



HOPIPHARM
CLERMONT-FERRAND • 2016

COMMUNICATIONS

SOMMAIRE

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

- Session Circuit du médicament, salle Gaperon
- Session Dispositifs et pharmacotechnie, salle Saint-Nectaire
- Session Evaluer et former, salle Fourme d'Ambert
- Session Pharmacie clinique et pharmacocinétique, salle Bleu d'Auvergne

Communications orales

CIRCUIT DU MÉDICAMENT

COMMUNICATION ORALE N° 1	29
Comment améliorer la sécurité du circuit du médicament en hospitalisation à domicile de l'admission du patient, à la prescription médicale et l'analyse pharmaceutique ? Magnier M., Trainaud A., Collin MP., Le Guevello P.	
COMMUNICATION ORALE N° 2	30
Analyse de la traçabilité informatique des administrations médicamenteuses Rocle P., Nasone J., Bord B., Heran I., Duplissy E.	
COMMUNICATION ORALE N° 3	31
Sécurisation du circuit du médicament : la poussée d'ArchiMed Gervaise C., Martin J., Le Corvaisier C., Leromain AS., Gadot A., Jarre C., Derharoutunian C., Hellot-Guersing M., Roubille R.	
COMMUNICATION ORALE N° 4	32
Contrôle pharmaceutique des médicaments à risque lors de la dispensation individuelle nominative en gériatrie Bravo P., Lehrer J., Phan Thi T., Chevalier D., Bezie Y.	
COMMUNICATION ORALE N° 5	33
Interruption de tâches lors de la préparation des médicaments : le gilet jaune est-il une solution de sécurisation dans notre établissement hospitalier ? de Chevigny A., Chatron C., Lanièce A., Schiedts D., Patron M., Lecardonnel A., Bannie F.	
COMMUNICATION ORALE N° 6	34
Audit de connaissance auprès du personnel infirmier : nutrition artificielle et sondes naso-gastriques Gantz D., Ragazzon C., Claud B., Pinède K.	
COMMUNICATION ORALE N° 7	35
Modèle d'organisation et de sécurisation des circuits d'approvisionnement en produits de santé pharmaceutiques d'un réseau de Médecins Correspondants de SAMU Chevallier Brilloit C., Hida H., Bard E., Ferro M., Rat E., Cottarel-Schussler M., Audema B., Debaty G., Danel V., Foroni L.	

DISPOSITIFS ET PHARMACOTECHNIE

COMMUNICATION ORALE N° 8	36
Optimisation d'une préparation effervescente prête à l'emploi pour exploration digestive de Bastiani C., Boni A., Yailian AL., Doucey P., Salmon D., Roussel-Berlier L., Diouf EH., Pivot C., Paillet C., Pirot F.	
COMMUNICATION ORALE N° 9	37
Faisabilité et validation de la production automatisée d'une préparation hospitalière (PH) de gélules de décontamination digestive sélective en pharmacie à usage intérieure (PUI) Passard S., Corgie P., Esposito CL., Haidara F., Pirot F., Salmon D., Pivot C.	
COMMUNICATION ORALE N° 10	38
Réingénierie du processus de production des chimiothérapies par une approche lean Delmotte JB., Diallo A., Rieutord A., Foucher S., Curatolo N.	
COMMUNICATION ORALE N° 11	39
Bénéfices des protéines ostéoinductrices dans l'arthrodèse de cheville compliquée Boutet M., Gaudy AS., Gayet LE., Sury-Lestage S.	

COMMUNICATION ORALE N° 12	40
Etude systématique de la stabilité chimique à long terme de solutions de médicaments injectables prêtes à l'emploi produites par une Unité Centrale de Reconstitution d'Injectables	
Hecq JD., Closset M., Godet M., Gonzalez E., Jamart J., Bihin B., Galanti L.	
COMMUNICATION ORALE N° 13	41
Harmonisation des pratiques concernant la prescription médicale des soins de bouche dans un centre hospitalier	
Batista A., Gabriel L., Lesauvage F., Guarino V., Lauby V.	

EVALUER ET FORMER

COMMUNICATION ORALE N° 14	42
« Qu'est-ce qu'un pharmacien hospitalier pour vous ? » Une étude qualitative sur la perception du pharmacien par le médecin, en milieu hospitalier	
Béchet C., Pichon R., Bonnabry P., Giordan A.	
COMMUNICATION ORALE N° 15	43
Vers un kit « Chambre des Erreurs »	
Collet M., Le Guern AL., Péan S., Falchier F., Boyer F., Cambuzat D., Pinson ML., Verborg S., Bodineau L., Buttin AL., Urban M., Moll MC.	
COMMUNICATION ORALE N° 16	44
Elaboration d'une formation sur les bonnes pratiques de préparation et d'administration des formes orales en pédiatrie	
Kienlin AL., Weber M., Polegato N., Henn-Menetre S., May I.	
COMMUNICATION ORALE N° 17	45
Accompagnement dans la mise en œuvre de la pharmacie clinique grâce au partage d'expérience régional : mise en place d'une formation à l'analyse pharmaceutique	
Prévost N., Berthe A., Rochais E., Feldman D., Rondeau F., Maupetit JC.	
COMMUNICATION ORALE N° 18	46
Nous travaillons ensemble mais sommes nous vraiment une équipe ?	
Maurel C., Duquesne J., Dantin T., Imperaire Boronad L., Lieutier F., Lucas Daver S., Retur N., Wong F., Hery F., Collomp T., Moukfi W., Collomp R.	
COMMUNICATION ORALE N° 19	47
La journée de la perfusion	
Comte H., Orloff M., Boronad C., Fagot Gandet A., Carassou Maillan A., Cali C.	

PHARMACIE CLINIQUE ET PHARMACOCINÉTIQUE

COMMUNICATION ORALE N° 20	48
Conciliation médicamenteuse : freins à la mise en place en psychiatrie	
Buiche M., Crassous A., Esquevin M., Ranc Y., Durif E.	
COMMUNICATION ORALE N° 21	49
Analyse de la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés de plus de 75 ans en oncogériatrie	
Goiffon E., Chevrier R., Hager Mo., Doly M.	
COMMUNICATION ORALE N° 22	50
Impact pharmaceutique sur la prescription d'anticoagulants oraux directs (AOD) : comment optimiser l'analyse pharmaceutique et sécuriser leur dispensation ?	
Chatron C., de Chevigny A., Bannie F., Renan X., Loiselet P., Queffeuou G., Descampeaux C.	
COMMUNICATION ORALE N° 23	51
Développement d'un outil électronique de détection des prescriptions inappropriées chez l'adulte hospitalisé en médecine interne	
Desnoyer A., Blanc AL., Pourcher-Martinez V., Besson M., Samer C., Fonzo-Christe C., Hauri R., Lorenz A., Perrier A., Desmeules J., Bonnabry P., Guignard B.	
COMMUNICATION ORALE N° 24	52
Activités de pharmacie clinique dans un service de réanimation médicale adulte : étude prospective	
Hery F., Leveque D., Neyrat L., Wisniewski S., Castelain V., Schneider F., Gourieux B.	
COMMUNICATION ORALE N° 25	53
Bilan après 3 ans de conciliation médicamenteuse dans un service de médecine interne (1 027 patients)	
Lopez E., Ayach L., Rosant D., Roch-Torreilles I., Rambourg P.	
COMMUNICATION ORALE N° 26	54
Prévalence des interactions médicamenteuses avec deux anticancéreux oraux : ibrutinib et idelalisib	
Degui E., Vinson C., Rieunier J., Clavel H., Dupuy J., Canonge J., Puisset F., Ysebaert L.	

Communications affichées

CIRCUIT DU MÉDICAMENT

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 1	56
Dispensation nominative automatisée dans un service de chirurgie : est-ce rentable ? Perrin C., Sanchez R., Brocque O., Chaudoreille M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 2	57
Valoriser le suivi des consommations par la création d'un indicateur de bon usage des benzodiazépines (BZD) chez les personnes âgées Scarlatescu M., Marie D., Marchand M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 3	58
Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse : focus sur la gestion du traitement personnel dans les établissements de santé Alpy M., Roux C., Kinowski JM.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 4	59
Optimisation du circuit « chaîne du froid » au sein d'un CH multisites Bertrand A., Chmielowski M., Hubert C., Lassère B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 5	60
Gestion des traitements personnels des patients hospitalisés : audit au sein d'un CH Bertrand A., Latouche H., Hubert C., Lassère B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 6	61
Administration et traçabilité des Médicaments Dérivés du Sang (MDS) : état des lieux des connaissances infirmières Couderc S., David V., Penet E., Tredez S., Cerbelaud N., Famin M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 7	62
Interruptions de tâches à la pharmacie : réévaluation des actions correctives Hospice F., Sapin A., Pied H., Japel M., Venus C., Jean-Baptiste ML.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 8	63
Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) : analyse sur 8 mois de la tenue des armoires à pharmacie dans les services de soins d'un centre hospitalier (CH) Bellegarde J., Venuat J., Rimpici C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 9	64
Erreurs médicamenteuses de préparation des semainiers en EHPAD : analyse sur 7 ans Bertrand A., Toussaint G., Kelani K., Chauffert O.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 10	65
Antibiotique injectable, quid du solvant ? Peus E., Barcelo C., Duplissy E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 11	66
Clonazépam par voie orale : un médicament au cœur d'un mésusage Peus E., Barcelo C., Duplissy E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 12	67
Dispensation individuelle nominative : passage à l'automatisation Duceau J., Michel G., Plocco P., Hermelin-Jobet I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 13	68
Délivrance Nominative Automatisé et Centralisé : gagner en productivité sans perdre en qualité de service ? Castanie I., Mous M., Rubira L., Barsagol T., Desplechain M., Vitale G., Beaugrand N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 14	69
Intérêt du cadencement des commandes dans la gestion de stock : retour d'expérience Essoufi S., Cossardeaux S., Combes A., Rivat ML., Berlioz J., Duchaussoy A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 15	70
Dispensation nominative automatisée en pédiatrie : bénéfices illusoire ou réels ? Monnier MA., Dassy A., Thiriat N., Poullain S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 16	71
Constitution de la base de données photographique des formes orales sèches dispensées dans un centre hospitalier de proximité Thevenot S., Laurent E., Demange C.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 17	72
Comment agir sur les comportements de sécurité des professionnels du circuit du médicament ?	
Paultmier B., Lisfi A., Fauque L., Teil J., Breton P., Chevet-Doucet S., Laot G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 18	73
Suivi des indicateurs d'activité en pharmacie hospitalière : un outil simple pour mieux communiquer	
Le Corvaisier C., Gervaise C., Martin J., Leromain AS., Hellot-Guersing M., Gadot A., Derharoutunian C., Jarre C., Roubille R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 19	74
Un guide pour sécuriser la préparation des piluliers dans les EHPAD avec PUI	
Egon C., Figueiredo E., Boudet A., Lanoue MC., de Bouët du Portal H.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 20	75
Evaluation du respect de la chaine du froid pour les médicaments à conserver en chambre froide, suite à la mise en place d'une nouvelle procédure	
Cayeux S., Feron A., Bled M., Vantghem C., Pelloquin N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 21	76
Audit de pratique sur le circuit des chimiothérapies : du bilan biologique à l'administration	
Chapet N., Laureau M., Thibault V., Boissière M., Lafaille F., Knight M., Pizon I., Cazolive F., Garcia Lidon K., Marino C., Favier M., Cousin C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 22	77
Qualification d'un système informatisé de monitoring des températures (SIMT) pour sécuriser la gestion des médicaments thermosensibles	
Mottier ML., Sommer M., Sadeghipour F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 23	78
Nouvelles recommandations pour Valproate et dérivés : efficacité de la diffusion de l'information et problématiques en structure psychiatrique	
Nave V., Collomb B., Mangavelle J., Dessault J., Bertholle V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 24	79
Mise en place du circuit informatisé des stupéfiants dans un Centre Régional de Lutte Contre le Cancer : de la gestion à l'administration	
Gaihier C., Baudoin A., Grenouilleau V., Legall N., Bégu N., Donamaria C., Stein P., Toulza E., Lortal B., Apretna E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 25	80
Changement de logiciel d'aide à la prescription : quel impact sur l'analyse pharmaceutique ?	
Swierczewski T., Roland C., Membre S., Houbert A., Saint-Germain P., Souchet C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 26	81
Outil de sécurisation de la prescription informatisée : les formulaires de prescription (iForms)	
Henry N., Loue C., Lamy A., Hilohi M., Morichon E., Onnient Y., Dieu B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 27	82
La dispensation des médicaments hors GHS : comment améliorer la délivrance et la gestion des retours au sein d'une plateforme ?	
Sorli S., Rousset G., Vitale G., Jouglan J., Beaugrand N., Desplechain M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 28	83
Broyage des médicaments : quelles pratiques et connaissances des soignants ?	
Tafza S., Baronnet A., Pioche H., Merle MC.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 29	84
Etat des lieux des prescriptions d'infliximab depuis l'arrivée du biosimilaire	
Thomas J., Pouyaban C., Chafaie R., Morell M., Rosant D., Seron A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 30	85
Le « pilulier des horreurs » : un outil ludique pour la sécurité des patients	
Alami A., Egon C., Boudet A., Lanoue MC., de Bouët du Portal H.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 31	86
Mutualisation inter-hospitalière des stocks de thérapies coûteuses : mise en place d'une plateforme internet d'échanges entre établissements de santé (ES)	
Pfalzgraf S., Menninger M., Kaiser JD., Roncalez D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 32	87
Mise en place des armoires à pharmacie sécurisées (APS) dans notre centre hospitalo-universitaire : enquête de satisfaction	
Ben M'Barka F., Farhat M., Derbel S.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 33	88
Mise en place d'un Circuit Anticipé de Prescriptions et de Préparations des chimiothérapies en hôpital médical de jour (CAPP)	
Soumoy L., Gillet P., Decoster C., Langhendries C., Lachapelle V., Hecq JD.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 34	89
Mise en place, dans notre établissement, de la première cure de chimiothérapie dans le cadre d'une hospitalisation à domicile	
Saucez Duquesne MO., Orsini C., Rémy E., Kalimouttou S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 35	90
L'automatisation de la dispensation : quid de l'évolution de la consommation des médicaments par les services de soin ?	
Rey A., Boyaux B., Potaufeu J., Debruyne AL., Queuille E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 36	91
Enquête de perception du risque d'erreurs médicamenteuses engendrées par l'informatisation du circuit du médicament chez les prescripteurs	
Yassine S., Moutié A., Garriguet P., Taieb M., Beauverie P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 37	92
Création d'une base de données médicamenteuse des formes orales sèches pour maîtriser le risque d'erreur à l'administration à l'hôpital	
Yailian AL., Frugier G., de Bastiani C., Doucey P., Roussel-Berlier L., Salmon D., Pivot C., Paillet C., Pirot F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 38	93
Dispensation journalière individuelle et nominative en gériatrie : apprenons de nos erreurs	
Peraudeau M., Musa R., Charlot H., Sagnier MC., Brunie V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 39	94
Gestion du traitement personnel : évaluons le parcours patient !	
Grajoszex M., Moutel E., Abderrahmane M., Pons JL., Housset C., Descoutures JM.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 40	95
Mieux prescrire et mieux administrer les aérosols en gériatrie : résultats d'une évaluation des pratiques professionnelles sur l'aérosolthérapie	
Rieu C., Hoskovec C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 41	96
Gestion du traitement personnel du patient hospitalisé en gériatrie : audit de pratique	
Chatain C., Hubault M., Goubier-Vial C., Lepine MA., Garcia V., Wesolowski S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 42	97
Evaluation des Pratiques Professionnelles : médecins, infirmiers, comment broyez-vous ?	
Razurel A., Deville L., Iskra F., Pairault N., Hamel B., Trout H., Roux A., Faure P., Barreteau H., Ribaud P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 43	98
Traçabilité des Médicaments Dérivés du Sang : analyse des pratiques de la dispensation à l'administration	
Heran-Michel I., Bergerot J., Duplissy E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 44	99
Prise en charge des patients précaires à la PUI : une dispensation souvent compliquée ! Etat des lieux et proposition d'amélioration du circuit	
Perrinet M., Moreau C., Fauchaux L., Zouari N., Bourdon O.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 45	100
Rétrocession hospitalière ou dispensation officinale : comment faciliter l'orientation des patients ?	
Dupuis C., Flatres A., Chatron C., Muzard A., Hecquard C., Baveux R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 46	101
Armoires sécurisées : des indicateurs dans les tiroirs !	
Lehmann L., Bigot P., Foqué C., Hennion M., Cousein E., Coupé P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 47	102
De l'intérêt et des difficultés à mettre en place une activité de conciliation médicamenteuse d'entrée en service de chirurgie	
Jamet C., Lhermitte-Pastor C., Hirot A., Cuquel AC., Lucas C., Kramp F., Borne-Pons M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 48	103
Bonnes pratiques en PDA et réalité de terrain	
Landry A., Besnard A., Le Bellec ML., Truet S., Peronne E., Lemoine D.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 49	104
Comparaison transversale des ruptures de médicaments en France et au Canada	
Rousseau A., Meunier A., Derain L., Locher F., Bussières JF.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 50	105
Dispensation � délivrance journalière (DDN) : organiser la maîtrise du circuit	
de Courtivron C., Amrani F., Benzengli H., Mégrousse O., Ghanotakis J., Musa R., L�glise P.	

DISPOSITIFS MÉDICAUX ET STÉRILISATION

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 51	106
Etude de la traçabilité des dispositifs médicaux implantables en cardiologie	
Jamoussi H., Yahmadi G., Mahmoud O., Bennaceur D.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 52	107
Indicateurs et coûts en stérilisation : une nouvelle approche de pilotage de l'activité	
Pillon I., Jacques-Terracol V., Le Verger M.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 53	108
Sachets de protection à usage unique du double emballage non tissé : qui est le meilleur ?	
Théron F., Malvezin V., Ettendorff S., Jacques B., Grenouilleau V., Jomier JY.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 54	109
Informatisation au bloc opératoire (BO) : perte de traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI) dans le dossier patient (DP) et impact des mesures correctives	
Yailian AL., Cerutti A., Sainfort A., Vernardet S., Lefort I.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 55	110
Elaboration du classement des dispositifs médicaux implantables selon la classification Cladimed en vue de répondre au contrat de bon usage	
Raimbault C., Chaignaud-Duquesne C., Ripoll N.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 56	111
Omphalocèles géantes traitées par matrice de reconstruction tissulaire et Thérapie par Pression Négative	
Martinez A., Bordes C., Perrey J., Faure-Chazelles C., Milhavet MN.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 57	112
�tude préalable à la mise en concurrence des introducteurs longs utilisés en radiologie interventionnelle	
Depaqui C., Vaillant T., Haghightat S., Paubel P., Naud C.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 58	113
Pack Nominatif de Dialyse (PND) : circuit, avantages et contraintes	
Decarout L., Pluchart H., Khouri C., Simonezzi J., Rabatel G.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 59	114
Sp�culums otologiques : �tude médico-économique du passage à l'usage unique	
Lafaurie M., Mazon M., Martin A., Maupiler M., Bigot A., Morin MC., Civade E.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 60	115
Bilan de 16 mois de suivi de la traçabilité informatique sécurisée des dispositifs médicaux implantables d'orthopédie	
Facchin C., Bacouillard JB., Noir S., Letellier D., Docq N., Heindl MC.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 61	116
Un module de e-learning pour optimiser le bon usage des sondes urinaires et des étuis p�niens	
Figueiredo E., de Bouët du Portal H., Lanoue MC.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 62	117
Intérêt d'un système d'injection intra-nasale dans un service de secours d'urgence en montagne	
Mignonat P., Rieu C., Casaurancq M., Grenouilleau V., Jomier JY.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 63	118
Chariot de chargement pour autoclave : la fin des emballages percés	
Pouilloux P., Latouche H., Orhon S.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 64	119
H�t�rog�nit� des références de gants chirurgicaux, rationalisons !	
Le Quinio P., Jolly C., Perrin A.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 65	120
Epuration ExtraRénale Continue (EERC) : �valuation de l'impact économique de la technique en réanimation chirurgicale	
Horellou M., Dang Van C., Rozec B., Grimandi G.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 66	121
Administration des médicaments radiopharmaceutiques injectables par voie intraveineuse dans un service de médecine nucléaire	
Chaussard M., Debraine C., Lobjois J., Mertel N., Haas A., Didot N., Koehl G., Schwarzenbart M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 67	122
Comment ne pas rendre traumatique le changement vers les aiguilles pour les ponctions lombaires atraumatiques ?	
Vergnes H., Destable-Nicolau A., Frontini S., Taburet AM., Drouot S., Perier-Raspaud S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 68	123
Évaluation des pratiques professionnelles d'implantation de stents actifs	
Pechaud R., Thomas J., Loukil S., Serres O., Perrey J., Milhavet MN.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 69	124
La prise en charge par épuration extrarénale continue est-elle particulière chez le patient transplanté cardio-pulmonaire ?	
Gondé H., Horellou M., Dang Van C., Rozec B., Grimandi G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 70	125
Impact médico-économique du pharmacien en service d'odontologie	
Aldeguer A., Voillot J., Laribe-Caget S., Raignoux C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 71	126
Le bon usage des diffuseurs portables de chimiothérapie anticancéreuse à domicile	
Moreau M., Mary A., Pelloquin N., Petit A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 72	127
Evaluation de la faisabilité d'un suivi prospectif des indications d'implantation cochléaire et de renouvellement des processeurs	
Capelle A., Denis-Hallouard I., Dietemann J., Chardon-Roy S., Karkas A., Nuiiry O.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 73	128
Clause de développement durable dans un dossier d'appel d'offres de produits pharmaceutiques : réel intérêt ou clause de bonne conscience ?	
Salamon T., Rouge N., Guillaudin C., Painbeni T.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 74	129
Comparaison médico-économique des différents types de matériel de prélèvement dans le dosage des lactates au scalp fœtal : les kits complets prêts à l'emploi sont-ils indispensables ?	
Nédellec E., Le S., Dubret L., Pont A., Bascoulergue M., Coret-Houbart B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 75	130
Etude rétrospective de l'implantation des endoprothèses coronaires au regard des recommandations de la HAS	
Mokni M., Zitouni N., Noureddine M., Rouis A., Kacem B., Hassairi A., Boughzala E., Kallel M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 76	131
Evaluation et amélioration du système de traçabilité des dispositifs médicaux au niveau d'une salle de cathétérisme	
Zitouni N., Mokni M., Noureddine M., Kacem B., Hassairi A., Kallel M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 77	132
Les avantages du Nettoyeur vapeur en stérilisation	
Hignard M., Marquer E., Lejeune I., Houchard Y., Rémy E., Kalimoutou S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 78	133
Evaluation du bon usage d'un implant d'embolisation liquide en neuroradiologie interventionnelle	
Berreni A., Froger C., Dupis E., Januel AC., Lafont J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 79	134
Pourquoi le cathéter veineux périphérique (CVP) avec site en chirurgie ambulatoire ?	
Jouin G., Reiter-Schatz A., Duprès M., Cividino M., Bantzhauff P., Wisniewski S., Gourieux B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 80	135
Implants cochléaires (IC) : état des lieux de la conformité des poses à la Liste des Produits et Prestations (LPP)	
Mazon M., Lafaurie M., Bigot A., Morin MC., Civade E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 81	136
Cartographie des risques en stérilisation centrale : mise en place d'une démarche qualité	
Robert S., Benoit F., Socha M., May I.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 82	137
Echecs de pose du système ESSURE : bilan sur une année	
Laschinski B., Brasleret Y., Gagneur O., Petit A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 83	138
Quel impact médico-économique des valves aortiques sans sutures ?	
Laschinski B., Nader J., Caus T., Petit A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 84	139
Bilan des Poses de Neurostimulateurs Médullaires (NSM) en 2014 : conformité à la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR)	
Thole A., Calvet P., Bernabeu E., Bigot A., Laborde C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 85	140
Améliorer la qualité d'un process grâce à un Comité de Retour d'Expérience (CREX) : exemple du conditionnement défectueux des conteneurs (CT) à la stérilisation	
Delforge M., Raignoux S., Irazusta O., Le Borgne I., Gardes E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 86	141
Dispositifs médicaux (DM) de pédiatrie sans DEHP : est-ce possible ?	
Benbouzid A., Vergnes H., Destable-Nicolau A., Perier-Raspaud S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 87	142
Dispositifs médicaux et pharmacie clinique : impact du pharmacien hospitalier dans la prise en charge des plaies à travers les interventions pharmaceutiques	
Duran C., Leenhardt F., Faure-Chazelles C., Milhavet MN.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 88	143
Bilan à 4 ans de la Commission Innovation pour les dispositifs médicaux stériles (DMS) au CHU : quoi de neuf ?	
Maurel A., Guenfoudi MP., Garnier N., Law-Ki C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 89	144
Harmonisation des montages de perfusion par voie centrale dans un service de réanimation néonatale	
Bottois C., San C., Bertrand L., Hehn M., Jolly V., Bolot P., Gervais R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 90	145
L'Herograft® : un avenir pour l'abord artério-veineux en dialyse ?	
Savouroux S., Chappe M., Berge-Bouchara C., Solans V., Gaumé M., Airiau C.	
PHARMACIE CLINIQUE ET PHARMACOCINÉTIQUE	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 91	146
La voie sous-cutanée : une voie qui ne manque pas de profondeur	
Feïstl P., Desforges C., Grach MC., Divanon F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 92	147
Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé : évaluer les pratiques pour les améliorer	
Cordelle C., El-Baze A., Gagnaire L., Berthet F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 93	148
Evaluation des pratiques professionnelles : stockage, préparation et administration de l'insuline dans les unités de soins, une aide dans le choix d'un référencement	
Decarout L., Thibault V., Olivereau L., Salles J., Marchiset-Eymard N., Bejaoui N., Mohamed-Soulé S., Courgeon C., Boussaidi A., Deloute H., Najem C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 94	149
Bilan, évaluation et axes d'améliorations des interventions pharmaceutiques sur le circuit du médicament	
Argoullon L., Hoffmann A., Riva-Cambrin H., Beaucourt E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 95	150
Intérêt du ROPYDAN®, nouvel anesthésique local dans l'arsenal thérapeutique : évaluation d'une population pédiatrique	
Alpy M., Rougny AC., Lelièvre N., Peter V., Barnoux MC.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 96	151
Audit sur 2 ans des prescriptions informatisées de glycopeptides et d'aminosides des services de soins : bilan des pratiques professionnelles	
Magnier M., Trainaud A., Le Guevello P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 97	152
Prescription du carboxymaltose ferrique : et pourquoi pas du fer saccharose ?	
Delpuech A., Ruivard M., Abergel A., Aumaitre O., Boisgard S., Bagel S., Sautou V.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 98	153
Etat des lieux et sécurisation de la prescription des anticoagulants oraux directs	
Alary V., Lesselingue F., Giovacch M., Cler R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 99	154
Bilan annuel du suivi téléphonique infirmier dédié aux patients traités par thérapie orale dans un service d'oncologie médicale	
Rougeot J., Nevado E., Maillan G., Marie-Daragon A., Cournede A., Leobon S., Tubiana-Mathieu N., Lagarde A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 100	155
Etat des lieux des prescriptions de psychotropes en service de Soins de Suite et de Réadaptation – Bilan des deux audits réalisés en 2014 et 2015	
Rochevolle A., Depoissou V., Chazaud C., Rioufol C., Rode G., Luaute J., Costaz F., Carre E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 101	156
Evaluation du coût de l'installation du cycle prion sur les laveurs désinfecteurs suite à l'instruction n° DGS/R13/2011/449	
Jolly C., Henny F., Steckmeyer C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 102	157
La préparation manuelle des piluliers au cours de la Dispensation Individuelle Nominative (DIN) : une étape à risque d'erreurs... oui mais pourquoi ?	
Lam S., Lukat S., Sok R., Dalle Pecal M., Divine C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 103	158
Quel bilan pour l'équipe mobile d'antibiothérapie en 2015 ?	
Lhermitte C., Lucas C., Cuquel AC., Jamet C., Ourghanlian C., Lamand V., Larreche S., Kramp F., Borne-Pons M., Ficko C., Andriamanantena D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 104	159
Evaluation de la méthode d'analyse pharmaceutique des prescriptions dans un secteur de médecine interne	
Leclerc V., Pozzi D., Manceron V., Pons-Kerjean N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 105	160
Evaluation des pratiques professionnelles : bilan des prescriptions de teicoplanine	
Boscher C., Lacour C., Joly D., Vangrevelinge S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 106	161
Mise au point et validation du dosage d'acides aminés par chromatographie liquide haute performance (CLHP) dans des poches de nutrition parentérale pédiatrique	
Serre C., Fayard J., Boisrame J., Yailian AL., Roussel-Berlier L., Falson F., Pivot C., Pirot F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 107	162
Mise en place d'une conciliation d'entrée et de sortie dans un service de médecine gériatrique : projet CoMedG (Conciliation Médicamenteuse en Gériatrie)	
Duplin EM., Jost J., Castagne E., Hélénon R., Picat MA., Dantoine T., Ratsimbazafy V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 108	163
Problème d'observance des traitements en milieu carcéral : état des lieux dans une maison d'arrêt	
Vigier C., Muller K., Fontaine P., Jacob C., Dumas S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 109	164
Place des traitements personnels des patients dans les services de chirurgie	
Guzman G., Peurichard S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 110	165
Evaluation de l'impact d'un changement des formules standardisées de nutrition parentérale pédiatrique dans un service de réanimation néonatale	
Howlett J., Prudent C., Lazzarotti A., Fagnoni P., Huguény J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 111	166
Comment faire évoluer les pratiques de prescription chez le sujet âgé : séance multidisciplinaire de révision d'ordonnances et/ou validation quotidienne des prescriptions ?	
Joly S., Facile A., Fayard C., Legret C., Martin C., Serratrice F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 112	167
Anémie chez les patients traités pour cancer digestif – Etude de population	
Ansallam A., Mayer J., Omrani S., Borg C., Demarchi M., Roux MF.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 113	168
Analyse des interventions pharmaceutiques (IP) chez les patients de plus de 75 ans en pneumologie	
Porteils C., Recoche I., Lacroix P., Pomies S., Cestac P.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 114	169
Conciliation de sortie : un réel besoin pour le patient !	
Soyer J., Molinier A., Baudoin A., Debarre C., Rouillet-Renoleau F., Chenevier D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 115	170
Potassium injectable : le risque est-il suffisamment maîtrisé dans nos établissements ?	
Verlhac C., Calesse A., Floret C., Laffont C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 116	171
Sécurisation de la prescription de la colchicine : élaboration d'un protocole de prescription	
Jouquand F., Cirotteu D., Le Bot M., Cogulet V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 117	172
Mise en place de la conciliation médicamenteuse au sein d'un établissement de psychiatrie : bilan & perspectives	
Thibault M., Sapin A., Liguori G., Longuefosse JL.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 118	173
Evaluation et prise en charge de la douleur après accouchement par voie basse : enquêtes de pratique "avant-après"	
Cordelle C., Eltimur T., Gagnaire L., Berthet F., Irureta-Goyena A., Rihayi A., Bardou D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 119	174
Associations médicamenteuses contre-indiquées : quelles alternatives ?	
Delabre J., Leclercq F., Beekharae-Brasselet D., Béné J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 120	175
Evaluation de l'observance du mycophénolate mofétil en pédiatrie	
Hasni N., Ben Jeddou K., Mouakher F., Wahbi N., Edriss D., Khrouf Razgallah M., Ouahchi Z., Gargah T.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 121	176
Les 10 commandements du prescripteur pour lutter contre l'antibiorésistance	
Egon C., Boudet A., de Bouët du Portal H., Lanoue MC.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 122	177
Elaboration d'un outil pour harmoniser l'analyse pharmaceutique des prescriptions chez le patient obèse	
Troussier B., Gautier E., Grignon C., Lazaro P., Dupuis A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 123	178
Epuration ExtraRénale Continue (EERC) : Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en réanimation chirurgicale	
Horellou M., Dang Van C., Rozec B., Grimandi G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 124	179
Les interactions médicamenteuses à redouter chez les transplantés de moelle osseuse	
Harki O., Soussi M., Belloumi D., Skouri S., Sellami F., Hnena S., Lazreg O., Turki M., Khrouf Razgallah M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 125	180
Prescriptions de neuroleptiques chez la personne âgée en soins de longue durée : sont-elles conformes aux recommandations ?	
Saillard J., Fronteau C., Lepelletier A., Berlioz-Thibal M., Rouiller-Furic I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 126	181
Enquête de satisfaction des transplantés hépatiques (TH) au sein d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP)	
Hachon L., Hesbert A., Loisel N., Fosse J., Stocco J., Durand F., Pons-Kerjean N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 127	182
Suivi des prescriptions d'Aripiprazole à libération prolongée lors de la première année de référencement dans un établissement de soins psychiatriques	
Mignonat P., Arnaud A., Segonds M., Derrieux C., Bonnet L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 128	183
Conciliation médicamenteuse proactive en soins de suite gériatriques : quel impact sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse ?	
Geoffroy J., Gallin A., Feinard G., Piessard S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 129	184
Les génériques, encore quelques Hics !	
Monribot A., Cassard B., Sansot C., Cherrier P., Villeneuve V., Camus M.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 130	185
Retour des préparations de chimiothérapies : quel impact et quelles améliorations possibles ?	
Grévy A., Zecchini C., Lourman P., Berlioz J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 131	186
Prescription de médicaments anticholinergiques en gériatrie : évaluation de l'exposition à un risque cognitif	
Pelletier JC., Mathiot I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 132	187
Impact biologique de la supplémentation en vitamine D dans la MRC (maladie rénale chronique)	
Royer M., Cauchefer R., Makdassi R., Choukroun G., Pelloquin N., Mary A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 133	188
Evaluation des pratiques professionnelles sur la prescription des fluoroquinolones	
Bodin A., Baudoux V., Teil J., Le Masne E., Lisfi A., Babinet A., Magne S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 134	189
Evaluation de l'impact de la mise en place des ordonnances validées (ORVA) des antibiotiques sur une période de 6 mois	
Chérif K., Mzoughi S., Chaabouni W., Khrouf Razgallah M., Dridi M., Yousfi M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 135	190
Evaluation de l'efficacité et de la tolérance du ramucirumab associé au paclitaxel dans le cancer de l'estomac	
Lechevretel L., Graff V., Dourthe L., Escande A., Couturier F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 136	191
Peut-on mettre en place la conciliation médicamenteuse ?	
Leclerc V., Ogereau M., Pozzi D., Manceron V., Pons-Kerjean N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 137	192
Evaluation de l'auto-perfusion des facteurs anti-hémophiliques	
Chasport C., Randuineau P., Bensimon L., Cazal-Bonnel E., Lopez I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 138	193
Hallucinations sous Voriconazole : à propos de 5 cas	
Thabti A., Soussi M., Abdejilil N., Bouslimi K., Lazreg O., Khrouf Razgallah M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 139	194
Influence de la galénique des médicaments sur l'observance des patients âgés	
Cheyroux A., Akehossi A., Bernard J., Schmit B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 140	195
EPP : pertinence des prescriptions d'anticoagulants oraux directs	
Pommier A., Da Violante C., Dibon O., Goralski M., Blanc P., Hermelin-Jobet I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 141	196
Eligibilité des patients à la conciliation médicamenteuse : pertinence d'une grille de score	
Taouk B., Machon J., Bernard E., Annycke F., Castillo D., Afifi A., Foltz F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 142	197
Prescription des antalgiques aux urgences : et pourquoi pas per os ?	
Coudun S., Peyrilles E., Le Poole S., Mouly S., Facon L., Quittelier R., Viriot E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 144	198
Évaluation des pratiques professionnelles : mise en place d'un plan d'action et son évaluation pour la substitution de la Ceftriaxone par le Céfotaxime dans un centre hospitalier général	
Meloni C., Oufella A., Gros H., Bouldouyre MA., Coret-Houbart B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 145	199
Place du pharmacien clinicien en hôpital de jour gériatrique et impact de l'analyse pharmaceutique des ordonnances sur la médecine de ville	
Cheyroux A., Akehossi A., Bernard J., Schmit B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 146	200
Comparaison de deux niveaux d'analyse pharmaceutique dans un hôpital de jour gériatrique	
Cheyroux A., Akehossi A., Bernard J., Schmit B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 147	201
Traitement par les anticoagulants oraux : perception et connaissances des patients	
Ben Jeddou K., Hasni N., Ben M'Barka F., Arfaoui H., Razgallah M., Baccar H., Khalfallah N., Ouahchi Z.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 148	202
Élaboration d'un outil pour harmoniser l'analyse pharmaceutique des prescriptions d'un patient insuffisant rénal	
Durand F., Lambert C., Lazaro P., Dupuis A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 149	203
Conciliation médicamenteuse de sortie en gérontopsychiatrie : la prescription des psychotropes reste-elle appropriée en ville ?	
Le Mercier F., Rey A., Boyaux B., Debruyne AL., Queuille E., Potaufeu J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 150	204
Etude prospective sur la réévaluation de l'antibiothérapie au sein d'un centre hospitalier	
Oukkil R., Garreau I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 151	205
Médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation au sein de 17 centres d'oncologie au Maroc	
Meddah B., Ferraq W., Benabbes M., Ferraq W.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 152	206
Audit de pertinence des prescriptions de ciprofloxacine dans un centre régional de lutte contre le cancer	
Gaihier C., Baudoin A., Le Garrec A., Boyer F., Kabbani Y., Jouneau J., Donamaria C., Stein P., Toulza E., Lortal B., Apretna E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 153	207
Patient âgé, patient à risque : intérêt d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) des prescriptions médicamenteuses	
Leylavergne S., Froger B., Berdougou B., Foliot P., Sabbagh N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 154	208
Évaluation de la connaissance de la maladie de tuberculose et de l'observance thérapeutique des patients	
Attijoui H., Ouggague K., Aliat Z., Bennana A., Bousliman Y.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 155	209
Peut-on administrer le céfotaxime en Y avec d'autres médicaments injectables ?	
Soussi M., Soualah-Alila R., Jenene F., Lazreg O., Khrouf Razgallah M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 156	210
Sécurisation du traitement anticoagulant oral : évaluation des connaissances acquises par les patients au cours de l'hospitalisation	
Ben Jeddou K., Hasni N., Abbassi A., Bedoui Y., Razgallah M., Baccar H., Khalfallah N., Ouahchi Z.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 157	211
Evaluation de la consommation de produits en automédication par des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine	
Bordes C., Salomon L., Faure H., Blache-Leguelinel G., Mauboussin J., Barbuat C., Laureillard D., Lechiche C., Rouanet I., Sotto A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 158	212
Péritonites en chirurgie digestive : un traitement anti-infectieux probabiliste adapté à l'écologie microbienne locale ?	
Lafaurie M., Cool C., Gougeon M., Sémély D., Urtubia N., Porte L., Segonds C., Cestac P., Duhalde V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 159	213
Syndrome d'activation macrophagique : à propos d'un cas	
Pistre P., Cransac A., Boulouin M., Caillot D., Pernot C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 160	214
Prescriptions hors-AMM (autorisation de mise sur le marché) des neuroleptiques en pédopsychiatrie : une réalité à encadrer	
Bourigeault G., Rousset B., Armand-Branger S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 161	215
Etat des lieux de la prise en charge de la douleur induite par les mucites chez les patients au Centre National de Greffe de la Moelle Osseuse	
Sellami F., Soussi M., Balloumi D., Harki O., Hnena S., Skouri S., Lazreg O., Turki M., Khrouf Razgallah M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 162	216
Switch Buprénorphine-Suboxone en maison d'arrêt : bilan à 3 mois	
Prigent A., Taurin S., Bertoliatti G., Sabri A., Tiret I., Varin R., Dieu B.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 163	217
Particularité en Algérie : le Nimotuzumab alternative au Cétuximab dans le traitement des cancers de la tête et du cou ?	
Kessal R., Salem M., Kerboua E., Lakhdari A., Mezaour Y., Smati D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 164	218
Retour d'expérience de 3 ans d'un staff de pharmacie clinique : mise en place d'un outil d'optimisation du staff et des interventions pharmaceutiques	
Périchou J., Bourne C., Molina C., Salhi M., Laleuf A., Bergheau F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 165	219
Comment améliorer l'accès à la recherche clinique ? État des lieux du niveau de connaissances et proposition de formations	
Gassemi S., Pagès A., Parmier M., Promis AS., Bigot A., Mccambridge C., Cestac P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 166	220
Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) : bon usage des dispositifs transdermiques	
Nicolas AS., Pont E., Massacrier S., Essner-Dagnelies MS.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 167	221
Chimiothérapie voie orale par Xeloda® : évaluation de l'impact des entretiens pharmaceutiques sur la connaissance des patients	
Dupire C., Sauvaget L., Teytaud M., Berroneau A., Servant V., Bonnin M., Xuereb F., Breilh D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 168	222
Etude comparative de deux techniques de dosage de l'acide mycophenolique	
Jebabli N., Charfi R., Gaïes E., El Jebari H., Ben Sassi M., Lakhal M., Klouz A., Salouage I., Trabelsi S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 169	223
Suivi thérapeutique pharmacologique des médicaments antiépileptiques prescrits en psychiatrie	
Salouage I., Ben Sassi M., Gaïes E., Charfi R., Jebabli N., Eljebari H., Klouz A., Trabelsi S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 170	224
Problèmes détectés sur les prescriptions par les préparateurs en pharmacie hospitalière présents dans les services de soins : quel impact ?	
Dambrine M., Gallet F., Caudron J., Le Joubioux A., Frimat B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 171	225
La bithérapie antiagrégante aspirine-clopidogrel utilisée après une implantation de valve cardiaque aortique par voie transcutanée (TAVI) est-elle réellement efficace ?	
Gosse-Boeuf N., Michelet S., Cassat C., Marie-Daragon A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 172	226
Evaluation de l'observance aux traitements de maintien de l'abstinence chez les patients alcoolo-dépendants à 7 jours du retour au domicile	
Serre A., Barau J., Leguelinel-Blache G., Perney P., Faure H.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 173	227
Intérêt du suivi téléphonique dans un programme d'éducation thérapeutique	
Montaleytag M., Correard F., Pelloux E., Futo J., Bertault-Peres P., Duffaud F., Esteve MA., Tabele C., Honore S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 174	228
Recueil et analyse des prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM) dans un service de pédiatrie	
Touiron C., Gaimard S., Verdun M., Merlin E., Labbe A., Sautou V., Boyer A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 175	229
Revue des indications de la Thalidomide : intérêt dans le traitement des angiodysplasies digestives	
Duret-Aupy N., Baetz D., D'Alteroche L., Perarnau JM.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 176	230
Prise en charge du cancer du sein HER2 Positif	
Kedari A., Djillat K.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 177	231
Coordination ville-hôpital de la prise en charge médicale : dématérialisation sécurisée d'échange des informations entre praticiens	
Gabriel L., Batista A., Guarino V., Lauby V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 178	232
Conciliation médicamenteuse : quels sont les médicaments incriminés dans les divergences non intentionnelles ?	
Martin T., Correard F., Esteve MA., Pelleray M., Gayet S., Dumas A., Bertault-Peres P., Villani P., Honore S.,	

Tabele C.

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 179	233
Rétrospective de 6 ans d'analyse pharmaceutique : quelles conclusions, quel axe d'amélioration ? Delevallee L., Juste M., Mangerel K., Bouteiller C., Garreau I., Vonna P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 180	234
Analyse de l'intérêt de la dexmédétomidine dans un service de réanimation chirurgicale cardiovasculaire Duval S., Paya D., Cristinar M., Gourieux B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 181	235
Prescription d'antifongiques systémiques chez le nouveau-né prématuré Hamm M., Gérout AC., Astruc D., Gourieux B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 182	236
Présence pharmaceutique en cardiologie : impact sur l'acceptation des interventions pharmaceutiques Chatelet JN., Courtin J., Devos C., Mutombo M., Bonenfant C., Guenault N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 183	237
Conciliation médicamenteuse en obstétrique ? Intérêts et perspectives Palosse L., Promis AS., Micas F., Delon E., Guyard-Boileau B., Pomies S., Cestac P., Viard C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 184	238
Nivolumab : données en vie réelle dans le mélanome et le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) Thole A., Grenouilleau V., Jacques B., Chevalier A., Ferrari S., Jomier JY.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 185	239
Renforcement des conditions de prescription et de dispensation du valproate et dérivés : le point sur la prise en charge des patientes traitées par ces spécialités dans un établissement de santé mentale Heloury J., Carpenet Guery H., Arnaud L., Malard Gasnier N., Laplagne Roux A., Rougeot J., Schadler L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 186	240
Audit sur les médicaments à risque dans les services de soins : état des connaissances et diffusion des informations Dompnier M., Garces M., Mérian-Brosse L., Diop M., Durand A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 187	241
Mise en place du contrôle de l'osmolarité des mélanges de nutrition parentérale en néonatalogie Ksontini S., Meddeb M., Nour H., Hammami D., Bahri Hicheri S., Sfar S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 188	242
Evaluation du ressenti des patients traités par Azacitidine, au sein d'un Centre de Lutte Contre le Cancer Gerard C., Thivilliers A., Friou M., Rambaud J., Ferry I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 189	243
Tolérance et efficacité des patchs cutanés de capsaïcine à forte concentration (8 %) Ablard C., Albert O., Eddahi A., Liochon S., Faure P., Madelaine I., Deville L., George B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 190	244
Mise en place d'une organisation interne permettant d'augmenter les notifications de pharmacovigilance Rocquain J., Legrand O., Duval M., Default A., Delom C., Dumazer-Carles C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 191	245
Problématique de la prescription et de la préparation des antibiotiques injectables en néonatalogie Djededoua H., Gerout AC., Astruc D., Gourieux B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 192	246
Programme EDUFA EDUcation thérapeutique du patient en accueil FAMILIAL : répondre aux besoins spécifiques des patients schizophrènes chroniques concernant le médicament et la maladie Tramier V., Petitjean F., Tschan C., Dabat B., Caillot C., Francois S., Henri P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 193	247
L'innovation thérapeutique, au cœur du lien hôpital-ville à la rétrocession de Coucy A., Ollivier J., Megne Wabo M., Bonnin M., Berroneau A., Servant V., Maurin V., Picard F., Djabarouti S., Xuereb F., Breilh D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 194	248
Impact des interventions pharmaceutiques sur la prescription des médicaments potentiellement inappropriés à la personne âgée dans un service de court séjour gériatrique d'un CHG Audemar J., Liautaud T., Devaux S., Brun H., Tuyindi N., Nicolaos G., Coulon S.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 195	249
La conciliation médicamenteuse d'entrée en gériatrie et en médecine post urgence suite à une analyse des risques a priori	
Girard S., Delhumeau J., Berge-Bouchara C., Gaumé M., Airiau C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 196	250
Evaluation de la prise en charge de la douleur et iatrogénie médicamenteuse chez les patients âgés de plus de 75 ans atteints d'un cancer	
Friou M., Gaihier C., Baudoin A., Labrèze L., Mertens C., Lortal B., Apretna E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 197	251
Evaluation d'un protocole de prémédication avant un acte d'imagerie dans un centre hospitalier	
Pasquier P., Bascoulergue M., Coret-Houbart B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 198	252
Vie d'un marché : exemple de la procédure concernant le système nerveux	
Ami J., Cournede A., Baudonnet MA., Ducouret C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 199	253
Évaluation des pratiques professionnelles relatives à la prévention de la iatrogénie cortico-induite	
Jégu F., Demesmay K., Federici L., Roncalez D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 200	254
Etat des lieux et pistes d'optimisation de l'utilisation du lévosimendan en ATU Nominative	
Ollivier J., de Coucy A., Megne Wabo M., Bonnin M., Berroneau A., Servant V., Djabarouti S., Xuereb F., Breilh D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 201	255
Analyse des non-conformités des préparations stériles injectables suite au contrôle analytique libérateur dans une unité de reconstitution centralisée	
Teytaud M., Haverlan AS., Deljehier T., Dessane B., Legeron R., Bonnin M., Xuereb F., Breilh D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 202	256
Médicaments hors groupe homogène de séjour (GHS) : quel bilan en 2015 pour les indications hors référentiels ?	
Randuineau P., Apparuit M., Cazal-Bonnel E., Batista R., Lopez I., Chast F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 203	257
Utilisation de l'infliximab dans la réaction du greffon contre l'hôte (GVH) digestive cortico-résistante post allogreffe de cellules souches hématopoïétiques périphériques (CSP)	
Bouquerand J., Ayach L., Rosant D., Fegueux N., Ceballos P., Delage J., Roch-Torreilles I., Rambourg P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 204	258
Étude préliminaire d'un lien entre neutropénies et médicaments psychotropes au sein d'un établissement public de santé mentale	
Wilkowsky C., Lriverend V., Coriton A., Langrée B., Marie N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 205	259
Mise en place d'une consultation pharmaceutique pour les patients traités pour myélome multiple. Etape préliminaire à une éducation thérapeutique	
Martin A., Macro M., Ollivier C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 206	260
Amélioration du parcours de soin en pédiatrie : focus sur la continuité des traitements en sortie d'hospitalisation	
Roy S., Gérout AC., Fischbach M., Gourieux B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 207	261
Évaluation de la prise en charge des infections urinaires chez le sujet âgé dans un service de médecine interne	
Rouis A., Achour S., Mansour B., Mokni M., Mzabi A., Kacem B., Elloumi A., Laouani C., Kallel M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 208	262
Analyse du bon usage de l'antithrombine III en réanimation et soins intensifs cardiopédiatriques	
Dessane B., Megne Wabo M., Berroneau A., Puntous M., Bonnin M., Djabarouti S., Xuereb F., Breilh D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 209	263
La conciliation médicamenteuse répond-elle réellement aux attentes des pharmaciens d'officine ?	
Fournier D., Guillon L., Drancourt P., Jaccard S., Rouiller-Furic I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 210	264
Les inhibiteurs de la pompe à protons : quelle pertinence des indications hors AMM ?	
Josse L., Bacouillard JB., Michelet E., Quillet P., Mongaret C., Bonnet M., Hettler D.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 211	265
Place du milrinone dans la prise en charge post-hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) des vasospasmes (VS) cérébraux	
Vigneron F., Ayach L., Bellegarde C., Bory P., Gahbiche A., Chollet F., Roch-Torreilles I., Rosant D., Rambourg P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 212	266
Evaluation de l'observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH positifs suivis dans un centre hospitalier universitaire	
Traoré A., Bengaly L., Dembélé S., Traoré H.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 213	267
Evénements iatrogènes médicamenteux (EIM) consécutifs au traitement par nouveaux anticoagulants oraux directs (NACO) recensés dans un service d'urgence	
Lohan L., Agullo M., Simon M., Perier D., Villiet M., Terrail N., Giraud I., Castet-Nicolas A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 214	268
Bon usage des antibiotiques : situation du linézolide au service de réanimation	
Louhichi S., Neffati A., Mokni M., Hajjej Z., Dridi M., Yousfi M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 215	269
Analyse pharmaceutique des prescriptions : mise en place d'un programme de formation et d'évaluation des internes	
Laribe-Caget S., Fratta A., Federspiel F., Fernandez C., Debrix I., Hindlet P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 216	270
Conciliation médicamenteuse à l'initiation d'une chimiothérapie orale : bilan des interventions pharmaceutiques liées au risque d'interaction	
Degui E., Vinson C., Ricard M., Flanzly V., Pelagatti V., Canonge J., Puisset F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 217	271
Biosimilaire d'infliximab dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)	
Chollet F., Ayach L., Vigneron F., Gahbiche A., Rosant D., Roch-Torreilles I., Rambourg P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 218	272
Réorganisation des dotations de services dans le cadre d'un projet d'automatisation de la délivrance nominative des médicaments d'un groupement de coopération sanitaire	
Aussedat M., Clément F., Legall T., Armangué-Vigo AL., Sujol G., Bedjidian S., Baudry-Colomes S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 219	273
Implication pharmaceutique en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de l'Hépatite C	
Bonnin M., Dupire C., Xuereb F., Breilh D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 220	274
Indications hors référentiel des médicaments hors GHS en pédiatrie	
Chetouane K., Moreau C., Berthe-Aucejo A., Bourdon O.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 221	275
Mise en place et évaluation de la conciliation des traitements médicamenteux dans un service de médecine interne	
Bedoucha C., Mourad MC., Couturier S., Gayral M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 222	276
Sensibilité aux sulfites : distinguer allergie et intolérance pour optimiser les conduites à tenir	
Mortier CP., Farny M., Le Duff M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 223	277
Evaluation des pratiques professionnelles dans les processus de transport et de stockage des médicaments dans le centre de maternité et de néonatalogie	
Fehri T., Ouelhazi M., Khrouf Razgallah M., Bahri S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 224	278
Evaluation des prescriptions de carbapénèmes	
Abbassi H., Naija S., Kacem B., Hsairi A., Kallel M., Mokni M.	
PHARMACO-ÉCONOMIE ET PHARMACOÉPIDÉMIOLOGIE	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 225	279
Péremptions des formes orales sèches utilisées pour alimenter un automate de dispensation nominative : mise en place et évaluation de la pertinence d'une procédure dans le but de limiter le gaspillage	
Perrin C., Jean C., Brocque O., Chaudoreille M.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 226	280
Conséquences économiques des choix en matière d'anti-coagulants injectables en France	
Paubel P., Cousin M., Amar C., Gourmelen J., Detournay B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 227	281
Prémédication anesthésique en chirurgie : état des lieux et évolution	
Clementz A., Joste V., Sgarlato A., Fouquet C., Ginestet H., Almeras D., Aupee O.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 228	282
Bilan d'un an d'exploitation d'un automate de Préparation des Doses à Administrer : évaluation du temps Préparateur en Pharmacie Hospitalière nécessaire	
Andre T., Rey F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 229	283
Optimisation de l'administration des antibiotiques en HAD grâce à la pompe Sapphire	
Godard J., Mourre F., Estornel V., Zanini D., Gensollen S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 230	284
Prise en charge de l'hépatite C chronique : données de vraie vie dans un centre hospitalier général	
Le Mercier F., Marion AC., Tchamgoue S., Gayral M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 231	285
Efficacité du Concentré de Complexe Prothrombique (CCP) dans les hémorragies sous anticoagulants d'action directe (AOD) : retour d'expérience sur 2 ans	
Diallo A., Faye E., Kini-Matondo W., Cordonnier-Jourdin C., Astier A., Paul M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 232	286
Quand le principe de Pareto s'applique aux commandes de médicaments	
Piriou T., Antonot M., Souchon J., Partant C., Piriou G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 233	287
Détermination du coût de la réalisation des intradermoréactions (IDR) dans un service d'allergologie	
Barthel AP., Ménétré S., Weber M., Barbaud A., May I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 234	288
Evolution de la gestion d'approvisionnement des médicaments nominatifs et stupéfiants au sein d'une plateforme logistique hospitalière	
Ferrand A., Tourel J., Vitale G., Pecani D., Beaugrand N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 235	289
Prescriptions délivrées en rétrocession hospitalière : évaluation des non-conformités et sécurisation du remboursement	
Bertrand L., Jurado C., Vandewoestyne S., Watier M., Vancassel M., Delforge M., Bellon B., Eyvrard F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 236	290
Audit de pratiques en nutrition parentérale chez l'adulte	
Desdions A., Mérian-Brosse L., Dejonghe B., Fajardy A., Durand A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 237	291
Bénéfices clinique et médico-économique des interventions pharmaceutiques en centre hospitalier général : bilan d'un an d'exercice	
Leau G., Wieliczko-Duparc E., Visbecq JN., Gennaro-Laurens G., Montseny JJ., Devaud E., Chambraud E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 238	292
Retour d'expérience sur la gestion des anti-hémophiliques au niveau régional	
Oses S., Sorli S., Traore S., Pomies S., Cestac P., Ramjaun Z., Tourel J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 239	293
Nouvelles molécules antivirales d'action directe (NAAD) : rétrocession sous contrôle	
Akkari H., Remy AJ., Merlet S., Bouchkira H., Duplissy E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 240	294
Impact financier de l'optimisation d'un protocole de fibrinolyse post-Accident Vasculaire Cérébral (post-AVC)	
Laudet M., Demaziere A., Pelegrin S., Grémeau I., Huillier Y., Levet N., Ferrier A., Clavelou P., Sautou V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 241	295
Nivolumab versus Pembrolizumab en dermatologie : étude d'impact budgétaire	
Mercerolle M., de Chevigny A., Maucorps C., Chatron C., Chedru-Legros V., Breuil C.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 242	296
Pertinence de l'indication des médicaments hors GHS avec le dossier médical : audit dans un centre hospitalo-universitaire	
Ferrand A., Marchand M., Duplin EM., Cestac P., Massip P., Juillard-Condât B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 243	297
Nivolumab en 2015 : où en sommes-nous ?	
de Chevigny A., Mercerolle M., Chatron C., Maucorps C., Chedru-Legros V., Ollivier C., Breuil C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 244	298
Les matériovigilances sur la balance	
Veyrier M., Diop A., Gay JB., Le Grand J., Pons-Kerjean N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 245	299
Analyse médico-économique de sets de branchement sur chambre implantable dans un service de chimiothérapie ambulatoire	
Orsini C., Saucez Duquesne MO., Rémy E., Kalimoutou S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 246	300
Etude sur le bon usage et le coût des héparines par voie sous cutanée (héparine calcique versus enoxaparine et tinzaparine) dans les services de médecine et de chirurgie	
France M., Gantz D., Evrard J., Chen Monestier C., Lassiaz C., Mouneaux F., Diakhate C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 247	301
Audit sur les prescriptions de sortie hospitalière avec perfusion d'antibiotiques injectables à domicile	
Lazaro M., Monges P., Coutiere C., Delmas P., Martin N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 248	302
Faisabilité de l'anticipation des préparations de chimiothérapies anticancéreuses du weekend	
Ouggague K., Lhajoui S., Benabbes M., Meddah B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 249	303
Réévaluation de la prise en charge médicamenteuse des patients âgés en institution : quelles conséquences économiques pour l'établissement ?	
Rey A., Grenouilleau V., Faraggi L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 250	304
Mise en place de la production centralisée de collyres stériles par un préparatoire unique au sein d'un groupement hospitalier (Exemple du collyre renforcé de Gentamicine)	
Muziotti C., Ferrand E., Peyron F., Curti C., Bertault-Peres P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 251	305
Les solutés : commande via la prestation ou délivrance à partir du stock de la PUI (Pharmacie à Usage Intérieur) ?	
Rubira L., Mouls M., Barsagol T., Castanie I., Vitale G., Desplechain M., Beaugrand N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 252	306
Evaluation de l'impact économique d'un référencement en seringues pré-remplies pour les médicaments d'urgence utilisés au bloc opératoire	
Baccar L., Tessier S., Vernet N., Mondon P., Delbecque L., Bonnevey C., Riou V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 253	307
Etude coût-efficacité du pamoate d'olanzapine : analyse en miroir sur un an	
Potaufeu J., Langrée B., Drapier D., Marie N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 254	308
Étude médico économique des anti GP IIb/IIIa en cardiologie interventionnelle : abciximab ou tirofiban ?	
Illouz J., Renebon E., Cellier A., Ferrier AL., Bonnefous JL., Canu G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 255	309
Association trastusumab/lapatinib dans le cancer du sein métastatique, situation dans un établissement hospitalier spécialisé en oncologie	
Ait Yahia N., Mekbel S., Khebouze S., Mezaour Y., Smati D., Belkacemi R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 256	310
Evaluation des technologies de santé : Choix poste de Sécurité Cytotoxique (PSC) ou isolateur pour la préparation des anticancéreux	
Boufaied M., Khrouf Razgallah M., Soussi M., Henry B., Lazreg O., Akkeri M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 257	311
Le conditionnement unitaire pour les formes orales sèches : est-ce que ça vaut le coût ?	
Capin L., Videau M., Klai M., Leromain AS., Jarre C., Gadot A., Hellot-Guersing M., Derharoutunian C., Roubille R.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 258	312
Evaluation de la fiabilité des indications renseignées par les unités de soins au moment de la traçabilité d'administration des Médicaments Dérivés du Sang (MDS) facturés en sus de la T2A	
Dessane B., Megne Wabo M., Berroneau A., Bonnin M., Vallier E., Servant V., Djabarouti S., Xuereb F., Breilh D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 259	313
Remplacement de valve aortique associé ou non aux pontages artério-coronariens : étude économique par micro-costing au CHU	
Robineau C., Law-Ki C., Garnier N., Brenot R., Guignard MH., Guenfoudi MP., Fagnoni P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 260	314
Utilisation de dispositifs médicaux dans le renfort d'agrafage en prévention du risque de fistule dans la chirurgie bariatrique par gastrectomie (sleeve). Evaluation financière de la ceinture et des bretelles ?	
Gougeon M., Painbeni T., Breuille G., Guillaudin C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 261	315
Amoxicilline clavulanique et ceftriaxone : photographie un jour donné dans un centre hospitalier	
Marquer E., Hignard M., Rémy E., Favreau R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 262	316
Traitement antibiotique ambulatoire et mucoviscidose : analyse démographique de la population prise en charge	
Lefebvre M., Pages J., Nove-Josserand R., Carpentier I., Locher F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 263	317
Centralisation de la préparation de molécules onéreuses injectables non cytotoxiques : faisabilité et intérêts économiques	
Fuss D., Orsini C., Coquard A., Hervouet C., Dieu B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 264	318
Traitement de l'hépatite C : analyse de la conformité des prescriptions par rapport aux indications thérapeutiques remboursables (ITR) et aux recommandations de l'Association Française pour l'Etude du Foie (AFEF)	
Langlade C., Gosse-Boeuf N., Baudonnet MA., Loustaud-Ratti V., Courmede A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 265	319
Traitements médicamenteux apportés par les patients à l'hôpital : un gâchis acceptable ?	
Tanty A., Gachet A., Fargier E., Gros S., Cecon N., Thomas A., Beaudouin D., Rabatel G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 266	320
Profil d'exposition médicamenteuse d'une cohorte de 22 203 femmes enceintes en France entre 2011 et 2013	
Dubuisson M., Voute M., Authier N., Zenut M., Chenaf C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 267	321
Codage de la dénutrition : un enjeu médico-économique considérable	
Haverlan AS., Dardonville Q., Melin C., Buhaj V., Castaing JL.	
QUALITÉ, GESTION DES RISQUES, VIGILANCE - PRÉPARATION ET CONTRÔLES	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 268	322
Mesure de l'activité résiduelle après injection de nanocolloïdes d'albumine humaine technétisés pour la détection des ganglions sentinelles dans le cancer du sein et du mélanome	
Pailhas L., Balouzet C., Plé A., Nguyen H., Barré E., Faure P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 269	323
Le suivi pharmaceutique du bon usage des antibiotiques. Evaluation, limite et perspective au sein d'un établissement MCO de 300 lits	
Argouillon L., Hoffmann A., Riva-Cambrin H., Beaucourt E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 270	324
Crise Ebola : implication d'une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de référence habilité	
Cuquel AC., Le Garlentezec P., Borne-Pons M., Kramp F., Cauet A., Lamand V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 271	325
Evaluation par simulation du mode dégradé de production des chimiothérapies cytotoxiques en cas d'absence des outils informatiques	
Gabriel L., Canton E., Guarino V., Lauby V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 272	326
Evaluation du temps de mise à disposition des chimiothérapies	
Sansot C., Chaumard-Billotey N., Aitichou M., Favier B.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 273	327
Evaluation des Pratiques Professionnelles : état des lieux sur les bonnes pratiques de perfusion intraveineuse dans un centre hospitalier	
Mare L., Duguet N., Moalla M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 274	328
La chambre des erreurs : un outil ludique d'amélioration des pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins	
Alpy M., Mougin C., Hassan S., Peter V., Barnoux MC.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 275	329
Conservation des médicaments injectables après reconstitution et/ou dilution dans les services de soins – Amélioration des pratiques professionnelles	
Clauson H., Badrikian L., Fourgeaud S., Vasson M., Krawczyk P., Thesse C., Cosserant S., Sautou V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 276	330
Erreurs médicamenteuses aux étapes de préparation et administration des médicaments injectables associés aux dispositifs médicaux stériles : ateliers de formation et d'initiation aux étudiants de l'I.F.S.I	
Pointet C., Maes AC., Millot D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 277	331
Mise en place de la Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) du bevacizumab (BVZ) dans une pharmacie hospitalière : étude de faisabilité (Partie I)	
Passard S., Boisrame J., Diouf EH., Salmon D., Pirot F., Pivot C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 278	332
Mise en place d'un document institutionnel sur le bon usage des insulines	
Gallay L., Freville JC., Tiphine T., Poirier Y.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 279	333
La chambre des erreurs : un moyen ludique de promouvoir la sécurité des soins à l'hôpital	
Arnaud A., Mignonat P., Segonds M., Campaner M., Bobichon M., Pigué C., Derrieux C., Bonnet L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 280	334
Iatrogénie médicamenteuse et chute des patients âgés : analyse pharmaceutique lors d'un Comité de retour d'expérience (CREX)	
Farbos F., Carles C., Quintana C., Mechain P., Bonnet J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 281	335
Contrôle analytique d'une préparation innovante associant morphine, ropivacaïne et ziconotide pour analgésie intrathécale	
Robert J., Sorrieu J., Kieffer H., Beaussart H., Folliard C., Devys C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 282	336
Compatibilité des médicaments en Y de la nutrition parentérale	
Acramel A., Berrabah S., Lengline H., Lambe C., Talbotec C., Postaire M., Poisson C., Rocha A., Lecas J., Pigneur B., Goulet O.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 283	337
Stabilité à long terme de la dexaméthasone en association avec de l'alizapride ou de l'ondansétron dans une solution de chlorure de sodium 0,9 % conservée dans une poche de polyoléfine à 5 ± 3°C	
Hecq JD., Simar J., Godet M., Gillet P., Langhendries C., Bihin B., Jamart J., Galanti L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 284	338
Le bon usage des insulines en milieu hospitalier : état des lieux des pratiques	
Orloff M., Agullo M., Bouhriba M., Boronad C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 285	339
Mise en place d'une chambre des erreurs comme outil ludique de formation et de sensibilisation aux erreurs	
Boscher C., Meyer EP., Lobjois L., Joly D., Lacour C., Vangrevelinge S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 286	340
La chambre des erreurs : la sécurité des patients en jeu !	
Bellegarde J., Andanson-Macchi M., Girault A., Rimpici C., Munoz-Duran N., Pasquier S., Chausset R., Ducroz S., Gilbert J., Lesbre J., Debord S., Picarelli V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 287	341
Analyse de la consommation des antalgiques et mise en place d'un outil de calcul	
Cottalorda A., Leclerc J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 288	342
Document unique de sécurité en unité de pharmacotechnie	
Darricau B., Rossard C., Drapeau F., Hoarau L., Chan Ou Teung F., Rosbicki S.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 289	343
Bilan d'un an d'exploitation d'un automate de Préparation de Doses à Administrer : analyse des erreurs de production	
Andre T., Rey F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 290	344
Vers une amélioration de la qualité de la déclaration ascendante en matériovigilance	
Bancourt T., Codeville F., Vandycke D., Champion B., Odou P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 291	345
PEMETREXED : dose prescrite et dose exacte prélevée	
Levenbruck C., Badibouidi F., Verbrigghe C., Charvolain P., Pitre C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 292	346
Mise en place d'un échelon régional de matériovigilance : retour d'expérience après une année d'activité	
Bancourt T., Codeville F., Vandycke D., Champion B., Odou P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 293	347
"La Chambre des 7 erreurs" : une expérience coopérative déployée dans 35 établissements lors de la semaine de la sécurité des patients	
Monchablon C., Plé J., Le Bourhis-Zaimi M., Breteau A., Guet L., Forgue A., Massy N., Verland C., Doucet J., Monzat D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 294	348
Mise en place de la Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) du bevacizumab (BVZ) dans une pharmacie hospitalière : validation de l'essai de stérilité (Partie IV)	
Yailian AL., Boisrame J., Cassier P., Doucey P., de Bastiani C., Ducarre B., Lenfant M., Salmon D., Diouf EH., Roussel-Berlier L., Pirot F., Pivot C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 295	349
Revue des erreurs médicamenteuses associées à la prescription des anticoagulants	
Lançon S., Mutombo M., Devos C., Desaintfuscién E., Bonenfant C., Guenault N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 296	350
Intérêt d'une sous-traitance des préparations non stériles pour un centre hospitalier général ?	
Sémély D., Vallat J., Serée de Roch X., Ramjaun Z.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 297	351
Optimisation des chimiothérapies, application aux patients en hospitalisation de jour	
Gueneau P., Cransac A., Boulin M., Pernot C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 298	352
Analyse des risques a priori en unité de rétrocession : focus sur le processus de dispensation	
Darcissac C., Chappuy M., Iriaka B., Basset S., Moreno-Hidalgo A., Pivot C., Janoly-Dumenil A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 299	353
Elaboration de films au service de la santé : déployons l'analyse de scénario !	
Monzat D., Thillard EM., Monchablon C., Breteau A., Doucet J., Bougle C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 300	354
Mise en place d'une démarche de certification ISO 9001 à la pharmacie d'un centre hospitalier psychiatrique	
Chaupin A., Segonds M., Texier N., Derrieux C., Bonnet L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 301	355
Evaluer la compréhension et les attentes du corps infirmier (IDE) après la mise en place d'un référentiel sur les modalités d'administration des protocoles de chimiothérapie	
Lefebvre M., Meunier - Danel V., Dermigny V., Zorn V., Zimmer C., Untereiner C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 302	356
La formation permet-elle de sécuriser l'administration des médicaments au pousse-seringue électrique ?	
Moch C., Teissonniere M., Marcotte G., Floccard B., Pereira S., Pivot C., Paillet C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 303	357
Le jeu des 16 erreurs : plus de 180 professionnels en action !	
Tirvert Gouju S., Bretot G., Favreau R., Feuillet S., Rémy E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 304	358
Etude de la stabilité d'un biosimilaire de l'Infliximab dilué dans du NaCl 0.9 % en poche de polyoléfine et conservé à 4°C et 25°C	
Vieillard V., Sauzay C., Astier A., Paul M.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 305	359
Mise en place d'un outil ludique d'apprentissage des protocoles de chimiothérapie destinés aux préparateurs en pharmacie hospitalière	
Antonot M., Cassou N., Le Rol A., Partant C., Piriou G.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 306	360
La chambre des erreurs : une évaluation des connaissances des soignants ?	
Girard M., Lenain A., Clavel S., Le Gall MJ.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 307	361
Mesurer la performance du management d'une équipe pharmaceutique : pertinence de la création d'un score à partir d'une enquête de satisfaction interne	
Mottier ML., Sadeghipour F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 308	362
Préparation et essais cliniques : élaboration d'un outil d'analyse de la faisabilité	
Augagneur M., Bernard L., Chennell P., Occhipinti S., Jouannet M., Sautou V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 309	363
Création d'un livret d'information sur les préparations pharmaceutiques destiné aux unités de soins	
Biard A., Gaimard S., Chennell P., Jouannet M., Sautou V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 310	364
Robotisation et scanning de la distribution globale des médicaments : impact sur le taux d'erreur et l'efficience	
François O., Aussedat M., Carrez L., Gschwind L., Bonnabry P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 311	365
Étude préliminaire de la stabilité des solutions diluées de Raltitrexed	
Beaufils A., Sadou Yaye H., Babiard M., Aouati H., Tilleul P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 312	366
Evolution des retraits de lots de médicaments de 2008 à 2015 au sein d'un centre hospitalier universitaire	
Traore S., Oses S., Sorli S., Cubilie A., Davasse M., Tourel J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 313	367
Analyse des incidents de matériovigilance incriminant des manches de laryngoscope et sécurisation de leur utilisation	
Burguiere M., Ribas C., Quievy-Macchioni A., Bertrand-Barat J., D'Houdain N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 314	368
Quand paronyme et erreur médicamenteuse (EM) s'invitent au Comité de Retour d'Expérience (CREX)	
Bosc L., Penet E., Tredez S., Cербelaud N., Famin M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 315	369
Évaluation de l'impact économique de la matériovigilance pour un établissement de santé	
D'Houdain N., Ribas C., Burguiere M., Quievy-Macchioni A., Bertrand-Barat J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 316	370
Préparation, contrôle et usage d'une solution phénolique pour application dermatologique	
Vadino M., Frugier G., Villani A., Michel A., Adam V., Salmon D., Pivot C., Pirot F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 317	371
Bilan des incidents concernant les cathéters d'électrophysiologie et mise en place d'un formulaire de signalement spécifique	
Ribas C., D'Houdain N., Burguiere M., Quievy-Macchioni A., Bertrand-Barat J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 318	372
Étude de stabilité physico-chimique d'un collyre fortifié d'amikacine 25 mg/mL conditionné dans un flacon en polyéthylène basse densité (PEBD) dans deux conditions de conservation	
Boisrame J., Passard S., Tall L., Salmon D., Diouf EH., Pirot F., Pivot C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 319	373
Préparation des doses à administrer (PDA) : évaluation du risque d'inhalation de poussières médicamenteuses par les manipulateurs	
Pelletier JC., Mathiot I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 320	374
Gestion des traitements personnels des patients : Amélioration des Pratiques Professionnelles (APP)	
Pelegriin S., Laudet M., Grémeau I., Auclair C., Belgacem B., Gerbaud L., Sautou V.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 321	375
Audit des connaissances infirmières sur le circuit des chimiothérapies	
Boutet M., de Boisgrollier de Ruolz AC., Princet I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 322	376
A la traque des failles de notre assurance qualité dans le contrôle des préparations d'anticancéreux	
Prevot M., Ameye T., Martin H., Moinard V., Gressier J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 323	377
Bon usage des insulines : quand les préparateurs sensibilisent les soignants...	
Schiettecatte S., Dambrine M., Beausir A., Olivier D., Wynen A., Frimat B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 324	378
Mise en place d'une chambre des erreurs dans un centre hospitalo-universitaire (CHU) : satisfaction des professionnels de santé	
Duplin EM., Ferrand A., Marchand M., Lefèvre S., Irazusta O., Massip P., Cestac P., Juillard-Condât B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 325	379
Application de la méthode AMDEC au circuit des chimiothérapies : sécurisation de l'étiquetage des préparations des chimiothérapies	
Bourhaleb B., Rahhali R., Tournamillr J., Boukhatem N., Ouasrhir A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 326	380
Préparation et contrôles d'un verrou curatif de gentamicine sulfate/EDTA disodique (GS/EDTA Na) pour dispositif veineux implantable (DVI)	
Fiolet AS., Doucey P., Yaïlian AL., de Bastiani C., Maurel L., Lenfant M., Pivot C., Lebeaux D., Ghigo JM., Beloin C., Pirot F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 327	381
Cinq ans de standardisation des doses d'anti-cancéreux	
Jonchere G., Chastang FA., Hurgon A., Escalup L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 328	382
Les personnels soignants connaissent-ils les documents élaborés par la pharmacie ?	
Yilmaz S., Monribot A., Cherrier P., Stoll E., Villeneuve V., Camus-Piszcz M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 329	383
Étude préliminaire pour la mise en place de doses standards d'anticancéreux injectables	
Zecchini C., Lourman P., Berlioz J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 330	384
Audit de validation de l'administration des médicaments : un enjeu dans la traçabilité de la prise en charge médicamenteuse	
Breton J., Morcant L., Llopis B., Compagnon M., Pons D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 331	385
Mise en place des prescriptions anticipées de chimiothérapies à l'hôpital de jour (HDJ) d'oncologie : quel est le réel impact sur les délais d'attente des patients ?	
Julians G., Hospice F., Leroy S., Blaignan F., Jacquens Y.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 332	386
Imprégnation de la culture du risque (ICR) au sein d'une Pharmacie à usage intérieur (PUI) à l'aide de l'outil CLARTE®	
Sanchez M., Morel-Golé C., Guellec C., Benaïssa-Djellouli M.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 333	387
Amélioration du contrôle entre actes codés et dispositifs médicaux implantés en cardiologie	
Thomas J., Pouyaban C., Mercier G., Dutot C., Morell M., Aubas P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 334	388
Bon usage des anticancéreux : comment améliorer les pratiques suite à l'audit de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ?	
Leylavergne S., Boukap Temi S., Foliot P., Sabbagh N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 335	389
Matières premières dangereuses : gestion du risque dans une unité de pharmacotechnie	
Augagneur M., Chennell P., Choucat E., Wasiak M., Chevassus A., Jouannet M., Sautou V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 336	390
Intérêt du suivi du bon usage de l'hydrate de chloral en sédation pour réalisation d'actes médicaux	
Barthel C., Benoit P.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 337	391
Contrôle pharmaceutique des préparations hospitalières d'anticorps monoclonaux par immunoanalyse automatisée : validation, intérêts et limites	
Levivien C., Chevrier M., Maulois A., Jourdan N., Faure P., Sauvageon H., Madelaine-Chambrin I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 338	392
Gardes pharmaceutiques au sein d'un centre hospitalier universitaire : coordination, formations et communication	
Laluque B., Chennell P., Renaud B., Sautou V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 339	393
Prothèse totale de hanche à couple de frottement Métal-Métal : cas patient d'une métallose cutanée	
Monnier J., Chaspoul F., Correard F., Honore S., Bertault-Peres P., Monestier S., Grob JJ., Tabele C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 340	394
Prise en charge antibiotique et antifongique des bactériémies, des candidémies et des infections liées aux cathéters en réanimation médicale du CHU	
Ferreira-Gomes D., Law-Ki C., Guignard MH., Charles PE.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 341	395
La neuropathie périphérique associée aux sels de platine et à la Capécitabine chez des patients atteints du cancer	
Bennis S., Alami Chentoufi M., Meddah B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 342	396
Évaluation des pratiques des préparateurs en pharmacie hospitalière lors de la reconstitution des chimiothérapies : comparatif entre 2013 et 2016	
Goulas C., Heran I., Wawrzyniak M., Duplissy E.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 343	397
Optimisation du procédé de fabrication de préparations hospitalière de ganciclovir basée sur la méthode AMDEC	
Salmon D., Novais T., Gervais F., Roussel-Berlier L., Diouf EH., Pirot F., Pivot C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 344	398
Mise en place de la préparation du trioxyde d'arsenic au sein d'une Unité de Reconstitution Centralisée des Cytotoxiques	
Rannou M., Dufrene I., Anglaret B., Hida H.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 345	399
La dispensation journalière individuelle nominative (DJIN) est-elle une garantie pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse ?	
Diallo A., Mazel C., Traoré K., Slama L., Debrix I., Guessant S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 346	400
Comité de retour d'expérience relatif à la prise en charge médicamenteuse dans un établissement de santé mentale : focus sur les erreurs de patient	
Heloury J., Arnaud L., Malard Gasnier N., Laplagne Roux A., Rougeot J., Carpenet Guery H., Schadler L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 347	401
Semaine de la sécurité des patients : miser sur une communication moderne et ludique pour une meilleure mobilisation, pari gagnant !	
Neyrat L., Lacaud F., Vincent C., Vidal F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 348	402
Risque de confusion entre les noms des médicaments comportant plusieurs principes actifs : à propos de plusieurs cas d'erreurs médicamenteuses déclarés dans un hôpital pédiatrique	
Promis AS., Palosse L., Lefèvre S., Bornes E., Pellegrino F., Fratard C., Pomies S., Cestac P., Viard C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 349	403
Bon usage des solutions buvables à l'hôpital, évaluation des pratiques	
Chatelet JN., Landouzy M., Devos C., Mutombo M., Bonenfant C., Guenault N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 350	404
Filtres pour l'administration des chimiothérapies : est-ce bien nécessaire ?	
Pillier-Louis A., Lebreton A., Le Quay L., Clerc MA.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 351	405
Analyse des non-conformités 1 an après l'automatisation de la dispensation : faisons le point !	
Boyaux B., Le Mercier F., Prive M., Queuille E., Debruyne AL., Potaufeu J.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 352	406
Reconditionnement et surétiquetage manuel pour réalisation de doses unitaires identifiables : bilan de 30 mois de suivi	
Ballandras C., Robin M., Buisson T., Billion-Rey F.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 353	407
Formation d'un Préparateur en Pharmacie Hospitalière (PPH) au sein d'une Unité Centralisée de Reconstitution des Chimiothérapies (UCRC) : retour d'expérience de la part des PPH	
Harang C., Mourad MC., Burde F., Hettler D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 354	408
Gravimétrie : à quelle étape peser pour un contrôle libérateur sécurisé en unité de production d'anticancéreux ?	
Chastang FA., Fouque J., Hurgon A., Escalup L.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 355	409
Évolution de l'outil de cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse : ARCHIMED V3	
Menard C., Borel C., Moutel E., Garnier A., Ait Aissa T., Le Jouan M., Le Gonidec P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 356	410
Intérêt et faisabilité de la surveillance de la fonction hépatique par le pharmacien lors de la prescription d'anticancéreux : exemple du bortézomib dans un hôpital de jour d'onco-hématologie	
Kuhn A., Jégu F., Belahreche R., Kaatz O., Ancel M., Limacher JM., Roncalez D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 357	411
De la matériovigilance à l'amélioration du bon usage des dispositifs médicaux	
Behr A., Duplin EM., Thiveaud D.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 358	412
Identification des doses unitaires des médicaments jusqu'au lit du patient : intérêt du surétiquetage des spécialités présentées en plaquettes	
Ratsimbazafy C., Pappada JM., Raignoux C., Aldeguer A., Laribe-Caget S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 359	413
Irinotécane : quand des préparations sont tout sauf... Limpides !	
Moine M., Sigward E., Sankhare D., Faure P., Madelaine I., Vigneron J., Jourdan N.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 360	414
Gestion des risques liés à la mise en place d'un automate de Préparation des Doses à Administrer	
Vernier M., Rousset B., Armand-Branger S.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 361	415
Sécurisation de l'utilisation de l'oxygène mural : analyse de la situation et actions correctives	
Dujardin A., Barnoud D., Fummi C., Ey C., Omnes C., Akehossi A., Schmit B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 362	416
Démarche de sécurisation des médicaments injectables : de la prescription à l'administration	
Binson G., Danguy Des Déserts L., Nowak C., Baudin I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 363	417
Validation du processus de sur-conditionnement des doses unitaires via la Calypso OS (SINTECO)	
Pont E., Lanard S., Essner-Dagnelies MS.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 364	418
Que sont devenues vos déclarations ? Retour EXpérience en matériovigilance	
Bodin A., Collet M., Urban M., Vaillant C., Frouin M., Clerc MA.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 365	419
Comparaison de l'efficacité de deux méthodes de contrôle des préparations de chimiothérapies anticancéreuses : le double contrôle visuel vs « Drugcam® »	
Teixeira A., Breton M., Dalifard B., Cadeac MA., Le Franc B., Cante JP.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 366	420
Utilisation des stylos à insuline dans les unités de soins : résultats d'un audit des pratiques	
Ruiz F., Hassani Y., Vogler C., Verna A., Tandonnet P., Sebert C., Jacolot A., Rathouin V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 367	421
Enquête sur l'habilitation des préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) au sein des unités de production de médicaments stériles (UPMS)	
Colombe A., Raspaud B., Jourand A., Breilh D., Crauste-Manciet S.	

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 368	422
Place du pharmacien dans l'amélioration des pratiques professionnelles en nutrition entérale	
Alexandrak P., Lancel M., Descamps A., Avez N., Demarest J., Dos Santos T., Luysaert B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 369	423
Mise en place en urgence d'un collyre d'imipénème/cilastatine (IMP) et optimisation de l'organisation de la fabrication au sein d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) : case report	
Doucey P., Passard S., Yailian AL., Debastiani C., Salmon D., Pirot F., Pivot C.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 370	424
Insuffisance rénale aigüe (IRA) et crise de goutte survenues au cours d'un traitement par l'association valsartan/sacubitril	
Langlade C., Gosse-Boeuf N., Baudonnet MA., Bonnaud P., Courne de A.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 371	425
Stabilité de la noradrénaline conditionnée en poche et en seringue aux concentrations thérapeutiques usuelles	
Velghe C., Genay S., Feutry F., Barthélémy C., Décaudin B., Odou P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 372	426
Pose d'aiguille de Huber : dérive des pratiques et mesures correctives	
Charra F., Sainfort A., Barbato C., Mottet B., Vernardet S., Lefort I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 373	427
Evaluation du risque lié à la préparation des formes sèches dans le cadre de la dispensation journalière individuelle nominative	
Musa R., Charlot H., Peraudeau M., Sagnier MC., Brunie V.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 374	428
Identification des risques a priori sur le circuit du médicament : détection d'une pratique non sécurisée	
Renaud Q., Martin N., Vanbruwaene E., Julienne MA., Benkharraz S., Dine T.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 375	429
Capsaïcine patch : pour pimenter la stratégie contre les douleurs neuropathiques	
Mondoloni P., Picard A., Leroy B., Renzullo C., Sidikou O., Penaud JF., Coutet J.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 376	430
Trastuzumab sous-cutané : retour d'expérience après un an d'utilisation	
Thivilliers A., Gerard C., Vasram A., Giard C., Lafay-Bourquin M., Ferry I.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 377	431
Recommandations ANSM vis-à-vis de l'hydroxyzine : quels suivi et application dans un CHU ?	
Maurel C., Imperaire Boronad L., Dantin T., Lucas Daver S., Lieutier F., Retur N., de Lemps R., Collomp R.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 378	432
Evaluation des pratiques professionnelles en secteur de MCO : audit sur la gestion et le contenu du chariot d'urgence adulte	
Henry CH., Losser A., Niederhoffer C., Mayer P.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 379	433
Bilan d'activité d'une cellule de pharmacovigilance dans un établissement hospitalier	
Alami Chentoufi M., Benabbes M., Errihanni H., Soulaymani R., Meddah B.	
COMMUNICATION AFFICHÉE N° 380	434
La gestion pharmaceutique : quelle satisfaction pour les services hospitaliers ? Résultats d'une enquête menée à l'Institut National d'Oncologie	
Alami Chentoufi M., Mojemmi B., Bennis S., Meddah B.	
INDEX DES NOMS DES AUTEURS	435
INDEX DES ETABLISSEMENTS	450
INDEX DES MOTS-CLES	453

COMMUNICATIONS ORALES
HOIPHARM CLERMONT-FERRAND 2016

Circuit du médicament

COMMUNICATION ORALE N° 1

Titre :

Comment améliorer la sécurité du circuit du médicament en hospitalisation à domicile de l'admission du patient, à la prescription médicale et l'analyse pharmaceutique ?

Auteurs :

Magnier M., Trainaud A., Collin MP., Le Guevello P.

CH Pierre Le Damany, Lannion

Résumé :

Contexte

L'Hospitalisation A Domicile (HAD) peut accueillir jusqu'à 25 patients. Elle fonctionne avec un double circuit ville-hôpital : le médecin de ville prescrit les médicaments (medts), la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) dispense les mdts, les aides soignantes (AS) de l'HAD les amènent au domicile des patients.

Objectifs

La sécurisation du circuit du medt de l'HAD est complexe, c'est pourquoi nous avons souhaité faire un bilan sur les risques (R) rencontrés sur 3 étapes du circuit : de l'admission des patients en HAD, à la prescription médicale et l'analyse pharmaceutique. L'objectif final est de définir des plans d'actions afin de minimiser les R les plus critiques.

Matériel et méthodes

Constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire (PUI et HAD). Définition du périmètre de l'étude, état des lieux du circuit du medt sur les 3 étapes étudiées, description du processus. Nous avons identifié les R a priori avec la méthode d'Analyse Préliminaire des Risques (APR), et déterminé les criticités initiales et résiduelles. Pour finir, un plan de maîtrise des R a été établi.

Résultats

Au total, 44 scénarios présentant des dangers importants ont été cotés : 17 R de criticité inacceptables, 22 R de criticité tolérables sous contrôle, 5 de criticité acceptables. Les principaux R : absence de prescription informatisée au domicile du patient, retranscription des prescriptions du médecin traitant sur le logiciel Pharma®, multiplicité des supports de prescription, propositions d'équivalences non spécifiés à l'IDE de ville, modes de communication défaillants entre l'HAD et la PUI (pour informer des entrées en HAD et la transmission des nouvelles prescriptions), multiplicité des intervenants (prescripteurs de l'hôpital, de ville, équipe PUI, équipe HAD, cabinet infirmier de ville). Les plans d'actions ont été mis en place : désignation d'1 pharmacien et d'1 préparateur référent HAD, rédaction de procédures, suivi des non conformités, mails systématiques lors des entrées des patients en HAD, transmission des nouvelles prescriptions à la PUI par les AS via des iPhone®, double contrôle par le pharmacien après la retranscription des prescriptions sur Pharma® par le médecin coordonnateur, équivalences pharmaceutiques décrites.

Conclusion

Ces plans d'actions ont permis d'éliminer les R avec des criticités inacceptables, de diminuer R tolérables. L'équipe pluridisciplinaire a décidé d'appliquer la méthode APR aux étapes de la préparation des traitements, du transport et de l'administration.

Mots-clés :

Sécurisation, Médicament, HAD

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION ORALE N° 2

Titre :

Analyse de la traçabilité informatique des administrations médicamenteuses

Auteurs :

Rocle P., Nasone J., Bord B., Heran I., Duplissy E.

CH Perpignan

Résumé :

Contexte

Au centre hospitalier, l'administration est une des étapes clés du circuit du médicament. Elle fait l'objet d'une traçabilité informatique sur le Dossier de Soins Infirmiers (DSI).

Objectifs

La mise en place de l'informatisation au sein de l'établissement nous a conduits à évaluer la qualité de cette traçabilité, partie intégrante de l'optimisation de la prise en charge des patients.

Matériel et méthodes

Une étude rétrospective a permis d'analyser de façon exhaustive, (toutes formes pharmaceutiques confondues), la traçabilité informatique de l'ensemble des administrations médicamenteuses effectuées pendant la semaine du 06 au 12 avril 2015 dans 3 services : chirurgie orthopédique, néphrologie et médecine interne. Pour l'ensemble des lignes de prescription, chaque administration a été analysée une à une. Les données recueillies ont été triées selon une grille de 8 items (3 de conformité et 5 de non conformité) permettant d'évaluer leur pertinence. L'ensemble de ces items ont été analysés selon les horaires d'administration, la voie d'administration et les unités de soins.

Résultats

Tous services confondus, un total de 4 257 lignes d'administration a été recueilli. Les résultats ont permis d'une part de mettre en évidence une différence significative de traçabilité selon les horaires d'administration : 90.7 % de traçabilité conforme sur les horaires de jour contre 68.3 % sur les horaires de nuit. La voie d'administration est également à l'origine de différence significative de traçabilité : 89.0 % de conformité d'administration pour les formes orales contre 69.3 % pour les formes inhalées. Toutes lignes confondues, il n'existe pas de différence significative de traçabilité entre les 3 unités de soins. Enfin, parmi les 5 items de non conformité, l'absence de traçabilité représente près de 72 % des non conformités suivi par 20 % de "non administration" non justifiée.

Conclusion

Ces résultats ont permis de mettre en évidence une hétérogénéité des pratiques jour/nuit et de constater une nette irrégularité des traçabilités en fonction des voies d'administration. Des rappels seront menés auprès du personnel infirmier afin de souligner l'importance de la traçabilité informatique des administrations médicamenteuses. L'analyse des items de non conformité sera un axe majeur d'amélioration de la formation des équipes infirmières au bon usage du logiciel de prescription. Cette étude s'inscrit à la fois dans une démarche de sécurisation du circuit du médicament et une optimisation de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Mots-clés :

Administration, Suivi, Service clinique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION ORALE N° 3

Titre :

Sécurisation du circuit du médicament : la poussée d'ArchiMed

Auteurs :

Gervaise C., Martin J., Le Corvaisier C., Leromain AS., Gadot A., Jarre C., Derharoutunian C., Hellot-Guersing M., Roubille R.
CH Vienne

Résumé :

Contexte

Pour répondre au cadre imposé par l'arrêté du 6 avril 2011, une auto-évaluation des risques à priori liés au circuit du médicament (CDM) a été réalisée dans notre Centre Hospitalier (CH) en 2012 avec l'outil ArchiMed. Ce travail a permis d'établir une cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse du patient (PCMP), et de dégager des axes prioritaires d'amélioration.

Objectifs

Notre objectif était d'évaluer l'impact des actions correctives instaurées après l'audit de 2012 sur la minimisation des risques, aux étapes de prescription et de dispensation des médicaments, et de mettre en évidence de nouveaux axes d'amélioration.

Matériel et méthodes

Nous avons procédé à un deuxième audit, selon les mêmes modalités qu'en 2012, dans les 21 unités de soins (US) de médecine, chirurgie, d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, de soins de suite et de psychiatrie. Un groupe de travail multidisciplinaire (médecin, infirmier, pharmacien et préparateur en pharmacie) a été désigné pour chaque US pour répondre au questionnaire de 166 items d'ArchiMed. Les cartographies des risques obtenues pour chaque US ont été compilées pour obtenir celle du CDM en globalité sur le CH. Cette cartographie a été comparée à celle de 2012.

Résultats

Pour la prescription, le déploiement de l'informatisation à l'ensemble de l'hôpital a permis d'augmenter le taux de prescriptions conformes aux bonnes pratiques et de réduire la retranscription des ordonnances, diminuant le risque de 33 % à 27 %.

A l'étape de validation pharmaceutique des prescriptions, l'analyse ciblée des ordonnances et l'émission d'avis pharmaceutiques accessibles aux prescripteurs a permis de réduire le risque de 78 % à 54 %.

Pour la délivrance des médicaments, l'instauration d'un rythme de réapprovisionnement adapté aux modifications de traitement et le contrôle hebdomadaire des stocks de médicaments dans les services a diminué le risque de 57 % à 36 %. Les actions d'amélioration à développer sont la rédaction de protocoles standardisés intégrés à la prescription informatisée, la désignation de pharmaciens référents pour les unités de soins proposant des bilans d'interventions pharmaceutiques, ainsi que le double-contrôle par les préparateurs et les infirmiers des médicaments livrés.

Conclusion

L'implication de l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins a permis une diminution du risque lié au CDM. Les nouveaux axes d'amélioration mis en évidence s'inscriront dans un nouveau plan d'action, afin de poursuivre la démarche d'amélioration de la PCMP.

Mots-clés :

Gestion des risques, Evaluation des risques en santé, Prise en charge du patient

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Contrôle pharmaceutique des médicaments à risque lors de la dispensation individuelle nominative en gériatrie

Auteurs :

Bravo P., Lehrer J., Phan Thi T., Chevalier D., Bezie Y.

GH Paris Saint-Joseph, Paris

Résumé :

Contexte

Les erreurs de préparation des doses à administrer (PDA) sont une cause importante d'iatrogénie médicamenteuse. En l'absence de robotisation, la centralisation de la PDA par du personnel dédié sécurise le processus. Cependant le contrôle effectif des piluliers est chronophage. Plusieurs approches ont été développées (contrôle aléatoire, exhaustif voire absence de contrôle) [1], sans qu'aucune ne soit satisfaisante. Nous avons développé une approche originale ciblée sur la sécurisation des prescriptions contenant des médicaments à risque (MAR).

Objectifs

Identifier, décrire et analyser la fréquence des erreurs de PDA dans le cadre d'une dispensation individuelle nominative (DIN) manuelle, ciblant cette analyse sur les seuls MAR.

Matériel et méthodes

L'étude a porté sur 34 lits de SSR gériatrique en DIN bi-hebdomadaire. La liste des MAR est celle validée par notre CoMédIMS (médicaments à marge thérapeutique étroite, à risque de confusion, à risque d'erreur de voie d'administration). Le contrôle de la PDA est réalisé par l'interne en pharmacie après analyse pharmaceutique niveau 2 sur le logiciel DxCare®. Sont évalués le temps passé au contrôle, le nombre et la typologie des erreurs de PDA portant sur les seuls MAR.

Résultats

L'étude a duré 7 semaines. Sur 417 prescriptions, 403 contenaient au moins un MAR (96,6 %). Sur 10 lignes de traitement par prescription en moyenne, 4 contiennent un MAR (40 %). Sur 2 188 piluliers préparés, 1 810 piluliers ont été contrôlés (83 %). On relève 45 erreurs sur des MAR (2,5 %) : 19 médicaments manquants (42,2 %), 6 sous-dosages (13,3 %), 4 médicaments en excès (8,9 %), 7 surdosages (15,6 %), 8 erreurs dans l'horaire de prise (17,8 %) et 1 remplacement de médicament par un autre (2,2 %). Le temps moyen consacré au contrôle est de 40 ± 10 min par jour contre 48 ± 10 min estimées par jour pour un contrôle exhaustif. Cibler la préparation des seuls MAR semble essentiel pour éviter toute erreur médicamenteuse potentiellement grave. Le gain temps de ce ciblage n'est pas significatif par rapport au contrôle exhaustif. Cependant il diminue la charge de travail de 17 %, permettant une vigilance accrue et une meilleure sensibilisation pour le contrôleur.

Conclusion

Cette méthode s'inscrit dans la politique de sensibilisation à l'erreur médicamenteuse. Nos perspectives à court terme sont la mise en place de CREX pour sensibiliser les équipes et limiter la récurrence de l'erreur, couplée à des indicateurs de suivi pour en mesurer l'impact. Le développement d'une robotisation centralisée est en cours de réflexion.

Mots-clés :

Liste de médicaments potentiellement inappropriés, Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments, Sécurisation du circuit du médicament

Références

[1] Comment optimiser le contrôle pharmaceutique de la dispensation nominative hebdomadaire en gériatrie ? L. Bourguignon et al. Pharm Hosp, 42, (169) : 69-74 (2007)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION ORALE N° 5

Titre :

Interruption de tâches lors de la préparation des médicaments : le gilet jaune est-il une solution de sécurisation dans notre établissement hospitalier ?

Auteurs :

de Chevigny A., Chatron C., Lanièce A., Schiedts D., Patron M., Lecardonnel A., Bannie F.

CH Public du Cotentin, Cherbourg

Résumé :

Contexte

Dans le cadre de la cartographie des risques du Circuit du Médicament et suite à la réalisation d'une étude sur les modalités de préparation des médicaments, l'interruption de tâches est apparue comme un facteur de risque important au sein de notre établissement.

Objectifs

Afin de réduire ce risque et de sécuriser les préparations, le groupe de travail a testé la mise en place d'un gilet jaune spécifique pour les IDE.

Matériel et méthodes

Il a été choisi des services de soins où les interruptions de tâches ont conduit à des CREX. Un gilet jaune portant la mention « Ne pas déranger, Merci » a été testé pendant deux mois dans ces services. Il signale la réalisation par un IDE d'une tâche nécessitant de la concentration. La pharmacie a sensibilisé les équipes sur son intérêt et une affiche a été réalisée en interne pour informer les patients et leur entourage. Un questionnaire d'évaluation a été distribué aux IDE à l'issue de cette phase test.

Résultats

Trois services de Médecine et trois de SSR ont été choisis. Sur 38 IDE, 12 ont porté le gilet jaune (31,6 %) : 3 systématiquement, 7 quand ils en ressentent le besoin et 2 quand ils y pensent. Le port le plus fréquent se retrouve : lors de la préparation des PCA/PSE de stupéfiants (58,3 %), des autres injectables (58,3 %), lors de calculs de dose des injectables (50 %) et des stupéfiants spécifiquement (50 %). Les IDE ont peu adhéré au projet dans l'ensemble mais 32,1 % ont malgré tout trouvé l'expérience positive. Un tiers a le sentiment d'être moins dérangé.

Discussion

La non adhésion des IDE s'explique par la présence de postes de soins adaptés dans certains services, rendant inutile à leurs yeux le gilet, et par le sentiment qu'il est incompatible avec leur mission de soignant. Certains ont ressenti un effet paradoxal, le gilet attirant le regard. L'équipe soignante a cependant pris conscience de l'importance de respecter la concentration du personnel qui réalise une tâche à risque. Le projet a été validé par la DSSI : le gilet sera déployé après présentation en CME dans d'autres services, tout en renforçant l'information des soignants. Les services seront ciblés selon l'ergonomie de leur poste de soin et les préparations nécessitant le port du gilet listées. Lors de la Semaine de la Sécurité des Patients, l'explication de la démarche avec l'intérêt du gilet jaune a rencontré l'adhésion de tous les usagers. Ce projet est inscrit dans notre PAQSS : Programme d'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins.

Mots-clés :

Préparations pharmaceutiques, Personnel infirmier hospitalier, Gestion continue qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION ORALE N° 6

Titre :

Audit de connaissance auprès du personnel infirmier : nutrition artificielle et sondes naso-gastriques

Auteurs :

Gantz D., Ragazzon C., Claud B., Pinède K.

CH Emile Roux, Le-Puy-en-Velay

Résumé :

Contexte

La nutrition artificielle (NA), regroupe la nutrition entérale (NE) et parentérale (NP). Elle consiste à apporter au patient les nutriments nécessaires afin de prévenir et lutter contre la dénutrition, cause importante de morbi-mortalité. Le recours à la NA est fréquent, surtout par la NP.

Objectifs

Evaluer les connaissances du personnel infirmier (IDE), les informer des recommandations actuelles, et valoriser la NE aux yeux du personnel soignant.

Matériel et méthodes

Questionnaire anonyme à réponses fermées sur des connaissances :

- Médicales : définition de la NA, indications et complications de la NE et NP
- Pratiques : étapes de pose, protocoles de rinçage/désobstruction de la sonde nasogastrique (SNG)
- Pharmaceutiques : bonnes pratiques d'administration lors d'une NE Nous intervenons dans les services afin d'expliquer le but de notre audit. Une fois le questionnaire complété (5 à 10 minutes) nous transmettons les réponses, sous formes écrites, avec un temps d'échange.

L'interprétation des résultats se fait par pôles (médecine, chirurgie, gériatrie), par services et par questions.

Résultats

59 questionnaires : résultats homogènes par pôle ; moyennes supérieures pour 3 services (ORL, Endocrinologie et Pneumologie). Ceci peut s'expliquer par une utilisation plus fréquente de la NA et une forte implication des médecins dans la formation de leur personnel. Les réponses ayant posées problèmes concernent :

- L'utilisation de la NP : dans 42 % des cas, les IDE supposent que la NP peut être utilisée en 1^{ère} intention malgré que le tube digestif soit fonctionnel.
- Les effets bénéfiques de la NE : dans plus de 50 % des cas l'efficacité nutritionnelle de la NE n'est pas considérée comme supérieure ou égale à la NP.
- La pose de la SNG à jeun et le contrôle radiologique ne sont pas toujours effectués.
- Le non-respect des bonnes pratiques lors de l'administration de médicaments pendant la NE : administration d'un/plusieurs médicaments en même temps que la NE, écrasement des formes solides sans tenir compte de la galénique, rinçage non-systématique.

Conclusion

La NP est souvent vue comme une technique plus « simple, pratique » que la NE, de plus l'administration de médicaments lors de la NE pose problème. Des actions ont été mises en place pour y remédier : formation des IDE pour la pose de la SNG et les informations données au patient ; mise à jour du livret thérapeutique (précision si l'administration par SNG est possible ou non) ; création d'un poste de référent en nutrition dans les services.

Mots-clés :

Nutrition entérale, Nutrition parentérale, Audit des soins infirmiers

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION ORALE N° 7

Titre :

Modèle d'organisation et de sécurisation des circuits d'approvisionnement en produits de santé pharmaceutiques d'un réseau de Médecins Correspondants de SAMU

Auteurs :

Chevallier Brilloit C.¹, Hida H.⁶, Bard E.³, Ferro M.⁴, Rat E.⁵, Cottarel-Schussler M.², Audema B.², Debaty G.¹, Danel V.¹, Foroni L.¹

¹ CHU Grenoble

² Association Médecins de Montagne Rhône-Alpes

³ CH Belley

⁴ CH Bourg-Saint-Maurice

⁵ CH Saint-Jean-de-Maurienne

⁶ CH Valence

Résumé :

Contexte

En région montagneuse, le temps d'arrivée d'un véhicule du SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation) sur un lieu d'intervention peut dépasser 30 minutes. Pour réduire ce délai, les SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) de 5 départements ont créé un réseau de médecins généralistes exerçant en zones reculées. En 2015 ce réseau était composé de 117 MCS (Médecins Correspondants du SAMU), répartis dans 73 cabinets médicaux. Les MCS sont formés par les SAMU pour des situations d'urgence qui nécessitent une trousse d'intervention adaptée.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de décrire l'organisation mise en place depuis 2014 pour sécuriser le circuit d'approvisionnement des produits de santé des trousse d'intervention des MCS : Dispositifs Médicaux Stériles et non stériles (DM), médicaments, matériel biomédical...

Matériel et méthodes

Un pharmacien hospitalier et un ingénieur biomédical sont missionnés pour organiser les circuits. Les PUI (Pharmacies à Usage Intérieur) de 11 CH (Centres Hospitaliers) sièges de SMUR de la région, 5 SAMU et l'association des MCS du réseau sont impliqués. Le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de la région centralise l'achat des matériels et DM les plus coûteux. L'association des MCS les leur livre. Les CH délivrent les médicaments et une partie des DM. Le réseau bénéficie d'un financement par l'ARS (Agence Régionale de Santé).

Résultats

En 2015 tous les MCS sont équipés, le renouvellement des produits est assuré. La trousse comprend 61 DM pour la gestion des voies aériennes, l'abord veineux et intra-osseux... 41 médicaments pour la thrombolyse, l'analgésie-sédation... un défibrillateur et un moniteur multiparamétrique. La centralisation des achats par le CHU a garanti des DM identiques à ceux utilisés en formations, un équipement biomédical uniforme et l'optimisation des circuits. La dépense totale en produits a été de 300 000 € : l'ARS en a financé 93 %. Une procédure régionale rédigée par les intervenants a été validée par l'ARS.

Conclusion

L'expérience de notre réseau montre que dans un environnement économique contraint, un travail pluri professionnel (médecin, pharmacien...) et la participation des différents services (SAMU, PUI, MCS, ARS) contribue à l'efficacité des circuits. De nombreux obstacles ont été levés. L'organisation, qui garantit la sécurité et la qualité des soins par le biais de l'entretien du matériel, du choix des produits et de leur renouvellement, doit rester supportable par les différents intervenants. L'optimisation médico-économique se poursuit.

Mots-clés :

Circuit, Médicament, Dispositifs médicaux

Références

Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Médecins correspondants du SAMU, guide de déploiement (2013)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Dispositifs et pharmacotechnie

COMMUNICATION ORALE N° 8

Titre :

Optimisation d'une préparation effervescente prête à l'emploi pour exploration digestive

Auteurs :

de Bastiani C., Boni A., Yailian AL., Doucey P., Salmon D., Roussel-Berlier L., Diouf EH., Pivot C., Paillet C., Pirot F.

HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

Le gastroscanner (GS) est une technique d'imagerie tomодensitométrique de l'estomac utilisant une distension aérique induite par ingestion de sels effervescents fournissant des données volumétriques. Une préparation hospitalière pulvérulente de bicarbonate de sodium (BS) et d'acide tartrique (AT) est prescrite par le service d'imagerie dans ce cadre exploratoire. Cependant, l'ingestion par le patient s'avère difficile et sujette à altérer la qualité de l'examen.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'optimiser une formulation galénique garantissant une réaction acide-base (rAB) totale produisant un dégagement de CO₂ in situ dans l'estomac et facilitant la prise médicamenteuse.

Matériel et méthodes

Plusieurs mélanges pulvérulents ont été testés en combinaison au BS (5 g – 57 mmol) (i) l'acide citrique (AC), (5 g – 26 mmol), (ii) l'AT (5 g – 33 mmol) et (iii) une association d'AC et d'AT (2.5 g/2.5 g). Ces mélanges ont été introduits dans des ballons en latex choisis comme modèles expérimentaux d'estomac. Après ajout des mélanges pulvérulents, 4 mL d'eau ont été introduits dans des ballons immédiatement scellés. Le volume de gonflement des ballons, consécutifs à la réaction d'effervescence, a été objectivé visuellement. Le pH des solutions aqueuses de BS, d'AC, d'AT, et des solutions combinant BS/AC et BS/AT et BS/AT/AC ont été mesurées. Les dépôts chimiques éventuellement présents, à l'issue de la réaction d'effervescence dans les ballons, ont été analysés par spectrométrie infrarouge à transformée de Fourier (IRTF).

Résultats

Le pH des solutions BS/AC et BS/AT était respectivement de 5.8 et 4.4. Le mélange BS/AC a permis d'obtenir un dégagement gazeux équivalent au BS/AT et BS/AC/AT. A l'issue de la réaction d'effervescence entre BS/AC, aucun résidu n'a été mis en évidence dans les ballons contrairement à BS/AT présentant des dépôts de tartrate sodique détectés par IR. Ces différences ont été expliquées par une solubilité de l'AC plus importante dans un faible volume d'eau que l'AT. Les volumes de CO₂ dégagés dans le modèle expérimental (0.927 L) ont été corrélés avec les volumes théoriques de CO₂ dégagés (1.16 L) confirmant l'intérêt du dispositif expérimental.

Conclusion

Cette formulation (AC/BS) n'augmente pas significativement (i) la libération de CO₂, mais les résultats du GS seront plus sensibles du fait de l'absence de dépôts de tartrate sodique sur la paroi. Une forme comprimé simplifiant l'administration et diminuant la prise d'eau associée est en cours de développement.

Mots-clés :

Dioxyde de carbone, Sodium bicarbonate, Tomodensitomètre

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION ORALE N° 9

Titre :

Faisabilité et validation de la production automatisée d'une préparation hospitalière (PH) de gélules de décontamination digestive sélective en pharmacie à usage intérieure (PUI)

Auteurs :

Passard S., Corgie P., Esposito CL., Haidara F., Pirot F., Salmon D., Pivot C.

HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

Les gélules sont des formes sèches dont le mode de préparation simple au gélulier manuel est adapté au contexte de la PUI. Néanmoins, la consommation de gélules de décontamination digestive sélective (GDDS) sur l'ensemble des sites de notre groupement hospitalier exige une production hebdomadaire de 2 100 à 2 400 gélules.

Objectifs

L'objectif principal de cette étude a été de valider la production de GDDS sur un gélulier automatique rotatif (GA) afin d'améliorer le coût économique et organisationnel lié au temps de production et de contrôle. Elle comprend (i) le screening du comportement d'écoulement de différentes formulations ainsi que (ii) la validation de production de GDDS sur le GA et (iii) l'étude comparative de l'efficacité du GA par rapport à la méthode manuelle.

Matériel et méthodes

Différents excipients pouvant entrer dans la composition des GDDS ainsi que différents mélanges pulvérulents pour GDDS ont été évalués (i) par détermination des indices de Carr et d'Hausner, (ii) par mesure de l'angle de repos et (iii) par analyse fine de la distribution et de la variabilité des masses individuelles de gélules au cours de la production au GA, permettant le choix rationnel d'une formulation. Le procédé de fabrication de GDDS a été validé selon un protocole répondant aux exigences de la Pharmacopée Européenne VIII^{ème}. L'évaluation comparative des coûts de fabrication et du temps professionnel (préparateurs, techniciens et pharmaciens) alloué pour cette PH a été menée afin de justifier l'automatisation de sa production.

Résultats

Une base de données des comportements d'écoulement des produits disponibles en PUI, facilitant le transfert ultérieur de production au GA a été créée. Les analyses de distributions massiques en cours de production ont permis d'établir une cartographie de l'uniformité de masse de chaque lot et d'optimiser la surcharge en mélange pulvérulent pour GDDS rendue nécessaire par les volumes morts du circuit d'admission des poudres. Suite à l'obtention de données répétables et reproductibles, la faisabilité de cette fabrication a pu être validée. L'étude financière a montré que la réalisation en amont pour d'un mélange pulvérulent pour GDDS, considéré comme une PH à visée pharmacotechnique utilisable pour plusieurs lots, permettrait une optimisation de la rentabilité et de la souplesse organisationnelle.

Conclusion

La mise en place de cette étude a permis d'assurer la faisabilité à grande échelle de GDDS au GA tout en réduisant significativement le temps et donc le coût de production.

Mots-clés :

Faisabilité, Préparation, Lutte contre les infections

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Réingénierie du processus de production des chimiothérapies par une approche lean

Auteurs :

Delmotte JB., Diallo A., Rieutord A., Foucher S., Curatolo N.

APHP - Hôpital Antoine Béclère, Clamart

Résumé :

Contexte

Le lean management est un système d'organisation du travail qui aspire à l'excellence opérationnelle. Depuis 2011, notre hôpital développe des projets lean dans le cadre de l'amélioration continue [1]. Dans ce contexte, l'unité de reconstitution des chimiothérapies a envisagé la réingénierie de son processus de production en 2015.

Objectifs

L'objectif était d'optimiser le processus de production des chimiothérapies par une approche lean.

Matériel et méthodes

Le processus de production a été analysé par la méthode VSM (Value Stream Mapping), technique lean qui cartographie les flux physiques et flux d'informations associés [2]. La production a été décomposée en un ensemble de tâches élémentaires, et les activités à non-valeur ajoutée ont été recherchées pour ne valoriser que celles à valeur ajoutée.

L'évaluation a reposé sur la comparaison d'indicateurs (nombre de préparations, nombre de jours où la 1^{ère} préparation a été libérée avant 10 h et taux de non-conformités, NC) sur 2 périodes : avril-juin (ancien processus) et septembre-novembre 2015 (nouveau processus) grâce au T-Test.

Résultats

Des activités à non-valeur ajoutée ont été supprimées : la libération est simplifiée (nouvelles fiches de contrôle) et la gestion des stocks optimisée (système plein-vide, diminution des points de stockage).

Les flux de production ont été hiérarchisés en 3 niveaux de priorité : préparations destinées 1) à l'HDJ, 2) aux services cliniques 3) aux patients du lendemain (grâce à la préparation à l'avance de cytotoxiques sans OK chimio et au dose banding pour le paclitaxel et la gemcitabine). Ces préparations sont réalisées en cas d'inactivité.

L'équipe a été réduite de 4 à 3 personnes et les charges de travail rééquilibrées.

Le nombre de jours où la 1^{ère} préparation a été libérée avant 10 h est significativement plus élevé avec le nouveau processus (86 % vs 50 % ; p = 0,034). Le taux de NC n'est pas significativement différent.

Discussion

La production est assurée par une équipe réduite à 3 personnes avec une qualité comparable voire meilleure (baisse du délai de sortie de la 1^{ère} préparation). La simplification des opérations (contrôle, gestion des stocks) et la préparation à l'avance permettent d'anticiper les pics d'activité et d'occuper des temps d'inactivité : l'activité est ainsi lissée.

Le processus de production a été optimisé grâce au lean. A présent, l'unité renforce et transmet la culture d'amélioration continue. Afin de communiquer sur ces améliorations lean, un outil de management visuel : l'OBEYA a été mis en place.

Mots-clés :

Innovation organisationnelle, Efficacité de fonctionnement, Groupes de gestion de la qualité

Références

[1] Klasen A et al. J Pharm Clin. 33(2):100-10 (2014)

[2] Descout J et al. Le Moniteur Hospitalier. 262:4-7 (2014)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bénéfices des protéines ostéoinductrices dans l'arthrodèse de cheville compliquée

Auteurs :

Boutet M., Gaudy AS., Gayet LE., Sury-Lestage S.

CHU Poitiers

Résumé :

Contexte

Les protéines ostéoinductrices ou recombinant human bone morphogenetic protein : rhBMP-2, -7, respectivement, dibotermine alpha et eptotermine alpha, inscrites sur la liste en sus des Groupes Homogènes de Séjour (GHS) ont l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans les chirurgies lombaires et du tibia, pour lesquelles elles favorisent la cicatrisation et la fusion osseuse. Les arthrodèses de cheville, avec facteurs de risque de non-union, sont longues à fusionner et occasionnent beaucoup de pseudarthroses, mais il n'existe actuellement pas de traitement admis dans cette indication.

Objectifs

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'utilisation des rhBMP dans les arthrodèses de cheville compliquées hors AMM.

Patients et méthodes

Une étude rétrospective a été réalisée de janvier 2014 à mars 2015 incluant les patients à risque ayant subi une arthrodèse de cheville compliquée avec utilisation de rhBMP.

Les facteurs de risque pris en compte étaient l'antécédent de non-union, l'important déficit osseux (supérieur à 2 cm), l'intoxication tabagique et éthylique, le diabète et les maladies vasculaires périphériques.

Un suivi clinique évaluant la douleur, et un suivi radiographique évaluant la fusion osseuse ont été réalisés à 46 semaines, 3 et 6 mois post-chirurgie.

Résultats

Neuf patients ont été inclus, présentant des facteurs de risque de non-union : reprise d'arthrodèse (5), antécédent de fractures (4), diabète (5), intoxication tabagique (2) et éthylique (2).

Les dispositifs d'ostéosynthèse utilisés étaient soit 1 agrafe (4 patients) soit 1 clou (5 patients) pour un coût de 63 à 495 €.

A 4-6 semaines, les patients avaient un bon contrôle clinique et radiographique avec cicatrisation. Deux patients présentaient des douleurs.

A 3 mois, le plâtre a été retiré pour tous, la fusion était en cours et trois patients présentaient des douleurs.

A 6 mois, la fusion a été obtenue pour tous. Les vis associées au clou ont été retirées chez deux patients à cause de la gêne qu'elles provoquaient. Deux patients étaient algiques.

Conclusion

Les rhBMP ont montré une bonne efficacité sur la fusion osseuse lors d'arthrodèses de cheville compliquées.

Les GHS (entre 2 157 € et 4 026 €), ne couvrant pas le coût engendré par les rhBMP et le matériel d'ostéosynthèse, les médecins doivent-êtr sensibilisés à la justification de cette utilisation, qui doit-êtr présente dans le dossier patient.

La mise en place d'une déclaration au registre national du Groupe de travail et d'Etude sur les BMP en Orthopédie (GTEBO) favorise ce suivi.

Mots-clés :

Pharmacie clinique, Chirurgie orthopédique, Thérapeutique hors AMM

Références

Bibbo C. et al. Bone Morphogenetic Proteins : Indications and uses, 2015.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION ORALE N° 12

Titre :

Etude systématique de la stabilité chimique à long terme de solutions de médicaments injectables prêtes à l'emploi produites par une Unité Centrale de Reconstitution d'Injectables

Auteurs :

Hecq JD., Closset M., Godet M., Gonzalez E., Jamart J., Bihin B., Galanti L.

UCL Namur, Belgique

Résumé :

Contexte

Hormis les solutions de nutrition parentérale et les doses de chimiothérapie anti-cancéreuse, de nombreuses autres médicaments injectables peuvent être prises en charge par une Unité Centre de Reconstitution d'Injectables (UCRI) pour autant que leur stabilité chimique à long terme soit connue. Cependant, cette information n'est pas toujours disponible.

Objectifs

Développer un programme d'analyses à long terme de certaines médicaments, une collaboration entre la Pharmacie Hospitalière, le Laboratoire de Biologie Médicale et l'Unité de Support Scientifique.

Matériel et méthodes

Après vérification de la méthode d'analyse par Chromatographie Liquide à Haute Performance, (CLHP), 29 médicaments ont été reconstituées sous hotte à flux d'air laminaire. 17 ont été stockées directement, seules ou en mélange binaire, à $5 \pm 3^\circ\text{C}$ et 19 ont été stockées au congélateur à -20°C , décongelées par micro-ondes selon une méthode standardisée et stockées ensuite à $5 \pm 3^\circ\text{C}$ avant utilisation. La stabilité de la concentration a été évaluée par régression linéaire.

Résultats

Pour chaque médicament, la stabilité à long terme varie de 11 à 180 jours. Le système congélation/décongélation par micro-ondes peut augmenter la stabilité (de 30 à 120 jours) et permet la production en série, moins coûteuse en terme de main d'œuvre et de matériel stérile de conditionnement qu'une reconstitution réalisée dans l'unité de soins. Les résultats ont été diffusés sous forme de 69 posters et de 42 publications dans des journaux internationaux.

Conclusion

Nos études de stabilité ont contribué à augmenter le nombre de médicaments intraveineuses qui peuvent être prises en charge par une UCRI.

Mots-clés :

Médication sintraveineuses, Stabilité chimique, Chromatographie liquide à haute performance

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Harmonisation des pratiques concernant la prescription médicale des soins de bouche dans un centre hospitalier

Auteurs :

Batista A., Gabriel L., Lesauvage F., Guarino V., Lauby V.

CH Troyes

Résumé :

Contexte

Les prescriptions informatisées des préparations magistrales pour les soins de bouche au sein de notre établissement ne sont pas harmonisées pour les différents services de soins. Les intitulés paramétrés au niveau du logiciel de prescription manquent parfois de clarté et sont source de confusion lors de leur réalisation au préparatoire de la PUI. En fonction des acteurs, une même prescription pouvait mener à différentes préparations.

Objectifs

Répertorier les prescriptions existantes, identifier les différentes préparations réalisées au préparatoire de notre PUI, les comparer aux recommandations existantes et harmoniser les pratiques concernant les soins de bouche sur prescription médicale.

Matériel et méthodes

De janvier à décembre 2015, de manière rétrospective, nous avons recueilli les soins de bouche réalisés au préparatoire de la PUI. En parallèle, nous avons recensé les prescriptions paramétrées dans le logiciel d'aide à la prescription. Ces prescriptions ont été comparées aux référentiels de bonne pratique. [1,2,3]

Résultats

Sur la période étudiée, 155 bains de bouche ont été réalisés pour 112 patients à partir de 9 formulations différentes. Le service de gériatrie est le service le plus prescripteur de soins de bouche (54 % des préparations réalisées). Dans 89 % des cas, la formule réalisée était composée de bicarbonate de sodium 1,4 % et d'amphotéricine B 10 % suspension buvable. Six patients ont reçu des préparations différentes émanant d'une même prescription. Dix formulations de bains de bouche ont été recensées dans le logiciel de prescription, la plupart avaient pour intitulé « Bain de bouche selon la formule + nom de l'unité de soins ». Un seul intitulé décrivait la composition de la préparation à réaliser. La totalité des préparations réalisées sont non conformes aux recommandations : mélanges inactifs, instabilité des mélanges, utilisation hors AMM. Un groupe de travail multidisciplinaire composé de médecins, d'infirmiers et de pharmaciens a permis l'élaboration d'une procédure institutionnelle ainsi qu'un arbre décisionnel. Ces documents ont été rédigés selon les recommandations et validés en CoMédIMS.

Discussion

Ce travail pluridisciplinaire a permis d'harmoniser les pratiques. Le paramétrage informatique a été modifié afin d'uniformiser le libellé des prescriptions. Les mélanges étant proscrits, aucune préparation ne sera plus réalisée au préparatoire. Une communication et une sensibilisation des bonnes pratiques des soins de bouche seront à mener auprès des professionnels de santé.

Mots-clés :

Bains de bouche, Préparations, Standardisation

Références

- [1] Recommandations sur la toilette buccale par le collège des acteurs en soins palliatifs de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, 2015.
- [2] Etude d'activité in vitro et de stabilité de suspensions antifongiques pour bain de bouche : vers une remise en question de pratiques empiriques ? P.A. Jolivot et al. Pathol Biol, 60, (6): 362-368 (2012)
- [3] Les soins de bouche : de l'hygiène de base aux soins spécifiques. M-H Lacoste-Ferre et al. J.medpal. 10: 82-88. (2011)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Evaluer et former

COMMUNICATION ORALE N° 14

Titre :

« Qu'est-ce qu'un pharmacien hospitalier pour vous ? » Une étude qualitative sur la perception du pharmacien par le médecin, en milieu hospitalier

Auteurs :

Béchet C.³, Pichon R.³, Bonnabry P.², Giordan A.¹

¹ Université de Genève, Suisse

² Hôpitaux Universitaires Genève (HUG), Suisse

³ Pharmacie des Hôpitaux du Nord Vaudois et de La Broye, Yverdon-les Bains, Suisse

Résumé :

Contexte

Une bonne collaboration entre pharmaciens et médecins a démontré des impacts positifs sur la prise en charge des patients [1]. Cependant les relations médecins-pharmaciens ne sont pas toujours idéales ; et comme les médecins disposent presque exclusivement du droit de prescription, leur perception du pharmacien est primordiale à la réussite de beaucoup de prestations pharmaceutiques [2, 3].

Objectifs

Etudier la collaboration et le relationnel actuels entre médecins et pharmaciens en milieu hospitalier, du point de vue du médecin.

Matériel et méthodes

Interviews semi-structurés en face-à-face de médecins travaillant au sein de 8 hôpitaux publics non-universitaires, desservis par une même pharmacie centrale.

Participants sélectionnés selon une méthode non-aléatoire à variation maximale.

Interviews sous forme de discussions couvrant au minimum les thèmes d'un guide d'entretien. Chaque interview a été enregistré, transcrit sous forme de carte heuristique, puis analysé selon une approche inductive.

Résultats

12 médecins et un stagiaire ont été interviewés pendant en moyenne 37 minutes.

Uniquement les thèmes majeurs rapportés par au moins 2/3 des médecins (n ≥ 9) sont présentés ici :

Points positifs :

- Confiance envers le pharmacien (spécialiste compétent et sérieux)
- Collaboration rassurante (contrôle)
- Equivalent hiérarchique, collègue
- Complémentarité
- Pharmacien = formateur reconnu
- Hotline pharmaceutique appréciée
- Intérêt, suggestions de collaboration

Points à améliorer :

- Sentiment d'ignorance du médecin (compétences et activités du pharmacien inconnues)
- Éloignement (pharmacien absent de l'unité, non impliqué)
- Pharmacien trop théorique (décalage de savoirs)
- Nombreux inconvénients dus à la participation du pharmacien aux visites cliniques
- Médecin choisit d'écouter ou non l'avis du pharmacien
- Apport modeste du pharmacien, intérêt limité pour ses prestations
- Pharmacien = bouc-émissaire du formulaire hospitalier

Conclusion

Beaucoup de points positifs sont rapportés par les médecins. Cependant, le pharmacien hospitalier manque de présence et ses prestations de terrain ne sont pas toujours pensées en fonction des attentes des médecins. Certaines prestations-clés doivent être modifiées afin de mieux convenir aux médecins et leur visibilité doit être augmentée.

La perception que les médecins ont du pharmacien hospitalier est riche en enseignements et devrait être utilisée pour développer cette collaboration. Les besoins et attentes des médecins pourraient contraster avec les a priori des pharmaciens.

Mots-clés :

Pharmacie d'hôpital, Médecins hospitaliers, Relations interprofessionnelles

Références

[1] Gallagher R et al. Adv in Health Sci Educ, 17 : 247–57 (2012)

[2] Smith W et al. Am J Health Syst Pharm. 59, (1) : 50-7 (2002)

[3] Jorgenson D et al. Can Pharm J. 143, (6) : 342-52 (2013)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION ORALE N° 15

Titre :

Vers un kit « Chambre des Erreurs »

Auteurs :

Collet M., Le Guern AL., Péan S., Falchier F., Boyer F., Cambuzat D., Pinson ML., Verborg S., Bodineau L., Buttin AL., Urban M., Moll MC.

CHU Angers

Résumé :

Contexte

Dans le cadre de la Semaine Sécurité Patient 2015, une « chambre des erreurs » a été mise en place sur 7 demi-journées. 17 erreurs relevant des domaines du circuit du médicament, de l'hémovigilance, de l'identitovigilance et de l'hygiène ont été introduites.

Objectifs

Le 1^{er} objectif est de sensibiliser nos soignants, professionnels de santé et étudiants infirmiers et aides-soignants à la sécurisation de la prise en charge des patients, sur le circuit du médicament et sur les bonnes pratiques.

Le 2nd objectif est de constituer un kit « Chambre des Erreurs » afin de permettre une installation à la demande au cœur des unités de soins.

Matériel et méthodes

Une équipe pluridisciplinaire constituée de pharmacien, médecin, infirmière et ingénieur, a élaboré un scénario commun et cohérent et rédigé tous les documents utiles.

Les participants mènent l'enquête pendant 10 min munis d'une fiche pour lister les erreurs. Un débriefing de 15 min est animé à l'aide d'un diaporama. Un questionnaire de satisfaction et un flyer des bonnes pratiques, liées à chaque erreur, sont remis à la fin de la séance. Chaque participant peut à son tour être un acteur de sensibilisation.

Résultats

La chambre des erreurs a accueilli 110 personnes et 83 étudiants.

Les professionnels de l'établissement ont identifié 40 % des erreurs dans chaque domaine. L'absence de prolongateur sur le cathéter, la présence d'un comprimé non prescrit dans le pilulier, 2 tubes pré-étiquetés pour le groupage sanguin et un mauvais paramétrage de la marque de la seringue sur le PSE sont des erreurs peu ou pas relevées.

83 % des participants indiquent avoir acquis des connaissances et 85 % souhaiteraient renouveler l'expérience.

Le Directeur Général a remis une récompense symbolique au service ayant le plus participé.

Un kit « Chambre des Erreurs » a été constitué. Il contient une fiche pour le pré-briefing avec le service, le scénario, la mise en scène des erreurs, le matériel nécessaire, une check list pour qualifier l'installation de la chambre, la fiche de relevé des erreurs, la fiche de satisfaction et le diaporama de débriefing.

Conclusion

La Chambre des Erreurs a été très appréciée. Elle sera réitérée et des scénarios seront adaptés aux services. Cet outil pédagogique, non sanctionnant et sur le lieu d'exercice répond à la difficulté des professionnels à se libérer pour aller se former.

Un service situé sur un autre site de l'établissement a déjà bénéficié du kit et installé la Chambre des Erreurs pour une semaine.

Mots-clés :

Sécurité des patients, Chambre des erreurs, Gestion des risques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION ORALE N° 16

Titre :

Elaboration d'une formation sur les bonnes pratiques de préparation et d'administration des formes orales en pédiatrie

Auteurs :

Kienlin AL., Weber M., Polegato N., Henn-Menetre S., May I.

CHU Nancy

Résumé :

Contexte

La population pédiatrique est particulièrement exposée au risque iatrogène en raison de l'utilisation fréquente de médicaments sans Autorisation de Mise sur le Marché chez l'enfant et de formes pharmaceutiques inadaptées.

Objectifs

L'objectif de ce travail est l'élaboration d'une formation visant à sensibiliser les puéricultrices au respect des bonnes pratiques d'administration des formes orales en pédiatrie et à la détection des risques d'erreurs médicamenteuses.

Matériel et méthodes

Un groupe de travail pluridisciplinaire s'est constitué afin d'élaborer un programme de formation ciblant les puéricultrices. Cinq réunions ont eu lieu afin de déterminer le contenu de la formation et les problématiques spécifiques à l'établissement. La formation a pour référentiel le guide de la Haute Autorité de Santé basé sur la règle des 5B et sa fiche sur l'administration en pédiatrie [1]. Elle se compose d'une partie réglementaire et d'une partie théorique basée sur les étapes successives du circuit du médicament illustrée d'exemples concrets, des documents d'aide à la préparation des médicaments par voie orale y sont présentés. Une évaluation est réalisée à l'aide d'un questionnaire de satisfaction distribué aux participants à la fin de chaque séance.

Résultats

Quatre sessions de formation de deux heures ont été organisées depuis octobre 2015 avec au total 92 participants. Les intervenants sont des cadres de santé, un pharmacien spécialisé en pédiatrie et un interne en pharmacie. Le taux de réponse aux questionnaires est de 92,4 % (85/92), leur analyse montre que 87,0 % (74/85) des puéricultrices disent avoir appris de manière satisfaisante et 97,6 % (83/85) sont satisfaites du contenu proposé. Les échanges au cours de la formation portent sur les difficultés liées au côté pratique de l'administration, à la prescription médicale et à la présence des parents ; 97,6 % (83/85) des puéricultrices sont satisfaites des échanges du groupe.

Conclusion

L'établissement envisage d'intégrer la formation dans le programme de Développement Professionnel Continu des participants. Quatre nouvelles sessions de formation sont prévues début 2016 pour les puéricultrices du service de néonatalogie de la maternité. La formation s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité des soins et de sécurisation du circuit du médicament.

Mots-clés :

Pédiatrie, Formation en interne, Administration par voie orale

Références

[1] Haute Autorité de Santé HAS. Guide Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments. Fiche 2 : Administration chez l'enfant. Juillet 2011.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION ORALE N° 17

Titre :

Accompagnement dans la mise en œuvre de la pharmacie clinique grâce au partage d'expérience régional : mise en place d'une formation à l'analyse pharmaceutique

Auteurs :

Prévost N.¹, Berthe A.¹, Rochais E.¹, Feldman D.², Rondeau F.¹, Maupetit JC.¹

¹ OMÉDIT Centre-Val de Loire

² CHU Nantes

Résumé :

Contexte

Le suivi du déploiement de l'analyse pharmaceutique des lits et places en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) fait l'objet en région d'un engagement contractuel dans le cadre du Contrat de Bon Usage (CBU) et participe également au développement des activités de pharmacie clinique dans les établissements de santé.

Objectifs

Accompagner les établissements dans l'atteinte d'un objectif contractuel au travers d'un partage des pratiques de pharmacie clinique en région.

Matériel et méthodes

L'accompagnement au déploiement de l'analyse pharmaceutique comporte une formation d'une journée basée sur le retour d'expérience élaborée grâce à la collaboration de pharmaciens experts de la région. Tout pharmacien exerçant dans un établissement sanitaire peut participer à cette formation et en évaluer l'apport pour sa pratique.

Résultats

Entre 2010 et 2014, le taux régional de lits MCO bénéficiant d'une analyse pharmaceutique est passé de 20,2 % à 53,9 %. En parallèle, 15 formations ont été organisées. 159 pharmaciens (84 %) de 44 établissements MCO (88 %) de la région ont participé. Sur l'ensemble du secteur sanitaire, 227 pharmaciens et 11 internes en pharmacie ont été formés. Les échanges entre professionnels autour d'exemples et de cas cliniques sont privilégiés. Depuis 2014, la formation dispose d'un agrément DPC et comprend donc des étapes à distance de la journée. 85 % des participants de ces sessions ont estimé que la formation modifiera leurs pratiques professionnelles (50 % sur la rédaction d'avis pharmaceutiques, 43 % sur la pertinence de ces avis). 6 sessions ont été proposées dans d'autres régions (127 pharmaciens formés) pour l'appropriation de la démarche.

Discussion

Cet accompagnement qualitatif participe à l'amélioration et l'harmonisation des pratiques en parallèle d'une forte dynamique de déploiement de l'analyse pharmaceutique. Au travers de cette formation, les échanges entre pharmaciens ont également permis d'avoir une vision régionale de leurs pratiques de pharmacie clinique. La démarche a été poursuivie avec la proposition d'une seconde formation construite pour répondre aux besoins exprimés lors de l'évaluation de la première. Dans le cadre du rapport d'étape annuel du CBU, l'indicateur national est désormais accompagné de sous-indicateurs évaluant l'aspect qualitatif : pourcentage de lits bénéficiant d'une analyse selon les niveaux d'analyse définis par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), mise en place de la conciliation médicamenteuse.

Mots-clés :

Formation continue en pharmacie, Pharmacie clinique, Services pharmaceutiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Nous travaillons ensemble mais sommes nous vraiment une équipe ?

Auteurs :

Maurel C., Duquesne J., Dantin T., Imperaire Boronad L., Lieutier F., Lucas Daver S., Retur N., Wong F., Hery F., Collomp T., Moukfi W., Collomp R.

CHU Nice

Résumé :

Contexte

La littérature a démontré le rôle prépondérant des facteurs humains et organisationnels dans la survenue des événements indésirables (EI) et notamment le travail en équipe. Celui-ci diffère du simple « travailler ensemble », insuffisant en termes de sécurité des pratiques. Travailler en équipe n'est pas inné et nécessite des mesures spécifiques d'élaboration.

Objectifs

Avant de déployer au sein de la PUI un programme complet portant sur la gestion des ressources en équipe dans la pratique réelle (S-Team® Simulation & travail en équipe), l'objectif du travail est de réaliser un diagnostic partagé impliquant l'ensemble du personnel de la PUI.

Matériel et méthodes

A partir des définitions du travail en équipe proposés par la HAS et le guide OMS Sécurité du patient, nous avons conçu un module interactif de « diagnostic partagé » selon la méthodologie Anesthesia Crisis Resource management (CRM) afin de répondre collectivement à 3 questions : Où en sommes nous ? Où voulons nous aller ? Comment y aller ? Le module a été décliné en 2 séances afin de couvrir l'ensemble du personnel (toutes catégories confondues) de la PUI. L'animateur (pharmacien à la PUI) avait suivi au préalable une formation sur cette méthodologie.

Résultats

Au total les 45 personnes de la PUI ont suivi le module (15 pharmaciens, 22 préparateurs, 7 manutentionnaires, 1 secrétaire). Parmi les points correspondants à un réel travail en équipe, ont été jugés acquis la vision partagée (objectif patient), les compétences individuelles, les notions de partage, d'efficacité et de coordination. 2 facteurs importants ont été estimés insuffisamment développés : la communication entre les agents et le débriefing régulier des situations ayant posé problème. Une longue discussion a porté sur les liens entre efficacité (rapidité) et sécurité (absence d'erreurs).

Discussion

Le fait même d'avoir réalisé de manière collective ce module de diagnostic partagé a été favorable en termes de collaboration entre les agents. Ce diagnostic a permis d'affiner le déploiement du module global S Team en planifiant notamment un approfondissement du module Communication entre professionnels. Celui-ci sera décliné (comme les autres volets) sous forme de scénarios de simulation co élaborés avec les agents à partir de leur retour d'expérience. Cette démarche sur le travail en équipe a été volontairement programmée maintenant en prévision de futures modifications organisationnelles afin de consolider en amont le socle collaboratif de notre service.

Mots-clés :

Facteurs humains, Travail en équipe, Crew resource management

Références

- [1] Amalberti R Travail en équipe Haute autorité de santé 2003
- [2] OMS Guide sécurité du patient version française 2015
- [3] Gaba DM Anesthésia Crisis Resource Management Br J Anaesth. 2010 Jul ; 105(1):3-6.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La journée de la perfusion

Auteurs :

Comte H.¹, Orloff M.², Boronad C.², Fagot Gandet A.², Carassou Maillan A.², Cali C.²

¹ CH Grasse

² CH Cannes

Résumé :

Contexte

A l'occasion d'un appel d'offre concernant les dispositifs de la perfusion, une enquête de pratique a été menée dans deux établissements du groupement d'achat.

Objectifs

Suite à cette enquête, une journée « perfusion : bien choisir et utiliser les dispositifs » a été organisée dans l'un des établissements afin de connaître et de réactualiser les connaissances de base des IDE.

Matériel et méthodes

La journée a été organisée sous la forme d'un parcours chronologique de la pose de la perfusion avec différents ateliers pratiques :

- pose du cathéter veineux périphérique sécurisé
- choix du perfuseur et purge de la ligne
- bon usage du régulateur de débit
- bon usage de la valve bidirectionnelle
- le choix et la pose du pansement du cathéter

Chaque atelier était dirigé par le laboratoire retenu à l'appel d'offre. A la fin du parcours, un quizz de dix questions et un questionnaire de satisfaction ont été distribués.

Résultats

88 personnes (cadres IDE, élèves IDE, IDE, préparateurs, pharmaciens) ont été au rendez-vous. Nous avons récupéré 50 quizz dont l'analyse met en évidence les points à travailler :

Concernant le régulateur de débit, seuls 28 % des personnes interrogées ont correctement répondu (utilisation admise pour le NaCl 0.9 %, le glucose 2.5 et 5 % et les polyioniques 5 %). 89 % des erreurs concernent l'utilisation avec des polyioniques ≥ 10 %. 14 % pensent qu'il permet d'éviter le comptage des gouttes.

Concernant la valve bidirectionnelle 54 % des personnes interrogées connaissent les indications d'utilisation. 96 % savent qu'il ne faut pas utiliser d'aiguille sur la valve bidirectionnelle et 100 % qu'il ne faut pas utiliser un bouchon par-dessus. 12 % ne savent pas qu'on peut effectuer des prélèvements sanguins.

Concernant le cathéter veineux périphérique, 32 % ignorent qu'il peut être maintenu jusqu'à 96 h (selon les recommandations de l'établissement).

Nous avons récupéré 40 questionnaires de satisfaction qui plébiscitent à 98 % l'intérêt de cette journée (notes : satisfaisant et très satisfaisant) en particulier les rappels sur la purge des flacons verre, la manipulation du cathéter périphérique sécurisé et la pose et dépose du pansement.

Conclusion

Cette journée a été accueillie de façon enthousiaste et a permis de toucher de nombreux professionnels. Elle nous a permis d'identifier les points non acquis qui feront l'objet de fiches de bon usage (régulateur de débit, valve bidirectionnelle). Elle sera organisée prochainement dans l'autre établissement et le rendez-vous est pris pour une deuxième édition en 2017.

Mots-clés :

Perfusion, Formation continue, Voie veineuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Pharmacie clinique et pharmacocinétique

COMMUNICATION ORALE N° 20

Titre :

Conciliation médicamenteuse : freins à la mise en place en psychiatrie

Auteurs :

Buiche M., Crassous A., Esquevin M., Ranc Y., Durif E.

CHS de la Savoie, Bassens

Résumé :

Contexte

Depuis le lancement du projet High 5s en 2006 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) se développe progressivement en France. D'abord menée sous une forme expérimentale avec le projet Med'Rec, la mise en œuvre de la CTM est maintenant standardisée suite au rapport d'expérimentation publié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en septembre 2015.

Objectifs

Cette standardisation est-elle applicable pour les patients hospitalisés en Psychiatrie ?

Patients et méthodes

Au sein de notre établissement psychiatrique (266 lits d'hospitalisation complète), la CTM est mise en œuvre pour toutes les entrées d'une unité pilote de janvier à mars 2016 (60 patients à minima).

Nous avons créé différents outils à partir de la boîte à outils du rapport d'expérimentation Med'Rec.

L'impact de la CTM a été évalué grâce aux indicateurs MR de l'OMS et ceux proposés par le groupe Med'Rec :

MR1 : Nombre (Nb) patients conciliés (PC) dans les 24 h/Nb PC

MR3 : Nb divergences non intentionnelles (DNI)/Nb PC

MR4 : Nb PC avec au moins une DNI/Nb PC

IndicClinique2 : Nb PC avec au moins 1 DNI corrigée x 100/Nb PC

Résultats

A ce jour, Nb de PC : 28

- MR1 = 13/28

Parmi les 28 PC, 5 réponses de médecins sur l'intentionnalité des divergences sont en attente, les indicateurs suivants seront donc évalués sur 23 patients :

- MR3 = 8/23

- MR4 = 4/23

- IndicClinique2 = $2 \times 100 / 23 = 8,7 \%$. 2 PC sur 21 ont au moins une DNI corrigée.

Discussion

A ce jour, nous pouvons déjà mettre en avant certains freins liés à la prise en charge en Psychiatrie :

- MR1 : La CTM dans les 24 h est difficile à réaliser car l'état psychique du patient à son arrivée empêche parfois la réalisation de l'entretien. En effet parmi les 15 patients non conciliés dans les 24 h : 2 étaient en cours de sevrage alcoolique, 1 à risque d'hétéroagressivité, 1 présentait des symptômes persécutatoires, 1 ininterrogeable et en curatelle renforcée, les autres étaient entrés le week end.

- MR3 : C'est le psychiatre référent de la prise en charge du patient qui complète la fiche de CTM ; mais comme il n'est pas toujours présent dans l'unité, la CTM peut être retardée.

- IndicClinique2 : La prescription des médicaments somatiques relève des médecins généralistes de l'établissement. La correction des DNI peut être également différée du fait de cette double prise en charge médicale.

L'enjeu consiste à adapter notre méthodologie aux difficultés rencontrées en Psychiatrie afin de garantir la pérennisation de la CTM et améliorer sa pertinence.

Mots-clés :

Médication reconciliation, Psychiatric departments, Medication errors

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse de la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés de plus de 75 ans en oncogériatrie

Auteurs :

Goiffon E.², Chevrier R.², Hager Mo.³, Doly M.¹

¹ Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand et Université d'Auvergne

² Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand

³ Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand et CHU Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte

La prescription médicamenteuse chez les plus de 75 ans est complexe du fait du risque iatrogénique lié aux modifications pharmacocinétiques, au terrain souvent poly-pathologique et poly-médicamenté.

Objectifs

Une analyse des pratiques de prescription chez le sujet âgé a été réalisée afin d'élaborer des actions correctives et de répondre aux objectifs de la certification V2014 des établissements de santé.

Patients et méthodes

Une grille d'audit de 43 items a été élaborée avec le gériatre de l'établissement selon les recommandations de la HAS et la liste des médicaments inappropriés (MPI) de LAROCHE. Une analyse rétrospective des ordonnances et du dossier patient de tous les sujets âgés (≥ 75 ans) présents plus de 2 jours dans l'un des services d'hospitalisation a été effectuée.

Résultats

100 patients ont été inclus : moyenne d'âge = 80,3 ans ; Sex Ratio H/F = 0,51. 90 % des ordonnances comportaient au moins 5 médicaments (moyenne = 9,19 [1 ; 26]). Le poids était renseigné dans 99 % des cas. La fonction rénale évaluée au cours du séjour était disponible dans 76 % des dossiers. 10 % des ordonnances comprenaient des médicaments avec une galénique inadaptée. 93 % des médicaments de la phase aigüe n'avaient pas de durée de prescription. 72 % des ordonnances contenaient au moins un MPI pour ses propriétés anticholinergiques. Les médicaments les plus incriminés étaient le néfopam prescrit durant tout le séjour (49 % des ordonnances analysées), les antihistaminiques (hydroxyzine, alimémazine) (20 %) et l'alizapride (11 %). 34 % des ordonnances contenaient un MPI pour le risque de chute qu'il induit. Leur prescription concernait surtout les benzodiazépines à ½ vie longue (23 % des ordonnances). Les principales non conformités sur les associations de médicaments concernaient la prescription d'au moins 2 benzodiazépines (18 %), d'au moins 2 psychotropes (21 %) et des associations contre-indiquées ou déconseillées (21 %). 47 % des ordonnances contenaient une benzodiazépine d'action brève mais dans 66 % des cas la dose n'était pas adaptée. Au moins une posologie était inadaptée dans 57 % des ordonnances et 35 % des ordonnances contenaient un médicament qui n'a pas fait l'objet d'une adaptation posologique à la fonction rénale. 8 % des patients présentaient une pathologie non traitée pendant le séjour. Pour 57 % des patients un IPP était prescrit mais souvent sans véritable indication.

Conclusion

L'audit met en évidence les points qui doivent faire l'objet d'actions correctives afin de mieux prendre en charge la personne âgée dans l'établissement.

Mots-clés :

Revue des pratiques de prescription médicamenteuse, Sujets âgés, Prescription inappropriée

Références

Potentially inappropriate medications in the elderly : a French consensus panel list. Laroche M-L et al. Eur J Clin Pharmacol. 63(8):725-31(2007).

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact pharmaceutique sur la prescription d'anticoagulants oraux directs (AOD) : comment optimiser l'analyse pharmaceutique et sécuriser leur dispensation ?

Auteurs :

Chatron C., de Chevigny A., Bannie F., Renan X., Loiselet P., Queffeuilou G., Descampeaux C.

CH Public du Cotentin, Cherbourg

Résumé :

Contexte

L'absence de suivi biologique, la multiplicité des indications et des posologies font des anticoagulants oraux directs (AOD) (Dabigatran (D), Rivaroxaban (R), Apixaban (A)), une classe médicamenteuse à risque nécessitant une prise en charge médicamenteuse renforcée.

Objectifs

La survenue d'événements indésirables ayant fait l'objet de déclarations de pharmacovigilance au sein de notre établissement nous a conduit à faire un état des lieux de l'analyse pharmaceutique des prescriptions d'AOD de manière à sécuriser leur dispensation.

Patients et méthodes

Une analyse des risques a priori puis une étude prospective de 5 mois ont été menées sur les prescriptions contenant un AOD. Toutes les erreurs, interventions pharmaceutiques (IP) et modalités de suivi des prescriptions ont été répertoriées. Les risques ont été hiérarchisés.

Résultats

78 ordonnances ont été analysées sur 10 services. On recense 56 fibrillations atriales, 11 embolies pulmonaires, 7 préventions post-chirurgie orthopédique, une thrombose veineuse profonde et 3 sans indication mentionnée. Au total 18 erreurs (soit 23 % des prescriptions) sont comptabilisées : 7 sur 36 pour R, 7 sur 27 pour D et 4 sur 15 pour A. Les erreurs relevées sont : contre-indications ; inadaptations de la posologie à l'âge, à la fonction rénale ou aux interactions médicamenteuses (IAM) ; anomalies du schéma posologique ; erreurs de switch d'anticoagulants ; mauvaises indications. 100 % des IP ont été transmises aux services et ont mené à une modification de 56 % des prescriptions. Le risque jugé le plus grave est l'absence d'adaptation posologique à la fonction rénale. On note 12 introductions de traitement à l'hôpital (comportant 4 erreurs) et 12 IAM.

Discussion

Suite aux résultats, une priorisation des actions a été effectuée : surveillance de la fonction rénale et mise en place « d'alertes pharmaceutiques » devant le cumul de deux critères parmi : âge > 80 ans, clairance rénale < 50 ml/min, poids < 50 kg, IAM. Un protocole en cas de surdosage, une fiche de bon usage rappelant la place des AOD dans la stratégie thérapeutique et un tableau d'aide à l'analyse pharmaceutique ont été rédigés. Cette étude a été intégrée aux travaux sur les Never Events. Le logiciel de prescriptions informatisées a été enrichi par des protocoles d'aide à la prescription. L'étude a été présentée en CME et les équipes médicales ont été sensibilisées aux actions mises en place. Une nouvelle étude sera menée pour évaluer l'impact de ces actions sur la survenue d'erreurs associées aux AOD.

Mots-clés :

Pharmacie d'hôpital, Anticoagulants, Risque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Développement d'un outil électronique de détection des prescriptions inappropriées chez l'adulte hospitalisé en médecine interne

Auteurs :

Desnoyer A.², Blanc AL.², Pourcher-Martinez V.¹, Besson M.², Samer C.², Fonzo-Christe C.², Hauri R.², Lorenz A.², Perrier A.², Desmeules J.², Bonnabry P.², Guignard B.²

¹ APHP - Hôpital La Pitié Salpêtrière, Paris

² Hôpitaux Universitaires Genève (HUG), Suisse

Résumé :

Contexte

Les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI), regroupant les sur-/sous-prescriptions, interactions (IAM) et mauvais choix de traitement, sont des facteurs de risque d'événements indésirables médicamenteux (EIM). L'utilisation de critères explicites en gériatrie permet de réduire les PMI dans cette population. Aucun outil comparable destiné à l'ensemble des patients adultes de médecine interne générale n'a été développé.

Objectifs

Développer un outil interactif international de détection des PMI, adapté à l'adulte hospitalisé en médecine interne, permettant l'affichage des PMI les plus pertinentes pour un patient donné, selon ses comorbidités et ses médicaments.

Matériel et méthodes

17 entretiens semi-structurés menés avec des médecins spécialistes ont permis de développer une liste d'items visant à détecter les PMI pour chaque spécialité de la médecine. Cette liste a ensuite été validée selon une méthode Delphi à 2 tours, par 40 internistes et pharmaciens cliniciens, de centres hospitaliers universitaires et généraux de la francophonie (Belgique, France, Québec, Suisse). Chaque item validé a ensuite été associé à une ou plusieurs pathologies (classées par mots clefs) et un ou plusieurs médicaments (classés par code ATC).

Résultats

La liste initiale comprenait 166 items dont 6 ont été supprimés, 6 fusionnés et 3 ajoutés au cours des 2 tours du Delphi (taux de participation : 97,5 %). L'outil final comporte 160 items, 74 relatifs à des sous-prescriptions, 36 à des sur-prescriptions, 16 à des IAM et 34 à des adaptations de traitement. Ils sont regroupés par spécialités médicales (n = 17) et pathologies (n = 56), s'accompagnent de rationnels (n = 160), références (n = 333), recommandations, remarques et liens utiles (n = 29). L'outil informatique développé, disponible gratuitement sur www.pimcheck.org, permet la sélection des pathologies et des médicaments spécifiques d'un patient afin de filtrer et de n'afficher que les items les plus pertinents pour ce dernier.

Conclusion

Cette grille est le premier outil électronique francophone de détection des PMI en médecine interne générale. Nous souhaitons qu'il s'intègre à l'ensemble des dispositifs utiles à la réduction des EIM et qu'il aide à la formation des internes en médecine et pharmacie. La disponibilité d'une version électronique de l'outil devrait permettre de faciliter son usage. Une étude de validation de l'outil dans la pratique en médecine interne est en cours.

Mots-clés :

Prescription inappropriée, Revue des pratiques de prescription des médicaments, Technologie de l'information en santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Activités de pharmacie clinique dans un service de réanimation médicale adulte : étude prospective

Auteurs :

Hervy F.¹, Leveque D.¹, Neyrat L.², Wisniewski S.¹, Castelain V.¹, Schneider F.¹, Gourieux B.¹

¹ Hôpitaux universitaires de Strasbourg

² CH Dax

Résumé :

Contexte

En France, peu d'études rapportent les activités du pharmacien développées dans les services de réanimation alors qu'elles sont bien documentées dans les pays anglo-saxons.

Objectifs

L'objectif a été de décrire, d'analyser et d'évaluer les activités pharmaceutiques mises en place dans un service de 30 lits de réanimation médicale adulte d'un centre hospitalo-universitaire.

Matériel et méthodes

Une étude descriptive, prospective et non comparative des activités pharmaceutiques d'un interne en pharmacie et du pharmacien l'encadrant a été menée pendant 3 mois. Ils analysaient quotidiennement les prescriptions médicales informatisées, assistaient aux staffs et aux visites médicales. Suite à l'analyse pharmaceutique, des interventions pharmaceutiques (IP) étaient formulées. Les activités ont ensuite été évaluées rétrospectivement de façon quantitative et qualitative. Les IP ont été codifiées selon l'outil de classification de la SFPC. Enfin, une cotation de leur importance clinique et une analyse des coûts évités ont été réalisées.

Résultats

Les prescriptions de 157 patients ont été expertisées et ont bénéficié d'au moins une analyse pharmaceutique, aboutissant à la formulation de 272 IP. Ces dernières portaient majoritairement sur des médicaments de la classe des anti-infectieux à usage systémique (47,5 %) et des voies digestives et du métabolisme (24,3 %). Les principaux problèmes médicamenteux rencontrés étaient un choix discutable de voie ou de modalité d'administration (26,5 %), des surdosages (24,3 %) et des médicaments non indiqués (22,4 %). Les IP les plus fréquentes concernaient l'adaptation de posologie (32,0 %), le choix de la voie d'administration (18,8 %) et l'arrêt d'un traitement (17,6 %). Le taux d'acceptation global des IP était de 33,5 %. Parmi les IP approuvées par les médecins, 42,9 % ont été cotées avec un impact clinique potentiel. Ces IP ont évité un coût direct en médicaments de 8 832 €.

Conclusion

L'intégration de l'interne en pharmacie a permis d'optimiser les prescriptions et les modalités d'administration des médicaments. Ces résultats de mesures qualitatives et financières contribuent à promouvoir la valeur ajoutée du pharmacien. Ils sont aussi de nature à constituer un verrou qualitatif de la prescription quotidienne si l'intervention peut être formulée lors des visites cliniques. Enfin, les anomalies observées peuvent constituer un point de départ à des évaluations des pratiques professionnelles, voire à des formations cliniques médicales dans les domaines de plus forte prévalence.

Mots-clés :

Services pharmaceutiques, Soins de réanimation, Evaluation de résultats

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan après 3 ans de conciliation médicamenteuse dans un service de médecine interne (1 027 patients)

Auteurs :

Lopez E., Ayach L., Rosant D., Roch-Torreilles I., Rambourg P.

CHRU Montpellier

Résumé :

Contexte

Depuis 2013, la conciliation médicamenteuse des patients à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation est effectuée dans un service de médecine interne.

Objectifs

Evaluer l'évolution de l'activité de conciliation médicamenteuse des patients par l'analyse des divergences non intentionnelles (DNI).

Patients et méthodes

Etude prospective menée entre 2013 et 2015 en service de médecine interne par un interne en pharmacie. Une fiche de conciliation est renseignée dans les 48 h suivant l'admission du patient afin de comparer le bilan médicamenteux optimisé et l'ordonnance d'admission. Les DNI sont relevées. A la sortie du patient, la dernière prescription hospitalière est comparée à l'ordonnance de sortie.

Résultats

1 027 patients inclus. Age moyen 70,5 ans. 1 011 conciliations à l'entrée et 386 à la sortie. 467 DNI à l'entrée et 21 à la sortie. Les taux de patients présentant au moins 1 DNI sont de 17,3 % à l'entrée et 1,5 % à la sortie. Au cours des différentes périodes de stages des internes sur ces 3 ans est notée une baisse progressive du pourcentage de patients présentant au moins 1 DNI à l'entrée (22 % au 2nd semestre 2013, 21.4 % au 1^{er} semestre 2014, 18.6 % au 2nd semestre 2014, 16.2 % au 1^{er} semestre 2015, 12 % au 2nd semestre 2015). Les taux de correction des DNI sont de 82 % à l'entrée et de 76 % à la sortie. Les DNI par omissions (50 %) et modifications de dosage (30 %) sont les plus fréquentes.

Conclusion

Le pourcentage de patient présentant au moins 1 DNI à l'entrée (17,3) est inférieur aux données de la littérature (20 à 30 %). La baisse progressive du nombre de patients présentant au moins 1 DNI à l'entrée met en évidence l'impact positif d'une présence pharmaceutique permanente, à long terme, dans les unités de soins. Le pharmacien clinicien, bien intégré au sein de l'équipe médicale, sensibilise les prescripteurs sur la prévention du risque d'erreur médicamenteuse. De plus, la mise en place de réunions pluridisciplinaires pour évaluer l'impact clinique potentiel des DNI à partir de juillet 2015 contribue à cette démarche au vu des résultats satisfaisants obtenus au 2nd semestre 2015 (12 % de patients avec au moins 1 DNI). A la sortie, peu de DNI et un taux de correction satisfaisant permettent de sécuriser la prise en charge du patient en ville.

Mots-clés :

Bilan comparatif des médicaments, Erreurs médicamenteuses, Pharmacie clinique

Références

Pourrat X et al. Int J Clin Pharm. 35(4):656-63 (2013)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prévalence des interactions médicamenteuses avec deux anticancéreux oraux : ibrutinib et idelalisib

Auteurs :

Degui E., Vinson C., Rieunier J., Clavel H., Dupuy J., Canonge J., Puisset F., Ysebaert L.

IUCT Oncopole, Toulouse

Résumé :

Contexte

Ibrutinib et idelalisib sont des inhibiteurs de tyrosine kinase (ITK) indiqués dans la leucémie lymphoïde chronique, le lymphome du manteau et la maladie de Waldenström. Ces molécules ont des profils pharmacocinétiques à risque d'interactions.

Objectifs

L'objectif était d'évaluer la prévalence des interactions médicamenteuses pharmacocinétiques chez les patients traités par ibrutinib et idelalisib.

Patients et méthodes

Nous avons réalisé une analyse des interactions pour tous les patients traités par ibrutinib ou idelalisib sur notre centre, hors cadre d'un essai clinique. Le recueil des traitements associés a été effectué pour une partie des patients en rétrospectif via le dossier informatisé du patient, ou de façon prospective pour les patients vus consultation pharmaceutique à l'initiation du traitement en recueillant les informations auprès du patient, et du pharmacien et du médecin référent du patient contactés par téléphone. L'analyse a été ciblée sur les enzymes et transporteurs principalement impliqués dans l'absorption et la métabolisation des ITK étudiés : inducteurs et inhibiteurs du CYP3A4 pour les 2 molécules, pour l'ibrutinib le CYP2D6 et les médicaments modifiant le pH gastrique (solubilité pH-dépendante) et pour l'idelalisib les inhibiteurs d'aldéhyde oxydase et de la P-gp. Les sources documentaires utilisées sont les bases de données médicaments (Vidal, Thériaque, ANSM) et une recherche bibliographique.

