁾, Jost J.⁽¹⁾, Vincelot A.⁽²⁾, Nathan N.⁽³⁾, Delhoume M.⁽⁴⁾, Ratsimbazafy V.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Limoges, Limoges

⁽²⁾ Anesthésie, CHU Limoges, Limoges

⁽³⁾ Anesthésie, CHU Limoges, Limoges

⁽⁴⁾ Hémovigilance, CHU Limoges, Limoges

Résumé :

Introduction :

L'hémorragie du post-partum (HPP) est la première cause de morbidité et de mortalité maternelles en France et dans le monde. La prescription de concentrés de fibrinogène dans cette indication s'est développée ces dernières années. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de cette prescription sur le coût d'hospitalisation des patientes. Les objectifs secondaires étaient l'évaluation du nombre de produits sanguins labiles (PSL) transfusés, de la durée d'hospitalisation, du taux d'hospitalisation en réanimation, d'hystérectomie et de décès.

Patients et méthodes :

Cette étude observationnelle rétrospective portait sur des patientes prises en charge entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2011 pour une HPP, ayant reçu des concentrés de fibrinogène ou non. Les coûts réels d'hospitalisation ont été traités selon une analyse microéconomique en lien avec les services financiers. Les données médicales ont été recueillies grâce à l'examen du dossier médical de chaque patiente.

Résultats :

Ont été inclus dans l'étude 201 cas d'HPP : 102 patientes constituant la cohorte "fibrinogène" et 99 la cohorte "sans fibrinogène". La moyenne d'âge entre les deux groupes n'était pas significativement différente. L'analyse économique a montré que le coût global d'hospitalisation était significativement supérieur dans le groupe "fibrinogène" (10 590 versus 5 252 euros, $p < 0,0001$). L'analyse des dossiers médicaux a révélé que le nombre moyen de PSL transfusés par patiente (7,04 versus 3,05, $p < 0,0001$) et le taux d'hospitalisation en réanimation (11,76 versus 3,03, $p = 0,037$) étaient significativement plus élevés dans le groupe "fibrinogène". Malgré une proportion de patientes ayant reçu au moins 4 culots globulaires, significativement supérieure dans le groupe "fibrinogène", attestant d'un état hémorragique plus grave, la durée d'hospitalisation, les taux d'hystérectomie et de décès n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes.

Conclusion :

Dans notre étude, la prescription de fibrinogène au cours d'une HPP a été à l'origine d'un surcoût pour l'hôpital et n'a pas engendré d'épargne transfusionnelle ni diminué le taux de passages en réanimation. Cependant malgré un état objectivé plus grave des patientes du groupe « fibrinogène », il n'a pas été observé de surcroît d'hystérectomies ni de décès. Les concentrés de fibrinogène ont probablement participé à l'obtention de ces résultats sur la morbi-mortalité, mais seule une étude prospective permettra de le démontrer.

Mots-clés :

Hémorragie de la délivrance, Fibrinogène, Coûts hospitaliers

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude comparative des surcoûts des essais cliniques au sein de Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) d'un centre de lutte contre le cancer et d'établissements publics de santé en France

Auteurs :

Chaigneau A.*, Demirdjian S., Lemare F., Pinel S.

Pharmacie clinique, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Résumé :

Introduction :

Les essais cliniques gérés par les PUIs génèrent des frais supplémentaires pour les promoteurs calculés sur la base d'une grille de surcoût (répertoire valorisé des actes pharmaceutiques). L'objectif de l'étude est d'estimer les surcoûts générés par les essais cliniques au sein d'une PUI pour des Centres de Lutte contre le Cancer (CLCC) et des établissements publics de santé (EPS) et de les comparer afin d'expliquer les différences de coûts, et de réfléchir aux modifications afin d'harmoniser les grilles.

Matériels et méthodes :

L'enquête réalisée au sein d'un CLCC et de deux EPSs a permis d'étudier les grilles de surcoût de chacun. Le CLCC utilise la grille des CLCC, les EPSs utilisent celle du LEEM. Les 3 établissements ont été contactés afin de répondre à un questionnaire permettant d'obtenir les statistiques relatives aux actes pharmaceutiques pour l'année 2013.

Résultats :

Quinze actes ont été analysés, 12 ont donné des résultats exploitables. Le CLCC gérait 300 essais, l'EPS n° 1 et l'EPS n° 2 géraient 375 et 275 essais respectivement. Les surcoûts totaux pour le CLCC sont estimés à 647 253 euros contre 400 730 euros pour l'EPS n° 1 et 300 482 euros pour l'EPS n° 2. Les actes dits « préparation spécifique » et « dispensation » génèrent majoritairement les surcoûts dans les 3 hôpitaux. Pour le CLCC, 346 850 euros ont été comptabilisés pour 6 937 préparations soit plus de 50 % de ces surcoûts totaux versus 30 % pour les EPSs (EPS n° 1 : 92 300 euros/1 846 préparations, EPS n° 2 : 82 950 euros/1 659 préparations). Les différences de coût unitaire mises en évidence pour certains actes n'expliquent pas la différence de surcoûts entre les 3 établissements. Aucune donnée concernant l'acte dit « destruction de traitements par carton » n'a été recueillie pour le CLCC, les EPSs ayant des résultats approximatifs suite à une définition non reproductible de l'acte. Il n'a donc pas été comptabilisé dans l'évaluation. Les actes dits "accusé réception des livraisons via l'IVRS/IWRS" et "ré-étiquetage" n'ont pas été chiffrés : aucun recueil harmonisé ne permet d'obtenir l'exhaustivité des données. Les essais à promoteurs non industriels, (CLCC : 20 %, EPSs : 40 %) engendrent une perte au niveau des surcoûts perçus par l'établissement.

Discussion :

Les surcoûts dépendent du type et du nombre d'actes pharmaceutiques pratiqués. Les écarts de coût unitaire entre les grilles n'expliquent pas la différence de surcoûts entre les établissements. Elle est liée à l'hétérogénéité des activités des établissements. Des points pourraient être améliorés pour tracer exhaustivement les actes pharmaceutiques.

Mots-clés :

Essais cliniques, Surcoût, Pharmacie à usage intérieur

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place de la facturation des traitements de l'hépatite C à l'Assurance Maladie : vers une meilleure prise en charge des patients en milieu pénitentiaire ?

Auteurs :

Quintard A.*, Terrail N.

Pharmacie Lapeyronie, Hôpital Lapeyronie - Arnaud de Villeneuve, CHRU Montpellier, Montpellier

Résumé :

Introduction :

Les détenus suivis à l'Unité Sanitaire (US) sont considérés comme non hospitalisés et bénéficient de l'ouverture des droits à l'Assurance Maladie (AM) pendant leur incarcération. Depuis 2012, les médicaments inscrits sur la liste de Rétrocession, notamment les traitements de l'hépatite C, sont dispensés aux patients de l'US par l'intermédiaire de la Pharmacie du CHRU et sont facturés directement à l'AM.

Matériels et méthodes :

Un recueil de données a été effectué sur les années 2013 et 2014 à l'aide d'un document de suivi annuel des dispensations : le nombre de détenus sous traitement, le nombre de traitements débutés à la prison, les stratégies thérapeutiques employées et le coût annuel des traitements ont été analysés.

Résultats :

En 2013, la totalité des détenus ont débuté leurs traitements pour l'hépatite C en prison (15 patients) et 9 sur 10 (90 %) en 2014 (1 poursuite de traitement débutée dans un autre centre pénitentiaire). A ce jour, 4 détenus ont pu bénéficier des nouvelles molécules, les antiviraux à action directe (AAD) : grâce à notre facturation à l'AM, le 1^{er} patient ayant commencé son traitement en mai 2014. Le budget consacré à ces médicaments a représenté 105 183 euros en 2013 et 255 468 euros en 2014 dont 198 052 euros pour les nouvelles molécules.

Discussion :

Les recommandations du rapport Dhumeaux soulignent que la mise en œuvre d'un traitement hépatite C pour les personnes incarcérées ou usagères de drogues doit être le plus précoce possible. En décembre 2014, dans l'attente de la publication d'une circulaire, un courrier du Directeur de la Direction Générale de l'Offre de Soins adressé aux Agences Régionales de Santé a précisé les modalités de remboursement aux établissements de santé des nouveaux traitements de l'hépatite C au bénéfice des patients en détention : toute prescription d'AAD sera remboursée pour les années 2014 et 2015. La prise en charge financière ne se fera donc pas sur les budgets des Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation et permettra une prise en charge des patients selon les indications thérapeutiques et non pas sur des considérations financières.

Conclusion :

Dans l'attente de la mise en œuvre de cette circulaire, cette activité de rétrocession à l'AM pour les personnes en détention est novatrice et la marge forfaitaire dégagée a permis ainsi le financement d'un poste d'assistant spécialiste permettant d'assurer une meilleure prise en charge des patients.

Mots-clés :

Hépatite C, Milieu pénitentiaire, Antiviraux à action directe

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les surcoûts pharmaceutiques hospitaliers des essais cliniques : une grande différence en fonction du type de promoteur. Exemple de 2 études

Auteurs :

Mutte FA. ^{*(1)}, Joyeux-Faure M. ⁽¹⁾, Foroni L. ⁽²⁾, Bedouch P. ⁽²⁾, Allenet B. ⁽²⁾

⁽¹⁾ Essais cliniques, CHU Grenoble, La Tronche

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Grenoble, Grenoble

Résumé :

Introduction :

Les surcoûts pharmaceutiques appliqués aux essais cliniques par les pharmacies à usage intérieur des centres hospitaliers sont très variables selon le type de promoteur. L'objectif est de comparer ces surcoûts entre essais cliniques de promotion institutionnelle et industrielle à travers l'exemple de deux études, dans un contexte d'augmentation très importante des essais cliniques à promotion institutionnelle.

Matériels et méthodes :

- Sélection de deux études clôturées, portant sur des médicaments expérimentaux en oncologie, et présentant un nombre important de postes de surcoûts : l'une de promotion industrielle, l'autre institutionnelle.
- Comparaison des surcoûts pharmaceutiques par simulation : impossible de comparer directement deux études réelles car les postes de surcoûts et le nombre de patients inclus seront différents.
 - Etude de promotion industrielle : simulation des surcoûts si promotion institutionnelle
 - Etude de promotion institutionnelle : simulation des surcoûts si promotion industrielle
- Calcul des surcoûts pharmaceutiques par utilisation des grilles validées par le LEEM en 2012 pour les essais cliniques de promotion industrielle, et par la DGOS en 2013 pour les essais cliniques de promotion institutionnelle.

Résultats :

- Essai clinique n° 1 : "vrai essai" de promotion industrielle (durée de 1 an et 5 mois, 4 patients inclus, 76 reconstitutions en milieu stérile, 28 dispensations).

- Surcoûts appliqués selon la grille LEEM 2012 : 6 014 €.

- Simulation des surcoûts si promotion institutionnelle (grille DGOS 2013) : 1 270 €.

La différence observée serait de - 79 % si l'essai avait été de promotion institutionnelle.

- Essai clinique n° 2 : "vrai essai" de promotion institutionnelle (durée de 2 ans et 7 mois, 2 patients inclus, 40 reconstitutions en milieu stérile, 70 dispensations). Surcoûts appliqués selon la grille DGOS 2013 : 1 250 €. Simulation des surcoûts si promotion industrielle (grille LEEM 2012) : 5 140 €. La différence observée serait de + 411 % si l'essai avait été de promotion industrielle.

Discussion :

Pour les deux essais cliniques présentés, on constate que la différence dans les surcoûts appliqués entre promotion institutionnelle et industrielle est très importante et environ d'un facteur 4. Cette différence peut être très variable en fonction des prestations facturées.

Mots-clés :

Pharmacie d'hôpital, Essai clinique, Médicaments pour essais cliniques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de la prescription du voriconazole dans un centre national de greffe de moelle osseuse

Auteurs :

Ben Tkhayat H.*

Pharmacie, Centre nationale de greffe de moelle osseuse, Tunis, Tunisie

Résumé :

Introduction :

Les infections fongiques invasives sont associées à un haut risque de morbidité et de mortalité, particulièrement chez les patients en oncohématologie. L'aspergillose invasive est l'une des majeures infections fongiques rencontrées chez les neutropéniques. Son traitement de référence est le voriconazole. L'objectif de cette étude était d'évaluer la conformité des prescriptions de voriconazole en regard des protocoles internes d'un Centre National de Greffe de Moelle osseuse.

Matériels et méthodes :

Les critères d'évaluation étaient : choix de la voie d'administration, respect de la posologie et de la dose de charge et le passage à la voie orale. Cette étude rétrospective a porté sur la totalité des prescriptions de l'ensemble des services au cours de l'année 2013.

Résultats :

36 patients ont reçu un traitement par le voriconazole. Parmi eux, 66,66 % ont été admis pour une allogreffe, 22,22 % pour une cure de consolidation et 11,11 % pour une autogreffe. Le voriconazole était indiqué à titre préventif dans 81,25 % et à titre curatif dans 18,75 %. En prophylaxie, le traitement était initié par la forme orale dans 69,23 % des cas. Il 'sen suit un passage à la forme injectable dès l'apparition de mucite avec une durée moyenne de 15 jours et un maximum qui atteint 119 jours. Il n'y avait pas de retour à la voie orale du voriconazole chez 54 % des patients qui avaient un traitement par voie orale qui interfère avec la période de traitement par le voriconazole injectable. Le retour à la voie orale était fait dans 16,21 % des cas. La dose de charge était respectée dans 40,5 % des cas et les posologies étaient conformes aux recommandations dans 59,45 % des cas.

Discussion :

Dans certaines situations, nous avons observé l'absence de doses de charge, des posologies qui ne répondent pas aux recommandations et une prescription non justifiée de la voie injectable malgré une biodisponibilité de la voie orale presque complète.

Conclusion :

Une meilleure implication du pharmacien et une sensibilisation plus importante sont nécessaires car la différence de coût est importante entre le comprimé de voriconazole 200 mg et le voriconazole 200 mg injectable qui est quatre fois plus cher.

Mots-clés :

Infectiologie, Thérapeutique, Pharmaco-économie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Quel inhibiteur de la pompe à protons dans l'hémorragie digestive ?

Auteurs :

Delabre J.*, Schiettecatte S., Le Joubiou P., Real L.

Pharmacie, CH Cambrai, Cambrai

Résumé :

Introduction :

L'hémorragie digestive haute représente un problème de santé publique important tant sur le plan clinique qu'économique. Les Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) par voie intraveineuse (IV) sont utilisés dans cette indication. L'ésooméprazole et le pantoprazole injectables sont les IPP référencés dans notre centre hospitalier et l'objectif de cette étude est d'évaluer si la suppression de l'ésooméprazole IV de notre livret thérapeutique est envisageable.

Matériels et méthodes :

Une revue de la littérature sur le traitement par IPP injectable des hémorragies digestives a été réalisée ainsi qu'une analyse de coût.

Résultats :

L'ésooméprazole IV n'existant pas en Amérique du Nord, des études récentes ont été publiées sur l'utilisation du pantoprazole IV dans les hémorragies digestives mais l'ésooméprazole 40 mg injectable est le seul IPP à avoir l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en France dans cette indication. Les études françaises et nord-américaines sont donc nombreuses et ne montrent pas de supériorité de l'ésooméprazole par rapport aux autres IPP. Les sociétés savantes de gastro-entérologie évoquent généralement l'utilisation d'IPP IV dans cette indication sans mentionner une molécule en particulier. Quel que soit l'IPP, le schéma thérapeutique recommandé consiste en un bolus de 80 mg puis une perfusion de 8 mg/h pendant 72 heures suivi d'un relais per os de 40 mg 2 fois par jour. L'ésooméprazole et le pantoprazole ont un profil d'efficacité et de tolérance similaire mais aucune étude n'a comparé ces deux IPP dans cette indication. En termes de coût à la posologie recommandée, l'ésooméprazole présente un coût 6 fois supérieur au pantoprazole. L'éviction de l'ésooméprazole IV de notre livret thérapeutique au profit du pantoprazole représenterait une économie pour l'établissement de 25 000 euros par an.

Discussion :

Cette évaluation a été présentée en COMEDIMS. Elle pose une fois de plus la question du respect de l'AMM au sein des centres hospitaliers lorsque les données bibliographiques sont nombreuses et solides laissant entrevoir une alternative efficace, moins coûteuse et à priori sans risque supplémentaire pour le patient. Après discussion avec les médecins, le retrait de l'ésooméprazole IV du livret thérapeutique a été décidé afin de diminuer les coûts et le nombre de molécules référencées dans l'établissement.

Mots-clés :

Pantoprazole, Hémorragie digestive, Inhibiteur de la pompe à protons

Références :

[1] G. Lesur et al. Gastroenterol Clin Biol, 29 : 137-139 (2005)

[2] K. Gauthier. Pharmactuel, 39 (1) : 15-20 (2006)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Fentanyl par voie nasale : flacons monodose ou multidoses ?

Auteurs :

Gosse N.*, Gaillard MA., Marie-Daragon A., Courne de A.

Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges

Résumé :

Introduction :

A l'hôpital, le fentanyl administré par voie nasale peut se présenter sous forme unidose ou multidose. Nous avons souhaité évaluer le coût des doses non administrées lors de l'utilisation de flacons multidoses et comparer la praticité de ces deux présentations.

Matériels et méthodes :

Une étude prospective a été réalisée sur une période de deux mois en 2014. A chaque retour à la pharmacie de flacons de fentanyl multidoses, le nombre de doses restantes dans le flacon a été recensé et nous avons comparé le coût du traitement hors taxe (HT) par fentanyl en flacon multidoses au coût HT qu'aurait représenté un traitement par flacons unidoses. Les aspects pratiques de ces présentations ont été évalués par les infirmières grâce à un questionnaire.

Résultats :

52 patients ont été inclus dans cette étude. Au total, 94 flacons de fentanyl multidoses soit 752 doses tous dosages confondus ont été dispensées. Sur ces 752 doses, 394 ont été retournées à la pharmacie soit 52,4 %. Le coût total de ces traitements par fentanyl inhalé en flacon multidoses s'élève à 440 € HT avec une perte de près de 230 € HT due aux doses non administrées. A cette perte s'ajoute le coût de destruction du stupéfiant retourné ainsi que la lourdeur de comptabilité. Avec la présentation unidose, le coût total pour ces patients aurait été de 894 € HT ce qui représente un surcoût de 454 € HT (+ 50 %) soit en moyenne, 8,75 € par patient. La présentation unidose apparaît plus pratique pour la quasi-totalité du personnel avec une facilité de stockage dans le coffre de stupéfiants du service et pas de problème d'amorçage du flacon et donc pas de risque de perte ou de surconsommation de produit. Un réel risque de mésusage existe avec la présentation multidose car après ouverture, les flacons sont presque toujours laissés aux patients. Cependant, le flacon multidose étudié présente le grand avantage de pouvoir être utilisé chez les patients en décubitus.

Discussion :

Le coût de la dose d'un flacon multidose est largement inférieur à celui de la présentation unidose. Même si le patient ne consomme que la moitié d'un flacon, le coût reste inférieur pour la présentation multidose. Malgré un réel surcoût, la présentation unidose paraît cependant plus adaptée à l'usage hospitalier. Un surcoût annuel en produit pharmaceutique estimé à 2 730 € semble faible par rapport au gain en terme de sécurité.

Mots-clés :

Fentanyl, Administration par inhalation, Coûts et analyse des coûts

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation pharmaco-économique des reprises de médicaments rétrocédables, médicaments sous Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) et médicaments périmés au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU)

Auteurs :

Arnaud A.*⁽¹⁾, Ferrand AL.⁽¹⁾, Eyvrard F.⁽²⁾, Darras A.⁽³⁾, Durand MC.⁽³⁾, Tourel J.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie approvisionnement-gestion médicaments, CHU Toulouse - Logipharma, Toulouse

⁽²⁾ Pharmacie Rétrocessions/ATU/Essais cliniques, CHU Toulouse - Hôpital Paule de Viguié, Toulouse

⁽³⁾ Direction des achats - secteur médicaments, CHU Toulouse - Hôtel Dieu, Toulouse

Résumé :

Introduction :

Lors de l'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux d'un médicament rétrocédable ou lors de l'octroi de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour un médicament sous ATU, la consommation hospitalière de ces produits sensibles n'est plus possible. Les stocks restants représentent une perte financière, tout comme les médicaments arrivants à péremption. Plus de la moitié des dépenses médicales de notre CHU est attribuée aux médicaments (133M €). Notre travail vise à augmenter le taux de reprise par les laboratoires des médicaments sensibles et des médicaments périmés, en s'inscrivant dans le programme "Performance Hospitalière pour des Achats Responsables" (PHARE) dont l'un des objectifs est de réaliser des gains économiques.

Matériels et méthodes :

Une lecture des publications quotidiennes au Journal Officiel permet d'informer l'équipe pharmaceutique sur les décisions d'octroi d'AMM et d'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux. Le bilan des stocks des médicaments périmés ainsi que l'analyse de leurs consommations sont trimestriels. Pour les spécialités dont la valeur du stock est supérieure à 100 €, l'interne ou le pharmacien contacte ensuite le laboratoire afin de négocier une reprise sous forme d'un avoir, d'un échange des périmés ou d'une reprise à péremption. Un outil informatique de suivi des reprises a été créé.

Résultats :

En 2014, plus de 2/3 des médicaments sensibles et des médicaments périmés ont été repris soit un montant total de 145 000 €. Les reprises concernent 64 % de médicaments rétrocédables (4 références), 26 % de médicaments périmés (16 références) et 10 % de médicaments sous ATU (3 références). Sur 33 laboratoires sollicités, 17 d'entre eux ont acceptés de procéder à une reprise. Les laboratoires ont refusé la reprise de 32 références, soit un montant total de 45 000 €. La demande de reprise n'a pas été faite pour 21 références (600 € au total), leur valeur de stock étant inférieure à 100 €.

Discussion :

Les médicaments rétrocédables passant en ville représentent la majorité du montant des reprises avec seulement quelques références. Une veille réglementaire permet d'anticiper les reprises pour les médicaments ATU et les médicaments rétrocédables. Une adaptation et une vigilance régulière des stocks de ces produits sont nécessaires afin d'éviter un surstockage. Dans le cas des médicaments périmés, une étude des consommations, des paramétrages d'approvisionnement et d'un éventuel déréférencement de ces spécialités peuvent être des solutions d'optimisation.

Mots-clés :

Economie, Négociation, Stockage médicamenteux

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse pharmaco-économique de minimisation des coûts pour un set d'anesthésie péridurale

Auteurs :

Thérin J.*, Devos M., Kalimoutou S., Rémy E.

Pharmacie, CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil, Cléon

Résumé :

Introduction :

L'acte d'anesthésie péridurale nécessite plusieurs dispositifs médicaux (DM). Actuellement, un kit, des DM pris en satellites et une fabrication de plateaux par la stérilisation contenant des compresses et cupules sont utilisés. Cette pratique soulève plusieurs problématiques : perte de temps, divers lieux d'approvisionnement (pharmacie, stérilisation), insatisfaction du service à l'utilisation. Une analyse de minimisation des coûts est réalisée pour répondre à ces problématiques.

Matériels et méthodes :

Pour effectuer cette étude, l'ensemble des coûts engagés et évités sur un an d'utilisation sont comparés pour 4 compositions différentes à celle actuellement utilisée. Un questionnaire d'évaluation a également été rempli par les anesthésistes pour redéfinir la composition.

Résultats :

L'établissement utilise en moyenne 2 000 kits par an. Le kit en place servant de référence de comparaison comporte 28 éléments différents : un kit industriel (4 éléments) de 8,31 euros (€), une production de la stérilisation (9 éléments) de 4,60 € et 15 satellites de 4,21 € pris dans le service, le tout pour un total à l'année de 34 240 € toutes taxes comprises (TTC). Le deuxième et le troisième kit, identique au premier à l'exception du champ, coûtent respectivement 30 500 et 37 980 € TTC par an. Leur coût d'élimination est respectivement de 306,80 € (référence) ; 297,00 € et 292,20 € TTC. Malgré le coût moindre de ces 2 derniers, le champ n'est toujours pas satisfaisant. Le quatrième standardisé contient 27 éléments pour un coût de 59 800 € TTC par an avec un coût d'élimination 276,60 € TTC. En dépit d'un champ satisfaisant, celui-ci n'est pas retenu pour son prix et ses nombreux composants non utilisés. La coopération entre utilisateurs, fournisseur et pharmacien a abouti à un kit optimisé fait sur mesure avec un coût 3,5 fois moins élevé (9 800 € TTC) à l'achat et une élimination à 194,80 € par an. Pour ce dernier, les coûts évités sont de 8 360 € TTC pour la main d'œuvre de stérilisation et de 290,82 € TTC de temps Infirmière Anesthésiste (IADE) du fait d'un regroupement des DM soit un gain de 4,1 jours par an.

Discussion :

La collaboration entre les différents partis a conduit à la stratégie la moins onéreuse tout en perfectionnant la composition pour répondre aux plus justes et nécessaires besoins de l'utilisateur. De plus, le gain de temps réalisé par la stérilisation permet de se déployer sur d'autres activités telles que la reconstitution des plateaux opératoires.

Mots-clés :

Pharmaco-économie, Stérilisation, Composition

Références :

[1] Approche pharmaco-économique : évaluation pharmaco-médico-économique de stratégies thérapeutiques : éléments de méthodologie Marie-Christine Woronoff-Lemsi*, Samuel Limat*, Marie-Caroline Husson** et la participation du comité de rédaction * Service Pharmacie - CHU [2] Besançon - Bld Fleming, Besançon ** CNHIM - 7 rue du Fer-à-Moulin - 75005 Paris

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Anticipation des chimiothérapies dans une unité de reconstitution des chimiothérapies : intérêt économique et analyse de minimisation des coûts

Auteurs :

Faye K.*⁽¹⁾, Menard ML.⁽²⁾, Meunier F.⁽¹⁾, Torner-Aupecle P.⁽¹⁾, Clement I.⁽¹⁾, Verry A.⁽¹⁾, Pool PPH URC (Beaudot-Godignon-Lapie-Le Gourrierc-Van Meerveld)

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Gaston Ramon, Sens

⁽²⁾ Hôpital de jour adulte, CH Gaston Ramon, Sens

Résumé :

Introduction :

L'anticipation de la préparation des chimiothérapies a un intérêt organisationnel : elle permet de lisser l'activité, d'optimiser les ressources en personnel et elle participe à une meilleure mise à disposition des préparations pour le patient. Nous avons appliqué cette organisation pour les demandes récurrentes de l'après midi (AM) en travaillant sur les molécules non onéreuses et stables. Depuis octobre 2013, les prescripteurs anticipent les OK chimios de l'AM ce qui permet une anticipation de ces préparations le matin même. Le but de notre étude est d'objectiver l'intérêt économique qu'apporte cette première étape d'anticipation en réalisant une étude de minimisation des coûts.

Matériels et méthodes :

L'étude a consisté en un recueil prospectif durant 16 mois des anticipations de préparation ayant permis d'éviter de produire en URC les AM. Nous nous sommes placés du point de vue financier de l'établissement. Nous avons détaillé les coûts de production évités : temps de production en URC (coût horaire d'un préparateur en pharmacie (PPH) - 4^{ème} échelon) et coût de l'habillage pour les 2 PPH. Nous avons également pris en compte le risque de gaspillage engendré par l'anticipation.

Résultats :

71 AM de production ont été supprimées grâce à l'anticipation de 119 préparations (soit 2 % de la production totale). Cependant 152 AM ont été maintenues pour produire 388 préparations. En terme de coût évité ; 1 447,20 euros brut ont été évité pour les 108 heures de travail PPH et 569,13 euros TTC ont été évité pour l'habillage en URC. En terme de gaspillage engendré, 2 préparations anticipées n'ont pas été administrées soit un total en médicament anticancéreux s'élevant à 78,61 euros TTC. La préparation anticipée de molécules non onéreuses a permis de diminuer les coûts de production de 1 937,72 euros sur une période de 16 mois.

Discussion :

L'organisation en anticipation génère une économie : négligeable au regard du prix élevé de certaines thérapeutiques anticancéreuses, mais intéressante en temps de production évité pour les PPH. Une marge de progression reste encore possible : 68 % des demandes de l'AM ne sont pas anticipées et nécessite une production l'AM. D'autres pistes sont à explorer, notamment l'anticipation d'une molécule onéreuse stable et éligible à la standardisation de dose « le Bortézomib ». Cette démarche s'inscrit pleinement dans l'objectif d'efficience organisationnelle et d'optimisation des ressources. La synchronisation des temps professionnels peut être un véritable levier pour améliorer la qualité du parcours patient.

Mots-clés :

Coût, Pharmaco-économie, Maîtrise des coûts

Références :

[1] Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé. Démarche méthodologique. ANAP juillet 2014

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sofosbuvir et hépatite C : analyse médico-économique

Auteurs :

Delzor F.*⁽¹⁾, Mazon M.⁽¹⁾, Gaillard MA.⁽¹⁾, Loustaud-Ratti V.⁽²⁾, Weinbreck P.⁽³⁾, Marie-Daragon A.⁽¹⁾, Cournede A.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Limoges, Limoges

⁽²⁾ Hépatogastroentérologie, CHU Limoges, Limoges

⁽³⁾ Maladies infectieuses, CHU Limoges, Limoges

Résumé :

Introduction :

Le sofosbuvir est un inhibiteur de l'ARN polymérase du virus de l'hépatite C (VHC) ayant obtenu une Autorisation de Mise sur le Marché en janvier 2014. Avec son coût unitaire exorbitant et sa grande efficacité en association à d'autres antiviraux, ce médicament a créé une révolution dans la prise en charge de l'hépatite C chronique.

Patients et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective sur les patients ayant débuté un traitement par sofosbuvir entre janvier et novembre 2014. Les informations proviennent des dossiers patients informatiques des services d'hépatogastroentérologie et de maladies infectieuses.

Résultats :

L'étude a concerné 79 patients au total. Parmi les 34 patients traités durant 12 semaines, 79 % ont présenté une Polymerase Chain Reaction (PCR) indétectable à l'issu du traitement, guéris en majorité par sofosbuvir + siméprévir (7 patients sur 12 ont négativé) ou par sofosbuvir + ribavirine + pegINF (totalité des 7 patients négativés). La réponse virale perdue en post-traitement à 1 mois (26 %), 3 mois (37 %) et 6 mois (55 %). L'association sofosbuvir + ribavirine + pegINF semble donner les résultats les plus durables avec 6 patients à PCR négative dès 8 semaines et après arrêt du traitement. Parmi les 45 patients traités pendant 24 semaines (dont 2 durant 20 semaines), 36 soit 80 % ont eu une réponse virologique satisfaisante avant la fin du traitement, dont 13 patients sur 16 (81 %) sous sofosbuvir + daclatasvir, 9 patients sur 13 sous sofosbuvir + ribavirine (69 %) et la totalité des 6 patients sous sofosbuvir + daclatasvir + ribavirine. 30 % des patients traités par une de ces trois associations antivirales ont une PCR toujours négative à 3 mois post traitement. Les coûts moyens mensuels sur cette période sont les suivants : sofosbuvir + ribavirine (18 929 €), sofosbuvir + ribavirine + interféron pegylé (19 568 €), sofosbuvir + siméprévir (30 333 €), sofosbuvir + siméprévir + ribavirine (30 596 €), sofosbuvir + daclatasvir (32 131 €) et sofosbuvir + daclatasvir + ribavirine (32 393 €). Les 63 patients à PCR indétectable en fin de traitement représentent un coût de 8 170 428 € dont 5 525 328 € pour le sofosbuvir seul, sur une dépense totale d'environ 10 120 723 € pour 79 patients.

Conclusion :

Avec un recul de quelques mois, les thérapeutiques antiVHC incluant le sofosbuvir semblent donner de très bons résultats, durables, qui permettent d'espérer une éradication prochaine. Toutefois, la prise en charge financière de l'hépatite C pose un réel problème pour lequel est prévue la mise en place d'un « taux K » visant à prémunir l'Assurance maladie d'une augmentation trop importante des dépenses médicamenteuses.

Mots-clés :

Hépatite C chronique, Coûts des traitements, Association médicamenteuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Conditionnement unitaire, un critère de choix onéreux dans un appel d'offre régional ?

Auteurs :

Thorel M.*, Herlin C., Schmit B.

Pharmacie, CH Beauvais, Beauvais

Résumé :

Introduction :

L'arrêté Retex (06.04.2011) exige l'identification des médicaments jusqu'à l'administration afin d'assurer la sécurisation du circuit du médicament. Dans le cadre de l'appel d'offres (AO) des spécialités pharmaceutiques d'un groupement régional (GR), l'existence d'un conditionnement unitaire (CU) était un critère de choix majeur dans la notation technique. L'objectif de notre étude est de déterminer l'impact économique du CU à l'échelle du GR au regard d'une présentation à sur-étiqueter et les répercussions sur notre établissement.

Matériels et méthodes :

Une base de données a été réalisée sur fichier Excel® à partir du logiciel d'achat Epicure. Les lots attribués concernant les formes orales sèches (comprimés/gélules) ont été étudiés selon plusieurs critères : présentation unitaire ou non, prix. Ont été évalués : 1/ Le surcoût a priori du CU pour les quantités estimatives annuelles du GR. L'écart de prix a été comparé au coût qu'aurait engendré le sur-étiquetage (SE) d'un conditionnement non unitaire (CNU). Ce dernier a été calculé à 0,047 € par unité dans une étude préalable intégrant les coûts matériels et salariaux. 2/ L'impact de l'attribution des lots en CU pour notre établissement sur la base de nos consommations annuelles.

Résultats :

En réponse à notre AO, 350 lots de formes sèches ont été attribués. Seulement 178 lots (49 %) présentaient un CU dont 108 (61 %) mettaient en concurrence des propositions de CU et CNU. Pour 50 de ces lots, le CU avait un surcoût par rapport au CNU (180 023 € pour 7 906 591 unités). En considérant le coût du SE qu'un CNU aurait impliqué (371 609 €) nous réalisons près de 192 000 € d'économie sur le groupement pour ces lots. En pratique au sein de notre établissement, ces 350 lots permettent le référencement de 427 produits, pour une quantité annuelle estimée de 2 991 802 comprimés/gélules. Par rapport à l'appel d'offres antérieur, on note une évolution de 56,7 % à 61,4 % en nombre de références unitaires soit de 86,8 % à 88,9 % en nombre de gélules/comprimés. En conséquent, le coût imputé au sur-étiquetage diminuera de 25 %.

Discussion :

Suite à l'AO, la proportion du CU est en faible hausse. Le CU assurant une sécurisation de la délivrance et de l'administration reste majoritaire au sein de notre établissement. Ce bénéfice technique se réalise sans perte économique et permet un gain de temps personnel et d'organisation. Néanmoins, des progrès restent à faire pour optimiser nos achats et nos pratiques : trop de CNU sont encore proposés par les laboratoires. Le coût du CU ne peut être supporté à n'importe quel prix par nos établissements.

Mots-clés :

Conditionnement unitaire, Surcoût, Sur-étiquetage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Utilisation du microcosting pour estimer l'impact économique d'une innovation

Auteurs :

Prévost N.*⁽¹⁾, Roussel A.⁽¹⁾, Lande G.⁽²⁾, Grimandi G.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie centrale, CHU Nantes, Nantes

⁽²⁾ Service de rythmologie, CHU Nantes, Nantes

Résumé :

Introduction :

Le microcosting est une méthode d'évaluation permettant d'obtenir une estimation précise des coûts liés aux produits de santé lors d'un séjour hospitalier. Elle est reconnue pour être adaptée à l'évaluation de nouvelles techniques notamment celles destinées à un acte interventionnel ou chirurgical. Dans la pratique, elle est principalement utilisée pour comparer deux stratégies différentes. L'évolution majeure des techniques mises à disposition dans de nombreuses spécialités a été accompagnée par une élévation non négligeable des coûts ce qui a modifié la définition des stratégies par les établissements de santé. L'objectif de cette étude est de présenter une méthode d'estimation par microcosting de la potentielle rentabilité d'une innovation en la comparant aux données sur lesquelles est basée la valorisation des séjours hospitaliers, en l'illustrant par un exemple.

Matériels et méthodes :

Cette étude prospective a inclus les onze premiers patients pour lesquels un acte d'ablation de fibrillation auriculaire à l'aide d'un cathéter d'électrophysiologie innovant a été réalisé. La méthodologie retenue est celle de l'Etude Nationale de Coûts (ENC) modifiée. Le référentiel utilisé est l'ENC MCO 2012, le plus récent disponible lors de la réalisation de l'étude. Trois coûts ont été déterminés par microcosting : ceux des dispositifs médicaux (DM), des spécialités pharmaceutiques et du personnel anesthésique. Les Groupements Homogènes de Malades (GHM) auxquels ont été rattachés les épisodes concernés ont été obtenu grâce au Service d'Information Médicale (SIM) de l'établissement. Les coûts variables ont été substitués et comparés aux coûts moyens correspondants à ces GHM issus de l'ENC MCO 2012 afin d'obtenir un coût d'hospitalisation théorique. Les rentabilités par épisode et totale ont été ensuite calculées en comparant ces coûts aux recettes réelles fournies par le SIM.

Résultats :

Dans l'exemple étudié, les rentabilités totale et par acte ont été estimées respectivement à - 9 746 € et - 886 €. Les DM utilisés entraînent en moyenne un surcoût de 1 973 € par procédure par rapport aux données de l'ENC 2012. Au contraire, les valorisations des coûts liés aux spécialités pharmaceutiques et à l'anesthésie sont inférieures aux mêmes données.

Discussion :

Cette méthode est une méthode rapide permettant d'objectiver l'adéquation ou non des ressources allouées pour l'introduction d'une innovation avec la valorisation des coûts moyens du ou des GHM concerné(s). Elle a pour objectif de s'inscrire dans la réflexion stratégique mise en place au sein de l'établissement pour valider le développement des nouvelles techniques.

Mots-clés :

Dépenses de santé, Coûts hospitaliers, Coûts des produits pharmaceutiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Trastuzumab sous-cutanée : état des lieux quatre mois après le référencement

Auteurs :

Robert L.*⁽¹⁾, Badibouidi F.⁽²⁾, Vaissie A.⁽²⁾, Toublé FX.⁽²⁾, Verbrigghe C.⁽²⁾, Morice S.⁽²⁾, Pitre C.⁽²⁾

⁽¹⁾ Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise, Creil

⁽²⁾ Pharmacie, Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise, Creil

Résumé :

Introduction :

Le trastuzumab (TRT) est disponible depuis 2001, sous la forme d'un lyophilisat pour solution injectable à administrer par voie intraveineuse (IV) à la dose ajustée au poids. En septembre 2014, une nouvelle présentation prête à l'emploi est disponible dont l'administration se fait par voie sous-cutanée (SC) à la dose fixe de 600 mg et indiquée seulement dans le cancer du sein. L'objectif de ce travail prospectif est d'évaluer l'impact de son référencement sur l'ensemble du parcours du patient, les gains potentiels et son acceptabilité 4 mois après son utilisation au sein de notre établissement.

Patients et méthodes :

Notre travail a été réalisé de septembre à décembre 2014. L'évaluation auprès des patientes a porté sur l'acceptabilité de la voie SC et sur la durée de la cure. En parallèle les équipes de soins ont été interrogées sur la tolérance des patientes et sur l'impact organisationnel de la voie SC. Enfin l'évaluation dans l'unité de préparation des anticancéreux (UPA) a porté sur la préparation, le stockage et la comparaison des coûts annuels de la voie IV vs SC et une étude économique a été réalisée.

Résultats :

Sur les 4 mois, 24 patientes ont été traitées par le TRT SC dont 2 nouvelles patientes et 22 ayant connues le passage de la forme IV à la forme SC. Parmi ces 22 patientes, 19 trouvent la voie SC plus pratique et confortable, 1 patiente juge les 2 voies équivalentes, 1 n'a pas toléré la voie SC et 1 a sollicité un site d'injection autre que la cuisse (comme préconisé par le RCP). Sur le plan de la tolérance, des rougeurs au point d'injection ont été décrites par les infirmières. Par ailleurs, les équipes de soins jugent la voie SC rapide (2-5 min vs 30-90 min en IV) et pratique (confort d'administration, réduction du risque iatrogène, prescription simplifiée, optimisation du fonctionnement de l'hôpital de jour). L'équipe de l'UPA rapporte un gain de temps de préparation (SC : $2,6 \pm 0,8$ min vs IV : $7,3 \pm 2,4$ min), un gain de place dans le stockage et moins de consommables pour la préparation. En 2013 et dans les indications communes de la voie SC, 43 patientes (poids : 69 ± 16 kg) ont été traitées par le TRT IV (dose : 421 ± 96 mg soit 3 flacons). Le coût annuel a été de 751 500 €. Ce coût en absence de générique et pour la forme SC aurait été de 688 877 €, soit une économie annuelle de 62 623 €.

Conclusion :

En l'absence du générique, la voie SC apparaît plus avantageuse. Cependant elle présente quelques limites : le site d'injection, l'indication non ouverte à l'estomac, le risque de confusion avec la voie IV.

Mots-clés :

Voie sous-cutanée, Trastuzumab, Pharmaco-économie

Références :

[1] Ismael G, Hegg R, Muehlbauer S, et al. Subcutaneous versus intravenous administration of (neo)adjuvant trastuzumab in patients with HER2-positive, clinical stage I-III breast cancer (HannaH study): a phase 3, open-label, multicentre, randomised trial. *Lancet Oncol.* 2012 ; 13 : 869-78

[2] Wynne C, Vernon H, Schwabe C, et al. Comparison of Subcutaneous and Intravenous Administration of Trastuzumab : A Phase I/II Trial in Healthy Male Volunteers and Patients With HER2-Positive Breast Cancer. *J Clin Pharmacol.* 2012 ; 53 : 192-201

[3] Pivot X, Gligorov J, Müller V et al: Preference for subcutaneous or intravenous administration of trastuzumab in patients with HER2-positive early breast cancer (PrefHer) : an open-label randomised study. *Lancet Oncol.* 2013 ; 14 (10) : 962

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Préparation et contrôles

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 216

Titre :

Evaluation pratique du personnel d'une unité de reconstitution de chimiothérapie

Auteurs :

Pagani M.*, Bertucat H., Rull-Espagnol F., Tavernier J.

Pharmacie, CH Jacques Lacarin, Vichy

Résumé :

Introduction :

La préparation des médicaments stériles impose des exigences particulières, notamment la formation et l'évaluation régulière du personnel impliqué. Dans notre établissement, la réévaluation théorique et pratique du personnel travaillant à l'unité de reconstitution des cytotoxiques (URC) est programmée annuellement. Cette année, la mise en place d'un nouvel isolateur a imposé une évaluation plus spécifique des pratiques de préparation de notre équipe pharmaceutique.

Matériels et méthodes :

Trois types de contrôle sont réalisés sous isolateur en surpression, en situation réelle : un contrôle microbiologique (test de remplissage aseptique - Klerkit®, mis en culture 7 jours à 25°C puis 7 jours à 32°C), validant le procédé de préparation aseptique ; un contrôle de contamination environnementale (test à la fluorescéine - kit Fluotest®), validant les pratiques de manipulation ; un contrôle analytique (dosages qualitatif et quantitatif en agent anticancéreux - spectromètre UV/VIS-IR Multispec®), validant la conformité des produits finis.

Résultats :

Six préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH), deux pharmaciens et un interne ont été évalués sur les contrôles microbiologiques et environnementaux. Pour des raisons financières, les contrôles analytiques ont été limités aux 2 PPH référents URC. Sur 9 contrôles microbiologiques : 100 % de conformité, toutes les cultures bactérienne et fongique sont négatives. Sur 42 contrôles environnementaux : 100 % de conformité, aucune contamination environnementale (gants, paillasse, flacons et poches) n'est détectée. Néanmoins, une présence de traces sur les embouts des dispositifs de transfert (tubulures, Spike® et Spiros®) est révélée. Sur 20 contrôles analytiques : 100 % de conformité qualitative et 95 % de conformité quantitative (surdosage supérieur à 10 % d'une poche de cyclophosphamide).

Discussion :

Cette évaluation pratique de notre équipe est très satisfaisante, révélant une formation aux pratiques de préparation ainsi qu'un système d'assurance qualité à jour. Ce travail a abouti à la révision de nos procédures de travail (notamment sur la technique d'essuyage des dispositifs médicaux de transfert), à la mise en place d'un planning d'anticipation pour la reconstitution des flacons de cyclophosphamide (source de la non-conformité quantitative), à la validation de notre process de fabrication en milieu aseptique ainsi qu'à la qualification des 2 PPH référents URC de notre équipe pharmaceutique.

Mots-clés :

Préparation, Chimiothérapie, Evaluation

Références :

[1] M. Fourtage, V. Graff, F. Couturier. Evaluation et validation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH) travaillant en Unité de Préparation des Cytotoxiques (UPC). Conférence GERPAC, 3, 4 et 5 octobre 2012, Presqu'île de Ponant, La Grande Motte

[2] M.Desoil, A. Fouéré, MA. Lester, L. Javaudin. Validation des manipulateurs : mise en place d'un test de remplissage aseptique couplé à la fluorescéine dans une unité de reconstitution des cytotoxiques. Congrès SFPO, 13 et 14 octobre 2011, Mandelieu

[3] E. Faye, R. Chevrier, A. Leger, P. Broussard, M. Doly. Contrôle analytique en postproduction des préparations de chimiothérapie au Centre Jean Perrin. Conférence GERPAC, 1, 2 et 3 octobre 2008, Presqu'île de Giens

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude de la stabilité du 99mTc-VASCULOCIS® en seringue

Auteurs :

Maulois-Auboin A.*, Madar O., Blondeel S., Fouque J., Lokiec F.

Radiopharmacologie, Centre René Huguenin, Saint-Cloud

Résumé :

Introduction :

Le VASCULOCIS® est une trousse pour la préparation d'albumine humaine technétée (AH-99mTc), utilisé dans les scintigraphies cardiaques afin d'évaluer la cardiotoxicité des anticancéreux. La stabilité est garantie dans le flacon d'origine pendant 8h à température ambiante pour des activités de pertechnétate de sodium comprises entre 90 et 2 200 MBq et dans un volume de 1 à 8 ml. Dans cette étude, l'objectif est de contrôler la stabilité en seringue de polypropylène de plusieurs activités d'AH-99mTc.

Matériels et méthodes :

Deux contrôles sont effectués sur l'AH-99mTc : le pH (compris entre 2,0 et 6,5) mesuré par papier pH et la pureté radiochimique (PRC) > à 95 %, déterminée par radiochromatographie en chromatographie sur couche mince dans l'acétone. Le pH et la PRC de 21 préparations (contenant 0,5 mL d'AH-99mTc et 0,5 mL de NaCl 0,9 %) d'activités variant de 2 200 à 3 400 MBq sont mesurés toutes les heures pendant 5 heures, 3 jours consécutifs. Les résultats sont testés statistiquement (Test Student (n = 21) ; $\alpha = 5\%$).

Résultats :

Les valeurs de pH moyens sont : pHmoyT0 = 4,86 ; pHmoy1heure = 5,14 ; pHmoy2heure = 5 ; pHmoy3heure = 4,79 ; pHmoy4heure = 5,29 ; pHmoy5heure = 4,71. Les PRC moyennes sont calculées : PRCmoyTo = 97,38 % ; PRCmoy1heure = 96,79 % ; PRCmoy2heure = 96,76 % ; PRCmoy3heure = 96,20 % ; PRCmoy4heure = 96,25 % ; PRCmoy5heure = 96,06 %. Les PRCmoy des préparations d'activité comprises entre 2 200 et 3 400 MBq sont > à 95 %. Il n'y a pas de différence significative entre les valeurs de pHmoy ni entre les PRCmoy quelle que soit l'heure de contrôle de la préparation ($p < 2,086$).

Discussion :

Cette étude démontre que le pH et la PRC des préparations d'AH-99mTc de 2 200 à 3 400 MBq restent stables durant 5 heures en seringue de polypropylène.

Mots-clés :

Vasculocis®, Stabilité, Radiopharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Préparations hospitalières versus préparations magistrales : optimisation réelle ?

Auteurs :

Jouhanneau E.*⁽¹⁾, Maulois-Auboin A.⁽¹⁾, Roux C.⁽¹⁾, Sauvageon-Martre H.⁽²⁾, Faure P.⁽²⁾, Jourdan-Desrayaud N.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Upac, pharmacie, APHP - Hôpital Saint-Louis, Paris

⁽²⁾ Pharmacie, APHP - Hôpital Saint-Louis, Paris

Résumé :

Introduction :

Les unités de préparations d'anticancéreux optimisent leur production en anticipant les préparations. Les préparations magistrales (PM) sont réalisées 1 à 3 jours à l'avance. Certaines spécialités, prescrites à doses standardisées arrondies et dont la stabilité de la solution diluée est supérieure à 14 jours, sont produites en lots de préparations hospitalières (PH). Dans notre unité, les PH représentent 25 % de la production. Leur fabrication est soit manuelle (PHM) soit automatisée par pompe répartissant une poche mère en plusieurs poches filles (PHP). L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt de la production en lots de PH.

Matériels et méthodes :

Les trois modes de préparation (PHM, PHP, PM) d'une spécialité, la gemcitabine, sont évalués au moyen de trois indicateurs : temps, qualité (contrôle analytique par chromatographie liquide) et coût (consommables, déchets). Les temps de manipulation sont chronométrés. La qualité est estimée par la proportion des préparations non-conformes dont les concentrations mesurées varient de $\pm 15\%$ de la concentration théorique. Les coûts calculés comprennent les consommables utilisés et le coût d'élimination des déchets (déchets d'activité de soins à risque infectieux DASRI et déchets cancérogènes mutagènes reproductibles CMR). Les résultats sont comparés à l'aide d'un test de Student ($\alpha = 5\%$).

Résultats :

Le temps de manipulation des PM (8,1 min ; $\sigma = 1,3$; $n = 52$) est significativement supérieur à celui des PHM (5,4 min ; $\sigma = 0,6$; $n = 84$; $p < 0,05$) et des PHP (4,1 min ; $\sigma = 0,8$; $n = 318$; $p < 0,05$). Celui des PHM est significativement supérieur à celui des PHP ($p < 0,05$). Pour 10 préparations par jour, les PHM et les PHP permettent respectivement de gagner 27 min et 40 min par jour de temps de manipulation. Concernant la qualité, en 2014, 98 % des préparations non-conformes sont des PM. Les coûts matériels par préparation sont : 4,57 euros pour les PM, 4,70 euros pour les PHM et 6,51 euros pour les PHP (soit + 40 % en raison des consommables captifs).

Discussion :

L'organisation de l'activité en lots de PH permet d'optimiser les manipulations, en lissant l'activité et en améliorant la qualité des préparations dispensées. Elle nécessite cependant d'établir un consensus pour la prescription de doses standardisées arrondies. Le choix entre PHM et PHP s'effectue alors en fonction de l'investissement en équipement et consommables par rapport à l'économie de temps réalisée.

Mots-clés :

Anticancéreux, Préparations hospitalières, Organisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de la décontamination de surface du matériel avant transfert dans une zone à atmosphère contrôlée de classe A

Auteurs :

Darricau B.*, Filali S., Bretagnolle C., Salmon D., Diouf EH., Tall ML., Pivot C., Pirot F.

Pharmacie, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

Résumé :

Introduction :

Selon les Bonnes Pratiques de Préparation (BPP), la maîtrise de la contamination microbiologique de surface du matériel est indispensable pour garantir la qualité microbiologique des préparations stériles réalisées en zones à atmosphère contrôlée (ZAC) en pharmacie à usage intérieur. Dans cette étude, nous avons évalué (i) la biocharge initiale de surface de spécialités pharmaceutiques présentées en flacons ou en ampoules et d'articles de conditionnement en sachets thermo-soudés utilisés dans la fabrication des préparations stériles puis (ii) l'efficacité de leur décontamination par 3 produits : formule 1 (mélange d'éthanol et de peroxyde d'hydrogène), formule 2 (lingettes pré imprégnées de chlorure de didécylidiméthylammonium) et formule 3 (dilution au 1/400 d'un mélange de chlorure de didécylidiméthylammonium, digluconate de chlorhexidine et chlorhydrate de polyhexaméthylène biguanide).

Matériels et méthodes :

L'évaluation de la biocharge initiale a été effectuée par un prélèvement microbiologique de surface en entrée de ZAC (gélose trypto-caséine soja (TSA)) sur 3 spécialités pharmaceutiques en verre : flacons de gros et petit volume ($V \geq 500$ mL et $V \leq 250$ mL, $n = 3 + 3$) et ampoules ($n = 3$) et sur des articles de conditionnement en sachets ($n = 4$). La biocharge a été évaluée après application des produits de décontamination selon le même protocole de prélèvement microbiologique complété par un écouvillonnage des parties non accessibles de chaque flacon. Les prélèvements ont été incubés dans une étuve à 30°C pendant 5 jours. La lecture des prélèvements microbiologiques a été effectuée selon les spécifications des BPP : (i) ≤ 5 UFC pour les articles de conditionnement entrant en classe B et (ii) < 1 UFC pour les spécialités pharmaceutiques entrant en classe A.

Résultats :

La charge initiale moyenne était de 2, 4, 12 et 17 UFC bactéries, et < 1 , < 1 , 1 et 2 UFC moisissures pour les flacons de gros volume ($n = 9$), les flacons de petit volume ($n = 9$), les ampoules ($n = 9$) et les articles de conditionnement ($n = 12$), respectivement. Après décontamination, 94,7 % (18/19), 94,7 % (18/19) et 78,9 % (15/19) des prélèvements se sont avérés négatifs pour les formules 1, 2 et 3, respectivement.

Discussion :

Les prélèvements ont révélé une contamination résiduelle après décontamination, néanmoins les articles de conditionnement en sachets n'entrant pas en classe A, les taux de conformité étaient de 92,3 % (12/13) et 100 % (13/13) pour les formules 1 et 2, respectivement. Pour la formule 3, le taux de conformité était de 69,2 % (9/13).

Mots-clés :

Décontamination matériel, Préparation aseptique, Zone à atmosphère contrôlée

Références :

- [1] Bonnes Pratiques de Préparation, Bulletin officiel 2007/7bis-France
- [2] Bonnes Pratiques de Fabrication, Bulletin officiel 2014/1bis-France

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact de la centralisation de la préparation de defibrotide pour le service d'héματο-oncologie pédiatrique

Auteurs :

Fuss D.*, Hervouet C., Orsini C., Coquard A., Dieu B.

Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

Résumé :

Introduction :

Le defibrotide a obtenu l'autorisation de mise sur le marché pour le traitement de la maladie veino-occlusive hépatique sévère, survenant après transplantation de cellules souches hématopoïétiques. Il s'administre à la dose de 6,25 mg/kg de poids corporel toutes les 6 heures. Par manque de données de stabilité et de moyens, le service d'Héματο-Oncologie Pédiatrique (HOP) était contraint d'utiliser un nouveau flacon pour chaque administration. Ceci générant des pertes financières importantes pour l'établissement, il a été décidé de centraliser la préparation du defibrotide dans l'unité de pharmacotechnie. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de la centralisation du defibrotide pour le service d'HOP sur la base d'arguments sécuritaires et économiques.

Matériels et méthodes :

Une analyse rétrospective des ordonnances nominatives des patients traités par defibrotide a été conduite sur une période de 2 ans (2013-2014) afin d'estimer la perte générée par la préparation extemporanée dans les unités d'HOP. Le recueil d'informations s'est porté sur l'identité des patients, leur poids, le nombre de flacons délivrés par patient, et les doses prescrites et administrées. Puis les gains estimés depuis la centralisation ont été comparés aux coûts de fabrication.

Résultats :

De janvier 2013 à la centralisation en novembre 2014, 3 940 flacons ont été délivrés en HOP pour 16 patients, correspondant à une consommation de 1 154 904 €. La perte estimée sur cette période s'élève à 415 203 € soit 35,9 %. Depuis la centralisation, 3 patients ont été traités par defibrotide en HOP. Les gains estimés sont de 48 975 € pour 41 jours de traitement et 208 préparations réalisées. Rapportés au coût de fabrication, ils s'élèvent à 48 222 €. Aucun personnel supplémentaire n'a été recruté pour cette activité. La prescription est informatisée et s'effectue à partir du logiciel CHIMIO® avec analyse et validation pharmaceutique de l'indication et des doses prescrites.

Discussion :

La préparation centralisée du defibrotide présente un intérêt économique majeur pour l'établissement. En outre, elle a permis de libérer du temps infirmier consacré à la reconstitution, de sécuriser le circuit du médicament grâce à la validation quotidienne des posologies, et d'améliorer la qualité en préparant des doses adaptées par un personnel qualifié. Cette mise en œuvre peut, sous réserve d'études, être élargie à d'autres molécules. Une étude de stabilité est en cours afin d'optimiser le processus de production et de préparer des poches à l'avance.

Mots-clés :

Préparation centralisée, Economies, Pédiatrie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude de la stabilité du milieu de culture et des couches nourricières utilisés pour la production de médicaments de thérapie innovante-préparés ponctuellement (feuilletts épidermiques autologues)

Auteurs :

Abbassi N.*, Desanlis A., Carlier S., Pascal P., Thépot A., Auxenfans C.

Banque de Tissus et Cellules, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

Résumé :

Introduction :

Le règlement européen (CE) n° 1394/2007 publié en 2007 et son adaptation française de 2011 ont introduit une nouvelle classe de médicaments, les médicaments de thérapie innovante (MTI). Les MTI-préparés ponctuellement (MTI-PP) en sont « l'exemption hospitalière ». Notre établissement autorisé MTI-PP prépare des feuilletts épidermiques (FE), tapis cohésif de kératinocytes humains cultivés indiqués pour le recouvrement des grands brûlés. Nous avons étudié la stabilité du milieu de culture pour kératinocytes (MCK) et des couches nourricières de fibroblastes irradiés (CNI), indispensable à la culture des kératinocytes, conformément aux exigences des bonnes pratiques de fabrication.

Matériels et méthodes :

Trois conditions ont été testées : (A) MCK à 1 mois et CNI à 10 jours, (B) MCK à 1 mois et CNI à 1 mois, et (C) MCK à 3 jours et CNI à 10 jours. Le MCK était conservé à 5°C ± 3°C et les CNI à 37°C + 5 % de CO₂. L'impact de ces durées de conservation sur les contrôles qualité libérateur des produits intermédiaires (kératinocytes amplifiés) et du produit fini (FE) a été mesuré : stérilité, quantification des kératinocytes prolifératifs, pureté des cellules (recherche de fibroblaste et de mélanocytes contaminants), intégrité et stabilité à 24h du FE.

Résultats :

Les MCK utilisés étaient stériles et apyrogènes. Pour l'amplification des kératinocytes, la condition C donne 50 % de plus de cellules que la condition B (A non testée), l'impact sur le potentiel prolifératif est en cours d'analyse. Les FE étaient tous intègres à H0 et H12, 1 FE/3 de la condition A n'était pas conforme à 24h. Les contrôles de pureté cellulaires étaient conformes dans les 3 conditions testées.

Discussion :

Dans les 3 conditions testées, tous les contrôles libérateurs des kératinocytes amplifiés et des FE sont conformes. Cependant nous avons observé un retard de croissance des kératinocytes dans la condition B par rapport à la condition C, ceci peut s'expliquer par une baisse de sécrétion de facteurs de croissance par les CNI. Ce retard peut être comblé en prolongeant la culture de 12h. La stabilité des FE est de 24h dans les conditions B et C et de 12h dans la condition A. Nous maintenons la péremption du MCK et des CNI à 1 mois en ramenant la péremption des FE à 12h. Ces résultats doivent être confirmés sur deux autres souches de kératinocytes. Ces validations permettent de vérifier les stabilités des FE pour une utilisation optimale et sécurisée chez les grands brûlés.

Mots-clés :

Médicament de thérapie innovante préparé ponctuellement, Etude de stabilité, Grands brûlés

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Contrôle qualité des gélules de salbutamol destinées à un usage en pédiatrie

Auteurs :

Philipot MG.*, Richard C., Bordenave J., Benoit G.

Département pharmacotechnie, APHP - GH HUEP - Site Trousseau, Paris

Résumé :

Introduction :

En janvier 2014, une autorisation temporaire d'utilisation a été attribuée aux comprimés de salbutamol 2 mg dans le traitement des syndromes myasthéniques congénitaux de type Dok-7 et ColQ. Le salbutamol est alors prescrit chez les enfants à la dose moyenne de 0,1 mg/kg/j en 2 à 3 prises. La forme galénique existante est peu adaptée à cette population nécessitant des faibles doses et ne pouvant avaler les comprimés. Afin d'optimiser la prise en charge des enfants traités dans notre hôpital, il a été décidé de fabriquer des gélules de 1 et 2 mg pouvant être ouvertes pour faciliter l'administration.

Matériels et méthodes :

Les gélules sont préparées à partir de poudre de sulfate de salbutamol (Inresa®). Des essais de formulation sont effectués avec deux diluants : lactose et amidon de blé. Chaque gélule est introduite dans une fiole jaugée. La concentration théorique en sulfate de salbutamol est de 50 mg/L et 40 mg/L (gélules de 1 et 2 mg respectivement). L'analyse est effectuée sur une chaîne de chromatographie DIONEX® à détecteur UV/Visible. Les conditions opératoires sont : débit de 1 mL/min, détection à 220 nm, volume d'injection de 40 µL, phase mobile composée de 34 % de méthanol et 66 % de solution de KH₂PO₄ 0,1M pH ≈ 4,5. La méthode est validée. A partir de deux solutions mères, la gamme d'étalonnage (20 à 80 mg/L) et les points de contrôle (30 ; 50 et 70 mg/L) sont préparés. Chaque point de gamme est préparé trois fois et chaque point de contrôle six fois, ceci étant répété trois jours. La linéarité est contrôlée par la gamme ; la précision et l'exactitude grâce aux points de contrôle. L'analyse de dix échantillons avec chaque excipient et dix sans excipient permet de vérifier la spécificité de la méthode.

Résultats :

Le temps de rétention du pic de salbutamol est de 3,2 minutes. L'équation de la droite de calibration moyenne (signal en fonction de la concentration) est $y = 0,9938x + 0,241$ avec $r^2 = 1$. La fidélité est validée (coefficients de variation de fidélité intermédiaire et de répétabilité inférieurs à 5 %). L'exactitude moyenne est de 100,21 % (écart-type moyen de 0,390). Le lactose induit une interférence significative, contrairement à l'amidon de blé.

Discussion :

Dans une démarche de respect des Bonnes Pratiques de Préparation et afin de contrôler les gélules préparées, le lactose, diluant des comprimés de SALBUMOL®, a été remplacé par l'amidon de blé. La préparation de gélules de salbutamol répond à un besoin spécifique du service de neuro-pédiatrie de notre établissement en l'absence de spécialité disponible adaptée.

Mots-clés :

Syndromes myasthéniques congénitaux, Salbutamol, Contrôle de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place de tests d'étanchéité des isolateurs de préparation des chimiothérapies

Auteurs :

Mourad MC.*, Burde F., Lebecque M., Glavieux A., Hettler D.

Pharmacie, CHU Robert Debré, Reims

Résumé :

Introduction :

Notre Unité Centralisée de Reconstitution des Chimiothérapies (UCRC) est équipée de deux isolateurs rigides dont les enceintes sont placées en surpression. Ces isolateurs disposent d'une fonction permettant d'en tester l'étanchéité, nous permettant ainsi de les qualifier. Cette fonction est également utilisée chaque semaine afin d'assurer un suivi des équipements en routine, et de valider régulièrement la protection du personnel vis-à-vis du risque chimique. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité de ces tests hebdomadaires qui permettent de mettre en place immédiatement les mesures correctives adaptées dès lors qu'un résultat inapproprié est observé. Nous évaluerons également l'intérêt de la systématisation de ces tests dans les contrôles de routine de nos équipements.

Matériels et méthodes :

Des tests d'étanchéité ont été réalisés chaque semaine. Ce test consiste à amener la surpression à l'intérieur de l'enceinte à une valeur de 150 Pa puis à mesurer la chute de pression au bout de 180 secondes. Il permet de calculer un taux de fuite de l'isolateur, à partir duquel est définie la classe d'étanchéité (classe 1, 2, 3 ou 4 ; la classe 1 étant celle où le taux de fuite est le plus faible). A leur installation en 2010, nos isolateurs avaient été qualifiés pour répondre à une étanchéité de classe 2. Dès lors que le résultat du test affiche une étanchéité inférieure à ce taux initial, une cause est recherchée ; des mesures correctives sont mises en place et un nouveau test est effectué. Les résultats des tests de l'année 2014 et les mesures correctives mises en place ont été relevés dans ce travail.

Résultats :

56 tests ont été réalisés sur l'isolateur n° 1, avec 8 tests en classe 1 et 6 en classe 3. 60 tests ont été réalisés sur l'isolateur n° 2, avec 1 mesure en classe 1, 10 en classe 3 et 1 en classe 4. A chaque test donnant un résultat de classe 3 ou 4, il a été retrouvé une fuite au niveau d'un gant ou d'une manchette, non révélée par l'examen visuel quotidien effectué par les préparateurs. Le changement ou la remise en place du gant ou de la manchette incriminée permettait de retrouver des taux de fuite corrects.

Discussion :

Ces tests d'étanchéité réguliers nous ont permis de détecter sur nos isolateurs des fuites non vues au simple examen visuel quotidien des gants et des manchettes (trous ou plis).

Conclusion :

Ce contrôle hebdomadaire s'intègre ainsi parfaitement dans le suivi de routine de nos équipements, et permet de garantir la sécurisation de l'environnement de travail des personnels exposés et manipulant des cytotoxiques face au risque chimique.

Mots-clés :

Chimiothérapie anticancéreuse, Gestion continue de la qualité, Gestion du risque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de la contamination chimique lors de la préparation des anticancéreux injectables. Mise en place d'un test à la quinine

Auteurs :

Macaigne H.*, Mourad MC., Burde F., Hettler D.

Pharmacie, CHU Robert Debré, Reims

Résumé :

Introduction :

Une analyse des contaminations des surfaces recherchant des traces d'anticancéreux dans l'environnement a été réalisée au sein de notre Unité de Reconstitution Centralisée des Cytotoxiques (URCC). Les résultats ont mis en évidence une contamination faible de l'URCC qui concerne les surfaces de la Zone d'Atmosphère Contrôlée (ZAC) mais également les gants et le plan de travail de l'isolateur. L'objectif de ce travail est de déterminer la part de cette contamination engendrée par une gestuelle approximative lors des préparations et de sensibiliser le manipulateur aux Bonnes Pratiques de Préparation.

Matériels et méthodes :

Cinq préparateurs, trois pharmaciens, trois internes et deux externes ont été évalués individuellement. Nous avons choisi de proposer une manipulation avec de la quinine, produit incolore mais qui présente la propriété d'être fluorescente sous lumière ultraviolette, ce qui permet de visualiser la contamination chimique. Deux préparations ont été réalisées sur paillasse par chacun : une poche de solution diluée de quinine et une seringue diluée de quinine avec prolongateur.

Résultats :

A la fin du test, les gants, le champ, les compresses, les seringues, les prises d'air et les flacons sont placés sous la lumière ultraviolette pour détecter les éventuelles projections de solution de quinine. Chaque élément non tâché rapporte un point. La note maximale est de 20 points. Un pharmacien ainsi que les cinq préparateurs ont obtenu des notes supérieures ou égales à 18/20. La moyenne des autres manipulateurs est de 13/20. Les éléments les plus souvent contaminés sont les compresses et le champ de travail.

Discussion :

Ce test a été réalisé sans gants et sur paillasse. Il ne reflète donc pas les conditions de manipulation dans l'isolateur. Il a tout de même permis de sensibiliser les manipulateurs aux risques de contamination environnementale ainsi qu'au risque d'exposition professionnelle et peut s'intégrer dans un programme de qualification régulière des préparateurs.

Conclusion :

Les préparateurs qui manipulent régulièrement sont plus performants que les manipulateurs occasionnels. Ce travail a permis de mettre en évidence le fait que nos procédures de manipulation sont respectées et permettent de limiter la contamination de l'environnement, expliquant en partie nos bons résultats lors de l'analyse des contaminations des surfaces de notre URCC.

Mots-clés :

Chimiothérapie anticancéreuse, Formation continue, Gestion continue de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Validation d'une méthode de dosage indicatrice de stabilité de l'oxacilline sodique par Chromatographie Liquide Haute Performance

Auteurs :

Mekaoui F., Tall ML.*, Dhelens C., Diouf EH., Salmon D., Lenfant M., Pirot F., Pivot C.

Pharmacie, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

Résumé :

Introduction :

L'oxacilline sodique est une pénicilline M de la famille des bêta-lactamines indiquée dans le traitement des infections à Staphylocoques et Streptocoques sensibles. Dans le cadre d'une étude de stabilité des préparations injectables diluées (Chlorure de sodium 0,9 % et Glucose 5 %), une méthode de dosage de l'oxacilline par chromatographie liquide à haute performance a été mise au point et validée.

Matériels et méthodes :

La validation analytique a été conduite selon les recommandations de l'ICH (International Conference on Harmonisation), dans un intervalle de mesure allant de 0,04 à 0,12 mg/mL sur le principe actif seul et les formes diluées (Chlorure de sodium 0,9 % et Glucose 5 %). Cette validation a consisté à déterminer spécificité, linéarité (n = 5), fidélité (répétabilité, fidélité intermédiaire), exactitude. Cette spécificité a été consolidée par les réactions de dégradation forcée : l'hydrolyse alcaline (soude NaOH à 0,1 M), la photolyse (365 nm), le chauffage (95°C), l'oxydation (peroxyde d'hydrogène H₂O₂ à 10 V). La séparation chromatographique a été obtenue avec une colonne (C-18, 2,6 µm, 100 mm x 4,6 mm). La phase mobile était composée d'eau acidifiée par de l'acide ortho-phosphorique H₃PO₄, pH 3, et d'acétonitrile (65/35, V/V). Le débit était fixé à 1,2 mL/min pour un volume d'injection de 10 µL. La longueur d'onde de détection a été fixée à 225 nm pour une durée d'analyse de 6 min.

Résultats :

La linéarité du principe actif seul et des formes pharmaceutiques diluées présentait respectivement des coefficients de corrélation de r = 0,999 ; 0,996 et 0,997. La fidélité a été satisfaisante avec des coefficients de variation < 5 %. Les taux de recouvrement moyens pour le paramètre d'exactitude étaient respectivement de 101 %, 101 % et 100 %. Le temps de rétention du pic d'oxacilline était stable à 3,8 ± 0,2 min. Pour la spécificité, aucun pic de produit de dégradation n'interfère avec le pic principal d'oxacilline et aucun effet matrice lié aux excipients n'a été mis en évidence.

Discussion :

Aux vus des résultats, la méthode de dosage a été jugée spécifique, linéaire, fidèle, exacte dans l'intervalle de mesure. Les tests de comparaison des pentes et des ordonnées à l'origine entre les droites du principe actif seul et des formes reconstituées ne montrent pas d'effet matrice ou d'erreur systématique sur les formes reconstituées.

Conclusion :

La validation analytique de cette méthode indicatrice de stabilité permettra d'optimiser les modalités de préparation et les conditions de conservation des préparations injectables.

Mots-clés :

Oxacilline sodique, Validation analytique, Chromatographie liquide haute performance

Références :

[1] International Conference on Harmonization of Technical Requirements for the registration of pharmaceuticals for humane use : Validation of analytical procedure methodology : Text and methodology » Q2(R1) ; 1999

[2] Gautier JC et al. Guide de validation analytique. Rapport d'une commission SFSTP. Méthodologie. STP Pharma Prat. Vol 2 (4) : 205-226 (1992)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Validation du lavage et de la désinfection des bouchons en chlorobutyl par un laveur désinfecteur

Auteurs :

Diouf EH.*, Fenioux C., Tall ML., Salmon D., Pirot F., Pivot C.

Pharmacie, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

Résumé :

Introduction :

La PUI réalise des préparations hospitalières stériles conditionnées dans des flacons lavés avec un laveur désinfecteur puis bouchés avec des bouchons en chlorobutyl lavés manuellement dans des bacs avec de l'eau PPI. L'objectif était de valider le lavage et la désinfection automatique des bouchons de diamètre 32 mm avec le laveur désinfecteur afin d'assurer l'efficacité et la reproductibilité des cycles.

Matériels et méthodes :

Trois essais ont été réalisés avec pour chacun l'utilisation de 300 bouchons en chlorobutyl diamètre 32 mm représentant la taille des lots. Les bouchons ont été préalablement contaminés par une solution d'endotoxines de concentration connue (1,36 EU/ml). Les bouchons ont ensuite été lavés et désinfectés avec un détergent alcalin (Néodisher® Mediclean forte) à 0,8 % puis désinfection thermique à 93°C pendant 3 min dans un laveur désinfecteur. Les bouchons lavés sont trempés dans un volume d'eau PPI et des prélèvements ont été réalisés pour déterminer la contamination en endotoxines. La contamination bactérienne et la recherche de traces de détergent (pH et conductivité) ont également été réalisées sur l'eau de rinçage ainsi que la propreté visuelle des bouchons.

Résultats :

L'ensemble des résultats est conforme par rapport aux spécifications internes fixées : aspect des bouchons propre et sans traces de salissure, endotoxines $\leq 0,5$ UI/mL, germes aérobies < 10 UFC/mL, conductivité < 25 μ S/cm et pH environ à 7.

Discussion :

L'aspect des bouchons ainsi que la contamination microbiologique très faible montrent l'efficacité de l'action mécanique et du détergent dans le cycle de lavage. Il faut noter que le lavage et la désinfection ne permettent pas d'assurer la stérilité des bouchons ni leur dépyrogénéation mais permettent de réduire la contamination microbiologique. Les bouchons sont cependant stérilisés à l'autoclave avec le produit fini. Les mesures du pH et de la conductivité montrent l'absence de résidus de détergent sur les bouchons. Pour écarter l'éventualité de résultats faux négatifs pour le dosage des endotoxines, un test d'adsorption des endotoxines sur les bouchons avait été réalisé.

Conclusion :

Les essais réalisés avec les bouchons de 32 mm de diamètre ont permis de valider leur nettoyage automatique dans le laveur désinfecteur et d'avoir une traçabilité du lavage. Cette étape est indispensable pour garantir la qualité du processus lors de la fabrication des préparations hospitalières stériles en flacons.

Mots-clés :

Validation, Bouchons, Désinfection

Références :

- [1] Normes NF EN ISO 15883 Laveurs désinfecteur
- [2] STP Pharm Pratiques - Volume 16 - N° 3 - mai/juin 2006
- [3] Bonnes Pratiques de Préparation 2007/7 Bis

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude de faisabilité de la préparation anticipée nominative des chimiothérapies anticancéreuses injectables à Doses Standards Arrondies (DSA)

Auteurs :

Horellou M.*, Boulet T., Soulet N., Surugue J.

Pharmacie, CHG Niort, Niort

Résumé :

Introduction :

Le concept de DSA dérive du modèle anglo-saxon de "Dose-banding" qui privilégie l'adoption d'une dose unique, pour une fourchette donnée, au calcul exact de la dose selon la surface corporelle. Nous avons envisagé la préparation anticipée nominative des anticancéreux injectables à DSA avec 4 objectifs : réduire le délai d'attente entre le "OK chimio" et la mise à disposition des préparations, lisser l'activité en constante augmentation, réattribuer plus aisément les préparations non administrées, et fiabiliser la qualité des préparations (contrôle analytique pré-libératoire). Le but de notre étude est d'évaluer la possibilité d'appliquer ce concept dans notre établissement en déterminant, en collaboration avec l'équipe médicale, des DSA pour chacune des molécules éligibles.

Matériels et méthodes :

5 critères d'éligibilité sont définis : minimum de 450 préparations par an, stabilité physico-chimique minimale de 14 jours, homogénéité des doses prescrites, molécules peu onéreuses, critères cliniques. Pour chacune des molécules candidates, la répartition des doses prescrites a été étudiée par analyse rétrospective des données extraites du logiciel CHIMIO. Au vu de cette répartition, les doses les plus fréquentes ont été identifiées et ont permis de proposer seulement 4 à 5 DSA pour chaque molécule. Ces DSA ont ensuite été ajustées pour que le volume correspondant soit facile à prélever et au mieux adapté au flaconnage (volume entier privilégié). Enfin, les intervalles de doses initialement calculés avec un maximum de variation fixé à 5 % ont été redéfinis pour obtenir des intervalles continus sans chevauchement et adaptés aux posologies prescrites.

Résultats :

5 molécules répondent aux critères définis : Cyclophosphamide, Gemcitabine, Irinotécan, Paclitaxel et 5-Fluorouracile (5FU, bolus et diffuseur). L'Oxaliplatine n'a pas été retenu en raison d'une réduction fréquente des doses pour neuropathies. La déviation maximale observée entre la DSA et la dose calculée varie entre +/- 4,76 % et 6,82 %, variation considérée comme tout à fait acceptable par l'équipe médicale. Pour l'Irinotécan et le 5FU, quelques volumes non entiers ont été acceptés afin de conserver une déviation minimale. Au total, ces DSA permettent de couvrir plus de 60 % de la production annuelle.

Discussion :

Dans les conditions méthodologiques retenues, cette étude montre que la standardisation des doses est réalisable dans notre établissement. Elle permet de formaliser la pratique d'arrondis bénéficiaire dans notre organisation et nous oriente à envisager l'acquisition du module dédié à cette activité en facilitant la prescription en DSA sur le logiciel CHIMIO.

Mots-clés :

Doses standards arrondies, Préparations anticipées, Chimiothérapie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Modalités de réalisation des patch-tests médicamenteux dans les établissements de santé

Auteurs :

Oubarhman S.*⁽¹⁾, Humbert P.⁽¹⁾, Henn-Ménétré S.⁽¹⁾, May I.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy

Résumé :

Introduction :

Les patch-tests médicamenteux (PTM) sont essentiels pour caractériser l'origine d'une toxidermie. Les dilutions et les diluants choisis pour la réalisation des tests épicutanés sont déterminants pour interpréter les résultats des PTM. L'objectif est de faire un état des lieux des modalités de réalisation des PTM dans la littérature : diluants, dilutions à utiliser en fonction de la forme galénique, spécificités de chaque molécule ou classe thérapeutique.

Matériels et méthodes :

Un état de la littérature sur les modalités de réalisation des PTM a été mené sur les bases de données : EM Premium, PubMed-Medline, Science Direct entre les années 2000 et 2014.

Résultats :

La vaseline, l'eau, l'alcool éthylique et le chlorure de sodium 0,9 % sont les diluants utilisés pour la réalisation de PTM, la vaseline est le diluant de choix [1]. Les dilutions exprimées en pourcentage de spécialités sont de 30 % pour les formes commercialisées et 10 % pour les matières premières à usage pharmaceutique (MPUP) [2]. Toutes les formes galéniques peuvent être utilisées (forme injectable, comprimés, gélules,...) [3]. Des spécificités demeurent en fonction de certaines classes thérapeutiques ou molécules : en raison des propriétés anti-inflammatoires des corticoïdes, une dilution à 0,1 % est préconisée, une meilleure sensibilité des PTM est observée lorsque les dilutions sont faites dans l'alcool éthylique [1]. Les modalités de réalisation de 54 molécules et classes thérapeutiques, principalement des anti-infectieux sont présentées.

Discussion :

Cette synthèse constitue une aide à la validation pharmaceutique des prescriptions de PTM. L'intérêt est d'adapter le choix du diluant et de la dilution à chaque molécule permettant ainsi d'augmenter la sensibilité et la spécificité des tests épicutanés. Cependant, certaines données sont manquantes dans les publications. La matière première (forme commercialisée ou MPUP), le nom, le dosage, le laboratoire et les formes galéniques des spécialités sont rarement mentionnés. Les concentrations exprimées en pourcentage de spécialité ou de principe actif ne sont pas clairement précisées. Un langage commun et rigoureux dans les publications peut contribuer à une meilleure interprétation et comparaison des résultats, améliorant à terme le diagnostic des hypersensibilités retardées.

Mots-clés :

Allergologie, Tests épicutanés, Dilution

Références :

[1] A. Barbaud. Patch-tests médicamenteux dans l'exploration des toxidermies. Ann Dermatol Vener, 136, (8-9) : 635-644 (2009),

[2] A. Barbaud. Guidelines for performing skin tests with drugs in the investigation of cutaneous adverse drug reactions. Contact Dermatitis, 45, (6) : 321-328 (2001)

[3] S. Zemmouche et al. Démarche pharmaceutique pour la réalisation de préparations pour tests allergologiques: expérience de la pharmacie des hôpitaux Maringer-Villemin-Fournier du CHU de Nancy. J Pharm Clin-Series, 23, (3) : 157-168 (2004)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des pratiques de reconstitution des médicaments injectables en service d'Hématologie Soins Intensifs (HSI)

Auteurs :

Chantemesse C.*, Ayach L., Leone-Burgos S., Roch-Torreilles I., Rambourg P.

Pharmacie Saint-Elloi/Gui de Chauliac, CHRU Montpellier, Montpellier

Résumé :

Introduction :

Une des missions prioritaires des pharmacies à usage intérieur est de concourir au bon usage du médicament. Le pharmacien doit donc s'assurer de la qualité des reconstitutions réalisées dans les unités de soins. Le service HSI utilise une application informatique qui ne permet pas la prescription détaillée des médicaments injectables (non-prescription de la nature et du volume des solvants de dilution et de reconstitution à utiliser), pouvant être source d'erreurs de reconstitution et d'administration. L'objectif de notre étude est d'évaluer les pratiques infirmières de reconstitution des médicaments injectables (hors cytotoxiques) afin de vérifier leur conformité aux référentiels disponibles.

Matériels et méthodes :

Une grille d'évaluation reprenant les différentes étapes de la reconstitution des médicaments est établie. Les critères retenus sont : la connaissance de la prescription et la planification des soins, la reconstitution, l'étiquetage, le contrôle et l'hygiène. Un recueil prospectif est réalisé pendant plusieurs jours par un interne en pharmacie.

Résultats :

40 reconstitutions effectuées par 13 infirmiers sont évaluées. La reconstitution est effectuée au vu de la prescription médicale (100 %) et sans transcription (97 %). Les préparations sont réalisées extemporanément dans 66 % des cas, sur des zones dédiées (100 %) et dans le respect des règles d'hygiène (100 %). Les protocoles de reconstitution sont connus (95 %) et leur réalisation est conforme (100 %). Les dates limites d'utilisation (DLU) des médicaments et solvants ne sont pas vérifiées. L'étiquetage de la reconstitution est généralement incomplet et le double contrôle pour les médicaments à risque peu réalisé (22 %).

Discussion :

Ce travail met en avant la bonne connaissance des protocoles de reconstitution/dilution et le respect des règles d'hygiène. Cependant la préparation extemporanée des médicaments, l'étiquetage et le double contrôle sont à améliorer. Ainsi, l'équipe pharmaceutique va proposer des étiquettes pré-remplies, former les infirmiers au double contrôle des médicaments à risque et les sensibiliser à la lecture des DLU des spécialités. Un référentiel sur les modalités de reconstitution de tous les médicaments injectables est également en cours de rédaction par le pôle pharmacie.

Mots-clés :

Technologie en pharmacie, Evaluation de la qualité des soins de santé, Préparation de médicament

Références :

[1] Guide de la Haute Autorité de Santé "Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments" (juillet 2011)

[2] Guide CCLIN Sud-Ouest "Préparation et administration des médicaments dans les unités de soins/Bonnes pratiques d'hygiène" (2006)

[3] Procédure interne à l'établissement "Administration des médicaments en unité de soins" (août 2013)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Nutrition parentérale, transport et chaîne du froid

Auteurs :

Mercerolle M.^{*(1)}, Renan X.⁽²⁾, Bannie F.⁽²⁾, Lecarbonnel A.⁽³⁾, Descampeaux C.⁽²⁾

⁽¹⁾ CHU Caen, Caen

⁽²⁾ Pharmacie, CH Public du Cotentin, Cherbourg-Octeville

⁽³⁾ Pharmacie, CH Public du Cotentin, Cherbourg-Octeville

Résumé :

Introduction :

La suspension de l'autorisation de fabrication des poches de nutriments parentéraux (NP) de notre prestataire a nécessité, dans l'urgence, de faire appel à un autre façonnier. Dans le nouveau contrat de sous-traitance, la responsabilité du transport à + 2°C / + 8°C revient à notre établissement. Les contraintes et les coûts d'un transporteur privé nous ont conduits à utiliser les ressources internes de l'hôpital. L'objectif de ce travail est de valider ce transport d'une durée moyenne de 6h aller/retour dans un contexte hivernal (+ 2°C/+ 12°C).

Matériels et méthodes :

A l'aide d'une glacière réfrigérante TextiBox 27/40[®], d'un enregistreur en continu de température (T°C) TempTale 4USB Sensitech[®] (réutilisable, calibrée NIST) et du chauffeur interne (véhicule sans compartiment réfrigéré), quatre essais ont été réalisés en faisant varier deux paramètres : la T°C des cinq poches « test » (à + 2/+ 8°C pour la configuration A, ambiante pour les configurations B, C et D) et la configuration des plaques eutectiques (PE). Les configurations sont : A : 2 PE - 20°C, et 6 à - 20°C ; B : 8 PE à + 2/+ 8°C ; C : 3 PE à -20°C et 5 à + 2/+ 8°C et D : 4 PE à - 20°C et 4 à + 2/+ 8°C. Au départ du chauffeur, le colis est préparé et l'enregistreur de température est déclenché. Les poches de NP sont récupérées chez le prestataire et insérées dans la glacière réfrigérée.

Résultats :

Les configurations A, C et D sont conformes contrairement à B pour laquelle on obtient une T°C dépassant les 8°C pendant 6h10.

Discussion :

Plusieurs paramètres influencent les courbes de T°C relevées, parmi lesquels : la conservation ou non de l'enregistreur de température en cave froide avant son déclenchement ; l'apport thermique engendré par les poches de NP variant selon le nombre, et la température de ces dernières lors du retrait ; la température externe. Les tests réalisés avec des poches à T°C ambiante correspondaient à un enlèvement des NP juste après fabrication. Or l'organisation mise en place en interne récupérait les NP à J + 1, en ayant 24h de conservation en chambre froide ce qui améliorerait les résultats en diminuant l'apport thermique.

Conclusion :

La solution A est retenue comme configuration de base, à moduler en fonction du nombre de poches de NP, et la température extérieure. Ces mêmes tests ont été réalisés en conditions estivales (+ 15°C/+ 25°C) a posteriori. Ce travail nous a également permis de valider le transport de produits à maintenir à + 2°C + 8°C lors des échanges entre établissements.

Mots-clés :

Chaîne du froid, Nutrition parentérale, Température

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Nutrition Parentérale Personnalisée : quels délais de la prescription à la livraison dans le service ?

Auteurs :

Besnard A., de Chevigny A., Philippe V., Baudon M., Hecquard C., Breuil C.*

Pharmacie, CHU Caen, Caen

Résumé :

Introduction :

La production de poches de Nutrition Parentérale (NP) est une activité réalisée quotidiennement pour le service de Néonatalogie, en salle blanche, sous hotte à flux laminaire, à l'aide d'un automate BAXA EM 2400. Plusieurs réclamations de la part du service de soins concernant une heure tardive de mise à disposition des poches nous ont conduits à mesurer puis analyser les temps nécessaires à chaque étape de la production.

Matériels et méthodes :

Un relevé exhaustif quotidien de l'heure de début et de fin de chaque étape ainsi que de l'heure de livraison des préparations dans le service a été relevé du 02/05/2014 au 28/11/2014. Les temps moyens ont été calculés.

Résultats :

104 jours de production ont été analysés, pour un total de 716 poches produites (6,88 poches/j [1 ;20]). L'heure moyenne de réception des prescriptions par mail est 10h31 [8h30 ; 11h34], la réception des poches dans le service est en moyenne 15h32 [14h34 ; 19h05], soit un temps moyen de 5h06 [3h ; 29h06]. Pour chaque étape, les durées moyennes sont : obtention des prescriptions : 21 min [0h01 ; 1h22], - entrée en salle blanche : 39 min [0h ; 2h52], - temps de production : 1h49 [0h45 ; 3h45], temps de contrôle des poches : 1h01 [0h10 ; 2h45], - Attente au réfrigérateur : 1h02 [0h02 ; 4h20], temps d'acheminement jusqu'au service : 11 min [0h02 ; 1h08].

Discussion :

Chaque étape du circuit est maintenant identifiée, les actions peuvent être lancées en impliquant les différents acteurs du circuit après leur avoir restitué les résultats de ce travail : les prescripteurs, l'équipe de production, les coursiers, les infirmiers et les aides-soignants. Les points-clés sont : le délai d'obtention de l'intégralité des prescriptions (communication, interfaçage direct du logiciel de prescription et du logiciel de production), le délai avant entrée en salle blanche (réorganisation des horaires de travail de l'équipe), le temps de montage incompressible avant production (maintien du montage pendant plusieurs jours = économie de 30 min/jour), l'optimisation de la libération des préparations après contrôle analytique, réduction du temps d'attente en cave froide à la PUI et l'optimisation du temps de transport (horaires de passage des coursiers).

Conclusion :

Cette analyse a permis de communiquer efficacement avec tous les acteurs du circuit, de la prescription à l'administration au patient. Chacun a pu prendre conscience des contraintes de l'autre. L'optimisation des délais de chaque étape permettra à chacun de travailler avec les mêmes objectifs pour aboutir à une meilleure qualité de prise en charge du patient.

Mots-clés :

Nutrition parentérale, Délais de production, Néonatalogie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Transplantation de microbiote fécal : mise au point d'une nouvelle préparation

Auteurs :

Veillet R.*⁽¹⁾, Jouannet M.⁽¹⁾, Aumeran C.⁽²⁾, Delaborde L.⁽¹⁾, Scanzi J.⁽³⁾, Sautou V.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie à usage intérieur, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

⁽²⁾ Hygiène hospitalière, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

⁽³⁾ Médecine digestive, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

Résumé :

Introduction :

L'intérêt pour la transplantation de microbiote fécal (TMF) est croissant, en particulier pour les infections récidivantes à *Clostridium difficile*. Définies comme des médicaments par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), ces préparations sont sous la responsabilité pharmaceutique. L'objectif est de mettre en place la préparation pour TMF, de la validation de la matière première à l'administration au patient, pour des protocoles de soin hors essais cliniques.

Matériels et méthodes :

En s'inspirant du guide ANSM, un groupe de travail comprenant différents médecins cliniciens, des biologistes, un pharmacien, un médecin hygiéniste s'est constitué pour établir les conditions de réalisation et le coût de cette préparation : screening des donneurs (questionnaire médical et tests biologiques), faisabilité (qualification de la matière première, technique de préparation, dispositif d'administration), circuit logistique.

Résultats :

Les réponses au questionnaire médical et les résultats des tests biologiques du donneur permettent la validation pharmaceutique de la matière première. La commission des innovations a attribué un budget de 20 000 € pour l'achat du matériel et la réalisation des bilans pour 10 patients. Le matériel choisi pour la réalisation des poches est constitué d'une boîte à gants non stérile, (pour la protection en cas de projection et olfactive) et d'un blender avec bols et lames à usage unique. La solution obtenue est conditionnée dans une poche de nutrition entérale placée dans un sac opaque. La préparation est réalisée par un manipulateur et un aide, dans une salle dédiée et dure 1h30 : mélange de 100 g de selles fraîches dans 500 mL de NaCl 0,9 %, filtration sur compresses de gaze jusqu'à obtention d'une solution sans résidus, décontamination de la boîte à gants.

Discussion :

Après un essai permettant l'apprentissage de la technique et l'acceptation par le personnel, 2 TMF ont été réalisées. La technique est longue mais simple et la programmation de l'administration la rend facilement intégrable dans une activité de routine.

Mots-clés :

Transplantation, Microbiote, Préparations pharmaceutiques

Références :

[1] ANSM, la transplantation de microbiote fécal et son encadrement dans les essais cliniques, mars 2014

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation de l'administration des chimiothérapies par arbres : problématiques rencontrées et retour d'expérience d'un centre hospitalier

Auteurs :

Basselin C.*, Jankowiak M., Laschinski B., Giraud J., Martin H., Moinard V., Gressier J.