Résultats

Au total 124 dossiers ont été analysés. 70 patients sont traités par ibrutinib, 54 par idelalisib. Le sex ratio était de 1.95, l'âge moyen 70 ans [31;89]. 88.7 % des patients avaient au moins un traitement associé à l'ITK [médiane à 3.5 comédications par patient]. Au total 49.5 % des patients ayant une comédication sont concernés par une interaction. Un inhibiteur CYP3A4 a été retrouvé chez 29,1 % de ces patients. Chez ceux traités par ibrutinib, 37.5 % recevaient un médicament modifiant le pH gastrique. 17.9 % un inhibiteur de CYP2D6 Chez les patients traités par idelalisib, 38.9 % recevaient un inhibiteur de la P-gp 7.4 % un inhibiteur d'aldéhyde oxydase.

Discussion

Cette étude de prévalence montre que près d'un patient sur 2 est concerné par une interaction médicamenteuse. Ceci souligne l'importance de réaliser l'analyse du risque d'interaction lors de l'initiation d'un traitement par ibrutinib ou idelalisib. On ne connaît pas l'impact clinique de ces interactions, le suivi thérapeutique pharmacologique de ces ITK permettrait de quantifier leur impact sur les concentrations plasmatiques.

Mots-clés :

Interaction médicamenteuse, Chimiothérapie orale, Hématologie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATIONS AFFICHÉES
HOIPHARM CLERMONT-FERRAND 2016

Circuit du médicament

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 1

Titre :

Dispensation nominative automatisée dans un service de chirurgie : est-ce rentable ?

Auteurs :

Perrin C., Sanchez R., Brocque O., Chaudoreille M.

CH Aix

Résumé :

Contexte

Notre Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) réalise actuellement une dispensation quotidienne nominative automatisée (automates Mach4®) pour 263 lits de médecine et hebdomadaire pour 64 lits de longs séjours.

Objectifs

Le but de cette étude est de déterminer s'il est rentable en terme de renouvellement des prescriptions de réaliser une dispensation automatisée pour un service de chirurgie.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective comparative sur différents services de soins qui s'est déroulée sur quatre semaines consécutives. Les services choisis ont été :

- L'urologie pour la chirurgie
- La cardiologie et la rhumatologie pour représenter les services de médecine
- Le moyen séjour et l'EHPAD pour les services de longs séjours.

Pour les services déjà automatisés nous avons analysé quotidiennement le nombre de nouvelles lignes de prescription et identifié parmi elles, le nombre de sachets correspondants qui auraient pu être produits par l'automate. De plus nous avons comptabilisé le nombre de patients entrants par jour.

Pour l'urologie, nous avons en plus évalué le nombre total de sachets à produire si la dispensation se faisait à l'automate, ainsi que le temps de préparation manuelle des piluliers.

Résultats

Ces données nous ont permis de calculer pour chaque service le pourcentage de sachets correspondant aux nouvelles lignes de prescription par rapport au nombre moyen de sachets/j. Ce paramètre représente donc la part de sachets qui chaque jour n'est pas produite par l'automate et donc théoriquement manque au service de soin.

Ce pourcentage est de 55 % pour la cardiologie qui a le plus élevé. Ensuite vient l'urologie avec 27 %, puis la rhumatologie avec 17 % et enfin comme attendu les services de longs séjours avec 11 % pour le moyen séjour et 4 % pour l'EHPAD. Ces chiffres sont corrélés au turn-over des patients car plus de 39 % des patients de cardiologie sortent chaque jour du service contre 29 % pour l'urologie, 10 % pour la rhumatologie et moins de 3 % pour le moyen séjour.

En extrapolant les durées de production obtenues pour les services déjà automatisés, nous pouvons estimer que le temps pour l'urologie serait de 14 min en semaine contre 35 min actuellement.

Conclusion

Le turn-over des prescriptions du service d'urologie est important mais comparativement aux services de médecine étudiés, nous pouvons envisager la dispensation automatisée de ce service. Un gain de temps de préparation est attendu, mais également des bénéfices importants pour le service de soin.

Mots-clés :

Automatisation, Chirurgie, Rentabilité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 2

Titre :

Valoriser le suivi des consommations par la création d'un indicateur de bon usage des benzodiazépines (BZD) chez les personnes âgées

Auteurs :

Scarlatescu M., Marie D., Marchand M.

Hôpital Le Montaigu, Astugue

Résumé :

Contexte

L'approche processus promu par la certification V2014 repose notamment sur le suivi d'indicateur. Pour le processus de « La prise en charge médicamenteuse (PECM) », le suivi du Nombre de Doses Définies Journalière pour 1 000 journées d'hospitalisation (NbDDJ) présente un intérêt. Toutefois, ces données n'ont qu'une pertinence relative lorsqu'il s'agit d'appréhender le bon usage du médicament. Pour les benzodiazépines (BZD), les préconisations de bon usage chez les patients âgés contre-indiquent les spécialités à demi-vie longue.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de décrire la construction d'IBUZ un Indicateur de Bon Usage des BZD basé sur le suivi des NbDDJ et intégrant les recommandations de bon usage de cette famille chez les sujets âgés. Il s'agit également de présenter son suivi semestriel depuis 2008, son seuil maximal d'alerte et les actions déclenchées.

Matériel et méthodes

Les consommations sont issues des délivrances. Les NbDDJ par BZD sont calculés grâce à la dose standard quotidienne fixée par l'Organisation Mondiale de la Santé pour chaque principe actif.

La somme des NbDDJ par BZD permet d'obtenir le NbDDJ global des BZD, noté NbDDJ (BZD). Une autre somme des NbDDJ par BZD est réalisée en se limitant aux principes actifs dont la demi-vie d'élimination est supérieure à 20 heures. C'est le NbDDJ des BZD à demi-vie longue, noté NbDDJ (BZDLong).

IBUZ est le rapport NbDDJ (BZDLong) sur NbDDJ (BZD).

Créé en 2012, IBUZ a été calculé rétrospectivement jusqu'en 2008 pour fixer le seuil d'alerte.

Résultats

IBUZ est suivi sur deux services de Soins de Suite et Réadaptation, soit 73 lits. La moyenne d'âge des patients est 73 ans.

De 2008 à 2015 et à l'exception de deux valeurs, IBUZ varie entre 0,29 et 0,34. Le seuil d'alerte est fixé à 0,35. En 2013 IBUZ est de 0,38 et 0,49. Ces valeurs ont déclenché une analyse de dossiers patients et une sensibilisation des prescripteurs.

Discussion

IBUZ reflète le recours aux BZD à demi-vie longue, une valeur faible témoigne d'un bon usage global. Il figure au tableau de bord des indicateurs de la PECM et son extension à d'autres services est prévue.

Néanmoins, sa pertinence doit être améliorée en ciblant les patients de plus de 70 ans et en évaluant les consommations à partir des administrations validées par les soignants. Ces améliorations dépendent du prochain dossier patient informatisé. En outre, un suivi mensuel est attendu en vue d'accroître la réactivité du dispositif et d'utiliser IBUZ pour prioriser aux services en difficulté la promotion du bon usage des BZD.

Mots-clés :

Benzodiazépines, Sujet âgé, Évaluation de la prescription médicamenteuse

Références

[1] HAS, IPC AMI n° 3 : Benzodiazépine à demi vie longue chez le sujet âgé. (2012)

[2] Laroche ML et al. Rev Med Int,30, 592-601(2009)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 3

Titre :

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse : focus sur la gestion du traitement personnel dans les établissements de santé

Auteurs :

Alpy M., Roux C., Kinowski JM.

CHU Nîmes

Résumé :

Contexte

Dans les établissements de santé (ES), les médicaments sont à l'origine d'événements iatrogènes qui peuvent être très graves. Ces derniers surviennent principalement aux étapes de transition : entrée, sortie et transfert. Le traitement personnel (TP) du patient est défini comme l'ensemble des traitements médicamenteux en cours au moment de l'admission du patient. Sa prise en charge, dans les ES, présente la caractéristique d'être située à l'interface des activités de ville et hospitalière.

Objectifs

L'objectif de ce travail, réalisé sous l'égide de l'OMÉDIT, est de réaliser un état des lieux des pratiques dans la région concernant la gestion des TP afin d'apporter des réponses adaptées pour améliorer la sécurité des patients et la pratique des professionnels de santé.

Matériel et méthodes

Le faible nombre de référentiels disponibles militait en faveur d'un état des lieux aussi complet que possible. 1 personne a mené des entretiens pluridisciplinaires basés sur un questionnaire spécifique, qui se décompose en 8 axes (30 critères) reprenant toutes les étapes du circuit du médicament (logistique et clinique). 39 ES publics, privés et participant au service public hospitalier et 75 services de typologies différentes (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie (MCOP)) ont été sollicités. L'objectif était d'auditer au moins 10 % des 256 services de (MCOP), répartis sur l'ensemble de la région, dans le temps imparti pour réaliser cette étude (3 mois). Les résultats obtenus ont donné lieu à une analyse qui a été restituée à l'ensemble des participants.

Résultats

69 % des ES sollicités ont été audités, soit 37 services de MCOP. D'après l'analyse des résultats et les commentaires des professionnels, 4 thématiques semblent être problématiques dans le processus de gestion des TP : la réalisation de l'anamnèse des TP, l'évaluation de l'autonomie des patients et l'autonomie des patients vis à vis de leurs TP, l'utilisation des TP pendant l'hospitalisation et la réalisation de l'ordonnance médicale de sortie.

Conclusion

Au regard de la participation importante, la volonté de prendre en charge convenablement les TP est un enjeu majeur des ES de la région. L'analyse des résultats a permis de mettre en évidence les points les plus critiques et la nécessité d'optimiser les organisations en fonction de la typologie des services. Un rapport comprenant les points d'amélioration ciblés et les axes de réflexion pour un gain de sécurisation a été transmis à tous les professionnels de santé ayant collaboré à cette étude.

Mots-clés :

Circuit du médicament, Traitement personnel, Sécurisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 4

Titre :

Optimisation du circuit « chaîne du froid » au sein d'un CH multisites

Auteurs :

Bertrand A., Chmielowski M., Hubert C., Lassère B.

CH Nord Deux-Sèvres, Parthenay

Résumé :

Contexte

La pharmacie de notre établissement est répartie sur 3 sites distincts géographiquement. Cette configuration, dans le cadre des Bonnes Pratiques de Distribution, des impacts sanitaires et économiques des produits réfrigérés, nécessite une maîtrise du conditionnement et du transport des médicaments thermosensibles.

Objectifs

Les objectifs de notre étude étaient de déterminer les conditions optimales de conditionnement et de transport des produits thermosensibles entre sites afin d'élaborer une procédure.

Matériel et méthodes

Trois types de caisse (polystyrène, isotherme et plastique) de capacité équivalente et 3 modèles d'accumulateur de froid congelés (violet, bleu et blanc) de taille comparable ont été utilisés. Chaque caisse contenait un carton représentatif d'un produit de santé d'un volume déterminé, un thermomètre et un ou plusieurs accumulateurs de froid séparés physiquement du reste du contenant. Les tests ont été réalisés pendant la période estivale, dans des conditions critiques de transport des médicaments réfrigérés, et sur une durée d'exposition maximale de 4 heures.

Résultats

La température des locaux a fluctué entre 24°C et 28°C durant l'étude. Les résultats les plus concluants des différentes séries de mesures ont été obtenus avec 2 accumulateurs de froid bleus dans les caisses polystyrènes et isothermes, la température se stabilisant à 6°C. Les accumulateurs de froid blancs et violets se sont avérés inadaptés, la température étant supérieure à 8°C ou inférieure à 0°C. Les caisses plastiques ne sont pas adaptées au transport frigorifique, les températures relevées étant systématiquement supérieures à 8°C.

Conclusion

Par le biais de cette étude, des axes d'amélioration du circuit « chaîne du froid » ont été dégagés, optimisant et uniformisant le conditionnement des produits thermosensibles. Une procédure d'acheminement des médicaments réfrigérés a été instaurée suite à cet audit, préconisant l'utilisation de 2 accumulateurs de froid bleus congelés dans les caisses isothermes ou polystyrènes.

Mots-clés :

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

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 5

Titre :

Gestion des traitements personnels des patients hospitalisés : audit au sein d'un CH

Auteurs :

Bertrand A., Latouche H., Hubert C., Lassère B.

CH Nord Deux-Sèvres, Parthenay

Résumé :

Contexte

L'hospitalisation du patient dans un service de soins nécessite de gérer conjointement deux thérapeutiques : les traitements personnels (TP) et les traitements instaurés en milieu hospitalier. La gestion des TP constitue une problématique de sécurisation du circuit du médicament, pour laquelle un état des lieux a été réalisé au sein de notre établissement.

Objectifs

Les objectifs de cet audit étaient d'identifier les points faibles de la gestion des TP des patients hospitalisés et de proposer des mesures correctrices destinées à améliorer la prise en charge médicamenteuse.

Matériel et méthodes

L'étude a été menée dans 14 services de soins, de septembre à octobre 2015, à l'aide d'une grille d'audit élaborée par l'OMÉDIT régionale. Les points évalués étaient la connaissance de la procédure de gestion des TP, la présence des TP, les modalités d'utilisation des TP et la restitution des TP.

Résultats

La procédure de gestion des TP est connue de 93 % des soignants audités mais n'est jamais consultée. Les TP sont retirés aux patients entrants dans 93 % des cas, sans aucun inventaire, et 50 % de ces retraits sont notifiés dans le dossier de soins. Les TP sont conservés étiquetés dans les emballages personnels, placés dans un tiroir dédié ou une armoire fermée. Ils sont intégrés dans 57 % des cas à la prescription hospitalière et leurs administrations sont tracées dans 78 % des cas. Un support, casier ou pilulier, est utilisé pour 71 % des prises. Les TP sont restitués à 65 % des patients sortants avec une vérification de la concordance avec l'ordonnance de sortie dans 79 % des cas.

Discussion

Cet audit souligne l'absence d'appropriation de la procédure de gestion des TP par le personnel soignant. Une mise à jour et une diffusion de cette procédure aux infirmiers favoriseraient un retrait systématique des TP. Un inventaire détaillé des médicaments retirés, leur intégration dans les prescriptions hospitalières et la traçabilité de leur administration constituent des axes d'amélioration. L'intégration des TP à un support de prise est fiable mais problématique par mélange des médicaments hospitaliers et personnels. La restitution des TP et leur concordance avec l'ordonnance de sortie nécessitent d'être réévaluées avec les médecins afin d'optimiser la sortie des patients.

Mots-clés :

Traitement médicamenteux, Pratique professionnelle, Sécurité des patients

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 6

Titre :

Administration et traçabilité des Médicaments Dérivés du Sang (MDS) : état des lieux des connaissances infirmières

Auteurs :

Couderc S., David V., Penet E., Tredez S., Cerbelaud N., Famin M.

CH Guéret

Résumé :

Contexte

Les MDS sont des médicaments soumis à une réglementation spécifique imposant une traçabilité à toutes les étapes de leur circuit, notamment à l'hôpital. Une bonne connaissance de cette exigence de la part des professionnels de santé est indispensable pour garantir ce maillon de sécurisation spécifique.

Objectifs

Ce travail a pour objectif d'évaluer le niveau de connaissances des infirmiers (IDE) sur les MDS et d'identifier les principales lacunes afin de mettre en place des actions d'améliorations pratiques et ciblées.

Matériel et méthodes

Un questionnaire comportant 19 items a été envoyé nominativement aux 223 IDE de l'établissement en juin 2015. Ces items faisaient référence à des éléments concernant la réglementation des MDS, leur traçabilité, l'organisation du circuit en place dans l'établissement ainsi que les modalités et précautions d'administration.

Résultats

67 questionnaires ont été renseignés (30 % de réponse). Parmi les points forts, 97 % des IDE savent qu'il existe une traçabilité spécifique pour les MDS, 93 % connaissent la composition exacte de la dotation de MDS dans leur service, 91 % ont connaissance de l'exigence de traçabilité par numéro de lot, 81 % identifient correctement le nom de MDS à partir d'une liste proposée et 76 % maîtrisent précisément les surveillances à réaliser lors de l'administration de ce type de médicament. En revanche, parmi les points à améliorer, 45 % citent le transfuseur à la place du perfuseur comme dispositif d'administration, 49 % ne connaissent pas l'existence de la procédure institutionnelle, 41 % citent l'hémovigilance et 12 % la matériovigilance comme vigilance sanitaire des MDS et 18 % seulement savent que les données de traçabilité doivent être conservées 40 ans. Enfin, 88 % des IDE souhaitent disposer d'une information simple et pratique sur les spécificités des MDS. Pour 68 % d'entre eux, la mise à disposition d'une plaquette illustrée explicative est un outil à privilégier.

Conclusion

Le questionnaire corrigé a été envoyé nominativement à tous les IDE. Les résultats détaillés ont également été restitués à toutes les équipes lors des transmissions. Une plaquette illustrée de poche a été créée, validée institutionnellement puis diffusée et expliquée auprès des services de soins. Un staff a par ailleurs été organisé en partenariat avec la direction des soins, pour les cadres de santé, afin de les sensibiliser sur ce sujet. Enfin, un point spécifique MDS est maintenant réalisé lors des cours de pharmacologie dispensés par les pharmaciens auprès des étudiants infirmiers.

Mots-clés :

Pratique professionnelle, Médicaments dérivés du sang, Administration

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 7

Titre :

Interruptions de tâches à la pharmacie : réévaluation des actions correctives

Auteurs :

Hospice F., Sapin A., Pied H., Japel M., Venus C., Jean-Baptiste ML.

CHU Martinique

Résumé :

Contexte

Dans notre établissement, la dispensation hebdomadaire individuelle nominative (DHIN) est manuelle et centralisée. Le poste de la DHIN a été aménagé dans la salle de stock des médicaments, dans une zone dédiée mais non isolée.

Objectifs

Réévaluer l'efficacité des actions correctives dégagées, mises en place suite à une appréciation de l'importance des interruptions de tâches (IT) pendant la DHIN, et adaptées en fonction des résultats d'une première évaluation.

Matériel et méthodes

Notre travail a été mené en prospectif, en trois phases, chacune ayant duré 5 semaines. Nous avons utilisé une grille spécialement élaborée et affinée tout au long de l'étude.

Des résultats préliminaires, nous avons dégagé des actions correctives : 1-modification des modalités de mise à disposition anticipée des matières premières, 2-actualisation de la procédure DHIN introduisant de nouvelles règles (port du gilet orange, interdiction d'utiliser le téléphone personnel, et reprise au début d'une tâche interrompue), 3-transfert du poste de la DHIN dans une zone de préparation isolée, et planification à 7 heures.

Dans une deuxième phase, nous avons apprécié l'amélioration des pratiques.

Dans cette troisième phase de notre étude, nous avons adapté les mesures correctives et réévalué les pratiques.

Résultats

La durée moyenne de la préparation de la DHIN est maintenue à 2,5 heures par matinée soit un gain de 37 % de temps sur lequel les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) ont pu être redéployés sur d'autres activités.

Sur l'ensemble de la troisième phase de l'étude, 6 IT ont été tracées (contre 7 lors de la deuxième et 163 lors de la première phase) soit une diminution du nombre d'IT de 96 %. Les contrôles finaux ont mis en évidence que le nombre moyen d'erreurs relevées par matinée a été divisé par 2, puis par 3.

Un quart des tâches interrompues n'a pas été repris au début ; un briefing des PPH affectés à la DHIN sera organisé à la pharmacie.

Le port du gilet orange n'a finalement pas été accepté ; la zone a donc été sanctuarisée par un panneau avertissant « DHIN en cours, ne pas déranger ».

Conclusion

Cette démarche d'analyse de l'impact des IT a permis de sensibiliser les PPH.

Les actions correctives que nous avons mises en place et adaptées tout au long de l'étude ont amélioré la qualité du travail des PPH et contribué à la sécurisation du circuit du médicament.

En 2016, nous adapterons notre grille afin d'élargir ce travail à d'autres organisations et ainsi renforcer nos résultats.

Mots-clés :

Interruption de tâche, Circuit du médicament, Action corrective

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 8

Titre :

Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) : analyse sur 8 mois de la tenue des armoires à pharmacie dans les services de soins d'un centre hospitalier (CH)

Auteurs :

Bellegarde J., Venuat J., Rimpici C.

CH Montluçon

Résumé :

Contexte

La visite de certification de la Haute Autorité de Santé V2014 a rappelé l'obligation de réaliser des EPP sur le circuit du médicament. Le rangement et le stockage des médicaments pouvant être à l'origine d'erreurs médicamenteuses, la pharmacie du CH a décidé d'évaluer cette étape charnière.

Objectifs

Évaluer mensuellement la tenue des armoires à pharmacie dans les services de soins passés au système plein-vide (PV).

Matériel et méthodes

Un questionnaire évaluant 3 critères a été élaboré par la pharmacie selon la présence ou absence de médicaments déconditionnés (identification impossible), blisters découpés (spécialité, numéro de lot ou date de péremption non identifiables) et médicaments mélangés (dénomination commune internationale ou dosage). La présence d'un élément cote 0 et l'absence 1 ; seuls les services présentant la note maximale de 3 sont considérés comme conformes. Depuis mai 2015 les préparateurs passent chaque mois dans les services dont ils sont référents réaliser l'audit. Les services où le PV n'a pas encore été mis en place ne sont pas examinés. Si un préparateur ne peut se rendre dans un service, la note de 3 lui est attribuée. Les questionnaires sont analysés par la pharmacie et les résultats sont restitués mensuellement à l'ensemble des cadres de santé et des médecins par mail sous forme d'un tableau général.

Résultats

34 services sont évalués à ce jour. Le taux de conformité moyen pour le CH est de 64,5 %, et les taux moyens par pôle sont de 98,5 % (psychiatrie), 75,7 % (chirurgie mère-enfant), 63,5 % (médecine), 47,2 % (médecine d'urgence) et 37,6 % (gériatrie). Une baisse constante a été observée entre mai et septembre : cela s'explique en partie par les effectifs réduits dans les services l'été. Concernant la disparité entre les pôles on souligne que 10 services ne sont pas évalués faute d'armoire réorganisée par la PUI, et certains cumulent des notes maximales par absence d'évaluation. Enfin la non-conformité la plus souvent retrouvée est la découpe de blister (37,2 %) liée à l'impact de la distribution par pilulier, suivie du mélange de médicaments (18,3 %) et du déconditionnement (10,5 %).

Conclusion

Cette EPP souligne la nécessité de réexpliquer les bonnes pratiques de rangement et d'utilisation des médicaments dans les armoires afin d'éviter les erreurs médicamenteuses. Dans ce but un guide de recommandations est en cours de rédaction. Les services non évalués passent progressivement au PV, ce qui permettra d'affiner l'EPP et de comparer plus justement les résultats des différents pôles.

Mots-clés :

Stockage de médicament, Evaluation des résultats et des processus en soins de santé, Amélioration de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 9

Titre :

Erreurs médicamenteuses de préparation des semainiers en EHPAD : analyse sur 7 ans

Auteurs :

Bertrand A., Toussaint G., Kelani K., Chauffert O.

CH Rambouillet

Résumé :

Contexte

La pharmacie de notre établissement réalise depuis 2009 une Dispensation Hebdomadaire Individuelle Nominative (DHIN) sous forme de semainiers pour chaque résident de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Un contrôle pharmaceutique aléatoire de 4 semainiers et de tous les anticoagulants oraux de type anti-vitamine K (AVK) est réalisé quotidiennement. Chaque erreur identifiée entraîne le contrôle d'un semainier supplémentaire. Afin d'établir un bilan et constater l'évolution des erreurs médicamenteuses de préparation des semainiers de la DHIN depuis son instauration, un audit a été réalisé.

Objectifs

Les objectifs de cet audit étaient de quantifier sur 7 ans le nombre de semainiers produits ainsi que le nombre de semainiers contrôlés et d'évaluer les erreurs identifiées lors du contrôle pharmaceutique quotidien des semainiers.

Matériel et méthodes

L'étude a été réalisée à partir des supports papiers de contrôle quotidien, précisant le nombre de semainiers contrôlés ainsi que les erreurs identifiées. Le nombre annuel de semainiers produits a été évalué à partir de la capacité maximale d'accueil de l'EHPAD.

Résultats

De 2009 à 2015, 58 240 semainiers ont été produits et 13 429 semainiers ont été contrôlés soit 23 % de contrôles. Les erreurs identifiées étaient en moyenne de 168 par an, avec une décroissance continue de 2009 (202 erreurs identifiées) à 2015 (105 erreurs identifiées). Les différentes erreurs identifiées par ordre de fréquence étaient : ajout inapproprié de médicament (2,7 %), erreur sur l'identité du patient (3,8 %), inversion de médicament (4,4 %), erreur d'AVK (9,7 %), erreur de durée de traitement (11 %), oubli de médicament (22,4 %) et erreur de posologie (46 %).

Discussion

Une réduction significative des erreurs de préparation des semainiers a été mise en évidence par cet audit. La survenue d'erreurs médicamenteuses est progressivement limitée par un contrôle pharmaceutique quotidien et une amélioration continue à la préparation des semainiers. Les erreurs de posologie apparaissent les plus fréquentes, impactant le dosage des médicaments, le nombre de comprimés, les jours et les horaires de prise. Elles nécessiteront un suivi plus approfondi du pharmacien et du préparateur en pharmacie et impliqueront un contrôle ultérieur afin d'étudier leur évolution.

Mots-clés :

Etablissements d'hébergement médicalisés pour personnes âgées, Suivi pharmaceutique, Erreurs de médicaments

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 10

Titre :

Antibiotique injectable, quid du solvant ?

Auteurs :

Peus E., Barcelo C., Duplissy E.

CH Perpignan

Résumé :

Contexte

En accord avec le plan antibiotique 2011-2016 le centre hospitalier s'est doté d'une liste d'antibiotiques protégés dont neuf sont injectables.

Objectifs

L'objectif de notre étude est d'établir un état des lieux des prescriptions des antibiotiques protégés injectables au sein de notre hôpital.

Matériel et méthodes

Le choix et le volume du solvant d'administration sont étudiés pour chaque prescription. Nous avons réalisé un premier audit en examinant 87 prescriptions d'antibiotiques protégés injectables entre novembre et décembre 2015. Le sex ratio de l'échantillon est 50/50, l'âge moyen de 71 ans. Un deuxième audit a été mené auprès de 48 IDE (infirmières diplômés d'état) qui ont dû se positionner face à des prescriptions où le solvant n'était pas mentionné.

Résultats

Les antibiotiques à dispensation contrôlée les plus prescrits sont : Piperacilline tazobactam (24 %), Vancomycine (21 %) et Imipenem (17 %). Parmi les unités de soins concernées, on retrouve en tête l'Hématologie-oncologie (27 %) suivi de la Néphrologie (20 %) et du service des Maladies Infectieuses (16 %). Concernant les résultats, 35 % des ordonnances ne sont pas conformes : prescription erronée (9 %) ou absence (26 %) du solvant d'administration.

Ce dernier chiffre atteint 90 % si on se réfère uniquement aux antibiotiques injectables non paramétrés informatiquement. 18 % des IDE téléphonent à la pharmacie pour connaître la nature et le volume du solvant manquant. 52 % des IDE recherchent l'information manquante sur la banque informatique Claude Bernard, 12 % sur les fiches pratiques d'utilisation des anti-infectieux injectables élaborées par la pharmacie en collaboration avec la COMAI (commission des anti infectieux) de l'établissement. Enfin 18 % des IDE avouent utiliser du chlorure de sodium isotonique sans vérifier la compatibilité avec l'antibiotique prescrit.

Conclusion

Ces résultats soulignent la nécessité d'agir en amont de la prescription. Le paramétrage informatique des schémas d'administration va s'étendre à tous les antibiotiques protégés. Au travers de réunions, nous allons sensibiliser les internes et les séniors sur l'importance d'associer le bon solvant au bon volume lors de toute prescription injectable. Optimiser la prescription va permettre de sécuriser l'administration et de réduire ainsi la iatrogénie médicamenteuse.

Mots-clés :

Antibiotique, Analyse, Sécurité

Références

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

[2] 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](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 11

Titre :

Clonazépam par voie orale : un médicament au cœur d'un mésusage

Auteurs :

Peus E., Barcelo C., Duplissy E.

CH Perpignan

Résumé :

Contexte

Depuis 2008, le Clonazépam oral fait l'objet d'un plan de gestion des risques, suite à des prescriptions hors AMM (autorisation de mise sur le marché) et à un usage détourné de la molécule. Compte tenu de ces abus et d'un trafic d'ordonnances important, la prescription s'effectue sur ordonnance sécurisée pour une période maximum de douze semaines. En 2012 les indications ont été restreintes à l'épilepsie. La prescription initiale tout comme le renouvellement annuel, sont réservés aux neurologues et aux pédiatres.

Objectifs

L'objectif de notre étude est d'établir un état des lieux des prescriptions de Clonazépam oral au sein de notre hôpital.

Matériel et méthodes

Nous avons choisi la revue de pertinence, méthode recommandée par la HAS (haute autorité de santé). Notre étude s'est déroulée de septembre à décembre 2015, dans les unités de soins informatisées de l'établissement. Nous avons évalué les dossiers de soixante patients sous Clonazépam oral au regard de l'indication.

Résultats

40 % des patients ont entre 20 et 60 ans, 46 % entre 60 et 80 ans et 14 % plus de 80 ans. Le sex-ratio est de 50 %. Les gouttes buvables représentent 62 % des prescriptions étudiées contre 38 % pour les comprimés.

72 % des prescriptions étudiées ont des indications hors AMM : douleurs neuropathiques (44 %), anxiété (27 %), acouphène (1 %)

28 % seulement des prescriptions sont en adéquation à l'indication de l'AMM : l'épilepsie. La forme galénique privilégiée est le comprimé (70 %).

Si l'on se réfère aux tranches d'âge, 25 % des ordonnances sont conformes à l'indication pour les patients entre 20 et 60 ans, 21 % pour ceux entre 60 et 80 ans et 62 % pour ceux de plus de 80 ans.

Conclusion

Ces résultats montrent que des actions correctives doivent être mises en œuvre sans tarder. La sécurisation de la prescription du Clonazépam oral va s'accompagner d'un rappel de la réglementation en CME (commission médicale d'établissement) et en conseil de pôle. Une fiche de bon usage sera réalisée et diffusée à l'ensemble des soignants de l'établissement. Un formulaire informatique avec mention de l'indication sera associé à la prescription. Un suivi prospectif des prescriptions permettra quant à lui, d'apprécier l'impact des mesures entreprises.

Mots-clés :

Clonazépam, Risque, Pertinence

Références

[1] Clonazepam. The American Society of Health. System Pharmacists. Retrieved Aug 15, 2015.

[2] Benzodiazepines in epilepsy : pharmacology and pharmacokinetics Riss J, Cloyd J, Gates J, Collins S. Acta Neurol Scand 2008;118:69-86

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 12

Titre :

Dispensation individuelle nominative : passage à l'automatisation

Auteurs :

Duceau J.¹, Michel G.², Plocco P.¹, Hermelin-Jobet I.¹

¹ CHR Orléans

² CH Jacques Monod, Le Havre

Résumé :

Contexte

La construction d'un nouvel hôpital a été l'occasion de réorganiser le circuit du médicament. Le développement de la Dispensation Individuelle Nominative (DIN) dans les services de soins, initiée manuellement jusqu'ici, a été l'objet d'un projet d'automatisation. 2 modes de DIN ont été envisagés : la DIN journalière dans 23 services de médecine et chirurgie et la DIN bihebdomadaire dans les services de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), EHPAD et centre pénitencier. L'acquisition d'automates de dispensation s'est avérée essentielle pour mettre en place ce projet et a été actée par la Direction Générale lors des premières réflexions sur le nouvel hôpital dès 2005.

Objectifs

Déterminer quels types d'automates sont les plus adaptés aux besoins du déploiement de la DIN dans les services de soins.

Matériel et méthodes

L'analyse de la typologie des services, la fréquence des modifications de prescription, la durée moyenne de séjour et la consommation en médicaments a permis de décider de l'automatisation à prévoir pour deux types de services. Le choix final des automates a abouti suite à des visites sur sites et l'analyse des appareils et offres présentés par les sociétés.

Résultats

2 systèmes d'automatisation ont été retenus : un automate de surconditionnement pour les services de médecine et chirurgie à courts séjours à fort taux de changement de traitement et 2 automates de reconditionnement pour les services de SSR, EHPAD et centre pénitencier à prescriptions plus stables. L'automate ACCED 220[®] (société ECO-DEX[®]) surconditionne les médicaments en doses unitaires, a une grande capacité de stockage et permet la gestion des retours des doses surconditionnées non administrées. So, utilisation requiert une présentation des produits en blister et un réapprovisionnement après production. Il nécessite une surface au sol d'environ 100 m². Les automates JV-280[®] et JV-208[®] (société HD MEDI[®]) ont un coût 10 fois inférieur. Ils reconditionnent les médicaments déconditionnés, permettent l'utilisation de produits présentés en vrac ou en blister, un fractionnement des doses, un réapprovisionnement en cours de production, et nécessitent une surface d'environ 40 m² pour une capacité de stockage limitée. Leur utilisation requiert l'organisation du déconditionnement, des péremptions raccourcies à 2 mois et exclut la gestion des retours.

Conclusion

Le choix de disposer de 2 systèmes d'automatisation nous a semblé le plus pertinent pour répondre aux typologies des différents services avec un investissement financier raisonnable.

Mots-clés :

Automatisation, Dispensation, Médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 13

Titre :

Délivrance Nominative Automatisé et Centralisé : gagner en productivité sans perdre en qualité de service ?

Auteurs :

Castanie I., Mouls M., Rubira L., Barsagol T., Desplechain M., Vitale G., Beaugrand N.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

Notre service de Délivrance Nominative Automatisée et Centralisée (DNAC) approvisionne 14 services (320 lits). Une réorganisation afin de gagner en productivité est nécessaire pour permettre la distribution de 750 lits. Aujourd'hui, l'approvisionnement des services se fait via deux réassorts par jour : un réassort dit de « production » délivrant la totalité des doses prescrites jusqu'à l'heure de réassort, et un réassort dit de « modification » permettant la délivrance des doses prescrites plus tardivement, et qui ne sont pas présentes dans la dotation. Ce second type de réassort permet d'augmenter la qualité de la prestation en augmentant le taux de service, mais présente une faible productivité.

Objectifs

Nous avons cherché à supprimer le réassort de modification, afin de gagner du temps de production pour les futurs services, sans pour autant impacter la prestation accordée aux services actuels. Pour cela, le profil des horaires de prescription de chaque service a été établi, dans le but de définir un horaire unique de réassort correspondant au besoin du service.

Matériel et méthodes

Pendant 3 semaines, un relevé manuel des horaires de prescription et des médicaments dans les logiciels Disporao® et Orbis® a été réalisé sur les services actuellement distribués. Les données ont été analysées sur Excel®.

Résultats

En supprimant les réassorts de modification sans changement d'horaire du réassort de production, le taux de service moyen obtenu bascule de 98.9 % [97.0 % ; 99.9 %] à 96.8 % [89.7 % ; 99.9 %]. Afin de garantir une qualité de service acceptable (taux de service > 97 %), nous avons changé l'horaire du réassort de production pour 6 des 14 services. Pour un service, l'horaire est avancé ; pour les 5 autres, il est reculé. Ces changements n'impactent pas la plage horaire d'ouverture de la DNAC. Le taux de service moyen est alors évalué à 97.7 % [97.0 % ; 99.9 %] ; en parallèle, le nombre de lignes de traitements sorties quotidiennement par l'infirmière de sa dotation quotidienne (mais non nécessaire) est passé de 9.64 [0.7 ; 24.5] à 7.4 [0.7 ; 13.1]. En production, cette évolution libère 18 h hebdomadaires, permettant la prise en charge future de nouveaux services.

Conclusion

Cette réorganisation entraîne au niveau du service une faible réduction du taux de service, mais en contrepartie une diminution du nombre de doses sorties par l'IDE de sa dotation. Côté pharmacie, le gain de temps engendré par la suppression du réassort de modification permettra d'augmenter le nombre de services en délivrance nominative.

Mots-clés :

Systèmes de distribution des médicaments en doses unitaires, Continuité du traitement médicamenteux, Distribution en pharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 14

Titre :

Intérêt du cadencement des commandes dans la gestion de stock : retour d'expérience

Auteurs :

Essoufi S., Cossardeaux S., Combes A., Rivat ML., Berlioz J., Duchaussoy A.

CH Annecy-Genevois

Résumé :

Contexte

Dans une démarche de rationalisation de la gestion de stock nous avons mis en place en avril 2015 le cadencement des commandes de produits pharmaceutiques, comme outil de gestion, concernant dans un premier temps, uniquement les médicaments.

Objectifs

L'objectif principal du cadencement des commandes est la diminution du nombre de celles-ci afin de réduire le coût associé au processus d'approvisionnement. L'objectif secondaire est de fluidifier et lisser le processus d'approvisionnement des produits pharmaceutiques et d'éviter les ruptures.

Matériel et méthodes

Avant de mettre en place cet outil, il a fallu évaluer les besoins, par rapport à la consommation de médicaments des unités de soins de l'année précédente. Le réapprovisionnement se fait donc avec des quantités fixes et à une date définie. Le cadencement couvre la consommation pour un mois. Le cadencement des commandes a été mis en place pour 22 fournisseurs de médicaments. Il s'agit essentiellement de laboratoires pharmaceutiques dont les médicaments sont prescrits régulièrement en grande quantité dans l'établissement.

Résultats

Après 6 mois de mise en place, nous avons pu analyser les points forts et les points faibles de cet outil. Le principal point fort est l'atteinte de l'objectif à savoir la diminution du nombre de commandes passées pour 55 % des fournisseurs cadencés.

Le principal point faible est la difficulté qu'a eu l'équipe à s'approprier ce nouvel outil de de gestion.

En effet, pour 54 % des commandes passées, les quantités commandées sont inférieures aux quantités théoriques. Pour 26 % des commandes, les quantités commandées sont supérieures aux quantités théoriques. Et enfin seulement 20 % des commandes ont été passées en respectant le principe de cadencement. Ce principe implique un réel changement de pratiques des préparateurs en pharmacie et nécessite une réelle confiance en l'outil, ce qui n'a pas été le cas cette année.

Conclusion

Nous avons réalisé un premier bilan sur le cadencement des commandes. Cet outil est intéressant mais bouscule les habitudes des préparateurs en pharmacie et ce changement de pratiques prend du temps. Cette étude réalisée pendant une durée de 6 mois va être poursuivie afin de s'assurer de la robustesse de l'outil.

Notre objectif pour 2016 est de faire respecter le principe de cadencement pour l'intégralité des quantités cadencées, d'observer une réduction significative du nombre de commandes par fournisseur cadencé et d'étendre cet outil au domaine des dispositifs médicaux stériles.

Mots-clés :

Equipements et fournitures hospitaliers, Audit gestion, Stockage de médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 15

Titre :

Dispensation nominative automatisée en pédiatrie : bénéfices illusoire ou réels ?

Auteurs :

Monnier MA., Dassy A., Thiriat N., Poullain S.

CHI Créteil

Résumé :

Contexte

Actuellement, une dispensation journalière individuelle nominative (DJIN) manuelle est effectuée pour 2 services de pédiatrie (27 lits) occupant 2 préparateurs pour 5 heures de travail quotidien. Une réflexion sur l'automatisation de cette DJIN par la PUI (Pharmacie à usage intérieur) est en cours.

Objectifs

L'objectif est d'évaluer l'impact de l'organisation d'une DJIN automatisée sur l'organisation actuelle en comparant 2 fournisseurs d'automates : Swisslog et Eco-dex. La DJIN en pédiatrie est plus complexe de par la multitude des formes pharmaceutiques à administrer.

Matériel et méthodes

L'analyse a porté sur les prescriptions des 2 services de pédiatrie de janvier 2015 et juin 2015 représentant au total 1 956 et 1 500 lignes de prescriptions. Pour chaque ligne, sont relevés le nom de la spécialité, la forme galénique et le nombre d'unités de prises. Les pourcentages d'unités de prises automatisables sont déterminés en fonction des données des fournisseurs.

Résultats

Les 923 prescriptions totalisent 10 026 unités de prises. Eco-dex permet d'automatiser les formes orales sèches hormis les sachets. 34.5 % des unités de prises sont automatisables : 32.5 % en janvier et 36.8 % en juin. Swisslog intègre l'ensemble des formes orales sèches, certaines formes injectables et de nombreuses autres formes. 73.5 % des unités de prises sont automatisables : 73.1 % en janvier et 73.9 % en juin. 179 spécialités médicamenteuses sont retrouvées dans les 923 prescriptions analysées. 67 peuvent être intégrées et dispensées avec Eco-dex contre 107 avec Swisslog.

Discussion

Swisslog a l'avantage sur Eco-dex de prendre en charge certaines formes injectables (flacons) et les sachets. En pédiatrie, ces 2 formes représentent respectivement 11.6 % et 25.2 % des unités de prises. Dans notre établissement, avec l'automatisation de la DJIN, on peut estimer qu'un préparateur suffirait pour la préparation des doses unitaires des formes buvables ainsi que pour le contrôle et la gestion des doses unitaires préparées par l'automate. Le préparateur libéré pourrait être réaffecté à la gestion de l'automate.

Pour les critères analysés, l'automate de chez Swisslog apparaît supérieur à celui de la société Eco-dex pour une DJIN en pédiatrie. Cette étude est une argumentation pour le choix d'un automate de dispensation nominative à l'échelle de l'établissement.

Mots-clés :

Pédiatrie, Dispensation, Automatisation

Références

Données des sociétés Swisslog et Eco-dex

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 16

Titre :

Constitution de la base de données photographique des formes orales sèches dispensées dans un centre hospitalier de proximité

Auteurs :

Thevenot S., Laurent E., Demange C.

CH Remiremont

Résumé :

Contexte

Le logiciel d'aide à la prescription (LAP) de notre établissement permet d'associer à chaque fiche produit une photographie. Mais aucune base de données photographique (BDP) nationale n'est spécifiquement prévue pour illustrer pour chaque médicament la forme galénique qui lui correspond.

Objectifs

L'objectif de notre travail est de créer une BDP des formes orales sèches (FOS) disponibles dans notre établissement pour aider tous les professionnels de santé, acteurs du circuit du médicament. Cette BDP n'a pas pour objectif l'identification des médicaments en cas d'intoxication, mais de pouvoir vérifier qu'un médicament retrouvé près d'un patient appartient ou non à son traitement.

Matériel et méthodes

Tous les médicaments FOS, au livret thérapeutique de l'établissement sont photographiés avec un appareil numérique permettant la macrophotographie avec flash. Les deux faces et le profil des comprimés sont positionnés sur un repère orthonormé permettant d'appréhender la taille réelle et les gélules sur leur côté descriptif. Les deux faces du blister ou le conditionnement vrac, sont aussi photographiés, afin de bien identifier le produit. Toutes les photos sont ensuite traitées pour en réduire le poids informatique, et les différentes vues sont assemblées pour ne faire qu'une seule image, déposée ensuite sur la fiche produit dans le LAP (PHARMA de Computer Engineering). Deux logiciels de gestion photographique sont utilisés, GIMP pour retoucher et XnView pour découper et monter les images.

Résultats

524 FOS sont photographiées pour 53 Go de stockage. Les unités sont prélevées sur le stock de la pharmacie, en plusieurs exemplaires ou en seul selon le prix unitaire, dans ce cas le même comprimé est photographié plusieurs fois et les images assemblées avant d'être traitées. Les stupéfiants sont exclus de ce travail à cause de leur comptabilité exigeante. Toutes les photos sont accessibles par l'intermédiaire de PHARMA sur la ligne de prescription, par la fiche produit, que ce soit pour les prescripteurs, les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie ou les infirmières. Le temps nécessaire à la création de cette base a été de 83 h 30 pour un étudiant en pharmacie.

Conclusion

La création de la base de données photographique a demandé rigueur, méthode et temps. Un mode opératoire et une procédure sont rédigés pour la mise à jour, en fonction des nouveautés introduites au livret. Il est dommage qu'une telle BDP n'existe pas au niveau national pour faciliter le travail de l'ensemble des acteurs du circuit du médicament.

Mots-clés :

Base de données, Photographie, Forme orale sèche

Références

Robertson O.W. Canadian Medical Association Journal, Vol. 99: 626 (1968) Coll. Moniteur Pharmacies, (2630) (2006) Coll. CNHIM therinfo/newsletter-theriaque-info-39.html

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 17

Titre :

Comment agir sur les comportements de sécurité des professionnels du circuit du médicament ?

Auteurs :

Paulmier B., Lisfi A., Fauque L., Teil J., Breton P., Chevet-Doucet S., Laot G.

CH Saumur

Résumé :

Contexte

Peu d'études existent sur le lien entre culture de sécurité des soins et sécurité des soins. Il n'existe pas d'outil national pour apprécier les comportements de sécurité des professionnels de santé dans la prise en charge médicamenteuse (PECM).

Objectifs

L'objectif est triple :

- évaluer les comportements de sécurité de professionnels para-médicaux (IDE, IDE spécialisés, manipulateurs d'électroradiologie) et des sages-femmes dans la prise en charge médicamenteuse du patient
- sensibiliser aux attitudes sécuritaires et à la déclaration des événements indésirables médicamenteux
- améliorer les comportements individuels

Matériel et méthodes

Le projet est porté sur 18 mois par une équipe associant responsable du système qualité de la PECM, pharmacien, directeur des soins adjoint.

Il consiste à administrer un questionnaire d'enquête anonyme aux professionnels visés par l'enquête.

Il s'appuie sur l'approche « comportement sécurité » identifiée par l'Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle et comporte 50 questions construites autour des comportements :

- de conformité aux protocoles et règles de sécurité
- aux différentes étapes du circuit du médicament
- d'initiative sécurité et signalement des situations dangereuses

Conçu par l'équipe projet puis évalué par 5 IDE volontaires, il est administré sous format papier sur une période limitée à trois semaines. Les questionnaires renseignés sont saisis et analysés dans le logiciel SPHINX.

Une communication institutionnelle est mise en place (lancement, résultats).

Résultats

Le taux de réponse important (73 %), favorisé par l'anonymat et le soutien de la direction des soins, varie par catégorie de 69 % (IDE) à 100 % (IDE Spécialisés).

Le diagnostic permet d'identifier onze thématiques à améliorer, dont des risques prioritaires du compte qualité : retranscription, prescriptions orales, traçabilité de l'administration en temps réel. Des réunions de service thématiques et des groupes de travail sont prévus en 2016.

La promotion des attitudes sécuritaires (No Go, communication sécurisée..) et des barrières de sécurité (contrôle de concordance, lecture attentive) ont fait l'objet de 9 sessions de restitution auxquels 62 % des professionnels ont assisté.

Conclusion

La démarche participative a mobilisé le personnel (enquête et restitution) permettant un diagnostic représentatif des pratiques déclarées et d'établir un plan d'évolution. Une seconde évaluation est envisagée dans 2 à 4 ans ainsi qu'une extension aux prescripteurs et professionnels aidant à la prise.

Mots-clés :

Comportement, Sécurité, Médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Suivi des indicateurs d'activité en pharmacie hospitalière : un outil simple pour mieux communiquer

Auteurs :

Le Corvaisier C., Gervaise C., Martin J., Leromain AS., Hellot-Guersing M., Gadot A., Derharoutunian C., Jarre C., Roubille R.
CH Lucien Hussenel, Vienne

Résumé :

Contexte

Les évolutions du financement et de l'organisation des établissements de santé (ES) incitent chaque structure à un suivi rapproché d'activité. L'utilisation d'indicateurs d'activités (IA), comme décrit le Guide des indicateurs en pharmacie hospitalière de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), peut aider à valoriser les actes et les processus d'une pharmacie à usage intérieur (PUI).

Objectifs

L'objectif de ce travail est de créer un outil dynamique permettant de centraliser des indicateurs pertinents d'activité pour notre PUI. Cet outil doit être facile à compléter, refléter nos activités en temps réel, et se substituer aux bilans d'activités réalisés isolément pour chaque secteur.

Matériel et méthodes

Une réflexion menée auprès des pharmaciens et du cadre de santé a permis de sélectionner des IA prioritaires pour notre PUI parmi ceux du guide de la SFPC. Puis les différentes sources de données permettant l'extraction de ces indicateurs ont été répertoriées : logiciel de gestion des stocks (Copilote®), logiciel de gestion économique et financière (Hexagone®), base de données Act-IP® et autres progiciels pharmaceutiques.

Résultats

L'outil se présente sous forme d'un tableau Excel® complété mensuellement, et pré-paramétré pour obtenir des diagrammes comparatifs instantanés reflétant l'évolution des IA dans le temps. Il comporte un onglet pour chacune des 5 thématiques définies comme prioritaires :

- Approvisionnement (nombre de lignes de médicaments et de dispositifs médicaux stériles réceptionnés, poids des colis...)
- Dispensation dans les unités de soins (nombre de lignes dispensées, détails par type de dispensation...)
- Analyse pharmaceutique des ordonnances (nombre d'ordonnances et de lignes validées, taux d'interventions pharmaceutiques, pourcentage d'acceptation...)
- Préparation et dispensation des chimiothérapies (injectables et orales)
- Rétrocession (nombre de patients, d'ordonnances,...).

Conclusion

Ce travail a permis de construire un outil adapté aux besoins de notre établissement, pour rendre compte et valoriser les activités de la PUI. Il a déjà été utilisé pour communiquer à propos de ces différentes activités au sein de notre ES. D'autres thématiques d'IA en lien avec d'autres secteurs d'activité de la PUI seront ajoutées prochainement, et une réflexion pour automatiser l'incrémentation des données est en cours, afin de faciliter encore davantage le suivi de ces indicateurs.

Mots-clés :

Base de données, Indicateur, Pharmacie d'hôpital

Références

Société Française de Pharmacie Clinique, Indicateurs en pharmacie hospitalière, 3^{ème} version (2014).

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 19

Titre :

Un guide pour sécuriser la préparation des piluliers dans les EHPAD avec PUI

Auteurs :

Egon C., Figueiredo E., Boudet A., Lanoue MC., de Bouët du Portal H.

OMÉDIT Centre-Val de Loire

Résumé :

Contexte

Le circuit du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec pharmacie à usage intérieur (PUI) comprend plusieurs étapes allant de la prescription à l'administration des médicaments aux résidents.

Les étapes de stockage, distribution, préparation, dispensation et d'aide à la prise des médicaments comportent des risques potentiels pour le résident liés aux nombreux intervenants qui interviennent dans la prise en charge médicamenteuse.

Objectifs

A la demande de plusieurs établissements, un guide d'aide et de recommandations destiné à tous les professionnels de santé préparant des piluliers a été réalisé dans l'objectif de sécuriser les étapes de préparation des médicaments au sein des EHPAD avec PUI.

Matériel et méthodes

Un groupe de travail régional a réalisé le guide d'aide à la préparation de piluliers qui a été validé au niveau régional.

Ce guide donne des préconisations concernant le contenu, la traçabilité, le stockage, le retour et l'hygiène des piluliers et des conseils utiles aux choix des piluliers. Il apporte des recommandations sur le lieu, l'organisation, le moment de préparation et le contrôle des piluliers.

Résultats

La réalisation de ce guide apporte des notions clés de bonnes pratiques et permet de valider certains principes de préparation de piluliers. La liste de médicaments pouvant être préparés dans les piluliers doit être définie et validée par l'établissement. Tout médicament doit rester identifiable jusqu'à l'administration au patient et chaque pilulier doit être identifié (en plus de l'étiquette d'identification du résident).

Il est recommandé de définir un environnement adapté et dédié pour la préparation des piluliers et de s'organiser pour limiter les interruptions de tâches.

Chaque étape de la préparation des piluliers doit être tracée et la personne l'ayant effectuée doit être identifiée.

Le contrôle de la préparation des piluliers doit être organisé et doit porter sur un échantillon suffisant pour une analyse statistique significative. Un contrôle aléatoire et une analyse des non-conformités peuvent être effectués.

Conclusion

A partir du retour d'expériences de plusieurs établissements, il a été possible de constituer un guide consensuel régional mis à disposition des professionnels de santé. Il a pour objectif de limiter le risque d'erreurs médicamenteuses liées à la préparation des médicaments des résidents en EHPAD, en uniformisant les pratiques, les contrôles avec une attention particulière sur les étapes à risque d'erreurs.

Mots-clés :

Sécurité, Gériatrie, Pilulier

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 20

Titre :

Evaluation du respect de la chaîne du froid pour les médicaments à conserver en chambre froide, suite à la mise en place d'une nouvelle procédure

Auteurs :

Cayeux S., Feron A., Bled M., Vantighem C., Pelloquin N.

CHU Amiens

Résumé :

Contexte

Suite à l'installation de la PUI au sein d'une plateforme logistique, une nouvelle procédure relative au maintien de la chaîne du froid lors de la livraison de médicaments devant être stockés entre + 2 et + 8°C a été rédigée, afin d'assurer des conditions optimales de conservation.

Différents essais de contenants pour le transport ont été réalisés et le choix s'est porté sur des sacs isothermes garantissant le maintien de la température pendant 1 h 30.

Des fiches de traçabilité ont été mises en place pour faire le lien entre les différents acteurs impliqués dans le transfert de ces produits.

Objectifs

Le but était d'évaluer la qualité du remplissage des fiches de traçabilité et le délai de livraison.

Matériel et méthodes

Nous avons évalué les fiches de traçabilité de septembre à décembre 2015 inclus.

Elles sont remplies pour une première partie par la pharmacie (date, service concerné, heure de mise en gare d'expédition via AGV (autoguide véhicule), identité du préparateur en pharmacie responsable), pour une deuxième partie par l'agent qui livre l'Unité Fonctionnelle depuis la gare AGV (heure de livraison au service, identité de la personne ayant assuré cette livraison) et pour une troisième partie par le personnel soignant (heure de réception, identité de la personne réceptionnaire).

Résultats

259 fiches de traçabilité ont été analysées sur la période déterminée. Le remplissage des fiches de traçabilité n'est conforme (non-conforme si un item ou plus non renseigné) que dans 34 % des cas (88 fiches sur 259).

Le délai d'1 h 30 est respecté dans 56 % des cas (145 sur 259). Il n'est pas respecté dans 20 % des cas (53 sur 259). Pour 24 % (61 sur 259) il n'a pas été possible de déterminer le délai faute de renseignement.

En se basant uniquement sur les fiches de traçabilité pour lesquelles les délais sont connus, il s'avère que les délais sont respectés dans 73 % des cas (145 sur 198) et ne sont pas respectés dans 27 % des cas (53 sur 198).

Discussion

Il convient d'insister auprès des différents intervenants sur la nécessité de remplir correctement les fiches pour tous les items mais surtout pour les heures de prise en charge des médicaments « froids » (24 % non renseigné).

Le nombre de cas où le délai est connu et dépassé étant important (27 %) nous nous orientons vers l'achat de nouveaux contenants (tests en cours) garantissant un maintien de la température au-delà d'1 h 30 après avoir abandonné, pour des raisons de lourdeur logistique, l'idée de livrer les produits à conserver au frais, avant les autres médicaments.

Mots-clés :

Organisation et administration, Ressources et distribution, Economie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 21

Titre :

Audit de pratique sur le circuit des chimiothérapies : du bilan biologique à l'administration

Auteurs :

Chapet N.², Laureau M.², Thibault V.¹, Boissière M.², Lafaille F.², Knight M.², Pizon I.², Cazolive F.², Garcia Lidon K.², Marino C.², Favier M.², Cousin C.²

¹ APHP - Hôpital Paul-Brousse, Villejuif

² CHU Nîmes

Résumé :

Contexte

L'Unité de préparation des chimiothérapies (UPC) connaît un essor important d'activité (+ 77 % en 5 ans), entraînant des contraintes logistiques qui peuvent impacter la prise en charge (PEC) du patient. Un audit a été mis en place afin d'évaluer les pratiques.

Objectifs

Réaliser un état des lieux du circuit des chimiothérapies, de la réception des bilans biologiques pré-chimiothérapie jusqu'au début de l'administration.

Matériel et méthodes

Du 27 au 31 janvier 2014, un audit prospectif est réalisé selon une grille élaborée avec la direction qualité. L'évaluation porte sur le taux de bilans biologiques (BB) transmis, de validations médicales et pharmaceutiques réalisées la veille de la cure avant 15 h (heure autorisant une préparation anticipée). Le taux de préparations réalisées la veille et le délai entre la mise à disposition par l'UPC et PEC par le coursier pour acheminement en service sont évalués.

Résultats

Dix services ont été audités, 371 préparations correspondant à 203 prescriptions ont été réalisées. Une grille d'audit a été correctement saisie pour 147 d'entre elles, 56 grilles soit 28 % étant non exploitables. Parmi les 147, 16 % sont réalisées en hospitalisation complète (HC) et 85 % en hospitalisation de jour (HJ). Les résultats sont pour la veille de la cure avant 15 h : réception de 48 % des BB, validation médicale de 41 % et validation pharmaceutique de 18 % des prescriptions. Un délai moyen de 20 min (1 min à 1 h 23) est observé pour PEC de la préparation par le coursier. En HC le temps d'attente moyen du patient est de 4 h 34 avec 43 % de préparation anticipée. En HJ, ce temps est estimé à 26 min lorsque la préparation est réalisée la veille (60 % des cas), contre 1 h 56 si celle-ci est préparée le jour même.

Discussion

La mise à disposition des BB et la validation médicale la veille avant 15 h sont essentielles pour une préparation anticipée compatible avec une activité réalisée essentiellement en HJ. Plus de la moitié des préparations sont anticipées, ce qui permet une réduction du temps d'attente des patients en HJ. Depuis septembre 2015 des améliorations sont mises en place : installation de l'UPC au sein du service unique d'HJ (évitant le délai de PEC par le coursier), planification des lits d'HJ par système informatisé accessible aux pharmaciens (priorisation de la préparation en fonction de l'heure prévue de la cure). Un projet de recherche visant à faciliter le bilan pré-cure est en cours afin d'améliorer l'efficacité des étapes en amont de la préparation et favoriser son anticipation.

Mots-clés :

Audit médical, Chimiothérapie, Prise en charge d'un patient

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 22

Titre :

Qualification d'un système informatisé de monitoring des températures (SIMT) pour sécuriser la gestion des médicaments thermosensibles

Auteurs :

Mottier ML., Sommer M., Sadeghipour F.

CHUV Lausanne, Suisse

Résumé :

Contexte

les médicaments transportés et conservés sous température dirigée sont en forte croissance et leur bonne conservation est devenue un enjeu important. De nombreux systèmes informatisés de monitoring des températures (SIMT) sont disponibles sur le marché.

Objectifs

Suite à l'installation d'un SIMT dans notre établissement (parc de 595 sondes sur l'ensemble des services dont 52 à la pharmacie), l'équipe pharmaceutique a testé la qualité des réponses en conditions réelles afin de le qualifier.

Matériel et méthodes

Un échantillon de sondes réparties de manière homogène à la pharmacie ont été testés. Ces tests ont vérifié le comportement du SIMT en situation d'alarme (génération d'une alerte en cas d'alarme et respect du délai attendu). En pratique 2 types d'alertes sont utilisés : les courriels et 1 widget interactif (petit outil affichant sur l'écran les alertes du SIMT sans passer par l'interface web) utilisé notamment la nuit par la sécurité). Pour réaliser des tests standardisables, de fausses alertes ont été générées et les seuils des sondes dans le logiciel ont été modifiés en conséquence. Les données suivantes sont recueillies pour chaque sonde : l'heure de modification, l'heure de déclenchement de l'alarme sur le widget, l'heure de réception du mail et les données reçues. Le délai obtenu est comparé au délai théorique attendu de 3 min.

Résultats

Six sondes (3 environnementales, 2 dans 2 réfrigérateurs distincts et 1 de la chambre froide) ont été mises en test selon notre protocole (12 %, soit 6/52). Quatre vingt quatre pour cent des sondes (5/6) ont eu un comportement non conforme dont 4 délais non conformes. Certains courriels envoyés comportaient des heures antérieures au test. Des alarmes ont été bloquées ou supprimées par le système.

Conclusion

Après son installation, notre SIMT avait fait l'objet d'un processus de qualification (installation et opérationnelle) réalisé par le fournisseur qui n'avait pas révélé d'anomalies particulières. Seul ce test nous a permis d'identifier des défaillances sur les alarmes. Un audit du système par le fournisseur est en cours pour déterminer l'origine des failles et les corriger. En attendant la résolution des problèmes rencontrés, la sécurité n'utilise plus le widget et l'ancien système avec contact sec a été conservé.

Mots-clés :

Qualification, Sensibilité à la température, Dispositifs de sécurité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 23

Titre :

Nouvelles recommandations pour Valproate et dérivés : efficacité de la diffusion de l'information et problématiques en structure psychiatrique

Auteurs :

Nave V., Collomb B., Mangavelle J., Dessault J., Bertholle V.

CH Le Vinatier, Bron

Résumé :

Contexte

L'exposition in utero de valproate ou dérivés peut entraîner des malformations congénitales et des troubles neuro-développementaux.

L'ANSM a émis en mai 2015 de nouvelles recommandations concernant leur prescription chez les filles, femmes en âge de procréer et femmes enceintes. Leur dispensation requiert depuis le 1^{er} janvier 2016 un accord de soin signé par la patiente.

Quelles sont les difficultés rencontrées en structure psychiatrique face à ces nouvelles recommandations ?

Objectifs

Evaluer l'efficacité de l'information au sein de notre structure et les problématiques liées à ces recommandations.

Matériel et méthodes

Une note d'information a été envoyée par mail à tous les médecins en juin et décembre 2015. Les documents de l'ANSM ont été joints afin qu'ils puissent en prendre connaissance.

Chaque prescription de médicament à base de valproate et dérivés, ajoutée à la liste des médicaments à risque, est analysée. Pour toute patiente à risque, une intervention pharmaceutique (IP) est effectuée pour obtenir l'accord de soin ou la justification de son absence. Un questionnaire, destiné aux prescripteurs afin de recueillir leur point de vue et leur difficultés sur vis-à-vis de ces nouvelles recommandations, a été diffusé par les étudiants en pharmacie depuis janvier 2016.

Résultats

Au 10/02/16 : Nombre de patientes sous valproate : 62.

Nombre de prescripteurs interrogés : 32.

Modalité de connaissance des recommandations : pharmacie (59 %), ANSM (50 %), collègues (34 %), IP (16 %) et mails des étudiants (16 %).

Nombre d'accords de soin reçus : 6/62.

Nombre de justifications (pas besoin d'accord): 8/62.

Limite d'âge pour « femme en âge de procréer » : jusqu'à 55 ans pour 22 % des médecins, 60 ans pour 9 % et 65 ans pour 3 %. Pour 56 % des médecins, la limite est inférieure à 50 ans.

Conclusion

Ces recommandations, connues de tous les médecins interrogés, se heurtent à quelques contraintes spécifiques à la psychiatrie. La proportion importante de patientes sous tutelle complique le recueil des accords de soin. L'inobservance, plus fréquente dans le contexte psychiatrique, rend la prescription d'une contraception efficace délicate. Une alternative au valproate et dérivés est souvent inenvisageable car rarement le traitement de première intention. Enfin, se pose le problème de l'âge. Il est difficile de savoir quelles patientes sont concernées par ces recommandations. Une réflexion est en cours autour de l'âge à considérer ainsi que le juste équilibre entre la continuité des soins et le respect de ces recommandations.

Mots-clés :

Acide valproïque, Recommandations, Effets indésirables

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 24

Titre :

Mise en place du circuit informatisé des stupéfiants dans un Centre Régional de Lutte Contre le Cancer : de la gestion à l'administration

Auteurs :

Gaihier C., Baudoin A., Grenouilleau V., Legall N., Bégu N., Donamaria C., Stein P., Toulza E., Lortal B., Apretna E.

Institut Bergonié, Bordeaux

Résumé :

Contexte

L'informatisation des prescriptions constitue un enjeu de qualité majeur pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. La gestion et le circuit des stupéfiants échappent encore à cette règle dans de nombreux établissements de santé, où l'utilisation du support papier est encore très présente. Dans notre centre anti-cancéreux, l'abandon du circuit « papier » a été décidé par le Comité de Lutte contre la Douleur en 2010. Le pilotage de ce projet (dispensations nominatives et globales) a été confié à la Pharmacie et il s'est progressivement déployé à tous les services d'hospitalisation.

Objectifs

L'objectif est de démontrer l'efficacité et la sécurité d'un tel circuit et de s'amender des réticences liées à l'informatisation des stupéfiants.

Matériel et méthodes

Le pharmacien s'est appuyé sur les textes réglementaires (Code Santé Publique, Journal Officiel) quant à la possibilité d'utiliser l'outil informatique. Il a pris avis auprès de son Agence Régionale de Santé. L'exploitation du Logiciel d'Aide à la Prescription, la formation et l'accompagnement des utilisateurs ont permis l'implantation de ce circuit. Toutes les données nécessaires ont été prises en compte (ordonnancier, plan de cueillette de dispensation nominative, traçabilité d'administration, gestion informatique des stocks).

Résultats

Ce nouveau circuit concerne 3 services de médecine et 2 de chirurgie. La prescription du médecin sur le logiciel métier est enregistrée dans le dossier médical informatisé du patient. Chaque matin, le préparateur réalise la préparation des dispensations et la vérification des justificatifs d'administration (2 h). L'après-midi est consacrée à l'analyse et au contrôle pharmaceutique des dispensations (2 h). L'infirmier les récupère, les vérifie et les trace (10 min). L'administration informatique est effectuée par l'infirmier en temps réel. Toutes les données légales sont fournies par le logiciel de stock interfacé avec celui du circuit. L'enquête de satisfaction réalisée démontre 100 % d'approbation par les utilisateurs.

Conclusion

La mise en place du circuit informatisé a permis l'optimisation de la prescription, une analyse pharmaceutique réactive, un suivi précis des ordonnances et une traçabilité d'administration totale. Médecins et soignants ont été fortement motivés par la simplicité et la rapidité du système leur assurant un gain de temps important. Cependant, le temps pharmaceutique consacré est allongé. Vu le succès rencontré, le service de Surveillance Continue envisage ce changement de pratique.

Mots-clés :

Analgésiques morphiniques, Prescription électronique, Gestion de la pharmacothérapie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Changement de logiciel d'aide à la prescription : quel impact sur l'analyse pharmaceutique ?

Auteurs :

Swierczewski T., Roland C., Membre S., Houbert A., Saint-Germain P., Souchet C.

CH Saint-Quentin

Résumé :

Contexte

Le centre hospitalier s'est doté d'un nouveau logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié qui s'étendra en Dossier Patient Informatisé en 2017. Le développement des modules prescription et analyse pharmaceutique est la première phase de déploiement. Focus sur l'apport du nouveau logiciel sur l'analyse pharmaceutique.

Objectifs

L'objectif est de comparer l'analyse pharmaceutique de l'ancien et du nouveau LAP en mesurant des indicateurs de suivi sur un service test.

Matériel et méthodes

Sur 2 périodes de 3 semaines, la validation s'est faite 6 jours sur 7 : 2 mois avant le déploiement (ancien LAP), puis 3 mois après (nouveau LAP). Le service d'hépatogastroentérologie a été sélectionné. Les indicateurs de l'activité quantitative et qualitative de l'analyse pharmaceutique sont : durée et nombre d'ordonnances à analyser par jour, temps d'analyse par ordonnance, nombre de substitutions, nombre d'interventions pharmaceutiques (IP), taux d'acceptation à 72 h par le prescripteur. Le lien entre l'appel au prescripteur et l'acceptation de l'IP a été étudié. Des tests de comparaison statistiques (Student, χ^2 , Z-score) ont été utilisés et significatifs si $p < 0,05$.

Résultats

Il n'y a pas de différence significative de la durée moyenne de validation pharmaceutique par jour (31 vs 32 min ; $p = 0,68$). Le nouveau LAP propose moins d'ordonnances à valider par jour (11,5 vs 15 ; $p < 0,05$). Le temps moyen de validation par ordonnance est supérieur (2,8 vs 2,2 min ; $p < 0,05$). Le nombre moyen de substitution par jour a diminué (0,6 vs 3,5 ; $p < 0,05$). Le nombre d'IP réalisées a diminué avec le nouveau LAP (56 vs 123, $p < 0,05$). Il n'y a pas de différence significative du taux d'acceptation des IP en fonction du LAP (25 % vs 26 % ; $p = 0,88$). Une corrélation significative a été établie entre l'appel du prescripteur et l'acceptation de l'IP pour les 2 LAP ($p < 0,05$).

Discussion

Le paramétrage rigoureux du nouveau LAP accompagne le prescripteur. Il y a moins de substitutions et d'IP à faire. Avec l'ancien LAP, des ordonnances validées revenaient en analyse à la suite de prescriptions de soins. Avec le nouveau, seules les ordonnances médicamenteuses modifiées sont à valider. L'augmentation du temps moyen par ordonnance peut s'expliquer par une lecture différente : recherche des alertes et des produits hors-livret, action de substitution plus longue, étape d'insertion d'IP plus complète et cotée. En parallèle, la pharmacie travaille sur sa communication avec les prescripteurs pour que les IP soient mieux reconnues et acceptées.

Mots-clés :

Ordonnances électroniques, Substitution médicamenteuse, Gestion de traitements médicamenteux

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Outil de sécurisation de la prescription informatisée : les formulaires de prescription (iForms)

Auteurs :

Henry N., Loue C., Lamy A., Hilohi M., Morichon E., Onnient Y., Dieu B.

CHU Rouen

Résumé :

Contexte

L'informatisation de la prise en charge (PEC) médicamenteuse est une exigence de l'arrêté du 6 avril 2011 et du contrat de bon usage. Le programme hôpital numérique comprend un plan de développement et de modernisation des systèmes d'information hospitaliers. Dans ce cadre, le logiciel d'aide à la prescription multimodale Horizon Expert Orders (HEO) permet le développement de formulaires de prescription sur mesure (iForms) pour une prescription sécurisée en améliorant l'ergonomie du logiciel, et conforme aux bonnes pratiques.

Objectifs

Montrer l'intérêt et les possibilités des iForms pour sécuriser la prescription.

Matériel et méthodes

L'élaboration d'un iForm part d'une difficulté à l'étape de prescription de la PEC du patient. Les besoins sont identifiés en groupe de travail pluridisciplinaire (médecin, pharmacien et informaticien) afin de coordonner les besoins des prescripteurs, le bon usage des produits pharmaceutiques et les possibilités du logiciel. L'iForm peut associer médicaments/dispositifs médicaux, actes de biologie, d'imagerie et de soins, et applique un protocole institutionnel et/ou les modalités d'utilisation prévues ou recommandations nationales.

Résultats

Depuis l'introduction de l'informatisation dans l'établissement, 15 iForms ont été créés, validés institutionnellement et utilisés systématiquement par les prescripteurs.

Trois formulaires illustrent particulièrement leur intérêt :

- Prescription de perfusions : sélection du type et volume de solvant, des électrolytes et adjuvants, durée de perfusion et surveillance biologique associée.
- Prescription des examens de cardiologie interventionnelle : différents bilans biologiques, traitements médicamenteux, actes et surveillance clinico-biologique sont pré-sélectionnés pour chaque examen et ajustables par le prescripteur.
- Prescription de verrous antibiotiques pour chambre implantable ou cathéter longue durée infecté : après confirmation de l'absence de contre-indication puis sélection du germe, différents antibiotiques spécifiques sont disponibles pour une durée prédéfinie associée à une surveillance clinico-biologique.

Discussion

Les iForms représentent un moyen de sécurisation de la prescription, en améliorant l'ergonomie du logiciel, harmonisant les pratiques de prescription et facilitant l'implantation de l'informatisation dans les services de soins.

Ces iForms évoluent en fonction des recommandations ou des changements de marché. Le développement de nouveaux iForms abordera les services de chirurgie et de pédiatrie.

Mots-clés :

Système informatisé d'entrée des prescriptions médicales, Ordonnances électroniques, Systèmes d'information hospitaliers

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 27

Titre :

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

Auteurs :

Sorli S., Rousset G., Vitale G., Jouglen J., Beaugrand N., Desplechain M.

CHU Toulouse - Logipharma

Résumé :

Contexte

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.

Objectifs

Notre étude vise à évaluer l'impact de la réorganisation de la dispensation des médicaments hors GHS sur la délivrance et sur la gestion des retours.

Matériel et méthodes

Cette étude a été réalisée sur une période de 3 à 12 mois. Les délivrances et les retours de ces médicaments ont été extraits à partir de notre logiciel de gestion de stocks, Copilote®. Ces données ont été collectées dans un tableur Excel® afin d'analyser les taux de retour des unités de médicaments délivrées et le nombre de demandes de service par jour de semaine. 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

En réanimation, service bénéficiant d'une dispensation à la semaine, le taux de retour des médicaments onéreux était de 32 % sur 2 698 unités délivrées. Simultanément, en hématologie, où la dispensation était réalisée deux fois par semaine, un taux de retour deux fois moins élevé (16 %) a été observé sur 3 512 unités délivrées. Dans le service d'infectiologie, ayant bénéficié de la nouvelle organisation, soit une dispensation bihebdomadaire, le taux des retours a chuté de 23 à 16 % sur 6 000 unités délivrées en moyenne. En parallèle, des pics de délivrance ont été observés les jours de validation. Le nombre de demandes de service a diminué les 4 autres jours de semaine permettant une meilleure planification de l'activité au sein de notre plateforme (distribution, remise en stock).

Conclusion

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 :

Broyage des médicaments : quelles pratiques et connaissances des soignants ?

Auteurs :

Tafza S., Baronnet A., Pioche H., Merle MC.

CH Vierzon

Résumé :

Contexte

La cartographie des risques sur le circuit du médicament avait montré un manque d'informations sur le broyage des médicaments. La diffusion du premier livret des médicaments écrasables avait alors été réalisée dans les services de soins.

Objectifs

Trois ans après, il nous a paru intéressant de faire un état des lieux des pratiques et connaissances du personnel soignant sur ce thème.

Matériel et méthodes

Un formulaire, comportant 10 questions à réponses fermées ou ouvertes, a été élaboré. Il a été diffusé dans les services de soins à destination des infirmières (IDE) et aides-soignants, à remplir de façon anonyme.

Résultats

100 questionnaires ont été retournés à la pharmacie. 45 % étaient remplis par les IDE ; 55 % par les AS. 91 % ne portent jamais de protection lors du broyage des médicaments ; 8 % parfois. La protection la plus utilisée est le port de gants. Les dispositifs utilisés pour écraser les comprimés sont les broyeurs (type Silent Knight, Tookan) pour 37 % ; les écrases comprimés à pas de vis pour 48 % et le mortier avec pilon pour 15 %. 81 % nettoient systématiquement le dispositif de broyage entre chaque patient ; 12 % entre chaque médicament. 87 % des personnes écrasent les différents comprimés ensemble. 47 % des personnes disent qu'elles n'ont pas de document d'aide pour le broyage des médicaments. Pour les personnes qui connaissent le livret des médicaments écrasables, elles le jugent très utile pour 30 % ; indispensable pour 20 %. 34 % n'ont pas répondu à cette question. 45 % des personnes signalent aux médecins que le patient a des difficultés à avaler, permettant ainsi une réévaluation du traitement. Les 2 dernières questions évaluaient la connaissance générale des soignants sur les médicaments écrasables. A la première question, 15 % des personnes répondent qu'un médicament sécable est écrasable. A la seconde question, 24 % ont identifié les 2 médicaments écrasables parmi les 5 médicaments listés.

Conclusion

Cet audit a permis de mettre en évidence que le personnel soignant manquait toujours d'informations sur ce sujet. Aussi, une fiche synthétique a été créée par une IDE et une préparatrice en pharmacie pour sensibiliser les soignants au bon usage et risque du broyage. Elle a été diffusée au format A3 pour affichage dans tous les services de soins. Ensuite, le livret des médicaments écrasables a été mis à jour et également envoyé dans tous les services de soins. Enfin, une réflexion est en cours pour généraliser l'utilisation de broyeurs type Silent Knight ou Tookan dans tous les services de soins.

Mots-clés :

Administration, Médicament, Information

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etat des lieux des prescriptions d'infliximab depuis l'arrivée du biosimilaire

Auteurs :

Thomas J., Pouyaban C., Chafaie R., Morell M., Rosant D., Seron A.

CHRU Montpellier

Résumé :

Contexte

Le biosimilaire de l'infliximab (B) a été référencé sur l'établissement en juin 2015. La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (CMDMS) a défini son cadre de prescription : le biomédicament princeps de l'infliximab (P) est maintenu pour les patients prétraités et le B est recommandé pour les patients naïfs en dehors des indications disposant d'un Protocole Thérapeutique Temporaire (PTT) ou d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU).

Objectifs

L'objectif est d'analyser les prescriptions de B chez les patients naïfs d'infliximab depuis sa mise à disposition dans notre établissement.

Matériel et méthodes

Le Département de l'Information Médicale a fourni une liste des patients traités par infliximab en 2015. Seuls les patients naïfs d'infliximab pris en charge sur la période du 8 juin au 31 décembre 2015 ont été retenus. Sont considérés naïfs les patients non prétraités par infliximab ou n'en ayant pas reçu depuis au moins 6 mois. Les dossiers patients informatisés correspondants ont été analysés manuellement.

Résultats

60 patients correspondent aux critères de sélection. Sur la période d'étude, 63 % (38/60) ont reçu B et 37 % (22/60) P. Sur les 3 derniers mois, 72 % (21/29) ont reçu B et 28 % (8/29) P. Les prescriptions des services de Rhumatologie et du pôle Digestif représentent 88 % (53/60) des prescriptions d'infliximab et 92 % (35/38) des prescriptions de B. 95 % des prescriptions de B entrent dans le cadre de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Les indications se répartissent entre Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (54 %) et arthropathies (41 %). 5 % des prescriptions de B sont prescrites hors référentiel pour traiter des GVH digestives. Aucune prescription entrant dans le cadre d'un PTT ou d'une RTU n'est retrouvée. Les 527 flacons de B consommés ont permis de réaliser une économie de 87k € par rapport à une utilisation du P.

Discussion

Certaines équipes médicales ont tardé à débiter les prescriptions de B mais l'adhésion des cliniciens aux recommandations de bon usage du B préconisées par la CMDMS s'améliore au fil des mois. L'inscription de l'utilisation de B dans les GVH digestives dans notre référentiel de bon usage local est en cours d'analyse par la CMDMS. Cet état des lieux s'intègre dans le plan triennal ONDAM 2015-2017 et permettra de cibler des pistes d'amélioration pour atteindre les objectifs d'évolution d'utilisation de B fixés par l'Assurance Maladie et l'Agence Régionale de Santé.

Mots-clés :

Biosimilaire, Bon usage, Comité du médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Le « pilulier des horreurs » : un outil ludique pour la sécurité des patients

Auteurs :

Alami A., Egon C., Boudet A., Lanoue MC., de Bouët du Portal H.

OMÉDIT Centre-Val de Loire

Résumé :

Contexte

La qualité de la préparation des piluliers est une étape essentielle dans la prise en charge thérapeutique du patient. C'est un des éléments de la politique de sécurité des soins et de lutte contre les événements iatrogènes. Un outil à été construit afin de modéliser les typologies d'erreurs qui peuvent se produire lors de cette étape du circuit du médicament.

Objectifs

Construire un outil de simulation, destiné à repérer les différents écarts, typologies d'erreurs voire d'« horreurs » qui peuvent survenir avec les piluliers. L'outil s'adresse à tous les professionnels de santé qui réalisent ou utilisent les piluliers. Il permet d'aborder des situations à risque pour le patient et d'améliorer la capacité à y faire face. Son objectif est d'acquérir, réactualiser les connaissances et compétences, d'éveiller l'intérêt et de mobiliser l'ensemble des acteurs depuis la préparation jusqu'à l'utilisation des piluliers.

Matériel et méthodes

Cet outil ludique a été construit à partir de l'analyse des erreurs décrites dans la littérature et recueillies auprès des services de soin dans les établissements de santé de notre région. Il prend en compte différentes typologies d'erreurs comme la prise hebdomadaire et non journalière, des erreurs de sélection, de dosage de médicaments, des périmés, la confusion entre médicaments « look » et « sound alike », relais héparine-anticoagulant.

Résultats

Ce guide se présente en deux parties. Il contient des photos de piluliers à modéliser, la liste de courses nécessaires, des fiches pratiques pour aider l'encadrant à animer l'atelier et expliquer les erreurs simulées.

La première partie est consacrée à l'observation d'une ordonnance et du pilulier modélisé par l'encadrant avec des erreurs volontaires. Un temps d'échanges puis de restitution autour de ce pilulier permet d'aborder les différentes situations à risque.

La deuxième partie concerne le retour d'expérience. Les participants sont amenés à mettre en application les éléments acquis en préparant un pilulier sans « horreurs » à partir d'une ordonnance, des médicaments disponibles où des erreurs volontaires se sont glissées.

Conclusion

Cet outil pédagogique et ludique a un impact sur les pratiques de préparation des piluliers. Il permet l'amélioration de la sécurité à l'étape de réalisation du pilulier et à l'étape d'administration des formes orales préparées. C'est un outil facile à mettre en œuvre (temps de préparation, peu de matériel nécessaire) transposable dans tous type d'établissements de santé qui réalise des piluliers.

Mots-clés :

Pilulier, Sécurité du patient, Erreur médicamenteuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 31

Titre :

Mutualisation inter-hospitalière des stocks de thérapies coûteuses : mise en place d'une plateforme internet d'échanges entre établissements de santé (ES)

Auteurs :

Pfalzgraf S., Menninger M., Kaiser JD., Roncalez D.

Hôpitaux Civils de Colmar

Résumé :

Contexte

La multiplication des mises sur le marché de thérapies coûteuses et peu courantes accroît la nécessité d'une gestion logistique optimale au sein des ES en terme d'immobilisation de stocks et de péremption, avec un impact financier majeur.

Objectifs

Mutualiser l'état des stocks en produits coûteux au sein des ES du réseau afin de faciliter la mise à disposition des références entre les partenaires.

Matériel et méthodes

Nous avons créé un réseau test avec 2 ES voisins volontaires et formalisé un tableau Excel® répertoriant les produits coûteux dont dispose au moins un de ces ES. Puis ce tableau a été exporté et mis à disposition des participants sur le site d'échange Dropbox®. Il est modifiable par tout pharmacien utilisateur qui précise la spécialité et le nombre d'Unités Communes de Dispensation (UCD) disponibles. Lors d'un besoin, le pharmacien demandeur consulte la liste et contacte l'ES voisin détenteur de la spécialité concernée. La mise à disposition se fait sous la forme d'un prêt contre facturation de tout ou partie du conditionnement sous réserve d'accord de l'ES prêteur.

Résultats

Depuis avril 2015 en phase test, les gains liés à la cession de quantités non utilisées pour chaque ES sont les suivants :

- ES1 : 4 spécialités soit 263 UCD pour 14,2k € hors taxes (HT) ;
- ES2 : 5 spécialités soit 250 UCD pour 14,4k € HT ;
- ES3 : 2 spécialités soit 11 UCD pour 18,8k € HT.

Les coûts immobilisés évités par l'achat de produits déconditionnés en plaquettes au lieu d'un conditionnement entier sont les suivants :

- ES1 : 10 UCD au lieu de 30 pour 1,1k € HT ;
- ES3 : 14 UCD au lieu de 56 pour 1,0k € HT.

Discussion

Ce projet inédit à notre connaissance donne des premiers résultats encourageants. La plateforme permet à l'ES prêteur de "revaloriser" une partie du surstock afin de limiter les pertes financières liées aux péremptions et à l'immobilisation de stock. L'ES demandeur dispose rapidement d'une spécialité en quantité en rapport avec son besoin. Le groupement d'achats régional facilite ces échanges par un unique prix d'achat des médicaments pour tous les ES membres. En utilisant les navettes régulières entre ES quand le besoin n'est pas urgent, nous évitons les navettes spéciales et donc des frais supplémentaires. Il s'agit à présent de fédérer d'autres ES voisins, notamment le Centre Hospitalier Universitaire, mais l'intérêt du projet est limité pour les ES importants qui disposent d'une masse critique de patients. Une réflexion est en cours sur la création d'un site internet à l'interface plus conviviale.

Mots-clés :

Service hospitalier de pharmacie, Réserve, Logistique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 32

Titre :

Mise en place des armoires à pharmacie sécurisées (APS) dans notre centre hospitalo-universitaire : enquête de satisfaction

Auteurs :

Ben M'Barka F., Farhat M., Derbel S.

Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

Sécuriser et optimiser le circuit du médicament est une des missions majeures du pharmacien à l'hôpital. Ainsi, notre hôpital qui adopte depuis 7 ans la prescription informatisée avec dispensation journalière individuelle nominative, a décidé d'installer des armoires à pharmacie sécurisées (APS) modèle Pyxis au niveau des services cliniques.

Objectifs

Première évaluation du niveau de satisfaction des différents utilisateurs des APS au bout de 3 mois de fonctionnement.

Matériel et méthodes

Trois questionnaires de satisfaction différents ont été adressés aux pharmaciens, aux préparateurs en pharmacie et aux infirmiers. Les questionnaires comportaient en moyenne 20 questions à réponse fermée ou ouverte et ont été distribués à l'ensemble des utilisateurs en respectant l'anonymat.

Résultats

Au total 34 questionnaires ont été remplis. 82 % de l'ensemble des utilisateurs sont satisfaits globalement des APS. La plupart d'entre eux constatent un gain en termes de sécurité de dispensation (74 %) et d'organisation du travail (76 %). 62 % des utilisateurs estiment que les APS ont permis de rationaliser les dépenses en médicaments. Pour les préparateurs en pharmacie, ils sont tous d'accord pour dire que les APS améliorent les conditions de travail et 85 % d'entre eux estiment que les tâches qui leurs sont attribués (chargement, suivi et inventaire) sont faciles à réaliser même si 71 % pensent que la charge de travail a augmenté. La quasi-totalité des infirmiers estiment que d'un point de vue technique, l'utilisation des APS est simple et facile et qu'ils rencontrent rarement des problèmes avec le système. 68 % d'entre eux constatent un gain de temps sur l'étape de dispensation qui est évalué à 47 min en moyenne. Tous les utilisateurs constatent des relations plus étroites entre les services de soins et la pharmacie. Les principales suggestions avancées sont la nécessité de la présence d'un pharmacien à plein temps au niveau du service clinique, la mise en place de chariots de dispensation sécurisés pour boucler la chaîne de sécurisation et la dispensation par dose plutôt que journalière.

Conclusion

L'enquête de satisfaction réalisée suggère que le projet de sécurisation du circuit de médicament est relativement bien accepté par l'ensemble du personnel. Une réévaluation à long terme avec un nombre plus important d'utilisateurs est nécessaire pour avoir des résultats plus significatifs.

Mots-clés :

Satisfaction, Sécurisation, Circuit du médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 33

Titre :

Mise en place d'un Circuit Anticipé de Prescriptions et de Préparations des chimiothérapies en hôpital médical de jour (CAPP)

Auteurs :

Soumoy L., Gillet P., Decoster C., Langhendries C., Lachapelle V., Hecq JD.

UCL Namur, Belgique

Résumé :

Contexte

L'augmentation du nombre de préparations de chimiothérapies anticancéreuses intraveineuses (CAIV) réalisées par l'UCRC et celle du nombre de patients traités à l'Hôpital Médical de Jour (HMJ) sont à l'initiative de ce projet. En effet, la conséquence directe de ces deux phénomènes est l'apparition de pics de travail retardant la prise en charge et l'administration des CAIV au patient. Le projet trouve également sa place dans une réflexion institutionnelle orientée vers l'amélioration de la prise en charge du patient en HMJ.

Objectifs

Diminuer le temps d'attente du patient en optimisant l'organisation de l'HMJ et de la pharmacie.

Patients et méthodes

Ce projet s'inspire du programme PROCHE. Un groupe de travail multimétiers a été formé afin de dessiner les flux futurs des patients.

Résultats

Trois flux patients ont été mis au point :

Les patients pouvant être intégrés dans le projet CAPP ont été répartis en deux groupes selon la distance entre leur domicile et l'hôpital :

Flux CAPP Consultation : les patients habitant à une distance inférieure à 35 km réalisent leur prise de sang ainsi que la consultation médicale la veille à l'hôpital.

Flux CAPP Téléphonique : les patients habitant à une distance supérieure à 35 km réalisent leur prise de sang la veille dans l'endroit de leur choix. Les résultats sont envoyés avant 14 h au médecin de l'hôpital qui réalise ensuite une consultation téléphonique avec le patient sur base d'un questionnaire médical validé. Pendant leur séance d'administration des CAIV, les patients auront une consultation médicale par l'oncologue.

Pour ces deux groupes, la veille de l'administration du traitement et sur base des résultats de la biologie du patient et de la consultation, le médecin décide de donner ou non le feu vert à la pharmacie pour la préparation du traitement du patient.

Le dernier flux de patient (Flux Patient J0) conserve l'organisation actuelle de l'HMJ ; y sont inclus : les patients bénéficiant d'un essai clinique ou les patients bénéficiant de protocole ne pouvant être validé au J-1. Ainsi, le groupe de travail « Pharmacien » a finalisé la liste des molécules pouvant être préparées au J-1 ce qui a permis de préciser les patients devant être inclus dans le bras J0.

Conclusion

Les perspectives du projet sont l'implémentation de cette organisation à partir de mars 2016. Une étude observationnelle sera également être mise en place dans les prochaines semaines afin d'évaluer la qualité de vie des patients.

Mots-clés :

Chimiothérapie anticancéreuse intraveineuse, Satisfaction du patient, Circuit du médicament

Références

Scotté F et al. Eur J Cancer 49(3):541-4 (2013) ; Soumoy L et al. J Pharm Belgique 3 (2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 34

Titre :

Mise en place, dans notre établissement, de la première cure de chimiothérapie dans le cadre d'une hospitalisation à domicile

Auteurs :

Saucez Duquesne MO., Orsini C., Rémy E., Kalimouttou S.

CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil

Résumé :

Contexte

Les plans cancers de 2003 à 2019 préconisent la facilitation de la chimiothérapie à domicile (CAD). Celle-ci est soumise à autorisation par la loi HPST de 2009. De plus, la circulaire du 4 décembre 2013 positionne l'hospitalisation à domicile (HAD) pour le développement de la CAD.

Objectifs

La chimiothérapie en HAD est devenu un indicateur régional dans le cadre du CBU (Contrat de Bon Usage). Ainsi, notre hôpital doit réaliser une chimiothérapie en HAD pour l'année 2015.

Patients et méthodes

Avant de réaliser la première cure de chimiothérapie en HAD, il a d'abord fallu définir les responsabilités de chacun, les patients éligibles, l'organisation de ce nouveau circuit, et mettre en place différentes formations et une nouvelle logistique. La patiente qui en a bénéficié souffrait d'une leucémie aigüe lymphoblastique pour laquelle une cure de Cytarabine a été préparée par la pharmacie, et administrée par l'équipe d'HAD.

Résultats

Le thésaurus des chimiothérapies en HAD, élaboré par l'OMÉDIT à la suite de 2 réunions multidisciplinaires et multi-établissements, regroupe 5 protocoles : Azacitidine, Bortézomib, Gemcitabine, Topotécan, et Cytarabine. Une fiche de validation par protocole a été créée, elle reprend les points de contrôles et analyses nécessaires avant l'obtention de l'accord médical pour la chimiothérapie. La convention, la procédure et le plan personnalisé de soins ont été définis après concertation entre oncologues, médecins de l'HAD, et la pharmacie. Le médecin oncologue a fait l'annonce de la prise en charge au patient. Il lui a fait signer un consentement, et lui a remis une fiche d'informations sur la Cytarabine. L'administration du J1 a eu lieu en hôpital de jour, et les administrations suivantes (jusqu'au J10) ont été effectuées en HAD. Le médecin traitant (MT) de la patiente a également été informé de cette prise en charge par le médecin de l'HAD. La pharmacie a composé des kits de transport et de casse, et a récupéré les déchets toxiques générés. Enfin, les IDE (Infirmières Diplômées d'Etat) d'HAD ont été formées à l'utilisation du logiciel CHIMIO.

Discussion

La mise en place des chimiothérapies en HAD permet d'assurer la continuité des soins associée à une amélioration de la qualité de vie du patient. La communication entre les MT et l'hôpital, ainsi qu'entre les IDE libérales et celles d'HAD, est essentielle au bon fonctionnement de cette nouvelle organisation. Des améliorations sont à apporter à la procédure, et le circuit est régulièrement ajusté. L'objectif pour 2016 est de 6 patients.

Mots-clés :

Hospitalisation à domicile, Chimiothérapie, Cytarabine

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

L'automatisation de la dispensation : quid de l'évolution de la consommation des médicaments par les services de soin ?

Auteurs :

Rey A., Boyaux B., Potaufeu J., Debruyne AL., Queuille E.

CH Charles Perrens, Bordeaux

Résumé :

Contexte

Notre établissement psychiatrique de 511 lits s'est équipé d'un automate de surconditionnement des formes sèches (comprimés et gélules) en novembre 2014. Cette démarche sécurise l'étape de dispensation en passant d'un système globalisé à une dispensation nominative journalière (services d'admission) ou hebdomadaire (services de réhabilitation).

Objectifs

Etudier si l'automatisation a un retentissement sur la gestion des stocks de médicaments dans les services de soins.

Matériel et méthodes

Deux services de soins (un d'admission et un de réhabilitation) ont été choisis et les consommations des spécialités surconditionnées par l'automate 3 mois avant et après l'automatisation ont été comparées (extraction logiciel de gestion de stock et de l'automate). La consommation des formes buvables a également été relevée.

Résultats

Le surconditionnement par l'automate concerne 136 spécialités pour l'unité d'admission et 72 pour celle de réhabilitation (sur respectivement 170 et 98 formes sèches automatisables prescrites sur la période d'étude). La consommation de ces médicaments est en légère baisse pour le service de réhabilitation (3 % soit 494 unités), et en augmentation pour le service d'admission (15 % soit 2 271 unités). Cependant, une nette diminution des formes buvables est observée : passage de 70 à 56 flacons pour le service de réhabilitation ($p = 0,16$) et de 32 à 23 pour celui d'admission ($p = 0,30$). Des switches ont probablement été réalisés vers les formes sèches correspondantes car leur consommation a augmenté (2 % pour le service de réhabilitation et 10 % pour celui d'admission).

Discussion

Avec le déploiement de l'automatisation, la diminution attendue des consommations des médicaments n'est pas observée. Quelles hypothèses : la peur de l'automatisation entraînant un sur-stockage par les services, le manque de réactivité face aux modifications des prescriptions et aux entrées ou sorties (plus fréquentes en services d'admission), le passage des formes buvables aux formes sèches ? Les 2 premiers points seront améliorés par la mise en place d'un système de dotation plein-vide dans les services. Concernant les formes buvables, très utilisées en psychiatrie, elles sont responsables de nombreuses erreurs médicamenteuses et doivent être limitées à la phase aiguë du traitement. L'automatisation semble ainsi modifier les pratiques de prescription et tendre vers une amélioration de la sécurisation, mais cela reste à objectiver lors de prochaines études.

Mots-clés :

Automatisation, Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments, Formes posologiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Enquête de perception du risque d'erreurs médicamenteuses engendrées par l'informatisation du circuit du médicament chez les prescripteurs

Auteurs :

Yassine S., Moutié A., Garriguet P., Taieb M., Beauverie P.

GH Paul Guiraud, Villejuif

Résumé :

Contexte

De nombreuses études mettent en garde contre les erreurs médicamenteuses (EM) engendrées par l'informatisation du circuit du médicament (CDM). Dans notre hôpital où le CDM est informatisé (logiciel Génois®) depuis plus de 15 ans, les interventions pharmaceutiques (IP) émises pour prévenir ce risque restent nombreuses (23 % des IP en 2013).

Objectifs

Appréhender la perception du risque d'EM liées à l'informatisation du CDM chez les prescripteurs et évaluer la pertinence des actions de prévention et de réduction du risque.

Matériel et méthodes

Questionnaire divisé en 4 parties : la formation, la perception du risque d'EM liées à l'informatisation, les sources de ces EM et la pertinence des actions de prévention et de réduction du risque. Les deux dernières parties sont notées de 0 (la plus faible) à 3 (la plus forte). Une note moyenne de pertinence et de perception des causes d'erreurs sont calculées.

Résultats

Sur une période de 4 semaines, 36 questionnaires ont été recueillis. 81 % des médecins utilisent Génois® plusieurs fois par jour. 75 % ont été formés à son utilisation. 67 % sont attentifs au risque de ces EM et 58 % y pensent en prescrivant. 72 % estiment être peu ou pas informés sur ces risques, 67 % ont déjà constaté ces EM. 94 % des médecins pensent qu'elles sont évitables, mais seulement 14 % les signalent. Les causes de ces EM désignées en premier lieu sont la conception (surcharge des écrans et mauvaise visibilité : 1.51/3), l'interopérabilité du logiciel (absence d'accès aux résultats des examens biologiques : 2.06/3) et l'erreur humaine (excès de confiance : 1.60/3). En termes de prévention et de réduction du risque, ils proposent comme actions les plus pertinentes : l'optimisation de l'interfaçage avec les autres logiciels de l'hôpital (2.47/3), la mise à jour plus fréquente des bases de données du logiciel (1.97/3), l'amélioration de son ergonomie (1.86/3) et la communication dans les services sur ces EM (1.78/3). Une lettre de sensibilisation (1.31/3) et la promotion du signalement des erreurs (1.39/3) sont citées comme les moins pertinentes. 74 % des médecins considèrent que les actions de prévention et de réduction du risque doivent être menées par le pharmacien, 19 % par la Direction de la Qualité et 7 % par le chef de service.

Conclusion

L'enquête montre que les médecins sont conscients du risque d'EM liées à l'informatisation, mais ils n'y pensent pas toujours. Un plan d'actions de prévention et réduction du risque correspondant à leurs attentes est en cours d'élaboration par les pharmaciens.

Mots-clés :

Erreurs médicamenteuses, Prescription électronique, Gestion du risque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 37

Titre :

Création d'une base de données médicamenteuse des formes orales sèches pour maîtriser le risque d'erreur à l'administration à l'hôpital

Auteurs :

Yailian AL., Frugier G., de Bastiani C., Doucey P., Roussel-Berlier L., Salmon D., Pivot C., Paillet C., Pirot F.

HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

Le déconditionnement de médicaments sous forme orale sèche, l'absence d'information lisible sur les conditionnements primaires découpés, la confusion entre plusieurs médicaments d'aspect similaire sont des sources potentielles d'erreur d'administration créant une rupture de sécurité dans le circuit du médicament au sein des établissements de santé.

Objectifs

Dans cette étude, une base de données de formes orales sèches référencées dans le livret thérapeutique de l'établissement a été élaborée avec différents critères organoleptiques et physico-chimiques discriminants pour une identification fiable des spécialités pharmaceutiques.

Matériel et méthodes

Les critères renseignés dans la base de données sont issus du Résumé des Caractéristiques du Produit (nom de la spécialité, dosage, forme galénique, excipients, laboratoire) et d'une analyse macroscopique détaillée (masse, dimensions, forme, couleur, sécabilité, présence d'un poinçon ou d'inscription sérigraphique et macrophotographie). Un spectre infrarouge (IR) de chaque spécialité a été déterminé (méthode non destructive, sauf pour les gélules) avec un spectromètre à transformée de Fourier (répétabilité et reproductibilité testées sur différents lots de spécialités pharmaceutiques). Un test en simple aveugle à partir de 30 formes déconditionnées différentes a été réalisé afin de confirmer la capacité d'identification des spécialités.

Résultats

La base de données regroupe plus de 400 formes orales sèches. L'identification d'un médicament à partir de la combinaison des critères « couleur, forme, sécabilité et présence d'un poinçon » est possible, mais seule la combinaison de l'ensemble des critères rend la probabilité d'identification égale à 1. Les 30 formes déconditionnées et testées en simple aveugle ont été identifiées sans confusion confirmant la précision des analyses multicritères. Les critères « dimensions, masse et IR » ont été les éléments discriminants majeurs pour l'identification de formes orales sèches de même forme et de même couleur.

Conclusion

Notre base de données, en développement continu, est constituée d'une large gamme de formes orales sèches créant ainsi une source unique et complète d'informations qui pourront être utilisées dans plusieurs domaines (détection d'altération sur les médicaments, identification du traitement personnel du patient et évaluation de son observance). Par ailleurs, un échantillonnage de différentes spécialités interceptées par la douane est en cours d'analyse afin de confirmer les contrefaçons.

Mots-clés :

Base de données, Administration par voie buccale, Sécurité des patients

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Dispensation journalière individuelle et nominative en gériatrie : apprenons de nos erreurs

Auteurs :

Peraudeau M., Musa R., Charlot H., Sagnier MC., Brunie V.

APHP - Hôpital Emile Roux, Limeil-Brévannes

Résumé :

Contexte

Afin d'optimiser la sécurisation du circuit du médicament, une dispensation journalière individuelle et nominative (DJIN) est effectuée pour 441 lits par la pharmacie de notre hôpital. La préparation des doses à administrer est réalisée par les préparateurs en pharmacie manuellement et/ou à l'aide d'un automate de dispensation des formes sèches. Avant la dispensation dans les services de soins, les piluliers des patients sont contrôlés quotidiennement par les pharmaciens.

Objectifs

Evaluer la qualité de cette activité de dispensation dans une perspective d'amélioration continue.

Matériel et méthodes

Nous avons analysé les fréquences de 5 catégories d'erreurs selon le type de dispensation, manuelle ou par automate, pendant 1 an, via le logiciel Excel®. Le nombre d'erreurs a été relevé sur des fiches de contrôle en comparant la prescription informatisée sur le logiciel Phedra® et le contenu du pilulier contrôlé (2 services tirés au sort).

Résultats

En 2015, 4 875 patients et 39 349 unités thérapeutiques ont été contrôlés (préparés majoritairement par automate à 63,3 % et 36,7 % manuellement). Le taux d'erreurs global sur les médicaments était de 0,21 %, plus élevé manuellement avec 0,42 % contre 0,08 % par automate. Tout type de dispensation confondu, l'erreur d'identitovigilance était la plus fréquente (0,78 % des patients contrôlés), avec 36,8 % d'erreurs d'identité et 63,2 % de piluliers non identifiés par les services de soins. Lors des dispensations manuelles, l'erreur la plus fréquente concernait le nombre d'unités dispensées (0,16 %). En terme de gravité, dans 0,06 % des dispensations, le médicament dispensé était erroné (50 % d'erreur de nom, 37,5 % de dosage). En cas de dispensation par automate, l'erreur la plus fréquente (0,04 %) provenait de la fragmentation de comprimés (63,7 % des cas).

Conclusion

Cette analyse a mis en évidence, notamment, un dysfonctionnement dans l'identification des piluliers par les services de soins. Plusieurs mesures correctives sont proposées : un rappel de l'obligation d'étiqueter chaque pilulier sera diffusé dans les services ; un double contrôle par les préparateurs pour vérifier le nom et le dosage des médicaments dispensés en manuel ; et enfin, un calibrage de certains canisters de l'automate réduira la fragmentation des comprimés. Une réévaluation annuelle des erreurs est prévue.

Mots-clés :

Dispensation et distribution de médicaments à l'hôpital, Gériatrie, Amélioration de la qualité des soins

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Gestion du traitement personnel : évaluons le parcours patient !

Auteurs :

Grajoszex M., Moutel E., Abderrahmane M., Pons JL., Housset C., Descoutures JM.

CH Victor Dupouy, Argenteuil

Résumé :

Contexte

Le parcours patient et la continuité des soins entre la ville et l'hôpital sont au cœur de la certification V2014. La gestion du traitement personnel, point clé de cette continuité, pose aujourd'hui encore de réelles difficultés pratiques.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de faire un bilan des difficultés rencontrées au sein d'un centre hospitalier général de l'entrée du patient à sa sortie de l'établissement.

Matériel et méthodes

L'évaluation s'est déroulée un jour donné en janvier 2016 dans 5 services à haut turn-over accueillant des patients avec un traitement personnel : médecine polyvalente, cardiologie, chirurgie thoraco-vasculaire, chirurgie viscérale, court séjour gériatrique. Les patients retenus sont ceux ayant amené leurs médicaments. La grille d'évaluation reprend l'ensemble des éléments du parcours patient : traitement isolé et identifié à l'entrée, analyse pharmaceutique, gestion du traitement au cours de l'hospitalisation et à la sortie, coordination avec les professionnels de ville.

Résultats

Seize parcours patients ont été audités (moyenne d'âge = 73 ans [54-90]). Le nombre moyen de médicaments prescrits en ville est élevé soit 9.8 médicaments/patient [5-19]. Dans 9 cas sur 10, les prescriptions comportaient un médicament pour lequel un arrêt temporaire d'administration aurait pu avoir des conséquences graves (anticoagulants, anti-arythmiques,...). Pour 3 patients, le traitement personnel n'a pas été isolé (refus du patient, oubli,...). Le traitement personnel a été utilisé lors de l'hospitalisation pour 10 patients, cette utilisation étant justifiée dans 70 % des cas (médicaments de confort, associations non référencées,...). A la sortie, 1/3 des patients est parti sans son traitement personnel.

Discussion

L'évaluation du parcours patient montre que les soignants ont pris conscience de la nécessité d'isoler le traitement personnel du patient à son entrée et ce, afin de sécuriser sa prise en charge. Ce constat semble moins vrai à la sortie (difficultés des soignants à s'impliquer dans la sécurisation du parcours de soins au-delà des limites de l'établissement). De plus, nombre d'entre eux nous ont interpellés sur les difficultés liées au refus du patient. Afin de répondre aux questions soulevées par cet audit, un logigramme d'aide à la décision a été validé par le groupe de sécurisation du circuit du médicament et une plaquette d'information patient a été créée. Ces documents sont accompagnés d'une campagne de sensibilisation à destination des professionnels de santé et des patients.

Mots-clés :

Prise en charge médicamenteuse, Traitement personnel, Parcours patient

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mieux prescrire et mieux administrer les aérosols en gériatrie : résultats d'une évaluation des pratiques professionnelles sur l'aérosolthérapie

Auteurs :

Rieu C., Hoskovec C.

CH Mont-de-Marsan

Résumé :

Contexte

Dans le cadre de la mise à jour des bonnes pratiques de prescription de l'oxygène, le groupe de travail mis en place a révélé des dysfonctionnements dans le domaine de l'aérosolthérapie. Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a alors été initiée à la fois auprès des prescripteurs et auprès des IDE (infirmière diplômée d'état).

Objectifs

Les objectifs sont d'évaluer la conformité des prescriptions médicales d'aérosolthérapie et celle des pratiques infirmières aux protocoles de l'établissement.

Matériel et méthodes

L'étude concerne 2 unités de soins de long séjour gériatrique (USLD, 78 lits) et 4 EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, 203 lits). Chaque audit s'est déroulé sur un jour.

Pour l'audit des prescriptions médicales, la prévalence, les indications et les durées de prescription ont été évaluées.

L'audit des pratiques infirmières s'est intéressé aux connaissances générales des IDE concernant l'aérosolthérapie, la préparation, le déroulement du soin et la gestion des dispositifs médicaux.

Résultats

Audit médical : en USLD, 30 % des patients ont une prescription médicale d'aérosolthérapie dont 33 % depuis plus d'un an. En EHPAD, les prescriptions médicales ne concernent que 4 % des patients et la durée de prescription est généralement limitée. Le motif de prescription est majoritairement hors AMM (autorisation de mise sur le marché).

Audit IDE : Dans la majorité des cas, le soin est bien préparé. La nébulisation se fait toujours avec l'oxygène. Très peu d'IDE ont connaissance de la présence d'un nébuliseur dans les services et des inconvénients de l'utilisation de l'oxygène comme véhicule gazeux. Les règles d'hygiène ne sont pas toujours respectées. La traçabilité des administrations est inconstante.

Discussion

Le retour de l'audit aux médecins a permis, outre un rappel des règles de prescription de l'aérosolthérapie, la rédaction de protocoles sur l'oxygénothérapie au long cours et sur la prise en charge des troubles pulmonaires du sujet âgé institutionnalisé. L'audit infirmier a conduit à une mobilisation autour de l'intérêt des nébuliseurs qui n'étaient plus utilisés, au profit de l'administration par l'oxygène au lit du patient. Il a également entraîné une re-sensibilisation aux bonnes pratiques d'hygiène avec une actualisation des protocoles.

Cette démarche s'inscrit dans une politique d'amélioration continue de la qualité des soins. Dans ce contexte, une nouvelle mesure à 6 mois est déjà prévue ainsi qu'une extension aux services de médecine de l'hôpital.

Mots-clés :

Aérosol, Bonnes pratiques, Circuit du médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 41

Titre :

Gestion du traitement personnel du patient hospitalisé en gériatrie : audit de pratique

Auteurs :

Chatain C., Hubault M., Goubier-Vial C., Lepine MA., Garcia V., Wesolowski S.

CH Gériatrique du Mont d'or, Albigny-sur-Saône

Résumé :

Contexte

Les soignants sont régulièrement amenés à gérer des médicaments apportés par un patient hospitalisé ou sa famille. Une procédure décrivant la conduite à tenir à l'admission et à la sortie existe depuis 2009 au Centre Hospitalier Gériatrique (CHG). Dans le cadre du contrat de bon usage des médicaments et en application de l'arrêté du 6 avril 2011, nous avons décidé d'évaluer la procédure existante.

Objectifs

Cet audit a pour objectif de connaître les pratiques et de vérifier leur adéquation à la procédure existante en vue de la réactualiser.

Patients et méthodes

Un audit prospectif de procédure a été réalisé du 20/10/15 au 11/01/16 au sein des unités de médecine et soins de suite réadaptation gériatriques. Deux grilles d'audit ont été élaborées : une pour les admissions, une pour les sorties ou mutations. Pour chaque patient admis, une investigation a été menée par l'interne en pharmacie : interrogatoire soignant, patient et exploration des locaux (pharmacie de l'unité, salle de soins, chambre patient). Pour chaque traitement retrouvé, une grille d'audit d'admission a été remplie. Parallèlement, le même travail a été conduit pour les patients sortant jusqu'à obtention de 30 dossiers d'entrée et 30 de sortie.

Résultats

A l'entrée, 1 patient sur 5 arrive avec un traitement personnel : 13 % sont rendus à l'accompagnant, les autres (87 %) sont conservés : pharmacie de l'unité ou salle de soins, laissés au patient et/ou retrouvés dans sa chambre ou rapatriés à la PUI. Quand ils sont rangés dans la pharmacie de l'unité, 52 % sont mis dans un sac fermé et identifié au nom du patient. Le traitement peut être utilisé (27 %) avec accord du médecin (utilisation d'une molécule onéreuse que le patient vient de se procurer, refus de substitution ou attente de la livraison de la PUI) et sont gérés par les infirmières (50 %), le patient (37 %) ou la PUI (13 %). A la sortie, dans 2/3 des cas, le traitement n'est ni restitué, ni transféré, par oubli.

Discussion

Cet audit montre une conformité satisfaisante à la procédure existante pour un patient entrant au CHG avec un traitement personnel. En revanche, la gestion à la sortie est défailante. L'évolution du contexte réglementaire avec la nécessité de minimiser le risque iatrogène tout au long du parcours du patient en renforçant le lien ville-hôpital nous incite à réécrire la procédure afin d'optimiser la qualité de la prise en charge globale du patient. La mise en place de la conciliation médicamenteuse, à l'entrée et à la sortie, a pour vocation d'y contribuer.

Mots-clés :

Audit, Gériatrie, Traitement médicamenteux

Références

Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (J.O. 16 avril 2011).

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 42

Titre :

Evaluation des Pratiques Professionnelles : médecins, infirmiers, comment broyez-vous ?

Auteurs :

Razurel A.³, Deville L.¹, Iskra F.³, Pairault N.⁴, Hamel B.⁴, Trout H.⁴, Roux A.¹, Faure P.¹, Barreteau H., Ribaud P.²

¹ APHP - Hôpital Saint-Louis GHU St-Louis Lariboisière Fernand Widal, Paris

² APHP - GHU St-Louis Lariboisière Fernand Widal, Paris

³ APHP - Hôpital Fernand Widal GHU St-Louis Lariboisière Fernand Widal, Paris

⁴ APHP - Hôpital Lariboisière GHU St-Louis Lariboisière Fernand Widal, Paris

Résumé :

Contexte

Le groupe de travail interdisciplinaire « Broyage » issu de la cellule d'appui du Système de Management de la Qualité et de la Prise en Charge Médicamenteuse du Groupe Hospitalier (GH) a été créé en 2013, suite à l'enquête ARCHIMED. Il a en effet été constaté une méconnaissance du caractère broyable ou non des comprimés (cp) malgré de nombreuses situations le nécessitant. Les travaux du groupe ont été : rédaction d'une procédure et diffusion de la base de données AP-HP sur l'intranet des 3 sites du GH, homogénéisation des pratiques avec achat de broyeurs Silent Knight® (SK) accompagnée d'une formation aux règles de bon usage.

Objectifs

Evaluer les pratiques des professionnels (EPP) médicaux et paramédicaux quant aux broyages, un an après la formation et le déploiement des SK.

Matériel et méthodes

L'EPP a été réalisée entre octobre et décembre 2015 par les membres du groupe, et a consisté en (1) une enquête auprès des prescripteurs du GH sous forme de questionnaire et (2) un audit observationnel de 28 infirmiers (IDE) de 8 services des 3 établissements du GH.

Résultats

(1) : le taux de réponse des prescripteurs est de 4 % (32/754). La procédure est connue par 22 % d'entre eux et 25 % savent quelles sont les formes galéniques à ne pas écraser. Une vérification du caractère écrasable est systématique pour 47 % d'entre eux, par appel du pharmacien (22 %), de l'IDE (6 %) ou par consultation du Vidal (16 %).

(2) : Dans 82 % des cas, la mention broyage n'est pas renseignée sur la prescription médicale et dans 75 % des situations les IDE broient sans avis médical et/ou pharmaceutique. Le caractère broyable des cp est vérifié à 42 % par les IDE et 67 % d'entre elles savent comment se renseigner sur celui-ci. Seules 7 % des IDE délèguent le broyage à un aide-soignant sous leur contrôle. Le broyage a lieu au lit du patient dans 71 % des cas (vs 28 % dans le poste de soins) et toujours avec le SK. Une hygiène des mains est pratiquée à hauteur de 60 % (28 % portent des gants). Dans 67 % des cas, plusieurs cp sont broyés en même temps dans le même sachet (1 à 4 spécialités identiques ou différentes). L'administration est le plus souvent extemporanée (86 %).

Conclusion

Les résultats de l'EPP des IDE sont plutôt encourageants. Cependant la base de données est insuffisamment utilisée par l'ensemble des professionnels. Le groupe doit renforcer la diffusion de cette information et également, promouvoir l'obligation de la prescription du broyage afin de renforcer la sécurisation du circuit du médicament.

Mots-clés :

EPP, Broyage, Infirmières

Références

HAS. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments [En ligne]. 2011 juillet [Consulté le 24 mai 2015]:[152 pages].

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Traçabilité des Médicaments Dérivés du Sang : analyse des pratiques de la dispensation à l'administration

Auteurs :

Heran-Michel I., Bergerot J., Duplissy E.

CH Perpignan

Résumé :

Contexte

La traçabilité des Médicaments Dérivés du Sang (MDS) est un élément réglementaire obligatoire. La mise en œuvre de cette traçabilité au sein d'un établissement nécessite une formation et une réévaluation permanente de l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux.

Objectifs

L'objectif de cette étude a été de réaliser un audit des pratiques de traçabilité des MDS de la prescription à l'administration couplé à un questionnaire de connaissance sur les MDS.

Matériel et méthodes

Une analyse exhaustive et rétrospective de l'ensemble des prescriptions de MDS (Hors Rétrocessions) a été réalisée de février à mai 2015 à l'aide d'une grille de 12 items répartis en 3 catégories (Contrôle réglementaire de l'ordonnance, traçabilité dispensation, traçabilité administration). En parallèle, un questionnaire comportant 4 Questions à Choix Multiples (QCM) a permis d'évaluer les connaissances des équipes dans les unités de soins sur les MDS (IDE et Cadres).

Résultats

Au total, 509 prescriptions et 70 questionnaires ont été analysés. Sur l'ensemble des prescriptions, 30 % concernaient des renouvellements de dotations globales, 47 % de l'albumine et 31 % des molécules inscrites sur la « liste en sus ». La majorité des éléments réglementaires sont présents sur les prescriptions (> 88 %). On note par contre l'absence du poids dans 88 % des cas. Cette analyse a permis également de révéler 1 % de non-conformité des traçabilités lors de la dispensation (6 prescriptions/509) et de 2 % lors de l'administration (11 prescriptions/509) qui sont majoritairement des erreurs de quantités tracées (50 %/dispensation et 90 %/administration). Dans 60 % des cas, le délai de retour des traçabilités d'administration est ≤ 1 jour. Enfin, 8 % des traçabilités ont nécessité des interventions pharmaceutiques (6.5 % d'appels et 1.5 % de déplacements dans les unités de soins). Parallèlement, l'analyse des questionnaires montre principalement que 66 % des personnels soignants ont du mal à identifier des MDS. Seuls 29 % des questionnaires ne comportaient aucune erreur sur l'ensemble des 4 QCM.

Conclusion

Cet audit des pratiques fait l'objet d'une Évaluation des Pratiques Professionnelles. La restitution et la discussion de ces résultats avec l'ensemble des équipes (pharmacie et unités de soins) associée à une formation sur les MDS et leur traçabilité réglementaire permettront de resensibiliser l'ensemble des acteurs à l'importance de ces pratiques avant une réévaluation secondaire plus élargie qui sera réalisée dans quelques mois.

Mots-clés :

Traçabilité, Médicaments Dérivés du Sang, Audit des pratiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 44

Titre :

Prise en charge des patients précaires à la PUI : une dispensation souvent compliquée ! Etat des lieux et proposition d'amélioration du circuit

Auteurs :

Perrinet M., Moreau C., Faucheux L., Zouari N., Bourdon O.

CHU Reims - Hôpital Robert Debré

Résumé :

Contexte

Les patients précaires n'ont pas les moyens d'aller en officine (pas de droits sociaux ou couverture insuffisante). Ils sont donc pris en charge à l'hôpital et relèvent de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé pour tous leurs traitements.

Objectifs

Accueillir ces patients présente certaines difficultés et nous avons fait l'inventaire des problèmes rencontrés lors de leur venue à la PUI afin d'améliorer leur prise en charge.

Patients et méthodes

Une enquête prospective a été réalisée de février à avril 2014. Les ordonnances des patients précaires ont été analysées ; un questionnaire était rempli systématiquement après la dispensation par les préparateurs (PPH). Il portait sur le temps passé à l'analyse de l'ordonnance, la nécessité de substituer ou faire revenir le patient en cas de stock insuffisant, la qualité de l'entretien ainsi que la validité des documents présentés.

Résultats

172 patients ont été accueillis pour un total de 263 ordonnances. Les médicaments les plus donnés sont ceux relatifs aux pathologies digestives bénignes et les anti-infectieux généraux. L'analyse des questionnaires fait ressortir plusieurs points : les patients précaires ne parlent pas le français dans 21 % des cas ; dans 24 % des cas, les PPH manquent de temps pour la dispensation car la prise en charge est parfois longue (dispensation supérieure à 15 min dans 25 %) et les patients ne respectent pas les horaires d'ouverture au public de la PUI. Dans 43 % des cas, le PPH est interrompu dans sa dispensation (coup de fil, dispensation urgente à un service) car le guichet d'accueil est unique. Enfin, les ordonnances sont souvent rédigées par des médecins ne connaissant pas le statut de ces patients ; les produits prescrits ne sont donc pas toujours au livret thérapeutique (11 %) ni en quantité suffisante à l'hôpital (15 %). Les patients doivent donc souvent revenir. Ces problèmes entraînent l'agressivité des patients (20 % des cas) et une appréhension de la part des PPH.

Discussion

Plusieurs choses sont faites pour améliorer le circuit : distribution des horaires de la PUI aux urgences ; sensibilisation des médecins des urgences à la prescription en DCI et au livret (substitution plus facile) ; création d'un outil papier avec des dessins (formes de médicaments, mode d'administration...) permettant de communiquer facilement avec les patients étrangers ; réorganisation spatiale de l'accueil (futurs travaux de la PUI).

Les patients précaires sont de plus en plus nombreux (100 % de plus en 2015) et nous devons améliorer leur prise en charge.

Mots-clés :

Modèles d'organisation, Gestion des soins aux patients, Qualité, accès, évaluation des soins de santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Rétrocession hospitalière ou dispensation officinale : comment faciliter l'orientation des patients ?

Auteurs :

Dupuis C., Flatres A., Chatron C., Muzard A., Hecquard C., Baveux R.

CHU Caen

Résumé :

Contexte

Certains traitements sont uniquement rétrocédés par les pharmacies à usage intérieur (PUI). Le circuit de dispensation des médicaments par les officines de ville ou les pharmacies hospitalières est souvent peu connu des médecins comme des patients.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de déterminer la nature des informations communiquées par les médecins aux patients sur les modalités de dispensation des traitements, les éventuels dysfonctionnements qui en découlent et les mesures correctrices mises en place.

Matériel et méthodes

De février 2015 à janvier 2016, un questionnaire a été remis aux patients ambulatoires se présentant à la PUI pour une rétrocession. Seuls les patients ayant une ordonnance concernant une initiation de traitement ont été interrogés. Le questionnaire comportait une première partie sur les connaissances des patients quant aux modalités de délivrance du traitement et une seconde partie sur les informations données oralement par le médecin ou figurant sur l'ordonnance.

Résultats

Parmi les 67 patients ayant rempli le questionnaire durant la période d'étude, 37 % (n = 25) pensaient que leur médicament était disponible dans leur pharmacie de ville et 68 % (n = 17) d'entre eux s'y étaient rendus ou l'avaient contacté avant de se déplacer à la PUI. Le médecin avait précisé oralement que le médicament était rétrocédé par les pharmacies hospitalières pour 69 % (n = 46) des patients et l'avait écrit sur l'ordonnance pour 31 % (n = 21) d'entre eux. En revanche, pour 2 patients, le médicament, disponible en ville, n'était pas rétrocédable. 87 % (n = 58) des ordonnances étaient rédigées par des prescripteurs de notre hôpital. La moitié des médicaments concernés étaient des anti-infectieux.

Discussion

Ces résultats traduisent un défaut d'information aux patients concernant les modalités de dispensation d'un traitement lors de son initiation. Celui-ci peut aboutir à un retard d'administration du médicament ou à des désagréments pour le patient (trajets inutiles, fatigue...). Plusieurs axes d'amélioration sont envisagés afin d'optimiser la qualité de la prise en charge médicamenteuse de ces patients. Le paramétrage dans le logiciel d'aide à la prescription d'un commentaire sur l'ordonnance « médicament à aller chercher en pharmacie hospitalière » pour tous les médicaments rétrocédables sera mis en place pour informer le prescripteur et le patient sur le lieu de dispensation du traitement. Le développement de la conciliation médicamenteuse à la sortie permettra également de diminuer ces erreurs d'aiguillage.

Mots-clés :

Continuité du traitement, Dispensation et distribution hospitalières de médicaments, Sortie d'hôpital du patient

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 46

Titre :

Armoires sécurisées : des indicateurs dans les tiroirs !

Auteurs :

Lehmann L., Bigot P., Foqué C., Hennion M., Cousein E., Coupé P.

CH Valenciennes

Résumé :

Contexte

Notre établissement est équipé de 10 armoires sécurisées (AS) Pyxis® (Carefusion), présentes au sein des services ou sur les paliers. Elles sont interfacées avec le logiciel de prescription, de gestion de stock et de gestion patient. Elles permettent aux soignants l'accès aux traitements de façon sécurisée en dehors des heures de production nominative automatisée de la pharmacie.

Objectifs

Suite à des non conformités, nous avons analysé les utilisations des AS afin de réaliser des actions correctives.

Matériel et méthodes

Nous avons extrait et étudié tous les mouvements de 9 AS sur l'année 2015 (la 10^e installée fin 2015). Nous avons mis en place et analysé 3 indicateurs : écarts de stocks, taux de retours et sorties non nominatives sur des patients service (patients fictifs permettant la prise de traitements non nominatifs).

Résultats

Les écarts de stocks ont engendré une perte financière de 38 390 € pour la pharmacie.

7,9 % des produits pris dans les AS sont retournés, chiffre allant jusque 30 % pour plusieurs médicaments en réanimation (ropivacaine, haemopressin, ondansetron...)

29,7 % des sorties sont faites de façon non nominative sur les patients services, et jusqu'à 75 % pour certains traitements (monosept collyre). Cette pratique concerne également des médicaments à risque : amoxicilline 500 mg gélules (44,9 %), alprazolam 0,25 mg (35 %), Heparine sodique (31 %).

Discussion

Suite à ces constats, plusieurs actions se dégagent :

- Organisation de réunions avec les cadres des services et désignation d'infirmiers référents
- Reconditionnement des spécialités en vrac par l'automate et stockage en doses unitaires dans les AS
- Facturation des écarts de stocks aux services
- Retrait des patients services, et développement de l'utilisation des pleins vides, permettant d'avoir une dotation au sein du service réapprovisionnée par l'armoire sécurisée de palier
- Adaptation des horaires de livraison en fonction des heures d'administration

Des évolutions du logiciel ont été envisagées :

- Bloquer le retrait non nominatif des molécules à haut risque de détournement et des médicaments à risque
- Indiquer la quantité du blister à la sélection du produit pour les spécialités non déconditionnables

La mise en place d'indicateurs nous a permis de constater de mauvaises utilisations des AS dont certaines peuvent être expliquées par des problèmes d'organisation ou informatiques et d'autres par un mésusage. La réalisation d'audits nous permettrait de prioriser les actions afin d'optimiser la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

Mots-clés :

Armoires sécurisées, Indicateurs, Qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 47

Titre :

De l'intérêt et des difficultés à mettre en place une activité de conciliation médicamenteuse d'entrée en service de chirurgie

Auteurs :

Jamet C., Lhermitte-Pastor C., Hirot A., Cuquel AC., Lucas C., Kramp F., Borne-Pons M.

HIA Bégin, Saint-Mandé

Résumé :

Contexte

En mai 2014, à la suite d'une phase préliminaire, la conciliation médicamenteuse d'entrée a été initiée dans notre établissement au sein du service de chirurgie viscérale avant de s'étendre à tous les services de chirurgie.

Objectifs

Cette étude a pour objectif de faire un premier bilan après 20 mois de pratique avant d'envisager son évolution au sein de notre établissement.

Patients et méthodes

Pour chaque conciliation un bilan médicamenteux a été réalisé, collectant les informations suivantes : âge des patients, service de chirurgie, type de démarche (proactive/rétroactive), nombre et nature des sources d'information pour réaliser le bilan médicamenteux, prise en compte de celui-ci par les prescripteurs ainsi que nombre et nature des divergences mises en évidence. Une analyse rétrospective de ces données a été menée.

Résultats

Au cours de ces 20 mois, 700 conciliations ont été menées. 50 % ont été réalisées dans le service de chirurgie digestive, 37 % dans le service d'orthopédie, 9 % dans le service d'urologie et 4 % dans le service de gynécologie. La moyenne d'âge des patients était de 73 ans. Les principales sources d'information étaient les entretiens avec les patients (96 % des dossiers), les ordonnances (59 %), la pharmacie de ville (47 %) et les médicaments apportés par le patient (44 %). 60 % des bilans ont été réalisés en proactif. Parmi eux, 85 % des propositions de prescription ont été suivies par les prescripteurs. Lors des conciliations rétroactives, 50 % des ordonnances comprenaient des divergences non intentionnelles (DNI). Les types de DNI le plus souvent rencontrés étaient l'omission (49 %) et l'erreur de posologie (29 %) ; d'autres erreurs portaient sur l'erreur du moment de prise, le nom du médicament et la forme galénique.

Le temps nécessaire pour réaliser un bilan est le principal obstacle rencontré. Il est lié aux difficultés d'accès à l'information et aux disponibilités réduites des prescripteurs pour gérer les divergences.

Conclusion

Au vu de ces résultats, il apparaît impératif de maintenir et d'étendre cette activité afin de minimiser le risque iatrogène imputable à la perte d'information au moment de l'hospitalisation dans notre établissement.

Afin de pérenniser cette activité, une amélioration de la collaboration interprofessionnelle et la mobilisation de tous les acteurs est indispensable. Des actions de communication à destination de l'ensemble du personnel des services cliniques, des professionnels de santé en ville et des patients sont en cours d'élaboration.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Sécurité du patient, Erreurs médicamenteuses

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bonnes pratiques en PDA et réalité de terrain

Auteurs :

Landry A., Besnard A., Le Bellec ML., Truet S., Peronne E., Lemoine D.

CH du Bessin, Bayeux

Résumé :

Contexte

Depuis six ans, notre établissement utilise un automate de déconditionnement pour la préparation de doses à administrer (PDA) en sachets individuels (une prise et une spécialité par sachet) pour les patients en services longs séjours. La PDA permet de sécuriser le circuit du médicament et de faciliter l'aide à la prise par les aides-soignants (AS).

Objectifs

Suite aux récentes recommandations du club des utilisateurs d'automates pharmaceutiques (CUAP) concernant les molécules non éligibles au déconditionnement, nous avons souhaité faire le point sur nos pratiques et de les confronter à la réalité de terrain dans les services longs séjours.

Matériel et méthodes

272 patients bénéficient actuellement de la PDA automatisée dans notre établissement. Sur une semaine type, nous avons comptabilisé le nombre total de sachets individuels produits et l'ensemble des prises de spécialités non incluses dans l'automate (patchs, solutions buvables, β -lactamines, comprimés orodispersibles, sachets dose, cytotoxiques, gélules de paracétamol...). A noter que les médicaments relevant de l'administration par une infirmière (injectables, aérosols...) n'ont pas été inclus dans l'étude.

Résultats

Parmi les 22 437 prises hebdomadaires comptabilisées, 16 187 sachets ont été produits. 6 250 prises ne sont donc gérées par l'automate, soit environ 28 % des prises totales. Les cytotoxiques et β -lactamines représentent 3 % des prises (n = 195) non automatisées. Pour répondre notamment aux troubles de la déglutition et aux bonnes pratiques de gériatrie, 27 % des prises non soumises à la PDA concernent des comprimés orodispersibles et des solutions buvables (n = 1 712). Dans notre établissement, le paracétamol n'est pas inclus dans les sachets (prescriptions en « si besoin », gain de temps en production...) ce qui représente 2 464 prises non produites par l'automate, soit 11 % des prises totales.

Discussion

Ces résultats révèlent un nombre important de prises non automatisées. Malgré une volonté des établissements de développer l'aide à la prise pour les AS, un tel pourcentage traduit l'ambiguïté entre les pratiques exigibles en pharmacie et les contraintes des services. Les résultats de notre étude et les perspectives d'avenir posent donc la question de la pertinence de l'utilisation d'un automate de déconditionnement. D'autres solutions existent, notamment le passage à un automate de surconditionnement qui pourrait permettre de solutionner certaines de ces problématiques tout en renforçant la sécurité pour nos résidents et l'exercice de nos aides-soignants.

Mots-clés :

Automatisation, Bonnes pratiques, Dispensation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Comparaison transversale des ruptures de médicaments en France et au Canada

Auteurs :

Rousseau A.¹, Meunier A.¹, Derain L.¹, Locher F.¹, Bussièrès JF.²

¹ HCL - Pharmacie centrale, Saint-Genis-Laval

² CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada

Résumé :

Contexte

Le nombre de publications sur les ruptures de médicaments ne cesse d'augmenter. Plusieurs études basées sur des questionnaires destinés aux professionnels de santé mettent en évidence l'impact pluridisciplinaire des ruptures de médicaments et une inquiétude croissante des professionnels de santé.

Objectifs

Comparer et identifier les ruptures de médicaments entre la France et le Canada.

Matériel et méthodes

Etude transversale comparative et descriptive. Nous avons recueilli les données de ruptures provenant de deux centres hospitaliers, sur une journée, au Canada et en France. Un médicament a été considéré en rupture dès lors qu'une présentation était indisponible. Pour chacune des ruptures, nous avons relevé la dénomination commune internationale, le dosage, le conditionnement, la forme galénique, la notion de princeps ou générique et le fabricant. Puis, nous avons calculé et comparé le taux de rupture (nombre total de ruptures sur nombre total de médicaments inscrits au livret thérapeutique des deux établissements) à l'aide d'un test chi². Nous avons également décrit et comparé les classes thérapeutiques impactées, les fabricants, les formes galéniques et la notion de princeps ou génériques.

Résultats

Le taux de rupture d'approvisionnement est similaire : 3,93 % (84/2 137) en France c. 4,18 % (85/2 032) au Canada (p = 0,738). Les classes thérapeutiques les plus impactées sont les anti-infectieux (20 % c. 21 %, respectivement en France et au Canada) et les médicaments du système nerveux (12 % c. 21 %). En France, les médicaments divers contenant les agents diagnostiques (13 %) arrivent en troisième position alors qu'au Canada, ce sont les médicaments du système cardiovasculaires (18 %). Les fabricants les plus fréquemment impliqués dans les ruptures de médicaments sont Guerbet (11,9 %), GlaxoSmithKline (10,7 %), Arrow Génériques (8,3 %), Accord Healthcare (6,0 %) et Mylan (6,0 %) en France et Apotex (22,4 %), Pharmascience (17,6 %), Teva (16,5 %), Mylan (8,2 %) et Sandoz (5,9 %) au Canada. En France, 36,9 % (31/84) des ruptures concernent des médicaments génériques contre 90,6 % (77/85) au Canada. Les médicaments injectables sont retrouvés dans 36,9 % (31/84) des ruptures en France contre 27,1 % (20/85) au Canada.

Discussion

Notre étude présente un état des lieux des différentes ruptures auxquelles deux centres hospitaliers ont dû faire face. Bien que le cadre réglementaire entre les deux pays diffère, les taux de rupture restent similaires. Les ruptures de médicaments sont un problème international, complexe et multi factoriel.

Mots-clés :

Pénurie de médicament, Etablissement de santé, Approvisionnement

Références

[1] Barbara Claus et al. J Pharm Belg. 1 : 24-34 (2015)

[2] Kaakeh R et al. Am J Health-Syst Pharm. 68 (19):1811-9 (2011)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Dispensation à délivrance journalière (DDN) : organiser la maîtrise du circuit

Auteurs :

de Courtivron C., Amrani F., Benzengli H., Mégrousse O., Ghanotakis J., Musa R., Léglise P.

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

Résumé :

Contexte

Dans notre hôpital gériatrique, la délivrance nominative journalière des médicaments est effectuée de façon non robotisée. Les piluliers des patients préparés par les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) sont contrôlés aléatoirement par des audits quotidiens. Suite à une analyse de risques en 2012 un double contrôle des piluliers par un second PPH a été mis en place. Une première méthode de double contrôle (préparation de l'ensemble des doses de la semaine par un PPH, puis répartition dans les piluliers par un autre PPH) a été modifiée en 2014 à la demande des PPH : un PPH prépare l'ensemble des piluliers, un double contrôle est effectué sur un jour, et sur l'ensemble de la semaine en cas d'erreur ou si le traitement varie selon le jour.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact des deux méthodes de double contrôle sur le taux de confusion observé.

Matériel et méthodes

L'impact des mesures est évalué par une étude rétrospective des résultats des audits effectués en 2011, en 2013 et en 2015. Ces audits relèvent les nombres d'erreurs de dosages, de références et d'unités de prise sur chaque pilulier contrôlé. Le total des confusions à l'année est rapporté au nombre total de spécialités contrôlées (erreurs de dosage et de spécialité) ou de prises contrôlées (erreurs d'unités de prises).

Résultats

Le taux de confusion de spécialités est resté stable entre 2011 et 2015 : 0,095 % en 2011 (Intervalle de confiance à 95 % : [0,036 % ; 0,15 %]) ; 0,20 % en 2013 [0,13 % ; 0,27 %] et 0,11 % en 2015 [0,05 % ; 0,16 %]. Le taux de confusion en nombre de prises est également stable : 0,15 % en 2011 [0,09 % ; 0,21 %] ; 0,20 % en 2013 [0,14 % ; 0,26 %] et 0,16 % en 2015 [0,10 % ; 0,21 %]. Le nombre de confusions de dosage diminue progressivement mais de façon non significative : 0,14 % en 2011 [0,07 % ; 0,21 %], 0,10 % en 2013 [0,05 % ; 0,15 %] et 0,05 % en 2015 [0,0091 % ; 0,082 %].

Discussion

Notre étude montre un maintien voire une amélioration des indicateurs de la DDN. Les taux d'erreurs sont très bas ; la perfection n'étant pas accessible, il est difficile d'atteindre la significativité. Cependant, les mesures de double contrôle font partie intégrante de l'exercice pharmaceutique dans sa pratique courante et permettent d'assurer la qualité pharmaceutique à l'hôpital. Le changement de méthode de double contrôle ne montre pas de déviation dans les pratiques, permettant de valider cette organisation convenant mieux aux PPH.

Mots-clés :

Délivrance nominative, Double contrôle, Confusions

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Dispositifs médicaux et stérilisation

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 51

Titre :

Etude de la traçabilité des dispositifs médicaux implantables en cardiologie

Auteurs :

Jamoussi H., Yahmadi G., Mahmoud O., Bennaceur D.

CHU Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Résumé :

Contexte

La traçabilité est l'ensemble des procédures permettant de suivre l'historique d'un produit depuis sa fabrication jusqu'à son administration à un patient. La gestion du risque iatrogène lié aux dispositifs médicaux implantables DMI repose sur une amélioration de leur traçabilité.

Objectifs

Dans ce cadre, une évaluation de la traçabilité des DMI en cardiologie a été réalisée afin de cibler les axes prioritaires d'amélioration et de favoriser l'organisation d'un système efficace et rapide de traçabilité.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 3 mois qui a porté sur 147 observations de patients hospitalisés au service de cardiologie et qui ont bénéficié d'une implantation d'un DMI. Une fiche de renseignement a été établie avec un score de traçabilité pour chaque DMI. Le guide de traçabilité rédigé par EUROPHARMAT a été utilisé comme référentiel.

Résultats

Au niveau du thème de la traçabilité sanitaire, L'axe de la délivrance à la pharmacie a été correctement tracé dans 95 % des cas. Pour l'axe concernant le service utilisateur, après évaluation des différents critères, un score de traçabilité a été attribué, une bonne traçabilité a été observée dans 80 % des cas. Au niveau du thème de la traçabilité financière, seulement 45 % des cas ont été bien tracés. En revanche, les plus mauvais scores ont concerné la traçabilité logistique (30 %) et la traçabilité scientifique (0 %).

Conclusion

La traçabilité des DMI à l'hôpital reste un domaine peu maîtrisé par l'ensemble des participants à la procédure. L'analyse de cette traçabilité a permis d'identifier les axes d'améliorations prioritaires, il s'agit de la traçabilité financière et logistique. Une base de données doit être créée pour assurer la traçabilité scientifique. Le personnel a été impliqué dans la démarche d'amélioration et un plan d'action a été établi. Des actions correctrices ont été engagées comme l'instauration d'un registre à l'entrée et à la sortie des DMI et l'obligation du service utilisateur à retourner un bulletin de prescription nominatif avec vignette du DMI après chaque utilisation.

Mots-clés :

Traçabilité, Dispositif médical, Cardiologie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Indicateurs et coûts en stérilisation : une nouvelle approche de pilotage de l'activité

Auteurs :

Pillon I., Jacques-Terracol V., Le Verger M.

CHRU Tours

Résumé :

Contexte

En 2015, l'AFS a publié un outil de management de l'activité en stérilisation comportant des indicateurs et une méthodologie d'évaluation des coûts de production. Notre service ayant participé à son élaboration au sein de l'AFS, il a été décidé de l'appliquer à nos deux unités de production et de participer à l'étude ANAP "Autodiag Stérilisation" aux côtés de 52 autres stérilisations.

Objectifs

L'objectif a été d'établir une cartographie de l'activité en UO (Unité d'Œuvre stérilisation) afin de développer un pilotage de la stérilisation des DM de bloc opératoire. Le calcul des coûts de production a également constitué un enjeu et permis la facturation de nos prestations ainsi que la comparaison à d'autres stérilisations.

Matériel et méthodes

Chaque instrument ou composition a été répertorié dans une catégorie définie selon le type d'utilisateur (bloc/unité de soins (US)) et le nombre de DM les composant (bloc : 1, 2 à 10, 11 à 60, plus de 60 ; US : 1, au moins 2). Des catégories spécifiques "linge" et "Stérilisation Basse Température (SBT)" ont été identifiées. Le total d'UO, nouvel indicateur d'activité, est composé des UO obtenues pour chaque catégorie en multipliant le nombre d'articles stérilisés par le coefficient de pondération correspondant. Les coûts de stérilisation à l'autoclave et par SBT ont été calculés selon les deux approches du guide.

Résultats

En 2015, nos deux unités de stérilisations ont présenté des activités de 6,9 et 8,2 MUO, avec en moyenne par jour respectivement 17 000 et 21 000 UO dues à des DM de bloc hors DM en prêt. Pour les deux unités, le coût de l'UO vapeur d'eau dans le seul cadre du process de stérilisation s'élève à 0,23 €, inférieur à la moyenne ANAP (0,29 €). En tenant compte du fonctionnement global du service tel qu'imputé par la direction, il est de 0,26 €. L'effectif consacré est respectivement de 0,37 et 0,43 ETP rémunéré pour 100 000 UO dans nos deux unités de production (moyenne ANAP : 0,48). Par contre, le coût de l'UO SBT est beaucoup plus élevé (1,89 €) en cohérence avec un équipement récent, faiblement utilisé et aux qualifications et maintenances coûteuses.

Conclusion

Se révélant un véritable outil d'aide à la décision, de nombreuses applications ont été initiées comme le développement d'une méthode de communication (interne et externe) et de pilotage de l'activité par le suivi quotidien des UO (« jour faible/fort »), l'évaluation des besoins en RH, la facturation des prestations de sous-traitance et la mise en œuvre d'étude pharmaco-économique de passage à l'usage unique.

Mots-clés :

Stérilisation, Indicateur, Coûts et analyse des coûts

Références

Association Française de Stérilisation, Indicateurs et coûts de production en stérilisation, version 2 (février 2016)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sachets de protection à usage unique du double emballage non tissé : qui est le meilleur ?

Auteurs :

Théron F., Malvezin V., Ettendorff S., Jacques B., Grenouilleau V., Jomier JY.

CH François Mitterrand, Pau

Résumé :

Contexte

Suite à des déclarations d'évènements indésirables au sujet de perforations du double emballage non tissé, une action d'amélioration a été mise en place, se traduisant par la pose de sachets de protection à usage unique (UU) non autoclavables placés après stérilisation. Des sachets de protection UU autoclavables (à poser avant stérilisation) existent également : nous avons choisi d'en tester deux (A et B) issus de différents fournisseurs.

Objectifs

Étude comparative médico-économique de deux types de sachets de protection UU autoclavables.

Matériel et méthodes

Le produit A est un sachet opaque en non tissé SMS, laissant facilement passer la vapeur d'eau, soudé sur les côtés et se déclinant en trois tailles. La fermeture est réalisée avec le même ruban adhésif que celui utilisé pour les emballages pliés. Le produit B est une bobine composée de deux faces plastifiées transparentes munies de fentes pour laisser pénétrer la vapeur d'eau. Un repli des rebords du sachet sous le plateau suffit pour assurer la fermeture (sans ruban adhésif). Au total six essais ont été réalisés sur des plateaux opératoires de tailles et de spécialités différentes (trois essais par fournisseur). A chaque essai, des sondes embarquées ont été placées dans certains plateaux et des critères ont été évalués : facilité de pose, résistance avant et après stérilisation, humidité, résultats des sondes embarquées, qualité de fermeture.

Résultats

Avant stérilisation, la pose du sachet a été globalement plus facile avec le produit A qu'avec le produit B. Cependant le produit A étant opaque, une seconde identification a été nécessaire sur le sachet de protection ; ce qui n'était pas le cas du produit transparent B. Concernant la résistance, le produit B s'est avéré plus fragile avant et après stérilisation que le produit A. Après stérilisation, de l'humidité externe a été constatée sur quatre emballages avec le produit B contre un avec le produit A. Dans les deux cas, les sondes embarquées ont donné des résultats conformes. La fermeture était de bonne qualité avec le produit A, en revanche elle ne l'était pas avec le produit B où des défauts de protection ont pu être observés. Au niveau du coût, il était plutôt en faveur du produit A.

Conclusion

L'évaluation médico-économique de ces deux types d'emballage nous amène à orienter notre choix sur le produit A qui répond le mieux à nos attentes. Ce produit sera présenté prochainement au bloc opératoire pour validation. Un test sur un plus grand nombre d'échantillons serait toutefois souhaitable.

Mots-clés :

Emballage de produit, Matériel jetable, Stérilisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Informatisation au bloc opératoire (BO) : perte de traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI) dans le dossier patient (DP) et impact des mesures correctives

Auteurs :

Yailian AL., Cerutti A., Sainfort A., Vernardet S., Lefort I.

CH Ardèche Nord, Annonay

Résumé :

Contexte

Depuis 2013, les DMI sont tracés informatiquement sur le module de gestion du BO (IPOP) en plus de la traçabilité papier. En 2014, une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a montré une perte de traçabilité dans le DP informatisé par rapport au DP papier (3.3 % des dossiers informatisés présentaient une traçabilité complète (IPOP) contre 99 % des DP papiers). Des actions correctives avaient été mises en place : formation des infirmières du BO, mise à disposition de douchettes pour scanner les codes-barres, création de menus déroulants pour simplifier la saisie des données.

Objectifs

En 2015, une réévaluation de la traçabilité informatique des DMI a été réalisée pour mesurer l'impact de nos actions correctives et évaluer la faisabilité d'une informatisation complète de la traçabilité des DMI.

Matériel et méthodes

Un audit respectant la méthodologie de la précédente EPP a été réalisé : les DMI tracés durant 3 mois ont été extraits de notre logiciel de gestion et 30 dossiers ont été tirés au sort. Un dossier est jugé conforme si le DMI est identifié exhaustivement par les utilisateurs (dénomination, numéro de lot et fabricant), la date d'utilisation et le médecin étant automatiquement ajoutés par le logiciel. L'utilisation des menus déroulant a aussi été renseignée.

Résultats

Les menus déroulants sont utilisés dans 53 % des cas pour au moins un item. La dénomination est retrouvée dans 83 % des cas contre 22 % des cas en 2014. Le numéro de lot est mentionné dans 87 % des cas contre 71 % des cas en 2014. En 2015, le fabricant est l'information principalement manquante car il est retrouvé dans 40 % des cas contre 23 % des cas en 2014. Cependant, on ne retrouve aucune information sur le DMI implanté dans IPOP pour 6 % des dossiers en 2014 et 13 % des dossiers en 2015. Ainsi, la traçabilité dans IPOP peut être considérée comme complète dans 40 % des cas contre 3 % en 2014.

Conclusion

L'amélioration de la traçabilité des DMI dans IPOP constatée entre 2014 et 2015 est insuffisante pour envisager une informatisation complète du circuit des DMI. L'importance de l'exhaustivité des informations à saisir doit être rappelée régulièrement aux infirmières de BO (y compris les intérimaires et vacataires). L'utilisation de douchettes a permis d'améliorer la saisie mais trop d'erreurs persistent suite au scannage d'un code-barres qui ne contient pas la bonne information. Une fonctionnalité bloquante du logiciel informatique en cas de traçabilité incomplète serait précieuse afin d'optimiser la traçabilité informatique des DMI.

Mots-clés :

Réglementation, Dispositif médical implantable, Dossier médical informatisé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Elaboration du classement des dispositifs médicaux implantables selon la classification Cladimed en vue de répondre au contrat de bon usage

Auteurs :

Raimbault C., Chaignaud-Duquesne C., Ripoll N.

Pôle Santé Sarthe et Loir, La Flèche

Résumé :

Contexte

L'instruction DGOS/PPF2/DSS n° 2014-243 fixe la mise en œuvre progressive de la classification Cladimed des dispositifs médicaux (DM) comme indicateur du contrat de bon usage (CBU).

Objectifs

L'objet de ce travail est de présenter les résultats obtenus lors de l'élaboration de la classification des DM implantables (DMI) référencés au sein de l'établissement en comparant différents codes proposés.

Matériel et méthodes

Tout d'abord, 1 359 DMI ont été rattachés aux codes Cladimed en sous-traitant cette recherche à une société extérieure. Ensuite, 510 de ces codes ont été comparés à ceux du document des LPPR de l'OMÉDIT Centre. 61 codes de DMI hors LPPR ont été recherchés directement dans la classification Cladimed. Enfin pour les 788 DMI restants, 29 fournisseurs ont été sollicités par courriel. Le code et le libellé Cladimed étaient demandés pour chaque DMI. 3 analyses (1, 3 et 4 mois) ont permis d'établir le taux et la qualité des réponses.

Résultats

Le taux de réponse global est respectivement de 62 %, 93 % et 100 % à 1, 3 et 4 mois. Seuls 2 fournisseurs n'avaient pas répondu à 3 mois. A 4 mois, 48 % des fournisseurs ont fourni la totalité des codes Cladimed, 21 % une réponse partielle et 31 % aucun code. Le nombre moyen de références par fournisseur était de 27,2 [1-332]. 235 codes Cladimed ont été collectés à 1 mois (30 % des codes demandés), 595 à 3 mois (76 %) et 698 à 4 mois (89 %). Les codes fournis par la société extérieure ont été comparés à ceux de l'OMÉDIT région Centre, des fournisseurs ou de la classification : 20,6 % des codes sont identiques, 59,7 % sont moins précis dans la classification et 19,7 % sont totalement différents. Du fait de l'absence de réponse des fournisseurs, 90 codes sur les 1 359 n'ont pu être comparés.

Discussion

Les relances successives par courriel ont permis d'obtenir la quasi-totalité des codes Cladimed des DMI référencés dans l'établissement. La plupart des fournisseurs sont conscients de l'importance de cette classification. Cependant certains d'entre eux n'en connaissent pas l'existence. En comparant les codes donnés par la société extérieure avec ceux des autres sources, seul 20 % sont identiques. Ce travail va permettre de mettre à jour plus rapidement la base de données produit, de standardiser le libellé des références au livret et de répondre au CBU. Cependant, ces résultats ne nous exemptent pas de rester critique sur les codes fournis.

Mots-clés :

Dispositif médical, Classification, Bases de données pharmaceutiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Omphalocèles géantes traitées par matrice de reconstruction tissulaire et Thérapie par Pression Négative

Auteurs :

Martinez A., Bordes C., Perrey J., Faure-Chazelles C., Milhavet MN.

CHRU Montpellier

Résumé :

Contexte

L'omphalocèle géante (OG) est une embryopathie caractérisée par une large hernie ombilicale. Elle est décrite dans de nombreux syndromes polymalformatifs avec une prévalence d'environ 1/8 500 naissances.

Objectifs

Décrire la prise en charge de deux nouveaux nés (NN) atteints d'OG.

Patients et méthodes

Deux NN nés à 39SA ont été pris en charge pour OG :

HM, fille dont le contenu de l'omphalocèle est le foie, une partie de l'estomac et anses jéjunales

ME, garçon avec une extériorisation hépatique.

Le pharmacien coopère avec l'équipe médicale au niveau de la prescription et de l'utilisation des Dispositifs Médicaux Stériles (DMS).

Résultats

La prise en charge est chirurgicale afin de réintégrer progressivement les viscères herniés :

J1: compression avec des clamps digestifs et couverture de l'omphalocèle par un tulle gras.

J7: ablation de la membrane amniotique et pose d'une membrane de collagène dermique porcine acellulaire réticulé ainsi qu'une Thérapie par Pression Négative (TPN) avec mousses à pores ouverts en polyvinylalcool et une interface tricot de polyamide/silicone/polyéthylène.

Cas HM : La cicatrisation dirigée par TPN a duré 9 semaines : L'intérêt des 1^{ères} mousses a été rediscuté à S7 avec suite de la TPN avec des mousses en polyuréthane à pores réticulés associées à une interface. Au vu du manque d'épithélialisation, la plaque a été en partie retirée. Le contenu de l'OG a été progressivement réintégré et une fermeture complète a été effectuée après exérèse complète de la plaque à l'âge de 13 mois.

Cas ME : Une fermeture cutanée complète en un temps a été possible à J9. La TPN a été arrêtée à J11 avec un relais par une interface pour éviter les adhérences et un pansement secondaire.

Conclusion

Cas HM : La matrice a permis uniquement la fermeture en réintégrant peu à peu le contenu de l'omphalocèle sans compromettre les fonctions cardiopulmonaires et éviter les complications métaboliques et infectieuses. L'origine biologique de la matrice permet de réduire le risque infectieux très présent en néonatalogie. L'ajout de la TPN a eu pour but d'accélérer l'épithélialisation et le bourgeonnement de la plaque.

Cas ME : La matrice a permis d'éviter une récurrence en renforçant la paroi abdominale grâce à sa réticulation qui retarde sa résorption et permet la solidification endogène. La TPN a permis de drainer les sécrétions de la plaie dans l'espace mort et d'obtenir une meilleure cicatrisation.

Le rôle du pharmacien est de fournir des éléments techniques aux utilisateurs ainsi que de s'assurer du bon usage des DMS.

Mots-clés :

Hernie ombilicale, Derme acellulaire, Traitement des plaies par pression négative

Références

[1] Aldridge et al. Am J Surg. 9610-15(2015)

[2] Travassos et al. European J Pediatr Surg Rep. 10.1055(2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Étude préalable à la mise en concurrence des introducteurs longs utilisés en radiologie interventionnelle

Auteurs :

Depaquet C.¹, Vaillant T.¹, Haghghat S.¹, Paubel P.², Naud C.¹

¹ AGEPS, Paris

² Université Paris Descartes-Sorbonne, Paris

Résumé :

Contexte

Les introducteurs longs (IL) à usage périphérique, dispositifs médicaux (DM) de classe IIa, permettent l'accès percutané au système vasculaire en distalité via une gaine de guidage afin d'insérer les DM d'angiographie et d'angioplastie au plus proche de la lésion vasculaire à traiter. Ils sont composés d'une gaine contenant un dilateur, d'une valve hémostatique proximale munie d'une tubulure latérale ayant à son extrémité une valve avec un robinet trois voies. La quantité consommée dans notre centre hospitalier universitaire (CHU) est approximativement de 2 000 unités par an.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux des différents IL disponibles sur le marché français et de définir leurs caractéristiques techniques en vue d'évaluer une éventuelle mise en concurrence.

Matériel et méthodes

Dans un premier temps, nous avons défini l'IL comme « une gaine de guidage à partir de 45 cm de longueur et d'un diamètre externe inférieur à 12 Fr ». L'état des lieux a été réalisé à partir des fiches techniques, des spécimens de référence, d'une analyse bibliographique ainsi que des avis d'utilisateurs (un chirurgien vasculaire et un radiologue interventionnel).

Résultats

7 gammes d'IL ont été identifiées chez 6 fournisseurs, ayant été mises sur le marché entre 1998 et 2015. En fonction des gammes, les gaines ont des longueurs de 45 cm à 120 cm et des diamètres externes de 4 à 11 Fr. Leurs matériaux constitutifs sont le nylon, le polytétrafluoroéthylène (PTFE), le polyéthylène ou le polyuréthane. Elles sont majoritairement renforcées par des spires en acier et recouvertes d'un revêtement interne et/ou externe hydrophobe ou hydrophile, avec deux formes d'extrémités (droites ou angulées) et des marqueurs radio-opaques au niveau de l'extrémité distale. Les dilateurs sont constitués de polyéthylène ou de PTFE avec la possibilité de fixation sur l'embase de la gaine. Deux formes de valves hémostatiques sont identifiées : une simple type "Cross Cut" et une complexe type "Tuohy Borst". Les valves peuvent être rotatives, amovibles ou fixes. Les prix tarifs en fonction des longueurs, des courbes, des valves et des fournisseurs varient de 93 € à 259 € HT.

Conclusion

Les IL présentent des caractéristiques techniques qui peuvent être différentes mais ils semblent équivalents en terme d'utilisation et de besoins. Dans ce contexte, en accord avec les médecins consultés, la mise en concurrence de ce DM sera réalisée lors du prochain appel d'offres de radiologie interventionnelle.

Mots-clés :

Dispositifs d'accès vasculaires, Maladies vasculaires périphériques, Procédures de chirurgie cardiovasculaire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Pack Nominatif de Dialyse (PND) : circuit, avantages et contraintes

Auteurs :

Decarout L., Pluchart H., Khouri C., Simonetti J., Rabatel G.

CH Chambéry

Résumé :

Contexte

Dans un contexte d'emménagement dans un nouvel établissement, de contraintes d'espace de stockage dans les unités de soins et de la suppression de la cuve de concentré acide de dialyse, il a été proposé de mettre en place les Packs Nominatifs de Dialyse (PND) : consistant en la préparation nominative et anticipée de l'ensemble du matériel.

Objectifs

L'objectif est de présenter notre démarche ainsi que les avantages et inconvénients des PND.

Matériel et méthodes

Mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire (pharmacie, logistique, unité de dialyse) avec détermination du rôle de chaque acteur dans la sécurisation du circuit des séances de dialyse. 3 mois après le lancement, les avantages et inconvénients sont colligés.

Résultats

Ce travail a débuté en 2014 avec un test sur 8 patients, aujourd'hui 288 patients par semaine sont concernés. Avant chaque séance de dialyse, le médecin prescrit la séance de dialyse sur le logiciel MEDIAL®. La veille, le pharmacien ou l'interne en pharmacie édite les séances par demi-journée et valide la composition des dispositifs médicaux stériles pour chaque patient. Après validation, un magasinier prépare les packs nominatifs et saisit informatiquement les sorties de stock. Un agent logistique transporte ensuite le chariot jusqu'à l'unité de dialyse. La préparation des PND par la pharmacie permet d'augmenter le temps de présence infirmière auprès du patient, ne s'occupant plus de l'approvisionnement, de la manutention et du décartonnage. De plus, l'absence de stockage dans les unités améliore l'hygiène du service. Les inconvénients relevés : les difficultés à coordonner la prescription avec les changements de voie d'abord (cathéter ou fistule) et les patients inscrits à la dernière minute dont le pack n'est pas préparé à l'avance.

Discussion

Des évolutions du logiciel MEDIAL® sont en cours avec notamment l'ajout de la voie d'abord et des sets de branchement associés. Lorsque ceux-ci seront effectifs, l'outil « préparation des séances de dialyse » permettra de diminuer le temps pharmacien grâce à la synthèse des dispositifs médicaux à préparer. En conclusion, le recul actuel ne permet pas de démontrer un avantage économique. Pour les unités de soins, le bilan est positif. Du côté pharmaceutique, la validation du matériel pourrait être réalisée par un préparateur en pharmacie. Dans l'avenir, une validation pharmaceutique globale (médicaments et dispositifs médicaux stériles) par un pharmacien aurait un intérêt.

Mots-clés :

Dialyse, Dispositifs médicaux, Dispensation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Spéculum otologique : étude médico-économique du passage à l'usage unique

Auteurs :

Lafaurie M., Mazon M., Martin A., Maupiler M., Bigot A., Morin MC., Civade E.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

Les spéculum otologiques utilisés lors des consultations ORL sont des dispositifs médicaux (DM) entrant en contact avec la flore commensale et celle potentiellement pathogène du patient. Le recours à la stérilisation des spéculum à usage multiple (UM) est la procédure adaptée et conforme aux recommandations. L'organisation des services, l'utilisation intensive ainsi que le délai de stérilisation ont engendré des difficultés d'approvisionnement. Les services ont eu alors fréquemment recours à une procédure dégradée de nettoyage et de désinfection n'assurant pas une sécurité des soins optimale.