Pharmacie, CH Roubaix, Roubaix

Résumé :

Introduction :

La préparation centralisée des chimiothérapies anticancéreuses à la pharmacie permet de diminuer les risques de contamination chimique des soignants par les cytotoxiques. Afin d'améliorer la protection des manipulateurs lors de la déconnexion de la tubulure en fin de perfusion, les arbres de connexion multiple référencés au groupement d'achat régional ont été testés, en concertation avec le service d'Oncologie de l'établissement.

Matériels et méthodes :

Le système a été testé dans chaque unité de soins d'Oncologie, avec l'accompagnement d'un pharmacien. Au préalable, les soignants et les préparateurs en pharmacie ont reçu une formation sur l'utilisation des arbres. Des fiches d'évaluation ont été réalisées afin de collecter les problèmes rencontrés et d'évaluer la satisfaction générale.

Résultats :

Les essais se sont arrêtés prématurément après 3 semaines à la demande des soignants. Les principales difficultés rencontrées étaient des désamorçages en fin de perfusion, ainsi qu'un allongement de la durée totale de perfusion avec les rinçages supplémentaires, à l'origine de problèmes organisationnels en Hôpital de Jour. Le gain en protection du personnel a en revanche été apprécié par les soignants. En pharmacie, les arbres de connexion multiple ont nettement amélioré la préparation (gain de temps, facilité de la purge). Une concertation tripartite oncologie-pharmacie-biomédical ainsi que la visite d'un autre centre utilisateur ont permis d'identifier des causes potentielles de désamorçage en cours de perfusion. De nouveaux essais ont été réalisés après sensibilisation des soignants aux bonnes pratiques suivantes : utilisation systématique d'un détecteur de gouttes en cas d'administration par pompe volumétrique, vérification des fermetures des prises d'air et du niveau de la chambre compte-gouttes après chaque perfusion. De légères adaptations du débit de perfusion ont été nécessaires dans certains protocoles afin de limiter l'allongement de la durée d'administration de la cure. Aucun incident n'a été rapporté depuis 4 mois, et les arbres de connexion multiple donnent entière satisfaction aux équipes soignantes.

Discussion :

Notre expérience montre l'importance de la formation et de la sensibilisation régulière du personnel aux bonnes pratiques. Pour faciliter la mise en place prochaine des arbres en Hématologie et en Pédiatrie, une fiche de bon usage sera diffusée auprès des utilisateurs, et un accompagnement pharmaceutique sera assuré afin de repérer les dysfonctionnements précoces.

Mots-clés :

Chimiothérapie anticancéreuse, Dispositifs médicaux, Dispositifs de sécurité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Audit inter-régional sur le temps de mise à disposition des préparations de chimiothérapie au sein des unités de reconstitution des cytotoxiques

Auteurs :

Nevado E.⁽¹⁾, Lagarde A.⁽¹⁾, Princet I.⁽²⁾, Chevrier R.⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Poitiers, Poitiers

⁽³⁾ Pharmacie à usage intérieur, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre d'un groupe de travail interrégional regroupant les régions Auvergne, Limousin et Poitou Charente, un audit sur le temps de mise à disposition des préparations de chimiothérapie aux services a été réalisé en 2014.

Matériels et méthodes :

L'objectif était de comparer les modalités de travail de chaque structure, et de mettre en évidence les points positifs de chaque mode de fonctionnement. Pour cela, une enquête prospective menée sur une semaine pour les établissements ayant plus de 30 préparations par jour et 2 semaines pour les autres, a été réalisée dans chaque unité de reconstitution des cytotoxiques des établissements volontaires au moyen d'une grille de recueil. Les horaires des différentes étapes clé du processus de préparation ont ainsi été recueillis : délai entre « OK chimio » au fil de l'eau et départ pharmacie, durée de la validation pharmaceutique, durée de la fabrication, délai entre fin de fabrication et départ de la préparation vers le service de soins.

Résultats :

20 établissements ont participé à cet audit : 3 centres hospitaliers universitaires, 1 centre de lutte contre le cancer, 13 centres hospitaliers et 3 établissements privés. Seules les données de 18 établissements ont pu être analysées grâce au tableur Excel®. 3 681 préparations ont été réalisées sur la période. L'audit a montré que le délai global moyen de mise à disposition des préparations aux services est de 1h10 (médiane 55 minutes, minimum 27 minutes et maximum 2h40). Les différences majeures entre les établissements se situent à 3 niveaux : délai entre OK Chimio et début de préparation (minimum 12 minutes, maximum 1h33) ; délai entre fin de préparation et départ vers les unités de soins (minimum 6 minutes, maximum 1h09) ; durée de la validation pharmaceutique (minimum de 1 minute, maximum de 10 minutes). Les temps de fabrication sont quant à eux homogènes (médiane 2 à 6 minutes).

Discussion :

Ces résultats ont été présentés aux différents centres en séance plénière, ce qui a permis un échange constructif sur les différentes organisations et contraintes locales expliquant ces différences. Cependant, quels que soient les locaux, le type de matériel (isolateur, hotte), l'organisation et le nombre de préparations, une majorité des centres arrive à un délai de mise à disposition proche de l'heure. Suite à ces résultats, il a été décidé de poursuivre cette enquête interrégionale sur les critères analysés lors de la validation pharmaceutique afin de cibler les différences.

Mots-clés :

Chimiothérapie, Délai, Audit

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Trastuzumab en injection sous cutanée : quels impacts ?

Auteurs :

Rauturier M.*, Feïstl P., Lemoine D., Truet S.

Pharmacie, CH Bayeux, Bayeux

Résumé :

Introduction :

Le trastuzumab en injection sous-cutanée (SC) est commercialisé depuis septembre 2014 et référencé depuis novembre 2014 dans notre établissement. Les formes SC et intraveineuse (IV) possèdent la même AMM dans le cancer du sein. Nous avons cherché à évaluer la tolérance physique et psychologique des patientes à cette nouvelle forme mais également ses répercussions sur les pratiques de l'établissement.

Matériels et méthodes :

Une étude de coût est réalisée sur l'impact du passage à l'injection SC pour l'établissement. Un questionnaire de 8 items à destination des patientes est élaboré permettant d'évaluer leur ressenti (5 items) et leur tolérance (3 items) quant à ce changement. Dix patientes ayant reçues au moins 3 cures IV sont interrogées individuellement par une interne en pharmacie après administration du trastuzumab.

Résultats :

En octobre 2014, 15 administrations de trastuzumab IV ont été faites soit 49 flacons utilisés (26 859 €). Avec la forme SC, 15 flacons auraient suffi soit 22 146 € représentant 4 713 € d'économie. A cela doit s'ajouter le gain de temps de préparation (1 minute pour la forme SC, environ 10 pour l'IV) et l'économie de matériel (plus besoin d'arbre à perfusion). De plus, le risque d'erreur de dose est diminué car l'administration SC se fait en une dose de 600 mg toutes les 3 semaines quelque soit le poids. Une patiente a refusé de passer en SC par crainte d'une moindre efficacité ou d'une toxicité augmentée. Les 9 autres recevant la forme SC ne perçoivent pas plus d'effets indésirables post-cure mais 8 parlent d'une douleur à l'injection. Cette douleur de type crampe a été évaluée en moyenne à 3/10 sur une échelle numérique et jusqu'à 7/10 pour 2 patientes. Leur ressenti est positif : rapidité, plus de liberté durant l'hospitalisation mais aussi avantage esthétique avec le retrait de la chambre implantable.

Discussion :

La douleur à l'injection gênant les patientes, une enquête sur son origine a été réalisée. Cette douleur est fonction de la vitesse d'injection du produit. Un rappel des recommandations (injection SC en 3 à 5 minutes) a été fait auprès des infirmières. Le trastuzumab en SC semble être un avantage autant du point de vue pharmacien que patient. Sur le plan psychologique, les patientes se sentent mieux avec l'injection SC (plus libres, moins marquées). Dans un contexte financier tendu, ce changement a un impact économique non négligeable. Cependant, cela ne réduit-il pas la possibilité de passage au biosimilaire IV dont la commercialisation est annoncée par l'ANSM d'ici 2018 ?

Mots-clés :

Préparation de médicament, Enquête sur les soins de santé, Antinéoplasiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise au point d'un dispositif d'étude biopharmaceutique des médicaments

Auteurs :

Salmon D.*, Diouf EH., Tall ML., Pivot C., Pirot F.

Pharmacie, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

Résumé :

Introduction :

L'étude in vitro de la perméabilité des épithélia (i.e., pénétration tissulaire et perméation vers le compartiment systémique) présents au site d'administration est une étape importante dans la mise au point d'un médicament. En effet, la caractérisation biopharmaceutique du principe actif permet d'assurer la sécurité d'usage du produit et de prévoir son efficacité. Les cellules de diffusion statiques verticales en verre (e.g., cellule de Franz) classiquement utilisées dans ce type d'étude présentent plusieurs inconvénients, notamment l'absence de données cinétiques de pénétration. Dans ce travail, nous proposons une cellule de diffusion innovante en polypropylène (VitroPharma) vouée à l'étude cinétique (i) de la perméation et (ii) de la pénétration épithéliale.

Matériels et méthodes :

Une étude de perméabilité comparative en dose finie sur 24 heures de la caféine à travers la peau porcine a été menée (i) sur VitroPharma et (ii) sur cellule de Franz utilisée comme dispositif de référence. Un modèle mathématique de perméation ajusté sur les données expérimentales a été utilisé pour obtenir les caractéristiques biopharmaceutiques de la caféine sur chacune des cellules (i.e., coefficient de perméation, aire sous la courbe).

Résultats :

Les caractéristiques biopharmaceutiques de la caféine obtenues sur chaque type de cellule étaient comparables, validant la cellule de diffusion VitroPharma en accord avec les recommandations de l'OECD. Parallèlement, les données de pénétration au cours du temps obtenues grâce à VitroPharma ont été corrélées à un modèle mathématique de pénétration cutanée.

Discussion :

VitroPharma répond à divers problèmes fréquemment rencontrés avec les cellules de Franz, notamment (i) la formation de bulles sous la surface de perméation, (ii) l'hydratation excessive de l'épithélium au cours de l'essai, (iii) la manipulation fastidieuse et (iv) le coût élevé des cellules de Franz. En pharmacie à usage intérieur, l'obtention facilitée de données de pénétration tissulaire in vitro au cours du temps avec VitroPharma permet notamment de sécuriser l'usage des médicaments expérimentaux tout en apportant une meilleure compréhension de leurs propriétés en amont des essais cliniques.

Conclusion :

VitroPharma permet d'améliorer la qualité, et la sécurité des préparations tout en réduisant les coûts de développement.

Mots-clés :

Biopharmacie, Perméabilité, Cellule de diffusion

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact du contrôle analytique des cytotoxiques en routine sur les pratiques de préparation : exemple des perfusions de vincristine

Auteurs :

Loboda C.*, Lider P., Vigneron J., May I.

Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre des protocoles d'hématologie, l'Unité Centralisée de Production des Chimiothérapies (UCPC) de notre établissement est amené régulièrement à préparer des perfusions de vincristine dosées à 1 mg. Ces perfusions sont ensuite analysées qualitativement et quantitativement par notre laboratoire de contrôle, par injection en flux continu (FIA) couplé à une détection à barrettes de diodes. L'augmentation du nombre de perfusions de vincristine dosées à 1 mg non-conformes (+/- 10 %) nous a fait remettre en question notre méthode de fabrication.

Matériels et méthodes :

Nous avons effectué 4 séries de 5 perfusions de vincristine dosées à 1 mg en changeant le matériel utilisé (seringues tuberculine de 1 mL Luer Lock ou de 3 mL Luer Lock) et/ou la technique de préparation (avec ou sans rinçage de la seringue). Un échantillon de 1 mL était ensuite prélevé et analysé par FIA avec détection à 221 nm.

Résultats :

La première série, utilisant des seringues de 1 mL Luer Lock sans rinçage de la seringue, a donné des écarts allant de - 0,5 % à + 1,2 % entre dose théorique et dose mesurée. La seconde série, utilisant ces mêmes seringues, mais cette fois avec rinçage de la seringue, a donné des écarts allant de + 0,8 % à + 6,8 %. La troisième série, utilisant des seringues de 3 mL Luer Lock sans rinçage de la seringue, a donné des écarts allant de -0,2 % à + 9,5 %. Enfin, la quatrième série, utilisant des seringues de 3 mL avec rinçage de la seringue, a donné des écarts allant de + 11,2 % à + 13,4 %.

Discussion :

Toutes les perfusions ont été réalisées par un même manipulateur, éliminant ainsi le biais qui pourrait être induit par le recours à des manipulateurs différents, ce qui rend les résultats comparables entre eux. Les écarts observés entre dose théorique et dose réelle sont donc directement corrélés au matériel utilisé, mais également à la méthode de fabrication. Suite à cette étude, notre protocole de fabrication de vincristine a été modifié en conséquence sur 2 points :

1. L'utilisation de seringues tuberculine 1 mL Luer Lock pour prélever la vincristine et l'injecter dans la poche.
2. L'absence de rinçage de la seringue.

Mots-clés :

Contrôle analytique, Pharmacotechnie, Chimiothérapie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Caractérisation des mélanges pulvérulents pour formes sèches : application à la production hospitalière de gélules de décontamination digestive sélective

Auteurs :

Grigorescu M., Bretagnolle C., Salmon D.*, Tall ML., Diouf EH., Pivot C., Pirot F.

Pharmacie, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

Résumé :

Introduction :

La décontamination digestive sélective de la lumière intestinale limite la translocation d'agents bactériens pathogènes (e.g., entérobactéries, *Pseudomonas aeruginosa*) chez les patients présentant une neutropénie (< 500/mm³) prolongée (> 10 jours). En 2014, la pharmacie à usage intérieur (PUI) a produit 216 lots de 300 de gélules de décontamination digestive (gentamicine, colistine). Lors de cette fabrication, l'homogénéité du mélange pulvérulent est un point critique pour la qualité du produit et l'efficacité du traitement. Ainsi, dans cette étude nous avons évalué et validé l'homogénéité du mélange de gentamicine, et de colistine.

Matériels et méthodes :

Le mélange des poudres est réalisé par trituration grâce à un mortier et un pilon durant 8 minutes. Quatre prélèvements (2 minutes, 5 minutes, 7 minutes et 8 minutes) du mélange pulvérulent correspondant à la masse du contenu de 10 gélules, ont été réalisés, puis (i) la morphologie (i.e., périmètre, aire) des cristaux a été observée au microscope optique et (ii) un dosage par spectrophotométrie UV des deux principes actifs a été réalisé.

Résultats :

L'analyse morphologique des cristaux montre une réduction de la variabilité du périmètre des cristaux au cours du trituration (de 67 % à 42 %, après 2 minutes et 8 minutes de trituration, respectivement) et de l'aire des cristaux (de 140 % à 76 %, après 2 minutes et 8 minutes de trituration, respectivement). Parallèlement, le dosage de la gentamicine s'est révélé conforme aux exigences de la Pharmacopée Européenne (± 10 % d'écart à la teneur théorique) dès 2 minutes de trituration (5 %). Une réduction de l'écart à la teneur théorique a pu être mise en évidence après 8 minutes de trituration (< 1 %). Néanmoins, le dosage de la colistine présentait un écart supérieur aux spécifications de la Pharmacopée à 2 minutes, 5 minutes et 7 minutes (16 %, 13 % et 12 %, respectivement). Après 8 minutes de trituration, l'écart à la teneur théorique de colistine était réduit à 7,5 %.

Discussion :

La dispersion homogène des principes actifs dans le mélange pulvérulent pour gélules de décontamination digestive étant plus difficile à atteindre pour la colistine que pour la gentamicine, un temps de trituration de 8 minutes a été retenu pour assurer la qualité de la préparation et l'efficacité du traitement chez les patients neutropéniques. De plus, la variabilité morphologique des cristaux est améliorée par le trituration ce qui participe certainement à l'obtention d'un mélange homogène.

Mots-clés :

Décontamination digestive, Mélange de poudres, Homogénéité

Références :

[1] Bonnes Pratiques de Préparation (2007)

[2] Pharmacopée Européenne (8^e édition 2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Validation d'une méthode de dosage de l'Amphotéricine B par Chromatographie Liquide Haute Performance

Auteurs :

Kilic Z., Tall ML.*, Simon C., Lenfant M., Diouf EH., Salmon D., Pivot C., Pirot F.

Pharmacie, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

Résumé :

Introduction :

La pharmacie hospitalière réalise en moyenne par an 500 collyres et 74 500 gélules d'Amphotéricine B. Les collyres dosés à 5 mg/ml sont utilisés en association avec d'autres collyres antibiotiques (vancomycine, ceftazidime, gentamicine) dans le traitement des kératites et endophtalmies microbiennes et les gélules d'Amphotéricine B (125 mg) sont indiquées dans la prévention des candidoses digestives chez les patients immunodéprimés. Actuellement la détermination de la teneur du principe actif dans le cadre du contrôle qualité libératoire de chaque lot est effectuée par spectrophométrie dans l'ultra-violet. Face à l'augmentation de la production de ces deux préparations hospitalières et pour une optimisation des analyses, une méthode de dosage par chromatographie liquide haute performance a été mise au point et validée.

Matériels et méthodes :

La validation analytique a été effectuée selon les recommandations de la Conférence Internationale d'Harmonisation (CIH) dans l'intervalle de mesure situé entre 2,25 et 5,25 µg/ml. Elle a consisté en la détermination de la spécificité (interférences des excipients), de la linéarité (n = 5), de la fidélité (répétabilité, fidélité intermédiaire), de l'exactitude, des limites de détection et de quantification. La séparation chromatographique a été obtenue sur une colonne C 18, 2,6 µm, 100 mm x 4,6 mm thermostatée à 40°C. La phase mobile était composée d'eau acidifiée avec l'acide orthophosphorique (pH : 3,0) et de l'acétonitrile (20/80, v/v). Le débit de la pompe était fixé à 1,2 ml/min et la détection a été effectuée à 405 nm pour un volume d'injection de 10 µl.

Résultats :

La méthode de dosage a montré une bonne linéarité entre 2,25 et 5,25 µg/ml avec un coefficient de corrélation $r = 0,992$, une fidélité satisfaisante avec un coefficient de variation $< 5\%$ et une exactitude avec des taux de recouvrement situés entre 98 % et 101 %. Les limites de détection et de quantification étaient de 0,46 et 1,40 µg/ml respectivement. Le temps de rétention a été stable pour toutes les injections à 0,7 min $\pm 5\%$. Aucun effet matrice dû aux excipients n'a été mis en évidence.

Discussion :

La technique par CLHP validée selon la CIH présente l'avantage de la spécificité, de la précision et de la durée d'analyse (< 1 min/échantillon) par rapport à la spectrophotométrie qui est une méthode quantitative.

Conclusion :

Cette méthode permet d'améliorer la qualité des dosages tout en réduisant le temps technicien par l'analyse simultanée de plusieurs lots de collyres et/ou de gélules.

Mots-clés :

Amphotéricine B, Validation analytique, Chromatographie liquide haute performance

Références :

- [1] Guide méthodologique des études de stabilité des préparations de la Société Française de Pharmacie Clinique et du Groupe d'Evaluation et de Recherche sur la Protection en Atmosphère Contrôlée - Edition 1 ; avril 2013
- [2] Gautier JC et al. Guide de validation analytique. Rapport d'une commission SFSTP. Méthodologie. STP Pharma Prat. Vol 2 (4) : 205-226 (1992)
- [3] International Conference on Harmonization of Technical Requirements for the registration of pharmaceuticals for human use : Validation of analytical procedure methodology : Text and methodology » Q2(R1) ; 1999

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Pureté radiochimique des préparations de médicaments radiopharmaceutiques : choix et validation d'une procédure dégradée

Auteurs :

Hosselet C.*, Brehon E., Pelloquin N., Lheureux N.

Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens

Résumé :

Introduction :

Dans la plupart des cas, le médicament radiopharmaceutique (MRP) est une préparation issue d'un marquage entre une molécule vectrice (reflet du métabolisme) et un émetteur gamma (permettant la détection). Afin d'évaluer la qualité de ce marquage, on réalise un contrôle de la pureté radiochimique (rapport de l'activité du radionucléide sous la forme attendue à l'activité totale dans la préparation) en séparant les espèces par chromatographie sur couche mince (CCM) puis quantification par un radiochromatographe [1]. Nous souhaitons déterminer et valider la méthode dégradée au radiochromatographe (méthode de référence) : lecture au contaminomètre CoMo ou passeur gamma.

Matériels et méthodes :

En novembre-décembre 2014, 30 PRC de 4 préparations de MRP les plus utilisés (éluats, macro agrégats d'albumine humaine, nanocolloïdes d'albumine et oxidronate technétiés) sont réalisées, chaque CCM est lue par le radiochromatographe, puis :

- par le CoMo la bande est découpée 2 parties égales, le nombre de coups par secondes est mesuré après soustraction du bruit de fond (bdf) pour chaque partie en plaçant le détecteur à 6 cm.

- par le passeur : chaque bande est comptée en déterminant le bdf au préalable. Le critère principal est la détermination de l'erreur moyenne sur la PRC des 2 méthodes alternatives par rapport à la méthode de référence. Le critère secondaire est le temps de rendu du résultat des 2 méthodes par rapport au radiochromatographe. La méthode retenue est validée si l'erreur moyenne est inférieure à 2 %. L'étude statistique a été réalisée grâce à un test de Student.

Résultats :

Il a été observé pour le critère principal une différence significative de l'erreur moyenne pour la préparation d'HDP : 1,21 % (IC95 % : 0,88-1,55) pour le CoMo et 2,15 % (IC95 % : 1,61-2,70) pour le passeur ($p = 0,005$). Nous n'avons pas observé de différences significatives pour les 3 autres préparations ($p > 0,05$). Le temps de référence de comptage pour le radiochromatographe était de 5 min, le temps du CoMo était en moyenne de 2,27 min (IC95 % : 2,09-2,44), celui par le passeur de 11,46 min (IC95 % : 11,18-11,75), la différence étant significative ($p < 0,001$).

Discussion :

A part l'Oxidronate, nous n'avons pas observé de différences entre le CoMo et le passeur sur le rendu de la PRC. Par contre le temps de rendu est à l'avantage du CoMo. Devant ces résultats nous avons choisi une procédure dégradée avec le CoMo.

Mots-clés :

Radiopharmacie, Contrôle qualité, Chromatographie

Références :

[1] Galy G, Fraysse M, Radiopharmacie et médicaments radiopharmaceutiques 1^{ère} éd, Paris : Tec&Doc Lavoisier ; 2012

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Retour des préparations de chimiothérapies non administrées : causes, impact, actions correctives

Auteurs :

Rusu T.*, Maidine-Chassin A., Hurgon A., Fouque J., Pelloquin A., Escalup L.

Pharmacie, Institut Curie, Paris

Résumé :

Introduction :

En quatre ans, l'activité de notre Unité de Préparation des Anticancéreux a augmenté de 25 % (45 570 en 2014). L'anticipation de la validation médicale des prescriptions, la standardisation des doses (5 DCI et 36 % des préparations) ainsi que la mise en place d'un automate, nous ont permis d'absorber l'augmentation d'activité. Toutefois, une conséquence de cette organisation est le retour quotidien de préparations fabriquées non administrées aux patients. L'objectif de cette étude est d'analyser les retours de manière quantitative et qualitative afin de minimiser le risque de perte des préparations onéreuses.

Matériels et méthodes :

L'ensemble des retours et réattributions étant tracés, nous avons réalisé une étude rétrospective sur deux ans (2013-2014). Le pourcentage de réattribution, les coûts associés et les motifs de retours ont été analysés.

Résultats :

Entre 2013 et 2014, notre activité a augmenté de 4 % ; 2,4 % (2013) et 3,3 % (2014) des préparations ont été retournées. Sur l'ensemble de ces retours, 22 % concernaient des préparations non anticipées, 50 % des préparations anticipées et 28 % des doses standards (DS). Sont réattribuées 100 % des DS, 91 % des préparations anticipées et seulement 58 % des préparations non anticipées. Les pertes évitées ont été de 255 186 euros (dont 241 036 euros de molécules onéreuses) en 2013 et de 495 856 euros (dont 476 018 euros de molécules onéreuses) en 2014. Les principaux motifs de retour étaient la survenue d'une altération de l'état général (40 %), un problème de programmation (30 %) et une modification de dose (20 %).

Discussion :

L'augmentation de la validation médicale anticipée des prescriptions explique le fort taux de retour des préparations et les causes. La prescription en DS permet un taux de réattribution élevé. En 2014, la meilleure réattribution des molécules onéreuses s'explique par une vigilance accrue des pharmaciens, une révision des données de stabilité et une sensibilisation renforcée des services de soins.

Conclusion :

Le circuit de retours des préparations non administrées doit être parfaitement contrôlé car il permet une maîtrise significative des dépenses. Il nécessite un investissement important en terme de temps pharmaceutique mais aussi la vigilance de l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins. Des outils informatiques plus appropriés permettraient d'optimiser la gestion des retours.

Mots-clés :

Anticipation, Réattribution, Dose standard

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Rationalisation des préparations pour tests allergologiques au CHU

Auteurs :

Robineau C.*, Guignard MH., Pernot C.

Pharmacie, CHU Dijon, Dijon

Résumé :

Introduction :

Les toxidermies représentent l'un des plus fréquents effets indésirables liés à l'administration d'un médicament, dont le diagnostic repose, entre-autre, sur la réalisation de tests cutanés (TC). Des allergènes sont commercialisés par des laboratoires pharmaceutiques sous le statut de spécialités avec autorisation de mise sur le marché ou d'Allergènes Préparés Spécifiquement pour un Individu (APSI). Les PUI sont de plus en plus sollicitées pour la réalisation de TC à partir d'allergènes non biologiques (57 % d'augmentation entre 2011 et 2013 dans notre CHU). L'objectif est de rationaliser notre démarche selon les Bonnes Pratiques de Préparation (BPP) afin de protocoliser toutes les étapes en lien avec la réalisation de ces préparations magistrales.

Matériels et méthodes :

A partir des prescriptions et de l'ordonnancier, un bilan sur l'ensemble des TC préparés en 2013 a été réalisé reprenant tous les critères nécessaires à leur fabrication. Un groupe de travail composé de pharmaciens de l'unité de Pharmacotechnie et de médecins allergologues a travaillé à l'identification par brainstorming de critères essentiels pour décider de la faisabilité d'une préparation.

Résultats :

1 061 TC ont été préparés à la PUI en 2013. Les patch-tests sont majoritairement préparés par dilution à 30 % dans la vaseline ou l'eau pour préparation injectable (PPI), extemporanément. Les intra-dermoréactions (IDR) sont préparés à 76 % par dilution dans l'eau PPI au 1/10^{ème}, 1/100^{ème} et 1/1 000^{ème} extemporanément, à l'exception des TC de sels de platine. Les pricks-tests sont des solutions pures préparés parallèlement aux IDR. Toutes les TC sont préparés à partir de spécialités sous forme injectable ou orale.

Discussion :

L'analyse de ce bilan lors de l'étape de brainstorming nous a amené à modifier nos pratiques pour la préparation des TC au regard des dernières recommandations, par exemple l'utilisation du NaCl 0,9 % comme excipient pour les IDR à la place de l'eau PPI. Des modèles d'ordonnances ont été rédigés selon les molécules à tester afin de sécuriser la prescription des TC. La création de fiche de faisabilité par dénomination commune internationale (DCI) est apparue indispensable afin de faciliter l'analyse de faisabilité pour chaque préparation et de créer un thésaurus des préparations pour TC.

Conclusion :

Notre démarche s'inscrit donc dans une démarche d'assurance qualité pour mettre en place un référentiel des préparations et des protocoles actualisés et accessibles à l'ensemble du personnel concerné.

Mots-clés :

Allergologie, Tests cutanés, Etudes de faisabilité

Références :

- [1] Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. Bourke J et al. Br. J. Dermatol., (169) : 946-954 (2009)
- [2] BSACI guidelines for the management of drug allergy. Mirakian R et al. Clin. Exp. Allergy, (39) : 43-61 (2008)
- [3] Guideline for performing skin tests with drugs in the investigation of cutaneous adverse drug reactions. Barbaud A et al. Contact Dermatitis, (45) : 321-328 (2001)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'un test à la fluorescéine dans le cadre de la formation continue des manipulateurs de médicaments cytotoxiques

Auteurs :

Zecchini C.*, Khouri C., Durand M., Federspiel I., Foroni L., Lemoigne A.

Pharmacie, CHU Grenoble, Grenoble

Résumé :

Introduction :

Les Bonnes Pratiques de Préparation imposent de mettre en place une formation « appropriée et évaluée » pour le personnel travaillant dans une unité de préparation de médicaments stériles. [1] Dans notre URC (Unité de Reconstitution des Cytotoxiques), il existe une formation théorique et pratique pour les nouveaux manipulateurs de cytotoxiques permettant de les habilitier ainsi qu'une formation théorique continue, mais aucune évaluation continue de la pratique. L'objectif de ce travail est de mettre en place un test à la fluorescéine afin d'évaluer régulièrement les manipulateurs de cytotoxiques.

Matériels et méthodes :

En raison de ses propriétés de fluorescence et d'innocuité, une solution de fluorescéine (10 milligrammes/millilitre) en flacon était utilisée par chaque manipulateur afin de réaliser sous isolateur 3 préparations tests différentes : une solution en poche avec montage du perfuseur, une seringue de grand volume avec branchement d'un prolongateur et une seringue de petit volume simulant une préparation destinée à la voie intrathécale. Une lampe UV (365 nanomètres) associée à une brumisation d'eau était ensuite utilisée pour révéler la présence de contamination par la fluorescéine sur les préparations, le matériel utilisé ou l'environnement. Le test était noté sur 12 points selon le nombre de tâches de fluorescéine et était non validé en cas de note inférieure à 10.

Résultats :

Au total, 20 préparateurs en pharmacie ont été évalués, parmi lesquels 9 travaillaient régulièrement à l'URC et 11 effectuaient uniquement des astreintes pour l'URC (soit 4 fois par an). Les 20 préparateurs ont validé le test. La note moyenne de 10,6 a été obtenue par les préparateurs de l'URC et par ceux participant aux astreintes. Aucun n'a contaminé ses gants ou la surface de travail (champ ou isolateur). Pour 80 % des préparateurs observés, des tâches de fluorescéine ont été observées sur les compresses utilisées lors de la reconstitution de l'une des 3 préparations.

Discussion :

Cette expérience a mis en évidence que les manipulateurs de notre centre adoptent les bons gestes pour éviter la contamination de l'environnement par les cytotoxiques. Les révélations sous lampe UV, faites en présence des préparateurs, les ont sensibilisés sur l'existence des sites à risque de contamination chimique comme le septum du flacon, le site d'injection de la poche, le pas de vis des seringues. Grâce à son faible coût et à sa simplicité, ce test nous permet de compléter l'habilitation des nouveaux manipulateurs et de requalifier annuellement tous les manipulateurs de cytotoxiques.

Mots-clés :

Fluorescéine, Cytotoxiques, Formation continue

Références :

[1] ANSM. Bonnes Pratiques de Préparation. 2007

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Conditionnement unitaire en pharmacie hospitalière : quel est le prix à payer pour améliorer la sécurité des patients ?

Auteurs :

Jaubert S., Klos A., Langouet AM., Stoll E., Berthelin P., Villeneuve V., Camus M.*

Pharmacie à usage intérieur, CH Melun, Melun

Résumé :

Introduction :

Malgré une vigilance des critères de choix pour l'achat des médicaments en faveur d'un conditionnement unitaire, en 2014, 55 % des formes orales sèches du livret thérapeutique se présentent sous forme non unitaire. L'activité de sur-conditionnement unitaire permet de garantir une identification complète des médicaments jusqu'à leur administration. L'objectif est de partager notre retour d'expérience d'un point de vue économique sur cette activité.

Matériels et méthodes :

L'activité est automatisée grâce à un équipement acquis en 2012 : Blispack (ARX) réalisant la découpe des blisters et le sur-conditionnement de doses unitaires (DU). Sont évalués sur la base des données 2014 : l'activité de production (nombre de DU produites, nombre de DU non conformes, productivité) et les coûts qu'elle engendre (nombre de jours de production, ressources humaines, consommables, fonctionnement lié à l'achat de la machine avec un amortissement sur 5 ans et ses frais de maintenance).

Résultats :

En 2014, 303 161 DU sont produites (versus 130 518 en 2013) correspondant à 1 145 séries (ou lots différents enregistrés). L'activité concerne 122 spécialités référencées sous format non unitaire et éligibles au paramétrage requis par la machine (8,8 % des molécules du livret thérapeutique). L'activité se répartit sur 172 jours (soit une productivité de 1 763 DU/jour et environ 352 DU/h contrairement à la valeur théorique annoncée par le fabricant de 1 000 DU/h). Les non conformités sont quantitativement mineures (0,14 % de la production totale) et de 4 types : unité écrasée, unité coupée, unité coincée dans l'équipement, 2 unités par emballage (ces deux derniers défauts sont survenus chacun 2 fois en 2014). Le coût total annuel (82 391 euros) intègre les ressources humaines (préparateur en pharmacie qui encadre l'activité et pharmacien qui valide puis libère les lots) représentant 52,2 % du coût total, l'automate (acquisition et entretien) pour 37,3 % et les consommables (rouleaux papier et ambrés constituant chacun une face de l'emballage de DU, ruban encreur pour l'impression des mentions légales sur la face papier) pour 10,5 %. Rapporté à la production, le coût d'une DU est de 0,27 euros.

Discussion :

L'automatisation facilite la réalisation d'un volume d'activité qui serait difficilement atteignable manuellement. La productivité réelle peut être améliorée jusqu'à 450 000 DU avec les moyens actuels) ce qui diminuerait le coût. Celui-ci reste important pour supporter une activité qui participe à la sécurisation du circuit du médicament mais devrait être effectuée directement par les laboratoires qui commercialisent les médicaments.

Mots-clés :

Coût, Conditionnement, Sécurité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Retour des préparations d'anticancéreux : analyse pharmaco-économique

Auteurs :

Gaihier C.*, Grenouilleau V., Rieu C., Aguerre C., Ferrari S., Jomier JY.

Pharmacie, CH Pau, Pau

Résumé :

Introduction :

Les préparations de chimiothérapie sont centralisées au sein de l'unité de pharmacotechnie (UPO) de l'établissement. En cas de non administration, ces préparations sont retournées à la pharmacie dans le but d'être éventuellement réattribuées à un autre patient. L'objectif de notre travail est de déterminer les causes des non-administrations des préparations de chimiothérapies et leur impact économique.

Matériels et méthodes :

De juin 2012 à décembre 2014, nous avons enregistré tous les retours de préparations d'anticancéreux. Les critères recensés sont pour chaque retour : le service concerné, le type de la molécule, la cause et le coût de la préparation.

Résultats :

Durant la période analysée, 100 préparations ont été retournées à l'UPO (soit 0,3 % de la production totale) : 48 % proviennent du service de gastro-entérologie, 23 % d'oncologie, 16 % de pneumologie. Ces retours concernent 25 molécules différentes dont le 5-Fluorouracile (29 %), le bevacizumab (11 %), le carboplatine (8 %), l'irinotécan (7 %) et l'étoposide (6 %). Les causes de retours sont liées au patient dans 70 % des cas (toxicité du traitement, altération de l'état général, bilan sanguin incompatible, refus d'administration, injection impossible). Dans 23 %, elles sont inhérentes au service : erreur de prescription, erreur de conservation, erreur d'administration ; 3 % des causes sont liées au matériel : poche ou tubulure percées, perte de stérilité ; dans 4 cas la cause de retour reste inconnue. Au total, 61 % des causes de retour étaient évitables. 34 % des préparations ont pu être réattribuées, le reste a été détruit entraînant une perte de 13 298 euros (soit 0,24 % des consommations).

Discussion :

Au vu des résultats, l'organisation du circuit des chimiothérapies s'avère globalement satisfaisant (peu de non administration pour peu de perte). Toutefois, le nombre de préparations réattribuées reste faible, des améliorations sont possibles grâce à l'intégration des résultats des dernières études de stabilité du bevacizumab (effective depuis fin décembre 2014), les retours correspondant à cette molécule représentent 53,2 % des pertes enregistrées. Enfin, une resensibilisation des quelques prescripteurs concernés est prévue : en particulier pour les prescriptions des patients nécessitant un complément de bilan sanguin ou radiologique.

Mots-clés :

Chimiothérapie, Pharmaco-économie, Amélioration de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécuriser la préparation des chimiothérapies anticancéreuses injectables : quel bilan après la fabrication de 2 140 préparations vidéo-contrôlées

Auteurs :

Dalifard B.⁽¹⁾, Laplace M.⁽¹⁾, Blancher CH.⁽²⁾, Le Franc B.⁽¹⁾, Cadeac MA.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Groupe Hospitalier Rochelle Ré Aunis, La Rochelle

⁽²⁾ Pharmacie, CH La Rochelle, La Rochelle

Résumé :

Introduction :

Notre Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC) fabrique 23 000 chimiothérapies anticancéreuses injectables sur 3 postes de travail par an. En 2014, l'URC s'est dotée d'un poste du premier système de contrôle vidéo de la fabrication des chimiothérapies. L'intérêt du système est de guider le préparateur dans son processus de fabrication et de donner la possibilité au pharmacien de contrôler et libérer la préparation. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'activité du contrôle vidéo et de son efficacité.

Matériels et méthodes :

Pour réaliser ce travail nous avons extrait et analysé toutes les données des préparations réalisées sous contrôle vidéo depuis avril 2014. Pour évaluer l'activité, les données suivantes sont recueillies : nombre de préparations effectuées, conditionnement final d'administration, nombre de flacons et seringues reconnus. Pour l'efficacité du système, les erreurs arrêtées par drugcam (nombre de flacons et volume) sont recueillies.

Résultats :

En 8 mois d'activité, 2 140 préparations sont réalisées sous contrôle vidéo. 32 molécules différentes sont reconnues (25 prêts à l'emploi, 7 lyophilisats). 3 600 flacons et 7 200 seringues sont détectés. Le système de contrôle reconnaît les flacons les plus volumineux (ex : 5-fluorouracile, Cetuximab) comme les plus petits (ex : Bortezomib, Vincristine). Tous les modèles de seringues et leurs graduations sont reconnus (de 1 à 50 ml). Tous les conditionnements d'administration sont utilisés (diffuseurs et véhicules d'administration). Le système a permis d'arrêter 3 erreurs de volumes de seringues erronées qui auraient abouties à un surdosage pour le patient dont une supérieur de 100 % à la dose prescrite. Il a permis également d'arrêter l'utilisation d'un flacon de Docetaxel à la place d'un flacon d'Etoposide.

Discussion :

Les résultats montrent que toutes les préparations sont réalisables avec ce système : du diffuseur à la seringue de 1 ml. Le système arrête des erreurs qui auraient eu a priori des conséquences cliniques pour le patient. Après avoir suivi une courbe d'apprentissage, et sans moyen en pharmacien supplémentaire pour la mise en place, tous nos préparateurs peuvent manipuler avec l'aide du contrôle vidéo.

Conclusion :

Le système permet de sécuriser toutes les préparations dont les intrarachidiennes. Les temps de préparation sont en cours d'étude. Le système reconnaît les Datamatrix présents sur les flacons pour sécuriser encore plus la préparation. En 2015, l'URC va acquérir 3 postes de fabrications en plus : le double contrôle visuel sera alors abandonné.

Mots-clés :

Chimiothérapie, Contrôle, Vidéo

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Développement d'une suspension buvable gastro-résistante d'ésoméprazole à 5 mg/mL

Auteurs :

Waton K.*⁽¹⁾, Remoue A.⁽²⁾, Grignon C.⁽¹⁾, Dupuis A.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Poitiers, Poitiers

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Nantes, Nantes

Résumé :

Introduction :

Les inhibiteurs de la pompe à proton sont indiqués dans le traitement des reflux gastro-œsophagiens compliqués. Deux molécules ont l'AMM chez l'enfant de plus de 1 an, l'oméprazole et l'ésoméprazole, mais la variabilité interindividuelle est moins importante pour l'ésoméprazole. Les formes galéniques disponibles ne sont pas adaptées pour l'administration en néonatalogie d'une posologie usuelle de un milligramme par kilogramme. Le développement d'une suspension buvable gastro-résistante d'ésoméprazole à 5 mg/mL a donc été réalisé.

Matériels et méthodes :

Une étude de faisabilité a été établie pour évaluer celle-ci en termes de matière première et d'agent de suspension. La validation de la méthode de dosage de l'ésoméprazole par HPLC en termes de linéarité, spécificité, exactitude et fidélité est réalisée. L'homogénéité de la suspension buvable obtenue est évaluée par le dosage de principe actif dans dix prélèvements de trois suspensions. La gastro-résistance est testée par traitement de trois échantillons en milieu acide à pH 0,1 pendant 120 minutes puis en milieu tamponné à pH 6,8 pendant 70 minutes. La stabilité de cette gastro-résistance est testée sur 7 jours.

Résultats :

Les granulés gastro-résistants d'ésoméprazole sont dispersés dans l'Inorpha dont le pH acide et le nombre restreint d'excipients à effet notoire a orienté le choix. Les conditions analytiques définies sont une phase mobile Acétonitrile/Eau (30/70), un débit de 1 mL/min, un volume d'injection de 20 µL. La méthode est linéaire entre 0 et 14 µg/mL avec un coefficient de corrélation de 0,999. La méthode est spécifique, exacte et fidèle. Les coefficients de variations obtenus pour valider l'homogénéité sont supérieurs à 50 %. La gastro-résistance a été validée par l'absence de libération d'ésoméprazole pendant les 120 minutes de traitement en milieu acide (pH 0,1) et une libération complète en milieu tamponné (pH 6,8). Ces résultats sont semblables sur les 7 jours de traitement.

Discussion :

Cette étude a permis de développer une suspension buvable gastro-résistante à 5 mg/mL stable 7 jours mais non homogène. D'autres concentrations ont été testées mais n'ont pas permis d'améliorer ce problème, qui peut être expliqué par la présence d'hydroxypolyméthylcellulose responsable du gonflement des granulés en suspension. Il est donc envisagé de préparer des préparations unidoses dont le dosage sera fixé au préalable par discussion avec les pédiatres. La perspective d'étendre la stabilité à 30 jours est en cours ainsi qu'une réflexion pour améliorer l'homogénéité de la suspension.

Mots-clés :

Esoméprazole, Comprimés entérosolubles, Néonatalogie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Qualité, gestion des risques, vigilance

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 248

Titre :

Comment sensibiliser les professionnels de santé aux risques médicamenteux ?

Auteurs :

Collart Dutilleul P.*, Vadot L., Probst M., Roncalez D., Demesmay K.

Pharmacie - Stérilisation - Information médicale, Hôpital Pasteur, Colmar

Résumé :

Introduction :

L'organisation d'actions de sensibilisation et de formation au risque d'erreurs médicamenteuses est une obligation pour les établissements de santé. Elle figure parmi les éléments d'investigation obligatoires de la HAS dans le cadre de la certification V2014. Afin d'améliorer la culture de la sécurité auprès des acteurs de la prise en charge médicamenteuse (PECM) du patient hospitalisé, une simulation par le biais d'une « Chambre des Erreurs » a été proposée dans notre établissement [1]. L'objectif principal était de proposer une formation originale permettant d'aborder des situations à risque pour le patient, en favorisant les échanges et l'analyse des pratiques professionnelles.

Matériels et méthodes :

Un local a été aménagé de manière à reconstituer un bureau médical, une salle de soins et une chambre de malade. Plus de 30 erreurs ou risques, en relation avec la PECM, ciblés sur les Never Events [2] et sur des erreurs médicamenteuses survenues dans notre établissement, mais aussi avec l'hygiène et l'identitovigilance y ont été dissimulés.

Résultats :

Sur une durée de 5 jours, 297 professionnels ont participé. Le personnel paramédical a représenté 73 % des participants, suivi des médico-techniques (14 %), du personnel médical (10 %) et administratif (2 %). Concernant la PECM, la mauvaise gestion du traitement personnel du patient, les risques liés au stockage (mélange de solutés, présence de périmés) et l'erreur d'identité ont été le plus souvent détectés (resp. 89 %, 50 % et 37 %). Les erreurs médicamenteuses en lien avec les Never Events ont été plus rarement mentionnées : modalités de préparation et d'administration du KCI (25,2 %), rythme d'administration du methotrexate per os (9,8 %) et risque lié aux anticoagulants (5,5 %). A l'issue du parcours, un échange avec les professionnels sur leurs pratiques, animé par un binôme pharmacien-hygiéniste, a été réalisé. Les règles de bonnes pratiques y ont été rappelées et les alertes nationales (ANSM, liste des Never Events) rediffusées.

Discussion :

Cette action pédagogique a permis de toucher près de 300 personnes et a suscité l'enthousiasme des participants. C'est une démarche dynamique, fédératrice et pluridisciplinaire, qui s'inscrit dans la sécurisation de la PECM en permettant la diffusion des bonnes pratiques. Elle a d'autre part permis d'identifier les risques les moins perçus, nous permettant d'orienter les futures actions de sensibilisation au risque médicamenteux et de prioriser les axes de sécurisation.

Mots-clés :

Formation professionnelle, Pratique professionnelle, Préparations pharmaceutiques

Références :

[1] OMÉDIT Bretagne. Outil de simulation en santé : « La chambre des erreurs ». Août 2013

[2] Never Events. Circulaire du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Interruption des tâches : évaluation en unité de reconstitution centralisée

Auteurs :

Duquesne J.*⁽¹⁾, Wong F.⁽¹⁾, Relieu M.⁽²⁾, Mirfendereski N.⁽¹⁾, Ruitort S.⁽¹⁾, Collomp R.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Nice - Hôpital Archet 2, Nice

⁽²⁾ Recherche sociologie, Télécom ParisTech, Paris

Résumé :

Introduction :

L'environnement de travail des professionnels de santé est caractérisé par des interruptions de tâches (IT) fréquentes, générant un risque d'erreurs, mais également du stress. La gestion de cette problématique est complexe car elle touche à la fois l'organisation du travail, le travail en équipe et l'environnement (locaux, ergonomie ...).

Matériels et méthodes :

Une évaluation de l'importance des IT en unité de reconstitution centralisée (URC) a été réalisée en utilisant après adaptation les outils élaborés par un groupe de travail de la HAS portant sur cette thématique : grille observationnelle, typologie des IT, débriefing. L'observation a été réalisée sur 2 matinées par 2 observateurs externes à l'unité préalablement formés.