Objectifs

L'objectif de ce travail était de réaliser une étude médico-économique envisageant le passage des spéculum otologiques de l'UM à l'usage unique (UU).

Matériel et méthodes

L'étude du coût de l'utilisation de l'UM a été réalisée en 2015 à partir du nombre de spéculum stérilisé extrait du logiciel OPTIM® et du coût de la stérilisation d'une unité. Une étude économique du marché actuel de l'UU a été réalisée auprès des fournisseurs ainsi qu'une estimation des besoins des services. Des échantillons à UU ont été essayés par les médecins.

Résultats

En 2015, 20 472 spéculum à UM ont été stérilisés. Cela a représenté environ 40 charges d'autoclave. Le coût de la stérilisation d'un spéculum a été déterminé à 1,06 € HT soit 21 700 € HT par an. Deux fournisseurs ont répondu à l'étude du marché des spéculum à UU. Le premier a proposé des spéculum à 0.11 € HT l'unité et le second à 0.24 € HT. Le choix s'est porté sur les plus chers. Ils possèdent un orifice rond et non traumatique alors que les autres ont un orifice ovale moins anatomique. L'estimation du besoin a été de 48 000 spéculum par an représentant un coût de 11 520 € HT par an. Cette estimation a été nettement supérieure à la rotation de la stérilisation mettant en évidence le recours fréquent à la procédure dégradée de nettoyage et de désinfection au sein des services.

Conclusion

Le référencement de l'UU a permis de réaliser une économie globale de 10 180 € HT par an (21 700 - 11 520 €), économie non négligeable dans le contexte actuel de diminution des dépenses publiques. Cela a permis un gain d'activité important pour le service de stérilisation (transfert d'activité, réduction des délais) ainsi que de répondre aux bonnes pratiques de soins en évitant l'exposition des soignants aux risques infectieux lors du nettoyage et de la désinfection et l'exposition des patients en cas de défaut de celles-ci. Nous envisageons d'étendre cette démarche à d'autres DM.

Mots-clés :

Spéculum, Etude comparative, Matériel à usage unique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan de 16 mois de suivi de la traçabilité informatique sécurisée des dispositifs médicaux implantables d'orthopédie

Auteurs :

Facchin C., Bacouillard JB., Noir S., Letellier D., Docq N., Heindl MC.

CH Charleville-Mézières

Résumé :

Contexte

Dans une démarche de sécurisation du circuit des dispositifs médicaux implantables (DMI), un logiciel informatique sécurisé, Optim[®], a été mis en place dans notre établissement en mai 2014. Il permet de tracer un DMI de sa réception en stérilisation à son implantation au bloc opératoire (BO). Le but est de remplacer les formulaires « papier » renseignés au BO et un fichier Excel[®] rempli en stérilisation utilisés jusqu'ici, ces outils n'étant pas sécurisés.

Objectifs

L'objectif de notre étude a été d'évaluer la justesse de la traçabilité des DMI implantés effectuée au BO avec le nouveau logiciel.

Matériel et méthodes

Une étude prospective de seize mois a été réalisée de juin 2014 à septembre 2015. La traçabilité de l'utilisation des DMI a été double pendant cette période : le système de traçabilité déjà existant a été maintenu et a servi de référence pour analyser la traçabilité via Optim[®]. Les interventions au cours desquelles au moins un DMI d'orthopédie était posé ont été incluses. Les éléments recueillis concernent le nombre de DMI à tracer, le nombre de DMI tracés, les problèmes rencontrés, le type de DMI. Les dispositifs d'ostéosynthèse et les prêts ont été exclus.

Résultats

En tout, 571 interventions ont été analysées et 2 260 DMI ont été implantés. Pendant l'étude, 72,2 % des interventions (n = 412) et 86,8 % des DMI (n = 1 961) ont été correctement tracés dans le logiciel. Le nombre d'interventions correctement tracées est passé de 50 % en juin 2014 à 86,7 % en septembre 2015. De même, 67,9 % des DMI étaient correctement tracés en juin 2014 contre 94,5 % en septembre 2015. Les principales erreurs rencontrées sont des oublis de traçabilité d'un ou plusieurs DMI pour 10,7 % des interventions (n = 61), un manque de formation au logiciel du personnel du BO (9,8 %, n = 56), des problèmes informatiques (4,2 %, n = 24).

Conclusion

Des séances de formation et de sensibilisation du personnel du BO à la traçabilité informatique ont été effectuées et ont permis d'améliorer nettement la traçabilité au cours de la période d'étude. Des problèmes de formation au logiciel subsistent et surviennent surtout le week-end. Ils sont dus au turn over de l'ensemble du personnel du BO lors des gardes. En octobre 2015, il a été décidé d'arrêter la double traçabilité, contraignante et source d'erreurs, et d'impliquer les chirurgiens en leur demandant de signer une ordonnance imprimée via le logiciel où figure les DMI tracés pendant l'intervention. L'objectif est désormais d'étendre Optim[®] aux autres spécialités chirurgicales.

Mots-clés :

Traçabilité, Dispositif médical implantable, Informatisation

Références

Guide « Traçabilité des dispositifs médicaux », Euro-Pharmat, octobre 2007. Disponible sur le site : www.euro-pharmat.com

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 61

Titre :

Un module de e-learning pour optimiser le bon usage des sondes urinaires et des étuis péniers

Auteurs :

Figueiredo E., de Bouët du Portal H., Lanoue MC.

CHRU Tours

Résumé :

Contexte

La mise en place d'une sonde urinaire ou d'un étui pénien peut se révéler nécessaire pour de nombreux patients. Cependant, il apparaît fréquemment un mésusage de ces dispositifs médicaux.

Objectifs

Sécuriser l'utilisation des sondes urinaires et des étuis péniers.

Matériel et méthodes

Création d'un module de e-learning ludique et pédagogique à partir de recherches bibliographiques (recommandations, articles, schémas, photographies et liens internet pertinents).

Soumission à un groupe pluriprofessionnel d'experts régionaux et aux membres de la commission technique d'Europharmat.

Résultats

Cet outil de formation en ligne gratuit et attractif peut s'utiliser en auto-apprentissage ou servir de support pour des formations dirigées. Il constitue un support de sensibilisation, de formation et d'auto-évaluation des connaissances.

La lecture du module nécessite environ 30 minutes. Son contenu est structuré : quizz en début et fin de module, un cours qui s'appuie sur des recommandations validées, et la possibilité d'ouvrir des liens vers des explications ou pour approfondir un sujet.

Conclusion

Cet outil gratuit a été créé pour favoriser un usage optimal des sondes urinaires et des étuis péniers. Il s'inscrit dans le programme régional de prévention des risques liés à la prise en charge médicamenteuse et contribue à l'amélioration de la qualité des soins, notamment pour les professionnels de santé peu confrontés aux sondes urinaires et étuis péniers.

Par le rappel de recommandations et des différents types de matériels existants, il cherche à uniformiser les pratiques et à prévenir les complications liées à un mésusage ou à une méconnaissance des sondes urinaires ou étuis péniers.

Mots-clés :

Formation, Dispositifs médicaux, Sondes urinaires

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt d'un système d'injection intra-nasale dans un service de secours d'urgence en montagne

Auteurs :

Mignonat P.², Rieu C.¹, Casauranq M.¹, Grenouilleau V.¹, Jomier JY.¹

¹ CH Pau

² CH Gérard Marchant, Toulouse

Résumé :

Contexte

La pharmacie a été sollicitée par le service de secours en montagne au sujet de l'utilisation de la voie intranasale (IN) au cours d'interventions à l'extérieur. Les médecins intervenant souvent sur des patients traumatisés et algiques dans des conditions difficiles, ils recherchent une alternative à la voie intraveineuses (IV) qui est parfois impossible. Les médicaments initialement choisis étaient le Midazolam pour la sédation et un morphinique pour l'antalgie.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de déterminer l'intérêt de la voie IN par rapport à la voie IV et les médicaments adaptés à cette voie d'administration.

Matériel et méthodes

Une recherche bibliographique a été effectuée sur le sujet, complétée par la consultation des essais cliniques en cours et par des renseignements sur les dispositifs médicaux spécifiques à la voie IN. Les avantages et les inconvénients de cette voie d'administration ont pu être mis en évidence et les différents médicaments ont été comparés pour déterminer le plus adapté à notre pratique.

Résultats

La bibliographie retrouvée est essentiellement internationale. De nombreux avantages ressortent pour la voie IN : rapidité, sécurité pour le personnel, facilité d'utilisation, diminution des effets indésirables, sans douleur pour le patient.

Peu de données ont été retrouvées pour le midazolam par voie IN dans la sédation de l'adulte. Par contre notre recherche a mis en évidence l'intérêt du fentanyl dans une indication antalgique : Sa biodisponibilité par voie IN est satisfaisante (80 %), son absorption est rapide (5 min), l'aire sous la courbe est comparable à la voie IV, le risque d'insuffisance respiratoire aiguë est diminué et l'antidote (naloxone) est utilisable en IN. De plus un essai clinique de phase III est en cours sur son utilisation dans cette voie.

Après concertation avec les médecins du service, le médicament finalement choisi comme antalgique est le fentanyl. Un protocole va être préparé en vue de sa prochaine utilisation. Des recherches approfondies seront réalisées au sujet du midazolam pour une utilisation dans la sédation chez l'adulte.

Conclusion

La voie IN est une alternative intéressante pour ce service travaillant dans des conditions difficiles. Dans un premier temps le service va tester le fentanyl par voie IN dans l'établissement, puis selon les résultats l'utilisation sera élargie progressivement à des interventions extérieures.

Mots-clés :

Administration médicamenteuse par voie nasale, Soins de première urgence, Absorption intranasale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Chariot de chargement pour autoclave : la fin des emballages percés

Auteurs :

Pouilloux P., Latouche H., Orhon S.

GCS PUI Cité sanitaire, Saint-Nazaire

Résumé :

Contexte

Suites à de nombreuses déclarations d'incidents émanant du bloc opératoire et concernant les emballages Intégrapak® percés après stérilisation ; un audit portant sur la manipulation des boîtes a été réalisé dans le service de stérilisation et au bloc opératoire.

Cet audit a mis en évidence un nombre important de manipulations de ces boîtes, notamment lors du chargement et déchargement de l'autoclave pouvant être responsable de ces déchirures.

Objectifs

L'objectif est de diminuer le nombre de manipulations des boîtes emballées afin de réduire le nombre d'emballages percés.

Matériel et méthodes

Les boîtes à stériliser sont emballées avec un conditionnement Intégrapak® par l'agent de stérilisation. Nos services techniques ont mis au point 3 chariots de chargements (CC) en acier inoxydable comportant 4 grilles sur lesquelles sont posées les boîtes à stériliser.

Après conditionnement, la boîte à stériliser est immédiatement placée sur une grille.

Toutes les manipulations ultérieures de la boîte s'effectuent ainsi au travers de cette grille (glissement dans le CC, chargement du CC dans l'autoclave et déchargement).

En sortie de l'autoclave, un contrôle visuel (humidité résiduelle, tâches) des emballages est systématiquement réalisé. Les grilles contenant les boîtes emballées sont ensuite mises dans les armoires de transport à destination du bloc.

Les boîtes ne sont ensuite manipulées qu'au moment de l'intervention.

Résultats

Suite à ce nouveau procédé de manutention des boîtes, aucun emballage Intégrapak® percé n'a été signalé par le bloc opératoire en 3 mois, contre près de 10 % (57/5 603 boîtes stérilisées en 3 mois) avant la mise en place des CC.

Les boîtes emballées sont manipulées seulement deux fois : une fois par l'agent de stérilisation et une fois avant l'acte opératoire.

Conclusion

Grâce à la diminution du nombre de manipulations sur les boîtes nous n'observons plus d'emballage percé.

De plus, nous avons constaté un gain de temps et d'énergie au chargement et déchargement de l'autoclave.

Ces mesures vont dans le sens d'une optimisation de nos ressources humaines.

Mots-clés :

Chariot de chargement, Emballages percés, Manipulation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Hétérogénéité des références de gants chirurgicaux, rationalisons !

Auteurs :

Le Quinio P., Jolly C., Perrin A.

CHU Nancy

Résumé :

Contexte

Une hétérogénéité des références de gants chirurgicaux a été mise en évidence. Les gants chirurgicaux sont utilisés lors d'actes chirurgicaux au bloc opératoire, mais aussi lors d'actes médicaux invasifs aseptiques. Pour des actes médicaux invasifs aseptiques des gants d'intervention peuvent être utilisés avec un coût inférieur aux gants chirurgicaux.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de quantifier l'utilisation des gants chirurgicaux dans les services médicaux et de limiter le nombre de références de gants similaires pour massifier les achats.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective. Les caractéristiques de chaque gant ont été renseignées afin de les classer en groupes d'utilisation et de caractéristiques homogènes. Les gants appartenant au même groupe sont ensuite comparés et les références similaires sont mises en évidence. En parallèle, l'analyse des consommations de gants a également été effectuée afin d'évaluer le besoin réel des services de chirurgie et comparer l'utilisation de gants en latex par rapport aux gants en polyisoprène.

Résultats

Dix références de gants chirurgicaux ont été mises en évidence. Deux présentaient une indication particulière et ont été conservées. Sur les huit références restantes quatre références présentaient les mêmes caractéristiques et pouvaient être retirées.

L'analyse de la consommation en gants chirurgicaux a montré que 27,5 % des gants sont consommés par des services non chirurgicaux. La substitution par des gants d'intervention dans ces services permettrait de faire une économie de 31 100 euros par an. Sur l'ensemble des services de chirurgies infantiles, seul 27,4 % des gants sont en polyisoprène.

Conclusion

La rationalisation de la consommation de gants peut se faire en établissant un regroupement et une comparaison des gants en fonction de leurs caractéristiques, ainsi qu'en analysant les consommations des services afin de massifier les demandes et réduire les coûts. Il ressort également une surconsommation de gants chirurgicaux par les services médicaux alors qu'il leur est possible d'utiliser des gants d'intervention moins onéreux.

Cette étude a également permis une prise de conscience d'une utilisation trop importante de gants en latex naturel au sein des services de chirurgie infantile, alors qu'il est prouvé que cela augmente le risque de sensibilisation chez le sujet jeune.

Mots-clés :

Gants de chirurgie, Rationalisation, Hétérogénéité

Références

[1] Chittaro C, et al. Usage des gants stériles en unités de soins au CHRU de Grenoble: enquête de pratique. 23^e Journées Euro-Pharmat, Montpellier ; 2013 Oct 8; CHRU Grenoble.

[2] Callanquin Marie, et al. Gants d'intervention ? connais pas ! 22^e Journées Euro Pharmat; 2012 Oct 9; Lille.

[3] Lucas-Polomeni M-M. Faut-il une éviction du latex pour le nouveau-né ? Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2010 Jul;29(7-8):566-7.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Epuration ExtraRénale Continue (EERC) : évaluation de l'impact économique de la technique en réanimation chirurgicale

Auteurs :

Horellou M., Dang Van C., Rozec B., Grimandi G.

CHU Nantes

Résumé :

Contexte

L'insuffisance rénale aiguë, complication fréquente en réanimation, peut être prise en charge par une technique d'Epuration ExtraRénale Continue (EERC). Les circuits extracorporels utilisés nécessitent une Anticoagulation, Systémique par Héparine (ASH) ou Régionale au Citrate (ARC). Une augmentation des dépenses spécifiques à cette activité (+ 483 300 €) a été observée entre 2012-2015, notamment depuis l'implantation de l'ARC.

Objectifs

L'objectif consiste à évaluer l'impact économique de l'EERC selon le mode d'anticoagulation appliqué : ARC versus ASH.

Patients et méthodes

L'étude a été conduite en réanimation chirurgicale sur 20 dossiers tirés au sort, identifiés selon le codage PMSI. Le coût global du traitement et le coût médian d'une séance de 24 h ont été calculés pour l'ensemble des séances réalisées, puis selon le mode d'anticoagulation appliqué. Le coût estimé de l'acte a ensuite été comparé à la tarification en vigueur. L'estimation des coûts (Toutes Taxes Comprises) a été réalisée en ne considérant que le coût des éléments suivants : circuits, solutés (dont le citrate), calcium, héparine.

Résultats

Le coût global du traitement a été évalué à 44 876 € (circuits : 9 632 €, solutés : 23 545 €, poches de recueil : 10 726 €) pour plus de 3 000 heures d'EERC étudiées (131 séances). Le coût médian d'une séance de 24 h a été de 362 € [270-544] quel que soit le mode d'anticoagulation, contre 484 € en moyenne en rapportant les dépenses annuelles au nombre de séances réalisées (coût en partie sous-estimé par la population étudiée). Ce même coût a été évalué à 318 € [254-408] sous ASH et à 375 € [322-544] sous ARC. Le tarif de l'acte est actuellement fixé à 192 € quel que soit le mode d'anticoagulation. Enfin, un surcoût de 9 749 € a été identifié, lié à un mésusage des poches de recueil utilisées à usage unique.

Discussion

L'analyse réalisée montre que la tarification appliquée à l'acte d'EERC ne couvre que partiellement les dépenses liées à cette activité, avec un montant restant à charge de l'hôpital qui ne cesse d'augmenter. Cet écart s'explique en partie par la méthodologie utilisée pour calculer les coûts de séjour, avec des tarifs fixés à partir de l'Etude Nationale des Coûts en 2012, lorsque l'EER était majoritairement réalisée en mode intermittent moins coûteux. Par ailleurs, l'étude a également révélé l'importance de la manutention paramédicale en EERC : le traitement des 20 patients étudiés a nécessité 3 323 poches de solutés, soit un poids total de 23 214 kg, sans compter les 138 changements de circuits.

Mots-clés :

Atteinte rénale aiguë, Epuration extrarénale, Réanimation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Administration des médicaments radiopharmaceutiques injectables par voie intraveineuse dans un service de médecine nucléaire

Auteurs :

Chaussard M., Debraine C., Lobjois J., Mertel N., Haas A., Didot N., Koehl G., Schwarzenbart M.

CH Robert Pax, Sarreguemines

Résumé :

Contexte

L'imagerie en médecine nucléaire est réalisée après administration d'un médicament radiopharmaceutique (MRP). Ce dernier est composé d'un radionucléide émettant un rayonnement détecté par une caméra, fixé à une molécule vectrice ayant pour cible un organe ou une fonction de l'organisme. C'est principalement par l'abord veineux que les MRP sont administrés, permettant une distribution optimale de ces derniers. Aujourd'hui, très peu de recommandations sur leur administration sont disponibles.

Objectifs

L'importante variété des examens de médecine nucléaire et leurs spécificités nous oblige à adapter nos pratiques d'administration des MRP, particulièrement pour la pose des cathéters veineux périphériques. Notre objectif est de proposer et d'évaluer des protocoles d'administration adaptés à la médecine nucléaire, tout en respectant les recommandations d'hygiène et de radioprotection.

Matériel et méthodes

Une revue de la littérature des aspects réglementaires et techniques des modalités d'administration par voie intraveineuse ainsi que des bonnes pratiques de radioprotection a été menée.

Des réunions pluridisciplinaires regroupant le personnel soignant de médecine nucléaire, de radiopharmacie et l'équipe opérationnelle d'hygiène ont permis la rédaction des protocoles d'administration.

Nous avons enfin réalisé un retour d'expérience sur l'application de ces protocoles dans le service.

Résultats

Six protocoles d'administration ont été rédigés : pour les scintigraphies myocardiques de repos, d'effort, avec ou sans stress pharmacologique (dipyridamole ou regadenoson) ainsi que pour les autres scintigraphies nécessitant l'administration intraveineuse d'un MRP, avec ou sans pose de cathéter. Concernant l'hygiène, nous avons par exemple choisi, lors de la pose du cathéter, de réaliser la palpation de la veine avant l'antisepsie de la peau afin de se dispenser du port des gants stériles. Nous avons décidé de réaliser la détersion et l'antisepsie avec un même antiseptique alcoolique. Concernant la radioprotection, l'utilisation d'un prolongateur court à la place du perfuseur permet de limiter le temps et d'augmenter la distance d'exposition du personnel au MRP lors des épreuves d'effort avec stress pharmacologique au regadenoson.

Conclusion

La courte durée de port du cathéter, les particularités de chaque examen scintigraphique, ainsi que les principes de radioprotection nous ont conduits à la mise en place de ces protocoles adaptés aux pratiques, variant de ceux recommandés pour les services de soin plus conventionnels.

Mots-clés :

Cathéter, Hygiène, Médecine nucléaire

Références

[1] Fabry J et al. SFHH. 2013/12, Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC (cathéter central à insertion périphérique).

[2] Arlin Lorraine. 2014/10. Pose et utilisation d'un cathéter sous cutané.

[3] IRSN. 2011. Fiche Radioprotection - Médecine nucléaire : diagnostic in vivo (hors TEP)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 67

Titre :

Comment ne pas rendre traumatique le changement vers les aiguilles pour les ponctions lombaires atraumatiques ?

Auteurs :

Vergnes H., Destable-Nicolau A., Frontini S., Taburet AM., Drouot S., Perier-Raspaud S.

APHP - Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Résumé :

Contexte

Le syndrome post-ponction lombaire (SPPL) est une complication causée par la fuite de liquide céphalorachidien qui apparaît chez 40 % des patients, jusqu'à 48 h après la PL. Les effets peuvent perdurer, menant à une prise en charge contraignante pour le patient et un coût pour la société. Selon différentes études, les aiguilles de ponction lombaire traumatiques (APLT) induiraient 10 à 50 % de SPPL contre 3,6 à 26 % pour les atraumatiques (APLNT). Lors de la CoMédIMS locale, il avait été décidé de référencer les APLNT et de conserver les APLT pour des niches d'indications spécifiques.

Objectifs

Notre travail a eu pour but de faire un état des lieux des pratiques des différents services et de les accompagner dans ce changement.

Matériel et méthodes

Une étude rétrospective des consommations a été conduite à partir du logiciel Copilote® sur 11 mois. Ce recueil a permis de lister les services utilisant les APLT Quincke® et/ou APLNT Sprotte®. Un état des lieux des utilisations a été réalisé à l'aide d'un questionnaire (connaissance, indications des différentes catégories d'APL, volonté de changer leurs pratiques, de formations...). Un groupe de travail a ensuite été constitué afin d'accompagner les services et de réadapter leurs pratiques.

Résultats

Durant le suivi, 17 services utilisateurs ont été identifiés dont 2 seulement pour les APLNT : Gériatrie Aiguë et Médecine Interne. Dans 7 services, des indications particulières nécessitent l'emploi d'APLT : ponction de liquide (ascite, pleurale, articulaire), biopsie rénale ou encore prélèvement d'ovocytes. 6 des 17 services n'ont pas été formés : 3 où les médecins maîtrisaient le geste et 3 n'ayant pas répondu. Suite à ces formations liées aux modalités particulières d'utilisation des APLNT, les dotations ont été revues pour limiter l'utilisation des APLT aux indications établies. Une plaquette d'information sur les APL a été mise en place.

Conclusion

L'utilisation d'APLT chez le sujet âgé pour les PL lié à un manque de formation n'était pas justifiée. Cette étude montre que le pharmacien a un rôle important d'accompagnement et participe ainsi à la diminution de la iatrogénie et au bon usage des DM. L'impact des formations ainsi que les cas de SPPL sur notre structure feront l'objet d'un suivi.

Mots-clés :

Aiguilles, Ponction lombaire, Céphalée post-ponction durale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Évaluation des pratiques professionnelles d'implantation de stents actifs

Auteurs :

Pechaud R.¹, Thomas J.¹, Loukil S.², Serres O.¹, Perrey J.¹, Milhavet MN.¹

¹ CHRU Montpellier

² CHD Saint-Denis de la Réunion

Résumé :

Contexte

L'utilisation de Stents Actifs (SA) dans la prise en charge (PEC) des coronaropathies par angioplastie est en augmentation depuis plusieurs années. En Île de France les SA représentaient 44 % des stents coronaires implantés en 2007 et 72 % en 2013 [1]. Cette évolution se retrouvait également au sein de notre établissement (65 % en 2013 puis 80 % en 2014).

Objectifs

L'étude a pour objectif d'évaluer les pratiques professionnelles d'implantation de SA dans le cadre du bon usage des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI).

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective. Les patients implantés d'au moins un SA en octobre 2014 ont été inclus. Le recueil de patient était réalisé à partir des comptes-rendus médicaux et des informations de traçabilité. Les SA implantés ont été comptabilisés. Ces données ont été comparées aux recommandations de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) et les résultats discutés avec les cardiologues.

Résultats

Un total de 87 patients a été inclus pour 137 SA soit 1.57 SA/patient.

Le taux de non conformités (NC) au référentiel de la LPP était de 12.4 % (17/137).

Les 4 motifs de NC étaient la PEC en phase aigüe de l'Infarctus Du Myocarde (IDM < 72h) (7.3 %), une Fraction d'Ejection Ventriculaire Gauche < 30 % (2.9 %) ; une absence d'indication selon la LPP (1.5 %) ; un nombre de SA/patient > 3 (0.7 %).

Les NC se répartissaient entre les SA Biomatrix® à hauteur de 64.6 % (11/17), Promus® (11.8 %), Resolute® (11.8 %) et Xience® (11.8 %), ces gammes représentaient respectivement de 17.5 % (24/137), 26.3 %, 33.6 % et 22.6 % des implantations de SA.

Les NC liées à la gamme Biomatrix® étaient dues dans 91 % (10/11) des cas à un IDM < 72 h.

Discussion

La gamme Biomatrix® regroupait le plus grand nombre de NC bien qu'elle était la moins utilisée. Cette gamme est la seule pour laquelle la PEC des « IDM < 72 h » figure dans les critères d'exclusion bien que la notice et le marquage CE autorisent cette utilisation. Néanmoins aucun autre stent n'était indiqué dans la PEC des « IDM < 72 h » dans les indications LPP.

La différence entre absence d'indication et critère d'exclusion a posé problème. Dans le contexte actuel de communication des indications T2A (Tarification A l'Activité), cela pourrait à terme compromettre le remboursement de certains DMI.

Ces résultats ont été présentés, après analyse pluridisciplinaire, en Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles. Le groupe de travail a décidé de reconduire cette évaluation annuellement.

Mots-clés :

Endoprothèse à élution de substances, Utilisation hors indication, EPP

Références

[1] CARDIO-ARSIF. Les registres de cardiologie ARS Île de France, Résultats Île de France 2001-2013 (2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La prise en charge par épuration extrarénale continue est-elle particulière chez le patient transplanté cardio-pulmonaire ?

Auteurs :

Gondé H., Horellou M., Dang Van C., Rozec B., Grimandi G.

CHU Nantes

Résumé :

Contexte

En réanimation chirurgicale, l'épuration extrarénale continue (EERC) est devenue le traitement préférentiel de l'insuffisance rénale aiguë en remplacement des techniques intermittentes [1]. Elle permet une prise en charge rapide et plus sûre du patient. Dans notre établissement, les patients admis en réanimation chirurgicale après transplantation représentent un tiers des patients traités par EERC mais la moitié de l'activité.

Objectifs

Pour expliquer ce constat, ce travail se propose de comparer les deux populations, patients « greffés » cardio-pulmonaires et patients « non greffés ».

Patients et méthodes

Cette étude rétrospective a été réalisée en réanimation chirurgicale. Les patients ont été identifiés sur la base du codage PMSI et les données recueillies dans les dossiers patients. Les critères de comparaison ont été la durée de séjour, les indications, les doses et la durée d'EERC, la mortalité, la durée de vie des circuits d'épuration. Un test de Mann-Whitney a été utilisé pour les variables quantitatives (médiane [min-max]), un test exact de Fisher pour les variables qualitatives.

Résultats

10 patients greffés (134 séances, 6 084 h d'EERC) et 20 patients non greffés (77 séances, 3 025 h) ont été inclus. Les indications d'EERC ($p = 0,92$) et les doses de dialyse ($p = 0,31$) sont comparables. La durée de séjour a été de 42 jours [15-223] pour les patients greffés et 20,5 jours [7-52] pour les non greffés ($p = 0,04$). La durée médiane de dialyse des patients greffés a été de 409 h (72-1 680) et de 148 h (19,5-327) pour les non greffés ($p = 0,002$). 30 % des patients greffés et 40 % des non greffés sont décédés en réanimation ($p = 0,7$). La durée de vie des circuits a été de 70 h [3,2-78,4] pour les patients greffés et de 45 h [4-97,8] pour les non greffés ($p < 0,001$). 57 % des arrêts prématurés des séances étaient prévus pour les patients greffés, 27 % pour les non greffés ($p = 0,002$).

Conclusion

Aucune différence dans les indications, les doses d'EERC et la mortalité n'a été observée dans les deux populations. La mobilisation précoce des patients greffés fait partie de leur prise en charge. Les arrêts prématurés des séances de dialyse sont donc davantage prévus et les circuits mis en recirculation (circuit fermé avec du sérum physiologique pour le préserver). Ainsi la durée de vie des circuits est prolongée, se rapprochant des 72 h préconisées par le fournisseur. La différence observée entre ces deux populations est une durée d'hospitalisation et de dialyse plus longues, associées à une reprise plus lente de la fonction rénale.

Mots-clés :

Dialyse rénale, Transplantation, Atteinte rénale aiguë

Références

[1] Khwaja H. Nephron Clin Pract. 120 (4) : 179-6 (2012)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact médico-économique du pharmacien en service d'odontologie

Auteurs :

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

APHP - Hôpital Rothschild, Paris

Résumé :

Contexte

En 2014, une étude nous a permis d'analyser les interventions pharmaceutiques (IP) effectuées sur les prescriptions nominatives des dispositifs médicaux (DM) d'implantologie dentaire (2 à 15 DM par ordonnance). Un quart des prescriptions a nécessité une IP, soit pour suppression de DM inutiles (17 %), soit pour ajout de DM nécessaires (31 %), soit pour substitution de DM (52 %). Cet état des lieux a montré la plus-value qualitative du pharmacien clinicien dans la préparation des interventions d'implantologie dentaire.

Objectifs

L'objectif de cette nouvelle étude est d'évaluer l'impact médico-économique des IP effectuées dans un service d'odontologie.

Matériel et méthodes

Les ordonnances sont recueillies de façon prospective sur 1 an. Le type d'IP effectué est relevé ainsi que les conséquences potentielles si le pharmacien n'intervenait pas. Ces conséquences sont classées en 4 catégories : mésusage, temps perdu, annulation d'un acte, dépenses inutiles. L'impact économique est évalué, d'une part, en termes de manque à gagner en cas d'annulation d'intervention (chiffré à partir des devis délivrés aux patients) et d'autre part à partir des dépenses évitées et des dépenses de DM ajoutés.

Résultats

Sur 708 ordonnances recueillies, 174 (25 %) font l'objet d'une ou plusieurs IP. Sur 235 IP, 117 (50 %) sont des substitutions de DM, 63 (27 %) sont des ajouts de DM, 55 (23 %) sont des suppressions de DM. Les IP permettent d'éviter 38 actes pour lesquels les recommandations de bonnes pratiques ne seraient pas respectées, 42 retards ou allongements de durée d'intervention et 49 annulations d'actes. Ces annulations correspondraient à un manque à gagner de 56 113 € (8 % des recettes de l'activité d'implantologie). Les dépenses évitées représentent 17 941 € (5 % des dépenses annuelles). Pour un montant de 4 350 €, l'ajout de DM nécessaires sur 55 ordonnances, permet d'éviter 27 mésusages et l'annulation de 28 interventions (soit 28 887 € de manque à gagner).

Conclusion

Les résultats de la 2^{ème} étude confortent ceux de la 1^{ère} sur la typologie des IP et prouvent que le pharmacien permet de faire réaliser de réelles économies à l'hôpital. Outre sa plus-value en termes de bon usage, de pédagogie, d'approvisionnement et de traçabilité des DMI, le coût du pharmacien pour l'hôpital est largement compensé par les IP effectuées lors des commandes nominatives de DM.

Mots-clés :

Economie, Odontologie, Pharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 71

Titre :

Le bon usage des diffuseurs portables de chimiothérapie anticancéreuse à domicile

Auteurs :

Moreau M., Mary A., Pelloquin N., Petit A.

CHU Amiens

Résumé :

Contexte

Dans notre établissement, les diffuseurs portables sont utilisés pour l'administration de chimiothérapie anticancéreuse (5-Fluoro-uracile) chez les patients en hospitalisation à domicile.

Des cas de matériovigilance concernant ces dispositifs médicaux ont été déclarés en 2015.

Objectifs

Après analyse et dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge du patient traité par chimiothérapie à domicile, une fiche de bon usage a été rédigée.

Elle est destinée au patient et à ses proches ainsi qu'aux infirmières libérales.

Matériel et méthodes

Dans un premier temps, nous avons analysé les déclarations de matériovigilance et croisé ces éléments avec les problèmes évoqués par les patients et les infirmières, liés à l'utilisation de ces dispositifs.

Puis nous avons rédigé une fiche de bon usage des diffuseurs portables à domicile avec l'équipe du service d'oncologie médical et avec l'unité de pharmacie clinique oncologique.

Résultats

Mille cinq cents diffuseurs portables ont été branchés en 2015 en hôpital de jour.

Huit déclarations de matériovigilance ont été recensées en 2015. Les problèmes évoqués sont tout d'abord des fuites de médicament : le fournisseur, à la suite de ces déclarations, a revu son processus de fabrication. Puis, nous notons des problèmes liés au débit c'est-à-dire que le produit est soit passé trop rapidement, soit le produit n'est pas passé en totalité. Dans ces 2 derniers cas, il s'agit d'un défaut du matériel ou d'une mauvaise utilisation.

Pour aider au bon usage, la fiche reprend la définition du diffuseur, indique les recommandations au bon usage ainsi que la conduite à tenir lors de la survenue d'un incident lié à son utilisation. Le document précise notamment la gestion des déchets. Enfin, la dernière page indique les adresses et numéros de téléphone utiles.

Conclusion

Le patient sous chimiothérapie a souvent beaucoup d'informations qui lui sont données oralement.

Il nous paraissait important que le patient ait recours à un support écrit auquel il puisse se référer en cas d'incident, il en est de même pour l'infirmière libérale avec qui l'hôpital n'a pas de contact direct.

Depuis septembre 2015, le document, validé par la CoMédIMS, est distribué à tous les patients branchés avec un diffuseur portable. Il faut noter qu'à ce jour, nous n'avons plus recensé de déclarations de matériovigilance.

Une enquête d'évaluation est en cours afin de déterminer s'il s'agit de sous-déclarations ou s'il s'agit d'un impact positif de la fiche de bon usage qui a été correctement suivie.

Mots-clés :

Diffuseur portable, Bon usage, Matériovigilance

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de la faisabilité d'un suivi prospectif des indications d'implantation cochléaire et de renouvellement des processeurs

Auteurs :

Capelle A., Denis-Hallouard I., Dietemann J., Chardon-Roy S., Karkas A., Nuiry O.

CHU Saint-Etienne

Résumé :

Contexte

Les implants cochléaires permettent le traitement de certaines surdités de perception. Implant et processeur transforment l'information sonore en signal électrique et stimulent le nerf auditif. Ce sont des dispositifs médicaux implantables onéreux. Les implants cochléaires sont implantés uniquement dans les centres habilités par les ARS.

Objectifs

Dans le cadre du Contrat de Bon Usage, l'objectif de ce travail a été d'évaluer la faisabilité d'un suivi prospectif des indications pour les chirurgies d'implants cochléaires et les renouvellements de processeurs, à partir du dossier patient informatisé.

Matériel et méthodes

Un audit des dossiers patients informatiques a été réalisé de manière rétrospective et exhaustive pour vingt-deux patients implantés dans notre établissement, du 01/01/14 au 01/10/2014. La grille d'évaluation a été élaborée à partir des conditions de remboursement de la liste des produits et prestations (LPP). Une grille de recueil des données a été construite concernant les indications de pose d'implants ou de renouvellement de processeur. L'audit a été réalisé à partir du dossier patient informatisé (Cristal-Link®) accessible depuis la pharmacie.

Résultats

Sur 22 dossiers, 68 % concernent des primo-implantations (n = 15, soit 7 adultes et 8 enfants, dont 2 bilatérales, soit 17 implants) et 32 % concernent des renouvellements de processeurs (n = 7). Pour les 7 primo-implantations unilatérales chez l'adulte, il est noté le terme « intelligibilité » à la place du terme « discrimination ». Un dossier sur 7 ne contient pas d'information sur le caractère neurosensoriel (ou de perception) de la surdité. Chez l'enfant les indications sont conformes (87.5 %) ou justifiées dans le dossier (12.5 %). Pour le renouvellement des processeurs, 100 % surviennent après une durée de vie supérieure ou égale à 5 ans mais aucune information n'est mentionnée sur la notion de dégradation de performance.

Conclusion

Certaines informations sont absentes dans le dossier patient informatisé. Un retour d'information a été fait auprès des utilisateurs. Une fiche nominative de prescription contenant l'intégralité des critères de la LPP a été élaborée. Elle est désormais complétée à chaque demande par le clinicien et les indications sont analysées à la pharmacie au fil de l'eau. Ce suivi permet, de valider les indications conformément aux critères LPP avant la pose. Cette démarche entre dans le cadre du plan d'action CBU de l'établissement.

Mots-clés :

Prothèses cochléaires, Recommandations de bonnes pratiques, Service hospitalier de pharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 73

Titre :

Clause de développement durable dans un dossier d'appel d'offres de produits pharmaceutiques : réel intérêt ou clause de bonne conscience ?

Auteurs :

Salamon T., Rouge N., Guillaudin C., Painbeni T.

CH Agen

Résumé :

Contexte

Depuis 2009, les articles 5 et 14 du Code des marchés publics font référence au développement durable. Cela se traduit dans les procédures d'achat de produits pharmaceutiques par l'apparition de mentions liées notamment à la protection de l'environnement sous forme de critère pondéré ou d'une clause plus générale du Cahier des Clauses Techniques Particulières (CCTP). Il appartient ensuite de juger les éléments de preuve à caractère environnemental, social et économique présentés dans les offres des candidats, qui sont censés traduire leur contribution aux objectifs de développement durable.

Objectifs

Le but de ce travail est donc d'évaluer, à travers une procédure d'achat, la recevabilité et notre capacité à exploiter les éléments de preuve fournis par les fournisseurs.

Matériel et méthodes

Les dossiers de réponses à notre appel d'offres 2015 de dispositifs médicaux ont été analysés. Conformément au Guide d'achats durables du ministère de l'économie et des finances, nous avons recherché les attestations de certifications ISO 14001, OHSAS 18000, ISO 26000 et 50001. Les normes ISO 9001 et ISO 13485, non garanties d'une démarche environnementale durable, ont parallèlement été relevées puisque se rapportant au management de la qualité.

Résultats

L'analyse des 97 réponses de fournisseurs a nécessité 26 heures. Seuls 61 fournisseurs (63 %) présentent des arguments de développement durable. Parmi eux, 33 (34 %) attestent de la norme ISO 14001 ; 11 (11 %) présentent en plus la norme OHSAS 18000. Aucun ne revendique les normes ISO 26000 ou ISO 50001.

Parallèlement, sur les 93 fournisseurs certifiés ISO 9001 et/ou ISO 13485, 34 (37 %) ne répondent pas à notre clause de développement durable.

Discussion

L'utilisation de clause de développement durable est possible et souhaitable dans les achats pharmaceutiques mais doit être anticipée dans le cahier des charges. En effet il convient, pour faciliter la recherche très chronophage, de se limiter à une demande d'attestations puisque les documents fournis comptaient de 1 à...210 pages. Une simple mention comme nous l'avons fait dans le CCTP est trop vague pour permettre de valoriser un fournisseur ; il apparaît plus objectif d'inclure des items précis dans un critère pondéré avec des points attribués en tout ou rien. Certains fournisseurs répondent par l'affirmative sans attester d'aucun certificat, ou s'appuient sur les démarches d'un sous-traitant.

Enfin, un engagement des fournisseurs dans le management de la qualité ne préjuge pas d'efforts de développement durable.

Mots-clés :

Développement durable, Appel d'offres, Environnement

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 74

Titre :

Comparaison médico-économique des différents types de matériel de prélèvement dans le dosage des lactates au scalp fœtal : les kits complets prêts à l'emploi sont-ils indispensables ?

Auteurs :

Nédellec E., Le S., Dubret L., Pont A., Bascoulergue M., Coret-Houbart B.

Hôpital Robert Ballanger, Aulnay-sous-bois

Résumé :

Contexte

En France, la surveillance du rythme cardiaque fœtal constitue la méthode de référence pour prévenir l'asphyxie fœtale perpartum. La mesure du pH ou des lactates au scalp fœtal est une méthode complémentaire qui a pour but de réduire le taux d'intervention (extraction instrumentale ou césarienne).

Objectifs

Notre hôpital, dont la maternité de niveau IIb effectue environ 2 500 accouchements par an (16 % par césarienne), souhaite mettre en place le dosage des lactates au scalp fœtal. Cette étude a pour objectif de comparer l'offre industrielle en termes de dispositifs médicaux (DM) nécessaires à la réalisation de cette technique à l'exclusion des bandelettes réactives et des lecteurs.

Matériel et méthodes

L'estimation de l'activité est de 300 gestes par an. En concertation avec les gynécologues, la liste des DM nécessaires au prélèvement de sang fœtal a été établie (amnioscope, matériel d'incision, capillaire). Une étude de marché a été réalisée et l'offre des fournisseurs a été analysée (qualitativement et économiquement). Le critère de décision a été la minimisation du coût de l'acte (hors taxes).

Résultats

L'étude a permis d'établir deux options concernant le matériel de prélèvement : l'achat de kits complets à usage unique pour 4 prélèvements par patiente (lancettes et capillaires +/- amnioscope autoéclairant) ou l'achat séparé de chaque élément (matériel d'incision, capillaires et amnioscopes). Le coût unitaire des kits à usage unique est d'environ 70 euros (coût annuel de 21 000 euros). L'alternative est l'achat de 5 amnioscopes restérilisables présentés dans un plateau et associés à une cupule, un porte tampon et des compresses, l'utilisation de lames de bistouri avec manche stériles à usage unique et de capillaires. Le coût annuel est de 2 810 euros la première année, comprenant le coût des DM à usage unique (539 euros), l'acquisition des amnioscopes pour 771 euros et la stérilisation pour 1 500 euros. La réutilisation des éléments restérilisables abaisse le coût à 2 120 euros les années suivantes.

Conclusion

Plusieurs solutions s'offrent aux utilisateurs pour le dosage des lactates au scalp fœtal. Les kits de prélèvement prêt à l'emploi simplifient la logistique hospitalière mais s'avèrent très coûteux et une partie du matériel est gâchée si moins de 4 prélèvements sont effectués sur une même patiente. La mise à disposition de façon individuelle des différents DM (stériles ou restérilisables), que nous avons choisie, est beaucoup moins onéreuse tout en gardant un niveau de qualité de prélèvement identique.

Mots-clés :

Équipement chirurgical, Pharmacoeconomie, Gynécologie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude rétrospective de l'implantation des endoprothèses coronaires au regard des recommandations de la HAS

Auteurs :

Mokni M., Zitouni N., Noureddine M., Rouis A., Kacem B., Hassairi A., Boughzala E., Kallel M.

Hôpital universitaire Sahloul, Sousse, Tunisie

Résumé :

Contexte

L'angioplastie avec pose de stent est un des moyens de prise en charge de la maladie coronarienne. Les stents étant des dispositifs médicaux pour lesquels les indications sont les mieux définies, nous les avons pris comme indicateurs pour évaluer les pratiques interventionnelles de prise en charge de la maladie coronaire.

Objectifs

Analyser la conformité des prescriptions d'endoprothèses coronaires par rapport aux recommandations. Les indications de pose sont confrontées à celles de la HAS (Haute autorité de Santé) dans le cas des stents actifs et au référentiel pour contrat de bon usage de la Commission Technique EURO PHARMAT pour la pose des stents nus.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective au niveau du service de Cardiologie. Les cas de pose de stents ont été recensés sur une période de trois mois (septembre-novembre 2015). Nous avons recueilli à l'aide d'une fiche d'évaluation les critères suivants : l'âge et le sexe du patient, ses antécédents pathologiques, l'indication de l'angioplastie, le nombre de stents posés, leur types ainsi que leurs localisations.

Résultats

Notre étude a inclus 60 patients dont 16 femmes (27 %) et 44 hommes (73 %). Le nombre de stents posés est de 78 pour un total de 63 angioplasties.

Le nombre de stents nus posés est de 13 (16,6 %), contre 65 (83,3 %) de stents actifs. La majorité des stents actifs utilisés (73 %) sont imprégnés à l'évérolimus.

Les indications de poses des stents a été respectée à 98,7 % des cas. En effet, nous avons relevé une seule non-conformité consistant à la pose de stent actif imprégné à l'évérolimus lors d'une resténose intra-stent au lieu d'un stent imprégné au sirolimus.

Conclusion

Notre analyse montre une bonne conformité de l'utilisation des stents en milieu hospitalier. L'usage non conforme pouvant entraver la sécurité du patient nous avons sensibilisé les prescripteurs pour plus de vigilance.

Mots-clés :

Vaisseaux coronaires, Recommandations, Stents auto-expansibles

Références

[1] Girault C. et Al. Création d'un outil d'auto-évaluation des pratiques de bon usage des endoprothèses coronaires. (CORéMédIMS-OMédIT Midi-Pyrénées). Congrès Europharmat, Nice (octobre 2015)

[2] Endoprothèses coronaires actives : respectons-nous les recommandations de la Société française de cardiologie et de la Haute Autorité de santé dans notre pratique quotidienne ? E. Puymirat et al. / ANN CARDIOL ANGEIOL. 59: 196-204 (2010).

[3] Référentiel pour contrat de bon usage de la Commission Technique EURO PHARMAT : endoprothèse coronaire dite "stent" nu. (novembre 2006)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 76

Titre :

Evaluation et amélioration du système de traçabilité des dispositifs médicaux au niveau d'une salle de cathétérisme

Auteurs :

Zitouni N., Mokni M., Noureddine M., Kacem B., Hassairi A., Kallel M.

Hôpital universitaire Sahloul, Sousse, Tunisie

Résumé :

Contexte

Le secteur des dispositifs médicaux a connu une évolution réglementaire importante. Dans un souci de sécurisation du circuit des dispositifs médicaux (DM), nous avons procédé à la réorganisation et la mise en place d'une traçabilité des DM de la salle de cathétérisme de l'hôpital.

Objectifs

Dresser un état des lieux et analyse des défaillances du système de traçabilité actuel.
Mettre en place les mesures correctives et amélioration de la traçabilité des DM.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée sur une période de 3 mois. Elle a inclus l'analyse de tous les bons de traçabilité des DM émanant de la salle de cathétérisme. L'analyse a concerné les données nécessaires pour l'identification du patient, des stents implantés et des ballons utilisés pour l'angioplastie ainsi que le mode d'approvisionnement de tous les DM. Le recueil des données a été effectué selon une fiche standardisée et une visite des locaux de stockage au niveau du service de cardiologie.

Résultats

L'analyse du circuit a montré un certain nombre de défaillances liées au mode de gestion global par dotation et non informatisé. Nous avons relevé de ce fait des articles périmés et un sur stockage au niveau du service.
Durant la période de l'étude nous avons analysé 111 bons, l'identification du patient absente pour un patient, incomplète pour 6 autres (5,4 %), la date de l'acte n'a pas été mentionnée sur 36 (32 %). Pour 37 bons (33 %) nous n'avons pas retrouvé la nature du DM utilisé mentionnée au niveau de l'étiquette de traçabilité. La fiche de traçabilité n'était pas uniforme, il pouvait s'agir des bons de prélèvement, d'ordonnances, de bulletins de prescription...

Conclusion

Pour remédier à ces défaillances nous avons commencé par revoir le stock minimal de dotation du service pour tous les DM, uniformiser le support papier de traçabilité qui permettra à la fois de créer des fiches de traçabilité sur Excel® et de restituer le stock du service selon la consommation.

Mots-clés :

Dispositifs médicaux implantables, Traçabilité, Stents auto-expansibles

Références

- [1] Bauer S. et al. Etude comparative de trois circuits de traçabilité des dispositifs médicaux implantables. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. 49(1) : 29-36 (2014)
- [2] Europharmat- Guide de Traçabilité des DM. octobre 2007

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les avantages du Nettoyeur vapeur en stérilisation

Auteurs :

Hignard M., Marquer E., Lejeune I., Houchard Y., Rémy E., Kalimouttou S.

CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil

Résumé :

Contexte

La stérilisation centrale de l'établissement utilise le bac à ultrasons (BUS) comme complément de lavage surtout pour les dispositifs médicaux restérilisables (DMR) à corps creux. Ces DMR sont irrigués à la seringue et goupillonnés avant d'être nettoyés dans le BUS. Le BUS pose les problématiques d'ergonomie, de durée de prise charge et d'efficacité.

Objectifs

Cette étude a pour objectif de comparer le BUS et le nettoyeur vapeur en termes de durée de prise en charge, d'efficacité de nettoyage et d'ergonomie.

Matériel et méthodes

Pour un même plateau de coelioscopie, une partie des DMR est nettoyée au BUS et l'autre au nettoyeur vapeur. Pour le BUS, la durée de prise en charge est évaluée, de l'irrigation des DMR jusqu'à la fin du cycle. Pour le nettoyeur elle est mesurée du début du nettoyage jusqu'à la non visualisation de déchets organiques en sortie des corps creux. Pour l'efficacité, les DMR sont soufflés avec un pistolet à air sur une compresse pour visualiser ou non les déchets organiques. Chaque DMR est irrigué avec du sérum physiologique stérile qui est filtré. Le filtre est mis à incuber à 37°C pendant 72 h. Le nombre de colonies est compté. Pour vérifier que la vapeur d'eau ne recontamine pas les surfaces en zone de lavage, des géloses contact sont appliquées et mises à incuber à 37°C pendant 72 h.

Résultats

Après intervention, 6 plateaux de coelioscopie soit 26 DMR sont utilisés pour l'étude. La durée moyenne de prise en charge avec le BUS est en moyenne de 21,4 minutes [19.2-23.5] et de 4,6 minutes [3.3-6.1] pour le nettoyeur vapeur. Les 8 DMR issus du nettoyage au BUS et les 18 passés au nettoyeur vapeur, soufflés sur une compresse, n'ont montré aucune tache de déchets organiques. Il n'y a pas eu de colonies de germe sur les géloses contact. Les 8 filtres des DMR nettoyés au BUS ont formé 172 UFC (unit forming colony) [70-300] en moyenne. Pour les 18 filtres issus de l'entretien au nettoyeur vapeur, la moyenne est de 4 UFC [0-60] parmi lesquels 13 filtres n'ont pas formé de colonie.

Conclusion

Le nettoyeur vapeur montre un net gain de temps de traitement des DMR, améliorant l'ergonomie liée aux contraintes d'irrigation et de nettoyage avant le cycle du BUS. Le nettoyeur vapeur est plus efficace que le BUS quant à la diminution de la charge de micro-organismes. De plus, les gouttelettes de vapeur d'eau ne semblent pas véhiculer de particules ou germes pouvant contaminer les surfaces de la zone de lavage. Le nettoyeur vapeur est un complément de lavage qui pourrait parfaitement remplacer le BUS.

Mots-clés :

Stérilisation, Bac à ultrasons, Nettoyeur vapeur

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation du bon usage d'un implant d'embolisation liquide en neuroradiologie interventionnelle

Auteurs :

Berreni A., Froger C., Dupis E., Januel AC., Lafont J.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

L'implant d'embolisation liquide (IEL) ONYX, dispositif médical onéreux de classe III, est indiqué dans les embolisations des malformations artério-veineuses cérébrales (MAVc) et les fistules artério-veineuses durales intracrâniennes (FAVdic).

Objectifs

Cet IEL est inscrit sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) pour ces deux indications, ce qui nous a amené à évaluer le respect des indications remboursées, les différentes indications hors LPPR et leur justification bibliographique dans la littérature internationale.

Matériel et méthodes

Le logiciel de traçabilité Xplore a été utilisé pour exporter les données liées au code produit de l'IEL pour les patients hospitalisés en Imagerie entre le 01/01/2014 et le 31/12/2015. Puis ces données ont été complétées à l'aide du dossier patient papier afin de connaître précisément le contexte de l'indication LPPR ou hors LPPR et le nombre de flacons utilisés par patient. Pour toutes les indications hors LPPR retrouvées, une recherche bibliographique a été effectuée afin de justifier l'utilisation de l'IEL.

Résultats

Pour 67 patients au total, 113 flacons ont été utilisés, soit une moyenne d'1.7 flacons par patient. Parmi les 44 cas d'indications LPPR (65.7 %), les MAVc et les FAVdic concernent respectivement 56.8 % et 43.2 % des patients. Vingt-trois actes ont des indications hors LPPR, soit 34.3 % des patients. Parmi celles-ci, les embolisations de tumeurs sont concernées pour 78.2 %, dont près de deux tiers des cas sont des embolisations pré-chirurgicales (tumeurs cérébrales, rachidiennes et de la sphère ORL). Seulement 3 cas (13 %) d'embolisation de MAV de la face et 2 cas (8.7 %) d'occlusion de l'artère porteuse ont été rapportés. Il est retrouvé dans la littérature internationale 7 références en faveur de l'embolisation des tumeurs en situation pré-chirurgicale, 4 pour les tumeurs glomiques et 3 pour les tumeurs hémorragiques. Seule 1 référence a été retrouvée en faveur de l'embolisation des MAV de la face, et aucune pour l'occlusion de l'artère porteuse. Toutes les références bibliographiques ont été validées par les médecins prescripteurs.

Discussion

Dans le cadre du Contrat de Bon Usage des Médicaments, Produits et Prestations, la prescription de l'IEL hors indications remboursables, concernant plus d'un tiers des cas, nécessite une justification bibliographique qui sera présentée prochainement à la Commission des Médicaments et Dispositifs Médicaux Stériles de l'établissement, afin d'obtenir une validation par une instance décisionnelle locale.

Mots-clés :

Embolisation thérapeutique, Radiologie interventionnelle, Remboursement par l'assurance maladie

Références

- [1] The Retrograde Transvenous Push-Through Method: A Novel Treatment of Peripheral Arteriovenous Malformations with Dominant Venous Outflow Walter A. Wohlgemuth et al. Cardiovasc Intervent Radiol 38:623–631 (2015)
- [2] Arterial embolization with Onyx of head and neck paragangliomas Michelozzi C et al. J NeuroIntervent Surg 0:1–11(2015)
- [3] Comparing Angiographic Devascularization with Histologic Penetration after Preoperative Tumor Embolization with Onyx: What Indicates an Effective Procedure? Grandhi R et al. J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg. Jul;76(4):309-17 (2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 79

Titre :

Pourquoi le cathéter veineux périphérique (CVP) avec site en chirurgie ambulatoire ?

Auteurs :

Jouin G., Reiter-Schatz A., Duprès M., Cividino M., Bantzhaff P., Wisniewski S., Gourieux B.

Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Résumé :

Contexte

La mise en place d'un CVP permet de disposer d'une voie d'administration de médicaments ou de solutés d'urgence. Un des objectifs de l'hospitalisation ambulatoire est d'optimiser les coûts tout en assurant une meilleure qualité des soins. Le CVP sans site d'injection est actuellement référencé au sein de notre hôpital. Il nécessite la pose d'une ligne de perfusion, rarement nécessaire en chirurgie ambulatoire, potentiellement source de contamination et réduisant la mobilité du patient.

Objectifs

Dans l'optique du référencement d'un CVP avec site d'injection en chirurgie ambulatoire, une comparaison du rapport coût/efficacité des CVP avec et sans site s'impose.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective du nombre de consommables utilisés lors de la mise en place d'un CVP sans versus avec site d'injection, en chirurgie ambulatoire de la main sur une période de 2 mois. Les consommables utilisés pour ces 2 stratégies ont été relevés. Parallèlement, une fiche d'évaluation clinique du CVP testé a été complétée par les utilisateurs.

Résultats

Quarante poses de CVP ont été observées. La pose de CVP sans site a été étudiée chez 13 femmes et 7 hommes (sex-ratio : 0,5) d'âge moyen 52,3 +/- 18,0 ans. Celle de CVP avec site a été suivie chez 13 femmes et 7 hommes (sex-ratio : 0,5) d'âge moyen 45,5 +/- 17,5 ans. Le prix du CVP avec site d'injection est 15 % plus cher que celui sans site. Cependant, la pose d'un CVP sans site d'injection nécessite l'ajout d'une tubulure avec robinet et une poche de soluté. De ce fait, le coût de l'utilisation d'un CVP sans site d'injection atteint 1,86 € TTC par pose, et celui du CVP avec site 1,13 € TTC par pose, soit une réduction des coûts de 40 %. Sur la base de 2 000 consommations par an, l'utilisation de ce matériel générera une économie annuelle de 1 500 €. Les fiches d'évaluation ont été remplies par 10 utilisateurs. La note moyenne attribuée sur 4 est de 2,4 [1 ; 3] pour la facilité de manipulation, 2,9 [2 ; 4] pour l'adaptabilité aux pratiques, et 2,8 [2 ; 4] pour la sécurité d'emploi. Les principaux inconvénients du dispositif testé avec site d'injection sont l'absence de valve anti-retour et la rigidité des ailettes.

Conclusion

Moins de consommables sont utilisés pour la mise en place d'un CVP avec site d'injection ce qui permet, malgré un coût d'achat du dispositif supérieur, de diminuer le prix de pose de 40 %. Ce dispositif a satisfait les utilisateurs et son usage sera déployé pour la majorité des interventions réalisées en chirurgie ambulatoire.

Mots-clés :

Economie, Dispositif médical, Chirurgie ambulatoire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Implants cochléaires (IC) : état des lieux de la conformité des poses à la Liste des Produits et Prestations (LPP)

Auteurs :

Mazon M., Lafaurie M., Bigot A., Morin MC., Civade E.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

Dans le cadre du Contrat de Bon Usage des Médicaments Produits et Prestations, notre établissement s'est engagé auprès de l'Agence Régionale de Santé à effectuer un suivi exhaustif des indications de poses des IC. En effet, les IC sont remboursés en sus des Groupes Homogènes de Séjours (GHS) et la conformité à la LPP est donc indispensable au remboursement. Toute pose hors référentiel (HR) doit être argumentée dans le dossier du patient pour justifier son remboursement.

Objectifs

L'objectif de ce travail était de vérifier la conformité de l'indication des poses des IC aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et à la LPP ainsi que de justifier les poses HR.

Matériel et méthodes

Analyse rétrospective des indications des poses de 2013 à 2015. Trois sources ont été utilisées pour recueillir les données du patient et du dispositif médical : Opéra® (logiciel de traçabilité au bloc opératoire), Orbis® (compte rendu opératoire, d'hospitalisation) et le registre national anonymisé EPIIC (Etude post-inscription des Implants Cochléaires, registre national des patients implantés, sous l'égide de l'HAS).

Résultats

En 2013 et 2014, respectivement 63 (40 adultes et 23 enfants) et 62 (42 adultes et 20 enfants) patients ont été implantés. Pour ces 2 années, 94 % des indications étaient conformes au référentiel et 6 % étaient HR mais argumentées.

En 2015, il y a eu 88 implantations (60 adultes et 28 enfants). 92 % étaient conformes et 8 % étaient HR. Une pose réalisée dans le cadre d'une surdité sévère chez l'adulte avec une discrimination égale à 55 % lors de la réalisation de tests d'audiométrie vocale n'a pas été argumenté dans le dossier patient.

Toutes les poses HR argumentées depuis 3 ans ont été réalisées dans le cadre de la prise en charge de l'acouphène unilatéral invalidant associé à une surdité totale.

Discussion

Lorsque la cause de l'acouphène n'est pas identifiée ou non traitable et que les moyens préventifs se révèlent insuffisants, l'IC peut devenir un traitement de choix. La prise en charge de ces patients dans cette indication-là dans notre établissement est encadrée au sein d'un protocole de recherche et de ce fait est argumentée.

Le suivi de la conformité des poses des IC nécessite une étroite coopération pluridisciplinaire (chirurgiens, pharmaciens, orthophonistes etc.). Seulement une indication HR sur les 3 dernières années reste non argumentée.

Nous envisageons d'élargir progressivement ce suivi à l'ensemble de nos dispositifs médicaux hors GHS.

Mots-clés :

Dispositif médical, Bon usage, ORL

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Cartographie des risques en stérilisation centrale : mise en place d'une démarche qualité

Auteurs :

Robert S., Benoit F., Socha M., May I.

CHRU Nancy

Résumé :

Contexte

La lutte contre la iatrogénie, en particulier contre les infections nosocomiales, est devenue une priorité nationale de santé publique. En raison du rôle de la stérilisation dans l'asepsie des dispositifs médicaux réutilisables et du fait de la complexité du processus de stérilisation, il a paru nécessaire de réaliser une cartographie des risques a priori associés à la stérilisation.

Objectifs

L'objectif est de hiérarchiser et prioriser les actions à mettre en œuvre afin de rendre les risques, identifiés comme les plus critiques, acceptables.

Matériel et méthodes

Le projet a été initié en février 2015 par un groupe de travail pluridisciplinaire (pharmaciens, assistant de gestion des risques, cadre de santé). La méthode Cartorisk® développée par la SHAM® a été choisie. Elle se présente sous la forme d'un fichier informatique de type Microsoft Excel®. La mise en œuvre de cette méthodologie comporte 5 étapes :

- description et analyse du processus
- identification et évaluation des risques bruts à l'aide d'échelles définies au préalable
- identification et évaluation des moyens de maîtrise
- évaluation des risques nets
- définition du plan d'action

Résultats

Le périmètre étudié est le processus de stérilisation de la réception du matériel souillé à la distribution des dispositifs médicaux stériles. Le processus de stérilisation a été découpé en 25 processus et 98 sous-processus. Les risques identifiées sont au nombre de 178 (41 % concernent le lavage et 29 % le conditionnement). Les échelles de gravité, fréquence et criticité comportant 4 niveaux ont permis de les coter. L'échelle de gravité prend en compte l'impact sur le patient, la production et le produit fini. La criticité est faible à modérée pour 91 % des risques bruts. La criticité est majeure ou forte pour 33 risques bruts. L'évaluation des moyens de maîtrise montre que 22,5 % sont adaptés. Les lacunes portent majoritairement sur le manque de supervision et de traçabilité. L'évaluation des risques nets met en évidence 10 risques de criticité forte ou majeure, considérés comme inacceptables et nécessitant le déploiement prioritaire d'actions correctives. Le plan d'actions comporte 5 mesures : 3 sont terminées et 2 en cours.

Conclusion

Cette cartographie a permis de mieux cerner les étapes du processus nécessitant un supplément de vigilance de la part de l'équipe de stérilisation et le déploiement d'actions de sécurisation. Une implication plus large de l'équipe de stérilisation est prévue à court terme afin de profiter au maximum de l'expérience de chacun.

Mots-clés :

Gestion du risque, Stérilisation, Amélioration de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Echecs de pose du système ESSURE : bilan sur une année

Auteurs :

Laschinski B., Brasleret Y., Gagneur O., Petit A.

CHU Amiens

Résumé :

Contexte

Le système de stérilisation intra-tubaire via le système Essure® constitue une alternative à la ligature des trompes par coéloscopie. Ce dispositif médical implantable (DMI) autorise une pose au bloc opératoire en quelques minutes sans nécessité d'anesthésie générale pour la plupart des patientes. Cependant, une augmentation des échecs de pose a été notée au sein de notre établissement depuis fin 2015.

Objectifs

Effectuer un bilan des échecs de pose sur une année afin d'en déterminer les causes, la fréquence et sensibiliser les professionnels de santé aux problèmes de matériovigilance liés à ce dispositif.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre janvier 2015 et 2016. Les données ont été recueillies à partir du logiciel de traçabilité des DMI de l'établissement et des dossiers patients en collaboration avec le service de gynécologie. Les fiches techniques du dispositif, avant et après la suspension de son marquage CE ont été analysées.

Résultats

Sur 105 interventions, 31 (29.5 %) échecs de pose ont été relevés. 22 échecs (71 %) étaient dus à des raisons anatomiques et 9 (29 %) à des problèmes de matériovigilance.

Les échecs pour cause anatomique étaient essentiellement dus à la sténose des ostia (36 %), des spasmes tubaires (18 %), des ostia non visualisés (13.5 %) et une obstruction tubaire (13.5 %). Suite à ces échecs, un deuxième essai avec le système ESSURE® a été réalisé pour 52 % des patientes, et une coéloscopie a été choisie pour 23 %.

Les échecs de pose liés à de la matériovigilance sont apparus en septembre 2015 et ne cessent depuis : septembre (2), octobre (1), novembre (3), janvier (3). Parmi les matériovigilances on retrouvait : impossibilité de libérer le DMI (3), extrémité tordue (3), implant coudé. Ces problèmes ont été détectés en cours d'intervention pour 67 % des cas et ont entraîné l'arrêt de la procédure dans 55 % des cas. Enfin, aucune modification technique de l'implant n'a pu être retrouvée lors de l'analyse des fiches techniques. L'ensemble des cas ont été déclarés au laboratoire et à l'ANSM.

Conclusion

Les échecs de pose du système ESSURE® sont fréquents, et ce malgré l'expérience des poseurs. Les raisons anatomiques sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature. Les problèmes de matériovigilance de plus en plus fréquents ont attiré l'attention des gynécologues et des pharmaciens, et un suivi spécifique à ce dispositif a été mis en place. Ni l'ANSM, ni le laboratoire n'ont à ce jour pu fournir d'explication quant à ces défauts qualitatifs.

Mots-clés :

Gynécologie, Stérilisation tubaire, Gestion du risque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Quel impact médico-économique des valves aortiques sans sutures ?

Auteurs :

Laschinski B., Nader J., Caus T., Petit A.

CHU Amiens

Résumé :

Contexte

Le rétrécissement valvulaire aortique peut être traité chirurgicalement par le remplacement de la valve pathologique par une bioprothèse avec ou sans suture. Les valves aortiques sans sutures, conçues pour réduire le temps opératoire, constitue un poste de dépense majeur de notre établissement.

Objectifs

A l'initiative de la CoMédIMS, une évaluation médico économique des valves aortiques sans suture a été effectuée afin de statuer sur le maintien ou non du référencement de ces valves.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique entre janvier 2011 et juillet 2015 comparant l'impact clinique et économique des bioprothèses aortiques sans sutures aux bioprothèses conventionnelles dans le remplacement valvulaire aortique isolé (RVAOi). A partir d'une cohorte de 463 patients, un appariement par score de propension 1/1 a permis de retenir 172 patients. Les critères de jugement étaient : la mortalité intra hospitalière, les critères de sécurité et de succès d'implantation (définis par le Valve Academic Research Consortium-2) et les complications post opératoires pour l'évaluation médicale ; et le temps d'occupation de salle opératoire pour l'évaluation économique sur la base d'un forfait estimé à 1 000 €/h. La différence de coût opératoire était calculée sur la base de la différence de temps d'occupation de salle et de prix de revient de la prothèse. Les analyses statistiques ont été effectuées par le logiciel SPSS® avec $\alpha = 0.05$.

Résultats

La mortalité intrahospitalière était de 3,8 et 2,5 % pour les prothèses conventionnelles et sans sutures respectivement ($p = 0,618$). Les critères de succès d'implantation étaient différents entre les groupes ($p = 0,02$) alors qu'il n'y avait pas de différence significative pour les critères de sécurité précoce ($p = 0,151$). L'implantation d'un pacemaker en post opératoire ne variait pas entre les groupes ($p = 0,427$). La différence de coût opératoire était de 1 020 € en défaveur des bioprothèses sans sutures malgré un temps d'occupation de salle réduit (314 ± 68 vs 345 ± 52 min, $p = 0,001$) du fait d'un temps de clampage plus court (47 ± 10 vs 67 ± 18 min, $p < 0,0001$). La durée de séjour en réanimation et la durée totale d'hospitalisation n'étaient pas influencées par le type de bioprothèse.

Conclusion

Les valves aortiques sans suture ne sont à ce jour plus utilisées dans notre établissement dans le cadre du RVAOi. L'étude est poursuivie pour les patients chez qui un acte associé au remplacement valvulaire aortique est réalisé dans le même temps opératoire.

Mots-clés :

Valve aortique, Economie hospitalière, Bioprothèse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan des Poses de Neurostimulateurs Médullaires (NSM) en 2014 : conformité à la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR)

Auteurs :

Thole A., Calvet P., Bernabeu E., Bigot A., Laborde C.

CHU Toulouse - Hôpital Purpan

Résumé :

Contexte

Les NSM sont proposés à des patients présentant des douleurs neuropathiques chroniques rebelles ou des douleurs d'origine ischémique des membres après échec des moyens médicamenteux disponibles.[1-2] L'ARS exige un suivi de ces dispositifs médicaux implantables (DMI) inscrits sur la LPPR. Cette mission complexe du pharmacien hospitalier inclue une évaluation de la conformité des poses aux référentiels de bon usage.[1-3]

Objectifs

Cette étude a pour objectifs d'établir un bilan des poses des NSM sur l'année 2014 et d'en évaluer la conformité par rapport aux exigences de la LPPR.

Matériel et méthodes

La méthode consiste en la réalisation d'un audit rétrospectif des poses de NSM. Les planifications de blocs, les dossiers médicaux informatisés des patients et le logiciel de traçabilité des DMI Opera® sont utilisés pour effectuer ce suivi. Le type (primo ou renouvellement) et la localisation des implantations, la présence d'un test de stimulation pré-implantatoire et le type de NSM implanté sont enregistrés à l'aide d'un tableur. Dans un second temps et pour chaque patient, les critères ainsi répertoriés sont comparés aux exigences de la LPPR.

Résultats

En 2014, 52 NSM ont été posés : 10 primo-implantations sur 11 (91 %) étaient conformes à la LPPR pour le test de stimulation pré-implantatoire recommandé. 44 poses sur 52 étaient conformes quant à la localisation médullaire. On retrouvait, cependant, 5 NSM implantés au niveau occipital et 3 au niveau cortical. Parmi les 15 NSM rechargeables posés, 13 (87 %) étaient conformes pour le test de stimulation pré-implantatoire et/ou le délai de remplacement (< 30 mois). Une concertation pluridisciplinaire (RCP) a été réalisée dans 82 % des cas. Une grande majorité des poses (85 %) de NSM réalisées en 2014 était donc conforme à la LPPR.

Discussion

Les non conformités observées étaient en partie dues à des manques de traçabilité et les patients implantés en occipital et cortical présentaient des douleurs neurologiques complexes et multifactorielles. Une argumentation exigée par l'ARS et élaborée avec l'aide des médecins a été incluse dans leur dossier patient. La qualité de la traçabilité des DMI au sein d'un établissement de santé reste une obligation sur le plan réglementaire et s'inscrit dans un cadre de matériovigilance. [3] L'amélioration de la collaboration entre médecins, pharmaciens et équipes de bloc permet aujourd'hui une traçabilité ainsi qu'un suivi plus efficace des NSM tout en responsabilisant les différents acteurs de ce circuit.

Mots-clés :

Neurostimulation, Douleur, Suivi

Références

[1] Alvine Fansi et Christine Lobè. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Utilisation des neurostimulateurs médullaires dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse : efficacité, innocuité, indications cliniques, modalités organisationnelles et coûts. Rapport rédigé par ETMIS 2013; 9(3) : 1-116 (2013).

[2] Haute Autorité de Santé. Evaluation des systèmes implantables de neurostimulation médullaire. Service d'évaluation des dispositifs. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

[3] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Instruction n° DGOS/PF2/2015/2000 du 15 juin 2015 Validé par le CNP le 29/05/2015.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 85

Titre :

Améliorer la qualité d'un process grâce à un Comité de Retour d'Expérience (CREX) : exemple du conditionnement défectueux des conteneurs (CT) à la stérilisation

Auteurs :

Delforge M., Raignoux S., Irazusta O., Le Borgne I., Gardes E.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

Un conditionnement en CT défectueux ne garantit plus la stérilité d'un plateau opératoire ce qui peut interférer dans le bon déroulement d'une intervention chirurgicale. En 2015, à la stérilisation, 30 cas d'évènements indésirables (EI) liés à un CT défectueux ont été déclarés : discordance entre la marque des couvercles et des porte-filtres, inversion cuves-couvercles, filtres absents, tombés, humides ou troués ou absence de scellés. Toutes sont des non-conformités (NC) évitables pouvant faire l'objet d'un plan d'action, dans une démarche d'amélioration continue.

Objectifs

Diminuer le nombre de NC liées aux CT défectueux afin d'améliorer la qualité du process.

Matériel et méthodes

L'EI « conditionnement défectueux en CT » a été discuté en CREX. Ce comité réunit des membres permanents (pharmaciens, un ingénieur de production, un représentant des chefs d'équipes), un ingénieur qualité, des représentants d'agents de stérilisation (AS) et d'autres membres invités selon la thématique traitée. Devant la difficulté d'analyser de manière chronologique un seul EI a posteriori, il a été décidé de faire l'étude des NC liées aux CT défectueux et d'établir les différents facteurs de risques (FDR) pouvant y conduire.

Résultats

Le retour d'analyse fait sur le conditionnement en CT défectueux a identifié différents FDR pouvant causer cet EI et a permis de proposer des actions correctives (AC) :

- Etiquetage de chaque élément d'un CT afin d'en éviter le dépareillement.
- Rappel des points de contrôle aux différentes équipes par formation interne et création d'une check list apparaissant sur le logiciel de stérilisation en début de reconstitution pour éviter les erreurs de routine liées à la répétitivité des gestes.
- Une traçabilité manuelle du double contrôle de la présence des filtres sera formalisée sur les fiches retour stérilisation afin d'en éviter l'oubli.
- Les équipes d'AS seront re-sensibilisées au contrôle du poids des CT afin d'éviter les problèmes d'humidité résiduelle dans la cuve et/ou sur les filtres.

Conclusion

Les différentes AC ont été mises en place rapidement et seront évaluées par le taux d'EI déclarés (bien que cet indicateur soit biaisé) et des audits de pratique prévus pour 2016. Le CREX améliore la démarche qualité du service par les discussions collégiales entre les différents acteurs de la stérilisation et permet la prise en charge rapide et efficace de l'EI choisi. Cette démarche initiée en 2015 va perdurer en élargissant le périmètre des acteurs en fonction des thématiques.

Mots-clés :

Sécurité du dispositif médical, Stérilisation, Amélioration de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Dispositifs médicaux (DM) de pédiatrie sans DEHP : est-ce possible ?

Auteurs :

Benbouzid A., Vergnes H., Destable-Nicolau A., Perier-Raspaud S.

APHP - Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Résumé :

Contexte

Le DHEP (Bis(2-éthylhexyl)phtalate) est un plastifiant du PVC. Il n'est pas lié de façon covalente à la matrice plastique et expose à un risque de relargage. Il appartient à la famille des phtalates. Il est classé comme CMR (cancérogène, mutagène, reprotoxique) de catégorie 2. Le DEHP est très répandu dans les DM à usage unique (UU). L'instruction DGOS n° 224 du 17 juillet 2015 rappelle l'interdit d'utilisation des tubulures comportant du DEHP chez les enfants à partir du 1^{er} juillet 2015.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer la présence ou non de DEHP dans les DM utilisés dans un département de pédiatrie de 300 lits dont un service de néonatalogie et une maternité en veillant à l'exhaustivité concernant les tubulures mais en étendant la recherche à tout DM UU, et de rechercher des équivalents le cas échéant.

Matériel et méthodes

L'extraction concerne les références de DM consommables utilisés dans les services de pédiatrie et en stock à la pharmacie. Elle a été réalisée à partir du logiciel de gestion Copilote® (Savart&Michel). La fiche technique et la composition des DM sont obtenues auprès du fournisseur.

Résultats

Le DEHP entre dans la composition de près de la moitié des tubulures (46 %) et dans 20 % des autres références utilisées en pédiatrie. Seule 39 % des tubulures sont conformes à la réglementation dont 31 % sont sans phtalate. Les tubulures contenant du DEHP doivent faire l'objet d'un remplacement. En l'absence d'équivalent sur le marché et pour assurer la continuité des soins, le DM avec la concentration de DEHP la plus faible doit être privilégiée. Dans un quart des cas (36 références), la présence de DEHP n'a pu être démontrée faute d'information transmise par le fournisseur. Ce sont dans la plupart des cas des revendeurs. Ce critère sera pris en compte lors du renouvellement de marché pour obliger les fournisseurs à donner cette information. Les phtalates utilisés en alternative au DEHP ont une toxicité moindre. Les données concernant les DM autres que les tubulures seront conservées et mise à jour dans l'attente d'un seuil limite autorisé.

Conclusion

Le DEHP demeure un plastifiant largement utilisé. En pédiatrie, une évaluation de la composition en DEHP des DM utilisés s'est révélée nécessaire afin de respecter la nouvelle réglementation, les substitutions de matériel sont difficiles étant donné la spécificité de cette population (dimension, gauge, fournisseurs restreints pour des gammes pédiatriques). Les utilisateurs devront exiger des fournisseurs une application de la réglementation.

Mots-clés :

Pédiatrie, DEHP, Phtalate

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Dispositifs médicaux et pharmacie clinique : impact du pharmacien hospitalier dans la prise en charge des plaies à travers les interventions pharmaceutiques

Auteurs :

Duran C., Leenhardt F., Faure-Chazelles C., Milhavel MN.

CHRU Montpellier

Résumé :

Contexte

Depuis 2013 les Interventions Pharmaceutiques (IP) sont recueillies dans le département des Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) de la Pharmacie à Usage Interne (PUI). Elles concernent tous les DMS à prescription nominative.

Objectifs

A l'heure du déploiement de la pharmacie clinique, nous souhaitons montrer l'impact du pharmacien dans la prise en charge des plaies.

Matériel et méthodes

Les IP sont recueillies sur un fichier Excel® inspiré de l'outil Act'IP, 8 items sont présents : problème, type d'intervention, mode de résolution, devenir de l'intervention, devenir de la prescription.

Ces données sont croisées avec le nombre d'ordonnances délivrées par an et par type de DMS. Nous nous concentrons sur les DMS en lien avec les plaies et notamment la Thérapie par Pression Négative (TPN).

Résultats

De 2013 à 2015, 3 884 ordonnances en lien avec les plaies ont été délivrées et 493 IP ont été réalisées. Les problèmes réglementaires sont majoritaires (63 %) (libellé du DMS incohérent, dimension non précisée...) et 19 % des IP sont liées à des problèmes d'indication (durée de traitement, DMS non indiqué...). Dans 43 % des cas un complément d'information/une nouvelle prescription sont demandés. 78 % des IP sont acceptées (13 % de non renseignées : NR). 20 % des IP aboutissent à des refus soit 2,5 % du total des ordonnances. Ces refus sont validés par le médecin dans 71 % des cas.

La TPN représente 87 % des IP sur 3 ans et ce pourcentage croît. Sur 2 885 ordonnances de TPN, les problèmes réglementaires et les demandes d'une nouvelle prescription sont majoritaires. 2 % des ordonnances TPN sont refusées par la pharmacie. Le médecin accepte ces refus dans 75 % des cas. Ceci conduit à une optimisation des modalités d'utilisation (4/4), un suivi thérapeutique (2/2), un arrêt (23/26), une adaptation du DMS à la situation clinique (8/9), un complément d'information/nouvelle prescription (7/15), une modification directe par le pharmacien (2/5).

Discussion

Le taux d'ordonnances refusées reste faible, l'action du pharmacien est acceptée dans 71 % des cas au total, allant jusqu'à 75 % des cas pour la TPN, ce qui témoigne de la pertinence de ces interventions pharmaceutiques. Les limites de cette étude sont le suivi des IP par les intervenants (NR important) et une sous-évaluation des IP (recueil non exhaustif).

Le pharmacien fait donc respecter les modalités d'utilisation et les recommandations liées aux DMS dans la prise en charge des plaies. Ainsi s'ouvrent de nouvelles pistes de Pharmacie Clinique.

Mots-clés :

Prise en charge personnalisée du patient, Cicatrisation de plaie, Pharmacie d'hôpital

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan à 4 ans de la Commission Innovation pour les dispositifs médicaux stériles (DMS) au CHU : quoi de neuf ?

Auteurs :

Maurel A., Guenfoudi MP., Garnier N., Law-Ki C.

CHU Dijon

Résumé :

Contexte

L'innovation médicale hors recherche clinique n'a souvent pas de financement propre : acte non valorisé par un groupe homogène de séjour spécifique, DMS non inscrit sur la liste de produits et prestations remboursables. Une Commission Innovation au CHU a été créée pour étudier, valider ou non les dossiers d'innovation et permettre le référencement des DMS coûteux dans ce cadre.

Objectifs

Faire le bilan qualitatif et quantitatif des nouveaux DMS référencés au CHU par le biais de la Commission Innovation sur 4 ans d'existence.

Matériel et méthodes

Après présentation du fonctionnement de la commission, nous avons recensé en premier lieu toutes les innovations en termes de dispositifs médicaux stériles, implantables ou non, acceptées depuis la création de la Commission Innovation en 2012. En second lieu, nous avons réalisé un bilan économique en termes de coûts de ces dispositifs médicaux innovants pour l'établissement.

Résultats

Depuis la création de la Commission en 2012, et après études des dossiers soumis, huit dispositifs médicaux stériles innovants dont deux implantables ont pu être référencés au CHU. Pour l'année 2012, 4 techniques innovantes dans des domaines divers (urologie, ophtalmologie, cardiologie, imagerie interventionnelle) ont été acceptées et financées à hauteur de 97 400 €. En 2013, ce sont 3 nouveaux DMS qui ont pu être référencés avec un coût total estimé à 48 900 €. En 2014, 1 DMS a été référencé et financé au total à 34 000 €. En 2016, 3 innovations ont été approuvées par la commission avec un budget à prévoir compris entre 94 500 et 102 500 €.

Conclusion

Les technologies innovantes intégrant des DMS font parties des missions du CHU en termes de recherche et d'innovation et sont une importante vitrine pour le rayonnement de l'établissement à travers toute la région, mais sont aussi des outils importants pour une formation professionnelle et une prise en charge des patients optimales. La Commission Innovation permet de promouvoir ces nouvelles techniques en permettant le référencement de DMS innovants, après une concertation multidisciplinaire dont la Pharmacie en est le moteur.

Mots-clés :

Dispositif médical stérile, Innovation, Financement

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Harmonisation des montages de perfusion par voie centrale dans un service de réanimation néonatale

Auteurs :

Bottois C., San C., Bertrand L., Hehn M., Jolly V., Bolot P., Gervais R.

Hôpital Delafontaine, Saint-Denis

Résumé :

Contexte

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer les pratiques de perfusion par voie centrale dans un service de réanimation néonatale afin de mettre à jour et d'harmoniser les protocoles.

Matériel et méthodes

Une enquête de pratique sur les cathéters ombilicaux (KTVO) et épicutanéocaves (KTTC) a été réalisée dans le service, ainsi qu'une recherche bibliographique concernant les recommandations de perfusion par voie centrale en néonatalogie afin de mettre en place par la suite des mesures correctives.

Résultats

L'observation des pratiques a permis de visualiser les différents montages utilisés dans le service.

- Les KTVO sont laissés en place les premiers jours de vie. Les KTVO monolumières sont reliés à une rampe 2,3 ou 4 robinets sur lesquels sont mis des valves bidirectionnelles. Les KTVO bilumières sont reliés pour la première voie à un prolongateur de 20 cm puis à un prolongateur 4 voies et pour la deuxième voie à une valve bidirectionnelle. Cette dernière est utilisée pour les prélèvements ou pour l'administration de médicaments à risque d'interactions. Ces dispositifs sont laissés pendant toute la durée de pose du cathéter.

- Les KTTC sont laissés en place environ 15 jours à 1 mois. Ils sont reliés comme pour le KTVO bilumière à un prolongateur de 20 cm restant en place pendant toute la durée d'utilisation du cathéter puis à un prolongateur 4 voies changé tous les 7 jours.

A vue de ces observations et des recommandations issues de la littérature, plusieurs mesures correctives ont été proposées :

- Remplacement de la rampe et du prolongateur 4 voies par un prolongateur 5 voies intégrant un filtre 0,2 µm pour tous les différents types de cathéters sans augmentation du volume mort (inférieur à 1 mL vs 1.7 mL).

- Réduction du temps d'utilisation du prolongateur à 96 h.

- Utilisation de filtres 1,2 µm pour la voie d'administration des lipides.

- Opacification de la voie dédiée aux lipides sur le prolongateur 5 voies permettant de limiter le risque de dégradation de l'émulsion lié à la photothérapie.

De plus la stérilisation de ce prolongateur se fait par rayonnement conformément à l'instruction du 16 octobre 2015 relative aux conditions particulières de mise sur le marché et de distribution des dispositifs médicaux stérilisés à l'oxyde d'éthylène utilisés chez les nourrissons.

Conclusion

L'enquête de pratique a permis la mise à jour des protocoles et l'harmonisation des pratiques concernant la perfusion par voie centrale dans le service de réanimation néonatale.

Mots-clés :

Néonatalogie, Voies veineuses centrales, Perfusions veineuses

Références

[1] www.neonat.fr

[2] Comité des Dispositifs Médicaux de la CoMédIMS APHP, Bon usage des dispositifs médicaux de perfusion 2015

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

L'Herograff® : un avenir pour l'abord artério-veineux en dialyse ?

Auteurs :

Savouroux S., Chappe M., Berge-Bouchara C., Solans V., Gaumé M., Airiau C.

CH Cholet

Résumé :

Contexte

L'un des chirurgiens vasculaires de notre établissement nous a sollicité pour étudier la pertinence du choix d'un nouveau dispositif d'abord artério-veineux en dialyse : l'Herograff® de Gamida pour une de ses patientes. Ce dispositif se compose de deux parties prothétiques : une composante artérielle en PTFE et un cathéter veineux en silicone recouverte de nitinol reliées entre elles par un connecteur en titane. Le cout du dispositif complet est de 4 340 euros HT, non inscrit sur la liste en sus des GHS.

Objectifs

L'objectif de notre travail est d'évaluer ce dispositif d'un point de vue technique et bibliographique et au regard du dossier de la patiente.

Matériel et méthodes

Méthode : 1/ Analyse bibliographiques des bases Pubmed, 2/ Suivi de la patiente et bilan à 9 mois.

Résultats

1/ Analyse bibliographique : huit articles sont analysés. L'article le plus pertinent [1] portant sur une cohorte de 38 patients montre un taux de bactériémies de 0.71/1 000 jours avec HeRO. La perméabilité primaire à 8.6 mois est de 38.9. La moyenne des dialysances K(T/V) est de 1.7 +/- 0.3.

2/ La patiente est jeune 49 ans et dialysée depuis 5 ans. Elle a de nombreuses comorbidités (hyperlipidémie, diabète non insulino-dépendant). Elle présente des resténoses fréquentes sur son abord artério-veineux. La pose se déroule en janvier 2015 et sans problème majeur. L'abord artério-veineux est dialysable 48 heures après l'intervention. Après 9 mois, elle ne présente aucune infection, un thrombus pariétal est diagnostiqué sans qu'il n'ait de retentissement hémodynamique sur l'efficacité des séances de dialyse et la perméabilité primaire est préservé. La dialysance (efficacité de la dialyse) avant et après la pose de l'Herograff, est supérieure soit en faveur de l'Herograff ($p < 0.05$).

Discussion

En comparaison aux données retrouvées pour les cathéters veineux centraux tunnelisés, la perméabilité à 1 an, le taux de ré interventions et le taux de bactériémies sont en faveur de l'Herograff ($p < 0.05$).

En comparaison aux données retrouvées pour les greffons artério-veineux, ces mêmes données sont similaires entre les deux techniques ($p < 0.05$). Malgré des comorbidités important, le bilan de la pose de ce greffon est positif et conforme aux données cliniques et biologiques retrouvées.

Au vu du coût de ce dispositif et de son positionnement dans l'arsenal thérapeutique français, une réflexion pluridisciplinaire au cas par cas par le CoMédIMS est nécessaire avant de s'orienter vers ce produit.

Mots-clés :

Dialyse, Thrombose, Abord artérioveineux

Références

[1] Katzmann et al., J Vasc Surg 2009; IFU : Comparisons to catheters and AVGs are from literature review on file.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Pharmacie clinique et pharmacocinétique

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 91

Titre :

La voie sous-cutanée : une voie qui ne manque pas de profondeur

Auteurs :

Feïstl P., Desforges C., Grach MC., Divanon F.

Centre François Baclesse, Caen

Résumé :

Contexte

La voie sous-cutanée (SC), dont l'efficacité est superposable à la voie intraveineuse, est peu invasive et moins douloureuse que la voie intramusculaire. Elle constitue une alternative intéressante particulièrement en soins palliatifs quand la voie orale est indisponible, le capital veineux endommagé voire inaccessible ou pour garantir un meilleur confort aux patients. De nombreux médicaments sont utilisables par voie SC mais peu d'informations sont aisément disponibles quant à leur utilisation. Le service Pharmacie fait l'objet de nombreuses sollicitations par les soignants témoignant d'une méconnaissance sur ce mode d'administration.

Objectifs

L'objectif est d'informer les professionnels de santé sur cette voie d'abord afin d'uniformiser les pratiques et de sécuriser les modalités d'administration.

Matériel et méthodes

Dans un premier temps, les données des médicaments injectables présents dans notre établissement ont été recherchées dans les RCP et dans les bases de données des médicaments (Vidal®, Thériaque®). L'utilisation possible ou non de la voie SC a été recherchée ainsi que les modalités d'administration préconisées. Puis, une revue de la littérature a été réalisée. Les données des RCP et bases de données ont été recueillies dans un tableur et confrontées aux données des travaux sélectionnés. L'utilisation par voie SC a été validée lorsque le médicament avait l'AMM ou lorsqu'il y avait au moins deux sources concordantes.

Résultats

Une plaquette à destination de l'ensemble des professionnels de santé synthétisant tous les résultats recueillis a été élaborée. Elle reprend les caractéristiques et les précautions d'emploi de la voie SC ainsi que la liste des médicaments disponibles dans notre établissement utilisables ou non par voie sous-cutanée, accompagnée de commentaires utiles à l'administration. De plus, les informations recueillies permettent de paramétrer chaque molécule pour une SC directe, continue ou discontinuée dans le logiciel de prescription DxCare®.

Conclusion

Ces recommandations devront être validées institutionnellement via la CoMédIMS. La plaquette d'information sera ensuite diffusée à l'ensemble du personnel médical et soignant. Des présentations dans les unités de soins seront planifiées afin de permettre une meilleure appropriation du document. Le paramétrage du logiciel permettra de guider les médecins lors de la prescription. Enfin, ces recommandations seront présentées à l'arrivée des internes lors de leur journée d'accueil.

Mots-clés :

Hypodermoclyse, Utilisation médicament, Soins palliatifs

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé : évaluer les pratiques pour les améliorer

Auteurs :

Cordelle C., El-Baze A., Gagnaire L., Berthet F.

Hôpitaux de Saint-Maurice

Résumé :

Contexte

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de notre établissement intègre des dispositions spécifiques pour la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. L'amélioration des pratiques de prescription, mesurée par des actions d'évaluation, doit permettre de diminuer le risque iatrogénique dans cette population.

Objectifs

Évaluer la prescription de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez le sujet d'âge supérieur ou égal à 75 ans et l'adaptation posologique à l'insuffisance rénale.

Patients et méthodes

Une enquête a été réalisée « un jour donné » sur l'ensemble des prescriptions médicamenteuses des patients âgés de 75 ans ou plus. Les prescriptions ont été analysées selon l'évaluation de la fonction rénale, l'adaptation posologique et la prescription d'un MPI.

Résultats

Un patient sur 5 était âgé de 75 ans ou plus le jour de l'enquête, dont 92 % en soins de suite et de réadaptation et 8 % en psychiatrie.

La créatininémie était tracée dans 99 % des cas mais la clairance de la créatinine était absente du dossier dans 40 % des cas et exprimée comme résultat biologique dans 7 % des cas.

En moyenne, 1 médicament sur 4 prescrits devait être adapté à la fonction rénale. 10 % de non-conformités d'adaptation ont été relevés (colchicine, paracétamol...).

En moyenne, 1 médicament sur 5 prescrits était un MPI. Il s'agissait dans 63 % des cas de médicaments à manipuler avec précaution chez le sujet âgé avec par exemple un défaut d'adaptation posologique à demi-dose des benzodiazépines (44 %) et l'absence de co-prescription systématique d'un laxatif avec le tramadol (31 %).

Dans 37 % des cas, la prescription médicamenteuse était non recommandée ou contre-indiquée : prescription d'anticholinergiques dans le glaucome, de bêta-bloquant dans l'asthme...

Discussion

La traçabilité de la clairance de la créatinine dans le dossier patient est insuffisante. Or, la posologie d'1 médicament sur 4 prescrits chez le sujet âgé est à adapter à la fonction rénale. Le rendu du calcul de clairance de la créatinine Cockcroft et Gault dans le résultat biologique et l'analyse pharmaceutique systématique de niveau 2 dans cette population ont été définis.

La prescription de médicaments dont le rapport bénéfice/risque est potentiellement défavorable chez le sujet âgé représente 1 prescription sur 5. Un guide de bon usage des médicaments chez le sujet âgé a été diffusé auprès des prescripteurs concernés pour une prescription et une surveillance appropriées et une diminution du risque iatrogénique.

Mots-clés :

Evaluation de médicament, Personne âgée, Insuffisance rénale chronique

Références

[1] Laroche ML et al. Potentially inappropriate medications in the elderly : a French consensus panel list. EJCP ; 63: 725-31 (2007)

[2] Blain H et al. Guide de bon usage des médicaments chez les sujets âgés. CHRU de Montpellier Version 1. (novembre 2014)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des pratiques professionnelles : stockage, préparation et administration de l'insuline dans les unités de soins, une aide dans le choix d'un référencement

Auteurs :

Decarout L., Thibault V., Olivereau L., Salles J., Marchiset-Eymard N., Bejaoui N., Mohamed-Soulé S., Courgeon C., Boussaidi A., Deloute H., Najem C.

CH Mayotte

Résumé :

Contexte

L'erreur d'administration d'insuline fait partie des 12 événements qui ne devraient jamais arriver : « Never Events ». La récente commercialisation d'une insuline dosée à 200 UI/ml pourrait majorer le risque iatrogène dans de mauvaises conditions d'utilisation. La question de son référencement est donc posée.

Objectifs

Dans ce contexte, nous avons souhaité évaluer les pratiques professionnelles relatives au circuit de l'insuline dans les unités de soins. Un plan de sécurisation de ces étapes sera ensuite discuté.

Matériel et méthodes

Une grille constituée de 34 critères a été établie. Le questionnaire destiné aux soignants de l'établissement portait sur leurs connaissances générales des insulines, les conditions de stockage, de préparation et d'administration. L'enquête se faisait au cours d'un interrogatoire individualisé. Les résultats colligés ont été analysés et des restitutions ont été proposées en réunions pluridisciplinaires.

Résultats

42 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et 28 sages-femmes ont répondu au questionnaire.

69 sur 70 professionnels considèrent l'insuline comme un médicament à risque.

Pour un certain nombre d'items, les pratiques étaient conformes aux recommandations [1] [2] : conservation des stylos et flacons non entamés entre 2°C et 8°C (98 %), vérification de la posologie avant administration (99 %) ; traçabilité de l'administration (99 %) ; élimination des aiguilles souillées dans un container prévu à cet effet (100 %). Pour d'autres items, les pratiques étaient déviantes par rapport au standard : recapuchonnage des aiguilles souillées (20 %) ; utilisation d'un stylo pour plusieurs patients (25 %) ; prélèvements dans un stylo à la seringue (35 %) ; non-identification des stylos (26 %), absence d'inscription de la date d'ouverture une fois les stylos ouverts (41 %). Enfin 79 % d'entre eux ne connaissaient pas la concentration habituelle (100 UI/ml) des insulines. A partir de tous ces critères, la conformité globale de 76 % a été calculée.

Discussion

Cette évaluation met en évidence des points critiques avec une connaissance partielle des recommandations ainsi que des mésusages. Il ne paraît donc pas opportun de référencer une insuline dosée à 200 UI/ml, le risque iatrogène étant supérieur au bénéfice que pourrait apporter cette spécialité. Une démarche d'amélioration des pratiques est en cours, en partenariat avec les unités de soins, dans le but de sécuriser le circuit du médicament (exemple utilisation d'aiguilles sécurisées). Une réévaluation sera effectuée prochainement.

Mots-clés :

Insuline, Prise en charge thérapeutique, Analyse des bonnes pratiques

Références

[1] http://www.omedit-centre.fr/insuline_web_gen_web/co/L_insuline.html

[2] Précautions d'utilisation des stylos injecteurs de médicaments, Message d'information, ANSM, 18 juin 2007

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan, évaluation et axes d'améliorations des interventions pharmaceutiques sur le circuit du médicament

Auteurs :

Argouillon L., Hoffmann A., Riva-Cambrin H., Beaucourt E.

CH Gabriel Martin, Saint-Paul

Résumé :

Contexte

Le logiciel d'aide à la prescription utilisé au sein de notre établissement permet, lorsque le traitement est non optimal pour le patient, d'émettre une intervention pharmaceutique (IP) aux médecins et aux soignants.

Objectifs

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été mise en œuvre permettant d'évaluer les interventions pharmaceutiques réalisées informatiquement et d'en mesurer l'impact auprès des prescripteurs.

Matériel et méthodes

Sur une période de 5 mois, chaque refus de validation d'ordonnance a été tracé selon les critères définis par la Société Française de Pharmacie Clinique. Un questionnaire évaluant l'impact des IP a été élaboré en collaboration avec le service qualité et a été présenté aux médecins lors de la Commission Médicale de l'Etablissement.

Résultats

Lors de cette étude, 539 interventions pharmaceutiques ont été recensées concernant essentiellement 3 types de classes de médicaments, les anti-infectieux, les médicaments à visée digestive puis ceux du système nerveux. Près de 44 % des IP sont en rapport avec des posologies inadaptées, 18 % avec le logiciel informatique et 7 % ont permis d'éviter des contre-indications. Le taux d'acceptabilité total des IP est de 64 %.

Sur les 87 médecins MCO, 29 ont répondu au questionnaire (33 %). Dans 40 % des cas, les prescripteurs prennent connaissances des IP par l'intermédiaire de l'IDE. Le renforcement de la surveillance thérapeutique est un véritable souhait de la part des médecins questionnés. Nous notons que 13 % des praticiens sondés souhaiteraient que le pharmacien se déplace régulièrement dans les services (avis pharmaceutique, IP, éducation thérapeutique, conciliation).

Discussion

L'amélioration des IP passe par une modélisation des interventions et par une transmission régulière des erreurs de prescriptions rencontrées. Ces 2 axes d'évolutions favoriseront également l'actualisation des pratiques de chacun.

Le nombre d'erreurs recensés liés à l'informatique est conséquent et ne doit pas être négligé. L'excès de confiance dans l'outil informatique, l'absence de relecture et la mauvaise manipulation de la souris sont des situations qui génèrent des erreurs médicamenteuses. Une formation continue est nécessaire. Ce mode de prescription requiert la vigilance de tous et le maintien du dialogue entre les différents utilisateurs.

Le prochain projet de pôle qui permettrait notamment d'approfondir la surveillance thérapeutique est la mise en place d'une conciliation d'entrée.

Mots-clés :

Usage thérapeutique, Informatique médicale, Revue des pratiques de prescription médicamenteuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt du ROPYDAN®, nouvel anesthésique local dans l'arsenal thérapeutique : évaluation d'une population pédiatrique

Auteurs :

Alpy M., Rougny AC., Lelièvre N., Peter V., Barnoux MC.

CHI Haute-Comté, Pontarlier

Résumé :

Contexte

En pédiatrie, la prévention de la douleur est essentielle pour la qualité des soins et afin d'éviter la mémorisation de la douleur. ROPYDAN® est la seule spécialité contenant de la tétracaïne associée à la lidocaïne ainsi qu'un composant chauffant (température moyenne de 26-34°C). La chaleur dégagée permettrait une meilleure pénétration et donc une action plus rapide de l'anesthésiant local (AL).

Objectifs

L'objectif de notre étude est de comparer l'efficacité et la tolérance de deux AL : emplâtre de lidocaïne 70 mg/tétracaïne 70 mg (ROPYDAN®) et patch de lidocaïne 25 mg/prilocaïne 25 mg (EMLAPATCH®) dans la prévention de la douleur au cours d'un acte invasif transcutané dans une population pédiatrique.

Patients et méthodes

Evaluation randomisée, monocentrique, parallèle. La taille de l'échantillon est de 30 sujets (15 par bras). Les sujets sont des enfants âgés de 3 à 17 ans pris en charge en service de pédiatrie. Les sujets reçoivent soit le ROPYDAN® soit EMLAPATCH®. La stimulation déclenchant la douleur est une ponction veineuse. Le critère principal est l'intensité douloureuse mesurée avec l'EVA lors de l'acte invasif : douleur nulle (EVA = 0), légère (EVA > 0-3), modérée (EVA > 3-5) et intense (EVA > 5). Les critères secondaires sont l'évaluation de la tolérance : inconfort et blanchissement de la peau au retrait, présence et intensité d'un œdème et d'un érythème.

Résultats

L'absence de douleur (EVA = 0) est observée chez 66.7 % des sujets du bras ROPYDAN® et chez 53.3 % des sujets du bras EMLAPATCH®. La proportion de sujets ayant ressenti une douleur légère est 3 fois plus importante dans le bras EMLAPATCH® (40 %) que dans l'autre bras (13.3 %) et la proportion de douleur intense est comparable dans les 2 groupes. A noter que le ROPYDAN® est associée à plus d'érythème cutané et l'EMLAPATCH® à plus d'œdème et un blanchissement de la peau plus marqué. On n'observe pas d'influence majeure sur la visibilité et l'accessibilité aux veines dans les deux bras ni sur l'inconfort au retrait du patch et de l'emplâtre.

Conclusion

ROPYDAN® présente un profil d'efficacité et d'innocuité très satisfaisant avec moins de blanchissement et une absence d'œdème. L'application sur 30 minutes, versus 60 minutes pour EMLAPATCH®, permet un gain de temps dans la réalisation des soins. ROPYDAN® trouve sa place dans l'arsenal thérapeutique existant et a intérêt notoire dans les services d'urgences ou pédiatrie et pour certains gestes spécifiques (mise en place/retrait d'implant).

Mots-clés :

Ropydan®, Emlapatch®, Douleur

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Audit sur 2 ans des prescriptions informatisées de glycopeptides et d'aminosides des services de soins : bilan des pratiques professionnelles

Auteurs :

Magnier M., Trainaud A., Le Guevello P.

CH Pierre Le Damany, Lannion

Résumé :

Contexte

D'après les recommandations de l'ANSM de mars 2011, nous avons souhaité faire un bilan sur le monitoring des prescriptions informatisées d'aminosides et de glycopeptides.

Objectifs

Matériel et méthodes

Tous les patients ayant eu une prescription informatisée Pharma® de vancomycine/aminosides de janvier 2013 à mars 2015 ont été recensés. Les données patients ont été collectées (Médis®) : poids, fonction rénale, contexte clinique, évolution. Les données sur les dosages plasmatiques nous ont été transmises par le laboratoire de biologie. Les posologies ont été considérées comme non conforme (NC) si un écart de +/- 20 % par rapport aux recommandations (RE) était observé. Les dosages étaient considérés NC s'ils étaient supérieurs ou inférieurs aux normales.

Résultats

Au total 122 prescriptions analysées (7 patients ont été exclus : dialysé, poids non indiqué) des services informatisés. Vancomycine : 28 prescriptions analysées, 78 % de posologies NC (dose de charge et/ou dose d'entretien inférieures aux RE). La moyenne des doses de charge et des doses d'entretien représentait la moitié des doses recommandées. 57 % des dosages sont conformes, 7 patients auraient dû bénéficier d'un dosage (durée de traitement > 3 jours) mais ils ne l'ont pas eu. Amikacine : 34 prescriptions analysées, 17.6 % avec des posologies NC, moyenne des posologies 13.5 mg/kg/jour. 19 % des résultats des dosages NC. Gentamicine : 60 prescriptions analysées, 47 % de posologies NC, moyenne 2.3 mg/kg/jour. 50 % des dosages sont NC. Les durées moyennes de traitement étaient de 7 jours pour la vancomycine, 4 pour l'amikacine, 3 pour la gentamicine. Pour 1 patient traité par amikacine, sa fonction rénale s'est dégradée durant son traitement, passant d'une Clcr de 75 à 53 ml/min selon MDRD.

Conclusion

Les posologies de ces ATB sont souvent diminuées par rapport aux recommandations. L'absence de dose de charge de vancomycine peut être liée au fait que le traitement a pu être initié dans un service non informatisé. 40 % des patients sous vancomycine sont décédés, et 83 % d'entre eux avaient une posologie NC. Notre constat est que les praticiens sont frileux à l'idée d'instaurer une dose pleine de ces ATB car, bien que les pharmaciens émettent des interventions pharmaceutiques, elles ne sont pas tout le temps prises en compte. Un rappel des recommandations et la présentation de ces résultats ont été fait aux praticiens via la CoMÉDIMS. Une réévaluation est prévue dans un an afin de voir s'il y a eu une amélioration des pratiques.

Mots-clés :

Antibiotiques, EPP, Informatisé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prescription du carboxymaltose ferrique : et pourquoi pas du fer saccharose ?

Auteurs :

Delpeuch A., Ruivard M., Abergel A., Aumaitre O., Boisgard S., Bagel S., Sautou V.

CHU Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte

Le traitement standard de l'anémie par carence martiale est le fer oral. Néanmoins, dans certaines situations¹, le fer injectable (fer saccharose ou carboxymaltose ferrique) devient nécessaire : maladie inflammatoire chronique de l'intestin, insuffisance rénale chronique, patients cancéreux sous chimiothérapie, intolérance au fer oral. Dans notre établissement, le carboxymaltose ferrique fait partie du palmarès des médicaments les plus coûteux.

Objectifs

Evaluer la pertinence des prescriptions du carboxymaltose ferrique dans les principaux services consommateurs (orthopédie, médecine digestive, médecine interne) par rapport aux recommandations en vigueur (RCP, sociétés savantes) en termes de respect des indications, du choix de la molécule et des modalités d'administration. Estimer les pertes financières éventuellement engendrées.

Patients et méthodes

Etude rétrospective observationnelle. Seuls les patients ayant été codés en anémie par carence martiale et/ou ayant des paramètres diagnostiques en faveur de celle-ci, avec un traitement par fer injectable entre 01/01/2014 au 31/12/2014, ont été inclus dans l'étude. La grille de recueil comportait : des données cliniques, biologiques et thérapeutiques.

Résultats

Au total, 76 patients (moyenne d'âge : 69 ans ; extrêmes 16-100 ans) avec anémie par carence martiale ont reçu du fer injectable : 75 avec du carboxymaltose ferrique et un patient avec du fer saccharose. Cependant, tous les patients (n = 135) d'orthopédie ont été traités par du carboxymaltose ferrique pour une anémie sans carence martiale et non codée. Hors service d'orthopédie, le motif d'hospitalisation était l'anémie (41 %). La durée de séjour moyenne était de 8 jours (extrêmes 0-60 jours). La prescription du carboxymaltose ferrique était conforme aux recommandations chez la plupart des patients (65 % ; n = 49). Dans la majorité des cas, ce médicament a été utilisé seul (59 %, n = 44) et à la dose de 1 000 mg par prise (56 %, n = 42). Tous services confondus, les pertes financières sont estimées à 503 170 € liées respectivement au mauvais choix de la molécule (21 562 €) et à l'absence ou à la non exhaustivité du codage des patients (481 608 €).

Conclusion

La prescription du carboxymaltose ferrique (75 €/500 mg) peut être réservée aux hôpitaux de jour et aux hospitalisations de courte durée (< 3 jours). Le fer saccharose (13,4 €/500 mg) devra être utilisé dans les autres cas. Des documents de bon usage du fer injectable ont été diffusés au sein de l'établissement et une réévaluation des pratiques est prévue dans 6 mois.

Mots-clés :

Fer, Traitement, Prescription

Références

Matthew W. Short et al. Am Fam Physician. 87 (2) : 98-104 (2013)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etat des lieux et sécurisation de la prescription des anticoagulants oraux directs

Auteurs :

Alary V., Lesselingue F., Giovacch M., Cler R.

CH Arles

Résumé :

Contexte

Les anticoagulants oraux directs (AOD) font partis des médicaments à risque. Jusqu'alors, il n'existait pas d'antidote, ni de marqueurs réellement adaptés au suivi de ces molécules encore considérées comme nouvelles. Avec l'arrivée de l'Idarucizumab (antidote du dabigatran récemment mis à disposition dans le cadre d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte), et le développement en cours d'autres antidotes et d'indicateurs de suivi, la prise en charge des surdosages et des hémorragies sous AOD devrait considérablement être modifiée.

Objectifs

Réaliser dans notre établissement un état des lieux des prescriptions des AOD et mettre en place des mesures de sécurisation de la prescription.

Matériel et méthodes

Une extraction quotidienne des prescriptions contenant des AOD à partir du logiciel ACTIPIDOS® a été réalisée de janvier à juin 2015. Les données suivantes ont été collectées : caractéristiques des patients, indication, posologie, interactions médicamenteuses et interventions pharmaceutiques.

Résultats

Nous avons collecté les données de 63 patients au total. 55 % des patients étaient des femmes, l'âge moyen était de 75 ans. 55 % des prescriptions d'AOD étaient réalisées dans le service de cardiologie ou de soins intensifs cardiologiques. Dans 87 % des cas, l'anticoagulant était prescrit en prévention d'accident vasculaire cérébral chez les patients souffrant de fibrillation auriculaire non valvulaire. Dans 9 % des cas, l'indication était : traitement d'une embolie pulmonaire. La clairance était systématiquement évaluée selon la formule du MDRD, et le Cockcroft n'a pas pu être calculé dans 22 % des cas. 7 prescriptions soit 11.1 % étaient non conformes aux recommandations des Résumés Caractéristiques du Produit : 4 patients étaient surdosés, 2 sous-dosés, et nous avons relevé une interaction contre-indiquée. Cinq des 7 interventions pharmaceutiques ont été acceptées.

Discussion

Etant donné la complexité des schémas thérapeutiques, il a été décidé de réaliser un tableau synthétique des 3 molécules (apixaban, rivaroxaban, dabigatran), reprenant pour chaque indication les posologies usuelles, ainsi que les adaptations posologiques en cas de situation à risque hémorragique, les modalités d'administration, et les interactions à prendre en compte. Ce support a été inséré dans le nouveau livret thérapeutique, diffusé à l'ensemble du personnel soignant. Par ailleurs, l'ensemble des préparateurs en Pharmacie a reçu une formation spécifique afin de les sensibiliser aux risques de ces molécules.

Mots-clés :

Anticoagulants, Sécurisation, Intervention pharmaceutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan annuel du suivi téléphonique infirmier dédié aux patients traités par thérapie orale dans un service d'oncologie médicale

Auteurs :

Rougeot J., Nevado E., Maillan G., Marie-Daragon A., Cournede A., Leobon S., Tubiana-Mathieu N., Lagarde A.
CHU Dupuytren, Limoges

Résumé :

Contexte

Administrées à domicile et non dénuées de toxicité, les thérapies anticancéreuses orales impliquent une nouvelle organisation du parcours de soins et de suivi du patient.

Objectifs

Nous avons souhaité valoriser l'activité de suivi téléphonique dans l'accompagnement du patient traité par anticancéreux oral à domicile.

Matériel et méthodes

Depuis 2010, les infirmières (IDE) de consultation d'oncologie appellent le patient après 8-10 jours de traitement pour déceler d'éventuelles difficultés d'observance et de tolérance. Une fiche d'entretien validée spécifique de chaque molécule permet aux IDE d'orienter les questions posées au patient, de reporter ses réponses et de proposer des actions adaptées aux situations décrites par ce dernier. L'ensemble des données de l'année 2014 a été recueilli.

Résultats

163 entretiens concernant 142 patients (74 femmes et 68 hommes) d'âge moyen 68 ans ont été réalisés dans un délai médian de 9 jours [4-20] suivant l'instauration du traitement. La durée médiane de l'entretien était de 17 minutes [5-30]. 154 appels ont eu lieu avec le patient, 6 avec la famille et 3 avec un aidant. Les patients étaient atteints d'une tumeur métastatique (74 %), localisée (23 %), ou non renseigné (3 %). Les organes concernés étaient : 31 % tube digestif, 20 % sein, 20 % rein, 18 % prostate, 5 % cerveau, 3 % poumon et 3 % thyroïde/peau. Treize molécules ont fait l'objet d'un suivi téléphonique : 27 % capécitabine, 16 % abiratéron, 16 % évérolimus, 13 % sunitinib, 8 % vinorelbine, 6 % témozolomide, 5 % sorafénib, 3 % axitinib, 2 % erlotinib 1 % chacun pour enzalutamide, cyclophosphamide, pazopanib et régorafénib. 5 problèmes d'observance ont été relevés. 79,5 % des patients ont présenté une toxicité : 27 % troubles digestifs, 25 % fatigue, 8 % douleurs, 7 % affections cutanées, 7 % hypertension artérielle et 6 % mucite. Les 20 % restants concernent des effets divers (anorexie, troubles respiratoires, dysphonie...). Les actions entreprises ont été l'éducation du patient (45 %), l'avertissement de l'oncologue (21 %), la prescription de traitements par l'oncologue (16 %) ou le médecin traitant (7 %), une consultation anticipée (6 %), un bilan biologique, le décalage de prise ou la réduction de dose (5 %).

Discussion

L'entretien téléphonique est un outil majeur du suivi patient ambulatoire. L'essor des thérapies orales implique diverses mesures d'accompagnement (suivi biologique, éducation thérapeutique, consultation pharmaceutique...) coordonnées par un centre de thérapies orales ouvert en 2015, articulé entre la ville et l'hôpital.

Mots-clés :

Administration par voie orale, Surveillance ambulatoire, Télénursing

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etat des lieux des prescriptions de psychotropes en service de Soins de Suite et de Réadaptation – Bilan des deux audits réalisés en 2014 et 2015

Auteurs :

Rocheffolle A.², Depoison V.², Chazaud C.², Rioufol C.², Rode G.¹, Luaute J.¹, Costaz F.², Carre E.²

¹ HCL - Hôpital Henry Gabrielle, Saint-Genis-Laval

² HCL - Hôpital Lyon Sud, Pierre-Bénite

Résumé :

Contexte

Les patients de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) sont des patients fragiles d'un point de vue neurologique et psychiatrique. Ils sont polymédiqués et à risque d'iatrogénie. Le recours aux psychotropes est fréquent. Leur bon usage est indispensable pour permettre la rééducation des patients en limitant les troubles de vigilance.

Objectifs

Les objectifs sont d'évaluer l'impact de la pharmacie clinique et de la sensibilisation des prescripteurs sur le bon usage des psychotropes au sein d'un établissement SSR de 175 lits.

Matériel et méthodes

En plus de l'analyse des ordonnances réalisée en routine, un premier audit des prescriptions a été conduit en juin 2014 par le service pharmacie. Il évaluait les prescriptions de psychotropes un jour donné à l'aide d'une fiche de recueil validée par les médecins et la cellule qualité. Quatre classes thérapeutiques ont été analysées : neuroleptiques, anxiolytiques, hypnotiques et antidépresseurs. Ces premiers résultats ont été présentés aux médecins avec rappel des recommandations de bon usage. Afin d'évaluer l'impact de cette sensibilisation, un second audit a été mené en octobre 2015.

Résultats

Les populations de patients ne sont pas significativement différentes entre 2014 et 2015 avec un âge moyen de 53 ans ($p > 0.05$). Le nombre de médicaments moyen par ordonnance est de 13 [2-27]. La part des psychotropes représente 15 % en 2015 contre 18 % en 2014 soit une baisse non significative de 3 %. La part des patients prenant au moins un psychotrope est de 68 % (112) en 2015 contre 77 % (116) en 2014. Seuls 2 patients (1.8 %) prennent plus de 4 psychotropes en 2015 (5 psychotropes/patient) contre 7 patients (6 %) en 2014 (5 à 7 psychotropes/patient). Le nombre de patients bénéficiant d'une consultation psychiatrique a diminué de 6 % entre les 2 audits ($p > 0.05$). La durée de traitement reste supérieure aux recommandations. Pour les hypnotiques, 16.7 % en 2015 contre 10.9 % en 2014 sont prescrits sur une durée supérieure à 6 mois. Pour les anxiolytiques, les chiffres sont de 17.1 % en 2015 contre 17.5 % en 2014 ($p > 0.05$).

Conclusion

La sensibilisation des prescripteurs a eu un impact limité sur l'usage des psychotropes en SSR. Les principales difficultés résident dans le changement fréquent des internes, le profil fragile des patients hospitalisés et leur réticence à la réévaluation de leur traitement. La tendance est à l'amélioration et montre la nécessité de poursuivre la collaboration médecin-pharmacien pour le bon usage de ces produits.

Mots-clés :

Psychotropes, Audit clinique, Soins de suite et réadaptation

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](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 101

Titre :

Evaluation du coût de l'installation du cycle prion sur les laveurs désinfecteurs suite à l'instruction n° DGS/R13/2011/449

Auteurs :

Jolly C.¹, Henny F.¹, Steckmeyer C.²

¹ CHRU Nancy

² CH Remiremont

Résumé :

Contexte

Suite à l'instruction n° DGS/R13/2011/449, un cycle prion a été installé sur les laveurs désinfecteurs (LD) entraînant le changement de produit de lavage : passage du Mediclean® au SeptoClean® (conforme au PSP).

Objectifs

L'objectif est d'évaluer le coût de l'installation du cycle « prion » sur les LD et de comparer les coûts des différents produits de lavage.

Matériel et méthodes

Recueil des coûts d'installation du cycle « prion » sur les LD, des frais de maintenance et des frais annexes de l'installation.

Evaluation du coût en produit de lavage, neutralisant et rinçage d'un cycle de lavage en prenant en compte le prix au litre (TTC) et le nombre de millilitres consommés par cycle.

Résultats

Le coût final de l'installation du cycle est de 8 773 euros (coût d'installation et qualification du cycle « prion » et maintenance curative). Le coût en produit de lavage pour les LD T21 et les LD T420 est respectivement pour le cycle « instrument », avec le Mediclean® de 1,5 et 2,5 euros et avec le SeptoClean® de 2,0 et 3,2 euros. Pour le cycle « prion » avec le SeptoClean® pour les LD T21 et LD T420, le coût en produit de lavage est de 5,2 euros et 8,2 euros. En 2013, le coût en produit de lavage en cycle « instrument » avec le SeptoClean® a été de 13 591 euros, avec le Mediclean® il aurait été de 10 417 euros. Si l'ensemble du parc instrument était traité selon un cycle « prion », le coût en produit de lavage serait de 34 976 euros.

Conclusion

La mise en conformité à l'instruction n° DGS/R13/2011/449 est donc onéreuse de part le coût de l'installation et le surcoût engendré par le changement de produit lessiviel. D'autres stratégies, moins onéreuses auraient pu être envisagées, d'autant que jusqu'à présent aucun cycle « prion » n'a été nécessaire : l'installation du cycle « prion » aurait pu être limité à un seul laveur.

Mots-clés :

Instruction prion, Cycle prion, Coût

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 102

Titre :

La préparation manuelle des piluliers au cours de la Dispensation Individuelle Nominative (DIN) : une étape à risque d'erreurs... oui mais pourquoi ?

Auteurs :

Lam S., Lukat S., Sok R., Dalle Pecal M., Divine C.

APHP - GHU Henri Mondor - Albert Chenevier, Créteil

Résumé :

Contexte

Dans notre PUI, l'activité de DIN est réalisée de façon manuelle par les préparateurs en pharmacie (PPH) pour 120 lits d'hospitalisation. La totalité des piluliers est contrôlée par un pharmacien. Une analyse des résultats de ces contrôles menée sur 7 mois a montré un taux d'erreur de 6 %.

Objectifs

L'objectif de notre travail a été de rechercher les facteurs contributifs de ces erreurs afin de sécuriser la préparation manuelle de la DIN.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé en premier lieu un audit d'observation des pratiques des PPH : sur 2 semaines différentes, 4 auditeurs, 6 PPH observés. Puis nous avons réalisé un audit de la gestion des 3 postes de cueillettes (PC).

Enfin, une analyse de risques a priori a été effectuée selon la méthode des 5M.

Résultats

L'audit des pratiques a porté sur 14 sessions de préparation de piluliers, soit 949 piluliers en 14.75 heures. Plusieurs facteurs contributifs ont été identifiés : dans le domaine du Matériel (porte-étiquettes et séparateurs des PC mal fixés), de la Matière (en moyenne pour chaque PC : 24 unités périmées, 4,1 % de médicaments sans numéro de lot et/ou date de péremption, similitude des sachets des médicaments reconditionnés), du Milieu (perturbations et interruptions de tâches, 2 PC dans la même pièce, luminosité insuffisante), de la Main d'œuvre (préparation des piluliers différentes pour chaque PPH, formation peu structurée), et de la Méthode (Gestion du PC : en moyenne, 2,7 % de cases non étiquetées, 5,3 % de cases avec un mélange de spécialités ; Préparation des piluliers : absence de check-list initiale, préparation et contrôle des piluliers simultanées...). Le facteur contributif dont le rôle apparaît majeur est celui des perturbations et interruptions de tâches. 24 perturbations (9 discussions, 6 notifications du téléphone personnel/appels,...) et 29 interruptions de tâches (16 par le personnel de la PUI, 6 par les appels des services, 5 sorties de la pièce de DIN pour réassort...) ont été constatées. 78.6 % des sessions de préparations observées comportent au moins une interruption de tâches ([1 à 7] ; m = 2/session) et 100 % des temps de préparation observés comportent au moins une perturbation de tâche ([1 à 18] ; m = 3.7/session).

Conclusion

Les éléments identifiés vont permettre de réaliser un document de Bonnes Pratiques de la préparation des piluliers et un outil de formation des PPH. Cet outil se présentera sous forme de séquences vidéo et intégrera l'ensemble des facteurs contributifs et des situations à risque détectées lors de notre étude.

Mots-clés :

Dispensation individuelle nominative, Préparation manuelle, Erreurs

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 103

Titre :

Quel bilan pour l'équipe mobile d'antibiothérapie en 2015 ?

Auteurs :

Lhermitte C., Lucas C., Cuquel AC., Jamet C., Ourghanlian C., Lamand V., Larreche S., Kramp F., Borne-Pons M., Ficko C., Andriamanantena D.

HIA Bégin, Saint-Mandé

Résumé :

Contexte

Devant l'émergence de bactéries multi-résistantes et incité par la circulaire du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques, le comité des anti-infectieux de l'hôpital a créé une équipe mobile d'antibiothérapie (EMA) composée d'un infectiologue, un microbiologiste et un pharmacien. En plus de la mise en place de protocoles locaux et d'actions de formation, l'EMA évalue lors d'une réunion hebdomadaire toutes les prescriptions d'antibiotiques et émet des recommandations transmises par l'infectiologue aux équipes médicales.

Objectifs

L'objectif est d'évaluer l'activité de l'EMA et d'observer son impact sur la consommation des antibiotiques afin de cibler des pistes d'amélioration.

Matériel et méthodes

Une analyse rétrospective des données recueillies lors des réunions hebdomadaires sur 2015 a été réalisée ainsi que le suivi des consommations d'antibiotiques.

Résultats

En 2015, 38 réunions hebdomadaires d'une durée moyenne de 123 minutes ont permis l'évaluation de 959 prescriptions et la formulation de 262 avis dont 30 % de modification d'antibiotique, 25 % d'arrêt de traitement, 25 % demandaient des informations complémentaires, 16 % de modification de la durée et 4 % d'adaptation de la posologie. La consommation d'antibiotiques de l'hôpital en 2015 est de 678 DDJ/1 000 JH. En ce qui concerne les principaux services, la réanimation a consommé 1 519 DDJ/1 000 JH, les services de chirurgie 801 DDJ/1 000 JH, les services de médecine 374 DDJ/1 000 JH et le service de maladies infectieuses et tropicales 1 730 DDJ/1 000 JH.

Discussion

Alors que les consommations d'antibiotiques en médecine et en réanimation sont comparables à celles du réseau ATB-Raisin, celle des services chirurgicaux est supérieure à la moyenne. Des protocoles d'antibiothérapie en chirurgie ont été intégrés au logiciel de prescription fin 2015 et une évaluation des pratiques professionnelles prévue en mars 2016 permettra de mesurer leur impact. De plus, il n'a pas été observé de diminution des consommations en 2015 alors que plus de 40 % des avis concernaient la durée ou l'arrêt du traitement. Une meilleure coordination entre l'EMA et les pharmaciens semble essentielle pour s'assurer de l'application des recommandations émises et améliorer les pratiques de prescription au quotidien. Une fiche réflex d'aide à la validation des antibiotiques permettra de renforcer l'action du pharmacien. Enfin, l'hôpital intégrera en 2016 le réseau CONSORES permettant à chaque service de suivre ses consommations par trimestre et de se comparer à des services équivalents.

Mots-clés :

Pratique professionnelle, Promotion de la santé, Anti-infectieux

Références

Institut de veille sanitaire et Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable. Bilan des données de surveillance, 17 novembre 2015 NCE

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de la méthode d'analyse pharmaceutique des prescriptions dans un secteur de médecine interne

Auteurs :

Leclerc V., Pozzi D., Manceron V., Pons-Kerjean N.

APHP - Hôpital Louis Mourier, Colombes

Résumé :

Contexte

Les démarches de certification et de qualité à l'hôpital imposent une analyse pharmaceutique des prescriptions (APP). Nous effectuons une APP de niveau 2 associant niveau 1, données biologiques et historique médicamenteux du patient, en partenariat avec un secteur de médecine interne (prescription informatisée).

Objectifs

L'objectif de l'étude est d'évaluer sur 4 mois (mai à août 2015) la fréquence, le type et le taux d'acceptation des interventions pharmaceutiques (IP), ainsi que l'apport de la méthode utilisée.

Matériel et méthodes

Les IP sont tracées et codifiées dans le logiciel de prescription permettant un recueil du nombre d'ordonnances analysées et des actions réalisées par les prescripteurs. Chaque IP est codée en niveau 1 (aurait pu être réalisée sans les données biologiques ni l'historique médicamenteux) ou niveau 2 (réalisée grâce aux données biologiques et/ou l'historique médicamenteux).

Résultats

Au total 904 ordonnances sont analysées, 106 messages sont mis, dont 103 lus par les prescripteurs (97 % du nombre total de messages) et parmi eux 84 sont pris en compte (82 %). La majorité des IP concerne une demande de renseignements (23,6 %), une interaction médicamenteuse (19,8 %), ou une erreur de prescription (16 %). La plupart des messages pris en compte (PEC) concerne une demande de renseignements (26,2 %), une erreur de prescription (20,2 %), ou une interaction médicamenteuse (15,5 %). Sur les 84 messages PEC 49 messages sont de niveau 1 (58,3 %) et 35 messages de niveau 2 (41,7 %). La majorité des messages de niveau 2 PEC concerne une demande de renseignements (45,7 %), une erreur de prescription (22,9 %), ou une surveillance à faire (14,3 %). Trois grandes classes sont principalement impliquées : les médicaments de cardiologie, d'hématologie, et de psychiatrie-addictologie.

Discussion

Le taux de lecture des messages confirme l'investissement des prescripteurs dans l'activité d'APP, et le taux des messages PEC prouve la pertinence des IP, dont 42 % n'auraient pas pu être faites avec une APP de niveau 1, ce qui démontre l'apport de la biologie et de la connaissance du traitement habituel des patients. Les deux tiers des messages de niveau 2 couvrent seulement 3 grandes classes de médicaments.

Au vu des résultats de l'étude, il serait préférable de réaliser une APP de niveau 2. Cette méthode nécessite un temps pharmacien plus important, elle pourrait donc se concentrer sur les classes thérapeutiques les plus concernées par les IP (avec une liste de médicaments à risque).

Mots-clés :

Suivi pharmaceutique, Pharmacie clinique, Médecine interne

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des pratiques professionnelles : bilan des prescriptions de teicoplanine

Auteurs :

Boscher C., Lacour C., Joly D., Vangrevelinge S.

CH Sainte-Catherine, Saverne

Résumé :

Contexte

La teicoplanine est un antibiotique indiqué dans les infections sévères à cocci gram positif. Son mésusage conduit à des résistances bactériennes aux conséquences cliniques et épidémiologiques graves. La teicoplanine présente un schéma posologique complexe avec dose de charge, dose d'entretien et durée variables selon l'indication. Il est également nécessaire de réaliser des dosages sériques réguliers afin de s'assurer de l'efficacité du traitement.

Objectifs

L'objectif de notre travail est d'évaluer la conformité des prescriptions de teicoplanine, en particulier le respect du schéma posologique en fonction de l'indication.

Patients et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective évaluant les prescriptions de teicoplanine de notre établissement entre 2013 et 2015. Les critères d'évaluation étaient : justification de l'indication et de la réévaluation dans le dossier, posologie et durée de la dose de charge, posologie de la dose d'entretien, fréquence des dosages sériques.

Résultats

19 dossiers de patients traités par teicoplanine ont été analysés : 72 % ont été instaurés en chirurgie adulte, 22 % en médecine, 6 % en pédiatrie. L'âge moyen est de 67,4 ans [0,2-89]. Le site infectieux était le plus souvent ostéoarticulaire (72 %). Il s'agit d'un traitement probabiliste dans 66 % des cas. L'indication était justifiée dans le dossier patient dans 28 % des cas. Une dose de charge était effectuée dans 83 % des cas avec une posologie et une durée de maintien conforme aux recommandations dans respectivement 17 % et 28 % des cas. Des dosages sériques n'ont été demandés que dans 11 % des cas avec, à chaque fois, une fréquence inadaptée. La posologie de la dose d'entretien était conforme aux recommandations dans 22 % des cas. La réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 h était justifiée dans le dossier patient dans 44 % des cas.

Conclusion

Les résultats de cette évaluation des pratiques professionnelles nous ont conduits à élaborer une fiche technique et à sensibiliser les prescripteurs au bon usage de cet antibiotique. Un rappel des recommandations et la présentation de ces résultats ont été faits aux praticiens lors de staffs médicaux. Le paramétrage informatique a également été optimisé pour rappeler les posologies et modalités de suivi. Une réévaluation est prévue fin 2016 afin d'évaluer l'impact des mesures d'amélioration mises en œuvre.

Mots-clés :

Antibiotique, Conformité, Dosage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise au point et validation du dosage d'acides aminés par chromatographie liquide haute performance (CLHP) dans des poches de nutrition parentérale pédiatrique

Auteurs :

Serre C.¹, Fayard J.¹, Boisrame J.², Yailian AL.², Roussel-Berlier L.², Falson F.¹, Pivot C.², Pirot F.²

¹ Faculté de pharmacie de Lyon

² HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

Les enfants prématurés nécessitent des apports nutritionnels adaptés car leurs réserves énergétiques sont très limitées. La nutrition parentérale (NP) apporte entre autre les acides aminés nécessaires à leur développement et à leur croissance.

Objectifs

Nous avons mis au point et validé une nouvelle méthode de dosage par CLHP, dosant simultanément les acides aminés (AA) suivant : acide aspartique, acide glutamique, sérine, histidine, glycine, thréonine, arginine, alanine, tyrosine, cystine, valine, méthionine, tryptophane, phénylalanine, isoleucine, leucine, lysine et proline. Ce dosage a pour but de suivre la stabilité des AA dans les poches de NP.

Matériel et méthodes

La validation analytique a été conduite selon les recommandations International Conference on Harmonisation (ICH), dans des intervalles de concentrations adaptés aux concentrations théoriques des 18 AA en solution dans les poches de NP. La spécificité, la linéarité, la fidélité (répétabilité, fidélité intermédiaire), l'exactitude, la limite de détection (LD) et de quantification (LQ) ont été déterminées. Après dérivatisation pré-colonne à l'O-phthalaldéhyde, pour les AA primaires, et au fluorénylméthyl chloroformiate, pour les AA secondaires, le dosage a été effectué à une longueur d'onde de 338 nm et à 262 nm respectivement. La séparation chromatographique a été faite sur une colonne (Poroshell HPH-C18 3.0X150 mm 2,7 µm) thermostatée à 40°C. La phase mobile initiale comportait 98 % de tampon Na₂HPO₄ 10 mM, Na₂B₄O₇ 10 mM, Na₃N 5 mM à pH 8,2 (éluant A) et 2 % d'un mélange acétonitrile/méthanol/eau (45/45/10, éluant B). Un 1^{er} gradient conduit à 57 % d'éluant B, puis un 2^{ème} à 100 % d'éluant B avant le retour à la composition initiale. Le débit était de 0,64 ml/min et le volume d'injection de 12 µl.

Résultats

La méthode montre une bonne linéarité avec des coefficients de corrélation compris entre 0,991 < r < 0,999, une fidélité avec un coefficient de variation maximum compris entre 1,08 et 3,06 % et une exactitude avec de taux de recouvrement situés entre 95 et 105 %. Les LD sont comprises entre 2,80 et 20,35 pmol/µl et les LQ entre 8,47 et 61,68 pmol/µl. Les temps de rétentions ont été stables pour toutes les injections à ± 5 %. La bonne séparation chromatographique des différents AA et l'absence d'interférence du blanc réactif permette de valider la spécificité.

Conclusion

Cette méthode a été validée selon les ICH et permettra la mise en place d'un dosage rapide, précis et simultanée des 18 AA dans les poches de NP ainsi que leur étude de stabilité.

Mots-clés :

Acides aminés, Nutrition parentérale, Chromatographie en phase inverse

Références

Kralj Cigic I. et al Acta Chim. Slov. 2008, 55, 660–664

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 107

Titre :

Mise en place d'une conciliation d'entrée et de sortie dans un service de médecine gériatrique : projet CoMedG (Conciliation Médicamenteuse en Gériatrie)

Auteurs :

Duplin EM., Jost J., Castagne E., Hélénon R., Picat MA., Dantoine T., Ratsimbazafy V.

CHU Limoges

Résumé :

Contexte

Dans le cadre de l'expérimentation du dossier pharmaceutique (DP), un projet pilote de conciliation médicamenteuse (CM), à l'entrée et à la sortie, a été mis en place dans un service de médecine gériatrique. Ce projet s'inscrit également dans une dynamique globale de sécurisation du circuit du médicament et de continuité des soins notamment par le lien ville-hôpital.

Objectifs

L'objectif principal était de quantifier la diminution du risque de survenue d'événements indésirables graves (EIG) liés aux erreurs médicamenteuses.

Patients et méthodes

Les critères d'inclusions étaient : l'admission dans le service de gériatrie, un âge de plus de 65 ans et une hospitalisation depuis moins de 24 heures. Le critère de jugement principal était le taux de divergences non intentionnelles (DNI) rapporté sur le nombre de patients conciliés. Le bilan médicamenteux optimisé (BMO) et la comparaison à l'ordonnance médicale à l'admission (OMA) ont été réalisés par deux externes en pharmacie, puis validés par deux internes en pharmacie et/ou un praticien hospitalier. Chaque divergence identifiée était systématiquement rapportée au médecin en charge du patient, et débattue. A chaque sortie, les patients étaient conciliés ; une fiche médicale de liaison ville-hôpital était envoyée au médecin traitant et à la pharmacie référente, et un plan de soin médicamenteux simplifié, remis au patient, après validation par le médecin prescripteur.

Résultats

Au total, 87 patients avec un ratio hommes-femmes de 28/59, d'un âge moyen de 86 ans, ont été inclus pendant 6 mois, de juillet à décembre 2014. Le nombre de divergences recensées était de 493. Seulement 14 étaient cotées comme non intentionnelles, soit 0,16 DNI/patient et 5,5 DI/patient. Les sources utilisées pour réaliser le BMO étaient principalement une ordonnance datant de moins de 3 mois (n = 68), l'entretien avec la pharmacie référente (n = 58) et/ou le médecin traitant (n = 51). Les entretiens avec les patients étaient difficiles dans cette population (n = 7). Au total, neuf ordonnances avaient comporté un ou plusieurs médicaments inappropriés (selon la classification ATC : 64 % agissant sur le système nerveux, et 36 % sur le système cardiovasculaire).

Conclusion

Ces premiers résultats montrent que la plupart des divergences rencontrées étaient intentionnelles mais en majorité non documentées dans le dossier patient. La mise en évidence de DNI confirme l'intérêt de développer la présence pharmaceutique dans les services de soins.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Gériatrie, Continuité des soins

Références

[1] Allenet B, Arnauld P, Azizi Y, Baum T, Bonhomme J, Desbuquois AC, Develay A, Doerper S., Dony A, Dufay E, Duffourc MO, Ferry O, Freund J, Gourieux B, Grain A, Jelski D, Liebke AM, Michel B, Papy E, Perrin F, Pierrel S, Pierron S, Pierrot E, Rault A, Ribes A, Roux C, Tournade N, Vidal A. Réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé. Guide de gestion des risques associés aux produits de santé V100214 - Société Française de Pharmacie Clinique.

[2] Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly : a French consensus panel list. European Journal of Clinical Pharmacology 2007;63:725-31.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Problème d'observance des traitements en milieu carcéral : état des lieux dans une maison d'arrêt

Auteurs :

Vigier C., Muller K., Fontaine P., Jacob C., Dumas S.

CHU Nice

Résumé :

Contexte

La mauvaise observance thérapeutique (OT) est l'une des principales causes d'échec des traitements des patients suivis pour des pathologies chroniques.

En détention, les soins ne sont pas obligatoires. L'OT ne peut être obtenue sans l'adhésion du patient pour le soin et l'acceptation de la maladie. Le mode de dispensation (D) des traitements est donc adapté à la pathologie mais aussi au patient : sachets pour Dispensation Hebdomadaire (DH), Dispensation Quotidienne (DQ), ou Dispensation Bi Quotidienne (DBQ).

Objectifs

Ce travail a pour objectif l'identification des causes de non ou de mauvaise observance des traitements par les patients détenus dans une maison d'arrêt, à travers l'étude des traitements retournés à la pharmacie.

Matériel et méthodes

Une analyse rétrospective des retours de sachets de traitement a été réalisée sur 3 mois consécutifs, de novembre 2014 à février 2015, sur 600 détenus incarcérés durant cette période dont 400 détenus sous traitement.

Les retours ont été analysés pour les 3 modes de D.

Résultats

Parmi les 400 patients détenus traités, 280 recevaient un traitement psychiatrique et 120 étaient traités pour des pathologies chroniques (HTA, diabète, VIH, VHC).

Au total, 554 sachets nominatifs non administrés ont été retournés à la pharmacie, concernant 214 patients dont 68 en DH, 129 en DQ et 17 en DBQ.

Les motifs de retour étaient variés : 26 % car libération du détenu ; 20 % car transfert dans un autre établissement pénitentiaire (EP) ; 3 % car placement sous bracelet électronique ; 10 % car hospitalisation d'office ; 9 % car absents de la cellule lors de la D par IDE (douche ou changement de cellule) ; 11 % pour divers motifs (permission, décès, stop traitement, mise au quartier disciplinaire...). Dans 19 % des cas aucun motif de retour n'est précisé.

Seulement 2 % des sachets étaient retournés après refus du traitement par le détenu.

Conclusion

Dans 59 % des cas, ces retours ont été sans conséquence pour le patient (sorti ou transféré dans un autre EP).

La mauvaise OT met en exergue les comportements de santé de l'individu et les facultés d'un patient à se conformer à la prescription médicale. L'éducation thérapeutique (ETP) du détenu paraît ainsi essentielle pour l'observance et la compréhension de son traitement.

Un programme d'ETP permettrait de sensibiliser les patients à l'importance de l'OT y compris en milieu carcéral.

Mots-clés :

Observance, Education thérapeutique, Dispensation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Place des traitements personnels des patients dans les services de chirurgie

Auteurs :

Guzman G.¹, Peurichard S.²

¹ CHRU Nancy

² CH Châlons-en-Champagne

Résumé :

Contexte

L'arrêté du 6 avril 2011 définit le traitement personnel et stipule qu'il ne devra être mis ou laissé à disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui lui auront été prescrits et dispensés dans l'établissement sauf accord des prescripteurs.

Une fois l'historique médicamenteux réalisé, la prescription initiale d'hospitalisation doit inclure une décision sur chacune des lignes thérapeutiques connues.

Objectifs

Etudier la place des traitements médicamenteux personnels lors d'une hospitalisation en service de chirurgie et sécuriser le circuit du médicament.

Patients et méthodes

Cette étude prospective a été menée dans 3 services de chirurgie sur la période du 8 janvier au 12 février 2015. Les critères d'inclusion étaient : patients de plus de 65 ans hospitalisés en service de chirurgie. Une comparaison entre l'Ordonnance des Médicaments à l'Admission et le Bilan Médicamenteux Optimisé a été réalisée de façon systématique et un questionnaire portant sur le traitement personnel a été mis en place et soumis à chaque patient inclus.

Résultats

Ont été inclus 38 patients, 21 hommes et 17 femmes. Parmi eux 63 % (24) avaient apporté leurs traitements personnels, 34 % (13) étaient venus sans aucun traitement et 3 % (1) présentaient des troubles cognitifs trop importants pour permettre un interrogatoire.

Le traitement habituel a été prescrit chez 84 % (32/38) des patients. Dans 62.5 % des cas le traitement personnel des patients était administré alors que dans 37.5 % des cas était délivré par la Pharmacie à Usage Intérieur. La traçabilité de l'administration était réalisée dans 100 % des cas.

Dans 87.5 % des cas les traitements étaient laissés à disposition des patients dans leur chambre. Les 12.5 % restant étaient conservés dans l'armoire à pharmacie.

La dispensation des traitements personnels était réalisée dans 20 % des cas.

Conclusion

Les traitements personnels lors des hospitalisations en service de chirurgie représentaient une part conséquente des prescriptions médicamenteuses et posent problème dans leur gestion.

Dans une démarche de sécurisation du circuit du médicament, la place de la conciliation et une présence pharmaceutique plus importante dans ces services permettraient de réaliser l'historique médicamenteux à chaque admission de patients, d'aider les médecins à rédiger une décision sur chacune des lignes thérapeutiques connues (poursuite, arrêt, substitution), d'améliorer la coordination et la continuité des traitements à l'interface « ville-hôpital ».

Mots-clés :

Prescription, Traitements personnels, Conciliation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 110

Titre :

Evaluation de l'impact d'un changement des formules standardisées de nutrition parentérale pédiatrique dans un service de réanimation néonatale

Auteurs :

Howlett J., Prudent C., Lazzarotti A., Fagnoni P., Hugueny J.

CHU Dijon

Résumé :

Contexte

La préparation de nos mélanges pour nutrition parentérale pédiatrique (MNPP) est confiée à un façonnier. En février 2015, celui-ci nous a imposé de réduire la teneur en calcium de certaines formules standardisées essentiellement prescrites aux nouveau-nés prématurés en réanimation néonatale. Parallèlement, les pédiatres de ce service de soins rapportent une fréquence importante d'hypercalcémies durant les premiers jours de vie des nouveau-nés recevant ces formules standardisées. D'autre part, lorsque celles-ci ne sont pas adaptées, des formules personnalisées peuvent être prescrites et réalisées au sein du service de soin, ce qui n'est pas conforme à la circulaire de mars 2015.

Objectifs

Nous nous sommes assuré que ce changement imposé n'aurait pas un impact néfaste sur la prise en charge des nouveau-nés prématurés en réanimation néonatale par un moins bon contrôle des calcémies. Nous avons également vérifié que la fréquence de recours à la préparation de mélanges personnalisés n'augmenterait pas.

Patients et méthodes

Une étude comparative avant et après changement a été réalisée. Entre ces 2 périodes, nous avons comparé les calcémies et les taux de phosphatases alcalines (PAL) à différents temps de vie chez les nouveau-nés prématurés ayant reçu des formules standardisées. Nous avons également comptabilisé le nombre de patients ayant nécessité la préparation de mélanges personnalisés en raison d'une teneur en calcium inadaptée dans les formules standardisées durant ces 2 périodes.

Résultats

Les apports en calcium quotidiens sont diminués après le changement de composition des MNPP (55 mg/kg/j avant et 48 mg/kg/j après). Les calcémies et taux de PAL moyens ne sont pas différents avant et après le changement. Nous avons observé moins d'hypercalcémies à 1 semaine de vie après le changement (58 % avant, 22 % après le changement), et pas de différence dans la fréquence des hypocalcémies. Nous avons observé moins de recours à la préparation de mélanges personnalisés après le changement (30 % des nouveau-nés concernés avant, 6 % après).

Conclusion

L'impact de ce changement semble bénéfique sur la prise en charge des nouveau-nés prématurés en réanimation néonatale. On ne recense en effet pas plus d'hypocalcémies, moins d'hypercalcémies, ce qui se traduit par un meilleur contrôle des calcémies. Par ailleurs, la fréquence de préparation de mélanges personnalisés est plus faible après le changement ce qui permet de tendre vers une sécurisation des pratiques et un meilleur respect de la circulaire de mars 2015.

Mots-clés :

Calcium, Alimentation parentérale, Pédiatrie

Références

DGOS, DGS. (consulté le 5/11/15). Instruction n° DGOS/PF2/DGS/mars 2015 relative à la gestion des risques liés à l'activité de nutrition parentérale en réanimation néonatale, en néonatalogie, et en pédiatrie par la mise en place de bonnes pratiques organisationnelles. [en ligne]. www.sante.gouv.fr.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 111

Titre :

Comment faire évoluer les pratiques de prescription chez le sujet âgé : séance multidisciplinaire de révision d'ordonnances et/ou validation quotidienne des prescriptions ?

Auteurs :

Joly S., Facile A., Fayard C., Legret C., Martin C., Serratrice F.

CH Métropole Savoie, Aix-les-Bains

Résumé :

Contexte

La polymédication chez le sujet âgé augmente le risque iatrogène [1]. Les 515 lits (dont 311 USLD-EHPAD) de notre établissement sont en dispensation nominative avec validation pharmaceutique des prescriptions. En 2014 ont repris des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en gériatrie (RCP initiées en 2010 et interrompues en 2011).

Objectifs

Pour confirmer les résultats d'une première étude [2] réalisée avant la reprise des RCP en 2014, nous avons relancé une étude d'impact portant sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé fin 2015.

Matériel et méthodes

2 audits ont été réalisés en 2014 et 2015, selon les 7 critères : L'ordonnance comprend au maximum 5 principes actifs prescrits en systématique, La durée du traitement est précisée pour les pathologies aiguës, l'ordonnance comprend au maximum 2 psychotropes, l'ordonnance comprend au maximum 1 benzodiazépine, pour les patients avec une clairance < 60 ml/min, l'adaptation posologique est conforme, la galénique des médicaments est adaptée à la capacité de déglutition du patient, les conditions de prescription d'un médicament en conditionnel sont précisées. Le nombre d'ordonnances étudié est en 2014, n = 73, en 2015 n = 71. Pour chaque critère, une comparaison s'effectue entre 2014 et 2015 grâce au test statistique de comparaison de 2 proportions observées avec des échantillons indépendants.

Résultats

Les taux de conformité des critères (C) en 2014 sont C1 = 29 %, C2 = 19 %, C3 = 69 %, C4 = 89 %, C5 = 100 %, C6 = 40 %, C7 = 35 %. Les taux de conformité en 2015 sont : C1 = 49 %, C2 = 70 %, C3 = 70 %, C4 = 100 %, C5 = 100 %, C6 = 43 %, C7 = 70 %. Entre 2014 et 2015, les critères 1, 2 et 4 présentent une amélioration ($\alpha = 0,1$). Les critères 6 et 7 présentent une amélioration ($\alpha = 0,05$). Le critères 3 est stable au risque $\alpha = 0,05$. Le taux de conformité du critère 5 est toujours de 100 %.

Discussion

La précédente étude montre, de 2011 à 2014, sans RCP, une dégradation de la qualité des prescriptions. Entre 2014 et 2015 tous les critères se sont améliorés, sauf pour la prise en compte de la fonction rénale, déjà à 100 % et donc non impacté par les RCP car corrigé dès l'analyse pharmaceutique. Un autre critère n'a pas évolué : l'ajustement des médicaments à la capacité de déglutir du patient (40 % = > 43 %) plus facile à identifier au moment de l'analyse quotidienne des prescriptions. Ces résultats confirment l'intérêt des RCP et de leur complémentarité avec l'analyse de prescriptions. Leur extension à tous les lits gériatriques est en cours.

Mots-clés :

Gériatrie, Réunion de concertation pluridisciplinaire, Analyse pharmaceutique

Références

[1] ENEIS. Enquête nationale sur l'ensemble des événements indésirables graves associées aux soins 2009. DREES - Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

[2] S. Joly, S. Tounes, C. Calas, C. Legret, C. Fayard, F.Serratrice Impact des séances pluridisciplinaires de révision d'ordonnances sur l'évolution des pratiques de prescription médicamenteuse chez la personne âgée, 35^{èmes} Journées annuelles de la société française de gériatrie et gérontologie, Paris, 21-23 octobre 2015

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Anémie chez les patients traités pour cancer digestif – Etude de population

Auteurs :

Amsallem A.², Mayer J.¹, Omrani S.¹, Borg C.², Demarchi M.¹, Roux MF.¹

¹ Hôpital Nord Franche-Comté, Belfort

² CHRU Besançon

Résumé :

Contexte

L'anémie, fréquemment associée au cancer, est parfois mal tolérée et constitue un facteur pronostique péjoratif.

Objectifs

Nous avons mené une étude rétrospective, monocentrique et observationnelle pour décrire une population de patients traités par chimiothérapie pour cancers digestifs présentant ou non une anémie et effectuer un état des lieux de la prise en charge de l'anémie.

Patients et méthodes

Tous les patients traités par chimiothérapie pour cancer digestif au 1^{er} trimestre 2015 ont été inclus. Les informations recueillies comprennent les prescriptions, décisions de réunions de consultation pluridisciplinaires, examens biologiques, courriers médicaux et les fichiers traçabilité de l'EFS.

Nous avons analysé les facteurs de risque liés au patient (âge, cardiopathie ischémique), à la tumeur (localisation, métastases), aux protocoles de traitement et la prise en charge de l'anémie.

Résultats

La population d'étude comporte 217 patients dont 75 avec anémie (hémoglobine = Hb < 13 g/dL).

Les caractéristiques des 75 patients avec anémie ne diffèrent pas des patients sans anémie et sont les suivantes : âge > 65 ans (64 %), sex-ratio H/F (57-43 %), Hb < 9 g/dL (21% des patients), entre 9 et 11 g/dL (61%), > 11 g/dL (17 %), existence de métastases (65 %).

La localisation au colon-rectum est majoritaire (56 % mais 27 % de patients anémiés). Le cancer de l'estomac concerne 8 % des patients mais 65 % des cas d'anémies.

La transfusion de globules rouges est le traitement de choix de l'anémie sévère < 9 g/dL dans 69% des cas. L'anémie entre 9 et 11 g/dL ne conduit pas à un traitement dans 70 % des cas. Les patients avec Hb >11 g/dL n'ont pas reçu de traitement.

Le traitement par érythropoïétine (EPO) est retrouvé chez 19 % des patients avec Hb entre 9 et 11 g/dL et 25 % quand Hb < 9 g/dL.

Une supplémentation ferrique a été donnée à 8 % des patients anémiés.

Discussion

La prise en charge est majoritairement conforme aux recommandations de l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS) de 2014.

La comparaison des résultats à ceux d'une étude nationale menée en 2006 montre un faible recours à l'EPO dans notre étude, alors que les taux d'anémie sont proches [1]. Une tendance à la diminution de prescription des EPO suite à la publication d'études montrant une progression tumorale sous EPO peut expliquer ces différences.

Une étude caractérisant le lien entre prise en charge de l'anémie (EPO vs transfusion) et qualité de vie est justifiée suite à ce travail.

Mots-clés :

Anemia, Gastrointestinal neoplasm, Erythropoietin

Références

[1] Guardiola E. et al. Bull Cancer, 94 (10) : 907-14 (2007)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse des interventions pharmaceutiques (IP) chez les patients de plus de 75 ans en pneumologie

Auteurs :

Porteils C., Recoche I., Lacroix P., Pomies S., Cestac P.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

Au cours du vieillissement les modifications physiologiques, les classes thérapeutiques à risque, les conséquences du vieillissement sur l'administration des médicaments et la polymédication exposent particulièrement les sujets âgés au risque de iatrogénie médicamenteuse [1]. Au sein de notre pôle, l'équipe pharmaceutique réalise une analyse exhaustive de niveau 4 des prescriptions pour 3 services de pneumologie (Pneumologie traditionnelle, post-urgence et Oncopneumologie).

Objectifs

Décrire les classes anatomiques thérapeutiques chimiques (ATC) et les dénominations communes internationales (DCI) les plus concernées par les IP faites chez le sujet âgé en pneumologie.

Patients et méthodes

Étude rétrospective descriptive de mai à septembre 2015 sur l'ensemble des patients de plus de 75 ans hospitalisés dans 3 services de Pneumologie. Le logiciel de prescription Orbis® permet d'extraire les IP et de les trier selon l'âge, les critères de la Société Française de Pharmacie Clinique [2], les DCI, le code ATC, etc.

Résultats

L'âge moyen des patients est de 60,5 ans. En 5 mois, sur les 3 139 prescriptions validées 1 052 IP ont été faites dont 255 (24.2 %) pour les patients de plus de 75 ans. Dans cette population, les 3 classes ATC les plus retrouvées sont les antithrombotiques B01 (12.5 %), les analgésiques N02 (12.2 %) et les antibactériens à usage systémique J01 (10.6 %). Pour les B01, le problème le plus fréquent est « Non-conformité aux référentiels ou Contre-indication » (31.3 %). Dans 80 % des cas une intervention de type « Substitution/échange » lui est associée (exemple : relai énoxaparine sodique-héparine calcique selon la clairance rénale). Pour les N02, « indication non traitée » concerne 32.3 % des IP et dans 100 % des cas un « ajout » est proposé (laxatif-prévention de la constipation induite par les morphiniques). Pour les J01, le problème « interactions » représente 22.2 % des IP, un « suivi thérapeutique » est alors conseillé (macrolides-surveillance électrocardiogramme).

Conclusion

Même si l'âge moyen des patients hospitalisés est inférieur à 75 ans, environ un quart de nos IP concerne les sujets âgés. Les 3 classes ATC les plus fréquentes dans cette population font l'objet de mise au point depuis 2005 par l'ANSM [1]. De plus, nos IP concernent des médicaments pour la plupart instaurés durant l'hospitalisation. De ce fait, l'équipe pharmaceutique doit privilégier des actions de bon usage spécifiques aux sujets âgés auprès des prescripteurs, notamment en mettant l'accent sur les médicaments potentiellement inappropriés.

Mots-clés :

Gériatrie, Pneumologie, Médicaments sur ordonnance

Références

- [1] Mise au point : Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé-juin 2005-AFSSaPS
- [2] Conort O. et al. J Pharm Clin, 23, (3) : 141-147 (2004)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 114

Titre :

Conciliation de sortie : un réel besoin pour le patient !

Auteurs :

Soyer J., Molinier A., Baudoin A., Debarre C., Rouillet-Renoleau F., Chenevier D.

CHI du Pays de Cognac

Résumé :

Contexte

L'HAS, à travers le projet High 5 de l'OMS, a ciblé la conciliation médicamenteuse comme solution pour la sécurité des patients. Afin d'améliorer la prise en charge médicamenteuse dès l'admission, nous avons entrepris depuis 18 mois une activité de conciliation aux urgences.

Objectifs

L'objectif de notre étude est d'évaluer le besoin d'initier une conciliation de sortie afin de compléter notre action au niveau des points de rupture du parcours de soins du patient : l'entrée et la sortie.

Patients et méthodes

La semaine sécurité des patients a été l'occasion d'assurer une présence pharmaceutique durant 3 jours dans la salle d'attente des urgences pour expliquer aux patients, au cours d'un entretien de 20 minutes, la conciliation et de les sensibiliser aux bons réflexes à avoir lors d'une hospitalisation. Un questionnaire leur a ensuite été remis pour évaluer leur besoin d'information, à la suite d'une hospitalisation, vis à vis de leurs médicaments.

Résultats

Vingt-six patients (moyenne d'âge 55,7 ans) ont répondu au questionnaire. Tous les patients ont accueilli favorablement l'explication sur la conciliation. 69 % avaient une opinion positive des médicaments et 92 % s'occupaient eux-mêmes de leur traitement. 96 % des personnes questionnées aimeraient être informées des changements de médicament avant leur sortie d'hospitalisation, 92 % ont besoin d'être informées de l'ajout d'un médicament, 96 % de l'arrêt et seulement 19 % d'un changement de posologie. Dans les cas où aucune explication n'est apportée à la sortie sur des modifications de traitement habituel, 54 % demandent une explication dans le service, 27 % à leur médecin traitant et 12 % à leur pharmacien. Si un médicament habituel est absent de leur ordonnance de sortie, 31 % arrêtent de le prendre, 4 % continuent de le prendre et 58 % ne savent pas quoi faire. Après leur hospitalisation, 35 % des patients prévoient d'aller voir leur médecin traitant dans la semaine et 20 % dans plus d'1 mois.

Discussion

Cette action a permis de communiquer auprès des patients sur l'intérêt de la conciliation médicamenteuse. Elle a mis en évidence le besoin d'information des patients vis à vis de leurs médicaments, dès la sortie d'hospitalisation. Cela nous permet d'étudier : le déploiement d'un pharmacien clinicien dédié à cette activité, la mise en place d'une messagerie sécurisée vers les professionnels de ville ainsi que des formations et des outils dans les services de soins pour permettre une conciliation médicamenteuse de sortie efficace.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Sécurité du patient, Sortie d'hospitalisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 115

Titre :

Potassium injectable : le risque est-il suffisamment maîtrisé dans nos établissements ?

Auteurs :

Verlhac C., Calesse A., Floret C., Laffont C.

CH Béthune

Résumé :

Contexte

Le chlorure de potassium (KCl) injectable est un médicament à haut risque ayant fait l'objet d'alertes au niveau national. Afin d'éviter les erreurs médicamenteuses, il est nécessaire de sécuriser son utilisation, de sa prescription à son administration. Depuis l'inscription sur la liste des médicaments à haut risque de notre établissement, les ampoules de KCl sont stockées à part des autres médicaments injectables dans tous les services de soins.

Objectifs

Dans une démarche de sécurisation, un état des lieux des pratiques d'administration du KCl injectable a été réalisé.

Matériel et méthodes

Un questionnaire sur l'utilisation du KCl injectable, basé sur les recommandations de l'ANSM et des OMÉDIT, a été élaboré et remis aux infirmiers diplômés d'Etat (IDE). Les différents items portaient sur le stockage dans les services de soins, les modalités de préparation et d'administration ainsi que des questions de connaissance générale sur le risque associé au KCl injectable.

Résultats

Le questionnaire a été rempli par 34 IDE (soins de suite et réadaptation, services de médecine, chirurgie, réanimation, soins intensifs cardiologiques). 70 % des IDE connaissent le lieu de stockage particulier du KCl. Concernant la préparation, seuls 2 IDE ont une notion de concentration maximale de 4 g/L en perfusion. Les solvants de dilution recommandés (NaCl 0.9 % et glucose 5 %) sont utilisés respectivement par 47 % et 59 % des IDE, mais 29 % utilisent le polyionique et 53 % l'eau pour préparation injectable. Les IDE administrent ce médicament par seringue électrique (88 %) ou par poche de perfusion, mais 32 % le font par gravité, sans contrôle du débit, 12 % par pompe et 59 % par régulateurs de débit. 55.9 % ont déclaré n'avoir aucune notion de débit maximum d'administration. Enfin, concernant la signification du terme « médicament à risque », 82 % évoquent le risque cardiaque et vital pour le patient, et 32 % la toxicité veineuse.

Conclusion

Cette évaluation a montré une mauvaise connaissance par les IDE des recommandations de l'ANSM concernant la préparation et l'administration du KCl injectable. Afin de sécuriser son utilisation, une fiche « médicament à risque » a été rédigée et diffusée dans l'ensemble des services. La rédaction d'un protocole institutionnel de prescription et d'administration, précisant la place du potassium injectable dans la stratégie thérapeutique, ainsi que paramétrage du logiciel de prescription, viendront compléter cette démarche de sécurisation.

Mots-clés :

Chlorure de potassium, Gestion des risques, Sécurisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation de la prescription de la colchicine : élaboration d'un protocole de prescription

Auteurs :

Jouquand F., Cirotteau D., Le Bot M., Cogulet V.

CHRU Brest

Résumé :

Contexte

La colchicine a été intégrée dans notre liste des médicaments à haut niveau de risque. Suite à plusieurs événements indésirables et à une étude réalisée en interne sur la prescription de la colchicine (non-conformité de 39 %), il a été décidé de sécuriser l'utilisation de colchicine par une démarche de protocolisation.

Objectifs

Le but de ce protocole intégré au système informatique est de sécuriser la prescription, la dispensation, l'administration et la surveillance de la colchicine et de communiquer sur les nouvelles recommandations.

Matériel et méthodes

Une revue de la littérature et une discussion avec les rhumatologues et les cardiologues ont permis de faire le point sur les recommandations actuelles des sociétés savantes (European League Against Rheumatism, American College of Rheumatology, European Society of Cardiology). Les néphrologues ont été consultés pour l'adaptation de la dose à la fonction rénale selon les recommandations ICAR (Information Conseil Adaptation Rénale). Un outil informatique d'aide à la prescription a été réalisé.

Résultats

Les recommandations de l'autorisation de mise sur le marché ne concordent plus avec celles des sociétés savantes. Des logigrammes ont donc été élaborés selon les différentes indications : le traitement de l'accès aigu de goutte, la prévention des accès aigus de goutte, la péricardite et les autres indications. La posologie tient compte du délai d'apparition des signes cliniques dans l'accès aigu de goutte. L'adaptation de la dose est faite selon la tolérance, l'âge et la fonction rénale. L'outil informatique comporte plusieurs mesures barrières : le prescripteur ne peut prescrire qu'uniquement par le protocole. Selon l'indication sélectionnée et la fonction rénale récupérée automatiquement du laboratoire, un schéma thérapeutique est proposé. Un message rappelle les contre-indications, les signes de surdosage et que l'ancien schéma thérapeutique n'est plus valide. La dose maximale par prise est bloquée à 0,5 milligrammes (mg) hormis dans l'accès aigu de goutte (1 mg).

Conclusion

Le protocole final modélisé sous forme de logigrammes et l'outil informatique ont été validés par les médecins et par le comité du médicament. Les données de conformité évaluées préalablement seront réévaluées après la mise en place. L'évaluation des données en cours nous confirme les problèmes de prescription de la colchicine. Il semble donc nécessaire de sécuriser les prescriptions des médicaments à haut niveau de risque.

Mots-clés :

Colchicine, Protocole clinique, Sécurité du patient

Références

- [1] Khanna, Dinesh et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 64(10) : 1447-61 (2012)
- [2] Zhang W et al. Ann Rheum Dis. 65(10) : 1312-24 (2006)
- [3] Alder Y. et al. Eur Heart J. 36(42) : 2921-64 (2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place de la conciliation médicamenteuse au sein d'un établissement de psychiatrie : bilan & perspectives

Auteurs :

Thibault M.², Sapin A.¹, Liguori G.², Longuefosse JL.²

¹ CHU Martinique, Lamentin

² CH Maurice Despinoy, Colson

Résumé :

Contexte

Dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients âgés de plus de 65 ans (patients à risque), la conciliation médicamenteuse à l'admission a été déployée dans sept services de psychiatrie (140 lits) de notre établissement depuis septembre 2015.

Objectifs

L'objectif principal de ce travail est un retour d'expérience de la mise en place, de l'organisation et la réalisation d'un bilan qualitatif et quantitatif de la conciliation médicamenteuse à 6 mois. L'objectif secondaire est de définir des axes d'amélioration.

Matériel et méthodes

Une campagne de sensibilisation « Conciliation » de l'ensemble des acteurs de santé de l'établissement a permis de définir les enjeux et priorité de cette pratique. Un rappel d'informations a été effectué lors de la semaine de sécurité du patient. Des outils (protocole, fiche de recueil de données..) ont été établis afin de faciliter le recueil d'informations lors de l'admission du patient dans le service de soins.

Résultats

La majorité des patients (âge moyen 72 ans) a été conciliée avec un délai moyen (admission du patient/conciliation médicamenteuse) supérieur à 48 h dans 50 % des cas. Différentes sources d'informations ont été exploitées : dossier patient (100 %), pharmacien d'officine (44 %), dernier établissement d'hospitalisation (31 %), médecin traitant (25 %), famille (19 %) et patient lui-même (si communicant dans un contexte psychiatrique : 44 %). Après analyse, 11 % des lignes de prescriptions sont divergentes entre le traitement habituel et les traitements prescrits à l'admission de façon non intentionnelle. La principale classe pharmacologique concernée étant les psychotropes.

Il est constaté un retard de transmission d'information de la part des services supérieur à 48 h après l'admission des patients. En l'absence de dossier patient informatisé, le processus de récolte et de centralisation de toutes les informations, mobilisant la présence d'un pharmacien dans le service est chronophage. Le temps de réalisation moyen est de 71 minutes/patient (moyenne de 37 min/patient pour le Bilan Médicamenteux Optimisé et 34 min/patient pour la conciliation).

Conclusion

Différents axes d'améliorations sont envisagés à court terme : modalités d'information de l'admission de patient âgé (bureau des entrées), informatisation de la conciliation médicamenteuse avec accès au dossier patient informatisé. Les perspectives à long terme sont le déploiement de la conciliation médicamenteuse d'entrée à d'autres patients à risque et de la conciliation de sortie.

Mots-clés :

Conciliation, Sujet âgé, Psychiatrie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation et prise en charge de la douleur après accouchement par voie basse : enquêtes de pratique "avant-après"

Auteurs :

Cordelle C., Eltimur T., Gagnaire L., Berthet F., Irureta-Goyena A., Rihayi A., Bardou D.

Hôpitaux de Saint-Maurice

Résumé :

Contexte

La prise en charge de l'analgésie après accouchement par voie basse, avec ou sans épisiotomie et/ou déchirure, repose sur un concept d'analgésie multimodale. L'amélioration des pratiques de prévention et de traitement de la douleur en post-partum passe par la mise en place de protocoles standardisés, la formation des soignants et l'évaluation.

Objectifs

Les études « avant/après » réalisées au sein du service de maternité avaient pour objectifs de faire état des pratiques sur la douleur aigüe en post-partum puis d'évaluer l'amélioration des pratiques de prise en charge, avant et après la diffusion de recommandations.

Patients et méthodes

Chaque audit (juin 2013 et octobre 2015) était prospectif avec étude du dossier patient et interrogation de la patiente à J1 post-partum. Étaient évaluées les stratégies thérapeutiques d'analgésie, la traçabilité de la douleur, l'intensité de la douleur à J1, l'information donnée aux patientes et leur satisfaction.

Résultats

Le traitement antalgique prescrit à J0 de l'accouchement se compose de phloroglucinol et paracétamol (100 %), d'acide niflumique (15 %) et de néfopam (3 %), pour l'étude « avant ». Le protocole (paracétamol, kétoprofène, néfopam) réalisé après cette première étude est appliqué dans 72 % des cas dans l'étude « après ».

La consigne de prise comprise par les patientes est de prendre le traitement en « si besoin » (58 %) pour l'étude « avant » et en systématique (86 %) pour l'étude « après ».

En hospitalisation en suites de couche, l'évaluation de la douleur tracée dans 15 % des dossiers "avant" est retrouvée dans 100 % des dossiers "après" ($p < 0.001$).

L'intensité de la douleur mesurée à J1 par l'auditeur par EVA (Echelle Visuelle Analogique), est supérieure ou égale à 3 dans 66 % des cas « avant » et 50 % des cas « après » (NS).

La satisfaction exprimée par les patientes est excellente dans 12 % des cas et bonne dans 73 % des cas pour l'étude « avant » contre respectivement 43 % et 54 % ($p < 0.01$) pour l'étude « après ».

Discussion

Les actions menées après la première évaluation ont permis une amélioration des pratiques en termes de traçabilité de la douleur et d'information donnée aux patientes. Le nombre de patientes algiques à J1 reste cependant élevé. L'autonomie laissée aux patientes dans la gestion de leur traitement journalier et l'absence de traçabilité de la prise effective limite l'évaluation de l'efficacité du traitement.

La satisfaction des patientes a néanmoins augmenté, liée à la sensibilisation accrue des soignants à la prise en charge de la douleur.

Mots-clés :

Douleur aigüe, Evaluation, Maternité

Références

L. Urion et al. Programme d'assurance qualité pour la prise en charge de la douleur après lésions périnéales obstétricales. Ann Fr Anesth et Réa, 23, 1050-1056 (2004)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Associations médicamenteuses contre-indiquées : quelles alternatives ?

Auteurs :

Delabre J.², Leclercq F.², Beekharee-Brasselet D.¹, Béné J.¹

¹ CHRU Lille

² CH Saint-Omer

Résumé :

Contexte

Certaines associations médicamenteuses sont contre-indiquées (CI) à cause des conséquences potentiellement graves qu'elles peuvent entraîner chez le patient (décès, mise en jeu du pronostic vital, hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation). Le pharmacien, en particulier lors de l'analyse pharmaceutique des prescriptions, possède un rôle clé dans la détection des associations médicamenteuses CI et la proposition d'alternative thérapeutique.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de déterminer les principaux mécanismes à l'origine de la CI médicamenteuse, les principales classes médicamenteuses impliquées et les alternatives thérapeutiques proposées.

Matériel et méthodes

Durant 5 mois, toutes les associations CI ont été relevées lors de l'analyse pharmaceutique sur le logiciel de prescription. Le Centre Régional de Pharmacovigilance a été contacté afin d'obtenir une recherche bibliographique détaillée et de connaître les alternatives possibles. Nous avons, en parallèle, consultés le thesaurus des interactions médicamenteuses de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Un tableau résumant les associations CI, les risques encourus pour le patient et les alternatives thérapeutiques a été complété par l'interne en pharmacie.

Résultats

Au total, 27 associations CI ont été détectées. Les principaux mécanismes liés à ces CI étaient le risque majoré de torsades de pointes (48 %) et l'augmentation du risque hémorragique (7,4 %). Les principales classes médicamenteuses impliquées étaient les antibiotiques (37 %) et les antidépresseurs (29 %). Finalement pour 85 % des associations CI, une alternative thérapeutique a pu être proposée aux prescripteurs soit par des médicaments de la même classe thérapeutique (29 %) soit par des médicaments appartenant à une autre classe thérapeutique dans la même indication (52 %). Lorsque l'alternative thérapeutique n'était pas possible, une surveillance accrue (clinique, électrocardiogramme), un arrêt d'un des 2 médicaments ou le renvoi vers un protocole de prise en charge était proposé.

Discussion

Ces résultats ont été présentés en Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles et ont été diffusés à l'ensemble des prescripteurs et des pharmaciens. Bien que non exhaustive, elle peut les aider dans leur pratique quant à la conduite à tenir vis-à-vis d'une CI et ainsi promouvoir le bon usage du médicament et la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse au sein de l'établissement. Le tableau sera complété au fur et mis à jour régulièrement.

Mots-clés :

Association médicamenteuse, Contre-indication, Alternative thérapeutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de l'observance du mycophénolate mofétil en pédiatrie

Auteurs :

Hasni N.¹, Ben Jeddou K.¹, Mouakher F.¹, Wahbi N.¹, Edriss D.¹, Khrouf Razgallah M.², Ouahchi Z.¹, Gargah T.¹

¹ Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

² Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

L'observance thérapeutique influe aussi bien la qualité de la prise en charge du patient que le processus de la rémission. En pédiatrie et essentiellement pour les médicaments à marge thérapeutique étroite, l'adhérence au traitement est cruciale.

Objectifs

Évaluation de l'observance du mycophénolate mofétil (MMF) en pédiatrie et détermination des facteurs qui l'influencent.

Patients et méthodes

Étude prospective réalisée sur 3 mois au service de pédiatrie. L'observance est évaluée par entretien avec les patients hospitalisés ou venus en consultation grâce à un questionnaire standardisé. Les déterminants de l'observance : âge, niveau scolaire, gestion du traitement, ancienneté du traitement, nombre de prises par jour... ont été collectés pour chaque patient.

Résultats

Quarante et un patients ont été inclus dans cette étude. La médiane des âges est de 11 ans et le sexe ratio G/F est de 1,15. Dans 68 % des cas, le MMF est utilisé dans le traitement du syndrome néphrotique et dans 22 % des cas dans la prévention du rejet du greffon. 75,6 % des patients ont une assez bonne observance, 14,7 % ont une mauvaise observance et 9,7 % ont une bonne observance.

Les causes de non observance relevées chez ces patients sont principalement : le manque d'information concernant leur traitement et la pathologie dans 44 % des cas, l'oubli dans 41 % des cas et le nombre élevé de médicaments pris par jour dans 36 % des cas.

L'analyse statistique n'a pas démontré de corrélation significative entre les différents déterminants de l'observance et la qualité de l'adhérence au traitement.

Conclusion

Cette étude a permis de déceler un taux élevé de non observance en pédiatrie. Plusieurs paramètres liés au patient, au médicament et aux professionnels de santé peuvent expliquer cette mauvaise observance. Pour y remédier, l'instauration d'un programme d'éducation thérapeutique multidisciplinaire semble être incontournable.

Mots-clés :

Mycophénolate mofétil, Observance, Education thérapeutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 121

Titre :

Les 10 commandements du prescripteur pour lutter contre l'antibiorésistance

Auteurs :

Egon C., Boudet A., de Bouët du Portal H., Lanoue MC.

OMÉDIT Centre-Val de Loire

Résumé :

Contexte

La mise en œuvre d'un plan de lutte contre l'antibiorésistance est devenue une priorité nationale et nécessaire pour préserver l'efficacité des antibiotiques.

Il est essentiel de communiquer sur l'antibiorésistance auprès des prescripteurs et favoriser le bon usage des anti-infectieux.

Objectifs

Proposer à tous les prescripteurs (libéraux et hospitaliers) d'un territoire un outil d'aide à la décision et à la prescription des antibiotiques critiques dans l'objectif de les préserver et d'éviter le développement de résistances.

Matériel et méthodes

Cet outil a été rédigé dans un format poche par un groupe de travail et mis à disposition des différents établissements et de représentants régionaux.

Ce dépliant rappelle les fondamentaux d'une antibiothérapie et les questions simples à se poser lors d'une prescription d'antibiotique critique.

Résultats

Les 10 commandements de ce document rappellent les règles de « bon sens » à suivre pour une prescription antibiotique de qualité. Le prescripteur doit savoir dire « NON » à l'antibiothérapie en cas d'infection présumée virale. Il doit savoir dire « STOP » à la prolongation au-delà de 7 jours de la plupart des traitements antibiotiques. Il doit savoir définir et standardiser l'analyse d'une situation d'échec thérapeutique, il doit tracer la réévaluation à 48 h de l'antibiothérapie.

Le médecin doit documenter les infections, savoir interpréter correctement les prélèvements microbiologiques et ne pas traiter une contamination. Il doit savoir dire « NON » aux associations d'antibiotiques car le plus souvent la monothérapie suffit pour traiter la plupart des infections courantes. Il doit utiliser des modalités d'administration appropriées et tenir compte du poids, du terrain du patient, du site de l'infection et de la bactérie en cause.

Et enfin, il est nécessaire de prévenir la transmission croisée et de vacciner pour prévenir les infections.

Conclusion

Ce livret des 10 commandements à maîtriser pour une antibiothérapie de qualité a fait l'objet d'une diffusion auprès des internes, des référents en antibiothérapie des établissements de santé de la région et des médecins libéraux. Il reste à suivre l'impact de leur mise en application en 2016 sur les doses définies journalières (DDJ) des antibiotiques critiques ciblés.

Mots-clés :

Antibiorésistance, Recommandations, Prescription antibiotique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Elaboration d'un outil pour harmoniser l'analyse pharmaceutique des prescriptions chez le patient obèse

Auteurs :

Troussier B., Gautier E., Grignon C., Lazaro P., Dupuis A.

CHU Poitiers

Résumé :

Contexte

Lors du développement d'une molécule, les essais cliniques constituant le dossier pharmacocinétique prennent rarement en compte les modifications physiologiques chez le patient obèse, limitant les données nécessaires pour adapter la posologie aux modifications pharmacocinétiques qui s'ensuivent.

Objectifs

L'objectif de cette étude était d'analyser les prescriptions des patients obèses afin d'élaborer un outil de validation pharmaceutique pour le pharmacien.

Matériel et méthodes

L'étude a été réalisée dans les services de gastro-entérologie, chirurgies, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gériatrie et les réanimations. Sur une semaine, le poids et la taille de chaque patient étaient relevés, afin de calculer leur IMC (Indice de Masse Corporelle). Pour chaque patient ayant un IMC supérieur à 30, différents poids théoriques étaient calculés : poids du tissu maigre, poids idéal et poids ajusté. Ensuite, après avoir recueilli les prescriptions de chacun de ces patients, les molécules qui s'adaptent au poids étaient ciblées : pour chacune a été recherché le poids théorique qui s'adaptait le mieux pour calculer la posologie chez le patient obèse. Afin de valider le poids choisi, les marqueurs d'exposition systémique (dosage plasmatique ou résultats biologiques) étaient utilisés pour repérer les sous et surdosage traduisant une mauvaise posologie.

Résultats

Une courbe poids-IMC a été tracée, montrant que les patients présentaient un risque élevé d'obésité à partir d'un poids seuil de 85 kg. Sur les 88 obèses (37 % des patients observés), seuls 25 d'entre eux présentaient des prescriptions avec un à deux médicaments s'adaptant au poids. L'outil élaboré détaillait l'adaptation de 9 familles d'anti-infectieux, 3 familles de médicaments cardiologiques, 4 familles de médicaments du système nerveux central, des anticoagulants et des corticoïdes. Pour chaque famille, le poids le plus adapté pour calculer la posologie était associé.

Conclusion

L'outil d'analyse pharmaceutique permet de proposer une adaptation posologique chez le patient obèse en quatre étapes. Premièrement, calcul de l'IMC du patient si son poids est supérieur à 85 kg : un IMC supérieur à 30 objective l'obésité. Deuxièmement, repérage sur l'ordonnance des molécules qui s'adaptent aux poids grâce à un tableau récapitulatif : sur ce dernier, chaque molécule est associée à un poids théorique. Troisièmement, calcul du poids théorique correspondant à la molécule, pour enfin recalculer la posologie à l'aide de ce poids et la proposer au prescripteur.

Mots-clés :

Administration et posologie, Obésité, Pharmacie clinique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 123

Titre :

Epuration ExtraRénale Continue (EERC) : Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en réanimation chirurgicale

Auteurs :

Horellou M., Dang Van C., Rozec B., Grimandi G.

CHU Nantes

Résumé :

Contexte

L'Insuffisance Rénale Aiguë (IRA) est une complication fréquente en réanimation. Elle peut être prise en charge par une technique d'Epuration ExtraRénale (EER), en mode continu (EERC) ou intermittent. Sur le constat d'une augmentation des dépenses spécifiques à cette activité, notamment depuis l'implantation de l'Anticoagulation Régionale au Citrate (ARC), une EPP a été initiée à l'issue d'une étude économique.

Objectifs

L'objectif principal consiste à évaluer la prise en charge des patients adultes présentant une IRA et ayant nécessité une EERC, selon 2 axes : pertinence du recours à l'EER, respect des recommandations de mise en œuvre de l'EERC. Le choix de l'anticoagulation du circuit extracorporel est un critère secondaire.

Patients et méthodes

Un audit clinique, observationnel et rétrospectif, a été conduit en réanimation chirurgicale sur une période d'étude de 6 mois. Parmi les 74 patients identifiés sur la base du codage PMSI, 20 dossiers ont été tirés au sort puis analysés selon une grille de recueil comportant 120 critères répartis sur 32 items. 18 critères ont été établis pour l'EPP à partir des dernières recommandations [1, 2]. Les durées de vie des circuits ont été comparées par un test non paramétrique de Mann-Whitney.

Résultats

Plus de 3 000 heures d'EERC ont été analysées (77 séances, 69 circuits). L'EER a été initiée en mode continu dans 90 % des cas, sur la base d'un cumul de 3 critères d'initiation parmi ceux reconnus (élévation de la créatinémie/urémie, oligoanurie, hyperkaliémie, surcharge hydrosodée...). La durée médiane de traitement a été de 6,2 jours. 70 % des doses de dialyse délivrées [14-55 mL/kg/h] ont été supérieures à la dose cible recommandée (25 mL/kg/h). L'ARC a été la technique préférentielle en accord avec les recommandations. La survenue d'une coagulation du circuit a été la cause la plus fréquente d'arrêt prématuré des séances, avec un ratio citrate/héparine de 1/10. La durée de vie des circuits a été améliorée sous citrate comparativement à l'héparine (en moyenne 46,5 h versus 37,6 h, $p = 0,102$). Seuls 35 % des circuits ont été jugés conformes quant à la durée d'utilisation. Sur les 18 critères proposés pour l'EPP, 10 ont été validés à 100 % et 8 ne l'ont été que partiellement [0-90 %].

Conclusion

Cette étude pilote a permis de soulever certaines interrogations quant aux pratiques actuelles, notamment en ce qui concerne l'ajustement de la dose de dialyse et la durée de traitement. Outre la formation continue, des axes d'amélioration ont été identifiés, proposés et mis en application.

Mots-clés :

Atteinte rénale aiguë, Epuration extrarénale, Réanimation

Références

- [1] International Society of Nephrology. Kidney International Supplements, 3 (1) : 1-150 (2013)
- [2] Vong LV et al. Réanimation. 23 (6) : 714-37 (2014)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les interactions médicamenteuses à redouter chez les transplantés de moelle osseuse

Auteurs :

Harki O.², Soussi M.², Belloumi D.², Skouri S.², Sellami F.², Hnena S.², Lazreg O.², Turki M.¹, Khrouf Razgallah M.²

¹ Hôpital universitaire Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

² Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

Les patients greffés de moelle osseuse sont des patients polymédiqués ; ils reçoivent des médicaments à marge thérapeutique étroite tels que les immunosuppresseurs, des inhibiteurs enzymatiques, notamment les antifongiques azolés et parfois des inducteurs enzymatiques. De ce fait, ils sont exposés à des interactions médicamenteuses potentielles dont les conséquences peuvent être graves.

Objectifs

Dans cette optique, nous avons mené un travail dont l'objectif est de dégager les interactions médicamenteuses à redouter chez les transplantés de moelle osseuse.

Matériel et méthodes

il s'agit d'une étude "un jour donné" qui consiste à analyser toutes les prescriptions reçues au niveau de la pharmacie interne du centre national de greffe de moelle osseuse. L'analyse des interactions médicamenteuses a été réalisée à l'aide de la rubrique "analyse" de la base de données THERIAQUE.

Résultats

Au total, 94 interactions médicamenteuses ont été décrites dont 19 précautions d'emploi et 75 interactions médicamenteuses à prendre en compte. Les interactions médicamenteuses à redouter étaient essentiellement d'ordre pharmacocinétique avec l'association d'un médicament à marge thérapeutique étroite, généralement un immunosuppresseur (ciclosporine), et un inhibiteur enzymatique le plus souvent un antifongique azolé (voriconazole, fluconazole...) mais aussi la nifédipine, l'oméprazole et le méthylprednisolone. Cela entraînerait une augmentation des concentrations sanguines de l'immunosuppresseur par inhibition de son métabolisme hépatique. Les interactions médicamenteuses d'ordre pharmacodynamique étaient essentiellement un risque de majoration de la néphrotoxicité par association de plusieurs médicaments néphrotoxiques (colimycine, teicoplanine, ciclosporine, aciclovir...) et un risque d'hyperkaliémie par l'association de plusieurs médicaments hyperkaliémisants tels que la ciclosporine, l'héparine, le captopril... Il est donc impératif de contrôler de façon régulière la fonction rénale et l'ionogramme.

Conclusion

Toute nouvelle prescription ou tout médicament ajouté chez un transplanté de moelle osseuse doit faire l'objet d'une analyse des interactions médicamenteuses. Il est recommandé de réaliser un dosage des concentrations sanguines du médicament associé, notamment l'immunosuppresseur, adapter les doses et/ou les modalités d'administration, en tenant compte du mode d'interaction entre les médicaments.

Mots-clés :

Interactions médicamenteuses, Transplantation, Moelle osseuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prescriptions de neuroleptiques chez la personne âgée en soins de longue durée : sont-elles conformes aux recommandations ?

Auteurs :

Saillard J., Fronteau C., Lepelletier A., Berlioz-Thibal M., Rouiller-Furic I.

CHU Nantes

Résumé :

Contexte

L'administration de neuroleptiques chez le patient âgé est à l'origine d'effets indésirables fréquents et d'une augmentation du risque de mortalité. Il est donc important de réduire l'usage inapproprié des neuroleptiques chez ces personnes à risque.

Objectifs

Evaluation des pratiques professionnelles concernant la prescription de neuroleptiques chez la personne âgée dans les services de soins de longue durée.

Matériel et méthodes

48 patients ont été inclus de juin 2014 à décembre 2015 à partir des prescriptions informatisées. L'âge moyen était de 84 ans. En collaboration avec un gériatre du service, nous avons collecté les informations suivantes : diagnostic ayant conduit à la prescription de neuroleptiques, type de neuroleptique prescrit, posologie, date d'instauration, autres psychotropes associés. En janvier 2016, nous avons réalisé un état des lieux des prescriptions afin de comparer les pratiques aux recommandations de l'HAS.

Résultats

Les recommandations de l'HAS préconisent de prescrire les neuroleptiques dans les formes modérées à sévères de la démence de type Alzheimer ou pour des troubles psychotiques sévères après échec des mesures non pharmacologiques. Nous avons constaté que 33 % des prescriptions ne répondaient pas à ces indications.

52,7 % des neuroleptiques prescrits sont des neuroleptiques classiques alors qu'il faut éviter les traitements aux propriétés anticholinergiques.

78 % des prescriptions ont été initiées aux posologies les plus faibles possibles (posologies inférieures à 1/4 des posologies moyennes de l'adulte).

Une association de neuroleptiques est prescrite dans 8,3 % des cas et montre que la monothérapie est privilégiée.

Chez 76,3 % des patients, les neuroleptiques sont associés à d'autres psychotropes. Il s'agit d'anxiolytiques (52,2 %), d'antidépresseurs (28,3 %), d'hypnotiques (13,0 %) et de Clonazépam (6,5 %).

Concernant la durée de prescription, elles est en moyenne de 39 mois. 41,7 % des prescriptions ont été arrêtées ou concernées par une diminution de posologie.

Pour 5 patients, les neuroleptiques ont été remplacés par un autre psychotrope.

Conclusion

Cette évaluation a permis de mettre en évidence des points critiques tels que l'indication et la durée de prescription, la moindre proportion de neuroleptiques de 2^{ème} génération et l'absence de réévaluation régulière. Des actions correctrices vont être mises en place, notamment une surveillance plus importante des effets indésirables ainsi qu'une réévaluation régulière des prescriptions de neuroleptiques par un binôme médecin-pharmacien.

Mots-clés :

Neuroleptiques, Démence, Gériatrie

Références

- [1] Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, HAS mai 2009.
- [2] Recommandations et bonne pratique « Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation », HAS mai 2009
- [3] Lettres aux prescripteurs : Sécurité d'emploi des antipsychotiques classiques chez les patients âgés déments, HAS décembre 2008.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Enquête de satisfaction des transplantés hépatiques (TH) au sein d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP)

Auteurs :

Hachon L., Hesbert A., Loisel N., Fosse J., Stocco J., Durand F., Pons-Kerjean N.

APHP - Hôpital Beaujon, Clichy

Résumé :

Contexte

Les TH de notre centre bénéficient depuis 2014 d'entretiens pharmaceutiques individuels dans le programme d'ETP de transplantation hépatique. Lors du séjour après la greffe, le pharmacien expose au TH, à l'aide de fiches explicatives et sur la base de 4 séances de 20 à 60 minutes, la thérapeutique immunosuppressive, les conseils thérapeutiques associés et le suivi de ville sur la 1^{ère} année. Cette démarche de sécurisation avant retour à domicile s'applique à faire des TH des acteurs de leur prise en charge pour optimiser leur adhésion à ce traitement à vie imposant un suivi clinico-biologique régulier.

Objectifs

Pour répondre aux attentes des TH et optimiser la qualité des interventions, nous avons souhaité évaluer notre pratique pour déterminer les points à améliorer en initiant une enquête de satisfaction des TH bénéficiant de ces séances.

Patients et méthodes

Entre mai et octobre 2015, un questionnaire de satisfaction a été remis par les pharmaciens aux TH lors d'une visite dans notre centre dans le mois qui a suivi leur 1^{ère} sortie, composé de 12 questions notées de 0 à 10 et de 4 questions à réponse libre. Le recueil prospectif des données a permis d'évaluer la satisfaction globale, identifier les attentes et explorer leur perception des 4 domaines couverts par les séances : informations présentées aux TH sur la prise en charge thérapeutique et sa sécurisation (contenu), la manière dont elles lui sont apportées (présentation), les échanges patient-pharmacien (interactivité), la mise en pratique de l'apprentissage au retour à domicile (application).

Résultats

En 6 mois, 28 TH sur les 45 TH ayant participé au programme ont pu ou voulu répondre au questionnaire. La satisfaction (moyenne globale 9,2/10, 86,9 % de participation) est comparable dans les 4 domaines (entre 8,8 et 9,4/10). Les TH sont réservés sur l'application au domicile du fait d'un recul insuffisant (79,8 % de participation contre 89,3 % pour les autres domaines). 11 patients ont émis 21 propositions d'amélioration : 70 % sur le contenu (contrôle glycémique, effets indésirables des traitements) et 20 % sur la présentation (délai entre séances). De nouvelles fiches d'information ont été rédigées en réponse à leurs attentes.

Conclusion

La participation et les résultats de l'enquête affirment l'intérêt des TH pour des séances d'ETP ciblées sur leur thérapeutique médicamenteuse après greffe. L'impact sur la sécurisation de leur retour à domicile est à objectiver au long cours avec une évaluation des connaissances à 1 an post-TH.

Mots-clés :

Satisfaction du patient, Services d'information sur les médicaments, Transplantation hépatique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 127

Titre :

Suivi des prescriptions d'Aripiprazole à libération prolongée lors de la première année de référencement dans un établissement de soins psychiatriques

Auteurs :

Mignonat P., Arnaud A., Segonds M., Derrieux C., Bonnet L.

CH Gérard Marchant, Toulouse

Résumé :

Contexte

Depuis avril 2015, l'aripiprazole injectable en action prolongée est référencé dans notre établissement. C'est le neuroleptique à action prolongé le plus récemment introduit dans notre livret.

Objectifs

Nous cherchons à connaître les pratiques d'utilisation, les modalités d'instauration, le bénéfice clinique et le profil de tolérance.

Matériel et méthodes

Nous avons analysé les pratiques de tous les services sur une période de dix mois (04/2015 à 01/2016) en recherchant par extraction sur nos logiciels l'historique de prescription, les indications et le profil de tolérance.

Résultats

Sur la période, 60 patients ont reçu au moins une injection d'aripiprazole. Les indications sont réparties en 43 schizophrénies, 10 troubles bipolaires, 6 troubles psychotiques non précisés.

La posologie d'aripiprazole avant introduction de la forme injectable est comprise entre 5 mg/j et 30 mg/j (posologie moyenne de 15.3 mg). Un patient était sous aripiprazole injectable 7.5.

Pour la majorité des patients (63 %), le passage vers la forme injectable suit très rapidement (moins de 1 mois) l'introduction de la forme orale, tandis que pour 32 % le passage à la forme injectable se fait après plus de 3 mois de traitement per os.

Pour 34 patients le traitement se poursuit à posologie initiale et sans mention d'effets indésirables, pour 4 patients des effets indésirables sans arrêt de traitement ont été mentionnés, tandis que pour 4 patients les effets indésirables ont conduit à une baisse de posologie à 300 mg. Pour 5 patients des effets indésirables trop importants imposent un arrêt. 13 patients ont arrêté le traitement pour efficacité insuffisante.

Pour les 18 arrêts constatés, le prescripteur repasse dans 8 cas à la forme orale de l'aripiprazole. Dans le reste des cas (10) il y a un changement de molécule.

Discussion

L'unique AMM de la forme injectable retard est la schizophrénie stabilisée par un traitement per os d'aripiprazole. 30 % des prescriptions sont donc hors AMM.

Lors du passage vers l'injectable, les posologies restent dans l'AMM et une stabilisation par voie orale à toujours précédé l'introduction de la forme injectable.

Le délai rapide entre l'introduction de l'aripiprazole per os et le passage à la forme retard, nous laisse supposer que c'est la disponibilité de la forme à action prolongé qui motive l'utilisation de l'aripiprazole.

Cette nouvelle forme complète l'arsenal thérapeutique des antipsychotiques de 2^{ème} génération en augmentant les possibilités de prescription des formes à action retardée.

Mots-clés :

Aripiprazole, Médicaments à action prolongée, Médecine mentale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 128

Titre :

Conciliation médicamenteuse proactive en soins de suite gériatriques : quel impact sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse ?

Auteurs :

Geoffray J., Gallin A., Feinard G., Piessard S.

Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire, Vertou

Résumé :

Contexte

Le projet High 5s lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2006 et piloté en France depuis 2009 par la Haute Autorité de Santé vise à réduire les problèmes majeurs liés à la sécurité des patients, notamment la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins. La conciliation médicamenteuse (Medication Reconciliation ou Med'Rec) s'inscrit dans cette priorité.

Objectifs

Dans notre établissement, nous avons opté pour un processus de conciliation proactive auquel nous avons ajouté des propositions d'équivalence pour les médicaments hors livret thérapeutique. Ceci a permis de fournir aux prescripteurs un Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) ne comportant que des spécialités détenues à la pharmacie.

L'objectif de cette étude est double : évaluer l'impact de la conciliation proactive sur la prévention des erreurs médicamenteuses et quantifier l'acceptation des propositions d'équivalence par les prescripteurs.

Patients et méthodes

L'étude a été réalisée en octobre et novembre 2015, sur tous les patients admis en médecine et soins de suite de notre établissement (population gériatrique). Le BMO, établi le jour de l'admission par l'externe en pharmacie, est transmis au médecin prescripteur qui l'intègre dans l'Ordonnance de Médicaments à l'Admission (OMA). L'OMA est ensuite confrontée au BMO. Les divergences sont alors qualifiées en intentionnelles ou non après entretien collaboratif pharmacien/médecin, et la prescription médicale est réajustée si besoin. Le nombre d'équivalences proposées sur le BMO est comparé à celui des équivalences acceptées sur l'OMA.

Résultats

120 patients (âge moyen 80 ans) ont été inclus (sex ratio H/F = 0,37). Le BMO a été établi à partir de 2 sources en moyenne. 960 lignes de prescription ont été conciliées. Sur les 240 divergences (DVG) enregistrées, 11 ont été qualifiées de non intentionnelles (NI), soit un nombre de DVG NI par patient de 0,09. Leur niveau de gravité selon Med'Rec a donné les résultats suivants : 2 catastrophiques (omission), 1 critique (erreur de dose), 1 majeure (omission), 4 significatives (erreurs de dose) et 3 mineures. 98 % des propositions d'équivalence ont été acceptées.

Conclusion

Ces 2 mois d'analyse ont montré l'impact positif de la conciliation proactive par l'interception de DVG NI, sources potentielles d'évènements cliniques graves. Le taux élevé d'acceptation des équivalences permet d'avoir accès à une OMA directement conforme au livret du médicament sécurisant ainsi l'administration par les soignants.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Erreurs médicamenteuses, Bilan comparatif des médicaments

Références

[1] High 5s Project Interim Report - December 2013

[2] Haute Autorité de Santé, Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par 9 établissements de santé français - septembre 2015

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les génériques, encore quelques Hics !

Auteurs :

Monribot A., Cassard B., Sansot C., Cherrier P., Villeneuve V., Camus M.

CH Marc Jacquet, Melun

Résumé :

Contexte

Un des axes du plan national 2015 de promotion des médicaments génériques et du plan ONDAM est de renforcer la prescription et l'utilisation des médicaments génériques (MG) à l'hôpital. Dans l'établissement, les MG représentent 23 % du livret thérapeutique. Cependant des freins persistent, certains professionnels de santé restent réticents à leur prescription et des patients hospitalisés les refusent.

Objectifs

Le pharmacien met à profit la semaine sécurité des patients pour évaluer les connaissances sur les MG dans le but d'informer, de rassurer les patients et de sensibiliser les personnels à leur utilisation.

Matériel et méthodes

Un quizz de 10 questions fermées est élaboré : la 1^{ère} demande au participant si les MG sont une préoccupation, les 9 autres abordent la sécurité (AMM/études), la qualité, la fabrication, la composition, l'efficacité et le prix des MG. L'équipe pharmaceutique propose le quizz dans 2 services cliniques, aux préparateurs, aux étudiants infirmiers. Les participants (patient, visiteur, personnel soignant) doivent renseigner âge et sexe. La correction est faite en temps réel en utilisant différents supports réalisés pour l'occasion : vidéos/affiches. Chaque question est notée sur 1 point, exceptée la 1^{ère} sur le ressenti, les scores sont calculés sur 9. Au-delà de 3 erreurs le sujet est considéré comme non maîtrisé (score global 0-6), sujet maîtrisé : score 7-9.

Résultats

74 personnes (51 femmes et 23 hommes) participent : 37 professionnels de santé (13 préparateurs, 19 étudiants infirmiers, 5 infirmiers) et 37 patients/visiteurs. Pour 35 % des participants les MG sont une préoccupation. Le pourcentage de réponses justes est inférieur à 60 % pour le lieu de fabrication, la composition en excipients et le prix des MG. La médiane des scores est de 6,5 pour la population globale (moyenne 5,9), de 7 pour la sous-population professionnels de santé (moyenne 6,6), de 6 pour la sous-population patients/visiteurs (moyenne 5,24). 65 % des professionnels de santé maîtrisent le sujet contre 35 % des patients/visiteurs (score 7-9), $p < 0.05$ Khi² en faveur des professionnels de santé.

Discussion

Le score des professionnels de santé peut être amélioré grâce à de nouvelles campagnes de sensibilisation. Une première a été réalisée auprès des étudiants infirmiers et des présentations ont été faites en CME et en CoMédIMS. Le sujet des MG étant insuffisamment maîtrisé par les patients, afin de les rassurer et de favoriser l'observance, des plaquettes d'informations sont désormais disponibles dans l'établissement.

Mots-clés :

Génériques, Enquête, Communication

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Retour des préparations de chimiothérapies : quel impact et quelles améliorations possibles ?

Auteurs :

Grévy A., Zecchini C., Lourman P., Berlioz J.

CH Annecy-Genevois

Résumé :

Contexte

Les préparations de chimiothérapie non administrées sont retournées à l'URCC (Unité de Reconstitution Centralisée des Chimiothérapies) pour être détruites par un circuit spécifique ou réattribuées à un autre patient. Le coût important des préparations nécessite de minimiser les pertes lors des retours.

Objectifs

Afin de réduire le temps d'attente des patients à l'hôpital de jour, nous souhaitons développer plus largement les prescriptions anticipées. Dans cette optique, nous avons voulu analyser les causes de non-administration des préparations de chimiothérapie et en évaluer l'impact économique.

Matériel et méthodes

Analyse rétrospective des préparations de chimiothérapie fabriquées et non administrées entre juin 2015 et janvier 2016 : service, caractère anticipé ou non, molécule, motif de retour, coût.

Résultats

Durant 8 mois, 78 préparations non administrées ont été retournées à l'URCC (0.7 % de la production totale), représentant 13 787 euros. 45 % des préparations ont été réattribuées, évitant ainsi 7 602 euros de perte.

Les préparations provenaient majoritairement de l'hôpital de jour d'onco-hématologie (62 %), des services d'hospitalisation complète (32 %) et de l'hospitalisation à domicile (6 %). 46 % des préparations avaient été anticipées.

Les retours étaient principalement dus à l'état clinique du patient (55 %), à un refus (9 %), à des problèmes de programmation (10 %) ou à un défaut de préparation (10 %). Dans deux cas, le motif du retour n'a pas été retrouvé.

26 molécules différentes ont fait l'objet d'un retour. Les 6 spécialités remboursées en sus des GHS représentaient 18 % du nombre de retours mais 84 % de leur coût. Ces spécialités sont responsables de 69 % des pertes.

Discussion

Au vu des résultats, le suivi des retours des préparations non administrées est crucial, car il permet d'éviter des pertes financières importantes.

Il s'agit maintenant :

- De diminuer les retours en travaillant sur l'organisation de l'hôpital de jour, notamment sur les critères de définition des prescriptions anticipées
- D'améliorer la communication avec les soignants lors des retours, par la rédaction d'une procédure formalisant ce circuit
- De faciliter la réattribution des retours, grâce à l'actualisation des données de stabilité et grâce au développement des doses standardisées

L'efficacité de ces actions correctives sera évaluée ultérieurement par une étude pharmaco-économique.

Mots-clés :

Circuit des anticancéreux, Pharmacoéconomie, Chimiothérapie injectable

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prescription de médicaments anticholinergiques en gériatrie : évaluation de l'exposition à un risque cognitif

Auteurs :

Pelletier JC.¹, Mathiot I.²

¹ CH Tronget

² CH Charolles

Résumé :

Contexte

Les médicaments anticholinergiques ont un rapport bénéfice/risque défavorable et peuvent être une cause majeure d'effets indésirables chez les personnes âgées de 75 ans et plus. L'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, préconisée par la Haute Autorité de Santé, passe notamment par une meilleure évaluation de l'opportunité des traitements, en évitant la prescription de médicaments inappropriés. Une échelle des médicaments anticholinergiques liés à un risque cognitif a été élaborée par Burden. Ainsi, une étape importante d'une analyse pharmaceutique en gériatrie devrait comporter une réévaluation de la prescription de ces médicaments.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer quantitativement et qualitativement sur l'année 2015, l'utilisation des médicaments anticholinergiques liés à un risque cognitif dans un établissement gériatrique comprenant 248 lits dont la prescription est totalement informatisée. L'étude vise à évaluer la qualité de la prescription et le taux d'exposition des patients à ces médicaments anticholinergiques.

Patients et méthodes

Pour chaque médicament nous avons calculé le nombre d'unités dispensées sur l'année puis à partir des doses définies journalières de chaque molécule, nous avons évalué le nombre de jours de traitement (JTT).

Résultats

Sur les 88 médicaments figurant sur l'échelle de Burden (ACB), 29 ont été régulièrement consommés sur les lits de gériatrie en 2015 dont 12 avaient un score de 2 ou 3 c'est à dire avec un risque cognitif élevé (8 appartenaient au système nerveux, 2 à l'urologie, 1 au système antihistaminique et 1 aux antalgiques). Sur les 755 interventions pharmaceutiques réalisées, 15 (soit 2,0 %) ont concerné ces médicaments. Pour l'année 2015 le total des JTT est de 12 225. Pour 248 lits, 85 613 journées d'hospitalisation ont été comptabilisées. Cette étude nous permet de mettre en évidence que 14,28 % des JTT ont exposé les patients à un médicament anticholinergiques jugé à risque cognitif selon les critères de Burden, soit 1 patient sur 7.

Conclusion

Cette méthode constitue un point de départ pour repérer les patients concernés par ces médicaments afin d'en apprécier individuellement les bénéfices et les risques cliniques. L'élaboration d'un livret thérapeutique contenant des recommandations sur les médicaments anticholinergiques comportant un risque cognitif et proposer si possible des alternatives sera un projet destiné à promouvoir la qualité de la prescription, la sécurisation et le bon usage des traitements.

Mots-clés :

Médicaments anticholinergiques, Risque cognitif, Taux d'exposition

Références

[1] Boustani MA et al. Aging Health. 4:311-20 (2008).

[2] Carriere I et al. Arch Intern Med. 169:1317-24 (2009).

[3] Mébarki S et al. NPG. 12 : 131-138 (2012).

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact biologique de la supplémentation en vitamine D dans la MRC (maladie rénale chronique)

Auteurs :

Royer M., Cauchefer R., Makdassi R., Choukroun G., Pelloquin N., Mary A.

CHU Amiens

Résumé :

Contexte

La MRC touche environ 10 % des adultes en France. Elle est associée à une diminution progressive de l'activité de la 1 α -hydroxylase rénale, par une perte de masse néphrotique et l'effet des toxines urémiques comme le FGF-23. De par ses propriétés pléiotropes, dont la protection osseuse, cardiovasculaire et rénale, la prescription de vitamine D est recommandée dans la MRC.

Objectifs

L'un des objectifs de notre étude est d'évaluer l'impact de la supplémentation en vitamine D native (cholécalférol) à différents stades de MRC sur les paramètres sériques suivants : bilan phosphocalcique, PTH, 25(OH)D, 1.25(OH)D.

Patients et méthodes

Une étude prospective, monocentrique, non interventionnelle de 6 mois a été réalisée, après accord du CPP régional, chez les patients hospitalisés en néphrologie. Un bilan biologique initial a été réalisé, suivi d'une supplémentation par ampoules de cholécalférol selon le protocole de Souberbielle [1]. Un mois après celle-ci, un second bilan biologique est programmé en ville.

Résultats

L'étude a inclus 98 patients, représentant tous les stades de la MRC (1-2 ;3 ;4 ;5 respectivement 9 % ;20 % ;30 % ;41 %), avec un âge moyen de 67 ans et un sexe ratio de 1. La 25(OH)D sérique moyenne+/-écart-type était de 19,8 ng/mL +/- 15,76, et pour la 1.25(OH)D de 19,6 pg/mL +/- 18.7. Sur les 98 patients, 15 ont pu être étudiés en per-protocole. La supplémentation élève significativement la 25(OH)D à 36,2 ng/mL +/- 10,2 (p < 0.05). Une augmentation significative de la calcémie a été observée, alors que la PTH et la phosphorémie restaient stables. La 1.25(OH)D n'a été dosée en ville que chez 1 patient augmentant de 5 à 83 pg/mL.

Discussion

Malgré les recommandations, plus 80 % des patients hospitalisés ont des [25(OH)D] insuffisantes.

Notre étude retrouve la capacité du cholécalférol à augmenter la 25(OH)D ainsi que la 1.25(OH)D, dans la MRC 2. Nos résultats sur la calcémie et la PTH sont discordants avec d'autres études sur le sujet [2]. Nos résultats sont limités de par le faible nombre de bilans en ville. Ceci suggère un mauvais relais hôpital/ville et renforce l'importance de la conciliation à cette étape, d'autant que l'absence du bilan semble associée à une prise incomplète du cholécalférol.

En conclusion, la supplémentation en cholécalférol (1 amp/15 j pour un total de 2 à 4 ampoules, selon le niveau de carence), est souvent nécessaire dans la MRC, et représente une source d'interventions pharmaceutiques. Devant la faible observance globale, une 2^{ème} analyse de l'étude est en cours pour en connaître la cause.

Mots-clés :

Insuffisance rénale chronique, Déficit en vitamine D, Examens biologiques

Références

[1] Souberbielle J.-C. et al. Annales d'endocrinologie, 69, (6) : 501-510 (2008)

[2] Marckmann P. et al. Nephrol Dial Transplant, 27, (9) : 3523-3531 (2012)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des pratiques professionnelles sur la prescription des fluoroquinolones

Auteurs :

Bodin A., Baudoux V., Teil J., Le Masne E., Lisfi A., Babinet A., Magne S.

CH Saumur

Résumé :

Contexte

Les fluoroquinolones (FQ) de par leur spectre large, leur bonne diffusion sont des antibiotiques largement utilisés. Leur sur-prescription représente un facteur inquiétant de sélection de bactérie résistante. De plus, une utilisation par voie parentérale entraîne un surcout non négligeable. Une baisse de la consommation des FQ est amorcée depuis 2012, mais elle reste supérieure à la moyenne régionale.

Objectifs

Evaluer la conformité des prescriptions de FQ pour apporter des axes d'améliorations dans le cadre du bon usage des antibiotiques.

Matériel et méthodes

Une analyse rétrospective des prescriptions de FQ a été réalisée du 1 janvier 2014 au 1 janvier 2015. Le recueil des données c'est effectué sur la grille de recueil des données (du C Clin Sud-Ouest) à partir du dossier patient et du logiciel de prescription informatisée Génois®.

L'analyse de la conformité de la prescription a été effectuée selon les critères suivants : la stratégie thérapeutique (ligne de traitement), molécule, posologie, durée de traitement, choix de la voie intraveineuse et association antibiotiques (bithérapie). La conformité a été évaluée en regard des recommandations.

Résultats

45 prescriptions ont été analysées. 42 % comportaient de la ciprofloxacine, 33 % de l'ofloxacine et 25 % de la levofloxacine. La voie intraveineuse a été prescrite dans 11 cas dont 5 non justifiés. 21 prescriptions comportaient une bithérapie, seulement 2 prescriptions étaient conformes : ciprofloxacine + amoxicilline-acide clavulanique dans les neutropénies fébriles. Les antibiotiques associés étaient la ceftriaxone, l'amoxicilline-acide clavulanique, la cefixime et la gentamicine dans respectivement 11, 7,2 et 1 prescriptions. La stratégie thérapeutique n'était pas conforme dans plus de 65 % des prescriptions à cause de l'utilisation des FQ en premières ligne de traitement.

Discussion

Au cours de cette étude, le choix de la molécule et la posologie étaient conformes. Cependant, la stratégie thérapeutique doit être améliorée, en effet les FQ sont trop souvent prescrites en première intention alors qu'il existe une alternative thérapeutique avec une pression de sélection plus faible. Il est nécessaire de rappeler les conditions de prescriptions des FQ, de restreindre les traitements de première ligne et de limiter leur association avec d'autres antibiotiques. Une réflexion est en cours sur l'obligation de valider l'indication des FQ parmi une liste limitative sur notre logiciel de prescription.

Mots-clés :

Evaluation pratique professionnelle, Bon usage, Fluoroquinolone

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de l'impact de la mise en place des ordonnances validées (ORVA) des antibiotiques sur une période de 6 mois

Auteurs :

Chérif K., Mzoughi S.³, Chaabouni W.³, Khrouf Razgallah M.², Dridi M.¹, Yousfi M.³

¹ Hôpital militaire, Tunis, Tunisie

² Faculté de pharmacie, Monastir, Tunisie

³ Hôpital militaire, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

Le bon usage des antibiotiques constitue une priorité de santé publique. Dans ce cadre de nombreuses recommandations ont été proposées notamment par l'HAS et par l'OMS. Afin de rationaliser les prescriptions des antibiotiques, une des mesures proposée est la mise en place des ordonnances validées (ORVA) pour certains antibiotiques qui sont à large spectre.

Objectifs

Le but de cette étude est de mesurer l'impact réel de ces ordonnances en termes de respect des recommandations et de consommation.

Matériel et méthodes

Une étude rétrospective sur une période de six mois allant du 01/01/2015 au 30/06/2015 a été menée au niveau du service de la pharmacie de l'hôpital et consiste à analyser toutes les ORVA sur cette période. Le respect des bonnes indications par rapport à l'AMM en Tunisie, la posologie et la durée de traitement sont vérifiés. Cette période est ensuite comparée à la même période de l'année 2014, avant la mise en place des ORVA afin de mesurer l'impact sur les prescriptions.

Résultats

Sur une période de 6 mois, 473 prescriptions ont été analysées pour 330 patients. Elles concernent 7 antibiotiques à savoir : Imipénème (38 %), Vancomycine (29 %), Linézolide (10 %), Teicoplanine (9 %), Ertapénème (6 %), Méropénème (5 %) et Tigécycline (3 %).

Les renseignements de base ; poids, âge ne sont mentionnés que dans respectivement 58 % et 53 % des cas.

Toutefois, l'adaptation posologique en fonction de la clairance de la créatinine n'était indiquée que dans 6 % des cas.

Dans près de 40 % des cas, l'indication mentionnée n'a pas l'AMM tunisienne. L'avis d'un référent en antibiothérapie a été sollicité dans la plupart des cas. La prescription a été documentée avec identification du germe dans 20 % des cas uniquement. La durée moyenne du traitement était de 10 jours. Le service de réanimation présente 56 % du total des prescriptions.

Enfin, entre les deux périodes comparées, On a constaté un impact bénéfique sur la consommation ($p = 0,001$) et ceci après 2 mois d'adaptation (janvier et février) concernant essentiellement les carbapénèmes ($p = 0,039$).

Discussion

Notre étude montre que les ordonnances validées restent considérées comme une contrainte de la part des services prescripteurs conduisant à ne remplir que partiellement les items demandés.

Le bon usage des antibiotiques est primordial afin de préserver leur efficacité, et cette nécessité est renforcée avec la mise en place des ORVA. Ces résultats doivent être confrontés au profit des résistances bactériennes.

Mots-clés :

Antibiotiques, Ordonnance validée, Bon usage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de l'efficacité et de la tolérance du ramucirumab associé au paclitaxel dans le cancer de l'estomac

Auteurs :

Lechevretel L.², Graff V.², Dourthe L.¹, Escande A.¹, Couturier F.²

¹ Société Oncologie Libérale, Strasbourg

² GH Saint-Vincent, Strasbourg

Résumé :

Contexte

Le cancer de l'estomac est le 5^{ème} cancer le plus fréquent et représente la 3^{ème} cause de mortalité par cancer dans le monde. Les patients atteints d'un cancer gastrique avancé ou d'un adénocarcinome de la jonction gastro-œsophagienne dont la maladie a progressé après une chimiothérapie à base de sels de platine et de fluorouracile peuvent être traités par ramucirumab, un anticorps monoclonal antagoniste du VEGFR-2 (vascular endothelial growth factor receptor) associé au paclitaxel.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de l'association ramucirumab/paclitaxel chez les patients ayant un cancer de l'estomac, et de comparer ces résultats à ceux de l'étude RAINBOW (ayant permis l'autorisation de mise sur le marché du ramucirumab dans cette indication).

Patients et méthodes

Une étude rétrospective a été menée, incluant tous les patients atteints d'un cancer de l'estomac et ayant reçu l'association ramucirumab/paclitaxel avant le 01/02/2016. Les données ont été recueillies à partir du dossier médical informatisé des patients.

Résultats

Au total, 6 patients ont été traités. L'âge médian des patients lors de l'inclusion était de 62,5 ans (56-85) (versus 61 ans dans RAINBOW). Le traitement a été prescrit en 2^{ème} ligne (n = 3) ou en 3^{ème} ligne et plus (n = 3). La médiane de survie sans progression (SSP) est de 3,1 mois (dont 2 patients de plus de 10 mois) versus 4,4 mois. Les effets indésirables observés sont l'asthénie (83 %), des épisodes de mucite (grades 1 et 2), de l'épistaxis (83 %), des effets de type hématologiques (anémie grade 2 (17 %), neutropénie grade 4 (17 %) ou thrombopénie grade 1 (17 %)). La toxicité a nécessité une diminution de dose du ramucirumab de 25 % chez 1 patient (17 %) suite à une mucite (grade 2) et une desquamation (grade 2), mais pas d'arrêt de traitement. Sous traitement 3 patients ont progressé, 1 s'est stabilisé et pour 3 patients les marqueurs ont diminué (1 patient est actuellement en pause thérapeutique). La survie globale (SG) à 6 mois est de 67 % versus 72 % dans RAINBOW.

Conclusion

L'association ramucirumab/paclitaxel montre une SSP légèrement inférieure à celle de l'étude RAINBOW mais pour 2 patients elle est de plus de 10 mois et un patient est toujours en cours de traitement. La SG n'a pu être évaluée en fin d'étude (3 patients/6 décédés) mais à 6 mois elle est similaire pour les patients de notre cohorte et ceux de l'étude RAINBOW. Les résultats sont à confirmer dans une cohorte plus grande.

Mots-clés :

Ramucirumab, Estomac, Cancer

Références

Wilke H et al. The Lancet Oncology, vol 15 (octobre 2014)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Peut-on mettre en place la conciliation médicamenteuse ?

Auteurs :

Leclerc V., Ogereau M., Pozzi D., Manceron V., Pons-Kerjean N.

APHP - Hôpital Louis Mourier, Colombes

Résumé :

Contexte

La conciliation médicamenteuse est l'un des leviers de développement de la pharmacie clinique en France. Elle permet l'amélioration de la qualité des soins, la diminution de la iatrogénie médicamenteuse, la maîtrise des dépenses de santé, et intervient aux points de transit du patient là où il est le plus vulnérable dans son parcours de soins. Sa mise en place est néanmoins dépendante de nombreux paramètres humains et organisationnels.

Objectifs

L'objectif est d'étudier l'intérêt et la faisabilité de la conciliation médicamenteuse au quotidien, ainsi que déterminer les limites de sa mise en œuvre.

Patients et méthodes

Nous avons réalisé une conciliation d'entrée sur 5 mois dans un secteur de médecine interne de 25 lits. Les patients inclus proviennent des urgences, de l'unité d'hospitalisation de courte durée, ou sont admis directement. Le recueil des données sur leur traitement habituel s'est fait de manière exhaustive. Une analyse des données est faite en regard de la primo-prescription du service. Les divergences identifiées sont classées en intentionnelles et non-intentionnelles.

Résultats

Au total 41 patients (73,8 ans en moyenne) sont inclus dans l'étude, provenant majoritairement des urgences (53,7 %). Pour le recueil des données 4 sources en moyenne sont utilisées (parmi entretien patient, famille, appel au médecin traitant, à l'officine, ordonnance papier, dossier médical informatique du service, compte rendu des urgences), 7 médicaments sont prescrits en ville (7,6 en hospitalisation), et le temps pharmacien est d'environ une heure par patient. Sur les 188 divergences identifiées 147 sont intentionnelles et 41 non intentionnelles (de 1 à 7 parmi 21 patients). La majorité des divergences non intentionnelles porte sur l'arrêt d'un médicament (58,5 %), une modification de posologie (14,6 %), ou une erreur de dosage (9,8 %).

Discussion

Les difficultés rencontrées dans cette étude sont un interrogatoire non contributif des patients, de leurs aidants, et parfois un manque de disponibilité des prescripteurs. La conciliation médicamenteuse est une activité chronophage nouvelle, s'ajoutant au travail de routine. Son intérêt est réel dans le parcours de soins du patient, mais des limites subsistent quant à sa mise en œuvre et sa pérennisation (renforcement des moyens humains). Cette étude a permis d'améliorer les procédures de validation pharmaceutique des prescriptions puisque nous comparons le traitement d'entrée du patient renseigné dans le dossier informatique et la primo-prescription du service.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Pharmacie clinique, Médecine interne

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de l'auto-perfusion des facteurs anti-hémophiliques

Auteurs :

Chasport C., Randuineau P., Bensimon L., Cazal-Bonnel E., Lopez I.

APHP - Hôpital Cochin, Paris

Résumé :

Contexte

Le programme d'Éducation Thérapeutique des Patients (ETP) mis en place par le Centre de Traitement des Hémophiles de notre hôpital permet notamment aux patients de s'administrer eux-mêmes, par voie intraveineuse, les facteurs anti-hémophiliques (FAH). L'auto-perfusion assure une prise en charge précoce des hémorragies, essentielle à la prévention des arthropathies. L'évaluation régulière des compétences acquises par les patients est indispensable pour limiter les risques iatrogènes et infectieux.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer les compétences d'auto-traitement du patient, de détecter les points critiques et d'identifier les discordances entre le ressenti du patient et sa pratique.

Patients et méthodes

Un outil informatique a été conçu pour recueillir et analyser sur un même support les résultats des auto-évaluations des patients et les évaluations des soignants. L'auto-évaluation est composée de 5 items permettant au patient d'exprimer son ressenti. Lors de l'évaluation annuelle, l'infirmière évalue la reconstitution et/ou l'auto-perfusion (36 étapes) réalisées par le patient avec un système d'administration factice.

Résultats

31 patients ont réalisé à la fois l'auto-évaluation et l'évaluation annuelle.

Les auto-évaluations révèlent que 14 patients (45 %) sont très à l'aise sur toutes les étapes et 17 (55 %) moyennement à l'aise sur un item. Pour les 3 patients moins à l'aise sur la reconstitution, ce ressenti n'est pas confirmé par l'infirmière. Les évaluations montrent que 45 % ne vérifient pas le nom, le dosage ou la date d'expiration du médicament.

Parmi les 10 patients moyennement à l'aise sur la perfusion, un seul cas montre une concordance avec l'évaluation de l'infirmière. Dans 5 cas, cet inconfort n'implique pas d'erreur lors de l'évaluation. Les 4 autres patients n'ont pas pu réaliser l'auto-injection (capital veineux dégradé, mobilisation difficile). Pendant l'évaluation, l'infirmière a rappelé à 35 % des patients d'ôter le garrot.

Enfin, 4 patients sont moins à l'aise sur l'item d'hygiène et de traçabilité. Lors de l'évaluation, 30 % des patients ont oublié de remplir leur carnet de suivi.

Conclusion

Cette étude a permis d'identifier pour chaque patient les points critiques de l'auto-perfusion, d'apporter les précisions nécessaires à une administration dans des conditions d'hygiène et de sécurité optimales et de rassurer le patient dans sa pratique. Cet outil rend les séances d'évaluation plus ludiques et plus enrichissantes pour une meilleure adhésion du patient au programme d'ETP.

Mots-clés :

Hémophilie, Facteur de la coagulation sanguine, Traitement par perfusion à domicile

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Hallucinations sous Voriconazole : à propos de 5 cas

Auteurs :

Thabti A., Soussi M., Abdejilil N., Bouslimi K., Lazreg O., Khrouf Razgallah M.

Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

Le voriconazole est le traitement de première intention dans les aspergilloses pulmonaires invasives survenant chez les receveurs de cellules souches hématopoïétiques [1]. C'est un antifongique à large spectre de la famille des triazolés. Le profil de tolérance est comparable à celui des autres azolés. Le voriconazole est caractérisé en plus par des troubles de vision comme la chromatopsie, flou visuel et la photophobie. Un autre effet indésirable est de plus en plus rapporté pour le voriconazole, à savoir les hallucinations qu'on classe parmi les effets neurologiques [2].

Objectifs

On se propose dans ce travail, d'étudier quelques cas d'hallucinations survenant, dans le service d'hématologie de notre centre, chez des receveurs de cellules souches hématopoïétiques ayant reçus le voriconazole entre 2013 et 2015.

Patients et méthodes

Tous les patients qui ont reçus le voriconazole entre janvier 2013 et octobre 2015 ont été colligés depuis les ordonnanciers de la pharmacie interne. Les dossiers médicaux ont été consultés par la suite pour déterminer les patients ayant manifestés des hallucinations visuelles ou auditives pendant les différentes hospitalisations. Les données relatives aux patients, aux épisodes d'hallucination, à la prescription du voriconazole ont été déterminées de manière rétrospective. Un total de 44 dossiers ont été consultés.

Résultats

Les hallucinations sont observées chez 5 patients dont 3 hommes et 2 femmes.

Les hallucinations observées sont visuelles dans tous les cas. Les hallucinations auditives concomitantes à celles visuelles sont observées dans 3 cas.

La manifestation hallucinogène apparaît précocement lors du traitement avec en moyenne à J2.5. La durée moyenne de la symptomatologie est de 3 jours. La résolution de la symptomatologie a été spontanée chez 3 patients et secondaire à un relais per os a été dans 2 cas.

Le suivi thérapeutique des concentrations plasmatiques du voriconazole a été fait chez 4 patients sur 5. Les concentrations résiduelles sont supérieures à celles usuelles dans 3 cas.

Discussion

Les concentrations plasmatiques enregistrées dans notre cas sont en faveur d'une corrélation entre incidence d'hallucination et les chiffres supra-thérapeutiques. Cependant, aucune valeur n'est supérieure à 5 µg/ml.

Le mécanisme de telles manifestations demeure non bien précisé. Le voriconazole diffuse à travers la barrière hémato-encéphalique avec une forte concentration dans le liquide céphalo-rachidien [2].

Mots-clés :

Voriconazole, Hallucination, Toxicité

Références

[1] Bayhan GI, et al. Cutan Ocul Toxicol. 35 (1) :80-2 (2016)

[2] Pasqualotto AC, et al. Expert Opin Drug Saf. 9(1) :125-37 (2010)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Influence de la galénique des médicaments sur l'observance des patients âgés

Auteurs :

Cheyroux A.¹, Adehossi A.², Bernard J.², Schmit B.²

¹ CH Mantes-La-Jolie

² CH Beauvais

Résumé :

Contexte

L'observance thérapeutique (OT) est définie comme le degré de concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions et recommandations médicales qui lui ont été faites [1]. Pourtant enjeu majeur de santé publique, elle reste aujourd'hui un réel problème de société puisque selon l'organisation mondiale de la santé, un patient sur deux ne prend pas correctement ses médicaments [2]. Comportant de nombreux facteurs d'influence, notre réflexion s'est portée plus particulièrement sur la forme galénique des médicaments chez le sujet âgé.

Objectifs

L'objectif est d'analyser l'influence de la galénique des médicaments sur l'OT des sujets âgés.

Patients et méthodes

Nous avons mené des entretiens pharmaceutiques avec des patients accueillis lors d'un hôpital de jour gériatrique. Cette rencontre a été l'occasion d'objectiver l'OT de chaque patient selon deux méthodes indirectes : le calcul du score d'OT selon le questionnaire de Girerd et un test de reconstitution de pilulier.

A posteriori, nous avons analysé les ordonnances de chaque patient et nous avons ainsi défini une liste de formes galéniques, qui selon nous, étaient susceptibles de fragiliser l'OT des patients âgés (médicaments à couper, collyre...).

Résultats

40 patients âgés ont ainsi été rencontrés (m = 81,8 ans). 31 de ces 40 patients (77,5 %) présentaient des problèmes d'OT. L'analyse des ordonnances a révélé que 25 patients sur 40 (62,5 %) possédaient au moins une forme galénique jugée comme inadaptée au sujet âgé. Les médicaments à couper (27,5 %), les sprays (25,5 %), les alternances de prise (15,7 %) et les collyres (13,7 %) ont été parmi les formes galéniques les plus fréquemment impliquées.

Il existe une corrélation positive entre le score d'OT de Girerd et le nombre de formes galéniques inadaptées au sujet âgé présentes sur l'ordonnance des patients. Ainsi, plus le nombre de ces médicaments augmente, et plus l'OT des patients âgés diminue ($p = 0,018$).

Discussion

Ce résultat ne paraît pas surprenant. En effet, le vieillissement des patients peut favoriser l'apparition ou l'accumulation de handicaps (diminution de l'acuité visuelle, apparition de troubles cognitifs, de tremblements ou encore de troubles praxiques) pouvant rendre difficile la manipulation et le bon usage de formes galéniques complexes.

Couplé au test de reconstitution du pilulier, nos interventions pharmaceutiques ont contribué à consolider l'OT pour 9 patients en proposant au médecin traitant une sécurisation de la prise des médicaments au domicile par le passage d'une infirmière.

Mots-clés :

Sujet âgé, Revue des pratiques de prescription des médicaments, Observance thérapeutique

Références

[1] Magar Y. Rev Fr Allergol. 49 : S57-9 (2009)

[2] OMS, communiqué de presse (2003)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

EPP : pertinence des prescriptions d'anticoagulants oraux directs

Auteurs :

Pommier A., Da Violante C., Dibon O., Goralski M., Blanc P., Hermelin-Jobet I.

CHR Orléans

Résumé :

Contexte

Les anticoagulants oraux directs (AOD) sont référencés depuis octobre 2012 dans notre établissement. Suite à de nombreuses anomalies de prescription, une évaluation des pratiques professionnelles est réalisée lors du premier semestre 2015.

Objectifs

La pertinence des indications et posologies prescrites est évaluée.

Patients et méthodes

Les dossiers audités concernent les patients de plus de 18 ans, hospitalisés en médecine ou en chirurgie, en cours de traitement par apixaban, dabigatran et rivaroxaban. L'âge, le sexe, le poids, la créatinémie, l'indication, les posologies et contre-indications des AOD sont relevées.

Un avis d'expert cardiologue est sollicité quant à la pertinence des indications et posologies prescrites.

Résultats

Trente-six dossiers sont audités. L'indication du traitement est toujours retrouvée : 100 % des prescriptions sont jugées pertinentes par l'avis d'expert. Deux indications sont hors AMM. Deux contre-indications sont observées.

Les résultats font état d'une population âgée et en surpoids : 64 % des patients ont plus de 75 ans, 61 % ont un IMC > à 25. Une majorité de patients présente un DFG abaissé : 78 % ont un DFG ≤ 90 mL/min. 33 % des patients ont une posologie réduite, approuvée dans 93 % des cas par les experts consultés. Selon les AMM des molécules concernées, seules 50 % de ces réductions seraient nécessaires.

Discussion

Les contre-indications relevées nous incitent à communiquer sur l'utilisation des AOD, auprès des prescripteurs non experts. Compte-tenu de la forte proportion de patients âgés, un carnet de suivi des AOD, destiné aux patients va être élaboré. Celui-ci permettra de renseigner le suivi des fonctions rénales et hépatiques.

Un tiers des prescriptions utilise une posologie réduite, non exigée par les RCP dans 50 % des cas. Ces adaptations, justifiées par l'âge ou la fonction rénale du patient, sont basées sur l'expérience du cardiologue. Elles ne reposent pas sur les données du dossier d'AMM. Le suivi biologique ne permettant pas de s'assurer d'une anticoagulation efficace, une recherche bibliographique et un suivi de données de pharmacovigilance vont être mis en œuvre.

Si les indications de traitement et l'adaptation de posologie des AOD font consensus au sein de l'établissement, les points critiques : respect des contre-indications, suivi des fonctions rénales et hépatiques, vont faire l'objet de mesures adaptées. Le nombre d'interventions pharmaceutiques relatives aux prescriptions d'AOD constituera un indicateur de choix pour suivre leur efficacité.

Mots-clés :

Rivaroxaban, Apixaban, Dabigatran

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Eligibilité des patients à la conciliation médicamenteuse : pertinence d'une grille de score

Auteurs :

Taouk B., Machon J., Bernard E., Annycke F., Castillo D., Affi A., Foltz F.

CH Mâcon

Résumé :

Contexte

La conciliation médicamenteuse sera bientôt une mission obligatoire des PUI. L'HAS sortira bientôt un guide pour sa mise en place. La conciliation de tous les patients hospitalisés n'étant pas réalisable, il est nécessaire de les sélectionner pertinemment.

Objectifs

Evaluer la sélectivité d'une grille d'éligibilité des patients à la conciliation médicamenteuse compatible avec les ressources pharmaceutiques disponibles. Cette grille, basée sur des facteurs à priori à risques, a été élaborée avec des cliniciens.

Patients et méthodes

Etude prospective sur 418 patients de 18 services dans le cadre de l'analyse pharmaceutique (conciliation non réalisée). Calcul du score par patient à l'aide de la grille comportant 6 critères (âge ; nombre de molécules prescrites ; présence dans le traitement de : psychotrope, anticoagulant oral, cardiotrope ; passage par les urgences) cotés 0, 1 ou 2 points ; le maximum étant 8 points.

- Analyse descriptive afin d'évaluer la répartition des scores dans la population.
- Etude du lien critère/score par comparaison de moyenne et corrélation.
- Etude de la différence de score Δ pour chaque critère avec $\Delta = (\text{score de la population répondant au critère} - \text{score de la population ne répondant pas au critère})$.
- Comparaison pour chaque critère de : son « poids » par rapport à sa cotation ($\Delta/\text{cotation}$) et ($\Delta/\text{score maximal} = 8$)

Résultats

La population a une âge moyen de 70 ans.

69 % des patients ont un score supérieur ou égal à 4 ; 13 % ont un score égal à 7 ou 8. L'étude du lien critère/score a bien démontré l'existence d'une différence significative de score entre les patients répondant ou non aux critères. Il y a une corrélation significative entre âge et score et entre nombre de molécules et score ($R = 0,62$ entre âge et score).

L'étude du « poids » du critère par rapport sa cotation a permis de montrer les paramètres les plus pertinents à conserver tel que la prise d'anticoagulant oral ($\Delta/\text{cotation} = 2,26$). L'étude de pondération du critère dans le score a montré la trop forte part accordée à l'âge ($\Delta/\text{score maximal} = 0,32$).

Conclusion

Le nombre important de patients présentant un score élevé démontre que la fonction de « filtre » de la grille n'est pas satisfaisante pour obtenir un nombre réalisable de conciliations. Elle offre des possibilités d'améliorations : revoir la cotation de l'âge à la baisse (0 ou 1 si > 80 ans) ; rendre la notion de prise de psychotropes plus pertinente en cotant la prise au delà d'un nombre élevé de molécules ; conserver le critère de prise d'anticoagulant oral.

Mots-clés :

Conciliation, Patients, Sélection

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prescription des antalgiques aux urgences : et pourquoi pas per os ?

Auteurs :

Coudun S., Peyrilles E., Le Poole S., Mouly S., Facon L., Quittelier R., Viriot E.

CH Courbevoie Neuilly Puteaux

Résumé :

Contexte

Dans le cadre d'une étude sur la pertinence de la perfusion dans un service d'urgences, un état des lieux spécifique concernant la prescription d'antalgiques intraveineux (IV) a été réalisé.

Objectifs

Evaluer la pertinence de la prescription d'antalgiques par voie IV et sensibiliser les prescripteurs sur l'intérêt de la voie orale.

Matériel et méthodes

Une étude prospective de cinq semaines au sein des circuits longs adultes a été réalisée auprès des prescripteurs à l'aide d'une grille de recueil élaborée à la suite d'une phase d'observation d'un mois. Elle comprend les critères de pertinence reconnus (EVA > 7, voie orale impossible, nécessité d'être à jeun, engagement du pronostic vital) et de non pertinence de la perfusion d'antalgiques (garde-veine). Une recherche bibliographique sur la pharmacocinétique des antalgiques a été associée.

Résultats

314 patients ont été perfusés dont 73 (23 %) pour un motif non pertinent. Dans 60 % des cas non pertinents (n = 44), elles ont été prescrites par les internes. Parmi ces 73 perfusions, 22 comportaient une prescription d'antalgiques IV dont 15 étaient du paracétamol et 7 du tramadol. Concernant les 241 perfusions pertinentes (77 %), 23 nécessitaient un abord veineux obligatoire, toutefois le paracétamol et le tramadol pouvaient être administrés per os. Au total, 55 (17,5 %) perfusions d'antalgiques auraient pu être évitées en faveur de la voie orale. En effet, la pharmacocinétique de ces deux antalgiques prouve que la voie orale est comparable à la voie IV avec une meilleure tolérance notamment pour le tramadol.

Discussion

La perfusion aux urgences concerne majoritairement des indications pertinentes (77 %). Malgré un faible taux (17,5 %) de perfusions d'antalgiques IV pouvant être évitées, le surcoût n'est pas négligeable avec des coûts journaliers des formes IV jusqu'à 25 fois plus élevés par rapport aux formes orales. Au vu de la bibliographie, la pharmacocinétique des antalgiques prouve que la prise en charge de la douleur par voie orale est possible aux urgences. Des actions sont en cours de réalisation avec : une sensibilisation sur le recours à la voie orale, un rappel pharmacocinétique de ces deux antalgiques auprès des prescripteurs et notamment des internes ainsi que des interventions lors des instances (CLUD, CoMédIMS, CME). Cette étude pluridisciplinaire a permis de créer un lien fort entre la pharmacie et le service des urgences pour une optimisation des indications de perfusion d'antalgiques avec une réévaluation prévue à 6 mois.

Mots-clés :

Urgences, Perfusion, Prescription

Références

- [1] Fargeot C. et al. Bon usage des dispositifs médicaux de perfusion, Recommandations CODIMS APHP (2015)
- [2] Chauvin M. Place du tramadol en analgésie, MAPAR (2003)
- [3] Copin C. Le paracétamol, CNRD (2003)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 144

Titre :

Évaluation des pratiques professionnelles : mise en place d'un plan d'action et son évaluation pour la substitution de la Ceftriaxone par le Céfotaxime dans un centre hospitalier général

Auteurs :

Meloni C., Oufella A., Gros H., Bouldouyre MA., Coret-Houbart B.

Hôpital Robert Ballanger, Aulnay-sous-bois

Résumé :

Contexte

Par son élimination biliaire et sa longue demi-vie, la Ceftriaxone (CRO), très prescrite (prise unique journalière), peut sélectionner ou favoriser l'émergence de germes résistants au sein de la flore digestive. Le Céfotaxime (CTX) par son excrétion urinaire et son même spectre bactériologique, est une meilleure alternative malgré trois administrations quotidiennes (sa demi-vie courte).

En 2014, la Commission des Anti-Infectieux (COMAI) a modifié le livret d'aide à la prescription des anti-infectieux en faveur CTX et sensibilisé les prescripteurs seniors et les nouveaux internes à leur arrivée. Ceci permit d'inverser le rapport CRO/CTX de 73 % entre janvier et juin 2014 à 35 % entre janvier et juin 2015.

Objectifs

Éliminer les dernières prescriptions non justifiées de CRO, en renforçant les propositions de substitution de la CRO par le CTX et la diffusion des messages d'information émanant de la COMAI.

Matériel et méthodes

Les prescriptions de CRO et de CTX ont été analysées pendant 15 jours en aval et en amont d'une période de 2 mois de déploiement du plan d'action qui consiste à intervenir, à chaque prescription de CRO, par l'interne de pharmacie aidé par les infectiologues, pour une diffusion soutenue des recommandations de la COMAI.

Les critères d'analyse ont été la comparaison avant/après du pourcentage de prescriptions de CRO et de leurs justifications, de la posologie moyenne et des antibiotiques associés.

Résultats

Sur la période 1, il y a eu 122 prescriptions, dont 20 % de CRO et 112 sur la période 2, dont 16 % de CRO (différence non significative).

Sur les prescriptions de CRO de la période 2, 55 % sont conformes aux recommandations de la COMAI contre seulement 37,5 % de celles de la période 1 ($p < 0,01$).

Pendant la période 1, la dose moyenne quotidienne est de 1 g de CRO et 3 g de CTX, associés le plus souvent au Métronidazole et/ou à la Gentamicine. Pendant la période 2, la dose moyenne est de 2 g de CRO ($p < 10^{-4}$) contre toujours 3 g de CTX. La consommation en dose définie journalière de CRO a diminué de 40 % et celle de CTX a augmenté de 206 % entre 2014 et 2015.

Conclusion

L'efficacité des mesures prises par la COMAI entre 2014 et 2015 a justifié de les renforcer pour rattraper les dernières prescriptions non justifiées de CRO et de pérenniser ces habitudes.

Néanmoins, la fréquence importante des infections traitées dans la période 2 pour lesquelles la CRO est indiquée et à des posologies élevées, explique la diminution non significative des prescriptions de CRO et l'augmentation de sa posologie moyenne.

Mots-clés :

Ceftriaxone, Céfotaxime, Evaluation des pratiques professionnelles

Références

[1] Arvidsson A et al. Ceftriaxone: renal and biliary excretion and effect on the colon microflora; J Antimicrob Chemother 1982;10(3):207-15.

[2] Grohs P et al. Fighting the spread of AmpC-hyperproducing Enterobacteriaceae: beneficial effect of replacing ceftriaxone with cefotaxime. J Antimicrob Chemother 2013, en ligne le 24 octobre 2013.

[3] Bgaguidi-Haore H et al. Antibiotics involved in the occurrence of antibiotic-resistant bacteria: a nationwide multilevel study suggests differences within antibiotic classes. J Antimicrob Chemother 2013;68(2):461-70.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Place du pharmacien clinicien en hôpital de jour gériatrique et impact de l'analyse pharmaceutique des ordonnances sur la médecine de ville

Auteurs :

Cheyrour A.¹, Adehossi A.², Bernard J.², Schmit B.²

¹ CH Mantes-La-Jolie

² CH Beauvais

Résumé :

Contexte

Depuis quelques années déjà, l'analyse pharmaceutique (AP) des ordonnances, activité au cœur du métier de pharmacien, semble connaître un grand bouleversement avec le développement de la pharmacie clinique. Cependant, bien que la société française de pharmacie clinique recommande le niveau d'AP le plus élevé en « suivi pharmaceutique », le pharmacien se doit d'identifier des situations à risque justifiant son intervention auprès des patients. L'ouverture récente d'un hôpital de jour gériatrique (HDJG) dans notre établissement a été une excellente opportunité de tester ce niveau d'AP auprès du patient âgé.

Objectifs

L'objectif est de mesurer l'impact de l'AP en « suivi pharmaceutique » sur la médecine de ville.

Patients et méthodes

Un pharmacien clinicien a intégré l'équipe pluridisciplinaire de l'HDJG. La rencontre à travers un entretien pharmaceutique a été l'occasion d'objectiver l'observance des patients, mais également d'identifier des problèmes liés à la pharmacothérapie ou encore d'évaluer leur fragilité. A l'issue de cette rencontre, le pharmacien a réalisé une AP de l'ordonnance de chaque patient et a proposé ses interventions pharmaceutiques (IP) au médecin gériatre, que ce dernier a été libre de transmettre ou non par courrier au médecin traitant (MT). A distance de l'hospitalisation, le pharmacien a réalisé un suivi des IP en appelant les pharmacies d'officine des patients.

Résultats

40 patients âgés ont été rencontrés (m = 81,8 ans) au cours d'un entretien pharmaceutique (m = 24,7 min). Le pharmacien clinicien a proposé 90 IP au médecin gériatre (2,25 par patient) dont 82 (91,1 %) ont été acceptées et transmises au MT par courrier. A posteriori, l'appel aux pharmacies d'officine a permis le suivi de 50 des 82 IP transmises (61 %). Le taux d'acceptation des IP par les MT est de 44 %. Ces derniers semblent avoir été très sensibles aux IP proposant un arrêt de médicaments potentiellement inappropriés pour le sujet âgé (6/9, 66,7 %) contrairement à celles proposant un ajout de traitement (4/15, 26,7 %).

Discussion

Le taux d'acceptation des IP proposées par le pharmacien clinicien au MT est encourageant et montre qu'il y a un impact pharmaceutique non négligeable sur les pratiques de médecine de ville. Encore trop souvent présentée comme une activité hospitalière, la pharmacie clinique se doit de franchir un cap et pourquoi pas d'infiltrer le tissu officinal. En effet, la mise en place de consultations pharmaceutiques en ville pourrait permettre de renforcer le partenariat médecin-pharmacien au service des patients.

Mots-clés :

Sujet âgé, Système d'information en pharmacie clinique, Ordonnances

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Comparaison de deux niveaux d'analyse pharmaceutique dans un hôpital de jour gériatrique

Auteurs :

Cheyroux A.¹, Adehossi A.², Bernard J.², Schmit B.²

¹ CH Mantes-La-Jolie

² CH Beauvais

Résumé :

Contexte

La société française de pharmacie clinique (SFPC) a défini trois niveaux d'analyse pharmaceutique (AP) selon le degré d'implication du pharmacien auprès du patient. Si aujourd'hui l'AP de niveau 2 ou encore « revue des thérapeutiques » est le niveau le plus souvent pratiqué par les établissements de santé en France, la SFPC recommande pourtant une approche holistique pour l'ensemble des patients en « suivi pharmaceutique » (AP de niveau 3). L'ouverture récente d'un hôpital de jour gériatrique (HDJG) dans notre établissement a été l'occasion de mettre en place et de tester la pertinence de cette prestation pharmaceutique auprès des sujets âgés.

Objectifs

L'objectif est de comparer deux niveaux d'AP (« revue des thérapeutiques » et « suivi pharmaceutique ») dans un HDJG.

Patients et méthodes

Un pharmacien clinicien a intégré l'équipe pluridisciplinaire de l'HDJG. Il a pu être amené, selon sa disponibilité, à rencontrer les patients accueillis au cours d'un entretien pharmaceutique, à l'issue duquel il a réalisé une AP de l'ordonnance (« suivi pharmaceutique »). Lorsque la rencontre avec les patients n'a pas pu avoir lieu, l'AP de l'ordonnance a été exécutée à la pharmacie (« revue des thérapeutiques »). Dans les deux cas, le pharmacien a ensuite proposé ses interventions pharmaceutiques (IP) au médecin gériatre, que ce dernier a été libre de transmettre ou non par courrier au médecin traitant (MT).

Résultats

56 patients ont pu bénéficier d'une AP de niveau 2 (m = 80,4 ans) et 40 autres d'une AP de niveau 3 (m = 81,8 ans). Le pharmacien clinicien a proposé un total 169 IP (respectivement 79 et 90 pour chaque groupe) avec un taux de transmission global de 94,7 % par le médecin gériatre au MT. Le pharmacien clinicien a émis un nombre d'IP plus élevé lorsqu'il a rencontré le patient (m = 2,25) par rapport à une simple analyse d'ordonnance à la pharmacie (m = 1,41, p = 0,002). L'entretien pharmaceutique avec le patient a permis d'obtenir des informations supplémentaires pour 60,8 % des IP issues de l'AP de niveau 3.

Discussion

Bien que plus lourde à mettre en œuvre, la prise en charge du patient en « suivi pharmaceutique » démontre sa supériorité sur la « revue des thérapeutiques ». En effet, l'échange pharmaceutique avec les patients au cours d'un entretien constitue une véritable mine d'informations supplémentaires (observance thérapeutique, troubles de la déglutition...), permettant au pharmacien de renforcer le nombre et la pertinence de ses IP, et ainsi de justifier sa place de « gardien du médicament » auprès des patients.

Mots-clés :

Sujet âgé, Système d'information en pharmacie clinique, Ordonnances

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Traitement par les anticoagulants oraux : perception et connaissances des patients

Auteurs :

Ben Jeddou K.¹, Hasni N.¹, Ben M'Barka F.¹, Arfaoui H.¹, Razgallah M.², Baccar H.¹, Khalfallah N.¹, Ouahchi Z.¹

¹ Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

² Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

Les antivitaminiques K sont des médicaments potentiellement iatrogènes. Ils sont à l'origine d'effets indésirables graves, en particulier hémorragiques. Les complications hémorragiques sous AVK constituent en effet la première cause d'accidents iatrogènes.

Objectifs

Le but de notre étude est d'évaluer le niveau de connaissance des patients sur leur traitement.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective réalisée au niveau des services de cardiologie et de médecine interne. Tous les patients, hospitalisés ou en ambulatoire, qui sont déjà sous AVK à l'admission sont inclus. Un questionnaire a été établi afin d'évaluer le niveau de connaissance des patients sur leur traitement et différentes informations ont été recueillies (âge, sexe, niveau de scolarité, indication de l'AVK, ancienneté de la prescription...).

Résultats

Un total de 107 patients a été inclus dans l'étude avec 51 hommes et 56 femmes d'âge moyen de 57,87 ans. Les items les plus connus par les patients sont le nom de l'AVK (93 %), l'heure de prise fixe (88 %), le rôle du médicament (85 %), les précautions à prendre avant tout acte invasif (84 %) et l'indication du traitement (81 %). Le risque et les signes cliniques de surdosage étaient connus chez 72 % des patients par contre la conduite à tenir dans ce cas n'était connu que chez 47 % des patients. Les items les moins connus étaient la conduite à tenir en cas d'oubli (11 %), l'intervalle cible de l'INR (28 % dont 70 % sont sous AVK depuis plus qu'une année), et sa périodicité (22 %). Le régime et le risque d'interactions alimentaires était connu chez uniquement 2 patients.

Discussion

Les connaissances acquises au cours de l'hospitalisation sont insuffisantes pour garantir une bonne sécurité sur l'usage des AVK. Les patients connaissent le nom, le rôle du médicament et son indication « domaine du savoir », mais maîtrisent moins le domaine du « savoir faire » (Conduite à tenir en cas d'oubli ou en cas de surdosage, à quelle intervalle effectuer ses INR). Les résultats de cette étude concordent avec ceux retrouvés dans la littérature [1, 2] et rappellent la nécessité d'instaurer un programme d'éducation thérapeutique ciblé et adapté aux besoins réels des patients.

Mots-clés :

Education pour la santé, Antivitamine K, Connaissance des patients sur la médication

Références

[1] Labrosse H, Vantard N, Garcia K, Leboucher G, Charpiat B. Consultation de pharmacie et niveau de (1) connaissance des patients hospitalisés traités par des médicaments anti-vitamine K. Ann Pharm Fr. 2006;64(5):344-9

[2] Wang Y, Kong MC, Lee LH, Ng HJ, Ko Y. Knowledge, satisfaction, and concerns regarding warfarin therapy and their association with warfarin adherence and anticoagulation control. Thromb Res. 2014;(5353):1-5.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Élaboration d'un outil pour harmoniser l'analyse pharmaceutique des prescriptions d'un patient insuffisant rénal

Auteurs :

Durand F., Lambert C., Lazaro P., Dupuis A.

CHU Poitiers

Résumé :

Contexte

Le développement de la prescription informatisée met en évidence la nécessité d'harmoniser nos pratiques d'analyse pharmaceutique.

Objectifs

L'objectif de l'étude est d'analyser les prescriptions des patients insuffisants rénaux (IR) afin d'élaborer un outil de validation pharmaceutique.

Patients et méthodes

Une étude observationnelle prospective a été menée sur 7 jours, dans 14 services de soins. Pharmaciens, internes et étudiants en pharmacie ont été formés sur des rappels physiopathologiques, le rôle du pharmacien dans l'analyse des prescriptions des patients IR, et le recueil de données. D'après la bibliographie, la formule MDRD donne une meilleure estimation de la fonction rénale, alors que pour l'adaptation posologique il est préférable d'utiliser la formule de Cockcroft utilisée dans les RCP. Nous avons donc inclus les patients avec un débit de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/min (MDRD), et calculé la clairance de la créatinine selon Cockcroft. Âge, sexe, poids, et prescriptions médicamenteuses ont été recueillis. Pharmaciens et internes ont analysé les prescriptions en notant les adaptations posologiques recommandées. Enfin, en staff, nous avons sélectionné les interventions pharmaceutiques (IP) pertinentes, afin d'élaborer un outil répondant aux besoins identifiés.

Résultats

Au total, 48 patients inclus (75.9 ± 10.9 ans, sex ratio 1.3), 550 lignes prescrites dont 72 molécules nécessitant une adaptation posologique à la fonction rénale. Parmi elles : aténolol, allopurinol, cétirizine, gabapentine, metformine, métoclopramine, paracétamol, péridopril, pravastatine, tramadol, zopiclone. Jusqu'à 75 % des médicaments d'une prescription ont une posologie à adapter. Les résultats ont permis d'identifier plusieurs situations : Dans les traitements au long cours, antihypertenseurs, antiépileptiques, une IP n'est pas pertinente chez les patients cliniquement équilibrés. Si la molécule est dosable, la dose doit être adaptée au vu du dosage plasmatique. En cas de contre-indication, des alternatives sont à proposer. Il n'est pas toujours pertinent d'adapter la posologie lors d'IR aiguë.

Conclusion

Une plaquette récapitulative a été établie. Au recto, un arbre décisionnel indique la conduite à tenir du pharmacien selon le caractère aiguë ou chronique de l'IR, la classe médicamenteuse, et l'initiation ou poursuite du traitement. Au verso, figurent les adaptations posologiques des 12 molécules les plus souvent concernées par des IP et les alternatives en cas de contre-indication. Cet outil sera diffusé et évalué.

Mots-clés :

Insuffisance rénale, Analyse pharmaceutique, Pharmacie clinique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 149

Titre :

Conciliation médicamenteuse de sortie en gériopsychiatrie : la prescription des psychotropes reste-elle appropriée en ville ?

Auteurs :

Le Mercier F., Rey A., Boyaux B., Debruyne AL., Queuille E., Potaufeu J.

CH Charles Perrens, Bordeaux

Résumé :

Contexte

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) du patient à la sortie est réalisée dans notre établissement chez les plus de 65 ans par un interne en lien avec le psychiatre. Elle permet, entre autre, de justifier l'usage ou non des psychotropes potentiellement inappropriés chez le sujet âgé.

Objectifs

Évaluer le taux d'optimisation de lignes de prescriptions à visée anxiolytique ou hypnotique lors de l'hospitalisation en se focalisant sur les benzodiazépines et apparentés, l'hydroxyzine, l'alimémazine et l'etifoxine, puis regarder le devenir de ces optimisations à 45 jours de la sortie.

Patients et méthodes

Les optimisations de prescriptions entre l'entrée (Bilan Médicamenteux Optimisé) et la sortie du patient (Ordonnance des Médicaments à la Sortie) ont été relevées : arrêt, diminution de posologie ou switch pour une benzodiazépine à demi-vie courte. Les officines des patients ayant eu à la fois une optimisation de traitement durant l'hospitalisation et une CTM à la sortie ont été contactées afin d'obtenir les ordonnances qui ont suivi.

Résultats

Entre juillet et décembre 2015, 34 patients conciliés à la sortie ont été inclus (âge moyen 76 ans). Durant leur séjour (39 ± 24 jours), 37 lignes d'anxiolytiques ou d'hypnotiques ont été optimisées sur 51 présentes à l'entrée (73 %), soit 27 patients. Dans les 45 jours après la sortie de ces derniers, les ordonnances ont pu être récupérées pour 23 patients. La première prescription est établie en moyenne après 21 jours, par un psychiatre (8 cas), un médecin généraliste ou un autre spécialiste (15 cas). La stratégie thérapeutique est poursuivie pour 19 patients, correspondant à 19 lignes sur 25 (76 %) : 5 maintiens, 10 baisses de posologie et 4 lignes arrêtées. Cependant, 5 augmentations de dose, un switch de benzodiazépine pour une demi-vie plus longue et 2 lignes ajoutées ont été notées.

Conclusion

Cette étude objective l'optimisation thérapeutique des prescriptions des sujets âgés pendant l'hospitalisation en gériopsychiatrie. Il semble également que la CTM, par le relais hôpital-ville, puisse favoriser le maintien de ces prescriptions, bien que la comparaison à un bras contrôle permettrait d'évaluer son impact réel. En complément de la CTM, la récente mise en place d'entretiens de sortie avec le patient pourrait permettre de le rendre acteur pour une meilleure adhésion aux changements thérapeutiques opérés lors du séjour.

Mots-clés :

Conciliation des traitements médicamenteux, Prescription inappropriée, Sujet âgé

Références

Laroche et al. European Journal of Clinical Pharmacology 63 : 725-31 (2007)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 150

Titre :

Etude prospective sur la réévaluation de l'antibiothérapie au sein d'un centre hospitalier

Auteurs :

Oukkil R.², Garreau I.¹

¹ CH Epervay

² CH des Vallées, Longjumeau

Résumé :

Contexte

La résistance des bactéries aux antibiotiques fut initialement faible mais l'utilisation massive et inappropriée des antibiotiques en santé humaine mais aussi en milieu vétérinaire a conduit ces dernières années à une forte augmentation du phénomène.

La prise de conscience de ce mésusage, de ses conséquences économiques et l'évolution des résistances bactériennes a conduit à la mise en place de nombreuses stratégies afin d'améliorer le bon usage des antibiotiques.

Une des composantes essentielles de cette politique est la réévaluation à 48-72 h afin d'adapter le traitement en fonction des données microbiologiques, biologiques, cliniques et paracliniques du patient.

Objectifs

Etablir un état des lieux de la réévaluation de l'antibiothérapie au sein de l'établissement.

Cette étude permettra également de sensibiliser les prescripteurs à l'importance de cette réévaluation.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective portant sur la réévaluation à 48-72 h des antibiothérapies curatives initiées dans deux services de médecine.

La durée totale du recueil pour cette étude a été fixée à quatre mois, du 01/04/2014 au 31/07/2014 inclus.

Le recueil de l'ensemble des données s'est fait au moyen d'une grille conformément aux recommandations de la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et en collaboration avec les deux médecins référents en antibiothérapie de l'établissement.

Résultats

Cette étude prospective a inclus 211 patients dont la moyenne d'âge est de 82.1 ans.

Ce travail a mis en lumière un taux de réévaluation de 96.2 % des antibiothérapies curatives, ce qui est supérieur aux données de la littérature. L'implication des acteurs pharmaceutiques et l'utilisation d'un outil informatique performant peuvent expliquer ce bon chiffre. Cependant, le taux global de désescalade observé dans cette étude est faible, puisque seulement 13.8 % des antibiothérapies initiales ont pu bénéficier d'une désescalade thérapeutique.

La poursuite de l'antibiothérapie est la décision la plus fréquemment observée dans cette étude avec 119 poursuites de l'antibiothérapie initiale soit 59 %.

Conclusion

Cet effort concluant doit être poursuivi afin de pérenniser ce maillon essentiel au bon usage des antibiotiques. Il y a néanmoins besoin d'intensifier la formation continue des équipes médicales afin de faciliter la désescalade thérapeutique qui s'est avérée insuffisante dans cette étude.

Mots-clés :

Résistance aux antibiotiques, Réévaluation, Bon usage des antibiotiques

Références

[1] Veber B. Ann. fr. anesth. réanim. 23 : 654–657 (2004)

[2] Shime N et al. Infection. 39(4) : 319-25 (2011)

[3] Baptiste Rigaud et al. Presse méd 2007. 36(9) : 1159–1166 (2007)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 151

Titre :

Médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation au sein de 17 centres d'oncologie au Maroc

Auteurs :

Meddah B.², Ferraq W.¹, Benabbes M.², Ferraq W.¹

¹ Université Mohamed V, Faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

² Institut National d'Oncologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Résumé :

Contexte

Au Maroc, nous ne disposons d'une procédure d'obtention d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Objectifs

L'objectif est de faire un état des lieux auprès des pharmaciens des centres d'oncologie et évaluer leurs connaissances par rapport à la conduite de la procédure d'obtention ATU.

Matériel et méthodes

L'étude est prospective au cours du mois de septembre 2015, réalisée auprès de 17 centres d'oncologie dans six villes du Maroc (12 publics et 5 cliniques privés), un questionnaire a été communiqué aux pharmaciens des différents centres. Les thèmes portant sur l'évaluation des connaissances sur l'ATU, les anticancéreux qui ont fait l'objet d'une ATU et la procédure pour l'acquérir.

Résultats

18 pharmaciens ont répondu au questionnaire, 100 % des répondants connaissent la définition de l'ATU, 64 % (11) ignorent les types d'ATU, et 41 % (7) ont répondu qu'ils savent comment obtenir ATU (41) % (7) vs 59 % (10). 28 médicaments anticancéreux ont fait l'objet de demande d'ATU dans les différents centres au Maroc. 7 pharmaciens ont jugé que l'absence autorisation de mise sur le marché de certains médicaments revient au fait d'une insuffisance de demande au niveau du pays et aussi par l'absence d'intérêt économique pour l'industrie pharmaceutique vu la faible part dans le marché Marocain.

Conclusion

D'après nos résultats, la majorité des pharmaciens ne connaissent pas la procédure d'obtention d'ATU, vu l'absence d'une procédure standard au Maroc, ceci incite à la nécessité de l'élaboration d'un processus par les autorités sanitaires afin de faciliter l'accès aux médicaments anticancéreux au sein de notre pays.

Mots-clés :

Autorisation, Oncologie, Pharmacien

Références

[1] Dahir n° 1-06-151 du 30 chaoual 1427 portant promulgation de la loi n° 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie. (B.O. n° 5480 du 7 décembre 2006).

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Audit de pertinence des prescriptions de ciprofloxacine dans un centre régional de lutte contre le cancer

Auteurs :

Gaihier C., Baudoin A., Le Garrec A., Boyer F., Kabbani Y., Jouneau J., Donamaria C., Stein P., Toulza E., Lortal B., Apretna E.
Institut Bergonié, Bordeaux

Résumé :

Contexte

La grande utilisation pratique et l'intérêt clinique des fluoroquinolones ont pour conséquence un effet délétère en termes d'impact épidémiologique (émergence de mutants résistants). Le Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales, au décours de la surveillance de la consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes, a signalé à notre établissement une consommation trop élevée de ciprofloxacine.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer et d'améliorer les pratiques professionnelles concernant la prescription de cet antibiotique.

Matériel et méthodes

La commission anti-infectieuse (CAI) de l'établissement a réalisé une étude rétrospective en 2013 réitérée en 2014 des prescriptions de ciprofloxacine, et a comparé l'évolution des données. Les dossiers ont été tirés au sort aléatoirement. Les informations recueillies étaient la consommation, l'indication, la documentation de l'infection, la réévaluation à 72 heures, la durée du traitement et l'association à un autre antibiotique. La pertinence des prescriptions a été évaluée par le référent en antibiothérapie.

Résultats

En 2013, 54 observations ont été analysées et 50 en 2014. La consommation en doses définies journalières pour 1 000 jours d'hospitalisations était de 89 en 2013 et de 50 en 2014. Les principales indications étaient : syndrome infectieux sans précision (53,7 % en 2013 versus 12 % en 2014), sepsis/abcès (22,2 % versus 38 %) et infection pulmonaire (7,4 % versus 24 %). La ciprofloxacine a été débutée de façon probabiliste dans 75,5 % des cas en 2013 (réévaluée à 72 heures pour 75,9 % des prescriptions) et dans 97,9 % des cas en 2014 (dont 68 % réévalués). Un autre antibiotique était associé dans 92 % des observations sur les 2 ans : la ceftriaxone était retrouvée dans 44 % des prescriptions en 2013 et dans 10 % en 2014. La pertinence des prescriptions a été jugée bonne par le référent dans 37 % des cas en 2013 et dans 94 % en 2014.

Discussion

L'utilisation de la ciprofloxacine est raisonnée en 2014 (consommation diminuée, indications cohérentes et diminution de la co-prescription avec la ceftriaxone). La mobilisation forte du référent antibiotique et de la CAI a permis une amélioration des pratiques grâce à la diffusion début 2014 de la procédure de conduite à tenir devant un patient neutropénique, avec arbre décisionnel de prescription.

Mots-clés :

Ciprofloxacine, Revue des pratiques de prescription des médicaments, Amélioration de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 153

Titre :

Patient âgé, patient à risque : intérêt d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) des prescriptions médicamenteuses

Auteurs :

Leylavergne S., Froger B., Berdougo B., Foliot P., Sabbagh N.

GHEM Hôpital Simone Veil, Eaubonne

Résumé :

Contexte

Le risque iatrogène est accru chez la personne âgée (PA) en raison du caractère polymédiqué et polypathologique. 20 % des hospitalisations des plus de 80 ans sont liées à l'utilisation inappropriée des médicaments. La certification V2014 exige une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé avec EPP.

Objectifs

L'objectif est de réaliser une EPP en vue d'améliorer la prise en charge médicamenteuse (PCEM) chez la PA en évaluant 4 paramètres principaux : adéquation entre les spécialités prescrites et les pathologies tracées dans le dossier patient, adaptation à la fonction rénale, conformité à la liste de Laroche et adaptation aux capacités de déglutition.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude pilote portant sur 30 dossiers-patients, hospitalisés en soins de suite gériatrique ou de réadaptation polyvalente, comportant les 3 critères d'inclusion suivants : âge \geq 65 ans, polypathologiques, séjour \geq 1 mois. Une analyse rétrospective des prescriptions a été réalisée sur 9 mois, à l'aide d'une grille nationale de 9 items.

Résultats

L'étude comporte 21 femmes et 9 hommes (âge moyen 82 ans). Le nombre moyen de lignes de prescriptions est de 11 par patient. Les classes médicamenteuses les plus prescrites sont : cardiologie (22 %), neurologie (15 %) et psychiatrie (14 %). Il existe une adéquation entre les médicaments prescrits et les pathologies tracées dans le dossier patient dans 78 % des lignes de prescription. Parmi les inadéquations, 15 ordonnances contiennent un inhibiteur de la pompe à protons dont l'indication n'est retrouvée que chez 9 patients. La posologie est adaptée à la fonction rénale dans 99 % des cas. 94 % des lignes de prescriptions sont conformes à la liste de Laroche. Les capacités de déglutition sont adaptées dans 80 % des lignes de prescription. La pertinence globale de cette EPP (association des 4 paramètres) est de 62 % versus 67 % pour les résultats nationaux.

Conclusion

Globalement, ces résultats témoignent d'une PECM optimisée. Cependant, la réévaluation systématique de la pertinence des traitements en cours d'hospitalisation et la nécessité d'adaptation aux capacités de déglutition restent à améliorer. La mise en place de la validation pharmaceutique associée à une sensibilisation des prescripteurs aux outils disponibles (guide de bon usage des médicaments adaptés à la PA réalisé par la pharmacie, diffusé fin 2015) permettront d'améliorer la PECM. Une EPP sur un plus grand nombre de patients devra être réalisée afin de mesurer l'impact de ces actions correctives.

Mots-clés :

EPP, Prescriptions médicamenteuses, Gériatrie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Évaluation de la connaissance de la maladie de tuberculose et de l'observance thérapeutique des patients

Auteurs :

Attijoui H.², Ouggague K.², Aliat Z.², Bennana A.¹, Bousliman Y.¹

¹ Hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

² CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Résumé :

Contexte

La connaissance des patients de leur maladie constitue une partie intégrante dans leur prise en charge et améliore l'observance thérapeutique du traitement.

Objectifs

Notre objectif était d'évaluer la connaissance des patients sur leur maladie et son traitement, d'identifier leur besoin en éducation thérapeutique et d'étudier l'observance du traitement antituberculeux de ces malades.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective incluant 181 patients tuberculeux se présentant à la pharmacie de l'hôpital pour la récupération de leur traitement après consultation. La collecte de données s'est effectuée par l'intermédiaire d'un questionnaire concocté dans ce cadre. Nous avons considéré qu'un taux de réponses correctes de 4 sur 6 correspondait à une connaissance satisfaisante des patients. Nous avons consacré une partie de l'interview à répondre aux questions des malades.

Résultats

Le taux de réponse obtenu était de 46 %. L'âge médian de nos patients était de 33 ans, avec une prédominance masculine (64 %). Les cas de tuberculose pulmonaire constituaient 74 % alors que les cas de tuberculose extrapulmonaire représentaient 26 %. Concernant les connaissances des patients de la maladie et de son traitement, seuls 37 % des malades avaient une connaissance satisfaisante contre 63 % des malades avec une connaissance insatisfaisante. Les patients ayant des connaissances satisfaisantes sont ceux d'un niveau d'éducation plus élevé. 68 % des patients ont été informés des mesures d'hygiène à adopter tandis que 32 % les ignoraient. Cependant, seuls 54 % de ces patients respectaient ces mesures. L'évaluation de l'observance était à 57,8 %.

Conclusion

Les résultats précités suscitent l'intérêt d'une éducation thérapeutique de fond et de forme ciblant ces patients, adaptées à leur besoins et impliquant l'ensemble des acteurs de soins.

Mots-clés :

Tuberculose, Observance, Connaissance

Références

E. R. Wandwalo Int J Tuberc Lung Dis 2000 ; 4(11) : 1041-1046 © 2000 IUATLD

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Peut-on administrer le céfotaxime en Y avec d'autres médicaments injectables ?

Auteurs :

Soussi M.², Soualah-Alila R.², Jenene F.¹, Lazreg O.², Khrouf Razgallah M.²

¹ Hôpital militaire, Bizerte, Tunisie

² Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

Dans les unités de soins intensifs, les patients traités par céfotaxime reçoivent simultanément à travers un site en Y d'autres médicaments injectables. Bien que la compatibilité physico-chimique du céfotaxime ait été étudiée dans la littérature, ces données ne concernent pas la totalité des médicaments injectables prescrits dans notre établissement.

Objectifs

Le but de ce travail est d'étudier in-vitro la compatibilité physique du céfotaxime avec 39 autres médicaments injectables fréquemment prescrits dans notre établissement.

Matériel et méthodes

Le Céfotaxime a été dilué dans deux solvants différents (NaCl 0,9 % et G5 %) dans le but d'évaluer l'impact du solvant sur la compatibilité physique. Les autres solutions médicamenteuses ont été préparées selon les recommandations du fabricant. Les mélanges ont été réalisés à la proportion 1:1 (v/v) et les 3 paramètres suivants ont été examinés sur une durée de 4 h : formation d'un précipité, changement de coloration ou dégagement gazeux. Pour chaque test, un deuxième essai avec agitation a été réalisé pour simuler une administration en continu des médicaments.

Résultats

A l'issue de ces tests, le Céfotaxime était physiquement incompatible avec l'Amphotéricine B et l'Oméprazole. Un Précipité sous forme de floccules jaunâtres a été observé 30 minutes après mélange avec l'amphotéricine B et des fines particules brunâtres sont apparues au bout de 4 h de mélange avec l'oméprazole. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux solutions de céfotaxime utilisées. Il semble donc que les incompatibilités physiques observées sont indépendantes de la nature du solvant de dilution utilisé. Le pH acide de la solution de céfotaxime (4.5-4.7) est probablement à l'origine de ces incompatibilités.

Conclusion

Notre étude a mis en évidence deux incompatibilités physiques entre des médicaments fréquemment prescrits dans notre établissement. Ces incompatibilités n'étaient pas rapportées dans la littérature. Ce travail doit être complété par l'évaluation des incompatibilités chimiques au moyen de méthodes quantitatives.

Mots-clés :

Céfotaxime, Incompatibilité, Injectable

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation du traitement anticoagulant oral : évaluation des connaissances acquises par les patients au cours de l'hospitalisation

Auteurs :

Ben Jeddou K.¹, Hasni N.¹, Abbassi A.¹, Bedoui Y.¹, Razgallah M.², Baccar H.¹, Khalfallah N.¹, Ouahchi Z.¹

¹ Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

² Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

Les antivitaminiques K (AVK) sont des médicaments à haut potentiel iatrogène. Ils constituent la première cause d'accidents iatrogènes avec un nombre élevé des hospitalisations qui leurs sont imputables. Beaucoup de facteurs influent sur les effets des AVK, entre autre le niveau de compréhension du traitement par les patients [1, 2].

Objectifs

Notre étude vise à évaluer les connaissances acquises par les patients récemment mis sous AVK dans le but d'apprécier l'efficacité des mesures d'accompagnement et d'informations des patients traités par AVK dans notre hôpital.

Patients et méthodes

Une enquête a été dirigée dans les services de cardiologie et de médecine interne sur une période de 7 mois. Un questionnaire validé de 20 questions explorant les connaissances du domaine du savoir cognitif et du savoir faire a été utilisé. Tous les patients dont le traitement par AVK a été instauré pendant l'hospitalisation, ont été inclus.

Résultats

Au total, 55 patients avec un âge moyen de $59,16 \pm 15,2$ ans sont inclus dans l'étude avec 40 % des patients âgés de plus de 65 ans et un taux d'analphabétisme de 35 %. La majorité des patients interrogés ont une durée de séjour comprise entre 16 et 30 jours. Plus de 2/3 des patients ont déclaré avoir reçu des informations par les professionnels de santé du service hospitalier au cours de leurs séjours. Le score moyen des connaissances des patients sur leur traitement est de $5,78 \pm 3,42$ de bonnes réponses sur un total de 20. Les scores moyens des connaissances relevant du domaine des savoirs cognitifs ainsi que du savoir faire sont respectivement $3,8 \pm 2,26$ et $1,98 \pm 1,78$. Les notions les moins connues sur les AVK à la fin du séjour sont l'importance et les modalités de surveillance, les signes de surdosages, la cible d'INR, la conduite à tenir en cas d'oubli de prise, les interactions alimentaires et médicamenteuses... Les facteurs interférant sont l'âge, le niveau de scolarité, la durée de séjour, le nombre d'intervention auprès du patient.

Conclusion

Notre travail montre que lorsque le traitement AVK est démarré à l'hôpital, les patients acquièrent un certain nombre d'informations qui restent nettement insuffisantes pour assurer la sécurité du patient. Les résultats de notre étude montrent aussi que plus d'attention devra être accordée aux patients âgés, analphabètes et dont le traitement par AVK vient d'être instauré. Tout ceci justifie de proposer systématiquement aux patients hospitalisés traités par AVK un programme d'éducation structuré et ciblé.

Mots-clés :

Antivitamine K, Evénement iatrogène médicamenteux, Education pour la santé

Références

- [1] Palareti G, Legnani C, Guazzaloca G, Lelia V, Cosmi B, Lunghi B, et al. Risks factors for highly unstable response to oral anticoagulation : a case-control study. Br J Haematol. 2005;129(1):72 8
[2] Tang EOYL, Lai CSM, Lee KKC, Wong RSM, Cheng G, Chan TYK. Relationship between patients' warfarin knowledge and anticoagulation control. Ann Pharmacother. 2003;37(1):34 9.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 157

Titre :

Evaluation de la consommation de produits en automédication par des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine

Auteurs :

Bordes C., Salomon L., Faure H., Blache-Leguelinel G., Mauboussin J., Barbuat C., Laureillard D., Lechiche C., Rouanet I., Sotto A.

CHU Caremeau, Nîmes

Résumé :

Contexte

L'automédication répond à une volonté de plus en plus marquée des patients d'être acteurs de leur santé. La facilité d'accès à l'information en fait une pratique courante. En 2015, son marché a augmenté de 5,2 % en valeur [1].

En France, on estime entre 100 000 et 130 000 le nombre de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH). Dans ce contexte, l'automédication est une pratique mal documentée. Elle n'est pourtant pas sans conséquences potentielles.

Objectifs

L'objectif de l'étude était de déterminer, dans une cohorte de PVVIH, la fréquence d'automédication concernant les médicaments courants à risque d'interaction avec les antirétroviraux : médicaments de la sphère digestive, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), phytothérapie, homéopathie, vitamines, oligo-éléments et compléments protéiniques.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude monocentrique, observationnelle, prospective. Le recueil des caractéristiques socio-démographiques et biocliniques et des informations concernant l'utilisation des produits en automédication a été réalisé via un auto-questionnaire rempli par les patients traités venant en consultation médicale pour le suivi de leur séropositivité VIH.

Résultats

Sur 6 mois, 285 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 50 ans avec un sex ratio de 2,96. Au cours des six derniers mois, 117 patients ont déclaré avoir consommé au moins un des produits étudiés en automédication. Les AINS étaient majoritaires pour 79 patients (28 %) suivis par les médicaments pour troubles digestifs chez 34 patients (12 %). Des vitamines et/ou oligoéléments ont été pris par 29 patients (10 %), 15 d'entre eux (5 %) ont eu recours à la phytothérapie et 10 (4 %) à l'homéopathie. Enfin 5 patients (2 %) ont consommé des compléments protéiniques. Pour 61 % des patients ayant utilisé des AINS, la prise était ponctuelle. Elle était inférieure à 7 jours pour 85 % des patients ayant consommé des médicaments de la sphère digestive.

Conclusion

L'automédication concerne une part non négligeable des PVVIH chez qui le risque de mésusages et d'interactions pharmacocinétiques ou pharmacodynamiques avec les antirétroviraux est majeur. En effet, une étude texane a montré un mésusage de l'automédication chez 37,2 % des PVVIH [2]. Ces mauvaises pratiques peuvent être à l'origine d'une perte d'efficacité des antirétroviraux ou d'une amplification de leurs effets indésirables. Une analyse d'interaction serait intéressante afin d'établir l'impact potentiel de l'automédication chez ces patients.

Mots-clés :

Automédication, Séropositivité VIH, Antirétroviraux

Références

- [1] AFIPA, 14^{ème} baromètre AFIPA 2015 des produits du selfcare (2016)
- [2] Ajuoga et al. Res Soc Adm Pharm RSAP ; 4(3) : 292-301 (2008)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Péritonites en chirurgie digestive : un traitement anti-infectieux probabiliste adapté à l'écologie microbienne locale ?

Auteurs :

Lafaurie M., Cool C., Gougeon M., Sémély D., Urtubia N., Porte L., Segonds C., Cestac P., Duhalde V.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

En 2014, la SFAR a émis des recommandations formalisées d'experts (RFE) sur la prise en charge des péritonites. Elles mettent en évidence la nécessité d'instaurer une antibiothérapie probabiliste en tenant compte de l'écologie microbienne locale et du caractère nosocomial ou communautaire de l'infection.

Objectifs

L'objectif était d'analyser les consommations d'anti-infectieux d'un service de chirurgie digestive de 2013 à 2014 et de les confronter aux RFE.

Matériel et méthodes

Les consommations ont été évaluées à l'aide du nombre de doses définies journalières rapporté à 1 000 journées d'hospitalisation (DDJ/1 000 JH). L'évaluation de l'écologie et des profils de résistance a été faite par l'analyse des liquides intra-péritonéaux.

Résultats

Entre 2013 et 2014, la DDJ/1 000 JH de l'amoxicilline/acide clavulanique (AMC) a augmenté de 20 %. En 2014, elle était 5 fois plus élevée que celle de la ceftriaxone (202 versus 41). La consommation de fluoroquinolones (FQ) était stable (71 versus 66). Le fluconazole était l'antifongique le plus utilisé (70 vs 8 pour la caspofungine). 30 (68 %) des 44 liquides intra-péritonéaux étaient positifs en culture. Les principaux microorganismes étaient : 17 (57 %) entérobactéries, 12 (40 %) entérocoques, 7 (23 %) anaérobies, 7 (23 %) levures (Candida). 5 entérobactéries (29 %) étaient résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération, 8 (48 %) à l'AMC. Un Candida glabrata était de sensibilité intermédiaire au fluconazole, l'autre résistant.

Discussion

Dans les formes communautaires peu sévères, le traitement anti-infectieux probabiliste recommandé est AMC + gentamicine ou ceftriaxone + métronidazole. La consommation d'AMC semblait élevée au vu du profil de résistance retrouvé. Une des raisons médicales évoquées était la facilité du relais IV/PO avec l'AMC comparé à la ceftriaxone. Les FQ ne sont recommandées qu'en cas d'allergie aux bêta-lactamines. La stabilité de leur consommation n'a pu être justifiée. Les antifongiques ne sont recommandés en probabiliste qu'en cas de péritonite grave avec facteurs de risque. La prescription de fluconazole restait prépondérante par rapport aux échinocandines, conformément à l'écologie retrouvée. Les consommations d'anti-infectieux semblaient refléter le respect des RFE. Notre étude a permis de sensibiliser les prescripteurs sur l'importance de ne pas choisir le schéma AMC + gentamicine pour le traitement probabiliste des péritonites communautaires. Le protocole de prise en charge anti-infectieuse probabiliste des péritonites a été révisé.

Mots-clés :

Péritonite, Anti-infectieux, Ecologie

Références

Montravers et al. An Rea,1 (1) : 75-99 (2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Syndrome d'activation macrophagique : à propos d'un cas

Auteurs :

Pistre P., Cransac A., Boulin M., Caillot D., Pernot C.

CHU Dijon - Hôpital François Mitterrand, Dijon

Résumé :

Contexte

Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est lié à une stimulation excessive des cellules macrophagiques à l'origine d'une hémophagocytose. Sa prise en charge n'est pas clairement définie.

Objectifs

L'objectif est de décrire la prise en charge d'un patient qui a présenté un SAM d'évolution brutale et de la comparer aux données de la littérature.

Patients et méthodes

Un homme (65 ans) est hospitalisé pour fièvre et épistaxis évoluant depuis 10 jours associés à une pancytopenie. Un SAM est diagnostiqué sur le myélogramme.

Résultats

Un traitement par Etoposide IV (150 mg/m²) et méthylprednisolone (1 mg/kg) est instauré. L'étiologie infectieuse est évoquée : potentielle réactivation d'une tuberculose. Un traitement complémentaire par Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ciprofloxacine permet une amélioration de l'état général. Après 7 jours, une hépatopathie sévère est observée (ASAT = 54N, ALAT = 48N, bilirubine = 14N) et le traitement anti-tuberculeux est stoppé. Une 2^{ème} injection d'Etoposide est réalisée. Après 72 h, le bilan hépatique s'améliore. Le patient reçoit une 3^{ème} injection d'Etoposide. Devant une suspicion de lymphoprolifération EBV, un traitement par Rituximab IV (375 mg/m²) hebdomadaire est instauré. Une nette amélioration est constatée permettant la sortie du patient. Il est ré-hospitalisé en urgence 24 h après pour syndrome fébrile et aggravation brutale de l'asthénie. Une 4^{ème} injection d'Etoposide et une 2^{ème} injection de Rituximab sont réalisées, conduisant à une disparition des signes de SAM au niveau médullaire. L'amélioration biologique est maintenue. Il reçoit 2 cures supplémentaires d'Etoposide et de Rituximab. Devant l'aggravation de son état, un traitement à base d'immunoglobulines (1 g/kg, 2 fois/jour) est ajouté. L'état général se dégrade rapidement (hépatopathie, troubles neurologiques et pancytopenie) aboutissant au décès par hémorragie cérébrale le lendemain.

Discussion

Le pronostic des SAM est sévère : 50 % des patients sont admis en réanimation et le risque de décès est multiplié par 14 sans traitement. Il n'existe actuellement pas de consensus sur la prise en charge des SAM d'origine infectieuse. Neuf études rétrospectives (20 patients pédiatriques au total) sont retrouvées dans la littérature. Les traitements décrits sont symptomatiques (transfusion, correction des troubles hydroélectrolytiques), anti-infectieux ou à base d'Etoposide (150 mg/m²) et de corticoïdes (1 mg/kg). Un des traitements d'avenir semble être l'anti-TNF- α mais aucune étude n'a été réalisée à ce jour.

Mots-clés :

Syndrome d'activation macrophagique, Prise en charge, Etoposide

Références

- [1] Imashuku S et al. J Clin Oncol. 19:2665-2673 (2001)
- [2] Imashuku S et al. Leuk Lymphoma. 39: 37-49 (2000)
- [3] Emmenegger U et al. J Clin Oncol. 20: 599-601 (2002)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prescriptions hors-AMM (autorisation de mise sur le marché) des neuroleptiques en pédopsychiatrie : une réalité à encadrer

Auteurs :

Bourigeault G., Rousset B., Armand-Branger S.

CESAME, Saintes-Gemmes-sur-Loire

Résumé :

Contexte

La prescription des neuroleptiques s'avère délicate dans les services de pédopsychiatrie. L'usage des antipsychotiques est peu documenté dans cette tranche particulière de la population. Au cours de ces dernières années, l'utilisation des neuroleptiques chez l'enfant, notamment ceux qualifiés de « seconde génération » croît. Cette évolution renforce le risque d'utilisation hors AMM des spécialités neuroleptiques en pédopsychiatrie.

Objectifs

Notre étude a reposé sur une enquête rétrospective détaillant les prescriptions de neuroleptiques chez l'enfant et l'adolescent sur une période d'un an dans un centre de santé mental afin d'établir quel type de molécules étaient fréquemment prescrites et évaluer les raisons de leur prescription hors AMM.

Patients et méthodes

Elle s'est décomposée en 3 étapes : un recensement des prescriptions de neuroleptique via le logiciel d'aide à la prescription utilisé au centre hospitalier, une enquête auprès des médecins prescripteurs quant aux objectifs thérapeutiques visés lors de la prescription d'un neuroleptique. La 3^{ème} étape a été un travail de recherche bibliographique afin de collecter les RCP (résumé caractéristique produit) américains, les essais randomisés, les études cas-cliniques et les effets indésirables spécifiques de l'enfant relatifs à ces antipsychotiques.

Les critères d'inclusion des prescriptions étaient : prescription comprise dans la période définie ; prescription pour un patient âgé de moins de 16 ans ; prescription contenant au moins un neuroleptique.

Résultats

Le recensement des ordonnances a permis de sélectionner 63 prescriptions correspondant à nos critères. 62 % ont un neuroleptique prescrit hors AMM dont 95 % sont de seconde génération avec principalement la rispéridone. Les motifs de prescriptions hors AMM sont, pour 76 % des cas, pas d'indication AMM, pour 57 % une posologie inadaptée et pour 30 % une forme galénique inadaptée (usage de la forme injectable intramusculaire).

Discussion

A partir des recherches bibliographiques, une base documentaire a été créée regroupant des tableaux récapitulatifs des RCP français et américains, des essais randomisés, des études cas-cliniques et des effets indésirables retrouvés plus spécifiquement chez l'enfant et l'adolescent ainsi que leur surveillance.

Cette base documentaire, diffusée aux médecins de l'établissement, contribue à offrir aux prescripteurs un « regard éclairé » sur l'utilisation d'une spécialité neuroleptique éventuellement hors AMM chez l'enfant ou l'adolescent.

Mots-clés :

Pédo-psychiatrie, Hors AMM, Neuroleptiques

Références

- [1] Menard M-L et al. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2014 ;8:18
- [2] Pringsheim T et al. Paediatrics & Child Health. oct 2012; 17(Suppl B):12B-21
- [3] James AC. Advances in Psychiatric Treatment. 1 janv 2010; 16(1):63-75

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etat des lieux de la prise en charge de la douleur induite par les mucites chez les patients au Centre National de Greffe de la Moelle Osseuse

Auteurs :

Sellami F.², Soussi M.², Balloumi D.², Harki O.², Hnena S.², Skouri S.², Lazreg O., Turki M.¹, Khrouf Razgallah M.²

¹ Faculté de pharmacie, Monastir, Tunisie

² Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

Les patients traités par greffe de cellules souches hématopoïétiques admis dans notre établissement sont soumis à des cures de chimiothérapie dans la phase de conditionnement de leur protocole. Ces cures peuvent provoquer une mucite buccale douloureuse. Soucieux de la qualité de la prise en charge de la douleur induite par les mucites et à fin d'instaurer une procédure pour optimiser cette prise en charge une étude d'évaluation a été réalisée dans l'établissement.

Objectifs

Dresser un état des lieux évaluant les pratiques de la prise en charge de la douleur induite par les mucites.

Matériel et méthodes

On a réalisé un questionnaire qu'on a distribué aux praticiens prescripteurs (professeurs, agrégés, assistants, résidents). Le questionnaire a porté sur : la prévention et la prise en charge des mucites et des douleurs induites. L'analyse des réponses a été faite par Excel®.

Résultats

9 praticiens ont répondu à notre questionnaire. Seulement 2 d'entre eux orientent leur patient chez un dentiste pour évaluation de l'état bucco-dentaire et d'éventuels soins avant de commencer la cure de chimio. L'évaluation de l'état de la muqueuse buccale se fait tous les jours. Un bain de bouche ou un produit en application topique est prescrit systématiquement en début de cure par 8 praticiens. Les bains de bouche à base de bicarbonate de sodium+Amphotéricine B sont les plus prescrits. 2 praticiens prescrivent une association Bicarbonate+ Amphotéricine B +Hexedine et Bicarbonate+lidocaine+sucralfate. La prescription d'un antalgique se fait suite à l'évaluation de la douleur et du grade de la mucite. L'administration de la morphine à action rapide se fait par voie IV en mode continue. Aucun des praticiens ne détermine la dose par titration et seulement 4 d'entre eux prévoient des interdoses en cas d'accès de ou d'actes douloureux. Il n'y a pas de recherche d'une douleur neuropathique associée aux mucites. 5 praticiens connaissent la méthode de cryothérapie utilisée au court des mucites.

Conclusion

Cette enquête nous a permis de relever quelques défaillances. Une hygiène bucco-dentaire est recommandée pour prévenir les mucites. Certaines associations en bain de bouche ne sont plus d'actualité à cause de leur instabilité. La prescription de la morphine devrait se faire après titration. La mucite est le plus souvent associée à une douleur neuropathique qu'il faut détecter et traiter. A la suite des résultats de cette enquête, on a programmé des réunions d'information avec les praticiens.

Mots-clés :

Douleur, Mucite, Greffe

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 162

Titre :

Switch Buprénorphine-Suboxone en maison d'arrêt : bilan à 3 mois

Auteurs :

Prigent A., Taurin S., Bertoliatti G., Sabri A., Tiret I., Varin R., Dieu B.

CHU Rouen

Résumé :

Contexte

De nombreuses études montrent qu'il existe un important mésusage des médicaments en milieu carcéral y compris avec les traitements de substitution aux opiacés (TSO). La buprénorphine (BHD) lors d'un usage détourné (administration par voie intra-veineuse, sniff, fumé...) présente des effets comparables à ceux de l'héroïne, il est donc également source de trafic. En utilisant le Suboxone (SBX) qui associe la BHD et la naloxone (NLX) ce mésusage est limité car un syndrome de manque apparaît en cas d'une administration autre que la voie sublinguale.

Au sein de l'unité sanitaire (US), et en concertation avec l'équipe médicale, nous avons décidé d'accompagner le switch des patients traités par BHD vers le SBX.

Objectifs

L'objectif de l'étude est d'évaluer les changements de pratiques observés suite à ce switch tant sur les modalités d'administration que sur les adaptations posologiques.

Patients et méthodes

Etude transversale de patients incarcérés en maison d'arrêt, traités initialement par BHD et recevant du SBX depuis au moins 3 mois

- Réalisation d'un questionnaire anonyme distribué à l'US avec mise à disposition d'une urne pour le retour
- Analyse des données recueillies

Résultats

- 58 patients inclus dans l'étude
- Réalisation d'un questionnaire de 10 items reprenant les modalités de prise avant et après le switch, le type et les motivations du mésusage, la prise éventuelle de psychotropes associés ou de produits illicites...
- 24 patients ont retournés le questionnaire à l'US (41 %)
- 12 patients déclarent avoir eu recours à un usage détourné de la BHD, dont 4 ayant arrêté avec le SBX.
- Posologie quotidienne moyenne de 10,5 mg de BHD avant switch et de 8.6 mg de SBX à 3 mois
- 16 patients associent au moins un produit illicite (cannabis, cocaïne, héroïne) avec le SBX (66 %)
- Persistance d'une consommation de BHD chez 9 patients bien qu'elle ne soit plus délivrée à l'US depuis 3 mois

Discussion

On note globalement une amélioration des pratiques d'administration avec le SBX et on remarque également une diminution de la dose efficace moyenne de 1,9 mg. En revanche d'après ces données déclaratives il subsiste un mésusage de la SBX chez 8 patients ce qui permet de penser qu'il existe des moyens de contourner l'effet recherché par cette formulation comprenant de la NLX. Cette étude nous a permis de prendre conscience de l'ampleur du mésusage des médicaments en détention. Un travail sur les prescriptions et les consommations de BZD doit également être envisagé afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Mots-clés :

Buprénorphine, Association de naloxone et de buprénorphine, Mésusage des médicaments prescrits

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Particularité en Algérie : le Nimotuzumab alternative au Cétuximab dans le traitement des cancers de la tête et du cou ?

Auteurs :

Kessal R., Salem M., Kerboua E., Lakhdari A., Mezaour Y., Smati D.

Centre Pierre et Marie Curie, Alger, Algérie

Résumé :

Contexte

Le traitement des cancers de la tête et du cou est complexe. Il dépend des caractéristiques de la tumeur qui guident le choix entre la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et les nouveaux médicaments qui ciblent de manière spécifique le cancer. Les premières études de thérapies ciblées, ont été réalisées sur des patients en rechute ou après une métastase, L'association avec les chimiothérapies classiques a abouti à une meilleure survie globale. Une thérapie ciblée introduite en Algérie depuis 2012, le nimotuzumab constitue une nouvelle ligne de traitement pour les patients atteints des cancers de la tête et du cou.

Objectifs

L'objectif de notre étude :

Évaluation du profil de tolérance du Nimotuzumab chez une population algérienne de patients traités pour des tumeurs solides de la tête et du cou.

Patients et méthodes

Étude rétrospective uni-centrique de janvier 2014 à septembre 2015 faite au sein de notre établissement.

Il s'agit de 09 patients, dont 2 femmes et 7 hommes âgés entre 46 et 65 ans.

Le schéma thérapeutique est le suivant : Nimotuzumab 200 mg en IV dose de charge par semaine pendant 6 semaines ensuite maintenance 200 mg chaque 15 jours jusqu'à progression ou intolérance associée au cisplatine 75 mg/m² chaque 3 semaines pendant 18 semaines : 07 patients et 02 patients sous Nimotuzumab en monothérapie.

Résultats

Le Nimotuzumab est un anticorps monoclonal humanisé IgG1 dirigé contre le domaine extracellulaire de l'EGFR.

Évaluation de la réponse clinique après 06 semaines de traitement : réponse complète : 00, réponse partielle : 01, stabilisation : 03, progression : 05 patients.

Tolérance du traitement : toxicité hématologique grade 2 : anémie en rapport avec la chimiothérapie associée : 01 patient, des réactions cutanées grade 2 : 03 patients, pas de réaction cutanée grade 3 ou 4 et absence de réaction allergique au moment des perfusions.

Conclusion

La faible toxicité cutanée par rapport aux thérapies ciblées ayant le même mode d'action peut être expliquée par la pharmacodynamie du Nimotuzumab : il existe une inhibition préférentielle des EGFR tumoraux et de la voie de signalisation par rapport aux EGFR des cellules cutanées.

L'absence de toxicité cutanée est un apport appréciable dans l'arsenal thérapeutique, puisque cette complication peut être à l'origine d'un arrêt de traitement et d'une diminution de la qualité de vie des patients traités.

A la lecture de ces résultats, le Nimotuzumab a permis de stabiliser la maladie avec un excellent profil de tolérance clinique et biologique.

Mots-clés :

Cancer de la tête et du cou, Thérapies ciblées, Tolérance

Références

[1] Berger C et al. J Immunother. 34 (7) : 550-555 (2011).

[2] Chan AT, Teo PM, Johnson PJ. Nasopharyngeal carcinoma. Ann Oncol : 13:1007-1015 (2002).

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Retour d'expérience de 3 ans d'un staff de pharmacie clinique : mise en place d'un outil d'optimisation du staff et des interventions pharmaceutiques

Auteurs :

Périchou J., Bourne C., Molina C., Salhi M., Laleuf A., Bergheau F.

CH du Pays de Gier, Saint-Chamond

Résumé :

Contexte

L'analyse des pratiques de validation d'ordonnance constitue une démarche d'amélioration continue de la qualité en pharmacie clinique. Trois ans après l'instauration d'un staff Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) de pharmacie clinique, de nombreuses actions d'amélioration pour l'analyse d'ordonnance (AO) ont été mises en place. La multiplicité des informations disponibles rend indispensable la création d'un outil pour optimiser l'AO.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de présenter les étapes de la création d'un outil pour optimiser l'AO.

Matériel et méthodes

Les comptes-rendus de staff, les outils d'aide à la validation et les interventions pharmaceutiques (IP) émises ont été recueillis et analysés. Les consensus retenus pour l'AO ont été extraits.

Résultats

Douze staffs EPP ont été réalisés depuis janvier 2013 (tous les 3 mois). Dix-neuf outils ont été validés pour l'AO (recommandations, sites officiels) et 5 outils ont été créés (ex : liste des médicaments torsadogènes, tableau des médicaments à dispensation contrôlée, tableau des anticoagulants oraux directs). Un total de 265 IP ont été revues en staff et 38 dossiers et cas cliniques ont été présentés. Au final, 75 consensus ont été adoptés pour l'AO (ex : formulation des IP, choix des IP à faire ou non selon la pertinence ou le contexte clinique, démarche à suivre en cas d'hyperkaliémie, positionnement de l'équipe en cas de sources bibliographiques discordantes). Ces consensus ont été colligés dans un tableau. La recherche d'une information dans ce tableau s'effectue selon différents items : dénomination commune internationale des médicaments, contexte clinique du patient... et/ou par des mots clés. Selon les cas, les effets indésirables médicamenteux ou les interactions médicamenteuses possibles sont explicitées. La conduite à tenir et/ou l'IP sont détaillées ainsi que les sources documentaires utilisées.

Discussion

La revue des IP et la mise en place d'un outil de synthèse des décisions de pharmacie clinique permettent un partage de connaissances et d'informations entre les pharmaciens et une optimisation de la méthode d'AO. Le but est d'harmoniser les pratiques d'AO afin d'être cohérents et pertinents dans la rédaction des IP basées sur des informations validées. Cet outil sera également utilisé comme support pour la formation des nouveaux arrivants.

Mots-clés :

Systèmes d'information en pharmacie clinique, Gestion de l'information, Amélioration de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Comment améliorer l'accès à la recherche clinique ? État des lieux du niveau de connaissances et proposition de formations

Auteurs :

Qassemi S., Pagès A., Parmier M., Promis AS., Bigot A., Mccambridge C., Cestac P.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

Tous les professionnels de santé peuvent concourir à la recherche. Or, la formation commune de base des études pharmaceutiques aborde brièvement cette thématique. Face à ce constat, le pôle pharmacie de notre établissement a mis en place un séminaire d'initiation à la recherche destiné aux internes et aux pharmaciens.

Objectifs

Cette formation a pour objectif d'augmenter le niveau de connaissances sur la méthodologie de la recherche. A plus long terme, l'objectif est d'élever le niveau de production scientifique du service.

Matériel et méthodes

Les attentes et les connaissances des participants ont été recueillies dans un questionnaire électronique. Les résultats de cette enquête nous ont permis d'adapter le contenu de la formation. Celle-ci se compose de plusieurs parties : (i) Recherche bibliographique, (ii) Utilisation d'un logiciel de gestion des références bibliographiques, (iii) Formulation de l'idée de recherche et rédaction de la méthode, (iv) Recueil des données et analyse statistique, (v) Choix de la revue, (vi) Présentation écrite et orale des résultats. A l'issue de cette formation, un sondage a été réalisé auprès des participants pour mesurer leur satisfaction et proposer des axes d'amélioration.

Résultats

36 personnes ont répondu au e-questionnaire. Parmi elles, il y avait des internes (N = 20, 56 %), des assistants ou attachés (N = 11, 30 %) et des praticiens hospitaliers (N = 5, 14 %). 16 participants (44 %) détenaient ou étaient en cours d'obtention d'un Master 1, 5 (14 %) d'un Master 2 et 4 (11 %) d'une Thèse d'université. Les autres n'avaient aucune formation additionnelle (N = 11, 31 %). 19 personnes (53 %) avaient participé à la rédaction d'un article. Une majorité ne connaissait pas les grilles de reporting (N = 33, 92 %), ni les logiciels de gestion de bibliographie tel que Zotero (N = 23, 64 %). Seulement 6 participants (17 %) avaient déjà réalisé seuls des analyses statistiques. Les principales attentes exprimées étaient relatives à l'acquisition de réflexes méthodologiques, d'un savoir-faire dans la rédaction d'article, de notions sur la recherche bibliographique et dans la gestion des références. Après la formation, les participants ont majoritairement exprimé leur satisfaction.

Discussion

Notre enquête souligne une réelle disparité entre la formation à la recherche clinique et les attentes du terrain. Compte-tenu de la satisfaction globale des participants, ce séminaire sera reconduit chaque année.

Mots-clés :

Activités de recherche, Evaluation des besoins en formation, Programmes de formation en interne

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) : bon usage des dispositifs transdermiques

Auteurs :

Nicolas AS., Pont E., Massacrier S., Essner-Dagnelies MS.

CH Givors

Résumé :

Contexte

Suite à des signalements d'erreurs médicamenteuses rapportées lors de l'utilisation de dispositifs transdermiques, l'ANSM lance en 2014 une campagne de sensibilisation sur leur bon usage. Ces erreurs étaient principalement liées à un manque d'information et de formation sur leurs modalités d'utilisation. Qu'en est-il dans notre établissement ?

Objectifs

L'objectif de cette EPP était d'évaluer les pratiques et connaissances du personnel infirmier concernant les dispositifs transdermiques puis de définir les améliorations à envisager.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé un audit clinique en septembre 2015. Un questionnaire oral et une grille d'audit ont été élaborés afin d'évaluer les pratiques concernant l'administration de patchs de fentanyl et de trinitrine dont la durée d'administration est particulière, respectivement 72 h et 16 h. Nous avons sélectionné sur l'ensemble des services, via notre logiciel informatique, 20 prescriptions dont 5 contenant un patch de fentanyl et 15 un patch de trinitrine. Vingt infirmières diplômées d'Etat (IDE) concernées par l'administration de l'un de ces patchs le jour de l'évaluation ont été interrogées.

Résultats

Toutes les IDE changent de site de pose (si possible) et appliquent les patchs sur une zone sans plis cutanés, glabre et sèche, sur la partie supérieure du corps (85 % choisissent une zone inaccessible en cas de troubles cognitifs). Toutefois, diverses recommandations ne sont pas respectées. Parmi les 15 patchs de trinitrine, 80 % ont été laissés 24 h, sans intervalle thérapeutique. Toutes écrivent sur les patchs. Aucune IDE ne respecte le temps d'appui recommandé. On relève aussi que 75 % des IDE touchent parfois la partie adhésive lors de la pose, 70 % tentent de maintenir le patch (adhésif transparent) en cas de décollement, et que 30 % ne les éliminent pas de façon sécurisée. Seulement 15 % savent que certains patchs sont à retirer en cas d'IRM ou de chocs électriques. L'audit a aussi montré des lacunes de notre logiciel informatique : heure et traçabilité de retrait du patch n'apparaissent pas sur le plan d'administration. Le site de pose du patch n'est pas tracé (changement de site ?).

Conclusion

Dans une démarche de formation et d'amélioration des pratiques du personnel, les résultats de l'EPP ont été présentés lors d'une réunion avec les « IDE référents pharmacie » et une affiche rappelant les bonnes pratiques a été diffusée dans les salles de soins. Les problèmes liés à notre logiciel informatique ont été résolus et la traçabilité du site de pose est en cours.

Mots-clés :

Audit, Bon usage, Dispositif transdermique

Références

[1] "Quelques conseils pour utiliser les patchs en toute sécurité", Pharmacovigilance-iledefrance.fr

[2] "Dispositifs transdermiques : attention aux erreurs", ANSM, 24/11/2014 Résumé des caractéristiques des produits

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Chimiothérapie voie orale par Xeloda® : évaluation de l'impact des entretiens pharmaceutiques sur la connaissance des patients

Auteurs :

Dupire C., Sauvaget L., Teytaud M., Berroneau A., Servant V., Bonnin M., Xuereb F., Breilh D.

CHU Bordeaux

Résumé :

Contexte

En oncologie digestive, la substitution du 5-Fluorouracile intraveineux (5FU) par la Capécitabine, sa prodrogue administrée per os, est fréquente. La voie orale permet améliorer le confort des patients, cependant elle nécessite une plus grande appropriation du traitement par le patient.

Objectifs

Apporter des informations complémentaires au patient sur la Capécitabine.

Evaluer l'intérêt des entretiens pharmaceutiques en analysant les connaissances du patient à l'instauration du traitement et lors de la seconde cure.

Matériel et méthodes

Chaque instauration de Capécitabine au cours des 18 derniers mois a été accompagnée d'un entretien mené par un interne en pharmacie avec l'accord du clinicien et du patient. Plusieurs documents ont été rédigés. Un questionnaire complété en début d'entretien permet d'évaluer les connaissances du patient sur son traitement. Une plaquette reprenant les principales informations à connaître par le patient est remise à l'issue de l'entretien.

Un second entretien réalisé un mois après (M1) permet de réévaluer les connaissances du patient. Pour cette analyse, un score de connaissance, dont le maximum est 20 points a été établi. Il est calculé à partir de variables binaires (0 ou 1) dont la somme des valeurs donne le score final.

Résultats

Sur la période d'étude, 27 patients ont débuté un traitement par Capécitabine. Les réponses obtenues grâce au questionnaire d'instauration montraient que l'indication du traitement était connue pour 74 % des patients. Mais de nombreuses informations étaient méconnues :

- 48 % des patients ne connaissaient pas les modalités de prises

- 81 % n'ont pas pu citer les effets indésirables les plus fréquents et parmi les 19 % restant, seulement un patient a été en mesure de citer les conduites à tenir en cas d'apparition de ces derniers.

L'analyse comparative des réponses aux questions entre les deux entretiens permet d'évaluer l'impact des interventions. Les scores moyens des entretiens à M0 et M1 sont respectivement $7,7 \pm 3,9$ et $15,7 \pm 3,4$. Ainsi une différence de connaissance significative entre les deux entretiens est démontrée ($p = 4,5 \times 10^{-6}$ test St).

Conclusion

L'étude met en évidence l'impact positif des entretiens pharmaceutiques sur la connaissance des patients concernant leur traitement. La sécurisation de la prise en charge du patient traité par chimiothérapie orale apparaît donc essentielle et l'extension de cette démarche à d'autres anticancéreux oraux est nécessaire.

Mots-clés :

Chimiothérapie, Voie orale, Sécurité du patient

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude comparative de deux techniques de dosage de l'acide mycophenolique

Auteurs :

Jebabli N., Charfi R., Gaïes E., El Jebari H., Ben Sassi M., Lakhali M., Klouz A., Salouage I., Trabelsi S.

Centre national de pharmacovigilance, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

Le Mycophenolate mofetil est un promédicament de l'acide mycophenolique (AMP). L'AMP possède une fourchette thérapeutique étroite et sa pharmacocinétique est caractérisée par une variabilité inter et intra individuelle et une faible corrélation entre la concentration sanguine résiduelle et la dose administrée. Son suivi thérapeutique pharmacologique (STP) est devenu pratique courante après des greffes rénales, hépatiques et cardiaques.

Objectifs

L'objectif de cette étude était de comparer les résultats du dosage de l'AMP obtenus par CEDIA (Indiko®) et par la technique de référence la chromatographie liquide haute performance (CLHP) couplée à une détection UV pour vérifier l'existence ou non d'une différence significative entre les deux techniques afin de vérifier la possibilité du dosage de ce médicament par CEDIA pour pouvoir prendre en charge les malades rapidement.

Patients et méthodes

Cette étude a été réalisée durant une période de six mois allant d'août 2014 à janvier 2015. Cent quatorze échantillons issus de 114 patients adultes transplantés rénaux ont été analysés selon les deux méthodes.

Résultats

Les concentrations d'AMP ont été sur-estimées par la méthode CEDIA par rapport à la méthode HPCL-UV avec un biais de 37 %. Les études statistiques ont montré que les deux techniques sont répétables et reproductibles. La comparaison des résultats trouvés par les deux techniques a montré une bonne corrélation.

Conclusion

En conclusion la technique CEDIA plus rapide à été adopter pour le STP chez les patients traités par ce médicament.

Mots-clés :

Acide mycophenolique, Suivi thérapeutique pharmacologique, Cloned enzyme donor immunoassay

Références

- [1] Wu JC. Mycophenolate mofetil : molecular mechanisms of action. Perspectives in Drug Discovery and Design 1994; 2:185-204.
- [2] Tredger JM, Brown NW, Adams J et al. Monitoring mycophenolate in liver transplant recipients : toward a therapeutic range. Liver Transplantation 2004;10:492-502.
- [3] Staatz CE, Tett SE. Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of mycophenolate in solid organ transplant recipients. Clin Pharmacokinet 2007;46:13-58.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Suivi thérapeutique pharmacologique des médicaments antiépileptiques prescrits en psychiatrie

Auteurs :

Salouage I., Ben Sassi M., Gaïes E., Charfi R., Jebabli N., Eljebari H., Klouz A., Trabelsi S.

Centre national de pharmacovigilance, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

Les médicaments antiépileptiques sont largement prescrits dans les troubles psychiatriques. Ils sont caractérisés par une variabilité interindividuelle et une fourchette thérapeutique étroite.

Objectifs

A travers cette étude nous avons analysé les résultats des dosages plasmatiques des médicaments antiépileptiques en psychiatrie et déterminé les indications du suivi thérapeutique pharmacologique (STP) de ces médicaments.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective s'étalant sur une période de 6 ans et 8 mois. Cette étude a été effectuée au service de Pharmacologie Clinique du Centre National de Pharmacovigilance. Trois-cent quatre-vingt-dix-sept patients traités pour troubles psychiatriques (506 prélèvements) ont été inclus. Le dosage plasmatique des concentrations résiduelles a été réalisé par une méthode immunologique.

Résultats

Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre les doses et les concentrations résiduelles des différents médicaments étudiés. L'utilisation de l'acide valproïque (AV) et la carbamazépine (CBZ) à des doses usuelles, a montré que 48 % et 52,32 % des prélèvements étaient dans l'intervalle thérapeutique, respectivement. Pour la lamotrigine, 62,5 % des prélèvements étaient infra-thérapeutiques malgré une dose supérieure à la dose usuelle. Nous avons noté des doses plus faibles aux âges extrêmes pour la CBZ et des doses plus importantes chez les femmes pour l'AV et la CBZ.

Conclusion

Nous avons mis en évidence l'importance de la variabilité interindividuelle et du STP des médicaments antiépileptiques.

Mots-clés :

Suivi thérapeutique pharmacologique, Antiépileptiques, Troubles psychiatriques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 170

Titre :

Problèmes détectés sur les prescriptions par les préparateurs en pharmacie hospitalière présents dans les services de soins : quel impact ?

Auteurs :

Dambrine M., Gallet F., Caudron J., Le Joubioux A., Frimat B.

CH Lens

Résumé :

Contexte

Au sein de l'établissement, 431 lits sont en dispensation nominative avec 11 préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) répartis dans 7 antennes. La préparation des piluliers débute avant que l'analyse pharmaceutique (réalisée par 8 pharmaciens) ne commence. Les PPH sont confrontés à des problèmes liés à la prescription (PLP). Tous ces PLP sont tracés sur une fiche remise aux pharmaciens afin qu'ils soient analysés. Certains PLP sont résolus directement par les pharmaciens comme des modifications (exemple : prescription un demi comprimé de furosémide 40 mg au lieu d'un comprimé de 20 mg) ou des substitutions (exemple prescription de l'association irbesartan + hydrochlorothizide hors livret substituée par les deux molécules séparément). D'autres PLP nécessitent des interventions pharmaceutiques (IP).

Objectifs

Réaliser un bilan des PLP détectés par les PPH et les conséquences sur l'analyse pharmaceutique des prescriptions.

Matériel et méthodes

Nous avons recueilli l'ensemble des PLP détectés par les PPH entre le 18 mai et le 28 octobre 2015. Pour les analyser, nous avons utilisé la cotation Act-IP® [1]. Puis, nous avons évalué si cela entraînait un retour sur la prescription par le pharmacien et quelles actions en découlaient. Les données ont été recueillies sur Excel® et ont fait l'objet de statistiques descriptives.

Résultats

Sur cette période, 1 050 PLP ont été détectés. Les 4 principaux PLP détectés concernent une voie et/ou une administration inappropriée (48,1 %) ; un sous ou surdosage (25,1 %) ; une non-conformité aux référentiels (17,8 %) ou un traitement non reçu (4,3 %). 86,5 % des PLP détectés ont entraîné une analyse pharmaceutique : pour une modification ou substitution (43,6 %), une IP (27,0 %), ou une analyse d'ordonnance sans IP (15,9 %). Il n'y avait pas de retour sur la prescription lorsque le problème avait déjà été vu (5,7 %) ou qu'il était jugé non pertinent (7,8 %). L'ensemble des résultats est présenté par rapport au nombre total de PLP détectés.

Conclusion

Ce bilan montre que les PPH détectent un nombre important de PLP qui nécessitent une action de la part du pharmacien et notamment des IP. Telle qu'est organisée l'analyse des prescriptions au sein de la pharmacie de l'établissement, la présence des PPH dans les services de soin semble essentielle. Dans un second temps, il serait intéressant d'évaluer si les IP réalisées grâce aux remarques des PPH sont acceptées par l'équipe médicale.

Mots-clés :

Préparateur en pharmacie, Intervention pharmaceutique, Pratique de pharmacie clinique

Références

[1] Conort O., Bedouch P., Juste M., Augereau L., Charpiat B., Roubille R., Allenet B. Validation d'un outil de codification des interventions de pharmacie clinique. J Pharm Clin, 2004.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 171

Titre :

La bithérapie antiagrégante aspirine-clopidogrel utilisée après une implantation de valve cardiaque aortique par voie transcutanée (TAVI) est-elle réellement efficace ?

Auteurs :

Gosse-Boeuf N., Michelet S., Cassat C., Marie-Daragon A.

CHU Limoges

Résumé :

Contexte

Les recommandations actuelles émises par les sociétés de cardiologie américaine et européenne concernant l'antiagrégation plaquettaire utilisée après un TAVI sont empiriques. La thérapeutique de choix reste une bithérapie associant l'aspirine faible dose au clopidogrel (75 mg par jour) pendant trois mois suivi d'une monothérapie d'aspirine faible dose à vie. Cette stratégie thérapeutique peut varier en fonction des antécédents du patient.

Objectifs

Evaluer l'efficacité des antiagrégants plaquettaires d'un point de vue biologique après un TAVI.

Patients et méthodes

L'étude inclue tous les patients ayant bénéficié d'un TAVI en 2014 dans notre établissement. Pour chacun, des tests d'antiagrégation plaquettaire spécifiques de l'aspirine et du clopidogrel ont été réalisés à trois jours (J3) puis 1 à 3 mois après la procédure. Les résultats de ces tests d'antiagrégation ont été recensés.

Résultats

37 patients ont été inclus dans notre étude. En post-procédural, près de 60 % des patients ont reçu une bithérapie aspirine/clopidogrel. Le traitement antiagrégant des autres patients était adapté à leurs antécédents médicaux. 36 patients étaient traités par aspirine et 27 par clopidogrel seuls ou en association. Considérant uniquement les patients pour lesquels les tests d'antiagrégation ont été réalisés, la proportion de patients bons répondeurs (BR) était de 100 % pour l'aspirine et de 20 % pour le clopidogrel à J3. Dans les mois suivants, 78,5 % des patients étaient BR à l'aspirine et 45,5 % BR au clopidogrel. Aucun patient n'a présenté d'évènement thrombotique dans les 3 mois suivant l'implantation.

Discussion

L'inobservance peut expliquer la diminution de la proportion de patients BR à l'aspirine dans les 3 mois suivant la procédure. Pour le clopidogrel, les hypothèses d'une inobservance dès J3 et l'existence d'un polymorphisme génétique du cytochrome P2C19 impliqué dans son métabolisme sont peu probables. Contrairement à l'aspirine, le test d'antiagrégation plaquettaire du clopidogrel à J3 était réalisé trop précocement puisque l'état d'équilibre n'est atteint qu'après 3 à 7 jours de traitement. Chez les patients demeurant non répondeurs, la recherche d'un polymorphisme pourrait être intéressante. Il est important de s'interroger sur l'intérêt de ces thérapeutiques dans cette population. La poursuite de cette étude sur un plus grand nombre de patients et la réalisation des tests d'antiagrégation plaquettaire 8 jours après l'instauration du clopidogrel permettrait de conclure avec plus de certitude.

Mots-clés :

Aspirine, Dérivés de la thiényridine, Efficacité d'un traitement

Références

[1] European Society of Cardiology and European Association Cardio Thoracic Surgery, "Guidelines on the management of valvular heart disease", Eur. Heart J., 33, 2451–2496 (2012).

[2] R.A. Nishimura et al., "2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease : a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines", J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 148, (1), e1–e132 (2014)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de l'observance aux traitements de maintien de l'abstinence chez les patients alcoolo-dépendants à 7 jours du retour au domicile

Auteurs :

Serre A., Barau J., Leguelinel-Blache G., Perney P., Faure H.

CHU Caremeau, Nîmes

Résumé :

Contexte

L'alcool est la 2^{ème} cause de mortalité évitable en France après le tabac. Le taux de personnes en difficulté avec l'alcool représenterait 10 % de la population adulte en France [1].

Dans des essais cliniques contrôlés, l'adhésion aux traitements de maintien utilisés dans la dépendance à l'alcool est très variable (20 % à 90 % toutes molécules confondues) [2]. Cependant, il est possible que l'adhésion soit plus faible lors du retour à domicile. Or, à ce jour nous ne disposons pas de données dans la littérature.

Objectifs

L'objectif de l'étude était d'évaluer l'observance au traitement médicamenteux de maintien d'abstinence chez l'alcoolo-dépendant 7 jours après le retour à domicile.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle menée dans deux services d'addictologie. Le recrutement des patients a été consécutif et exhaustif de septembre 2015 à janvier 2016. Les patients inclus avaient une prescription de sortie comportant un traitement de la dépendance alcoolique initié au cours de l'hospitalisation et dont l'objectif de sevrage était l'abstinence. L'adhésion du patient a été évaluée grâce aux données collectées par l'appel à la pharmacie et au patient 7 jours après sa sortie.

Résultats

Sur les 18 semaines d'inclusion, 26 patients ont été recrutés, d'âge moyen $48,4 \pm 9,5$ ans avec 69 % d'hommes. Les prescriptions concernaient : acamprosate (76,9 %), naltrexone (15,4 %), acamprosate/naltrexone (3,85 %) et acamprosate/disulfiram (3,85 %). La dispensation du traitement a eu lieu le jour de la sortie de l'hôpital (61,5 %), entre 24 h et 7 jours (23,1 %) et au-delà de 7 jours (3,9 %). Un patient eu un changement de ligne de traitement à la sortie d'hospitalisation et 7.7 % des patients ne sont pas allés récupérer leurs traitements à la pharmacie.

Seulement 19,2 % des patients ont une observance parfaite et 26,9 % ont une observance comprise entre 80 % et 99 % du nombre de prises totales. Dans 70 % des cas, aucune cause d'inobservance n'a pu être identifiée. Les principales causes sont les voyages (15 %), un sentiment de manque d'efficacité thérapeutique (10 %) et la consommation d'alcool (5 %).

Les profils des patients sont en cours d'analyse afin de mettre en évidence d'éventuels facteurs de risque d'inobservance.

Conclusion

Cette étude montre que moins de la moitié des patients sont observants 7 jours après le retour à domicile. La caractérisation du profil des patients permettra à termes de cibler les patients les plus à risque afin de mettre en place des entretiens pharmaceutiques de consolidation.

Mots-clés :

Observance thérapeutique, Abstinence à l'alcool, Observance du traitement médicamenteux

Références

[1] Beck F, Richard J-B. La consommation d'alcool en France. La Presse Médicale. 2014 oct;43(10):1067–79

[2] Peterson, Andrew M. 2007. "Improving Adherence in Patients with Alcohol Dependence : A New Role for Pharmacists." American Journal of Health-System Pharmacy : AJHP: Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists 64 (5 Suppl 3): S23–29

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt du suivi téléphonique dans un programme d'éducation thérapeutique

Auteurs :

Montaleytang M., Correard F., Pelloux E., Futo J., Bertault-Peres P., Duffaud F., Esteve MA., Tabele C., Honore S.

APHM - Hôpital de La Timone, Marseille

Résumé :

Contexte

Le programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) « Bien gérer sa thérapie orale (TO) au quotidien », a été mis en place dans les services d'oncologie médicale et d'oncologie digestive pour les patients traités par chimiothérapie orale. A la suite de la consultation initiale, le programme d'ETP est proposé puis un entretien pharmaceutique et un bilan éducatif sont réalisés. Sur demande médicale un appel téléphonique est réalisé à J7 par un pharmacien pour évaluer l'observance et la tolérance. Nous proposons également un suivi téléphonique (ST) et une assistance téléphonique pour la gestion des effets indésirables (EI).

Objectifs

L'objectif de ce travail est de mettre en avant l'intérêt du ST dans ce programme et d'évaluer la satisfaction des patients.

Patients et méthodes

Les données obtenues lors des ST (de 09/2015 à 01/2016 soit 120 ST) ont été classées par thèmes (Conseils Médicamenteux (CM), Interactions avec la TO, Observance, Modification de la clinique (MC)). Pour évaluer la satisfaction des patients, nous avons sur une période de 3 mois posé 3 questions à un échantillon de 28 patients : q1) Est-ce que l'interlocuteur a répondu à l'ensemble de vos questions ? q2) Êtes-vous satisfait de la fréquence des appels ? q3) Pouvez-vous évaluer le ST dans sa globalité ?