Résultats :

117 IT ont été observées soit une moyenne d'une interruption toutes les 3 minutes. Leur durée était brève, inférieure à une minute. De mode physique, elles proviennent essentiellement de personnel à l'intérieur de l'URC avec comme motif la demande ou la transmission de renseignement ainsi que la réalisation du double contrôle. Face à ces IT, les réactions étaient de s'interrompre et accorder son attention à l'auteur avec, vis-à-vis de la tâche initiale de préparation, la reprise au moment de l'interruption.

Discussion :

Les IT en URC sont sans surprise nettement différentes de celles que nous avons observées dans les services de soins (peu de rôle du téléphone, origine interne très majoritaire car non lien avec le patient ou la famille ...). Les pistes d'amélioration, peu décrites dans la littérature, sont plus limitées que dans les services de soins : port de gilet jaune, réorganisation des locaux ne sont pas envisageables. L'axe principal de recherche retenu porte sur les modalités du double contrôle, indispensable mais source d'IT pour le vérificateur. En parallèle, nous travaillons sur les représentations individuelles et l'organisation inter acteurs avec le soutien d'un sociologue expert du domaine.

Conclusion :

Ce travail sur les IT en URC sera poursuivi en collaboration avec d'autres établissements dans un objectif de retour d'expérience et réflexion commune sur cette problématique porteuse de risque.

Mots-clés :

Préparation de médicament, Analyse et exécution des tâches, Gestion des risques

Références :

[1] The science of interruption. Enrico Coiera BMJ Qual Saf 21 : 357-360 (2012)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Habilitation à la conduite d'un automate de dispensation nominative de médicaments de formes orales sèches : mise en place d'un permis à points

Auteurs :

Pelletier JC.*⁽¹⁾, Mathiot I.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Hôpital Cœur du Bourbonnais, Tronget

⁽²⁾ Pharmacie, Hôpital de Charolles, Charolles

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre d'une amélioration de la qualité et de la sécurisation maximale des préparations, nous nous sommes interrogés sur la maîtrise de l'activité quotidienne des préparateurs en pharmacie hospitalière travaillant avec un automate de dispensation nominative de médicaments formes orales sèches. En 2014, 1,5 million de doses ont été préparées. L'objectif de ce travail est de s'assurer que la pratique de cette activité par les préparateurs est conforme aux procédures de qualité, corriger les dérives mises en évidence depuis les formations initiales et assurer le suivi du niveau de qualification des préparateurs tout au long de leurs parcours professionnels.

Matériels et méthodes :

Cinq étapes à risque pour la préparation des doses à administrer (PDA) ont été ciblées après analyse du Manuel Assurance Qualité et des données de la littérature. Une grille d'évaluation a été préparée puis validée en collaboration avec la cellule qualité et de gestion des risques et testée préalablement auprès de deux pharmaciens. Les cinq étapes critiques ciblées sont l'hygiène (6 items), le déconditionnement (2 items), la dispensation automatisée (6 items), le contrôle (4) et la maintenance (2). Une note minimale de 15/20 est requise afin d'obtenir l'habilitation. Durant 1 heure, chacune des quatre préparatrices dont la moyenne d'âge est de 39 ans [28-55] est soumise à une évaluation pratique de la maîtrise des différentes étapes de cette activité.

Résultats :

Le rendu des résultats est fonction de l'ancienneté des préparatrices. La moyenne des notes est de 17,02/20 [16,0-19] avec un pic du score pour une ancienneté de 3 ans. La répartition des réponses fait apparaître une moyenne des notes de 4,5/6 ± 0,5 sur l'hygiène, de 1,5/2 ± 0,3 sur le déconditionnement, de 5,8/6 ± 0,5 sur la dispensation, 4/4 ± 0 sur le contrôle et 1,4/2 ± 0,2 sur la maintenance. Globalement, tous les points évalués sont maîtrisés.

Discussion :

L'inhomogénéité des évaluations est révélatrice d'un manque de communication dans l'équipe. Cette évaluation permet de définir et prioriser les actions correctrices à mettre en œuvre le cas échéant, par le pharmacien et de déterminer si le préparateur est apte à se maintenir sur cette activité. Cette évaluation sera renouvelée périodiquement (6 mois) et à chaque recrutement d'un nouveau préparateur.

Conclusion :

Cette habilitation valide le niveau de qualification qu'exige le pharmacien de ses préparateurs pour assurer la sécurisation d'une activité exigeante.

Mots-clés :

Qualité, Habilitation, Dispensation automatisée

Références :

[1] Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière

[2] Recommandation de bonne pratique de préparation des doses à administrer à l'aide d'automate de reconditionnement de formes orales sèches groupe de travail CUAP Synprefh nov 2014

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Myosite nécrosante auto-immune induite par les statines : cas chez un patient traité par atorvastatine

Auteurs :

Carlier C.*⁽¹⁾, Betton D.⁽¹⁾, Gauquelin Y.⁽¹⁾, Descloux E.⁽²⁾, Cazorla C.⁽²⁾, Fijalkowski C.⁽¹⁾, Guillemin V.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHT - Hôpital de Magenta, Nouméa, Nouvelle-Calédonie

⁽²⁾ Service médecine interne, CHT - Hôpital de Magenta, Nouméa, Nouvelle-Calédonie

Résumé :

Introduction :

Les statines sont des hypolipémiants qui inhibent l'HMGC_oA réductase (HydroxyMéthylGlutaryl-CoenzymeA réductase), une enzyme clé dans la synthèse du cholestérol. Elles constituent une classe thérapeutique très largement prescrite et connue pour induire une toxicité musculaire, allant de simples élévations asymptomatiques des CPK (Créatine PhosphoKinase) jusqu'aux rhabdomyolyses [1]. Les formes graves sont rares. Les symptômes sont généralement résolus rapidement à l'arrêt de la statine mais peuvent parfois persister [1]. Nous présentons ici un cas de myosite nécrosante auto-immune induite par l'atorvastatine.

Observation :

Le patient est un homme de 68 ans traité depuis 6 ans par atorvastatine 40 mg par jour, pour une dyslipidémie. Il est hospitalisé en mars 2014 pour rhabdomyolyse, avec CPK à 14 000 UI/L. Il présente une altération de l'état général avec sueurs et amaigrissement, douleurs de la ceinture pelvienne, faiblesse musculaire évoluant depuis 15 jours. Un déficit moteur 4/5 proximal des membres inférieurs persiste. L'atorvastatine est arrêtée. Un bilan immunologique et carcinologique est réalisé en mai 2014. Un taux élevé d'anticorps anti-HMGC_oA Réductase de 77 UI/L est découvert en juin 2014. Les autres résultats (anticorps, marqueurs carcinologiques) sont négatifs. En juillet 2014, des injections de méthotrexate 0,3 mg/kg/semaine en sous-cutanée sont associées à une corticothérapie (1 mg/kg pour 1 mois puis décroissance progressive) pour une durée de 2 ans. Le traitement est efficace, le déficit moteur est résolu en décembre 2014, les CPK se normalisent en 2 mois, le taux d'anticorps diminue à 54 UI/L à 5 mois de traitement.

Commentaires :

Le rôle des statines a été récemment objectivé dans 5 études entre 2009 et 2012 [3] : les auteurs spécifient que les myosites nécrosantes auto-immunes apparaissent en moyenne 3 ans après l'instauration du traitement [2] ; elles se manifestent par une myopathie proximale, non sélective, avec faiblesse musculaire, myalgie et élévation des CPK. Elles sont évolutives malgré l'arrêt de la statine et répondent aux immunosuppresseurs [1]. Il convient donc de suspecter le caractère auto-immun d'une myopathie chez un patient sous statine ou ayant reçu une statine. La titration des anticorps anti-HMGC_oA Réductase est à envisager dans le bilan d'une myosite inflammatoire.

Mots-clés :

Myosite, Auto-anticorps, Effet indésirable médicamenteux

Références :

[1] Dimitri D et al. Myopathies inflammatoires, myopathies nécrosantes auto-immunes, myopathies génétiques de l'adulte: frontières diagnostiques. Rev Med Interne. 2012 ; 33 (3) : 134-42

[2] Marie I et al. Myosites induites par les statines. Rev Med Interne. 2013 ; 34 (6) : 333-6

[3] Jessie L and al. Antibody levels correlate with creatine kinase levels and strength in anti-3-hydroxy-3-methylglutaryl-coenzyme A reductase-associated autoimmune myopathy. Arthritis Rheum. 2012 ; 64 (12) : 4087-93

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'un audit sur la gestion des médicaments stupéfiants

Auteurs :

Heurté D.*, Tching-Sin M., Quillien C., Brunet C., Lenne F., Coste N.

Pharmacie, APHM - Hôpital de la Timone, Marseille

Résumé :

Introduction :

Afin d'évaluer les pratiques professionnelles concernant la gestion des médicaments stupéfiants dans les unités de soin, nous avons mis en place un audit. Cette enquête était basée sur la vérification de l'application des procédures institutionnelles et le respect de la réglementation (arrêté du 12 mars 2013) ou de recommandations nationales (certification HAS v2010) concernant les stupéfiants. Les objectifs étaient d'observer les pratiques au sein des unités de soin afin d'identifier les points forts et les difficultés des services concernant la gestion des stupéfiants, de proposer des outils de gestion et des mesures correctives sur les écarts constatés. Il a été également fait un rappel de la réglementation en vigueur.

Matériels et méthodes :

Nous avons choisi dix services (pédiatriques ou adultes), détenteurs d'une quinzaine de spécialités. Une grille et un guide d'audit ont été élaborés. Les audits ont été réalisés auprès des Cadres de Santé. Ce sont donc des informations déclaratives qui ont été recueillies, mais aussi certains éléments de preuves (liste des personnes habilitées à la gestion des stupéfiants, photographies du coffre du service,...). Cet audit a évalué plusieurs items : traçabilité des médicaments, administration, inventaire, transmission des clés, connaissance et applications des procédures. Un rapport d'audit a été remis aux services afin de leur proposer des axes d'amélioration.

Résultats :

60 % des services possèdent une liste du personnel habilité à la gestion des stupéfiants. Dans 100 % des cas, l'administration est toujours précédée de la prescription et de sa vérification. 90 % des services effectuent un inventaire irrégulier du coffre. Dans 70 % des services, les procédures en vigueur ne sont pas toujours applicables à la pratique et non mises à disposition du personnel. Seulement 10 % des services respectent la procédure de transmission des clés du coffre.

Discussion :

Parmi les points forts, on retrouve la liste des personnes habilitées à la gestion des stupéfiants dans le service et l'administration, toujours précédée de la prescription. Parmi les points à améliorer, on note un inventaire du coffre trop irrégulier et des procédures en vigueur non mises à disposition du personnel, non applicables à la pratique ou non suivies (ex : transmission des clés du coffre). Ces écarts sont à l'origine de problèmes de qualité.

Conclusion :

Suite à ces résultats, la Coordination des Soins et la CME ont constitué un groupe de travail afin de décider d'une mise à jour des procédures applicables aux pratiques des services, et de mettre en place un outil institutionnel de gestion journalière des stupéfiants.

Mots-clés :

Audit, Gestion, Médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse critique de l'outil Diagnostic Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) : module Unités de Soins

Auteurs :

Ménage C.*, Lagrave AC., Guibert A., Durand A.

Pharmacie, CHI Poissy Saint-Germain-en-Laye, Saint-Germain-en-Laye

Résumé :

Introduction :

L'outil Diagnostic DMS (DiagDMS) est un outil d'auto-évaluation du circuit des Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) proposé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance dans un objectif de maîtrise de risques a priori. Cette analyse porte sur l'évaluation du module destiné aux unités de soins à partir de l'expérience de son utilisation sur le terrain.

Matériels et méthodes :

L'outil a été utilisé auprès de 5 pôles de Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Une réunion pluridisciplinaire (un médecin, un cadre de santé, un infirmier, un aide-soignant, un préparateur en pharmacie référent, un ingénieur qualité, un pharmacien et un interne en pharmacie) a été réalisée pour chaque service. Lors des évaluations, l'interne était chargé de collecter toutes les remarques et difficultés liées à chaque item puis de les classer en fonction du type d'amélioration à envisager : clarté, pertinence, organisation. Un questionnaire factice a été rempli dans le but de calculer l'influence des items à améliorer sur le score de maîtrise de risque (SMR). Enfin, une analyse pharmaceutique a porté sur l'exhaustivité de l'outil à évaluer toutes les étapes du circuit de tous les DMS.

Résultats :

Suite à l'utilisation de DiagDMS dans 45 services, l'avantage le plus souvent mentionné a été la présentation visuelle et instantanée des résultats. En revanche, plusieurs items manquaient de clarté : notions ambiguës telles que « adapté », « régulièrement », « procédure » et « instruction ». Certains autres pourraient gagner en pertinence dans la question posée ou les réponses proposées. Enfin, certains items mériteraient d'être réorganisés : séparer les items regroupant deux questions, supprimer les items doublons. Le questionnaire factice a montré que ces items à améliorer avaient un impact de 19 % sur le SMR du circuit des DMS et 20 % sur le SMR des pratiques de soins.

Discussion :

L'outil a permis de créer le dialogue entre les acteurs du circuit des DMS. Le SMR obtenu a sensibilisé les équipes au travail effectué et aux actions à mettre en place. Néanmoins, des questions ne sont pas adaptées à certains services (blocs, plateaux techniques), le circuit des dispositifs médicaux implantables est très peu exploité et une pondération des items permettrait d'optimiser le calcul du SMR. Enfin, les vulnérabilités du circuit évaluées par l'outil peuvent ne pas l'être en fonction de l'interprétation des items.

Conclusion :

Cet outil offre l'avantage d'être un moyen facile, rapide et pédagogique d'auto-évaluer la sécurisation du circuit des DMS. Il nous a permis localement d'identifier les étapes du circuit à améliorer : stockage et audit des pratiques.

Mots-clés :

Evaluation des risques, Circuit des dispositifs médicaux, Diagnostic DMS

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prescription des Agents Stimulant l'Erythropoïèse (ASE) : Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) régionale

Auteurs :

Chourbagi A.*, Prévost N., Rochais E., Ordroneau S., Rondeau F., Maupetit JC.

Unité de coordination régionale, OMÉDIT Pays de la Loire, Nantes

Résumé :

Introduction :

Les prescriptions hospitalières d'ASE peuvent être délivrées soit en ville soit à l'hôpital. Afin d'évaluer leur bon usage, une EPP régionale a été mise en place avec pour objectif de vérifier la conformité par rapport aux indications validées et la pertinence du traitement par rapport aux référentiels existants (respect des taux d'hémoglobine (Hb) cibles). La place des biosimilaires a également été évaluée.

Patients et méthodes :

L'étude est prospective et porte sur les prescriptions issues de 11 établissements de santé de la région (5 publics et 6 privés), chez l'adulte, dans toutes les disciplines concernées, pour les ASE délivrés soit par la pharmacie à usage intérieur (PUI) soit par une pharmacie de ville. Le recueil est réalisé à l'étape de la prescription ou de la dispensation par la PUI.

Résultats :

345 dossiers ont été recueillis. 220 (63,8 %) concernent des indications de néphrologie (dont 75 % (164/220) de patients dialysés), 107 des anémies chimio-induites (31,0 %), 15 des syndromes myélodysplasiques (SMD) (4,3 %) et 2 (0,6 %) relèvent d'indications hors AMM. Pour 1 dossier (0,3 %), l'indication est non renseignée. En néphrologie, le taux moyen d'Hb à l'inclusion est de 10,2 g/dL [5,9 ; 15,1] et il est supérieur à 10 g/dL dans 50 % des dossiers (87/175). Il est de 9,2 g/dL [5,9 ; 11,9] dans l'indication d'anémie chimio-induite et il est supérieur à 10 g/dL dans 15 % des dossiers (16/106). Pour les SMD, l'initiation du traitement semble non pertinente dans 67 % (10/15) des dossiers sur la base du taux d'Hb à l'inclusion mais son évaluation est limitée par le manque de données cliniques. La poursuite du traitement n'est pas recommandée (Hb > 12 g/dL) dans 20 % des cas de néphrologie (36/182) et dans 22 % des cas d'anémie chimio-induite (15/69). En néphrologie, 9 % d'anémies ferriprives ne sont pas supplémentées en fer. Les biosimilaires, non prescrits en néphrologie, ne représentent que 11 % (11/107) des prescriptions d'anémie chimio-induite.

Discussion :

La majorité des prescriptions sont conformes aux recommandations d'utilisation. On note une tendance à instaurer et à maintenir le traitement pour des taux d'Hb supérieurs aux recommandations. L'évaluation du statut martial et la supplémentation en fer sont insuffisantes dans ce contexte. Le marché de ville des ASE représente 75 % du marché total et les biosimilaires sont en moyenne 20 à 30 % moins chers que les produits de référence. Au vu de ces résultats, un plan d'action pour promouvoir le recours aux biosimilaires lors des PHEV (Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville) sera mis en place au niveau régional.

Mots-clés :

Pratique professionnelle, Erythropoïétines, Biosimilaires

Références :

- [1] HAS - Anémie chez l'insuffisant rénal : Comment utiliser les agents stimulant l'érythropoïèse (juin 2013)
- [2] EORTC - Guidelines for the use of erythropoietic proteins in anaemic patients with cancer : 2006 update – European Journal of Cancer 43 (2007)
- [3] ANSM - Médicaments biosimilaires : état des lieux (septembre 2013)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evènements iatrogènes liés au circuit des médicaments et des dispositifs médicaux : analyse d'un an de déclarations dans un CHU

Auteurs :

Martel A.*, Boy L., Massip P., Juillard-Condât B., Cestac P.

CoMédiMS, CHU Toulouse, Toulouse

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, suite à l'arrêté du 6 avril 2011, le comité du Système de Management de la Qualité (SMQ) de la Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (CoMédiMS) de l'établissement analyse les événements iatrogènes liés au circuit des médicaments et des dispositifs médicaux (EIMDM) déclarés.

Matériels et méthodes :

Un logiciel accessible sur le site intranet de l'établissement permet aux professionnels de santé de déclarer tout EIMDM constaté. Depuis fin 2012, une analyse pluridisciplinaire de ces déclarations est effectuée. Une synthèse reprenant l'analyse et les actions d'amélioration proposées est ensuite adressée aux équipes soignantes et médicales.

Résultats :

En 2013, 158 déclarations ont été adressées au comité SMQ de la CoMédiMS, 119 (75 %) ne concernant pas la prise en charge médicamenteuse ont été réorientées (litiges qualité...). 39 EIMDM (25 %) ont été analysées, dont 14 émanant du pôle Enfants. Les étapes du circuit du médicament principalement impactées sont : l'administration (36 %), la dispensation et délivrance (34 %) et la gestion des stocks (11 %). Les causes identifiées sont notamment liées aux facteurs suivants : professionnels de santé (41 %), tâches et procédures opérationnelles (37 %), médicaments ou DM associés (8 %). En terme de gravité : 4 événements ont nécessité une surveillance accrue du patient et 4 autres ont engendré des séquelles temporaires.

Discussion :

Les actions d'améliorations proposées, passent notamment par des rappels des bonnes pratiques, la rédaction ou l'actualisation de procédures et la mise en place d'actions concrètes adaptées au terrain. 2 déclarations ont fait l'objet d'une analyse par la méthode REMED, élaborée par la Société Française de Pharmacie Clinique qui permet une analyse approfondie et participative des équipes : l'une concernait une erreur d'administration avec inversion de traitement entre deux patients, l'autre une erreur de reconstitution avec préparation sous dosée d'insuline en pousse seringue électrique.

Conclusion :

Grâce à la charte de non punition du signalement, l'établissement incite à la déclaration des EIMDM. L'analyse par l'équipe opérationnelle du SMQ permet le retour vers les équipes de soins afin de les sensibiliser aux enjeux de la prévention de la iatrogénie. Cette démarche aboutit à la mise en place d'actions correctives, non seulement au niveau du service concerné, mais également au niveau institutionnel.

Mots-clés :

Amélioration de la qualité, Gestion du risque, Sécurité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) adapté aux rétrocessions et à la gestion des Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU) : méthodologie et bilan à six mois

Auteurs :

Mikolajczak AL., Eyvrard F.*, Houet S., Bellon B.

Pharmacie rétrocessions/ATU/Essais cliniques, CHU Toulouse - Hôpital Paule de Viguière, Toulouse

Résumé :

Introduction :

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (2009) impose aux pharmaciens et préparateurs en pharmacie hospitaliers de réaliser un programme de DPC. Il permet d'améliorer les pratiques et les connaissances de gestion des rétrocessions et ATU : qualité de l'information et du service rendu au patient, adaptation aux évolutions de la liste des médicaments rétrocédables, réglementaires, de facturation et de remboursement. Nous décrivons le programme DPC, mené par l'équipe rétrocessions et ATU, et son bilan.

Matériels et méthodes :

Le programme élaboré s'appuie sur 2 types de formations :

- non présentielle : un journal bimestriel (format PDF) de 5-6 pages reprend un thème de base et les actualités sur les rétrocessions et ATU. La mise en page détache les informations principales (cadres colorés, logos en marge). Il est diffusé aux apprenants sur la plateforme d'e-learning LEARNEOS, accompagné d'un test de positionnement de 5 questions à choix multiples (QCM) (avant lecture du journal : sans réponse) et d'un test d'évaluation (après lecture : mêmes QCM avec réponses).

- présentielle : 2 sessions thématiques interactives par an (réglementation, pathologies en lien avec les médicaments rétrocédés), composées d'une présentation magistrale (méthodologie affirmative), d'un test d'évaluation de 5 QCM (interrogative) et d'un atelier d'analyse d'ordonnances (expérientielle). Une feuille de présence est fournie au Département Formation qui valide automatiquement les DPC en fin d'année.

Résultats :

1 session présentielle (sclérose en plaque) d'1 heure (H), nécessitant 10H de préparation, et 3 sessions non présentielles (8H de préparation en moyenne) ont été élaborées (100 % de l'objectif du second semestre 2014). Sur la totalité des participants au programme, le taux moyen de bonnes réponses était de 96 % [80-100 %] aux 13 tests d'évaluation de la session présentielle. Pour les sessions non présentielles, les résultats sont extraits de la plateforme LEARNEOS : le taux moyen de bonnes réponses était de 60 % [20-100 %] aux tests de positionnement et de 89 % [40-100 %] aux tests d'évaluation (n = 50). 16 (89 %) des 18 participants ont finalisé le programme (2 arrêts maladie).

Discussion :

La progression des résultats de 30 % (60 à 89 %) observée aux sessions non présentielles montre que le programme DPC favorise efficacement la transmission des informations. LEARNEOS favorise la compliance aux sessions et s'adapte aux spécificités d'un service.

Conclusion :

Ce programme serait transposable à d'autres activités, comme les essais cliniques.

Mots-clés :

Formation médicale continue, Amélioration de la qualité, Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments

Références :

[1] Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu Méthodes et modalités de DPC : 1-4 (2014)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Du compte qualité à la certification : évaluation de critères de la prise en charge médicamenteuse par la méthode du patient-traceur

Auteurs :

Granat C.*, Arnaud L., Carpenet-Guery H., Malard-Gasnier N., Roux-Laplagne A., Schadler L.

Pharmacie, CH Esquirol, Limoges

Résumé :

Introduction :

Le compte qualité, déployé par la HAS pour la certification V2014, constitue un outil national commun de management de la démarche qualité et gestion des risques pour les établissements de santé. Nous avons réalisé un audit du processus de prise en charge médicamenteuse sur le dossier patient informatisé selon la méthode du patient traceur afin de le renseigner. L'objectif est de réactualiser la cartographie des risques de ce processus selon un mode d'évaluation axé sur le parcours de soins du patient.

Matériels et méthodes :

L'audit a été réalisé à partir des dossiers patients informatisés du service de Psychogériatrie par l'interne en pharmacie. Une grille d'évaluation a été élaborée à selon les critères du patient traceur. Elle comporte 28 items regroupés en 5 parties correspondant aux étapes du parcours de soins du patient de l'évaluation initiale (médicale et paramédicale) à la sortie du patient.

Résultats :

L'analyse a été effectuée sur les séjours d'hospitalisations complètes de 54 patients sortis du 01/05/14 au 31/06/14. Parmi les points positifs, on observe : la traçabilité de l'information donnée au patient sur son traitement 89 %, la conformité réglementaire des prescriptions médicamenteuses 100 %, la traçabilité de l'information donnée au patient sur les modifications du traitement 98 % et l'évaluation de l'efficacité du traitement et la recherche d'effets secondaires 98 %. Les points à améliorer sont : le renseignement du pharmacien d'officine 0 %, la recherche d'allergie 67 %, la traçabilité du retrait du traitement personnel à l'entrée 0 %, le repérage de troubles éventuels de la déglutition 4 %, la réévaluation du traitement anti-infectieux 54 % dans l'observation médicale, la traçabilité en cas de non-administration 17 % et l'éducation à la prise du traitement 6 %.

Discussion :

L'étude a mis en évidence l'absence ou la non-traçabilité d'actes réalisés ou d'éléments recherchés pendant le séjour du patient. Un plan d'actions présenté en COMEDIMS a été défini et intégré au compte qualité institutionnel de l'établissement. Il comprend notamment des demandes d'évolution du logiciel informatique et des actions de sensibilisation des professionnels aux bonnes pratiques de traçabilité.

Conclusion :

La méthode du patient traceur appliquée à un groupe de patients d'un même service a permis d'évaluer la réalité des pratiques de terrain au travers de la vision du parcours de soins. Elle nous a paru très pertinente et complémentaire des méthodes employées jusqu'à lors.

Mots-clés :

Evaluation des risques, Pratique professionnelle, Amélioration de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt et apport d'un CREX mensuel en stérilisation : bilan 6 mois après sa mise en place

Auteurs :

Dubois S.*⁽¹⁾, Dréno C.⁽¹⁾, Pinvidic JL.⁽¹⁾, Souchon J.⁽¹⁾, Piriou G.⁽²⁾

⁽¹⁾ Stérilisation, CH Cornouaille, Quimper

⁽²⁾ Pharmacie, CH Cornouaille, Quimper

Résumé :

Introduction :

Afin de gagner en efficacité, une gestion des non-conformités (NC) a été mise en place dans le service de stérilisation en janvier 2014. Pour analyser les NC, la démarche du Retour d'Expérience (REx) a été choisie. A 6 mois, un bilan est réalisé afin d'évaluer l'intérêt et l'apport sur le processus de stérilisation.

Matériels et méthodes :

Création d'un Comité de REx (CREx) composé de professionnels du service de stérilisation : le cadre de santé, 1 IBODE, 4 agents (AS), le pharmacien et 1 interne en pharmacie. Des réunions d'1 heure sont organisées mensuellement : recensement des NC du mois écoulé, choix d'une seule NC pour analyse (méthode Orion®) avec désignation d'un pilote, écoute de l'analyse systémique de la NC précédemment choisie, sélection des actions correctives réalisables avec désignation d'un responsable et de son échéance, bilan et accompagnement des précédentes actions correctives (plan d'action).

Résultats :

Au total, 6 CREx ont été organisés. Les NC analysées sont notamment : erreurs de choix des protocoles de lavage dans le logiciel, erreurs de livraison de boîtes entre 2 sites extérieurs, erreurs de conditionnement. 23 actions correctives ont été proposées (4 par analyse). 16 actions sur 23 sont actuellement accomplies (70 %), 3 ont nécessité une relance auprès de la personne en charge de l'action, 4 actions sont en cours de réalisation. Parmi les actions réalisées, il y a la création de nouvelles affiches explicatives sur les différents protocoles de lavage, l'instauration d'un contrôle supplémentaire avant de lancer le cycle de lavage, l'élaboration d'un quizz de connaissances destiné aux AS sur l'étape de conditionnement, l'identification de matériels réservés uniquement aux sites extérieurs tout au long du circuit de stérilisation.

Discussion :

Le CREx a permis de prendre conscience des problèmes rencontrés au quotidien, de les analyser, de comprendre les causes et de mettre en place des actions d'amélioration. Ces dernières doivent être concrètes, pragmatiques, facilement réalisables. Face au taux insuffisant d'actions correctives réalisées (70 %), nous avons décidé de réduire le nombre d'actions correctives par NC à 1 ou 2, pour faciliter leur mise en place et leur suivi.

Conclusion :

L'apport du CREx en stérilisation permet de tirer les leçons des expériences, d'améliorer le respect des bonnes pratiques, d'éviter que l'événement ne se reproduise et de sécuriser le processus de stérilisation. Nous envisageons désormais d'intégrer des personnes extérieures au service de stérilisation en lien avec le circuit des DMR.

Mots-clés :

Amélioration de la qualité, Stérilisation, Gestion des risques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prendre en compte l'impact environnemental des médicaments dans nos pratiques : l'indice PBT

Auteurs :

Taillefer C.*⁽¹⁾, Pohyer A.⁽¹⁾, Armand S.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Hôpitaux des Portes de Camargue, Tarascon

⁽²⁾ Médecine, Hôpitaux des Portes de Camargue, Tarascon

Résumé :

Introduction :

La présence de résidus de médicaments dans l'environnement et notamment dans les milieux aquatiques est aujourd'hui avérée. Les établissements de santé par leurs usages intenses et concentrés de médicaments ont leur part de responsabilité. Il s'agit de prendre en compte dans nos pratiques, l'impact environnemental des médicaments au travers d'un indice qui en mesure la dangerosité, l'indice PBT (Persistance, Bioaccumulation, Toxicité) utilisé par les médecins en Suède depuis 2005. Notre établissement est pilote en France pour la déclinaison de cet indice dans notre livret thérapeutique et la sensibilisation des prescripteurs.

Matériels et méthodes :

L'indice PBT mesure de la dangerosité environnementale des molécules médicamenteuses. Il correspond aux caractéristiques intrinsèques de dommage environnemental d'une substance définies par la Persistance, la Bioaccumulation, la Toxicité. Chacune de ces caractéristiques se voit attribuer une valeur numérique de 0 à 3. Le total de ces 3 valeurs constitue l'Indice PBT de la substance. Après un travail de recherche et l'analyse des molécules prescrites dans l'établissement, il s'agissait de définir un « pilote » pour l'affectation d'un indice de dangerosité à chacune. Le travail a été présenté à la Commission Médicale d'Etablissement puis au Comité du Médicament pour validation.

Résultats :

Depuis 2 ans, l'indice PBT est renseigné en regard de chaque médicament dans le livret thérapeutique papier mis à disposition des prescripteurs. Ils peuvent choisir à indications et efficacité équivalentes la molécule qui aura le moins d'impact environnemental et trouver des alternatives thérapeutiques. Par ailleurs, une étude des 50 molécules les plus prescrites en volume dans l'établissement (orientation gériatrique) a permis de définir un « profil environnemental » de nos pratiques. 5 molécules ont un PBT ≥ 6 , 6 molécules ont un PBT = 5. Il y a des données manquantes ou à consolider dans la liste suédoise.

Discussion :

Des évolutions sont à envisager comme l'introduction de l'indice PBT dans la saisie des données du logiciel d'aide à la prescription, son usage dans les critères de choix dans le cadre des marchés, l'acquisition de données complémentaires.

Conclusion :

Il faut considérer l'indice PBT comme un outil de sensibilisation dès la prescription à la question environnementale mais au-delà à la consommation des médicaments, à leur bon usage, au gaspillage de médicaments, au traitement des déchets issus de médicaments.

Mots-clés :

Contamination de médicaments, Qualité de l'eau, Elimination des déchets médicaux

Références :

[1] Stockholm County Council Environmentally classified pharmaceuticals 2014

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prise en charge et Revue de Morbi-Mortalité (RMM) suite à un surdosage en 5-fluorouracile (5-FU)

Auteurs :

Danicourt F.*, Barus R., Granry S., Janvier E., Feutry A., Monard F.

Pharmacie, CH Calais, Calais

Résumé :

Introduction :

Le prestataire de service d'un patient suivi au sein de notre établissement pour des cures de chimiothérapies anticancéreuses a alerté le médecin prescripteur après avoir constaté que le diffuseur portable était vide après 26h au lieu des 120h prévues dans le protocole. Il s'agit de décrire la démarche organisationnelle et thérapeutique ayant permis la prise en charge du patient et la mise en place d'actions correctives.

Patients et méthodes :

Le patient, atteint d'un carcinome gastrique, est traité par le protocole Docétaxel : 75 mg/m² à J1, Cisplatine : 75 mg/m² à J1, 5-FU : 750 mg/m²/j de J1 à J5. Suite à l'alerte, le prescripteur a procédé à la recherche d'une éventuelle erreur de prescription. Parallèlement, le pharmacien a identifié, via la traçabilité des numéros de lot de la fiche de fabrication, que le surdosage en 5-FU était dû à une confusion entre deux diffuseurs portables de même volume mais de débits différents (5 mL/h et 2 mL/h). Le patient a donc reçu la dose prescrite (4 250 mg) en 26h. Le pharmacien a pris contact avec le Centre Antipoison et le Centre Régional de Pharmacovigilance pour rechercher un antidote et connaître la prise en charge recommandée. La cellule de gestion des risques a organisé une RMM afin d'analyser l'ensemble du circuit.

Résultats :

Le triacétate d'uridine est l'antidote qui entre en compétition avec le métabolite toxique du 5-FU. Ce traitement est sous Autorisation Temporaire d'Utilisation nominative. Une fois reçu l'accord de l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé, le traitement a débuté en Unité de Soins Continus 24 heures après la fin de l'administration de 5-FU (10 g/6h durant 5 j, par voie orale). Après six mois, le patient, toujours suivi dans notre établissement, n'a pas présenté de complications. L'analyse du circuit de cette prise en charge médicamenteuse via la RMM a montré qu'un contexte de sous-effectif prolongé en personnel (- 44 %) a généré un non respect des procédures et de l'effectif minimum en unité de préparations des anticancéreux avec, en cascade : défaut de rangement, défaut dans le choix du diffuseur et dans les doubles contrôles.

Conclusion :

L'excellente collaboration entre les acteurs de la prise en charge médicamenteuse a permis une prise en charge optimale du patient et a évité la toxicité gastro-intestinale et hématologique, voire un décès lié à une intoxication accidentelle au 5-FU. Une RMM a permis de mettre en place les actions correctives afin de renforcer la sécurisation du circuit des chimiothérapies anticancéreuses.

Mots-clés :

Fluorouracile, Uridine, Surdose

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Médicaments à risque : programme d'actions autour des ampoules de chlorure de potassium (KCl)

Auteurs :

Roger A., Berlemont P.*, Danielou A., Moquay E.

Pharmacie, CH Tourcoing, Tourcoing

Résumé :

Introduction :

Les erreurs liées à l'administration du KCl injectable appartiennent aux Never Events. Dans l'établissement, en 4 ans, 2 CREX ont été organisés alors que 33 000 ampoules sont dispensées annuellement. Notre démarche, qui s'intègre dans un plan d'actions global sur les médicaments à risque, vise à prévenir le risque lié à l'utilisation des ampoules de KCl.

Matériels et méthodes :

3 axes de travail ont été définis en CoMédIMS : élaboration de documents institutionnels portant sur la minimisation des risques ; réflexion sur la dispensation et le stockage ; sensibilisation des acteurs du circuit. Un audit relatif au stockage a été réalisé dans chaque service et complété par l'analyse des consommations annuelles et du nombre d'hypokaliémies sévères. Des formations flashs ont été menées dans chaque service par un binôme cadre/pharmacien. Un quizz rédigé pour l'occasion est prétexte à la discussion.

Résultats :

Une fiche "médicament à risque" rédigée avec un réanimateur et la direction des soins décline les actions de sécurisation applicables à chaque étape du circuit. Un poster en reprend les notions clés. 34 services ont été audités : 29 détiennent des ampoules (3 sans dotation officielle), majoritairement stockées dans l'armoire de médicaments (28 services). 19 sont surdotés (de 4 à 177 ampoules). Les 3 services représentant 60 % des consommations diffèrent des 4 services rassemblant 60 % des hypokaliémies sévères, à l'exception de la réanimation. Une réflexion globale s'est engagée aboutissant à la standardisation du stockage (lieu unique, séparé des électrolytes, étiquetage et logo spécifique), la proposition d'alternatives référencées (formes orales, solutions diluées prêtes à l'emploi) ou non (soluté de dialyse), la mise en place d'une dispensation nominative, l'amélioration des libellés du LAP. Des réflexions spécifiques ont été menées en réanimation, aux urgences, en pédiatrie, en gynéco-obstétrique et au pôle de gériatrie. Concernant la sensibilisation des acteurs, 14 formateurs ont mené 27 formations touchant 213 personnes (IDE et élèves, médecins, cadres de santé, préparateurs).

Discussion :

Notre programme d'actions a été bien accueilli. Il s'accompagne de la mise en place d'indicateurs et un deuxième tour d'audit est planifié. Le volume circulant d'ampoules est actuellement en diminution (- 10 000 ampoules en 2014). Nous devons veiller à maintenir un haut niveau de sensibilisation des équipes non seulement pour le KCl injectable mais aussi pour les autres médicaments à risque identifiés dans l'établissement (programmes d'actions en cours ou à venir).

Mots-clés :

Chlorure de potassium, Gestion des risques, Communication pluridisciplinaire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Fiche de liaison pluri-professionnelle ville-hôpital : étape-clé pour la continuité du parcours de soins de la personne âgée

Auteurs :

Giraud J.*⁽¹⁾, Thévenet M.⁽²⁾, Haddad R.⁽¹⁾, Bruère I.⁽²⁾, Lévêque S.⁽³⁾, Mion M.⁽²⁾, Rieutord A.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, APHP - Hôpital Antoine Bécclère, Clamart

⁽²⁾ Gériatrie, APHP - Hôpital Antoine Bécclère, Clamart

⁽³⁾ Réseau de santé, Réseau Osmose, Le Plessis Robinson

Résumé :

Introduction :

L'interface hôpital-ville représente un véritable défi dans la prise en charge des personnes âgées (PA) et la continuité de leurs soins. Cette priorité nationale figure dans la nouvelle loi de santé. Sur notre territoire, le manque de coordination et de communication s'est révélé être le principal frein à la fluidité du parcours des PA entre l'hôpital et la ville. Grâce à des échanges et réunions avec toutes les parties prenantes du service de gériatrie (UGA) et des professionnels de ville, une nouvelle fiche de liaison (FLn) hôpital-ville interprofessionnelle a été élaborée. L'objectif était d'évaluer l'impact et la satisfaction de ce nouvel outil de communication en le comparant à la fiche de liaison institutionnelle (FLi) idéalement remplie par les infirmières (IDE).

Patients et méthodes :

Les professionnels impliqués étaient : médecins (M), pharmaciens (Ph), IDE, aides-soignants (AS), kinésithérapeutes (kiné), auxiliaires de vie sociale, assistante sociale (AssS), directeur de réseau santé territoire, ... Un audit quantitatif et qualitatif des deux FL a été réalisé sur 5 semaines des patients sortis d'UGA. Une campagne de communication de 2 mois a été mise en place avant le lancement. La satisfaction des professionnels hospitaliers (qui remplissent) et de ville (qui reçoivent) a été recherchée via un questionnaire.

Résultats :

Sur les 57 dossiers étudiés, la FLn a été retrouvée dans 91 % des cas versus 98 % pour la FLi ($p = 0,206$). Toutes les FLn retrouvées ont été remplies, alors que plus de 75 % des FLi n'ont pas été complétées du tout. Seule la FLn a été envoyée aux organismes receveurs (versus 0 % des FLi). Elle a été retrouvée dans 64 % des fiches envoyées (soit 44 % des patients sortis). Concernant la qualité de remplissage de la FLn : l'AsS, les IDE et AS sont très impliqués mais souvent de manière incomplète, les kiné ont le taux de remplissage « total » le plus élevé de tous les intervenants. Toutefois, une faible appropriation de la FLn a été observée pour les M, et le Ph n'a été sollicité qu'une seule fois. Les professionnels de ville interrogés, majoritairement des IDE, sont à 91 % très satisfaits de la FLn qui leur apporte une information claire et rapide non perçue auparavant. A l'hôpital 48 % des professionnels ont donné leur opinion : la FLn est plus claire, facile et rapide à utiliser que la FLi ($p < 0,01$), et apparaît comme une contrainte dans le travail bien moins importante (5 % vs 70 %).

Conclusion :

Cet outil simple, utile et efficace, adopté par tous, s'inscrit dans une première étape d'amélioration de la communication entre la ville et l'hôpital. La FLn a permis de fédérer par une démarche collaborative tous les acteurs médico-sociaux de notre territoire.

Mots-clés :

Gériatrie, Continuité des soins, Communication interdisciplinaire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation et optimisation du parcours du patient concernant les injectables en pré et per opératoire

Auteurs :

Boursier A.*⁽¹⁾, Marne E.⁽²⁾, Lhors J.⁽²⁾, Le Joubiou P.⁽¹⁾, Real L.⁽¹⁾, Linxe E.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Cambrai, Cambrai

⁽²⁾ Anesthésie-bloc opératoire, CH Cambrai, Cambrai

Résumé :

Introduction :

La certification des établissements de santé vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins. Elle recommande la mise en place d'évaluations des pratiques professionnelles. Un audit de la prise en charge des patients notamment en ce qui concerne les injectables pré et per opératoires semble donc nécessaire devant la hausse de l'activité du bloc opératoire prévue en 2015. L'objectif de l'étude est l'évaluation de la prise en charge des patients concernant les injectables en pré et per opératoires dans notre établissement afin d'optimiser et de sécuriser le parcours du patient au bloc opératoire.

Patients et méthodes :

Les 5 critères d'évaluation de l'audit clinique étaient recueillis à l'aide d'une grille standardisée : moment de l'injection de l'antibioprophylaxie, étiquetage des seringues, prémédication anxiolytique, respect de l'adaptation thérapeutique réalisée en consultation pré anesthésique, perfusion adaptée à l'arrivée au bloc opératoire. L'étude a inclus 100 patients entre le 7 et le 02/02/2015. Les critères d'inclusion étaient : patient adulte pris en charge au bloc opératoire en hospitalisation ou en ambulatoire, sous anesthésie générale ou loco régionale. Les critères de non inclusion étaient : âge inférieur à 18 ans, chirurgie ayant déjà un protocole péri opératoire défini, chirurgie sous anesthésie locale. L'analyse statistique a été réalisée par intégration des données sur le logiciel SPHYNX.

Résultats :

44 % des patients ont reçus une antibioprophylaxie, correctement administrée avant l'induction ou le garrot pour 30 % d'entre eux et environ 30 minutes avant l'incision dans 44,5 % des cas. L'étiquetage des seringues était conforme pour 3,3 % d'entre elles. La prémédication anxiolytique a été réalisée dans les délais qui conviennent pour 67,2 % des cas. Parmi les patients qui ont nécessité une adaptation thérapeutique en consultation pré anesthésique, celle-ci a été respectée dans 74,6 % des cas. Les patients sont arrivés au bloc avec une perfusion adaptée dans 31 % des cas (80,9 % des perfusions inadaptées étaient dues à un mauvais choix du soluté).

Discussion :

Ces résultats montrent que certaines recommandations sont déjà appliquées alors que d'autres peuvent être améliorées. Les résultats seront communiqués aux équipes concernées avec mise en place de plans d'action d'amélioration, suivis d'une phase de réévaluation en avril 2015 afin de mesurer l'impact des mesures correctives.

Mots-clés :

Sécurisation, Injectables, Bloc opératoire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Chambre des erreurs : retour et partage d'expérience au sein d'un établissement de santé

Auteurs :

Rochereau F.*⁽¹⁾, Roussel G.⁽²⁾, Palak M.⁽³⁾, Allaire A.⁽⁴⁾, Jourdain C.⁽⁵⁾, Agha-Mir I.⁽⁶⁾, Bene L.⁽⁷⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Mémorial France-Etats-Unis, Saint-Lô

⁽²⁾ Anesthésie, CH Mémorial France-Etats-Unis, Saint-Lô

⁽³⁾ Ifsi, CH Mémorial France-Etats-Unis, Saint-Lô

⁽⁴⁾ Hygiène, CH Mémorial France-Etats-Unis, Saint-Lô

⁽⁵⁾ Qualité, CH Mémorial France-Etats-Unis, Saint-Lô

⁽⁶⁾ Laboratoire de biologie, CH Mémorial France-Etats-Unis, Saint-Lô

⁽⁷⁾ Pharmacie, CH Mémorial France-Etats-Unis, Saint-Lô

Résumé :

Introduction :

Une chambre des erreurs (CE), élaborée par un groupe de travail rassemblant médecin, pharmacien, hygiéniste, qualitatifs, cadres de santé, agents administratifs et représentant des usagers, est proposée aux soignants. Un premier bilan sur l'adhésion des soignants à ce projet, les difficultés rencontrées et les points faibles et forts de cette expérience, est dressé.

Matériels et méthodes :

Des erreurs, portant sur des domaines à risque (identitovigilance, prise en charge médicamenteuse (PECM), hygiène et risques infectieux, environnement du patient) ont été volontairement reproduites dans la CE avec l'objectif d'être repérées par les soignants. Cependant, d'autres erreurs involontairement commises (EIC) lors de la reconstitution de cette chambre ont aussi été détectées et comptabilisées séparément.

Résultats :

95 personnes ont participé à cet atelier représentant 20 services de soins avec un total de 35 équipes (2 à 4 personnes chacune). Parmi elles, 45 % étaient des infirmiers (IDE), 33 % des aides-soignants (AS), 7 % des cadres de santé, 5 % des médecins ou internes et 5 % des étudiants IDE et AS. Plus de 60 EIC ont été détectées en plus des 22 erreurs volontairement commises. La majorité des EIC concernent l'environnement du patient (44 %), le manque de traçabilité de l'information (26 %), les mauvaises pratiques de soins (11 %), la PECM (10 %) et l'hygiène (9 %).

Discussion :

Malgré une mise en œuvre nécessitant un investissement important (plusieurs réunions du groupe pilote, matériels, planification horaire, logistique...) et la mobilisation difficile des soignants liée à une charge de travail importante dans les unités de soins, cette CE, propice à la réflexion en équipe pluridisciplinaire pour le développement d'une culture de sécurité, est un puissant outil de communication suscitant l'adhésion de l'ensemble des professionnels de santé : l'aspect ludique, compétitif, la participation en équipe et l'absence d'évaluation des pratiques professionnelles sont les atouts majeurs par rapport aux audits habituellement réalisés.