Résultats

13 appels initiaux et 107 ST ont été réalisés. 56 % des ST servent à rappeler des CM en lien avec la TO, 7 % permettent d'anticiper une interaction médicamenteuse (IM), 4 % mettent en évidence un problème d'observance et 33 % permettent de détecter une MC. Dans ce dernier cas l'oncologue est informé de cette évolution et nous communique la conduite à tenir. Une consultation supplémentaire a été mise en place (29 %), une modification de la TO (17 %), un rappel sur la gestion des EI (17 %), une initiation d'un traitement symptomatique (12 %), prescription d'exams médicaux (9 %), un rappel téléphonique par l'équipe ETP (10 %), une hospitalisation (3 %) et une modification du traitement de fond (3 %).

57 % sont totalement satisfaits et 43 % sont satisfaits (q1). 89 % trouvent la fréquence des ST correcte (q2). Le ST est jugé comme totalement satisfaisant dans 50 % des cas (q3).

Conclusion

Ces ST assurent un lien entre 2 consultations et permettent de participer pleinement à la réalisation des objectifs du programme d'ETP (auto soins/sécurité et psychosociaux). Le rôle principal de ces ST est préventif mais permet également une prise en charge plus précoce des EI et des diverses IM. Les patients mettent en avant le côté rassurant de ces ST.

Mots-clés :

Education thérapeutique, Entretien pharmaceutique, Suivi thérapeutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Recueil et analyse des prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM) dans un service de pédiatrie

Auteurs :

Touron C., Gaimard S., Verdun M., Merlin E., Labbe A., Sautou V., Boyer A.

CHU Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte

Les prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (Hors AMM) sont très fréquentes en pédiatrie en raison d'un manque d'essais cliniques réalisés dans cette catégorie de population.

Objectifs

Etablir un guide en ligne (Pediaguide) d'aide à la prescription médicale et à la validation pharmaceutique à partir du recueil des prescriptions hors AMM les plus fréquentes.

Matériel et méthodes

Pendant huit mois, un recueil quotidien a été réalisé des prescriptions hors AMM du service de pédiatrie. Nous avons vérifié pour chaque principe actif, l'indication, la posologie, la limite d'âge par rapport au résumé des caractéristiques du produit (RCP), puis dans le Pediatric and Neonatal Dosage Handbook. Si la molécule n'était pas retrouvée, une alternative thérapeutique était proposée, Si aucune alternative n'était trouvée, une publication scientifique était systématiquement recherchée pour justifier la prescription. L'ensemble de ces données étaient consignées dans un tableau Excel®. Après synthèse le Pediaguide a été élaboré en classant chaque molécule par ordre alphabétique de dénomination commune internationale (DCI) et par classe anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) avec la référence bibliographique (justificatif de validation). Ce guide a fait l'objet d'une présentation et d'une validation en Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMédIMS).

Résultats

246 prescriptions hors AMM ont été analysées sur les huit mois. Elles correspondent au total à 47 molécules différentes. Dans 70,2 % des cas l'indication est notifiée dans le Pediatric and Neonatal dosage Handbook, dans 25,5 % une publication est retrouvée et dans 4,3 % (n = 2 prescriptions) pas de littérature recensée. Les anti-infectieux arrivent en première place (51,2 % des prescriptions hors AMM) puis les médicaments du système neurologique (18,3 % ; Antiépileptiques, traitement du syndrome de sevrage...) et ceux de gastro-entérologie (10,2 % principalement les inhibiteurs de la pompe à protons).

Discussion

La majorité des hors AMM étant validées dans le Pediatric and Neonatal dosage Handbook, il serait intéressant d'avoir une accessibilité directe en ligne par lien hypertexte à l'ensemble de ces informations mais aussi de continuer à mettre à jour le guide en ajoutant les nouvelles molécules non encore répertoriées avec les justificatifs. Ainsi, ce guide devrait constituer un outil d'aide à la prescription médicale mais aussi à la validation pharmaceutique des hors AMM pédiatriques.

Mots-clés :

Pédiatrie, Hors AMM, Guide

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Revue des indications de la Thalidomide : intérêt dans le traitement des angiodysplasies digestives

Auteurs :

Duret-Aupy N., Baetz D., D'Alteroche L., Perarnau JM.

CHRU Tours - Hôpital Trousseau, Chambray-lès-Tours

Résumé :

Contexte

La thalidomide est indiquée en association dans le traitement de première ligne du myélome multiple chez le sujet âgé (AMM), en RTU dans les aphtoses sévères, la maladie de Crohn, certaines formes cutanées de lupus et formes aiguës sévères de l'érythème noueux lépreux. Elle est également utilisée hors AMM dans les angiodysplasies digestives. Selon certaines études, la thalidomide posséderait des propriétés anti-angiogénique via l'inhibition du VEGF qui serait surexprimé dans les foyers d'angiodysplasie.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de suivre l'utilisation de la Thalidomide dans l'établissement, notamment pour le traitement des angiodysplasies digestives et d'évaluer les résultats obtenus.

Patients et méthodes

L'étude concerne tous les patients ayant été traités par Thalidomide en 2015 (initiation ou poursuite de traitement). Le recueil des données se fait grâce aux fiches d'initiation de traitement et au dossier patient informatisé.

Résultats

Sur 31 patients traités en 2015, la majorité le sont dans le cadre de myélomes (13 soit 42 %); 4 patients sont traités pour lupus cutané (13 %), 5 pour aphtoses (16 %) et 9 (29 %) pour angiodysplasies digestives. Sur ces 9 patients, 8 ont plus de 60 ans (89 %) et 3 plus de 80 ans (33 %). De plus, 6 patients (67 %), sont cirrhotiques et présentent des angiodysplasies secondaires à l'hypertension portale. Les patients sont traités 6 mois à la dose de 100 mg/jour. Le traitement est parfois prolongé à 1 an pleine dose ou à demi dose (si mauvaise tolérance) quand l'efficacité et le bénéfice restent avérés. Les résultats obtenus sont importants et comprennent une diminution du rythme transfusionnel, diminution des injections de fer, réduction de la fréquence des hémorragies, stabilisation de l'hémoglobine et diminution du nombre de lésions digestives. Les effets indésirables notés comprennent : fatigue, somnolences (résolue par la diminution de posologie), vertiges et œdème du membre inférieur. Le traitement médicamenteux par Thalidomide arrive en seconde ligne après les traitements endoscopiques (notamment la coagulation au plasma Argon) ou lorsque l'endoscopie ne permet pas d'atteindre les lésions.

Discussion

La prescription de la Thalidomide dans les angiodysplasies digestives prend une part importante dans l'utilisation de cette molécule dans notre établissement avec un bon retour d'efficacité. Chez le cirrhotique notamment un traitement médicamenteux étiologique semble être intéressant lorsque l'endoscopie seule se montre inefficace ou insuffisante.

Mots-clés :

Thalidomide, Angiodysplasie, Utilisation hors indication

Références

ZHI-ZHENG GE et al. Gastroenterology, vol. 141, (n° 5): 1629-1637 (2011)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prise en charge du cancer du sein HER2 Positif

Auteurs :

[Kedari A., Djillat K.](#)

Centre Anti-Cancer, Sétif, Algérie

Résumé :

Contexte

Le cancer du sein demeure l'un des cancers les plus fréquents dans le monde. L'évolution de sa prise en charge fait appel à de nouveaux facteurs pronostiques et prédictifs tels que la surexpression de l'oncogène HER2. Cette surexpression implique l'utilisation de plusieurs thérapies ciblées tels que : Trastuzumab, Lapatinib..., pour améliorer le pronostic de ces cancers.

Objectifs

C'est dans cette optique que s'inscrit notre travail dont l'objectif essentiel est l'évaluation de la prise en charge du cancer du sein HER2 positif au niveau du Centre Anti-Cancer (CAC).

Patients et méthodes

On a réalisé une étude rétrospective qui a porté sur 90 malades porteurs d'un cancer du sein surexprimant la protéine HER2, notre enquête s'est déroulée entre le service d'oncologie médicale et la pharmacie pendant une période de 3 mois (du 02 février-02 mai) durant lesquelles on a recueilli les données à l'aide d'une fiche d'évaluation.

Résultats

la proportion de femmes jeunes atteintes du cancer du sein HER2 positif est beaucoup plus importante que celle des payés développées. Le sein gauche est plus affecté avec un taux de 55,56 %. Le cancer canalaire infiltrant est le type histologique le plus fréquent (91,10 %), concernant l'aspect moléculaire, 57,78 % des malades présentent des récepteurs hormonaux positifs (HER2+ RH+). 55,54 % des cas sont diagnostiqués à des stades avancés. la majorité des malades ont bénéficié d'une chirurgie de type mastectomie et seule une patiente a bénéficié d'une tumorectomie. Seules 61,80 % des patientes ont reçu leurs cures de radiothérapie dont 27,27 seulement dans les délais recommandés. L'hormonothérapie était réalisée pour 73,07 % des malades. Tous les malades ont bénéficié d'une chimiothérapie associée à une thérapie ciblée anti-HER2. Sur les 40 patients n'ayant pas respectés les délais entre les cures de Trastuzumab, seuls 10 % ont refait la dose de charge.

Conclusion

Globalement la prise en charge du cancer du sein HER2 positif au niveau du CAC est satisfaisante bien que des progrès restent à réaliser notamment en matière d'utilisation de nouvelles molécules (Pertuzumab et TDM-1), de réduction des délais de la radiothérapie et de la promotion du dépistage qui demeure le meilleur garant d'une rémission par le diagnostic de la maladie à des stades précoces.

Mots-clés :

Cancer du sein, HER2, Thérapie ciblée

Références

- [1] Moise Namer et al Cancer du sein : Compte rendu du cours supérieur francophone de cancérologie 2011. 425-426.
- [2] Hamdi Cherif M. Registre du cancer de Sétif 1986-2010. Laboratoire Santé Environnement Des Hauts Plateaux Sétifiens « Le cancer à Sétif 1986-2010, Algérie »
- [3] Collignon. J et al « Anticorps monoclonaux et cancer du sein ; actualités thérapeutiques » rev Med 2009 ; 64 : 279-283.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 177

Titre :

Coordination ville-hôpital de la prise en charge médicale : dématérialisation sécurisée d'échange des informations entre praticiens

Auteurs :

Gabriel L., Batista A., Guarino V., Lauby V.

CH Troyes

Résumé :

Contexte

La coordination des différents acteurs de la prise en charge du patient est un facteur déterminant de la performance de son parcours de soins. Anticiper la sortie d'hospitalisation permettrait d'assurer la continuité des soins. Au sein de notre département, 90 % des pharmaciens d'officine sont intéressés par la création d'un réseau d'échange informatisé avec les praticiens hospitaliers.

Objectifs

Notre hôpital développe un portail informatique d'échange sécurisé d'informations de santé entre les praticiens de ville et hospitaliers, permettant d'optimiser la prise en charge du patient en ville après consultation ou séjour à l'hôpital.

Patients et méthodes

Evaluation sur 6 mois de la prise en charge de patients devant se présenter à la PUI après hospitalisation, pour délivrance d'un médicament de la réserve hospitalière : délai de présentation à la PUI, informations sur la mise à disposition du traitement, continuité des soins.

Réflexion sur l'optimisation du portail qui intégrera un module Pharmacie d'échanges avec 2 niveaux :

- 1) général pour échange d'informations entre la PUI et les pharmacies de ville ;
- 2) spécifique pour échange de données de santé du patient entre pharmacies et médecin référents.

Résultats

Sur une période de 6 mois : 34 % patients interrogés ne se présentaient pas à la PUI le jour de leur sortie d'hospitalisation pour délivrance de médicaments issus de la réserve hospitalière. La majorité d'entre eux déclaraient s'être présentés en officine sans savoir qu'il s'agissait d'un médicament à délivrance hospitalière. Ces patients indiquaient tous avoir manqué une ou plusieurs prises du médicament, faute de ne pouvoir revenir à l'hôpital (fermeture PUI, ambulance indisponible). Le portail sera agrémenté des ordonnances de sortie d'hospitalisation et des traitements dispensés par PUI et pharmacies de ville.

Conclusion

Au moment de la rédaction de l'ordonnance de sortie le médecin recevra une alerte s'il prescrit des médicaments de la réserve hospitalière. L'ordonnance sera envoyée directement à la PUI et les médicaments mis à disposition à la sortie d'hospitalisation, ou transmise à l'officine de choix du patient pour anticipation de sa préparation. Le portail informatique permettra un maillage plus fin des acteurs de santé autour du patient en maintenant la continuité des soins. Le patient accédera à des soins de qualité, quelles que soient la gravité de la maladie et la complexité du traitement médicamenteux.

Mots-clés :

Coordination, Information sécurisée, Continuité des soins

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Conciliation médicamenteuse : quels sont les médicaments incriminés dans les divergences non intentionnelles ?

Auteurs :

Martin T., Correard F., Esteve MA., Pellerey M., Gayet S., Daumas A., Bertault-Peres P., Villani P., Honore S., Tabele C.
APHM - Hôpital de La Timone, Marseille

Résumé :

Contexte

L'initiative High 5s de l'OMS vise à réduire 5 problèmes de sécurité du patient : prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins ; erreurs de site en chirurgie ; médicaments concentrés injectables ; transmissions infirmières ; infections associées aux soins. La conciliation médicamenteuse (CM) est un processus visant à sécuriser les points de transition du circuit de soin du patient. Une étude précédente en pédiatrie (ped) et médecine interne post-urgence (ger) montre qu'à l'admission 10,7 % [1] des patients ont au moins 1 divergence non intentionnelle (DNI), mais leur capacité à induire des événements indésirables graves (EIG) diffère selon le médicament incriminé.

Objectifs

Déterminer quels médicaments sont incriminés dans ces DNI recueillies.

Matériel et méthodes

L'étude rétrospective a été réalisée sur 12 mois (ped) et 9 mois (ger). Le fichier informatisé de traçabilité de la CM a permis de recueillir plusieurs données : patients avec au moins 1 DNI, nombre de DNI, type de DNI, médicaments et classe pharmacologique incriminés.

Résultats

Au total 237 DNI ont été interceptées en ger et 131 en ped. La plupart était liée à des omissions de médicaments (54 % ger, 73 % en ped), des erreurs de dose (25 % en ger, 7 % en ped), des problèmes de posologie (14 % en ger, 14 % en ped). Parmi ces DNI, il y a des médicaments de la sphère cardiaque (82/237 en ger), psychiatrique (33/237 en ger), gastroentérologique (25/237 en ger, 28/131 en ped), de la nutrition (36/131 en ped), de l'asthme (15/131 en ped) et en infectiologie (13/131 en ped). En ger, on note par exemple 11 DNI sur Lasilix[®], 8 sur Kardegic[®], 6 sur Amiodarone[®], Bisoprolol[®], et 4 sur Previscan[®], Propranolol[®]. Sur les erreurs de dose on retrouve Bisoprolol[®] (5), Lasilix[®] (5), Kardegic[®] (2). Sur les erreurs d'omissions on retrouve Lasilix (5), Kardegic[®] (4), Plavix[®] (3). Dans les erreurs de posologie on retrouve Amiodarone[®] (2), Previscan[®] (2). En ped, on note 7 DNI d'omission sur Inexium[®], et 5 sur Ventoline[®], Gaviscon[®], ZymaD[®].

Conclusion

On note 2 fois plus de DNI en ger qu'en ped : oublis de médicament en ped et problèmes de dose en ger. Les médicaments incriminés pouvant induire des EIG, comme précisé dans le rapport High 5s de l'OMS [2], sont retrouvés dans 22 % DNI en ger. Par contre en pédiatrie aucun médicament pouvant induire des EIG n'est retrouvé dans les DNI (pas de DNI sur les immunosuppresseurs pourtant très prescrits). Cependant, les DNI liées aux médicaments anti-asthmatiques pourraient être à l'origine d'EIG chez l'enfant.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Événement indésirable grave, Divergence non intentionnelle

Références

- [1] C. Jean, C. Tabélé, MA. Estève, M. Tsimaratos, P. Villani, S. Honoré. conciliation médicamenteuse : l'impact est-il le même en gériatrie et en pédiatrie ? XVIe congrès de la Société Française de Pharmacie Clinique, Montpellier, 3-4-5 février 2016.
[2] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 179

Titre :

Rétrospective de 6 ans d'analyse pharmaceutique : quelles conclusions, quel axe d'amélioration ?

Auteurs :

Delevallee L., Juste M., Mangerel K., Bouteiller C., Garreau I., Vonna P.

CH Auban-Moët, Epernay

Résumé :

Contexte

Depuis 1986, les prescriptions informatisées et manuscrites des différents services font l'objet d'une analyse pharmaceutique, formalisée par un compte rendu d'analyse d'ordonnance (CRAO).

Objectifs

Un bilan de 6 ans de CRAO a été réalisé afin de voir leur évolution au cours du temps et d'améliorer notre pratique quotidienne.

Matériel et méthodes

Les CRAO sont systématiquement saisis informatiquement dans le logiciel ActiP v2® de la SFPC : auteur, type de problème relevé, médicament(s) incriminé(s), intervention proposée, taux d'acceptation. Les données analysées concernent les années 2010 à 2015 inclus.

Résultats

En 6 ans, plus de 16 000 CRAO ont été émis, soit une moyenne annuelle de 2 712 [2 392 ; 3 071].

Il a été déterminé un taux de CRAO pour 100 entrées (rapport entre le nombre de CRAO annuel d'un service et le nombre d'entrée annuel de ce service). En 6 ans, les services dans lesquels ce taux est le plus important sont : le service de court séjour gériatrique (minimum 43,7 % en 2010, maximum 84 % en 2013), la chirurgie (générale et orthopédique, minimum 22,9 % en 2011, maximum 46,2 % en 2014) et la cardiologie-pneumologie (minimum 28,9 % en 2010, maximum 39,5 % en 2014).

Le médicament le plus incriminé est le paracétamol (5 années sur 6), suivi par le tramadol (4 années sur 6). La fluindione était la première molécule incriminée en 2010, et la seconde en 2011. Cependant ces résultats dépendent de la fréquence de prescription des molécules concernées, et lorsqu'elles sont rapportés à un indicateur tenant compte du nombre de doses définies journalières, les molécules les plus retrouvées sont alors les antibiotiques néphrotoxiques (aminosides et vancomycine).

Les principaux problèmes rencontrés durant ces 6 années sont les surdosages, les interactions médicamenteuses, une administration inadéquate d'un médicament et enfin la présence de non-conformité.

En 2010 et 2011, l'intervention la plus fréquente est l'adaptation posologique, remplacée les années suivantes par l'arrêt de la thérapeutique.

Le pourcentage de CRAO acceptés sur le nombre de CRAO renseignés est supérieur à 90 % de 2010 à 2012 et supérieur à 80 % de 2013 à 2015.

Conclusion

La pertinence de l'analyse pharmaceutique peut être améliorée selon le type de service, l'âge des patients, et des molécules prescrites. Les problèmes relevés lors des analyses restent les mêmes au cours des années nécessitant une vigilance constante, une sensibilisation du personnel médical, notamment dans les services où les patients sont fragilisés.

Mots-clés :

Analyse, Expertise, Prescription inappropriée

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse de l'intérêt de la dexmédétomidine dans un service de réanimation chirurgicale cardiovasculaire

Auteurs :

Duval S., Paya D., Cristinar M., Gourieux B.

Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Résumé :

Contexte

La dexmédétomidine est un traitement sédatif nouveau ayant montré un bénéfice sur la morbimortalité en chirurgie cardiovasculaire [1], mais coûteux et avec une amélioration du service médical rendu cotée V par rapport aux sédatifs de référence pour la sédation légère à modérée. [2]

Objectifs

L'objectif est d'évaluer l'efficacité de l'emploi de la dexmédétomidine dans un service de réanimation chirurgicale pour répondre à la demande de référencement dans le livret thérapeutique.

Patients et méthodes

L'étude est prospective, monocentrique, conduite de mai à août 2014 chez des patients en post chirurgie cardiovasculaire dans des indications définies par les réanimateurs.

Résultats

Quinze traitements ont été réalisés à des posologies de 0,2 à 1,4 µg/Kg/h sur une durée moyenne de 23,79 h ± 17,54 h. Les indications sont : contrôle neurologique sous circulation extracorporelle (CEC, 6 cas), sevrage ventilatoire après 2 échecs d'extubation (5 cas), sevrage respiratoire sous CEC (3 cas) et contrôle neurologique et sevrage respiratoire sous CEC (1 cas). La durée de maintien dans l'intervalle cible de sédation (score Richmond Agitation-Sedation Scale 0 à - 3) est de 100 % dans 10 cas sur 15, plus de 50 % dans 3 cas et moins de 50 % dans 2 cas. Le patient est communicant dans 10 cas, compliant aux soins dans 8 cas et tolérant à l'environnement dans 4 cas. Une sédation légère associée est nécessaire dans 13 cas. Les sédatifs, employés seuls ou en association, sont : propofol (10 cas), sufentanil (4 cas), rémifentanil (3 cas), halopéridol (3 cas). Un traitement antalgique concomitant est nécessaire dans 11 cas. Les antalgiques, employés seuls ou en association, sont : paracétamol (9 cas), morphine (5 cas), néfopam (2 cas), tramadol (1 cas). L'extubation est faite pour 6 cas entre 0 et 5 jours post chirurgie et pour 2 cas à plus de 5 jours. L'extubation n'est pas recherchée dans 3 cas et impossible dans 4 cas.

Conclusion

La dexmédétomidine a permis l'obtention d'une sédation vigile, facilitant le contrôle neurologique et l'évaluation de l'état douloureux du patient, confirmant les résultats d'efficacité ayant permis sa mise sur le marché. L'extubation est facilitée chez le patient sous CEC. Le bénéfice coût efficacité, par rapport à l'expérience avec midazolam et propofol, n'a cependant pas été jugé suffisant pour justifier son emploi dans les indications étudiées. Ce travail montre l'intérêt, dans certaines décisions de référencement, de tester les conditions d'utilisation d'un nouveau médicament pour permettre un meilleur positionnement.

Mots-clés :

Dexmédétomidine, Sédation consciente, Interventions chirurgicales cardiovasculaires

Références

[1] Fuhai J. et al. Circulation,127:1576-1584 (2013)

[2] Avis de la commission de la transparence. 2012. Haute Autorité de Santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prescription d'antifongiques systémiques chez le nouveau-né prématuré

Auteurs :

Hamm M., Gérout AC., Astruc D., Gourieux B.

Hôpital de Hautepierre, Strasbourg

Résumé :

Contexte

Les agents fongiques systémiques sont un facteur important de mortalité en néonatalogie. Les candidoses représentent la 3^{ème} cause de sepsis chez les prématurés. Or il n'existe que peu de recommandations officielles de prescription chez le nouveau-né.

Objectifs

L'objectif principal est d'étudier les prescriptions d'antifongiques systémiques dans le service de néonatalogie.

L'objectif secondaire est d'élaborer des recommandations de prescription chez les prématurés à partir d'avis d'experts.

Patients et méthodes

Une étude rétrospective a été menée au sein du service de néonatalogie entre janvier 2009 et décembre 2014. Parmi les prélèvements envoyés par le service en mycologie, seuls ont été retenus ceux qui étaient à l'origine d'une suspicion d'infection fongique invasive. Les dossiers des patients ont été examinés en retenant les antifongiques prescrits, la posologie, la durée du traitement et les effets indésirables observés (thrombopénie sous fluconazole).

Résultats

L'étude inclut 54 patients avec des prélèvements issus de différents sites. *Candida albicans* est la levure la plus fréquemment isolée (89 %), puis *Candida non albicans* (*glabrata*, *parapsilosis*) et *Aspergillus fumigatus* ont également été retrouvés.

20 patients ont reçu des traitements antifongiques systémiques. Leur âge gestationnel moyen était de 28,6 semaines d'aménorrhée [extrêmes 23-40 SA]. Les prescriptions étaient réévaluées (désescalade thérapeutique effectuée dès que possible) et adaptées au poids régulièrement.

Les traitements utilisés dans l'ordre de fréquence décroissante étaient : fluconazole 63 %, amphotéricine B liposomale 19 %, caspofungine 7 %. Une bibliographie exhaustive des molécules sur le marché a été réalisée, même pour les médicaments non utilisés dans le service.

Discussion

Le fluconazole est la molécule antifongique utilisée le plus fréquemment en néonatalogie. Elle est bien étudiée et entraîne peu d'effets indésirables. Dans ce service, la prophylaxie par fluconazole au long cours n'est pas mise en place ; ceci permet d'éviter une pression de sélection d'espèces de *Candida non albicans* résistantes à cette molécule et de préserver une sensibilité pour ce traitement.

L'équipe pharmaceutique, en collaboration avec l'équipe médicale, a proposé une standardisation des prescriptions d'antifongiques systémiques dans ce service de néonatalogie. Nous avons élaboré un tableau qui permet d'apporter des éléments nécessaires pour le choix lors de la prescription, ainsi qu'un logigramme d'aide à la prescription pour le service.

Mots-clés :

Prématuré, Nouveau-né, Candidémie

Références

[1] Pappas PG et al. Clin Infect Dis. mars 2009;48(5):503-35.

[2] Steinbach WJ et al. Curr Opin Infect Dis. déc 2005;18(6):484-9.

[3] Wiederhold et al. Clin Med Insights Pediatr. juin 2012;19.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Présence pharmaceutique en cardiologie : impact sur l'acceptation des interventions pharmaceutiques

Auteurs :

Chatelet JN., Courtin J., Devos C., Mutombo M., Bonenfant C., Guenault N.

CH Armentières

Résumé :

Contexte

La validation pharmaceutique des prescriptions est l'une des principales activités du pharmacien de notre centre hospitalier. Plusieurs modes de communication des interventions pharmaceutiques (IP) sont utilisées, notamment par informatique sur les prescriptions informatisées. La présence du pharmacien dans les services de soins, prélude à la pharmacie clinique, est depuis plusieurs années encouragée. Une présence pharmaceutique est en cours d'expérimentation dans le service de cardiologie.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'analyser l'impact d'une présence pharmaceutique sur l'acceptation des IP par les prescripteurs et leur pertinence.

Matériel et méthodes

La durée de l'étude a été limitée aux mois d'octobre à décembre sur 2 années consécutives. Il a été comparé l'acceptation des IP sans présence (2014) et avec présence pharmaceutique (1 pharmacien, 2015) dans le service de cardiologie. La totalité des prescriptions du service était analysée (26 lits). Les IP ont été émises selon les critères de la SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique, version 2008). L'impact des différents types de communication (informatique via Pharma® interfacé avec Crossway®, téléphonique, entrevue avec le prescripteur) sur l'acceptation des IP a été étudié.

Résultats

Au cours de l'étude, le nombre d'IP émis était stable (n = 198 en 2014, 189 en 2015). Le taux d'acceptation global des IP a doublé (46 % en 2014, 84 % en 2015) (p < 0.05). Suite à la mise en place de la présence pharmaceutique, les IP verbales (entrevue) étaient acceptées à 91 % (n = 123). Il a été mesuré une augmentation d'acceptation des IP informatiques de 67 % (61/150 en 2014, 38/56 en 2015). La pertinence des IP était majorée par la présence pharmaceutique, 25 avis (12.6 %) étaient non applicable en 2014 contre 7 (3,7 %) en 2015 (p < 0.05). La nature des IP émises était comparable entre 2014 et 2015, majoritairement relatif à des surdosages (70 cas/189 en 2015 et 65/198 en 2014) et contre-indications/non-conformité aux référentiels (34 en 2014 et 33 en 2015).

Conclusion

La mise en place de la présence pharmaceutique a permis de doubler l'acceptation des IP. Les IP informatiques sont mieux pris en compte par les médecins. Les échanges entre les différents professionnels de santé ont été améliorés. Il en résulte une meilleure pertinence des IP permettant d'optimiser la prise en charge médicamenteuse du patient. A terme, l'objectif est la généralisation de la présence pharmaceutique dans l'ensemble des services de l'établissement.

Mots-clés :

Intervention pharmaceutique, Pharmacie clinique, Impact

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Conciliation médicamenteuse en obstétrique ? Intérêts et perspectives

Auteurs :

Palosse L., Promis AS., Micas F., Delon E., Guyard-Boileau B., Pomies S., Cestac P., Viard C.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

L'activité de conciliation médicamenteuse à l'entrée est une étape clé de la prise en charge médicamenteuse du patient. Selon une enquête de la Direction Générale de l'Offre de Soins publiée en 2015, seuls 10 % des établissements effectuent cette activité en obstétrique [1].

Objectifs

Mettre en place une activité de conciliation médicamenteuse à l'entrée dans une unité de grossesses à risque d'une maternité de type 3 afin d'améliorer la prise en charge du patient.

Patients et méthodes

Une interne en pharmacie a réalisé l'activité de conciliation dans un service de 15 lits de grossesses pathologiques. Nous avons inclus dans ce travail les patientes entrant dans le service entre décembre 2015 et janvier 2016. Les critères d'exclusion étaient : durée de séjour estimée < = 48 h, déclenchement, interruption médicale de grossesse, douleur ou vomissements importants. Le support de conciliation institutionnel a permis de colliger le bilan médicamenteux optimisé (BMO) à l'entrée, de le comparer à l'ordonnance hospitalière et de rechercher les allergies et antécédents. Les patientes étaient interrogées sur leur prise médicamenteuse tout au long de la grossesse et sur les prises éventuelles de compléments alimentaires, phytothérapie ou homéopathie.

Résultats

Pendant 36 jours, 73 femmes enceintes ont bénéficié de la conciliation médicamenteuse à l'entrée, soit 36 % des entrées. L'entretien avec la patiente, la réalisation du BMO et sa comparaison à l'ordonnance hospitalière ont permis la réalisation de 46 interventions pharmaceutiques. Près de la moitié des avis (22/46) étaient des divergences non intentionnelles (DNI)(absence de retranscription des médicaments pris par la patiente avant et pendant l'hospitalisation). Treize avis ont consisté à informer l'équipe médicale d'un antécédent médical ou d'une allergie médicamenteuse non notée dans le dossier patient. Deux entretiens ont permis de détecter plusieurs prises d'anti-inflammatoires non stéroïdiens chez une patiente en fin de grossesse et d'arrêter un collyre analogue de prostaglandines chez une patiente en menace d'accouchement prématuré.

Conclusion

L'activité de conciliation a permis de détecter de nombreuses DNI majoritairement liées à une absence de retranscription des médicaments pris avant l'hospitalisation mais également des antécédents ou expositions médicamenteuses pendant la grossesse non identifiés par l'équipe médicale. Sur ces constats l'activité va être déployée dans la seconde unité de grossesses à risque avec le renfort d'une externe en pharmacie.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Obstétrique, Sécurité des patients

Références

[1] P. Kujas. DGOS. De l'introduction à la diffusion massive de la pharmacie clinique : Retour d'expérience des établissements.html. [cité 11 févr 2016]. Disponible sur <http://www.sfpc.eu/fr>

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Nivolumab : données en vie réelle dans le mélanome et le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC)

Auteurs :

Thole A., Grenouilleau V., Jacques B., Chevalier A., Ferrari S., Jomier JY.

CH Pau

Résumé :

Contexte

Le Nivolumab (N) est un anticorps anti PD-1, immunothérapie indiquée dans le traitement du CBNPC après au moins une ligne de traitement à base de sels de platine et dans le traitement du mélanome, en première ligne chez les patients BRAF non mutés ou après échappement à un inhibiteur BRAF.

Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de présenter une cartographie de l'utilisation du N depuis sa mise à disposition sous Autorisation Temporaire d'Utilisation en janvier 2015.

Matériel et méthodes

Le logiciel Chimio® a permis l'identification des patients ayant reçu au moins une cure de N en 2015. Pour chaque patient, ont été recueillis : l'indication, la durée de prescription, la ligne de traitement, le nombre de cures reçues, les éventuels effets indésirables retrouvés ainsi que les causes d'arrêt du traitement.

Résultats

En 2015, 22 patients ont reçu le N : 17 patients (77 %) en pneumologie et 5 patients (23 %) en dermatologie.

Les patients traités pour un mélanome ont reçu en moyenne 6 cures. Le N est essentiellement utilisé en 2^{ème} ou 3^{ème} ligne (un seul patient l'a reçu en 1^{ère} ligne). Trois patients ont arrêté leur traitement : 2 pour progression de la maladie cancéreuse et 1 pour décès non imputable au N. La durée médiane de traitement est de 2,5 mois [0,6;7,8].

Les patients traités pour un CBNPC, ont reçu en moyenne 3 cures. Chez ¼ des patients, le N est utilisé en 3^{ème} ligne ou plus. Neuf patients (53 %) ont arrêté leur traitement : 4 (45 %) pour progression, 2 (22 %) pour décès (non imputable au N), 3 (33 %) pour toxicité (rénale, thyroïdienne ou respiratoire). La durée médiane de traitement est de 1 mois [0,04 ; 2,50] ; 2 patients n'ont reçu qu'une seule cure. Il est à noter que 3 des 4 patients inclus en 2^{ème} ligne sont toujours en cours de traitement.

Treize patients ont présenté au moins un effet indésirable (EI) : les plus fréquents sont les troubles thyroïdiens (3 patients) et la toxicité rénale (3 patients) ou digestive (3 patients).

Discussion

Cette étude a permis de montrer que le N est majoritairement prescrit au-delà de la 2^{ème} ligne de traitement. Les EI rapportés sont le plus souvent d'origine immunologique et imposent l'arrêt du traitement dans 14 % des cas.

La taille réduite de la cohorte et l'inclusion à un stade avancé de la maladie apportent vraisemblablement un biais à nos résultats ; il serait intéressant de poursuivre l'analyse afin de mieux appréhender l'utilisation en vie réelle du N depuis l'obtention de son Autorisation de Mise sur le Marché.

Mots-clés :

Immunothérapie, CBNPC, Mélanome

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Renforcement des conditions de prescription et de dispensation du valproate et dérivés : le point sur la prise en charge des patientes traitées par ces spécialités dans un établissement de santé mentale

Auteurs :

Heloury J., Carpenet Guery H., Arnaud L., Malard Gasnier N., Laplagne Roux A., Rougeot J., Schadler L.
CH Esquirol, Limoges

Résumé :

Contexte

Le valproate est un principe actif aux effets tératogènes connus. Ce médicament est indiqué en psychiatrie dans le traitement des troubles bipolaires. En mai 2015, de nouvelles données concernant ces risques ont conduit l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) à renforcer les conditions de prescription et de délivrance de ces spécialités. Ces dispositions sont applicables depuis le 01/01/2016.

Objectifs

Ce travail a été mené afin de promouvoir la mise en œuvre effective des nouvelles dispositions réglementaires et de l'objectiver.

Patients et méthodes

Ce travail s'est déroulé en plusieurs étapes : au lendemain de la parution de la note de l'ANSM (date D0) : 1) réalisation d'un état des lieux des prescriptions à partir d'une requête informatisée ; 2) organisation d'une session d'information à destination des professionnels ; 3) envoi aux prescripteurs des documents de l'ANSM ; 4) mise en place d'un dossier partagé de suivi des accords de soins complété lors de la validation pharmaceutique et 5) aux dates D1 = 27/05/15, D2 = 31/12/15 et D3 = 20/01/16 réalisation de 3 requêtes d'évaluation des prescriptions.

Résultats

A D0, la répartition des prescriptions des thymorégulateurs spécifiques chez la femme est la suivante : valproate et dérivés = 78,4 %, lithium = 13,5 % et carbamazépine = 8.1 % ; 52 professionnels ont assisté à la session d'information.

Aux dates D1, D2 et D3, l'analyse des prescriptions montre que la proportion de femmes traitées par valproate et dérivés est de 58/141 (41,1 %) ; 62/168 (36,9 %) et 62/190 (32,6 %) respectivement. L'effectif des femmes par tranche d'âge est le suivant : 015 ans = 0 (toutes dates confondues), 15-50 ans : 20/58 (34,5 %), 19/62 (30,7 %) et 18/62 (29 %) à D1, D2 et D3 respectivement.

Enfin au 01/02/16 sur 11 patientes hospitalisées à temps complet, 8 accords de soins sont obtenus, 3 sont en attente dont 1 dû à une hospitalisation sans consentement.

Conclusion

Ce travail révèle la place importante du valproate et dérivés en psychiatrie. Les résultats montrent que l'évolution de la proportion de patientes traitées reste stable, témoignant d'une réévaluation bénéfique/risque en faveur du maintien du traitement. Malgré les difficultés à obtenir les accords de soin durant l'hospitalisation, notamment pour des soins sans consentement, l'ensemble de ces actions a permis une mise en application satisfaisante de cette nouvelle réglementation. Enfin, dans le cadre de la conciliation de sortie, il sera intéressant de transmettre les accords de soins aux pharmaciens officinaux.

Mots-clés :

Acide valproïque, Dispensation, Prescription

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Audit sur les médicaments à risque dans les services de soins : état des connaissances et diffusion des informations

Auteurs :

Dompnier M., Garces M., Mérian-Brosse L., Diop M., Durand A.

CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye

Résumé :

Contexte

L'arrêté du 6 avril 2011 impose d'encadrer la gestion et l'utilisation des médicaments à risque (MR) au sein des établissements de santé. Depuis plusieurs années, des recommandations et des outils de sécurisation ont été mis à disposition des services par la CoMédIMS. Nous avons réalisé un audit sur la connaissance de ces médicaments et sur l'efficacité des moyens de diffusion des informations relatives à leur bon usage.

Objectifs

Evaluer l'impact des recommandations diffusées sur les MR.

Matériel et méthodes

Un questionnaire composé de 10 questions ouvertes a été élaboré. 2 questions sont relatives à la connaissance des MR et 8 questions portent sur les outils et la diffusion des informations. L'audit a été réalisé par un interne et un pharmacien en mars 2015 dans 14 services cliniques auprès du cadre et/ou de l'infirmière (IDE) référente. Les résultats ont été confrontés aux recommandations mises à disposition par la CoMédIMS et son groupe « sécurisation du circuit du médicament » dans le « classeur médicament » disponible sur l'intranet de l'hôpital.

Résultats

79 % des services identifient des MR ; sont cités le chlorure de potassium (KCl) injectable (36 %), les stupéfiants (28 %), les fers injectables (14 %), les insulines (7 %).

72 % des services déclarent avoir mis en place les mesures de sécurisation préconisées (stockage séparé (100 %), étiquetage (21 %)) ou des mesures spécifiques aux services (code couleur (7 %)).

36 % des cadres transmettent à leur équipe des informations de la CoMédIMS. 100 % des services ont connaissance du « classeur médicament » et 86 % des cadres le recommandent, 50 % connaissent les fiches de bon usage disponibles. 78 % des services connaissent des travaux du groupe « sécurisation du circuit du médicament ».

Pour améliorer la diffusion, plusieurs souhaits ont été émis par les services : faciliter l'accès aux documents, classeur papier actualisé, staff « pharmacie » aux équipes paramédicales.

Conclusion

Cet audit montre des lacunes sur la connaissance des MR et sur les documents disponibles. La nécessité de communiquer plus efficacement sur les recommandations et les outils existants s'impose. La multiplication des moyens de communication permettrait de cibler un plus grand nombre de personnes. Des actions ont déjà été mises en place : diffusion d'un protocole sur les MR au service (never events, liste des MR, mesures de sécurisation). D'autres sont programmées : réunion d'information des IDE référents, formation dans les services.

Mots-clés :

Audit, Médicament, Information

Références

[1] Institute for Safe Medication Practices, ISMP's list of High-Alert Medications (2012)

[2] Curti C. et al. OMÉDIT Paca (2013)

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

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place du contrôle de l'osmolarité des mélanges de nutrition parentérale en néonatalogie

Auteurs :

Ksontini S.², Meddeb M.², Nour H.², Hammami D.², Bahri Hicheri S.², Sfar S.¹

¹ Faculté de pharmacie, Monastir, Tunisie

² Centre de maternité et de néonatalogie, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

L'administration de mélanges de nutrition parentérale (MNP) hyperosmolaires par voie périphérique peut être à l'origine de complications pouvant aller jusqu'à la phlébite, il est donc essentiel de contrôler l'osmolarité des MNP avant leur administration.

Objectifs

Comparer l'osmolarité mesurée et théorique des MNP afin de fixer un intervalle de tolérance pour le contrôle en routine.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective incluant des prélèvements réalisés à partir de MNP de type N2 et N3 sur une semaine de production. Ce sont des mélanges binaires de type N3 destinés à la voie centrale (osmolarité de 1 152 mOsm/L) et des mélanges N2 destinés à la voie périphérique (osmolarité de 690 mOsm/L). L'osmolarité est mesurée par un osmomètre à tension de vapeur Vapro®. Les valeurs mesurées et théoriques ont été comparées.

Résultats

Douze prélèvements à partir des poches N3 et 30 des poches N2 ont été collectés. Les écarts entre la valeur mesurée et théorique varient entre 10 et 17 %. Les moyennes des écarts sont de 15 % pour les poches N3 et de 13,75 % pour les poches N2. Les coefficients de variation sont de 1,23 % et 0,87 % respectivement pour les valeurs de l'osmolarité des poches N3 et N2. Ceci élimine une imprécision liée à la mesure de l'osmomètre. Les déviations par rapport aux valeurs théoriques peuvent être expliquées par d'éventuelles interactions, décrites dans la littérature, entre les différents composants des MNP et par le fait que l'osmomètre mesure l'osmolalité (mOsm/kg) et non l'osmolarité (mOsm/L) des solutions [1]. De plus, ces écarts peuvent être liés à une erreur de prélèvement des volumes par les opérateurs, ceci est à écarter car nous réalisons le contrôle gravimétrique des poches. Partant de ces résultats, une différence à la hausse de + 15 % est retenue par rapport aux valeurs théoriques.

Conclusion

Cette étude montre que les valeurs mesurées sont supérieures aux valeurs théoriques mais avec les intervalles fixés nous assurons que l'osmolarité de nos MNP ne dépasse pas les seuils fixés par l'ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition).

Mots-clés :

Contrôle de la qualité, Osmolarité, Alimentation parentérale

Références

Detolle S. Ann Pharm Fr. 46: 7-14 (1988)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation du ressenti des patients traités par Azacitidine, au sein d'un Centre de Lutte Contre le Cancer

Auteurs :

Gerard C., Thivilliers A., Friou M., Rambaud J., Ferry I.

Institut Curie - Hôpital René Huguenin, Saint-Cloud

Résumé :

Contexte

L'Azacitidine est un traitement indiqué chez les patients adultes non éligibles à la greffe de cellules souches hématopoïétiques présentant une leucémie myélomonocytaire chronique (LMMC), un syndrome myélodysplasique (SMD) ou une leucémie aiguë myéloblastique (LAM). Il est administré par voie sous cutanée pendant 7 jours, tous les 28 jours, jusqu'à progression de la maladie. La première administration est réalisée en hôpital de jour (HDJ), les 6 suivantes en hospitalisation à domicile (HAD). L'administration nécessite, dans la majorité des cas, un fractionnement de la dose impliquant deux injections.

Objectifs

Evaluation de la compréhension et de l'optimisation de la prise en charge des patients.

Patients et méthodes

Des questionnaires ont été conçus afin d'évaluer l'état général des patients, leur compréhension du traitement, leur motivation, le soutien apporté par leurs proches, les effets indésirables (EI) et les difficultés rencontrés. De mai 2014 à juin 2015, 7 patients (3 atteints d'une LMMC, 1 d'un SMD et 3 d'une LAM) ont été interrogés en HDJ. Ces entretiens étaient réalisés par un interne en pharmacie, en moyenne toutes les 6 cures, à partir de la 4^{ème} cure.

Résultats

La récurrence des injections et le nombre important de cures entraînent chez tous les patients un sentiment de lassitude. Les injections d'azacitidine sont douloureuses pour tous. Les EI les plus fréquents sont les nausées, les vomissements, la constipation et l'asthénie. 3 patients ont nécessité un report ponctuel de traitement dû à une neutropénie. La fatigue entraîne une diminution de l'activité quotidienne principalement pendant la semaine d'injections. L'entourage des patients, en particulier la famille, est primordial dans leur motivation. Le temps de trajet jusqu'à l'hôpital et l'attente en HDJ ont été reportés comme points négatifs, tout comme l'attente d'une infirmière toute une matinée pour l'HAD. Aucun des patients n'a manifesté de difficultés dans la compréhension de son traitement.

Conclusion

La prise en charge mixte (HAD + HDJ) et le contact avec leur hématologue référent à chaque cure sont appréciés par tous les patients car ils permettent un échange régulier. Bien qu'il s'agisse d'un traitement au long cours, il est relativement bien toléré. Néanmoins, la motivation des patients diminue avec les cycles. Le soutien apporté par l'entourage des patients est essentiel, c'est ce qui leur permet d'être observants et de conserver une qualité de vie acceptable.

Mots-clés :

Azacitidine, Evaluation, Entretien

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Tolérance et efficacité des patchs cutanés de capsaïcine à forte concentration (8 %)

Auteurs :

Ablard C., Albert O., Eddahi A., Liochon S., Faure P., Madelaine I., Deville L., George B.

APHP - Hôpital Saint-Louis GHU St-Louis Lariboisière Fernand Widal, Paris

Résumé :

Contexte

Les patchs cutanés de capsaïcine, agoniste hautement sélectif des récepteurs TRPV1 entraînant leur désensibilisation à forte concentration (8 %), sont indiqués dans le traitement symptomatique des douleurs neuropathiques périphériques (DNP). Seules les structures de prise en charge de la douleur sont habilitées à les prescrire et à les appliquer une fois par trimestre.

Objectifs

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité du médicament et la tolérance des patients traités dans notre établissement.

Matériel et méthodes

Une étude rétrospective a été menée entre juin 2012 et janvier 2016. Les caractéristiques des patients, ayant reçu au moins un patch et les données de tolérance ont été recueillies dans les dossiers « Douleurs ». L'évolution de l'intensité de la douleur par échelle numérique (EN) a été obtenue en interrogeant les patients par téléphone à J30 après l'administration.

Résultats

Pendant ces 43 mois, 85 patients, dont 47 femmes, âgés en moyenne de 57 ans [24-93], ont été traités. Ces patients souffraient, depuis 49 mois en moyenne [1 mois-18 ans], de DNP post-chirurgicales (39 %), post-chimiothérapie (24 %) et post-zostérienne (12 %). Avec un total de 161 applications, 49 % des patients ont bénéficié d'1 application (n = 42), 32 % de 2 (27), et 19 % (16) de 3 ou plus [1-11]. Le nombre moyen de patchs était de 1,3 par application [0,25-3] et le délai moyen entre 2 applications de 5,2 mois [0,3-24]. Les sites majoritaires étaient les extrémités (pieds/mains) et le dos. Des sensations de brûlures ont été décrites chez 48 % des patients (41/85) à la 1^{ère} application. Une prémédication a consisté en une application de lidocaïne/prilocaine 5 % crème (58 %) ou de froid (39 %). Les patients recevant de la lidocaïne exprimaient à 65 % des brûlures au moment de la pose (61/94) tandis qu'ils n'étaient que 47 % avec le froid (29/62). Les érythèmes post application concernaient 42 % des patients (36/85). Les patients interrogés ont exprimé à 44 % (31/70) une diminution de l'intensité de leur douleur de plus de 50 % (passage de l'EN moyen de 6,9 à 2,4).

Conclusion

Nos pratiques sont conformes aux recommandations de bon usage avec une amélioration de la qualité de vie exprimée dans 44 % des cas. L'application du froid en prémédication est actuellement privilégiée au vu des résultats. Cette étude reste préliminaire. Elle nous a permis d'adapter les grilles de recueil des données pour nos patients, de manière à être plus exhaustif et plus homogène d'une infirmière à l'autre, en vue d'une prochaine étude prospective.

Mots-clés :

Capsaïcine, Douleur, Tolérance aux médicaments

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 190

Titre :

Mise en place d'une organisation interne permettant d'augmenter les notifications de pharmacovigilance

Auteurs :

Rocquain J.¹, Legrand O.¹, Duval M.², Default A.², Delom C.¹, Dumazer-Carles C.¹

¹ CH Aubagne

² APHM - Hôpital de La Timone, Marseille

Résumé :

Contexte

Le faible nombre de patients inclus dans les essais cliniques avant la commercialisation d'un médicament ne permet pas une détection exhaustive des effets indésirables médicamenteux (EIM). Bien que responsable de 140 000 hospitalisations et 13 800 décès par an en France [1], seul 6 % des EIM sont déclarés ! [2]

Objectifs

L'objectif est de créer un « réflexe pharmacovigilance » chez les cliniciens et paramédicaux de notre établissement par la promotion de la notification des EIM.

Matériel et méthodes

Une réflexion pluridisciplinaire a permis d'établir une nouvelle organisation interne visant à augmenter le nombre de notifications spontanées (NS). Le nombre de NS annuelles émanant de notre hôpital a été récupéré de 2006 à 2015 auprès du CRPV (Centre Régional de Pharmacovigilance), avant et après mise en place des mesures d'amélioration.

Résultats

En présence du médecin responsable du CRPV, 3 actions ont été décidées dans un comité du médicament (COMED) rassemblant plusieurs spécialités médicales et les pharmaciens en janvier 2011 : l'envoi régulier par mail d'informations de pharmacovigilance ciblant les spécialités concernées ; une collecte hebdomadaire d'EIM par les pharmaciens dans les services et une recherche systématique des causes iatrogènes d'hospitalisation lors de l'analyse pharmaceutique. Enfin, un COMED Pharmacovigilance est organisé chaque année depuis 2009 avec un médecin sénior du CRPV qui vient présenter les grandes alertes et le bilan quantitatif et qualitatif des NS de l'année précédente.

Jusqu'en 2008, le nombre de NS n'excédait pas 10 par année et était transmise au CRPV majoritairement par les médecins. La mise en place de la nouvelle organisation centralisant les NS au niveau de la Pharmacie à Usage Intérieur a permis une augmentation des NS d'un facteur 3 en 2009 (n = 26). Cette augmentation est restée constante sur les années suivantes (2010, 25 ; 2011, 22 ; 2012, 24 ; 2013, 26 ; 2014, 48 ; 2015, 32). Depuis 2012, plus 2 NS sur 3 ont été envoyées au CRPV par les pharmaciens.

Conclusion

Grâce à la mise en place de ces mesures, notre CH (280 lits, 200 MCO) se situe dans les premiers notificateurs de la région, ceci grâce à une sensibilisation régulière de tous les soignants et un partenariat actif entre médecins et pharmaciens.

Mots-clés :

Pharmacovigilance, Systèmes de signalement des effets indésirables des médicaments, Effets secondaires indésirables des médicaments

Références

[1] Enquêtes nationales sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS 1 et 2)

[2] Lopez-Gonzalez E, Herdeiro MT, Figueiras A. Determinants of under-reporting of adverse drug reactions : a systematic review. Drug Saf. 2009;32(1):19-31

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Problématique de la prescription et de la préparation des antibiotiques injectables en néonatalogie

Auteurs :

Djededoua H., Gerout AC., Astruc D., Gourieux B.

Hôpital de Hautepierre, Strasbourg

Résumé :

Contexte

Les antibiotiques injectables (AI) sont fréquemment prescrits dans les services de Néonatalogie des CHU. Dans le service, tous les AI doivent être administrés dans un volume (VA) de 2 mL nécessitant d'adapter la préparation. Ces pratiques, qui sont parfois hors Recommandations Officielles de Préparation (ROP), peuvent être source d'erreur médicamenteuse.

Objectifs

Identifier les AI pour lesquels il existe une inadéquation entre ROP et VA et apporter les solutions adéquates.

Matériel et méthodes

Nous avons relevé les prescriptions d'AI dans les 3 unités du service (soins intensifs, réanimation et médecine néonatale) pendant 3 semaines pour identifier les AI en question. Nous avons réalisé un sondage auprès des infirmières du service afin de cibler les points problématiques sur la partie prescription-administration du circuit du médicament.

Résultats

1 180 lignes de prescription sur 3 semaines ont été relevées dans les 3 unités du service. En réanimation et aux soins intensifs, les AI représentent respectivement 33 % et 28 % de la prescription. En médecine néonatale, les AI représentent 8 % de la prescription. Pour 6 AI, la dose prescrite ne peut pas être administrée dans un volume de 2 mL selon les ROP. Parmi ces 6 AI, la PUI réalise 3 préparations avec des dosages adaptés à l'usage pédiatrique chez le nouveau-né, dont la dose à administrer peut être effectuée dans un volume de 2 mL. Par ailleurs, 25 des 28 infirmières sondées affirment ne pas pouvoir administrer la dose d'AI prescrite dans le volume de 2 mL prescrit. 18 des infirmières utilisent le Vidal pour la préparation des AI, et 10 le référentiel des AI de l'hôpital pour la préparation des AI. 21 infirmières affirment avoir déjà préparé la dose d'AI en dehors des ROP pour pouvoir l'administrer dans 2 mL. Pour 26 infirmières, le point problématique est le VA de 2 mL prescrit qui n'est pas compatible avec les volumes de solvant nécessaires pour la préparation des AI figurant dans les ROP.

Conclusion

Trois des six anti-infectieux identifiés sont préparés par les infirmières hors recommandations officielles de préparation. Ces pratiques comportent un risque pour le nouveau-né (solution irritante...) car les concentrations des solutions préparées ne figurent pas dans les sources officielles. Pour optimiser ces administrations, la pharmacie travaille sur un référentiel d'Anti-infectieux qui comporte des informations sur les concentrations d'antibiotiques injectables qu'il est possible d'administrer au patient afin de fournir aux infirmières un outil plus complet.

Mots-clés :

Néonatalogie, Antibiotique, Préparation

Références

- [1] Vidal version 2015.12.1
- [2] www.Thériaque.fr
- [3] www.Stabilis.org

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Programme EDUFA EDUcation thérapeutique du patient en accueil FAMILIAL : répondre aux besoins spécifiques des patients schizophrènes chroniques concernant le médicament et la maladie

Auteurs :

Tramier V., Petitjean F., Tschan C., Dabat B., Caillot C., Francois S., Henri P.

CHS Ainay Le Château

Résumé :

Contexte

Le programme EDUFA pour EDUcation thérapeutique des patients en accueil FAMILIAL a été approuvé par l'Agence Régionale de Santé Auvergne en décembre 2014. Il comprend des ateliers de remédiation cognitive, d'éducation en équilibre alimentaire et en tabacologie. L'atelier Médicaments et schizophrénie en fait également partie. Il s'adresse aux patients hospitalisés en Famille d'accueil (AcFT), ces derniers sont des chroniques souffrant de schizophrénie.

Objectifs

Afin de répondre au mieux aux besoins des patients en termes d'éducation thérapeutique, une étude préalable a été réalisée pour bien identifier les notions sur lesquelles échanger au cours du programme et développer des outils adaptés à leurs capacités.

Matériel et méthodes

Au sein d'un focus group de 12 patients, les principaux besoins en éducation ont émergé. Ils ont permis de bâtir un « pré-programme », support d'un questionnaire qualitatif. Avec ce dernier, nous avons rencontré dix AcFT ainsi que 19 patients, en entretien semi-directif. Une étude quantitative a ensuite permis de valider le programme de l'atelier ainsi que ses outils.

Résultats

Du point de vue « contenu » de l'atelier, neuf points d'échange sur le médicament et la schizophrénie ont été identifiés et inclus dans le pré-programme, 62 % des patients ont donné leur avis sur ce dernier. La rencontre individuelle avec les patients nous a conduit à créer des outils simples pour expliquer le fonctionnement du psychotrope dans le cerveau, les formes galéniques, le lien avec les signes cliniques de la maladie, les effets positifs et négatifs des traitements, le circuit de délivrance des médicaments, les bons conseils d'hygiène de vie.

Un des outils est le jeu MedSchiz. Il se présente sous la forme d'un plateau rotatif composé de 6 camemberts ou familles. Les patients identifient au sein d'une ordonnance, les médicaments psychotropes à l'aide de conditionnements vides, ils les répartissent au sein des familles. Sont ensuite rattachés à ces familles progressivement, les signes cliniques de la maladie, les effets positifs et les effets secondaires des traitements, ceci dans le but d'apporter de la cohérence aux patients dans leur prise en charge médicamenteuse.

Conclusion

Cet atelier a été monté de façon à répondre aux besoins des patients hospitalisés dans notre établissement. Plusieurs notions sont abordées, plusieurs outils sont proposés, une évaluation de leur pertinence et de leur adaptabilité aux patients permettra de compléter ce travail.

Mots-clés :

Education, Thérapeutique, Médicament

Références

- [1] Brunie V. et al. Soins Psychiatrie. 273 : 23-25 (2011)
- [2] Cussac-Buchdahl C. et al. Soins Psychiatrie. 273 : 26-30 (2011)
- [3] Pomini V. et al. L'information psychiatrique. 84:895-902 (2008)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 193

Titre :

L'innovation thérapeutique, au cœur du lien hôpital-ville à la rétrocession

Auteurs :

de Coucy A., Ollivier J., Megne Wabo M., Bonnin M., Berroneau A., Servant V., Maurin V., Picard F., Djabarouti S., Xuereb F., Breilh D.

CHU Bordeaux - GH Sud Haut-Lévêque

Résumé :

Contexte

Sacubitril/valsartan est un nouveau médicament dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique. Il a obtenu son AMM en novembre 2015, mais pendant plusieurs mois il va bénéficier du dispositif pérenne de l'article 48 de la LFSS. La prescription sera alors réservée aux cardiologues, et la dispensation aux pharmacies à usage intérieur. Afin d'assurer une continuité dans la prise en charge des patients, des entretiens pharmaceutiques ont été mis en place ainsi qu'un lien hôpital-ville (H/V) avec les professionnels de santé de ville (PSV) (médecins généralistes et pharmaciens d'officine).

Objectifs

Evaluer le lien H/V mis en place et les fiches d'informations transmises aux PSV.

Patients et méthodes

Entretien téléphonique avec les PSV des patients pour lesquels une rétrocession de sacubitril/valsartan et une analyse pharmaceutique des prescriptions a été réalisée sur le mois de janvier 2016 ; avec transmission de fiches d'information. Evaluation à l'aide d'un questionnaire. Les données recueillies étaient : interactions médicamenteuses détectées lors de l'AP, et connaissance du médicament par les PSV et satisfaction.

Résultats

Sur la période de l'étude, 19 patients ont bénéficié d'une rétrocession de sacubitril/valsartan. Les AP réalisées ont permis de révéler des associations déconseillées avec ce médicament chez treize patients (68 %). Elles concernaient une association à l'atorvastatine (35 %), majorant le risque de myopathie, ou à un médicament hyperkaliémant (35 %) nécessitant une surveillance accrue de la kaliémie. Dans le cadre du lien H/V, aucun des 38 PSV contactés n'étaient au courant de la prescription de ce médicament à leur patient. Neuf (25 %) avaient connaissance de ce médicament. Seulement trois (8 %) connaissaient le mécanisme d'action, les interactions médicamenteuses et la surveillance du traitement. Après diffusion des fiches d'informations, douze PSV (32 %) ont répondu au questionnaire d'évaluation. Pour finir 88 % d'entre eux ont jugés ce lien ville-hôpital bénéfique dans la prise en charge du patient.

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en évidence l'intérêt du lien H/V dans la continuité de la PEC du patient et la prévention de la iatrogénie médicamenteuse. Les cardiologues prescripteurs sont satisfaits de cette démarche ; elle sera étendue à d'autres centres de rétrocession de la région.

Mots-clés :

Sacubitril/valsartan, Innovation thérapeutique, Entretiens pharmaceutiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact des interventions pharmaceutiques sur la prescription des médicaments potentiellement inappropriés à la personne âgée dans un service de court séjour gériatrique d'un CHG

Auteurs :

Audemar J., Liautaud T., Devaux S., Brun H., Tuyindi N., Nicolaos G., Coulon S.

CH Coulommiers

Résumé :

Contexte

Les personnes âgées (> 75 ans) représentent une population à risque pour laquelle la iatrogénie médicamenteuse peut être maîtrisée par une prescription adaptée. Une liste de médicaments potentiellement inappropriés chez ces patients (MPI) incluant des propositions d'adaptation posologique a été publiée par Charmes et al.. Cette liste a été adaptée à notre établissement par le CoMédIMS.

Objectifs

Les objectifs de cette étude sont d'estimer le respect des recommandations lors de la prescription des MPI dans un service de court séjour gériatrique et d'évaluer si l'utilisation d'opinions pharmaceutiques standardisées induit un changement dans les habitudes de prescription.

Patients et méthodes

Une étude rétrospective de la prescription et de l'analyse pharmaceutique dans un service de gériatrie de 28 lits a été réalisée sur deux périodes d'un mois. La première période (du 11/09/2015 au 12/10/2015) correspond au premier mois consécutif au déploiement de la prescription informatisée dans ce service. La deuxième période intervient deux mois plus tard (du 12/11/2015 au 12/12/2015). Les recommandations concernant les MPI ont été pré-saisies dans le logiciel PHARMA® afin d'uniformiser les opinions pharmaceutiques (OP). L'étude OP a été réalisée à l'aide du module statistique du logiciel PHARMA®.

Résultats

85 prescriptions ont été analysées pour la première période et 83 pour la deuxième soit respectivement 1 541 et 1 314 lignes de prescription. Parmi celles-ci, 33 prescriptions comprenaient des MPI (soit 39 % des patients) contre 35 pour la période 2 (soit 40 % des patients). Les classes thérapeutiques concernées étaient les anxiolytiques/hypnotiques (61 % et 65 % des MPI pour les deux périodes) puis les antispasmodiques urinaires (8 % et 5 %), les inhibiteurs calciques à action immédiate (8 % et 11 %), et la digoxine (8 % et 3 %). Le pourcentage des prescriptions contenant des MPI prescrit d'emblée selon les recommandations est passé de 26 % à 32 %. Concernant les anxiolytiques hypnotiques, les prescriptions d'emblée conformes ont augmenté de 30 à 50 % entre les deux périodes.

Discussion

Les deux périodes sont comparables en nombre de prescriptions totales. La répétition d'OP avec des phrases pré-remplies n'a pas permis de diminuer le nombre de prescriptions de MPI mais a permis une augmentation des prescriptions d'emblée conforme. Ainsi la diffusion d'OP lors de la validation pharmaceutique permet de diffuser largement les recommandations sur les MPI.

Mots-clés :

Prescription inappropriée, Gériatrie, Mauvaise utilisation

Références

- [1] Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française - M.-L. Laroche et al. / La Revue de médecine interne 30 (2009) 592-601.
- [2] Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD - Mise à jour en Juin 2014/ OMÉDIT Basse Normandie – ARS Basse Normandie.
- [3] M. Jardina, b, c, A. Bocquiera, b, c, S. Cortaredonaa, b, c, S. Nauleaud, C. Millond, S. Savard-Chambardd, V. Allaria-Lapierree, V. Sciortinoe, G. Bouvenotb, f, P. Vergera, b, c, Prescriptions médicamenteuses potentiellement inadaptées chez les personnes âgées : une étude en Provence-Alpes-Côte d'Azur à partir des données de remboursements de l'Assurance maladie Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La conciliation médicamenteuse d'entrée en gériatrie et en médecine post urgence suite à une analyse des risques a priori

Auteurs :

Girard S., Delhumeau J., Berge-Bouchara C., Gaumé M., Airiau C.

CH Cholet

Résumé :

Contexte

Depuis novembre 2014, la conciliation médicamenteuse d'entrée (CM) est développée dans notre établissement en gériatrie. Une analyse des risques a priori avec la méthode Analyse des Modes de Défaillance et De leur Criticité (AMDEC) est réalisée en mars 2015. Puis cette activité a repris dans ce même service avant d'être étendue en médecine post-urgence (MPU).

Objectifs

Comparaison des résultats de la CM dans 2 services suite à une AMDEC.

Matériel et méthodes

Les patients inclus ont plus de 65 ans, plus de 5 lignes de traitements, vivent à domicile ou en foyer logement. Le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) est listé à partir d'au moins 3 sources : le patient, le pharmacien d'officine, le médecin traitant. Le BMO est ensuite comparé à l'Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission (OMA) qui met en avant des Divergences Intentionnelles (DI) ou Non Intentionnelles (DNI). Lors du rendu de la CM au médecin il cote l'impact clinique des DNI selon l'échelle de Cornish [1]. Les résultats alimentent le tableau de suivi des indicateurs : nombre de DNI par patients, classe ATC (anatomique – thérapeutique – chimique) des médicaments concernés.

Résultats

De novembre 2014 à janvier 2015 en gériatrie, 59 patients sont inclus et 12 DNI sont identifiées soit 20 % des patients. 50 % des DNI identifiées ont amené à des corrections de prescriptions soit pour 10 % des patients.

Après l'AMDEC, durant 20 jours en octobre 2015, 32 patients sont inclus dans chacun des deux services soit 1,5 patients par jour. En gériatrie, le nombre de DNI est de 23 soit 34 % des patients avec au moins une DNI versus 24 DNI soit 47 % des patients avec au moins une DNI en MPU.

L'oubli d'un traitement est la première cause de DNI dans les 2 services. 64 % des DNI identifiés en gériatrie amènent à une correction de la prescription. En MPU, les DNI sont corrigées dans 75 % des cas soit pour 35 % des patients conciliés. Le système cardiovasculaire et les voies digestives et métaboliques sont les plus représentés. En gériatrie 65 % des DNI sont classés avec un impact clinique grave et 54 % en MPU.

Discussion

L'activité de CM est à poursuivre en MPU mais son intérêt n'est pas négligeable en gériatrie. Il est prévu de l'étendre à d'autres services de médecine. Suite à l'AMDEC les résultats se sont améliorés au vu du nombre de divergences décelées et de l'impact sur la pratique médicale. Néanmoins un processus d'amélioration continue doit être développé sur les outils à disposition, la formation, la communication avec l'équipe soignante.

Mots-clés :

Conciliation, Médicament, Risque

Références

[1] Cornish et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 2005;165(4):424-429.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de la prise en charge de la douleur et iatrogénie médicamenteuse chez les patients âgés de plus de 75 ans atteints d'un cancer

Auteurs :

Friou M., Gaihier C., Baudoin A., Labrèze L., Mertens C., Lortal B., Apretna E.

Institut Bergonié, Bordeaux

Résumé :

Contexte

La prise en charge de la douleur chez le sujet âgé, défi majeur de santé publique lié au vieillissement de la population, est complexe en oncologie.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'observer le comportement de notre centre anti-cancéreux à l'égard de la douleur et d'évaluer les prescriptions médicales d'antalgiques.

Matériel et méthodes

L'évaluation de la douleur et les prescriptions antalgiques concernant la douleur nociceptive ont été observées chez les sujets âgés de plus de 75 ans atteints d'un cancer par une étude rétrospective et mono-centrique. A l'aide du dossier médical informatisé, les données recueillies étaient : l'âge du patient, la présence d'une évaluation de la douleur par échelle numérique, la présence et le type d'antalgique, le palier choisi, les associations de palier et la présence ou non d'interactions médicamenteuses.

Résultats

De février à mai 2015, 115 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 80,5 ans. L'évaluation de la douleur a été tracée dans le dossier médical pour 98 % des patients. Dans 55 % des cas, un antalgique est prescrit durant le séjour : 90 % de palier I, 32 % de palier II et 49 % de palier III. Une monothérapie antalgique est prescrite dans 29 % des cas (palier I) et 9 % (palier II). Les prescriptions de palier II comportaient dans 76 % des cas du tramadol. Les prescriptions de palier III se répartissaient pour 64,9 % de morphine, 21,6 % de fentanyl et 13,5 % d'oxycodone. Sur les 115 dossiers, l'association palier I-III est utilisée dans 40 % des cas, l'association palier I-II dans 13 % et l'association des 3 paliers dans 9 %. La totalité des prescriptions de palier III (100 %) est associée à un antalgique de palier I. Au moins une interaction médicamenteuse est présente dans 97 % de ces prescriptions (médicament sédatif dans 46 % des cas, benzodiazépine dans 38 %, agoniste morphinique dans 12 % et antitussif morphinique dans 4 %).

Discussion

Dans notre centre, l'évaluation de la douleur est tracée dans pratiquement la totalité des dossiers. Cependant, chez le sujet âgé, l'association palier II-III est trop fréquente, notamment concernant la prescription de tramadol, et évoque un mauvais usage. Cette étude va permettre la mise en œuvre par le pharmacien d'un audit de pertinence des prescriptions d'antalgiques chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

Mots-clés :

Sujet âgé, Douleur, Prescription électronique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation d'un protocole de prémédication avant un acte d'imagerie dans un centre hospitalier

Auteurs :

Pasquier P., Bascoulergue M., Coret-Houbart B.

Hôpital Robert Ballanger, Aulnay-sous-bois

Résumé :

Contexte

L'hydrate de chloral (HC, Nervifène®) était utilisé en pédiatrie pour la prémédication avant un acte d'imagerie. Ce médicament était utilisé, dans le cadre d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU), qui a pris fin en mars 2015. Cette stratégie a été remplacée par une administration de suppositoires de pentobarbital, chez les enfants de moins de 5 ans, ou administration de gélules de mélatonine, pour les plus de 5 ans.

Objectifs

L'objectif de ce travail est donc d'évaluer l'efficacité de ce protocole par rapport à l'hydrate de chloral.

Patients et méthodes

Les enfants ayant reçu un des deux médicaments entre avril et septembre 2015 ont été inclus et les données (âges, poids, heure de prise, d'endormissement,...) ont été relevées. Un même relevé avait été effectué entre février 2012 et janvier 2014 sur le HC, afin de les comparer. Le critère principal de jugement était le pourcentage de patients dont l'examen n'a pu être effectué par échec de la prémédication. Les tests statistiques utilisés sont les tests de comparaisons de moyenne et le test du χ^2 , avec un risque de 1^{ère} espèce de 5 %.

Les posologies étaient de 75 mg/kg pour le chloral, 5 mg/kg pour le pentobarbital et de 0,25 mg/kg pour la mélatonine.

Résultats

151 patients ont reçu du HC, 45 du pentobarbital et 10 de la mélatonine. Il n'y a pas de différence significative pour l'âge et le poids entre les deux groupes ($p < 0.001$). Nous avons observé 9.9 % d'échec du traitement par HC, et 30.9 % d'échec pour le nouveau protocole (différence significative). Le sous groupe des moins de 5 ans a également été observé. 138 patients pour HC et 45 pour le pentobarbital, aucune différence d'âge ($p < 0.01$) et de poids ($p < 0.05$) ont été démontrées entre ces deux groupes. Nous avons observé, dans ce sous groupe, 10.8 % d'échec suite à un traitement par HC, et 31.1 % pour le pentobarbital (différence non significative). La mélatonine n'a pas été évaluée seule (manque de patients âgés de plus de 5 ans).

Conclusion

La fin de l'ATU de l'hydrate de chloral nous a contraint à une alternative thérapeutique pour la prémédication des actes d'imagerie en pédiatrie. Nous remarquons que durant les 6 premiers mois d'utilisation de ce protocole, le nombre de patients non répondeurs a significativement augmenté. Concernant seulement l'utilisation du pentobarbital, il n'y a pas de différence statistique démontrée avec le HC.

La remise à disposition du chloral va nous permettre de reprendre cette étude avec de futurs patients et d'évaluer la place du pentobarbital en complément du chloral.

Mots-clés :

Pharmacie d'hôpital, Pédiatrie, Prémédication anesthésique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Vie d'un marché : exemple de la procédure concernant le système nerveux

Auteurs :

Ami J., Cournede A., Baudonnet MA., Ducouret C.

CHU Limoges

Résumé :

Contexte

Les marchés uni-HA des médicaments d'une même classe thérapeutique sont regroupés en procédures gérées par un coordonnateur. Après l'attribution du marché, des modifications peuvent être apportées, à la demande des fournisseurs, des adhérents ou du coordonnateur par le biais d'avenants rédigés par le coordonnateur. Chaque avenant doit ensuite être traité dans les établissements adhérents représentant une importante charge de travail.

Objectifs

Établir un suivi quantitatif et qualitatif des avenants traités dans notre établissement pour les cinq procédures des médicaments du système nerveux sur la totalité de la période d'exécution des marchés du 01/01/2014 au 31/12/2015 soit 24 mois.

Matériel et méthodes

Nous avons retracé l'historique de tous les avenants rédigés pour les procédures du système nerveux (procédure initiale et procédures intermédiaires) sur la totalité du marché à partir des données disponibles sur la plateforme Epicureweb. Les informations ont été croisées avec nos fichiers de traitement des avenants. Les données concernant les ruptures de produits ont également été répertoriées.

Résultats

Pour notre établissement, les 5 procédures du système nerveux représentaient 220 médicaments avec 54 laboratoires attributaires. Au total, nous avons été concernés par 24 avenants sur les 27 réalisés par le coordonnateur. Il s'agissait de baisses de prix (51 % des cas), de transferts d'un fournisseur à un autre (25 %), de changements de noms de laboratoires (8 %), d'extensions de gamme (4 %), de prolongation de marché (4 %), de changement de présentation d'un médicament (4 %) et d'augmentation des quantités (4 %). Les avenants sont répartis sur tout le long de la vie de la procédure (0 à 4 avenants par mois) avec deux périodes plus chargées : en début de procédure et lors du changement d'année civile. 17 ruptures de médicament ont été comptabilisées sur les 24 mois avec des achats pour compte réalisés pour 5 d'entre eux. 211 mails ont été reçus au sujet de ces procédures soit une moyenne de 10 par mois.

Conclusion

La vie d'un marché n'est pas linéaire et sans changement. Sa gestion nécessite un suivi important et une réactivité tant pour le processus achat-approvisionnement que pour celui de la gestion des ruptures et l'information aux services. Ce suivi permet de mettre en évidence le lourd travail effectué par les coordonnateurs des marchés uni-HA et par les établissements adhérents tout au long de la vie d'une procédure et révèle le mouvement perpétuel du secteur pharmaceutique à l'heure actuelle en France.

Mots-clés :

Achats groupés, Procédure d'appel d'offre, Economie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Évaluation des pratiques professionnelles relatives à la prévention de la iatrogénie cortico-induite

Auteurs :

Jégu F., Demesmay K., Federici L., Roncalez D.

Hôpitaux Civils de Colmar

Résumé :

Contexte

La toxicité des corticoïdes est une cause fréquente de maladie iatrogène associée aux traitements au long cours. Pour garantir le meilleur rapport bénéfice/risque, la mise en œuvre de mesures de surveillance et de prévention est nécessaire.

Objectifs

Réaliser une évaluation des pratiques professionnelles relatives à la prévention de la iatrogénie cortico-induite.

Matériel et méthodes

L'évaluation a été réalisée auprès de 56 spécialistes en médecine interne, rhumatologie, pneumologie, dermatologie, onco-hématologie, neurologie et néphrologie. Un auto-questionnaire anonyme les interrogeant sur leurs pratiques habituelles en terme de suivi de la corticothérapie au long cours, définie par une posologie $\geq 7,5$ mg/j d'équivalent prednisone pendant plus de 3 mois, a été proposé en ligne.

Résultats

Le taux de réponse au questionnaire s'est élevé à 50 %. Les praticiens ont déclaré instaurer une corticothérapie au long cours chez 1 à 4 patients par mois. La prescription d'un régime sans sel était déclarée par 71 % des praticiens et la mesure de la pression artérielle par 82 %. La mesure de la glycémie à jeun et de l'hémoglobine glyquée avant traitement étaient réalisées respectivement par 89 % et 18 % des déclarants. Un régime pauvre en sucres était préconisé par 46 % des médecins. La surveillance de l'indice de masse corporel ou l'aide au sevrage tabagique étaient réalisés dans 36 % et 54 % des cas. Le risque infectieux était évalué par une radiographie du thorax (50 %), une recherche de l'antigène HBs (32 %), de l'hépatite C (29 %) et de séjour tropical (32 %). La prescription concomitante d'un Inhibiteur de la Pompe à Protons était pratiquée dans 29 % des cas. En prévention de l'ostéoporose cortisonique, une prescription de vitamine D et le suivi de la calcémie étaient réalisés par 82 % des prescripteurs. Une ostéodensitométrie était envisagée systématiquement par 15 % des praticiens. La pratique d'une activité physique et le suivi d'un régime hyperprotidique étaient abordés avec les patients dans 21 % des cas.

Discussion

Les pratiques de prévention de la toxicité des corticoïdes sont hétérogènes. En l'absence de recommandations consensuelles des différentes sociétés savantes, les pratiques médicales varient selon l'expérience et la sensibilité de chacun. Afin d'améliorer la sécurité des patients, un groupe de travail multidisciplinaire a été constitué. Formé d'un endocrinologue, infectiologue, interniste, rhumatologue et pharmacien, il est chargé d'élaborer un référentiel local de bon usage d'une corticothérapie au long cours.

Mots-clés :

Prévention, Toxicité, Corticoïdes

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etat des lieux et pistes d'optimisation de l'utilisation du lévosimendan en ATU Nominative

Auteurs :

Ollivier J., de Coucy A., Megne Wabo M., Bonnin M., Berroneau A., Servant V., Djabarouti S., Xuereb F., Breilh D.

CHU Bordeaux - GH Sud Haut-Lévêque

Résumé :

Contexte

Le lévosimendan, est un stimulant cardiaque, disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) nominative en cardiologie dans le traitement à court terme de l'insuffisance cardiaque sévère décompensée aiguë lorsqu'un traitement conventionnel ne suffit pas, et qu'un support inotrope est considéré inapproprié. C'est un médicament coûteux, 900 euros le flacon de 12.5 mg, avec une posologie recommandée de 0.02 mg/kg/h.

Objectifs

Faire un état des lieux de l'utilisation du lévosimendan dans l'établissement en vue d'optimiser son circuit.

Patients et méthodes

Recueil rétrospectif des données sur une période de un an (2015) dans les dossiers médicaux des patients ayant reçu du lévosimendan. Les principaux critères recueillis étaient : indications, posologie, âge, dose dispensée, dose administrée et coût du reliquat jeté après cure.

Résultats

En 2015, 112 ATU ont été accordées pour 90 patients ; 54 (60 %) adultes de moyenne d'âge 42,3 ans [18 ; 86] et 36 (40 %) enfants de moyenne d'âge 2,2 ans [0,08 ; 17]. 189 flacons ont été délivrés soit un coût de 170 100 €. Les indications étaient conformes aux recommandations de l'ATU : 79 (88 %) sevrages aux inotropes, six (7 %) sevrages aux inotropes et à l'assistance cardiovasculaire et cinq (5 %) sevrages à l'assistance cardiovasculaire. Pour les 112 cures analysées, les patients adultes recevaient en général deux flacons (25 mg) pour une dose moyenne de 19,6 mg (+/- 3.29 mg). Le reliquat moyen perdu était de 5.4 mg soit une perte moyenne de 389 euros par cure. Les patients en pédiatrie recevaient en général un flacon de 12.5 mg par cure (89 %). La dose administrée était en moyenne de 3.2 mg soit un reliquat perdu de 9.3 mg par cure soit 669 €. Ce chiffre est significativement supérieur à celui retrouvé pour les adultes ($p < 0.01$) (test de Student). Le montant total des pertes sur l'année, s'élève à 58 500 euros (34 % de la dépense initiale).

Discussion

Ce travail nous a permis de faire un état des lieux de l'utilisation du lévosimendan et de mettre en évidence une perte économique élevée ; 34 % du coût des flacons des dispensés. Cette perte est liée au conditionnement du produit qui est non adapté aux faibles doses pédiatriques. Au vu de ce résultat et aux données retrouvées dans la littérature¹, un nouveau circuit de préparation des doses individuelles à l'unité des préparations stériles à la pharmacie est en cours d'étude. Ce circuit permettrait de gérer les reliquats et d'optimiser le coût des préparations.

Mots-clés :

Dispensation de médicaments, Analyse des coûts, Lévosimendan

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse des non-conformités des préparations stériles injectables suite au contrôle analytique libératoire dans une unité de reconstitution centralisée

Auteurs :

Teytaud M., Haverlan AS., Deljehier T., Dessane B., Legeron R., Bonnin M., Xuereb F., Breilh D.

CHU Bordeaux

Résumé :

Contexte

Centre d'onco-hématologie et d'oncologie solide l'unité de reconstitution centralisée des préparations stériles injectables de la pharmacie à usage intérieure produit plus de 52 000 préparations en 2015. Dans le souci de sécuriser notre production, bien que non imposé par les bonnes pratiques de préparation, le contrôle analytique sur le produit fini est réalisé en complément du double contrôle visuel en cours de la fabrication.

Objectifs

L'objectif de l'étude est à la fois d'évaluer l'efficacité de la stratégie de contrôle et d'identifier les causes des non conformités (NC) retrouvées à l'issue du contrôle analytique afin de mettre en place des mesures correctives pour harmoniser les pratiques et renforcer la qualité de notre production.

Matériel et méthodes

Le contrôle analytique est réalisé par chromatographie liquide couplée à un détecteur UV/VIS à barrettes de diode (HPLC-UV), dont les méthodes de dosage ont été validées selon les normes ICH et publiées. La calibration et la qualification du système HPLC-UV est réalisée de manière bi-mensuelle.

La conformité d'un dosage est définie qualitativement et quantitativement : principe actif identifié conforme à la préparation et concentration mesurée comprise dans un intervalle de $\pm 15\%$ de la valeur théorique. Les NC analytiques sont tracées informatiquement et une analyse de ces données a été réalisée sur une période de 3 mois.

Résultats

Durant cette période, 5 865 préparations ont été dosées par HPLC-UV avec un taux de NC analytiques de 4 %. Sur la totalité des NC, seuls 5 % ont nécessité une refabrication (0.17 % de la production dosée ; 10 préparations). La majorité des NC analytiques sont dues à une mauvaise homogénéisation du prélèvement ou de la préparation avant le dosage (67 %).

Conclusion

Ces résultats mettent en évidence que le double contrôle visuel en cours de fabrication assure un taux de préparations conformes supérieur à 99 % (99,83 %). Cependant, le contrôle analytique a été essentiel dans la détection de 10 préparations non conformes qui auraient pu engendrer un impact clinique significatif. Afin de limiter les NC analytiques et accélérer la libération des préparations, des mesures correctives ont été mises en place. L'ensemble de l'équipe hospitalière a été sensibilisée à la nécessité d'une homogénéisation efficace des préparations, les modalités de dissolution ont été redéfinies pour certaines molécules et le volume réel moyen des poches de solvant a été reparamétré dans le logiciel de prescription pour le calcul de la concentration théorique.

Mots-clés :

Chimiothérapie, Chromatographie en phase liquide à haute pression/HPLC, Contrôle de la qualité

Références

Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis 49 (2009) 1213–1220, Quantitative and qualitative control of cytotoxic preparations by HPLC-UV in a centralized parenteral preparations unit A. Delmasa,*, J.B. Gordiena, J.M. Bernadoua, M. Roudauta, A. Gressera, L. Malkia, M.C. Sauxa,b, D. Breilh a,b

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 202

Titre :

Médicaments hors groupe homogène de séjour (GHS) : quel bilan en 2015 pour les indications hors référentiels ?

Auteurs :

Randuineau P., Apparuit M., Cazal-Bonnel E., Batista R., Lopez I., Chast F.

APHP - Hôpital Cochin, Paris

Résumé :

Contexte

D'après les dernières études publiées la prescription de médicament hors des référentiels reconnus augmente de 50 % le risque d'effet indésirable. La prescription d'un médicament hors autorisation de mise sur le marché (AMM) ou hors recommandations temporaires d'utilisation (RTU) doit faire l'objet dans le cadre du contrat de bon usage, d'une information du patient sur le bénéfice et les risques de son traitement ainsi que d'une justification tracé dans le dossier médical.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer la conformité des prescriptions dont l'indication est hors référentiels.

Matériel et méthodes

Afin de tracer les indications hors référentiel des médicaments hors GHS le comité du médicament a élaboré un document pour toute prescription initiale qui doit être complété par le prescripteur. Il comporte des renseignements sur l'information au patient et la justification détaillée pour l'indication prescrite. Les prescriptions initiales et les documents de suivi ont été analysés. Les anticancéreux ont été exclus de l'analyse.

Résultats

Parmi les prescriptions de médicaments hors GHS, 229 ont été enregistrées avec une indication hors référentiel dont 58 correspondaient à une initiation de traitement. Quinze prescriptions, après analyse ont été reclassées dans le référentiel et 43 correspondaient à une indication hors référentiels. Le document de suivi était complété pour 22 (51 %) des prescriptions initiales. Les classes thérapeutiques concernées sont : les biothérapies (55 %), les immunoglobulines polyvalentes (36 %) et les anti-infectieux (9 %). Dans 91 % des cas, le prescripteur a fourni un argumentaire clinique et dans 68 % une publication. Une majorité des prescriptions (64 %) a fait l'objet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. Les critères pour apprécier les bénéfices et pour justifier les risques ont été renseignés dans respectivement 82 et 68 % des cas. Selon le prescripteur, 73 % des indications était sans alternative thérapeutique.

Conclusion

Les prescriptions de médicaments hors GHS hors référentiels restent peu fréquentes et concernent essentiellement des pathologies graves ayant peu d'alternatives thérapeutiques. La majorité de ces prescriptions faisaient l'objet d'une concertation médicale ou s'appuyaient sur la littérature. Une resensibilisation des prescripteurs sur les risques liés à la prescription hors référentiel ainsi que l'importance du document de suivi sera réalisée avec les services concernés.

Mots-clés :

Utilisation hors indication, Utilisation médicament, Revue des pratiques de prescription des médicaments

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 203

Titre :

Utilisation de l'infliximab dans la réaction du greffon contre l'hôte (GVH) digestive cortico-résistante post allogreffe de cellules souches hématopoïétiques périphériques (CSP)

Auteurs :

Bouquerand J., Ayach L., Rosant D., Fegueux N., Ceballos P., Delage J., Roch-Torreilles I., Rambourg P.

CHRU Montpellier

Résumé :

Contexte

La GVH aiguë, complication sévère de l'allogreffe de CSP, se manifeste par une atteinte cutanée, digestive et/ou hépatique. Les corticoïdes sont le traitement de première ligne et permettent une résolution des symptômes dans 70 % des cas. La GVH cortico-résistante entraîne une mortalité de plus de 80 % et est très difficile à prendre en charge. Plusieurs cas ont démontré l'efficacité de l'infliximab, anticorps monoclonal anti-TNF alpha, dans la GVH digestive cortico-résistante.

Objectifs

Etudier l'efficacité de l'infliximab dans la GVH digestive cortico-résistante.

Patients et méthodes

L'étude inclut tous patients traités par infliximab dans le cadre d'une GVH cortico-résistante. Les données sont recueillies à partir du dossier médical informatisé des patients selon les critères : diagnostic, type d'allogreffe, stade de la GVH et délais d'apparition, stratégie thérapeutique, nombre d'injections d'infliximab et évolution clinique des symptômes digestifs.

Résultats

4 patients (54-68 ans) entrent dans les critères de l'étude : 2 leucémies aiguës myéloïdes, 1 ostéomyélobiose et 1 syndrome myélodysplasique. Ils ont eu une greffe de CSP avec une prophylaxie GVH par ciclosporine et mycophénolate mofétil. Ils ont développé une GVH digestive stade 3-4 en moyenne à 35 jours (15-75 j) après la greffe et ont été mis sous corticoïdes (2 mg/kg). L'infliximab a été mis en 2^{ème} ligne chez 1 patient à J11 des corticoïdes, 2 patients ont eu du basiliximab en 2^{ème} ligne à J9 et J20 des corticoïdes puis l'infliximab à J49 et J59 respectivement. Le 4^{ème} patient a été traité par photophérèse extra-corporelle (PEC) à J23, par basiliximab à J60 puis infliximab à J82 des corticoïdes. Ils ont reçu 2 à 8 doses d'infliximab, 10 mg/kg/semaine pendant 5 semaines puis tous les 15 jours. Une amélioration des symptômes digestifs (volume des selles, diarrhées et rectorragies) est observée chez 3 patients après 1 ou 2 injections en moyenne. Pour un patient, la réponse était partielle sous infliximab et PEC avec une persistance des diarrhées sans rectorragies. Tous les patients sont décédés de la GVH digestive (2) et/ou hépatique (2) dans un contexte infectieux.

Conclusion

L'infliximab semble améliorer significativement les symptômes digestifs de la GVH. Cette molécule a été utilisée après plusieurs lignes de traitement ce qui explique la gravité de la situation clinique des patients au moment de son introduction et donc le fort taux de mortalité. Ainsi faudrait-il l'utiliser plus tôt dans l'apparition de la GVH pour mesurer son efficacité.

Mots-clés :

Infliximab, Allogreffe, Réaction du greffon contre l'hôte

Références

- [1] G Kobbe. Treatment of severe steroid refractory acute graft-versus-host disease with infliximab, a chimeric human/mouse anti-TNF α antibody. Bone Marrow Transplantation. 28: 47-49 (2001).
- [2] A Rivkina. Infliximab in graft-versus-host disease. American Journal of Health System Pharmacy. 59: 1271-5 (2002).

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Étude préliminaire d'un lien entre neutropénies et médicaments psychotropes au sein d'un établissement public de santé mentale

Auteurs :

Wilkowsky C., Lriverend V., Coriton A., Langrée B., Marie N.

CH Guillaume Rénier, Rennes

Résumé :

Contexte

Une neutropénie se définit par un nombre absolu de polynucléaires neutrophiles (PNN) inférieur à 1 500 PNN/mm³. Les étiologies sont nombreuses (infections, envahissement médullaire, médicaments,...).

Certains médicaments psychotropes sont ainsi connus pour être pourvoyeurs de neutropénie, les plus impliqués sont l'olanzapine, la clozapine, la quétiapine, la miansérine, la carbamazépine, le valproate de sodium et ses dérivés.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de réaliser une étude préliminaire à la détermination de l'incidence des neutropénies iatrogènes médicamenteuses. Ainsi, ce travail évalue l'existence ou non d'un lien entre les psychotropes et les neutropénies constatées au sein d'un établissement public de santé mentale (EPSM).

Patients et méthodes

Nous avons extrait de la base de données du laboratoire de biologie de l'EPSM tous les dosages de PNN réalisés en 2015. Deux groupes de patients ont été créés : patients ayant présenté au moins une neutropénie et patients n'en ayant pas présenté. Nous avons défini pour chaque groupe l'exposition des patients aux médicaments psychotropes ciblés à la date du dosage de PNN.

Résultats

En 2015, des dosages de PNN ont été réalisés chez 3 794 patients dont 123 ont présenté au moins une neutropénie.

Nous avons observé que 2.8 % des patients exposés à l'olanzapine ont présenté une neutropénie (13 patients sur 466 patients exposés) ; 1.3 % pour la clozapine (3 patients sur 239) ; 3.3 % pour la quétiapine (11 patients sur 332) ; 0.9 % pour la miansérine (1 patient sur 107) ; 1.3 % pour la carbamazépine (1 patient sur 77) ; et 5.7 % pour le valproate et ses dérivés (35 patient sur 609).

D'autre part, 64.1 % des patients exposés à l'olanzapine ont au moins eu un dosage de PNN (466 patients sur 727 exposés) ; 93 % pour la clozapine (239 patients sur 257) ; 61.5 % pour la quétiapine (332 patients sur 540) ; 61.8 % pour la miansérine (107 patients sur 173) ; 78.6 % pour la carbamazépine (77 patients sur 98) ; et 73.4 % pour le valproate et ses dérivés (609 patients sur 830).

Discussion

Comme attendu, les médicaments psychotropes ne sont pas liés à l'ensemble des cas de neutropénie. Cette étude préliminaire présente des biais dans la sélection des patients ainsi que dans les données d'exposition. De même, il serait nécessaire de comparer ces données à des patients non exposés. Cependant, un lien semble être présent entre neutropénie et médicaments psychotropes mais ne permet pas de déterminer l'incidence. La future étude devra établir une causalité et non uniquement un lien.

Mots-clés :

Neutropénie, Psychiatrie, Effets secondaires indésirables des médicaments

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'une consultation pharmaceutique pour les patients traités pour myélome multiple. Etape préliminaire à une éducation thérapeutique

Auteurs :

Martin A.², Macro M.¹, Ollivier C.²

¹ Institut hématologie Basse Normandie, Caen

² CHU Caen

Résumé :

Contexte

Le myélome multiple est la 2^{ème} hémopathie maligne la plus fréquente. Au moment du diagnostic, près de 75 % des patients ont plus de 65 ans. Les protocoles thérapeutiques du myélome multiple sont de plus en plus basés sur l'administration de thérapies orales, avec un schéma d'administration complexe et exposant les patients à des effets indésirables. Une information des patients est nécessaire afin qu'ils puissent comprendre et adhérer à leur traitement.

Objectifs

Suite à une étude bibliographique et au suivi des consultations médicales, une consultation pharmaceutique a été développée afin d'accompagner les patients atteints de myélome multiple lors de l'initiation de leur traitement.

Matériel et méthodes

La consultation pharmaceutique comporte une présentation de la maladie, du protocole et des traitements (gestion de l'ensemble des prises médicamenteuses avec la conduite à tenir en cas d'oubli et la gestion des éventuels effets indésirables). Elle est accompagnée d'un bilan médicamenteux optimisé. Les documents remis au patient (fiche information sur les traitements, plans de prise et de traitement) servent de support à l'entretien. Cette organisation a été évaluée en phase pilote. Un questionnaire d'évaluation de connaissances ainsi qu'un questionnaire de satisfaction ont été remis aux patients.

Résultats

Sur la période de juin 2014 à mai 2015, 63 patients ont été vus en consultation d'initiation. La moyenne d'âge est de 65 ans [34-85] avec un sex ratio H/F de 1,03. La durée moyenne de cette consultation pharmaceutique est de 41 minutes [15-90]. 46 patients ont reçu une consultation pharmaceutique de suivi. Sur les 17 évaluations de connaissances recueillies, le taux moyen de bonne réponse est de 80 % [58-95]. Sur les 27 questionnaires de satisfaction recueillis, 24 décrivent un apport de connaissance et jugent les documents remis utiles. Tous jugent cette consultation complémentaire de celle de l'hématologue.

Conclusion

Cette expérience de consultation pharmaceutique dans le myélome multiple est positive. Cette phase pilote a permis de valider la structure et les documents utilisés au cours de cette consultation pharmaceutique. Mais avant de pérenniser cette activité, l'apport et l'impact de ces consultations doivent être démontrés. Des outils et des indicateurs pour l'évaluation doivent être également développés. Le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient est encouragé dans le Plan Cancer 2014-2019, la consultation pharmaceutique peut faire partie intégrante de ces programmes.

Mots-clés :

Consultation pharmaceutique, Education des patients, Myélome multiple

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Amélioration du parcours de soin en pédiatrie : focus sur la continuité des traitements en sortie d'hospitalisation

Auteurs :

Roy S., Gêrout AC., Fischbach M., Gourieux B.

Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Résumé :

Contexte

La sortie d'hospitalisation est une étape clé du parcours de soin des patients. Depuis plusieurs années, les traitements disponibles en ville se complexifient et les ruptures de stocks de médicaments sont nombreuses. Pour la pédiatrie, les formes pharmaceutiques proposées sont souvent peu adaptées aux enfants malades. Le pharmacien hospitalier a un rôle important à jouer pour garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse.

Objectifs

L'objectif est d'analyser les ordonnances de sortie des patients de pédiatrie afin de dégager des axes de travail et proposer des actions pharmaceutiques pour assurer la continuité des traitements entre l'hôpital et la ville.

Patients et méthodes

Les données ont été recueillies dans les conditions habituelles de l'activité de pharmacie clinique faite dans le service de pédiatrie. Toutes les ordonnances de sortie des patients de deux unités de pédiatrie ont été analysées sur une période de 32 jours (22 jours ouvrés). La prescription de médicaments particuliers a été notamment étudiée (préparations magistrales, médicaments rétrocédables, avec autorisation temporaire d'utilisation), ainsi que les questionnements des patients, de leur famille ou du médecin sur les traitements à la sortie.

Résultats

Cent treize patients sont sortis d'hospitalisation durant la période d'étude dont 22 un jour non ouvré (19 %). Soixante-six ordonnances de sortie ont été analysées : 9 contenaient au moins un médicament particulier dont 8 nécessitant la réalisation d'une préparation magistrale. 7 prescriptions sur 66 ont fait l'objet d'une question sur le circuit du médicament par le médecin et 9 par les patients ou leur famille. Ces 9 patients ont été vus lors d'entretiens pharmaceutiques avant leur sortie.

Discussion

La sortie d'hospitalisation doit être anticipée bien en amont de celle-ci. L'objectif est d'optimiser la prescription avec le médecin durant l'hospitalisation et de pouvoir planifier la sortie de tous les patients. Le circuit du médicament en ville est mal connu des patients, des personnels médicaux et paramédicaux. Une fiche-action du circuit du médicament en ville et de ses particularités a été rédigée suite à ce travail, afin de former le personnel de notre établissement. Cette fiche doit être validée et diffusée dans les services. La conciliation médicamenteuse est à intégrer à ces actions avec la planification d'entretiens pharmaceutiques informant le patient et sa famille. Le lien hôpital-ville doit être renforcé pour assurer la disponibilité de tous les traitements.

Mots-clés :

Pédiatrie, Sortie du patient, Suivi pharmaceutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Évaluation de la prise en charge des infections urinaires chez le sujet âgé dans un service de médecine interne

Auteurs :

Rouis A., Achour S., Mansour B., Mokni M., Mzabi A., Kacem B., Elloumi A., Laouani C., Kallel M.

Hôpital universitaire Sahloul, Sousse, Tunisie

Résumé :

Contexte

Les infections urinaires sont fréquentes chez le sujet âgé. Une optimisation de la prise en charge est très importante afin de minimiser les risques infectieux et iatrogène.

Objectifs

L'objectif de ce travail consiste à évaluer les prescriptions d'antibiothérapie, de les comparer aux recommandations françaises d'infectiologie.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans un service de médecine interne s'étalant sur une période de 8 mois. L'étude a inclus les patients âgés de 65 ans et plus hospitalisés pour une infection urinaire ou ayant acquis l'infection au cours de leur séjour. Une fiche de recueil des données a été établie et les résultats ont été analysés via le logiciel SPSS. L'évaluation a porté sur le choix de la méthode de diagnostic et des antibiotiques utilisés (molécule, posologie et durée de traitement). Selon les données recueillies, la prise en charge est jugée conforme ou non par rapport aux recommandations de SPILF 2014.

Résultats

Notre travail a inclus 43 sujets dont 13 hommes et 30 femmes, âgés de 65 à 92 ans. La pyélonéphrite aiguë (PNA) a été l'infection urinaire la plus fréquente (60,5 %) suivie par l'infection urinaire masculine (27,9 %) puis la cystite simple (7 %) et finalement les bactériuries asymptomatiques (4,7 %). Parmi ces infections, 10 ont été nosocomiales. Les bandelettes urinaires ont été faites dans 62,8 % des cas. L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) a été réalisé pour 37 patients (86 %) et a donné une culture positive dans 20 cas (46,5 %). Le choix de la molécule a été conforme dans 79,1 % des infections avec une posologie correcte dans 89,5 % des cas. La durée totale du traitement a été conforme dans 89,1 %.

Discussion

Les bandelettes urinaires sont insuffisamment utilisées pour le diagnostic. Il est important de sensibiliser les cliniciens au recours à l'ECBU seulement en cas d'anomalies révélées par les bandelettes pour des raisons économiques. Par ailleurs, les choix thérapeutiques non conformes ont concerné les traitements des PNA à BLSE (ertapénème molécule de choix), les cystites (furanes pour une durée de plus de 5 jours) et les bactériuries asymptomatiques (traitement antibiotique). Ces non conformités favoriseraient entre autre la sélection de résistances et augmenteraient les risques d'iatrogénie médicamenteuse. Il est convenu pour y remédier de mettre en place un logigramme décisionnel pour faciliter le suivi des recommandations pour cette population de patients.

Mots-clés :

Infection urinaire, Gériatrie, Antibiothérapie

Références

Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte, SPILF 2014.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse du bon usage de l'antithrombine III en réanimation et soins intensifs cardiopédiatriques

Auteurs :

Dessane B., Megne Wabo M., Berroneau A., Puntous M., Bonnin M., Djabarouti S., Xuereb F., Breilh D.

CHU Bordeaux

Résumé :

Contexte

L'antithrombine III (ATIII) est l'un des médicaments dérivés du sang (MDS) les plus utilisés en réanimation et soins intensifs cardiopédiatriques. Cependant ces unités de soins sont confrontées à un problème de conditionnement, non adapté à des posologies pédiatriques, et sollicitent souvent la pharmacie pour des questions en lien avec le bon usage de ce produit.

Objectifs

Faire un état des lieux des connaissances infirmières sur le bon usage de l'ATIII (gestion, administration et traçabilité) et mettre en place des actions d'amélioration.

Matériel et méthodes

Recueil des données auprès des IDE sur une période de 3 semaines grâce à un questionnaire permettant d'identifier et d'analyser les items suivants : modalités d'administration, gestion des reliquats, traçabilité.

En parallèle, une grille observationnelle a permis d'évaluer la traçabilité d'administration (à destination de la pharmacie et dossier transfusionnel patient).

Résultats

13 questionnaires ont été complétés (42 % de participation) avec 75 % de bonnes réponses. Le taux de mauvaises réponses est plus élevé pour 2 items : la gestion des reliquats et les caractéristiques d'administration de l'ATIII.

Les 32 grilles observationnelles remplies (pour 32 administrations sur la période de recueil) montrent près de 100 % d'absence de nom/signature du prescripteur et 26 % d'indication non renseignée sur les feuilles de traçabilité à destination de la pharmacie. Le dossier transfusionnel est mieux complété. Cependant dans 11 % des cas l'étiquette produit n'est pas présente dans le dossier et pour 13,5 % des traçabilités l'heure et/ou la date d'administration ne sont pas inscrites. De plus, certaines administrations sont tracées uniquement dans le dossier transfusionnel et des administrations non réalisées sont tracées avec la mention "non faite".

Il existe des discordances entre les réponses au questionnaire et la grille observationnelle. La notion « 1 produit = 1 patient » est connue mais n'est pas appliquée dans certains cas, ce qui pose des problèmes de traçabilité.

Conclusion

Ce travail met en évidence une bonne connaissance théorique du personnel paramédical vis-à-vis de l'importance de la traçabilité des MDS et la gestion de l'ATIII, cependant en pratique, de nombreux points sont à améliorer.

Des actions d'améliorations ont été mises en place, notamment en renforçant les formations et en mettant à disposition des IDE des documents d'informations concernant le bon usage des MDS : gestion, administration et traçabilité.

Mots-clés :

Antithrombine, Bon usage, Pédiatrie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La conciliation médicamenteuse répond-elle réellement aux attentes des pharmaciens d'officine ?

Auteurs :

Fournier D., Guitton L., Drancourt P., Jaccard S., Rouiller-Furic I.

CHU Nantes

Résumé :

Contexte

La conciliation médicamenteuse (CM) est une activité de pharmacie clinique en plein essor en France. Recommandée par l'HAS et les sociétés savantes, elle permet d'améliorer la sécurité de la prise en charge (PEC) médicamenteuse du patient et participe au développement du lien Ville/Hôpital. Implantée depuis quelques années dans notre établissement universitaire, la CM à l'admission et à la sortie sont réalisées notamment dans le Service de Médecine Aiguë Gériatrique. A la fin de chaque hospitalisation, un courrier pharmaceutique est envoyé au pharmacien d'officine (PO).

Objectifs

Evaluer l'utilité du processus de CM mis en place auprès des pharmaciens d'officine et estimer leur satisfaction vis-à-vis de cette démarche.

Matériel et méthodes

Une enquête a été rédigée et a permis d'aborder 2 thématiques : l'utilisation effective du courrier pharmaceutique par les PO et leur satisfaction. Elle était composée de 10 questions avec une échelle de Likert à 4 niveaux, 4 questions ouvertes et 3 questions fermées. Cette enquête a été envoyée aux PO avec le courrier pharmaceutique pendant 3 mois.

Résultats

Au total, 32 questionnaires ont été retournés et analysés. Concernant l'utilité du courrier, 97 % des pharmaciens ont déclaré que l'outil était intéressant et pertinent pour la PEC en ville. En effet, 81 % ont considéré que les informations sur l'hospitalisation étaient très utiles. Cela leur permettait de préparer l'accueil du patient (50 %), d'améliorer l'entretien pharmaceutique et les conseils apportés (59 %) et d'anticiper les questions (28 %). Selon eux, les populations gériatriques, pédiatriques, polymédiquées et inobservantes devraient bénéficier systématiquement de cette PEC. Seuls 9 % des pharmaciens ont contacté le médecin traitant et 22 % une infirmière. Ainsi, le lien Ville/Ville reste peu développé. Concernant la satisfaction, les pharmaciens ont été très satisfaits (73 %) et satisfaits (21 %) de la démarche (format de l'outil, exhaustivité des données, pertinence des informations et délai d'expédition). On note que 13 % d'entre eux ont constaté un retard d'envoi des courriers.

Conclusion

Les PO sont globalement très satisfaits à la mise en place de la CM. Aucune modification du courrier de sortie n'a été effectuée. En effet, l'outil répondait aux attentes des PO pour l'optimisation de la délivrance. Des efforts ont été menés en collaboration avec les médecins pour améliorer le délai d'expédition des courriers. Une optimisation informatique est également discutée.

Mots-clés :

Conciliation médicamenteuse, Soins pharmaceutiques, Continuité des soins

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les inhibiteurs de la pompe à protons : quelle pertinence des indications hors AMM ?

Auteurs :

Josse L., Bacouillard JB., Michelet E., Quillet P., Mongaret C., Bonnet M., Hettler D.

CHU Reims

Résumé :

Contexte

Malgré la publication de recommandations par la Haute autorité de santé en 2009, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), largement prescrits à l'hôpital, font parfois l'objet de mésusages, qui peuvent être à l'origine d'effets indésirables médicamenteux.

Objectifs

Au sein de notre établissement, nous avons souhaité évaluer les pratiques de prescription de ces médicaments, notamment la pertinence des indications retenues au regard des recommandations.

Patients et méthodes

Les prescriptions d'IPP ont été recueillies durant 15 jours de façon standardisée et exhaustive dans 10 services de médecine chirurgie obstétrique. Une grille de recueil précisant le nom de l'IPP prescrit et son indication a été renseignée à partir des dossiers patients et des informations données par les prescripteurs. Une recherche bibliographique a été réalisée afin d'évaluer la pertinence des indications hors du cadre de l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

Résultats

Parmi les 204 patients inclus dans l'étude, la prescription était hors AMM pour 70,1 % d'entre eux (n = 143), dans l'AMM pour 25,5 % (n = 52) et non renseignée pour 4,4 % (n = 9). Dans les indications hors AMM figurent 17,5 % (n = 25) de prescriptions pour troubles digestifs non spécifiés ; 15,4 % (n = 22) en prévention de l'ulcère de stress (PUS) ; 14,7 % (n = 21) en prévention de l'ulcère lié à l'insuffisance rénale chez des patients dialysés. La majorité des indications (52,4 % ; n = 75), concernait la prévention de l'ulcère iatrogène, dont 28,0 % (n = 16) avec des corticoïdes, 30,6 % (n = 23) avec l'acide acétylsalicylique (AAS) à la dose d'antiagrégant plaquettaire de 75 mg et 32,0 % (n = 24) en cas de polymédication.

Discussion

Parmi les indications hors AMM relevées, certaines ne sont pas pertinentes au regard de la bibliographie. Ainsi, la co-prescription d'IPP en association avec les corticoïdes ou en cas de polymédication n'est justifiée par aucune recommandation. De même, aucune donnée ne justifie l'utilisation des IPP en association avec l'AAS à la dose prescrite dans notre étude. Dans le cas de la PUS, les services étudiés n'étant pas des unités de soin intensif, il n'y avait aucune justification à l'utilisation des IPP. En revanche, plusieurs publications montrent l'intérêt des IPP dans la prévention de l'ulcère chez les patients dialysés. Suite à cette étude, une sensibilisation des prescripteurs sur le bon usage des IPP a été programmée dans notre établissement.

Mots-clés :

IPP, Mésusage, Recommandations

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Place du milrinone dans la prise en charge post-hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) des vasospasmes (VS) cérébraux

Auteurs :

Vigneron F., Ayach L., Bellegarde C., Bory P., Gahbiche A., Chollet F., Roch-Torreilles I., Rosant D., Rambourg P.
CHRU Montpellier

Résumé :

Contexte

Le VS, complication fréquente des HSA, augmente la morbi-mortalité des HSA. Le diagnostic repose sur l'imagerie (doppler transcrânien, scanner de perfusion ou IRM). En présence de signes d'hypo perfusion cérébrale à l'imagerie, le traitement fait appel à l'administration in situ par angiographie de milrinone, inotrope positif vasodilatateur. Récemment, l'administration de milrinone par voie IV a montré un intérêt dans le traitement du VS, en relais du traitement in situ ou en administration IV seule en l'absence de signes d'hypo perfusion cérébrale à l'imagerie (indication hors AMM).

Objectifs

Faire un état des lieux d'utilisation du milrinone en service de neuro-réanimation.

Patients et méthodes

Etude rétrospective, observationnelle, mono centrique conduite sur la période du 1 janvier au 31 décembre 2015. Ont été inclus tous les patients ayant reçu du milrinone pour le traitement d'un VS. Il a été recueilli via le dossier médical informatisé : âge, type HSA, délai apparition VS, gravité évaluée par le score de Fischer, modalités du traitement par milrinone. Tous les patients ont reçu le milrinone en IV en bolus de 4 mg/kg suivi d'une perfusion IVSE de 0,5 à 1 µg/kg/min. L'efficacité a été évaluée par la survie à 1 mois post-HSA.

Résultats

Sur cette période, 31 patients (19 femmes/12 hommes) ont été inclus, 29 HSA par rupture d'anévrisme et 2 HSA par rupture de malformation artério veineuse. Les résultats sont exprimés en médiane et écart interquartile [25-75] pour les données quantitatives et en valeur absolue pour les données qualitatives. Age : 51 [44-56] ans. Score de Fischer 2/3/4 (1/14/11) 5 données non disponibles. Délai d'apparition VS après l'HSA : 6 jours [3-8].

19 patients ont bénéficié d'une administration de milrinone in situ. Nombre de séances : 3 [2-4]. Durée du traitement (in situ + IVSE) : 12 jours [10-15]. Mortalité : 5 patients sont décédés dont 4 ont présenté un VS réfractaire.

12 patients ont reçu le milrinone en IVSE seule. Durée de traitement : 9 jours [5-10], mortalité nulle, 8 patients ont totalement récupéré.

Dans l'ensemble de cette population de patient ayant présenté un VS compliquant une HSA, la survie à 1 mois était de 83.8 %.

Discussion

Ces résultats confirment l'efficacité du milrinone administré par voie IV chez les patients n'ayant pas reçu d'administration in situ. Celui-ci est maintenant utilisé comme traitement de référence chez tous les patients présentant un VS cérébral en association à la nimodipine.

Mots-clés :

Vasospasme cérébral, Hémorragie sous-arachnoïdienne, Milrinone

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de l'observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH positifs suivis dans un centre hospitalier universitaire

Auteurs :

Traoré A.¹, Bengaly L.², Dembélé S.¹, Traoré H.¹

¹ CHU Point G, Bamako, Mali

² CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali

Résumé :

Contexte

Cette succès du traitement antirétroviral repose sur l'observance. Elle est nécessaire pour réduire la mortalité, diminuer le risque de résistance et restaurer l'immunité.

Objectifs

Cette étude a pour but d'identifier et analyser les différents facteurs associés à la non observance thérapeutique des patients infectés par le VIH et le SIDA et sous traitement antirétroviral.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale sur l'observance effectué d'octobre à décembre 2015 au CHU d'un pays en voie de développement. Cette étude a été évaluée sur la base des déclarations des patients suivis et inscrits sur le logiciel Logone de 2009 à 2015 et ayant fait un traitement allant de 6 mois à 84 mois de traitement antirétroviral.

Étaient non observant, tous les patients vus à la pharmacie et ayant fait un arrêt ou manqué au moins un jour de traitements.

Résultats

Notre étude a concerné au total 350 patients répondant à nos critères d'inclusion. L'âge moyen était de 43 ans avec une médiane de 41 ans et le sexe ratio H/F de 0,53. Selon les affirmations des patients, 63,40 % d'entre eux étaient non-observants. Cependant selon les résultats de l'étude et d'analyse des dossiers et du logiciel de dispensation des ARV, 94,10 % des patients étaient non-observants. Les principales raisons avancées de la non-observance sont : Volontaire (46,90 %), Voyage (17,30 %), Oubli (14,30 %) et Éloignement (9,20 %). Parmi les patients qui ont fait un arrêt ou manqué de traitement 65,10 % avait fait un changement de protocole aux ARV.

Conclusion

Le faible taux d'observance a été lié à plusieurs facteurs. Les facteurs individuels se sont avérés être les principales raisons de non-observance. Des mesures sont nécessaires pour résoudre ce problème, y compris des stratégies tendant à l'amélioration et le renforcement de l'éducation thérapeutique et le suivi psycho-social des patients sous traitement antirétroviral et la limitation des ruptures de stock de médicaments à l'Hôpital.

Mots-clés :

Observance, Antirétrovirale, CHU

Références

François-Xavier Mbopi-Kéou, Lucienne Dempo Djomassi, Francisca Monebenimp

Étude des facteurs liés à l'observance au traitement antirétroviral chez les patients suivis à l'Unité de Prise En Charge du VIH/SIDA de l'Hôpital de District de Dschang, Cameroun. Pan African Medical Journal. 2012; 12:55. This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/12/55/full/>

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 213

Titre :

Événements iatrogènes médicamenteux (EIM) consécutifs au traitement par nouveaux anticoagulants oraux directs (NACO) recensés dans un service d'urgence

Auteurs :

Lohan L., Agullo M., Simon M., Perier D., Villiet M., Terrail N., Giraud I., Castet-Nicolas A.

CHRU Montpellier

Résumé :

Contexte

Les NACO sont indiqués dans la prévention des accidents thromboemboliques. Contrairement aux anti-vitamine K, ils ne nécessitent pas de surveillance biologique de routine. Leur utilisation peut néanmoins être associée à un risque de complications hémorragiques, particulièrement chez les sujets à risque (sujets âgés, insuffisants rénaux, polymédiqués...).

Objectifs

L'objectif de notre travail est de détecter et caractériser les patients accueillis aux Urgences pour un EIM sous NACO.

Patients et méthodes

Un observatoire des EIM a été mis en place à l'accueil des Urgences où un interne en pharmacie est intégré à l'équipe médicale. Le profil de chaque patient interrogé admis pour EIM lié aux NACO de novembre 2011 à septembre 2013 a été relevé : âge, poids, fonction rénale, antécédents à risque, indication et posologie du traitement par NACO et traitements associés.

Résultats

Sur 23 patients sous NACO accueillis pour un EIM, le traitement par NACO (75 % rivaroxaban, 25 % dabigatran) était directement incriminé pour 8 patients. L'âge médian était 86 ans. Le NACO était prescrit hors AMM dans 37,5 % des cas : prévention des complications thromboemboliques chez les patients atteints de fibrillation atriale sans facteur de risques (n = 2) et traitement de thrombose veineuse profonde non avérée (n = 1). Une insuffisance rénale modérée ou sévère était retrouvée pour 5 patients : un traitement était contre-indiqué, et la posologie d'un autre aurait dû être adaptée. L'analyse pharmaceutique des prescriptions a mis en évidence 5 interactions médicamenteuses (2 précautions d'emploi et 3 à prendre en compte), et 4 patients (50 %) présentaient un antécédent à risque. Au final, 6 patients ont été hospitalisés (75 %) et le NACO a été arrêté chez 4 patients (50 %).

Discussion

Ce travail montre que les EIM sous NACO interviennent particulièrement lorsque les modalités d'utilisation du RCP ne sont pas suivies ou que la surveillance n'a pas été réalisée (interaction/antécédent à risque). Notons que le cas le plus sévère (hémorragie digestive grave avec déglobulisation) concernait une patiente cumulant tous les facteurs de risques. Les NACO font l'objet d'un suivi renforcé afin de limiter les risques de mésusage et de iatrogénie. Compte tenu de ces résultats, il apparaît impératif de continuer à sensibiliser les prescripteurs et les patients au respect des recommandations de bon usage de ces médicaments. Il serait intéressant de comparer ces données à celles provenant de l'ensemble des patients traités par NACO dépistés dans notre observatoire.

Mots-clés :

Maladie iatrogène/prévention et contrôle, Anticoagulants/usage thérapeutique, Anticoagulants/effets indésirables

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bon usage des antibiotiques : situation du linézolide au service de réanimation

Auteurs :

Louhichi S.¹, Neffati A.¹, Mokni M.², Hajjej Z.¹, Dridi M.¹, Yousfi M.¹

¹ Hôpital militaire principal d'instruction, Tunis, Tunisie

² Faculté de pharmacie, Monastir, Tunisie

Résumé :

Contexte

Le linézolide a été introduit en pratique clinique au début des années 2000. Il constituait une réserve idéale pour le traitement des infections à staphylocoque et à entérocoque résistants à la vancomycine (SARV et ERV).

Objectifs

Le but de cette étude était de décrire et d'évaluer l'usage du linézolide en pratique clinique au service de réanimation de notre hôpital militaire principal d'instruction de Tunis (HMPIT).

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de 30 mois (du 1^{er} janvier 2013 au 30 juin 2015) incluant les patients traités par le linézolide dans le service de réanimation de l'HMPIT. La collecte de données était réalisée en consultant les dossiers de patients ainsi que leurs prescriptions.

Un pharmacien a conduit une enquête médicamenteuse étendue pour vérifier que l'avis d'un médecin référent en antibiotiques ainsi qu'une documentation microbiologique ont été demandés.

Résultats

Le nombre total de patients était de 80. Quarante et un pour cent des indications étaient hors autorisation de mise sur le marché (AMM).

Ces indications incluent essentiellement les sepsis et les médiastinites postopératoires (32 % et 4 % du total des prescriptions respectivement). Cet antibiotique était utilisé comme une première ligne thérapeutique dans 58 % des cas. L'avis d'un médecin référent en antibiotiques a été demandé pour 33 % des prescriptions. Seulement 20 % des infections étaient microbiologiquement documentées parmi lesquelles 35 % étaient dues à des Staphylocoques à coagulase négative résistants à la méthicilline (SCN-RM).

Conclusion

le linézolide est une alternative thérapeutique intéressante dans le traitement des infections à germes multi-résistants et/ou dans des situations cliniques complexes. De ce fait, sa prescription doit être rationalisée pour ralentir l'émergence de germes à Gram (+) résistants à cet antibiotique : problème de plus en plus rencontré de nos jours. De plus, la fréquence importante de son usage hors AMM met l'accent sur la nécessité de réaliser plus d'essais cliniques pour évaluer son efficacité pour de nouvelles indications.

Mots-clés :

Linézolide, Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline, Hôpital

Références

[1] "Khan MMA et al. Clinically significant Coagulase Negative Staphylococci and their antibiotic resistance pattern in a tertiary care hospital. JPMA. 64(10): 1171-1174 (2014)"

[2] "Aubin G et al. Good practice in antibiotic use: what about linezolid in a French university hospital? Inter J Clin Pharm. 33(6): 925-928 (2011)"

[3] "Aubin G et al. Large discrepancies in linezolid use between French teaching hospitals: A comment on "Antimicrobial stewardship and linezolid". Inter J Clin Pharm. 3(37): 436-438 (2015)"

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse pharmaceutique des prescriptions : mise en place d'un programme de formation et d'évaluation des internes

Auteurs :

Laribe-Caget S.², Fratta A.¹, Federspiel F.⁴, Fernandez C.³, Debrix I.⁴, Hindlet P.³

¹ APHP - Hôpital Trousseau, Paris

² APHP - Hôpital Rothschild, Paris

³ APHP - Hôpital Saint-Antoine, Paris

⁴ APHP - Hôpital Tenon, Paris

Résumé :

Contexte

L'analyse pharmaceutique des prescriptions est une activité obligatoire pour les pharmacies à usage intérieur. Les internes en pharmacie sont des praticiens en formation, aussi, il semble important de leur apporter enseignement structuré avant de leur déléguer cette mission.

Objectifs

Elaborer un programme de formation pratique et théorique à l'analyse pharmaceutique des prescriptions et évaluer ce programme.

Matériel et méthodes

Le programme se déroule au début de chaque semestre et est structuré en 5 étapes : 1) Formation théorique collective à l'analyse des prescriptions (référentiels nationaux, sites Internet utiles, recommandations locales). 2) Formation pratique collective à l'utilisation du logiciel d'analyse des prescriptions. 3) Evaluation individuelle des internes permettant de vérifier leur capacité d'analyse, la qualité de la rédaction de l'intervention pharmaceutique et son archivage selon les critères de la SFPC (3 prescriptions comportant des non-conformités au livret thérapeutique, des never events, des indicateurs d'alerte de la haute autorité de santé (HAS), des non-respects des recommandations locales et des interactions médicamenteuses). 4) Etape de restitution : correction des cas cliniques lors d'une séance collective (internes et seniors du groupe de travail). 5) Evaluation du programme par les internes sous forme de questionnaires individuels et anonymes.

Résultats

Au total, 28 internes ont suivi le programme de formation sur 2 semestres successifs. Lors de l'évaluation, ils ont obtenu une note moyenne de 7.5/20. Les erreurs concernaient principalement l'absence de détection des non-conformités : interaction médicamenteuse non répertoriée par le logiciel de validation des prescriptions (89 % des internes), présence d'un indicateur d'alerte de la HAS (82 % des internes), non-respect des recommandations locales de bon usage (78 % des internes).

L'évaluation du programme montre que la formation théorique est jugée trop abstraite par les internes, l'évaluation trop longue et difficile. La restitution est l'étape jugée la plus utile du programme car elle permet plus d'échange avec les internes et l'explicitation du choix des non conformités évaluées.

Conclusion

Les résultats de ce programme montrent la nécessité de renforcer le compagnonnage des internes pour leur permettre d'acquérir les réflexes indispensables pour détecter les prescriptions non-conformes et savoir comment traiter ces non conformités. Ce compagnonnage a été mis en place sous la forme de réunions de concertation (RCPharm).

Mots-clés :

Internat de pharmacie, Pharmacie d'hôpital, Enseignement spécialisé en pharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 216

Titre :

Conciliation médicamenteuse à l'initiation d'une chimiothérapie orale : bilan des interventions pharmaceutiques liées au risque d'interaction

Auteurs :

Degui E., Vinson C., Ricard M., Flanzky V., Pelagatti V., Canonge J., Puisset F.

IUCT Oncopole, Toulouse

Résumé :

Contexte

La sécurisation de la prise en charge des patients traités par chimiothérapie orale est une priorité identifiée dans le plan cancer 3. L'essor de ces thérapeutiques et leur mise à disposition accélérée nécessite une adaptation des organisations, un accompagnement des patients comme des professionnels ambulatoires pour prévenir le risque d'interactions médicamenteuses et les effets indésirables spécifiques de ces nouvelles thérapeutiques.

Objectifs

L'objectif était de mettre en place une conciliation médicamenteuse dans le but d'analyser le risque d'interaction avant l'initiation d'une chimiothérapie orale.

Patients et méthodes

La conciliation médicamenteuse est réalisée par le pharmacien hospitalier pour toutes les initiations de traitements par ibrutinib ou idelalisib délivrés en rétrocession hospitalière et d'autres thérapies ciblées dispensées en ville. Le recueil des traitements associés est effectué via l'interrogatoire du patient, le dossier informatisé, et le pharmacien d'officine et le médecin traitant contactés par téléphone. L'analyse d'interactions médicamenteuses est réalisée à partir des bases de données médicaments (Vidal, Thériaque, ANSM) et une recherche bibliographique. Un courrier récapitulatif est envoyé à chaque professionnel contacté, avec un point de vigilance sur les interactions potentielles détectées.

Résultats

De juillet 2015 à fin janvier 2016, 72 ont bénéficié de la conciliation médicamenteuse. Le sex ratio est de 1,67, l'âge moyen 65 ans [20 ; 88]. Le nombre moyen de comédications par patient est de 4.7 [1.0-10.0]. Pour 69.4 % (50) des patients, au moins un risque d'interaction a été détecté, nécessitant une adaptation du traitement pour 5 patients (arrêt d'un médicament ou modification de posologie), et une surveillance rapprochée pour 45 patients.

Conclusion

Le taux d'interaction médicamenteuse détecté confirme l'importance de la conciliation médicamenteuse à l'initiation d'une chimiothérapie orale. Le manque de recul sur les interactions potentielles avec ces nouveaux médicaments impose un suivi qui ne peut être réalisé que par les professionnels ambulatoires. Ceci souligne la nécessité du travail d'information de l'hôpital vers la ville que nous réalisons.

Mots-clés :

Conciliation, Interaction médicamenteuse, Chimiothérapie orale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Biosimilaire d'infliximab dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

Auteurs :

Chollet F., Ayach L., Vigneron F., Gahbiche A., Rosant D., Roch-Torreilles I., Rambourg P.

CHRU Montpellier

Résumé :

Contexte

Depuis juin 2015, un des biosimilaires de l'infliximab est référencé dans notre établissement. Son usage est réservé aux patients naïfs d'infliximab. Il y a actuellement peu de recul quant à l'utilisation de ce biosimilaire dans le traitement des MICI.

Objectifs

Dresser un bilan de l'utilisation du biosimilaire d'infliximab dans le traitement des MICI (efficacité, tolérance, suivi pharmacologique).

Patients et méthodes

A partir du dossier médical informatisé des patients traités, nous relevons : indication, date d'initiation du traitement, posologies et délai entre les cures, critères d'efficacité du traitement (cliniques et biologiques (infliximabémie et anticorps anti-infliximab), données de tolérance (effets indésirables).

Résultats

Depuis juin 2015, 21 patients âgés de 16 à 80 ans sont traités par le biosimilaire d'infliximab : maladie de Crohn (MC) n = 13, rectocolite hémorragique (RCH) n = 8. Actuellement, 15 patients sont à la posologie de 5 mg/kg toutes les 8 semaines. Les patients actuels reçoivent leur traitement depuis 6 à 28 semaines. Ils présentent un bon état général et une amélioration des symptômes digestifs. Ces patients sont tous répondeurs après minimum 3 cures d'infliximab. 2 d'entre eux ont bénéficié d'un suivi pharmacologique montrant une infliximabémie normale et l'absence d'anticorps anti-infliximab. Pour 3 patients, une optimisation à 10 mg/kg à partir de S2, S14 et S14 a été nécessaire en raison d'une persistance des symptômes digestifs. Ces patients sont répondeurs partiels. 1 patient non répondeur au traitement malgré une optimisation à 10 mg/kg dès S20 a été mis sous védolizumab à S24. Pour 1 patient, non répondeur à S6, le traitement a été suspendu en raison d'une hépatite E. 1 patient a fait une réaction allergique après administration nécessitant l'arrêt du traitement. 1 patient a présenté des réactions à la perfusion. Nous n'avons pas noté d'autres effets indésirables.

Conclusion

15/21 patients (9/13 patients atteints de MC et 6/8 patients atteints de RCH) sont répondeurs au biosimilaire de l'infliximab après minimum 3 cures d'infliximab. Ces forts taux de patients répondeurs étaient attendus car il s'agissait de patients naïfs d'infliximab et traités depuis peu. Ils sont comparables à ceux du médicament princeps. Un suivi clinique et pharmacologique de ces patients va être effectué afin de confirmer efficacité et sécurité d'emploi au long cours. Une étude débute en vue de comparer les concentrations plasmatiques retrouvées avec le biosimilaire et le médicament princeps.

Mots-clés :

Infliximab, Biothérapie, Maladies inflammatoires intestinales

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 218

Titre :

Réorganisation des dotations de services dans le cadre d'un projet d'automatisation de la délivrance nominative des médicaments d'un groupement de coopération sanitaire

Auteurs :

Aussedat M., Clément F., Legall T., Armangué-Vigo AL., Sujol G., Bedjidian S., Baudry-Colomes S.

CH Léon-Jean Grégory, Thuir

Résumé :

Contexte

En 2012, un GCS de 10 établissements sanitaires et médico-sociaux s'est engagé dans un projet territorial de Dispensation Nominative Automatisée des médicaments (DNAM), présentés en doses unitaires surconditionnées identifiées. Parallèlement, la dispensation globale a été réorganisée : révision qualitative et quantitative des dotations de service (DS), dématérialisation des commandes par CopiloteWeb.

Objectifs

L'objectif de l'étude est d'évaluer la pertinence de la réorganisation des DS de médicaments automatisables, suite à la mise en place de la DNAM selon des aspects sécuritaire, réglementaire et économique.

Matériel et méthodes

L'étude comparative (2012/2016) a été menée au sein d'un Centre Hospitalier (CH), un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), et une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). Un inventaire exhaustif avec grille standardisée permet de recenser pour chaque DS : le nombre de références, la valeur moyenne des stocks (VMS) et les non conformités (NC) des stocks. Les quantités de médicaments sont analysées afin d'estimer, en fonction des ordonnances de 2012 et 2016, la couverture théorique du stock (CTS).

Résultats

En moyenne sur le CH, la MAS, et l'EHPAD, la VMS diminue respectivement de 27 %, 76 %, et 79 % entre 2012 et 2016, et la CTS passe respectivement de 11 à 9 jours, de 34 à 13, et de 5.8 à 4.6. Les NC diminuent de 9.6 % pour le CH, 3.1 % pour l'EHPAD, et augmentent de 3.8 % pour la MAS, en particulier les péremptions. Le nombre de références augmente en moyenne de 28 % sur les établissements. L'analyse exhaustive des références met en évidence pour l'EHPAD et la MAS des créations de classe (antalgiques et antibiotiques) ainsi qu'une augmentation des dosages mis à disposition des prescripteurs de tous les établissements.

Conclusion

Avec la DNAM, les stocks de médicaments ciblés ont considérablement diminué en valeurs et quantités, en respectant le seuil minimum de jours de couverture fixé pour assurer la continuité des soins. Une réflexion pluridisciplinaire au sein du GCS (interCoMédIMS) a permis d'élargir le livret thérapeutique notamment par des compléments de gamme pour optimiser l'adéquation entre prescription et dispensation. Ainsi, les objectifs fixés en termes économiques et sécuritaires sont considérés comme atteints : nette amélioration de la conformité qualitative et quantitative des stocks entre 2012 et 2016. Concernant la MAS où une augmentation des NC est observée, une resensibilisation des équipes sur la gestion des DS est à prévoir par la PUI du GCS.

Mots-clés :

Automatisation, Sécurité des patients, Gestion financière

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 219

Titre :

Implication pharmaceutique en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de l'Hépatite C

Auteurs :

Bonnin M., Dupire C., Xuereb F., Breilh D.

CHU Bordeaux

Résumé :

Contexte

La mise sur le marché en 2014 de nouveaux antiviraux à action directe (AAD) a bouleversé les stratégies thérapeutiques dans l'hépatite C. La demande de traitement et les modalités de suivi médical sont traitées en RCP. Un pharmacien y participe.

Objectifs

Le choix des combinaisons antivirales s'appuie sur les recommandations de l'AFEF et considère en priorité le génotype viral, la présence ou non d'une cirrhose, d'un traitement antérieur. Le choix tient aussi compte du risque d'interactions médicamenteuses (IM) avec les traitements des patients. Nous évaluons notre apport dans ce domaine.

Matériel et méthodes

Les fiches de synthèse de tous les patients vus sur le 2^{ème} semestre 2015 sont examinées en RCP en regard des recommandations de traitement de l'AFEF de juin 2015. Nous analysons les interactions potentielles entre les AAD proposés et le traitement porté sur la fiche de synthèse du patient.

Résultats

Les demandes de 414 patients (242H-172F) âge moyen 56,7 ans ont été traitées en RCP hebdomadaires : avis de traitement par AAD émis pour 346 patients selon l'application du référentiel.

Les associations : 119 sofosbuvir-lédipasvir (SOF/LDV), 81 sofosbuvir-daclatasvir (SOF/DCV), 53 (SOF/LDV) et 34 (SOF/DCV) avec ribavirine représentent 83 % des combinaisons proposées. Des traitements autres sont mentionnés pour 227 patients sur 346 dont des anti-VIH chez 75 patients. 68/227 patients présentent au moins une IM potentielle avec les AAD proposés.

Les principaux avis pharmaceutiques émis sont des :

- contre-indications : rosuvastatine/LDV (3 cas) - carbamazépine/SOF-LDV (1 cas) et avec SOF-DCV (1 cas) - primidone/SOF-DCV (1 cas)

- associations déconseillées : amiodarone/SOF (1cas) - eslicarbazépine/SOF (1cas)

La RCP émet une demande d'interruption ou de changement du médicament selon le cas.

- précautions d'emploi : inhibiteurs de pompe à protons (IPP)/LDV (17 cas) - ténofovir (TDF)/LDV (35 cas) - rosuvastatine/paritaprévir (3 cas)

La RCP demande une prise simultanée pour les IPP, de surveillance de fonction rénale pour le 2^{ème}, de petit dosage et tolérance de statine pour le dernier

- surveillance du taux sanguin de tacrolimus/siméprévir (1 cas)

Conclusion

Le pharmacien en RCP, par son intervention précoce sur les IM potentielles, participe à la prise en charge collégiale autour des points suivants : le médicament en question est-il nécessaire ou peut-il être arrêté pendant le peu de mois sous AAD ? sa posologie doit-elle être adaptée ou une surveillance spécifique exercée ?

Mots-clés :

Pharmacie clinique, Hépatite C, Antiviraux

Références

[1] "Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virales C", AFEF, juin 2015

[2] "EASL recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015", Journal of Hepatology, 2015, vol. 63, pp. 199-236

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Indications hors référentiel des médicaments hors GHS en pédiatrie

Auteurs :

Chetouane K., Moreau C., Berthe-Aucejo A., Bourdon O.

APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris

Résumé :

Contexte

Les médicaments hors GHS (Groupe Homogène de Séjour) sont des médicaments onéreux faisant l'objet d'un financement spécifique. Ils sont répartis en 4 groupes : indications reconnues (groupe 1), indications pertinentes (groupe 2), indications non acceptables (groupe 3) et indications « autres » ne répondant pas aux groupes 1, 2 et 3 (groupe 4).

Objectifs

Analyser les prescriptions du groupe 4 dans une population pédiatrique.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective sur l'année 2015, menée dans un hôpital mère-enfant. Les médicaments hors GHS sont prescrits sur un logiciel de prescription PCS (Patient Care System), puis extraits vers le logiciel MedT2A (application développée en interne permettant l'harmonisation des indications et à partir duquel sont faits les envois pour le remboursement).

Résultats

En 2015, 47 spécialités hors GHS ont été prescrites chez 786 patients correspondant à 8 241 prescriptions. Les indications du groupe 1 et 2 représentaient respectivement 78 % et 7 % des prescriptions. Aucune prescription n'a été réalisée pour une indication du groupe 3 ; 15 % prescriptions avaient une indication du groupe 4, soit 158 patients.

La classe de médicaments la plus prescrite avec une indication de groupe 4 était celle des immunoglobulines polyvalentes (IgIV) (n = 104, 84 %). Les autres classes prescrites étaient minoritaires : rituximab hors oncologie (3,5 %), anti-TNF alpha (1,5 %), autres anticorps monoclonaux (9 %).

Les principales indications hors AMM des IgIV étaient une hypogammaglobulinémie post-immunoabsorption (n = 50), post-rituximab (n = 34) et liée à un syndrome néphrotique (n = 17). Les posologies médianes [min ; max] des IgIV respectives étaient 0,7 g/kg [0,1 ; 2,1], 0,7 g/kg [0,1 ; 2,1] et 0,5 g/kg [0,1 ; 2,1].

Le rituximab hors AMM était prescrit chez 24 patients dans le syndrome néphrotique corticorésistant. L'ustekinumab était utilisé dans la maladie de Crohn, en échec de plusieurs lignes de traitement (n = 16). L'antithrombine III (ATIII) a été administrée chez 6 patients après une cure de chimiothérapie par L-asparaginase connue pour induire une diminution de l'ATIII. L'infliximab a été utilisé chez 6 enfants dans la réaction greffon contre l'hôte. Un patient a reçu de la cladribine pour histiocytose langerhansienne.

Conclusion

Cette étude a permis de décrire les différentes indications du groupe 4 au sein de l'établissement. Il serait intéressant de comparer notre pratique avec d'autres hôpitaux pédiatriques.

Mots-clés :

Pédiatrie, Utilisation hors recommandation, Indications

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place et évaluation de la conciliation des traitements médicamenteux dans un service de médecine interne

Auteurs :

[Bedoucha C.](#), [Mourad MC.](#), [Couturier S.](#), [Gayral M.](#)

CH Robert Boulin, Libourne

Résumé :

Contexte

Les étapes de transitions dans le parcours de soin du patient constituent des étapes critiques dans la continuité des traitements médicamenteux. Les informations communiquées lors de l'admission, du transfert ou de la sortie d'un patient peuvent être incomplètes ou erronées. La conciliation médicamenteuse se présente comme une pratique à mettre en œuvre pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient.

Objectifs

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient aux étapes de transition.

Patients et méthodes

Une étude prospective de 3 mois a été réalisée dans un service de médecine interne. Les patients inclus devaient être âgé de plus de 65 ans et être admis en premier lieu aux urgences avant d'être transféré dans le service. La réalisation de la conciliation médicamenteuse a été faite par un interne en pharmacie. L'évaluation est faite à l'aide des indicateurs médication reconciliation notés MR utilisés dans le projet Med'Rec.

Résultats

49 patients ont été conciliés à l'admission pendant la période de 3 mois. Le temps moyen pour réaliser cette activité à l'admission est de 50,07 minutes. La valeur des différents indicateurs sont :

- MR 1 : nombre de patients conciliés dans les 24 heures sur le nombre de patients éligibles : 20,6 %

- MR2 : Nombre moyen de divergences non documentées intentionnelles par patient conciliés 0,49

- MR3 : Nombre moyen de divergences non intentionnelles par patient conciliés : 1,65

- MR 4 : Pourcentage de patients conciliés ayant au moins une divergence non intentionnelle 57,14 %

81 divergences non intentionnelles ont été constatées dont 69,1 % d'omission, 3,7 % une erreur de DCI, 13,6 % une erreur de dosage et 13,6 % une erreur de posologie. Les classes de traitements les plus rencontrées sont les antihypertenseurs, les antidiabétiques et les traitements du système nerveux.

12 patients ont été conciliés à la sortie sur la période de 3 mois. 39 modifications de traitement ont été constatées par rapport au traitement habituel du patient. Le temps moyen de l'entretien pharmaceutique de sortie avec le patient est 18,33 minutes.

Conclusion

La conciliation médicamenteuse a permis d'intercepter des erreurs médicamenteuses et des risques d'erreurs médicamenteuses permettant de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient. En revanche sa mise en place nécessite un temps pharmacien important pour que la méthode soit performante ce qui explique le faible score MR1 de cette méthode reposant sur un seul interne.

Mots-clés :

Conciliation des traitements médicamenteux, Erreurs médicamenteuses, Communication pluridisciplinaire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sensibilité aux sulfites : distinguer allergie et intolérance pour optimiser les conduites à tenir

Auteurs :

Mortier CP., Farny M., Le Duff M.

CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes

Résumé :

Contexte

Les sulfites sont des excipients largement répandus. De nombreuses questions concernant l'adaptation du traitement des patients étiquetés « allergiques aux sulfites » sont régulièrement transmises au service d'Information Pharmaceutique de notre établissement.

Objectifs

Nous avons décidé d'évaluer la pertinence clinique de cette « allergie » ainsi que de déterminer les mécanismes physiopathologiques sous-jacents. Ceci afin de proposer une conduite à tenir adaptée à chaque cas, devant un patient évoquant une sensibilité à ces composés.

Matériel et méthodes

Nous avons effectué une revue des recommandations et de la littérature scientifique. Les bases de données utilisées sont Cochrane Librabry, Pubmed et Micromedex interrogées par le mot clé sulphite combiné aux termes allergy, hypersensitivity, induced asthma et anaphylaxis. Un complément de recherche a été effectué à partir du Martindale et du British National Formulary.

Résultats

Deux mécanismes expliquant la sensibilité aux sulfites ont été retrouvés. D'une part, un mécanisme allergique stricto sensu, d'hypersensibilité notamment de type I. Les signes cliniques associés sont communs à toutes réactions allergiques : prurit, éruption cutanée, anaphylaxie... D'autre part, un mécanisme non immunologique – d'intolérance – en lien avec un déficit enzymatique provoquant la diffusion pulmonaire de dioxyde de soufre (SO₂) à l'origine de bronchospasmes a été retrouvé. Dans la population asthmatique sensible aux sulfites, ce déficit enzymatique est systématiquement présent. Cependant ce mécanisme, dose-dépendant, ne semble engendrer une bronchoconstriction que lors de l'ingestion de quantités importantes de sulfites notamment d'origine alimentaire.

Un algorithme décisionnel découle de cette dichotomie. En raison du caractère non dose-dépendant des réactions allergiques, les critères devant inciter à proscrire ces excipients sont : antécédents de réaction systémique, d'éruption cutanée, d'œdème etc. A contrario, une gêne respiratoire après consommation d'aliments sulfités, notamment chez le patient asthmatique, évoque plus probablement l'intolérance que l'allergie. Dans ce cas, et au vu des faibles taux de sulfites retrouvés dans les médicaments, une éviction systématique de ces excipients n'est pas une priorité.

Conclusion

Bien que le principe de précaution tende à privilégier des thérapeutiques exemptes de cet excipient, cet algorithme peut s'avérer utile afin d'estimer la balance bénéfico-risque dans les cas où il n'existe pas d'alternatives dépourvues de sulfites.

Mots-clés :

Balance bénéfico-risque, Sulfite, Allergie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des pratiques professionnelles dans les processus de transport et de stockage des médicaments dans le centre de maternité et de néonatalogie

Auteurs :

Fehri T.², Ouelhazi M.², Khrouf Razgallah M.¹, Bahri S.²

¹ Faculté de pharmacie, Monastir, Tunisie

² Centre de maternité et de néonatalogie, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte

La dispensation du médicament est définie comme l'acte pharmaceutique associant à la délivrance du médicament l'analyse pharmaceutique : réglementaire et pharmacologique. Le pharmacien s'appuie sur ses connaissances et sur son expérience pour proposer au médecin des modifications qui, à priori, peuvent améliorer l'efficacité et la sécurité du traitement ou, tout au moins de ne pas les diminuer.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de sensibiliser les prescripteurs en termes réglementaire et qualitative de la prescription. Il permet de montrer l'impact pharmaceutique dans la prise en charge des patients. Il permet aussi de dégager un plan d'actions permettant d'améliorer l'analyse des prescriptions à afin d'optimiser le traitement médicamenteux sur le plan de l'efficacité, de la sécurité et de l'économie. Pour cela une étude rétrospective a été réalisée portant sur l'évaluation de la qualité des ordonnances dispensées pendant une année à la pharmacie externe.

Matériel et méthodes

A partir de l'archive de la pharmacie et du logiciel STKMED, nous avons réalisé une enquête rétrospective de toutes les ordonnances dispensées à la pharmacie externe durant l'année 2014. Chaque ordonnance a été analysée et les potentielles erreurs liées à la réglementation ou à la prescription ont été renseigné. Toutes les données ont été recueillies sur un tableur Excel®.

Résultats

16 678 prescriptions ont été analysées. 80 % d'entre elles étaient bien lisibles, 15 % ont nécessité un autre avis et les 5 % restantes ont demandé l'appel du médecin prescripteur. Le nom et le prénom du patient et la date sont présents sur 100 % des prescriptions. 1 188 ordonnances comportaient des erreurs. 51 % d'entre elles ne comportaient pas le cachet, 9 % manquaient la signature du prescripteur, 19 % ne comportaient pas le dosage, 4 % manquaient la posologie et 17 % présentaient des erreurs liées à la durée de traitement.

L'analyse pharmacologique a permis de révéler des prescriptions inappropriées. Parmi lesquels on retrouve la prescription des cyclines chez la femme allaitante.

Conclusion

Cette étude nous a permis de proposer la mise en place d'un système de bonnes pratiques de prescription et de valider une procédure d'analyse pharmaceutique des ordonnances. Du tel système permet d'éviter les effets indésirables liés à des erreurs de prescription.

Mots-clés :

Analyse, Ordonnances, Gynécologie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des prescriptions de carbapénèmes

Auteurs :

Abbassi H., Naija S., Kacem B., Hsairi A., Kallel M., Mokni M.

Hôpital universitaire Sahloul, Sousse, Tunisie

Résumé :

Contexte

L'usage croissant des carbapénèmes ces dernières années, dû à l'extension des résistances aux antibiotiques chez les bacilles à gram négatif, fait craindre la perte d'activité de cette classe et l'émergence des bactéries productrices de carbapénémases conduisant à des impasses thérapeutiques.

Objectifs

Cette étude a pour objectif d'évaluer la conformité des prescriptions de carbapénèmes afin d'améliorer et de rationaliser leur usage.

Patients et méthodes

Les prescriptions des carbapénèmes ont été collectées par un interne en pharmacie d'une façon prospective à partir des prescriptions transmises à la pharmacie à usage intérieur. Les informations nécessaires pour l'évaluation ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et du logiciel de gestion des médicaments STKMED. Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'une fiche selon « le guide méthodologique de l'évaluation des prescriptions de carbapénèmes » publié par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française en juin 2014. Les données de ces fiches ont été saisies dans l'outil informatique puis analysées. L'évaluation s'est basée sur deux critères qui sont : la conformité de l'indication (critère A) et la conformité de la réévaluation des prescriptions à 48-72 h (ou à réception de l'antibiogramme (critère B).

Résultats

L'évaluation a concerné 48 patients dont 25 hommes et 23 femmes. 15 % des patients ont été traités par ertapénème et 85 % par l'imipénème. La répartition des infections était la suivante : 31 % d'infections urinaires, 21 % d'infections pulmonaires, 19 % d'infections intra-abdominales, 13 % d'infections cutanées et des tissus mous, 12 % choc septique, 2 % d'infections sur cathéter et 2 % d'infection d'origine inconnue. La durée moyenne de traitement était de 15 jours. 41.7 % des prescriptions étaient conformes aux deux critères A et B, 43.8 % non conforme aux deux critères, 4.2 % conforme partiellement au critère A et 10.2 % au critère B.

Discussion

Cette étude montre le non respect des recommandations concernant le bon usage des carbapénèmes dans 58.3 % des prescriptions de notre établissement. Devant ces résultats, le comité thérapeutique va mettre en place un programme d'intervention pour définir les axes d'amélioration afin de rationaliser l'utilisation des carbapénèmes. L'impact de cette intervention sur les pratiques médicales devra être évalué lors d'une enquête ultérieure.

Mots-clés :

Carbapénèmes, Antibiothérapie, Audit clinique

Références

Evaluations des prescriptions de carbapénèmes Guide méthodologique : SPILF Lefébure A et al. Med Maladies infect, 45(7):273-278(2015) Jary F. Med Maladies infect, 42(10):510-516(2012)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 225

Titre :

Pérémissions des formes orales sèches utilisées pour alimenter un automate de dispensation nominative : mise en place et évaluation de la pertinence d'une procédure dans le but de limiter le gaspillage

Auteurs :

Perrin C., Jean C., Brocque O., Chaudoreille M.

CH Aix

Résumé :

Contexte

Notre Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) est équipée d'un automate de dispensation nominative des Formes Orales Sèches (FOS) de la société Mach4®. L'alimentation de celui-ci se fait avec des médicaments déconditionnés. L'étape de déconditionnement nous impose de modifier le délai de conservation de ces traitements sortis de leurs emballages primaires. Nous avons fixé cette durée à 90 j.

Objectifs

La durée de conservation des formes orales sèches utilisées pour l'automate étant courte, une organisation spécifique doit être mise en place afin d'éviter au maximum tout gaspillage.

Matériel et méthodes

Plusieurs actions ont été mises en place pour lutter contre le gaspillage de FOS depuis le mois de mai 2015 :

- Pour chaque FOS utilisée nous avons fixé un nombre maximal d'unités à déconditionner ainsi qu'un nombre de boîtes intermédiaires. Le déconditionnement se fait quotidiennement en fonction des boîtes vidées les jours précédents.
- Une liste des FOS à ne pas déconditionner à l'avance a été instaurée
- Un nombre maximal de FOS reconditionnée en chapelet (fait pour les médicaments non présentés sous forme unitaire par l'industrie) a été fixé pour certaines spécialités
- Un mois avant la péremption, les FOS sont sorties de l'automate sous forme de chapelets non nominatifs pour être utilisées pour la dispensation non automatisée et les dotations de service. Ces différentes listes et actions sont remis à jour en fonction du recueil des unités périmées réalisé chaque mois.

Résultats

Depuis la mise en place de ces différentes actions, nous observons une nette diminution du nombre d'unités périmées. Cette baisse a commencé en juin 2015 et ne fait que s'accroître tous les mois.

Nous avons en effet une moyenne de 1 050 unités périmées/mois jusqu'en mai 2015 ce qui représentait une somme d'environ 190 €. Cette somme comprend le coût du comprimé mais également le coût du consommable (sachet+encre) si les FOS périmées avaient été reconditionnées en sachets. Grâce aux moyens mis en œuvre, nous avons réussi à fortement diminuer ces quantités, sachant que les chiffres continuent à la baisse grâce aux réajustements mensuels des actions menées. Nous avons atteint moins de 300 unités en janvier pour un coût inférieur à 60 €.

Conclusion

La mise en place de mesures simples nous a permis de mieux gérer les FOS périmées utilisées pour l'automate et ainsi d'éviter un gaspillage. Cependant, cette gestion demande une organisation importante et spécifique avec la mise en place d'une procédure.

Mots-clés :

Automate, Pérémission, Economie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Conséquences économiques des choix en matière d'anti-coagulants injectables en France

Auteurs :

Paubel P.¹, Cousin M.³, Amar C.², Gourmelen J.⁴, Detournay B.³

¹ Université Paris Descartes-Sorbonne, Paris

² Aspen France

³ Cemka-Eval, Bourg-la-Reine

⁴ Inserm

Résumé :

Contexte

Si l'on exclut les produits spécifiques (antithrombine, argatroban, bivalirudine, danaparoiide, defibrotide, protéine C), les anticoagulants injectables (ACI) disponibles en France sont : les héparines non-fractionnées (HNF), les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) et le fondaparinux (FDX). Ces classes se différencient par leurs conditions de suivi et les risques hémorragiques associés.

Objectifs

Déterminer en vie réelle la fréquence du suivi plaquettaire et des hémorragies selon les classes d'ACI et estimer les coûts associés.

Matériel et méthodes

Les données de l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB) (1/97^{ème} des bénéficiaires des principaux régimes d'assurance-maladie) ont été analysées. Les patients exposés aux ACI en 2013 ont été identifiés et les durées d'exposition calculées. Le nombre de dosages plaquettaires sur les périodes d'exposition et le nombre de séquences interrompues du fait d'une thrombopénie ou d'une transfusion ont été estimés pour chaque classe. Un modèle de régression binomiale a été utilisé. Les coûts correspondant ont été établis.

Résultats

En 2013, 15 985 patients adultes non décédés dans l'année ont été traités par ACI sur 12 264 mois d'exposition (HNF :3,7 % ; HBPM : 85,5 %; FDX :10,8 %). Les patients sous HNF étaient significativement différents des patients des deux autres groupes de traitement sur le plan de l'âge (77 vs 57 et 59 ans), du % d'homme (54,8 % vs 40,5 % et 41,0 %), de la durée moyenne des séquences de traitement (32,6 vs 25,1 et 21 jours) ou de la couverture ALD (Affection de Longue Durée). Le nombre mensuel moyen de dosages plaquettaire était respectivement de 2,76 et 0,72 chez les patients traités par HBPM et FDX ($p < 0,0001$). Le nombre mensuel moyen de séquences thérapeutiques interrompues pour une hémorragie avec transfusion était de 0,013 sous HBPM et 0,009 sous FDX ($p = 0,76$) et du fait d'une thrombopénie hospitalisée de 0,003 et 0,002 ($p = 0,82$). Les résultats du modèle ajusté entre les deux groupes ne modifiaient pas le sens de ces conclusions. Au plan national, le coût de suivi biologique représente 21,6 M € pour les HBPM et 0,9 M € pour le fondaparinux.

Conclusion

La réduction du nombre de dosages plaquettaires présente un intérêt économique et de commodité de traitement pour le patient. Les résultats confirment qu'en vie réelle les patients sous FDX effectuent moins de dosages plaquettaires que les patients sous HBPM sans risque hémorragique supplémentaire.

Mots-clés :

Anticoagulants, Coût, Numération de formule sanguine

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prémédication anesthésique en chirurgie : état des lieux et évolution

Auteurs :

Clementz A., Joste V., Sgarioto A., Fouquet C., Ginestet H., Almeras D., Aupee O.

HIA Val de Grâce, Paris

Résumé :

Contexte

En France, lors d'une intervention chirurgicale avec anesthésie, une prémédication anxiolytique est couramment prescrite. Deux molécules sont utilisées : l'Hydroxyzine (HYZ) de 25 à 300 mg/j et/ou l'Alprazolam (ALZ) de 0.5 à 4 mg/j. Cependant, l'évolution des consommations semble montrer un changement de pratique, notamment en raison des effets indésirables de ces traitements en post-opératoire, de l'efficacité discutable de la prémédication, ainsi que de l'évolution du marché des anxiolytiques (retrait de l'HYZ 100 mg en 2013).

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer les pratiques de prémédication anesthésique dans un hôpital médico-chirurgical.

Matériel et méthodes

L'étude porte sur l'évolution de la prémédication anesthésique dans un service de chirurgie viscérale/vasculaire et urologique entre 2010 et 2015.

Pour cela, 150 patients ont été appariés en 50 trinômes, avec pour chaque trinôme, des patients ayant subi la même opération en 2010, 2013 ou 2015. Les critères d'appariements étaient le type d'opération, le sexe, l'âge (+/- 7 ans) et le poids (+/- 15 kg). Les patients avec des antécédents de troubles psychiques ont été retirés de l'étude.

Pour chaque patient, la prescription d'anxiolytique avant l'opération a été relevée grâce au logiciel de prescription Crossway®.

Les prescriptions ont ensuite été classées, par année, selon le type de molécule (HYZ, ALZ, bithérapie ou aucun traitement) et le dosage utilisé. Pour chaque année, on a ensuite comparé la proportion de prescription d'HYZ faible dosage (25 à 100 mg), d'HYZ fort dosage (150 à 300 mg), de bithérapie (HYZ+ALZ) et de patients non traités.

Résultats

On observe une diminution significative de l'utilisation de forts dosages d'HYZ entre 2010 et 2015 (35,2 % vs 19,6 %), ainsi que de l'utilisation de bithérapie (49 % vs 0 %).

A l'inverse, la proportion de prescription de faibles dosages d'HYZ augmente significativement (15,7 % vs 52,9 %) ainsi que la proportion de patients non traités (0 % vs 23,5 %).

Conclusion

L'étude montre une nette diminution de l'utilisation d'anxiolytiques avant une anesthésie dans ces services de chirurgie.

Cette évolution est concomitante et sûrement influencée par l'essor de la chirurgie ambulatoire (prémédication moins utilisée) ainsi que par la volonté actuelle de ne plus sur-estimer l'anxiété des patients et de développer des visites pré-opératoire plus informatives et rassurantes pour le patient. De plus, le retrait du marché de l'HYZ 100 mg en 2013 a facilité la prescription d'un dosage plus faible (25 mg).

Mots-clés :

Prémédication anxiolytique, Anesthésie, Evaluation des pratiques

Références

[1] Laurent Beydon et al. Anaesth Crit Care Pain Med. 34(3):165-71 (2015)

[2] Maurice-Szamburski A. JAMA. 313(9):916-25 (2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan d'un an d'exploitation d'un automate de Préparation des Doses à Administrer : évaluation du temps Préparateur en Pharmacie Hospitalière nécessaire

Auteurs :

Andre T., Rey F.

CH Centre Bretagne, Noyal-Pontivy

Résumé :

Contexte

Afin de sécuriser le circuit du médicament, une Dispensation Individuelle Nominative Automatisée (DINA) est déployée sur 18 services, soit 574 lits, grâce à un automate de Préparation des Doses à Administrer HD-MEDI JV400® : 504 lits sont en DINA hebdomadaire et 70 lits sont en DINA journalière. Cette DINA permet de produire les formes orales sèches entières ou fractionnées prescrites en systématique. La production de sachets/doses unitaires est réalisée tous les jours du lundi au vendredi. Chaque dose est contrôlée par un PPH. Les doses unitaires sont délivrées sous forme de rouleaux aux services de soins qui ont la charge de compléter les piluliers avec les autres formes pharmaceutiques (sachet buvables, patch...).

Objectifs

Évaluer précisément le nombre d'Equivalents Temps Plein (ETP) de Préparateur en Pharmacie Hospitalière (PPH) nécessaire à une DINA.

Matériel et méthodes

Le nombre moyen de spécialités à déconditionner permet d'estimer le temps nécessaire à la préparation du déconditionnement. Une fiche de relevé du temps de déconditionnement des spécialités est mise en place du 01/11/2014 au 30/04/2015. Le temps quotidien de production pour l'année 2015 est obtenu grâce au logiciel de pilotage de l'automate. Le temps quotidien nécessaire à la globalisation est estimé à l'aide du logiciel PHARMA®. Un ETP est défini comme une durée annuelle de travail de 1 575 h et une année comme contenant 252 jours ouvrés. Le nombre d'ETP a été calculé en tenant compte des congés.

Résultats

Le temps quotidien de préparation des spécialités à déconditionner est estimé à 0,25 h. Le temps moyen de déconditionnement par jour de production est de 2,9 h. Le temps de production moyen par jour est de 11,7 h. Le temps pour traiter une ligne de globalisation est estimé à 0,5 minute, en moyenne 77 lignes de globalisation sont traitées par jour donc le temps quotidien moyen de globalisation est de 0,6 h. On obtient un total quotidien de 15,5 h, ce qui représente 3 ETP de PPH pour produire 1 968 151 doses soit environ 1,5 ETP de PPH par million de doses produites.

Conclusion

Le nombre d'ETP de PPH pourrait être réduit si une plus grande proportion de spécialités était conditionnée en vrac par l'industrie. Le contrôle des doses produites peut être simplifié en investissant dans un système de contrôle automatisé. Cette estimation du nombre d'ETP de PPH nécessaire à une DINA va permettre de calculer les effectifs nécessaires à un élargissement du champ de la DINA.

Mots-clés :

Ressources en santé, Technologie pharmaceutique, Pharmacoéconomie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Optimisation de l'administration des antibiotiques en HAD grâce à la pompe Sapphire

Auteurs :

Godard J., Mourre F., Estornel V., Zanini D., Gensollen S.

APHM - Hôpital de La Conception, Marseille

Résumé :

Contexte

L'antibiothérapie par voie IV est un motif d'admission en HAD qui présente des contraintes logistiques quand l'antibiotique (ATB) est administré plusieurs fois par jour. L'acquisition en août 2015 de la pompe Sapphire (location à 165 €/mois ramené à la durée du traitement, en nombre illimité) permet de réduire le nombre de passages infirmiers à un par jour grâce au mode discontinu programmé.

Objectifs

Evaluer le temps infirmier (IDE) épargné grâce à la pompe et l'économie engendrée.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective menée d'août 2014 à juillet 2015, sur 31 patients qui ont reçu des ATB pouvant être administrés avec la pompe.

Critères de sélection des ATB : stables 24 h à température ambiante et administrés plusieurs fois par jour.

Trois ATB ont été étudiés : la ceftazidime, la pipéracilline-tazobactam, la vancomycine.

Paramètres étudiés pour chaque patient : nombre d'injections, durée de perfusion et temps de trajet approximatif. On obtient le temps total IDE, et le temps économisé si le nombre de passage était réduit à un par jour avec la pompe.

Critères d'éligibilité à la pompe : patients à mobilité réduite et/ou perfusion continue (hydratation ou alimentation) en cours.

Biais de l'étude : possibilité d'embouteillages (augmentation du temps IDE) et organisation des tournées simplifiée pour les patients habitant dans le même secteur (diminution du temps IDE).

Résultats

Sur 31 patients étudiés, seuls 21 étaient éligibles à l'administration par pompe :

* Ceftazidime : 3 patients, 2 à 3 injections par jour

Temps total IDE : 241 h (80 h par patient), temps économisé avec Sapphire : 155 h, coût location pompe : 346,5 €

* Pipéracilline-tazobactam : 14 patients, 2 à 3 injections par jour

Temps total IDE : 686.5 h (49 h par patient), temps économisé avec Sapphire : 454 h, coût location pompe : 1 100 €

* Vancomycine : 4 patients, 2 injections par jour

Temps total IDE : 128 h (32 h par patient), temps économisé avec Sapphire : 64 h, coût location pompe : 225,5 €

Total : 673 heures de temps IDE économisées sur 1 an, soit environ 20 semaines. En considérant que le salaire IDE moyen est de 4 121 € brut/mois (29.4 €/h), l'économie engendrée serait de 19 813 €/an. Le coût annuel de la pompe étant de 1 672 €, l'économie totale liée à la pompe aurait été de 18 141 €/an.

Conclusion

L'utilisation d'une pompe pour l'administration des ATB en HAD représente une économie financière conséquente : c'est une méthode à privilégier. Cependant, la pompe ne peut être utilisée pour tous les patients, et elle exige que les IDE soient formés à son utilisation.

Mots-clés :

Economie, Pompe, Antibiotique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prise en charge de l'hépatite C chronique : données de vraie vie dans un centre hospitalier général

Auteurs :

Le Mercier F., Marion AC., Tchamgoue S., Gayral M.

CH Libourne

Résumé :

Contexte

L'arrivée depuis 2014 des nouveaux anti-viraux d'action directe (NAAD) permet d'envisager la guérison des patients porteurs d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C avec une meilleure tolérance mais un coût de traitement qui nécessite une attention particulière pour s'assurer de leur bon usage.

Objectifs

Réaliser un état des lieux de notre cohorte de patients.

Patients et méthodes

Etude rétrospective incluant les patients suivis sur l'hôpital et dont le traitement rétrocedé par notre PUI a débuté entre mars 2014 et décembre 2015.

Résultats

Quarante-et-un patients ont été étudiés, 26 hommes, 15 femmes (âge moyen 59 ans). Les génotypes viraux retrouvés sont 1a (8), 1b (16), 2 (8), 3 (5) et 4 (4). Dix-neuf patients étaient naïfs de traitement, 17 avaient été prétraités (6 non répondeurs, 5 répondeurs-rechuteurs) et 4 étaient co-infectés par le VIH. À l'instauration, 24 présentaient un score de fibrose F4 (cirrhose). Une bithérapie a été mise en place pour 28 patients, une trithérapie pour les 13 autres. Les stratégies thérapeutiques se composent de sofosbuvir dans 40 cas sur 41, associé au siméprévir (6 cas), au daclatasvir (6) ou au lédipasvir (16 cas et 60 % des 25 instaurationes depuis la mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaires fin 2014). Un patient a reçu l'association ombitasvir/paritaprévir/ritonavir. La ribavirine a été ajoutée pour 54 % d'entre eux.

Trente-cinq patients ont terminé leur traitement (4 en cours, 2 arrêts pour intolérance) de 12 semaines (29), 24 (5) ou 16 (1). A la fin du traitement (S0), sur 26 patients évaluables (4 perdus de vue (PDV), 5 attentes de résultats), 21 avaient une charge virale (CV) négative objectivée, pour les 5 autres la CV n'a pas été évaluée à S0 mais s'est révélée négative ultérieurement. Au-delà, 12 ont une CV négative à S12, 24, 36 ou 52, on déplore un répondeur-rechuteur, encore à confirmer (3 décès, 4 PDV, 6 attentes de résultats).

Conclusion

Malgré la difficulté à suivre les patients au long cours, nous observons de bons résultats et une bonne tolérance avec les NAAD. Cependant, l'observance demeure l'une des clés de la réussite du traitement. Afin de l'évaluer, une étude prospective sous la forme d'un questionnaire patient est mise en place à la rétrocession depuis début 2016.

Mots-clés :

Hépatite C chronique, Antiviraux, Suivi

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 231

Titre :

Efficacité du Concentré de Complexe Prothrombique (CCP) dans les hémorragies sous anticoagulants d'action directe (AOD) : retour d'expérience sur 2 ans

Auteurs :

Diallo A., Faye E., Kini-Matondo W., Cordonnier-Jourdin C., Astier A., Paul M.

APHP - Hôpital Henri Mondor, Créteil

Résumé :

Contexte

Avant novembre 2015, les AOD n'avaient pas d'antidote spécifique pour les situations critiques (hémorragie, acte invasif urgent). Suivant les propositions du Groupe d'Expert d'Intérêt en Hémostase Péri-opératoire (GIHP) de 2013 [1], et au vu du rapport coût/efficacité, le CCP a été choisi sur notre hôpital avec une mise à disposition dans ces indications.

Objectifs

Il nous a paru opportun de faire un retour d'expérience en termes de bon usage et de coût à l'orée de la mise à disposition du premier antidote spécifique du dabigatran : l'idarucizumab.

Matériel et méthodes

Analyse rétrospective des prescriptions de CCP sur 2 ans. Recueil des données suivantes : indications, posologie prescrite, type d'AOD, dosage plasmatique des AOD, mesure du ratio TCA, coût du traitement par patient.

Résultats

Sur 254 prescriptions, 13 patients étaient sous AOD. 12 présentaient une hémorragie active, et un patient a reçu du CCP en prophylaxie peropératoire. La posologie moyenne était de 38.5 UI/kg [25–50]. Dix patients étaient sous rivaroxaban, 2 sous dabigatran, et 1 sous apixaban.

Seuls 5 patients ont bénéficié d'un dosage plasmatique de l'AOD (4 sous rivaroxaban, 1 sous dabigatran). Les taux étaient supérieurs au seuil fixé par le GIHP pour initier le traitement.

Une mesure du TCA a été réalisée chez 4 patients. Pour 2 patients, il était supérieur au seuil fixé par le GIHP au dessus duquel un traitement est initié, et inférieur pour les 2 autres.

Douze patients ont évolué favorablement sous CCP. Trois patients ont subi une artério-embolisation, en complément du CCP pour arrêter les saignements. 2 patients sont décédés des suites de l'hémorragie (J7 et J24). Ils ont reçu une posologie d'environ 30 UI/kg.

Le coût moyen du traitement par patient était de 540 € [318–784].

Discussion

Bien que le CCP ne soit pas un antidote spécifique, il semble efficace dans la prise en charge des hémorragies sous AOD, même à une posologie moindre [38.5 UI/kg]. Néanmoins, au vu des propositions du GIHP, l'administration de CCP était injustifiée pour 5 patients soit 1 fois sur 3, en raison de l'absence d'atteinte d'organe critique ou avec un ratio du TCA inférieur au seuil fixé. Il est à noter que le dosage plasmatique et la mesure du TCA n'ont pas été réalisés systématiquement. Même si le coût du traitement peut paraître élevé (540 € en moyenne), il reste modeste au regard de l'efficacité.

Le coût et l'efficacité des nouveaux antidotes des AOD seront à comparer avec ceux du CCP avant admission au livret thérapeutique.

Mots-clés :

Anticoagulants oraux d'action directe, Hémorragie, Concentré de complexe prothrombique

Références

[1] Pernod et al. Ann Fr Anesth Reanim (2013)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Quand le principe de Pareto s'applique aux commandes de médicaments

Auteurs :

Piriou T., Antonot M., Souchon J., Partant C., Piriou G.

CHI de Cornouaille

Résumé :

Contexte

Notre établissement a engagé une démarche stratégique autour de l'achat, basée sur la mise en place et le suivi annuel d'un Plan d'Action Achat (PAA). Après un autodiagnostic en matière d'achats une cartographie des achats a été réalisée. La pharmacie a identifié les actions à mettre en œuvre et évalué leurs potentiels de gains pour les intégrer au PAA. Parmi les actions choisies, l'une consistait à rationaliser les commandes de médicaments.

Objectifs

Optimisation du processus de commande de médicaments. Regrouper et diminuer le nombre de commandes par mois pour réduire le coût de gestion des commandes sans augmenter l'immobilisation de stock.

Matériel et méthodes

A partir de juillet 2015 les commandes des différents sites de la pharmacie (médicaments, chimiothérapie et rétrocession) ont été regroupées et sont maintenant exécutées en même temps.

Le rythme des commandes a été revu. Pour cela les paramètres de préconisations de commande ont été modifiés : nous passons en début de mois une commande importante par laboratoire correspondant à 80 % des besoins et nous ajustons en fin de mois avec une commande complémentaire si besoin. Ce travail a été effectué pour les laboratoires ayant un pool de rotation inférieur à 30 références mais de valeurs unitaires importantes. Pour les produits peu coûteux, nous évitons les commandes inférieures à 50 euros ainsi que les commandes à une seule ligne en utilisant alors la commande manuelle.

Résultats

En comparant le premier semestre de l'année 2015 au dernier semestre, nous constatons une diminution du nombre de commandes passant de 2 900 à 2 418. En se basant sur un coût de gestion d'une commande estimée à 150 euros, cette baisse de 16,6 % représente une diminution des coûts de gestion théorique de 72 300 euros.

Le nombre de commandes à une seule ligne a également baissé : elles représentaient 50,5 % des commandes pour le premier semestre 2015 pour seulement 39,9 % au deuxième semestre (1 466 versus 965). Les commandes inférieures à 50 euros ont diminué de 46,2 % (199 versus 107). L'immobilisation du stock n'a pas été augmentée pour les médicaments du compte 212, pour le compte 211, nous sommes passés de 35 jours de stock à 32 jours.

Conclusion

L'optimisation des commandes nous a permis de diminuer de façon significative le nombre de commande, le nombre de réception, le nombre de facturation et de recentrer le rôle du pharmacien dans la gestion des commandes.

Mise à part un gain théorique, cela nous a dégagé du temps préparateur, ouvrier et secrétariat.

Mots-clés :

Economie, Gestion financière hospitalière, Stockage de médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Détermination du coût de la réalisation des intradermoréactions (IDR) dans un service d'allergologie

Auteurs :

Barthel AP., Ménétré S., Weber M., Barbaud A., May I.

CHRU Nancy

Résumé :

Contexte

Suite à un évènement allergique, le médecin allergologue est amené à prescrire des tests cutanés pour affirmer ou infirmer une allergie médicamenteuse. La pharmacie à usage intérieur (PUI) de notre établissement met à disposition du service d'allergologie les dilutions d'intradermoréaction (IDR) prêtes à l'emploi.

Objectifs

Notre travail consiste à évaluer le coût lié à la réalisation des prick-tests et des IDR par les infirmières diplômées d'état (IDE) à partir d'ordonnances types des principaux produits responsables d'allergies médicamenteuses (antibiotiques, anti-inflammatoires, produits de contraste iodés). Il fait suite à un autre travail sur le coût de la fabrication des IDR par la PUI, ce qui nous a permis de déterminer le coût global des IDR.

Matériel et méthodes

Nous avons déterminé les coûts des IDR pour les principaux postes de dépenses que sont le personnel (mesure du temps infirmier et médecin à l'aide d'un chronomètre multiplié par les coûts horaires du personnel communiqués par la direction des ressources humaines de notre établissement), le matériel (prix HT extrait du logiciel PHARMA®) et les matières premières (ici seuls les médicaments per os nécessaires aux prick-tests ont été inclus, le coût des formes injectables a été inclus dans le coût de la fabrication des IDR) à partir de huit ordonnances.

Résultats

Le coût moyen de réalisation des IDR est de 74,87 € [48,87 €-94,14 €]. Le principal poste de dépense est la main d'œuvre 80 % [34,13 €-77,84 €]. Les autres postes de dépenses sont les suivants : le matériel 19,9 % [14,41 €-15,83 €], les matières premières 0,1 % [0 €-0,5 €].

Le coût de la fabrication additionné au coût de réalisation des IDR a permis d'obtenir un coût global moyen des IDR de 180 € [101,78 €-236,37 €] dont 62 % main d'oeuvre, 17 % conditionnement en flacons stériles, 13 % matériel, 8 % matières premières.

Conclusion

La réalisation des IDR représente un coût non négligeable pour l'établissement, mais elle apporte un réel bénéfice au patient, elle peut permettre de diminuer les coûts liés à des hospitalisations et d'éviter des complications voire un décès.

Le coût du GHS 23M21T "désensibilisation et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation de très courte durée" est de 432 € en 2015. Bien que difficile, il sera intéressant de déterminer la part liée aux médicaments dans ce GHS et de la comparer au coût global moyen des IDR.

Mots-clés :

Intradermoréaction, Coût, Allergie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evolution de la gestion d'approvisionnement des médicaments nominatifs et stupéfiants au sein d'une plateforme logistique hospitalière

Auteurs :

Ferrand A., Tourel J., Vitale G., Pecani D., Beaugrand N.

CHU Toulouse - Logipharma

Résumé :

Contexte

Les médicaments nominatifs (hors GHS, onéreux ou antibiotiques ciblés) et stupéfiants nécessitent une mise à jour des paramètres d'approvisionnement régulière afin d'optimiser les quantités commandées et le coût de stock. L'optimisation de ces paramètres pose deux problématiques : le manque de place en stockeur et un coût de stock important pour les médicaments nominatifs.

Objectifs

Diminuer le nombre de commandes tout en conservant un équilibre entre les quantités stockées et la valeur du stock.

Matériel et méthodes

Un groupe de travail comportant un interne en pharmacie et quatre pharmaciens a été mis en place depuis janvier 2015, afin de définir des nouveaux paramétrages d'approvisionnement des produits. A partir des logiciels de gestion des stocks Copilote® et de gestion économique et financière Magh2®, les données sur 2014 et 2015 ont été analysées. Elles comportent le nombre de commandes annuelles, seuil de sécurité, calendrier d'approvisionnement, consommation moyenne journalière (CMJ), caractère préconisable et prix marché de chaque produits.

Résultats

Actuellement, 23 stupéfiants sont commandés deux fois par mois contre 55 commandés mensuellement. Une harmonisation des commandes au mois a été choisie du fait de leur faible coût [0.0001 €- 43 €] entraînant une réduction du nombre de commandes annuelles estimée à 17 %. En parallèle, le stockeur des stupéfiants a été réaménagé pour optimiser la capacité de stockage. Les médicaments nominatifs ont été scindés selon leur CMJ en deux groupes. A partir de l'analyse de Pareto, on constate que 30 % des références représentent 90 % de la consommation. Les médicaments nominatifs ayant une CMJ élevée (> 1) seront paramétrés préconisables et donc commandés selon le calendrier d'approvisionnement défini. Les produits avec une CMJ faible ne seront pas préconisables. Le calendrier d'approvisionnement a ensuite été défini en fonction du prix du produit, s'il est supérieur à 150 € le produit sera commandé hebdomadairement, s'il est compris entre 20 et 150 € il sera commandé de façon bimensuelle, sinon les commandes seront mensuelles. Une économie de stockage avec ces nouveaux paramétrages, est estimée à 110 500 €, tout en diminuant de 150 commandes (7 %) sur l'année prochaine.

Discussion

En harmonisant les paramétrages, une diminution des commandes et des économies aussi bien sur le stockage pour les médicaments nominatifs que sur le coût des commandes, vont être réalisées. Des indicateurs de suivi seront développés avant de poursuivre cette démarche à l'ensemble des références.

Mots-clés :

Stockage médicamenteux, Economie, Service hospitalier achat-approvisionnement

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prescriptions délivrées en rétrocession hospitalière : évaluation des non-conformités et sécurisation du remboursement

Auteurs :

Bertrand L., Jurado C., Vandewoestyne S., Watier M., Vancassel M., Delforge M., Bellon B., Eyvrard F.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

Les hôpitaux engagent des budgets importants pour l'achat des médicaments rétrocedés. Contrairement à l'analyse pharmaceutique de ces prescriptions, l'intérêt de l'analyse réglementaire n'a pas été étudié. Or, en cas de contrôle par l'assurance maladie (AM), la non-conformité (NC) des ordonnances et des dispensations est un motif de non remboursement.

Objectifs

Évaluer qualitativement et quantitativement les NC rencontrées dans le cadre des rétrocessions afin de standardiser la conduite à tenir devant chacune d'elles.

Matériel et méthodes

Les NC ont été collectées d'avril à novembre 2015 par l'équipe pharmaceutique lors de la dispensation ou du double contrôle systématique réalisé a posteriori. Une grille de recueil a été élaborée afin de consigner la NC, son origine et les actions correctrices menées. Les NC relatives à la prescription, la dispensation, aux prestataires de santé à domicile et aux droits d'AM, ainsi que les événements retardant la facturation (traçabilité informatique de la rétrocession retardée, litiges régularisés tardivement) ont été relevés. Ces NC ont été codifiées puis analysées via un tableur Excel®.

Résultats

Au total, 348 NC ont été enregistrées sur huit mois, dont 27 (8 %) retardant la facturation et 14 (4 %) sans conséquence sur le remboursement. Parmi les 307 restantes :

- 145 (47 %) sont liées à la prescription, dont plus d'un tiers (50) à l'identité du prescripteur (non identifié, non habilité, absence de signature),
- 85 (28 %) sont de nature administrative, dont 74 (87 %) concernent une absence de justificatif de droits d'assurance maladie,
- 77 (25 %) montrent une NC lors de la dispensation, dont 39 (13 %) liées à une saisie informatique ou une retranscription sur l'ordonnance erronée.

35 % des NC sont imputables aux prescripteurs, 28 % aux patients, et 19 % au service des rétrocessions.

13 % des cas (45) ont entraîné un refus initial de dispensation, les autres NC ont été régularisées.

Discussion

Bien que de nombreuses NC aient été constatées, ces résultats les sous-estiment du fait d'un recueil non exhaustif constaté. Cette étude a mis en avant des améliorations potentielles : la sensibilisation des médecins à la réglementation des prescriptions, des patients aux modalités de remboursement, et l'élaboration d'une grille standardisant la conduite à tenir pour l'équipe pharmaceutique face à chaque NC, afin d'en faciliter la résolution chronophage. Il serait intéressant de valoriser le coût des dispensations dont le remboursement est ainsi assuré.

Mots-clés :

Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments, Remboursement par l'assurance maladie, Evaluation des risques

Références

Chapuy M et al. Ann Pharm Fr. 73 (4) : 297-306 (2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Audit de pratiques en nutrition parentérale chez l'adulte

Auteurs :

Desdions A., Mérian-Brosse L., Dejonghe B., Fajardy A., Durand A.

CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye

Résumé :

Contexte

Devant le constat de consommations élevées de poches de nutrition parentérale (NP), le CLAN (Comité de Liaison en Nutrition et Alimentation) et la pharmacie ont réalisé un audit sur les pratiques de la NP dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Objectifs

L'objectif est d'améliorer la prise en charge de la dénutrition et d'optimiser le recours à la NP.

Matériel et méthodes

L'évaluation a été réalisée sur 3 services du centre hospitalier, dont la consommation annuelle de NP est la plus élevée : neurologie, chirurgie et oncologie/hématologie. Une grille a été élaborée selon les dernières recommandations de la SFNEP (Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme). 17 critères ont été retenus, répartis en 4 thèmes : évaluation initiale de la dénutrition, indication de la NP, modalités de prescription et d'administration, et suivi. Une analyse rétrospective a porté sur les dossiers de patients ayant reçu une NP en 2015 (8 à 10 par service). Pour chaque critère, le résultat observé a été classé en conforme (C) ou non conforme (NC) par rapport aux recommandations.

Résultats

Au total, 28 dossiers ont été analysés. Une NC dans l'évaluation initiale a été observée chez 77 % des patients, avec notamment l'absence de pesée dans 54 % des cas, et un bilan biologique incomplet dans 100 % des cas. Une NC dans l'indication (tube digestif fonctionnel) est identifiée dans 36 % des cas. Une NC dans les modalités de prescription et administration est relevée chez 41 % des patients (notamment objectif calorique non tracé à 96 %), et dans le suivi de la nutrition chez 45 % des patients (notamment bilan biologique incomplet ou non réalisé dans 100 % des cas, et équilibre hydro-électrolytique non surveillé dans 89 % des cas).

Les taux de non conformités sont plus faibles pour les critères suivants : respect de la voie d'administration, utilisation d'une pompe volumétrique, supplémentation en vitamines et oligo-éléments, surveillance quotidienne de la température et du point d'entrée cutané de la voie veineuse. L'analyse par service montre peu de différences avec les résultats globaux.

Conclusion

La grille utilisée a permis d'analyser les étapes essentielles de la prise en charge de la NP. Des points à améliorer ont été identifiés à chaque étape, notamment dans l'évaluation initiale et le suivi. Les actions prévues sont une incitation à mieux prescrire, l'actualisation de l'ordonnance spécifique, ainsi que la mise à jour et la rediffusion des bonnes pratiques de nutrition parentérale.

Mots-clés :

Nutrition parentérale, Audit, Evaluation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bénéfices clinique et médico-économique des interventions pharmaceutiques en centre hospitalier général : bilan d'un an d'exercice

Auteurs :

Leau G., Wieliczko-Duparc E., Visbecq JN., Gennaro-Laurens G., Montseny JJ., Devaud E., Chambraud E.

CH Pontoise

Résumé :

Contexte

La pharmacie clinique contribue à sécuriser et à optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients en prévenant l'iatrogénie médicamenteuse. Elle favorise également la tolérance et l'efficacité des traitements. Dans notre hôpital, les pharmaciens (1 équivalent temps plein pharmacien cumulé) réalisent une analyse pharmaceutique de niveau 3 pour 2 unités de soins (35 lits). Une analyse de niveau 2 est réalisée pour les 52 autres unités informatisées pour 143 médicaments « à risque » (anti-infectieux, anticoagulants, immunosupresseurs, médicaments remboursés en sus...).

Objectifs

Évaluer les complications médicales évitées par les interventions pharmaceutiques (IP) ayant conduit à une modification de prescription et les économies induites par les erreurs médicamenteuses graves (EMG) évitées.

Matériel et méthodes

Pour l'année 2015, l'impact clinique des IP validées issues d'Act-IP® a été analysé par 2 pharmaciens en croisant : impact potentiel immédiat (comorbidité/prolongation d'hospitalisation, incapacité, mise en jeu du pronostic vital ou décès) et évolution potentielle (guérison avec/sans séquelle, patient non encore rétabli, décès sans rapport avec l'effet, décès auquel l'effet a pu contribuer ou décès du à l'effet). Un score de gravité croissant de 1 à 4 a été élaboré. Les IP de score 4 (dont les Never Events - NE) ont été considérées comme des EMG avec un coût évité de 4 150 € [1].

Résultats

Le taux d'IP acceptées était de 60,2 % (n = 299/497). L'analyse était possible pour 248 des 299 IP avec un score de gravité de 1 à 4 respectivement de : 37,1 %; 31,9 %; 10 % et 21 %. Les antithrombotiques, bêtabloquants et antibactériens systémiques étaient les classes les plus « à risque » : respectivement 31,4 %, 11,4 % et 10 % des IP de score 4. Sur les 52 IP de score 4, les NE représentaient 14 IP : 13 erreurs liées aux anticoagulants et 1 assimilée à un NE (chlorure de potassium 10 %). Au final, le coût indirect évité était de 215 800 €.

Conclusion

L'intervention du pharmacien sécurise la prise en charge du patient : les scores 3 et 4 représentaient près du tiers des IP validées. La valorisation médico-économique est ici sous estimée car limitée aux EMG évitées. La méthodologie retenue n'a pas inclus les coûts directs des IP ainsi que les coûts indirects hors score 4. L'activité est cependant « coût efficace » [2, 3]. Une autre étude va débiter afin qu'un médecin évalue les bénéfices cliniques et médico-économiques des IP au regard des facteurs de risque intrinsèques des patients (antécédents, physiopathologie...).

Mots-clés :

Erreurs de médication, Prise en charge du patient, Analyse coût bénéfice

Références

- [1] Apretna E. et al. Presse Médicale. 34(4):271-76 (2005)
- [2] Neville HL. et al. Int J Pharm Pract. 22(3):216-22 (2014)
- [3] Touchette DR. et al. Pharmacotherapy. 34(8):771-93 (2014)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Retour d'expérience sur la gestion des anti-hémophiliques au niveau régional

Auteurs :

Oses S.³, Sorli S.³, Traore S.³, Pomies S.², Cestac P.², Ramjaun Z.¹, Tourel J.³

¹ CHU Toulouse - Préparatoire et laboratoire de contrôle

² CHU Toulouse

³ CHU Toulouse - Logipharma, Gestion Médicament

Résumé :

Contexte

Les facteurs anti-hémophiliques (FAH) sont des produits d'urgence qui doivent être disponibles dans une Pharmacie hospitalière. En conséquence, les dotations minimums sont déterminées pour une prise en charge (PEC) optimale des patients hémophiliques. D'autre part, les FAH sont classés en sus des groupes homogènes de séjour en raison leur coût très important. Début 2015, un réseau régional des FAH a été créé, donnant accès au stock des différents établissements de santé (ES) y adhérant. Dans ce contexte, la gestion des FAH sur le plan régional ainsi que la fonctionnalité de ce réseau interprofessionnel ont été évalués.

Objectifs

Décrire la gestion des FAH au sein d'un centre hospitalier universitaire et évaluer l'impact sur les ES d'un réseau régional des FAH en 2015.

Matériel et méthodes

Une extraction des données informatiques des mouvements en FAH du 01/01 au 31/12/2015 a été réalisée. Les informations suivantes ont été collectées : i) prêts/emprunts à/par des ES extérieurs, ii) données sur les produits périmés iii) les échanges réalisés au sein du réseau.

Résultats

En 2015, 655 prêts/emprunts ont été effectués, dont 30 (4,6 %) correspondaient aux FAH. Il s'agissait dans 100 % des cas d'un prêt (notre ES vers un autre ES). Dans 43 % (13) des cas il était demandé par un centre hospitalier, dans 37 % (11) des cas par une clinique et dans 20 % (6) des cas par un ES privé participant au service public. Le montant total des prêts s'élevait à 136 884 € sur la période d'étude (1 an), concernant principalement le Novoseven[®] 5 mg (21 unités soit 47 % des coûts) suivi du Wilfactin[®] 1 000 UI (24 unités soit 17 % des coûts). Sur l'année 2015, 17 % (5) des prêts n'ont pas encore été régularisés au 01/02/2016 soit 32 667 €. La durée moyenne de remboursement était de 27 ± 17 jours. Par ailleurs, 71 unités de FAH ont périmé au sein de la pharmacie, 51 % ont pu être échangées contre un avoir, et 11 218 € de perte. De plus 94 ont périmé dans les dotations d'urgences soit une perte de 79 000 €. Enfin, les échanges au sein du réseau régional des FAH ont permis d'épargner 26 590 € sur 2015.

Discussion

Les produits coûteux tels que les FAH doivent être gérés de manière optimale afin de minimiser les coûts engendrés en stock et en perte. Etant des médicaments d'urgence, il est important de trouver le juste milieu entre le stock minimum et la maîtrise des coûts. Au vu de ces premiers résultats, une optimisation de la gestion du stock et une extension du réseau régional des FAH vont être entreprises.

Mots-clés :

Troubles hémorragiques, Audit gestion, Services d'information

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Nouvelles molécules antivirales d'action directe (NAAD) : rétrocession sous contrôle

Auteurs :

Akkari H., Remy AJ., Merlet S., Bouchkira H., Duplissy E.

CH Perpignan

Résumé :

Contexte

La lettre d'instruction du 30 avril 2015 précise les modalités de l'organisation de la prise en charge des NAAD et les actions d'accompagnement de la part de la caisse nationale de l'Assurance Maladie.

En application de cette lettre, nous avons eu, au mois de mai, la visite du médecin et du pharmacien conseil de l'assurance maladie (AM). Un diaporama, reprenant les enjeux économiques et l'encadrement des prescriptions nous a été présenté. L'accent a été mis sur l'obligation de mentionner sur l'ordonnance : pour le public, le nom et le numéro RPPS du prescripteur ainsi que le numéro FINESS de l'établissement de santé (ES); pour les médecins exerçant en ES privé, le nom et les numéros RPPS et AM (Adeli) du prescripteur ainsi que le numéro FINESS de l'ES.

Objectifs

Matériel et méthodes

A la suite de cette visite, nous avons vérifié les 180 prescriptions de NAAD des 6 mois précédents. Bien que respectant toutes l'article R. 5132-3 du code de la santé public, 80 % des ordonnances de praticiens hospitaliers "public" et seulement 30 % des prescriptions libérales étaient conformes aux recommandations de l'AM (mention de tous les identifiants).

Nous avons fait un rappel aux médecins présents à la RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) de juin et un courriel a été adressé à tous les prescripteurs pour les sensibiliser au respect des obligations de prescription : indications, validation en RCP, éléments réglementaires et nécessité de mentionner tous les identifiants demandés par l'AM.

Résultats

Suite à ce rappel, le nombre d'ordonnances conformes est passé à 95 % pour les prescripteurs "publics" et 60 % pour ceux du "privé". Chaque prescription non conforme a nécessité une intervention pharmaceutique auprès du prescripteur pour demander une nouvelle ordonnance. Ces interventions n'ont encore concerné que les médecins du département et ont été accueillies positivement.

Conclusion

Nous avons eu un premier contrôle de la part de l'assurance maladie au mois de décembre. Il a concerné les dossiers de 40 patients : dossier médical, RCP, biologie, prescriptions et factures émises. Parmi les prescriptions contrôlées, 5 ordonnances, établies avant la sensibilisation des prescripteurs, ne comportaient pas tous les identifiants.

A l'heure actuelle, nous n'avons pas eu la restitution du contrôle de l'AM et son impact financier éventuel.

Mais la question reste posée : en cas de renouvellement de traitement, et devant un refus du prescripteur d'établir une nouvelle ordonnance, quelle attitude devons nous adopter ?

Mots-clés :

NAAD, Contrôle, Sensibilisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact financier de l'optimisation d'un protocole de fibrinolyse post-Accident Vasculaire Cérébral (post-AVC)

Auteurs :

Laudet M., Demaziere A., Pelegrin S., Grémeau I., Huillier Y., Levet N., Ferrier A., Clavelou P., Sautou V.

CHU Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte

La prise en charge par fibrinolyse d'un patient post-AVC a un coût non négligeable lié notamment à l'utilisation de l'altéplase. Dans l'unité de neurologie vasculaire du CHU, un protocole de fibrinolyse comprend l'utilisation de flacons à 50 mg uniquement afin de limiter le risque de confusion entre les différents dosages, notamment en situation d'urgence. Cependant, l'adaptation du volume de produit administré et du débit au pousse seringue électrique (PSE) en fonction du poids engendre une perte conséquente de produit.

Objectifs

Evaluer l'intérêt économique d'un nouveau protocole adaptant la posologie de l'altéplase en fonction du poids du patient en utilisant tous les dosages disponibles : 2, 10, 20 et 50 mg, tout en maintenant la sécurité d'administration.

Matériel et méthodes

Nous avons analysé les prescriptions de l'ensemble des patients ayant subi une fibrinolyse post-AVC en 2014 (N = 71) selon le protocole actuel : un flacon de 50 mg utilisé pour les patients de moins de 60 kg, 2 flacons de 50 mg pour les plus de 60 kg avec adaptation ultérieure du volume à perfuser et de la vitesse du PSE à la dose-poids du patient.

Pour réviser le protocole actuel en intégrant tous les dosages, nous avons 4 contraintes : maintenir la sécurité d'administration, utiliser au maximum 4 flacons, se rapprocher au plus près de la dose-poids recommandée dans un intervalle de - 2 mg/+ 5 mg, conserver les poids théoriques par intervalle de 5 kgs auxquels correspondent une dose optimale.

Pour chaque intervalle de poids théorique nous avons défini un nombre de flacon optimal, que nous avons utilisé pour le calcul du coût théorique.

Pour ces mêmes patients, nous avons comparé le coût des deux protocoles.

Résultats

Le coût total (HT) avec l'ancien protocole est de 98 905 € versus 75 247 € avec le nouveau protocole. Soit une économie de 23 658 € sur l'année 2014.

Ce nouveau protocole semble adapté d'un point de vue économique (réduction globale du coût annuel de plus de 24 %), mais aussi, d'un point de vue sécuritaire en permettant une homogénéité dans le volume administré et la vitesse du PSE : pour les patients de plus de 50 kg, un bolus IV sur 1 minute de 5 ml et une vitesse de perfusion de 45 ml sur 1 heure.

Conclusion

Suite à cette étude, le nouveau protocole a été validé et mis en place dans le service.

Un bilan sera réalisé au bout d'un an de mise en place afin d'évaluer l'aspect économique et sécuritaire de ce nouveau protocole : comparaison entre 2014 et 2015 en fonction du nombre de patients et des consommations.

Mots-clés :

Protocole, Fibrinolyse, Optimisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Nivolumab versus Pembrolizumab en dermatologie : étude d'impact budgétaire

Auteurs :

Mercerolle M., de Chevigny A., Maucorps C., Chatron C., Chedru-Legros V., Breuil C.

CHU Caen

Résumé :

Contexte

Le pembrolizumab (P) et le nivolumab (N) sont deux anticorps monoclonaux anti PD1 (programmed death 1). Ces deux molécules ont l'AMM dans le mélanome avancé (non résecable ou métastatique). Les posologies et les rythmes d'administration sont différents : 2 mg/kg/21j (P) vs 3 mg/kg/14j (N). Le P n'a pas montré de supériorité versus le N. Ce dernier est actuellement le seul référencé dans notre établissement. Les dermatologues souhaiteraient référencer le P afin de désengorger leur HDJ.

Objectifs

Evaluer la différence de coût entre le N et le P afin d'estimer le coût du référencement de la 2^{ème} molécule.

Matériel et méthodes

Pour chaque patient, le nombre d'HDJ, les mg de N reçus depuis mai 2015 ont été recensés. Une simulation du nombre d'HDJ et de mg reçus de P, chez ces mêmes patients, a été réalisée. Le taux d'occupation de l'HDJ de dermatologie a été mesuré.

Résultats

Pour les 14 patients traités par N en 2015, 130 HDJ ont été facturées (53 413 €). La simulation de traitement par P permet de montrer que 39 HDJ auraient été libérées et représentent 16 024 € de recettes en moins pour l'hôpital. Le nombre moyen de venues par patient est de 9 pour le N et seraient de 6,5 pour le P.

Les dépenses dues au N sont de 426 645 € contre 497 943 € pour le P. L'augmentation du coût de traitement est donc de 71 298 €. Au total, la stratégie P augmente le budget alloué au traitement par anti PD1 de 87 322 €.

Le taux d'occupation de l'HDJ de dermatologie sur la période est de 110 %.

Discussion

La perte de recette d'HDJ est estimée neutre par le DIM puisque les 39 HDJ libérées seront compensées par la venue de nouveaux patients actuellement en attente. L'augmentation budgétaire est à mettre en regard du gain en qualité de vie des patients (moins de déplacements, moins d'injections) sans perte de chance. Il serait intéressant de pouvoir également chiffrer la non-dépense générée par la diminution du nombre de transports (moins d'HDJ/patient). Les résultats de cette étude serviront comme base de discussion en CMDMS pour valider le référencement du P en toute connaissance de causes.

Le N possède également une indication dans le cancer bronchique non à petites cellules. Si une extension d'AMM avait lieu dans cette indication, une étude d'impact similaire pourrait alors être réalisée afin d'anticiper les modifications financières engendrées.

Mots-clés :

Anticorps antitumoraux, Traitement médicamenteux, Coûts hospitaliers

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 242

Titre :

Pertinence de l'indication des médicaments hors GHS avec le dossier médical : audit dans un centre hospitalo-universitaire

Auteurs :

Ferrand A., Marchand M., Duplin EM., Cestac P., Massip P., Juillard-Condât B.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

Dans le cadre de la préparation du rapport d'étape annuel du Contrat de Bon Usage, nous avons audité des prescriptions de médicaments hors GHS (Groupe Homogène de Séjour), hors cancérologie.

Objectifs

L'objectif était d'évaluer la pertinence de l'indication avec le dossier médical ainsi que la cohérence de l'argumentaire en cas de prescription "hors référentiel".

Matériel et méthodes

Sur la période de janvier à septembre 2015, nous avons tiré au sort 40 prescriptions (1.3 %) de médicaments hors GHS dans l'Autorisation de Mise sur le Marché, 18 prescriptions (5.8 %) de médicaments hors GHS "hors référentiel" argumentées dans le dossier médical du patient, ainsi que 108 prescriptions (100 %) de médicaments hors GHS "hors référentiel" non argumentées. A partir des données cliniques et biologiques présentes dans le dossier médical informatisé, nous avons vérifié la concordance et la cohérence de l'indication renseignée par le médecin, ainsi que la qualité de l'argumentaire des prescriptions "hors référentiel". Concernant les prescriptions "hors référentiels" non argumentées, nous avons identifié les situations équivalentes déjà argumentées pour d'autres patients et les situations pour lesquelles des données bibliographiques sont nécessaires.

Résultats

La cotation "dans le référentiel" a été jugée conforme pour 31 prescriptions sur les 40 auditées (77.5 %). Les 9 prescriptions restantes sont jugées "hors référentiel" et devront être argumentées.

Pour les 18 prescriptions cotées "hors référentiel" par les prescripteurs, l'indication argumentée est cohérente avec les données cliniques pour 15 dossiers (83 %), et les données biologiques soutiennent la prescription dans 17 cas (94 %).

Parmi les 108 prescriptions "hors référentiels" non argumentées, 68 (63 %) ont déjà été argumentées pour d'autres patients. Il reste 40 situations (37 %) n'ayant jamais fait l'objet d'un argumentaire dans l'établissement : la majorité émane de la pédiatrie, et les médicaments les plus concernés sont l'Amphotéricine B liposomale, l'Infliximab et les Immunoglobulines.

Conclusion

L'audit va être restitué aux médecins et pharmaciens de pôle afin de les sensibiliser au bon choix de l'indication et de les inciter à argumenter toutes les prescriptions "hors référentiel". Suite à cet audit, à partir de 2016, les prescriptions vont être requêtées une fois par mois, afin d'intervenir plus précocement auprès des prescripteurs et de suivre la présence des argumentaires mensuellement dans le dossier médical.

Mots-clés :

Prescriptions hors recommandations, Utilisation pertinente, Audit clinique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Nivolumab en 2015 : où en sommes-nous ?

Auteurs :

de Chevigny A., Merceroles M., Chatron C., Maucorps C., Chedru-Legros V., Ollivier C., Breuil C.

CHU Caen

Résumé :

Contexte

L'AMM européenne du Nivolumab (N), anticorps monoclonal anti PD-1 (Programmed Death-1) comporte deux indications : le mélanome non résecable ou métastatique et le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) type épidermoïde stade IIIb ou IV après échec d'au moins une ligne de traitement (ttt) à base de sels de platine. L'ATU de cohorte incluait les non épidermoïdes, en cours d'évaluation pour l'AMM.

Objectifs

Au vu du montant des dépenses liées à cette molécule et du nombre important de patients traités, il nous a paru nécessaire de dresser un état des lieux des pratiques d'utilisation clinique.

Matériel et méthodes

Pour l'ensemble des patients traités en 2015 : l'indication, la ligne de ttt, le rythme des évaluations, les motifs d'arrêt et de relais de ttt et le coût total ont été recueillis via les logiciels Pharma[®], Chimio[®] et le dossier patient informatisé.

Résultats

D'avril à décembre 2015, 35 patients ont bénéficié du N dont 21 en pneumologie P (60 %), pour un budget de 395 k €, et 14 en dermatologie D (40 %) soit 436 k €.

En P, sur les 21 CBNPC, 13 sont des carcinomes épidermoïdes et 8 non épidermoïdes (7 adénocarcinomes et 1 carcinome sarcomatoïde). Le N est utilisé majoritairement en 2^{ème} ligne (n = 5) et 3^{ème} ligne (n = 7). Le nombre moyen d'injections (inj) est de 6,5. Toutes les décisions d'initiation de ttt et les réévaluations après 4 inj ont été prises en RCP. 7 patients sont toujours en cours de ttt (médiane 3^{ème} ligne), 5 sont décédés, et 9 ont progressé justifiant l'arrêt du N.

En D, tous ont un mélanome métastatique. Le N est utilisé en 2^{ème} ligne (médiane [1 ; 4]). Les décisions d'initiation de ttt ont été prises en RCP et un bilan d'extension est réalisé toutes les 6 à 8 inj. 57 % des patients (n = 8) sont toujours en cours de ttt (médiane 2^{ème} ligne), 5 sont décédés et 1 a été switché sous ipilimumab (toxicité). Le nombre moyen d'inj est de 9,6. Trois déclarations de pharmacovigilance ont été faites : colite grade III (reprise de N car absence d'alternative), pneumopathie interstitielle (arrêt du N), éruption cutanée et prurit (sans conséquence).

Conclusion

Le ttt des CBNPC non épidermoïdes ne permet pas une adéquation totale à l'AMM. En P le suivi des patients est optimal. La fréquence de réévaluation en D est aléatoire : au vu de la rapidité de progression de la maladie, du nombre de vigilances signalées et du coût élevé de cette thérapie, il est nécessaire d'améliorer la régularité du suivi. Nous poursuivrons le recueil sur 2016 pour étudier l'évolution du profil des patients sous N.

Mots-clés :

Anticorps antitumoraux, Mélanome, Carcinome pulmonaire non à petites cellules

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les matériovigilances sur la balance

Auteurs :

Veyrier M., Diop A., Gay JB., Le Grand J., Pons-Kerjean N.

APHP - Hôpital Beaujon, Clichy

Résumé :

Contexte

La directive européenne 2007/47/CE relative aux dispositifs médicaux impose le suivi de toutes les matériovigilances. L'unité des dispositifs médicaux (UDM) s'est interrogée sur l'impact médico-économique des matériovigilances ascendantes déclarées et a créé un outil informatique prospectif automatisé pour l'évaluer.

Objectifs

Quel est le bilan après 6 mois d'utilisation ?

Matériel et méthodes

3 coûts ont été identifiés : les coûts de gestion, de stockage et d'iatrogénie. La création de l'outil informatique a permis d'automatiser le calcul de ces coûts par la saisie d'indicateurs spécifiques : le temps de gestion par l'UDM et par le service déclarant pour le coût de gestion, le volume du DM (cm³) et la durée de stockage avant reprise par le laboratoire pour le coût de stockage, la durée d'allongement de l'intervention chirurgicale et le coût de modification de la prise en charge du patient (création ou modification du GHS suscité par l'événement iatrogénique : ce coût est calculé par le département d'information médicale) pour le coût d'iatrogénie. Pour chaque matériovigilance, ces 3 coûts ont été calculés.

Résultats

50 incidents, impliquant 23 références, ont été déclarés. L'impact médico-économique sur 6 mois a été de 23 347.22 €. Les coûts de gestion, de stockage et d'iatrogénie ont été respectivement de 441.05 € (2 %), de 2.38 € (0.01 %) et de 22 901.19 € (98 %), dont 198 € (0.7 %) représente le coût d'allongement de l'intervention. 97,3 % du coût total est dû à 2 matériovigilances (dont 1 impliquant un DM implantable).

Discussion

En 6 mois, la mise en place de l'outil a permis de mettre en exergue l'impact iatrogénique des matériovigilances du fait de ré-hospitalisations non prévues. Rapporté au nombre de séjour (et de séance) de notre hôpital (30 309) sur une année (année 2014), le coût moyen d'iatrogénie est de 1.51 €/séjour. Ce coût moyen estimé rapporté à l'échelle nationale représenterait alors environ 43 millions d'€ (soit 1.4 % de la dépense nationale des dispositifs médicaux hospitaliers). Ces coûts ne représentent qu'une partie de l'impact médico-économique : quid des événements iatrogéniques non déclarés, des coûts extrahospitaliers (transport : SAMU, pompiers, rééducation du patient, arrêt de travail,...) et des conséquences à long terme pour le patient. Bien que cette étude ne différencie pas les événements iatrogéniques liés au produit de ceux liés au bon usage, la question d'une « autorisation de mise sur le marché » pour les DM invasifs utilisés chez l'homme pourrait être lancée.

Mots-clés :

Sécurité du matériel, Pharmacoéconomie, Maladie iatrogène

Références

[1] Parlement et conseil de l'union européenne. Directive 2007/47/CE. [en ligne]. Journal officiel de l'union européenne, L. 247/21, 5 septembre 2007. Disponible sur : <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:247:0021:0055:fr:PDF> (14 juin 2015)

[2] Hospidiag. ANAP. [en ligne]. (modifié le 8 décembre 2015) Disponible sur : http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?finess=920100039&finess=&_debug=0&_program=hd.hospidiag.sas&_service=hospidiag&_sessionid=%2FdRMQA8CKB8&_port=5195(Consulté le 08/01/2016)

[3] Analyse de l'activité hospitalière MCO 2014. ATIH. [en ligne]. (modifié le 26 octobre 2015) Disponible sur : <http://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2014> (Consulté le 12/01/2016)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 245

Titre :

Analyse médico-économique de sets de branchement sur chambre implantable dans un service de chimiothérapie ambulatoire

Auteurs :

Orsini C., Saucez Duquesne MO., Rémy E., Kalimouttou S.

CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil

Résumé :

Contexte

Les chambres à cathéter implantable (CCI) représentent la majorité des abords veineux centraux utilisés pour l'administration de chimiothérapies. Mais leur manipulation peut être à l'origine de complications graves : les CCI sont une des premières causes de bactériémies nosocomiales. Malgré une procédure harmonisée, les dispositifs médicaux stériles (DMS) utilisés sont variables d'un infirmier à l'autre, et des interruptions dans les soins dues à un manque de matériel auprès du patient ont été constatées.

Objectifs

La standardisation des DMS au sein d'un set permettrait de réduire les risques liés à la manipulation des CCI et d'harmoniser les pratiques. Pour cela, une analyse médico-économique de différents sets de branchement sur CCI a été menée.

Matériel et méthodes

Les recommandations de l'équipe d'hygiène ont permis d'établir la composition nécessaire du set. Une étude du marché a été réalisée pour analyser l'offre. Une fiche d'évaluation des sets a été rédigée regroupant les critères suivants : quantité et qualité des composants, facilité d'utilisation, ergonomie, respect du protocole, uniformisation du geste infirmier, minimisation des fautes d'asepsie et du risque d'accident d'exposition au sang, optimisation du temps infirmier. Les coûts des sets et des DMS pris individuellement ont été comparés.

Résultats

3 sets ont été testés, 6 infirmiers ont effectué 3 essais par référence. Concernant le set A, une mauvaise qualité des composants (67 % des infirmiers) et la présence d'éléments inutiles (83 %) ont été constatées. Le set B était conforme aux besoins (80 %) mais comportait des composants superflus (60 %). Le set C présentait une ergonomie, une composition et une qualité satisfaisantes à 90 %, 80 % et 100 %. Les prix des sets testés étaient de 7,56 € HT pour le set A et 5,45 € HT pour les sets B et C. Le prix de l'ensemble du matériel utilisé séparément représentait 3,15 € HT. Au vu des résultats, le choix se porte sur le set C. Avec une estimation à 2 600 sets par an, le surcoût annuel serait de 6 000 € HT.

Conclusion

Ces sets présentent pour avantages une optimisation du temps infirmier, une harmonisation des pratiques, et une diminution des manipulations à risque. Leur utilisation peut être élargie à l'hospitalisation à domicile qui prend en charge de plus en plus de patients sous chimiothérapies, et assurerait des niveaux de sécurité et de qualité comparables à ceux de l'hospitalisation conventionnelle. La réflexion sur ce référencement doit maintenant être réalisée au regard du surcoût engendré.

Mots-clés :

Set de branchement, Chambre implantable, Chimiothérapie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 246

Titre :

Etude sur le bon usage et le coût des héparines par voie sous cutanée (héparine calcique versus enoxaparine et tinzaparine) dans les services de médecine et de chirurgie

Auteurs :

France M., Gantz D., Evrard J., Chen Monestier C., Lassiaz C., Mouneaux F., Diakhate C.

CH Alpes Léman, Contamine-sur-Arve

Résumé :

Contexte

Les Héparines Non Fractionnées (HNF) présentent un risque non négligeable de thrombopénie, d'hémorragie et un coût supérieur aux Héparines de Bas Poids Moléculaire (HPBM). Suite à la mise en évidence d'une consommation importante de l'héparine calcique au sein de l'établissement, il a été décidé de réaliser une étude médico-économique sur les héparines.

Objectifs

Evaluer l'utilisation de l'héparine calcique afin de vérifier l'application des Recommandations des Bonnes Pratiques (RBP) diffusées par l'établissement : privilégier les HBPM lorsque la clairance rénale (CIR) du patient le permet (CIR > 30 ml/min) ; et les conséquences économiques de ce non-respect.

Patients et méthodes

Etude rétrospective du 1/01/2015 au 31/12/2015. Critères d'inclusion : patients hospitalisés en services de médecine et chirurgie dont la CIR > 30 ml/min. Détermination du coût du traitement par héparines. Estimation du surcoût lié à l'emploi de l'héparine calcique au détriment d'une HBPM.

Résultats

1) En chirurgie : 52.3 % des seringues d'héparine calcique administrées (49 % en traitement préventif et 51 % en curatif) sont non conformes aux RBP ce qui représente un coût-médicament de 2 452 € en 2015.

2) En services de médecine : 13.3 % des seringues d'héparine calcique administrées (65.5 % en préventif et 34.5 % en curatif) sont non conformes aux RBP ce qui représente un coût-médicament de 1 582 € en 2015. L'application des RBP, en chirurgie, aurait permis une économie de 970.6 € en initiant un traitement préventif par enoxaparine, de 572.9 € et de 730.8 € respectivement pour une anticoagulation curative sous enoxaparine et tinzaparine. Concernant les services de médecine, ces surcoûts sont estimés à 836.6 € en préventif, sous enoxaparine, 150.2 € et 245.7 € respectivement sous enoxaparine et tinzaparine, en curatif.

Le coût global (préventif + curatif) du traitement par héparine calcique, dans les deux types de services, est 2.7 fois plus important que celui par enoxaparine.

Discussion

Mise en évidence d'un usage excessif de l'héparine calcique par rapport aux RBP, surtout en chirurgie, services non validés par les pharmaciens. Il semble important de sensibiliser les équipes à favoriser les HBPM : diminution des effets indésirables, réduction des coûts au niveau du médicament et surtout optimisation du temps infirmier (moins d'injections). Il est intéressant de noter que, en curatif, la tinzaparine semble plus avantageuse que l'enoxaparine en terme d'administration et de coût.

Mots-clés :

Héparine, Analyse des bonnes pratiques, Analyse des coûts

Références

[1] ANSM. Les anticoagulants en France en 2014 : état des lieux, synthèse et surveillance (avril 2014)

[2] S. Zimmer-Rapuch. Les Héparines de bas poids moléculaires (HBPM) chez les patients insuffisants rénaux chroniques (IRC) : mise au point (2014) <http://www.soc-nephrologie.org/PDF/epr/ICAR/2014-01.pdf>

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 247

Titre :

Audit sur les prescriptions de sortie hospitalière avec perfusion d'antibiotiques injectables à domicile

Auteurs :

Lazaro M., Monges P., Coutiere C., Delmas P., Martin N.

APHM - Hôpital de La Conception, Marseille

Résumé :

Contexte

Dans le cadre du PHMEV (Prescriptions hospitalières de médicaments exécutés en ville), les hôpitaux sont tenus de maîtriser les ordonnances de sortie. Or, de fortes augmentations concernant les dispositifs médicaux liés aux perfusions à domicile ont été observées ces 2 dernières années (+ 12.9 %), activité principalement assurée par les prestataires de service.

Objectifs

L'objectif de l'étude est de procéder à un audit ciblé sur les prescriptions d'antibiotiques injectables à domicile pour analyser les conditions de réalisation des prescriptions dans les services, la facturation des produits et matériels de perfusion par les prestataires, et l'adéquation du matériel à l'acte de perfusion.

Matériel et méthodes

L'étude s'est déroulée dans 6 services de l'hôpital pendant 8 semaines. Pour tout patient sortant avec antibiotique injectable à domicile, nous recueillons le double des 3 ordonnances de sortie (infirmier, prestataire et pharmacie). Le service médical de l'assurance maladie PACA fournit les données de facturation des prestataires.

Résultats

20 patients ont été inclus. 5 services sur 6 utilisent des ordonnances stéréotypées réalisées directement par le fournisseur. Le choix du mode de perfusion est dans 75 % des cas un diffuseur, 20 % un perfuseur avec régulateur de débit et dans 5 % des cas un perfuseur simple. Or, le coût d'un diffuseur est plus de 2 fois supérieur à une simple perfusion (49 € versus 22 €). L'utilisation des diffuseurs se révèle la plupart du temps non justifiée voir dans certains cas inadaptée comme avec l'association imipenem cilastatine lorsque la dose à administrer est supérieure à 5 mg/ml. Dans la majorité des cas, l'antibiotique peut être administré en 20 à 30 minutes et l'utilisation d'un perfuseur simple est suffisante. Ainsi, 36 % des prestations sont surfacturées à l'assurance maladie à travers une consommation inadaptée d'accessoires de pose.

Conclusion

Pour éviter ces dysfonctionnements qui génèrent des surcoûts sur les ordonnances exécutées en ville, les médecins doivent se réapproprier les prescriptions à destination des prestataires. Pour les aider, la pharmacie a développé un formulaire de saisie simple sur Word permettant une rédaction conforme aux LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables) des 3 ordonnances de sortie et adaptable à chaque spécificité de service.

Mots-clés :

Prescriptions de sortie, Perfusions d'antibiotique, Diffuseur

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Faisabilité de l'anticipation des préparations de chimiothérapies anticancéreuses du weekend

Auteurs :

Ouggague K.², Lhajoui S.², Benabbes M.², Meddah B.¹

¹ Université Mohamed V, Faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

² Institut National d'Oncologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Résumé :

Contexte

La préparation de chimiothérapies anticancéreuses en weekend représente 2.85 % du total des préparations effectuées en 2015 (37 166 préparations). Chaque weekend, avant leur acheminement par un aide soignant vers le service d'oncologie médicale, un préparateur en pharmacie (PPH) veille à la réalisation des préparations, cela sans contrôle du pharmacien. Pour chaque weekend travaillé, le PPH bénéficie de quatre jours de récupération.

Objectifs

L'évaluation de la faisabilité de l'anticipation de ces préparations, pour des intérêts organisationnel (réduire le délai d'attente entre le « OK chimio » et l'administration de la cure, plus l'optimisation des ressources humaines), qualitatif (renforcer le contrôle pharmaceutique à posteriori des préparations) et économique (minimiser les coûts de la gestion en weekend).

Matériel et méthodes

Un bilan de l'ensemble des préparations réalisées en weekend durant l'année 2015 a été effectué pour le service d'oncologie médicale, dont la stabilité physico-chimique a été évaluée pour chaque molécule utilisée, par spécialité. L'évaluation de l'intérêt économique fait appel aux coûts : Heures payées hors reproduction pour le PPH (CR), habillage du PPH (CH), matériels de préparation utilisés en weekend (CM), flacons jetés ainsi le coût résultant d'une annulation de prescription (CA).

Résultats

En 2015, 1 061 préparations ont été réalisées durant le weekend, avec une moyenne de 22 préparations. Le 5fluorouracil, la cisplatine, l'ifosfamide et l'étoposide sont les molécules les plus prescrites parmi les 17 utilisées. L'anticipation de 35.29 % des molécules serait impossible (vinorelbine, étoposide, rituxumab, méthotrexate, docétaxel et dacarbazine), compte tenu de leurs courtes durées de stabilité. En terme économique, une anticipation aurait pu économiser 869.206 € équivalente à 78 flacons jetés et 9 547.205 € pour l'ensemble des coûts : CR, CH et CM. Alors que le CA étant considéré négligeable 1.03 % (107.06 €). D'autre part, cette anticipation permettra une optimisation des ressources humaines (4 PPH par jour assurant la préparation au lieu de 3 PPH).

Discussion

Cette démarche s'inscrit pleinement dans l'objectif déficience professionnelle, vu l'importance que peut apporter en termes de coûts et d'amélioration de la cadence de travail, se qui reflète positivement sur le confort des personnels et diminue l'incidence de l'erreur. Toute fois, pour que l'anticipation soit faisable à 100 %, il est recommandé de choisir des spécialités stables plus de 48 heures, à un coût raisonnable.

Mots-clés :

Préparations anticipées, Chimiothérapies anticancéreuses, Economie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Réévaluation de la prise en charge médicamenteuse des patients âgés en institution : quelles conséquences économiques pour l'établissement ?

Auteurs :

Rey A., Grenouilleau V., Faraggi L.

Centre de soin et maison de retraite, Podensac

Résumé :

Contexte

Dans notre établissement, comprenant 50 lits d'hospitalisation de longue durée et 229 lits d'hébergement de personnes âgées dépendantes, nous avons mis en place des réunions de concertation pluri professionnelle (RCP). Ces réunions consistent en une réévaluation de la prise en charge médicamenteuse (PECM) des patients, en dehors de toute altération de leur état de santé. Elles comprennent une analyse pharmaceutique approfondie suivie d'une discussion avec le médecin.

Objectifs

L'intérêt clinique de cette démarche a déjà été démontré après un an de pratique. Cette étude vise à en évaluer l'impact économique, en déterminant si des économies sont effectuées sur la PECM des patients, et en les comparant au coût pour l'établissement en temps de travail médical et pharmaceutique.

Matériel et méthodes

L'impact économique a été évalué en rapportant à l'année les économies et surcoûts induits par les modifications de prescriptions médicamenteuses et d'analyses biologiques décidées lors des RCP. Ces données ont été comparées au coût des temps pharmaceutique et médical, en multipliant le temps nécessaire à cette activité au coût horaire moyen d'un praticien hospitalier.

Résultats

En un an, 74 PECM ont été analysées. Les RCP ont permis d'effectuer 3 137 € d'économies annuelles induites par les modifications de prescriptions médicamenteuses. Les modifications de suivis biologiques représentent un surcoût total annuel de 300 €. Les RCP ont donc permis une économie totale annuelle de 2 837 €. Le temps moyen dédié par réunion (analyse de 6 patients) est de 2 h de temps pharmacien et 1 h de temps médecin, soit un temps total de 37 h. Le coût horaire moyen d'un praticien hospitalier a été estimé à 58 € (charges patronales incluses), soit un coût total de 2 146 €.

Conclusion

Les économies générées par cette démarche sont supérieures au coût en temps de praticien hospitalier : chaque euro de temps investi a permis une économie d'environ 1,31 €. Ces économies prennent en compte les coûts directs de la PECM (médicaments et suivis biologiques) mais pas les coûts indirects espérés en termes de réduction de l'iatrogénie médicamenteuse. Les RCP ont donc, en plus de leur impact clinique, un impact économique positif dans notre établissement. Ce résultat pourra appuyer la pérennité de notre démarche et son développement dans d'autres établissements de santé.

Mots-clés :

Centres pour personnes âgées, Revue des pratiques de prescription des médicaments, Coûts et analyse des coûts

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 250

Titre :

Mise en place de la production centralisée de collyres stériles par un préparatoire unique au sein d'un groupement hospitalier (Exemple du collyre renforcé de Gentamicine)

Auteurs :

Muziotti C.¹, Ferrand E.¹, Peyron F.³, Curti C.², Bertault-Peres P.¹

¹ APHM - Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille

² APHM - Hôpital de La Conception, Marseille

³ APHM - Hôpital Nord, Marseille

Résumé :

Contexte

Au sein d'un groupement de quatre hôpitaux publics de 3 500 lits, une politique économique visant à une concentration des biens et des ressources a été mise en place. Ainsi, la fabrication des préparations stériles a été regroupée en un seul lieu. La PUI accueillant le préparatoire unique a été choisie pour ses équipements et locaux les plus récents. Nous avons souhaité réaliser une étude afin d'évaluer le coût de cette modification organisationnelle.

Objectifs

Les différentes étapes nécessaires à la centralisation de la production des préparations hospitalières ont été décrites. Le coût d'une production centralisée a été comparé au coût de la fabrication par les préparatoires des PUI de site. L'objectif est de déterminer si le préparatoire unique permet d'optimiser les dépenses ainsi que de déterminer si l'externalisation des préparations de collyres renforcés (commande à l'AGEPS) est plus rentable.

Matériel et méthodes

Etude pharmaco-économique comptabilisant les coûts imputables aux matériels, matières premières, habillage, contrôles qualité, personnels, locaux et équipements. Les données ont été extraites du logiciel PHARMA® ou récoltées auprès du personnel des services économiques et techniques, ainsi que des laboratoires de contrôles qualités et d'analyses bactériologiques. Nous nous sommes plus particulièrement intéressés au coût des collyres renforcés de gentamicine.

Résultats

Pour le groupement, le prix de production est de 15,09 €/flacon (si fabrication d'un lot de 36 collyres de gentamicine). La centralisation induit une augmentation des dépenses logistiques, cependant elle permet de réduire de 32 % les frais de maintenance, entretien et contrôle des locaux et équipements. Actuellement les coûts imputables aux locaux et équipements sont comparables dans les quatre PUI et représentent le deuxième plus important poste de dépense : 120,52 €/lot. L'étude comparative entre une production centralisée et externalisée démontre que la production centralisée est plus économique si le lot fabriqué est composé d'un minimum de 11 flacons (coût d'un flacon de fabrication externalisée : 66 €). Pour optimiser la gestion de stock, les lots sont composés de 36 flacons.

Conclusion

Au vu des consommations, la solution la plus rentable et économique concernant la prise en charge des patients atteints de kératite infectieuse est la production de collyres par une seule PUI. A terme, le groupement souhaite que les collyres fabriqués par son préparatoire soient rétrocédables afin d'obtenir des recettes supplémentaires.

Mots-clés :

Pharmacoéconomie, Préparation de médicament, Solutions ophtalmiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 251

Titre :

Les solutés : commande via la prestation ou délivrance à partir du stock de la PUI (Pharmacie à Usage Intérieur) ?

Auteurs :

Rubira L., Mouls M., Barsagol T., Castanie I., Vitale G., Desplechain M., Beaugrand N.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

Les solutés, commandés en gros volume, sont historiquement préparés et livrés par un laboratoire. Ce dernier identifie les palettes par unités de soins pour les différents solutés de prestation.

Depuis 2013, les services modifient le type de passation de commande et fonctionnent selon le principe du plein-vide : la pratique évolue avec ce nouveau fonctionnement. La délivrance des solutés n'est plus faite via la prestation du laboratoire mais via le stock de la PUI.

Cependant, 61 services restent encore livrés via la prestation.

Objectifs

Notre analyse porte sur l'intérêt du plein-vide, avec le temps de travail nécessaire pour internaliser cette activité et le gain financier de la préparation de solutés au sein de la PUI par rapport à la prestation du fournisseur.

Matériel et méthodes

Nous avons extrait les commandes réalisées en 2013 chez le fournisseur, assurant la prestation, avant toute internalisation par un export du logiciel magh2®.

En parallèle, le nombre de services encore en prestation ainsi que les quantités délivrées lors du deuxième semestre 2015 ont été extraits de notre logiciel de stock Copilote®.

Ces données ont été analysées sur Excel®.

Résultats

Depuis l'approvisionnement en double bac, nous avons pu évaluer un meilleur suivi des consommations et un ajustement des dotations avec une baisse de 23 % des quantités commandées. En 2013, 50 % des solutés étaient délivrés via la prestation.

En deux ans, 18 % ont été internalisés (délivrance de 8 lignes par jour) au sein de notre PUI. Ce changement a nécessité d'effectuer des préconisations de commande deux fois par mois au lieu d'une fois par mois, en générant une augmentation de stockage d'une palette par mois.

L'internalisation totale provoquerait une augmentation de 8,3 % de l'activité de délivrance des gros volumes, soit 35 lignes de préparation par jour, correspondant à une activité de 4 heures supplémentaires. Par conséquent, un demi-ETP (Équivalent Temps Plein) serait à nécessaire.

Cette internalisation permettrait de générer un bénéfice de 58 000 euros par an.

Conclusion

L'analyse a permis de mettre en évidence l'intérêt du double bac, avec un meilleur suivi des stocks dans les services de soins. De plus, le gain financier de l'internalisation de la prestation pourrait être utilisé pour le financement d'un demi-ETP.

Mots-clés :

Délivrance, Prestation, Logistique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de l'impact économique d'un référencement en seringues pré-remplies pour les médicaments d'urgence utilisés au bloc opératoire

Auteurs :

Baccar L., Tessier S., Vernet N., Mondon P., Delbecq L., Bonnevey C., Riou V.

Hôpital Le Corbusier, Firminy

Résumé :

Contexte

L'éphédrine et l'atropine étant des médicaments d'urgence, les infirmières les préparent à l'avance sous forme de seringues (30 mg/10 mL pour l'éphédrine et 0.5 mg/mL pour l'atropine). Celles-ci sont préparées et étiquetées pour les 5 salles du bloc opératoire (chirurgie polyvalente). Après chaque administration une nouvelle seringue est préparée, à la fin de la journée les seringues non utilisées sont jetées.

Objectifs

Etudier l'impact économique d'un référencement de nouvelles seringues pré-remplies permettant de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur un mois. Les données du logiciel de traçabilité du bloc opératoire (nombre de patients opérés et injectés) et l'étude des pratiques actuelles nous ont permis d'obtenir le nombre de seringues préparées, injectées et jetées pour chaque médicament et pour chaque salle de bloc. Le coût de la totalité des préparations (administrées et jetées) a été calculé à partir du coût des ampoules, seringues, aiguilles, compresses stériles, et du diluant (NaCl 0.9 %) utilisé pour l'éphédrine (coûts du traitement des déchets et du temps de préparation négligeables). Ce coût a été ramené sur le nombre de préparations réellement administrées pour obtenir le coût d'une préparation intégrant le gaspillage, appelé coût réel.

Résultats

Durant cette période, 364 patients ont été opérés. 144 seringues d'éphédrine ont été préparées pour un coût total de 71,85 € hors taxes (HT), dont 79 (55 %) injectées et 65 (45 %) jetées. 100 seringues d'atropine ont été préparées pour un coût total de 25 € HT. Seulement 9 (9 %) ont été injectées et 91 (91 %) ont été jetées. Le coût réel d'une injection d'éphédrine revient à 0,91 € HT contre 3,65 € HT en seringue pré-remplie tandis que celui d'une injection d'atropine revient à 2,78 € HT contre 5,10 € HT en seringue pré-remplie. L'écart de prix par injection s'élève à 2.74 € HT pour l'éphédrine et 2,32 € HT pour l'atropine, entraînant respectivement un surcoût annuel d'environ 2 600 € HT et 250 € HT.

Discussion

Le surcoût semble négligeable pour l'atropine mais est plus important pour l'éphédrine. Cependant, d'autres critères sont à prendre en compte, comme le risque d'erreur médicamenteuse, la facilité de manipulation, la contamination microbienne, le volume de stockage des seringues. Le référencement sera prochainement discuté en Commission du Médicament et de Dispositifs Médicaux Stériles avec cette étude pour appui.

Mots-clés :

Atropine, Ephedrine, Analyse des coûts

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude coût-efficacité du pamoate d'olanzapine : analyse en miroir sur un an

Auteurs :

Potaufeu J., Langrée B., Drapier D., Marie N.

EPSM Guillaume Régnier, Rennes

Résumé :

Contexte

Les AntiPsychotiques atypiques à Action Prolongée (APAP) ont été développés pour intégrer une stratégie visant à pallier l'adhésion thérapeutique partielle ou nulle des patients atteints de schizophrénie. Le pamoate d'olanzapine présente un profil de tolérance particulier restreignant son usage en milieu hospitalier et un prix d'acquisition jusqu'à cent fois supérieur à celui de la forme orale.

Objectifs

Etudier le coût-efficacité du pamoate d'olanzapine pour justifier ou non son référencement au livret du médicament d'un établissement public de santé mentale.

Patients et méthodes

Une étude coût-efficacité observationnelle rétrospective en miroir sur un an a été réalisée sur une cohorte de patients présentant un diagnostic de schizophrénie (classification CIM-10) et traités au minimum 3 mois par pamoate d'olanzapine. La période d'étude s'étend du 1^{er} avril 2009 au 1^{er} mars 2015 inclus. Le point de repère du design en miroir correspond à la date de la première injection. Les données d'activité (temps complet et hôpital de jour) et de coûts hospitaliers (séjours et médicaments) sont analysées par comparaison de la période un an avant et un an après la date repère. Le critère principal d'efficacité est le nombre d'hospitalisations temps complet avant/après instauration du pamoate d'olanzapine par rapport au différentiel de coûts hospitaliers.

Résultats

Parmi les 52 patients sélectionnés (âge médian = 35 ans, sex-ratio H/F = 2,71), 61,5 % d'entre-eux ont maintenu le traitement. La posologie majoritaire était de 300 mg toutes les deux semaines (516/936 injections). Le nombre d'hospitalisations temps complet a été réduit significativement (une en moins en médiane, $p < 0,01$). En parallèle, le nombre d'hospitalisations de jour a significativement augmenté ($p < 0,001$) et la durée d'hospitalisation temps complet semble diminuer chez les patients traités pendant un an ($p = 0,09 > 0,05$). L'efficacité a un coût supplémentaire annuel non-significatif de 3 361 € ($p = 0,082$), soit 15,6 % du coût médian annuel hospitalier (21 505 € avant l'instauration de l'APAP).

Conclusion

Cette stratégie de prise en charge thérapeutique est efficace et non significativement plus chère que la prise en charge antérieure. Ce surcoût s'explique en partie par le prix du traitement et par le recours aux hospitalisations de jour pour l'administration (risque de syndrome post-injection). Cette étude se situe dans des conditions réelles d'efficacité (effectiveness) et montre l'efficience de cet APAP notamment chez les patients non hospitalo-requérants.

Mots-clés :

Schizophrénie, Efficacité d'un traitement, Coûts hospitaliers

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Étude médico économique des anti GP IIb/IIIa en cardiologie interventionnelle : abciximab ou tirofiban ?

Auteurs :

Illouz J., Renebon E., Cellier A., Ferrier AL., Bonnefous JL., Canu G.

CH Bourg-en-Bresse

Résumé :

Contexte

Le tirofiban a obtenu son AMM pour être utilisé chez les patients en phase aiguë d'infarctus du myocarde bénéficiant d'une intervention coronarienne percutanée. Il se positionne ainsi en concurrence directe avec l'abciximab, référencé dans notre centre hospitalier.

Objectifs

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'impact économique et organisationnel qu'engendrerait le passage de l'abciximab au tirofiban pour notre établissement, compte tenu des différences de modalités pratiques.

Matériel et méthodes

Une analyse de minimisation des coûts compare les patients traités par antagoniste du récepteur GPIIb IIIa sur l'année 2015. Le point de vue retenu est celui de l'hôpital. Une extraction du logiciel de dispensation nominative a été réalisée afin de déterminer le coût hors taxe et le nombre moyen de flacons d'abciximab ou de poches de tirofiban utilisés par patient. Elle est complétée par un relevé exhaustif par type et quantité de dispositifs médicaux (DM) utilisés. Pour le besoin de l'étude, des poches de tirofiban ont été mises à disposition du service. Le temps de préparation moyen a été évalué après enquête auprès des IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) du service de coronarographie.

Résultats

Un flacon d'abciximab coûte 299 € versus 107,3 € pour la poche de tirofiban, ce qui représente une différence de 191,7 €. Lors de la relève des dispensations nominatives des 48 patients, nous avons observé qu'en moyenne 3 flacons d'abciximab sont utilisés par patient pour une poche de tirofiban. Le prix des DM est négligeable avec une différence non significative de 0,23 € soit 11,04 € sur l'année 2015. Le référencement du tirofiban permettrait ainsi de faire une économie significative de 790,93 € par patient soit 37 965 € par an, tout en maintenant un taux de survie identique. Le temps de préparation moyen estimé de l'abciximab est de 8,5 min contre 3,5 minutes pour le tirofiban.

Conclusion

Selon les données de notre étude, le tirofiban est plus avantageux économiquement que l'abciximab. Le gain de temps permet à l'IDE de se recentrer sur la surveillance hémodynamique essentielle pour le patient mais également de pouvoir assister plus facilement le cardiologue. Le passage en poche de tirofiban permettra de sécuriser la préparation (dilution, aseptie, piqûres accidentelles) même si aucun de ces événements indésirables n'ont été notifiés ces 2 dernières années. Enfin il présente l'avantage de se conserver à température ambiante. Les poches de tirofiban seront donc référencées sur notre établissement.

Mots-clés :

Pharmacoéconomie, Antiagrégants plaquettaires, Intervention coronaire percutanée

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 255

Titre :

Association trastuzumab/lapatinib dans le cancer du sein métastatique, situation dans un établissement hospitalier spécialisé en cancérologie

Auteurs :

Ait Yahia N., Mekbel S., Khebouze S., Mezaour Y., Smati D., Belkacemi R.

Centre Pierre et Marie Curie, Alger, Algérie

Résumé :

Contexte

Dans le cancer du sein métastatique HER2+ deux molécules sont utilisées pour inhiber le signal transmis par le récepteur HER2; le trastuzumab, anticorps monoclonal humanisé dirigé contre le domaine extracellulaire HER2, il est indiqué en première ligne dans le traitement du cancer du sein HER2+ métastatique associé à un cytotoxique, la seconde est le lapatinib, inhibiteur de la tyrosine kinase qui agit au niveau intracellulaire sur les récepteurs ERB1 et HER2, indiqué en deuxième ligne métastatique après progression sous trastuzumab. Ces deux molécules ayant un mécanisme d'action différent, elles peuvent être associées exerçant un double blocage.

Objectifs

Le but de ce travail est de faire une évaluation pharmaco-économique de l'association Trastuzumab/Lapatinib par rapport au Lapatinib pris seul, après progression sous Trastuzumab, et vérifier l'existence d'une éventuelle majoration des effets indésirables de cette association versus ces mêmes traitements pris seuls.

Patients et méthodes

L'étude effectuée s'étale sur une période allant de janvier 2014 à janvier 2016.

Les patientes sélectionnées présentent un cancer du sein HER2+ métastatique ayant progressé sous trastuzumab.

L'unité de santé utilisée pour comparer les deux protocoles est la Médiane de Survie Globale retrouvée dans la littérature, et exprimée en mois.

Les effets indésirables présentés par l'échantillon d'étude ont été recueillis par des entretiens avec les oncologues de l'établissement.

Résultats

Trastuzumab + lapatinib :

Médiane de survie globale = 14 mois (après 12 semaines soit 4 cycles) [1]

Coût/mois de survie globale = 976.58 €

Lapatinib :

Médiane de survie globale = 9,5 mois (après 8 semaines soit 60 jours) [1]

Coût/mois de survie globale = 415.56 €

Une augmentation de la survie globale était de 4,5 mois supérieure en faveur de l'association selon la littérature [1] [2]

Pour avoir un mois de survie par l'association on doit doubler le budget.

L'incidence des effets indésirables est comparable entre les deux protocoles. La diminution de la FEV (fraction d'éjection ventriculaire) observée chez les deux molécules n'est pas aggravée dans l'association.

Conclusion

L'augmentation de la survie globale de quelques mois coûte très cher à l'hôpital.

Compte tenu de l'augmentation du volume de consommation du lapatinib, un effet sur le prix unitaire de ce dernier est à espérer.

Face à ces données, un dépistage précoce pour le cancer du sein est à encourager afin de prendre en charge le stade métastatique précocement.

Mots-clés :

Cancer du sein métastatique, Association, Pharmacoeconomie

Références

[1] Blackwell K. et al. Randomized Study of Lapatinib Alone or in Combination With Trastuzumab in Women With ErbB2-Positive, Trastuzumab-Refractory Metastatic Breast Cancer, J Clin Oncol, 28(7):1124-30(2010)

[2] Brain E. et al. Association trastuzumab-lapatinib dans le cancer du sein métastatique : réflexions et mise en perspective La Lettre du Sénologue 48:35-42(2010)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des technologies de santé : Choix poste de Sécurité Cytotoxique (PSC) ou isolateur pour la préparation des anticancéreux

Auteurs :

Boufaied M.⁴, Khrouf Razgallah M.², Soussi M.², Henry B.³, Lazreg O.², Akkeri M.¹

¹ Unimed, Sousse, Tunisie

² Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie

³ Henry Consultants, Tunisie

⁴ Pharmacie Boufaied, Tunisie

Résumé :

Contexte

Dans l'optique de mettre en place une unité de préparation centralisée des cytotoxiques (UPCC), une étude d'évaluation des technologies de santé a été menée afin de convaincre les autorités de tutelle de l'importance d'un tel investissement. Or dans une UPCC, deux types d'équipements peuvent être utilisés : les postes de sécurité cytotoxiques (PSC) et les isolateurs.

Alors quelles sont les conséquences économiques du choix de l'un ou de l'autre des équipements ?

Objectifs

Dans cette étude, on se propose de comparer les coûts de mise en place d'une UPCC équipée d'un PSC et d'une UPCC équipée d'un isolateur.

Matériel et méthodes

Cette étude compare les coûts de l'aménagement du local, du traitement d'air de l'UPCC, de l'achat des équipements, de leurs qualifications, ainsi que le coût de l'habillement du personnel dans une UPCC à PSC et une UPCC à isolateur. La différence des coûts entre un système centralisé et un système décentralisé de reconstitution des cytotoxiques a également été comptabilisée.

En ce qui concerne les coûts de conception : un plan d'une UPCC « type », conforme aux recommandations a été préparé pour trois UPCC, la première, répondant aux exigences requises pour la manipulation sous PSC, la deuxième pour la manipulation sous isolateur réglé en dépression et la troisième adaptée à la manipulation sous un isolateur réglé en surpression. Quant au coût des équipements, des demandes de devis pour un PSM type II à un poste, un PSM type II fermé à un poste et un isolateur à un poste ont également été préparées et le tout a été envoyé aux fournisseurs locaux et étrangers à la recherche de devis.

Le coût de la qualification des équipements (PSC et isolateur) a été recherché auprès de qualificateurs. Le coût de l'habillement du personnel, correspond au coût réel d'achat des tenues.

Résultats

Le coût d'achat d'un isolateur est approximativement égal à six fois celui d'un PSC (140.000 Euros contre 24.000 Euros). Sa qualification est également plus coûteuse.

Par contre, les exigences et donc les coûts en matière d'aménagement du local, de traitement d'air de l'UPCC et de l'habillement du personnel sont nettement moindres dans le cas d'UPCC à isolateur.

Conclusion

En excluant le coût d'achat de l'équipement (PSC ou isolateur), le coût global de mise en place de l'unité est plus élevé dans une UPCC à PSC qu'une UPCC à isolateur. Mais en incluant les coûts d'achat des équipements et vu la grande différence de prix, le coût global de mise en place de l'unité devient plus élevé dans l'UPCC à isolateur.

Mots-clés :

Coûts hospitaliers, Environnement contrôlé, Equipement et fournitures

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Le conditionnement unitaire pour les formes orales sèches : est-ce que ça vaut le coût ?

Auteurs :

Capin L., Videau M., Klai M., Leromain AS., Jarre C., Gadot A., Hellot-Guersing M., Derharoutunian C., Roubille R.
CH Lucien Hussen, Vienne

Résumé :

Contexte

Le conditionnement des spécialités pharmaceutiques est un des éléments essentiels de la sécurisation du circuit du médicament. Le pharmacien occupe un rôle déterminant pour le choix des produits de santé référencés au sein d'un hôpital. Pour notre groupement d'achats pharmaceutique composé de 29 établissements (environ 8 200 lits), la présentation unitaire est un des critères de choix des formes orales sèches.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'offre industrielle en matière de conditionnement unitaire (CU) pour les formes orales sèches, et l'impact économique de ce choix lors d'une campagne d'appel d'offres d'un groupement pharmaceutique.

Matériel et méthodes

Les réponses des fournisseurs aux 756 lots qui composaient l'appel d'offres lancé en 2015 ont été analysées. Pour chaque lot de formes orales sèches, nous avons répertorié la présence ou non de concurrence, l'existence ou non d'un CU et le surcoût éventuel du choix d'un CU, calculé en fonction des consommations prévisionnelles annoncées par les adhérents.

Résultats

Sur les 756 lots qui constituaient l'allotissement, 292 concernaient les formes orales sèches. Parmi ces lots, on en dénombre 161 (55 %) pour lesquels plusieurs laboratoires ont répondu ; pour 133 lots (82.6 %), un CU était disponible. Le choix du CU a engendré un surcoût pour 77 lots (51.6 %), évalué à l'échelle du groupement à environ 150 000 € (soit 10 % du montant des lots de formes orales sèches). Les inhibiteurs de la pompe à protons et le paracétamol représentent les produits pour lesquels le CU a eu l'impact financier le plus important.

Conclusion

L'offre industrielle a permis, quand il y avait de la concurrence, de choisir un CU plus sécuritaire pour les formes orales sèches, dans la grande majorité des cas. Ce choix a engendré un surcoût notable pour les médicaments dont l'utilisation est largement répandue au sein des établissements de santé. Il reste néanmoins négligeable au regard du chiffre d'affaire global de l'appel d'offres. Ces données permettent d'apporter des éléments de réponse quant à la pertinence d'un investissement dans des automates ou des surconditionneuses pour sécuriser le circuit du médicament.

Mots-clés :

Coût et analyse des coûts, Médicament, Prise en charge du patient

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 258

Titre :

Evaluation de la fiabilité des indications renseignées par les unités de soins au moment de la traçabilité d'administration des Médicaments Dérivés du Sang (MDS) facturés en sus de la T2A

Auteurs :

Dessane B., Megne Wabo M., Berroneau A., Bonnin M., Vallier E., Servant V., Djabarouti S., Xuereb F., Breilh D.
CHU Bordeaux

Résumé :

Contexte

Pour garantir le remboursement des médicaments onéreux facturés en sus de la T2A, les centres hospitaliers doivent transmettre aux OMÉDIT des données complètes sur l'utilisation de ces produits (patients, indications). Ces données peuvent faire l'objet d'un contrôle a posteriori. Leur fiabilité est donc essentielle. PPSB, fibrinogène et anti-thrombine III sont majoritairement gérés en dotation dans les unités de soins (US) car leur administration peut relever de l'urgence. Le recueil des indications est donc complexe et n'était pas réalisé. En septembre 2015 ce recueil au moment de la traçabilité d'administration a été mis en place dans les US. Sur la période de l'étude la dépense engagée pour ces produits est de 367 198 €.

Objectifs

Evaluer la fiabilité des indications renseignées au moment de la traçabilité d'administration dans les US en vue d'une remontée directe des informations à l'OMÉDIT.

Matériel et méthodes

Analyse prospective des feuilles de traçabilité d'administration de PPSB, fibrinogène et anti-thrombine III sur une période de 10 semaines. Les principaux items recueillis sont : nom du patient, date d'administration, indications (renseignées par les US et tracées dans le dossier patient informatisé), adéquation entre les 2 indications et statut (AMM/hors AMM).

Résultats

443 feuilles de traçabilité ont été analysées sur la période de l'étude. La répartition entre les 3 MDS est homogène. Les indications se révèlent correctes dans 40 % des cas. Dans 27 % des cas une indication est renseignée mais est discordante avec l'indication retrouvée dans le dossier patient et dans 33 % des cas, aucune indication n'est renseignée. Une majorité d'indication est hors AMM (68,9 %) : indications correctes renseignées par les US (21 %), indications discordantes (21.7 %) et indications non renseignées par les US (26.2 %).

Discussion

A ce jour, nous ne pouvons pas déclarer directement à l'OMÉDIT les indications renseignées sur les fiche de traçabilité par les US. En effet, parmi les indications renseignées, seulement 40 % sont justes. Ce faible taux de fiabilité pourrait s'expliquer par le taux élevé d'indications hors AMM. Ces dernières n'ont pas été suffisamment développées sur les feuilles de traçabilité. Un travail sera réalisé avec les cliniciens pour les identifier de façon précise sur la base de références bibliographiques. Elles seront référencées sur les feuilles de traçabilité afin de faciliter un recueil « juste » des indications de ces produits et une transmission directe à l'OMÉDIT sans contrôle supplémentaire.

Mots-clés :

Médicaments dérivés du sang, Médicaments facturés en sus de la T2A, OMÉDIT

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Remplacement de valve aortique associé ou non aux pontages artério-coronariens : étude économique par micro-costing au CHU

Auteurs :

Robineau C., Law-Ki C., Garnier N., Brenot R., Guignard MH., Guenfoudi MP., Fagnoni P.

CHU Dijon

Résumé :

Contexte

Le remplacement valvulaire aortique (RVAO) est l'une des chirurgies cardiaques les plus fréquentes, souvent associé aux pontages artério-coronariens (PAC) (316 valves aortiques implantées au CHU en 2014).

Depuis 2010, ces dispositifs médicaux implantables (DMI) initialement remboursés en sus du groupe homogène de séjour (GHS), ont été radiés de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Leur coût est donc inclus dans le forfait du séjour patient.

Objectifs

L'objectif principal était de déterminer le coût réel moyen global d'une intervention chirurgicale type « RVAO+PAC » et « RVAO seul » dans notre établissement. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la part du DMI et de l'acte chirurgical dans ces coûts moyens (CM) et de les comparer aux recettes perçues par l'établissement.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, réalisée au bloc de chirurgie cardio-vasculaire (CCV). Ont été inclus tous les patients ayant bénéficié d'un RVAO associé ou non à un PAC entre le 01 février et le 31 avril 2015.

L'analyse économique a porté sur l'ensemble du séjour patient : la phase per-opératoire au bloc CCV évaluée par micro-costing ; la phase pré et post-opératoire évaluée à partir du nombre de journées d'hospitalisation. Pour chaque phase, l'évaluation des coûts s'est basée sur l'identification des ressources (charges directes et indirectes) et leurs valorisations (comptabilité analytique). L'évaluation des recettes est basée sur la tarification à l'activité.

Résultats

Sur 19 patients inclus, il a été mis en évidence une différence significative entre les CM selon le type d'intervention (26 000 € pour un RVAO+PAC vs 16 190 € pour un RVAO ; $p < 0,05$). La part du DMI s'élevait respectivement à 11 % des CM pour un RVAO+PAC vs 18 % pour un RVAO. Les dépenses engagées sont différentes des recettes T2A perçues : 26 000 € vs 28 466 € ; $p < 0,05$ pour un RVAO+PAC et 16 190 € vs 18 451 € ; NS pour un RVAO. Au regard des coûts nationaux de l'ENCC (Echelle Nationale des Coûts à méthodologie Commune), seuls nos CM pour un RVAO+PAC semblent supérieurs (24 286 € vs 20 848 € ; NS).

Discussion

La différence avec l'ENCC pour un RVAO + PAC pourrait s'expliquer par des dépenses de logistique, de gestion générale et de structure plus importantes dans notre établissement. Notre étude démontre aussi que le CHU garde un équilibre financier positif quelque soit le type d'intervention. Cet écart positif pourrait permettre le soutien de techniques innovantes ne possédant pas de financement propre.

Mots-clés :

Remplacement valvulaire aortique, Micro-costing, Valorisation

Références

- [1] Leguerrier A et al. Prothèses valvulaires cardiaques. EMC Cardio, 11-013-A-30 : 1-31 (2009)
- [2] Clouet J. Le point sur les prothèses valvulaires. Pharm Hosp (41) : 109 -122 (2006)
- [3] DGOS. Guide méthodologie de CAH. Bulletin officiel, 2011/13 (2011).

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Utilisation de dispositifs médicaux dans le renfort d'agrafage en prévention du risque de fistule dans la chirurgie bariatrique par gastrectomie (sleeve). Evaluation financière de la ceinture et des bretelles ?

Auteurs :

Gougeon M., Painbeni T., Breuille G., Guillaudin C.

CH Agen

Résumé :

Contexte

La sleeve gastrectomie est une technique chirurgicale coelioscopique de traitement de l'obésité morbide qui aboutit à l'ablation des 2/3 de l'estomac. La fistule est la complication la plus redoutée (1 à 5 % [1]). Pour la prévenir, les chirurgiens disposent de dispositifs médicaux (DM) susceptibles de renforcer la ligne d'agrafe : colle (Ifabond®), clips (Ligamax®) et bandelette résorbable (Seamguard®).

Objectifs

Le but de cette étude est d'évaluer, à partir de nos données 2015, l'impact économique de ces techniques de renforts en regard du GHS de cette intervention.

Matériel et méthodes

Nous avons recensé, pour chaque sleeve réalisée en 2015, le coût TTC des DM utilisés pour cette intervention et isolé la part des DM de renfort. Nous avons basé notre étude sur le coût du GHS de niveau 1 qui correspond à la majorité de nos patients (83 %).

Résultats

Toutes les sleeve réalisées en 2015 (n = 42) ont bénéficiées d'un renfort d'agrafage. Le GHS de niveau 1 est valorisé 4 688 €. Le coût moyen des 38 DM utilisés pour l'intervention (renfort d'agrafe exclu) est stable entre les opérateurs (2 136 ± 137 €). Par contre, selon le DM de renfort d'agrafe utilisé, la dépense augmente respectivement de 4 % (2 216 € soit 47 % du GHS) pour la colle seule, 13 % (2 457 € soit 52 % du GHS) pour la colle + bandelette résorbable, 17 % (2 587 € soit 55 % du GHS) pour les clips seuls et 16 % (2 528 € soit 54 % du GHS) pour la bandelette résorbable + clips. Le taux de fistule observé est de 4.8 % (n = 2).

Discussion

Après une sleeve, le cardia est une zone fragile pour laquelle le renfort d'agrafe semble présenter une indication [2]. Face à une mortalité évaluée à 0.3 % [3] et à l'absence de facteurs prédictifs fiables de fistules, les opérateurs privilégient cette option qui induit une augmentation des dépenses. Si le coût des DM de l'intervention avant mise en place des renforts est stable (seul le nombre de chargeur d'agrafes varie en fonction du patient : 5.9± 0.7), l'utilisation de renforts abaisse la rentabilité de cet acte en plein essor. Le taux de fistules observées étant en accord avec la littérature, il semble donc pertinent de s'intéresser au coût des différentes techniques de renfort. D'autres pistes de réduction des coûts méritent d'être étudiées comme le retour aux applicateurs de clips à usage multiple voire l'utilisation de surjet continu de fil à résorption lente. Enfin, l'étude de facteurs cliniques comme la fréquence des hémorragies peuvent également guider le choix vers certains DM tel que les bandelettes résorbables.

Mots-clés :

Etude économique, Sleeve gastrectomie, DM de renfort d'agrafes

Références

[1] Nocca D Obes Surg. 2008 May ; 18(5):560-5. Doi : 10.1007/s11695-007-9288-7

[2] Cadiere GB et al J Chir 2007;144:313-7

[3] Langer FB et al GObes Surg. 2005 Aug ; 15(7):1024-9.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 261

Titre :

Amoxicilline clavulanique et ceftriaxone : photographie un jour donné dans un centre hospitalier

Auteurs :

Marquer E., Hignard M., Rémy E., Favreau R.

CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil

Résumé :

Contexte

Depuis plus de dix ans, la juste utilisation des antibiotiques est remise en cause par le développement des résistances bactériennes. Dans ce contexte, une enquête régionale sous l'égide de l'OMÉDIT a été mise en place concernant le bon usage des antibiotiques, ciblant la ceftriaxone et l'amoxicilline/acide clavulanique (amoxclav). La mise en œuvre de cette évaluation des pratiques de prescription permet de répondre au contrat de bon usage et à l'indicateur ICATB2.

Objectifs

L'objectif est l'évaluation qualitative et quantitative du bon usage des antibiotiques au CHI selon 4 critères : respect de la molécule, modalités de prescription, durée du traitement et réévaluation à 72 h et 7 jours.

Patients et méthodes

L'enquête prospective a été réalisée un jour donné dans les unités MCO sur la ceftriaxone et l'amoxclav. Une grille d'évaluation a été remplie grâce aux dossiers patients par des auditeurs composés d'un binôme pharmacien/clinicien. Ont été renseignés les informations cliniques du patient, les modalités de prescription, le respect des recommandations en vigueur dans l'établissement (indication, probabiliste/documenté, durée de traitement, réévaluation à 72 h et 7 jours, et sa traçabilité).

Résultats

Sur un total de 277 patients dont 100 sous antibiothérapie, 34 prescriptions d'amoxclav ou de ceftriaxone ont été analysées. Le ratio homme/femme était de 14/20 et la moyenne d'âge de 66 ans [1;96]. La ceftriaxone concernait 29 % des prescriptions et l'amoxclav 71 %, avec une durée moyenne totale de 4,26 jours. Tous les traitements étaient curatifs et 14 % étaient documentés. En revanche, ils étaient en accord avec l'antibiogramme et les résultats microbiologiques. 86 % des choix des molécules étaient en accord avec les référentiels du CHI. La posologie était respectée dans 68 % des cas mais la durée dans 32 %. 64 % des prescriptions de plus de 3 jours ont été réévaluées à 72 h avec une traçabilité dans le dossier patient constatée dans 2/3 des cas. Cependant, aucun terme ni document spécifique relatant cette réévaluation n'a été retrouvé. Parmi les 5 prescriptions de plus de 7 jours, seulement 2 ont été réévaluées.

Conclusion

L'enquête a permis d'évaluer notre situation ce jour et de se comparer par la suite aux autres établissements de la région. Une présentation des résultats aux prescripteurs permettra d'insister sur le respect des posologies et la durée. De plus, l'arrivée du nouveau logiciel de prescription en mars 2016 améliorera la traçabilité de la réévaluation.

Mots-clés :

Ceftriaxone, Amoxicilline/acide clavulanique, Réévaluation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Traitement antibiotique ambulatoire et mucoviscidose : analyse démographique de la population prise en charge

Auteurs :

Lefebvre M.¹, Pages J.¹, Nove-Josserand R.², Carpentier I.¹, Locher F.¹

¹ HCL - Pharmacie centrale, Saint-Genis-Laval

² HCL - Hôpital Lyon Sud, Pierre-Bénite

Résumé :

Contexte

Dans la prise en charge des épisodes d'exacerbations broncho-pulmonaires liés aux infections par *Pseudomonas aeruginosa* (PA) et *Staphylococcus aureus* (SA), l'antibiothérapie intraveineuse ambulatoire s'est imposée chez les patients atteints de mucoviscidose. L'unité de fabrication des préparations stériles de notre établissement est impliquée depuis plus de 20 ans dans la préparation centralisée en Zone à Atmosphère Contrôlée d'antibiotiques en dispositifs portables prêts à l'emploi, mis à disposition et perfusés chez le patient.

Objectifs

Le but de l'étude est d'analyser l'évolution démographique sur 13 ans de la population concernée par notre activité.

Matériel et méthodes

- Recenser de 2003 à 2015, année par année, les patients ayant reçu au moins une cure antibiotique ambulatoire.
- Classer les patients selon un critère d'âge : enfants (< 18 ans), adultes (≥ 18 ans).
- Calculer les variations annuelles du nombre de patients, dans chaque classe d'âge, et la moyenne arithmétique de ces variations.
- Analyser les résultats en regard de ceux du registre français de la mucoviscidose.

Résultats

Patientèle :

- En 2003 : 122 patients dont 54 adultes et 68 enfants.
- En 2015 : 177 patients dont 133 adultes et 44 enfants.

Entre 2003 et 2015, les taux moyens de variation annuelle sont de :

Patientèle : + 3.4 % Adultes : + 8.3 % Enfants : - 3.1 %

Discussion

L'analyse des données de cette étude montre une :

- Augmentation de la population adulte, directement en relation avec l'augmentation de l'espérance de vie (atteignant 47 ans en 2013)
 - Diminution de la population pédiatrique, témoin de la prise charge précoce et pluridisciplinaire : kinésithérapie, diététique et pharmacologique (dont aérosolthérapie et traitement antibiotique de fond). Bien que, le nombre annuel de nouveau-nés diagnostiqués soit constant (environ 120), la mise en place en 2001 des Centres de Ressources et de Compétence de la Mucoviscidose (CRCM) et le dépistage néonatal en 2002 ont modifié l'approche de la maladie, permettant cette prise en charge précoce.
- Afin de rendre l'analyse plus précise, il apparaît intéressant de suivre l'évolution du nombre de jours de cure en fonction des classes démographiques et de mettre en place cette étude dans les autres CRCM, pour une démarche d'évaluation des pratiques.

Mots-clés :

Mucoviscidose, Antibiotique, Démographie

Références

Bellis G et al. Registre français de la mucoviscidose – Bilan des données 2013, Vaincre la Mucoviscidose et Institut national d'études démographiques (2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 263

Titre :

Centralisation de la préparation de molécules onéreuses injectables non cytotoxiques : faisabilité et intérêts économiques

Auteurs :

Fuss D., Orsini C., Coquard A., Hervouet C., Dieu B.

CHU Rouen

Résumé :

Contexte

La préparation extemporanée de médicaments injectables en unité de soins mobilise du temps infirmier et est à l'origine de pertes économiques importantes en raison du conditionnement inadapté de certaines spécialités. La centralisation de la préparation des molécules onéreuses fait partie des enjeux de notre établissement. Dans ce contexte il a été décidé de réaliser une étude des consommations et des pratiques ainsi qu'une estimation des économies qui seraient générées par un système centralisé pour la préparation de 4 médicaments onéreux : infliximab (premier poste de dépenses) et 3 antifongiques (ATF) pour le service d'Héματο-Oncologie Pédiatrique (HOP): amphotéricine B, caspofungine et micafungine.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer la faisabilité et l'impact économique d'un tel projet.

Matériel et méthodes

Une étude rétrospective sur 1 an des quantités délivrées et des doses prescrites a été menée à partir des ordonnances nominatives d'ATF pour l'HOP et d'infliximab pour les 5 services les plus consommateurs. Le temps infirmier consacré à la préparation, le nombre de flacons retournés, le nombre de préparations à réaliser et les besoins matériels et humains pour l'élaboration du projet ont aussi été évalués.

Résultats

Les gains économiques estimés par l'utilisation des reliquats s'élèvent à 656 218 € (10 % du coût total) pour l'infliximab et 67 026 € (17 %) pour les ATF, soit un total de 723 245 €. Le temps infirmier moyen pour la préparation d'une poche est de 15 minutes. 20 préparations par jour en moyenne devront être réalisées par la pharmacie (4 817 préparations/251 jours ouvrés) nécessitant 2 équivalents temps plein préparateurs. Nous disposons déjà d'un isolateur dédié à la fabrication de médicaments non toxiques, et le logiciel CHIMIO® implanté dans notre hôpital permettrait l'analyse pharmaceutique des prescriptions informatisées. 1 915 flacons d'infliximab (15 %) et 355 flacons d'ATF (20 %) ont été retournés, posant le problème à l'avenir de la gestion des préparations non administrées. Les coûts de fabrication annuels ont été estimés à 53 295 €. Les gains estimés seraient de 669 950 €/an.

Conclusion

La centralisation de ces préparations présente un intérêt économique majeur et limiterait l'augmentation des dépenses en molécules onéreuses. Elle permettrait aussi de libérer du temps infirmier et d'améliorer la qualité en préparant des doses adaptées. Une concertation avec les services est engagée pour organiser ce nouveau circuit et optimiser la gestion des préparations non administrées.

Mots-clés :

Centralisation, Economies, Préparations

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 264

Titre :

Traitement de l'hépatite C : analyse de la conformité des prescriptions par rapport aux indications thérapeutiques remboursables (ITR) et aux recommandations de l'Association Française pour l'Etude du Foie (AFEF)

Auteurs :

Langlade C., Gosse-Boeuf N., Baudonnet MA., Loustaud-Ratti V., Courmede A.

CHU Dupuytren, Limoges

Résumé :

Contexte

Depuis l'arrivée des NAAD (Nouveaux Antiviraux à Action Directe) en 2014, la prise en charge de l'Hépatite C a beaucoup évolué. L'AFEF publie régulièrement des recommandations de prise en charge des patients mais, seules certaines indications thérapeutiques ouvrent droit à remboursement par l'assurance maladie : les ITR.

Objectifs

Comparer les recommandations de l'AFEF aux ITR puis analyser la conformité des prescriptions de NAAD en 2015 au sein de notre établissement vis-à-vis des ITR.

Matériel et méthodes

Les recommandations de l'AFEF de juin 2015 et les ITR figurant dans les arrêtés d'inscription au remboursement de chacune des spécialités pharmaceutiques ont d'abord été comparées. Puis la conformité des décisions thérapeutiques prises en 2015, pour chaque patient lors des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) auxquelles assiste le pharmacien a été analysée par rapport aux ITR.

Résultats

Le critère principal d'accès au traitement est le stade de fibrose (à partir du stade F2). Des divergences apparaissent pour les situations où un traitement est recommandé indépendamment du stade de fibrose : 3 sont mentionnées dans les ITR (co-infection avec le VIH, cryoglobulinémie mixte et lymphome B associés) contre 7 supplémentaires pour l'AFEF donc potentiellement non remboursées. L'AFEF précise que le génotype et la présence ou non d'une cirrhose sont les critères de choix pour déterminer l'association de NAAD et la durée de traitement.

Les dossiers de 111 patients ont été évalués en RCP en 2015. 58 % étaient de génotype G1, 6 % de G2, 19 % de G3, 15 % de G4, et 2 % de G6. 78 avaient un stade de fibrose supérieur ou égal à F2 : 26 stade F3, 8 stade F4 et 44 patients cirrhotiques.

33 patients avaient un stade de fibrose inférieur à F2 : 27 ont été traités selon les ITR (3 présentaient une cryoglobulinémie mixte et 24 une co-infection VIH) et 6 n'ont pas été traités.

Conclusion

Pour l'ensemble des patients, les critères d'accès au traitement conditionnant le remboursement ont été respectés. Le choix des NAAD et la durée de traitement étaient conformes aux recommandations de l'AFEF. Sur les 6 patients non éligibles au traitement, il a été proposé soit une demande d'autorisation temporaire d'utilisation de Grazoprévir/Elbasvir soit un protocole d'essais cliniques. Le respect des recommandations assurant le remboursement a nécessité une étroite collaboration entre médecins et pharmaciens lors des RCP qu'il convient de poursuivre.

Mots-clés :

Hépatite C virale, Remboursement par l'assurance santé, Recommandations

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Traitements médicamenteux apportés par les patients à l'hôpital : un gâchis acceptable ?

Auteurs :

Tanty A., Gachet A., Fargier E., Gros S., Cecon N., Thomas A., Beaudouin D., Rabatel G.

CH Métropole Savoie, Chambéry

Résumé :

Contexte

La gestion des traitements personnels (TP) apportés par les patients à l'hôpital est un point critique de sécurisation du circuit du médicament. Dans le cadre de l'arrêté du 6 avril 2011 la procédure mise en place dans notre établissement de Médecine Chirurgie Obstétrique – Soins de Suite et Réadaptation (MCO-SSR) de 748 lits, prévoit la restitution systématique des TP aux patients ou à son entourage. A défaut, ils sont retournés à la pharmacie à usage intérieure (PUI) puis détruits après 10 jours en absence de réclamation.

Objectifs

L'objectif était de quantifier qualitativement et financièrement ces TP retournés par les services.

Matériel et méthodes

Enquête prospective de juin 2014 à janvier 2015 répertoriant tous les TP des services MCO et SSR retournés à la PUI. Chaque boîte a été identifiée avec sa Dénomination Commune Internationale (DCI). Les TP non remboursés ont été exclus. Les spécialités ont été classées selon leur code Anatomique Thérapeutique et Chimique (ATC) et valorisées par le prix indiqué sur la vignette, à défaut par le prix public Vidal 2015.

Résultats

731 boîtes correspondant à 304 DCI distinctes ont été classées dans les 14 classes ATC. Le montant total était de 8 941,71 euros, soit un coût moyen par boîte de 12,23 euros. Le prix médian des boîtes était de 5,93 euros pour des montants de boîtes allant de 1,04 euros pour la moins chère à 1 814,06 euros pour la plus chère.

Aucun médicament était périmé et tous ont été détruits selon les modalités de la procédure. Les immunomodulateurs représentaient 1,4 % des spécialités mais 27 % du total financier.

Les traitements à visée cardiovasculaire étaient les plus représentés en terme de volume venaient ensuite ceux du système nerveux, représentant respectivement 30 % et 25 % des boîtes.

Discussion

La destruction des TP était conséquente. Toutes les classes ATC étaient représentées. La majorité des boîtes concernait des thérapeutiques au long court que les patients étaient donc obligés de racheter en sortant de l'hôpital. Ces résultats doivent être confirmés par de nouvelles études dans d'autres établissements, car en fonction des thérapeutiques l'impact financier peut être très différent. Même si l'arrêté du 6 avril 2011 permet l'utilisation des traitements personnels, la mise en œuvre est assez complexe dans le circuit hospitalier. Un travail collaboratif entre pharmacien, infirmier, prescripteur sans oublier le patient est nécessaire pour concilier les traitements et limiter leur destruction.

Mots-clés :

Sortie de patient, Gestion de la pharmacothérapie, Pharmacie d'hôpital

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Profil d'exposition médicamenteuse d'une cohorte de 22 203 femmes enceintes en France entre 2011 et 2013

Auteurs :

Dubuisson M., Voute M., Authier N., Zenut M., Chenaf C.

CHU Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte

La prescription médicamenteuse au cours de la grossesse pose toujours la problématique du risque malformatif et fœtotoxique. En France, plusieurs études au niveau régional se sont intéressées à l'exposition médicamenteuse au cours de la grossesse, avec cependant des limites en terme de représentativité. A ce jour, aucune donnée récente nationale n'est disponible.

Objectifs

Le but de cette étude est donc de décrire le profil d'exposition médicamenteuse des femmes enceintes en France durant le 1^{er} (T1), le 2^{ème} (T2) et le 3^{ème} trimestre (T3).

Patients et méthodes

Les données sont issues de l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires, une base nationale de remboursements constituée d'un échantillon représentatif au 1/97^{ème} de la population française, regroupant plus de 600 000 patients, couplée au données du Programme de Médicalisation du Système d'Information. Toutes les patientes ayant accouché entre 2011 et 2013 ont été incluses et l'ensemble des médicaments délivrés dans les 9 mois précédant leur accouchement ont été enregistrés. Les médicaments ont été analysés selon la classification Anatomique Thérapeutique et Chimique.

Résultats

22 203 patientes ont été identifiées, âgées en moyenne de 30 ± 5 ans avec un terme gestationnel moyen de 39 ± 2 semaines d'aménorrhée. Parmi ces grossesses, 99 % correspondaient à une grossesse unique, 99,9 % des nouveau-nés naissaient vivants. Concernant les prises médicamenteuses, 70 %, 74 % et 80 % des femmes enceintes ont reçu au moins une prescription au cours de T1, T2 et T3, respectivement ($p < 0,05$). La prescription de certaines classes thérapeutiques a augmenté au fil des trimestres et a concerné les traitements de la « Voie digestive et métabolique » qui passaient de 44 % à T1, à 49 % à T2 et 55 % à T3 ($p < 0,05$). Cette majoration des prescriptions touchaient également la classe « Sang et organes hématopoïétiques » avec 19 % à T1, 32 % à T2 et 49 % à T3 ($p < 0,05$) et enfin les « Anti infectieux généraux à usage systémique » avec 19 % à T1, 20 % à T2 et 21 % à T3 ($p < 0,05$).

Conclusion

La prescription médicamenteuse fait partie intégrante du système de santé français et l'exposition pendant la grossesse ne fait pas exception comme le montre les résultats de cette étude. Il serait intéressant désormais d'identifier les prescriptions de médicaments potentiellement tératogènes.

Mots-clés :

Grossesse, Utilisation médicament, Trimestres de la grossesse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Codage de la dénutrition : un enjeu médico-économique considérable

Auteurs :

Haverlan AS., Dardonville Q., Melin C., Buhaj V., Castaing JL.

CH Périgueux

Résumé :

Contexte

La dénutrition constitue une comorbidité qui touche un grand nombre de patients hospitalisés. Cependant, très souvent, celle-ci n'est pas codée par les médecins, entraînant une perte financière pour l'hôpital.

Objectifs

L'objectif de cette étude a été, sur une période donnée et un nombre de services restreint, d'évaluer le nombre de patients dénutris selon les critères de la HAS (Haute Autorité de Santé), de mettre en évidence l'absence de codage de cette dénutrition et enfin de calculer la perte financière engendrée par celle-ci.

Matériel et méthodes

Dans un premier temps, à l'aide du médecin du DIM (Département de l'Information Médicale), nous avons sélectionné les services dont le dossier patient était informatisé puis ciblé ceux dans lesquels le contrôle du codage de la dénutrition, codage PMSI (Programme Médicalisé du Système d'Information) n'était pas optimal : services de chirurgie viscérale, pneumologie, gastroentérologie, médecine des spécialités. Ensuite le médecin du DIM a établi le listing des patients ayant eu une fin de séjour enregistrée sur le mois de juin et dont le GHM (Groupe Homogène de Malades) était égal à 1 ou 2. Les patients ont été classés, selon les critères de la HAS et les informations du dossier médical DxCare, en 4 catégories : dénutrition absente, modérée, sévère ou sans précision. Enfin, le médecin du DIM a vérifié pour chaque patient dénutri si le codage avait été réalisé et calculé la perte financière engendrée par l'absence éventuelle de codage.

Résultats

La recherche d'un critère de dénutrition dans les dossiers des 183 patients a été réalisée, seuls 25 patients ont été diagnostiqués dénutris et retenus pour l'étude. Concernant le type de dénutrition, 20 patients ont été classés en dénutrition modérée, 4 en dénutrition sévère et 1 en dénutrition sans précision. Aucun de ces 25 patients n'avait été codé en dénutrition, engendrant une perte financière évaluée à 44 522 €.

Conclusion

Cette étude a bien mis en évidence un manque de rigueur dans le codage de la dénutrition au sein de notre centre hospitalier, ayant des conséquences financières importantes. La perte financière annuelle a en effet été estimée à environ 500 000 euros sur ces seuls quatre services. La prise de conscience de cet enjeu financier a donné naissance à un projet de recrutement d'un Technicien en Information Médicale (TIM) qui serait détaché dans les services. En complément, une action de sensibilisation du corps médical va être réalisée.

Mots-clés :

Malnutrition protéino-calorique, Codage clinique, Economies

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Qualité, gestion des risques, vigilance - Préparation et contrôles

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 268

Titre :

Mesure de l'activité résiduelle après injection de nanocolloïdes d'albumine humaine technétiés pour la détection des ganglions sentinelles dans le cancer du sein et du mélanome

Auteurs :

Pailhas L., Balouzet C., Plé A., Nguyen H., Barré E., Faure P.

APHP - Hôpital Saint-Louis GHU St-Louis Lariboisière Fernand Widal, Paris

Résumé :

Contexte

Lors de la détection du ganglion sentinelle (GS) dans le cancer du sein (GSS) ou dans le mélanome (GSM), un médicament radiopharmaceutique (MRP) est injecté par le médecin nucléaire. Cet examen permet le repérage du premier ganglion des chaînes lymphatiques drainant le territoire par le chirurgien qui va le retirer. Suite à des problèmes de détection au bloc opératoire, une étude a été menée afin de déterminer si l'administration d'une quantité insuffisante de MRP pouvait être en cause.

Objectifs

Depuis août 2014, une mesure de l'activité résiduelle (AR) des seringues après injection est réalisée systématiquement afin de déterminer l'activité réellement administrée au patient.

Matériel et méthodes

Pour une dose prescrite de 120 MBq, 4 seringues d'une préparation de nanocolloïdes d'albumine technétiés sont préparées. Une validation de la mesure de l'activité des 4 seringues ensemble a été réalisée en alternative à celle de chaque seringue séparément pour simplifier l'enregistrement des AR. L'activité avant et après injection de l'ensemble des 4 seringues est mesurée à l'activimètre et enregistrée via le logiciel PharmaManager® qui calcule l'activité réellement administrée.

Résultats

Sur 107 mesures d'activité comparant la mesure des 4 seringues ensemble et séparément, la différence est en moyenne de 0,50 % ($\pm 0,87$ %).

D'août 2014 à décembre 2015, 601 GS ont été réalisés (469 GSS et 132 GSM). Il n'y a eu aucun retour de problème de détection au cours de la période.

L'activité préparée a été en moyenne de 153 MBq \pm 26 MBq [Etendue : 72 - 235 MBq].

Pour les GSS, l'AR est en moyenne de 31,5 MBq \pm 21 MBq [Etendue : 8 - 136 MBq] soit 21,7 % \pm 14 % [Etendue : 15 - 31 %] de l'activité préparée.

Pour les GSM, l'AR est en moyenne de 72,4 MBq \pm 33 MBq [Etendue : 6 - 155 MBq] soit 50,4 % \pm 21 % [Etendue : 27 - 68 %] de l'activité préparée.

L'activité moyenne administrée a été de 71 MBq \pm 33 MBq pour les GSM et de 115 MBq \pm 30 MBq pour les GSS.

Conclusion

La mesure des 4 seringues ensemble est possible sans entraîner d'erreur significative sur l'activité. Les problèmes de détection ne proviennent pas d'une activité insuffisante administrée. Cette étude met en évidence une hétérogénéité importante entre les médecins due aux différences dans la technique d'injection. Une perte d'activité importante est observée, de l'ordre de 20 % pour les GSS et de plus de 50 % pour les GSM.

La mesure de l'activité résiduelle permet de déterminer l'activité réellement administrée au patient et de prévenir d'éventuels problèmes de détection.

Mots-clés :

Colloïde d'albumine marquée au Tc99, Lymphadénectomie, Scintigraphie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Le suivi pharmaceutique du bon usage des antibiotiques. Evaluation, limite et perspective au sein d'un établissement MCO de 300 lits

Auteurs :

Argoullon L., Hoffmann A., Riva-Cambrin H., Beaucourt E.

CH Gabriel Martin, Saint-Paul

Résumé :

Contexte

Le risque d'impasse thérapeutique augmente devant la progression des résistances bactériennes et le manque de nouveaux antibiotiques sur le marché. La diminution de cette tendance passe obligatoirement par un bon usage des antibiotiques.

Objectifs

Pour évaluer le bon usage de l'antibiothérapie au sein de notre établissement, une étude basée sur les interventions pharmaceutiques (IP) émanant des prescriptions d'antibiotiques non optimale a été entreprise.

Matériel et méthodes

Les interventions pharmaceutiques ont été réalisées selon les critères de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Le type de problèmes recensés, d'interventions réalisées, de familles d'antibiotiques concernées et le devenir de l'intervention (acceptée, non acceptée ou non renseignée) ont été tracés pendant 18 mois. Un sondage auprès des prescripteurs permettant de prendre en compte leurs attentes concernant les IP a été effectué.

Résultats

Trois cent trente interventions pharmaceutiques ont été entreprises. Les familles d'antibiotiques pour lesquelles le plus d'IP sont recensées sont les bêta-lactamines (43 %, n = 142), les fluoroquinolones (22 %, n = 73) puis les céphalosporines. La majeure partie des IP est due à des posologies inadaptées (59 %, n = 194). Les antibiothérapies non adaptées à la bactérie ou à la situation clinique (n = 63) représentent 19 % des interventions.

Plus de 78 % (n = 257) des IP sont acceptés par le prescripteur, 11 % (n = 36) non acceptés et 11 % (n = 37) non renseignés. 35 % (n = 45) des praticiens ont répondu au questionnaire : 60 % (n = 27) souhaiteraient être systématiquement avertis par téléphone et 13 % (n = 6) par un déplacement du pharmacien dans le service de soins.

Discussion

Ces résultats, présentés en commission d'établissement, ont permis d'acquérir deux logiciels spécifiques aux anti-infectieux. Un logiciel spécialisé dans l'aide à la prescription d'antibiotiques et un second, gratuit, permettant de suivre nationalement la consommation ainsi que les résistances aux antibiotiques de l'établissement.

Certains critères comme la désescalade, la réévaluation et la durée du traitement ne sont actuellement que trop peu évalués par l'équipe pharmaceutique. La prochaine version du logiciel de prescription informatisé de l'établissement devrait tenir compte de ces défauts. Une réduction de la consommation antibiotique passe également par une actualisation du livret d'antibiothérapie de l'établissement.

Une collaboration forte entre médecins et pharmacien est nécessaire pour progresser sur le bon usage des antibiotiques.

Mots-clés :

Agents antibiotiques, Usage thérapeutique, Prescription inadaptée

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 270

Titre :

Crise Ebola : implication d'une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de référence habilité

Auteurs :

Cuquel AC., Le Garlentezec P., Borne-Pons M., Kramp F., Cauet A., Lamand V.

HIA Bégin, Saint-Mandé

Résumé :

Contexte

Durant la dernière épidémie de Maladie à virus Ebola (MVE), deux cas confirmés d'importation ont été traités dans notre établissement.

Objectifs

La pharmacie a été grandement impliquée dans leur prise en charge thérapeutique. Nous en proposons un retour d'expérience.

Matériel et méthodes

De mise en œuvre précoce, la stratégie thérapeutique de la MVE vise à anticiper les défaillances et repose sur un traitement symptomatique. Des thérapeutiques expérimentales ont pu être utilisées à titre dérogatoire, sur la base de l'article L. 3131-1 du CSP et des arrêtés des 18 et 22 septembre 2014 fixant la liste des molécules autorisées. Trois traitements ont été importés et utilisés : le favipiravir (voie orale), le TKM-100-802 (voie intraveineuse IV) et le ZMabs (voie IV).

Résultats

La gestion des thérapeutiques expérimentales s'est avérée complexe et a nécessité un temps plein pharmacien. Pour les IV, l'absence de protocole de préparation a nécessité d'adapter nos modes opératoires selon les bonnes pratiques de préparation et nos connaissances, avec prise en compte des étapes de décongélation, de poolage, de filtration stérilisante, de contrôles en endotoxines. La fabrication aseptique a exigé l'utilisation de l'isolateur dédié aux anticancéreux, nécessitant une adaptation de l'activité d'oncologie. Des campagnes de fabrication avec un bionettoyage renforcé ont été conduites, et les stabilisés des produits contrôlés par rapport aux horaires d'administration prévues. Une attention particulière a été portée sur le choix des dispositifs médicaux (DM) de préparation et d'administration afin d'assurer la compatibilité physico-chimique contenant/contenu, et sur l'adéquation DM/pompes présentes en chambres de confinement. Les protocoles informatisés de perfusion ont dû respecter l'anonymisation des thérapeutiques. La conformité de l'étiquetage de chaque préparation était primordiale pour limiter les confusions. Un accompagnement des équipes soignantes a été mené sur la lisibilité des étiquettes et des protocoles, et sur le bon usage des thérapeutiques. La traçabilité des étapes a permis d'apporter les éléments de preuves lors de notre compte-rendu d'expérience auprès des instances.

Conclusion

Les compétences et l'expertise du pharmacien hospitalier se sont montrées essentielles dans la prise en charge thérapeutique de ces deux cas. Très sollicitée, l'équipe pharmaceutique a su adapter son activité et a pu bénéficier d'une expérience enrichissante et fédératrice autour de la gestion de cette situation sanitaire exceptionnelle.

Mots-clés :

Maladie à virus Ebola, TKM-100-802, ZMabs

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 271

Titre :

Evaluation par simulation du mode dégradé de production des chimiothérapies cytotoxiques en cas d'absence des outils informatiques

Auteurs :

Gabriel L., Canton E., Guarino V., Lauby V.

CH Troyes

Résumé :

Contexte

Les outils informatiques sont un verrou, désormais crucial, dans la sécurisation du circuit de prescription/production/administration des chimiothérapies. Lors d'une interruption informatique majeure, la mise en place d'une procédure dégradée dans l'unité de préparation doit permettre de garantir les niveaux habituels de qualité et de sécurité de production.

Objectifs

Nous avons rédigé et évalué en simulation une procédure dégradée en cas d'absence d'outils informatiques comprenant les documents de gestion de production, le thésaurus des informations relatives aux protocoles et aux molécules utilisées.

Matériel et méthodes

La procédure et ses documents annexes ont été évalués par les 16 préparateurs polyvalents (PPH) formés à la préparation des chimiothérapies dont trois référents du secteur d'activité.

Les étapes dégradées de l'application de la procédure sont les suivantes :

- Calculs de dose et renseignement de la fiche de fabrication par le pharmacien
- Double contrôle de la fiche, renseignement des étiquettes par le PPH
- Double contrôle des étiquettes par le pharmacien
- Renseignement de la fiche de gestion de stock par le PPH

Simulations d'une heure de production par 2 PPH contrôlés par 2 pharmaciens.

Les temps de préparations, difficultés rencontrées et points critiques ont été notés.

Résultats

Les fiches élaborées ont été estimées lisibles, ergonomiques et applicables pour tous les types de conditionnement. Seule la fiche de gestion des stocks nécessiterait une meilleure lisibilité pour les reliquats des flacons d'anticancéreux utilisés. Sur 10 préparations réalisées par séance, une moyenne de 13 minutes supplémentaires par préparation a été estimée. Les temps relevés se situaient entre 3 à 5 minutes pour les PPH référents de l'activité et jusqu'à 17 minutes pour le reste des PPH. Aucun écart n'a été observé au niveau des calculs de dose.

Conclusion

En cas d'absence d'outils informatiques, le temps additionnel de préparation nécessiterait la présence d'un PPH supplémentaire. Au vu des résultats, il serait souhaitable de privilégier un PPH référent de l'activité afin d'avoir plus d'efficacité. La procédure sera incluse dans le programme de formation et réévaluation annuelle à la préparation des chimiothérapies des PPH. Les outils informatiques permettent de s'affranchir de certains risques d'erreurs liés à l'humain, l'anticipation de son interruption est indispensable. Cet exercice de simulation à cadence annuelle devra être étendu au circuit complet des chimiothérapies en intégrant les unités de soins.

Mots-clés :

Pharmacotechnie, Mode dégradé, Formation PPH

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation du temps de mise à disposition des chimiothérapies

Auteurs :

Sansot C., Chaumard-Billotey N., Aitichou M., Favier B.

Centre Léon Bérard, Lyon

Résumé :

Contexte

L'unité de production des chimiothérapies (UPC) de notre centre hospitalier a produit plus de 70 000 chimiothérapies en 2014, ce qui place l'établissement parmi les trois premiers en France. Notre unité avec une équipe de 6 à 7 préparateurs selon les jours de la semaine réalise 250 à plus de 400 préparations de chimiothérapies par jour.

Objectifs

L'objectif de cette évaluation est de déterminer le temps de mise à disposition des chimiothérapies aux unités de soins.

Matériel et méthodes

L'évaluation a été réalisée sur une semaine pour l'ensemble des unités de soins de l'établissement du lundi 15 décembre au vendredi 19 décembre 2014. Pour chaque prescription de chimiothérapie il a été répertorié à l'aide du logiciel CristalNet® (OPPI) : l'heure de prescription (P) et l'heure de fin de validation pharmaceutique (V). L'heure de mise à disposition dans les unités de soins (D) a été relevée durant toute la durée de l'étude. A partir de ces valeurs, plusieurs temps ont été calculés : le temps de validation pharmaceutique (V-P), le temps de fabrication (D-V) et le temps de mise à disposition dans les services (DP).

Résultats

Durant l'étude 534 chimiothérapies ont été fabriquées. Pour tous les services confondus, en incluant les chimiothérapies anticipées et les essais cliniques, le temps de validation pharmaceutique moyen est de 14 minutes (n = 497), le temps de fabrication moyen est de 50 minutes (n = 534) et le temps moyen de mise à disposition dans les services est de 47 minutes (n = 491). Si l'on prend en compte uniquement l'hôpital de jour, en incluant les chimiothérapies anticipées et les essais cliniques, le temps de validation pharmaceutique moyen est de 12 minutes (n = 422), le temps de fabrication moyen est de 28 minutes (n = 450) et le temps moyen de mise à disposition dans les services est de 41 minutes (n = 417).

Conclusion

Le temps de mise à disposition moyen des chimiothérapies aux unités de soins est inférieur à une heure avec des disparités selon le type de service et le jour de la semaine. Plusieurs actions correctives sont possibles pour améliorer encore ce délai et éviter ces variations du temps d'attente : formation de l'interne en pharmacie à la fabrication des chimiothérapies permettant de renforcer l'équipe les jours les plus chargés et inciter les services à prescrire de façon anticipée les chimiothérapies de façon à répartir la production sur la semaine.

Mots-clés :

Chimiothérapie, Anticipée, Délai

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des Pratiques Professionnelles : état des lieux sur les bonnes pratiques de perfusion intraveineuse dans un centre hospitalier

Auteurs :

Mare L., Duguet N., Moalla M.

CH La Tour Blanche, Issoudun

Résumé :

Contexte

Dans le cadre de la lutte, initiée par les pouvoirs publics, contre les événements indésirables liés aux soins, notamment la lutte contre les infections nosocomiales, l'amélioration permanente des pratiques professionnelles est une des exigences du contrat de bon usage, et s'intègre parfaitement dans les attentes de la certification. Cela passe le plus souvent par des enquêtes ou audits d'état des lieux pour mieux cibler les points de défaillance.

Objectifs

L'objectif de notre travail est de réaliser un audit déclaratif sur les pratiques de perfusion intraveineuse au sein du centre hospitalier. Cet audit, concerne l'ensemble du centre hospitalier, et a pour but de faire un état des lieux des pratiques de perfusion, et vérifier leur adéquation par rapport aux recommandations nationales, et protocoles de l'établissement.

Matériel et méthodes

Un questionnaire, dont les items ont été validés par un groupe de travail pluridisciplinaire, a été distribué auprès des infirmiers, grâce à la collaboration des cadres de santé. Le recueil des questionnaires (45 au total, soit 56 % des IDE) s'est effectué à la pharmacie. L'exploitation des résultats s'est faite avec la collaboration d'un laboratoire spécialisé dans les dispositifs de perfusion.

Résultats

Une grande hétérogénéité des pratiques des soignants, s'écartant parfois des règles préétablies, a été constatée à plusieurs niveaux. Nous avons noté que 65 % des IDE font la préparation de la peau en « 2 temps », 18 % en « 1 temps », 12 % en « 4 temps », et 5 % en « 3 temps ». Pour le rinçage, 61 % le font entre chaque passage de médicament, 30 % « uniquement à la pose du cathéter », et 9 % ne le font « jamais ». Concernant la durée de pose du cathéter, 75 % le laissent « 72 h », 15 % le laissent « 48 h », et 10 % le laissent « 96 h et plus ».

Concernant le montage de la ligne de perfusion, nous avons noté 7 différents types de montage, avec une prédominance à 45 % pour le montage « cathéter + perfuseur à robinet + poche de perfusion ».

Conclusion

A l'issue de cette évaluation, il a été décidé en CoMédIMS de proscrire l'utilisation des bouchons obturateurs de cathéter, et la mise en place d'un nouveau dispositif sécurisé muni de valves bidirectionnelles à pression neutre, permettant d'harmoniser le montage des lignes de perfusion, et de maintenir en toute sécurité une voie veineuse périphérique, sans nécessité d'une perfusion de base en continu, parfois cliniquement injustifiée. Le devoir de respect des recommandations de bonnes pratiques a également été rappelé aux équipes.

Mots-clés :

Perfusion, Risque, Nosocomial

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La chambre des erreurs : un outil ludique d'amélioration des pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins

Auteurs :

Alpy M., Mougin C., Hassan S., Peter V., Barnoux MC.

CHI Haute-Comté, Pontarlier

Résumé :

Contexte

« La chambre des erreurs » est un outil de simulation en santé permettant d'aborder des situations à risque pour le patient et d'améliorer la capacité des acteurs de la chaîne du soin à y faire face. Pendant une journée, les professionnels, les patients et les visiteurs ont été invités à participer à ce dispositif dans le cadre de « la semaine sécurité patient 2015 ».

Objectifs

L'objectif est de sensibiliser les participants aux risques liés à la prise en charge médicamenteuse et d'évaluer le niveau de détection de ces risques.

Matériel et méthodes

Vingt et une erreurs ont été glissées dans la chambre et l'infirmierie reconstituées pour l'événement. Parmi elles, 13 sont axées sur le circuit du médicament (stockage, prescription informatisée, préparation des doses à administrer), 6 sur l'hygiène et la sécurité des soins et 2 sur l'identitovigilance. Les animateurs, 2 pharmaciens, 1 gestionnaire de risque et 1 IDE hygiéniste, expliquaient le principe de l'outil aux participants. Ces derniers devaient ensuite suivre le parcours au travers de la « chambre » afin de détecter et notifier les erreurs sur le support remis par les animateurs. Une analyse des réponses a été effectuée a posteriori afin de relever : les fonctions des participants, les erreurs détectées, la satisfaction des participants. Un document comprenant les explications des erreurs ainsi que bonnes pratiques associées a été diffusé via l'intranet et aux cadres de santé (CDS).

Résultats

La profession la plus représentée, parmi les 101 participants, est celle des infirmiers (34.6 %). On note que seulement 5 % des participants sont des visiteurs ou des patients. Globalement 49.3 % des erreurs ont été identifiées, le meilleur résultat a été obtenu par les CDS avec 70.2 % d'erreurs identifiées. Les erreurs les plus détectées sont celles relatives à la gestion des déchets, à l'identité du patient et au stockage des médicaments, avec respectivement 65.3 %, 63.2 % et 60.2 % de détection. A l'inverse, les erreurs liées à la prescription informatique ont été détecté que dans 23.4 % des cas. Plus de 86 % des participants ont été très satisfaits et souhaite que cette animation soit reconduite.

Conclusion

Le caractère ludique de l'outil a contribué à la forte mobilisation des professionnels. L'exploitation des résultats obtenus a permis de mettre en évidence des axes d'amélioration, et notamment sur la prescription informatique et la PDA, qui font l'objet de nouveaux travaux sur les pratiques professionnelles afin d'améliorer de manière continue la sécurité du patient.

Mots-clés :

Chambre, Erreur, Sécurité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 275

Titre :

Conservation des médicaments injectables après reconstitution et/ou dilution dans les services de soins – Amélioration des pratiques professionnelles

Auteurs :

Clauson H., Badrikian L., Fourgeaud S., Vasson M., Krawczyk P., Thesse C., Cosserant S., Sautou V.
CHU Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte

Dans notre établissement, une cartographie des risques liés à la perfusion a mis entre autres en évidence le risque lié à l'instabilité des médicaments injectables une fois préparés. Une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles ciblée sur la conservation des médicaments injectables préparés dans les unités de soins a donc été mise en œuvre sous l'égide de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMédDIMS) et du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

Objectifs

Evaluer puis améliorer les pratiques de préparation et de conservation des médicaments injectables dans les services.

Matériel et méthodes

Un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué (pharmaciens, médecin hygiéniste, infirmiers, cadres de santé). Après une revue de la littérature, une grille d'audit observationnel et une enquête de pratiques ont été élaborées à partir des référentiels en vigueur. L'audit a été réalisé sur cinq jours en avril 2015 par les étudiants en pharmacie en binômes. Le questionnaire anonyme destiné à l'enquête de pratiques a été mis à disposition des infirmiers pendant trois semaines sur le site intranet de l'établissement.

Résultats

L'audit a été réalisé dans 27 services, 92 préparations ont été observées. 45 infirmiers de 17 services ont répondu à l'enquête de pratiques. Les deux méthodes d'évaluation, complémentaires, ont montré des résultats similaires. Points positifs : Préparation extemporanée (80 % conforme) – Identification des préparations (92 % identifiées) – Gestion des reliquats (date et heure d'ouverture notées dans plus de 90 % des cas). Points négatifs : Moyens d'identification (41 % non conforme : sparadrap, marqueur...) – Mentions non présentes sur les préparations (nom du patient, voie d'administration, heure de préparation) – Règles d'aseptie (désinfection du site de prélèvement : 59 % conforme).

Le plan d'action élaboré s'appuie sur la réalisation d'un guide et la création d'un modèle unique d'étiquette pré-remplie afin d'harmoniser les pratiques au sein de l'établissement. Ces supports validés par la CoMédDIMS seront mis à disposition courant mai 2016.

Conclusion

Les résultats des évaluations ont été présentés lors de la journée qualité de notre établissement, en CoMédDIMS ainsi qu'aux élèves de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers afin de sensibiliser les soignants. Un nouvel audit aura lieu fin 2016 afin d'évaluer l'impact de nos mesures.

Mots-clés :

Préparation, Voie injectable, Risque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Erreurs médicamenteuses aux étapes de préparation et administration des médicaments injectables associés aux dispositifs médicaux stériles : ateliers de formation et d'initiation aux étudiants de l'I.F.S.I

Auteurs :

Pointet C., Maes AC., Millot D.

GH Haute-Saône, Vesoul

Résumé :

Contexte

Depuis 4 ans, la Pharmacie à Usage Intérieur (P.U.I.) collabore avec les formateurs de l'I.F.S.I. pour initier les étudiants infirmiers à la prise en charge médicamenteuse grâce à la mise en place d'ateliers de préparation et d'administration de médicaments injectables associés à l'utilisation de dispositifs médicaux stériles.

Objectifs

L'objectif est de sensibiliser les étudiants infirmiers sur les risques d'erreurs médicamenteuses à ces deux étapes préparation et administration des médicaments injectables où les risques sont très importants.

Matériel et méthodes

A partir d'une ordonnance comportant 4 médicaments injectables devant être administrés à différentes voies (intraveineuse-sous cutanée-Intramusculaire), les étudiants identifient les médicaments prescrits (picking dans une armoire à pharmacie), simulent l'étape de préparation (reconstitution, prélèvement) et utilisent les dispositifs médicaux stériles nécessaires à leur préparation et à leur administration. Les recommandations relatives à la surveillance pendant et après l'administration sont également abordées. Les étudiants répartis en 35 binômes analysent l'ordonnance, à l'aide de bases de données leur permettant d'identifier la classe thérapeutique, la compatibilité des solvants, et les contre-indications. Les posologies prescrites sont usuelles.

Deux armoires à pharmacie contiennent les médicaments prescrits mais également des médicaments périmés, des dosages différents, et les dispositifs médicaux stériles nécessaires.

Résultats

Un pharmacien associé à un formateur de l'I.F.S.I. analysent les pratiques et les difficultés rencontrées par chaque binôme d'étudiants. L'ensemble médicament – dispositifs médicaux est abordé pour chaque spécialité prescrite. Les erreurs médicamenteuses analysées sont diverses telles les calculs de dose – le mauvais choix d'aiguilles - erreur de dilution et méconnaissance de programmation du pousse-seringue électrique – inadéquation du choix de perfusion par gravité inadaptée à administration précise d'un médicament – techniques de reconstitution et prélèvement d'un médicament injectable.

Conclusion

Ces ateliers ont permis de sensibiliser les étudiants sur l'étape de préparation des médicaments injectables et leur administration qui sont 2 étapes clés de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse pour les I.D.E.

L'initiation aux dispositifs médicaux, utilisation et emploi des bons termes techniques permettent de mettre en avant leur rôle dans l'étape d'administration.

Mots-clés :

Erreurs médicamenteuses, Préparation, Administration

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place de la Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) du bevacizumab (BVZ) dans une pharmacie hospitalière : étude de faisabilité (Partie I)

Auteurs :

Passard S., Boisrame J., Diouf EH., Salmon D., Pirot F., Pivot C.

HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

Aux vues des intérêts pharmaco thérapeutique et économique importants de la fabrication de seringues de BVZ dans l'indication de la dégénérescence maculaire liée à l'âge dans sa forme néo vasculaire, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié une RTU de la spécialité pharmaceutique en juin 2015, pour une mise en vigueur au 1^{er} septembre 2015. L'une des missions attribuées aux pharmaciens a été la réalisation de seringues pour injections intra-vitréennes à partir de la spécialité.

Objectifs

Nous avons étudié la faisabilité de cette nouvelle préparation hospitalière (PH) dans notre pharmacie à usage intérieur tout en respectant les instructions détaillées à l'annexe IV de la RTU.

Matériel et méthodes

Une étude de faisabilité examinant la conformité réglementaire, les données bibliographiques, la faisabilité technique, et l'analyse des risques a été menée. Des essais pratiques en zone à atmosphère contrôlée ont été programmés afin d'optimiser la technique de fabrication de ces seringues de faible volume. La qualification du procédé de préparation aseptique des seringues de BVZ a été réalisée par un médiafill au cours de 3 productions avec 3 opérateurs différents. Le personnel a été formé à la production, au mirage à l'aide d'une défauthèque et à l'étiquetage des seringues. Les contrôles réalisés sur site ont nécessité la validation d'un protocole d'essai de stérilité et d'une méthode d'identification et dosage à l'aide d'un spectrophotomètre IR à transformée de Fourier.

Résultats

L'étude de faisabilité a permis de mettre en évidence des exigences de préparation notamment concernant le matériel, les locaux, la formation et les contrôles. Nous avons utilisé la méthode AMDEC (analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité) afin de rechercher les problèmes potentiels pouvant survenir lors de la fabrication. Nous avons conclu à un risque global faible. Les essais menés ont permis l'élaboration d'une procédure optimisant l'organisation de la fabrication et favorisant le rendement de production. La formation du personnel affecté à la production a été confirmée par un média fill test réalisé avec succès. La méthode de dosage et le protocole d'essai de stérilité ont été validés selon les recommandations de la pharmacopée européenne VIII^{ème}.

Conclusion

Le travail mené a permis de confirmer la faisabilité de la PH en répondant aux instructions de l'ANSM et également de satisfaire les demandes des services d'ophtalmologie lors de la mise en vigueur de la RTU.

Mots-clés :

Ophtalmologie, Préparation, Faisabilité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'un document institutionnel sur le bon usage des insulines

Auteurs :

Gallay L.², Freville JC.¹, Tiphine T.¹, Poirier Y.¹

¹ CHD Vendée, Roche-sur-Yon

² CH Châteauroux

Résumé :

Contexte

La sécurisation de la gestion et l'administration des médicaments identifiés comme étant à risque est une des priorités de l'établissement. L'insuline a été ciblée car 9 événements indésirables liés à son administration ont été déclarés depuis 2013 et un mésusage a été constaté lors de la préparation des pousse-seringues électriques (PSE).

Objectifs

L'objectif est de contribuer à la gestion des risques liés à l'administration de l'insuline en regroupant dans un document institutionnel les points identifiés comme importants, afin de constituer un support pour le personnel des services de soins.

Matériel et méthodes

Un audit des pratiques d'injection de l'insuline en sous-cutané et en pompe, et de préparation des seringues pour PSE a été réalisé. Le stockage et l'étiquetage ont été examinés dans plusieurs services. Des essais de faisabilité de préparation des seringues et d'étiquetage des stylos avec le matériel disponible dans l'établissement ont été menés. Les actions correctives mises en place dans les services concernés par des erreurs d'administration et des publications sur le bon usage des insulines ont été recherchées. Le service de diabétologie a été interrogé au sujet des bonnes pratiques autour de l'insuline.

Résultats

Une affiche regroupant les « messages clés » à destination des services de soins a été mise en place, où sont présentés les objectifs glycémiques selon les secteurs de soin, les insulines en marché et un rappel sur les conditions de stockage. Ce document regroupe également les recommandations pour l'injection sous cutanée avec la règle des 5B, les actions à réaliser avant l'injection, le rappel de l'utilisation d'aiguilles sécurisées pour limiter le risque d'accident d'exposition au sang et les étapes à respecter lors de l'injection. La description du mode opératoire de la réalisation d'une seringue pour administration intra veineuse en PSE avec photos intégrées permet de préciser la méthode en utilisant les aiguilles sécurisées disponibles afin de pallier aux difficultés rencontrées par certains services lors de la préparation des seringues.

Conclusion

La validation institutionnelle de cette plaquette en comité du médicament a permis de l'afficher dans l'ensemble des services de soins. Ce document représente une première étape de sécurisation de la gestion et de l'administration d'un médicament à risque, l'insuline. Une prochaine étape sera de proposer une formation plus détaillée sur ce sujet, intégrée dans un programme de développement professionnel continu.

Mots-clés :

Insuline, Administration, Gestion des risques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La chambre des erreurs : un moyen ludique de promouvoir la sécurité des soins à l'hôpital

Auteurs :

Arnaud A., Mignonat P., Segonds M., Campaner M., Bobichon M., Pigué C., Derrieux C., Bonnet L.

CH Gérard Marchant, Toulouse

Résumé :

Contexte

Dans notre établissement, les formations à la sécurisation du circuit du médicament n'ayant suscité que très peu d'adhésion auprès des équipes de soins, l'idée d'une sensibilisation courte et ludique à l'erreur médicamenteuse s'est développée. Dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients, une chambre des erreurs a été organisée pour la première fois en 2015. Ce projet, porté par le gestionnaire des risques associés aux soins, la responsable de la formation et la responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, a été validé par toutes les instances. La participation à ce dispositif est un objectif institutionnel inscrit dans tous les contrats de pôle.

Objectifs

Ce projet a pour but de sensibiliser tous les acteurs de soins aux situations à risque d'erreurs médicamenteuses et de réactualiser les compétences en matière de sécurité des soins.

Matériel et méthodes

L'organisation est pluriprofessionnelle. Pendant 3 jours, 16 erreurs portant sur 2 domaines de risques (prise en charge médicamenteuse et identitévigilance) ont été disposées dans une chambre de patient et une salle de soins reconstituées. Il s'agit d'erreurs réelles, observées ou déclarées sur les fiches d'événements indésirables. A la fin de chaque visite, un temps d'échange entre participants et équipe organisatrice était prévu.

Résultats

On dénombre 106 participants : 14 % des infirmiers de l'établissement, 22 % des aides-soignants, 13 % des cadres et aucun médecin. Les erreurs les plus retrouvées sont le traitement personnel laissé à disposition dans la chambre du patient (96 %), le patient fumeur sous O2 (93 %), les erreurs de rangement de médicaments dans l'armoire de dotation (57 %) et la discordance entre l'identité du patient et celle mentionnée sur l'ordonnance (54 %). Des comprimés non identifiables dans l'armoire de dotation (13 %) et une forme galénique prescrite non adaptée (3 %) constituent les erreurs les moins détectées. Les participants ont mis en évidence des erreurs non intentionnelles. La restitution des résultats sera présentée dans chaque service à l'aide d'un diaporama rappelant pour chaque erreur les bonnes pratiques professionnelles.

Discussion

Cette démarche a suscité une forte adhésion de la part de l'ensemble des participants, tant pour les organisateurs que pour les « enquêteurs ». Deux infirmières supplémentaires souhaitent rejoindre l'équipe organisatrice. L'expérience sera réitérée en 2016 en diversifiant les domaines de risques et en ciblant mieux la communication vers les médecins.

Mots-clés :

Erreur médicamenteuse, Gestion des risques, Sécurité du patient

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Iatrogénie médicamenteuse et chute des patients âgés : analyse pharmaceutique lors d'un Comité de retour d'expérience (CREX)

Auteurs :

Farbos F., Carles C., Quintana C., Mechain P., Bonnet J.

CH Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens

Résumé :

Contexte

En 2014, les chutes représentaient l'événement indésirable le plus signalé dans notre établissement (263 chutes sur 826 événements signalés soit 31.8 %). L'équipe pharmaceutique a décidé de mettre en place une analyse systématique des ordonnances des patients « chuteurs » au sein du Comité de retour d'expérience.

Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de valoriser les actions pluridisciplinaires et l'expertise pharmaceutique au sein d'un CREX et montrer leur efficacité dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une analyse prospective observationnelle sur l'année 2015. Nous avons étudié la polymédication, les critères du programme « Améliorons la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » (PMSA) de la Haute Autorité de santé (HAS) (2012), les classes médicamenteuses à risque de chutes ainsi que les médicaments potentiellement inadaptés (MPI) selon la liste de Laroche (2007) en lien avec le risque de chutes. Le score médicamenteux de chute expérimental a été calculé à partir de ces items dans le but de repérer de façon précoce les patients à risque de chute. Il est qualifié de faible pour un score de 1 à 3, de modéré pour un score de 4 à 6 et d'important pour un score de 7 à 10.

Résultats

Nous avons analysés 401 fiches de signalement de chute. Le sexe ratio est de 0,54. Les patients sont âgés de 85,1 ans (ET = 5,9 ans). Ils prennent de 0 à 15 médicaments avec en moyenne 7,1 médicaments (ET = 2,1). 212 ordonnances (52,9 %) présentent au moins un des critères du PMSA, en particulier au moins trois psychotropes sont prescrits chez 148 patients. 111 prescriptions (27,7 %) comportaient au moins un MPI en lien avec le risque de chutes. Au total, nous retrouvons 1 136 médicaments à risque. 384 (33,8 %) appartiennent à la classe des médicaments à visée cardiologique de la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC) et 648 (57,0 %) à la classe des médicaments du système nerveux selon la classification ATC. Les scores vont de 0 à 10 et la moyenne calculée est de 5,0 (ET = 2,1). Dans 77 cas (19,0 %) le risque de chute est faible, dans 245 cas (61,0 %) ce risque est modéré et enfin, pour 67 cas (17,0 %) il s'agit d'un risque médicamenteux de chute important. Nous avons retrouvé 12 prescriptions avec un score égal à 0, la sensibilité est donc de 88 %.

Conclusion

Le score médicamenteux établi présente l'avantage d'une bonne sensibilité. Notre prochaine étude consistera en une analyse prospective des chutes suite à la mise en place de ce score dans un service pilote.

Mots-clés :

Gériatrie, Signalement des événements indésirables, Retour d'expérience

Références

Laroche et al. EJCP, 2007;63:725-31. Potentially inappropriate medications in the elderly : a French consensus panel list.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Contrôle analytique d'une préparation innovante associant morphine, ropivacaïne et ziconotide pour analgésie intrathécale

Auteurs :

Robert J., Sorrieu J., Kieffer H., Beaussart H., Folliard C., Devys C.

Institut de cancérologie de l'Ouest, Angers

Résumé :

Contexte

Les mélanges pour analgésie intrathécale, composés de morphine, ropivacaïne et ziconotide sont administrés par des pompes implantables ou des sites intrathécaux, chez des patients nécessitant des doses élevées d'analgésiques ou ayant des effets indésirables trop prononcés. La voie d'administration et la diversité de présentations de morphine existantes, sont des facteurs nécessitant de sécuriser le circuit de ces préparations. Un contrôle analytique libératoire par chromatographie liquide ultra haute performance couplé à un détecteur à barrettes de diode a été développé. Cette méthode d'analyse a été validée selon les normes COFRAC.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer la précision de la composition des préparations intrathécales (PIT) dans le but de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient.

Matériel et méthodes

Une étude observationnelle prospective sur la concentration des principes actifs présents dans les PIT produites a été menée du 2 novembre 2015 au 31 janvier 2016. La limite d'acceptabilité a été fixée à 10 % pour la morphine et la ropivacaïne et à 15 % pour le ziconotide. Toute mesure en dehors des normes entraîne un nouveau prélèvement de la préparation. Les résultats ont été analysés d'un point de vue global, puis à l'échelle de chaque molécule avec des regroupements par classe de concentration.

Résultats

Pendant la période d'étude, 249 PIT ont été dosées : 221 contenaient les trois molécules, 24 contenaient de la morphine et de la ropivacaïne et 4 contenaient de la morphine et du ziconotide. Les concentrations moyennes mesurées en morphine, ropivacaïne et ziconotide sont respectivement de 4,1 mg/mL, 7,9 mg/mL et 1,1 µg/mL. L'erreur absolue (EA) moyenne retrouvée est de 2,3 % (+/- 1,8 %) pour la morphine, 1,1 % (+/- 1,1 %) pour la ropivacaïne et 6,6 % (+/- 4,4 %) pour le ziconotide. Pour ce dernier, les EA moyennes des regroupements de classe]0-0,25[, [0,25-0,50[, [0,50-0,75[, [0,75-1,00[et > 1 µg/mL, sont respectivement de : 9,3 % (+/- 5,3 %), 6,1 % (+/- 4,0 %), 7,1 % (+/- 4,8 %), 6,7 % (+/- 3,3 %) et 5,3 % (+/- 3,4 %). Au total, deux PIT non conformes au dosage ont été refabriquées.

Conclusion

Cette méthode de dosage fiable, rapide, et spécifique, nous permet d'assurer un contrôle ultime du processus de fabrication. Cette étape a permis de refuser des préparations non conformes, liées à des erreurs de choix de la présentation de morphine à utiliser. Cette méthode d'analyse, indicatrice de stabilité, nous permettra d'étudier la stabilité de ces mélanges pour analgésie intrathécale.

Mots-clés :

Analgésie, Chromatographie en phase liquide à haute performance, Contrôle de qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Compatibilité des médicaments en Y de la nutrition parentérale

Auteurs :

Acramel A., Berrabah S., Lengline H., Lambe C., Talbotec C., Postaire M., Poisson C., Rocha A., Lecas J., Pigneur B., Goulet O.

APHP - Hôpital Necker, Paris

Résumé :

Contexte

« La complexité des mélanges de nutrition parentérale (NP) doit amener à la prudence et, de manière générale, NP et médicaments ne devraient pas entrer en contact ». [1] En réalité, il est très fréquent d'avoir recours à l'administration concomitante de médicaments en parallèle de la NP.

Objectifs

Notre objectif est de répertorier les compatibilités et incompatibilités de médicaments injectables en Y de la NP dans une démarche de qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Matériel et méthodes

Une recherche exhaustive de données sur la comptabilité des médicaments avec la NP a été menée. Puis, les sources ont été confrontées selon une expertise clinique et pharmaceutique. En parallèle, une enquête auprès du personnel a été réalisée. Les tâches ont été réparties entre un interne et un externe en pharmacie.

Résultats

Nous avons pu nous entretenir avec 7 services cliniques et récolter 18 questionnaires, principalement auprès d'infirmiers (61 %) et d'internes (22 %). Le personnel estime à 83 % être concerné, les infirmiers y étant plus sensibles que les internes (100 % contre 50 %). 67 % notent la présence de documents internes sur les médicaments, la pharmacie restant de façon unanime une source d'information. Les médicaments les plus impliqués sont les antibiotiques (cités dans 78 % des cas). Les anomalies constatées sont des précipitations (sulfaméthoxazole triméthoprim), cristallisations, voir des cathéters bouchés (téicoplanine). 69 médicaments (dont 38 % d'anti-infectieux) ont été répertoriés sur la base de 45 références : articles via PubMed, données Stabilis, etc. Ont été classés comme « incompatibles » (n = 35), les médicaments incompatibles, douteux ou en l'absence de données : aciclovir, amiodarone, ceftriaxone, etc. L'ensemble a été synthétisé sous forme de tableaux et de recommandations après concertation pluridisciplinaire (pharmaciens, médecins et infirmières).

Discussion

Ce travail, à l'initiative du service de gastroentérologie, est un exemple de réflexion autour de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse à l'hôpital. Les décisions ont été prises de façon à faciliter et homogénéiser les pratiques tout en diminuant les risques pour les patients. La liste proposée est non-exhaustive et devra être mise à jour en collaboration interne et externe. Pour les médicaments supposés « compatibles », des études complémentaires sont nécessaires pour garantir l'efficacité thérapeutique. Ce projet devrait néanmoins permettre un gain de temps et une amélioration des pratiques pour l'ensemble du personnel.

Mots-clés :

Nutrition parentérale, Incompatibilité médicamenteuse, Voie intraveineuse

Références

[1] Bouchoud et al. Nutr Clin Metabol. 27, (4) : 263-268 (2013)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 283

Titre :

Stabilité à long terme de la dexaméthasone en association avec de l'alizapride ou de l'ondansétron dans une solution de chlorure de sodium 0,9 % conservée dans une poche de polyoléfine à 5 ± 3°C

Auteurs :

Hecq JD., Simar J., Godet M., Gillet P., Langhendries C., Bihin B., Jamart J., Galanti L.

UCL Namur, Belgique

Résumé :

Contexte

La prévention ou le traitement des nausées et vomissements induits par des agents de chimiothérapie anti-cancéreuse nécessite l'administration intraveineuse de combinaisons de principes actifs.

Objectifs

Déterminer la stabilité à long terme de 10 mg de dexaméthasone associés à 100 mg d'alizapride ou 8 mg d'ondansétron dans 100 ml de solution de chlorure de sodium à 0,9 % stocké à 5 ± 3°C.

Matériel et méthodes

Des solutions de 0,9 % de chlorure de sodium de 100 ml en polyoléfine (n = 5) contenant environ 10 mg de dexaméthasone (DEX) associés à 100 mg d'alizapride ou 8 mg d'ondansétron (OND) 8 mg ont été préparées dans des conditions aseptiques et stockées au moins 30 jours à 5 ± 3°C. Les concentrations en ALI, DEX et OND ont été mesurées par chromatographie liquide à haute performance (HPLC). Des mesures de densité optique à différentes longueurs d'onde, la mesure du pH et des observations au microscope optique ont été effectuées périodiquement au cours du stockage. Un essai de dégradation forcée avec de l'HCL 5M et du NaOH 5M avant et après chauffage à 100°C a également été effectué. Les solutions sont considérées instables si la limite de l'intervalle de confiance (unilatéral à 95 %) autour de la moyenne descend en dessous de 90 % de la valeur initiale ou lorsque des signes d'instabilité physique apparaissent.

Résultats

Toutes les formulations étaient physico-chimiquement stables durant le stockage à 5°C ± 3°C. Il n'a été observé aucun changement de couleur, de la turbidité, de précipitation ou d'opacité. Aucun changement notable dans les valeurs de pH ou de densité optique a été observé au cours de l'étude. Aucun cristal n'a été observé par analyse microscopique. La limite inférieure de confiance de la concentration pour ces solutions reste supérieure à 90 % de la concentration initiale durant 30 jours.

Conclusion

Les mélanges de 10 mg de dexaméthasone associés à 100 mg d'alizapride ou 8 mg d'ondansétron sont physico-chimiquement stables pendant 30 jours dans 100 ml de solution de chlorure de sodium à 0,9 % stocké en sacs de polyoléfine à 5 ± 3°C.

Mots-clés :

Chromatographie à haute performance, Unité centrale de reconstitution d'injectables, Perfusion

Références

[1] Hecq JD et al. Journal de Pharmacie de Belgique 2015 ;97 (3) :36-44

[2] Huvelle S et al. Journal de Pharmacie de Belgique 2015;97(2): 38-39

[3] Rollin C et al. Annals of Pharmacotherapy 2011;45:130 - 131

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Le bon usage des insulines en milieu hospitalier : état des lieux des pratiques

Auteurs :

Orloff M., Agullo M., Bouhriba M., Boronad C.

CH Cannes

Résumé :

Contexte

L'insuline fait partie des médicaments à haut risque définis par l'arrêté RETEX du 06 avril 2011, les conséquences des erreurs liées à ces derniers pouvant être dramatiques pour les patients. Les erreurs d'administration d'insuline font partie de la liste des 12 « never events » de la circulaire du 14 février 2012. La littérature rapporte de nombreux incidents sévères ou décès suite à une mauvaise utilisation d'insuline par un professionnel de santé.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de réaliser un premier état des lieux des connaissances et des pratiques d'administration des insulines dans les services de soin non spécialisés en diabétologie.

Matériel et méthodes

Une formation au bon usage de l'insuline a été mise en place pour les infirmières (IDE) de l'établissement. Elle est assurée par un médecin diabétologue, une interne en pharmacie et une IDE en diabétologie. Le support pédagogique intègre des quizzs avec boîtier de vote interactif qui permettent l'évaluation des pratiques et des connaissances. Les résultats de la première session ont été recueillis et analysés.

Résultats

Douze IDE de différents services de soins ont assisté à la formation. Concernant les modalités de conservation de l'insuline, 3 IDE (25 %) gardent l'insuline au réfrigérateur après ouverture et 8 IDE (67 %) ne conservent pas les flacons à l'abri de la lumière. Quatre IDE (33 %) utilisent le contenant jusqu'à épuisement sans tenir compte de la date d'ouverture. Onze IDE (92 %) collent l'étiquette patient sur le capuchon du stylo. Concernant l'administration au stylo injecteur, 8 IDE (67 %) ne réalisent pas de pli cutané. La désinfection à l'alcool n'est systématique que pour 50 % d'entre eux. Un IDE sur deux ne réalise pas la remise en suspension des insulines mixtes. L'évaluation des pratiques d'administration d'insuline en IV à la seringue électrique révèle plus de 80 % de bonnes réponses.

Discussion

Cette première session de formation révèle une méconnaissance globale des modalités de conservation de l'insuline. Les pratiques d'administration mettent en exergue une hétérogénéité, en particulier lors de la manipulation des stylos injecteurs. Ces lacunes montrent une nécessité de déployer la formation du personnel soignant concernant ces médicaments à risque. D'autres sessions de formation sont prévues, au cours desquelles des résultats supplémentaires seront recueillis. Un audit des pratiques est à envisager par la suite, afin d'évaluer l'efficacité de ces formations et leur impact sur la sécurisation des pratiques.

Mots-clés :

Insuline/usage thérapeutique, Connaissances, attitudes et pratiques en santé, Erreurs médicamenteuses/prévention et contrôle

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'une chambre des erreurs comme outil ludique de formation et de sensibilisation aux erreurs

Auteurs :

Boscher C., Meyer EP., Lobjois L., Joly D., Lacour C., Vangrevelinge S.

CH Sainte-Catherine, Saverne

Résumé :

Contexte

La chambre des erreurs est un outil de simulation en santé destiné à analyser les événements indésirables. En raison de son intérêt démontré, nous avons utilisé cet outil dans notre établissement de santé.

Objectifs

L'objectif est de sensibiliser les soignants aux différents risques liés à la prise en charge d'un patient et de développer la culture qualité au sein des équipes.

Matériel et méthodes

Un groupe pluridisciplinaire a été créé (médecin, infirmière, hygiéniste, pharmacien, ingénieur qualité) et s'est réuni à quatre reprises afin d'organiser la création de la chambre des erreurs : choix des erreurs (basé sur le retour d'expérience interne, les observations sur le terrain et les never event), détermination du lieu, du matériel nécessaire, élaboration d'un bulletin de participation, d'un bulletin de réponses, de supports de communication. La chambre des erreurs a été mise à disposition des professionnels cinq jours lors de la semaine de sécurité des patients. La pièce se constituait de 2 zones : la chambre du patient et un poste de soins. Quinze erreurs ont été volontairement glissées : 8 concernant le circuit du médicament, 5 relatives à l'hygiène et 2 pour l'identitovigilance. Le bulletin de participation était remis à chaque participant à l'entrée de la chambre. L'identification des erreurs s'effectuait de façon libre pendant 10 minutes, puis à la fin de chaque session, un débriefing était organisé avec la remise du bulletin de réponse.

Résultats

Au total 246 professionnels ont participé (100 infirmiers, 74 aides-soignants, 31 étudiants, 14 sages-femmes, 12 médecins...). Les erreurs les plus souvent identifiées sont : le bassin plein posé sur un fauteuil (99 %), la poche à urine en contact avec le sol (99 %), le flacon d'antiseptique ouvert non daté (87 %), l'erreur de tri des déchets (78 %) et le pot à médicament non identifié au nom du patient (71 %). Les erreurs les moins détectées sont la prescription de KCl sans dilution (22 %), la prescription de paracétamol per os et IV (31 %) et le traitement personnel laissé sur le chevet (42 %).