Conclusion :

L'objectif initial fixé est dépassé : d'autres erreurs ont été détectées et seront aussi prises en compte dans le plan d'action d'amélioration de la qualité de la PECM du patient. Le partage des expériences de chacun au niveau régional permettra l'enrichissement des thématiques abordées, l'amélioration de la méthodologie employée et l'appropriation de cet outil par d'autres types d'établissements ou structures d'activité (Hospitalisation à domicile, Etablissements médico-sociaux, Etablissements Publics de Santé Mentale ...).

Mots-clés :

Qualité, Evénements indésirables, Gestion des risques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Un guide pour bien utiliser les injectables

Auteurs :

Flamme-Obry F.*, Rossi M., Lucas C., Queruau-Lamerie T., Tombelle S., Deswarte-Dewailly A., Danicourt F., Resibois JP.

Pharmacie, CH Dunkerque, Dunkerque

Résumé :

Introduction :

Suite à une erreur de reconstitution d'un antibiotique aux Urgences et à la demande de l'équipe soignante, une réflexion a été menée concernant les modalités d'utilisation des médicaments injectables. Les erreurs liées à leur utilisation peuvent être à l'origine d'effets indésirables délétères ou de retard de prise en charge, de surcroît lorsqu'ils sont préparés extemporanément et administrés dans un contexte particulier (rapidité, stress). L'objectif est de créer un guide pratique décrivant les modalités de reconstitution et de dilution des principaux médicaments injectables employés aux Urgences.

Matériels et méthodes :

Un groupe de travail pluridisciplinaire regroupant médecins, infirmiers, cadres de santé et pharmaciens a été créé. Une liste de 86 médicaments injectables a été établie par le personnel des Urgences. Le Résumé de caractéristiques des produits (RCP) a été notre principale source d'informations puis pour les données manquantes, nous avons contacté les laboratoires pharmaceutiques. Pour les anti-infectieux, le travail de l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et des Innovations thérapeutiques (OMÉDIT) de la région Centre réalisé en février 2013 a été utilisé. Le tableau obtenu a été présenté et discuté au cours des réunions mensuelles avec le groupe de travail afin de comparer avec les pratiques habituelles du service.

Résultats :

Les 86 médicaments injectables sont détaillés sous 9 items (nom commercial, dénomination commune internationale, forme galénique, modalités de reconstitution et de dilution, voies d'administration, stabilité, incompatibilités physicochimiques, recommandations de manipulation établies par l'équipe médicale et les références bibliographiques). 24 laboratoires pharmaceutiques ont été contactés par téléphone, 4 par mails. Le RCP a suffi pour obtenir l'intégrité des informations pour 61 médicaments. Le travail de l'OMÉDIT a été utilisé pour 17 médicaments. La nature du solvant de dilution ou la stabilité de la solution reconstituée ou diluée reste manquante pour 8 molécules.

Discussion :

Nous avons créé et diffusé un guide concernant les principaux médicaments injectables utilisés aux Urgences. Celui-ci permet d'accéder rapidement aux informations nécessaires au respect des bonnes pratiques afin de prévenir les erreurs médicamenteuses. Ces informations seront par la suite intégrées au logiciel de prescription. Cette démarche s'inscrit dans une volonté de sécurisation du circuit du médicament et dans une politique de gestion des risques. Une enquête de satisfaction est en cours de réalisation.

Mots-clés :

Injectable, Guide, Utilisation

Références :

[1] OMÉDIT Centre : Guide de reconstitution et d'administration des principaux anti-infectieux injectables - 2013

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation multicentrique des prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés chez les sujets âgés

Auteurs :

Ferreira V.*⁽¹⁾, Agullo M.⁽¹⁾, Rocquain J.⁽²⁾, Pellevoizin C.⁽³⁾, Grosse PY.⁽⁴⁾, Boronad C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Cannes, Cannes

⁽²⁾ Pharmacie, CH Edmond Garcin, Aubagne

⁽³⁾ Pharmacie, CHI Fréjus - Saint-Raphaël, Fréjus

⁽⁴⁾ Pharmacie, CHG Grasse Clavary, Grasse

Résumé :

Introduction :

Réduire le recours à la prescription de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez les sujets âgés est un moyen de prévention reconnu pour limiter l'iatrogénie dans cette population. L'objectif de notre étude est de déterminer les taux de MPI prescrits globalement, par centre et par service afin de mieux appréhender nos pratiques et orienter nos futurs plans d'actions.

Matériels et méthodes :

Les taux de MPI (nombre de prescriptions de MPI/nombre de prescriptions totales) ont été obtenus par une analyse multicentrique observationnelle des lignes de prescription informatisées effectuées chez les patients ≥ 75 ans, entre le 01/09/2013 et le 01/09/2014. Une liste de 592 MPI, identifiés par UCD, a été établie à partir d'une mise à jour de la liste « Laroche » [1]. Quatre centres hospitaliers d'activité MCO et gériatrique (environ 2 000 lits) ont participé à l'étude. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel Access®.

Résultats :

Un total de 177 687 lignes de prescriptions, chez 11 550 patients, a été analysé. Environ 24 % des prescriptions concernent un service de gériatrie. Le taux global de MPI est de 5,6 %. Il est de 5,0 % pour l'ensemble des services de gériatrie contre 5,8 % pour les autres. Les taux de MPI obtenus pour chaque centre sont de 4,3 % ; 5,4 % ; 6,0 % et 6,0 %. Au cours de la période étudiée, environ 46 % des patients âgés de 75 ans et plus ont reçu au moins 1 MPI. Les 5 MPI les plus prescrits sont le zopiclone 7,5 mg (n = 1 847 lignes), l'hydroxyzine 25 mg comprimé (n = 1 231), le zolpidem 10 mg (n = 1 068), le bromazépan 6 mg (n = 892) et la nicardipine 20 mg comprimé (n = 441).

Discussion :

Cette étude multicentrique est actuellement l'une des plus importantes réalisées en termes d'effectif. Le résultat obtenu concernant la prévalence des patients recevant au moins un MPI est proche de celui retrouvé dans la littérature (46 % versus 40 %) [2]. Afin d'améliorer ce résultat, une politique de sensibilisation des prescripteurs aux MPI doit être initiée, renforcée ou reconduite en ciblant les MPI les plus prescrits. L'intégration de la mention « MPI » dans le libellé de prescriptions des spécialités concernées associée à des observations pharmaceutiques appropriées peuvent être envisagées. Notre objectif est désormais de recueillir des données supplémentaires d'autres centres hospitaliers afin de constituer une base de données robuste et proposer un outil d'analyse comparatif pour tout établissement souhaitant s'évaluer.

Mots-clés :

Sujet âgé, Médicament potentiellement inapproprié, iatrogénie

Références :

[1] Laroche ML et al. Rev Med Interne,30 (7) : 592-601 (2009)

[2] Laroche ML et al. Drugs Aging, 23 (1) : 49-59 (2006)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Activité de conciliation médicamenteuse : un intérêt également lors des transferts internes

Auteurs :

Schiettecatte S.*, Devos C., Landouzy M., Mutombo M., Bonenfant C., Guenault N.

Pharmacie, CH Armentières, Armentières

Résumé :

Introduction :

Les prescriptions de l'ensemble des services du CH sont informatisées (561 lits). Les prescriptions de Réanimation-Soins continus (Réa-USC) sont saisies dans le logiciel ICIP®, celles des services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) dans le logiciel Crossway®, sans interface possible entre les deux. Lors de la validation quotidienne des prescriptions, des erreurs ont été constatées suite aux transferts de patient de Réa-USC vers les services MCO. L'objectif de notre travail a été d'analyser les sources d'erreurs afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse lors de ces transferts internes.

Matériels et méthodes :

Une activité de conciliation médicamenteuse de transfert a été menée durant 6 semaines. Pour chaque patient transféré, l'interne de pharmacie a complété quotidiennement une fiche de conciliation standardisée, comparant notamment le traitement du patient avant passage en réa-USC, le traitement spécifié dans le courrier de transfert de réa-USC et la prescription après transfert en MCO. Les divergences ont été analysées et corrigées, le cas échéant, par avis pharmaceutique oral.

Résultats :

Au total, 52 patients ont été conciliés. Vingt divergences non intentionnelles (17 patients) ont été relevées : ajouts de traitement (6/20), omissions (6/20), erreurs de dose (5/20) et erreurs de durée d'antibiothérapie (3/20). Les erreurs identifiées étaient liées à la reprise d'une prescription informatique initiée dans un service MCO avant le passage du patient en Réa-USC (8/20), à une non application du traitement préconisé dans le courrier de transfert (6/20) ou à des erreurs dans le courrier de transfert (6/20).

Discussion :

L'activité de conciliation médicamenteuse à l'interface ville-hôpital a largement prouvé son efficacité et se développe de fait dans de nombreux établissements. Toutefois, les transferts internes constituent également une étape critique du parcours patient nécessitant une extension de cette activité. Le manque d'interface et la ressaisie des prescriptions représentent notamment un risque important, particulièrement après un séjour en réanimation durant lequel les traitements sont souvent bouleversés. De nombreuses erreurs médicamenteuses ont ainsi été interceptées justifiant la poursuite de cette activité. Enfin, les failles mises en exergue par ce travail ont été présentées aux réanimateurs et anesthésistes puis en Comité de retour d'expérience et des actions d'amélioration ont été proposées.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Sécurité du patient, Service de réanimation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de l'étiquetage du conditionnement primaire des médicaments injectables

Auteurs :

Soussi MA.*, Razgallah Khrouf M., Ben Hamida A., Zmandar M., Hachicha I., Zaouali S.

Pharmacie, Centre national de greffe de moelle osseuse, Tunis, Tunisie

Résumé :

Introduction :

Il est estimé que les erreurs des médicaments coutent des milliards de dollars chaque année rien qu'aux Etats-Unis [1]. 25 % des erreurs seraient dues à une confusion du nom du médicament et 33 % à l'emballage ou l'étiquetage. Ainsi, nous avons jugé nécessaire d'évaluer l'étiquetage du conditionnement primaire des médicaments injectables utilisés au sein de notre établissement en regard des recommandations internationales.

Matériels et méthodes :

Plus d'une centaine de médicaments injectables ont été inclus dans cette étude. Un recueil des mentions minimales (spécialité, DCI, dosage, voie d'administration, numéro de lot et date de péremption) et facultatives (volume, concentration, composition, mode de conservation,...) présentes sur l'étiquetage du conditionnement primaire des médicaments injectables a été réalisé par un groupe de travail associant plusieurs pharmaciens. La lisibilité des mentions minimales a été aussi évaluée.

Résultats :

Sur les 112 médicaments injectables observés, 20 % ne présentaient pas toutes les mentions minimales sur l'étiquetage de leur conditionnement primaire. Le mode de conservation était absent dans 75 % des cas. 45 % des médicaments injectables sous forme de solution ne mentionnaient pas la concentration sur l'étiquetage. Le nom de la spécialité, de la DCI et du dosage étaient lisible respectivement pour 88 %, 67 % et 86 % des médicaments.

Discussion :

Cette étude a permis de relever les non-conformités de l'étiquetage de certains médicaments injectables utilisés régulièrement dans notre établissement. Ce travail sera un outil nécessaire pour les autorités de réglementation des médicaments dans notre pays.

Mots-clés :

Injectables, Etiquetage, Conformité

Références :

[1] Berman A. et al. Reducing medication errors through naming, labeling, and packaging. Journal of Medical Systems 2004; 28 (1) : 9-29.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Engagements des promoteurs vis-à-vis de la charte qualité des essais cliniques : qu'en est-il ?

Auteurs :

Khettar S.*, Dhelens C., Laleye D., Garcia M., Boursicot A., Jendrzajczak V., Pajot J., Pivot C.

Essais cliniques, services pharmaceutiques, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

Résumé :

Introduction :

La « charte qualité des essais cliniques » [1] élaborée par la Commission des Pharmaciens de CHU en 2012 décrit les engagements du pharmacien et du promoteur afin d'améliorer la gestion administrative et logistique des essais à promotion industrielle. Les engagements du pharmacien décrits dans cette charte (étude de faisabilité, remise d'une plaquette de présentation de la Pharmacie à chaque mise en place...) ont été intégrés dans notre système d'assurance qualité et sont appliqués depuis 2012. L'objectif de cette étude est d'évaluer le respect des engagements des promoteurs lors de la mise en place d'une recherche biomédicale dans notre établissement.

Matériels et méthodes :

Une analyse rétrospective des essais cliniques instaurés en 2014 a été menée dans notre centre. 22 critères sur la mise en place d'un essai ont été définis à partir de la Charte qualité et d'une grille d'audit [2]. Chaque non-conformité est liée à un impact sur le déroulement de l'essai.

Résultats :

37 dossiers d'essais cliniques industriels et institutionnels mis en place en 2014 et 19 critères ont été analysés. La promotion des essais étaient majoritairement industrielle (68 %, n = 25) et la gestion était déléguée à une société prestataire (65 %, n = 24). L'évaluation concernait un médicament (89 %, n = 33) alors que 11 % des essais (n = 4) portait sur un dispositif médical. Les non-conformités impliquaient des erreurs de gestion dans 3 items sur 10, un retard dans la rédaction d'une instruction spécifique de l'essai dans 2 items sur 6 et un retard à la mise en place administrative dans 1 item sur 3. La chronologie de la mise en place (réception de documents, signature de la convention, mise en place, réception des produits) était irrégulière (31 %, n = 9 sur 29 essais analysables). Dans 14 % des cas (n = 4), les produits étaient livrés avant la visite de mise en place. Enfin, lorsque les instructions IXRS (49 %, n = 18) et le manuel pharmacie (40 %, n = 15) étaient fournis, ils étaient rarement traduits en français (11 %, n = 4 ; 16 %, n = 6).

Discussion :

Cette évaluation a mis en évidence les non-conformités altérant la qualité de la mise en place d'essais cliniques dans notre établissement et la vigilance nécessaire lors de cette étape clé. Les dysfonctionnements relevés majorent le temps pharmacien initialement dédié et peut avoir des répercussions importantes sur la conduite de l'étude. Cette évaluation sera poursuivie dans le temps en étudiant les engagements du promoteur lors du déroulement de ces études.

Mots-clés :

Essais cliniques, Assurance qualité, Audit

Références :

[1] Groupe Pharmaciens CHU Essais Cliniques. Charte qualité des essais cliniques. Paris : Les Entreprises du médicament ; 31/07/2012. 3 p. Circulaire LEEM 12-0346

[2] Leverrier C. et al. Charte qualité des essais cliniques promoteur/pharmacien : Le promoteur respecte-t-il ses engagements ? Dir 8^{èmes} rencontres Convergences Santé Hôpital. 18-20 septembre 2013 ; Marseille, France

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Réception et suivi des produits de santé à péremption courte en milieu hospitalier

Auteurs :

Slimani F.*, Brassier N., Astruc-Bellag A., Huet F.

Service approvisionnement et distribution, AGEPS, Nanterre

Résumé :

Introduction :

Avec près de 246 fournisseurs, 4 169 références de produits de santé sont réceptionnées dans notre pharmacie à usage intérieur (PUI). Les produits sont livrés conformément à un cahier de charges régissant les conditions de bonnes pratiques et de qualité. Parmi celles-ci, la livraison de produits à péremption supérieure à un an. Notre PUI est confrontée à une forte augmentation de livraisons de produits à péremption courte (PPC) majorant ainsi le risque de stockage de produits périmés. Notre but est de mettre en place un outil de gestion et de suivi des PPC dès réception pour garantir la sécurité du circuit du médicament et baisser le risque de distribution et/ou de dispensation de produits périmés.

Matériels et méthodes :

La date de péremption tolérée (DPT) a été définie pour chaque produit en fonction de la rotation du stock et des accords éventuels entre notre PUI et le fournisseur. A défaut, la DPT de principe est d'un an. Une base Access a été créée, permettant aux équipes de disposer d'informations sur les DPT des produits et donc d'apprécier s'ils doivent ou non, selon la DPT, réceptionner les produits de santé livrés. Cette application est également utile aux préparateurs en pharmacie pour tracer l'ensemble des contrôles faits au niveau de chaque emplacement et pour assurer un suivi rigoureux des stocks des PPC détectés.

Résultats :

Sur l'année 2014, nous avons réceptionné 66 663 lignes de commande. 2 188 lignes ont été détectées comme étant des PPC. Ceci représente 3,28 % des produits et 34 % de nos fournisseurs sont concernés. 1 041 lignes de commandes ont été interceptées lors de la réception et 1 147 lors du contrôle du stock de 3 348 emplacements. Ces PPC ont fait l'objet de 2808 contrôles de suivi. Parmi ces PPC, 196 lignes de commandes ont fait l'objet d'un accord entre notre PUI et les fournisseurs avalisant la réception de ces produits avec reprise de stock, le cas échéant, lors de la péremption. Par ailleurs, 1 283 927 lignes de préparation ont été effectuées et 26 PPC nous ont été retournés.

Discussion :

L'application a permis d'améliorer notre gestion de stock de PPC et ce, en facilitant la traçabilité des produits ayant fait l'objet d'un accord avec le fournisseur et en améliorant la complémentarité entre agents en réception et préparateurs en pharmacie contrôlant le stock. Les 26 retours sont justifiés par le fait que les péremptions étaient trop proches de la date limite notamment pour les produits rétrocédables. Enfin, nous devons poursuivre ce travail avec un nombre croissant de laboratoires afin de structurer le mieux possible nos accords PUI/fournisseurs.

Mots-clés :

Distribution en pharmacie, Stockage médicamenteux, Contrôle des médicaments

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Importance de l'implication du pharmacien dans la prise en charge des chutes en EHPAD

Auteurs :

Rey A., Renaud ML., Faraggi L.*

Pharmacie, Centre de Soins et Maison de Retraite, Podensac

Résumé :

Introduction :

Environ 9 000 décès de personnes âgées de plus de 65 ans sont associés chaque année en France à une chute. Un des principaux facteurs de risques est la polymédication. Dans notre établissement, depuis 2008, les chutes sont signalées par les soignants sur des fiches spécifiques. Elles sont ensuite transmises à la kinésithérapeute, qui a récemment demandé la collaboration de la pharmacie pour traiter la partie « médicament ». Afin d'organiser la participation de la pharmacie à la prise en charge des chutes, nous avons réalisé l'état des lieux des modifications de prise en charge médicamenteuse (PECM) à la suite des signalements de chute.

Patients et méthodes :

A partir des fiches de déclaration des chutes du premier semestre 2014, une analyse rétrospective des dossiers informatisés des patients chuteurs a été effectuée. Pour chaque chute, la mesure de la tension artérielle (TA), de la glycémie, ainsi qu'une intervention médicale en rapport avec la chute (modification de la PECM et bilan biologique) et son délai ont été recherchés.

Résultats :

Au total, 258 fiches ont été analysées, représentant 103 patients (38,1 % de la population). Parmi eux, 53 ont chuté plus d'une fois (maximum : 15 fois). La mesure de la TA au moment de la chute a été retrouvée dans 12,4 % des cas et celle de la glycémie dans 5,8 %. Une intervention médicale a été effectuée dans 27,9 % des cas, après en moyenne $1,5 \pm 2,5$ jours (valeurs extrêmes : 0-11 jours). La PECM a été modifiée en rapport avec la chute (excepté traitement antalgique conséquent à la chute) dans 7,8 % des cas, que ce soit pour un arrêt de traitement (3,1 %), une modification de posologie (3,1 %) ou un ajout de médicament (5,4 %). Un bilan biologique post-chute a été effectué dans 4,7 % des cas.

Discussion :

Les chutes sont signalées mais très peu d'actions sont mises en place sur la PECM pour prévenir le risque de rechute. Afin d'améliorer cette prévention, notre plan d'action prévoit i) sensibilisation et formation des soignants, ii) modification de la fiche de signalement, iii) transmission systématique des fiches à la pharmacie et iv) réalisation d'une réunion de concertation multidisciplinaire sur la PECM pour chaque patient chuteur. Le pharmacien participera alors de façon active à la prévention multidisciplinaire des chutes dans l'établissement.

Mots-clés :

Chutes accidentelles, Pharmacie d'hôpital, Foyers pour personnes âgées

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Ecrasement des traitements : sécurisation d'une pratique à risque

Auteurs :

Devos C.*, Schiettecatte S., Mutombo M., Desaintfuscién E., Bonenfant C., Guenault N.

Pharmacie, CH Armentières, Armentières

Résumé :

Introduction :

Au sein du pôle gériatrie du centre hospitalier, il avait été mis en évidence des anomalies et un défaut d'harmonisation des pratiques infirmières quant à l'écrasement des traitements. Des actions ont ensuite été menées afin de sécuriser cette pratique : création d'un protocole de prescription d'écrasement des traitements, avis pharmaceutiques informatiques ciblés et réunions de concertation médico-pharmaceutique. Afin de mesurer l'efficacité de ces actions, des audits ont été réalisés dans les 2 services d'EHPAD du pôle.

Matériels et méthodes :

Les listes des patients avec traitements écrasés étaient récupérées via les IDE. Trois indicateurs de pratique clinique ont été suivis à 6 mois d'intervalle, avant (T1) et après (T2) mise en place des actions. Ont été mesurés un indicateur d'alerte (taux de sujets âgés (SA) avec écrasement des traitements) et 2 indicateurs de maîtrise (taux de SA dont l'écrasement des traitements est soumis à prescription médicale, taux de SA avec prescription de médicaments per os en totalité écrasable).

Résultats :

Entre T1 et T2, 36 avis pharmaceutiques ont été émis afin de prescrire le protocole d'écrasement des traitements et 56 avis pour réévaluer les prescriptions +/- substituer les formes non écrasables. L'indicateur d'alerte n'a pas significativement évolué entre T1 (38/168) et T2 (35/167) ($p = 0,713$). Les indicateurs de maîtrise ont significativement été impactés par les actions. Le taux de patient ayant une prescription médicale d'écrasement des traitements a augmenté de 26,3 % (T1, 10/38) à 80,0 % (T2, 28/35) ($p < 0,0001$). Le taux de patients ayant une ordonnance contenant en totalité des médicaments écrasables a augmenté de 23,7 % (T1, $n = 9/38$) à 71,4 % à (T2, $n = 25/35$) ($p < 0,0001$).

Discussion :

Le manque d'impact des actions sur l'indicateur d'alerte souligne la complexité de la réévaluation du rapport bénéfice/risque de l'écrasement des traitements. Cette pratique doit être soumise à prescription médicale dont la réévaluation périodique reste nécessaire. La création du protocole de prescription constitue un des éléments de sécurisation de l'écrasement des traitements. La visibilité de ce protocole dans le logiciel pharmaceutique rend possible l'émission d'avis ciblés sur les administrations difficiles, améliorant significativement les indicateurs de maîtrise correspondant. Une vigilance particulière quant à l'introduction de nouveaux médicaments et aux nouveaux patients avec administration difficile est à appliquer à long terme.

Mots-clés :

Services de gériatrie, Troubles de la déglutition, Administration par voie orale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Retour d'expérience d'une erreur d'administration médicamenteuse en oncologie. Association diffuseur et 5FU : danger de mort !

Auteurs :

Molinier A.*, Bassoua V., Vallat J., Sérée de Roch X.

Pharmacie, CH Montauban, Montauban

Résumé :

Introduction :

Un homme de 74 ans a été hospitalisé en urgence pour la prise en charge d'une intoxication au 5FU (protocole : herceptine, cisplatine et 5FU) suite à une erreur de choix de diffuseur portable (débit de 10 ml/h au lieu de 2 ml/h). Le diffuseur a été stoppé après 17h d'administration et une dose de 3 g de 5FU a été administrée sur les 5 g prescrits. Suite à une recherche bibliographique, nous avons pu déterminer le risque hématologique sévère de notre situation ainsi que l'existence d'un antidote à administrer dans les 72h, la vistonuridine. Nous l'avons importé du Royaume Uni après accord de l'ANSM (ATU nominative) et de notre direction (coût très élevé). Le patient a fait l'objet d'une surveillance pendant 2 semaines qui n'a pas révélé de séquelle. L'objectif de l'analyse est de mettre en évidence des actions correctives pour sécuriser le circuit du diffuseur de 5FU.

Matériels et méthodes :

L'analyse des causes profondes a été réalisée à partir de la méthode REMED avec la présence d'un oncologue, de pharmaciens, de préparateurs, de cadres infirmiers et de la direction.

Résultats :

La pathologie, un adénocarcinome œsogastrique, a impliqué l'utilisation d'un diffuseur peu utilisé dans le service d'oncologie de notre établissement. L'incident survenu est une erreur de choix du diffuseur à la pharmacie qui a entraîné un mauvais débit à l'administration. Plusieurs dysfonctionnements ont été identifiés à la pharmacie : une présentation similaire (aspect et volume) pour des diffuseurs à débit différent, une poche opaque mise en place de suite après la fabrication ce qui empêche le contrôle du débit par le pharmacien et l'infirmier, une banalisation du risque lié aux diffuseurs et un défaut de réapprovisionnement du stock.

Discussion :

Suite à l'analyse, la poche opaque du diffuseur est mise en place au moment de l'administration et une révision de l'emplacement des diffuseurs à la pharmacie a été effectuée. Un travail d'information sera proposé à l'OMÉDIT pour sensibiliser les pharmacies de la région aux risques et aux conséquences d'une erreur de diffuseur, dispositif de plus en plus utilisé pour favoriser le retour à domicile. De plus, cela permettra d'informer les pharmaciens de l'existence d'un antidote au 5FU encore peu connu en France.

Mots-clés :

Dispositif médical, Préparation, Chimiothérapie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Instauration de warfarine en gériatrie : éducation des patients et renforcement du lien hôpital-ville via une messagerie sécurisée

Auteurs :

Maurand A.⁽¹⁾, Qassemi S.*⁽¹⁾, Rouch L.⁽¹⁾, Lebaudy C.⁽¹⁾, Hennet MA.⁽¹⁾, Recoche I.⁽²⁾, Vellas B.⁽³⁾, Cestac P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse

⁽³⁾ Gérontopôle, CHU Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse

Résumé :

Introduction :

Le rapport de l'Enquête Nationale sur les Événements Indésirables liés aux Soins (ENEIS) de 2011 [1] montre que les anti-vitamines K (AVK) sont la première cause de iatrogénie médicamenteuse. Ils sont à l'origine de 31 à 37 % des événements indésirables graves médicamenteux, avec de nombreuses conséquences médico-économiques. Notre objectif est de sécuriser la prise en charge thérapeutique des patients ayant eu une instauration de warfarine au cours de leur hospitalisation, et retournant ensuite à leur domicile.

Patients et méthodes :

Nous avons ciblé les patients vivant à domicile, n'ayant pas de troubles cognitifs et à qui un traitement par warfarine était instauré. Le protocole Siguret a été utilisé pour ajuster la posologie [2], puis le pharmacien a expliqué au patient les particularités de cette prescription, avec remise du carnet de suivi des AVK. Afin de renforcer la coopération hôpital-ville, notre équipe a associé les pharmaciens d'officine à cette démarche, notamment en testant la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) Médimail®. Le recueil des données a été réalisé du 1^{er} juillet au 31 octobre 2014. Un mois après l'hospitalisation, le pharmacien d'officine était contacté pour savoir si une Education Thérapeutique du Patient (ETP) avait été réalisée et s'il était inscrit à Médimail®.

Résultats :

81 patients ont bénéficié d'une instauration de warfarine. Cependant, un grand nombre de patients a été exclu, du fait de troubles cognitifs (43), et/ou d'un retour en institution (32). Au final, 21 patients étaient éligibles pour l'éducation thérapeutique à l'officine, et seulement 4 ont pu en bénéficier de façon effective, selon les critères de la convention nationale pharmaceutique. Au-delà de cette action, 6 pharmaciens se sont inscrits à la MSS Médimail® suite à notre appel et font maintenant partie du réseau.

Conclusion :

Nos actions ont permis de pratiquer une éducation thérapeutique chez une patientèle vulnérable, dans un cadre hospitalier, après l'initiation d'un médicament à risque tel que la warfarine. Mais, afin d'optimiser la prise en charge globale et de diminuer la iatrogénie médicamenteuse, il est indispensable d'assurer une continuité en impliquant fortement les pharmaciens d'officine. Notre étude montre les difficultés qu'il faut s'empresse de lever, en favorisant la communication entre les acteurs. La messagerie régionale Médimail® est un support sécurisé à développer par les autorités sanitaires auprès des pharmaciens d'officine, à l'instar de ce qui a été fait pour les médecins généralistes.

Mots-clés :

Événement iatrogène médicamenteux, Education, Continuité des soins

Références :

[1] ENEIS : Étude Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins. DREES. Etudes et Résultats n°398, mai 2005 et Série Etudes et Recherche n° 110, septembre 2011

[2] Siguret V, Gouin I, Debray M, and al "Initiation of warfarin therapy in elderly medical in patients : a safe and accurate regimen." Am J Med. 2005 Feb ; 118 (2) : 137-42

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Stockage des médicaments pour essais cliniques entre 2°C et 8°C : chambre froide ou réfrigérateur dédié ?

Auteurs :

Descombes L.*, Léau G., Manson J., Chambraud E.

Pharmacie, Hôpital René Dubos, Pontoise

Résumé :

Introduction :

Les Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière imposent le suivi de température de stockage des médicaments en Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). Certains médicaments expérimentaux sont de nature protéique et leur stabilité est peu étudiée. Les promoteurs imposent donc la déclaration de toute excursion de température et la mise en quarantaine des produits. Dans l'optique d'une amélioration du suivi des conditions de stockage, la PUI s'est dotée d'un système d'enregistrement continu de la température certifié COFRAC (Comité Français d'Accréditation) pour le suivi des enceintes réfrigérées. L'objectif est de comparer l'exposition à la variation de température des produits expérimentaux dans une chambre froide et dans un réfrigérateur dédié aux essais cliniques.

Matériels et méthodes :

La PUI dispose d'une chambre froide de 5m³ dans laquelle un rayonnage est réservé au stockage des médicaments expérimentaux. Le reste de la chambre froide est utilisé pour d'autres médicaments. La PUI est aussi équipée d'un réfrigérateur de 0,5 m³ dédié aux médicaments expérimentaux anticancéreux injectables. Chaque appareil est muni d'une sonde étalonnée enregistrant la température toutes les 10 minutes. Le suivi des températures des deux appareils a été comparé en octobre 2014.

Résultats :

Respectivement pour la chambre froide et le réfrigérateur : pics au dessus de 8°C : 11 versus 0 ; pics en dessous de 2°C : 32 versus 1 ; amplitude de température : 8,8°C versus 4,1°C. Les déclarations des excursions et les mises en quarantaine sont chronophages (3 heures d'équivalent temps plein pharmacien par mois).

Discussion :

Le stockage en chambre froide induit plus de micro excursions de température, dues aux ouvertures de porte et aux réfrigérations trop intenses. La sonde étalonnée n'est pas placée au même endroit que la sonde interne à la chambre froide, source d'une disparité entre la consigne donnée et la mesure observée. La sonde a été déplacée plusieurs fois, montrant que la température n'est pas homogène dans la chambre froide. La réalisation d'une cartographie de l'enceinte (norme COFRAC) est envisagée pour permettre un réglage adéquat de la température : elle nécessite la mesure continue et simultanée d'au moins 9 points dans l'enceinte, puis le suivi des points de mesures extrêmes. En attendant, et bien que cela multiplie les suivis de température et les maintenances, un réfrigérateur dédié aux médicaments expérimentaux et équipé de sa propre sonde étalonnée a été acquis, pour minimiser les micro excursions de température.

Mots-clés :

Recherche biomédicale, Stockage médicamenteux, Gestion continue qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse régionale des prescriptions hors AMM de six anticancéreux

Auteurs :

Borel C., Breteau A., Henry N., Lefebvre-Caussin M., Doucet J., Monzat D.*

OMÉDIT Haute-Normandie, Rouen

Résumé :

Introduction :

La réglementation française et les agences nationales exigent une évaluation des pratiques de prescription afin de promouvoir le bon usage des médicaments. Ainsi, un recueil national expérimental de l'ensemble des prescriptions de six anticancéreux a été créé. Ce recueil avait pour objectif de comparer les pratiques de prescriptions aux recommandations et référentiels en vigueur, et d'identifier ainsi des situations spécifiques de prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM).

Matériels et méthodes :

Une étude prospective de trois mois a été menée par tous les hôpitaux de la région ayant une activité de cancérologie. Étaient prise en compte les initiations de traitement (1^{ère} ligne de traitement ou changement de ligne) des six anticancéreux suivants : bevacizumab, rituximab, trastuzumab, cetuximab, panitumumab et pemetrexed. Pour chaque prescription hors AMM, étaient recueillies : noms de la molécule et du protocole de chimiothérapie, localisation du cancer, une description de la situation clinique du patient, le type de traitement (néo-adjuvant, adjuvant, induction, consolidation, maintenance...), ligne de traitement (1^{ère} ligne, 2e...), références bibliographiques justifiant la prescription.

Résultats :

Seize établissements de notre région ont participé au recueil. Pour les six anticancéreux concernés, 617 prescriptions ont été analysées. 75,2 % des prescriptions respectaient le cadre de l'AMM, 2,6 % celui d'un protocole thérapeutique temporaire (PTT) et 22,2 % des prescriptions (de 0 % à 44 % selon la molécule) étaient hors référentiels (hors AMM et hors PTT). Parmi les prescriptions hors référentiels, 75 % correspondaient à des situations déjà décrites dans les référentiels de bon usage (RBU) comme "situations avec insuffisance de données" ; 18 % étaient justifiées par des références bibliographiques actualisées et validées par les recommandations européennes de l'European Society for Medical Oncology et américaines du National Comprehensive Cancer Network.

Discussion :

Nos résultats mettent en évidence une inadéquation entre les termes souvent très spécifiques de l'AMM et les données scientifiques les plus récentes utilisées pour justifier le bon usage des anticancéreux. Cependant, notre étude soulève la question du niveau de preuve nécessaire pour valider une prescription hors AMM, niveau de preuve qui doit être le même pour l'ensemble du territoire. Ces résultats régionaux feront partie d'une synthèse nationale, qui représentera la première évaluation nationale des pratiques de prescription en onco-hématologie et de l'utilisation hors AMM des anticancéreux.

Mots-clés :

Cancérologie médicale, Evaluation de la prescription médicamenteuse, Utilisation hors recommandation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Enquête sur l'aérosolthérapie par nébulisation dans un groupe hospitalier : l'élaboration d'un guide pratique à l'usage des soignants est nécessaire !

Auteurs :

Eychenne N.*⁽¹⁾, Jaouadi A.⁽¹⁾, de Terline D.⁽¹⁾, Fratta A.⁽²⁾, Laribe-Caget S.⁽³⁾, Baud F.⁽⁴⁾, Steichen O.⁽⁵⁾, Fernandez C.⁽¹⁾, Antignac M.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, APHP - Hôpital Saint-Antoine, Paris

⁽²⁾ Pharmacie, APHP - Hôpital Armand Trousseau, Paris

⁽³⁾ Pharmacie, APHO - Hôpital Rothschild, Paris

⁽⁴⁾ Pharmacie, APHP - Hôpital Tenon, Paris

⁽⁵⁾ Médecine interne, APHP - Hôpital Tenon, Paris

Résumé :

Introduction :

L'aérosolthérapie par nébulisation est un mode d'administration des médicaments très efficace mais dont la mise en œuvre s'avère complexe. Un groupe de travail pluridisciplinaire s'est constitué pour élaborer des recommandations dans notre groupe hospitalier. L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des soignants et les pratiques de prescription et d'administration des médicaments nébulisables afin d'identifier les points importants à souligner dans les futures recommandations.

Matériels et méthodes :

Une enquête a été réalisée sur les 4 sites du groupe hospitalier (1 900 lits) entre le 15 mars et le 31 mai 2014. Deux auto-questionnaires distincts destinés aux infirmiers ou aux médecins ont été élaborés et validés par le groupe de travail. Ils comprenaient 6 parties : prescription, nébuliseur, fluide médical, médicament, administration et souhait des soignants pour recevoir des informations. Un interne en pharmacie s'est rendu dans tous les services cliniques pour présenter l'enquête, distribuer les auto-questionnaires au personnel et les recueillir quelques jours plus tard. Les données ont été saisies puis analysées à l'aide de l'outil de sondage en ligne SurveyMonkey®.

Résultats :

Au total, 481 auto-questionnaires ont été recueillis dont 67 % et 33 % complétés par les infirmiers et les médecins respectivement. Les docteurs déclarent ne jamais prescrire le type de nébuliseur (87 %), l'interface nébuliseur/patient (66 %) ou le fluide médical (48 %). 75 % des infirmiers choisissent le nébuliseur et l'interface uniquement en fonction de la disponibilité des dispositifs dans le service et 23 % d'entre eux utilisent systématiquement l'oxygène quelle que soit l'indication. La moitié des médecins ne savent pas que tous les médicaments injectables ne sont pas nébulisables et 53 % des infirmiers ne connaissent pas le volume optimal de dilution. Les soignants aimeraient améliorer leurs connaissances grâce à des brochures (70 %), des formations (41 %), des affiches (32 %) et du e-learning (16 %).

Discussion :

Cette enquête a permis de mettre en évidence un certain nombre de lacunes, notamment en ce qui concerne le choix du dispositif et du fluide, l'exhaustivité de la prescription médicale ou encore la préparation des médicaments à nébuliser. Conformément au souhait des soignants, les recommandations ont donc été réalisées sous la forme d'un guide pratique de la nébulisation qui souligne les points méconnus par les soignants.

Mots-clés :

Aérosolthérapie, Pratique professionnelle, Questionnaire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt de la seringue pré-remplie de NaCl 0,9 % pour le rinçage des cathéters veineux périphériques : étude dans un Service d'Accueil des Urgences des adultes (SAU)

Auteurs :

Duwez M.⁽¹⁾, Kotzki S.⁽¹⁾, Detavernier M.⁽¹⁾, Chevallier C.⁽¹⁾, Calonego F.⁽²⁾, Paquier C.⁽²⁾, Mallaret MR.⁽³⁾, Bedouch P.⁽¹⁾, Allenet B.⁽¹⁾, Foroni L.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Grenoble, Grenoble

⁽²⁾ Urgence médecine aiguë, CHU Grenoble, Grenoble

⁽³⁾ Santé publique, CHU Grenoble, Grenoble

Résumé :

Introduction :

Environ 5,2 % des infections nosocomiales ont pour porte d'entrée un cathéter veineux périphérique (CVP). Le rinçage du CVP permet de limiter la formation de biofilm, source de contamination. Il doit être réalisé avant et après chaque perfusion de médicament. Selon les recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière, un rinçage efficace consiste en l'injection de 10 ml de NaCl 0,9 % de manière pulsée par poussées successives. Nous présentons ici les résultats d'une étude menée au SAU, dont le but était d'évaluer l'intérêt de seringues pré-remplies de NaCl 0,9 % pour le rinçage de CVP. Un audit des pratiques professionnelles a été réalisé dans cet objectif.

Matériels et méthodes :

La seringue pré-remplie étudiée est la seringue BD Posiflush™ SP de 10 ml. L'étude s'est tenue en 3 temps, en suivant les infirmiers : 1) Audit des pratiques de pose et d'entretien des CVP, 2) Mise à disposition de la seringue pré-remplie dans le service et 3) Formation aux bonnes pratiques de rinçage. Au total, 76 rinçages de CVP ont été suivis (respectivement 20, 30 et 26 rinçages dans chaque étape). Le temps de préparation du matériel, le volume de solution utilisé et le mode d'injection, pulsé ou continu, ont été observés. Un questionnaire a servi à évaluer la satisfaction du personnel.

Résultats :

Avant intervention, 87 % des préparations de seringues étaient réalisées en prélevant le volume nécessaire dans un flacon multidose partagé, communément appelé « nourrice ». Le rinçage était uniquement réalisé par poussée continue. L'introduction de la seringue pré-remplie a permis de supprimer la nourrice sans allongement conséquent du temps de préparation du matériel (2,08 min vs 2,43 min, $p = 0,635$) et d'augmenter significativement le volume de rinçage (5,75 ml vs 7,21 ml, $p = 0,028$). La formation du personnel a permis de passer de 85 % de rinçage continu (non recommandé) à 80,8 % de rinçage pulsé (recommandé) et d'augmenter encore le volume de rinçage (7,21 ml vs 9,00 ml, $p = 0,003$). Le dispositif a été jugé « très satisfaisant » pour 90 % du personnel interrogé. Les points forts mis en évidence étaient le gain de temps, la sécurité d'utilisation et la facilité de connexion.

Discussion :

L'audit a été l'occasion de détecter des pratiques non recommandées (flacon multidose partagé et rinçage continu). L'introduction de la seringue BD Posiflush™ SP a permis de communiquer auprès des soignants sur les bonnes pratiques de rinçage de CVP. Leur qualité a été améliorée. L'analyse de satisfaction a montré que le dispositif était largement apprécié par le personnel.

Mots-clés :

Cathéter veineux, Evaluation pratique professionnelle, Amélioration qualité

Références :

[1] Ryder M. et al. Topics in Advanced Practice Nursing eJournal, 5, (3) (2005)

[2] Infusion Standards of Practice, Infusion Nurses Society (2011)

[3] Prévention des infections associées aux CCI pour accès veineux: Recommandation R42, Société Française d'Hygiène Hospitalière (2012)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La « chambre des erreurs » : un moyen ludique de promouvoir la culture sécurité à l'hôpital

Auteurs :

Bialdyga F.⁽¹⁾, Lancel M.⁽²⁾, Nachon P.⁽³⁾, Barbier A.⁽²⁾, Trivier JM.⁽³⁾, Decourcelle C.⁽²⁾, Floret E.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Hôpital Saint-Philibert, Lomme

⁽²⁾ Pharmacie, Hôpital Saint-Philibert, Lomme

⁽³⁾ Pharmacie, Hôpital Saint-Vincent de Paul, Lille

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre de la semaine sécurité des patients, une « chambre des erreurs » a été proposée au personnel au cours d'une journée sur deux de nos hôpitaux. 17 erreurs, axées pour la plupart sur le médicament et l'identitovigilance et relevant d'un retour d'expérience interne, ont été intégrées dans le scénario de notre chambre. L'objectif est de sensibiliser les soignants aux situations à risque et d'évaluer leur niveau de détection de ces risques.

Matériels et méthodes :

Un questionnaire a été distribué à chaque participant sur les deux sites et une analyse des réponses a été effectuée a posteriori afin de relever : les fonctions des participants, les erreurs détectées et la satisfaction du personnel.

Résultats :

Au total, 194 personnes ont visité la chambre des erreurs et 153 questionnaires ont été retournés. Les professions les plus représentées sont le corps infirmier à 59,5 %, les aides-soignants (12,4 %), et le personnel de pharmacie (7,8 %). Les erreurs les plus détectées sont la présence du traitement personnel en chambre (83 %) et d'une bouteille de cola sucrée chez un patient diabétique (83 %). Les erreurs les moins citées sont les barrières de lit relevées sans prescription médicale (12 %) ou encore l'absence de date d'ouverture (ou date limite d'utilisation) sur un flacon de solution buvable entamé (29 %). Le meilleur score est de 15 erreurs détectées sur 17. Des erreurs « parasites » non prévues dans le scénario ont été relevées, la plus fréquente étant l'absence de sonnette citée par 64 % des soignants. Tous les participants ont jugé l'animation utile (42 %) ou très utile (58 %) et 99 % souhaitent qu'elle soit réitérée.

Discussion :

La « chambre des erreurs » a été appréciée par les professionnels de santé qui ont souligné son caractère ludique. Tous souhaitent que cette animation soit reconduite et ont suggéré comme variantes l'utilisation d'une vraie chambre, l'abord d'autres thématiques ou encore la réalisation de mises en situation. En parallèle, des axes d'amélioration sur les pratiques professionnelles ont été mis en évidence et font l'objet de nouveaux travaux (comme le pré-étiquetage des formes buvables à la pharmacie), dans l'objectif d'améliorer de manière continue la sécurité du patient.

Mots-clés :

Sécurité du patient, Médicament, Risque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sur-étiquetage : évaluation à 1 an et perspectives

Auteurs :

Lecuru M., Rouviere P., Thiriat N.*, Poullain S.

Pharmacie, CHI Créteil, Créteil

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, nous avons mis en place en 2014 le sur-étiquetage, à l'aide d'Eticonform[®], des blisters ne pouvant être dispensés sous format unitaire (absence de date de péremption et de numéro de lot). Dans un premier temps nous n'avons considéré que les médicaments délivrés lors de la dispensation journalière en pédiatrie (27 lits). L'objectif de ce travail est d'évaluer la satisfaction des différents utilisateurs (préparateurs en pharmacie et infirmières) puis d'envisager le déploiement du sur-étiquetage à d'autres situations (médicaments hors livret, à dispensation nominative).

Matériels et méthodes :

Deux questionnaires de satisfaction à destination des infirmières des services de pédiatrie et des préparateurs en pharmacie ont été administrés par une externe en pharmacie. Un bilan du nombre de blisters sur-étiquetés par spécialités en 2014 a été effectué grâce aux données de traçabilité disponibles sur Eticonform[®] et aux fiches de lots éditées. Une étude horaire sur le temps mis pour la réalisation du sur-étiquetage et une étude de consommation des spécialités susceptibles d'être concernées sont en cours de réalisation.

Résultats :

En 2014, 3 638 doses ont été sur-étiquetées pour 9 spécialités différentes. 5 préparateurs et 10 infirmières en pédiatrie ont répondu aux questionnaires. Le degré de satisfaction général est satisfaisant à 60 % (3/5) pour les préparateurs et satisfaisant à 30 % (3/10) voire très bon à 40 % (4/10) pour les infirmières. Les points positifs rapportés par les préparateurs sont la facilité d'utilisation du logiciel (très bon : 40 %) et de la réalisation du sur-étiquetage (satisfaisant : 60 %) et le faible volume dans les piluliers (très bon : 60 %). Le principal point négatif est la lisibilité du sur-étiquetage (médiocre : 60 % ; surtout pour les petits blisters) alors que les infirmières étaient plutôt satisfaites (très bon : 80 %) ainsi que par l'identification sans ambiguïté des comprimés (très bon : 80 %) et la sécurisation de la prise (très bon : 50 %). Le principal écueil était la facilité d'extraction des comprimés notamment les formes lyoc (moyen : 70 %). Le premier résultat de l'étude horaire sur 3 campagnes de sur-étiquetage est un temps moyen de 2 minutes/blister. Il reste à multiplier les mesures pour avoir un résultat représentatif.