Conclusion

Cette première expérience a été appréciée par l'ensemble des participants. Elle a permis de rassembler les équipes autour d'un concept nouveau, interactif et ludique. Des axes d'amélioration sur les pratiques professionnelles ont été mis en évidence lors du débriefing et font l'objet de travaux. L'établissement envisage de renouveler cette opération tous les deux ans dans l'objectif d'améliorer de manière continue la sécurité du patient.

Mots-clés :

Simulation, Erreurs, Risques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La chambre des erreurs : la sécurité des patients en jeu !

Auteurs :

Bellegarde J., Andanson-Macchi M., Girault A., Rimpici C., Munoz-Duran N., Pasquier S., Chausset R., Ducroz S., Gilbert J., Lesbre J., Debord S., Picarelli V.

CH Montluçon

Résumé :

Contexte

Dans le cadre de la semaine sécurité des patients 2015, notre établissement a inauguré une chambre des erreurs. Cet outil de simulation en santé a pour but d'améliorer la communication sur la qualité et la sécurité des soins et d'inciter à la déclaration d'événements indésirables de façon ludique, dans une démarche globale d'amélioration des pratiques professionnelles.

Objectifs

Sensibiliser le personnel hospitalier à la sécurité des soins et à la bonne prise en charge des patients.

Matériel et méthodes

Une chambre de patient, une salle de soins et un couloir avec un chariot de ménage ont été aménagés en introduisant 26 erreurs portant sur 4 domaines : prise en charge médicamenteuse (PECM) regroupant médicaments et dispositifs médicaux, identitovigilance, hémovigilance et hygiène. Une campagne de communication s'est articulée autour de mails, affiches, flyers et article dans la presse locale. Une équipe pluriprofessionnelle a accueilli les participants, qui se déplaçaient librement dans les 3 zones munis d'un questionnaire. A la sortie, ils le remettaient à un animateur qui analysait avec eux leurs réponses et leur donnait une plaquette explicative.

Résultats

On dénombre 104 participants de 14 catégories professionnelles répartis en 30 services avec une participation plus faible des services de soins. Les pourcentages moyens de bonnes réponses par secteur sont respectivement de 18 % (PECM), 58 % (identitovigilance), 67 % (hémovigilance) et 62 % (hygiène). Les erreurs les plus fréquemment retrouvées par secteur sont le produit frigo non rangé, les tubes de prélèvement non étiquetés, l'identité du patient différente entre la carte de groupe sanguin et la fiche de délivrance nominative de culot globulaire et la présence de la plante et du bassin rempli sur la table de chevet. Les écarts passés le plus inaperçu sont l'erreur du montage de perfusion avec les valves, l'identité différente entre le bon de demande de prélèvement et les étiquettes, le contrôle pré-transfusionnel incomplet et la mauvaise dilution du produit du chariot de ménage. On note le signalement par les participants d'erreurs introduites involontairement.

Conclusion

Cette première expérience a reçu un accueil très enthousiaste auprès du personnel et sera reconduite. Les erreurs non intentionnelles décelées incitent à une plus grande rigueur lors de la mise en place de la chambre. Les horaires d'ouverture sont à ajuster afin de permettre au plus grand nombre de participer. Un plan d'action d'améliorations sera mis en place dans chaque secteur.

Mots-clés :

Sécurité des patients, Apprentissage basé sur la résolution de problèmes, Amélioration de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse de la consommation des antalgiques et mise en place d'un outil de calcul

Auteurs :

Cottalorda A., Leclerc J.

Hôpital local Jean-Baptiste Caron, Crèvecœur-le-Grand

Résumé :

Contexte

La loi Kouchner, relative aux droits des malades, reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. La procédure de certification des établissements de santé demande un suivi annuel de la consommation des antalgiques, afin de suivre et d'évaluer la prise en charge de la douleur.

Objectifs

Le but de ce travail est de mettre en place un suivi de la consommation des antalgiques, et de créer un document de calcul, disponible pour les autres établissements.

Matériel et méthodes

Nous avons choisi d'utiliser l'indicateur de référence utilisé pour les antibiotiques : le nombre de Doses Définies Journalières pour 1 000 journées d'hospitalisation (DDJ/1 000 JH). Nous nous sommes également inspirés de l'outil de calcul des antibiotiques, disponible sur santé.gouv.fr. L'analyse a été réalisée par molécule, par paliers d'antalgiques et par secteurs d'activité de l'établissement.

Résultats

Le paracétamol est la molécule la plus consommée sur l'ensemble de l'établissement (288 DDJ/1 000 JH), suivi du paracétamol en association puis du tramadol (seul ou en association).

Le nombre de DDJ/1 000 JH dans le service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) est deux fois supérieur à celui des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), lié à la différence de profil des patients respectivement pris en charge. De même, la consommation d'antalgiques de palier 2 et 3 dans le service de SSR (environ 40 %) représente le double de celle des EHPAD. Le palier 1 est celui préférentiellement prescrit en EHPAD (80 %).

Discussion

Cet indicateur permet une interprétation plus facile par les professionnels de santé, en mettant en lien la consommation d'antalgiques avec le nombre de patients et de journées d'hospitalisation. Ainsi, une partie des consommations des antalgiques de palier 1 en EHPAD pourrait être expliquée par des prescriptions souvent en systématiques et parfois peu réévaluées.

Notre document de calcul sera disponible sur le site internet de l'établissement. Il constitue un support d'aide pour les autres établissements, afin de s'inscrire dans un système d'échange pour améliorer le suivi de la prise en charge de la douleur.

Mots-clés :

Antalgiques, Consommation, DDJ

Références

[1] "ATC/DDD Index 2016. http://www.whocc.no/atc_ddd_index/"

[2] "Outil de calcul automatique des consommations d'antibiotiques des établissements de santé selon la méthodologie préconisée par le guide. <http://social-sante.gouv.fr/spip.php?page=recherche&recherche=DDJ>"

[3] "Guide pour une méthode de calcul de la consommation des antibiotiques dans les établissements de santé et en ville. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-2.pdf>"

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Document unique de sécurité en unité de pharmacotechnie

Auteurs :

Darricau B., Rossard C., Drapeau F., Hoarau L., Chan Ou Teung F., Rosbicki S.

CHU Sud Réunion

Résumé :

Contexte

L'unité de la pharmacotechnie est en démarche pour l'obtention de la certification ISO 9001 qui définit une série d'exigences concernant la mise en place d'un système de gestion et de management de la qualité.

En application des articles L. 4121-1 à 3 et R. 4121-1 et 2 du code du travail, tout employeur est tenu d'élaborer et de tenir à jour un document unique d'évaluation des risques qui recense l'ensemble des risques pour la santé et la sécurité du personnel dans l'entreprise. Ce document fait partie du système qualité.

Objectifs

Rédaction du document unique de sécurité de l'unité de la pharmacotechnie.

Matériel et méthodes

A partir d'une étude de terrain, les différents risques par poste de travail ont été relevés.

Ces risques ont ensuite été cotés suivant 3 critères : le niveau de gravité (NG), le niveau d'exposition (NE) et le niveau de maîtrise (NM) afin d'obtenir un niveau de risque résiduel (NRR) avec $NRR = NE \times NG \times NM$.

Le critère de NG reprend la gravité des conséquences d'un accident s'il se produisait sans tenir compte de mesures de préventions existantes.

Selon les résultats du NRR (> 49, entre 20 et 49 et < 21), la priorité d'action (1,2 et 3 respectivement) a été définie et des plans d'action ont été mis en place.

Résultats

43 situations dangereuses ont été relevées en pharmacotechnie, 3 avec un NRR entre 21 et 49, et 40 avec un NRR inférieur à 21.

Les situations dangereuses de priorité 2 concernent les risques liés à l'ouverture d'un carton contenant des flacons de cytostatiques cassés (NRR = 24.5), à l'utilisation d'un scalpel (NRR = 49) et aux trajets domicile-travail (NRR = 49) respectivement.

Le risque principal de priorité 3 concerne le risque lié à la manipulation quotidienne de produits cytostatiques (NRR = 20).

Conclusion

Afin de diminuer les risques qui ont été identifiés, des plans d'action ont été mis en place, notamment un circuit dédié pour les colis contenant des cytostatiques avec ouverture par un personnel formé spécifiquement ainsi que la suppression des scalpels et l'achat de cutter de sécurité.

Pour les risques liés à la manipulation quotidienne de produits cytostatiques, la maîtrise passe par la formation continue et régulière d'un personnel dédié affecté exclusivement au service de la pharmacotechnie.

Mots-clés :

Gestion des risques, Contrôle de la qualité, Préparation de médicament

Références

Code du travail

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan d'un an d'exploitation d'un automate de Préparation de Doses à Administrer : analyse des erreurs de production

Auteurs :

Andre T., Rey F.

CH Centre Bretagne, Noyal-Pontivy

Résumé :

Contexte

Afin de sécuriser le circuit du médicament, une Dispensation Individuelle Nominative Automatisée (DINA) est déployée sur 594 lits grâce à un automate de Préparation des Doses à Administrer (PDA) HD-MEDI JV400®. La DINA permet de produire les formes orales sèches prescrites en systématique entières ou fractionnées. Les doses produites bénéficient d'un contrôle visuel post-production.

Objectifs

Identifier les erreurs et estimer le taux d'erreur post-production.

Matériel et méthodes

Les erreurs de déconditionnement et les erreurs de préparation (demi et quart de comprimé) sont recensées. Une fiche navette accompagne les doses produites par l'automate sur laquelle sont recensées la nature et le nombre des erreurs constatées par les préparateurs en pharmacie et les infirmières, puis elle est retournée à la pharmacie.

Résultats

La production de 2015 s'élève à 1 968 151 doses. Les fiches navette retournées et analysées correspondent à 1 025 229 doses soit 52,1 % de la production. Le nombre total d'erreurs mises en évidence est de 4 415 soit 0,4 % des doses analysées. Parmi ces erreurs : 3 898 ont été détectées et corrigées avant la délivrance au service et 517 ont été identifiées par les infirmières ce qui représente 0,05 % des doses analysées. Les erreurs détectées sont : le décalage d'un comprimé : 1 534 doses ; une quantité inexacte de médicament : 1 394 doses ; la perte d'intégrité du médicament (gélule éclatée, comprimé cassé) : 875 doses ; une erreur de préparation des prises fractionnées : 517 doses ; la présence d'un corps étranger : 78 doses ; un aspect non conforme : 17 doses. On recense 17 erreurs de déconditionnement dans les pots intermédiaires de stockage avant remplissage des cassettes de l'automate.

Discussion

Les deux principaux biais de cette étude sont d'une part, le risque d'une sous-déclaration des erreurs corrigées par les déclarants et d'autre part, cette analyse ne porte que sur 52.1 % de la production. Cependant, le nombre de doses analysées est suffisamment important pour garantir la fiabilité des résultats. L'automate génère 0,4 % d'erreurs qui sont actuellement corrigées par un contrôle visuel, mais qui pourrait à l'avenir, être substitué par un système automatisé de contrôle. Parmi les erreurs identifiées par les infirmières, certaines sont en réalité des modifications de prescription post-production. En conclusion, la DINA constitue une organisation fiable généralisable à l'échelle d'un établissement.

Mots-clés :

Technologie en pharmacie, Pharmacie, Qualité, accès, évaluation des soins de santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Vers une amélioration de la qualité de la déclaration ascendante en matériovigilance

Auteurs :

Bancourt T.¹, Codeville F.¹, Vandycke D.¹, Champion B.², Odou P.¹

¹ CHRU Lille

² ARS Nord Pas-de-Calais

Résumé :

Contexte

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) en lien avec l'Agence Régionale de Santé a démarré une phase pilote dans notre région visant à mettre en place un correspondant régional de matériovigilance dont l'une des missions consiste à favoriser la remontée et la qualité des déclarations du réseau local.

Objectifs

Évaluer la qualité des déclarations ANSM émises par les échelons locaux des établissements de santé de la région afin d'améliorer par la suite l'analyse de risque des incidents de matériovigilance reçus.

Matériel et méthodes

Les formulaires cerfa provenant des établissements de santé (ETS) de la région ont été analysés rétrospectivement d'avril à novembre 2015 à partir d'une grille de recueil. La qualité de la déclaration est évaluée à partir des informations indispensables au traitement de l'incident : le nom du déclarant, la dénomination commerciale et le lot du dispositif médical (DM), les conséquences cliniques constatées, la lettre de l'arbre décisionnel, la typologie de l'incident et les données supplémentaires de l'incident recueillies à partir des questionnaires type mis en place par l'ANSM pour une catégorie de DM spécifique.

Résultats

Parmi les 219 formulaires analysés, 53 % (n = 116) des déclarations intègrent l'ensemble des informations indispensables au traitement de l'incident. 80 % (n = 175) des signalements émanent directement du correspondant local de matériovigilance de l'établissement (CLMV). La dénomination commerciale et le lot du produit sont précisés (n = 216). La gravité avérée de l'incident est décrite à 77 % (n = 169) tandis que la lettre de l'arbre décisionnel est omise dans 46 % (n = 100) des cas. La typologie de l'incident est systématiquement indiquée. 40 incidents nécessitent d'obtenir des données complémentaires sur l'incident. Pour 45 % (n = 18) d'entre eux, un questionnaire type a été complété puis adressé à l'ANSM.

Discussion

La qualité des déclarations émises par les échelons locaux est globalement satisfaisante. Cet état des lieux a permis de cibler les informations manquantes le plus souvent dans les déclarations. Suite à cela, un support d'information a été élaboré. Cet outil est destiné à sensibiliser les CLMV des ETS de la région à propos des informations pertinentes à faire remonter à l'ANSM pour améliorer en aval l'analyse du signalement.

Mots-clés :

Matériovigilance, Déclaration ascendante, Amélioration

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 291

Titre :

PEMETREXED : dose prescrite et dose exacte prélevée

Auteurs :

Levenbruck C., Badibouidi F., Verbrigghe C., Charvolain P., Pitre C.

GHPSO, Creil

Résumé :

Contexte

Le pémétréxed 500 mg est disponible depuis 2004, sous la forme d'un lyophilisat pour solution injectable à reconstituer avec 20 ml de chlorure de sodium 0,9 %.

Le flacon de 100 mg est commercialisé depuis 2007, il est à reconstituer avec 4,2 ml de chlorure de sodium 0,9 %.

La concentration de la solution reconstituée est d'environ 25 mg/ml de pémétréxed.

Objectifs

Mesurer le volume de la solution reconstituée et calculer la concentration de pémétréxed après reconstitution afin de prélever la dose exacte prescrite.

Matériel et méthodes

Notre travail a été réalisé de novembre 2015 à janvier 2016. Après reconstitution selon le résumé caractéristique du produit, le manipulateur a mesuré le volume de la solution reconstituée à l'aide d'une seringue luer-lock de 5 ml et 30 ml (respectivement pour les flacons de 100 et 500 mg). Pour chaque dosage les paramètres suivants ont été calculés : nombre de flacons reconstitués, volume mesuré (moyenne), concentration, écart-type et intervalle de confiance des concentrations. Nous avons comparé statistiquement les concentrations calculées dans les deux flacons avec un risque α de première espèce.

L'extraction sur le logiciel CHIMIO® des patients ayant reçu le pémétréxed en 2015 nous a permis de déterminer les doses prescrites.

Résultats

Sur la période de l'étude, 42 flacons de pémétréxed 500 mg et 60 flacons de 100 mg ont été reconstitués par 6 préparatrices.

Pour les flacons de 100 mg :

- Volume après reconstitution = 4,21 +/- 0,01 ml soit une concentration moyenne de 23,76 +/- 0,05 mg/ml.

- Intervalle de confiance des concentrations = [23,72;23,81] mg/ml.

Pour les flacons de 500 mg :

- Volume après reconstitution = 20,30 +/- 0,02 ml soit une concentration moyenne de 24,62 +/- 0,13 mg/ml.

- Intervalle de confiance des concentrations = [24,52;24,76] mg/ml.

Ces résultats montrent une différence significative des concentrations des flacons de 100 mg et de 500 mg après reconstitution au risque α de première espèce ($p = 0,05$).

Sur l'année 2015, 37 patients ont reçu du pémétréxed à la dose de 500 mg/m² soit 165 préparations. 43 ont été prescrites à des doses multiples de 100 et 122 prescrites à des doses intermédiaires (ex : 830 mg, 775 mg).

Conclusion

La différence des concentrations des flacons reconstitués rend délicat le prélèvement de la dose ajustée au volume. Ceci montre l'intérêt des doses prescrites par multiple de 100 qui permettra également de limiter la perte de produit lié à son utilisation. La limite de notre travail a été de n'avoir pas dosé le pémétréxed dans les flacons reconstitués.

Mots-clés :

Pémétréxed, Concentration, Dose

Références

[1] Dossier du CNHIM, anticancéreux : utilisation pratique, 7^{ème} édition, décembre 2013, XXXIV, 5-6

[2] www.theriaque.org

[3] www.vidalhoptimal.fr

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'un échelon régional de matériovigilance : retour d'expérience après une année d'activité

Auteurs :

Bancourt T.¹, Codeville F.¹, Vandycke D.¹, Champion B.², Odou P.¹

¹ CHRU Lille

² ARS Nord Pas-de-Calais

Résumé :

Contexte

Depuis le 1^{er} décembre 2014, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) en lien avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) a initié une phase pilote visant à tester un échelon régional de matériovigilance dans le cadre du projet de loi relatif à la stratégie nationale de santé fondé sur l'efficacité des vigilances sanitaires. Un correspondant régional de matériovigilance (CRMV) a ainsi été nommé.

Objectifs

L'objectif de cette étude consiste à montrer l'intérêt de cet échelon régional de matériovigilance après une année d'activité.

Matériel et méthodes

L'analyse repose sur 5 indicateurs d'activité centrés sur l'animation du réseau des correspondants locaux de matériovigilance (CLMV) menée par le CRMV :

- 1/ le taux de mise à jour de l'annuaire des CLMV,
- 2/ le nombre de CLMV ayant exprimé un besoin de formation en matériovigilance,
- 3/ le taux de satisfaction des CLMV suite aux réunions d'information menées par le CRMV,
- 4/ le nombre de questions reçues par le CRMV,
- 5/ le ratio entre le nombre de déclarations ANSM émises en région de mai à novembre 2014 vs mai à novembre 2015.

Résultats

La région comprend 133 CLMV.

- 1/ 86 % (n = 114) de l'annuaire des CLMV a été intégralement mis à jour.
- 2/ 83 % (n = 110) des CLMV souhaitent recourir à une formation théorique et pratique sur le système de déclaration de matériovigilance. 63 % (n = 52) des CLMV mentionnent vouloir accéder à des retours d'expérience issus d'autres établissements pour mutualiser leurs expériences.
- 3/ 12 réunions régionales d'information ont regroupé 78 CLMV, très satisfaits à 92 % (n = 72) par ces rencontres. La mise en place d'une première journée régionale de matériovigilance au sein de notre établissement réunissant l'ANSM, l'ARS, le CRMV et 39 CLMV a répondu aux attentes de tous les participants.
- 4/ Le CRMV reçoit en moyenne 2 questions/semaine de la part du réseau local.
- 5/ Le nombre d'alertes ascendantes adressées à l'ANSM a augmenté de 47 % (351 en 2014 vs 515 en 2015).

Conclusion

La mise en place d'un CRMV permet d'une part d'assurer l'animation d'un réseau multidisciplinaire et d'autre part de répondre aux problématiques que rencontrent les CLMV dans le cadre des missions qui leur sont confiées. De plus, la mise en place d'un réseau dans notre région tend à favoriser la remontée des déclarations. Ce premier bilan devra être réévalué en prenant compte du nouveau périmètre défini dans le cadre de la réforme territoriale.

Mots-clés :

Matériovigilance, Echelon régional, Retour d'expérience

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

"La Chambre des 7 erreurs" : une expérience coopérative déployée dans 35 établissements lors de la semaine de la sécurité des patients

Auteurs :

Monchablon C.¹, Plé J.¹, Le Bourhis-Zaimi M.², Breteau A.¹, Guet L.², Forgue A.³, Massy N.⁴, Verland C.⁵, Doucet J.¹, Monzat D.¹

¹ OMÉDIT Normandie

² CHU Rouen - Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales, Rouen

³ ARS Normandie

⁴ Centre régional de pharmacovigilance, Rouen

⁵ Comité inter associatif sur la santé, Rouen

Résumé :

Contexte

Les actions de communication et de sensibilisation organisées pour la semaine sécurité des patients (SSP) favorisent l'émergence d'une culture de sécurité partagée par l'ensemble des professionnels et des usagers. La "chambre des erreurs" (CE) est un outil ludique et innovant de simulation en santé destiné à sensibiliser aux risques liés aux soins.

Objectifs

- Permettre aux établissements de santé (ES) de la région l'accès à la simulation en santé par la mise à disposition d'un kit clé en main de déploiement d'une CE régionale.
- Evaluer la mise en place de la CE en région.

Matériel et méthodes

Pour la SSP 2015, un groupe de travail (GT) constitué de partenaires régionaux concernés par la sécurité des soins et de professionnels ayant déjà expérimentés une CE a élaboré un scénario unique de CE. Il comporte 7 erreurs "usagers" et 7 erreurs supplémentaires "professionnels". Les erreurs dissimulées concernent : les produits de santé (PDS), l'hygiène, l'identitovigilance et la bientraitance. Le GT propose à tous les ES un kit (scénario, liste de matériel, flyers...) et un cofinancement de matériel (mannequin). Les ES adhérents s'engagent à retourner les résultats de leur CE (participants, erreurs trouvées...) pour une évaluation régionale.

Résultats

35 ES ont mis en place la CE et ont communiqué leurs résultats. 3 159 personnes ont visité la CE : 1 030 usagers et 2 129 professionnels.

Le nombre médian d'erreurs retrouvées par les usagers est de 4/7. Les plus retrouvées relèvent de l'hygiène (retrouvées par 83,2 % des usagers) et les moins retrouvées concernent les PDS (détectées par 38 % des usagers). Chez les professionnels (25 % d'aides-soignants, 24 % d'infirmiers, 12 % d'étudiants, 8 % d'agents des services hospitaliers, 6 % de cadres et médecins, 2 % préparateurs, 1 % pharmaciens...), le nombre médian d'erreurs détectées est de 7/14. Les plus retrouvées relèvent de l'hygiène (65 %). Les erreurs PDS et identitovigilance sont les moins détectées : médicaments périmés (25 %), gélule LP ouverte (30 %), pilulier sans étiquette patient (35 %).

Conclusion

Cette expérience est très positive : fort taux de participation (notamment des usagers) et satisfaction des ES. Cet outil a permis la sensibilisation aux erreurs et pourra être pérennisé comme outil de formation continu. La mutualisation des données régionales et leur analyse permet la mise en évidence de pistes de travail pour renforcer la sécurité des soins.

Mots-clés :

Sécurité du patient, Risque, Simulation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 294

Titre :

Mise en place de la Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) du bevacizumab (BVZ) dans une pharmacie hospitalière : validation de l'essai de stérilité (Partie IV)

Auteurs :

Yailian AL., Boisrame J., Cassier P., Doucey P., de Bastiani C., Ducarre B., Lenfant M., Salmon D., Diouf EH., Roussel-Berlier L., Pirot F., Pivot C.

HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

Pour valider les essais de stérilité, la Pharmacopée Européenne impose de vérifier la filtrabilité, la fertilité et la stérilité des milieux utilisés. L'essai de fertilité est primordial du fait d'une possible interférence entre molécules actives, excipients et constituants des milieux (e.g., inhibition de croissance bactérienne, instabilité physico-chimique). La RTU récente du BVZ exige de contrôler la stérilité des seringues à l'issue du remplissage. Cependant, il n'existe, a priori, aucune donnée sur la fertilité des milieux de culture en présence de BVZ 25 mg/mL.

Objectifs

L'objectif de ce travail était d'étudier la faisabilité d'essais de stérilité du BVZ par filtration sur membrane. Ainsi, des essais de fertilité de milieux de culture ont été effectués pour valider l'absence d'interférences dans la préparation de BVZ (e.g., polysorbate 20).

Matériel et méthodes

La granulométrie du BVZ a été déterminée pour valider la filtrabilité de l'anticorps après dilution. L'essai de fertilité des milieux de culture (trycane-soja et thioglycolate) en présence ou non de BVZ a été effectué avec 6 souches calibrées à 30 UFC de bactéries anaérobies (*Clostridium sporogenes*), aérobies (*Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus subtilis*), levures et moisissures (*Candida albicans*, *Aspergillus brasiliensis*). Ainsi, 6 flacons correspondaient au témoin positif (souche + milieu) et 6 flacons correspondaient au test (souche + milieu + BVZ). Après filtration, les flacons ont été incubés entre 30-35°C ou 20-25°C pendant 5 jours.

Résultats

La taille du BVZ (15.4 ± 0.30 nm) était compatible avec une filtration sur membrane à 0.22 µm. Après 48 h d'incubation, une culture positive a été observée pour les 12 flacons (témoins positifs + tests). Un repiquage des milieux sur gélose a confirmé une croissance microbienne sans contamination extérieure liée à la manipulation. L'unique différence portait sur l'aspect de la croissance bactérienne de 2 flacons tests (*Staphylococcus aureus* et *Clostridium sporogenes*) par rapport aux témoins positifs après 48 h, différence non visible après 5 jours.

Conclusion

La présence de BVZ dans des milieux usuels de culture bactérienne et fongique n'inhibe pas la prolifération microbienne. En conséquence, une éventuelle contamination de la préparation pourra être détectée lors de la réalisation du test de stérilité. Par ailleurs, une nouvelle technologie de détection rapide et ultrasensible des contaminations microbiennes est à l'étude dans notre établissement pour une libération rapide des lots.

Mots-clés :

Bevacizumab, Filtration, Stérilité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Revue des erreurs médicamenteuses associées à la prescription des anticoagulants

Auteurs :

Lançon S., Mutombo M., Devos C., Desaintfusien E., Bonenfant C., Guenault N.

CH Armentières

Résumé :

Contexte

A travers l'analyse pharmaceutique et la conciliation médicamenteuse, les pharmaciens sont régulièrement confrontés à des erreurs de prescription. Concernant les anticoagulants, ces erreurs constituent des never events qui nécessitent la mise en place d'actions de prévention de façon prioritaire [1].

Objectifs

L'objectif de l'étude est d'analyser les erreurs médicamenteuses (EM) survenant lors de la prescription d'anticoagulants, afin de sécuriser leur utilisation.

Matériel et méthodes

Une étude descriptive rétrospective a été réalisée sur les EM associées à la prescription informatisée d'au moins un anticoagulant oral ou parentéral, et déclarées entre le 1^{er} janvier 2014 et le 30 juin 2015. Les EM étaient caractérisées par : l'âge du patient, le ou les anticoagulant(s) impliqué(s), la nature, le type et la gravité de l'EM. Les données ont été analysées avec Excel®.

Résultats

Sur la période de l'étude, 10,9 % (109/1002) des EM déclarées étaient associées à la prescription d'anticoagulants. Ces erreurs sont survenues chez 107 patients, dont 88 % avaient 65 ans ou plus. Au total, 128 anticoagulants étaient impliqués. Parmi eux, les anti-vitamines K (AVK) (55 EM) et les héparines de bas poids moléculaires (39 EM) étaient les plus retrouvés. Les EM concernaient principalement la dose (46,8 %), le médicament (27,5 %) et le moment ou la durée d'administration (20,2 %). Les types d'EM les plus fréquemment observés étaient les surdosages (20,2 %), les erreurs d'alternance dans les prises d'AVK (13,8 %), la non prise en compte de l'insuffisance rénale (13,8 %), les doublons de prescription (11,9 %) et les relais incorrects (11,9 %). Enfin, les EM sont parvenues jusqu'au patient dans 45,8 % des cas, et une EM associée à un surdosage en enoxaparine a mis en jeu le pronostic vital d'un patient.

Discussion

Cette étude met en évidence une fréquence élevée d'EM associées à la prescription des anticoagulants, particulièrement au niveau de la dose. Ces médicaments, et en premier lieu les AVK sont de forts pourvoyeurs d'iatrogénie, notamment chez les populations à risque comme les sujets âgés. D'autre part, l'informatisation, dont le but est de sécuriser le circuit du médicament, a favorisé un nombre important d'EM [2]. Afin de sensibiliser les prescripteurs aux différents risques identifiés, ces résultats ont été présentés à la commission médicale de l'établissement. Des formations plus ciblées à l'utilisation du logiciel de prescription et au bon usage des anticoagulants ont également été mises en place.

Mots-clés :

Anticoagulants, Erreurs médicamenteuses, Sécurité du patient

Références

[1] Circulaire DGOS/PF2 n° 2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé

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

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt d'une sous-traitance des préparations non stériles pour un centre hospitalier général ?

Auteurs :

Sémély D.², Vallat J.², Serée de Roch X.², Ramjaun Z.¹

¹ CHU Toulouse

² CH Montauban

Résumé :

Contexte

La mise en œuvre des Bonnes Pratiques de Préparations (BPP) engendre des coûts et mobilise des moyens en personnel pour atteindre le niveau de qualité requis, ce quel que soit le volume de production. Dans un contexte de développement des coopérations avec la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), les préparations non stériles constituent-elles une activité mutualisable au niveau régional ?

Objectifs

Évaluer l'intérêt pour un centre hospitalier général (CHG) de confier ses préparations non stériles à un autre établissement de santé.

Matériel et méthodes

Notre prestation a été comparée à celle d'un sous-traitant selon 4 items, qualité, maîtrise des risques, temps et coût. La qualité des préparations a été évaluée par 6 critères : formation initiale et continue, contrôles de masses et analytiques, conditionnement et étiquetage ; la maîtrise des risques par 5 critères : locaux, standardisation des procédés de fabrication, existence d'un responsable qualité et d'un manuel d'assurance qualité opérationnel et mis à jour. Les temps préparateur et pharmacien dédiés ont été relevés. Les coûts des préparations comprenaient les matières premières, les consommables et la main d'œuvre. Recueillies sur un an, les données ont été comparées à l'offre du sous-traitant selon leur grille tarifaire (préparations, logistique).

Résultats

En 2015, il a été réalisé 132 préparations magistrales (PM) non stériles soit 11 par mois, avec 3 906 gélules réparties en 81 lots, 35 formes buvables et 16 formes pour usages externes (lavements, pommades). Respectivement pour le CHG et le sous-traitant : 1/6 vs. 6/6 des critères qualité et 1/5 vs. 3/5 des critères maîtrise des risques sont atteints. L'activité représentait en moyenne 5 h par semaine en temps préparateur et 39 minutes par semaine en temps pharmacien. Le coût total des préparations était de 6 335 € contre une estimation de 4 260 € respectivement sans et avec sous-traitance.

Conclusion

Le choix de la sous-traitance garantit une amélioration de la qualité et de la sécurité des préparations par le respect des BPP. Elle va permettre de réserver nos capacités d'investissements pour d'autres activités et de redéployer du temps préparateur et dans une moindre mesure, du temps pharmacien. La baisse des coûts s'explique par la différence de production PM vs. préparations hospitalières. L'étude a priori a permis de valider le projet de sous-traitance au sein de notre CHG qui sera confirmé par une étude de suivi avec relevé prospectif des coûts réels et des non-conformités.

Mots-clés :

Préparations pharmaceutiques, Services externalisés, Assurance de la qualité des soins de santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Optimisation des chimiothérapies, application aux patients en hospitalisation de jour

Auteurs :

Gueneau P., Cransac A., Boulin M., Pernot C.

CHU Dijon

Résumé :

Contexte

L'augmentation du nombre de patients accueillis en hospitalisation de jour (HDJ) de cancérologie, impacte le circuit des chimiothérapies et allonge le temps d'attente des patients. Dans ce contexte, de nouveaux modèles d'organisation et d'anticipation ont été mis en place. Ainsi en 2015, 3 modèles cohabitent. Le modèle 1, correspond à une préparation extemporanée après le feu vert médical. Concernant le modèle 2, la préparation et la prescription sont anticipées. Enfin pour le modèle 3, des doses arrondies de Rituximab, Azacitidine et Bortézomib sont préparées de façon anticipées.

Objectifs

L'objectif est d'évaluer l'impact des différents changements d'organisation sur la prise en charge des patients d'HDJ.

Matériel et méthodes

Un audit clinique sur les délais de mise à disposition des préparations avant et après réorganisation a été réalisé. Il y a 2 phases de recueil de 15 jours, une en 2014 et une en 2015. Les données sont extraites du logiciel CHIMIO® et complétées par un questionnaire patient et un bordereau de traçabilité de transport. Les délais suivants sont calculés : le délai de prise en charge correspondant à la somme des délais de prescription, de validation pharmaceutique, de fabrication et contrôles, d'acheminement et de pose ; le délai de mise à disposition correspondant à la somme des délais de validation pharmaceutique, de fabrication et contrôles et d'acheminement. Un test statistique paramétrique de comparaison a été réalisé.

Résultats

157 questionnaires ont été recueillis en 2014 et 154 en 2015. Le délai de prise en charge globale est de 3 h 06 ± 1 h 30 en 2014 et de 2 h 50 ± 1 h 47 en 2015. Le délai de prescription est de 1 h 24 ± 1 h 36 en 2014 et de 1 h 47 ± 1 h 12 en 2015 ($p < 0.01$). Le délai de validation pharmaceutique est de 0 h 08 ± 0 h 10 en 2014 et 0 h 09 ± 0 h 17 en 2015. Le délai de fabrication et contrôles est de 0 h 59 ± 0 h 39 en 2014 et de 0 h 35 ± 0 h 39 en 2015 ($p < 0.01$). Le délai d'acheminement est de 0 h 15 ± 0 h 12 en 2014 et 0 h 12 ± 0 h 10 en 2015. Le délai de pose est de 0 h 51 ± 0 h 47 en 2014 et 0 h 58 ± 1 h 07 en 2015. Le délai de mise à disposition est de 1 h 23 ± 0 h 50 en 2014 et de 0 h 59 ± 0 h 48 en 2015.

Conclusion

La mise en place de ces nouveaux modèles d'organisation a permis d'améliorer significativement le délai de prescription et de fabrication et contrôles. Le délai de mise à disposition obtenu est désormais inférieur à 1 h 00. Mais le délai de prise de charge reste long avec un délai de pose important. L'organisation interne des services et le manque d'anticipation de la prémédication peuvent expliquer ce délai important.

Mots-clés :

Chimiothérapie, Hospitalisation de jour, Délai jusqu'au traitement

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse des risques a priori en unité de rétrocession : focus sur le processus de dispensation

Auteurs :

Darcissac C., Chappuy M., Iriaka B., Basset S., Moreno-Hidalgo A., Pivot C., Janoly-Dumenil A.

HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

La dispensation de médicaments dans une unité de rétrocession est un processus à risques.

Objectifs

Dans le cadre d'une démarche d'amélioration et de sécurisation de ce processus, nous avons réalisé une analyse des risques à priori.

Matériel et méthodes

Une analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC) a été menée sur 2 mois (été 2015). Durant 4 séances de brainstorming, nous avons décomposé le processus de dispensation en 7 étapes en analysant d'une part le risque patient et d'autre part le risque financier. Les risques identifiés ont été évalués selon leur fréquence (F), leur gravité (G) et leur détectabilité (D), à l'aide d'une échelle allant de 1 à 4. Un score de 4 correspondait à une fréquence élevée ou à un effet très sérieux pour le patient. Pour la détectabilité, un score de 4 mettait en valeur l'absence de détection d'un problème. La criticité (IC) a été calculée selon la formule : $IC = F \cdot G \cdot D$; plus cet index était élevé, plus l'étape était à risque. Nous avons défini une valeur seuil de déclenchement d'une action d'amélioration pour un $IC = 15$.

Résultats

L'AMDEC réalisée a permis d'identifier 41 risques. Les neuf risques suivants (22 %) dépassent la valeur seuil et nécessitent la mise en place d'une action d'amélioration. Cinq concernent l'accueil du patient (IC de 16 à 48) avec notamment l'attente au bureau des entrées ou la rupture du dialogue avec le patient due au téléphone. Deux autres avec un $IC = 18$ portent sur la réception de l'ordonnance et sa prise en charge (identification du patient, identification des autres traitements). Un risque ($IC = 18$) concerne l'étape de préparation de la demande avec la non-détection d'une interaction médicamenteuse en lien avec d'autres traitements de ville. Enfin, le dernier risque critique ($IC = 16$) est financier, et correspond à un renouvellement d'ordonnance trop rapproché (< 21 jours).

Discussion

La dispensation de médicament aux patients ambulatoires est un processus à risque. Certains risques sont difficilement modifiables (attente au parking, bureau des entrées...), par contre les étapes de prise en charge et préparation de la demande sont plus facilement maîtrisables. Afin d'améliorer le processus, nous avons mis en place 2 actions prioritaires : la mise en place de l'analyse systématique de l'ensemble des ordonnances du patient et la gestion de la réponse téléphonique par l'externe en pharmacie. Il sera intéressant d'évaluer l'impact de ces actions à 1 an en réalisant une nouvelle AMDEC.

Mots-clés :

Gestion des risques, Dispensation de médicaments, Patients ambulatoires

Références

Kaestli et al. Int J Clin Pharm., 36 (5): 953-62 (2014)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Elaboration de films au service de la santé : déployons l'analyse de scénario !

Auteurs :

Monzat D.¹, Thillard EM.¹, Monchablon C.¹, Breteau A.², Doucet J.¹, Bougle C.³

¹ OMÉDIT Normandie

² CHU Rouen

³ ARS Normandie

Résumé :

Contexte

La prévention des erreurs médicamenteuses est un élément clé pour la sécurisation de la prise en charge d'un patient. S'inspirant de l'expérience d'une région voisine, 2 régions ont souhaité unir leur force et s'appuyer sur l'essor de la simulation en santé et du développement de la culture positive de l'erreur pour fournir des outils innovants aux établissements de santé (ES) de leur région dans le cadre de l'analyse des risques.

Objectifs

Mettre à disposition des professionnels de santé (PS) des vidéos pédagogiques relatant des erreurs liées aux soins dans un but de sensibilisation, de formation et de retour d'expérience.

Matériel et méthodes

Deux groupes de travail composés de PS (médecins, pharmaciens, infirmières, référents qualité) se sont réunis en parallèle sur 2 régions pour élaborer des scénarii à partir d'une méthodologie commune. Ils sont basés sur des événements indésirables déclarés et analysés en comité de retours d'expérience. Leur choix est fait en fonction des erreurs (médicamenteuses, identitovigilance, Never events) et des problématiques (entrée, transfert, point de transition, urgence, sortie non programmée en HAD). Les scénarii ont permis de réaliser des court-métrages réalistes. D'autres documents ont été rédigés pour inclure cette vidéo dans une méthode d'analyse de scénario validée par la Haute Autorité de Santé.

Résultats

5 films de quelques minutes ont été tournés dans les hôpitaux à partir des scénarii.

Chacun relate une problématique, une erreur principale et d'autres erreurs :

- film 1 : erreur de dispensation et de préparation lors d'un transfert en HAD
- film 2 : erreur de prescription d'anticoagulant lors d'un transfert entre service, never events
- film 3 : surdosage de médicament à l'entrée
- film 4 : erreur identité lors d'un transfert des urgences à un service
- film 5 : erreur d'administration d'un gaz médical aux urgences (never events)

Les films sont accompagnés de diaporamas, méthodologie, fiche d'analyse synthétique. Des facteurs contributifs, barrières sont détaillés en regard des recommandations actuelles, pour une analyse lors d'un débriefing post-visionnage.

Conclusion

Ces films ont été diffusés lors de la Semaine de la Sécurité du Patient en novembre 2015. L'ensemble des films et du kit, en complément d'autres sont à disposition des ES qui souhaitent proposer un programme de formation pluridisciplinaires en l'intégrant à leur programme DPC. Les échanges entre les participants seront un atout clé pour mettre en place des actions d'amélioration au sein des ES.

Mots-clés :

Never events, Simulation en santé, Prévention

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'une démarche de certification ISO 9001 à la pharmacie d'un centre hospitalier psychiatrique

Auteurs :

Chaupin A., Segonds M., Texier N., Derrieux C., Bonnet L.

CH Gérard Marchant, Toulouse

Résumé :

Contexte

Après trois certifications HAS du circuit du médicament passées avec succès, la pharmacie d'un centre hospitalier psychiatrique a souhaité faire évoluer son organisation en entreprenant une démarche de certification ISO 9001 version 2008 du processus de dispensation.

Objectifs

Cette démarche, initiée en 2014, s'inscrit dans un objectif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Elle repose sur une approche plus industrielle qui s'articule autour de la satisfaction client et des grands principes du système management de la qualité.

Matériel et méthodes

L'obtention de la certification ISO 9001 passe par différentes étapes telles que l'engagement de la direction, la formation du personnel, la description de l'organisation de la pharmacie par une approche processus ou encore la maîtrise du système documentaire et la gestion des risques.

Afin d'initier la démarche, une étude de faisabilité a été effectuée après prise de contact avec une autre PUI déjà certifiée ISO 9001 pour la dispensation.

L'élaboration d'un calendrier a permis une planification des actions à réaliser et l'attribution d'un délai à chaque phase de travail.

Résultats

La direction a donné son accord à la démarche au mois d'août 2014, formalisé par une lettre d'engagement.

La formation du personnel a été réalisée par l'ingénieur qualité du centre hospitalier et par un consultant extérieur.

Un audit interne a été effectué afin d'évaluer le système existant.

L'approche processus a permis l'élaboration d'une cartographie, de fiches d'identité processus et l'identification des pilotes de processus.

Le système documentaire a été intégralement revu et intégré au sein d'un logiciel de gestion documentaire.

La déclaration et l'analyse des non-conformités a été mise en place de manière informatisée.

La préparation de la Revue de Direction et la réalisation d'un audit à blanc sont les dernières étapes à travailler avant la visite de l'organisme certificateur pour l'audit initial de conformité à la norme.

Conclusion

Cette démarche a permis de renforcer la dynamique qualité et de mobiliser l'ensemble de l'équipe autour d'un projet commun, favorisant ainsi la cohésion et la communication au sein du service. Le respect des délais fixés et la lourdeur des actions à mettre en œuvre peuvent paraître importants en termes d'activités, mais ils aboutissent à une amélioration durable de l'organisation et à des gains importants en termes de temps, d'image, de reconnaissance, de performance et d'efficacité.

Mots-clés :

Qualité, Certification, Circuit du médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 301

Titre :

Evaluer la compréhension et les attentes du corps infirmier (IDE) après la mise en place d'un référentiel sur les modalités d'administration des protocoles de chimiothérapie

Auteurs :

Lefebvre M., Meunier - Danel V., Dermigny V., Zorn V., Zimmer C., Untereiner C.

CH Haguenau

Résumé :

Contexte

En 2013, un document pédagogique destiné aux IDE, exposant les schémas de montage des dispositifs médicaux stériles adaptés aux plans d'administration des principaux protocoles de chimiothérapie prescrits (64) a été réalisé et diffusé au sein du centre hospitalier. Il doit optimiser et sécuriser l'administration des chimiothérapies en adéquation avec les préparations fournies par l'unité de reconstitution des cytotoxiques (URC).

Objectifs

Nous avons cherché à évaluer la compréhension, l'acuité de lecture, l'intérêt, l'envergure d'utilisation du document et les attentes restantes suite à la mise en place de ce référentiel.

Matériel et méthodes

Méthode :

- Réalisation d'un questionnaire à questions majoritairement fermées.
- Cible : IDE des 3 principaux services administrant les chimiothérapies.
- Diffusion sous format papier par l'intermédiaire des cadres des services.
- Délai de réponse d'un mois puis analyse.

Résultats

Sur 24 IDE interrogées, 100 % ont pris connaissance du document. 90 % ont lu les premières pages explicatives et le document est apparu clair et compréhensible pour plus de 85 %. 70 % considèrent que ce document les rend capables de choisir le matériel nécessaire à l'installation et 15 % souhaiteraient une formation. Les IDE sont satisfaites des deux formats du document : livret en service et version intranet. 20 % consultent le document à chaque installation, 20 % au moindre doute. 60 % considèrent connaître les schémas « par cœur » alors que 70 % ne réalisent d'administration que 2 à 3 fois par semaine. Environ 40 % n'utilisent pas le service que leur rend le document de pouvoir contrôler en tous points la qualité des produits livrés par l'URC mais suite à cette question 37 % envisagent désormais de le faire.

Discussion

Cette enquête montre que ce référentiel, bien accueilli par les IDE, est très largement connu parce que d'une grande accessibilité. Il permet pour la grande majorité une autonomie, une compréhension rassurante, une formation continue et une possible vérification des voies de perfusion et rinçage. L'évaluation met en avant deux points cruciaux : le référentiel permet une mémorisation rapide même pour les néophytes des schémas les plus utilisés ; les IDE ont un excès de confiance sur la conformité des préparations livrées par l'URC mais l'enquête les a resensibilisées sur le fait qu'elles sont un maillon du processus sécuritaire. Suite à l'évaluation d'utilisation du référentiel, une évaluation prévue des pratiques d'administration des chimiothérapies clôturera la boucle sécuritaire.

Mots-clés :

Services pharmaceutiques, Chimiothérapie, Adhésion aux directives

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La formation permet-elle de sécuriser l'administration des médicaments au pousse-seringue électrique ?

Auteurs :

Moch C., Teissonniere M., Marcotte G., Floccard B., Pereira S., Pivot C., Paillet C.

HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

La Haute Autorité de Santé (HAS) [1] et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) [2] ont publié des recommandations visant à prévenir les erreurs médicamenteuses. En réanimation, les médicaments à marge thérapeutique étroite sont fréquemment administrés au pousse-seringue électrique (PSE) pour une plus grande précision et une sécurité d'utilisation.

Objectifs

Nous avons souhaité évaluer le respect des bonnes pratiques d'utilisation des PSE, la cohérence entre la prescription et l'administration ainsi que l'impact d'une formation sur ces pratiques.

Matériel et méthodes

Un audit clinique a été réalisé selon la méthode de l'ANAES [3], dans un service de réanimation. Les prescriptions, les seringues ainsi que les données des PSE, centralisées dans le dossier informatisé du patient (ICCA®), ont été analysées en fonction des recommandations de l'HAS et de la SFAR. Étaient recherchés : l'étiquetage de la seringue (nom de la molécule, concentration, date et heure de préparation) et la cohérence entre la prescription et l'administration (molécule, concentration et quantité injectée). Un an après ce recueil de données, tous les infirmiers du service ont bénéficié d'une formation utilisant la simulation. Un second recueil de données a été réalisé 1 an après la formation. Les données qualitatives ont été comparées grâce à un test du Chi2.

Résultats

Durant la 1^{ère} phase de recueil, 37 PSE ont été audités alors que 47 ont été analysés durant la seconde phase. La formation a permis d'améliorer les mentions de l'étiquetage des seringues : nom du médicament sur l'étiquette (35 % vs 87 %, $p < 0,001$), date et heure de préparation (38 % vs 85 %, $p < 0,001$). Les infirmiers indiquent davantage la concentration du médicament sur la seringue depuis la formation (89 % vs 98 %, NS). La cohérence entre les médicaments prescrits et administrés est identique avant et après la formation (90 %). Les incohérences entre prescription et étiquetage des PSE concernant la quantité injectée (23 % vs 8 %, $p < 0,05$) et la concentration (30 % vs 12 %, NS) ont diminué après la formation.

Conclusion

Cet audit permet de souligner l'impact positif de la formation sur les pratiques des infirmiers lors de la préparation et de l'administration des médicaments au PSE. Cette amélioration permet de limiter l'iatrogénie potentielle et d'optimiser la prise en charge thérapeutique du patient. L'impact de cette formation semble efficace et pérenne. La présence d'un pharmacien de proximité dans le service permet de re-sensibiliser régulièrement les équipes.

Mots-clés :

Audit clinique, Formation continue, Évaluation des pratiques médicales par des pairs

Références

[1] Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments. HAS 2013

[2] Société française d'anesthésie et de réanimation, Aulagnier G, Dewachter P, Diemunsch P, Garnerin P, Latourte M, et al. Prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie. Recommandations de la SFAR. Paris : SFAR ; 2006.

[3] Audit clinique. ANAES 1999

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 303

Titre :

Le jeu des 16 erreurs : plus de 180 professionnels en action !

Auteurs :

Tirvert Gouju S., Bretot G., Favreau R., Feuillet S., Rémy E.

CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil

Résumé :

Contexte

Le cadre réglementaire impose à chaque établissement de santé la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité pour la sécurisation des soins. Les actions de simulation en santé patients permettent en partie d'y répondre.

La coordination de la gestion des risques (COGERI) de notre établissement, soutenue par la commission médicale d'établissement, la direction des soins et la direction qualité, s'est inscrit dans le projet régional de la chambre des erreurs, piloté par l'agence régionale de santé et l'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMÉDIT).

Objectifs

Les objectifs étaient de sensibiliser les professionnels de santé, aborder et comprendre des situations à risques, acquérir ou réactualiser des compétences, analyser des pratiques professionnelles et développer les démarches de retour d'expériences.

Matériel et méthodes

La COGERI, pour cette première expérience, s'est appuyée sur le kit fourni par l'OMÉDIT enrichi et adapté à son organisation et a souhaité n'impliquer que les professionnels de santé. Une collaboration indispensable s'est instaurée avec les services communication et logistique.

Salle de soins et chambre de patient fictives ont été reconstituées avec écarts ou risques potentiels dans 5 domaines (prise en charge médicamenteuse, risque infectieux, identitévigilance, alimentovigilance, bientraitance). Après une phase d'observation un debriefing permettait d'expliquer les erreurs aux participants. Cette organisation n'a engendrée aucun surcoût financier car s'est appuyée sur le matériel existant et l'implication volontaire de 19 professionnels.

Résultats

Au total, sur 4 jours et 3 sites différents, 182 professionnels, dont 22 infirmiers, 32 aides-soignants, 19 médecins, issus de médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et réadaptation et gériatrie, ont participé. En moyenne 8 erreurs ont été détectées avec un score maximum de 12. Les erreurs médicamenteuses et les risques infectieux ont été les mieux détectés dans leur ensemble. A contrario, l'identitévigilance et la bientraitance sont des thématiques à renforcer auprès des professionnels.

Conclusion

L'enthousiasme des participants et le partage d'expérience professionnelle, incite l'établissement à renouveler cette action tout en renforçant la mobilisation des paramédicaux et en impliquant les usagers. Affiner les résultats par catégorie professionnelle permettra d'établir un plan d'actions d'amélioration adapté afin de mieux maîtriser les risques associés aux soins.

Mots-clés :

Gestion du risque, Assurance de la qualité des soins de santé, Amélioration de la qualité

[Retour vers SOMMAIRESOMMAIRE](#)

Titre :

Etude de la stabilité d'un biosimilaire de l'Infliximab dilué dans du NaCl 0.9 % en poche de polyoléfine et conservé à 4°C et 25°C

Auteurs :

Vieillard V., Sauzay C., Astier A., Paul M.

APHP - Hôpital Henri Mondor, Créteil

Résumé :

Contexte

Les médicaments biosimilaires sont utilisés en France depuis 2006 mais l'infliximab est pour le moment le seul anticorps monoclonal biosimilaire sur le marché depuis 2015. Le RCP du biosimilaire étant superposable au princeps, la stabilité affichée est de 24 heures à 4 ou 25°C.

Objectifs

Une étude de stabilité préliminaire avec le princeps avait permis de démontrer une stabilité d'un mois à 4°C [1]. Le but de notre étude a donc été de déterminer la stabilité du biosimilaire durant 1 mois à 4 et 25°C.

Matériel et méthodes

Les flacons de 100 mg ont été fournis par le laboratoire Biogaran. Trois lots différents ont été utilisés pour la réalisation des poches. Les lyophilisats ont été reconstitués en conditions stériles sous flux laminaire vertical suivant les recommandations du RCP puis dilués aux concentrations finales de 0.7 mg/ml ou 1.6 mg/ml dans des poches de 50 ml de NaCl. Les poches ont été conservées à 4°C et à température ambiante, à l'abri de la lumière. La stabilité physico-chimique a été testée en utilisant les méthodes suivantes : turbidimétrie (formation d'agrégats), Spectrométrie UV (avec et sans dérivée seconde) pour la structure tertiaire, diffusion dynamique de la lumière, Spectrométrie couplée UV/IR, chromatographie ionique, chromatographie d'exclusion de gel et microscopie optique. Les analyses ont été réalisées en triplicate. Toutes les méthodes utilisées ont été démontrées comme indicatrices de stabilité pour les anticorps.

Résultats

Après 7 jours de conservation à 4°C et 25°C, il n'a pas été observé de signe d'instabilité physicochimique. A partir de J15, de légères modifications ont été observées en chromatographie ionique (répartition en % des différentes isoformes) et d'exclusion de gel (répartition en % des différents agrégats (dimères, oligomères), respectivement). Cependant, les aires sous courbes étaient inchangées et le taux de d'agrégats a toujours été inférieur à 0.5 %. Enfin, l'analyse de la structure tertiaire également a montré une modification à partir de J15. L'ensemble des modifications observé est en accord avec l'hypothèse d'une oligomérisation progressive par interactions hydrophobes. Leur significativité en termes d'impact sur l'activité biologique reste à évaluer.

Conclusion

En conclusion, le biosimilaire est stable 7 jours à 4 et 25°C. L'oligomérisation observée à partir de J15, sans cependant une augmentation du % global d'agrégats (< 0.5 %), nécessitera d'autres investigations avant de pouvoir conclure sur l'impact en termes de stabilité.

Mots-clés :

Infliximab, Biosimilaire, Stabilité

Références

[1] Guirao S et al. Stabilité de l'infliximab en solutions diluées APHIF Congress 2009

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 305

Titre :

Mise en place d'un outil ludique d'apprentissage des protocoles de chimiothérapie destinés aux préparateurs en pharmacie hospitalière

Auteurs :

Antonot M., Cassou N., Le Rol A., Partant C., Piriou G.

CHI de Cornouaille

Résumé :

Contexte

Notre Unité de Reconstitution Centralisée des Chimiothérapies (URCC) réalise environ 22 000 préparations par an avec une équipe composée de 3,5 postes de préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH). La validation pharmaceutique des chimiothérapies est réalisée la veille et les PPH sont autonomes vis-à-vis de la priorisation de l'ordre de fabrication des poches. Des retours d'expérience signalant une mise à disposition retardée des poches, la réorganisation de l'Hôpital de jour polyvalent (HDJ) en avril 2014 avec un taux d'occupation de 2 patients par lit et l'arrivée de nouveaux préparateurs ont rendu nécessaire l'amélioration de la formation des PPH de l'URCC.

Objectifs

Notre objectif est d'optimiser l'organisation de la fabrication des poches de chimiothérapie via l'amélioration des connaissances des PPH sur les modalités d'administration des chimiothérapies intraveineuses (IV) afin de fluidifier la mise à disposition des poches.

Matériel et méthodes

En concertation avec les équipes médicales et soignantes, nous avons synthétisé les principaux protocoles de chimiothérapie utilisés au sein de l'HDJ sous la forme de fiches éducatives permettant une approche simplifiée. Pour chaque protocole nous y avons fait figurer au recto : le nom du protocole, son indication (schématisée par une image représentant l'organe cible : sein, colon etc.), la chronologie des poches avec le solvant utilisé, leur durée d'administration. Sur le verso, nous avons inscrit les principaux effets indésirables des molécules et leur classe thérapeutique. Le principe est de ne plus préparer la totalité des poches destinées à un patient en même temps mais de scinder les préparations en se rapportant aux durées d'administration.

Résultats

Nous avons constaté une diminution du nombre de signalement de retard d'administration des poches et une satisfaction des professionnels interrogés. Cet outil éducatif améliore la gestion du temps de fabrication des poches, diminue le temps d'attente pour les patients hospitalisés en HDJ et facilite le travail des infirmières.

Conclusion

Si notre organisation nous permet d'obtenir une bonne fluidité de la prise en charge des patients en HDJ, elle est difficile à mettre en place car les PPH doivent gérer les différents protocoles et switcher d'un patient à l'autre lors de la préparation tout en maîtrisant le risque d'erreur. Ces fiches pourront également être utilisées par les infirmières d'HDJ en y rajoutant des paramètres spécifiques à l'administration (modalités de perfusion, surveillance nécessaire).

Mots-clés :

Chimiothérapie, Enseignement et éducation, Protocole thérapeutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La chambre des erreurs : une évaluation des connaissances des soignants ?

Auteurs :

Girard M., Lenain A., Clavel S., Le Gall MJ.

CH Louis Pasteur, Le Coudray

Résumé :

Contexte

Dans le cadre de la politique de gestion des risques, une chambre des erreurs a été installée pendant la semaine de sécurité sanitaire 2016.

Objectifs

Les objectifs principaux sont d'évaluer le niveau d'appropriation par les soignants des messages de sécurisation transmis au cours de l'année écoulée et de leur permettre de repérer les situations à risque pour le patient et d'améliorer leur capacité à y faire face.

Matériel et méthodes

Pendant 3 jours, une chambre de patient et une salle de soins ont été simulées dans le hall. Les soignants ont été invités à retrouver les 15 erreurs sur la prise en charge médicamenteuse (gestion du traitement personnel, prescription, médicament à risque, dispensation, administration, détention et stockage, tenue du dossier) et 5 sur le risque infectieux. Ces erreurs ont été sélectionnées à partir des erreurs médicamenteuses constatées sur le terrain ou déclarées sur l'année 2015 ainsi qu'à partir des résultats d'audits.

Résultats

Au total, il y a eu 158 participants. Tous les acteurs de la prise en charge médicamenteuse ont été représentés. Aucun item n'a été trouvé par l'ensemble des participants.

Sur la prise en charge médicamenteuse, l'erreur la mieux identifiée est l'armoire à pharmacie ouverte et les moins bien identifiées : le potassium prescrit en ampoule et la valve anti-retour montée à l'envers sur la perfusion de morphine.

Au niveau du risque infectieux, les points les plus retrouvés sont la compresse et le bistouri non détruits après utilisation ainsi que la poche à urines touchant le sol. L'erreur la moins vue est la présence de masque pour un isolement contact.

Deux pratiques habituelles sur l'établissement sont ressorties comme situations à risque.

Conclusion

La difficulté de reconstitution de la chambre a entraîné une dispersion des agents dans l'observation et l'analyse de la situation. D'autres situations que celles mises en place ont été considérées comme erreur, certaines sont liées à de mauvaises pratiques et d'autres à l'installation de la chambre, ce qui montre combien il faut être vigilant et pertinent dans la restitution d'une situation. Le bilan fait apparaître une bonne évaluation des risques liés au champ de l'hygiène, mais une plus grande difficulté à appréhender les erreurs liées à la prise en charge médicamenteuse malgré une communication répétée. La diffusion des informations à l'hôpital est un enjeu majeur. Nous devons chercher et mettre en œuvre de nouvelles méthodes pour une meilleure appropriation des messages par nos soignants.

Mots-clés :

Gestion des risques, Qualité, Chambre des erreurs

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mesurer la performance du management d'une équipe pharmaceutique : pertinence de la création d'un score à partir d'une enquête de satisfaction interne

Auteurs :

Mottier ML., Sadeghipour F.

CHUV Lausanne, Suisse

Résumé :

Contexte

Dans la norme ISO 9001:2015 apparaît le concept de "parties intéressées" (partie pouvant avoir un impact sur la qualité de la prestation et pour lequel l'organisme doit surveiller et revoir les informations dont il dispose). Parmi les parties potentielles, la satisfaction du personnel de la pharmacie vis à vis du management nous est apparue comme importante à suivre lors de la revue de direction.

Objectifs

Etant donné qu'il n'existe pas d'indicateurs de performance de la qualité permettant d'y accéder directement, nous avons utilisé les données de notre enquête satisfaction trisannuelle pour bâtir un score représentant cette dimension.

Matériel et méthodes

Cette enquête menée au 2^{ème} trimestre 2014 comportait 91 questions divisées en 6 thématiques. Elle abordait tous les aspects de la satisfaction. Les 78 questions fermées (échelles d'évaluation type Likert à 5 points) ont été regroupées et utilisées pour calculer des scores pour les dimensions suivantes : management, perception de la situation du service, sentiment d'être informé sur le service et son évolution, qualité de l'environnement de travail, accès à la formation et sentiment de bien être. Les scores ont été calculés en créant des variables à l'aide du logiciel Sphinx IQ et exprimées sous la forme d'un pourcentage fonction du total maximum possible.

Résultats

Le score management se compose des questions de la partie « organisation-encadrement » et de celles sur « informations-communication ». A partir d'une moyenne de 6.3/10 de satisfaction générale pour un taux de réponse de 54 % (48/88), l'analyse des dimensions a permis de mettre en évidence un score de management de 70 % ($\bar{(x)} = 75.9/109$ score max.). Ce score est similaire aux autres dimensions à l'exception de l'accès à la formation (65 % = 10.4/16). Il a pu être stratifié selon le niveau d'ancienneté, la catégorie d'âge et la profession pour compléter l'analyse.

Conclusion

La construction de scores par dimension permet une lecture synthétique et graphique des résultats de ce type d'enquête. La dimension management s'est révélée informative et permet de consolider la note de satisfaction générale sur cet aspect. Il a donc intégré la revue de direction comme indicateur qualité de performance de notre processus « management », suivi tous les 3 ans. Pour compléter ce suivi par une vision annuelle, nous avons également créé un indice simplifié à remplir à chaque évaluation périodique annuelle des collaborateurs.

Mots-clés :

Gestion continue qualité, Satisfaction, Gestion des ressources humaines

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Préparation et essais cliniques : élaboration d'un outil d'analyse de la faisabilité

Auteurs :

Augagneur M.¹, Bernard L.¹, Chennell P.¹, Occhipinti S.², Jouannet M.¹, Sautou V.¹

¹ CHU Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand

² Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte

La recherche clinique est un domaine en plein essor. De plus en plus d'essais cliniques (EC) incluant une préparation pharmaceutique sont menés au sein des établissements de santé, obligeant leur Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) à s'adapter. Une analyse préalable de la faisabilité de ces essais est une étape indispensable pour anticiper les contraintes éventuelles et garantir le bon déroulement de l'essai, dans le respect des exigences protocolaires, des Bonnes Pratiques Cliniques (BPC) et des Bonnes Pratiques de Préparations (BPP).

Objectifs

Elaborer un outil d'analyse de la faisabilité d'un EC avec préparation pharmaceutique permettant une prise de décision d'acceptation ou de refus.

Matériel et méthodes

L'élaboration de l'outil s'est faite en groupe de travail (pharmaciens secteurs EC, pharmacotechnie et laboratoire de contrôle). Un état des lieux de l'activité des EC avec préparation au sein de notre établissement et leur évolution depuis 2008 a été réalisé. Les exigences des protocoles actuels ont également été recensées.

Puis nous avons analysé les différentes étapes du circuit du Médicament Expérimental (ME) (prescription, préparation, délivrance +/- transport et administration), pour identifier les principaux risques et contraintes associés.

A partir de cette analyse, une grille de cotation a été élaborée et soumise à l'institution pour validation.

Résultats

105 EC avec préparation par la PUI (stériles ou non) sont en cours dont 85 concernant des chimiothérapies anticancéreuses. L'analyse du circuit du ME a identifié 25 principaux risques et contraintes tels que des prescriptions non programmables, des surcoûts en matériel/équipements/moyens humains, un besoin de formation spécifique du personnel, un produit à stabilité courte ou nécessitant une température contrôlée avec transport, etc...

Cela a permis de définir 4 grands items : faisabilité technique et financière, faisabilité éthique, faisabilité organisationnelle et faisabilité humaine. Chaque item a été subdivisé en sous-catégories intégrant les différents critères associés à une réponse OUI/NON pour la cotation.

La grille finalisée a été validée par le pôle Pharmacie et la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI).

Conclusion

Notre outil s'inscrit dans une démarche d'optimisation des pratiques. Il permet une analyse de faisabilité objective, entraînant des choix éclairés pour les essais sélectionnés et garantissant la sécurité des patients inclus dans ces essais.

Mots-clés :

Préparations pharmaceutiques, Médicaments en essais cliniques, Etude de faisabilité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Création d'un livret d'information sur les préparations pharmaceutiques destiné aux unités de soins

Auteurs :

Biard A., Gaimard S., Chennell P., Jouannet M., Sautou V.

CHU Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte

La réalisation des préparations constitue une activité importante de notre pharmacie. Les médecins les prescrivent parfois mal, 70 % se disent mal à l'aise avec ces prescriptions, et les infirmiers ne savent pas toujours bien les administrer. La diffusion d'informations est apparue nécessaire pour améliorer le bon usage.

Objectifs

Apporter aux soignants une information validée sur les préparations pharmaceutiques (hors chimiothérapie et nutrition parentérale).

Matériel et méthodes

Deux questionnaires ont été réalisés, à destination des prescripteurs et des infirmiers, en vue de définir le type et le contenu du support. Les documents qualité et les références bibliographiques utilisées dans le secteur ont permis d'étayer les thèmes abordés. Une première version a été présentée dans les services et une enquête a permis de vérifier l'adéquation avec les besoins, avant diffusion.

Résultats

L'état des lieux a montré l'intérêt des services de soins pour ce projet. Le livret rassemble des informations destinées aux prescripteurs et aux infirmiers. Il est disponible au format papier et sur le réseau intranet de l'établissement. Les informations pratiques concernant l'organisation du secteur sont en couverture. Des schémas et organigrammes explicitent l'activité de préparation (circuit, bilan annuel). La qualité (locaux, personnel, hygiène, équipements, contrôles) et la précision des dosages attendus sont détaillées. Le livret apporte aussi des informations plus particulièrement utiles aux prescripteurs : faisabilité des préparations, supports de prescription, données indispensables à la dispensation et liste des préparations hospitalières toujours en stock à la pharmacie. Les situations à risque de refus de réalisation d'une préparation sont détaillées. Des informations concernant les règles d'utilisation et la gestion du stock (nominatif, dotation, périmés, interruption de traitement) doivent aider les soignants. L'enquête réalisée auprès des prescripteurs et des infirmiers a montré que le livret répondait aux attentes des utilisateurs (contenu, présentation et format) ce qui a conduit à sa diffusion.

Conclusion

La connaissance imparfaite du circuit des préparations peut conduire à leur mésusage. La création d'un support de communication adapté contribue à diffuser une information validée. L'évaluation de son impact sur les connaissances réelles des prescripteurs sera réalisée à distance de sa diffusion, ce qui contribuera à la mise à jour du document.

Mots-clés :

Préparations pharmaceutiques, Pharmacie d'hôpital, Diffusion de l'information

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Robotisation et scanning de la distribution globale des médicaments : impact sur le taux d'erreur et l'efficacité

Auteurs :

François O., Aussedat M., Carrez L., Gschwind L., Bonnabry P.

Hôpitaux Universitaires Genève (HUG), Suisse

Résumé :

Contexte

La distribution globale reste un modèle prédominant dans de nombreux hôpitaux. Comme la survenue d'erreurs de distribution affecte la sécurité des patients, l'implantation des technologies de l'information sont des solutions potentielles aux erreurs humaines. Ainsi en juillet 2011 un robot (ROWA®BD) a été installé, suivi par un système de scanning (Scanner Solid®) pour les produits ne pouvant être gérés par ce robot.

Objectifs

Evaluer l'impact de la robotisation et du scanning sur le taux d'erreur et le temps de distribution des médicaments.

Matériel et méthodes

Taux d'erreur : Une méthode d'analyse de caisses à l'aide d'une grille standardisée a été élaborée pour la distribution manuelle (périodes d'évaluation en 2006, 2010 et 2011), robotisée (2011, 2013 et 2015) et manuelle avec scanning (2013 et 2015).

Temps de distribution : Les observations ont été faites sur des commandes choisies aléatoirement pour la distribution manuelle (2011), le robot (2012) et le scanning (2013). Le temps a été mesuré entre la prise en charge de la commande et la fermeture de la caisse (nombre de boîtes/heure)

Résultats

Le taux d'erreur de la distribution manuelle s'élevait à 0.93 % (n = 5 805 lignes de commande), sans variabilité entre les périodes d'observation. Sur 54 erreurs détectées, 33 présentaient un problème de quantité (18 omissions, 15 ajouts) et 21 une mauvaise sélection.

Peu après son installation, le robot comptabilisait 0.48 % d'erreur (n = 4 365), uniquement en lien avec des problèmes de convoyage. Sur ce constat, des améliorations informatiques ont été faites, réduisant ce taux à 0.27 % (n = 5 840), puis à 0.13 % (n = 5 564).

Bien que le scanning supprime toute erreur de sélection, le taux s'élevait à 0.49 % en 2013 (n = 1 234) et a augmenté à 1.41 % en 2015 (n = 1 203), avec uniquement des erreurs de quantité.

Avec 212 boîtes préparées par heure, le scanning est la méthode de distribution la plus lente. Sans scanning, ce taux augmente à 303 boîtes/heure. Le temps de distribution du robot varie si le système de remplissage fonctionne (571 boîtes/heure) ou non (857 boîtes/heure)

Conclusion

Sur la base de ces relevés, la fiabilité du robot a été améliorée. Il a permis de réduire de plus de 7 fois le risque relatif d'une erreur dans la préparation des commandes, tout en gagnant en rapidité.

Le scanning apporte une élimination des erreurs de sélection - les plus dangereuses - au prix d'une augmentation des erreurs de quantités. Une campagne de sensibilisation sera menée auprès de l'équipe afin de contrer cette réduction de vigilance.

Mots-clés :

Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments, Automatisation, Rendement

Références

- [1] Colquhoun, PharmJ 285 (20): 587-591 (2010)
- [2] Oborn Int J Pharm Pract 16(2): 109-114 (2008)
- [3] James et al., Int J Pharm Pract 17(1): 9-30 (2009)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Étude préliminaire de la stabilité des solutions diluées de Raltitrexed

Auteurs :

Beaufils A., Sadou Yaye H., Babiard M., Aouati H., Tilleul P.

APHP - Hôpital La Pitié Salpêtrière, Paris

Résumé :

Contexte

Le raltitrexed est un cytotoxique utilisé dans la prise en charge de certains cancers colorectaux métastatiques. Les informations disponibles relatives à la stabilité du produit dilué sont peu nombreuses, et limitent la stabilité des poches de raltitrexed à 24 h après reconstitution.

Objectifs

L'objectif de ce travail a été de développer une méthode indicatrice de stabilité du raltitrexed (SIAM) par chromatographie liquide haute performance (CLHP) permettant d'étudier sa stabilité dans les conditions réelles d'utilisation.

Matériel et méthodes

La substance chimique de référence du raltitrexed est utilisée pour la SIAM. Le raltitrexed est soumis à différentes conditions de stress : H₂O₂ 0,1 %, NaOH 0,1 %, HCl 0,1 %, thermolyse à 80°C et photolyse UV. La CLHP est couplée à un détecteur à barrette diode. La colonne utilisée est une C18, 150 mm x 4,6 mm x 5 µm, à 25°C. La phase mobile est constituée d'eau et d'acide orthophosphorique à pH 2,2 (solvant A) et d'acétonitrile (solvant B). La détection est réalisée à 222 nm. La séparation est réalisée en mode gradient (0-10 min : 10 % B, 10-20 min : 20 % B, 20-25 min : 100 % B, 25-30 min : 10 % B). La méthode a été validée sur 3 jours en évaluant la linéarité, la spécificité, la sélectivité, la fidélité, l'exactitude, la limite de détection (LOD) et la limite de quantification (LOQ). La stabilité de la spécialité de raltitrexed a été évaluée, diluée dans le glucose 5 % ou dans le NaCl 0,9 %, et conservée dans le verre ou dans des poches en polyoléfine. Ces solutions ont été conservées à la lumière, au réfrigérateur entre + 4 et + 8°C, à l'étuve 30°C ou à l'abri de la lumière pendant 28 jours.

Résultats

La SIAM par CLHP a permis d'obtenir des pics fins et bien résolus entre le raltitrexed et ses produits de dégradation. La méthode utilisée est exacte (100,9 %), avec une bonne répétabilité (2,93 %) et une bonne reproductibilité (3,23 %). La LOD est de 0,5 µg/mL et la LOQ de 3 µg/mL. La photolyse UV s'est avérée la plus stressante générant de nombreux produits de dégradation. Les résultats préliminaires de la stabilité sur deux lots différents, montrent à J2 des concentrations en raltitrexed supérieures à 95 % des moyennes à T0 et ce dans toutes les conditions.

Conclusion

La SIAM a permis de quantifier le raltitrexed en présence de ses produits de dégradation. Les résultats préliminaires ont démontré la stabilité des solutions diluées sur au moins 48 heures. L'augmentation de la durée de stabilité des poches diluées évite le gaspillage et a donc un intérêt financier et logistique.

Mots-clés :

Raltitrexed, Stabilité, Stabilité intrinsèque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 312

Titre :

Evolution des retraits de lots de médicaments de 2008 à 2015 au sein d'un centre hospitalier universitaire

Auteurs :

Traore S., Oses S., Sorli S., Cubilie A., Davasse M., Tourel J.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

Une bonne gestion des retraits de lots (RL) de médicaments contribue à la sécurité des patients. Le traitement des alertes est différent en fonction des établissements de santé. Depuis 2008, leur traitement au sein de notre centre hospitalier universitaire (CHU) est réalisé par le biais de notes d'information envoyées aux services de soins.

Objectifs

Décrire l'évolution des alertes traitées au CHU de 2008 à 2015, puis faire un état des lieux sur l'année 2015.

Matériel et méthodes

Un fichier Excel® permettant le suivi des RL a été mis en place depuis 2008 au sein de la pharmacie. Celui-ci comporte les informations suivantes : i) la date de réception de l'alerte (informatique ou postal), ii) la spécialité impliquée, iii) le fournisseur concerné, iv) la date de diffusion de l'information aux services de soins. Cette gestion des RL était réalisée par une équipe pharmaceutique incluant 2 préparatrices, 2 à 3 internes en pharmacie et un pharmacien.

Résultats

Sur la période de 2008 à 2015, le nombre moyen d'alertes traitées chaque année était de 59. Les valeurs variaient d'un minimum de 33 alertes en 2009 à un maximum de 100 alertes en 2011. Le CHU était directement impacté par les lots en question dans 35 % (n = 21/59) des cas des notes publiées de RL, avec un minimum de 25 % (n = 16/65) en 2013 et un maximum de 41 % (n = 23/56) en 2010.

En 2015, 51 alertes RL ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) ont été reçues. Les classes ATC (Anatomique, Thérapeutique et Chimique) les plus représentées étaient celles des Anti-infectieux (21 %) et du système nerveux (17 %). Sur les 38 notes publiées, 32 % (12) concernaient des lots disponibles au CHU dont un tiers (4) concernait des médicaments essentiels [1].

Le délai moyen de traitement des RL en 2015 était de 2,7 [0 – 7] jours.

Discussion

Depuis 2008, il y a eu une augmentation du nombre de note de RL publiés atteignant un maximum en 2011 puis une diminution progressive qui s'est rapprochée des valeurs initiales.

En 2015, une faible proportion de RL publiés impactait le CHU et concernait des médicaments essentiels. De plus, la rédaction systématique de notes d'information étant chronophage, un outil pour favoriser une diffusion optimisée, basé sur plusieurs critères (consommation du médicament, gravité du RL, liste de substances vénéneuses, disponibilité au livret, médicament d'urgence, circuit ville/hôpital) est en cours de développement.

Mots-clés :

Sécurité des patients, Diffusion de l'information, Retraits de médicament pour raison de sécurité

Références

[1] 19th WHO Model list of essential medicines (April 2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse des incidents de matériovigilance incriminant des manches de laryngoscope et sécurisation de leur utilisation

Auteurs :

Burguiere M., Ribas C., Quievy-Macchioni A., Bertrand-Barat J., D'Houdain N.

CHU Bordeaux

Résumé :

Contexte

Des manches de laryngoscope (ML) pour lames à lumière LED sont utilisés sur notre établissement avec les lames métalliques à usage unique compatibles depuis janvier 2012.

Depuis juin 2013, 21 signalements de matériovigilance concernant ces ML ont été enregistrés. Ces dysfonctionnements sont imprévisibles et peuvent générer des événements indésirables graves.

Objectifs

Analyse des causes pour mise en place d'une politique de sécurisation de l'utilisation des ML.

Matériel et méthodes

Les étapes suivantes ont été menées :

- analyse de la typologie des incidents
- récupération des manches et lames incriminés
- retour pour analyse au distributeur puis au fabricant
- analyse des modalités d'utilisation avec le personnel para-médical et médical
- inventaire des ML présents sur l'établissement

Résultats

Typologie des dysfonctionnements observés : usure de la zone d'insertion de la lame entraînant un faux contact et une lumière intermittente (71.4 % des cas), absence de barre de fixation (23.8 % des cas).

11 manches ont été retournés pour analyse ;

9 conclusions du fabricant nous ont été adressées :

- perte de la barre de fixation confirmée ; des mesures correctives ont été prises en mars 2013 par le fabricant avec une augmentation de la longueur du filetage des vis de fixation.
- usure des ML confirmée ; les manches fabriqués avant octobre 2010 sont en laiton chromé alors qu'ils sont depuis fabriqués en acier inoxydable, plus résistant. Le fabricant a établi une capacité d'utilisation maximale de ces derniers ML, comprise entre 17 00 et 2 300 utilisations.

2 réunions avec les professionnels ont permis de préciser les modalités d'utilisation des ML. Une lame est amenée à être enclenchée à de nombreuses reprises en bloc opératoire : ouverture de la salle, préparation du plateau d'intubation, et vérifications itératives avant réalisation du geste. La sollicitation des manches est moindre en service de réanimation : intubation moins fréquente et vérification mensuelle des chariots d'urgence.

En janvier 2015, 65 % des 360 ML en stock ont été fabriqués avant octobre 2010.

Conclusion

Malgré l'usure de ces ML, les professionnels souhaitent continuer à les utiliser en raison de la qualité de l'exposition facilitant l'intubation. Le retrait des ML fabriqués avant octobre 2010 a été décidé. Ils sont identifiables grâce à leur numéro de série. Aucun indicateur ne permet de mesurer le nombre d'utilisations d'un ML avant apparition d'un dysfonctionnement. Un renouvellement préventif annuel a été décidé pour les blocs opératoires.

Mots-clés :

Sécurité du matériel, Equipement et fournitures, Laryngoscopie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Quand paronyme et erreur médicamenteuse (EM) s'invitent au Comité de Retour d'Expérience (CREX)

Auteurs :

Bosc L., Penet E., Tredez S., Cerbelaud N., Famin M.

CH Guéret

Résumé :

Contexte

Une erreur de délivrance de la pharmacie à usage intérieur (PUI), portant sur deux spécialités de noms commerciaux proches, ayant été interceptée par l'infirmière au moment de l'administration, a été analysée dans le cadre du CREX médicament.

Objectifs

L'objectif de ce travail était d'analyser la chronologie des faits de manière méthodologique afin d'identifier les non conformités (NC), les facteurs à l'origine de celles-ci et de mettre en place des barrières efficaces afin d'éviter que cette EM ne se reproduise.

Matériel et méthodes

Deux pilotes, indépendants de l'erreur, ont procédé à l'analyse rétrospective des faits selon la méthode Orion®. La description objective de la chronologie a été réalisée en rencontrant les différents acteurs de l'évènement. Des actions ont ensuite été proposées et discutées en CREX en vue de l'amélioration de l'activité de délivrance.

Résultats

Quatre acteurs étaient impliqués dans l'évènement. Sur les vingt-cinq étapes répertoriées, six non conformités ont été constatées. Parmi les facteurs menant à ces NC, ont été identifiés :

- la lecture erronée du nom commercial du médicament ;
- le non-respect des plannings des préparateurs (PPH) en raison d'un effectif insuffisant ;
- la non prescription en dénomination commune internationale (DCI) qui ne permet pas de s'affranchir des ressemblances de noms commerciaux ;
- la non connaissance de la molécule active du princeps délivré ;
- le manque d'informations affichées sur le logiciel informatique de prescription qui ne fait pas apparaître la mention « hors livret » ni les commentaires résultant de la validation pharmaceutique.

Huit actions correctives ont été proposées par les pilotes de l'analyse. Quatre ont été retenues collégalement, avec la mise en place d'un échéancier et la nomination d'un référent pour chacune d'entre elles, parmi lesquelles :

- le rangement en DCI à la PUI ;
- la limitation des prescriptions hors livret par la sensibilisation des praticiens du service de soin ;
- la mise en place de sessions de formation interne sur les nouveaux médicaments réalisées par les pharmaciens ;
- le respect des postes de travail des PPH.

Conclusion

La charte de non punition en place au sein de l'établissement optimise le fonctionnement du CREX. Elle facilite les déclarations en permettant une approche positive de l'erreur. Le CREX a permis l'évaluation, dans un but d'amélioration, de la pratique de délivrance via les actions correctives proposées par les analystes et retenues collectivement.

Mots-clés :

Erreurs médicamenteuses, Pratique professionnelle, Risque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Évaluation de l'impact économique de la matériovigilance pour un établissement de santé

Auteurs :

D'Houdain N., Ribas C., Burguiere M., Quievy-Macchioni A., Bertrand-Barat J.

CHU Bordeaux

Résumé :

Contexte

Dans le cadre de la gestion des incidents de matériovigilance, des compensations financières (CF), par échange/avoir en fonction du prix et/ou du nombre de dispositifs incriminés, sont demandées lorsque l'usage de dispositifs médicaux (DM) supplémentaires est constaté.

Objectifs

L'objectif est de quantifier les CF versées à la suite de ces demandes et ainsi évaluer l'impact économique de la matériovigilance.

Matériel et méthodes

Depuis mai 2015, les signalements de matériovigilance sont saisis sur une version améliorée d'une base de données Access (BDA), permettant de tracer chaque étape et chaque action du traitement d'un incident. La BDA permet notamment de renseigner le type de DM (stérile, non stérile, implantable, biomédical), le mode de traitement (déclaration obligatoire (DO), déclaration facultative (DF) ou réclamation qualité au fabricant (RQ)), les demandes de CF, les quantités de DM reçues en échange et les conclusions d'analyse reçues des fabricants. Les données collectées ont été exploitées entre mai et décembre 2015.

Résultats

Sur cette période, 426 signalements impliquant un DM autre que biomédical, ou un implant cochléaire (car non facturé en cas de défaillance) ont été enregistrés. 41,7 % (n = 178) ont fait l'objet d'une DO, 26,5 % (n = 113) d'une DF et 31,7 % (n = 135) d'une RQ. Une CF a été demandée dans 33,3 % des signalements (n = 142), mais n'est obtenue que dans 40,8 % des cas (n = 58), pour un montant total de 71 935 euros hors taxes. Nous obtenons significativement plus de CF lorsque le signalement a fait l'objet d'une DO ou DF, qu'une RQ ($\alpha = 0,05$). Sur 167 DM retournés, nous avons reçu des conclusions d'analyse dans 34,7 % des cas (n = 58) et un défaut du DM a été identifié dans 50 % de ces cas (n = 29). Enfin, 87,9 % (n = 51) des dispositifs pour lesquels nous avons reçu une CF n'ont pas été expertisés.

Discussion

L'impact économique de la matériovigilance est bien réel, mais peut encore être amélioré, grâce à la relance des fabricants et à la sensibilisation du personnel soignant au signalement de matériovigilance, y compris des défauts qualité des dispositifs médicaux.

Ce système permet l'application effective de clauses spécifiques prévues dans les termes des marchés conclus avec les fournisseurs prévoyant l'échange des dispositifs médicaux défectueux.

La BDA permet l'identification des dossiers à relancer et l'automatisation des courriers, ce qui ne rend plus cette activité chronophage.

Mots-clés :

Équipement et fournitures, Pharmacoeconomie, Gestion des risques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Préparation, contrôle et usage d'une solution phénolique pour application dermatologique

Auteurs :

Vadino M., Frugier G., Villani A., Michel A., Adam V., Salmon D., Pivot C., Pirot F.

HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

Les composés phénoliques présentent des propriétés bactéricides, fongicides et anesthésiantes exploitées dans le traitement des pathologies unguéales. Une préparation aqueuse de phénol (88 % ; m/v) couramment utilisée en traitement topique, pour une élimination partielle ou totale de l'ongle pathologique, nécessite (i) des précautions particulières de fabrication, (ii) une méthode de contrôle de teneur en phénol et (iii) la détermination d'une date limite d'utilisation.

Objectifs

Cette étude présente une méthode de fabrication, la mise au point d'un dosage, et l'estimation d'une date limite d'utilisation des préparations hospitalières de phénol à 88 % (PHP).

Matériel et méthodes

La fabrication de PHP (toxique, corrosif, cancérogénicité inclassable pour l'homme) requiert l'utilisation d'une hotte chimique, le port de gants, lunettes, masques de protection et la mise à disposition d'un antidote (i.e., macrogol 300/400). La dispersion complète du phénol dans l'eau purifiée permet l'obtention, après agitation, d'une préparation homogène d'aspect laiteux, conditionnée en flacons de verre teinté type II remplis à 1,5 ml (i.e., unidose). Le dosage du phénol est réalisé par réaction d'oxydo-réduction entre le phénol et le réactif de Folin (i.e., acide phosphomolybdique, phosphotungstique) avec obtention d'une solution de couleur bleue d'intensité proportionnelle à la concentration en phénol déterminée par spectrophotométrie (λ_{abs} : 750 nm). La validation analytique conduite selon les ICH précise la spécificité, la linéarité, la fidélité, l'exactitude, la limite de détection et de quantification du dosage. Cinq spectres d'absorption de trois solutions phénoliques vérifient la spécificité de la méthode. Enfin, les variations de teneur en phénol dans la préparation sont déterminées après 7, 14, 21 et 30 jours de conservation à température ambiante.

Résultats

La méthode de dosage montre une linéarité ($0,998 < r^2 < 0,999$), une fidélité (coefficient de variation maximum : 0,23-0,24 %) et une exactitude (taux de recouvrement : 93,9 %-101,6 %) satisfaisantes. La limite de détection et de quantification sont respectivement de 3,31 mg/L et 10,03 mg/L. La superposition des spectres et l'absence d'interférence du blanc réactif confirment la spécificité du dosage. Une date limite d'utilisation d'au moins 30 jours est confirmée.

Conclusion

La fabrication d'une PHP nécessite le respect strict des conditions de sécurité. Une méthode rapide et fiable de contrôle de teneur de la préparation garantit une libération sécurisée du lot de production.

Mots-clés :

Phénol, Spectrophotométrie UV, Dermatologie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan des incidents concernant les cathéters d'électrophysiologie et mise en place d'un formulaire de signalement spécifique

Auteurs :

Ribas C., D'Houdain N., Burguiere M., Quievy-Macchioni A., Bertrand-Barat J.

CHU Bordeaux

Résumé :

Contexte

Les cathéters d'électrophysiologie (KT) sont utilisés pour le diagnostic ou l'ablation de troubles du rythme cardiaque. Tout incident concernant un KT, avec ou sans conséquences cliniques, est signalé en matériovigilance. Le fournisseur est informé et un échange est demandé du fait de leur coût élevé. Une déclaration à l'ANSM est rédigée en fonction des conséquences, du risque pour le patient, ou du caractère répétitif.

Objectifs

Bilan des défauts concernant les KT d'électrophysiologie afin d'améliorer la gestion des incidents et leur analyse avec les fabricants.

Matériel et méthodes

- Analyse des incidents rapportés pour l'année 2015 : référence, lot, typologie d'incident, conclusions du fabricant, mesures correctives.
- Recherche d'alertes sanitaires décrivant la défectuosité.

Résultats

90 KT ont fait l'objet d'un signalement : 68 KT d'ablation, 22 KT de diagnostic ; 25 références et 4 fournisseurs différents sont concernés ; 83 % des KT proviennent du même fournisseur.

Incidents décrits : amas de colle sur la poignée (1), dépôt non identifié (2), présence d'interférences (6), électrode défectueuse (13), déformation du KT (3), défaut de déflexion (15), absence de détection (6), anomalie d'impédance (3), d'irrigation (4), de température (28), de capteur de force (13).

Taux de défectuosité moyen (nombre d'incidents/consommation) = 8.45 %, extrêmes allant de 0.7 à 40 %. 74 incidents ont été déclarés à l'ANSM.

2 alertes sanitaires identifiées en 2015 :

- retrait des lots distribués depuis février 2015 pour 1 référence en raison d'un défaut du capteur de température : 10 signalements pour cette référence, dont 4 potentiellement en lien avec ce défaut.

- retrait de certains lots pour 2 références en raison d'un message d'erreur : 1 KT d'un lot signalé concerné par le retrait, un dysfonctionnement similaire sur un KT d'un autre lot.

Des échanges ont été reçus pour 51 cas, représentant 81 206 euros hors taxe.

15 conclusions d'expertise ont été reçues : défectuosité confirmée dans 7 cas (défaut de déflexion, de température et de détection du KT). Des mesures correctives ont été adoptées pour 2 cas seulement.

Discussion

Des conclusions d'expertise sont souhaitées pour tous les incidents. Cependant, elles requièrent des données précises, à relever lors de la survenue des incidents (notamment les paramètres du générateur, messages d'erreur, relevés des valeurs d'impédance et de température). Un recueil systématique à l'aide d'un formulaire spécifique a été organisé pour améliorer l'efficacité du circuit.

Mots-clés :

Ablation par cathéter, Electrophysiologie cardiaque, Gestion des risques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Étude de stabilité physico-chimique d'un collyre fortifié d'amikacine 25 mg/mL conditionné dans un flacon en polyéthylène basse densité (PEBD) dans deux conditions de conservation

Auteurs :

Boisrame J., Passard S., Tall L., Salmon D., Diouf EH., Pirot F., Pivot C.

HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

Le traitement des infections ophtalmiques à germe atypique et multirésistant est une urgence thérapeutique qui nécessite la mise à disposition par les pharmacies à usage intérieur (PUI) de collyre fortifié spécifique. Afin de répondre aux demandes des ophtalmologistes, la réalisation et les conditions de conservation d'un collyre fortifié d'amikacine 25 mg/mL ont dû être étudiées. Une stabilité physico-chimique de 75 jours a été rapportée dans la littérature pour un collyre d'amikacine à 50 mg/mL conditionné dans un flacon en verre de type I et conservé à - 20°C.

Objectifs

L'objectif de cette étude a été d'étudier la stabilité physico-chimique d'un collyre fortifié d'amikacine à 25 mg/mL conditionné dans un flacon innovant en polyéthylène basse densité (PEBD), durant une période de 28 jours, dans deux conditions de conservation : entre 4°C et 8°C et à - 20°C.

Matériel et méthodes

Une solution saline de sulfate d'amikacine à 25 mg/mL a été préparée, à partir d'une spécialité lyophilisée de sulfate d'amikacine reconstituée dans une solution stérile de chlorure de sodium 0,9 %. Cette solution a ensuite été transférée au travers d'un filtre 0,22 µm dans des flacons multidoses en PEBD de 10 mL. La moitié des flacons produits a été placée à une température comprise entre 4 et 8°C, l'autre moitié à une température de - 20°C. L'aspect macroscopique de la solution, le pH, l'osmolalité, la concentration en sodium et en amikacine ont été déterminés immédiatement après préparation puis à 7, 14, 21 et 28 jours.

Résultats

Après 28 jours de conservation, les solutions restaient limpides, incolores et sans précipités visibles. Les pH des solutions conservées entre 4 et 8°C et à - 20°C ont été respectivement de 6,09 et 6,03. Les osmolalités étaient de 325 mosmol/Kg dans les deux modes de conservation à 28 jours. Les concentrations d'amikacine et de sodium restaient conformes aux spécificités en ne variant pas de plus de 2 %, quelle que soit la température de conservation.

Conclusion

Les paramètres physico-chimiques mesurés sont restés conformes aux spécifications d'une préparation ophtalmique de la pharmacopée européenne VIII^{ème}. Le conditionnement de solution d'amikacine à 25 mg/mL dans des flacons en PEBD permet d'obtenir une stabilité physico-chimique satisfaisante tout en apportant les avantages d'un conditionnement multi-dose innovant, dont la particularité est de conserver la stérilité de la solution entre chaque utilisation.

Mots-clés :

Amikacine, Solutions ophtalmiques, Stabilité médicamenteuse

Références

Sourdeau P et al. Ann pharm fr. 70 (2) : 104-112 (2012)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Préparation des doses à administrer (PDA) : évaluation du risque d'inhalation de poussières médicamenteuses par les manipulateurs

Auteurs :

Pelletier JC.¹, Mathiot I.²

¹ CH Tronget

² CH Charolles

Résumé :

Contexte

Dans le cadre d'une démarche de gestion des risques et d'amélioration des conditions de sécurité au travail, nous nous sommes interrogés sur l'activité de PDA effectué à l'aide d'un automate de dispensation nominative de médicaments formes orales sèches. Les étapes de déconditionnement avec une déblistéreuse manuelle, le nettoyage des goulottes et des canisters et le remplissage des canisters et des plateaux ont été identifiées comme pouvant être à risque pour l'exposition des personnels pharmaceutiques aux poussières de médicaments par inhalation de poudre aéroportée.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de déterminer si au cours de cette activité des poussières sont libérées dans l'air, mesurer leurs concentrations, identifier les produits et le risque pour les personnels.

Matériel et méthodes

Un échantillonnage d'air a été analysé dans la zone de respiration des agents avec l'appareil de comptage de poussières Dusttrak TSI® puis une chromatographie liquide haute performance a permis d'identifier les médicaments.

Résultats

Quatre préparatrices (âgées de 25 à 37 ans) participant à la PDA sont amenées à se relayer. En moyenne 3 000 doses sont préparées par jour. Nous avons mesuré la concentration de poussière au niveau de : l'activité de déconditionnement (10 µg/m³), de remplissage (5 µg/m³) et de nettoyage (12 µg/m³) alors que pour les autres postes (0,04 à 1,3 µg/m³). Nous avons identifié plusieurs substances pharmacologiquement active (API) dans l'air et mesuré leurs concentrations que nous avons comparées aux limites d'exposition professionnelle (OEL) : le lisinopril (0,06 pg/m³) OEL (1 pg/m³), la lévothyroxine (0,0068 µg/m³) OEL (1 g/m³) et le méthotrexate (0,010 µg/m³) OEL (2 mg/m³). Sur le poste le plus exposé, des particules dont la taille est comprise entre 1,0 et 3,0 µm ont été retrouvées à des concentrations de 80 000 p/L et 45 000 p/L pour des particules inférieures à 1 µm.

Conclusion

Ces petites particules ont des vitesses de décantation relativement lente, ce qui signifie qu'elles peuvent rester en suspension dans l'air pendant des heures et pénétrer plus profondément dans les poumons. Ces résultats suggèrent qu'au cours de certaines tâches de la PDA, les préparatrices peuvent être exposées à des API dans les limites acceptables de dangerosité pour la santé. Des mesures de sécurité supplémentaires ont été mises en place comme le port de masque anti-poussière et de tenue complète dédiée à cette activité pour éviter tout risque de dissémination par les vêtements personnels.

Mots-clés :

Préparation des doses à administrer, Risque d'inhalation, Poussières médicamenteuses

Références

[1] Kenny LC et al. Ann Occup Hyg 41(2):135–153 (1997)

[2] Lagrange F et al. Pharm Hosp Clin.50 (2):448-455 (2015)

[3] Naumann BD et al. Am Ind Hyg Assoc J 57(1):33–42 (1996)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Gestion des traitements personnels des patients : Amélioration des Pratiques Professionnelles (APP)

Auteurs :

Pelegrin S., Laudet M., Grémeau I., Auclair C., Belgacem B., Gerbaud L., Sautou V.

CHU Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte

Une mauvaise gestion du traitement personnel du patient (TP) constitue un risque iatrogène majeur à l'hôpital. Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, la Commission du médicament et des dispositifs médicaux (CoMédIMS) de notre établissement a coordonné une démarche d'APP sur la gestion des TP.

Objectifs

Réaliser un audit sur la gestion des TP tout en sensibilisant les acteurs au risque iatrogène et à la conduite à tenir pour limiter ce risque, puis définir des actions d'amélioration et en évaluer l'efficacité via un suivi d'indicateurs.

Matériel et méthodes

L'audit a été réalisé au cours du 1^{er} trimestre 2015 dans les services de Médecine Chirurgie Obstétrique Hospitalisation Complète. Les pharmaciens et préparateurs référents faisaient compléter des grilles d'audit adaptées à chaque catégorie de professionnel (grilles médicales (GM) et infirmières (GI)) au cours d'un staff ou d'une relève, puis complétaient une grille observationnelle (GO). Une formation sur les bonnes pratiques était ensuite réalisée avec remise de documents d'information (fiche points clés, affiche patient).

Résultats

471 grilles d'audit ont été complétées : 191 GM, 229 GI et 51 GO avec un taux de conformité (TC) aux bonnes pratiques respectivement de 53 %, 24 % et 15 %.

Les TC aux items « Les TP du patient sont retirés à son arrivée », « Le retrait est tracé » et « Il existe un endroit dédié à cette traçabilité » étaient respectivement de 75 % GI, 45 % GI et 11 % GO. Les TC aux items « Le patient reçoit une information sur la gestion de ses traitements » et « Il existe un endroit dédié à la traçabilité de cette information » étaient respectivement de 60 % GM et 4 % GO. Le TC relatif à « L'évaluation de l'autonomie du patient à gérer seul sa prise » était de 45 % GM, à « La traçabilité de l'évaluation » de 51 % GM et à « L'existence d'un endroit dédié à cette traçabilité » de 22 % GO. Enfin, les items « Quand le TP est utilisé, le médecin le précise sur sa prescription » et « Il existe un endroit dédié pour la prescription du TP » présentaient respectivement des TC de 53 % GM et 15 % GO.

Discussion

Des actions d'amélioration validées par la CoMédIMS sont en cours de mise en place dont la réalisation d'un emplacement dédié à la traçabilité de gestion des TP dans le dossier patient sous forme de grilles ainsi que la détermination de sigles communs au niveau de la prescription (traçabilité autonomie, utilisation des TP,...). Un nouvel audit sera réalisé au cours de l'année 2016/2017 pour évaluer l'impact de ce travail.

Mots-clés :

APP, Traitements personnels, Actions d'amélioration

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 321

Titre :

Audit des connaissances infirmières sur le circuit des chimiothérapies

Auteurs :

Boutet M., de Boisgrollier de Ruolz AC., Princet I.

CHU Poitiers

Résumé :

Contexte

Le circuit des chimiothérapies est très à risque dans un hôpital à forte activité en cancérologie, d'autant plus que de nombreux intervenants sont impliqués.

L'indispensable sécurisation de ce circuit passe par une connaissance maîtrisée des acteurs de santé.

Suite à différents incidents, la réalisation d'un audit des connaissances auprès des infirmières des services d'hématologie et d'oncologie adulte s'est révélée essentielle.

Objectifs

L'objectif a été d'évaluer les connaissances des infirmières sur le bon usage des médicaments cytotoxiques, de la prescription à l'administration, en incluant l'élimination des déchets.

Matériel et méthodes

Un audit a été réalisé par diffusion d'un questionnaire de 35 questions, réparties en 7 items : organisation de la fabrication centralisée, prescription, validation, fabrication, délivrance, administration et élimination.

Un espace libre pour des remarques était laissé à disposition.

L'audit a été validé par l'équipe pharmaceutique de l'Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC) (pharmaciens, interne, préparateurs) et la cadre de santé des services de soins.

Il a été testé par plusieurs infirmières avant sa diffusion.

Résultats

Un taux de participation de 69,5 % a été obtenu (105 questionnaires envoyés, 73 retournés).

Pour la partie organisationnelle (qui fabrique, où, comment, quand), 28 % de bonnes réponses ont été obtenues.

65 % des infirmières connaissaient les éléments nécessaires à la prescription tandis que pour la validation, elles n'étaient que 41 %.

Concernant la fabrication (délai moyen de fabrication, équipement individuel, activité quotidienne moyenne), 26 % de réponses conformes ont été obtenues et 38 % concernant la délivrance.

Pour l'administration, 80 % de réponses adéquates ont été obtenues (éléments à vérifier avant l'administration, conduite à tenir en cas de bris, préparation délivrée dans le mauvais service, modification de posologie), 75 % pour ce qui est de l'élimination des déchets.

Conclusion

Ces résultats témoignent d'une bonne connaissance des étapes de prescription, administration et élimination.

Des connaissances insuffisantes des circuits de livraison et du logiciel chimio®, notamment la distinction entre l'état « prescrit » et « demandé » ont été révélées.

Les infirmières ne connaissent que très peu l'activité de préparation et l'organisation de l'URC ce qui a abouti à la mise en place de visites.

Un diaporama interactif distinguant les notions acquises et celles à améliorer a été présenté aux équipes participant au projet.

Mots-clés :

Chimiothérapies, Infirmières, Audit

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

A la traque des failles de notre assurance qualité dans le contrôle des préparations d'anticancéreux

Auteurs :

[Prevot M.](#), [Ameye T.](#), [Martin H.](#), [Moinard V.](#), [Gressier J.](#)

CH Victor Provo, Roubaix

Résumé :

Contexte

Le système de gestion de la qualité de notre unité de préparation des anticancéreux (UPCA) implique un contrôle pharmaceutique (gravimétrique et visuel) des préparations terminées uniquement.

Une précédente étude de 2 mois, interne à l'UPCA de l'établissement, a mis en évidence la présence de non conformités portant sur des étapes de la préparations incontrôlables par gravimétrie, notamment le contenu du plateau, le reliquat et le solvant utilisé pour la reconstitution des anticancéreux. Afin de prévenir ces erreurs, un double contrôle a été instauré sur ces étapes critiques.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact du double contrôle sur la survenue de ces non conformités.

Matériel et méthodes

Dans le but de tracer la réalisation du double contrôle des étapes critiques, les items à vérifier par les préparateurs ont été ajoutés sur la fiche de fabrication.

Une étude prospective a ensuite été réalisée sur deux mois. Pour chaque fiche de fabrication, la traçabilité de chacun des items a été enregistrée par un interne en pharmacie ou un pharmacien. Les données ont été analysées avec Excel®.

Résultats

En moyenne, 45 préparations par jour ont été réalisées sur la période de l'étude [16-67]. Avant chaque préparation, la vérification du contenu du plateau a bien été tracée dans 65 % des cas. 58 % des préparations nécessitaient le contrôle d'un reliquat, ce qui a été coché dans 72 % des cas. Parmi les 42 % de préparations à reconstituer, l'utilisation du bon solvant a été tracée dans 58 % des cas. Enfin, aucune non conformité n'a été détectée lors du contrôle pharmaceutique des préparations terminées.

Discussion

La mise en place du double contrôle a eu un impact positif sur les étapes critiques étudiées car aucune non-conformité n'a été observée durant les 2 mois de l'étude. Néanmoins, ce double contrôle ne s'avère pas optimal puisque sa traçabilité n'a pas été réalisée dans 100 % des cas. Ceci pourrait s'expliquer par une charge de travail trop importante les jours de forte activité et par l'implication variable des préparatrices dédiées à ce contrôle. Une sensibilisation des préparateurs sur l'importance du double contrôle nous paraît nécessaire mais ne semble pas suffisante pour assurer 100 % de traçabilité. C'est pourquoi l'acquisition d'un système de contrôle vidéo des étapes de préparations a été proposée afin de sécuriser davantage les étapes critiques étudiées.

Mots-clés :

Chimiothérapie anticancéreuse, Préparation de médicament, Contrôle de la qualité

Références

Bonnes Pratiques de Préparation, ANSM, 30/11/2007

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bon usage des insulines : quand les préparateurs sensibilisent les soignants...

Auteurs :

Schiettecatte S.², Dambrine M.¹, Beausir A.³, Olivier D.³, Wynen A.³, Frimat B.³

¹ CHRU Lille

² CH Cambrai

³ CH Lens

Résumé :

Contexte

Les insulines font partie des médicaments les plus impliqués dans les erreurs liées aux soins. A l'initiative de la direction générale des soins (DGS), une action de formation du personnel infirmier a été menée directement dans les services de soins par les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH).

Objectifs

Sensibiliser les paramédicaux à des problématiques de terrain, liées au stockage et au bon usage de ces médicaments à haut risque.

Matériel et méthodes

Les formations ont été réalisées d'après un planning élaboré avec les cadres de santé. Le PPH menait l'entretien au moyen de 20 questions ouvertes et mises en situation. En fin de séance, une évaluation des acquis a été réalisée grâce à un questionnaire individuel comportant 5 items. Une plaquette d'informations reprenant les thèmes abordés a été affichée dans chaque service et un « format poche » a été remis pour chaque IDE. Les différents outils ont été élaborés par les pharmaciens, puis validés par l'équipe de diabétologie et la DGS. Enfin, les conditions de stockage des insulines au sein du frigo ont été vérifiées et éventuellement révisées si non conformes.

Résultats

Du 10 au 31 octobre 2015, 119 soignants ont été formés au cours de 24 interventions d'environ 20 minutes, 422 plaquettes ont été distribuées. La remise en suspension des insulines « laiteuses », le stockage initial, la gestion des stylos personnels étaient bien connus des équipes. Au contraire, la conduite à tenir en cas de panne de frigo, les conditions de 1^{ère} purge, ou la conservation des insulines entamées ont nécessité des rappels. La recommandation « 1 stylo = 1 patient » a souvent porté à discussion. L'évaluation finale a révélé 97 % de bonnes réponses à la question sur la purge du stylo, 96 % des soignants ont compris l'importance d'un stylo individuel, 94 % ont assimilé qu'il ne fallait pas remettre au frigo les insulines entamées, et 83 % vont désormais étiqueter les stylos sur le corps et non sur le capuchon. Seulement 65 % des participants connaissent la nature de l'insuline à mettre dans une SAP. Enfin 16 services ont adopté le nouveau système de rangement proposé par la pharmacie.

Conclusion

La participation des IDE a été particulièrement active et les équipes ont apprécié l'aspect très « pratique » des informations délivrées. Cette démarche a également permis une harmonisation des pratiques et la valorisation du PPH via le renforcement du dialogue avec les soignants. Cette expérience bénéfique doit être renouvelée en 2016 sur une autre thématique.

Mots-clés :

Insuline, Préparateur, Formation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'une chambre des erreurs dans un centre hospitalo-universitaire (CHU) : satisfaction des professionnels de santé

Auteurs :

Duplin EM., Ferrand A., Marchand M., Lefèvre S., Irazusta O., Massip P., Cestac P., Juillard-Condat B.
CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

Après une première expérience en 2014, une chambre des erreurs a été reprogrammée dans le cadre de la semaine de sécurité des patients. Proposé à l'ensemble des professionnels de santé de l'établissement par la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (CoMéDiMS), cet outil de simulation a été déployé sur quatre sites, pendant trois jours.

Objectifs

Evaluer la satisfaction des participants à la chambre des erreurs en 2015.

Matériel et méthodes

A partir de la liste des Never Events [1] et du bilan des événements indésirables médicamenteux déclarés en 2014 au sein de l'établissement, quatre scénarii ont été créés afin d'être adaptés à chacun des sites. 15 erreurs y ont été intégrées, portant sur différents domaines à risques : identitovigilance, prise en charge médicamenteuse et hygiène.

A la fin de l'atelier, une enquête de satisfaction a été distribuée aux participants. Les réponses ont été analysées à posteriori afin de relever : les professions des participants, la note attribuée à l'animation, les aspects positifs et négatifs ainsi que les améliorations à apporter à l'atelier.

Résultats

Au total, 352 personnes ont participé et 291 questionnaires ont été remplis (82 %). Les participants à cet atelier se répartissent de la façon suivante : infirmiers (20 %), aides-soignants (15 %), étudiants infirmiers (11 %), cadres de santé (10 %), médecins (5 %) et pharmaciens (5 %). Concernant l'évaluation de la satisfaction des participants, une note moyenne de 8,9/10 a été attribuée.

Les principaux aspects positifs remontés sont : atelier instructif (n = 103) notamment sur les bonnes pratiques d'hygiène, remise en question des connaissances (n = 53), aspect ludique (n = 51), mise en situation (n = 43) et bonne réalité du quotidien (n = 21). Les aspects négatifs les plus décrits sont : localisation dans un hall d'entrée (n = 16), manque de matériel (n = 8), manque de précision du dossier (n = 7), et manque de communication au sein du CHU sur cet atelier (n = 7). Les principaux points à améliorer sont la mise en scène et la communication (n = 33), le lieu (n = 20) ainsi que la fréquence de mise en place de la chambre des erreurs (n = 16).

Conclusion

Les chambres des erreurs ont été appréciées par les professionnels, puisque 97 % des participants souhaitent revenir l'année prochaine. Cependant, le taux de participants reste assez faible à l'échelle de l'établissement (4,6 %). L'objectif est d'intégrer une chambre des erreurs « permanente » et obligatoire dans le cadre du centre de formation en santé par la simulation nouvellement installé.

Mots-clés :

Sécurité du patient, Gestion des risques, Satisfaction

Références

[1] 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> paragraph_41585)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Application de la méthode AMDEC au circuit des chimiothérapies : sécurisation de l'étiquetage des préparations des chimiothérapies

Auteurs :

Bourhaleb B.³, Rahhali R.², Tournamillr JF.⁴, Boukhatem N.⁵, Ouasrhir A.¹

¹ Faculté des sciences et Centre d'oncologie, Oujda, Maroc

² Centre d'oncologie, Tanger, Maroc

³ CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

⁴ CHRU Tours

⁵ Faculté des sciences, Oujda, Maroc

Résumé :

Contexte

Chaque préparation de chimiothérapie doit être conditionnée et étiquetée afin de sécuriser les patients sous chimiothérapie intraveineuse. Un groupe de travail multidisciplinaire a été créé au sein de notre hôpital afin d'analyser les risques de cette sous- étape du circuit de chimiothérapie en appliquant la méthode de gestion des risques AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et leur Criticité).

Objectifs

l'objectif vise à identifier les défaillances au niveau de l'étiquetage des préparations des anticancéreux injectables réalisées à l'unité de reconstitution des cytotoxiques afin de déterminer les points critiques pour la sécurité des patients sous chimiothérapie intraveineuse.

Matériel et méthodes

Un « Brainstorming » a été organisé par un groupe de travail multidisciplinaire dont l'objectif est de rechercher les défaillances possibles au niveau de l'étiquetage rentrant dans le cadre du processus de préparations des anticancéreux. L'application de la méthode AMDEC a nécessité l'attribution des valeurs concernant la gravité, l'occurrence et le non détectabilité aboutissant ainsi à un score de criticité. L'échelle de criticité choisie est celle adoptée initialement par Williams E, Hosp Pharm 1994;29:331-. Avec une criticité comprise entre 1 et 810 ($0 < C < 810$). Trois niveaux ont été choisis : Acceptable ($0 < C < 50$), Tolérable ($50 < C < 150$), Inacceptable ($C > 150$).

Résultats

4 défaillances Inacceptables ($C > 150$) ont été révélées au niveau de cette sous- étape. Il s'agissait des défaillances humaines (protocole illisible $C = 288$), organisationnelles (non-respect de la procédure d'étiquetage $C = 294$), et techniques (Emballage défectueux $C = 168$).

Le risque inacceptable conduit à une toxicité grave voire vitale pour le malade par confusion, et inversion des étiquettes, dont plusieurs mesures correctives ont été prises pour réduire l'indice de criticité à un niveau acceptable.

Conclusion

Conclusions : les méthodes d'analyses des risques permettent de d'identifier et prévenir les erreurs et instaurer des actions correctives et préventives adéquates au système de gestion hospitalière.

Mots-clés :

Gestion des risques, Préparation chimiothérapie, Etiquetage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Préparation et contrôles d'un verrou curatif de gentamicine sulfate/EDTA disodique (GS/EDTA Na) pour dispositif veineux implantable (DVI)

Auteurs :

Fiolet AS., Doucey P., Yaillan AL., de Bastiani C., Maurel L., Lenfant M., Pivot C., Lebeaux D., Ghigo JM., Beloin C., Pirot F.
HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

Les infections bactériennes liées à la contamination microbienne de DVI peuvent être traitées par instillation d'une solution concentrée ATB dans le DVI. Cependant, la formation de biofilms dans les DVI réduit l'efficacité de ce traitement. L'association ATB (e.g. GS) et EDTA Na augmente l'efficacité de l'ATB contre les biofilms [1-2].

Objectifs

L'objectif de l'étude était de préparer une solution stérile injectable combinant GS et EDTA Na conditionnés en flacon unidose, et d'évaluer les effets d'une stérilisation terminale sur la stabilité physico-chimique de la solution GS/EDTA Na.

Matériel et méthodes

La spécialité commerciale de GS (20 mg/ml) et une solution EDTA Na (40 mg/ml) ont été mélangées en classe A. La solution finale GS/EDTA Na (5 mg/ml et 30 mg/ml) a été ajustée à pH 8.5, puis filtrée (0.22 µm) dans des flacons en verre ambré (type I ; 5 ml) avant autoclavage (121°C-20 min). Le dosage GS/EDTA Na a été réalisé par chromatographie liquide ultra haute performance (UHPLC) en phase inverse (C18) comprenant une complexation GS et phtalaldéhyde et une phase mobile (acide trifluoroacétique/eau/acétonitrile). L'élution d'EDTA Na (1 min) et des 4 composés (C1, C1a, C2 et C2a) de GS (10-14 min) a été réalisée par gradient de phase mobile (détection à 330 nm). La validation analytique du dosage UHPLC de la solution GS/EDTA Na a été réalisée selon la Conférence Internationale sur l'Harmonisation.

Résultats

Aucune modification macroscopique de la solution GS/EDTA Na n'a été notée après autoclavage. Aucune particule visible n'était détectée par mirage. Le taux de particules invisibles et l'osmolalité (310 mosm/kg), avant et après autoclavage n'était pas significativement différents. Les dosages de GS/EDTA Na par UHPLC présentaient une linéarité ($r = 0.990$), une fidélité ($CV < 5\%$) et une exactitude (GS : 99 % - 102 % ; EDTA Na : 97 %-102 %) satisfaisantes. Les limites de détection et de quantification étaient respectivement de 13.01 et 39.43 µg/ml pour GS et de 1.44 et 4.35 µg/ml pour EDTA Na. L'analyse chromatographique de la solution GS/EDTA Na, avant et après autoclavage, ne montrait aucune modification de l'intensité des pics d'intérêts ou l'apparition de produits de dégradation.

Conclusion

Dans cette étude, une préparation et une méthode originale de dosage analytique d'une solution stérile injectable GS/EDTA Na destinée à être administrée dans des DVI sont rapportées. Une étude de stabilité de la solution GS/EDTA Na, préalable à la conduite d'un essai clinique, est en cours pour une durée de 18 mois.

Mots-clés :

Gentamicine, EDTA, UHPLC

Références

- [1] Chauhan, A., Lebeaux, D., Ghigo, J.-M. & Beloin, C. Full and Broad-Spectrum In Vivo Eradication of Catheter-Associated Biofilms Using Gentamicin-EDTA Antibiotic Lock Therapy. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* 56, 6310–6318 (2012)
- [2] Lebeaux, D., V. Leflon-Guibout, J.M. Ghigo, and C. Beloin. (2015). In vitro activity of gentamicin, vancomycin or amikacin combined with EDTA or L-arginine as locktherapy against a widespectrum of biofilm-forming clinical strains isolated from catheter-related infections. *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 70(6), 1704-12 (2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Cinq ans de standardisation des doses d'anti-cancéreux

Auteurs :

Jonchere G., Chastang FA., Hurgon A., Escalup L.

Institut Curie, Paris

Résumé :

Contexte

Depuis cinq ans, l'activité au sein de notre établissement est passée de 35 910 à 48 500 préparations d'anticancéreux en 2015 (+ 35 %). En 2010, pour anticiper cette augmentation d'activité, l'Unité de Production des Anti Cancéreux (UPAC) a choisi la méthode de « dose banding » des doses suivantes : FEC (5-FluoroUracil + Epirubicine + Cyclophosphamide) et Taxanes (Docétaxel, Paclitaxel), ainsi que Vinorelbine, Gemcitabine et Trastuzumab. Leur production se fait de façon automatisée et à l'avance afin de répondre aux besoins de l'Hôpital de Jour (HDJ) et sa file active de 100 patients quotidiens. Or les pratiques cliniques et le profil des patients évoluent : une réévaluation de la gamme des doses arrondies est régulièrement nécessaire.

Objectifs

Réévaluation et adaptation des gammes de doses standard de Cyclophosphamide et des taxanes, pour s'adapter aux nouvelles prescriptions dans le cancer du sein.

Matériel et méthodes

L'UPAC a mesuré une augmentation des protocoles AC (Adriamycine + Cyclophosphamide), et Taxanes à dose réduite de 25 %, en cas de toxicité. Nous avons alors extrait les données de production de Cyclophosphamide, Paclitaxel et Docétaxel à partir du logiciel Chimio®, sur une année. L'analyse par dosage et molécule a ainsi permis de définir de nouvelles doses standards, pour les soumettre aux oncologues.

Résultats

Quatre nouveaux arrondis de dose ont ainsi pu être créés :

- Cyclophosphamide 1 100 mg (151 prescriptions entre 1 051 et 1 150 mg)
- Cyclophosphamide 1 200 mg (134 prescriptions entre 1 151 et 1 250 mg)
- Docétaxel 130 mg (230 prescriptions entre 126 et 135 mg)
- Paclitaxel 102 mg (435 prescriptions entre 92 et 112 mg)

Ces arrondis ont été validés par l'ensemble des oncologues, ainsi que par le CoMédIMS (Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles), puis produites à l'avance et de façon automatisée. 99 % des prescriptions de Cyclophosphamide sont ainsi couvertes par les doses standards (+ 5 % en cinq ans), tout comme 72,5 % pour le Docétaxel (+ 13,5 %) et 80,5 % pour le Paclitaxel (+ 16,5 %).

Discussion

L'élargissement des gammes de doses standards en collaboration avec les oncologues, a généré un gain de temps dans la production, l'amélioration des délais pour le patient et une meilleure gestion des retours et des réattributions. Le suivi de la proportion de dose standard est un bon marqueur pour la réévaluation, et la toxicité de la molécule. Nous prévoyons de définir, par la même méthode, des doses standard d'Eribuline, molécule de plus en plus prescrite dans le cancer du sein métastatique.

Mots-clés :

Antinéoplasiques, Préparation de médicament, Tumeur du sein

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les personnels soignants connaissent-ils les documents élaborés par la pharmacie ?

Auteurs :

Yilmaz S., Monribot A., Cherrier P., Stoll E., Villeneuve V., Camus-Piszez M.

CH Marc Jacquet, Melun

Résumé :

Contexte

Dans son rôle d'information sur le bon usage des produits de santé, la PUI élabore divers documents à l'attention des infirmiers (IDE) : avis pharmaceutiques = AP, tableaux d'équivalences lors des changements de marchés, livret thérapeutique, fiches de bon usage = FBU, guides de recommandations de bonnes pratiques = GBP, procédures.

Objectifs

Une enquête est menée pour apprécier la connaissance des documents par les IDE et recueillir leurs besoins.

Matériel et méthodes

Un questionnaire de 22 items est distribué aux IDE afin d'évaluer leur connaissance de ces documents et le mode de diffusion, la fréquence et les motifs de consultation, les obstacles à la consultation. Le dernier item porte sur leur mode préférentiel de diffusion des informations.

Résultats

27 réponses sont collectées. Par niveau de connaissance décroissant sont classés : les tableaux d'équivalence DCI-princeps (73 % des cas connus par affichage), le livret thérapeutique accessible via la base de données intranet Vidal Hoptimal (44 %), les AP accompagnant les dispensations (26 % des cas), les GBP (modalités de préparation des médicaments injectables : 26 %, modalités d'administration des formes orales sèches en gériatrie : 18 %). Ceux peu connus sont : les FBU (7 %), la procédure de gestion du traitement personnel (7 %), la plaquette « bien connaître ses médicaments en 10 points clés » (4 %). La base de données Vidal Hoptimal est connue à 80 % et consultée sur les précautions d'emploi et contre-indications (41 %), la recherche d'équivalence thérapeutique (22 %) ou la vérification d'une posologie (19 %). Sa fréquence de consultation est modeste : 56 % au moins 1 fois/semestre, 22 % mensuellement et 11 % en connexion hebdomadaire. Le site intranet de la PUI connu à 77 %, est consulté au moins 1 fois/mois dans 47 % des cas pour trouver les supports de prescription (50 %). Les freins à la consultation des documents évoqués sont : manque de temps, insuffisance de postes informatiques, absence de transmission sur l'existence du document et son lieu de stockage. Pour 34 % les IDE préféreraient une diffusion par note de service, 29 % une formation par staff/réunion thématique et 29 % une information par courriel.

Conclusion

Malgré la diffusion large des documents, les personnels sur le terrain ne sont pas systématiquement informés à l'inverse des cadres disposant d'un courriel et facilement mobilisables en réunion. Parmi les pistes d'amélioration, une communication privilégiant une information directe (staff flash) est testée sur le mode de communication plébiscité.

Mots-clés :

Infirmiers, Information, Pharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Étude préliminaire pour la mise en place de doses standards d'anticancéreux injectables

Auteurs :

Zecchini C., Lourman P., Berlioz J.

CH Annecy-Genevois

Résumé :

Contexte

L'activité de l'hôpital de jour d'onco-hématologie et par conséquent de notre Unité de Reconstitution Centralisée des Cytotoxiques (URCC) ont considérablement augmenté : + 30 % de préparations d'anticancéreux injectables de 2010 à 2015. Cette augmentation a conduit à une démarche pluridisciplinaire de réorganisation. Parmi les options envisagées concernant les chimiothérapies, la production de Doses Standardisées (DS) ou « Dose Banding » a été approuvée par l'équipe pharmaceutique et médicale. Ce concept est défini par la préparation de DS d'anticancéreux injectables pour lesquelles le maximum de variations entre les doses calculées à partir de la surface corporelle et les DS ne doivent pas excéder plus ou moins 5 % de la dose initialement calculée.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'identifier les médicaments admissibles à cette démarche et de sélectionner des DS.

Matériel et méthodes

Dans un premier temps, une revue de la littérature a été réalisée afin de déterminer des critères d'éligibilité des anticancéreux à cette démarche. Puis la répartition quantitative des doses des 15 674 préparations produites en 2014 a été étudiée.

Résultats

Après analyse de la littérature nous avons retenu les critères de sélection suivants : stabilité de la spécialité diluée supérieure ou égale à 14 jours, nombre de préparations de la spécialité par an supérieur ou égal à 500, 5 DS maximum représentant au moins 60 % de la production. Parmi les 68 anticancéreux préparés dans notre URCC, 12 spécialités ont été retenues car chacune correspondait à plus de 500 préparations par an. Parmi ces 12 spécialités, 3 ont été sélectionnées car leur stabilité après dilution était supérieure ou égale à 14 jours : le bortézomib, la gemcitabine et le 5 Fluoro-Uracile (5 FU). Quatre DS (1.75 mg, 2 mg, 2.25 mg et 2.5 mg) pour le bortézomib et 5 DS (2 000 mg, 1 800 mg, 1 600 mg, 1 300 mg et 1 000 mg) pour la gemcitabine, permettraient d'anticiper respectivement 88.8 % et 71,7 % de la production. La simulation concernant le 5 FU s'est intéressée séparément aux poches et aux diffuseurs. Il a été mis en évidence que 5 DS (2 600 mg, 2 900 mg, 3 200 mg, 4 100 mg, 4 600 mg) représenteraient 62.2 % des prescriptions de diffuseurs. En revanche, les poches de 5 FU représentent moins de 500 préparations par an, ce qui exclut la réalisation de DS selon les critères retenus.

Conclusion

Cette étude a conduit à demander l'achat du module DS du logiciel Chimio®. Cette organisation serait un préalable indispensable à l'automatisation éventuelle d'une partie de la production.

Mots-clés :

Dose standard, Dose banding, Anticancéreux injectables

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Audit de validation de l'administration des médicaments : un enjeu dans la traçabilité de la prise en charge médicamenteuse

Auteurs :

Breton J., Morcant L., Llopis B., Compagnon M., Pons D.

CHS Philippe Pinel, Dury

Résumé :

Contexte

La validation de l'administration des médicaments est l'une des dernières étapes concernant la qualité de prise en charge médicamenteuse ; l'HAS en précise l'importance et les modalités dans des recommandations éditées en 2005.

Objectifs

Évaluer les pratiques infirmières au regard des recommandations afin d'objectiver des axes d'amélioration des pratiques.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé un audit rétrospectif, basé sur l'analyse des validations d'administration saisies dans notre progiciel prescription/administration/dispensation sur 1 162 ordonnances à un temps donné. Cela implique l'impossibilité de traiter certains items, par exemple la validation ou non des conditionnelles.

Les items de la grille d'audit comportent :

1. Taux de validation globale des plages horaires.
2. La qualité de la validation des hypnotiques prescrits en systématique.
3. L'heure de validation de la tranche de 8 h : considérée comme conforme si validée avant 12 h.
4. La présence ou non de validation à zéro (hors hypnotiques).
5. La présence ou non de commentaires (hors hypnotiques).
6. La conformité de la gestion des permissions.

Résultats

1. Moyenne (établissement) : 82.1 % Amplitude (selon les unités) : 28.6 – 100 %
2. Moyenne : 72.3 % Amplitude : 43.5 – 100 %
3. Moyenne : 33 % Amplitude : 0 – 100 %
4. Total (établissement) : 38 Amplitude : 0 – 8
5. Total : 39 Amplitude : 0 - 8
6. Moyenne : 34.1 % Amplitude : 0 – 100 %

On note une grande disparité entre les unités ainsi que des résultats insatisfaisants concernant l'heure de la validation de la tranche de 8 h (moyenne de 33 %), les validations ne sont majoritairement pas faites dans un délai raisonnable suivant la prise. La gestion des permissions est, elle aussi, totalement à revoir.

Enfin le nombre de commentaires et de validations à zéro est également beaucoup trop faible devant l'ampleur des lignes traitées. En effet il paraît inconcevable, d'autant plus dans un établissement psychiatrique, que tout puisse être administré de manière irréprochable.

Conclusion

Ce travail met en lumière la nécessité de former les soignants sur la validation des administrations. La grande disparité d'une unité à l'autre mais également d'un agent à l'autre nous montre qu'il faut également les sensibiliser à l'importance de cette tâche qui est, encore trop souvent, considérée comme une contrainte administrative.

Mots-clés :

Assurance qualité des soins de santé, Prise en charge du patient, Amélioration de la qualité des soins

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place des prescriptions anticipées de chimiothérapies à l'hôpital de jour (HDJ) d'oncologie : quel est le réel impact sur les délais d'attente des patients ?

Auteurs :

Julians G., Hospice F., Leroy S., Blaignan F., Jacquens Y.

CHU Martinique

Résumé :

Contexte

17 774 préparations de chimiothérapies. 58 % de ces préparations étaient pour l'HDJ oncologie.

Le délai de mise à disposition des préparations à ce service de soins comprend 45 minutes en moyenne du OK CHIMIO à la dispensation au livreur, auquel s'ajoute un temps moyen de transport de 55 minutes.

Suite à des plaintes de patients relatives au délai d'attente, les prescriptions anticipées 24 heures à l'avance ont été mises en place en collaboration avec les médecins de ce service.

Objectifs

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact de l'anticipation des prescriptions sur le délai d'attente des patients.

Matériel et méthodes

Nous avons extrait du logiciel CHIMIO® les données concernant les protocoles administrés aux patients et recueilli les informations relatives aux temps d'attente dans la salle de soins (heures d'entrée correspondant à celles des OK CHIMIO-heures de sortie) du cahier de traçabilité des infirmières.

Résultats

En décembre 2015, 923 poches de chimiothérapie ont été dispensées à l'HDJ oncologie.

49 protocoles différents ont été prescrits pour 445 patients. Les quatre protocoles les plus prescrits sont : FOLFOX4 simplifié (11 %), HERCEPTIN sous-cutané monothérapie (10 %), GEMZAR (8 %), TAXOTERE 30 mg/m² hebdomadaire prostate (7 %). Environ 10 % des protocoles prescrits ont été anticipés 24 heures à l'avance.

Les protocoles anticipés les plus prescrits sont : HERCEPTIN sous-cutané monothérapie (30 %), FOLFOX4 simplifié (12 %), FOLFIRI-AVASTIN (9 %), TAXOL-AVASTIN (7 %). Le temps réel gagné par anticipation des prescriptions varie de 19 minutes (FOLFOX4 simplifié) à 1 heure 19 minutes (TAXOTERE 100 mg/m² sein). On note une absence de gain de temps pour le protocole TAXOL-AVASTIN probablement liée à l'attente des résultats de protéinurie.

Conclusion

La mise en place des prescriptions anticipées a un impact positif sur les délais d'attente subis par les patients en salle de soins. Le développement des prescriptions anticipées est soumis à des réorganisations au niveau du service de soins (programmation des patients en fonction des protocoles, mise en place d'une démarche commune des médecins pour la validation anticipée des chimiothérapies) et au niveau du flux de production à l'UPC.

Ce délai d'attente pourrait désormais être utilisé comme indicateur qualité.

Mots-clés :

Délai d'attente, Prescriptions anticipées, Indicateur qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Imprégnation de la culture du risque (ICR) au sein d'une Pharmacie à usage intérieur (PUI) à l'aide de l'outil CLARTE®

Auteurs :

Sanchez M., Morel-Golé C., Guellec C., Benaïssa-Djellouli M.

CH Pays d'Apt

Résumé :

Contexte

L'évaluation de l'imprégnation de la culture du risque (ICR) sur le terrain à l'aide de l'outil CLARTE® est un élément de diagnostic pour le déploiement d'une politique de gestion des risques.

Objectifs

Évaluer l'ICR lié aux soins au sein de l'équipe de la PUI. Évaluer l'impact d'une politique de sensibilisation aux risques sur le personnel de la PUI.

Matériel et méthodes

L'outil CLARTE® (validé par le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine CCECQA) permet la mesure de l'ICR au travers d'un questionnaire de 45 items portant sur les 10 dimensions importantes pour la sécurité des soins (perception globale de la sécurité, fréquence de signalement des événements indésirables (EI), attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins, organisation apprenante et amélioration continue, travail d'équipe dans le service, liberté d'expression, réponse non punitive à l'erreur, ressources humaines, soutien du management, travail d'équipe entre les services de l'établissement).

L'enquête est conduite entre le 23/11/15 et le 04/12/15. Les résultats sont analysés par la plateforme informatique eFORAP (CCECQA).

Résultats

224 personnels soignants de l'établissement dont 10 professionnels de la PUI sont enquêtés. Un retour de 197 questionnaires (88 %) dont 10 (100 %) pour la PUI est exploité. Le niveau de sécurité est perçu comme très bon à 100 % par la PUI contre 47 % pour l'établissement. 100 % des agents de la PUI ont déclaré au moins une fiche d'EI au cours des 12 derniers mois contre 66 % pour l'établissement. 32 % des professionnels n'ont déclaré aucun EI. Concernant les dimensions de la culture de sécurité, la réponse non punitive à l'erreur, les ressources humaines et le travail d'équipe entre les services de l'établissement ont un fort potentiel d'amélioration (scores ≤ 50 %). Seule la PUI montre des dimensions développées (scores ≥ 75 %) pour la perception globale de la sécurité et le soutien du management pour la sécurité des soins.

Conclusion

Les taux de participations élevés témoignent d'un intérêt des professionnels pour la sécurité des soins et pour l'enquête. L'ICR au sein de la PUI se démarque de l'ensemble de l'établissement. Elle est favorisée par une politique de sensibilisation au risque iatrogène du personnel et une incitation à la déclaration des EI. L'investissement de l'encadrement dans le développement d'une culture de sécurité apparaît comme un élément moteur pour l'établissement et doit être une base solide pour la gestion des risques.

Mots-clés :

Evaluation, Risque, Soins

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Amélioration du contrôle entre actes codés et dispositifs médicaux implantés en cardiologie

Auteurs :

Thomas J., Pouyaban C., Mercier G., Dutot C., Morell M., Aubas P.

CHRU Montpellier

Résumé :

Contexte

La traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) répond à des objectifs sanitaires, de bon usage et financiers. Dans notre établissement, une requête réalisée à partir du logiciel SAS est utilisée pour contrôler la cohérence entre actes codés et DMI implantés. L'amélioration de ce contrôle, comportant certains défauts, permettra d'assurer une déclaration plus juste des actes et DMI à l'Assurance Maladie (AM).

Objectifs

L'objectif est d'améliorer la pertinence du contrôle de cohérence actuel de certains actes et DMI de cardiologie dans un premier temps avec la création et validation d'un second contrôle plus performant prenant en compte l'exhaustivité.

Matériel et méthodes

La sélection des actes et DMI de cardiologie concerne les stimulateurs cardiaques et sonde(s) associée(s). Ils ont été répertoriés et groupés en familles et sous-familles pour la création d'un algorithme de possibilités en fonction du type et/ou nombre de DMI attendus comme implantés, en regard des actes codés. Les données de matériovigilance (MV) et de codage des actes du PMSI ont été récupérées sur une durée de 6 mois (janvier à juin 2015). Les séjours considérés cohérents avec le système de contrôle actuel sont de nouveau analysés manuellement après application d'une deuxième requête SAS affinée.

Résultats

23 % (43/186) des séjours sont jugés incohérents par cette deuxième requête. Ils se répartissent en 79 % (34/43) d'erreurs de codage d'actes, 14 % (6/43) de problèmes de traçabilité et 7 % (3/43) de faux positifs (séjours jugés cohérents après analyse manuelle). Les erreurs de codages d'actes n'ont pas d'impact financier. Concernant les problèmes de traçabilité, 33 % (2/6) sont liés à des bons de MV non saisis engendrant une perte de 1 027 € pour l'établissement (sondes non facturées) et 66 % (4/6) sont liés à des erreurs de saisie dans la base de données de MV entraînant une surfacturation à l'AM de 27 690 €.

Discussion

Cette requête permet de relever des incohérences non détectées par le contrôle de cohérence actuel. Les erreurs de codages d'actes ont un impact sur la qualité des données du PMSI de l'établissement mais n'ont pas de conséquences financières directes, ne changeant pas le GHS du séjour. Les erreurs de traçabilité ont des répercussions importantes en termes de MV et financières, d'autant plus que l'analyse ne concerne qu'une part des actes et DMI posés. La validation de cette requête est soumise à des améliorations afin de ne pas retrouver de faux positifs et pourra ensuite être étendue à d'autres actes et DMI.

Mots-clés :

Logiciel, Contrôle, Dispositifs médicaux

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bon usage des anticancéreux : comment améliorer les pratiques suite à l'audit de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ?

Auteurs :

Leylavergne S., Boukap Temi S., Foliot P., Sabbagh N.

GHEM Hôpital Simone Veil, Eaubonne

Résumé :

Contexte

Le Contrat de Bon Usage (CBU) exige des établissements de suivre le Bon Usage thérapeutique des molécules anticancéreuses (MA) hors GHS. La CPAM a réalisé, au sein de notre établissement (04/2015) un audit portant sur certaines MA hors GHS, mettant en évidence une sous-évaluation des prescriptions hors AMM.

Objectifs

L'objectif est de renforcer le suivi prospectif du bon usage de ces MA hors GHS en vue d'améliorer nos pratiques suite aux recommandations émises par la CPAM, notamment le suivi des prescriptions hors AMM (justification thérapeutique, publication) nécessaire pour garantir leur remboursement.

Matériel et méthodes

Deux catégories de fiches d'inclusion sous MA hors GHS élaborées par les pharmaciens ont été mises en place à partir de 06/2015, à destination des oncologues. L'une, adaptée à chaque MA hors GHS, pour les indications AMM (suivi de 10 molécules) et l'autre, commune, pour le hors AMM. Chaque fiche fait l'objet d'une validation par le pharmacien suite à l'inclusion des patients. Les prescriptions hors AMM sont analysées à partir de données bibliographiques. Un premier bilan a été réalisé après 6 mois de mise en place de ces fiches.

Résultats

Sur cette période, 83 patients ont été inclus dans un protocole de chimiothérapie comportant 1 ou 2 MA hors GHS (correspondant à 106 fiches théoriques attendues). Les oncologues ont transmis 66 fiches d'inclusion à la pharmacie soit un taux de transmission de 62 %. Les principales molécules concernées sont respectivement Cetuximab (n = 27), Pemetrexed (n = 18), Bevacizumab (n = 17). La validation pharmaceutique a permis d'identifier 52 inclusions sous AMM et 14 hors AMM. Parmi ces dernières, 11 sont justifiées par argumentaire clinique présent dans le dossier patient ou par publication. 3 dossiers sont dépourvus de justification clinique.

Ce travail permet d'améliorer le suivi prospectif des indications en continu. Il reste cependant à améliorer la traçabilité écrite de la justification clinique dans le dossier médical pour atteindre l'exhaustivité de 100 %.

Conclusion

La mise en place de ces fiches met en évidence l'adhésion et la sensibilisation des oncologues à cette démarche et la nécessité d'un argumentaire scientifique des prescriptions hors AMM, d'autant que le non-respect des prescriptions aux référentiels de bon usage des MA hors GHS a un impact économique. La transmission anticipée par rapport à l'inclusion, lors de la décision en réunion de concertation pluridisciplinaire, constituerait un axe d'amélioration dans la prise en charge du patient.

Mots-clés :

Anticancéreux hors GHS, Hors AMM, Contrat de Bon Usage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Matières premières dangereuses : gestion du risque dans une unité de pharmacotechnie

Auteurs :

Augagneur M., Chennell P., Choucat E., Wasiak M., Chevassus A., Jouannet M., Sautou V.

CHU Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte

Dans notre CHU, le personnel du secteur Pharmacotechnie de la pharmacie manipule régulièrement des matières premières (MP) classées Cancérogène-Mutagène-Reprotoxique (CMR), de catégorie 1A, 1B ou 2 au sens du règlement CLP (Classification, Labelling, Packaging). Cette exposition chronique nécessite des mesures de protection.

Objectifs

Analyser les risques dans des conditions normales de travail, évaluer si les mesures déjà en place sont suffisantes et quelles améliorations sont à apporter.

Matériel et méthodes

La gestion des MP (stockage, manipulation, élimination) et leur risque CMR intrinsèque (sites CRAT et EDQM, fiches de sécurité) ont été analysés. Ces résultats ont été présentés en groupe de travail pluridisciplinaire (pharmaciens, médecin du travail, gestionnaire de risque) afin d'identifier les points critiques et les axes d'amélioration possibles. Enfin ces données ont été saisies dans le logiciel SEIRICH pour établir des fiches de sécurité internes au secteur.

Résultats

Sur 114 MP analysées, 32 % présentent un risque CMR dont 51 % un risque reprotoxique, 27 % un risque cancérogène, 3 % un risque mutagène et 19 % plusieurs risques associés. Les précautions actuelles consistent pour le personnel à porter une charlotte, des gants en nitrile et un masque chirurgical lors de la réalisation des préparations et éliminer les déchets par la voie DASRI.

Deux problèmes ont été identifiés : le type de masque utilisé et le stockage des MP liquides. Les manipulateurs sont principalement exposés par voie respiratoire (poudres volatiles ou produits liquides vaporisables) et le masque actuel ne confère pas une protection optimale. Un autre type de masque a donc été proposé (ABE1P2) permettant une protection optimale vis-à-vis de toutes les MP analysées : protection vapeurs organiques/inorganiques/gaz acides et poussières fines toxiques.

Les MP liquides sont stockées dans une armoire fermée (risque de vapeurs) et en hauteur (risque de chute). L'achat d'une armoire à solvant avec système de traitement d'air permettrait de diminuer les risques.

Enfin, des fiches spécifiques à chaque MP avec leur risque CMR et les précautions appropriées sont mises à disposition du personnel.

Discussion

Cette analyse a permis une prise de conscience du risque lié aux manipulations des MP CMR. Elle s'inscrit dans une démarche de sécurisation et d'amélioration des pratiques professionnelles. Une seconde analyse type audit sera menée afin d'évaluer l'application des mesures.

Mots-clés :

Préparations pharmaceutiques, Substances réglementées, Evaluation des risques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt du suivi du bon usage de l'hydrate de chloral en sédation pour réalisation d'actes médicaux

Auteurs :

Barthel C., Benoit P.

CHU Reims - Hôpital Robert Debré

Résumé :

Contexte

L'Hydrate de Chloral (HC) est utilisé dans la sédation du nourrisson et de l'enfant pour des actes médicaux nécessitant une immobilisation. En raison des suspicions d'effets cancérigènes, l'Agence Nationale Sanitaire du Médicament a suspendu les Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU) nominatives (décembre 2014) et procédé à une réévaluation de sa balance bénéfice-risque. Depuis juillet 2015, les indications sont restreintes : administration unique (sauf suivi pathologique grave) ; enfants de 6 mois à 5 ans ; prémédications des Explorations Fonctionnelles Respiratoires ou des Imageries par Résonance Magnétique (IRM).

Objectifs

Suite à ces nouvelles recommandations, nous avons évalué les utilisations de l'HC sur notre centre pour identifier les indications, la tolérance et l'efficacité.

Matériel et méthodes

Pour chaque ATU demandée, nous avons relevé l'âge, la dose, l'indication, l'obtention de la sédation et l'apparition d'effets indésirables (EI).

Résultats

L'HC a été utilisé chez 60 enfants entre juillet et décembre 2015. L'âge moyen était de 19 mois (6 à 48 mois), la dose moyenne de 772 mg (posologie 75 mg/kg). La sédation a été obtenue pour 92 % des sujets. Parmi les 5 échecs, un seul report d'examen a nécessité une anesthésie générale. Un EI grave (crise d'asthme aiguë), avec une prolongation d'hospitalisation a été identifié. Les utilisations concernaient des IRM cérébrales (70 %), urinaires (10 %), médullaires (7 %) et autres (13 %). Deux patients (3 %) ont reçu une seconde administration. Deux ATU ont été refusées en raison d'un âge inférieur à 6 mois.

Conclusion

Certains actes comme l'IRM impliquent une immobilisation stricte pour être réalisés. Les méthodes de première intention (contention, sédation postprandiale, coque immobilisante) qui sont parfois insuffisantes. Malgré le risque cancérigène suspecté, l'HC est utilisé. Il constitue une alternative efficace (supérieure à 90 %) et permet d'éviter une anesthésie générale. Le système des ATU permet, à la pharmacie, d'aider au bon usage en validant les critères d'utilisation (indication âge et administration unique). Nous assurons également un lien avec le service de radiologie pour justifier les demandes d'administration répétées pour des enfants atteints d'affections graves (neurologies et/ou tumorales). Ce suivi a également mis en évidence un EI non déclaré à la pharmacovigilance. Cette remontée d'information est importante pour le suivi de ce médicament ne disposant pas encore d'une autorisation de mise sur le marché.

Mots-clés :

Hydrate de chloral, Sédation, Autorisation temporaire d'utilisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Contrôle pharmaceutique des préparations hospitalières d'anticorps monoclonaux par immunoanalyse automatisée : validation, intérêts et limites

Auteurs :

Levivien C., Chevrier M., Maulois A., Jourdan N., Faure P., Sauvageon H., Madelaine-Chambrin I.

APHP - Hôpital Saint-Louis GHU St-Louis Lariboisière Fernand Widal, Paris

Résumé :

Contexte

Les préparations pharmaceutiques d'Anticorps Monoclonaux (AcM), magistrales ou hospitalières, réalisées dans une unité centralisée, représentent environ 18 % de la production (pour 60 000 préparations par an). Elles font l'objet d'un contrôle prélibératoire, qualitatif et quantitatif. En l'absence de spectrophotomètre UV-Raman ou de méthode chromatographique adaptée, le contrôle des AcM est actuellement assuré par double contrôle visuel avec une séparation des différents AcM dans les isolateurs. Bien que la fiabilité du contrôle visuel ne soit pas totale.

Objectifs

La mise au point d'une méthode rapide de contrôle quantitatif des préparations hospitalières d'AcM a été effectuée par adaptation du dosage biologique des Immunoglobulines G (IgG) aux préparations de chimiothérapies.

Matériel et méthodes

Les AcM sont quantifiés dans les préparations de poches de NaCl 0.9 %, par le dosage des IgG en immuno-turbidimétrie, automatisé sur appareil Modular® Roche (test IgG Roche). Les gammes d'étalonnage couvrent l'étendue des différentes concentrations des préparations hospitalières d'AcM. La linéarité est évaluée par 2 gammes. La répétabilité a été mesurée sur 15 échantillons d'un point bas et haut. La précision intermédiaire a été évaluée sur 3 niveaux de contrôles mesurés 3 fois sur 3 jours.

Résultats

Les premiers résultats mesurés sur le bevacizumab (Herceptin®) montrent que la gamme est linéaire (6 points, de 0.5 à 5 mg/mL, coefficient de corrélation $r^2 > 0,999$) et stable 1 mois. L'exactitude moyenne et la précision sont respectivement de 3.3 % et 1.7 % pour le point bas (0.5 mg/ml) et de 5.3 % et 1.1 % pour le point haut (2.5 mg/mL). Les précisions intermédiaires sont respectivement de 1.5 %, 1.7 % et 1.8 % pour les contrôles à 1 ; 2.5 et 3.5 mg/mL. L'erreur relative moyenne mesurée sur les préparations des patients est de 7.7 ± 2.2 % (n = 6 patients).

Conclusion

Au vu de ces résultats, la méthode est rapide, automatisée, fiable et peu coûteuse. Cependant, l'analyse des IgG ne permet pas d'identifier les différents AcM et la logistique n'est fluide que pour les préparations hospitalières. L'extension de cette méthode reste à évaluer sur les autres molécules de préparations hospitalières (rituximab et trastuzumab). La prise en charge des préparations hospitalières d'AcM permet ainsi de monter à 70 % la proportion de préparations contrôlées analytiquement.

Mots-clés :

Anticorps monoclonaux, Néphélométrie et turbidimétrie, Immunoglobuline G

Références

C. Bazin et al. Ann Pharm Fr. 68 (3) : 163-77 (2010)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Gardes pharmaceutiques au sein d'un centre hospitalier universitaire : coordination, formations et communication

Auteurs :

Laluque B.², Chennell P.², Renaud B.², Sautou V.¹

¹ CHU Clermont-Ferrand - Université d'Auvergne

² CHU Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte

Chaque semestre, un turn-over de plus en plus important des internes en pharmacie effectuant des gardes dans notre établissement a lieu. Leur formation aux activités de garde, ainsi que la communication au sein de notre pharmacie sur les problèmes rencontrés, sont des points clés pour mieux maîtriser l'activité durant cette période.

Objectifs

Mettre en œuvre des outils pour coordonner, suivre et évaluer les formations aux gardes et améliorer la diffusion des informations sur les problématiques rencontrées en garde.

Matériel et méthodes

Une organisation transversale visant à mieux coordonner l'activité de garde a été implémentée. Au début de chaque semestre, une évaluation des connaissances des internes, sous forme de questions écrites s'appuyant sur des cas réels, a été instaurée. Les points forts et axes d'amélioration de ces formations ont été évalués par les internes. Un outil informatique permettant la diffusion quotidienne des informations essentielles concernant l'activité durant chaque garde à l'ensemble du personnel concerné a été développé.

Résultats

Un pharmacien a été nommé coordonnateur des gardes, il se charge d'organiser régulièrement des réunions de coordination afin de permettre des rappels, informer des nouveautés, et analyser des situations particulières rencontrées. L'évaluation des connaissances a mis en évidence des besoins complémentaires de formation pour 70 à 75 % des internes par semestre et a permis de réorienter certaines formations sur des besoins spécifiques rencontrés en garde. Les retours de la part des internes sont pertinents et divers axes d'amélioration sont mis en place à chaque nouveau semestre. Un fichier Excel® avec des fonctions macro a été créé pour compiler et diffuser automatiquement les informations de chaque garde au personnel de la pharmacie sous forme d'un compte rendu de garde électronique (CRGE). Le CRGE présente une série d'items à remplir systématiquement et des encarts à saisie libre pour les événements particuliers. Il permet une meilleure circulation de l'information entre les secteurs et une meilleure réactivité sur les situations particulières rencontrées, ainsi qu'une meilleure visibilité de l'activité.

Conclusion

Ces actions ont permis une meilleure maîtrise et visibilité des événements se déroulant en garde, tout en sécurisant les pratiques en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie de notre établissement.

Mots-clés :

Organisation et administration, Connaissances, attitudes et pratiques en santé, Gestion de l'information en santé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prothèse totale de hanche à couple de frottement Métal-Métal : cas patient d'une métallose cutanée

Auteurs :

Monnier J.¹, Chaspoul F.², Correard F.¹, Honore S.¹, Bertault-Peres P.¹, Monestier S.¹, Grob JJ.¹, Tabele C.¹

¹ APHM - Hôpital de La Timone, Marseille

² Faculté Pharmacie Aix Marseille Université

Résumé :

Contexte

Un patient opéré en 2005 d'une prothèse totale de hanche (PTH) à couple de frottement métal-métal (alliage titane-chrome (Cr)-cobalt (Co)), consulte en dermatologie en septembre 2015 pour un granulome érythémateux inflammatoire douloureux de la hanche gauche. Après élimination de plusieurs diagnostics (sarcoïdose, lymphome, infection), l'hypothèse de métallose cutanée a été proposée. L'usure des PTH Co-Cr provoque la libération d'ions dans l'organisme, mais seuls 2 cas de métallose cutanée liés à ces PTH ont été rapportés [1, 2].

Objectifs

Déterminer si la lésion du patient est due à une métallose cutanée induite par la PTH.

Patients et méthodes

Une déclaration de matériovigilance a été faite auprès de l'ANSM. Plusieurs examens ont été réalisés : dosages sanguins de Cr et Co (NCr < 0,9 µg/L et NCo < 0,6 µg/L), biopsies cutanées de la lésion et en peau saine (bras droit) pour la recherche de métaux à l'anatomopathologie, en lumière polarisée et en spectrométrie de masse à plasma induit par couplage (ICP/MS), radiographie de la PTH.

Résultats

D'après la matériovigilance, plusieurs cas de métallose ont été déclarés aux USA et les PTH à couple de frottement métal-métal ne sont plus posées. Le dosage sanguin a retrouvé des valeurs supérieures aux normes : Cr = 5,26 µg/L, Co = 8,1 µg/L. Les biopsies cutanées ont montré l'absence de métal à l'anatomopathologie et en lumière polarisée. L'ICP/MS a mis en évidence des concentrations cutanées de Co et Cr élevées :

- Cr au niveau de la hanche vs bras : 0,842 ng/mg vs 0,026 ng/mg

- Co au niveau de la hanche vs bras : 0,327 ng/mg vs 0,006 ng/mg

La radio de la PTH ne montre aucun descellement ou granulome périprothétique.

Conclusion

Alors que la radio, les examens en lumière polarisée et en anatomopathologie n'ont rien retrouvé, l'ICP-MS a permis le diagnostic fiable d'une métallose cutanée, avec des valeurs indicatives de toxicité tissulaire des Co et Cr. L'ANSM [3] recommandant la reprise de PTH en cas de métallose due à une PTH à couple de frottement métal-métal ou de cobaltémie élevée, la reprise a eu lieu en février 2016, malgré des lésions spontanément résolutes. L'analyse ICP/MS du tissu périprothétique permettra de corréler les valeurs d'intoxication des tissus mous à ceux de la peau.

Mots-clés :

Métallose cutanée, Inductively coupled plasma mass spectrometry, Couple de frottement métal-métal

Références

[1] The Journal of Arthroplasty Vol. 27 n° 8 2012

[2] JAAD Case Reports 2015;1:36-7

[3] <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Risques-lies-auxprotheses-de-hanche-a-couple-de-frottement-metal-metal-Recommandations-d-utilisation-et-de-suivides-patients-Point-d-Information>

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 340

Titre :

Prise en charge antibiotique et antifongique des bactériémies, des candidémies et des infections liées aux cathéters en réanimation médicale du CHU

Auteurs :

Ferreira-Gomes D., Law-Ki C., Guignard MH., Charles PE.

CHU Dijon

Résumé :

Contexte

L'utilisation large des cathéters intra-vasculaires expose les patients au risque d'infections liées aux cathéters (ILC). En réanimation médicale, les ILC sont la 3^{ème} cause d'infections liées aux soins. Ces infections entraînent une augmentation de la durée de séjour mais également un surcoût estimée entre 5 000 € et 50 000 €.

Objectifs

Cette étude permet de faire un état des lieux de l'utilisation des antibiotiques et des antifongiques dans le cadre des ILC au sein du service de réanimation médicale au CHU. L'objectif secondaire est d'identifier des axes d'améliorations de cette prise en charge en fonction des recommandations actuelles.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective du 01 janvier au 31 décembre 2013, incluant tous les patients ayant eu une pose de cathéter en réanimation médicale. Un seul cathéter infecté par patient a été étudié. Il a été recueilli lors d'une ILC avérée : le type de cathéter, la durée de vie de celui-ci, la présence ou non d'un choc septique, la température maximale dans les 24 h et 48 h précédant l'ablation et celle 48 h après l'ablation, le taux de PCT le jour du retrait et son évolution durant 48 h, l'antibiotique/antifongique utilisé ainsi que la voie d'administration, la dose et la durée du traitement.

Résultats

248 patients ont été inclus. 62 d'entre eux (25 %) ont développés une ILC. Tous les types de cathéters utilisés sont retrouvés dans des proportions équivalentes lors de ces infections. 2 germes sont responsables des deux tiers des ILC : les staphylocoques à coagulase négative et Candida sp. En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique de ces infections, 3 antibiotiques (linézolide, piperacilline/tazobactam et méropénème) et 2 antifongiques (caspofungine et micafungine) sont majoritairement utilisés. Les posologies ainsi que les durées de traitement ont été conformes aux recommandations actuelles.

Discussion

Il n'existe pas d'écologie bactérienne ou fongique spécifique dans le service de réanimation médicale de notre établissement. Les molécules utilisées dans la thérapeutique de ces ILC respectent les recommandations tant pour leurs indications que pour leurs posologies. D'autres études seraient nécessaires afin d'analyser cette problématique dans sa globalité. Il aurait été intéressant d'étudier le choix des molécules en regard des antibiogrammes ou des fongigrammes et d'observer si les protocoles de pose et de soin des cathéters soient appliqués de manières optimales pour éviter la survenue de ce type d'infection.

Mots-clés :

Infections, Cathéters, Antibiotiques

Références

Savey A, Machut A, RAISIN group. Surveillance des infections nosocomiales en réanimation adulte. Réseau REA-Raisin, France, Résultats 2013 47 : 3 (2013), consulté sur Internet le 12 mai 2015

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La neuropathie périphérique associée aux sels de platine et à la Capécitabine chez des patients atteints du cancer

Auteurs :

Bennis S., Alami Chentoufi M., Meddah B.

CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Résumé :

Contexte

Les neuropathies sont des atteintes des nerfs périphériques, de localisations, de causes et de mécanismes divers. Il s'agit le plus souvent de polyneuropathies.

Un médicament entraîne d'autant plus une neuropathie périphérique que d'autres facteurs.

La neuropathie périphérique est parmi les principaux effets toxiques limitant la dose de l'Oxaliplatine, cette dernière est exacerbée avec le protocole thérapeutique XELOX (Capécitabine + Oxaliplatine).

Objectifs

L'objectif de notre étude est de rapporter l'incidence et les caractéristiques de la neuropathie induite par l'Oxaliplatine indiqué dans le protocole XELOX.

L'étude s'est réalisée à l'hôpital de jour, entre février et juin 2014.

Patients et méthodes

Un questionnaire a été établi pour recueillir les données socio-démographiques, thérapeutiques et cliniques auprès des patients.

Les données relatives aux effets indésirables sont collectées sur la fiche de notification qui est rapportée par la suite au Centre Anti-poison et Pharmacovigilance pour l'étude d'imputabilité.

Résultats

Le nombre de patients inclus dans notre étude est de 105.

Ces événements indésirables sont principalement observés pendant la cure de chimiothérapie. La quasi-totalité (90 %) décrit des fourmillements des mains et pieds une heure après la cure de chimiothérapie ; 51 % des patients ont déclaré qu'ils n'arrivent pas à marcher le premier jour de la séance ainsi que 30 % d'entre eux évoquent un laryngospasme qui s'exacerbent lorsqu'ils boivent de l'eau. Une gêne respiratoire était évoquée par 74 % des patients et qui durait trois jours après la cure et surtout pendant la période hivernale.

Le résultat d'imputabilité incriminaient l'Oxaliplatine dans la survenue de la neuropathie périphérique par un score d'I3B4.

Conclusion

La neuropathie périphérique est un effet indésirable assez lourd et mal supporté par les patients ; s'éloigner du froid reste le seul moyen de prévention contre cet effet.

Mots-clés :

Neuropathie, Notification, Imputabilité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Évaluation des pratiques des préparateurs en pharmacie hospitalière lors de la reconstitution des chimiothérapies : comparatif entre 2013 et 2016

Auteurs :

Goulas C., Heran I., Wawrzyniak M., Duplissy E.

CH Perpignan

Résumé :

Contexte

Une évaluation régulière des pratiques est indispensable pour une activité à risque comme la reconstitution des chimiothérapies.

Objectifs

Cette évaluation s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité afin de repérer les éventuels points de défaillances et ainsi permettre la mise en place d'actions correctrices.

Matériel et méthodes

Les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) ont été soumis à une évaluation théorique et pratique par un évaluateur externe (pharmacien hors secteur) formé à l'exercice de l'activité. La grille d'évaluation compte 35 items regroupés en 4 thèmes : les locaux (sas, salle blanche, habillage, procédure d'entrée et de sortie), le matériel, la réalisation des préparations (évaluation de chaque geste) et les connaissances spécifiques aux chimiothérapies (notamment sur le mode d'action des médicaments, la procédure en cas d'incident et la gestion des déchets). Pour chaque item, des points sont attribués de la manière suivante : 0 pour « non assimilé », 1 pour « assimilation partielle » et 2 pour « assimilation totale ». L'évaluation a été menée en 2013 sur 5 PPH et en 2016 sur 7 PPH dans des conditions similaires.

Résultats

La moyenne sur la connaissance des locaux est stable avec 73 % de bonnes réponses en 2013 et 71 % en 2016. La moyenne concernant la connaissance du matériel est en hausse, avec 85 % de bonnes réponses en 2013 et 93 % en 2016. Il y a néanmoins des lacunes sur la connaissance du nécessaire pour pompe et des diffuseurs élastomériques, avec respectivement 57 et 78 % de bonnes réponses en 2016. Concernant la qualité de la fabrication, la moyenne est stable avec 86 % de conformité en 2013 et 87 % en 2016. Les gestes à améliorer restent la mise des gants de façon stérile et l'homogénéisation des poches par retournement avec seulement 29 % de conformité. Pour les connaissances spécifiques aux chimiothérapies en 2016, comme en 2013 la moyenne ne dépasse pas les 75 % de bonnes réponses. Le pourcentage de conformité global est tout de même constant avec 85 % en 2013 et 84 % en 2016.

Discussion

Une restitution des résultats à l'équipe a permis d'aborder les actions correctrices à mettre en place comme une optimisation des gestes de manipulation et une révision des connaissances théoriques spécifiques au secteur. Il est également proposé aux PPH une immersion en service de soins afin observer l'administration des préparations fabriquées en secteur.

Mots-clés :

Chimiothérapie, Evaluation, Pratiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Optimisation du procédé de fabrication de préparations hospitalière de ganciclovir basée sur la méthode AMDEC

Auteurs :

Salmon D., Novais T., Gervais F., Roussel-Berlier L., Diouf EH., Pirot F., Pivot C.

HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

Nous réalisons des préparations hospitalière de solution injectable de ganciclovir (50 mg/100 mL, 75 mg/100 mL, 100 mg/100 mL et 200 mg/100 mL) utilisées en dose-banding. Ces préparations sont réalisées par dilution de la quantité appropriée de spécialité injectable de ganciclovir reconstituée dans 4,5 litres de sérum physiologique (NaCl 0.9 %). Un transfert aseptique automatisé permet ensuite de conditionner la solution en unités de prise de 100 mL. Suite à une série de non-conformités détectées au contrôle du produit final concernant l'essai des particules non visibles, il a été décidé de réévaluer le procédé de fabrication de cette préparation.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de proposer un nouveau procédé de fabrication des solutions injectables de ganciclovir (i) incluant une filtration stérilisante terminale et (ii) réduisant les risques de contaminations microbiologique et particulaire. La mise en place de ce nouveau procédé de fabrication permettra de réduire le nombre de non conformités et l'impact économique des refus de lot.