Discussion :

La satisfaction générale pour le sur-étiquetage est relativement bonne. Selon les résultats de l'étude horaire et de notre consommation (qui seront présentés lors du congrès), nous pourrions envisager le déploiement à d'autres médicaments.

Mots-clés :

Sécurisation, Etiquetage de médicaments, Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

[Retour sur l'expérience des Groupes d'Analyse de Pratiques dans la prévention des extravasations des produits de contraste](#)

Auteurs :

[Parinaud AS.](#)⁽¹⁾, [Poignie L.](#)⁽¹⁾, [Fache E.](#)⁽¹⁾, [Gaihier C.](#)⁽¹⁾, [Chastel A.](#)⁽¹⁾, [Bonilla MA.](#)⁽²⁾, [Laurent F.](#)⁽²⁾, [Saillour-Glenisson F.](#)⁽³⁾, [Bertrand-Barat J.](#)⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unité de matériovigilance, CHU Bordeaux, Bordeaux

⁽²⁾ Service d'imagerie médicale - radiologie diagnostique et thérapeutique, CHU Bordeaux, Bordeaux

⁽³⁾ Service d'information médicale, CHU Bordeaux, Bordeaux

Résumé :

Introduction :

L'extravasation (E) d'un produit de contraste (PC) en imagerie est un événement peu décrit dans la littérature qui peut avoir néanmoins des conséquences cliniques graves pour le patient. Sa fréquence a augmenté avec la généralisation de l'injection automatisée. L'objectif de cette Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est de rédiger des recommandations transversales de bonnes pratiques (BP) d'injection des PC.

Patients et méthodes :

L'EPP repose sur un comparatif de méthodes collectives permettant de l'intégrer dans le fonctionnement régulier des services. Nous avons utilisé le Groupe d'Analyse de Pratiques (GAP) ou staff-EPP (une réunion tous les 3 mois, 6 réunions) comme outil d'évaluation et d'harmonisation des pratiques. Ont été mis en place : un groupe de pilotage transversal et pluri-professionnel de 10 personnes (2 réunions) et un groupe de travail (3 réunions) composé essentiellement de cadres où s'effectue l'analyse des causes à partir des comptes-rendus de GAP. Lors du GAP, l'analyse s'effectue à partir de deux documents : une fiche spécifique décrivant l'E comportant 33 critères (produit, volume, voie d'administration...) et un compte-rendu décrivant l'environnement de l'E.

Résultats :

Lors du recueil exhaustif, 71 cas d'E ont été déclarés entre le 1^{er} juin 2013 et le 15 mars 2014. L'élaboration des recommandations de BP a été réalisée en continu lors de l'analyse des causes au sein du groupe de travail et a été validée par le comité de pilotage. Des recommandations de BP et un arbre décisionnel de prise en charge ont été rédigés à partir des résultats d'un travail de thèse parallèle et des comptes-rendus du groupe de travail de l'EPP.

Discussion :

Une formation des manipulateurs en électroradiologie à cet outil a été nécessaire. Puis, les équipes se sont appropriées la méthodologie et ont pu participer activement à l'élaboration des recommandations de BP. Les analyses en GAP reposent sur des documents de référence notamment les nouvelles recommandations de l'American College of Radiology (ACR).

Conclusion :

A l'issue de l'EPP, la fiche de recommandations de BP ainsi qu'un arbre décisionnel sont appliqués dans l'ensemble des services de radiologie. Le taux de survenue des extravasations est utilisé comme indicateur de suivi de la mise en œuvre de ces BP. Une analyse multi-variée des causes comparant le groupe des patients extravasés à un groupe témoin est également en cours.

Mots-clés :

Analyse des causes, Extravasations de produits diagnostic ou thérapeutique, Gestion du risque

Références :

[1] American College of Radiology (ACR). Manual on Contrast Media version 9. 2013, vol. 1, 53 p.

[2] Bertrand-Barat J., Drouillard J., Cahoreau V., et al. Gestion des risques : Apport de l'analyse des signalements d'extravasation de produit de contraste en imagerie de coupe. Risque & Qualité. En Milieu Soins., 2006, 1, p. 17-22

[3] Thomsen H.S Guidelines for Contrast Media from the European Society of Urogenital Radiology (ESUR). Am. J. Roentgenol., 2003, 181, p. 1463-1471

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Explantation des implants dentaires : comment améliorer les déclarations à l'ANSM ? Bilan rétrospectif sur deux ans dans un établissement de soins

Auteurs :

Gaihier C., Roussely-Martin B., Ribas C.*, Quiévy-Macchioni A., Bertrand-Barat J.

Unité de matériovigilance, CHU Bordeaux, Bordeaux

Résumé :

Introduction :

950 implants dentaires sont posés par an dans notre établissement. Les échecs liés à ces implantations ne sont pas signalés systématiquement par les cliniciens. Les explantations relèvent de la matériovigilance et doivent être déclarés à l'ANSM (Agence Française de Sécurité des Médicaments et des produits de santé). L'objectif est d'explorer les cas d'explantations signalés en 2013 et 2014 afin d'identifier les données cliniques pertinentes à collecter de façon systématique, et de mieux documenter les déclarations à l'ANSM.

Patients et méthodes :

Les explantations ont été analysées à partir des dossiers médicaux des patients. Les éléments cliniques à relever ont été définis en comparant 4 formulaires de déclaration spécifiques de fabricants incriminés : âge, date d'implantation, motif d'explantation, qualité et quantité osseuse du site implantaire, présence d'une infection du site implantaire, habitudes (exemple : tabac), et hygiène buccale.

Résultats :

Sur les 20 explantations enregistrées, 40 % des patients avaient plus de 60 ans et 55 % des patients avaient un âge compris entre 40 et 60 ans. 13 soit 65 % des échecs étaient liés à une absence d'ostéointégration, 4 à une péri-implantite (20 %) et 3 à une absence de stabilité primaire de l'implant (15 %). Une infection du site implantaire a été retrouvée dans 20 % des cas, nécessitant une antibiothérapie. 6 patients (29 %) avaient une mauvaise qualité osseuse du site implantaire et 3 (15 %) avaient une quantité osseuse insuffisante, critères appréciés par les praticiens. Cependant, chez 13 patients (60 %) les critères infectieux et de qualité osseuse n'étaient pas renseignés, ainsi que la quantité osseuse dans 75 % des cas (15 patients).

Discussion :

Les facteurs favorisant des échecs relevés ici sont l'âge, une mauvaise qualité et quantité osseuse du site implantaire, une mauvaise hygiène buccale ainsi que le tabagisme ou le bruxisme. Ces éléments doivent faire partie de l'analyse d'un cas d'explantation pour progresser dans l'identification des patients à risque.

Conclusion :

Une fiche de signalement d'explantation d'implant dentaire a été mise en place pour faciliter le recueil et les échanges d'informations entre les services de soins, le correspondant local de matériovigilance, la pharmacie et les fabricants. Elle permet l'uniformisation des pratiques, la promotion du signalement, un échange rapide de l'implant par le fabricant et pourra être intégrée dans les documents contractuels des procédures d'achats des implants.

Mots-clés :

Implant dentaire, Gestion du risque, Ablation de dispositif

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse des causes des explantations d'implants cochléaires

Auteurs :

Testas C.⁽¹⁾, Bonnard D.⁽²⁾, Gaihier C.⁽¹⁾, Ribas C.*⁽¹⁾, Quiévy-Macchioni A.⁽¹⁾, Bertrand-Barat J.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unité de matériovigilance, CHU Bordeaux, Bordeaux

⁽²⁾ Service d'ORL, de chirurgie cervicofaciale et d'ORL pédiatrique, CHU Bordeaux, Bordeaux

Résumé :

Introduction :

4 marques d'implants cochléaires sont posées dans notre établissement : Neurelec (N), Cochlear (C), Med El (ME), et Advanced Bionics (AB). Toute explantation fait l'objet d'un signalement de matériovigilance. Depuis 2011, une augmentation des explantations a été constatée. Entre 2011 et 2013, les causes des explantations ont été analysées.

Patients et méthodes :

Les données relatives aux patients, le type de surdité, la durée d'implantation, les causes cliniques, les causes techniques (résultats des tests d'intégrité et des expertises), soit 16 critères, ont été relevés rétrospectivement dans les dossiers patients correspondants aux cas d'explantations entre 2011 et 2013. Les tests d'intégrité pratiqués par les fabricants in vivo analysent les défaillances du matériel et révèlent les pannes certaines, ou les pannes « soft failure » (sans dysfonctionnement).

Résultats :

17 patients ont été inclus, d'âge moyen = 33,7 ans ; sexe ratio H/F = 1,43. Période de survenue de la surdité : 9 pré-linguales 7 post-linguales et 1 cas non connu. Nombre d'explantation par marque : N = 8 ; C = 4 ; ME = 3 ; AB = 2. Durée d'implantation avant explantation : N = 5,5 ans ; C = 5 ans ; ME = 7,5 ans ; AB = 2,5 ans. Causes cliniques identifiées, toutes marques confondues : panne certaine n = 8 ; absence/l'insuffisance de bénéfice de l'implant n = 3 ; panne « soft-failure » de l'implant n = 1 ; désir d'explantation du patient n = 1 ; problème médical n = 1, causes cliniques non connues n = 3. Causes techniques identifiées après expertise, toutes marques confondues : origine de la panne inconnue n = 8 ; défaut d'étanchéité de l'implant n = 4 ; défaut d'isolation électrique de l'implant n = 1 ; choc extérieur subi par l'implant n = 1 ; migration du processeur interne de l'implant n = 1 ; absence d'expertise n = 2.

Discussion :

Les pannes surviennent bien avant la fin de la période de garantie de 10 ans demandée aux fabricants. Seules deux causes de défaillance ont été jugées évitables : le défaut d'étanchéité et le défaut d'isolation électrique, qui ont donné lieu à des actions correctives par les fabricants. Plus de la moitié des pannes sont restées sans cause identifiée. La décision d'explantation est purement médicale lorsque les tests d'intégrité ne mettent pas en évidence de panne certaine.

Conclusion :

Nos résultats montrent l'importance de déclarer toute explantation d'implant cochléaire et de procéder à l'expertise des explants pour contribuer à l'amélioration de la compréhension des pannes.

Mots-clés :

Analyse de défaillance du matériel, Ablation de dispositif, Expertise

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Traitement des signalements de matériovigilance lié à l'utilisation des sutures et ligatures : bilan rétrospectif sur 2 ans et mise en place d'un arbre décisionnel d'aide à l'analyse

Auteurs :

Chastel A., Granier-Renard E., Ribas C.*, Quiévy-Macchioni A., Bertrand-Barat J.

Unité de matériovigilance, CHU Bordeaux, Bordeaux

Résumé :

Introduction :

Les incidents liés à l'utilisation des sutures et ligatures relèvent de la matériovigilance. Leur analyse prend en compte le moment de l'incident, la typologie et les risques associés. Depuis 2013, le nombre de signalements enregistrés sur notre établissement est en progression et une forte variabilité est observée dans leur traitement, influencée par exemple par la nature de la chirurgie ou l'âge du patient. L'objectif de ce travail est de mettre en place un arbre décisionnel d'aide à l'analyse des incidents pour améliorer les déclarations à l'ANSM (Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé), et à la prise de mesures conservatoires adaptées aux risques identifiés.

Patients et méthodes :

L'analyse des typologies d'incidents enregistrés entre 2013 et 2014 a permis d'identifier les points critiques à explorer :

- moment de l'utilisation (avant, pendant ou après utilisation de la suture)
- défaut visible lors du geste ou non (exemple : fil desserti, fil dédoublé)
- nature du tissu incriminé (exemple : peau ou tissu profond)
- structure vitale touchée (exemple : aorte)
- perte d'un morceau ou de la totalité de l'aiguille dans le site opératoire
- incident isolé ou répétitif

Résultats :

Entre 2013 et 2014, 33 signalements ont été enregistrés. Le traitement initial de ces incidents avait donné lieu à : 11 courriers d'information aux fabricants, 4 déclarations facultatives, 18 déclarations obligatoires, dont 2 retraits de lots. La mise en œuvre de l'arbre décisionnel a mis en évidence le manque d'informations critiques pour 7 dossiers, ne permettant pas de confirmer la prise de décision. Sur le restant des dossiers, les suites données à l'incident auraient été modifiées pour 13 cas (6 cas pour lesquels une déclaration aurait dû être envisagée et 7 cas pour lesquels la déclaration a été faite à tort).

Conclusion :

L'identification des points critiques nous permet de mieux documenter les cas avec le personnel soignant dès réception des incidents. L'analyse des dossiers n'était pas satisfaisante dans 60 % des cas. L'arbre décisionnel nous a permis d'avoir une plus grande homogénéité et rapidité pour le traitement des incidents.

Mots-clés :

Matériaux de suture, Gestion du risque, Déclaration obligatoire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Le dossier pharmaceutique est-il un bon outil pour les patients ambulatoires des Rétrocessions à l'hôpital ?

Auteurs :

Guitart C., Quintard A.*, Terrail N.

Pharmacie Lapeyronie, CHRU Montpellier - Hôpital Lapeyronie - Arnaud de Villeneuve, Montpellier

Résumé :

Introduction :

Le Dossier Pharmaceutique (DP) créé à l'initiative de l'Ordre des Pharmaciens en 2007 a été déployé dans les pharmacies d'officine avec un taux de couverture de 96 %. Il doit être créé conjointement avec le patient et permet d'enregistrer les dispensations sur prescription ou non des 4 derniers mois : chaque inscription est réalisée avec l'accord du patient, libre de permettre l'inscription de la totalité de ses dispensations ou seulement une partie.

Patients et méthodes :

Le DP fait l'objet d'un déploiement à l'hôpital dans le service des rétrocessions du CHU depuis décembre 2014. Une étude a été réalisée auprès de 20 patients afin de déterminer si la création des dossiers se fait selon les règles de confidentialité et selon le Bon Usage du DP.

Résultats :

Ainsi, 50 % des patients qui se présentent aux cessions externes possèdent un DP mais 90 % des dossiers sont créés à leur insu. Seulement 20 % souhaitent enregistrer la dispensation hospitalière (1 patient VHC et 1 patient épileptique). Les patients sans DP (50 %) refusent tous la création d'un DP : la totalité des patients suivis pour leur VIH ne souhaitent pas que leur pharmacien d'officine soit informé de leur pathologie et viennent se procurer leur traitement à l'hôpital pour le respect de la confidentialité.

Discussion :

L'Ordre des Pharmaciens communique sur un taux d'ouverture important de dossiers avec une création laissée à l'initiative des patients : peu de DP sont créés et dans la majorité des cas, le pharmacien d'officine le fait sans le consentement du patient. Le DP est un outil intéressant et pourrait être un bon support d'échange entre les pharmaciens pour le suivi des patients mais il comporte des limites : l'historique de certaines dispensations, les posologies ou les coordonnées des prescripteurs sont absents, les inscriptions des dispensations, totales ou partielles laissées au libre choix des patients peuvent être incomplètes.

Conclusion :

Le DP devrait permettre une réciprocité dans la circulation d'informations médicales et une amélioration des échanges d'informations entre la ville et l'hôpital mais aujourd'hui, il semble difficile à alimenter pour le pharmacien des rétrocessions.

Mots-clés :

Dossier pharmaceutique, Consentement, Patients ambulatoires

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

CREX : à propos d'un cas

Auteurs :

Astrid P., Barcelo C.*, Peus E., Duplissy E.

Pharmacie, CH Perpignan, Perpignan

Résumé :

Introduction :

Un enfant âgé de deux ans a reçu en prémédication pour une IRM, une dose d'Alimémazine gouttes buvables dix fois supérieure à la normale entraînant une surveillance intensive et une prolongation d'hospitalisation.

Matériels et méthodes :

Un CREX est organisé à notre initiative. La méthode Alarm validée par l'HAS a eu pour but de reconstituer la chronologie des faits. Cette analyse pluridisciplinaire et collective a permis de détecter les causes de cette erreur et de dégager les actions correctives.

Résultats :

Parmi les causes nous avons retrouvé une ordonnance rédigée par l'interne sans visée du sénior, une dispensation du préparateur sans validation pharmaceutique et une administration par une IDE dans un contexte d'urgence. En outre le service de pédiatrie, non informatisé, ne possède pas d'outils d'aide à la prescription.

Discussion :

Les facteurs de défaillance découlent à la fois des acteurs du circuit du médicament et de l'organisation de la prise en charge du patient. Au vu de ces dysfonctionnements, la pharmacie a mis en place des actions correctives simples et rapides : un livret de posologies usuelles et maximales des médicaments pédiatriques, une affiche servant de repère posologique et un protocole de prémédication, validé en staff médical et approuvé en CoMéDiMS. Enfin toutes les prescriptions de pédiatrie seront visées systématiquement par un pharmacien sénior avant dispensation.

Conclusion :

Ce CREX a permis d'améliorer la sécurisation des soins délivrés au patient au travers de la démarche d'assurance qualité. A la faveur de ce travail, les pédiatres ont invité les pharmaciens à leur staff hebdomadaire. Nous avons pu dès lors renforcer notre rôle de « consultant » sur les posologies et le bon usage des médicaments chez l'enfant.

Mots-clés :

CREX, Assurance qualité, Sécurisation patient

Références :

[1] CREX : revue épidémiologique et de santé publique Vol.61 - N° 2 - p. 155-161

[2] Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Améliorer la sécurité des organisations de soins : exploiter les retours d'expérience. Paris : MEAH ; 2008

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Certification en radiopharmacie : retour d'expérience

Auteurs :

Potdevin-Verdier J.*⁽¹⁾, Veran N.⁽²⁾, Gustin B.⁽¹⁾, Ben Mahmoud S.⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHR Metz-Thionville, Metz

⁽²⁾ Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

⁽³⁾ Médecine nucléaire, CHR Metz-Thionville, Metz

Résumé :

Introduction :

La démarche de certification est un enjeu prioritaire des établissements de santé. Depuis janvier 2013, la médecine nucléaire est devenue une pratique exigible prioritaire, notamment pour les aspects de radiopharmacie, déjà couverts par le circuit des médicaments à risque. La préparation à la certification a été initiée un an avant la visite des experts HAS (Haute Autorité de Santé) dans nos services.

Matériels et méthodes :

Un groupe de travail a été constitué au sein de chacun des services de Médecine Nucléaire, comprenant un médecin, un radiopharmacien, un cadre de santé, une PCR (Personne Compétente en Radioprotection), deux MER (Manipulateur en Electroradiologie) et une secrétaire. Les aspects purement pharmaceutiques ont été gérés par les radiopharmaciens, en lien avec les professionnels concernés et en totale concertation avec les actions mises en œuvre au sein du service de Médecine Nucléaire. La démarche a consisté en la réalisation d'une autoévaluation basée sur les 129 critères de la grille HAS, suivi de la mise en œuvre d'actions correctives et enfin d'une réévaluation, sur une période de 11 mois.

Résultats :

Après l'autoévaluation initiale, deux grands axes d'amélioration ont été définis : le premier sur la mise en place d'un système de retour d'expérience. En se basant sur l'expérience interne des services de radiothérapie, un comité Rex (Retour d'Expérience) a été créé. A ce jour, 30 fiches ont été rédigées par le personnel, 8 réunions ont eu lieu permettant de traiter 7 non conformités, avec 12 actions correctives mises en place et 5 en cours ; le deuxième a consisté à faire une revue de direction du système qualité existant. Ce bilan a fait apparaître un résultat mitigé, avec des doublons de procédures, un indice de révision insuffisant, et surtout un manque de structuration du système qualité.

Discussion :

Il a donc été décidé de structurer celui-ci selon une approche processus, avec création d'organigrammes décisionnels pour chaque sous processus. Les procédures y ont ensuite été rattachées, et des indicateurs d'activité et de qualités ont été définis.

Conclusion :

La visite de certification du CHR a eu lieu en septembre 2014. L'organisation du SMQ (Système de Management de la Qualité) a été saluée par les experts visiteurs. La préparation de la certification a permis de former le personnel à la qualité et à sa mise en œuvre. La démarche qualité mise en œuvre a été intégrée par l'équipe, et se poursuit à ce jour. Des formations externes en qualité du personnel pourraient être mises en place.

Mots-clés :

Certification, Retour d'expérience, Qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Semaine sécurité patients : pharmaciens au sein des unités de soins

Auteurs :

Barcelo C.*, Peus E., Duplissy E.

Pharmacie, CH Perpignan, Perpignan

Résumé :

Introduction :

La semaine nationale de sécurité patient est l'occasion de sensibiliser tous les acteurs de santé aux événements indésirables liés aux soins et de garantir la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients. En 2014, les pharmaciens du centre hospitalier se sont déplacés dans les unités de soins pour rencontrer les patients hospitalisés.

Patients et méthodes :

Huit pharmaciens se sont rendus dans les différentes unités de l'établissement. Ils ont remis aux patients les flyers édités par le ministère de la santé ainsi qu'une plaquette d'information « mes médicaments, mon traitement, mes ordonnances » rédigée par leurs soins. En parallèle, les patients ont répondu à un quizz de dix questions élaboré en collaboration avec la cellule de gestion des risques. Les pharmaciens ont reformulé systématiquement toute question incomprise (29 % des cas). L'extraction des résultats était informatisée.

Résultats :

Quatre vingt trois patients rencontrés ont répondu favorablement à ce quizz, contre trente l'année dernière où le stand « pharmacie » se tenait dans le hall de l'hôpital. 83 % des patients savent que le nombre de médicaments prescrits n'est pas proportionnel à la rapidité de guérison. 62 % pensent que la voie orale est aussi efficace que les perfusions. 89 % ne doublent pas la dose suivante en cas d'oubli d'une prise. Par contre 42 % jugent que les génériques sont moins efficaces que les princeps, 15 % ne trouvent pas utile de parler de leur difficulté de déglutition et 42 % stoppent de leur propre initiative les antalgiques prescrits dès lors qu'ils n'ont plus mal. 52 % sont convaincus que l'hôpital peut fournir tous les traitements existant sur le marché.

Discussion :

2014 a été l'année de l'innovation et de la présence pharmaceutique au côté des patients. En nous déplaçant dans l'unité de soins, nous avons pu conseiller en direct les patients sur le bon usage des médicaments tout en répondant à leurs interrogations.

Conclusion :

A la lecture des résultats du quizz, le questionnaire a été modifié ainsi que la plaquette « mes médicaments, mon traitement, mes ordonnances » inclue dans le livret d'accueil. Encouragée par l'intérêt que nous ont porté les patients, l'équipe de la pharmacie a déjà prévu pour 2015, de simuler « la chambre des erreurs », « l'armoire à pharmacie familiale des erreurs » et d'organiser un jeu avec buzzer « question pour un patient », ceci en collaboration avec les représentants des usagers.

Mots-clés :

Information patient, Education santé, Sécurité des soins

Références :

[1] Instruction n° DGOS/PF2/2014/216 du 10 juillet 2014 relative à l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2014

[2] Semaine de la sécurité des patients : 4^{ème} édition-Ministère des affaires sociales et de la santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Chambre des erreurs : une approche ludique pour sensibiliser aux erreurs médicamenteuses

Auteurs :

Lebeschu M.*⁽¹⁾, Courtois H.⁽¹⁾, Vincent C.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Saint-Maixent-l'École, Saint-Maixent-l'École

⁽²⁾ Qualité, CH Saint-Maixent-l'École, Saint-Maixent-l'École

Résumé :

Introduction :

La "chambre des erreurs" est un outil de simulation en santé destiné à sensibiliser aux risques d'erreurs médicamenteuses, conçu en 2011 par le centre mutualiste de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de KERPAPÉ en Bretagne, et diffusé en 2013 par l'OMÉDIT Bretagne. Nous avons adapté cet outil à notre hôpital gériatrique, afin d'aborder de façon ludique la prévention des risques liés à la prise en charge médicamenteuse, et inclus 6 thématiques issues des 12 never events.

Matériels et méthodes :

Lors de la "semaine sécurité des patients" 2014, une chambre de patient a été aménagée pendant 2 heures. 20 erreurs y ont été disposées portant sur l'identité du patient, l'hygiène et la sécurité des soins, le bon usage des produits de santé, la prescription, la préparation des doses, et sur l'administration des médicaments. En circulant dans la chambre des erreurs, les participants notent sur un questionnaire celles qu'ils repèrent.

Résultats :

25 participants ont rempli 23 questionnaires avec des profils très variés, du médecin (1/25) à l'IDE (5/25), en passant par l'aide-soignante (5/25), une secrétaire, des agents des services techniques (2/25), une assistante sociale, le responsable de la lingerie, des élèves IDE (1/25) et Aide-soignante (1/25) et des préparatrices (2/25). Un faux dossier patient informatique a été créé avec édition papier.

Discussion :

La liste des erreurs à détecter a été communiquée a posteriori à tous les agents via le logiciel de prescription OSIRIS.

Conclusion :

Tous les participants ont appréciés l'expérience et veulent inciter leurs collègues à participer. Une restitution dans chaque service est prévu au 1^{er} trimestre 2015 afin d'inciter à la déclaration des erreurs médicamenteuses

Mots-clés :

Assurance de la qualité des soins de santé, Pharmacovigilance, Prévention et contrôle

Références :

[1] Circulaire n° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé

[2] <http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/la-chambre-des-erreurs> dernière consultation le 10/2015

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des pratiques de préparation et d'administration de l'insuline

Auteurs :

Paysant C.*, Dell'ova M., Martin A., Scherrer J., Michel F., Gaucher S., Jacquens Y., Legris-Allusson V.

Pharmacie, CHU Martinique - Hôpital Pierre Zobda Quitman, Fort-de-France, Martinique

Résumé :

Introduction :

L'administration de l'insuline en milieu hospitalier a fait l'objet de recommandations nationales élaborées en 2007 [1] et apparaît dans la liste des "Never events" de 2012 [2]. Dans ce contexte et devant la survenue d'accidents d'exposition au sang liés à l'utilisation de stylos à insuline dans notre établissement, un audit a été réalisé auprès des infirmières diplômées d'Etat (IDE) afin de faire un état des lieux des pratiques de préparation et d'administration de l'insuline.

Matériels et méthodes :

La grille d'audit réalisée évalue les modalités de préparation (prélèvement à la seringue à partir d'un stylo ou de flacons, étiquetage des stylos ou seringues...) et d'administration de l'insuline (auto-administration, ou administration au stylo ou à la seringue...), de recapuchonnage et d'élimination des aiguilles.

Résultats :

72 IDE, exerçant dans 43 unités de soins (moyenne de 2 patients sous insuline dans chaque US) ont été auditées. 33 % des IDE ont déclaré que certains patients s'auto-administrent l'insuline. Dans ce cas, le stylo est identifié avec une étiquette patient dans 97 % des cas. 64 % des IDE prélèvent l'insuline à l'aide d'une seringue avant administration (15 % à partir de flacons multi-doses, 11 % de stylos pré rempli, 74 % l'un ou l'autre). La préparation des seringues est réalisée simultanément pour plusieurs patients au poste de soins dans 19,5 % des cas. 10 % des IDE administrent l'insuline au stylo. 24 % déclarent utiliser les 2 pratiques (seringue ou stylo). Un stylo est utilisé pour plusieurs patients dans 48 % des cas. 6 % des IDE recapuchonnent l'aiguille. La désadaptation des aiguilles des stylos se fait à la main dans 21 % des cas.

Discussion :

Cet audit a permis de mettre en évidence des mésusages et la coexistence de plusieurs pratiques de préparation et administration de l'insuline, qui peuvent être à l'origine d'un risque pour le personnel soignant et/ou pour le patient. Un groupe de travail a donc été mis en place pour réaliser des actions correctives : élaboration de recommandations de bon usage pour harmoniser les pratiques, formation du personnel, et référencement d'aiguilles sécurisées pour stylo à insuline.

Mots-clés :

Insuline, Audit, Administration

Références :

[1] AFSSaPS, Message d'information : Précautions d'utilisation des stylos injecteurs de médicaments, 18 juin 2007

[2] DGOS, Circulaire relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (Annexe III : les événements qui ne devraient jamais arriver - "Never Events"), 14 février 2012

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation de l'administration des formes orales solides dans les unités de soins : évaluer pour améliorer !

Auteurs :

Gasperini M.*, Belmondo L., Doghmane F., Demichelis C., Lao S.

Pharmacie, Hôpital Sainte-Musse, Toulon

Résumé :

Introduction :

La modification de galénique des formes orales solides (FOS) (écrasement de comprimés, ouverture de gélules) est une pratique courante, en particulier en gériatrie, justifiée par des troubles de la déglutition et du comportement. Cette pratique, contraire au bon usage du médicament, n'est pas sans risque pour les patients (sur et sous dosage, toxicité, contamination croisée...) ainsi que pour les soignants (toxicité, allergie...). Afin de maîtriser le risque iatrogène au sein de notre établissement, nous avons souhaité évaluer les pratiques sur l'écrasement, ouverture des FOS, dans les unités de soins.

Patients et méthodes :

Dans le cadre de la commission pharmacie/unité de soins, un groupe de travail a été constitué afin d'évaluer les pratiques sur un échantillon représentatif de services volontaires de l'établissement. Les données ont été recueillies sur la grille d'audit de l'OMÉDIT Haute-Normandie, par un binôme d'auditeur, puis analysées par le groupe de travail afin de proposer des actions correctives et des outils adaptés à la pratique.

Résultats :

L'audit a été réalisé sur 32 patients [moyenne d'âge : 73 ans, motif : 73 % troubles de la déglutition], pendant une durée de 3,5 semaines. 129 médicaments ont été écrasés et/ou ouverts : aucune demande d'avis médical ou pharmaceutique n'avait été faite. 36 % n'auraient pas du l'être (dont 24 % de prescriptions d'esoméprazole) ; 41 % d'entre eux présentaient une alternative galénique. Les préparations sont réalisées par les infirmières (IDE), en respectant les règles d'hygiène. Nous constatons une faible consultation de la liste institutionnelle des médicaments écrasables, bien que les IDE connaissent son existence. Les médicaments sont écrasés ensemble, de plus la présence de résidu non administré dans le mortier et l'écrasement du contenu des gélules ont été relevés. L'administration est effectuée dans 32 % des cas par une personne différente de l'IDE (aides soignants, famille) et administrée dans un véhicule non neutre dans 32 % des cas.

Discussion :

Il ressort de cet audit que les sources disponibles sont peu adaptées à la pratique, un manque d'information des IDE sur les risques liés à cette pratique et une absence d'implication médicale. Des actions correctives ont été proposées, telles que l'établissement d'une liste basée sur la dotation du service avec proposition d'alternatives, formation et sensibilisation des IDE, étiquetage de chaque tiroir de médicaments avec des icônes matérialisant l'interdiction de modifier la forme galénique. Enfin, une amélioration de la communication entre les différents acteurs du circuit est indispensable.

Mots-clés :

Sujet âgé, Utilisation hors recommandation, Sécurisation

Références :

[1] Groupe de travail EHPAD, OMÉDIT Haute-Normandie. Audit concernant l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules en établissement de santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Gestion des traitements personnels médicamenteux à l'hôpital : état des lieux des pratiques dans un centre hospitalier universitaire

Auteurs :

Guérin A.*, Everard O., Paret A., Huquet A., Hamdar S., Dias S., Haddad R., Curatolo N.

Pharmacie, APHP - Hôpital Antoine Béclère, Clamart

Résumé :

Introduction :

La gestion des traitements personnels des patients hospitalisés est une problématique quotidienne en établissement de santé en termes de sécurité, de qualité pour le patient et de pratiques organisationnelles pour les services cliniques et la pharmacie à usage intérieure. L'objectif de cette étude était de dresser un profil précis des pratiques de gestion des traitements personnels au sein d'un centre hospitalier universitaire.

Patients et méthodes :

Etude observationnelle descriptive transversale réalisée le 28 janvier 2015 au sein de sept services cliniques (i.e. Cardiologie, Chirurgie orthopédique, Chirurgie sceptique, Chirurgie viscérale, Hépatogastro-entérologie, Immunologie, Médecine aigue polyvalente). Les pratiques de gestion des traitements personnels ont été évaluées par des binômes pharmacien-externe ou pharmacien-préparateur à l'aide d'une grille de 18 items. Le recueil des données incluait un entretien patient (i.e. traitement habituel, apport et utilisation à l'hôpital), la localisation des traitements personnels, la vérification de la disponibilité au livret de l'hôpital et leur prescription. L'étude portait sur tous les patients hospitalisés depuis plus de 48 heures et capables de communiquer.

Résultats :

Sur 130 hospitalisés, 77 patients ont été inclus et 80 % (62/77) avaient un traitement habituel. Parmi ces derniers, 50 % (31/62) ont apportés leur traitement. Au total, 114 traitements ont été ramenés par les patients. Les médicaments étaient retrouvés dans la chambre du patient dans 62 % (71/114) des cas vs. 29 % (33/114) dans le coffre vs. 4 % (5/114) dans le chariot d'administration. Cinquante-trois pour cent (61/114) des traitements ont été utilisés pendant l'hospitalisation. Pour 57 % (35/61) de ces traitements aucune prescription hospitalière n'a été retrouvée. Le patient gérait ses traitements dans 57 % (35/61) des cas vs 43 % (26/61) par les infirmières.

Discussion :

Cette étude montre que la gestion des traitements personnels concerne une part non négligeable des patients hospitalisés et que les pratiques ne sont pas standardisées et sécurisées malgré la présence d'une procédure dédiée. Nous avons ainsi observé des pratiques à risque telle que la non prescription de médicaments personnels pris par le patient ou des doubles prises de médicament (p.ex. Statine à la fois prise par le patient et administrée par l'infirmière) Pour améliorer nos pratiques, nous avons mis en place une démarche collaborative auprès des équipes de soins afin d'assurer la qualité de la prise en charge médicamenteuse en tenant compte de la réalité du terrain.

Mots-clés :

Audit gestion, Gestion du risque, Pharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sortie du patient et prise en charge médicamenteuse : évaluation des pratiques de rédaction des comptes rendus d'hospitalisation

Auteurs :

Huquet A., Guérin A.*, Curatolo N.

Pharmacie, APHP - Hôpital Antoine Béclère, Clamart

Résumé :

Introduction :

La qualité des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) et leur transmission est un élément essentiel permettant d'assurer la continuité des soins entre les professionnels de santé. La Haute Autorité de Santé (HAS) a récemment publié un référentiel pour la prise en charge de la sortie. L'objectif était de réaliser un audit des CRH afin d'en vérifier la concordance avec les nouveaux critères de la HAS.

Patients et méthodes :

Etude observationnelle descriptive rétrospective réalisée sur les CRH des patients admis en médecine aigue polyvalente entre le 1/10/2014 et le 31/12/2014 et pour lesquels un historique médicamenteux à l'admission avait été réalisé. Seuls les traitements médicamenteux (i.e. pour l'entrée (E) et la sortie (S)) au sein du CRH et le délai de rédaction des CRH ont été analysés. Les CRH ont été évalués sur les critères du référentiel de la HAS (i.e. classement des médicaments selon le domaine pathologique, présence du dosage et de la dose prise, fréquence de prise et voie d'administration pour chaque médicament). La justification de toute modification, tout arrêt ou suspension temporaire, toute introduction de traitement entre l'entrée et la sortie a également été évaluée.

Résultats :

123 patients ont été inclus dans l'analyse. 75 % (92/123) des patients possédaient un CRH disponible le jour de la sortie et 85 % (78/92) sous 8 jours. Aucun CRH (0/92) n'était totalement conforme aux spécifications de la HAS. Les proportions de conformité au référentiel étaient de 42 % (E) vs.48 % pour le classement par domaine pathologique ; 44 % (E) vs.56 % (S) pour la mention du dosage ; 55 % (E) vs.83 % (S) pour la mention de la dose ; 51 % (E) vs.84 % (S) pour la mention de la fréquence et 1,1 % (E) vs.1,1 % (S) pour la voie d'administration. Une justification était présente dans 39 % des cas pour les modifications (dose/voie/fréquence), 15 % pour les arrêts, 40 % pour les suspensions et 47 % pour les introductions de traitements.

Discussion :

Cette étude montre que malgré une proportion relativement élevée de CRH disponibles au moment de la sortie, leur qualité ne permet pas d'assurer une prise en charge médicamenteuse optimale des patients à la sortie. Le pharmacien peut contribuer à ce processus en améliorant la qualité des informations relatives aux traitements médicamenteux. C'est pourquoi nous avons initié avec le service une démarche collaborative pour intégrer le pharmacien dans le processus et répondre au mieux aux nouvelles exigences de la HAS.

Mots-clés :

Audit gestion, Pharmacie, Sortie du patient

Références :

[1] Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation > 24h. En ligne http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf (site visité le 12 février 2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Professionnels de santé en ville : quels outils pour l'accompagnement des patients atteints de cancer ?

Auteurs :

Gabriel L. *, Lauby V., Guarino V.

Pharmacie, CH Troyes, Troyes

Résumé :

Introduction :

La mise à disposition en officine de traitements anticancéreux oraux implique un accompagnement des patients qui profiterait d'une coopération entre pharmaciens d'hôpitaux et d'officine. La création d'un réseau territorial s'inscrit dans la démarche du troisième Plan cancer [1]. Nous avons interrogé les pharmaciens de notre département sur leur quotidien avec les médicaments anticancéreux par voie orale. Moins de la moitié d'entre eux déclare être à l'aise lors de la dispensation de ces médicaments, mais ils sont tous intéressés par des informations concernant les traitements. Nous leur avons proposé une rencontre s'articulant sur deux axes principaux : la formation et la coopération territoriale. A l'issue de cette rencontre nous avons recueilli leur adhésion par rapport aux contenus proposés.

Matériels et méthodes :

Suite à la rencontre, un questionnaire a été remis à chaque pharmacien d'officine portant sur 5 items : organisation, contenu, utilité, points forts et sujets à approfondir ou aborder lors de rencontres. Les réponses allaient de « totalement en désaccord » à « totalement en accord » selon 5 niveaux. Un champ libre était laissé à disposition pour l'expression de suggestions. Les données ont été analysées par statistique descriptive.

Résultats :

Les contenus didactiques ont été appréciés par 80 % des 39 pharmaciens présents, mais seulement 62 % jugeaient ces contenus transposables à leur quotidien avec les patients. Deux officinaux sur trois sont prêts à des rencontres régulières avec les pharmaciens hospitaliers correspondants. La création d'un réseau de coopération intéresse 90 % des participants dont 36 % souhaite s'investir dans des groupes de travail.

Discussion :

La démarche impulsée par les pharmaciens hospitaliers est bien accueillie par les confrères officinaux. Un échange sécurisé d'informations sera mis en place par la création d'un réseau territorial informatisé. Ceci permettra un relais d'informations indispensable à l'optimisation de la prise en charge des patients. Des formations régulières seront proposées en prenant soin de recenser les besoins du public concerné. Cette démarche de coopération est un enjeu majeur dans la continuité des soins des patients atteints de cancer.

Mots-clés :

Agents anticancéreux, Thérapie moléculaire ciblée, Réseau d'informations

Références :

[1] Plan cancer 2014-2019

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Dispositifs Médicaux (DM), Médicaments (MED) et indicateurs d'activité des achats : un outil d'évaluation et de pilotage

Auteurs :

Bourdoncle M.*⁽¹⁾, Darras A.⁽²⁾, Castel-Molières M.⁽¹⁾, Lafont J.⁽¹⁾, Durand MC.⁽²⁾

⁽¹⁾ Direction des achats - secteur dispositifs médicaux, CHU Toulouse - Hôtel Dieu, Toulouse

⁽²⁾ Direction des achats - secteur médicaments, CHU Toulouse - Hôtel Dieu, Toulouse

Résumé :

Introduction :

Les 21 000 DM stériles et non stériles et les 3 200 MED gérés au centre hospitalier universitaire sont confiés à la responsabilité des pharmaciens pour leurs compétences techniques et représentent un budget annuel de 207 millions d'euros (MED = 133 M € et DM = 74 M €). Cette étude a pour objectif de présenter les différents indicateurs d'activité relatifs aux achats de produits de santé (PDS), mis en place dans le service pharmacie, et d'étudier les pistes d'amélioration pour optimiser la performance des achats de ce secteur.

Matériels et méthodes :

Des bases de données Excel® permettent un recueil prospectif des données pour calculer les indicateurs : nombre de fiches produits créées dans le logiciel de gestion, de nouveaux référencements, de demandes de prix, de certificats administratifs (CA), de procédures adaptées (PA) non planifiées, d'avenants et de litiges qualité (LQ) produits. Un bilan annuel quantitatif et qualitatif est présenté à la Commission du MED et des DM stériles.

Résultats :

En 2014, 1 903 fiches produits DM et 459 fiches produits MED ont été créées, soit respectivement 9 % et 15 % du nombre de références totales, avec des motifs différents pour les 2 domaines. 526 demandes de prix ont été réalisées pour le DM/199 pour le MED. Pour le DM, il y a eu 71 CA (dont 26 pour évolution technologique et 23 pour révision de prix), 31 avenants et 110 PA non planifiées/5 CA, 8 avenants et 29 PA pour le MED. Enfin, 287 LQ ont été recensés pour le DM et 7 pour le MED. Ils relèvent principalement de problèmes intrinsèques des produits choisis mais 3,51 % des LQ DM sont liés à des problèmes d'utilisation.

Discussion :

Le suivi de ces indicateurs illustre la différence entre les 2 natures de PDS et la complexité du secteur DM, du fait du nombre important de références, de la diversité technique et de l'évolution fréquente des produits. Ils permettent ainsi une réflexion sur l'organisation du travail et la gestion des moyens au sein du secteur achats des PDS pour atteindre un bon niveau de performance. L'analyse des LQ permet une meilleure description des besoins lors des procédures d'achats ultérieures et montre qu'il est nécessaire d'accompagner les utilisateurs de DM lors des changements de marché. Enfin, ces indicateurs sensibilisent les équipes médicales à la justification médicale et économique de leurs nouveaux besoins dans un but de bon usage et de maîtrise des dépenses.

Mots-clés :

Pharmacie, Service hospitalier achat-approvisionnement, Gestion continue qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Validation pharmaceutique des prescriptions : la prise en compte des interventions pharmaceutiques

Auteurs :

Deprez C.*, Georges V., Nowak C., Baudin I.

Pharmacie, CH Angoulême, Saint-Michel

Résumé :

Introduction :

Dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, l'informatisation des prescriptions participe à la diminution de l'iatrogénie. La validation de ces prescriptions génère des interventions pharmaceutiques (IP) suite à l'observation de non-conformité. L'objectif de notre étude est de faire un bilan de ces IP afin d'évaluer l'impact de nos remarques et des outils pédagogiques sur la prescription médicale.

Matériels et méthodes :

Les modalités de la validation pharmaceutique sont décrites dans une procédure. Chaque pharmacien est référent d'au moins un service. Les IP émises ont été regroupées dans un tableau de suivi puis classées fonction : du type de remarque (grille SFPC), du service et classe thérapeutique concernés. L'étude est rétrospective sur 3 ans (2012 à 2014).

Résultats :

Pour 45 000 validations en moyenne par an, 4 082, 3 934 et 2 691 IP ont été recensées de 2012 à 2014. Les plus fréquentes sont : la non-conformité au livret (41,6 %), la voie et/ou administration inappropriées (25,3 %), le surdosage (19,2 %). Les classes de médicaments incriminés par ces IP sont les antibiotiques, les antalgiques, antithrombotiques, les électrolytes (potassium), les benzodiazépines (dans le cadre d'une action sur les médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée : MIPA)... Entre 2012 et 2014, les IP ont chuté de 33,1 % ± 14,7 % et de manière plus significative pour les antihypertenseurs (51,9 %), le potassium (46,8 %) et les MIPA (35 %). La répartition des IP a diminué dans tous les services avec des baisses allant de 6,7 % à 60,9 %.

Discussion :

La réduction d'IP s'explique par la répétition de nos remarques, la sensibilisation des équipes médicales à l'utilisation du logiciel, par la mise en place de messages d'alerte lors de la prescription et par la diffusion d'outils d'aide à la prescription embarqués ou non (guide antibiotique, procédure MIPA) dans le logiciel. Les non-conformités sont sources de progrès, permettant l'amélioration de notre système qualité.

Mots-clés :

Qualité, Intervention pharmaceutique, Iatrogénie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse systémique d'un événement indésirable selon la méthode REMED en comité de retour d'expérience (CREX) : erreur d'administration liée à une mauvaise identification du médicament

Auteurs :

Henry CH.*⁽¹⁾, Dahan E.⁽²⁾, Jeorgenthun S.⁽²⁾, Rau A.⁽²⁾, Mayer P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie - Stérilisation, CH Sélestat, Sélestat

⁽²⁾ Médecine c (diabétologie), CH Sélestat, Sélestat

Résumé :

Introduction :

Un CREX axé sur l'analyse des erreurs médicamenteuses (EM) est mis en place depuis décembre 2014. Suite à une déclaration d'un événement indésirable (EI) dans un service de médecine mettant en évidence une erreur d'administration de spécialité médicamenteuse, un groupe de travail pluridisciplinaire s'est réuni en janvier 2015 afin d'analyser les causes de cette erreur, pour en tirer des actions correctives adéquates.

Matériels et méthodes :

La méthode REMED est utilisée et appliquée pour analyser a posteriori cette EM selon 6 étapes : 1/ collecte des données, 2/ reconstitution du scénario, 3/ identification des écarts par rapport à la pratique, 4/ recherche des facteurs contributifs et influents, 5/ propositions d'actions correctives, 6/ rédaction du rapport d'analyse et communication sur le retour d'expérience établi auprès des autres services de soins.

Résultats :

L'incident a consisté en l'administration d'un comprimé d'amitriptyline 25 mg à la place de lamotrigine 25 mg. Il s'agit d'une EM avérée et interceptée par le patient lui-même. Lors de la reconstitution de la chronologie des événements, plusieurs écarts successifs sont identifiés : erreur de rangement des médicaments provisoirement détenus dans l'armoire à pharmacie, blister découpé non identifiable et double contrôle des piluliers non effectué. Dix facteurs contributifs sont listés : liés à des spécialités non disponibles en conditionnement unitaire, liés aux professionnels de santé impliqués, liés aux pratiques générales dont celles concernant l'administration, liés à l'environnement de travail inadéquat et enfin liés à une culture qualité-risques insuffisante. Six actions correctives sont dégagées avec un planning de réalisation évolutif. La présence de blisters découpés non identifiables dans les piluliers a donné lieu à une action prioritaire : mettre en place un surétiquetage des conditionnements non unitaires à l'aide d'étiquettes collables adaptées et modélisées par le logiciel Eticonform.

Discussion :

L'analyse de cet EI en groupe de travail comportant le cadre de santé, le médecin, une infirmière, le pharmacien référent du service et le responsable qualité, a permis d'identifier les causes de survenue de cette EM. Les actions sont mises en place et pilotées au sein du CREX. Le surétiquetage réalisé grâce au logiciel Eticonform est encore en phase de test et fera l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles pour mesurer l'impact de cette action sur la prévention des erreurs d'administration. L'harmonisation des pratiques de stockage et de détention des médicaments provisoirement détenus dans l'armoire à pharmacie est également en cours de travail entre les différents services.

Mots-clés :

Erreurs médicamenteuses, Analyse a posteriori, Préparation des doses à administrer

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Utilisation des non-conformités comme indicateur qualité en radiopharmacie ?

Auteurs :

Verrey AS.*⁽¹⁾, Martinez D.⁽²⁾, Smadja C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Radiopharmacie, APHP - Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris

⁽²⁾ Département gestion des risques, APHP Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris

Résumé :

Introduction :

A l'occasion de la parution de l'arrêté du 6/04/11 relatif « au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments », l'unité de radiopharmacie a conduit une étude des risques. Pour en suivre l'évolution, il était nécessaire de réfléchir à des indicateurs pertinents, fiables et simples. Le suivi des non-conformités (NC) apparaissait comme un outil intéressant, ce qui a été vérifié par une analyse rétrospective.

Matériels et méthodes :

L'étude, réalisée en collaboration avec le pôle qualité, comportait 4 étapes : 1/ Etablir le processus de radiopharmacie, 2/ Définir une échelle de criticité comprenant la gravité (G) définie en terme de dommage sur l'activité et la vraisemblance (V) permettant d'établir l'occurrence des NC. La criticité des risques, calculée à partir de ces deux paramètres, oriente sur les actions à entreprendre 3/ Analyser rétrospectivement les NC recueillies entre 2007 et 2013, 4/ Réviser la fiche de recueil des NC.

Résultats :

Le processus radiopharmacie comprend 5 étapes : l'analyse pharmaceutique, la préparation, le contrôle, la dispensation, la traçabilité auxquelles s'ajoutent 2 processus management et 8 processus support. La gravité (G) comprend 5 grades de mineur (G1) à catastrophique (G5) ainsi que la vraisemblance (V) d'impossible (V0) à certain (V5). Sur 2007-2013, 155 NC ont été relevées, 18 (7,7 %) inexploitable ont été exclues de l'analyse. 63,5 % des NC sont de grade G2/G3, 24,8 % sont en G1, 8,7 % en G4 et 2,92 % en G5. Au final, 32,1 % des NC ont une criticité C1 (acceptable en l'état), 56,2 % en C2 (nécessite un suivi) et 11,7 % en C3 (demande des mesures correctives immédiates).

Discussion :

La répartition de la gravité est stable sur les 7 années étudiées. L'étape « approvisionnement et matériel consigné » (processus support) apparaît comme la plus fragile du processus avec 55,6 % des NC et reste difficile à maîtriser par la nécessité d'avoir recours à des acteurs extérieurs (transporteurs). La cotation a également permis de détecter de façon objective les risques prioritaires C3 à corriger d'une part et de mettre en évidence la sous déclaration des C1 [1] d'autre part. L'analyse rétrospective a également montré que les NC qui auraient dû entraîner des mesures correctives de fond, à l'époque gérées au cas par cas, se sont reproduites (exemple : 87,5 % des NC de 2007 se sont reproduites au moins 1 fois sur les 6 années qui ont suivies). Conclusion l'analyse rigoureuse des NC en fait un indicateur simple et pertinent permettant de suivre l'évolution des risques et de prioriser les actions à entreprendre.

Mots-clés :

Indicateurs qualité santé, Gestion du risque, Assurance de la qualité des soins de santé

Références :

[1] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Principe méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. 29 (2003)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Infestation par punaises de lit en hôpital psychiatrique : détecter, éradiquer, prévenir

Auteurs :

Auclair V.⁽¹⁾, Vaudoré C.⁽²⁾, Lépy F.⁽³⁾, Guyochet N.⁽¹⁾, Colombe M.*⁽¹⁾, Gabriel-Bordenave C.⁽¹⁾, Barbier D.⁽⁴⁾, Roberge C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, EPSM Caen, Caen

⁽²⁾ Equipe opérationnelle d'hygiène, EPSM Caen, Caen

⁽³⁾ Service intersectoriel de médecine polyvalente, EPSM Caen, Caen

⁽⁴⁾ Laboratoire de parasitologie, UFR des Sciences Pharmaceutiques, Caen

Résumé :

Introduction :

L'infestation par punaises de lit des lieux d'hébergement des grandes villes des pays industrialisés est en recrudescence. Notre hôpital en a été la victime. Des chapelets d'insectes ont été observés dans une chambre de patient et l'identification de cet insecte soupçonné par l'équipe pharmaceutique a été confirmée ensuite par une parasitologue. Interrogatoire, examen clinique du patient et mise en évidence de déjections de l'insecte visibles sur les coutures du matelas l'ont corroborée. La mise en œuvre des moyens de lutte a été une priorité afin de stopper sa dissémination.

Matériels et méthodes :

Dans l'urgence, une 1^{ère} tentative d'éradication associant un insecticide à un nettoyage vapeur s'est soldée par un échec. Une stratégie structurée a alors dû être élaborée après expertise des moyens d'action nécessaires.

Résultats :

L'éradication de l'infestation, bien que circonscrite sur 2 chambres à l'extrémité de l'unité (seuls lieux où ont été retrouvés des individus adultes), a nécessité 3 interventions à 15 jours d'intervalle d'une entreprise spécialisée en désinsectisation (aérosolisation d'un insecticide type perméthrine suivie d'un badigeonnage des trajets utilisés par l'insecte pour se réfugier dans les anfractuosités). Pour ce faire une évacuation de l'ensemble des patients de l'unité a dû être organisée. En parallèle, une obturation par siliconage de tout interstice a limité l'offre d'abris à l'insecte. Les traitements du linge ont fait l'objet de procédures : les textiles supportant un lavage à 60°C étaient lavés successivement 2 fois ; pour les autres plus fragiles, ils subissaient dans un 1^{er} temps une congélation préalable de 48h (tracée par un suivi de température au cœur du linge) associée à un lavage « cycle délicat ». Enfin une information didactique a été diffusée auprès des équipes soignantes et techniques de l'hôpital afin d'exercer une surveillance préventive : vérifier l'absence de punaises en inspectant les matelas à chaque réfection de lit et interroger les patients sur d'éventuelles piqûres. L'information donnée aux patients a été le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire pour limiter toute inquiétude.

Discussion :

Ces actions complémentaires ont permis d'éradiquer les individus adultes et les stades plus précoces de développement (œuf puis nymphe). Bien que les piqûres de punaises ne soient pas, à ce jour, connues pour être vecteurs de maladies, leur présence signe une nuisance à ne pas sous-estimer en psychiatrie

Mots-clés :

Hygiénistes en établissement de santé, Morsures et piqûres d'insectes, Hôpitaux psychiatriques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Pharmacie inter établissements : analyse de risque a priori sur la délivrance et l'approvisionnement de médicaments dans un service de médecine situé à 25 km de la pharmacie

Auteurs :

Krug S.⁽¹⁾, Richard AL.*⁽²⁾, Orvain M., Jossomme J., Marie M., Dufour J., Chérel A.

⁽¹⁾ Pharmacie, CH Vire, Vire

⁽²⁾ CH Vire, Vire

Résumé :

Introduction :

En janvier 2014, un GCS de Pharmacie Inter-Etablissement a été créé entre 3 hôpitaux regroupant les personnels et activités sur un seul site. Une logistique a été déployée afin d'assurer l'approvisionnement des produits pharmaceutiques aux services de soins (53 lits) et d'hébergement (278 lits) des 2 établissements excentrés. L'objectif de ce travail a consisté à vérifier que le niveau de risque de ce nouveau processus de délivrance et d'approvisionnement des médicaments était acceptable dans le processus global de la prise en charge médicamenteuse d'un service de soins distant de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une cartographie des risques selon la méthode d'Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC) avec l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le processus : pour chaque étape, les Modes de Défaillances et leurs conséquences ont été hiérarchisés à l'aide d'une matrice de criticité à 3 niveaux (1-10 : acceptable, 11-20 : tolérable sous contrôle, 21-125 : inacceptable). Les causes identifiées ont été réparties à l'aide de la liste de risques génériques suivante : Main d'œuvre/Management, Méthode, Matériel/Moyens, Milieu.

Résultats :

Nous avons identifié 170 modes de défaillances : 63 ont un niveau de criticité acceptable, 60 sont tolérables sous contrôle et 47 sont inacceptables dont 32 sur les étapes de délivrance des médicaments « hors dotation ». 454 causes potentielles ont été retrouvées : 213 dans la catégorie Main d'œuvre/Management (interruption de tâches), 199 en Méthode (formalisation insuffisante), 27 en Matériel/ Moyens, 15 en Milieu. La mise en œuvre du plan d'actions intègre la mise jour du manuel d'assurance qualité de la PUI, la contractualisation des liens PUI/service, des actions d'ordre managérial telles que bilans de compétences, formalisation de l'accueil des arrivants. Pour chaque criticité supérieure à 11, les actions identifiées ont permis d'obtenir des criticités résiduelles acceptables (65) et acceptables sous contrôle (42).

Discussion :

Ce travail a montré que ce nouveau processus se situe à un niveau de risque acceptable : pas de criticité élevée (maximum 40). L'AMDEC a révélé des causes profondes non identifiées avant l'analyse portant sur les activités pharmaceutiques liées aux facteurs humains. Ces difficultés existent du fait du regroupement imposé, des activités nouvelles et d'une hétérogénéité des niveaux de compétence remettant en question la polyvalence des préparateurs en pharmacie dans la nouvelle organisation.

Mots-clés :

Pharmacie, Regroupement de structure de santé, Maîtrise du risque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) du baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance : revue d'utilisation sur une période d'un an dans un hôpital psychiatrique

Auteurs :

Penfornis S.*, Jean A., Berthet F.

Pharmacie, Hôpitaux de Saint-Maurice, Saint-Maurice

Résumé :

Introduction :

Le baclofène est un analogue structural du GABA dont l'action anstispastique l'indique dans la spasticité chronique sévère [1]. Depuis mars 2014, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a accordé une RTU pour le sevrage alcoolique en deuxième intention et cette indication a été remboursée. L'objectif principal de cette étude est de faire le bilan dans notre établissement à un an sur le respect des conditions de prescription figurant dans la RTU. L'objectif secondaire a été de vérifier que les différents avis spécialisés aient été consultés pour les différentes posologies prescrites aux patients.

Patients et méthodes :

L'ensemble des prescriptions informatisées de baclofène comprimés 10 mg prescrites après le 1^{er} avril 2014 ont été analysées afin d'en tirer celles indiquées dans le sevrage alcoolique. Les dossiers patients ont ensuite été consultés afin d'étudier les conditions de prescription dans le cadre de la RTU : information patient, recueil et transmissions les données nécessaires au suivi de leurs patients conformément au protocole de suivi [2] via le portail électronique, mention « prescription hors AMM » sur l'ordonnance et avis collégial de médecins spécialisé si doses supérieures à 180 mg.

Résultats :

8 des 9 prescriptions locales de baclofène dans l'alcoolodépendance ont été des poursuites de prescriptions instaurées à l'extérieur en centre d'addictologie. Une instauration a été faite localement avec information au patient sur les modalités du traitement. Les posologies varient entre 30 à 240 mg/jour. La notion « RTU » ou « Hors AMM » n'était présente que dans un cas sur 9. La notion d'inscription au registre n'est inscrite à aucun endroit dans le dossier patient. Pour les 2 patients aux posologies supérieures à 180 mg/jour, l'un d'entre eux n'a pas bénéficié d'un avis collégial.

Discussion :

Cette étude a permis de faire un rappel aux prescripteurs des modalités obligatoires, et manquantes actuellement, concernant ce traitement, notamment la notion « RTU » ainsi que l'inscription au registre national et l'avis collégial requis pour les fortes posologies.

Conclusion :

Au niveau national au 19 janvier 2015, 4 883 patients étaient enregistrés via le portail RTU baclofène. Cette démarche de la part des prescripteurs peine à s'appliquer systématiquement pour chaque prescription alors qu'elle s'avère indispensable afin de garantir la sécurité des patients traités et d'améliorer les connaissances sur l'efficacité et la sécurité d'emploi de ce traitement.

Mots-clés :

Baclofène, Alcoolodépendance, RTU

Références :

[1] AMM Vidal 2014

[2] <https://www.rtubaclofene.org>

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evacuation en urgence d'un centre pénitentiaire : intérêt de la conciliation médicamenteuse

Auteurs :

Delbende E.*⁽¹⁾, Taurin S.⁽¹⁾, Tiret I.⁽¹⁾, Dufour M.⁽¹⁾, Doucet J.⁽²⁾, Varin R.⁽³⁾, Dieu B.⁽³⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

⁽²⁾ OMÉDIT Haute-Normandie, Rouen

⁽³⁾ Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

Résumé :

Introduction :

En décembre 2014, suite à l'évacuation d'une prison française M., notre maison d'arrêt a dû faire face à l'arrivée de 104 détenus. Cette évacuation ayant été décidée en urgence, le transfert de détenus n'a pas pu être anticipé de manière suffisante. Ainsi, suite à des dysfonctionnements logistiques, les détenus ont été transférés sans leurs prescriptions médicales. Face à ce manque d'informations les médecins se sont basés sur les seules informations données par les patients afin de réaliser leurs ordonnances d'entrée.

Matériels et méthodes :

L'objectif de ce travail est de montrer l'importance de la conciliation médicamenteuse, réalisée par l'équipe pharmaceutique face à cette population particulière. Du fait du nombre de détenus et de l'urgence de la situation, le personnel non pharmaceutique de l'unité sanitaire de la prison n'était pas en mesure de réaliser ce travail. Le préparateur et le pharmacien référent ont été réquisitionnés afin d'organiser la dispensation des traitements pour ces nouveaux détenus. Etant donné les nombreuses incohérences des traitements prescrits, un travail de conciliation a été décidé. Nous avons récupéré un certain nombre d'ordonnances bloquées au greffe, et contacté l'unité sanitaire de la prison M. afin d'obtenir des informations supplémentaires par téléphone. Ce travail s'est également prolongé la semaine suivante afin d'obtenir une copie de toutes les prescriptions.

Résultats :

Sur 104 détenus transférés, 47 bénéficiaient d'un traitement ce qui représentait 175 lignes. Ce travail a permis de mettre en évidence 59 divergences non intentionnelles entre le traitement habituel et la prescription initiale à l'entrée. Parmi elles, 18 lignes de prescription ont été oubliées tandis que deux patients se sont vus prescrire un traitement par excès. Nous avons également identifié 11 divergences de posologie, certaines concernant des traitements de substitution aux opiacés.

Discussion :

Cette activité, réalisée par le personnel pharmaceutique, a été essentielle afin de corriger un grand nombre de divergences entre le traitement prescrit à la maison d'arrêt et le traitement habituel du détenu. Cela montre également l'intérêt de disposer d'une antenne pharmaceutique au sein de l'unité sanitaire et nous permet de réfléchir à la généralisation de cette pratique de conciliation pour l'ensemble des détenus transférés. Au retour des détenus à la prison M., les prescriptions ont été envoyées quelques jours avant le transfert afin d'anticiper la préparation des piluliers et ainsi d'éviter que cette situation ne se reproduise.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Milieu pénitentiaire, Service de pharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Activité de l'interne en pharmacie pour "booster" la pharmacovigilance

Auteurs :

Gantois E.*, Giraud J., Bigot P., Coupé P.

Pharmacie, CH Valenciennes, Valenciennes

Résumé :

Introduction :

La pharmacovigilance participe au bon usage du médicament et s'intègre dans les critères de certification des hôpitaux. Il est essentiel de la promouvoir dans les établissements de santé. L'objectif de notre démarche est de recenser de manière exhaustive les déclarations de pharmacovigilance, afin que ce nombre soit représentatif de la taille de l'établissement.

Matériels et méthodes :

Un interne dédié à l'activité des vigilances est présent depuis 2 années, il assure le lien entre le déclarant et le Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV). Les notificateurs se manifestent par téléphone ou par mail, un rendez-vous est fixé et l'interne se déplace dans le service. Sur place, il se munit du formulaire du CRPV, prend note de la déclaration et complète son recueil de données avec le dossier patient et auprès des autres acteurs si nécessaire. L'interne finalise la déclaration et l'envoie au CRPV. A la réception de la réponse du CPRV, une rétro-information est aussitôt renvoyée au déclarant. Une action de sensibilisation est menée à chaque changement d'internes de médecine, expliquant la conduite à tenir en cas d'événement indésirable médicamenteux. Une gazette mensuelle de pharmacovigilance a été créée, elle est transmise à l'ensemble des prescripteurs, présentant les déclarations du mois précédent, et un focus sur un des cas. Le service le plus actif est cité afin d'ajouter un aspect ludique et inciter à la déclaration.

Résultats :

2 ans sans interne : 121 déclarations – 2 ans avec : 334 déclarations. Hausse de 176 %. Le nombre de déclarants ne cesse d'augmenter, et particulièrement chez les internes. 19 gazettes ont vues le jour. Au cours de la journée régionale de pharmacovigilance, le service a été félicité pour son investissement et élu meilleur déclarant en périphérie du CHU. Une enquête a conclu que les prescripteurs étaient satisfaits de l'organisation de la pharmacovigilance et attendaient avec impatience la gazette.

Discussion :

Cette organisation nouvelle permet de recentrer l'activité autour d'un interlocuteur privilégié. Le système de rendez-vous permet au déclarant de choisir un moment opportun, la présence de l'interne facilite la déclaration qui prend peu de temps. Le notificateur n'est plus obligé de rédiger sa déclaration. La perte de temps et le caractère contraignant de la déclaration évoqués par les déclarants sont gommés et ne représentent plus un frein. Aussi, le dialogue entre médecins et pharmaciens est favorisé. L'interne peut déceler, sur place un mauvais usage. Il peut communiquer et sensibiliser directement les équipes. La gazette permet de maintenir une bonne dynamique et de fidéliser les déclarants.

Mots-clés :

Pharmacovigilance, Communication, Certification

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Qualification des chambres froides d'une pharmacie hospitalière

Auteurs :

Aliat Z.*⁽¹⁾, Attjioui H.⁽¹⁾, Ahid S.⁽¹⁾, Cherrah Y.⁽²⁾

⁽¹⁾ Pharmacie, Institut national d'oncologie, CH Ibn Sina, Rabat, Maroc

⁽²⁾ Laboratoire de pharmacologie et de toxicologie, Université Mohamed V, Faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Résumé :

Introduction :

Contexte : La qualification d'une chambre froide consiste à opérer les vérifications et essais nécessaires pour s'assurer que l'installation fonctionne dans des conditions prédéterminées, et ceci afin de respecter les données de conservation et de stabilité de certains produits de santé. Objectif : Qualification de deux chambres froides d'une pharmacie hospitalière, et mise en évidence des principales anomalies.

Matériels et méthodes :

Réalisation de deux types de qualifications : une qualification d'installation, basée sur un test d'étanchéité ; et une qualification opérationnelle, où on a réalisé un test des alarmes.

Résultats :

Durant la vérification de l'étanchéité de la première chambre froide on a constaté : une présence de gouttes d'eau au niveau de la sonde de température liée à l'enregistreur de température ; une formation de gouttes d'eau sur la conduite d'évacuation des condensats situés derrière l'évaporateur, et la présence d'eau au niveau de la porte et du rideau de la chambre froide. Tandis que pour la deuxième, on a remarqué la présence de trace d'eau au niveau de la porte de la chambre froide. Au cours du test des alarmes on a détecté pour les deux chambres froides que le transmetteur téléphonique était hors service, qu'il n'y avait d'alarme liée au système pour avertir les responsables concernés en cas de dépassement de la température (limite supérieure ou limite inférieure) et que la seule alarme sonore et visuelle existante était celle du régulateur de température.

Discussion :

La qualification des chambres froides a permis de mettre le point sur leur état et de dégager les principales anomalies opérationnelles et d'installation qui leurs sont liées, afin de les corriger pour garantir leur bon fonctionnement.

Mots-clés :

Qualification, Chambre froide, Pharmacie hospitalière

[Retour vers SOMMAIRE](#)

INDEX DES NOMS DES AUTEURS

Les chiffres correspondent aux numéros des pages

Cliquer sur le numéro de page pour avoir accès directement au résumé

Abadie A.....	153	Azard J.....	71
Abbassi A.....	198	Ba Drame S.....	85
Abbassi N.....	277	Babet C.....	193
Abdaoui A.....	235	Babinet A.....	232
Agha-Mir I.....	320	Bachelet B.....	202
Aguerre C.....	59, 111, 301	Badibouidi F.....	271
Agullo M.....	322	Bagel-Boithias S.....	88, 107
Ahid S.....	360	Baldin B.....	38
Ajmia F.....	38	Ballandras C.....	33, 43, 106, 226, 233
Akcora L.....	247	Bancourt T.....	131
Aldeguer A.....	54	Bannie F.....	286
Aliat Z.....	360	Barbier A.....	129, 335
Allaire A.....	320	Barbier D.....	355
Allemand J.....	104	Barcelo C.....	342, 344
Allenet B.....	261, 334	Bardy G.....	38
Almeida M.....	239, 244	Barin B.....	255
Alpy M.....	137	Baronnet A.....	95
Altwegg R.....	227	Barreteau H.....	203
Ameye T.....	160	Barthélémy J.....	76
Andich M.....	242	Bartholoméi M.....	45
Antignac M.....	333	Barus R.....	159, 316
Antoni M.....	182	Bascoulergue M.....	68
Armand S.....	315	Basselin C.....	289
Arnaud A.....	265	Basso Boccabella R.....	31, 75
Arnaud L.....	313	Bassoua V.....	329
Arnoux LA.....	123	Bastia B.....	182
Astrid P.....	342	Batista A.....	74
Astruc-Bellag A.....	326	Battery E.....	102
Atkinson S.....	33, 86, 87	Battist F.....	159
Attjioui H.....	360	Baud F.....	333
Aubert J.....	127	Baudin I.....	352
Aubry A.....	31	Baudoin A.....	39, 156
Auclair V.....	99, 355	Baudon M.....	152, 169, 188, 252, 253, 287
Augry-Guy F.....	188, 252	Bayekula J.....	159
Aumeran C.....	288	Beaufils A.....	68
Authier S.....	96	Beausir A.....	41
Autran S.....	45	Beaussier H.....	155
Auxenfans C.....	277	Bedouch P.....	261, 334
Ayach L.....	210, 217, 218, 222, 227, 285	Bel F.....	174, 186
Ayachi H.....	242	Bel Kamel A.....	114, 163, 236, 238, 240

Bellon B.....	98 , 105, 312	Blondeel S.....	273
Belmondo L.....	347	Blum L.....	82
Ben Brahim C.....	165	Boddaerts S.....	255
Ben Hamida A.....	324	Bodin-Hullin A.....	35
Ben Jeddou K.....	198	Bohand X.....	207
Ben Mahmoud S.....	343	Boïko-Alaux V.....	134
Ben Tkhayat H.....	262	Bonan B.....	118
Bene L.....	320	Bondon AC.....	237
Benhammouda A.....	242	Bonenfant C.....	136, 195, 323, 328
Benoit G.....	197, 278	Bonilla MA.....	337
Benoit P.....	255	Bonjour E.....	185
Bensimon D.....	177	Bonnabry P.....	50
Benzaïed M.....	89	Bonnard D.....	339
Benzengli H.....	34, 116, 151	Bonnefous JL.....	163
Beranger C.....	249	Bonnet M.....	80, 184, 205, 206, 208, 215, 228
Bergé M.....	43	Bonnevie L.....	207
Bergheau F.....	231	Bontemps H.....	128, 158, 254
Bergot E.....	169	Bordenave J.....	278
Berlemont P.....	317	Bordessoule D.....	61
Berlioz J.....	119	Borel C.....	70, 332
Bernard L.....	200, 255	Bornes E.....	46
Berthelin P.....	300	Boronad C.....	322
Berthet F.....	357	Bosi C.....	104
Bertholat M.....	145	Bouattour H.....	165
Berthomieu A.....	63	Bouchand F.....	211
Berthonnaud E.....	254	Boucherle D.....	103, 109
Bertin P.....	239, 244	Bouchet J.....	40
Bertoux C.....	70	Bouchoud L.....	50
Bertrand G.....	234	Bougle C.....	253
Bertrand L.....	98	Boulet T.....	283
Bertrand-Barat J.....	337, 338, 339, 340	Bourbon J.....	117, 168
Bertucat H.....	272	Bourdèlin M.....	128, 158, 254
Besnard A.....	287	Bourdon O.....	248
Bessone M.....	249	Bourdoncle M.....	351
Betton D.....	307	Bourget S.....	176
Beuzit K.....	72, 243	Bourguignon L.....	114, 236, 238, 240
Bezie Y.....	155	Bourne C.....	231
Bialdyga F.....	129, 335	Boursicot A.....	325
Biet R.....	41	Boursier A.....	319
Bigot P.....	359	Boy L.....	311
Billaux M.....	214	Boyaux B.....	185
Binet A.....	31	Boyer A.....	200
Blanc C.....	77	Boyer J.....	142
Blancher CH.....	302	Boyer N.....	152
Bloch V.....	203	Brassier N.....	326

Bréchet S.....	48	Caty-Villa C.....	229
Brehon E.....	296	Cazaubon Y.....	114, 236, 238
Bresson-Raynaud I.....	146	Cazorla C.....	307
Bretagnolle C.....	52, 275, 294	Cellier A.....	114, 236, 238, 240
Breteau A.....	65, 69, 70, 332	Cerutti D.....	210
Breuil C.....	169, 171, 188, 253, 287	Cesari C.....	220
Brischoux S.....	64	Cestac P.....	46, 47, 189, 190, 202, 311, 330
Brousseau A.....	250	Chabert E.....	78, 79
Bruère I.....	318	Chacou-Leprince M.....	108
Brunel I.....	91	Chahloul S.....	89
Brunel P.....	91	Chaigneau A.....	259
Brunet C.....	308	Chakvetadze E.....	234
Brunet L.....	76, 192	Chambraud E.....	82, 331
Buatier H.....	163	Chantel S.....	108
Bultey E.....	247	Chantemesse C.....	285
Burde F.....	110, 279, 280	Charra F.....	231
Bussièrès JF.....	33, 86, 87, 90, 204, 214	Charra M.....	224
Cabaret E.....	45	Chasseigne V.....	122, 251
Cabrera F.....	62	Chastel A.....	337, 340
Cadart H.....	177, 178	Chateauvieux C.....	77, 173
Cadeac MA.....	302	Chatelet C.....	60
Cadiou G.....	101	Chatenet FT.....	200
Calesse A.....	221	Chatillon F.....	128
Calixte E.....	220	Chautant F.....	190, 202
Calonego F.....	334	Chavanon M.....	158
Calvet B.....	166	Chedru-Legros V.....	149, 171
Campario H.....	184, 206	Chéreau J.....	104, 135
Camus M.....	48, 234, 300	Chérel A.....	356
Cance G.....	48	Cherrah Y.....	360
Canton E.....	143	Cherrier P.....	234
Cantoni J.....	137	Chesneau F.....	101
Caparros L.....	144	Chevalier A.....	111
Carlier C.....	307	Chevallier C.....	334
Carlier S.....	277	Chevrier R.....	290
Carpenet-Guery H.....	313	Chochoi N.....	135
Carpentier I.....	92	Chosalland F.....	114
Carre E.....	174, 186	Choulet MH.....	36
Carrez L.....	50	Chourbagi A.....	310
Cartier F.....	193	Chourbagi C.....	191
Carton I.....	96	Clauson H.....	58
Casimir M.....	220	Clement I.....	267
Castel C.....	171	Cloitre F.....	247
Castel-Molières M.....	351	Cogulet V.....	124
Castet-Nicolas A.....	255	Coisel Y.....	218
Caturla L.....	255	Collart Dutilleul P.....	304

Collignon M.....	250	de Champs JM.....	101
Collinot JP.....	167, 183	de Chevigny A.....	287
Collomp R.....	305	de Courtivron C.....	120
Colnot M.....	201, 212	de Terline D.....	333
Colomb C.....	158	de Vinzelles MA.....	246
Colombe M.....	99 355	Debarre C.....	161
Cool C.....	189, 202	Debeuret C.....	256
Coquard A.....	172, 276	Debruyne AL.....	39, 156
Coquet E.....	135	Decarout L.....	119
Coret-Houbart B.....	68, 121, 130	Decottignies A.....	93
Coruble MN.....	68	Decourcelle C.....	131, 335
Corvaisier M.....	232	Defebvre R.....	154
Costaz F.....	174	Dehaese O.....	67
Coste N.....	308	Dehe-Castera A.....	58
Cotroneo I.....	161	Dehove M.....	183
Cotteret C.....	155	Delaborde L.....	134, 288
Coupé P.....	359	Delabre J.....	94, 263
Cournede A.....	97, 239,241, 244, 264, 268	Delaval C.....	110
Courrège C.....	181	Delbende E.....	358
Coursier S.....	158, 254	Delerue V.....	221
Courtois H.....	345	Delevallée L.....	205
Coutet J.....	223	Delhoume M.....	258
Crégut-Corbaton J.....	84	Dell'ova M.....	346
Creusat C.....	183	Delom C.....	233
Cubertafond C.....	126, 132	Delorme T.....	193
Cucina A.....	52	Delplanque R.....	63
Curatolo N.....	348, 349	Deluca D.....	93
Cvitkovic F.....	173	Delzor F.....	241, 268
Dahan E.....	353	Demesmay K.....	304
Dalban C.....	192	Demichelis C.....	347
Dalia E.....	153	Demirdjian S.....	259
Dalifard B.....	302	Demoré B.....	123
Damery L.....	187	Deprez C.....	352
Danicourt F.....	159, 316, 321	Derain L.....	92
Daniel V.....	250, 255	Derharoutunian C.....	40, 175, 194
Danielou A.....	317	Desaintfuscien E.....	136, 195, 328
Darras A.....	265, 351	Desanglois A.....	146
Darricau B.....	52, 275	Desanlis A.....	277
Darrodés M.....	53	Desbuquois AC.....	147, 148
Darsonval A.....	250	Descampeaux C.....	286
Daubin C.....	252	Deschamps N.....	237
David B.....	211	Descloux E.....	307
Davy JM.....	224	Descombes L.....	82, 331
de Bortoli C.....	182	Despleschain M.....	73
de Bouët du Portal H.....	161	Dessane B.....	185

Destrumelle AS.....	119	Dujaric ME.....	77
Deswarte-Dewailly A.....	321	Dumazer-Carles C.....	43, 104, 106, 226, 233
Detavernier M.....	334	Dumont N.....	96
Devaux X.....	115	Duperrin V.....	68
Devendeville A.....	164	Duplissy E.....	342, 344
Devetakov I.....	106, 226	Dupre C.....	100
Devilliers M.....	115	Dupuis A.....	303
Devos C.....	136, 195, 323, 328	Dupuis C.....	99
Devos M.....	266	Duquesne J.....	305
Dhelens C.....	281, 325	Durand A.....	309
Diallo S.....	118	Durand F.....	72
Diamantis S.....	234	Durand M.....	299
Dias S.....	348	Durand MC.....	265, 351
Dick L.....	63, 115	Duret P.....	119
Diebold G.....	62	Durif L.....	35
Dieu B.....	115, 172, 212, 276, 358	Dussaulx S.....	75
Dimartino C.....	192	Duwez M.....	334
Diouf EH.....	52, 275, 281, 282, 292, 294, 295	Ech-Chaouy A.....	31
Diviné C.....	85	Egot M.....	213
Do Thi Chalamette H.....	62	Egron A.....	229
Doghmane F.....	347	El Mouden M.....	159
Donier L.....	36	Elodie JB.....	163
Donnadieu N.....	81, 201, 212	Emery S.....	174
Doucet J.....	65, 69, 70, 115, 332, 358	Escalup L.....	193, 297
Doucey P.....	40	Escalup R.....	125
Douet MC.....	224	Escapoulade L.....	42, 133, 141
Doutrelant L.....	225	Essner MS.....	145
Drancourt P.....	33, 60, 86, 87, 127, 142	Everard O.....	348
Dréno C.....	55, 314	Eychenne N.....	333
Drici M.....	38	Eyvrard F.....	98, 105, 265, 312
Dris N.....	235	Fabianek A.....	213
Drouin O.....	183	Facchin C.....	177
Duban M.....	157	Fache E.....	337
Dubois S.....	55, 124, 314	Fagnoni P.....	56
Dubost M.....	58	Fagour AE.....	220
Dubret L.....	121	Falaschi L.....	50
Dubus MH.....	49	Falquet B.....	174, 186
Duclos M.....	81	Faoro B.....	137
Ducouret C.....	97	Faraggi L.....	170, 327
Ducrond C.....	60	Farbos F.....	153, 187, 190
Dufeu K.....	207	Fatah D.....	254
Dufour J.....	356	Fatahine C.....	247
Dufour M.....	358	Faudel A.....	66
Dufrene I.....	176	Fauque L.....	112
Duhalde V.....	202	Faure P.....	230, 274

Faure R.....	209	Frimat B.....	41
Fauvel A.....	150	Fumery D.....	146
Favier C.....	51	Fummi C.....	146
Favier L.....	192	Fuss D.....	172, 276
Favier M.....	122, 251	Gaborieau V.....	59
Faye K.....	267	Gabriel L.....	143, 350
Federspiel I.....	299	Gabriel-Bordenave C.....	99, 355
Feïstl P.....	291	Gadot A.....	40, 175, 194
Fenioux C.....	282	Gaha K.....	42
Fernandez C.....	333	Gaihier C.....	301, 337, 338, 339
Ferrand AL.....	265	Gaillard M.....	102
Ferrari S.....	59, 111, 301	Gaillard MA.....	97, 239, 241, 244, 258, 264, 268
Ferrato L.....	256	Gallet S.....	43, 106, 226
Ferreira V.....	322	Gallois A.....	129
Ferréol L.....	197	Gandois L.....	182
Ferry I.....	77, 173	Gandon E.....	95
Feutry A.....	159, 316	Gantois E.....	359
Fievet S.....	96	Garcia M.....	325
Fijalkowski C.....	307	Garidi R.....	235
Filali S.....	52, 275	Garnier N.....	56, 139
Fischer MO.....	252	Gasperini M.....	347
Flamant T.....	115	Gassie JY.....	113
Flamme C.....	60	Gaucher S.....	346
Flamme-Obry F.....	321	Gaudin A.....	53, 120
Flatrès A.....	188	Gauquelin Y.....	307
Flechard JM.....	101	Gautié L.....	153, 187
Floret C.....	237	Genevee T.....	100, 216
Floret E.....	129, 131, 335	Gensollen S.....	35
Fobe F.....	188	Georges V.....	352
Fohlen A.....	171	Gerard M.....	39, 156
Fontaine PA.....	71	Gerbouin O.....	102
Froni L.....	261, 299, 334	Gerrano-Laurens G.....	82
Foucher S.....	93	Ghezzoul B.....	102
Fouque J.....	273, 297	Giard C.....	77, 173
Fournel C.....	74	Giraud J.....	289, 318, 359
Fournier C.....	41, 154	Girol B.....	246
Fournier G.....	58	Glavieux A.....	279
Fraboul M.....	169	Godard J.....	36
Fradi I.....	198	Goria O.....	201, 212
Frances C.....	133	Gosse N.....	97, 239, 264
Franceschi A.....	161	Goulois S.....	96
Francois C.....	246	Goutelle S.....	114, 236, 240
Fratte A.....	197, 333	Granat C.....	166, 313
Freidine S.....	61	Granier-Renard E.....	340
Frikha R.....	89	Grany S.....	159, 316

Grellet J.....	102, 185	Henry CH.....	353
Grenouilleau V.....	59, 111, 170, 301	Henry N.....	65, 69, 70, 332
Gressier J.....	289	Herlin C.....	269
Grignon C.....	303	Hermitte-Gandolière A.....	75, 162
Grigorescu M.....	294	Hervouet C.....	276
Grimandi G.....	270	Hettler D. ...37, 42, 80, 133, 141, 184, 205, 206, 208, 215, 228, 279, 280	
Grosse PY.....	322	Heurté D.....	308
Grouvel M.....	185	Hida H.....	144
Grumblat A.....	36	Hild P.....	62
Grunwald N.....	123	Hoedt B.....	59
Guarino V.....	143, 350	Honore S.....	255
Guenault N.....	136, 195, 323, 328	Horellou M.....	283
Gueneau P.....	56	Hospice F.....	219, 220
Guenfoudi MP.....	56, 139	Hosselet C.....	296
Guérin A.....	90, 204, 48, 349	Houbert A.....	235
Guerrero E.....	248	Houet S.....	98, 312
Guesdon N.....	152	Hozsan C.....	82
Guevel C.....	249	Huchon-Bécel D.....	34, 116, 151
Guibert A.....	309	Hue B.....	90
Guignard MH.....	56, 84, 298	Huet F.....	326
Guillais A.....	101	Humbert P.....	284
Guillemin V.....	307	Huquet A.....	348, 349
Guillermet A.....	144	Hurgon A.....	297
Guillocheau E.....	146	Inizan P.....	180
Guinot C.....	203	Irazusta O.....	47
Guirriec AS.....	196	Isnard D.....	182
Guitart C.....	199, 341	Ithurralde S.....	111
Gustin B.....	75, 162, 343	Jaber S.....	218
Guyochet N.....	99, 355	Jacob C.....	123
Guyot P.....	134	Jacquemoire J.....	31, 251
Guyot-Lénat A.....	67	Jacquens Y.....	219, 346
Hachicha I.....	324	Jacquin-Courtois S.....	186
Haddad R.....	318, 348	Jambon J.....	217, 222, 227
Hamdar S.....	348	Jandot E.....	163
Hamelin A.....	154	Jankowiak M.....	289
Hanot R.....	213	Janvier E.....	159, 316
Hasni N.....	198	Jaouadi A.....	333
Hassan H.....	176	Jarre C.....	40, 175, 194
Hecquard C.....	188, 252, 287	Jaubert S.....	300
Hego P.....	129	Jean A.....	357
Hellot-Guersing M.....	40, 175, 194	Jendrzajczak V.....	325
Henn-Ménétré S.....	179, 284	Jeorgenthun S.....	353
Henneré G.....	130	Jidar K.....	234
Hennet MA.....	330	Jolly C.....	138
Henny F.....	138, 179	Jomier JY.....	59, 111, 301

Joret-Descout P.....	207	Laffite M.....	91
Josephson A.....	118	Laffont C.....	60, 221, 237
Jossomme J.....	356	Lafitte M.....	113
Jost J.....	64, 258	Lafont J.....	351
Jouannet M.....	288	Lagalle M.....	211
Jouglen J.....	73	Lagarde A.....	61, 290
Jouhanneau E.....	274	Lagrange A.....	211
Jourdain C.....	320	Lagrange F.....	204
Jourdan-Desrayaud N.....	230, 274	Lagrave AC.....	309
Joyeux-Faure M.....	261	Laincer A.....	85
Juillard L.....	209	Laleuf A.....	231
Juillard-Condat B.....	47, 311	Laleye D.....	325
Julians G.....	219	Lalle D.....	67
Jurado C.....	105	Laluque B.....	134
Kalimouttou S.....	266	Lambert C.....	83
Kanaan M.....	235	Lambert M.....	256
Kara F.....	168	Lancel M.....	129, 335
Kerrad I.....	245	Lançon S.....	221
Khayi F.....	240	Lande G.....	270
Khettar S.....	66, 325	Landouzy M.....	195, 323
Khouri C.....	299	Landry A.....	99
Khrouf M.....	165	Langlet S.....	217, 222, 227
Kienlin AL.....	162	Langouet AM.....	300
Kiledjian E.....	194	Lanoue MC.....	161
Kilic Z.....	295	Lao S.....	347
Kinowski JM.....	51, 196	Laot G.....	112
Klaczynski V.....	41	Laplace M.....	302
Klos A.....	300	Largeau R.....	108
Kocaba V.....	52	Laribe-Caget S.....	54, 333
Koch A.....	117	Larivière D.....	75
Kotzki S.....	334	Lars G.....	180
Kowalewski A.....	31	Laschinski B.....	289
Kowalski V.....	152	Lasserre R.....	113
Kresec O.....	110	Lauby V.....	74, 143, 350
Krol-Houdek MC.....	185	Laure D.....	63
Krug S.....	356	Laurent F.....	337
Kujas P.....	71	Lavrut T.....	38
Labarthe A.....	68	Law-Ki C.....	56, 76
Laborie I.....	126, 132	Lazaro P.....	72
Lacaud F.....	113	Lazzarotti A.....	84
Lacaze E.....	169	Le Borgne I.....	167
Lachaise Machet M.....	225	Le Douget E.....	48
Laclau S.....	111	Le Du I.....	124
Lacombe K.....	152	Le Franc B.....	302
Lafaurie M.....	141	Le Gall T.....	51, 122, 196

Le Guyader G.....	140	Lesturgeon J.....	67
Le Joubioux A.....	41	Lévêque S.....	318
Le Joubioux P.....	94, 263, 319	Levillain JP.....	242
Le Reste C.....	124	Levrat A.....	119
Le Roux E.....	113	Leymonie C.....	254
Léau G.....	82, 331	Lheureux N.....	296
Lebaudy C.....	189, 190, 330	Lhors J.....	319
Lebecque M.....	279	Liardot S.....	83
Lebel D.....	86	Libessart M.....	160
Lebesch M.....	345	Lider P.....	293
Leblanc A.....	117	Liebe AM.....	147, 148
Lecapitaine AL.....	234	Liedorp A.....	110
Lecarbonnel A.....	286	Linxe E.....	319
Leclere A.....	229	Lisfi A.....	112, 232
Lecuru M.....	336	Liu J.....	176
Ledoux L.....	185	Loboda C.....	183, 293
Lefebvre A.....	131	Locher F.....	92
Lefebvre M.....	62	Logerot S.....	176
Lefebvre-Caussin M.....	65, 69, 332	Lokiec F.....	273
Lefèvre S.....	47	Loock T.....	102
Legardinier C.....	152	Lortal B.....	216
Legendre B.....	211	Loue C.....	81, 201
Legendre C.....	155	Loustaud-Ratti V.....	241, 268
Léglise P.....	34, 90, 116, 151	Lu C.....	41
Legris-Allusson V.....	346	Luauté J.....	174
Leguern A.....	245	Lucas C.....	321
Lehmann B.....	100	Luizard C.....	121
Lehmann L.....	237	Lukat S.....	85
Lelievre B.....	136	Luyckx M.....	213
Lemaire N.....	41	Luyssaert B.....	49
Lemaître S.....	48	Mabs N.....	247
Lemare F.....	53, 120, 259	Mac Namara E.....	237
Lemasne E.....	232	Macaigne H.....	280
Lemercier F.....	154	Macnamara E.....	60
Lemoigne A.....	299	Madar O.....	273
Lemoine D.....	291	Madelaine I.....	230
Lenfant M.....	281, 295	Maes AC.....	78, 79
Lenne F.....	308	Magne S.....	232
Leone-Burgos S.....	285	Mahe P.....	180
Lépy F.....	355	Maidine-Chassin A.....	297
Leromain AS.....	40, 175, 194	Maillan G.....	61
Leroux A.....	204	Maire P.....	114
Leroux D.....	181	Maison O.....	254
Leroy B.....	223	Malagutti F.....	209
Leroy S.....	154	Malard-Gasnier N.....	313

Male C.....	96	Metaizeau JD.....	56
Malet D.....	39, 156	Metz V.....	135
Malka M.....	256	Meunier A.....	92
Mallaret MR.....	334	Meunier F.....	267
Manson J.....	331	Meyer V.....	138
Maréchal I.....	81	Michel F.....	219, 346
Marfin H.....	171	Michelet-Huot E.....	37
Margueritte L.....	194	Mikolajczak AL.....	312
Marhuenda Y.....	137	Millot D.....	78, 79
Marie C.....	152	Mion M.....	318
Marie M.....	356	Mirfendereski N.....	305
Marie-Daragon A.....	61, 64, 97, 239, 241, 244, 246, 264, 268	Miroir S.....	67
Marne E.....	319	Moinard V.....	289
Marquant B.....	164	Molina C.....	231
Martel A.....	311	Molinier A.....	329
Martelet S.....	128	Monard F.....	159, 316
Martellier F.....	131	Monchablon C.....	172
Martin A.....	149, 346	Mongaret C.....	80, 184, 205, 206, 208, 215, 228
Martin H.....	289	Monges P.....	35
Martin L.....	139	Montreuil G.....	205
Martin OM.....	114	Monzat D.....	65, 69, 70, 332
Martinez D.....	354	Moquay E.....	317
Masquin H.....	154	Morand K.....	197
Massip P.....	47, 311	Mordini J.....	91
Massot V.....	140	Morice S.....	271
Mathiot I.....	306	Morichon E.....	172
Mauvais-Auboin A.....	118, 273, 274	Morin-Légier V.....	63
Maulvaut L.....	207	Mourad MC.....	279, 280
Maupetit JC.....	310	Mourez T.....	212
Maupoix A.....	184	Mouterde AL.....	254
Maurand A.....	330	Moynard J.....	150
Maurer JN.....	183	Mullot H.....	249
May I.....	123, 179, 284, 293	Musa R.....	34, 116, 151
Mayer P.....	353	Mutombo M.....	136, 195, 323, 328
Mazon M.....	241, 268	Mutte FA.....	83, 261
Mekaoui F.....	281	Muzard A.....	188, 253
Méloux A.....	42, 133, 141	Nachon P.....	335
Ménage C.....	309	Nardon A.....	102, 185
Menard C.....	230	Nathan N.....	258
Menard I.....	109	Nédellec E.....	68
Menard ML.....	267	Nevado E.....	61, 290
Mercerolle M.....	286	Nguyen S.....	130, 248
Merle MC.....	95	Nivel V.....	237
Merrien L.....	180	Noblot-Rossignol M.....	84, 139
Mésenge C.....	63	Noceto P.....	233

Noël M.....	135, 256	Pellevoizin C.....	322
Nollet A.....	221	Pelloquin A.....	193, 297
Nourry S.....	76	Pelloquin N.....	164, 257, 296
Nowak C.....	352	Penaud JF.....	223
Odier L.....	158	Penfornis S.....	357
Oehler E.....	245	Pernot C.....	298
Oger F.....	74	Perrinet M.....	140
Ollivier C.....	149	Pertuiset E.....	82
Ordekyan A.....	67	Petit C.....	103, 109
Ordronneau S.....	310	Petit O.....	257
Orhon S.....	154	Petraccia C.....	44
Orianna M.....	207	Petrigny L.....	62
Orléans V.....	35	Peus E.....	342, 344
Orsini C.....	276	Peyrat S.....	38
Orvain M.....	356	Peyrilles E.....	140
Ouahchi Z.....	198	Peyrol C.....	51
Oubarhman S.....	284	Pfalzgraf S.....	32, 88
Ouvrier M.....	119	Pham AD.....	169
Pagani M.....	272	Philipot MG.....	278
Pageaux GP.....	227	Philippe V.....	287
Pages A.....	47	Pic A.....	185
Paineau L.....	232	Picard A.....	157, 223
Pajot J.....	325	Picard M.....	234
Palak M.....	320	Pichou A.....	44
Palot JP.....	133	Pinel S.....	259
Paquier C.....	334	Pinon V.....	32
Parat S.....	66	Pinvidic JL.....	55, 314
Pare M.....	255	Pioche H.....	95
Pareaud M.....	166	Piot B.....	252
Paret A.....	348	Piriou G.....	55, 108, 314
Pariante A.....	59	Piriou T.....	108
Parinaud AS.....	102, 185, 229, 337	Pirot F.....	52, 275, 281, 282, 292, 294, 295
Pariscoat G.....	216	Piton M.....	49
Parneix-Sédiey L.....	229	Pitre C.....	271
Partant C.....	108	Pivot C.....	52, 209, 255, 275, 281, 282, 292, 294, 295, 325
Pascal P.....	277	Planès S.....	62
Pauliat E.....	97, 244	Plessis C.....	246
Paulmier B.....	112	Pohyer A.....	315
Payen C.....	207	Poignie L.....	337
Paysant C.....	346	Pointet C.....	78, 79
Paziot P.....	110	Poizat L.....	194
Pecal Dalle M.....	85	Pomies S.....	189, 190
Pelchat V.....	87	Ponrouch MP.....	218
Pellegrino F.....	46	Pons I.....	233
Pelletier JC.....	306	Pont A.....	121

Pont E.....	145	Reitenbach S.....	117
Potdevin-Verdier J.....	343	Relieu M.....	305
Poulain C.....	128	Remoue A.....	303
Poullain S.....	336	Rémy E.....	266
Pouyaban C.....	224	Renan X.....	286
Poyet C.....	129	Renard PY.....	81, 172
Pradeau F.....	61	Renard Y.....	133
Prévost N.....	270, 310	Renaud ML.....	327
Princet I.....	290	Renon-Carron F.....	246, 255
Probst M.....	304	Renoud-Grappin M.....	194
Promis AS.....	46	Renzullo C.....	223
Provot S.....	161	Resibois JP.....	321
Pujols M.....	93	Retho E.....	47
Putrus R.....	34, 116, 151	Rey A.....	170, 327
Qassemi S.....	330	Rey F.....	108
Quelard N.....	119	Reygner C.....	64
Queruau-Lamerie T.....	321	Rhalimi F.....	146
Queuille E.....	39, 156	Rhouzlane L.....	82
Quiévy-Macchioni A.....	338, 339, 340	Riachi G.....	201, 212
Quillet P.....	80, 184, 205, 206, 208, 215, 228	Ribas C.....	338, 339, 340
Quillien C.....	308	Ricard C.....	102, 185
Quintard A.....	199, 260, 341	Richard AL.....	356
Rabatel G.....	83	Richard C.....	278
Raignoux C.....	54	Riche L.....	150
Rambourg P.....	210, 217, 218, 222, 227, 285	Ricois S.....	75
Ramon M.....	41, 164	Rieu C.....	111, 301
Randuineau P.....	125	Rieutord A.....	90, 318
Ranger J.....	61	Riou S.....	42, 133, 141
Rannou M.....	144, 176	Rioufol C.....	66, 174, 186
Rasolofomamonjy J.....	154	Riviere S.....	210
Ratsimbazafy V.....	64, 258	Roberge C.....	99, 355
Rau A.....	353	Robert C.....	162
Rauturier M.....	291	Robert J.....	112, 232
Ravelle-Chapuis S.....	53	Robert L.....	271
Ravonimbola R.....	225	Robineau C.....	298
Raynaud L.....	243	Roch-Torreilles I.....	210, 217, 218, 222, 227, 285
Raynaud S.....	126	Rochais E.....	310
Razgallah Khrouf M.....	165, 324	Roche M.....	256
Real L.....	94, 263, 319	Rocher F.....	38
Reberga A.....	44	Rochereau F.....	320
Rebstock C.....	215	Rocquain J.....	43, 104, 106, 226, 233, 322
Recoche I.....	47, 189, 190, 330	Rode G.....	174, 186
Regli A.....	104	Roger A.....	213, 317
Regnier-Gavier O.....	178	Roggy N.....	45
Rehn C.....	186	Rognon A.....	135

Roland C.....	147, 148	Schiettecatte S.....	94, 263, 323, 328
Rolland E.....	177	Schmit B.....	146, 160, 269
Romain O.....	93	Schmitt A.....	157
Roncalez D.....	304	Schocher E.....	203
Rondeau F.....	310	Schwarzenbart M.....	138
Rondelot G.....	75, 162	Scieglinski L.....	74
Rosant D.....	210, 217, 218, 222, 227	Sellal KO.....	150
Rossi M.....	321	Sémély D.....	202
Rossignol M.....	62	Senis-Loiseau C.....	60
Roubille R.....	40, 175, 194	Sérée de Roch X.....	329
Rouch L.....	189, 190, 330	Serre C.....	114, 238
Rougeot J.....	61, 246	Serres O.....	210, 224
Rousseaux D.....	131	Sharabi M.....	203
Rousseaux G.....	127, 142	Sigward E.....	230
Roussel A.....	270	Simon C.....	122, 251, 295
Roussel G.....	320	Sins G.....	75
Roussely-Martin B.....	338	Slimani F.....	326
Roussel G.....	73	Smadja C.....	354
Routier S.....	235	Sorli SC.....	73
Rouve N.....	73	Souchet C.....	235
Rouviere P.....	336	Souchon J.....	55, 314
Roux C.....	274	Soulaïrol I.....	51
Roux E.....	106	Soulet N.....	283
Roux-Laplagne A.....	313	Soussi M.....	198
Rouzé H.....	200	Soussi MA.....	324
Roy S.....	93	Spadoni S.....	249
Royer J.....	32, 88	Spreux A.....	38
Ruitort S.....	305	Stehle R.....	46
Rull-Espagnol F.....	58, 272	Steichen O.....	333
Rusu T.....	297	Stolidi P.....	104
Rytter JL.....	110	Stoll E.....	300
Saillour-Glenisson F.....	337	Storme T.....	140, 248
Sainfort A.....	128	Sturma-Deman AL.....	207
Saint Edward K.....	152	Surugue J.....	283
Sala M.....	92	Taillefer C.....	315
Salamon T.....	185	Talansier JL.....	162
Saliba L.....	187	Talineau Y.....	228
Salmon D.....	52, 275, 281, 282, 292, 294, 295	Tall ML.....	52, 275, 281, 282, 292, 294, 295
Sapin A.....	66	Tallon E.....	166
Sautou V.....	32, 88, 107, 134, 200, 288	Taurin S.....	358
Sauvageon-Martre H.....	274	Tavernier J.....	58, 272
Savary P.....	212	Tchang M.....	182
Scanzi J.....	288	Tchangaikao S.....	154
Schadler L.....	166, 313	Tching-Sin M.....	256, 308
Scherrer J.....	346	Teil J.....	112, 232

Terrail N.....	199, 260, 341	Vellas B.....	330
Terrier-Lenglet A.....	164	Veran N.....	343
Tersen I.....	155	Verbrigghe C.....	271
Testas C.....	339	Vermersch Al.....	197
Thépot A.....	277	Vernet N.....	145
Thérin J.....	266	Verrey AS.....	50, 354
Théron F.....	132	Verry A.....	267
Thévenet M.....	318	Veyrier M.....	34, 116, 151
Thévenet S.....	93	Viard C.....	46
Thibault M.....	58	Viard H.....	144
Thielemans B.....	255	Vidal F.....	113
Thiriat N.....	336	Vigneron J.....	293
Thiriet L.....	177, 178	Villart M.....	211
Thiry F.....	91	Villeneuve V.....	48, 300
Thorel J.....	46	Vincelot A.....	258
Thorel M.....	269	Vincent C.....	113, 345
Tibi A.....	100	Vincent S.....	96
Tiret I.....	115, 358	Vincourt V.....	125
Tixier F.....	186	Virrion S.....	104
Tombelle S.....	321	Vitale G.....	73
Tondeur P.....	113	Voidey A.....	36
Tonnelier MP.....	143	Voillot J.....	54
Torner-Aupecle P.....	267	Vomscheid A.....	167, 183
Toubal S.....	217, 222, 227	Vonesch MA.....	249
Toublet FX.....	271	Votte P.....	191
Tourel J.....	265	Voyron M.....	209
Tramier B.....	106	Wagner S.....	202
Trevis S.....	107	Wanat S.....	160
Trivier JM.....	335	Watier M.....	105
Truet S.....	291	Waton K.....	243, 303
Turki M.....	165	Weinbreck P.....	268
Tywoniuk MH.....	213	Wiat M.....	49
Untereiner C.....	117, 168	Willemin JC.....	42
Vadot L.....	304	Wojcik A.....	191
Vaissie A.....	271	Wong F.....	305
Valentin B.....	41	Yailian AL.....	40
Vallat J.....	329	Youssef A.....	235
Vanhulst S.....	85	Zaouali S.....	324
Vantghem C.....	257	Zecchini C.....	103, 109, 299
Vaquer MD.....	46	Zerbit J.....	230
Vargaftig J.....	77	Zhioua F.....	165
Varin R.....	81, 115, 172, 201, 212, 358	Zmandar M.....	324
Vaudoré C.....	355	Zyani H.....	91
Veillet R.....	107, 288		

INDEX DES ETABLISSEMENTS

Les chiffres correspondent aux numéros des pages

Cliquer sur le numéro de page pour avoir accès directement au résumé

AGEPS, Nanterre.....	326	CH Beauvais.....	146, 160, 269
AGEPS, Paris.....	100, 216	CH Béthune.....	60, 221, 237
APHM - Hôpital de la Conception, Marseille.....	35	CH Boulogne-sur-Mer.....	96
APHM - Hôpital de la Timone, Marseille.....	255, 308	CH Cadillac.....	229
APHM, Marseille.....	256	CH Calais.....	159, 316
APHO - Hôpital Rothschild, Paris.....	333	CH Cambrai.....	94, 263, 319
APHP - GH HUEP - Site Trousseau, Paris.....	278	CH Cannes.....	322
APHP - Hôpital Albert Chenevier - GH Henri Mondor, Créteil	85	CH Centre Bretagne, Pontivy.....	108
APHP - Hôpital Antoine Bécélère, Clamart	90, 93, 318, 348, 349	CH Chambéry.....	83
APHP - Hôpital Armand Trousseau, Paris.....	197, 333	CH Charles Perrens, Bordeaux.....	39, 156
APHP - Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris.....	354	CH Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens.....	153, 187
APHP - Hôpital Fernand Widal, Paris.....	203	CH Compiègne-Noyon, Compiègne.....	147, 148
APHP - Hôpital Joffre-Dupuytren - Henri-Mondor, Draveil	34, 90, 116, 151	CH Cornouaille, Quimper.....	55, 108, 314
APHP - Hôpital Necker Enfants Malades, Paris.....	125	CH Dax-Côte d'Argent, Dax.....	113
APHP - Hôpital Raymond-Poincaré, Garches.....	211	CH Denain.....	213
APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris.....	140, 248	CH Douarnenez.....	108
APHP - Hôpital Rothschild, Paris.....	54	CH du François, Le François, Martinique.....	220
APHP - Hôpital Saint-Antoine, Paris.....	38, 333	CH Dunkerque.....	321
APHP - Hôpital Saint-Louis, Paris.....	230, 274	CH Edmond Garcin, Aubagne	33, 43, 104, 106, 226, 233, 322
APHP - Hôpital Tenon, Paris.....	333	CH Esquirol, Limoges.....	166, 313
ARS Auvergne, Clermont-Ferrand.....	67	CH Ferdinand Grall, Landerneau.....	180
Assurance Maladie, Paris.....	224	CH Fleyriat, Bourg-en-Bresse.....	163
Aziza Othmana, Tunis, Tunisie.....	165	CH Gaston Ramon, Sens.....	267
Ben Arous, Tunisie.....	89	CH Givors.....	145
Cabinet libéral, Villedieu-les-Poêles.....	152	CH Guy Thomas, Riom.....	67
Centre de Psychiatrie de Nancy, Laxou.....	138, 179	CH Haguenau.....	117, 168
Centre de Soins et Maison de Retraite, Podensac.....	170, 327	CH Jacques Lacarin, Vichy.....	58, 272
Centre François Xavier Michelet, Bordeaux.....	185	CH Joigny.....	242
Centre Georges François Leclerc, Dijon.....	157, 192	CH la Côte Basque, Bayonne.....	39, 156
Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand.....	290	CH La Rochelle.....	302
Centre national de greffe de moelle osseuse, Tunis, Tunisie	262, 324	CH Laon.....	110
Centre Régional de Pharmacovigilance, Grenoble.....	176	CH Le Mas Careiron, Uzès.....	181
Centre René Huguenin, Saint-Cloud.....	273	CH Lens.....	41
CH Ajaccio, Ajaccio.....	90	CH Louis Giorgi, Orange.....	182
CH Angoulême, Saint-Michel.....	352	CH Melun.....	48, 234, 300
CH Annecy Genevois, Metz-Tessy.....	119	CH Mémorial France-Etats-Unis, Saint-Lô.....	320
CH Armentières.....	136, 195, 323, 328	CH Montauban.....	329
CH Bayeux.....	291	CH Pau.....	59, 111, 301
		CH Pays de Gier, Saint-Chamond.....	231
		CH Perpignan.....	342, 344

CH Pierre Léo, La Charité-sur-Loire.....	204	CHRU Montpellier	137, 210, 217, 218, 222, 224, 227, 255, 260, 285
CH Polynésie Française, Pirae, Polynésie Française.....	245	CHRU Montpellier - Hôpital Lapeyronie - Arnaud de Villeneuve, Montpellier.....	199, 341
CH Public du Cotentin, Cherbourg-Octeville.....	286	CHRU Nîmes.....	51, 122, 196, 251
CH René Dubos, Pontoise.....	82	CHRU Tours.....	161, 255
CH Roanne.....	62	CHT - Hôpital de Magenta, Nouméa, Nouvelle-Calédonie.....	307
CH Robert Pax, Sarreguemines.....	138	CHU Amiens.....	191, 255, 257
CH Romorantin-Lanthenay.....	247	CHU Amiens-Picardie, Amiens.....	164, 296
CH Roubaix.....	289	CHU Angers.....	250, 255
CH Saint-Junien.....	126, 132	CHU Besançon - Hôpital Jean Minjot, Besançon.....	36
CH Saint-Maixent-l'École.....	345	CHU Bordeaux.....	337, 338, 339, 340
CH Saint-Nazaire.....	154	CHU Bordeaux - Hôpital Pellegrin, Bordeaux.....	102, 185
CH Saint-Quentin.....	235	CHU Caen.....	149, 152, 169, 171, 188, 252, 253, 286, 287
CH Sainte-Marie, Clermont-Ferrand.....	67	CHU Clermont-Ferrand.....	255
CH Saumur.....	112, 232	CHU Dijon.....	56, 76 ; 84, 139, 192, 298
CH Seclin.....	49	CHU Estaing, Clermont-Ferrand.....	200
CH Sedan.....	177, 178	CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand	32, 67, 88, 107, 134, 200, 288
CH Sélestat.....	353	CHU Grenoble.....	261, 299, 334
CH Sud Francilien, Corbeil Essonnes.....	225	CHU Grenoble, La Tronche.....	261
CH Tourcoing.....	317	CHU Limoges	61, 64, 97, 239, 241, 244, 246, 255, 258, 264, 268, 290
CH Troyes.....	74, 143, 350	CHU Martinique - Hôpital Pierre Zobda Quitman, Fort-de-France.....	346
CH Valence.....	144, 176	CHU Martinique, Fort-de-France.....	219
CH Valenciennes.....	127, 142, 359	CHU Nancy.....	123, 138
CH Verdun Saint-Mihiel, Verdun.....	167	CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy	123, 179, 284, 293, 343
CH Victor Jousselin, Dreux.....	44	CHU Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy.....	123
CH Vierzon.....	95	CHU Nantes.....	150, 255, 270, 303
CH Villefranche-sur-Saône.....	128	CHU Nice - Hôpital Archet 2, Nice.....	305
CH Vire.....	356	CHU Nice - Hôpital Cimiez, Nice.....	38
CH Vitré.....	108	CHU Nice - Hôpital Pasteur, Nice.....	38
CH William Morey, Chalon-sur-Saône.....	223	CHU Poitiers.....	72, 243, 290, 303
CHG Grasse Clavary, Grasse.....	322	CHU Reims.....	208, 228
CHG Lucien Hussenot, Vienne.....	40, 175, 194	CHU Reims - Hôpital Robert Debré, Reims	37, 42, 80, 133, 141, 184, 205, 206, 215, 255
CHG Niort.....	283	CHU Robert Debré, Reims.....	215, 279, 280
CHI Créteil.....	336	CHU Rouen.....	81, 115, 172, 201, 204, 212, 276, 358
CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil, Cléon.....	266	CHU Saint-Étienne, Saint-Priest-en-Jarez.....	91
CHI Fréjus - Saint-Raphaël, Fréjus.....	322	CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada	33, 86, 87, 90, 204, 214
CHI Haute Saône, Vesoul.....	78, 79	CHU Toulouse.....	46, 47, 105, 187, 189, 190, 202, 311
CHI Poissy Saint-Germain-en-Laye, Saint-Germain-en-Laye	309	CHU Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse	73, 189, 190, 255, 330
CHI Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois.....	68, 121, 130	CHU Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse.....	47, 189, 190, 330
CHIC des Andaines, La Ferté-Macé.....	101	CHU Toulouse - Hôpital Paule de Viguier, Toulouse	98, 105, 265, 312
CHIC Quimper.....	108		
CHR Metz-Thionville - Hôpital Mercy, Ars-Laquenexy.....	75		
CHR Metz-Thionville, Metz.....	31, 343		
CHRU Brest.....	124		
CHRU Hôpitaux de Tours, Tours.....	161, 250		
CHRU Lille.....	255		

CHU Toulouse - Hôpital Rangueil, Toulouse.....	105	Hôpital Joseph Ducuing, Toulouse.....	153, 187
CHU Toulouse - Hôtel Dieu, Toulouse.....	265, 351	Hôpital Léon Bérard, Hyères.....	45
CHU Toulouse - Logipharma, Toulouse.....	265	Hôpital Maillot, Briey.....	31
Clinique Mutualiste des Eaux Claires, Grenoble.....	103, 109	Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône.....	158
Clinique Sainte-Marie, Cambrai.....	129	Hôpital Pasteur, Colmar.....	32, 88, 304
Croix Rouge Française, Vesoul.....	78, 79	Hôpital Pierre Bérégovoy, Nevers.....	76
EPS Charles Nicolle, Tunis, Tunisie.....	198	Hôpital René Dubos, Pontoise.....	331
EPSM Caen.....	99, 355	Hôpital Saint-Nicolas, Verdun.....	183
Faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc.....	360	Hôpital Saint-Philibert, Lomme.....	129, 131, 335
Faculté de pharmacie de Monastir, Monastir, Tunisie	165, 198	Hôpital Saint-Vincent de Paul, Lille.....	335
Fresi, Tunis, Tunisie.....	89	Hôpital Sainte-Musse, Toulon.....	347
GH du Havre, Le Havre.....	63	Hôpitaux de Saint-Maurice.....	357
GH Paris Saint-Joseph, Paris.....	155	Hôpitaux des Portes de Camargue, Tarascon.....	315
Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise, Creil.....	271	Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse.....	50
Groupe Hospitalier Rochelle Ré Aunis, La Rochelle.....	302	Institut Bergonié, Bordeaux.....	216
HCL - GH Lyon Sud, Pierre-Bénite.....	66, 174, 240	Institut Curie, Paris.....	77, 193, 297
HCL - GH Sud - Hôpital Henry Gabrielle, Pierre-Bénite.....	174	Institut Curie, Saint-Cloud.....	77, 173
HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon	52, 209, 255, 275, 277, 281, 282, 292, 294, 295, 325	Institut Gustave Roussy, Villejuif.....	53, 120, 259
HCL - Hôpital gériatrique Antoine Charial, Francheville.....	236	Institut national d'oncologie, CH Ibn Sina, Rabat, Maroc....	360
HCL - Hôpital gériatrique Antoine Charial, Lyon.....	114	Ministère de la santé - DGOS, Paris.....	71
HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon	114, 236, 238, 240	Ministère de la santé, Tunis, Tunisie.....	89
HCL - Hôpital Henry Gabrielle, Saint-Genis-Laval.....	174, 186	OMÉDIT Basse-Normandie, ARS Basse-Normandie, Caen	253
HCL - Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône.....	254	OMÉDIT Centre, Tours.....	161
HCL, Saint-Genis-Laval.....	92	OMÉDIT Champagne-Ardenne, Châlons-en-Champagne.....	37
Hôpital Cœur du Bourbonnais, Tronget.....	306	OMÉDIT Haute-Normandie, Rouen....	65, 69, 70, 115, 332, 358
Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart.....	207	OMÉDIT Pays de la Loire, Nantes.....	310
Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne, Toulon.....	249	OMÉDIT, ARS Martinique, Fort-de-France.....	219
Hôpital de Charolles.....	306	Polyclinique Saint-Jean, Cagnes-sur-Mer.....	38
Hôpital de Mercy, Ars-Laquenexy.....	162	Proximed, Melun.....	234
Hôpital Européen, Marseille.....	135	Réseau Osmose, Le Plessis Robinson.....	318
Hôpital Foch, Suresnes.....	118	SSR Korian, Ifs.....	152
		Télécom ParisTech, Paris.....	305
		UFR des Sciences Pharmaceutiques, Caen.....	355

INDEX DES MOTS-CLES

Les chiffres correspondent aux numéros des pages

Cliquer sur le numéro de page pour avoir accès directement au résumé

A	
Ablation de dispositif.....	338, 339
Accouchement.....	136
Administration.....	66, 78, 149, 196, 346
Administration métronomique.....	76
Administration par inhalation.....	264
Administration par voie buccale.....	203
Administration par voie intraveineuse.....	218, 221
Administration par voie orale.....	170, 206, 328
Administration par voie sous-cutanée.....	219
Admission du patient.....	247
Aérosolthérapie.....	333
AES.....	125
Agent cytotoxique.....	143
Agent stimulant l'érythropoïèse.....	42
Agents anticancéreux.....	350
Agents cytotoxiques.....	107
Agrément.....	87
Agrément de médicament.....	33
Aiguilles.....	125
Aire sous la courbe.....	236
Alcool-dépendance.....	229, 357
Allergologie.....	284, 298
Alzheimer.....	232
Amélioration de la qualité	69, 80, 83, 91, 142, 187, 301, 311, 312, 313, 314
Amélioration de la qualité des soins.....	124
Amélioration des pratiques.....	170
Amélioration qualité.....	151, 334
Amphotéricine B.....	295
Analyse a posteriori.....	353
Analyse coût-bénéfice.....	132
Analyse de défaillance du matériel.....	339
Analyse des causes.....	337
Analyse des coûts.....	31, 36, 74, 256
Analyse et exécution des tâches.....	305
Analyse pharmaceutique des prescriptions.....	226
Analyse urinaire.....	231
Anémie.....	77
Anesthésiques locaux.....	53
Antalgique.....	45
Antalgique opioïde.....	177
Anti-infectieux.....	160, 162
Anti-vitamine K.....	242
Antibactériens.....	186
Antibiotiques.....	37, 104, 161, 222, 234
Anticancéreux.....	274
Anticipation.....	297
Anticoagulants.....	205, 207, 215, 224
Anticoagulants oraux directs.....	38
Anticorps monoclonal.....	210, 216
Antidotes.....	253
Antiémétiques.....	179
Antinéoplasiques.....	50, 191, 230, 235, 291
Antipsychotiques.....	65
Antiulcéreux.....	238
Antiviraux.....	59, 98
Antiviraux à action directe.....	260
Appel d'offres.....	150
Apprentissage.....	48
Apprentissage actif.....	237
Association médicamenteuse.....	268
Assurance de la qualité des soins de santé.....	345, 354
Assurance maladie.....	56
Assurance qualité.....	137, 325, 342
Audit.....	66, 149, 183, 290, 308, 325, 346
Audit clinique.....	61, 76, 82, 87, 99
Audit gestion.....	33, 101, 142, 348, 349
Audit médical.....	203
Auto-anticorps.....	307
Auto-évaluation.....	142
Automatisation.....	50
Azacidine.....	61
B	
Baclofène.....	229, 357
Ballonnet.....	136
BCG.....	92
Bilan comparatif des médicaments.....	39, 86, 156, 239, 247

Biopharmacie.....	292	Comité médico-pharmaceutique.....	195
Bioprothèse.....	133, 251	Commande.....	257
Biosimilaires.....	310	Communication.....	113, 158, 359
Bloc opératoire.....	319	Communication interdisciplinaire.....	86, 156, 195, 318
Bon usage.....	37, 106, 117, 161, 225, 234, 251	Communication multidisciplinaire.....	187
Bon usage des IPP.....	152	Communication pluridisciplinaire.....	153, 194, 317
Bouchons.....	282	Complexes de fer.....	60
Bronchiolite virale.....	200	Composition.....	266
Broyage.....	58	Comprimés entérosolubles.....	303
C		Concentration plasmatique.....	38
Calcul des posologies.....	230	Concertation.....	147
Canakinumab.....	210	Conciliation.....	211
Cancer.....	77	Conciliation des traitements médicamenteux.....	153
Cancérologie médicale.....	332	Conciliation médicamenteuse	70, 154, 164, 185, 187, 194, 213, 323, 358
Carbapénèmes.....	190	Conditionnement.....	300
Carboxymaltose ferrique.....	77	Conditionnement produits.....	130
Carboxypeptidase.....	176	Conditionnement unitaire.....	269
Carcinome hépatocellulaire.....	171	Conformité.....	324
Carcinome mammaire humain.....	216	Connaissance des patients sur la médication.....	215
Carte heuristique.....	118	Connaissances attitudes et pratiques.....	207
Cathéter veineux.....	334	Connecteur clos.....	143
Cefotaxime.....	178	Consentement.....	341
Ceftriaxone.....	178	Conservation des ressources naturelles.....	120
Cellule de diffusion.....	292	Contamination de médicaments.....	315
Certification.....	75, 343, 359	Continuité des soins.....	318, 330
Chaîne du froid.....	74, 83, 286	Continuité du traitement.....	70
Chambre des erreurs.....	44	Contrat de bon usage.....	109
Chambre froide.....	360	Contrôle.....	302
Chimioembolisation thérapeutique.....	171	Contrôle analytique.....	293
Chimiothérapie	111, 149, 158, 179, 272, 283, 290, 293, 301, 302, 329	Contrôle de la qualité.....	278
Chimiothérapie anticancéreuse.....	279, 280, 289	Contrôle des médicaments.....	326
Chirurgie.....	127, 185	Contrôle qualité.....	296
Chirurgie générale.....	247	Coronarographie.....	147
Chloroprocaine.....	254	Corticoïdes inhalés.....	217
Chlorure de potassium.....	317	Coût.....	123, 255, 267, 300
Chromatographie.....	296	Coût des médicaments.....	252
Chromatographie liquide haute performance.....	281, 295	Coûts.....	250
Chutes accidentelles.....	327	Coûts des produits pharmaceutiques.....	256, 270
Circuit.....	67, 89	Coûts des soins de santé.....	134
Circuit des dispositifs médicaux.....	309	Coûts des traitements.....	268
Circuit du médicament.....	72, 85, 92, 93, 111	Coûts et analyse des coûts.....	35, 264
Cisplatine.....	230	Coûts hospitaliers.....	258, 270
Clostridium difficile.....	199, 222	CREX.....	342
Collaboration pluridisciplinaire.....	104	Curare.....	252
Comité du médicament.....	62	Cystite.....	231

Cytotoxiques.....	140, 299	Education santé.....	344
D		Education thérapeutique.....	158, 225
Déclaration obligatoire.....	340	Effet indésirable médicamenteux.....	307
Décontamination digestive.....	294	Effets secondaires indésirables des médicaments.....	209
Décontamination matériel.....	275	Efficacité.....	161, 182
Délai.....	290	Efficacité thérapeutique.....	227
Délais de production.....	287	Electroencéphalogramme.....	197
Denosumab.....	173	Electrophysiologie cardiaque.....	139
Dépenses de santé.....	128, 270	Elimination des déchets médicaux.....	315
Désinfection.....	282	Endoprothèse urétérale.....	127
Détersion.....	196	Enquête.....	94, 110
Diagnostic DMS.....	309	Enquête de pratique.....	117
Diarrhée infectieuse.....	199	Enquête de satisfaction.....	111
Diététique.....	240	Enquête sur les soins de santé.....	291
Diffuseurs portables.....	53	Entretien.....	164
Dilatation cervicale.....	136	Equivalence thérapeutique.....	156
Diluant.....	51	Erreur.....	48
Dilution.....	284	Erreurs de médicaments.....	96
Dispensation.....	108	Erreurs médicamenteuses	
Dispensation automatisée.....	306	.....	39, 68, 78, 79, 114, 154, 191, 239, 353
Dispensation et distribution de médicaments en milieu hospitalier.....	80, 83, 96	Erythropoïétines.....	310
Dispensation et distribution hospitalières de médicaments... 98		Escarre.....	131
Dispositif médical.....	118, 139, 150, 329	Esoméprazole.....	303
Dispositif médical implantable.....	122	Essai.....	122
Dispositifs de sécurité.....	289	Essai clinique.....	81, 102, 246, 250, 255, 261
Dispositifs médicaux.....	119, 151, 289	Essai d'uniformité des fractions.....	198
Distraction.....	56	Essais cliniques.....	100, 259, 325
Distribution en pharmacie.....	326	Etablissement pénitentiaire.....	67
Domicile.....	234	Etablissements d'hébergement médicalisés pour personnes âgées.....	65, 69
Dose standard.....	297	Etablissements de soins de long séjour.....	195
Doses standards arrondies.....	283	Etiquetage.....	112, 324
Dossier pharmaceutique.....	341	Etiquetage de médicaments.....	336
Douleur.....	193	Etiquette.....	103
Douleurs postopératoires.....	53	Etude de faisabilité.....	246
Doxorubicine.....	171	Etude de stabilité.....	277
Durée d'hospitalisation.....	36	Etudes d'évaluation.....	126
Dyschésie.....	181	Etudes d'évaluation des soins infirmiers.....	91
E		Etudes de faisabilité.....	298
Economie.....	254, 265	EVA (Echelle Visuelle Analogique).....	177
Economie des soins infirmiers.....	135	Evaluation.....	109, 146, 232, 272
Economie pharmaceutique.....	84	Evaluation de la prescription des médicaments. .	184, 205, 208
Economies.....	121, 276	Evaluation de la prescription médicamenteuse	
Education.....	330	.....	40, 41, 65, 115, 332
Education des patients.....	237	Evaluation de la qualité des soins de santé.....	285
		Evaluation de médicament.....	248

Evaluation de processus.....	180	Gestion continue de la qualité.....	279, 280
Evaluation de processus en soins de santé.....	121, 256	Gestion continue qualité.....	76, 331, 351
Evaluation des connaissances.....	169	Gestion des risques.....	44, 47, 151, 244, 305, 314, 317, 320
Evaluation des impacts sur la santé.....	39	Gestion des stocks.....	107
Evaluation des pratiques professionnelles.....	58	Gestion des traitements médicamenteux.....	175
Evaluation des résultats.....	174	Gestion du risque	
Evaluation des résultats et des processus en soins de santé		.....	34, 46, 73, 97, 279, 311, 337, 338, 340, 348, 354
.....	186	Gestion financière d'hôpital.....	75
Evaluation des risques.....	309, 313	Glucocorticoïdes.....	100
Evaluation des soins.....	71	Grands brûlés.....	277
Evaluation pratique professionnelle.....	334	Griséofulvine.....	245
Événement iatrogène médicamenteux.....	330	Grossesse.....	165
Événement indésirable médicamenteux.....	47	Guide.....	321
Événement médicamenteux iatrogène.....	213		
Événements indésirables.....	320	H	
Expertise.....	339	Habilitation.....	306
Extravasations de produits diagnostic ou thérapeutique.....	337	Harmonisation.....	112
		Hémine.....	249
F		Hémodiafiltration.....	42
Facteur de croissance hématopoïétique.....	160	Hémorragie de la délivrance.....	258
Facteur de stimulation des colonies de granulocytes.....	157	Hémorragie digestive.....	263
Fentanyl.....	264	Hémorroïdectomie.....	148
Fer.....	184	Hémorroïdes.....	148
Fibrillation atriale.....	224	Héparine.....	106
Fibrinogène.....	258	Hépatite.....	182
Fièvre méditerranéenne familiale.....	210	Hépatite C.....	59, 201, 212, 260
Financement.....	255	Hépatite C chronique.....	98, 268
Fistule anorectale.....	122	Hépatite C virale.....	241
Fluorescéine.....	299	Hépatite chronique.....	59
Fluoroquinolones.....	104	Homéopathie.....	95
Fluorouracile.....	316	Homogénéité.....	294
Formation.....	72, 131	Hôpitaux psychiatriques.....	99, 355
Formation continue.....	280, 299	Hospitalisation à domicile.....	144
Formation informatique.....	223	Hygiénistes en établissement de santé.....	355
Formation médicale continue.....	312	Hypercalcemia.....	173
Formation professionnelle.....	55, 86, 124, 304	Hypodermoclyse.....	135
Formes orales sèches.....	58		
Formes posologiques.....	203	I	
Foyers pour personnes âgées.....	327	iatrogène.....	220
Fusion d'établissements de santé.....	114	iatrogénèse médicamenteuse.....	34
		iatrogénie.....	152, 165, 322, 352
G		iatrogénie médicamenteuse.....	43
Gabapentine.....	155	Identification des médicaments.....	116
Garantie de la qualité des soins de santé.....	153	Impact.....	204
Gélules.....	51	Impact clinique.....	180
Gériatrie.....	164, 170, 189, 190, 240, 318	Implant dentaire.....	54, 338
Gestion.....	308	Immunoglobulines.....	219

Incompatibilité médicamenteuse.....	167, 221	Maladies auto-immunes.....	209
Indicateur qualité.....	85	Maladies neurodégénératives.....	155
Indicateurs.....	108	Management.....	113
Indicateurs qualité santé.....	354	Marquage CE.....	118
Industrie pharmaceutique.....	120	Matériaux de suture.....	340
Infectiologie.....	262	Matériel jetable.....	128, 132
Infection.....	133	Médicament.....	67, 89, 308, 335
Infections urinaires.....	186	Médicament de thérapie innovante préparé ponctuellement.....	277
Infirmiers.....	233	Médicament inapproprié.....	220
Information.....	45	Médicament orphelin.....	81, 249
Information patient.....	344	Médicament potentiellement inapproprié.....	43, 322
Information thérapeutique.....	169	Médicaments.....	31, 74, 165, 225
Informatique clinique.....	41	Médicaments antiviraux.....	241
Informatisation.....	172	Médicaments en accès réglementé.....	73
Inhibiteur de la pompe à protons.....	263	Médicaments pour essais cliniques.....	261
Injectable.....	103, 321	Médico-économie.....	251
Injectables.....	319, 324	Mélange de poudres.....	294
Injection.....	112	Mélatonine.....	197
Innovation organisationnelle.....	129	Mesna.....	209
Instruments chirurgicaux.....	138	Mésusage.....	245
Insuffisance rénale.....	42, 205, 223	Méthotrexate.....	176
Insuffisance rénale chronique.....	237	Microbiote.....	288
Insuffisance surrénalienne.....	217	Migrants.....	159
Insuline.....	346	Milieu pénitentiaire.....	260, 358
Interactions médicamenteuses.....	201	Modèle d'organisation.....	129
Internationalité.....	90	Monopole.....	89
Intervention pharmaceutique.....	54, 180, 226, 352	Morsures et piqûres d'insectes.....	355
Intoxication.....	176	Multirésistance bactérienne.....	162
<hr/>			
L		Myosite.....	307
Lactation.....	95	<hr/>	
Larves.....	196	N	
Législation pharmaceutique.....	105	Négociation.....	265
Lidocaïne.....	218	Néonatalogie.....	287, 303
Lien concentration-événement indésirable.....	38	Neuroleptiques.....	232
Logiciel.....	63, 64	Neutropénie fébrile induite par la chimiothérapie.....	157
Logiciel d'aide à la prescription.....	226	Neutropénie fébrile post-chimiothérapie.....	160
Logiciels de prescription.....	172	Non-conformité.....	145
Logistique.....	88, 257	Nutrition.....	240
<hr/>			
M		Nutrition parentérale.....	66, 167, 286, 287
Magasin.....	88	<hr/>	
Maîtrise de la iatrogénie.....	169	O	
Maîtrise des coûts.....	134, 267	Observance de la prescription.....	102
Maîtrise du risque.....	356	Observance du traitement médicamenteux.....	200, 246
Maladie de Crohn.....	227	Oncologie.....	193
Maladie hémorroïdaire.....	62	Oncologie médicale.....	192, 214
		Ordonnance de sortie.....	211

Ordonnances médicamenteuses.....	33, 243	Préparation des doses à administrer.....	353
Organisation.....	274	Préparation stérile.....	52
Organisation contrôle professionnel.....	71	Préparations anticipées.....	283
Orthopédie.....	132	Préparations hospitalières.....	274
Osteonecrosis.....	173	Préparations pharmaceutiques.....	288, 304
Oxacilline sodique.....	281	Prescription.....	109, 183, 190
Oxazolidine-2-one.....	168	Prescription électronique.....	40, 64, 68, 202
P		Prescription inappropriée.....	163, 189, 191, 202, 238
Paludisme.....	159	Présentation unitaire.....	116
Pantoprazole.....	263	Prévalence des IPP.....	152
Paracétamol.....	233	Prévention et contrôle.....	345
Patients ambulatoires.....	341	Prion.....	138
PCR (polymerase chain reaction).....	241	Prise en charge.....	131, 181
Pédiatrie.....	46, 51, 140, 172, 179, 248, 276	Prise en charge personnalisée du patient.....	239, 244
Perfusion.....	124	Prise en charge thérapeutique.....	82, 99, 175, 215
Période périopératoire.....	188	Probiotiques.....	93
Perméabilité.....	292	Procédure de chirurgie ambulatoire.....	148
Personne âgée.....	220	Procédures de chirurgie digestive.....	133
Personne âgée fragile.....	213	Production.....	123
Pharmacie.....	94, 107, 110, 248, 250, 348, 349, 351, 356	Profession de sage-femme.....	243
Pharmacie à usage intérieur.....	259	Propofol.....	84
Pharmacie clinique.....	211	Psychiatrie.....	181
Pharmacie d'hôpital.....	32, 90, 121, 212, 261, 327	Psychotropes.....	174
Pharmacie hospitalière.....	360	Public.....	45
Pharmacien.....	204, 214	Publication.....	204
Pharmaco-économie.....	105, 262, 266, 267, 271, 301	Q	
Pharmacocinétique.....	206, 236	Qualification.....	360
Pharmacotechnie.....	293	Qualité.....	306, 320, 343, 352
Pharmacothérapie assistée par ordinateur.....	63, 238	Qualité de l'eau.....	315
Pharmacovigilance.....	49, 345, 359	Qualité des soins.....	71, 96
Plateau opératoire.....	137	Questionnaire.....	55, 207, 333
Polyarthrite rhumatoïde.....	228	R	
Polymédication.....	189, 208	Rachianesthésie.....	254
Polypharmacie.....	166	Radiopharmacie.....	273, 296
Porphyries hépatiques.....	249	Rationalisation.....	84
Posologie.....	228	Réanimation.....	221
Post-partum.....	95	Réanimation néonatale.....	93
Pratique professionnelle.....	90, 146, 304, 310, 313, 333	Réattribution.....	297
Prémédication.....	197	Recherche biomédicale.....	331
Préparateur en pharmacie.....	85	Récidive.....	199, 222
Préparation.....	103, 272, 329	Recommandation de consensus.....	201
Préparation aseptique.....	275	Recommandations.....	119, 242
Préparation centralisée.....	276	Recommandations de bonnes pratiques.....	80, 126, 141
Préparation de médicament.....	50, 87, 285, 291, 305	Recommandations de consensus.....	157, 188, 212
Préparation de piluliers.....	79	Réglementation.....	60

Regroupement de structure de santé.....	356	Simulation numérique.....	32
Régulateurs de débit.....	117	Soin de suite et de réadaptation.....	174
Relais per-os.....	233	Soins ambulatoires.....	100
Relations entre professionnels.....	69	Soins avancés de maintien des fonctions vitales.....	252
Reprise de traitement.....	216	Soins de longue durée.....	135
Réseau d'informations.....	350	Soins palliatifs.....	192
Restructuration hospitalière.....	114	Solutions d'alimentation parentérale.....	167
Résumés de sortie des patients.....	154	Sortie du patient.....	34, 349
Retour d'expérience.....	343	Sortie du patient d'un établissement de santé.....	70
Retours.....	31	Sous-traitance.....	145
Rétrocession.....	102	Spondyloplastie.....	36
Revue de pertinence.....	162	Stabilité.....	273
Revue des pratiques de prescription des médicaments	68, 166, 168, 177, 178, 243	Stabilité de médicament.....	61
Risque.....	335	Staphylococcus aureus résistant à la méticilline.....	168
Risque clinique.....	198	Stents à élution médicamenteuse.....	141
Ritonavir.....	217	Stérilisation	
RTU.....	357	.....	55, 123, 128, 129, 130, 137, 138, 139, 145, 266, 314
<hr/>			
S			
Salbutamol.....	278	Stérilisation tubaire.....	126
Satisfaction.....	94, 110	Stock.....	257
Satisfaction des consommateurs.....	130	Stock régional.....	253
Satisfaction professionnelle.....	223	Stockage médicamenteux.....	265, 326, 331
Scoliose.....	56	Substitution de médicament.....	63, 97
Sécabilité.....	198	Substitution médicamenteuse.....	115
Sécurisation.....	72, 125, 140, 319, 336, 347	Suivi pharmaceutique.....	41, 200, 228
Sécurisation patient.....	342	Sujet âgé	
Sécurité.....	300, 311	.....	37, 43, 106, 163, 166, 183, 184, 206, 208, 322, 347
Sécurité des patients.....	46, 60, 64, 91	Supports à la décision.....	32
Sécurité des produits de consommation.....	105	Sur-étiquetage.....	269
Sécurité des soins.....	344	Surcoût.....	259, 269
Sécurité du matériel.....	150	Surdosage AVK.....	242
Sécurité du patient.....	40, 47, 97, 113, 194, 218, 323, 335	Surdose.....	316
Sensibilisation.....	49, 78, 79	Surétiquetage.....	116
Seringues.....	143	Surveillance de traitement médicamenteux.....	224
Service de pharmacie.....	358	Suspension de charbon.....	52
Service de réanimation.....	323	Switch.....	219
Service hospitalier.....	108	Syndromes myasthéniques congénitaux.....	278
Service hospitalier achat-approvisionnement.....	351	Système d'information en pharmacie clinique.....	175, 202
Service hospitalier des achats.....	120	Système informatisé.....	141
Service pharmaceutique hospitalier.....	88	Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments.....	73, 244, 312, 336
Services de gériatrie.....	328	<hr/>	
Services en pharmacie.....	75	T	
Services pharmaceutiques.....	163, 214	Tarifcation à l'activité.....	35
Signalement des effets secondaires.....	49	Tatouage cornéen.....	52
Simulation.....	44, 48	Techniques et procédures de diagnostic.....	231
		Technologie en pharmacie.....	285
		Température.....	286

Température froide.....	101	Tumeurs de la prostate.....	235
Tests cutanés.....	298	Tumeurs vésicales.....	92
Tests épicutanés.....	284		
Thérapeutique.....	159, 262	U	
Thérapie moléculaire ciblée.....	350	Uniformisation.....	185
Thérapie VAC.....	144	Uridine.....	316
Tolérance.....	182, 193	Urologie.....	127
Tomographie par cohérence optique.....	147	Ustekinumab.....	227
Toxidermie.....	245	Utilisation.....	321
Traçabilité.....	54	Utilisation hors indication.....	229
Traitement de l'urgence.....	253	Utilisation hors recommandation.....	332, 347
Traitement des plaies par pression négative.....	134, 144	Utilisation médicament.....	82, 101, 115
Traitement médicamenteux.....	188, 192, 235		
Traitements antalgiques.....	62	V	
Traitements des plaies par pression négative locale.....	146	Validation.....	282
Transfusion d'érythrocytes.....	81	Validation analytique.....	281, 295
Transplantation.....	288	Vancomycine.....	236
Transplantation hépatique.....	35	Vasculocis®.....	273
Trastuzumab.....	271	Ventilation mécanique.....	119
Troubles de la déglutition.....	328	Vidéo.....	302
Troubles du comportement.....	155	Voie sous-cutanée.....	271
		Z	
		Zone à atmosphère contrôlé.....	275