Matériel et méthodes

Une analyse des modes de défaillance de leur effet et de leur criticité (AMDEC) a été menée sur l'ancien procédé de fabrication après examen des instructions relatives à ces préparations. Une observation de la fabrication par un pharmacien extérieur à l'unité de préparation complétait l'évaluation du procédé afin d'identifier les contraintes techniques en conditions réelles. Une analyse de faisabilité incluant une analyse AMDEC du nouveau procédé de fabrication a ensuite été menée afin d'en valider la mise en place.

Résultats

L'indice de criticité (IC), calculé sur la base de (i) la fréquence, (ii) la gravité et (iii) la détectabilité des différentes étapes de l'ancien procédé de fabrication a permis de mettre en évidence et de prioriser les points à améliorer. La filtration terminale de la solution en système clos a été implémentée dans le nouveau procédé de fabrication. De plus, l'excursion hors ZAC de classe A de différents éléments de la fabrication en cours de procédé, impliquant un risque peu détectable de contamination du produit par les désinfectants a pu être supprimé. Finalement, une étape de contrôle en cours de fabrication pourra être ajoutée afin d'améliorer la sécurité et la qualité du produit final.

Conclusion

La méthode AMDEC est un outil simple et puissant d'analyse de faisabilité et d'optimisation des procédés de fabrication. Elle permet de sécuriser le circuit des préparations hospitalières à risque telles que les solutions injectables.

Mots-clés :

Ganciclovir, Préparation de médicament, Qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place de la préparation du trioxyde d'arsenic au sein d'une Unité de Reconstitution Centralisée des Cytotoxiques

Auteurs :

Rannou M., Dufrene I., Anglaret B., Hida H.

CH Valence

Résumé :

Contexte

La leucémie aiguë (LA) promyélocytaire est une forme rare de LA myéloïde. Elle est due à une anomalie chromosomique acquise : translocation entre le chromosome 15 et le chromosome 17, celle-ci mène à la synthèse d'une oncoprotéine dite PML/RARA responsable de la prolifération de cellules malignes. Le traitement des rechutes de LA promyélocytaire repose sur le trioxyde d'arsenic. Il induit de manière spécifique la dégradation de l'oncoprotéine PML/RARA cependant son mécanisme d'action reste encore imprécis.

Objectifs

Suite à une demande de prise en charge d'un patient, nous avons effectué une étude de faisabilité de la préparation du trioxyde d'arsenic à partir de recherches bibliographiques [1, 2], de données de l'Institut National de Recherche et de Sécurité [3] et d'enquêtes auprès d'établissements utilisateurs. Nous présentons ici ce que nous avons mis en place dans notre établissement pour la préparation de ce cytotoxique.

Matériel et méthodes

Notre étude de faisabilité nous a permis d'identifier les points critiques suivants : des réactions toxiques d'oxydoréduction, une évaporation à 20°C négligeable mais une concentration dangereuse de particules en suspension dans l'air peut être atteinte rapidement et un conditionnement du produit inadapté.

Résultats

Compte tenu de ces points critiques, nous avons mis en place une préparation en fin de séance après nettoyage de l'isolateur. La préparation étant stable 48 heures entre + 2 et + 8°C afin de faciliter l'organisation, nous préparons en une séance 2 jours de traitement. Le reliquat restant dans l'ampoule est éliminé par transfert dans une poche de G5 %. Tous les déchets générés lors de la préparation sont isolés, sur emballés dans un sachet zippé et sortis à chaque fin de séance de l'isolateur via un sas dynamique. Puis, ils sont éliminés dans le conteneur d'élimination à 1 200°C. Après nettoyage, l'isolateur n'est pas utilisé pendant 1 heure pour permettre le renouvellement de l'air. Une procédure spécifique a été mise en place en cas de bris ou fuite de produit tout au long du circuit du stockage à l'administration.

Conclusion

Les procédures concernant la manipulation de ce cytotoxique ont été présentées au personnel intervenant dans la préparation des chimiothérapies anticancéreuses. Compte tenu des contraintes organisationnelles, il est important de s'accorder avec le service d'hématologie pour la planification. Il est regrettable que le fabricant ne propose pas un conditionnement adapté garantissant la sécurité des manipulateurs et de l'environnement.

Mots-clés :

Arsenic, Préparation, Etudes de faisabilité

Références

- [1] Fiche internationale de sécurité chimique du trioxyde d'arsenic -ICSC:0378.
- [2] C. Combis and Al. Peut-on préparer le Trisenox® comme n'importe quel anticancéreux ? Octobre 2009, congrès du GERPAC.
- [3] Trioxyde de diarsenic, Fiche toxicologique n° 89, Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La dispensation journalière individuelle nominative (DJIN) est-elle une garantie pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse ?

Auteurs :

Diallo A., Mazel C., Traoré K., Slama L., Debrix I., Guessant S.

APHP - Hôpital Tenon, Paris

Résumé :

Contexte

La DJIN est un moyen efficace de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient. Au cours de ces derniers mois, plusieurs dysfonctionnements ont été constatés (erreur de prescription, erreur de dispensation, défaut de communication entre les différents acteurs, problème des prescriptions tardives), et nous ont amené à entreprendre une analyse du processus.

Objectifs

Nous réalisons une cartographie des risques de la DJIN pour le service de Maladies Infectieuses et Tropicales, afin de mettre en évidence les étapes à risque.

Matériel et méthodes

Mise en œuvre d'une analyse de risque a priori par la méthode AMDEC, sur l'ensemble du processus de DJIN. Quatre réunions pluridisciplinaires ont été réalisées (mars-juillet 2015), afin de définir les modes de défaillance et leur niveau de criticité, par cotation de la gravité, de la fréquence de survenue et de la détectabilité.

Résultats

Soixante-quatorze modes de défaillance ont été détectés. Trente-trois concernaient l'étape de dispensation, 16 la réception et administration, et 13 la prescription.

Onze modes de défaillance avaient un niveau de criticité inacceptable. Six d'entre eux concernaient l'étape d'administration, 4 la préparation des doses journalières et 1 la livraison du chariot au service.

Suite aux résultats de cette analyse, un plan d'action a été mené prioritairement sur les niveaux de criticité inacceptable, par la mise en place de 16 mesures correctives. Un système de contrôle des doses préparées a été instauré, impliquant à la fois le personnel pharmaceutique et soignant, afin d'augmenter la détectabilité des erreurs. Une politique de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses, par le biais de formation des infirmiers, va être mise en place de manière régulière, dont la thématique sera choisie par le personnel soignant.

Aucun des 11 modes de défaillance n'a présenté d'indice de criticité résiduel inacceptable après la mise en place des actions correctives.

Discussion

La DJIN contribue à l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse, notamment au niveau des étapes de prescription et de validation pharmaceutique quotidiennes qui permettent de prévenir les événements indésirables. Le nombre de modes de défaillance à criticité inacceptable reste modéré, et la mise en œuvre d'actions correctives a permis de les supprimer.

Cette étude est un point de départ dans l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Les mesures correctives seront appliquées aux autres services en DJIN, en s'adaptant à leurs besoins spécifiques.

Mots-clés :

DJIN, Gestion de risque, AMDEC

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Comité de retour d'expérience relatif à la prise en charge médicamenteuse dans un établissement de santé mentale : focus sur les erreurs de patient

Auteurs :

Heloury J., Arnaud L., Malard Gasnier N., Laplagne Roux A., Rougeot J., Carpenet Guery H., Schadler L.
CH Esquirol, Limoges

Résumé :

Contexte

Dans le cadre de l'arrêté du 6 avril 2011, un Comité de Retour d'Expérience (CREX) relatif à la prise en charge médicamenteuse (PCEM) a été créé fin 2013 afin de gérer les événements indésirables (EI) déclarés. Le signalement des événements a doublé en 2 ans, signifiant que les professionnels s'approprient la culture « gestion des risques ».

Objectifs

Ce travail présente les erreurs de patient analysées lors du CREX en 2015.

Matériel et méthodes

Ce CREX, pluridisciplinaire se réunit 3 fois par an. Les EI concernant la PCEM sont catégorisés selon la grille de la SFPC [1]. A chaque réunion, les EI les plus marquants et représentatifs sont présentés en séance. 3 sont sélectionnés pour investigation, analyse systémique ORION® puis proposition d'action d'amélioration selon un échancier. Parmi ces EI, les erreurs de patient sont apparues comme prioritaires. Ainsi un tableau récapitulatif des éléments communs et les facteurs favorisants de ces erreurs a été réalisé permettant de définir les points critiques à améliorer.

Résultats

Les déclarations concernant les erreurs de patient sont en importante augmentation : 2 en 2013, 9 en 2014 et 18 en 2015. Sur ces 18 erreurs, 2 sont survenues lors de la prescription et ont été interceptées avant atteinte du patient par la validation pharmaceutique (classées B). Les 16 autres sont survenues lors de l'administration et identifiées a posteriori, impliquant une surveillance accrue du patient (classées D). Néanmoins, aucune n'a entraîné de préjudice notable. Les points critiques suivants ont été mis en évidence :

- Défaut de pratique lors de la préparation et l'administration des solutions buvables
- Inversion de pilulier en salle à manger dû au dérangement des infirmiers
- Défaut de pratique lors de l'identification du patient. Des actions d'amélioration ont été mises en place :
- Rédaction d'un Guide de Bonnes Pratiques d'Administration, dont celles concernant les solutions buvables
- Promotion de l'administration des traitements en chambre : 6 unités en 2014 et 13 en 2015
- Optimisation de l'organisation pour limiter les interruptions de tâches
- Promotion de l'identitovigilance : notamment identification des piluliers avec les photos de patients d'une unité de long séjour.

Conclusion

Ce CREX a permis de cartographier les risques médicamenteux liés aux erreurs de patient et d'identifier des axes concrets d'amélioration. La pertinence de ces derniers sera suivie dans le temps grâce à la mise en place d'un indicateur de suivi relatif au nombre annuel de signalements d'erreurs de patient.

Mots-clés :

Gestion du risque, Administration, Patient

Références

[1] Société française de Pharmacie Clinique. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse, 1^{ère} édition, 2005, MONTRY, ISBN : 2-9526010-0-3

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 347

Titre :

Semaine de la sécurité des patients : miser sur une communication moderne et ludique pour une meilleure mobilisation, pari gagnant !

Auteurs :

Neyrat L., Lacaud F., Vincent C., Vidal F.

CH Dax

Résumé :

Contexte

La semaine de la sécurité des patients (SSP), opération annuelle de communication autour des soins et de leur sécurité, crée une dynamique de dialogue entre patients, usagers et professionnels de santé (PFS), afin de mettre en avant le patient en tant que co-acteur de sa sécurité.

Objectifs

Chaque année, le centre hospitalier (CH) cherche à mobiliser un maximum de personnes lors de la SSP. L'objectif de ce travail est de comparer les résultats de participation aux SSP 2014 et 2015 afin d'évaluer l'impact des moyens de communication mis en œuvre.

Matériel et méthodes

Pour gagner des participants lors des SSP, le CH a élaboré en 2014 un projet en 4 phases, axé sur la communication. Les phases 1 et 2 ont fait l'objet d'un poster à Hopipharm Reims. Phase 3 : Sept/oct 2015 : choix des thématiques - création d'une affiche et d'une bande annonce selon des mises en scène professionnelles ludiques - préparation des ateliers à destination des PFS et/ou des usagers : chambres des erreurs, affiches avec fil conducteur, "HospitBox", film d'information sur la conciliation médicamenteuse, quizz - définition de nouvelles règles pour le jeu concours, intégrant le taux de participation aux ateliers (avec point bonus par médecin) en plus des réponses aux quizz. Phase 4 : Nov/déc 2015 : diffusion de l'affiche et du film d'annonce par intranet et Twitter - envoi du quizz aux cadres de santé (CDS) - SSP 2015 - Évaluation participation et satisfaction - Remise du prix concours avec séance photos.

Résultats

331 et 144 personnes ont respectivement participé à la SSP en 2015 et 2014 (203 versus 63 élèves IDE, 44 vs 21 AS, 25 vs 14 IDE, 19 vs 4 médecins, 16 vs 19 CDS, 12 vs 4 usagers et 12 vs 19 autres). La bande annonce de la SSP 2015 a été visionnée 203 fois. 11 unités de soins sur 30 ont répondu au quizz vs 21 en 2014. Le taux de bonnes réponses a été de 49 % en 2015 et de 56 % en 2014. En 2015, la SSP a donné lieu à une interview radio, un reportage télévision et un article dans le journal.

Conclusion

La diversification des techniques de communication (affiche et bande annonce, diffusion Twitter) et les nouvelles règles du concours ont permis d'interpeller davantage de PFS. Même dans un contexte de disponibilité des PFS réduite, ces processus ont rendu la SSP encore plus attractive. Des ateliers dédiés aux usagers ont également renforcé leur intégration à l'opération. La diffusion des données (résultat participation, enquête satisfaction, vidéo "best of") à la direction et aux CDS reste un élément moteur de promotion de la SSP à venir.

Mots-clés :

Sécurité des patients, Personnel de santé, Communication

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Risque de confusion entre les noms des médicaments comportant plusieurs principes actifs : à propos de plusieurs cas d'erreurs médicamenteuses déclarés dans un hôpital pédiatrique

Auteurs :

Promis AS., Palosse L., Lefèvre S., Bornes E., Pellegrino F., Fratard C., Pomies S., Cestac P., Viard C.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

Les médicaments ayant une consonance semblable sont à l'origine d'erreurs médicamenteuses (EM) aux conséquences parfois graves [1, 2]. En 2014, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé attirait l'attention sur les risques de confusions entre le princeps et la dénomination commune internationale (DCI) « pipéracilline/tazobactam (PT) » [3]. Plus généralement, c'est la problématique des médicaments comportant plusieurs principes actifs qui est souvent rapportée.

Objectifs

L'objectif était de décrire la typologie des EM en lien avec l'utilisation de médicaments comportant plusieurs principes actifs déclarées en pédiatrie et de mettre en place des mesures correctives.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une analyse rétrospective des EM déclarées par les services de pédiatrie dans le logiciel de déclaration des vigilances de l'hôpital en 2015. Chaque EM a fait l'objet d'une analyse systémique pluridisciplinaire.

Résultats

Nous rapportons 3 cas d'EM. Dans le premier cas, la similitude de nom entre le médicament princeps et l'un des principes actifs, le tazobactam, a conduit à calculer par erreur la quantité à administrer à partir de la quantité du tazobactam (principe actif mineur) au lieu de la pipéracilline (principe actif majeur), entraînant l'administration de 8 fois la dose de pipéracilline prescrite. Les deux autres EM concernent un surdosage d'amoxicilline lié à une erreur de calcul de dose, basé sur la concentration en acide clavulanique de la solution : les nourrissons ont reçu respectivement 8 et 10 fois la dose d'amoxicilline prescrite. Ces 3 EM ont été détectées par les infirmiers après administration aux patients et ont eu un impact clinique : convulsions sous PT et diarrhées sous amoxicilline/acide clavulanique. Parmi les causes retenues, figurent les facteurs liés aux médicaments (étiquetage) et aux professionnels de santé (erreur de lecture, défaut de connaissance théorique sur les médicaments, absence de double contrôle).

Discussion

Ces 3 signalements ont permis de mettre en place des barrières correctives : retour en réunion auprès des cadres et infirmiers, sensibilisation des étudiants en formation initiale, diffusion de l'information auprès des responsables d'équipe médicale, double-contrôle de la préparation de ces médicaments dans un service pilote. Une discussion au sujet de la prescription en DCI : « X mg de princeps = X mg de pipéracilline (+ tazobactam) » a été engagée. Ces données restent valables pour l'ensemble des médicaments comportant plusieurs principes actifs.

Mots-clés :

Pédiatrie, Erreurs médicamenteuses, Sécurité des patients

Références

[1] Institute for Safe Medication Practices. FDA and ISMP Lists of Look-Alike Drug Names with Recommended Tall Man Letters, <https://www.ismp.org/tools/tallmanletters.pdf> (2011)

[2] World Health Organization. Patient Safety Solutions, volume 1, (solution 1) (2007)

[3] Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Vigilances, Bulletin de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, (numéro 63) (2014)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 349

Titre :

Bon usage des solutions buvables à l'hôpital, évaluation des pratiques

Auteurs :

Chatelet JN., Landouzy M., Devos C., Mutombo M., Bonenfant C., Guenault N.

CH Armentières

Résumé :

Contexte

La promotion du bon usage des conditionnements buvables multidoses est intégrée à la politique de gestion des risques du centre hospitalier. Le risque d'erreur médicamenteuse générée par ces médicaments ont fait l'objet d'une alerte ANSM.

Objectifs

Une évaluation des pratiques a été réalisée afin d'apporter des axes d'amélioration.

Matériel et méthodes

Un audit sur le stockage et sur l'administration des formes buvables multidoses a été mené pendant 9 mois dans les services de court séjour gériatrique, pneumologie, traumatologie, pédiatrie et néonatalogie. Les données relatives aux conditions de stockage, d'administration et de prescription ont été observées. La grille d'audit a été réalisée selon les recommandations de bon usage mises à disposition des équipes de soins.

Résultats

Le stockage de 89 flacons et l'administration de 20 solutions buvables ont été audités. La date d'ouverture n'était inscrite que sur 6.7 % des conditionnements primaires et sur 48.3 % des conditionnements secondaires uniquement. La nouvelle date de péremption après ouverture n'était jamais inscrite. Les températures de stockage n'étaient pas respectées pour 9 % des flacons. 8 % des flacons n'étaient pas stockés avec leurs dispositifs d'administration fournis à cet effet. D'autres non conformités ont été relevées : flacons laissés dans la chambre des patients (7), stockage de flacon nominatif de patients sortis (3), interversion des dispositifs de mesure entre 2 spécialités (1). En néonatalogie, des seringues de 1 mL ont été utilisées à la place des pipettes pour l'administration de vitamine et de paracétamol. Des seringues étaient préparées à l'avance (8) et remis dans leur emballage dans la chambre du patient, sans étiquetage au nom de patient ni au médicament. La concentration de vitamines a été modifiée par le laboratoire pendant l'audit, occasionnant 6 erreurs de prescription de posologie (0.2 mL ou 1 ml au lieu de 0,3 ml/dose). La moitié des IDE interrogés (51.8 %) avaient déjà rencontrés des difficultés d'administration : dose prescrite inadaptée au dispositif d'administration (15) et nombre de gouttes prescrites trop important par rapport au dispositif de mesure (3). Seul un tiers des IDE connaissait les règles de bon usage des solutions buvables.

Conclusion

Les résultats de cet audit seront présentés aux équipes soignantes. Les règles de bon usage de stockage ont été émises sous forme de poster avec tableau synthétisant les données par spécialités. Un second tour d'audit est prévu pour évaluer l'impact des actions d'amélioration.

Mots-clés :

Audit, Solutions buvables, Bon usage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Filtres pour l'administration des chimiothérapies : est-ce bien nécessaire ?

Auteurs :

Pillier-Louis A., Lebreton A., Le Quay L., Clerc MA.

CHU Angers

Résumé :

Contexte

Les nouvelles molécules d'immunothérapie nécessitent une filtration lors de leur administration selon les recommandations des fabricants. Au sein de notre URC, la mise en place d'un système d'administration sécurisée avec poche de rinçage nous a amené à revoir les dispositifs d'administration et de filtration actuellement utilisés pour certaines molécules.

Objectifs

L'objectif de ce travail était de faire un point sur la filtration pour l'ensemble des molécules et de réfléchir aux moyens d'en garantir le respect au sein de notre établissement.

Matériel et méthodes

Une revue des RCP des produits de chimiothérapie sur la nécessité d'une filtration lors de l'administration a été réalisée. Les caractéristiques des filtres déjà référencés sur le CHU ont été comparées afin de déterminer si certains pouvaient répondre aux exigences des fabricants. En parallèle, une réflexion sur le mode de mise à disposition de ces filtres a été menée en collaboration avec les services de soins concernés.

Résultats

Parmi les molécules de chimiothérapie prescrites sur le CHU, 12 nécessitent une filtration lors de l'administration. Pour 2 molécules, le filtre adapté est fourni par le fabricant. Pour les autres molécules, une filtration stérilisante est recommandée. Parmi les 3 molécules cytotoxiques, 2 exigent des dispositifs sans DEHP. Un filtre à faible liaison protéique est nécessaire pour l'administration des anticorps. Deux filtres 0.22 µm déjà référencés peuvent donc être utilisés : le filtre PF30MF (Doran) pour les cytotoxiques et le filtre IV STAR 10 (Codan) pour les anticorps. Seul le blinatumomab a nécessité le référencement d'un dispositif spécifique, compatible avec la pompe d'administration. Nous avons fait le choix de dispenser le filtre adapté à chaque molécule directement avec la poche de chimiothérapie, afin de limiter le risque d'oubli par l'IDE lors de l'administration. Un tableau récapitulatif sur les filtres à utiliser a été réalisé.

Discussion

Les filtres sont actuellement commandés par l'URC. Une solution doit être trouvée afin d'impacter le coût de ces filtres aux services consommateurs. Afin de sensibiliser les équipes soignantes, une réflexion est en cours pour faire apparaître de façon simple la mention de l'utilisation des filtres sur le plan d'administration des IDE à partir du logiciel CHIMIO. Enfin, même si aujourd'hui nous avons fait le choix de respecter le RCP des produits, nous nous interrogeons sur l'intérêt d'une filtration stérilisante après une préparation réalisée dans des conditions aseptiques.

Mots-clés :

Filtre, Chimiothérapie, Perfusion veineuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse des non-conformités 1 an après l'automatisation de la dispensation : faisons le point !

Auteurs :

Boyaux B., Le Mercier F., Prive M., Queuille E., Debruyne AL., Potaufeu J.

CH Charles Perrens, Bordeaux

Résumé :

Contexte

La Pharmacie de notre centre hospitalier psychiatrique est équipée d'un automate de sur-conditionnement comprenant une ligne de coupe (1 comprimé/sachet) et une ligne de cueillette. Depuis novembre 2014, 17 des 25 services sont automatisés, soit une préparation de piluliers pour 330 patients, dont 180 en dispensation journalière individuelle nominative.

Objectifs

Évaluer la nature des non-conformités rencontrées, mener une analyse des causes et préciser les mesures correctrices mises en place.

Matériel et méthodes

Une étude rétrospective a été réalisée du 14 avril au 31 octobre 2015, en analysant les données recueillies à l'aide de fiches de non-conformités complétées et renvoyées par les unités de soins automatisées.

Résultats

Un total de 582 non-conformités a été recueilli et 2 types d'erreurs se distinguent au niveau des sachets : 50,6 % d'ajouts et 17,1 % d'absence au sein des piluliers. L'automate est ainsi impliqué dans 77,8 % des cas. Ces dysfonctionnements s'expliquent par l'ajustement en cours des paramètres d'aspiration des sachets, une évolution du type d'emballage étant également prévue. De plus, 11 % des problèmes sont liés à une prescription inadéquate sur le logiciel (cases « si besoin » ou « traitement personnel » non cochées, etc.). La sensibilisation des prescripteurs et la validation pharmaceutique quotidienne des ordonnances permettent toutefois de limiter ces erreurs. Enfin, 5,5 % des problèmes sont liés aux ajouts manuels par les préparateurs malgré la mise en place de leur vérification systématique permettant d'assurer un point de contrôle avant l'envoi des piluliers. Il est donc important de paramétrer et d'automatiser le maximum de spécialités afin de limiter les ajouts manuels. Une réflexion sur l'acheminement logistique des piluliers a été menée pour être en accord avec les besoins et l'organisation des différentes unités. Ainsi, 4,7 % des problèmes retrouvés s'expliquent par une modification de prescription postérieure à la préparation des piluliers.

Conclusion

Afin de limiter le biais induit par le recueil sur déclaration des infirmiers, des vérifications semestrielles de l'ensemble des armoires par le service pharmaceutique sont mises en place et retrouvent un pourcentage de non-conformités liées à l'automate de 3 %. Ce taux doit être optimisé pour être inférieur à 1 % d'où la nécessité de continuer le suivi des non-conformités afin de les résoudre avec le constructeur. Le développement d'un système informatisé est envisagé en vue de faciliter le recueil des données par les infirmiers.

Mots-clés :

Automatisation, Dispensation, Analyse statistique de données

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Reconditionnement et surétiquetage manuel pour réalisation de doses unitaires identifiables : bilan de 30 mois de suivi

Auteurs :

Ballandras C., Robin M., Buisson T., Billion-Rey F.

CH Jura Sud, Lons-le-Saunier

Résumé :

Contexte

Au sein de notre centre hospitalier (CH), nous réalisons 200 lits de dispensation hebdomadaire individuelle nominative (DHIN). Pour réaliser cette dernière en accord avec l'arrêté du 6 avril 2011, nous avons mis en place depuis 2012 la réalisation de cent pour cent des doses unitaires identifiables (DUI) et ceci par la combinaison du reconditionnement semi-automatique par machine (Euraf®) et du surétiquetage manuel (Eticonform®).

Objectifs

Faire un état des lieux de la réalisation des DUI au sein de notre CH en termes de nombre de doses réalisées et de temps préparateur et pharmacien mobilisé.

Matériel et méthodes

Nous avons effectué un suivi des DUI réalisées au cours des 30 derniers mois (juillet 2013 – décembre 2015). Cet état des lieux prend en compte : le nombre de DUI reconditionnées ou surétiquetées, le temps préparateur dédié ainsi que le temps pharmacien dédié au double contrôle. Par ailleurs les taux et types d'erreurs retrouvées ont été analysés.

Résultats

Au cours des 30 mois de notre étude, 270 394 DUI ont été réalisées, soit en moyenne 9 013 DUI/mois, correspondant à 170 263 DUI reconditionnées (moyenne mensuelle 5 709) et 100 131 DUI surétiquetées (moyenne mensuelle 3 338). Le temps préparateur mobilisé correspond à 17.6 heures par mois (7,6 secondes/DIU reconditionnée, 6,2 secondes/DIU suretiquetée) et le temps pharmacien mobilisé à 2 heures par mois (0,85 secondes/DIU reconditionnée, 0,77 secondes/DIU suretiquetée). Le taux d'erreur cumulé est de 0,872 pour cent DUI reconditionnées, les types d'erreurs retrouvées sont : erreur dans le numéro de lot, erreur de spécialité, intitulé erroné, erreur dans la date de péremption, comprimés écrasés ou encore absence des plaquettes sources nécessaires au contrôle. Le taux d'erreur cumulé est de 0,220 pour cent DUI surétiquetés, les erreurs retrouvées : erreur dans le numéro de lot, surétiquetage non nécessaire ou encore mauvaise impression des étiquettes non détecté par le préparateur.

Conclusion

La réalisation d'une DHIN de bonne qualité n'est pas sans coût en termes de temps préparateur et pharmacien mobilisé. Notre système manuel semble performant compte tenu du faible taux d'erreur cumulé retrouvé. Cependant, le double contrôle pharmaceutique n'est pas sans faille et peut laisser passer des erreurs potentielles. Dans ce but, et en vue d'augmenter le nombre de lits en DHIN, une réflexion quant à l'acquisition d'un automate est à envisager.

Mots-clés :

Doses unitaires identifiables, Bon usage, Dispensation hebdomadaire individuelle nominative

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Formation d'un Préparateur en Pharmacie Hospitalière (PPH) au sein d'une Unité Centralisée de Reconstitution des Chimiothérapies (UCRC) : retour d'expérience de la part des PPH

Auteurs :

Harang C.¹, Mourad MC.², Burde F.¹, Hettler D.¹

¹ CHU Reims - Hôpital Robert Debré

² CH Libourne

Résumé :

Contexte

L'optimisation du circuit du médicament et de la prise en charge des patients en cancérologie est indispensable, notamment concernant les étapes de préparation pharmaceutique. C'est pourquoi nous avons voulu mettre en place une formation initiale formalisée et adaptée des PPH prenant leur poste au sein de notre UCRC.

Objectifs

Évaluer le contenu et l'organisation de la formation initiale des PPH dans notre unité en recueillant l'avis des personnels nouvellement formés.

Matériel et méthodes

Les formations théorique et pratique ont été évaluées par les PPH formés sous forme de questions à choix multiple et questions à réponse courte ouvertes ainsi que par un entretien entre le pharmacien responsable et les PPH formés, un mois après la fin des formations. L'évaluation a ciblé certains points-clés abordés lors des formations, tels que l'accueil au sein de l'unité de pharmacotechnie, la qualité du diaporama (compréhension et contenu), explications sur le logiciel CHIMIO, qualité et utilité des « fiches DCI », lien entre contenu du test de fin de formation théorique et contenu de cette formation, l'exhaustivité de la formation pratique par compagnonnage, le temps de formation accordé aux postes de manipulateur et d'aide-manipulateur, l'intérêt des « préparations test » et enfin, le lien entre formation pratique et test de cette formation.

Résultats

L'évaluation des formations théoriques et pratiques montrent les résultats suivants : Satisfaction des PPH de l'accueil : 87,5 %, satisfaction de la formation théorique : 75 % (un point ressort particulièrement : 25 % de satisfaction concernant les explications du logiciel CHIMIO), satisfaction de la formation pratique : 85 %.

L'entretien avec les PPH a montré que la formation est complète et adaptée à leurs besoins et attentes à l'exception de deux points qui doivent être renforcés : la maîtrise du logiciel CHIMIO et la pharmacologie des anticancéreux. De plus, du point de vue des PPH, il serait pertinent de refaire un point sur la formation après 3 mois au sein de l'UCRC.

Conclusion

Lors de l'évaluation théorique, il a été mis en évidence une maîtrise incomplète du logiciel CHIMIO : ce point est concordant avec les différents résultats de l'évaluation de cette formation. Un programme de formation actualisé des deux points cités va être proposé aux PPH arrivant prochainement dans notre unité et fort de cette évolution, nous travaillons à l'élaboration d'une formation continue adaptée aux attentes de nos préparateurs.

Mots-clés :

Evaluation des besoins en formation, Formation continue, Gestion continue qualité

Références

[1] Ministère de la santé et AFSSaPS. Bonnes pratiques de préparation, BO n° 2007/7 bis – fascicule spécial.

[2] Dr Marie-Christine Mourad. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie : Mise en place d'un programme de qualification des personnels assurant la préparation d'anticancéreux injectables à la PUI du CHU de Reims, octobre 2014.

[3] Réseau Régional de Cancérologie de Lorraine, Cahier des charges des Unités Centralisées en Pharmacie pour la préparation des agents anticancéreux dans les sites du réseau Oncolor, août 2009.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Gravimétrie : à quelle étape peser pour un contrôle libératoire sécurisé en unité de production d'anticancéreux ?

Auteurs :

Chastang FA., Fouque J., Hurgon A., Escalup L.

Institut Curie, Paris

Résumé :

Contexte

La gravimétrie s'intègre comme contrôle in process lors de la fabrication des préparations de chimiothérapies. La gravimétrie est conforme aux bonnes pratiques de préparation mais il n'est pas spécifié à quelles étapes de la fabrication elle doit intervenir.

Objectifs

Définir les étapes de pesées les plus appropriées dans le processus de fabrication des chimiothérapies par gravimétrie.

Matériel et méthodes

Nous utilisons le module de gravimétrie du logiciel Chimio®. Il permet d'activer des contrôles par pesée en fonction de l'étape de préparation. Nous avons 4 processus de fabrication différents dans notre unité. Ce module permet également l'enregistrement d'un rapport de pesées et des actions réalisées sur la préparation. Nous avons validé cette production par gravimétrie en réalisant des dosages analytiques par Qc-prep® des préparations de paclitaxel et cyclophosphamide.

Résultats

Après analyse de risque du process, nous avons défini les étapes de pesée nécessaires à une fabrication sécurisée. Les pesées communes à chaque processus, sont :

PI : Pesée initial du contenant final

(R) : Lors de l'étape de reconstitution des flacons d'anticancéreux si besoin, une pesée de la seringue vide puis de la seringue contenant le solvant.

AK : Lors de l'étape de prélèvement de l'anticancéreux, une pesée de la seringue vide puis de la seringue contenant l'anticancéreux

PF : Lors de la fin de fabrication une pesée de la préparation finie

Les pesées définies en fonction de chaque processus sont séquencées de la manière suivante

Diffuseur : PI, (R), diffuseur vide, diffuseur + solvant, AK, PF

Poche : PI, (R), AK, poche solvant, PF

Seringue diluée : PI, (R), AK, seringue vide, PF

Seringue pure : PI, (R), AK (= PF)

Nous n'avons pas observé de différence significative entre les concentrations calculées avec la gravimétrie et les concentrations dosées par Qc-prep®.

Discussion

La combinaison de toutes ces étapes de pesées permet d'obtenir une fiabilité quasi absolue du contrôle gravimétrique. Des écarts de poids compris entre 2 et 5 % sont tolérés sur une gamme de volume allant de 1 ml à 60 ml. En cas d'erreur plus importante une alerte bloquante oblige à une intervention pharmaceutique tracée. Le temps de préparation est cependant augmenté par les pesées mais la préparation n'est pas interrompue par le double contrôle visuel. Malgré cela, la méthode de gravimétrie est un véritable outil d'aide à la fabrication intuitif et ergonomique, qui sera complétée par la reconnaissance des flacons d'anticancéreux par data matrix.

Mots-clés :

Chemotherapy, Contrôle, Préparation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Évolution de l'outil de cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse : ARCHIMED V3

Auteurs :

Menard C., Borel C., Moutel E., Garnier A., Ait Aissa T., Le Jouan M., Le Gonidec P.

OMÉDIT Ile-de-France

Résumé :

Contexte

Créé en 2012, ArchiMed est un outil de cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse (PECM). Il présente l'intérêt de pouvoir classer les risques en fonction de leur criticité et de l'effort à fournir pour les maîtriser. Cependant, les retours d'expérience des établissements de santé (ETS) et l'émergence de nouveaux besoins en lien avec la certification HAS (V2014), ont posé la question de l'évolution de l'outil.

Objectifs

L'objectif principal de l'évolution de l'outil ArchiMed est d'en faire un outil intégrant les remarques des ETS utilisateurs ainsi que de nouveaux éléments de contexte notamment ceux de la certification V2014.

Matériel et méthodes

Un groupe de travail pluridisciplinaire (médecins, pharmaciens, cadre supérieur paramédical, gestionnaires de risques) a été constitué en novembre 2015 (17 participants). Jusqu'en février 2016, 10 réunions de travail ont permis de revoir l'ensemble des items (ajout, modification, suppression) et de coter la criticité et l'effort associé. Afin de faciliter le travail de groupe, les 3 volets de l'outil (unités de soins, pharmacie à usage intérieur et hospitalisation à domicile) ont été débattus en sous groupe puis ont fait l'objet de réunions de concertation plénières.

Résultats

De nouveaux critères relatifs à la sécurisation du parcours patient ont été intégrés, notamment sur les thématiques : conciliation médicamenteuse, dossier pharmaceutique, rétrocession, messagerie sécurisée de santé. De même, des questions en lien avec l'utilisation des dispositifs d'administration des médicaments (pousse-seringue...) ont été créés et ce, afin de mieux appréhender les risques liés à l'administration des injectables. A l'inverse, certains items tels que l'informatisation et l'automatisation de la dispensation ont été volontairement écartés car déjà traités par d'autres outils.

Un glossaire ainsi que de nouvelles fonctionnalités dans la restitution des résultats pour les ETS ont été implémentées.

Conclusion

Les retours d'expérience montrent qu'ArchiMed apparaît n'être plus seulement un outil d'analyse des risques a priori mais également un outil pédagogique de sensibilisation aux risques liés à la PECM au sein des équipes de soin. La nouvelle version conserve les mêmes fonctionnalités mais présente une plus grande maniabilité et ce, afin de permettre des analyses de risques par thématique. Les ETS pourront ainsi cibler certains éléments de la PECM et adapter leur travail de cartographie selon les difficultés rencontrées sur le terrain.

Mots-clés :

Cartographie, Risque, Parcours

Références

[1] Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (JORF du 16 avril 2011).

[2] Hartmann JF, Crickx B, Le Gonidec P. Archimed. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. 2015, Vol. 50, 57-68.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt et faisabilité de la surveillance de la fonction hépatique par le pharmacien lors de la prescription d'anticancéreux : exemple du bortézomib dans un hôpital de jour d'onco-hématologie

Auteurs :

Kuhn A., Jégu F., Belahreche R., Kaatz O., Ancel M., Limacher JM., Roncalez D.

Hôpitaux Civils de Colmar

Résumé :

Contexte

La validation pharmaceutique de la posologie lors d'une prescription d'anticancéreux est systématique. Le suivi de la fonction rénale lors de la vérification de la posologie est déjà réalisé en routine, en se basant sur la valeur de la clairance de la créatinine. L'évaluation de la fonction hépatique est moins évidente car elle dépend de plusieurs paramètres. Selon les molécules, des paramètres biologiques de suivi sont définis dans leur monographie. Ainsi, pour le bortézomib une adaptation de posologie est recommandée en cas d'insuffisance hépatique modérée à sévère et/ou si la valeur de la bilirubine est supérieure à 1,5 fois la limite supérieure de la normale (LSN).

Objectifs

Une analyse rétrospective des prescriptions de bortézomib en 2015 a permis d'évaluer l'intérêt du contrôle de la fonction hépatique par le pharmacien, et s'il est réalisable en routine pour les patients de l'hôpital de jour d'onco-hématologie.

Matériel et méthodes

Une requête via le logiciel CHIMIO® a permis de recueillir les prescriptions de tous les premiers jours (J1) de tous les cycles de bortézomib en 2015. Les bilans biologiques ont été consultés dans les dossiers médicaux, et les valeurs de la bilirubine ont été confrontées aux doses de bortézomib prescrites.

Résultats

Un total de 29 patients (âge moyen 74,9 ans) ont reçu 1 à 9 cycles en 2015, soit 88 prescriptions de J1. Aucune mesure de la bilirubine n'était supérieure à 1,5 fois la LSN. Pour 5 prescriptions (5,7 %), aucun bilan hépatique n'a été réalisé avant le J1. Quatre d'entre elles correspondaient à une initiation de traitement. Les réductions de doses observées (pour 13 patients) étaient secondaires notamment à des neuropathies de grade 3 (29,2 %) et des neutropénies ou cytopénies (45,8 %). Pour optimiser l'apport pharmaceutique, il est possible pour le pharmacien d'accéder aux résultats biologiques la veille de chaque J1 du fait de la proximité de l'unité de reconstitution des cytotoxiques avec l'hôpital de jour d'onco-hématologie.

Conclusion

Cette analyse a révélé qu'aucune adaptation de posologie pour altération de la fonction hépatique n'a dû être envisagée. Néanmoins, des interventions pharmaceutiques auraient pu être bénéfiques lors de l'absence de suivi de la bilirubine. Ainsi, le suivi de la fonction hépatique par le pharmacien pourrait améliorer la sécurité des patients sous bortézomib. Nous allons mener une analyse prospective pour poursuivre l'évaluation de la faisabilité, puis éventuellement étendre l'analyse à d'autres molécules éliminées par voie hépatique.

Mots-clés :

Surveillance, Hépatique, Bortézomib

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

De la matériovigilance à l'amélioration du bon usage des dispositifs médicaux

Auteurs :

Behr A., Duplin EM., Thiveaud D.

CHU Toulouse

Résumé :

Contexte

La matériovigilance (MV) enregistre tout incident survenant lors de l'utilisation de dispositifs médicaux (DM). Un premier niveau d'analyse conduit à caractériser de façon pertinente ces événements pour distinguer ceux à déclarer au fabricant et à l'ANSM, ceux à déclarer seulement au fabricant et ceux qui sont classés. Parmi ces derniers, un certain nombre met en évidence des problèmes d'utilisation.

Objectifs

Après avoir quantifié et qualifié les incidents liés aux DM sur l'année 2015, repérer les DM posant des problèmes à l'utilisation soit graves soit récurrents afin de proposer des plans d'action pour améliorer le bon usage.

Matériel et méthodes

Nous avons recueilli l'ensemble des données de l'année 2015, afin de réaliser une analyse rétrospective des incidents regroupés dans nos tableurs d'archivage des déclarations (MV et litiges qualités), des informations reçues par les services et des retours d'expertise des laboratoires.

Ceci avec comme but d'identifier les phénomènes récurrents, les mesures conservatoires et de construire des plans d'actions ciblés avec ou non, la mise en place de comités de retour d'expérience (CREX).

Résultats

Un total de 470 signalements a été recensé durant cette période, 145 ont été déclarés en matériovigilance auprès de l'ANSM et 274 ont été traités en litige qualité auprès des fabricants seulement. Nous n'avons reçu à ce jour uniquement 170 rapports d'expertise de la part des fabricants. Parmi ces réponses, dans 62 cas, il est conclu que le DM ne présente aucune anomalie et que l'incident est dû à une utilisation inadaptée. De plus nous avons classé à réception 15 incidents pour erreur d'utilisation, ce qui représente au total près de 20 % des signalements. Notre expérience montre que ce problème concerne tout type de DM, aussi bien les DM de soins (n = 42) que les DM interventionnels (n = 15) et/ou implantables (n = 5).

Cela a abouti à l'organisation de 5 CREX, accompagnés de 10 actions de formations, de 3 notes d'informations et 2 protocoles écrits.

Conclusion

L'utilisation des DM est souvent banalisée et considérée comme connue ou « intuitive ». Les résultats enregistrés démontrent qu'il n'en est rien.

La Matériovigilance, au-delà de la seule gestion des alertes, est une entrée importante pour améliorer les pratiques professionnelles et favoriser le bon usage des DM.

Mots-clés :

Sécurité des dispositifs médicaux, Notification des incidents hospitaliers, Réduction des risques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Identification des doses unitaires des médicaments jusqu'au lit du patient : intérêt du surétiquetage des spécialités présentées en plaquettes

Auteurs :

Ratsimbazafy C., Pappada JM., Raignoux C., Aldeguer A., Laribe-Caget S.

APHP - Hôpital Rothschild, Paris

Résumé :

Contexte

Dans le cadre de la dispensation individuelle et nominative, il est nécessaire de disposer de doses unitaires (DU) avec toutes les mentions réglementaires : dénomination commune internationale, nom de spécialité, dosage, liste, numéro de lot et date de péremption. Il existe 2 méthodes de production de DU conformes : le reconditionnement et le surétiquetage. La pharmacie ne produit des DU que par reconditionnement. Cette opération nécessite un déconditionnement, prend du temps et diminue fortement la date limite d'utilisation. Les médicaments hors livret et faiblement consommés ne sont donc pas reconditionnés.

Objectifs

Mettre en conformité toutes les DU en étudiant l'intérêt du surétiquetage des plaquettes de médicaments par rapport au reconditionnement.

Matériel et méthodes

Les spécialités non présentées unitairement sont recensées. Les médicaments éligibles au surétiquetage sont sélectionnés (présentation en plaquette et taille des alvéoles permettant la lisibilité de la surétiquette). L'organisation du temps de travail dédié à la production de DU est évalué. Les coûts d'une dose reconditionnée et d'une dose suretiquetée sont estimés.

Résultats

Parmi les 131 spécialités non-conformes recensées, 64 ne sont pas reconditionnées (49 %), 94 sont éligibles au surétiquetage et 37 nécessitent toujours un reconditionnement (présentation en vrac ou surétiquette jugée illisible). L'estimation du temps de production d'une série identique par les 2 méthodes montre un gain de temps d'environ 50 % pour le surétiquetage (pas d'habillage, ni démarrage et nettoyage de l'automate, ni déconditionnement...). De plus, l'organisation du temps de travail est facilitée pour le surétiquetage car l'absence de déconditionnement permet de séquencer les étapes (édition des étiquettes, collage, découpage et validations). Le film et le papier pour reconditionner reviennent à 0,019 €/DU ; les planches d'étiquettes à 0,008 €/DU, soit une économie de 58 % pour le surétiquetage sans compter les coûts annexes (automate, imprimante...).

Conclusion

Le projet a été présenté à la direction des soins qui le valide sans réserve. Le gain de temps et l'optimisation de l'organisation nous permettent de prendre en charge les médicaments qui n'étaient pas reconditionnés. Au final, le surétiquetage est une solution simple, rapide et économique permettant à la pharmacie de ne dispenser que des DU conformes, sécurisant ainsi le circuit du médicament. Le reconditionnement reste toutefois indispensable pour les spécialités ne pouvant être surétiquetées.

Mots-clés :

Etiquetage de médicament, Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments, Comprimé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 359

Titre :

Irinotécan : quand des préparations sont tout sauf... Limpides !

Auteurs :

Moine M.¹, Sigward E.¹, Sankhare D.¹, Faure P.¹, Madelaine I.¹, Vigneron J.², Jourdan N.¹

¹ APHP - Hôpital Saint-Louis GHU St-Louis Lariboisière Fernand Widal, Paris

² CHU Nancy

Résumé :

Contexte

Concernant les préparations injectables d'irinotécan, le laboratoire Fresenius indique une stabilité de 84 jours, à l'abri de la lumière, à température ambiante entre 0,4 et 2,8 mg/ml dans du NaCl 0,9 %. Une donnée Stabilis cotée A renseigne une stabilité de 28 jours pour ces concentrations [1]. Dans notre unité, l'irinotecan est préparé à l'avance, par lot. Afin d'optimiser nos campagnes, le volume final est de 125 ml pour les dosages 240 (19 poches), 280 (29) et 340 mg (34). Les concentrations sont respectivement de 1,9 ; 2,24 et 2,72 mg/ml. Un contrôle visuel, gravimétrique et analytique valide la qualité des lots. Suivant un circuit de retour, les préparations non administrées peuvent être réattribuées. Lors d'une réattribution et retrait de l'Opabag®, un précipité a été visuellement observé sur une poche de 340 mg.

Objectifs

Prise de décision devant l'apparition non prévisible d'une instabilité physique de solution d'irinotécan.

Matériel et méthodes

- 1- Mise en quarantaine des lots de 240, 280 et 340 mg
- 2- Mirage des poches par 3 personnes une fois par semaine
- 3- Demande d'expertise du fournisseur.

Résultats

L'Opabag® a empêché de dater le premier jour d'apparition du précipité. Lors du premier mirage, le précipité a été observé sur les préparations des lots à 340 mg (35 jours de la date de fabrication) et des lots à 280 mg (22 jours). Seul le lot 240 mg est limpide. Les précipités blancs sont d'autant plus importants que la préparation est concentrée et s'accroissent au cours du temps. Les flacons utilisés pour les fabrications provenaient de 2 lots différents. Les conclusions du fabricant sont :

1. Remise en cause des conditions de conservation (variations de température).
2. La concentration des préparations

Discussion

Les conditions de conservation sont uniquement concernées lors d'une réattribution et non pas lors du stockage à la pharmacie. De plus, les concentrations sont dans les limites préconisées. Un partenariat réactif fournisseur - pharmaciens est indispensable : sans explications convaincantes de la part du fournisseur, l'irinotecan n'est plus préparé à l'avance par lot mais en préparation magistrale dans 250 ml de NaCl. Actuellement nous privilégions des concentrations intermédiaires qui sont de 1,06 (280 mg) et 1,27 mg/ml (340 mg). Les préparations non administrées sont détruites. Lors de l'appel d'offre, un des critères de choix du fournisseur est les données de stabilité : gamme de concentration et durée de conservation, données mises en défaut par cette expérience.

Mots-clés :

Précipité, Irinotecan, Opabag

Références

[1] Thiesen J, Krämer I. Physicochemical stability of irinotecan injection concentrate and diluted infusion solutions in PVC bags. J Oncol Pharm Practice 2000; 6, 3: 115121.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Gestion des risques liés à la mise en place d'un automate de Préparation des Doses à Administrer

Auteurs :

Vernier M., Rousset B., Armand-Branger S.

CESAME, Saintes-Gemmes-sur-Loire

Résumé :

Contexte

L'absence de cadre réglementaire spécifique pour l'activité d'automatisation de la préparation des doses à administrer (PDA) nécessite de suivre une démarche qualité.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'effectuer la cartographie des risques liés à ce process permettant l'instauration de mesures préventives et/ou correctives.

Matériel et méthodes

Toutes les étapes de l'automatisation de la PDA ont été identifiées, le(s) risque(s) évalués et leur(s) cause(s) déterminée(s). La criticité initiale a été attribuée en croisant la gravité et la fréquence grâce à une échelle à quatre niveaux. La fréquence variant de 1 (très improbable) à 4 (très probable : fréquent) et la gravité de 1 (faible) à 4 (très grave). Des mesures préventives ont été mises en place avant le démarrage de l'activité d'automatisation. L'impact de l'application de ces mesures préventives, dès le début de l'automatisation, a permis d'affecter une criticité résiduelle.

Résultats

Sur les 45 étapes à risques potentiels de la cartographie, 11 ont une criticité résiduelle supérieure ou égale à 8. Parmi celles-ci, 4 étapes ont une criticité résiduelle équivalente à l'étape initiale malgré l'application des mesures préventives. Ces étapes vont nécessiter la mise en place de mesures complémentaires de prévention qui seront réalisées en priorisant les étapes ayant une criticité résiduelle à 12 puis celle à 8.

Discussion

Dans le cadre de la démarche qualité, un suivi permanent de l'application des actions préventives et/ou correctives, au travers d'audit est indispensable. De plus, l'analyse des effets indésirables permet le perfectionnement du process.

Au cours du temps de nouveaux risques pourraient survenir. Il est nécessaire de suivre le même cycle de gestion des risques et de les inclure dans la cartographie des risques. Cette dernière, est liée spécifiquement à l'automate et à l'organisation de la PUI.

Mots-clés :

Gestion des risques, Automatisation, Préparation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation de l'utilisation de l'oxygène mural : analyse de la situation et actions correctives

Auteurs :

Dujardin A., Barnoud D., Fummi C., Ey C., Omnes C., Adehossi A., Schmit B.

CH Beauvais

Résumé :

Contexte

Trois incidents graves portant sur le branchement de patients à l'oxygène mural ont débouché sur l'ouverture d'une cellule d'analyse des risques. Ils ont eu lieu dans l'un des services équipés de débitmètres à double sorties indiqués pour oxygénothérapie avec humidificateur, aérosolthérapie ou ventilation non invasive sans avoir à démonter le raccord.

Objectifs

L'objectif de notre travail est d'évaluer les pratiques et de rédiger une procédure générale pour sécuriser l'utilisation des débitmètres à bille (simple et double sorties) lors de l'oxygénothérapie.

Matériel et méthodes

Un audit des pratiques professionnelles réalisé en un jour donné auprès des soignants de l'ensemble des unités de soins a permis d'établir un état des lieux des connaissances des règles de manipulation des débitmètres. L'enquête comportait six questions pratiques sur le branchement et trois questions théoriques sur le débit.

Résultats

Parmi les 103 professionnels de santé sollicités, la majorité était représentée par des infirmiers (46.6 %), puis médecins/internes (27.2 %), aides-soignants (19.4 %). Il ressort que le branchement des débitmètres à double sorties par le personnel habilité à le manipuler est maîtrisé pour 83.3 % des infirmiers et seulement pour 39.3 % des médecins (les autres n'ayant pas ce dispositif dans leur service). Les taux de bonnes réponses aux autres questions pratiques (le réglage du débit, le débranchement des débitmètres après usage, la présence d'un humidificateur lors d'une aérosolthérapie, le branchement d'un humidificateur sur une prise d'air médical) et aux questions théoriques sur le débit ainsi que le temps de conservation d'un humidificateur étant respectivement de 12.6 % et 42.7 %, n'ont pas été jugées satisfaisantes par la commission locale de surveillance des fluides à usage médical de l'établissement. De ce fait, une procédure d'utilisation des débitmètres ainsi qu'un film illustrant la manipulation du débitmètre ont été réalisées et présentées en commission médicale d'établissement. Enfin les cadres ont été désignés pour former le personnel habilité au bon usage des débitmètres.

Conclusion

Ces signalements ont permis de constater un mésusage dans l'utilisation des débitmètres à double sorties. Nous avons fait le choix de généraliser les actions correctives à l'ensemble des unités de soins afin d'optimiser la prise en charge des patients sous oxygénothérapie et aérosolthérapie en termes de qualité et d'efficience.

Mots-clés :

Oxygénothérapie, Mésusage, Sécurité du patient

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Démarche de sécurisation des médicaments injectables : de la prescription à l'administration

Auteurs :

Binson G., Danguy Des Déserts L., Nowak C., Baudin I.

CH Angoulême, Saint-Michel

Résumé :

Contexte

Suite à un évènement indésirable grave de la catégorie des « Nevers Events » de l'ANSM (reconstitution d'un médicament avec du KCI), la direction des soins et la pharmacie ont décidé d'évaluer notre fonctionnement et de remettre à jour la procédure d'administration des médicaments injectables.

Objectifs

Elaborer et mettre en place une procédure harmonisée de l'ensemble des étapes de l'administration des médicaments injectables avec les outils appropriés.

Matériel et méthodes

Un groupe de travail regroupant des pharmaciens, des infirmières et des cadres de santé a identifié les points critiques du processus et créé une procédure unique d'administration commune et conforme aux référentiels en vigueur.

Résultats

La procédure reprend de façon détaillée l'ensemble du circuit avec un focus sur les 5 sous-processus de l'administration :

1. La préparation du médicament selon le résumé des caractéristiques du produit (RCP) : cette partie décrit les étapes indispensables à la préparation (lecture de la prescription médicale, bonnes pratiques de préparation, respect du RCP...). Deux mesures nouvelles ont été introduites : des bracelets d'identification patient et des étiquettes d'identification de la préparation (nom/prénom, dci, dose et modalités de préparation).
2. Les contrôles préalables produit/patient/prescription : cette partie insiste sur la nécessité de concordance entre ces différentes informations (identitovigilance).
3. L'administration proprement dite du médicament
4. La traçabilité de l'administration
5. La surveillance du patient : éventuels effets indésirables, mesures du débit, paramètres cliniques...

D'autre part, des règles de bonnes pratiques (règles des « 5B », modalités de reconstitution de nos spécialités...) y sont également décrites.

Cette procédure a été présentée à toutes les équipes. Une évaluation des connaissances sous forme d'un quizz anonyme a été réalisée. 166 personnes ont répondu, 45 % ont obtenu un score de 11/11 et 24 % un score de 10/11. La majorité des erreurs concernait les mentions obligatoires de l'étiquetage.

Conclusion

Cette démarche d'harmonisation du processus d'administration rentre dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament (décret du 6 avril 2011 [1]). Elle a été bien acceptée par les infirmières et a permis de remettre en cause certaines pratiques.

L'évaluation par le questionnaire montre qu'elle a été correctement assimilée.

Toutefois, une évaluation des pratiques professionnelles sera à réaliser pour vérifier l'application de la procédure.

Mots-clés :

Audit, Practice guideline, Drug safety

Références

[1] JORF n° 0090 du 16 avril 2011 page 6687 texte n° 14

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 363

Titre :

Validation du processus de sur-conditionnement des doses unitaires via la Calypso OS (SINTECO)

Auteurs :

Pont E., Lanard S., Essner-Dagnelies MS.

CH Givors

Résumé :

Contexte

En 2014, notre établissement a acquis un automate de sur-conditionnement Calypso OS, prototype vendu par la société Sinteco. Afin de garantir une production de qualité, fiable et reproductible, la validation du processus de sur-conditionnement nous a semblé indispensable avant le lancement d'une production.

Objectifs

L'objectif était de garantir la qualité de production des doses unitaires et la fiabilité de notre processus via l'analyse des risques, le suivi des non-conformités, la mise en place d'actions correctives et le suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs.

Matériel et méthodes

Chaque dose unitaire sur-conditionnée produite par la Calypso OS a bénéficié d'un contrôle du nom de marque, de la DCI, du dosage, de la forme galénique, du numéro de lot, de la date de péremption. L'intégrité de l'alvéole a été vérifiée et les rebuts et pièces cassées ont été analysés. La traçabilité de l'ensemble des opérations a été réalisée et une échantillothèque a été constituée. Les non-conformités ont été chiffrées puis colligées dans un fichier Excel® afin de différencier les erreurs d'origine humaines des dysfonctionnements générés par l'automate.

Résultats

Parmi les 240 médicaments sous formes orales sèche couramment prescrits dans notre établissement (hors anticancéreux et stupéfiants) pour lesquels le sur-conditionnement a été testé, 53 références ont posé problème. Les anomalies détectées étaient principalement dues à des erreurs humaines : erreur de paramétrage de la découpe, erreur de paramétrage des intitulés. Seulement 6 non-conformités étaient liées directement à l'automate (problème de ventouse ou d'impression, bourrage papier...). Au final, 8 médicaments ont été exclus du processus d'automatisation en raison d'une mauvaise découpe du blister, d'un problème de lecture du code Data Matrix... Le passage en phase de production a été validé pour 232 médicaments et en phase de routine les contrôles devenus aléatoires indiquent une fiabilité de 99.5 %.

Conclusion

Cette méthodologie stricte nous a permis d'atteindre l'objectif souhaité : garantir la préservation de la qualité industrielle des médicaments après sur-conditionnement et éliminer tout risque d'anomalie de production de sachets de dose unitaire pouvant conduire à une erreur de dispensation.

Mots-clés :

Automatisation, Sur-conditionnement, Validation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 364

Titre :

Que sont devenues vos déclarations ? Retour Expérience en matériovigilance

Auteurs :

Bodin A., Collet M., Urban M., Vaillant C., Frouin M., Clerc MA.

CHU Angers

Résumé :

Contexte

La matériovigilance est un système de vigilance sanitaire et réglementaire certifié ISO 9001 dans notre établissement depuis 2003, avec un retour positif des déclarants suite à notre enquête de satisfaction annuelle. Nous souhaitons améliorer la lisibilité des actions réalisées suite aux signalements, auprès de nos déclarants.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de faire un retour d'expérience, des actions réalisées suite aux signalements.

Matériel et méthodes

Les signalements d'incidents de l'année 2015 ont été analysés à partir de notre logiciel interne de signalement IWS. Les signalements sont cotés sur une échelle de gravité à 5 niveaux. Les actions sont classées par catégorie : actions réalisées par le fournisseur ou intra-établissement et des exemples marquants sont choisis pour illustration.

Résultats

En 2015, 294 signalements ont été déclarés. 35 % des signalements sont de niveaux de gravité élevée : 4 ou événement porteur de risque (EPR). Tous les signalements font l'objet d'un envoi d'un courrier au fournisseur et d'une réponse au déclarant.

La moitié des signalements clos (97 signalements) ont donné lieu à une action corrective et/ou préventive. Les actions réalisées par le fournisseur sont le renforcement des contrôles en production, le retrait de lot, la modification de conception pour respectivement 30,17 et 11 signalements. Notre établissement s'est axé sur la formation du personnel, la recommandation d'utilisation, l'information de sécurité et la suspension de contrat d'achat avec recherche d'alternative pour respectivement 31, 5,3 et 1 signalements.

50 % des signalements n'ont pas fait l'objet d'actions correctives : absence de conservation du DM (45 %), non reproductibilité lors de l'expertise sur le DM (33 %), absence de réponse de fournisseur (8.5 %), classement en « cas isolé » (8.5 %) et technique d'utilisation inadapté (5 %).

Les signalements clos (65 %) ont déjà permis de récupérer plus de 38 400 € auprès des fournisseurs.

Conclusion

Les actions mises en place à la suite des signalements sont un indicateur de qualité et contribuent au bon usage des DM. Cette année une illustration des actions correctives sera diffusée avec le bilan annuel aux unités de soins, en sélectionnant des événements marquants : tubulures de transfusion des réchauffeurs à sang, prolongateur robinet 3 voie, fil de suture, câbles monopolaires.

Une re-sensibilisation sera effectuée pour garantir la conservation du DM incriminé afin de réaliser des expertises.

Mots-clés :

Gestion du risque, Dispositif médical, Retour d'expérience

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Comparaison de l'efficacité de deux méthodes de contrôle des préparations de chimiothérapies anticancéreuses : le double contrôle visuel vs « Drugcam® »

Auteurs :

Teixeira A., Breton M., Dalifard B., Cadeac MA., Le Franc B., Cante JP.

GH La Rochelle Ré Aunis

Résumé :

Contexte

Notre Unité de Reconstitution de Cytotoxiques, en conformité avec les Bonnes Pratiques de Préparation et la norme ISO 9001, sécurise depuis mars 2015 la totalité des préparations anticancéreuses injectables avec le système vidéo informatique intelligent « Drugcam® ».

Objectifs

Le but de cette étude est d'évaluer la performance de cet outil numérique, en comparaison de la méthode standard (double contrôle visuel).

Matériel et méthodes

Un critère d'efficacité quantitatif a été défini, et correspond au nombre d'erreurs de volume de seringue détectées sur une période donnée, pondéré par la production correspondante. Notre système informatique déclaratif de non conformités nous permet de comparer l'efficacité de deux méthodes, sur une période de quatre ans (2012 à 2015) pour le double contrôle visuel et sur un an (mars 2015 à février 2016) pour « Drugcam® ». Nous utilisons un test Z de la loi normale N (0,1) afin de comparer les deux proportions observées.

Résultats

Après analyse de 5 ans de déclarations, et presque 6 000 non conformités enregistrées, nous obtenons pour le double contrôle visuel un taux d'erreurs détectées de 1,57 pour 1 000 préparations, avec une moyenne en sous-dosage de - 17 % [- 63 % ; 1,7 %] et une moyenne en sur-dosage de 74 % [1,2 % ; 1 150 %]. Pour « Drugcam® » nous obtenons 1,13 pour 1 000 préparations, avec une moyenne en sous-dosage de - 23 % [- 90 % ; - 7,1 %] et une moyenne en sur-dosage de 113 % [2,7 % ; 900 %]. Il n'existe pas de différence significative entre les deux taux d'erreurs détectées au risque $\alpha = 0,05$.

Discussion

Ces données, quel que soit la méthode de contrôle humain ou numérique reposent pour le moment sur un système déclaratif. « Drugcam® », non inférieur à la méthode standard, permet d'arrêter et de corriger les erreurs de volume en temps réel. Ainsi, l'efficacité du système numérique est nettement sous-déclarée dans notre organisation, à la différence du double contrôle visuel qui avait été fortement sensibilisé pour les notifier au moment de la certification ISO 9001. « Drugcam® » sécurise les préparations anticancéreuses, arrête et corrige les erreurs, et permet d'en comprendre leurs origines. Un module prédictif de prévention et d'enregistrement des erreurs est en cours de développement, afin d'améliorer le système.

Mots-clés :

Anticancéreux injectables, Contrôle, Numérique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 366

Titre :

Utilisation des stylos à insuline dans les unités de soins : résultats d'un audit des pratiques

Auteurs :

Ruiz F., Hassani Y., Vogler C., Verna A., Tandonnet P., Sebert C., Jacolot A., Rathouin V.

APHP - Hôpital Avicenne, Bobigny

Résumé :

Contexte

Lors d'une inspection ARS, le mésusage sur la gestion et les modalités d'utilisation des stylos à insuline ont été observés dans un des services visités. Un rappel sur les bonnes pratiques d'utilisation des stylos à insuline a été effectué à l'ensemble des services.

Objectifs

A 6 mois, un audit est programmé pour évaluer l'impact de ces actions.

Matériel et méthodes

Deux grilles d'audit ont été élaborées selon les dernières recommandations du CoMéDIMS APHP : gestion des stylos à insuline en cours d'utilisation au sein des unités de soins (grille 1 par observation 1 jour donné) et modalités de manipulation par l'infirmier (grille 2 par entretien). L'audit concerne les 25 unités de soins de l'établissement susceptibles d'accueillir un patient traité par stylo à Insuline et est réalisée par un binôme pharmacien/cadre de santé.

Résultats

Sur les 25 unités auditées, 16 unités prenaient en charge des patients traités par stylo à insuline (57 traitements recensés sur la grille 1). Dans 100 % des cas, les modalités de conservation du stylo avant la première utilisation était conforme. Après la première utilisation, 65 % des stylos étaient conservés dans la pharmacie de l'unité ou le chariot de médicaments. 81 % des stylos étaient conservés à l'abri de la lumière (recapuchonnés). Douze unités ont effectué l'étiquetage nominatif du stylo soit 70 % de conformité. La date de première utilisation était tracée par seulement 7 unités (36 % de conformité). 60 infirmiers (1 à 6 par unité audités à l'aide de la grille 2) ont été questionnés sur les bonnes pratiques d'utilisation des stylos à insuline. Dans 81 % des cas, des aiguilles sécurisées pour l'administration sont en stock dans l'unité mais seulement 66 % des infirmiers disent les utiliser. Les recommandations d'utilisation (agitation avant utilisation, purge et maintien du bouton d'injection 10 secondes avant le retrait de l'aiguille) sont conformes respectivement dans 46 %, 53 % et 72 % des cas.

Conclusion

Cet audit met toujours en évidence des mésusages sur la gestion et les modalités d'utilisation des stylos à insuline, qui peuvent être à l'origine d'un risque pour le patient et le soignant. Une nouvelle fiche de bon usage des stylos à insuline et des dispositifs médicaux associés a été élaborée et diffusée localement. L'administration de l'insuline apparaissant sur la liste des « Never events », un suivi par le groupe Prise En Charge Médicamenteuse est mis en place et un deuxième audit sera prochainement réalisé.

Mots-clés :

Audit, Insuline, Bonnes pratiques

Références

[1] 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.

[2] Recommandations de bon usage AP-HP Bonnes pratiques des stylos d'insuline. Groupe d'experts « Diabétologie » du CoMéDIMS de l'AP-HP, 17 septembre 2009.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Enquête sur l'habilitation des préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) au sein des unités de production de médicaments stériles (UPMS)

Auteurs :

Colombe A., Raspaud B., Jourand A., Breilh D., Crauste-Manciet S.

CHU Bordeaux

Résumé :

Contexte

Les Bonnes Pratiques de Préparation (2007) spécifient que le personnel soit qualifié et régulièrement formé. La production de médicaments stériles est une activité à risque qui nécessite un haut niveau de compétence et de technicité. Elle impose une démarche de formation et d'évaluation du personnel dont la mise en œuvre est complexe.

Objectifs

Réaliser un état des lieux des pratiques de formation et d'habilitation des PPH au sein des UPMS.

Matériel et méthodes

L'état des lieux a été mené dans 40 centres hospitaliers (CH) par questionnaire soumis aux pharmaciens. Les thèmes abordés étaient : 1) Les UPMS fonctionnent-elles avec des PPH dédiés ou polyvalents ? 2) La formation initiale hospitalière (FIH) dispensée par les centres de formation des PPH est-elle considérée comme suffisante pour exercer en UPMS sans formation complémentaire ? 3) Les pharmaciens mettent-ils en œuvre un programme de formation et d'habilitation pour les PPH des UPMS ?

Résultats

Le taux de réponse est de 82.5 %. La répartition des CH est la suivante : 73 % CHU-CHR, 3 % CLCC, 24 % CHG. 1) 59 % des centres travaillent avec des PPH dédiés à l'activité de pharmacotechnie. 2) 100 % des pharmaciens jugent la FIH insuffisante pour exercer en UPMS. 3) 94 % des UPMS mènent une formation spécifique complémentaire. Elle s'appuie pour 68 % sur un binôme pharmacien/PPH déjà formé. Le temps de formation se répartit en : 79 % de pratique – 21 % de théorie. Les outils de formation théoriques sont : les quizz, films, jeux et le e-learning. Les tests de simulation sont les plus courants pour la pratique. Enfin, 90 % des UPS disent évaluer le PPH à l'issue de sa formation complémentaire. L'évaluation peut être pratique, basée sur de l'observationnel (82 %), ou théorique et pratique (18 %). Les aspects théoriques sont évalués à l'écrit et à l'oral (14 %), ou à l'oral seul (38 %) ou à l'écrit seul (48 %). Dans 77 % des centres, l'évaluation se fait à l'aide d'une grille d'habilitation intégrant un référentiel de compétences. L'évaluation est menée dans 50 % des cas par le pharmacien seul.

Conclusion

Une formation complémentaire des PPH semble nécessaire pour les habilitier au sein des UPMS. La mise en œuvre de l'habilitation apparaît très chronophage et n'est pas systématiquement formalisée. Il n'existe pas de codification précise pour l'élaboration d'un référentiel de compétences et les outils de formation ou d'évaluation sont multiples et très hétérogènes. La réflexion reste donc à mener pour structurer et harmoniser ces pratiques dans un contexte d'activités à risque et évolutif.

Mots-clés :

Préparation de médicament, Formation, Gestion du risque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Place du pharmacien dans l'amélioration des pratiques professionnelles en nutrition entérale

Auteurs :

Alexandrak P., Lancel M., Descamps A., Avez N., Demarest J., Dos Santos T., Luysaert B.

CH Seclin

Résumé :

Contexte

Suite à des interrogations des soignants de notre établissement concernant la Nutrition Entérale (NE) (type de sonde nasogastrique (SNG), connaissance des protocoles, technique de pose de SNG...), un groupe de travail pluridisciplinaire issu du CLAN a été constitué.

Objectifs

Le but était de réaliser un état des lieux des connaissances, de rappeler les recommandations de bonnes pratiques (BP) en NE et de mener des actions d'amélioration.

Matériel et méthodes

Un questionnaire a été diffusé aux infirmiers afin de connaître les pratiques autour de l'initiation de la NE (prescription médicale, modalités de pose de la SNG, traçabilité dans le dossier de soins...) et de sa surveillance (surveillance quotidienne, prévention de l'obstruction de la SNG...). Suite à l'analyse des questionnaires, des actions de communication et d'amélioration ont été menées dans les services.

Résultats

70 % (48/68) des questionnaires ont été retournés et analysés. Les réponses ont mis en évidence la nécessité d'améliorer la prescription, notamment en précisant le type de SNG et la durée de la NE. Concernant la méthodologie de pose, seuls 7 % des répondants marquaient le repère de positionnement sur la SNG ; et seuls 23 % la lubrifiaient avec de l'eau. Dans 82 % des cas, il n'y avait pas de prescription médicale du contrôle radiologique de bon positionnement. En cas d'obstruction de la SNG, 14 % des répondants la débouchaient avec le guide de mise en place qui avait été conservé.

Conclusion

3 protocoles médicaux (NE exclusive, NE non exclusive, Syndrome de renutrition inappropriée) et 4 protocoles paramédicaux (pose de SNG, surveillance, risques, traçabilité) ont été écrits ou réécrits. Une sensibilisation a été faite dans les unités de soins auprès de 54 soignants : rappel des BP de pose de SNG ; instauration d'une nouvelle organisation avec le service de radiologie afin de réduire l'attente entre la pose et le contrôle radiologique (inconfort du patient dû à la nécessité de garder le guide en place) ; rappel de jeter le guide après le contrôle radiologique et optimisation de l'administration des thérapeutiques lors de NE (rappel des volumes de rinçage recommandés et de l'existence d'un guide d'aide à l'administration des médicaments). Enfin, le choix du type de DM est dorénavant obligatoire pour toute prescription informatique de NE, et la traçabilité informatique est renforcée (date de pose, type de SNG, vérification du repère, changement du ruban adhésif...). L'impact de cette sensibilisation sera évalué courant 2016, lors d'un audit de pratique.

Mots-clés :

Nutrition entérale, Bonnes pratiques, Contrôle qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place en urgence d'un collyre d'imipénème/cilastatine (IMP) et optimisation de l'organisation de la fabrication au sein d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) : case report

Auteurs :

Doucey P., Passard S., Yailian AL., Debastiani C., Salmon D., Pirot F., Pivot C.

HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé :

Contexte

En juillet 2015, une patiente a présenté une kératite. Un examen bactériologique oculaire a mis en évidence une *Klebsiella pneumoniae*. Un antibiogramme a été réalisé et a révélé une bactérie multi résistante conservant une sensibilité à l'IMP. L'arsenal thérapeutique disponible n'étant pas adapté, la PUI a été sollicitée pour la réalisation d'un collyre fortifié d'imipénème (IMP) pour lequel la stabilité est très réduite (48 h entre 2 et 8°C).

Objectifs

L'objectif a été de mettre en place une préparation magistrale (PM) de collyre d'IMP et l'organisation de sa fabrication.

Patients et méthodes

Le pronostic de conservation de l'œil étant engagé, une prise en charge en urgence a été nécessaire. L'étude de faisabilité de la PM a été menée. Une optimisation de la faisabilité technique a dû être réalisée en raison de la faible stabilité de la solution d'IMP en solution saline. La reconstitution au lit de la patiente n'offrant pas une qualité et une sécurité d'usage satisfaisantes, l'organisation de la PUI a été réévaluée permettant la réalisation de la fabrication de collyres en conditions d'effectif diminué.

Résultats

Les collyres d'IMP 5 mg/ml puis 2 mg/ml ont été réalisés en zone à atmosphère contrôlée (ZAC) à partir de la spécialité pharmaceutique d'IMP (500 mg) diluée dans du NaCl 0.9 %. Après filtration stérilisante, la PM a été conditionnée dans un flacon compte-goutte. La mise en place d'un planning de fabrication a été nécessaire avec une entrée en ZAC de l'interne ou du pharmacien tous les deux jours pendant un mois. Pour optimiser les temps de préparation du matériel et de fabrication, l'élaboration d'un kit pour collyre (KPC) fortifié d'IMP prêt à l'emploi a été mis au point. Celui-ci contenait les matières premières, tout le matériel stérile nécessaire, la fiche de fabrication pré remplie et les étiquettes nominatives. La constitution des KPC a été effectuée en avance avec une mise à jour du contenu, notamment lors du changement de posologies.

Conclusion

La demande a été honorée tout au long du traitement (11 demandes), ce qui a permis une résolution de l'état infectieux de la patiente. L'application des KPC a été étendue à d'autres préparations susceptibles d'être demandées en urgence (30 min avec kit vs 45 min sans kit). Une mise à jour des KPC est réalisée grâce à une fiche de traçabilité résumant les caractéristiques et les dates limites d'utilisation des différents composants. Cette organisation permet d'assurer une prise en charge d'urgence souple avec un niveau de qualité et de sécurité optimal.

Mots-clés :

Kératite, Imipénème, Collyre

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATION AFFICHÉE N° 370

Titre :

Insuffisance rénale aigüe (IRA) et crise de goutte survenues au cours d'un traitement par l'association valsartan/sacubitril

Auteurs :

Langlade C., Gosse-Boeuf N., Baudonnet MA., Bonnaud P., Courne de A.

CHU Dupuytren, Limoges

Résumé :

Contexte

Le LCZ696 associe valsartan (inhibiteur de l'angiotensine II) et sacubitril (inhibiteur de la néprilysine). D'avril à novembre 2015, il a fait l'objet d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) de cohorte pour le traitement de l'insuffisance cardiaque (IC) avec dysfonction systolique ventriculaire gauche symptomatique chez l'adulte. Le LCZ696 a obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en novembre 2015 et est disponible sur le marché depuis janvier 2016.

Objectifs

Description de la survenue et de la prise en charge d'un effet indésirable (EI) chez un patient traité par LCZ696.

Patients et méthodes

Mr X., 73 ans, présente une insuffisance mitrale opérée en 2014. En juin 2015, son traitement associe bisoprolol, valsartan et furosémide. Du fait de décompensations cardiaques multiples, le LCZ696 est instauré en novembre 2015, à la dose de 200 mg par jour après arrêt du valsartan. Son traitement comporte également spironolactone 50 mg, furosémide 80 mg et bisoprolol 3,75 mg. La clairance de la créatinine (CL créat) est alors de 40,6 ml/min.

Résultats

Un mois plus tard, il présente une IRA avec une CL créat de 21 ml/min. Tous les médicaments excepté bisoprolol sont immédiatement arrêtés. Cinq jours après, la CL créat est de 37 ml/min. Le furosémide et LCZ696 sont réintroduits respectivement à 40 mg et à 100 mg par jour. Le 07/01/2016, le patient se présente aux urgences pour une crise de goutte avec une uricémie à 624 µmol/L, la CL créat est de 49 ml/min. Le patient est alors traité par colchicine pendant 4 jours. Une déclaration est faite au Centre Régional de la Pharmacovigilance pour déterminer l'imputabilité du LCZ696 dans la survenue de l'IRA et de l'hyperuricémie. A partir du 13/01/2016, la posologie de LCZ696 est augmentée à 400 mg sans apparition de nouvel EI.

Discussion

La Pharmacovigilance conclut que la responsabilité du furosémide et de la spironolactone dans l'apparition de cet IRA ne peut être exclue. En revanche, le valsartan ne peut être impliqué. Le rôle du sacubitril dans cette survenue est probable mais difficile à mettre en évidence car disponible qu'en association. Il en est de même pour l'hyperuricémie, EI non décrit auparavant avec ce médicament. Suite à l'obtention de l'AMM, les études de phase IV permettront de juger de la fréquence des EI dans la population, le LCZ696 étant amené à prendre une place importante dans la prise en charge des IC.

Mots-clés :

Toxicité médicamenteuse, Défaillance rénale, Centres de pharmacovigilance

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Stabilité de la noradrénaline conditionnée en poche et en seringue aux concentrations thérapeutiques usuelles

Auteurs :

Velghe C.², Genay S.², Feutry F.², Barthélémy C.², Décaudin B.¹, Odou P.¹

¹ CHRU Lille - Université Lille ²

² Université Lille ²

Résumé :

Contexte

De nombreuses données de stabilité de la noradrénaline (NA-norépinéphrine) en solution sont publiées dans la littérature (0,008 à 0,016 mg/mL), majoritairement nord américaines. Cependant, ces données ne correspondent pas aux pratiques de dilution françaises.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'étudier la stabilité sur 28 jours de la NA en fonction de la concentration, du diluant, du conditionnement ainsi que de la température de conservation.

Matériel et méthodes

L'étude de stabilité a été menée selon les recommandations du guide SFPC/GERPAC. Quatre variables ont été étudiées : concentration (0,2-0,5 mg/mL), solvant de dilution [NaCl0,9 % (SSI), Glucose5 % (G5 %)], conditionnement (poche 50 mL, seringue 50 mL), température de conservation (5°C, 25°C-60 %RH, température ambiante Tamb). Chaque condition opératoire a été répétée 10 fois. Le contrôle physico-chimique a été effectué par chromatographie liquide haute performance avec détection UV, et mesure du pH aux temps J0, J1, J2, J3, J6, J7, J14, J21, J28. La stabilité physicochimique a été considérée pour toute concentration ≥ 90 % de la concentration initiale à J0 (C0). La détermination des facteurs déterminants dans la stabilité physicochimique a été obtenue par analyse ANCOVA. Le contrôle microbiologique a été réalisé selon la Pharmacopée Européenne³ (PE) aux temps J0 et J28.

Résultats

960 poches et 960 seringues ont été fabriquées selon les pratiques usuelles de préparation en unité de soins. La NA est stable dans SSI et G5 %, aux 2 concentrations étudiées, quels que soient le conditionnement et la conservation (de $96,9 \pm 1,1$ % C0 en seringue G5 % NA 0,2 mg/mL Tamb à $100,1 \pm 0,4$ % C0 poche SSI NA 0,5 mg/mL 5°C). L'ANCOVA montre qu'il existe un effet concentration sur la stabilité ($p < 0,0001$). Plus NA est concentrée, plus la solution est stable sur 28 jours. G5 % a un effet négatif sur la stabilité de NA comparativement à SSI ($p < 0,0001$). Il n'existe pas de différence significative entre la conservation à Tamb (exposition jour-nuit) et enceinte climatique 25°C-60 %RH. La conservation à 5°C améliore significativement la stabilité de NA ($p < 0,0001$). La stabilité de NA est significativement meilleure dans la poche de 50 mL ($p = 0,0004$). Toutes les préparations sont conformes aux spécifications de la monographie stérilité de la PE. Aucun pH n'a évolué au cours de l'étude.

Conclusion

Cette étude a permis de valider la stabilité des solutions de NA aux concentrations thérapeutiques usuelles françaises quelles que soient les 4 variables étudiées.

Mots-clés :

Norépinéphrine, Stabilité de médicaments, Conteneurs de produits

Références

Base Stabilis 4.0 disponible sur <http://www.stabilis.org/> SFPC/GERPAC, Guide méthodologique des études de stabilité des préparations Pharmacopée Européenne 8.7, Monographie 2.6.1

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Pose d'aiguille de Huber : dérive des pratiques et mesures correctives

Auteurs :

Charra F., Sainfort A., Barbato C., Mottet B., Vernardet S., Lefort I.

CH Ardèche Nord, Annonay

Résumé :

Contexte

La cellule chargée de la qualité et de la sécurité des soins de notre établissement a été alertée d'un évènement indésirable (EI) associé aux soins. Lors d'un pose d'aiguille de Huber sur chambre à cathéter implantable (CCI), une infirmière (IDE) a injecté 20 mL d'eau stérile portant la mention « NE PAS INJECTER » dans la CCI au lieu du NaCl.

Objectifs

Amélioration des pratiques et sécurité des soins lors des poses d'aiguille de Huber : élaboration d'actions correctives et mise à jour du protocole existant.

Matériel et méthodes

Une revue des pratiques professionnelles a été initiée, incluant les IDE des services concernés, l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) et le service pharmacie.

Résultats

L'analyse de l'EI a mis en évidence un mésusage, à savoir l'utilisation d'un set dédié à la pose de sonde urinaire qui comportait une ampoule d'eau. Cette pratique s'est avérée non isolée au sein de notre établissement car les IDE jugeaient ce set pratique à l'emploi.

Plusieurs mesures correctives ont été entreprises face à ce constat :

- Évaluer les besoins précis des IDE (par observation et comptabilisation du matériel nécessaire à la réalisation de l'acte).
- Rechercher un set stérile adéquat contenant l'ensemble des éléments nécessaires.
- Mettre en place des essais de sets sélectionnés auprès des IDE via des échantillons et une grille d'évaluation afin d'effectuer un référencement dédié et adapté.
- Informer et former largement les équipes soignantes sur ce nouveau référencement.

L'EOHH a approuvé le référencement de ce set entraînant la nécessité de révision des protocoles.

Discussion

L'EI survenu au sein de notre établissement, témoin d'une dérive des pratiques professionnelles, nécessitait pleinement la mise en place d'actions correctives, même en l'absence de conséquence clinique chez le patient. Le surcoût engendré par le référencement du nouveau set nous a semblé négligeable au regard du gain de sécurité apporté et de notre politique générale du management de la qualité. Ce travail illustre d'une part l'importance d'une collaboration entre les différents professionnels de santé, et d'autre part l'intérêt d'un système de déclaration d'EI efficient.

Mots-clés :

Assurance de la qualité des soins de santé, Pratique professionnelle, Soins infirmiers courants

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation du risque lié à la préparation des formes sèches dans le cadre de la dispensation journalière individuelle nominative

Auteurs :

Musa R., Charlot H., Peraudeau M., Sagnier MC., Brunie V.

APHP - Hôpital Emile Roux, Limeil-Brévannes

Résumé :

Contexte

Notre établissement gériatrique réalise une dispensation journalière individuelle nominative (DJIN) partiellement automatisée, pour 441 lits. Son fonctionnement nécessite 3 types d'opérations : le déconditionnement, le reconditionnement et le surétiquetage. Ces opérations sont réalisées par des préparateurs et contrôlées par des pharmaciens.

Objectifs

Evaluer les risques liés aux opérations de déconditionnement, de reconditionnement et de surétiquetage.

Matériel et méthodes

Les contrôles ont été réalisés à l'aide d'un ordonnancier, d'une fiche de stock et d'une fiche de contrôle. Une analyse des modes de défaillance et de leur criticité (AMDEC) a été réalisée à partir du relevé des non conformités (NC) de l'année écoulée. La fréquence (F) des modes de défaillance a été calculée à partir de ce relevé et transposée sur une échelle de fréquence croissante allant de 1 à 4. La gravité (G) a été cotée par une équipe pluridisciplinaire sur une échelle de gravité croissante allant de 1 à 3. Une criticité ($C = G \times F$) supérieure ou égale à 3 entraînait la proposition d'actions correctives.

Résultats

Pendant un an, 2 276 opérations ont été contrôlées et 272 NC ont été constatées (12 %) correspondant à 43 modes de défaillances. La majorité des NC concernaient le renseignement d'un support de contrôle (95 %). Les NC restantes concernaient le produit fini. Parmi les 43 modes de défaillances, 42 % avaient une criticité ≥ 3 dont 6 % ≥ 6 . Ces $C \geq 6$ correspondaient aux étapes de remplissage de l'automate. Pour maîtriser ces modes de défaillance, l'équipe a élaboré un plan d'action comprenant : un projet d'informatisation réduisant la criticité des modes de défaillances liés au renseignement des supports ; concernant les modes de défaillance relatifs au produit fini une réorganisation des zones de production supprimant les croisements de flux et améliorant l'ergonomie des postes de travail ; enfin un plan de formation. Au total, ce plan d'action couvrait 42 % des modes de défaillances. Aucune action corrective concernant les criticités ≥ 6 n'a pu être identifiée.

Conclusion

Cette AMDEC a permis de réévaluer la pertinence des opérations de production mises en œuvre. La criticité du remplissage de l'automate reste élevée en l'absence de mise à niveau du système d'exploitation par le fabricant alors que désormais les générations d'automates plus récentes garantissent l'informatisation de la traçabilité et la sécurisation du remplissage. Une évaluation de l'impact du plan d'action sera réalisée annuellement.

Mots-clés :

Dispensation et distribution de médicaments à l'hôpital, Amélioration de la qualité des soins, Gériatrie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Identification des risques a priori sur le circuit du médicament : détection d'une pratique non sécurisée

Auteurs :

Renaud Q., Martin N., Vanbruwaene E., Julienne MA., Benkharraz S., Dine T.

GH Loos-Haubourdin, Loos

Résumé :

Contexte

En amont de la visite de certification V2014, nous avons réalisé une cartographie des risques a priori relative au circuit du médicament (CDM).

Objectifs

L'objectif de ce travail consiste à identifier exhaustivement les risques puis de hiérarchiser les mesures correctives à mettre en place.

Matériel et méthodes

Les coordonnateurs du projet (pharmaciens, ingénieur qualité) ont établi une première liste de risques à l'aide du guide méthodologique de la DGOS (1). Trois sous-groupes de travail pluridisciplinaires sont constitués pour identifier et quantifier les risques selon les étapes du processus du circuit du médicament les concernant. La criticité (Cr) est déterminée en fonction de 3 critères à cinq niveaux chacun : fréquence (F), gravité (G), maîtrise (M). Pour chaque risque les causes sont définies et des actions d'améliorations sont proposées. Les risques sont définis comme prioritaires si la criticité est supérieure à 18.

Résultats

Sept réunions de 3 heures ont permis d'identifier 56 risques, avec une criticité moyenne de 9 (Cr min = 1, Cr max = 32). L'étape préparation magistrale est celle identifiant le plus de risque (13), mais avec une criticité moyenne de 4 (Cr min = 1, Cr max = 6). Dix risques de criticité supérieure à 18 sont identifiés dans 6 étapes : prescription (4), administration (3), information de l'utilisateur, stockage dans les unités de soins, surveillance. La criticité maximale de 32 est cotée pour un risque d'erreur de traitement (durée, médicament ou posologie) chez les patients en autogestion médicamenteuse. Le second risque le plus critique (27) est une surveillance médicale non prescrite. Deux criticités de 24 sont attribuées pour un risque de non administration de médicament et de confusion d'identité ou de sélection de patient lors de la prescription informatisée. La sécurisation des prescriptions en période d'astreinte médicale est cotée avec une criticité de 18.

Conclusion

Ce projet chronophage, nous a permis de révéler plusieurs défaillances critiques et peu maîtrisables concernant le suivi des patients en autogestion de traitement. Ainsi, le renforcement de la traçabilité de l'administration, l'observance et l'information donnée sur les bénéfices/risques des thérapeutiques aux patients en autogestion sont les mesures prioritairement mises en place dans notre établissement.

Mots-clés :

Gestion des risques, Sécurité des patients, Autogestion

Références

Qualité de la prise en charge médicamenteuse, outils pour les établissements de santé. Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Février 2012.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Capsaïcine patch : pour pimenter la stratégie contre les douleurs neuropathiques

Auteurs :

Mondoloni P., Picard A., Leroy B., Renzullo C., Sidikou O., Penaud JF., Coutet J.

CH William Morey, Châlon-sur-Saône

Résumé :

Contexte

Les patches de capsaïcine sont indiqués pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques des adultes non diabétiques, seuls ou en association avec d'autres antalgiques. L'autorisation de mise sur le marché datant de 2011, leur efficacité au long cours reste encore à préciser.

Objectifs

L'objectif de cette étude était de dresser un bilan d'utilisation des patches de capsaïcine, notamment en termes d'efficacité, depuis leur mise à disposition.

Patients et méthodes

Cette étude rétrospective a inclus tous les patients traités par capsaïcine dans notre établissement entre mars 2012 et avril 2015. Les données démographiques des patients, les observations médicales d'efficacité et de tolérance du traitement ont été relevées dans les dossiers patients du Centre Anti-Douleurs.

Résultats

Vingt-cinq patients de $56,4 \pm 16,2$ ans ont été inclus, 13 femmes/12 hommes. Les indications de la capsaïcine étaient réparties ainsi : 15 douleurs lésionnelles post-chirurgie/traumatisme (57,7 %), 9 polyneuropathies périphériques (34,6 %) et 2 douleurs post-zostériennes (7,7 %). Un patient présentait 2 indications. Les 2 zones de pose les plus fréquentes étaient les pieds ($n = 7$, 29,2 %) et genoux ($n = 3$, 12,5 %). $3,9 \pm 3,4$ patches [1-16] ont été posés en moyenne. L'évaluation de l'efficacité a pu être faite sur 22 patients. Le traitement a été inefficace pour 5 patients et efficace pour 17 patients (77 %). Parmi ces 17 patients, 3 arrêts de traitement sont justifiés par la diminution de douleur et l'absence d'indication à poursuivre le traitement, 7 par une inefficacité après $3,7 \pm 1,4$ poses et 2 par refus des patients. Un seul arrêt est lié à un effet indésirable (EI) : poussée hypertensive. Au total, 10 patients ont présenté ≥ 1 EI, principalement des douleurs ($n = 5,23$ %) et un érythème ($n = 5, 23$ %).

Discussion

Une efficacité a été objectivée pour 77 % des patients avec dans 41 % des cas, une diminution de l'effet antalgique des patches avec le temps. Ces résultats encouragent le recours à ce mode de prise en charge de la douleur. Les EI de la capsaïcine ont pu être sous-estimés, le recueil étant rétrospectif. Deux patients ont souhaité arrêter le traitement par capsaïcine en raison des contraintes (hospitalisation de jour) et difficulté liées à la pose. Une perspective de cette étude serait d'évaluer si le traitement par capsaïcine permet un allègement des thérapeutiques antalgiques associées.

Mots-clés :

Résultat thérapeutique, Tolérance médicamenteuse, Effets secondaires indésirables

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Trastuzumab sous-cutané : retour d'expérience après un an d'utilisation

Auteurs :

Thivilliers A., Gerard C., Vasram A., Giard C., Lafay-Bourquin M., Ferry I.

Institut Curie - Hôpital René Huguenin, Saint-Cloud

Résumé :

Contexte

Les nouvelles formes galéniques d'administration sous-cutanée (SC) des anticorps monoclonaux connaissent un essor en oncologie. Leur commodité d'emploi et de préparation les font préférer à la forme intraveineuse (IV).

Objectifs

Au terme d'un an d'utilisation du trastuzumab (TZ) SC dans un centre de lutte contre le cancer, une étude rétrospective monocentrique a été réalisée pour déterminer la tolérance du trastuzumab SC et évaluer sa praticité.

Patients et méthodes

L'étude rétrospective a porté sur une cohorte de 115 patientes traitées par du trastuzumab SC d'octobre 2014 à octobre 2015. Le profil des patientes et la tolérance au traitement sont issus des données du dossier médical informatisé, du logiciel Chimio® et des déclarations de pharmacovigilance.

Résultats

L'âge moyen des patientes est de 58 ans [36 - 85 ans]. Toutes les patientes sont traitées pour un carcinome mammaire, 90 % en situation adjuvante, 10 % en métastatique. 90 patientes présentent des récepteurs hormonaux positifs et toutes expriment une amplification du gène Her2.

La cohorte a reçu en moyenne 6 injections de TZ SC et 99 % des patientes avaient reçu du TZ IV avant le passage à la forme SC.

Des effets indésirables ont été observés chez 10.4 % des patientes (n = 12). Les effets constatés immédiatement après l'administration sont : douleurs au point d'injection (2), céphalées (2), malaises/vertiges/troubles de la tension (2). Ceux observés entre les 1^{ères} et 2^{èmes} cures sont : réactions cutanées (4), insuffisance cardiaque et diminution de la fraction d'éjection ventriculaire (2). Un retour à la forme IV a été effectué pour 7 % des patientes (8) ayant présenté des EI sous TZ SC.

Le temps moyen d'occupation du fauteuil en hôpital de jour lors d'un traitement par TZ IV est de 45 minutes versus 15 minutes en SC. Le retrait de la chambre à cathéter implantable (CCI) a été effectué pour 49.5 % patientes (57), dans un délai moyen de 4 cycles (88.5 jours), après passage à la forme SC.

Discussion

La survenue des EI sous TZ SC correspond au profil de tolérance connu du TZ IV, mais avec une augmentation des douleurs au point d'injection liées à cette voie. La forme SC du TZ comporte de nombreux avantages par rapport à la forme IV : gain de temps à la préparation, à l'administration, retrait plus précoce de la CCI. Néanmoins le risque d'erreur de voie d'administration existe, des mesures de sécurisation de la préparation à l'administration ont été prises et restent à conforter face à l'utilisation grandissante de cette forme SC.

Mots-clés :

Trastuzumab, Tolérance, Utilisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Recommandations ANSM vis-à-vis de l'hydroxyzine : quels suivi et application dans un CHU ?

Auteurs :

Maurel C., Imperaire Boronad L., Dantin T., Lucas Daver S., Lieutier F., Retur N., de Lemps R., Collomp R.

CHU Nice - Hôpital L'Archet, Nice

Résumé :

Contexte

L'hydroxyzine est utilisée largement à l'hôpital comme anxiolytique. En avril 2015, l'ANSM a publié de nouvelles restrictions concernant son utilisation. En effet, afin de minimiser le risque d'allongement de l'intervalle QT, l'hydroxyzine doit être utilisée à la dose maximale journalière de 100 mg chez l'adulte et chez le sujet âgé, est non recommandée avec une dose maximale de 50 mg par jour.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'observer si les recommandations (recos) ont été suivies dans notre CHU.

Matériel et méthodes

Nous avons évalué deux périodes de prescription de 4 mois chacune, avant et après recos ANSM. Pour chaque période, les prescriptions d'hydroxyzine IV et PO ont été relevées avec l'âge du patient, la posologie et le service d'hospitalisation. Les posologies dépassant les recos ont été comptabilisées pour chaque période : > 100 mg si patients 50 mg si patients > 65 ans. Les différences de posologies avant/après ont été étudiées pour la totalité des patients et selon leur service d'hospitalisation.

Résultats

Les populations étudiées sur les deux périodes sont comparables en nombre, en âge (moyenne de 60 ans dans les deux groupes), en répartition selon les services (55 % médecine classique, 10 % gériatrie, 30 % chirurgie, 5 % urgences). Sur les 285 prescriptions analysées avant recos, 12 % (20/162) des prescriptions étaient trop élevées chez l'adulte et 50 % (61/123) chez le sujet âgé. Sur les 279 patients étudiés pendant la deuxième période, on trouve 11 % (16/142) de prescriptions hors recos pour les 65 ans. Une différence significative est trouvée chez les patients hospitalisés en chirurgie ($p < 0.01$) entre les périodes avant et après recos de l'ANSM.

Discussion

Malgré une baisse des posologies chez le sujet âgé, cette différence n'est pas significative. L'actualisation des protocoles informatisés, plutôt utilisés dans les services de chirurgie pour la prémédication avant l'anesthésie, explique la baisse significative des posologies dans ces services. Pour les autres services, une information est faite via les interventions pharmaceutiques (IP) mais elle semble insuffisante au vu du maintien des posologies hors recommandations. Une attention particulière de ces prescriptions a été décidée au niveau de la validation pharmaceutique avec IP systématique et appel des médecins en cas de dépassement de posologie. Une réflexion est en cours au niveau de la CoMédIMS pour resensibiliser les médecins sur le respect des nouvelles recommandations de l'ANSM.

Mots-clés :

Hydroxyzine, Recommandations, Suivi

Références

Point d'Information ANSM. Hydroxyzine (Atarax et génériques) : nouvelles restrictions d'utilisation pour minimiser le risque d'allongement [QT] (30/04/2015)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des pratiques professionnelles en secteur de MCO : audit sur la gestion et le contenu du chariot d'urgence adulte

Auteurs :

Henry CH., Losser A., Niederhoffer C., Mayer P.

CH Sélestat

Résumé :

Contexte

Dans notre hôpital, l'organisation et la gestion de l'urgence vitale par les équipes médicales et soignantes font l'objet d'une procédure institutionnelle. Des modifications récentes du contenu du chariot d'urgence adulte ont été apportées lors d'un partenariat entre le SMUR et la pharmacie.

Objectifs

En parallèle du réétiquetage des compartiments de médicaments et dispositifs médicaux suite aux modifications, il nous a semblé utile de mener un audit afin d'évaluer la gestion et de vérifier le contenu du chariot d'urgence adulte.

Matériel et méthodes

L'audit prospectif a été réalisé par un pharmacien, dans des unités de soins de MCO, en même temps que le chariot était revu et réétiqueté par un préparateur et l'infirmier référent. Ont été évalués l'accessibilité du chariot, sa bonne gestion, la concordance du contenu et le respect des péremptions à l'aide d'une grille adaptée et construite à partir de la procédure institutionnelle.

Résultats

Parmi les 9 chariots ayant fait l'objet d'une révision, le relevé des données pour l'audit a été réalisé pour 5 chariots.

Les points positifs sont :

- la bonne accessibilité globale des chariots à l'exception d'un rangé dans une pièce réserve,
- la pose systématique de scellés retrouvés sur les chariots,
- la mise à disposition du listing du contenu à destination des équipes sur chaque chariot,
- la concordance correcte du contenu par rapport au listing (respect des quantités minimales) sauf 3 dispositifs médicaux manquants sur un chariot,
- la bonne vérification et traçabilité effectuées après chaque réanimation pour tous les chariots.

Les points à améliorer sont :

- la non-vérification mensuelle des périmés avec l'absence de traçabilité,
- la présence de médicaments périmés retrouvés sur 2 chariots (40 %),
- le non étiquetage de 4 bacs (80 %) de Célocurine® dans les réfrigérateurs,
- le rangement à température ambiante de médicaments à conserver entre 2°C et 8°C pour un chariot (20 %),
- le constat de médicaments ou dispositifs médicaux supplémentaires retrouvés dans chaque chariot (non respect des quantités maximales).

Discussion

Les pratiques professionnelles évaluées à l'aide de cet audit sont globalement conformes au référentiel. Malgré quelques surcharges pour certains médicaments et dispositifs médicaux bien ciblés et la présence occasionnelle de périmés, le respect du contenu du chariot d'urgence adulte est bon. L'étiquetage des bacs de Célocurine® a été régularisé. Une action de communication sur les résultats de cet audit a été effectuée auprès des services de MCO.

Mots-clés :

Audit, Chariot d'urgence, Evaluation des pratiques professionnelles

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan d'activité d'une cellule de pharmacovigilance dans un établissement hospitalier

Auteurs :

Alami Chentoufi M., Benabbes M., Errihanni H., Soulaymani R., Meddah B.

CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Résumé :

Contexte

L'Institut National d'Oncologie a mis en place, depuis 2014 une cellule de pharmacovigilance qui est chargé de notifier tout évènement indésirable apparues lors des cures de chimiothérapie, de les analyser, et de sensibiliser les patients et les professionnels de santé.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de présenter le bilan d'activité de cette cellule au cours de l'année 2015.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre janvier et décembre 2015 sur des patients sous chimiothérapie injectable ou orale. Les déclarations ont été collectées d'une façon spontanée, sur les fiches de notification de pharmacovigilance.

Résultats

La cellule de pharmacovigilance a colligé 360 notifications dont 75 % étaient liées aux effets indésirables des médicaments cytotoxiques, 21 % étaient relatives aux erreurs médicamenteuses et 4 % cas liées à l'utilisation des dispositifs médicaux.

La toxicité cutanéomuqueuse-phanérienne constituait la part majoritaire avec un pourcentage de 48 % suivie par la toxicité génitale et digestive (11 % et 9 % respectivement). Les principaux médicaments à l'origine des effets indésirables étaient : Docetaxel, Capecitabine et Oxaliplatine.

Les erreurs liées à la prescription médicale étaient les plus fréquentes (85 %), suivie aux erreurs liées à la préparation des médicaments (8 %), et les erreurs liées au patient.

Concernant la matériovigilance, l'allergie liée à l'utilisation des gants en latex, et la difficulté de pose des chambres implantables étaient les évènements les plus cités.

Conclusion

Les résultats de toutes ces notifications nous ont permis de réagir face à certains problèmes sérieux comme le retrait des lots des chambres implantables défectueux, le renforcement de la prémédication chez les patients sous Docetaxel.

Mots-clés :

Pharmacovigilance, Toxicité, Chimiothérapie

Références

La pharmacovigilance dans un centre hospitalier général : modalités pratiques de mise en place, résultats et actions d'amélioration. A. Umlil et al. Le pharma hospitalier. Volume 41, Issue 165, juin 2006.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La gestion pharmaceutique : quelle satisfaction pour les services hospitaliers ? Résultats d'une enquête menée à l'Institut National d'Oncologie

Auteurs :

Alami Chentoufi M., Mojemmi B., Bennis S., Meddah B.

CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Résumé :

Contexte

La mesure de la satisfaction est un des éléments incontournables du système de gestion de la qualité d'un service comme la pharmacie.

Objectifs

l'objectif de cette enquête est de mesurer la satisfaction des professionnels de santé envers les services offerts par la pharmacie afin de les évoluer vers les besoins exprimés, et améliorer la qualité de ses prestations.

Matériel et méthodes

il s'agit d'une étude prospective, menée à l'Institut National d'Oncologie de Rabat entre avril et mai 2014. Les données ont été collectées via un questionnaire destiné aux professionnels de santé affectés aux différents services de l'hôpital.

Résultats

La majorité des professionnels de santé qui ont répondu sur le questionnaire étaient les infirmiers avec un pourcentage de 73 %.

Le taux de satisfaction générale était de 48 %, les points cités comme fort étaient le bon accueil, la bonne communication et la disponibilité du personnel de la pharmacie, la livraison des produits pharmaceutiques par planning, la bonne gestion des dons, et la validation pharmaceutique des ordonnances.

Par contre, les points qui ont été cités comme étant susceptibles de la plus grande amélioration étaient, la gestion des ruptures, l'approvisionnement suffisant des produits pharmaceutiques, le nombre faible des préparateurs recrutés, la sécurité des manipulateurs des cytotoxiques, le conditionnement et le transport des préparations.

Conclusion

Les résultats de l'enquête nous ont permis de développer plusieurs points surtout après la centralisation des préparations des cytotoxiques. Parmi ces points on cite, la mise en place des sachets et des caisses pour le transport des préparations, l'augmentation du nombre des préparateurs en pharmacie, et l'amélioration de la sécurité et de la protection des manipulateurs.

Mots-clés :

Satisfaction, Service hospitalier, Professionnel de santé

Références

Patients' satisfaction with a palliative care day unit : Results of a prospective study. Adeline Ferry et al. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique 13 (1) : 17-25 (2014)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

INDEX DES NOMS DES AUTEURS

Les chiffres correspondent aux numéros des pages

Abbassi A.	210	Auclair C.	374
Abbassi H.	278	Audema B.	35
Abdejilil N.	193	Audemar J.	248
Abderrahmane M.	94	Augagneur M.	362, 389
Abergel A.	152	Aumaitre O.	152
Ablard C.	243	Aupee O.	281
Achour S.	261	Aussedat M.	272, 364
Acramel A.	336	Authier N.	320
Adam V.	370	Avez N.	422
Adehossi A.	194, 199, 200, 415	Ayach L.	53, 257, 265, 271
Afifi A.	196	Babiard M.	365
Agullo M.	267, 338	Babinet A.	188
Airiau C.	145, 249	Baccar H.	201, 210
Ait Aissa T.	409	Baccar L.	306
Ait Yahia N.	309	Bacouillard JB.	115, 264
Aitichou M.	326	Badibouidi F.	345
Akkari H.	293	Badrikian L.	329
Akkeri M.	310	Baetz D.	229
Alami A.	85	Bagel S.	152
Alami Chentoufi M.	395, 433, 434	Bahri Hicheri S.	241
Alary V.	153	Bahri S.	277
Albert O.	243	Ballandras C.	406
Aldeguer A.	125, 412	Balloumi D.	215
Alexandrak P.	422	Balouzet C.	322
Aliat Z.	208	Bancourt T.	344, 346
Almeras D.	281	Bannie F.	33, 50
Alpy M.	58, 150, 328	Bantzhauff P.	134
Amar C.	280	Barau J.	226
Ameye T.	376	Barbato C.	426
Ami J.	252	Barbaud A.	287
Amrani F.	105	Barbuat C.	211
Amsallem A.	167	Barcelo C.	65, 66
Ancel M.	410	Bard E.	35
Andanson-Macchi M.	340	Bardou D.	173
Andre T.	282, 343	Barnoud D.	415
Andriamanantena D.	158	Barnoux MC.	150, 328
Anglaret B.	398	Baronnet A.	83
Annycke F.	196	Barré E.	322
Antonot M.	286, 359	Barreteau H.	97
Aouati H.	365	Barsagol T.	68, 305
Apparuit M.	256	Barthel AP.	287
Apretna E.	79, 206, 250	Barthel C.	390
Arfaoui H.	201	Barthélémy C.	425
Argouillon L.	149, 323	Bascoulergue M.	129, 251
Armand-Branger S.	214, 414	Basset S.	352
Armangué-Vigo AL.	272	Batista A.	41, 231
Arnaud A.	182, 333	Batista R.	256
Arnaud L.	239, 400	Baudin I.	416
Astier A.	285, 358	Baudoin A.	79, 169, 206, 250
Astruc D.	235, 245	Baudonnet MA.	252, 318, 424
Attijoui H.	208	Baudoux V.	188
Aubas P.	387	Baudry-Colomes S.	272

Baveux R.	100	Berthe-Aucejo A.	274
Beaucourt E.	149, 323	Berthet F.	147, 173
Beaudouin D.	319	Bertholle V.	78
Beaufils A.	365	Bertoliatti G.	216
Beaugrand N.	68, 82, 288, 305	Bertrand A.	59, 60, 64
Beausir A.	377	Bertrand L.	144, 289
Beaussart H.	335	Bertrand-Barat J.	367, 369, 371
Beauverie P.	91	Besnard A.	103
Béchet C.	42	Besson M.	51
Bedjidian S.	272	Bezie Y.	32
Bedoucha C.	275	Biard A.	363
Bedoui Y.	210	Bigot A.	114, 135, 139, 219
Beekharee-Brasselet D.	174	Bigot P.	101
Bégu N.	79	Bihin B.	40, 337
Behr A.	411	Billion-Rey F.	406
Bejaoui N.	148	Binson G.	416
Belahreche R.	410	Blache-Leguelinel G.	211
Belgacem B.	374	Blaignan F.	385
Belkacemi R.	309	Blanc AL.	51
Bellegarde C.	265	Blanc P.	195
Bellegarde J.	63, 340	Bled M.	75
Bellon B.	289	Bobichon M.	333
Belloumi D.	179	Bodin A.	188, 418
Beloin C.	380	Bodineau L.	43
Ben Jeddou K.	175, 201, 210	Boisgard S.	152
Ben M'Barka F.	87, 201	Boisrame J.	161, 331, 348, 372
Ben Sassi M.	222, 223	Boissière M.	76
Benabbes M.	205, 302, 433	Bolot P.	144
Benaissa-Djellouli M.	386	Bonenfant C.	236, 349, 403
Benbouzid A.	141	Boni A.	36
Béné J.	174	Bonnabry P.	42, 51, 364
Bengaly L.	266	Bonnaud P.	424
Benkharraz S.	428	Bonnefous JL.	308
Bennaceur D.	106	Bonnet J.	334
Bennana A.	208	Bonnet L.	182, 333, 354
Bennis S.	395, 434	Bonnet M.	264
Benoit F.	136	Bonnevay C.	306
Benoit P.	390	Bonnin M.	221, 247, 254, 255, 262, 273, 312
Bensimon L.	192	Bord B.	30
Benzengli H.	105	Bordes C.	111, 211
Berdougo B.	207	Borel C.	409
Berge-Bouchara C.	145, 249	Borg C.	167
Bergerot J.	98	Borne-Pons M.	102, 158, 324
Bergheau F.	218	Bornes E.	402
Berlioz J.	69, 185, 383	Boronad C.	47, 338
Berlioz-Thibal M.	180	Bory P.	265
Bernabeu E.	139	Bosc L.	368
Bernard E.	196	Boscher C.	160, 339
Bernard J.	194, 199, 200	Bottois C.	144
Bernard L.	362	Bouchkira H.	293
Berrabah S.	336	Boudet A.	74, 85, 176
Berreni A.	133	Boufaied M.	310
Berroneau A.	221, 247, 254, 262, 312	Boughzala E.	130
Bertault-Peres P.	227, 232, 304, 393	Bouhriba M.	338
Berthe A.	45	Boukap Temi S.	388

Boukhatem N.	379	Carpenet Guery H.	239, 400
Bouldouyre MA.	198	Carpentier I.	316
Boulin M.	213, 351	Carre E.	155
Bouquerand J.	257	Carrez L.	364
Bourdon O.	99, 274	Casaurancq M.	117
Bourhaleb B.	379	Cassard B.	184
Bourigeault G.	214	Cassat C.	225
Bourne C.	218	Cassier P.	348
Boussliman Y.	208	Cassou N.	359
Bousslimi K.	193	Castagne E.	162
Boussaidi A.	148	Castaing JL.	321
Bouteiller C.	233	Castanie I.	68, 305
Boutet M.	39, 375	Castelain V.	52
Boyaux B.	90, 203, 405	Castet-Nicolas A.	267
Boyer A.	228	Castillo D.	196
Boyer F.	43, 206	Cauchefer R.	187
Brasleret Y.	137	Caudron J.	224
Bravo P.	32	Cauet A.	324
Breilh D.	221, 247, 254, 255, 262, 273, 312, 421	Caus T.	138
Brenot R.	313	Cayeux S.	75
Breteau A.	347, 353	Cazal-Bonnel E.	192, 256
Breton J.	384	Cazolive F.	76
Breton M.	419	Ceballos P.	257
Breton P.	72	Cecon N.	319
Bretot G.	357	Cellier A.	308
Breuil C.	295, 297	Cerbelaud N.	61, 368
Breuille G.	314	Cerutti A.	109
Brocque O.	56, 279	Cestac P.	168, 212, 219, 237, 292, 296, 378, 402
Brun H.	248	Chaabouni W.	189
Brunie V.	93, 427	Chafaie R.	84
Buhaj V.	321	Chaignaud-Duquesne C.	110
Buiche M.	48	Chambraud E.	291
Buisson T.	406	Champion B.	344, 346
Burde F.	407	Chan Ou Teung F.	342
Burguiere M.	367, 369, 371	Chapet N.	76
Bussièrès JF.	104	Chappe M.	145
Buttin AL.	43	Chappuy M.	352
Cadeac MA.	419	Chardon-Roy S.	127
Caillot C.	246	Charfi R.	222, 223
Caillot D.	213	Charles PE.	394
Calesse A.	170	Charlot H.	93, 427
Cali C.	47	Charra F.	426
Calvet P.	139	Charvolain P.	345
Cambuzat D.	43	Chasport C.	192
Campaner M.	333	Chaspoul F.	393
Camus M.	184	Chast F.	256
Camus-Piszez M.	382	Chastang FA.	381, 408
Canonge J.	54, 270	Chatain C.	96
Cante JP.	419	Chatelet JN.	236, 403
Canton E.	325	Chatron C.	33, 50, 100, 295, 297
Canu G.	308	Chaudoreille M.	56, 279
Capelle A.	127	Chauffert O.	64
Capin L.	311	Chaumard-Billotey N.	326
Carassou Maillan A.	47	Chaupin A.	354
Carles C.	334	Chaussard M.	121

Chausset R.	340	Cosserant S.	329
Chazaud C.	155	Costaz F.	155
Chedru-Legros V.	295, 297	Cottalorda A.	341
Chen Monestier C.	300	Cottarel-Schussler M.	35
Chenaf C.	320	Couderc S.	61
Chenevier D.	169	Coudun S.	197
Chennell P.	362, 363, 389, 392	Coulon S.	248
Chérif K.	189	Coupé P.	101
Cherrier P.	184, 382	Courgeon C.	148
Chetouane K.	274	Cournede A.	154, 252, 318, 424
Chevalier A.	238	Courtin J.	236
Chevalier D.	32	Cousein E.	101
Chevallier Brilloit C.	35	Cousin C.	76
Chevassus A.	389	Cousin M.	280
Chevet-Doucet S.	72	Coutet J.	429
Chevrier M.	391	Coutiere C.	301
Chevrier R.	49	Couturier F.	190
Cheyroux A.	194, 199, 200	Couturier S.	275
Chmielowski M.	59	Cransac A.	213, 351
Chollet F.	265, 271	Crassous A.	48
Choucat E.	389	Crauste-Manciet S.	421
Choukroun G.	187	Cristinar M.	234
Cirotteau D.	171	Cubilie A.	366
Civade E.	114, 135	Cuquel AC.	102, 158, 324
Cividino M.	134	Curatolo N.	38
Claud B.	34	Curti C.	304
Clauson H.	329	Da Violante C.	195
Clavel H.	54	Dabat B.	246
Clavel S.	360	Dalifard B.	419
Clavelou P.	294	Dalle Pecal M.	157
Clément F.	272	Dambrine M.	224, 377
Clementz A.	281	Danel V.	35
Cler R.	153	Dang Van C.	120, 124, 178
Clerc MA.	404, 418	Danguy Des Déserts L.	416
Closset M.	40	Dantin T.	46, 431
Codeville F.	344, 346	Dantoine T.	162
Cogulet V.	171	Darcissac C.	352
Collet M.	43, 418	Dardonville Q.	321
Collin MP.	29	Darricau B.	342
Collomb B.	78	Dassy A.	70
Collomp R.	46, 431	Daumas A.	232
Collomp T.	46	Davasse M.	366
Colombe A.	421	David V.	61
Combes A.	69	de Bastiani C.	36, 92, 348, 380
Compagnon M.	384	de Boisgrollier de Ruolz AC.	375
Comte H.	47	de Bouët du Portal H.	74, 85, 116, 176
Cool C.	212	de Chevigny A.	33, 50, 295, 297
Coquard A.	317	de Coucy A.	247, 254
Cordelle C.	147, 173	de Courtivron C.	105
Cordonnier-Jourdin C.	285	de Lemps R.	431
Coret-Houbart B.	129, 198, 251	Debarre C.	169
Corgie P.	37	Debastiani C.	423
Coriton A.	258	Debaty G.	35
Correard F.	227, 232, 393	Debord S.	340
Cossardeaux S.	69	Debraine C.	121

Debrix I.	269, 399	Dibon O.	195
Debruyne AL.	90, 203, 405	Didot N.	121
Decarout L.	113, 148	Dietemann J.	127
Décaudin B.	425	Dieu B.	81, 216, 317
Decoster C.	88	Dine T.	428
Default A.	244	Diop A.	298
Degui E.	54, 270	Diop M.	240
Dejonghe B.	290	Diouf EH.	36, 331, 348, 372, 397
Delabre J.	174	Divanon F.	146
Delage J.	257	Divine C.	157
Delbecque L.	306	Djabarouti S.	247, 254, 262, 312
Delevallee L.	233	Djededoua H.	245
Delforge M.	140, 289	Djillat K.	230
Delhumeau J.	249	Docq N.	115
Deljehier T.	255	Doly M.	49
Delmas P.	301	Dompnier M.	240
Delmotte JB.	38	Donamaria C.	79, 206
Delom C.	244	Dos Santos T.	422
Delon E.	237	Doucet J.	347, 353
Deloute H.	148	Doucey P.	36, 92, 348, 380, 423
Delpeuch A.	152	Dourthe L.	190
Demange C.	71	Drancourt P.	263
Demarchi M.	167	Drapeau F.	342
Demarest J.	422	Drapier D.	307
Demaziere A.	294	Dridi M.	189, 268
Dembélé S.	266	Drouot S.	122
Demesmay K.	253	Dubret L.	129
Denis-Hallouard I.	127	Dubuisson M.	320
Depaquet C.	112	Ducarre B.	348
Depoisson V.	155	Duceau J.	67
Derain L.	104	Duchaussoy A.	69
Derbel S.	87	Ducouret C.	252
Derharoutunian C.	31, 73, 311	Ducroz S.	340
Dermigny V.	355	Duffaud F.	227
Derrieux C.	182, 333, 354	Dufrene I.	398
Desaintfusien E.	349	Duguet N.	327
Descampeaux C.	50	Duhalde V.	212
Descamps A.	422	Dujardin A.	415
Descoutures JM.	94	Dumas S.	163
Desdions A.	290	Dumazer-Carles C.	244
Desforges C.	146	Dupire C.	221, 273
Desmeules J.	51	Dupis E.	133
Desnoyer A.	51	Duplin EM.	162, 296, 378, 411
Desplechain M.	68, 82, 305	Duplissy E.	30, 65, 66, 98, 293, 396
Dessane B.	255, 262, 312	Duprès M.	134
Dessault J.	78	Dupuis A.	177, 202
Destable-Nicolau A.	122, 141	Dupuis C.	100
Detournay B.	280	Dupuy J.	54
Devaud E.	291	Duquesne J.	46
Devaux S.	248	Duran C.	142
Deville L.	97, 243	Durand A.	240, 290
Devos C.	236, 349, 403	Durand F.	181, 202
Devys C.	335	Duret-Aupy N.	229
Diakhate C.	300	Durif E.	48
Diallo A.	38, 285, 399	Dutot C.	387

Duval M.	244	Fernandez C.	269
Duval S.	234	Feron A.	75
Eddahi A.	243	Ferrand A.	288, 296, 378
Edriss D.	175	Ferrand E.	304
Egon C.	74, 85, 176	Ferrag W.	205
El Jebari H.	222	Ferrari S.	238
El-Baze A.	147	Ferreira-Gomes D.	394
Eljebari H.	223	Ferrier A.	294
Elloumi A.	261	Ferrier AL.	308
Eltimur T.	173	Ferro M.	35
Errihanni H.	433	Ferry I.	242, 430
Escalup L.	381, 408	Feuillet S.	357
Escande A.	190	Feutry F.	425
Esposito CL.	37	Ficko C.	158
Esquevin M.	48	Figueiredo E.	74, 116
Essner-Dagnelies MS.	220, 417	Fiolet AS.	380
Essoufi S.	69	Fischbach M.	260
Esteve MA.	227, 232	Flanzy V.	270
Estornel V.	283	Flatres A.	100
Ettendorff S.	108	Floccard B.	356
Evrard J.	300	Floret C.	170
Ey C.	415	Foliot P.	207, 388
Eyvrard F.	289	Folliard C.	335
Facchin C.	115	Foltz F.	196
Facile A.	166	Fontaine P.	163
Facon L.	197	Fonzo-Christe C.	51
Fagnoni P.	165, 313	Foqué C.	101
Fagot Gandet A.	47	Forgue A.	347
Fajardy A.	290	Froni L.	35
Falchier F.	43	Fosse J.	181
Falson F.	161	Foucher S.	38
Famin M.	61, 368	Fouque J.	408
Faraggi L.	303	Fouquet C.	281
Farbos F.	334	Fourgeaud S.	329
Fargier E.	319	Fournier D.	263
Farhat M.	87	France M.	300
Farny M.	276	François O.	364
Faucheux L.	99	Francois S.	246
Fauque L.	72	Fratard C.	402
Faure H.	211, 226	Fratta A.	269
Faure P.	97, 243, 322, 391, 413	Freville JC.	332
Faure-Chazelles C.	111, 142	Frimat B.	224, 377
Favier B.	326	Friou M.	242, 250
Favier M.	76	Froger B.	207
Favreau R.	315, 357	Froger C.	133
Fayard C.	166	Fronteau C.	180
Fayard J.	161	Frontini S.	122
Faye E.	285	Frouin M.	418
Federici L.	253	Frugier G.	92, 370
Federspiel F.	269	Fummi C.	415
Fegueux N.	257	Fuss D.	317
Fehri T.	277	Futo J.	227
Feinard G.	183	Gabriel L.	41, 231, 325
Feistl P.	146	Gachet A.	319
Feldman D.	45	Gadot A.	31, 73, 311

Gagnaire L.	147, 173	Goralski M.	195
Gagneur O.	137	Gosse-Boeuf N.	225, 318, 424
Gahbiche A.	265, 271	Goubier-Vial C.	96
Gaïes E.	222, 223	Gougeon M.	212, 314
Gaihier C.	79, 206, 250	Goulas C.	396
Gaimard S.	228, 363	Goulet O.	336
Galanti L.	40, 337	Gourieux B.	52, 134, 234, 235, 245, 260
Gallay L.	332	Gourmelen J.	280
Gallet F.	224	Grach MC.	146
Gallin A.	183	Graff V.	190
Gantz D.	34, 300	Grajoszex M.	94
Garces M.	240	Grémeau I.	294, 374
Garcia Lidon K.	76	Grenouilleau V.	79, 108, 117, 238, 303
Garcia V.	96	Gressier J.	376
Gardes E.	140	Grévy A.	185
Gargah T.	175	Grignon C.	177
Garnier A.	409	Grimandi G.	120, 124, 178
Garnier N.	143, 313	Grob JJ.	393
Garreau I.	204, 233	Gros H.	198
Garriguet P.	91	Gros S.	319
Gaudy AS.	39	Gschwind L.	364
Gaumé M.	145, 249	Guarino V.	41, 231, 325
Gautier E.	177	Guellec C.	386
Gay JB.	298	Guenault N.	236, 349, 403
Gayet LE.	39	Gueneau P.	351
Gayet S.	232	Guenfoudi MP.	143, 313
Gayral M.	275, 284	Guessant S.	399
Genay S.	425	Guet L.	347
Gennaro-Laurens G.	291	Guignard B.	51
Gensollen S.	283	Guignard MH.	313, 394
Geoffray J.	183	Guillaudin C.	128, 314
George B.	243	Guitton L.	263
Gerard C.	242, 430	Guyard-Boileau B.	237
Gerbaud L.	374	Guzman G.	164
Gérout AC.	235, 260	Haas A.	121
Gervais F.	397	Hachon L.	181
Gervais R.	144	Hager Mo.	49
Gervaise C.	31, 73	Haghighat S.	112
Ghanotakis J.	105	Haidara F.	37
Ghigo JM.	380	Hajje Z.	268
Giard C.	430	Hamel B.	97
Gilbert J.	340	Hamm M.	235
Gillet P.	88, 337	Hammami D.	241
Ginestet H.	281	Harang C.	407
Giordan A.	42	Harki O.	179, 215
Giovacch M.	153	Hasni N.	175, 201, 210
Girard M.	360	Hassairi A.	130, 131
Girard S.	249	Hassan S.	328
Giraud I.	267	Hassani Y.	420
Girault A.	340	Hauri R.	51
Godard J.	283	Haverlan AS.	255, 321
Godet M.	40, 337	Hecq JD.	40, 88, 337
Goiffon E.	49	Hecquard C.	100
Gondé H.	124	Hehn M.	144
Gonzalez E.	40	Heindl MC.	115

Hélénon R.	162	Janoly-Dumenil A.	352
Hellot-Guersing M.	31, 73, 311	Januel AC.	133
Heloury J.	239, 400	Japel M.	62
Hennion M.	101	Jarre C.	31, 73, 311
Henn-Menetre S.	44	Jean C.	279
Henny F.	156	Jean-Baptiste ML.	62
Henri P.	246	Jebabli N.	222, 223
Henry B.	310	Jégu F.	253, 410
Henry CH.	432	Jenene F.	209
Henry N.	81	Jolly C.	119, 156
Heran I.	30, 396	Jolly V.	144
Heran-Michel I.	98	Joly D.	160, 339
Hermelin-Jobet I.	67, 195	Joly S.	166
Hervouet C.	317	Jomier JY.	108, 117, 238
Hervy F.	52	Jonchere G.	381
Hery F.	46	Josse L.	264
Hesbert A.	181	Jost J.	162
Hettler D.	264, 407	Joste V.	281
Hida H.	35, 398	Jouannet M.	362, 363, 389
Hignard M.	132, 315	Jouglen J.	82
Hilohi M.	81	Jouin G.	134
Hindlet P.	269	Jouneau J.	206
Hirots A.	102	Jouquand F.	171
Hnena S.	179, 215	Jourand A.	421
Hoarau L.	342	Jourdan N.	391, 413
Hoffmann A.	149, 323	Juillard-Condât B.	296, 378
Honore S.	227, 232, 393	Julians G.	385
Horellou M.	120, 124, 178	Julienne MA.	428
Hoskovec C.	95	Jurado C.	289
Hospice F.	62, 385	Juste M.	233
Houbert A.	80	Kaatz O.	410
Houchard Y.	132	Kabbani Y.	206
Housset C.	94	Kacem B.	130, 131, 261, 278
Howlett J.	165	Kaiser JD.	86
Hsairi A.	278	Kalimouttou S.	89, 132, 299
Hubault M.	96	Kallel M.	130, 131, 261, 278
Hubert C.	59, 60	Karkas A.	127
Hugueny J.	165	Kedari A.	230
Huillier Y.	294	Kelani K.	64
Hurgon A.	381, 408	Kerboua E.	217
Illouz J.	308	Kessal R.	217
Imperaire Boronad L.	46, 431	Khalfallah N.	201, 210
Irazusta O.	140, 378	Khebouze S.	309
Iriaka B.	352	Khouri C.	113
Irureta-Goyena A.	173	Khrouf Razgallah M.	175, 179, 189, 193, 209, 215, 277, 310
Iskra F.	97	Kieffer H.	335
Jaccard S.	263	Kienlin AL.	44
Jacob C.	163	Kini-Matondo W.	285
Jacolot A.	420	Kinowski JM.	58
Jacquens Y.	385	Klai M.	311
Jacques B.	108, 238	Klouz A.	222, 223
Jacques-Terracol V.	107	Knight M.	76
Jamart J.	40, 337	Koehl G.	121
Jamet C.	102, 158	Kramp F.	102, 158, 324
Jamoussi H.	106		

Krawczyk P.	329	Le Borgne I.	140
Ksontini S.	241	Le Bot M.	171
Kuhn A.	410	Le Bourhis-Zaimi M.	347
Labbe A.	228	Le Corvaisier C.	31, 73
Laborde C.	139	Le Duff M.	276
Labrèze L.	250	Le Franc B.	419
Lacaud F.	401	Le Gall MJ.	360
Lachapelle V.	88	Le Garlentezec P.	324
Lacour C.	160, 339	Le Garrec A.	206
Lacroix P.	168	Le Gonidec P.	409
Lafaille F.	76	Le Grand J.	298
Lafaurie M.	114, 135, 212	Le Guern AL.	43
Lafay-Bourquin M.	430	Le Guevello P.	29, 151
Laffont C.	170	Le Jouan M.	409
Lafont J.	133	Le Joubioux A.	224
Lagarde A.	154	Le Masne E.	188
Lakhal M.	222	Le Mercier F.	203, 284, 405
Lakhdari A.	217	Le Poole S.	197
Laleuf A.	218	Le Quay L.	404
Laluque B.	392	Le Quinio P.	119
Lam S.	157	Le Rol A.	359
Lamand V.	158, 324	Le S.	129
Lambe C.	336	Le Verger M.	107
Lambert C.	202	Leau G.	291
Lamy A.	81	Lebeaux D.	380
Lanard S.	417	Lebreton A.	404
Lancel M.	422	Lecardonnell A.	33
Lançon S.	349	Lecas J.	336
Landouzy M.	403	Lechevretel L.	190
Landry A.	103	Lechiche C.	211
Langhendries C.	88, 337	Leclerc J.	341
Langlade C.	318, 424	Leclerc V.	159, 191
Langrée B.	258, 307	Leclercq F.	174
Lanièce A.	33	Leenhardt F.	142
Lanoue MC.	74, 85, 116, 176	Lefebvre M.	316, 355
Laot G.	72	Lefèvre S.	378, 402
Laouani C.	261	Lefort I.	109, 426
Laplagne Roux A.	239, 400	Legall N.	79
Laribe-Caget S.	125, 269, 412	Legall T.	272
Larreche S.	158	Legeron R.	255
Laschinski B.	137, 138	Léglise P.	105
Lassère B.	59, 60	Legrand O.	244
Lassiaz C.	300	Legret C.	166
Latouche H.	60, 118	Leguelinel-Blache G.	226
Lauby V.	41, 231, 325	Lehmann L.	101
Laudet M.	294, 374	Lehrer J.	32
Laureau M.	76	Lejeune I.	132
Laureillard D.	211	Lelièvre N.	150
Laurent E.	71	Lemoine D.	103
Law-Ki C.	143, 313, 394	Lenain A.	360
Lazaro M.	301	Lenfant M.	348, 380
Lazaro P.	177, 202	Lengline H.	336
Lazreg O.	179, 193, 209, 215, 310	Leobon S.	154
Lazzarotti A.	165	Lepelletier A.	180
Le Bellec ML.	103	Lepine MA.	96

Leriverend V.	258	Malard Gasnier N.	239, 400
Leromain AS.	31, 73, 311	Malvezin V.	108
Leroy B.	429	Manceron V.	159, 191
Leroy S.	385	Mangavelle J.	78
Lesauvage F.	41	Mangerel K.	233
Lesbre J.	340	Mansour B.	261
Lesselingue F.	153	Marchand M.	57, 296, 378
Letellier D.	115	Marchiset-Eymard N.	148
Levenbruck C.	345	Marcotte G.	356
Leveque D.	52	Mare L.	327
Levet N.	294	Marie D.	57
Levivien C.	391	Marie N.	258, 307
Leylavergne S.	207, 388	Marie-Daragon A.	154, 225
Lhajoui S.	302	Marino C.	76
Lhermitte C.	158	Marion AC.	284
Lhermitte-Pastor C.	102	Marquer E.	132, 315
Liautaud T.	248	Martin A.	114, 259
Lieutier F.	46, 431	Martin C.	166
Liguori G.	172	Martin H.	376
Limacher JM.	410	Martin J.	31, 73
Liochon S.	243	Martin N.	301, 428
Lisfi A.	72, 188	Martin T.	232
Llopis B.	384	Martinez A.	111
Lobjois J.	121	Mary A.	126, 187
Lobjois L.	339	Massacrier S.	220
Locher F.	104, 316	Massip P.	296, 378
Lohan L.	267	Massy N.	347
Loisel N.	181	Mathiot I.	186, 373
Loiselet P.	50	Mauboussin J.	211
Longuefosse JL.	172	Maucorps C.	295, 297
Lopez E.	53	Maulois A.	391
Lopez I.	192, 256	Maupetit JC.	45
Lorenz A.	51	Maupiler M.	114
Lortal B.	79, 206, 250	Maurel A.	143
Losser A.	432	Maurel C.	46, 431
Loue C.	81	Maurel L.	380
Louhichi S.	268	Maurin V.	247
Loukil S.	123	May I.	44, 136, 287
Lourman P.	185, 383	Mayer J.	167
Loustaud-Ratti V.	318	Mayer P.	432
Luaute J.	155	Mazel C.	399
Lucas C.	102, 158	Mazon M.	114, 135
Lucas Daver S.	46, 431	Mccambridge C.	219
Lukat S.	157	Mechain P.	334
Luyssaert B.	422	Meddah B.	205, 302, 395, 433, 434
Machon J.	196	Meddeb M.	241
Macro M.	259	Megne Wabo M.	247, 254, 262, 312
Madelaine I.	243, 413	Mégrousse O.	105
Madelaine-Chambrin I.	391	Mekbel S.	309
Maes AC.	330	Melin C.	321
Magne S.	188	Meloni C.	198
Magnier M.	29, 151	Membre S.	80
Mahmoud O.	106	Menard C.	409
Maillan G.	154	Ménétré S.	287
Makdassi R.	187	Menninger M.	86

Mercerolle M.	295, 297	Moukfi W.	46
Mercier G.	387	Mouls M.	68, 305
Mérian-Brosse L.	240, 290	Mouly S.	197
Merle MC.	83	Mouneaux F.	300
Merlet S.	293	Mourad MC.	275, 407
Merlin E.	228	Mourre F.	283
Mertel N.	121	Moutel E.	94, 409
Mertens C.	250	Moutié A.	91
Meunier - Danel V.	355	Muller K.	163
Meunier A.	104	Munoz-Duran N.	340
Meyer EP.	339	Musa R.	93, 105, 427
Mezaour Y.	217, 309	Mutombo M.	236, 349, 403
Micas F.	237	Muzard A.	100
Michel A.	370	Muziotti C.	304
Michel G.	67	Mzabi A.	261
Michelet E.	264	Mzoughi S.	189
Michelet S.	225	Nader J.	138
Mignonat P.	117, 182, 333	Naija S.	278
Milhavet MN.	111, 123, 142	Najem C.	148
Millot D.	330	Nasone J.	30
Moalla M.	327	Naud C.	112
Moch C.	356	Nave V.	78
Mohamed-Soulé S.	148	Nédellec E.	129
Moinard V.	376	Neffati A.	268
Moine M.	413	Nevado E.	154
Mojemmi B.	434	Neyrat L.	52, 401
Mokni M.	130, 131, 261, 268, 278	Nguyen H.	322
Molina C.	218	Nicolaos G.	248
Molinier A.	169	Nicolas AS.	220
Moll MC.	43	Niederhoffer C.	432
Monchablon C.	347, 353	Noir S.	115
Mondoloni P.	429	Nour H.	241
Mondon P.	306	Noureddine M.	130, 131
Monestier S.	393	Novais T.	397
Mongaret C.	264	Nove-Josserand R.	316
Monges P.	301	Nowak C.	416
Monnier J.	393	Nuiry O.	127
Monnier MA.	70	Occhipinti S.	362
Monribot A.	184, 382	Odou P.	344, 346, 425
Montaleytang M.	227	Ogereau M.	191
Montseny JJ.	291	Olivereau L.	148
Monzat D.	347, 353	Olivier D.	377
Morcant L.	384	Ollivier C.	259, 297
Moreau C.	99, 274	Ollivier J.	247, 254
Moreau M.	126	Omnes C.	415
Morel-Golé C.	386	Omrani S.	167
Morell M.	84, 387	Onnient Y.	81
Moreno-Hidalgo A.	352	Orhon S.	118
Morichon E.	81	Orloff M.	47, 338
Morin MC.	114, 135	Orsini C.	89, 299, 317
Mortier CP.	276	Oses S.	292, 366
Mottet B.	426	Ouahchi Z.	175, 201, 210
Mottier ML.	77, 361	Ouashir A.	379
Mouakher F.	175	Ouelhazi M.	277
Mougin C.	328	Oufella A.	198

Ouggague K.	208, 302	Phan Thi T.	32
Oukkil R.	204	Picard A.	429
Ourghanlian C.	158	Picard F.	247
Pagès A.	219	Picarelli V.	340
Pages J.	316	Picat MA.	162
Pailhas L.	322	Pichon R.	42
Paillet C.	36, 92, 356	Pied H.	62
Painbeni T.	128, 314	Piessard S.	183
Pairault N.	97	Pigneur B.	336
Palosse L.	237, 402	Piguet C.	333
Pappada JM.	412	Pillier-Louis A.	404
Parmier M.	219	Pillon I.	107
Partant C.	286, 359	Pinède K.	34
Pasquier P.	251	Pinson ML.	43
Pasquier S.	340	Pioche H.	83
Passard S.	37, 331, 372, 423	Piriou G.	286, 359
Patron M.	33	Piriou T.	286
Paubel P.	112, 280	Pirot F.	36, 37, 92, 161, 331, 348, 370, 372, 380, 397, 423
Paul M.	285, 358	Pistre P.	213
Paulmier B.	72	Pitre C.	345
Paya D.	234	Pivot C.	36, 37, 92, 161, 331, 348, 352, 356, 370, 372, 380, 397, 423
Péan S.	43	Pizon I.	76
Pecani D.	288	Plé A.	322
Pechaud R.	123	Plé J.	347
Pelagatti V.	270	Plocco P.	67
Pelegrin S.	294, 374	Pluchart H.	113
Pellegrino F.	402	Pointet C.	330
Pellerey M.	232	Poirier Y.	332
Pelletier JC.	186, 373	Poisson C.	336
Pelloquin N.	75, 126, 187	Polegato N.	44
Pelloux E.	227	Pomies S.	168, 237, 292, 402
Penaud JF.	429	Pommier A.	195
Penet E.	61, 368	Pons D.	384
Perarnau JM.	229	Pons JL.	94
Peraudeau M.	93, 427	Pons-Kerjean N.	159, 181, 191, 298
Pereira S.	356	Pont A.	129
Périchou J.	218	Pont E.	220, 417
Perier D.	267	Porte L.	212
Perier-Raspaud S.	122, 141	Porteils C.	168
Perney P.	226	Postaire M.	336
Pernot C.	213, 351	Potaufeu J.	90, 203, 307, 405
Peronne E.	103	Pouilloux P.	118
Perrey J.	111, 123	Poullain S.	70
Perrier A.	51	Pourcher-Martinez V.	51
Perrin A.	119	Pouyaban C.	84, 387
Perrin C.	56, 279	Pozzi D.	159, 191
Perrinet M.	99	Prévost N.	45
Peter V.	150, 328	Prevot M.	376
Petit A.	126, 137, 138	Prigent A.	216
Petitjean F.	246	Princet I.	375
Peurichard S.	164	Prive M.	405
Peus E.	65, 66	Promis AS.	219, 237, 402
Peyrilles E.	197	Prudent C.	165
Peyron F.	304		
Pfalzgraf S.	86		

Puisset F.	54, 270	Robineau C.	313
Puntous M.	262	Rocha A.	336
Qassemi S.	219	Rochais E.	45
Queffeu lou G.	50	Roche folle A.	155
Queuille E.	90, 203, 405	Roch-Torre illes I.	53, 257, 265, 271
Qui evy-Macchioni A.	367, 369, 371	Rocle P.	30
Quillet P.	264	Rocquain J.	244
Quintana C.	334	Rode G.	155
Quittelier R.	197	Roland C.	80
Rabatel G.	113, 319	Roncalez D.	86, 253, 410
Ragazzon C.	34	Rondeau F.	45
Rahhali R.	379	Rosant D.	53, 84, 257, 265, 271
Raignoux C.	125, 412	Rosbicki S.	342
Raignoux S.	140	Rossard C.	342
Raimbault C.	110	Rouanet I.	211
Rambaud J.	242	Roubille R.	31, 73, 311
Rambourg P.	53, 257, 265, 271	Rouge N.	128
Ramjaun Z.	292, 350	Rougeot J.	154, 239, 400
Ranc Y.	48	Rougn y AC.	150
Randuineau P.	192, 256	Rouiller-Furic I.	180, 263
Rannou M.	398	Rouis A.	130, 261
Raspaud B.	421	Roulet-Renoleau F.	169
Rat E.	35	Rousseau A.	104
Rathouin V.	420	Roussel-Berlier L.	36, 92, 161, 348, 397
Ratsimbazafy C.	412	Rousset B.	214, 414
Ratsimbazafy V.	162	Rousset G.	82
Razurel A.	97	Roux A.	97
Recoche I.	168	Roux C.	58
Reiter-Schatz A.	134	Roux MF.	167
Remy AJ.	293	Roy S.	260
Rémy E.	89, 132, 299, 315, 357	Royer M.	187
Renan X.	50	Rozec B.	120, 124, 178
Renaud B.	392	Rubira L.	68, 305
Renaud Q.	428	Ruivard M.	152
Renebon E.	308	Ruiz F.	420
Renzullo C.	429	Sabbagh N.	207, 388
Retur N.	46, 431	Sabri A.	216
Rey A.	90, 203, 303	Sadeghipour F.	77, 361
Rey F.	282, 343	Sadou Yaye H.	365
Ribas C.	367, 369, 371	Sagnier MC.	93, 427
Ribaud P.	97	Saillard J.	180
Ricard M.	270	Sainfort A.	109, 426
Rieu C.	95, 117	Saint-Germain P.	80
Rieunier J.	54	Salamon T.	128
Rieutord A.	38	Salem M.	217
Rihayi A.	173	Salhi M.	218
Rimpici C.	63, 340	Salles J.	148
Riou V.	306	Salmon D.	36, 37, 92, 331, 348, 370, 372, 397, 423
Rioufol C.	155	Salomon L.	211
Ripoll N.	110	Salouage I.	222, 223
Riva-Cambrin H.	149, 323	Samer C.	51
Rivat ML.	69	San C.	144
Robert J.	335	Sanchez M.	386
Robert S.	136	Sanchez R.	56
Robin M.	406	Sankhare D.	413

Sansot C.	184, 326	Sujol G.	272
Sapin A.	62, 172	Sury-Lestage S.	39
Saucez Duquesne MO.	89, 299	Swierczewski T.	80
Sautou V.	152, 228, 294, 329, 362, 363, 374, 389, 392	Tabele C.	227, 232, 393
Sauvageon H.	391	Taburet AM.	122
Sauvaget L.	221	Tafza S.	83
Sauzay C.	358	Taieb M.	91
Savouroux S.	145	Talbotec C.	336
Scarlatescu M.	57	Tall L.	372
Schadler L.	239, 400	Tandonnet P.	420
Schiedts D.	33	Tanty A.	319
Schiettecatte S.	377	Taouk B.	196
Schmit B.	194, 199, 200, 415	Taurin S.	216
Schneider F.	52	Tchamgoue S.	284
Schwarzenbart M.	121	Teil J.	72, 188
Sebert C.	420	Teissonniere M.	356
Segonds C.	212	Teixeira A.	419
Segonds M.	182, 333, 354	Terrail N.	267
Sellami F.	179, 215	Tessier S.	306
Sémély D.	212, 350	Texier N.	354
Serée de Roch X.	350	Teytaud M.	221, 255
Seron A.	84	Thabti A.	193
Serratrice F.	166	Théron F.	108
Serre A.	226	Thesse C.	329
Serre C.	161	Thevenot S.	71
Serres O.	123	Thibault M.	172
Servant V.	221, 247, 254, 312	Thibault V.	76, 148
Sfar S.	241	Thillard EM.	353
Sgarioto A.	281	Thiriat N.	70
Sidikou O.	429	Thiveaud D.	411
Sigward E.	413	Thivilliers A.	242, 430
Simar J.	337	Thole A.	139, 238
Simon M.	267	Thomas A.	319
Simonetti J.	113	Thomas J.	84, 123, 387
Skouri S.	179, 215	Tilleul P.	365
Slama L.	399	Tiphine T.	332
Smati D.	217, 309	Tiret I.	216
Socha M.	136	Tirvert Gouju S.	357
Sok R.	157	Toulza E.	79, 206
Solans V.	145	Tourel J.	288, 292, 366
Sommer M.	77	Tournamillr JF.	379
Sorli S.	82, 292, 366	Touron C.	228
Sorrieul J.	335	Toussaint G.	64
Sotto A.	211	Trabelsi S.	222, 223
Soualah-Alila R.	209	Trainaud A.	29, 151
Souchet C.	80	Tramier V.	246
Souchon J.	286	Traoré A.	266
Soulaymani R.	433	Traoré H.	266
Soumoy L.	88	Traoré K.	399
Soussi M.	179, 193, 209, 215, 310	Traore S.	292, 366
Soyer J.	169	Tredez S.	61, 368
Steckmeyer C.	156	Troussier B.	177
Stein P.	79, 206	Trout H.	97
Stocco J.	181	Truet S.	103
Stoll E.	382	Tschan C.	246

Tubiana-Mathieu N.	154	Vigneron J.	413
Turki M.	179, 215	Villani A.	370
Tuyindi N.	248	Villani P.	232
Untereiner C.	355	Villeneuve V.	184, 382
Urban M.	43, 418	Villiet M.	267
Urtubia N.	212	Vincent C.	401
Vadino M.	370	Vinson C.	54, 270
Vaillant C.	418	Viriot E.	197
Vaillant T.	112	Visbecq JN.	291
Vallat J.	350	Vitale G.	68, 82, 288, 305
Vallier E.	312	Vogler C.	420
Vanbruwaene E.	428	Voillot J.	125
Vancassel M.	289	Vonna P.	233
Vandewoestyne S.	289	Voute M.	320
Vandycke D.	344, 346	Wahbi N.	175
Vangrevelinge S.	160, 339	Wasiak M.	389
Vantyghe C.	75	Watier M.	289
Varin R.	216	Wawrzyniak M.	396
Vasram A.	430	Weber M.	44, 287
Vasson M.	329	Wesolowski S.	96
Velghe C.	425	Wieliczko-Duparc E.	291
Venuat J.	63	Wilkowsky C.	258
Venus C.	62	Wisniewski S.	52, 134
Verborg S.	43	Wong F.	46
Verbrigghe C.	345	Wynen A.	377
Verdun M.	228	Xuereb F.	221, 247, 254, 255, 262, 273, 312
Verland C.	347	Yahmadi G.	106
Verlhac C.	170	Yailian AL.	36, 92, 109, 161, 348, 380, 423
Verna A.	420	Yassine S.	91
Vernardet S.	109, 426	Yilmaz S.	382
Vernet N.	306	Yousfi M.	189, 268
Vernier M.	414	Ysebaert L.	54
Veyrier M.	298	Zanini D.	283
Viard C.	237, 402	Zecchini C.	185, 383
Vidal F.	401	Zenut M.	320
Videau M.	311	Zimmer C.	355
Vieillard V.	358	Zitouni N.	130, 131
Vigier C.	163	Zorn V.	355
Vigneron F.	265, 271	Zouari N.	99

INDEX DES ETABLISSEMENTS

Les chiffres correspondent aux numéros des pages

AGEPS, Paris	112	Centre Pierre et Marie Curie, Alger, Algérie	217, 309
APHM - Hôpital de La Conception, Marseille	283, 301, 304	Centre régional de pharmacovigilance, Rouen	347
APHM - Hôpital de La Timone, Marseille	227, 232, 244, 393	CESAME, Saintes-Gemmes-sur-Loire	214, 414
APHM - Hôpital Nord, Marseille	304	CH Agen	128, 314
APHM - Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille	304	CH Aix	56, 279
APHP - GHU Henri Mondor - Albert Chenevier, Créteil	157	CH Alpes Léman, Contamine-sur-Arve	300
APHP - GHU St-Louis Lariboisière Fernand Widal, Paris	97	CH Angoulême, Saint-Michel	416
APHP - Hôpital Antoine Béchère, Clamart	38	CH Annecy-Genevois	69, 185, 383
APHP - Hôpital Avicenne, Bobigny	420	CH Ardèche Nord, Annonay	109, 426
APHP - Hôpital Beaujon, Clichy	181, 298	CH Arles	153
APHP - Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre	122, 141	CH Armentières	236, 349, 403
APHP - Hôpital Cochin, Paris	192, 256	CH Aubagne	244
APHP - Hôpital Emile Roux, Limeil-Brévannes	93, 427	CH Auban-Moët, Epernay	233
APHP - Hôpital Fernand Widal GHU St-Louis Lariboisière Fernand Widal, Paris	97	CH Beauvais	194, 199, 200, 415
APHP - Hôpital Henri Mondor, Créteil	285, 358	CH Belley	35
APHP - Hôpital Joffre-Dupuytren - HU Henri Mondor, Draveil	105	CH Béthune	170
APHP - Hôpital La Pitié Salpêtrière, Paris	51, 365	CH Bourg-en-Bresse	308
APHP - Hôpital Louis Mourier, Colombes	159, 191	CH Bourg-Saint-Maurice	35
APHP - Hôpital Necker, Paris	336	CH Cambrai	377
APHP - Hôpital Paul-Brousse, Villejuif	76	CH Cannes	47, 338
APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris	274	CH Centre Bretagne, Noyal-Pontivy	282, 343
APHP - Hôpital Rothschild, Paris	125, 269, 412	CH Châlons-en-Champagne	164
APHP - Hôpital Saint-Antoine, Paris	269	CH Chambéry	113
APHP - Hôpital Saint-Louis GHU St-Louis Lariboisière Fernand Widal, Paris	97, 243, 322, 391, 413	CH Charles Perrens, Bordeaux	90, 203, 405
APHP - Hôpital Tenon, Paris	269, 399	CH Charleville-Mézières	115
APHP - Hôpital Trousseau, Paris	269	CH Charolles	186, 373
ARS Nord Pas-de-Calais	344, 346	CH Châteauroux	332
ARS Normandie	347, 353	CH Cholet	145, 249
Aspen France	280	CH Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens	334
Association Médecins de Montagne Rhône-Alpes	35	CH Coulommiers	248
Cemka-Eval, Bourg-la-Reine	280	CH Courbevoie Neuilly Puteaux	197
Centre Anti-Cancer, Sétif, Algérie	230	CH Dax	52, 401
Centre de maternité et de néonatalogie, Tunis, Tunisie	241, 277	CH du Bessin, Bayeux	103
Centre de soin et maison de retraite, Podensac	303	CH du Pays de Gier, Saint-Chamond	218
Centre d'oncologie, Tanger, Maroc	379	CH Emile Roux, Le-Puy-en-Velay	34
Centre François Baclesse, Caen	146	CH Epernay	204
Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand	49, 362	CH Esquirol, Limoges	239, 400
Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand et CHU Clermont- Ferrand	49	CH François Mitterrand, Pau	108
Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand et Université d'Auvergne	49	CH Gabriel Martin, Saint-Paul	149, 323
Centre Léon Bérard, Lyon	326	CH Gérard Marchant, Toulouse	117, 182, 333, 354
Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie	175, 179, 193, 201, 209, 210, 215, 310	CH Gériatrique du Mont d'or, Albigny-sur-Saône	96
Centre national de pharmacovigilance, Tunis, Tunisie	222, 223	CH Givors	220, 417
		CH Grasse	47
		CH Guéret	61, 368
		CH Guillaume Régnier, Rennes	258
		CH Haguenau	355
		CH Jacques Monod, Le Havre	67
		CH Jura Sud, Lons-le-Saunier	406
		CH La Tour Blanche, Issoudun	327
		CH Le Vinatier, Bron	78
		CH Lens	224, 377
		CH Léon-Jean Grégory, Thuir	272

CH Libourne	284, 407
CH Louis Pasteur, Le Coudray	360
CH Lucien Hussel, Vienne	73, 311
CH Mâcon	196
CH Mantes-La-Jolie	194, 199, 200
CH Marc Jacquet, Melun	184, 382
CH Maurice Despinoy, Colson	172
CH Mayotte	148
CH Métropole Savoie, Aix-les-Bains	166
CH Métropole Savoie, Chambéry	319
CH Montauban	350
CH Mont-de-Marsan	95
CH Montluçon	63, 340
CH Nord Deux-Sèvres, Parthenay	59, 60
CH Pau	117, 238
CH Pays d'Apt	386
CH Périgueux	321
CH Perpignan	30, 65, 66, 98, 293, 396
CH Pierre Le Damany, Lannion	29, 151
CH Pontoise	291
CH Public du Cotentin, Cherbourg	33, 50
CH Rambouillet	64
CH Remiremont	71, 156
CH Robert Boulin, Libourne	275
CH Robert Pax, Sarreguemines	121
CH Sainte-Catherine, Saverne	160, 339
CH Saint-Jean-de-Maurienne	35
CH Saint-Omer	174
CH Saint-Quentin	80
CH Saumur	72, 188
CH Seclin	422
CH Sélestat	432
CH Tronget	186, 373
CH Troyes	41, 231, 325
CH Valence	35, 398
CH Valenciennes	101
CH Victor Dupouy, Argenteuil	94
CH Victor Provo, Roubaix	376
CH Vienne	31
CH Vierzon	83
CH William Morey, Châlon-sur-Saône	429
CHD Saint-Denis de la Réunion	123
CHD Vendée, Roche-sur-Yon	332
CHI Créteil	70
CHI de Cornouaille	286, 359
CHI du Pays de Cognac	169
CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil	89, 132, 299, 315, 357
CHI Haute-Comté, Pontarlier	150, 328
CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye	240, 290
CHR Orléans	67, 195
CHRU Besançon	167
CHRU Brest	171
CHRU Lille	174, 344, 346, 377
CHRU Lille - Université Lille 2	425
CHRU Montpellier	53, 84, 111, 123, 142, 257, 265, 267, 271, 387
CHRU Nancy	136, 156, 164, 287
CHRU Tours	107, 116, 379
CHRU Tours - Hôpital Trousseau, Chambray-lès-Tours	229
CHS Ainay Le Château	246
CHS de la Savoie, Bassens	48
CHS Philippe Pinel, Dury	384
CHU Amiens	75, 126, 137, 138, 187
CHU Angers	43, 404, 418
CHU Bordeaux	221, 255, 262, 273, 312, 367, 369, 371, 421
CHU Bordeaux - GH Sud Haut-Lévêque	247, 254
CHU Caen	100, 259, 295, 297
CHU Caremeau, Nîmes	211, 226
CHU Clermont-Ferrand	152, 228, 294, 320, 363, 374
CHU Clermont-Ferrand - Université d'Auvergne	392
CHU Dijon	143, 165, 313, 351, 394
CHU Dijon - Hôpital François Mitterrand, Dijon	213
CHU Dupuytren, Limoges	154, 318, 424
CHU Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand	329, 362, 389, 392
CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali	266
CHU Grenoble	35
CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc	379
CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc	208, 395, 433, 434
CHU Limoges	162, 225, 252
CHU Martinique	62, 385
CHU Martinique, Lamentin	172
CHU Mongi Slim, La Marsa, Tunisie	106
CHU Nancy	44, 119, 413
CHU Nantes	45, 120, 124, 178, 180, 263
CHU Nice	46, 163
CHU Nice - Hôpital L'Archet, Nice	431
CHU Nîmes	58, 76
CHU Point G, Bamako, Mali	266
CHU Poitiers	39, 177, 202, 375
CHU Reims	264
CHU Reims - Hôpital Robert Debré	99, 390, 407
CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes	276
CHU Rouen	81, 216, 317, 353
CHU Rouen - Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales, Rouen	347
CHU Sainte-Justine, Montréal, Canada	104
CHU Saint-Etienne	127
CHU Sud Réunion	342
CHU Toulouse	68, 114, 133, 135, 140, 168, 212, 219, 237, 289, 296, 305, 350, 366, 378, 402, 411
CHU Toulouse - Hôpital Purpan	139
CHU Toulouse - Logipharma	82, 288
CHU Toulouse - Logipharma, Gestion Médicament	292
CHU Toulouse - Préparatoire et laboratoire de contrôle	292
CHUV Lausanne, Suisse	77, 361
Comité inter associatif sur la santé, Rouen	347

EPSM Guillaume Régnier, Rennes	307	Hôpital militaire, Bizerte, Tunisie	209
Faculté de pharmacie de Lyon	161	Hôpital militaire, Tunis, Tunisie	189
Faculté de pharmacie, Monastir, Tunisie		Hôpital Nord Franche-Comté, Belfort	167
.....	189, 215, 241, 268, 277	Hôpital Robert Ballanger, Aulnay-sous-bois	
Faculté des sciences et Centre d'oncologie, Oujda, Maroc		.....	129, 198, 251
.....	379	Hôpital universitaire Hedi Chaker, Sfax, Tunisie	179
Faculté des sciences, Oujda, Maroc	379	Hôpital universitaire Sahloul, Sousse, Tunisie	
Faculté Pharmacie Aix Marseille Université	393	.....	130, 131, 261, 278
GCS PUI Cité sanitaire, Saint-Nazaire	118	Hôpitaux Civils de Colmar	86, 253, 410
GH Haute-Saône, Vesoul	330	Hôpitaux de Saint-Maurice	147, 173
GH La Rochelle R� Aunis	419	Hôpitaux universitaires de Strasbourg	52, 134, 234, 260
GH Loos-Haoubourdin, Loos	428	Hôpitaux Universitaires Genève (HUG), Suisse	
GH Paris Saint-Joseph, Paris	32	.....	42, 51, 364
GH Paul Guiraud, Villejuif	91	Inserm	280
GH Saint-Vincent, Strasbourg	190	Institut Bergonié, Bordeaux	79, 206, 250
GHEM Hôpital Simone Veil, Eaubonne	207, 388	Institut Curie - Hôpital René Huguenin, Saint-Cloud	
GHP SO, Creil	345	.....	242, 430
HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon	36, 37, 92,	Institut Curie, Paris	381, 408
161, 331, 348, 352, 356, 370, 372, 380, 397, 423		Institut de cancérologie de l'Ouest, Angers	335
HCL - Hôpital Henry Gabrielle, Saint-Genis-Laval	155	Institut hématologie Basse Normandie, Caen	259
HCL - Hôpital Lyon Sud, Pierre-Bénite	155, 316	Institut National d'Oncologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc	
HCL - Pharmacie centrale, Saint-Genis-Laval	104, 316	.....	205, 302
Henry Consultants, Tunisie	310	IUCT Oncopole, Toulouse	54, 270
HIA Bégin, Saint-Mandé	102, 158, 324	OMÉDIT Centre-Val de Loire	45, 74, 85, 176
HIA Val de Gr�ce, Paris	281	OMÉDIT Ile-de-France	409
Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie	175, 201, 210	OMÉDIT Normandie	347, 353
Hôpital de Haute-pierre, Strasbourg	235, 245	Pharmacie Boufaied, Tunisie	310
Hôpital Delafontaine, Saint-Denis	144	Pharmacie des Hôpitaux du Nord Vaudois et de La Broye,	
Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie	87	Yverdon-les Bains, Suisse	42
Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire, Vertou	183	Pôle Santé Sarthe et Loir, La Fl�che	110
Hôpital Le Corbusier, Firminy	306	Société Oncologie Libérale, Strasbourg	190
Hôpital Le Montaigu, Astugue	57	UCL Namur, Belgique	40, 88, 337
Hôpital local Jean-Baptiste Caron, Cr�vec�ur-le-Grand		Unimed, Sousse, Tunisie	310
.....	341	Université de Genève, Suisse	42
Hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc		Université Lille 2	425
.....	208	Université Mohamed V, Faculté de médecine et de	
Hôpital militaire principal d'instruction, Tunis, Tunisie ...	268	pharmacie, Rabat, Maroc	205, 302
		Université Paris Descartes-Sorbonne, Paris	112, 280

INDEX DES MOTS-CLES

Les chiffres correspondent aux numéros des pages

A	
Ablation par cathéter.....	371
Abord artérioveineux.....	145
Absorption intranasale.....	117
Abstinence à l'alcool.....	226
Achats groupés.....	252
Acide mycophenolique.....	222
Acide valproïque.....	78, 239
Acides aminés.....	161
Action correctrice.....	62
Actions d'amélioration.....	374
Activités de recherche.....	219
Adhésion aux directives.....	355
Administration.....	30, 61, 83, 330, 332, 400
Administration et posologie.....	177
Administration médicamenteuse par voie nasale.....	117
Administration par voie buccale.....	92
Administration par voie orale.....	44, 154
Aérosol.....	95
Agents antibiotiques.....	323
Aiguilles.....	122
Alimentation parentérale.....	165, 241
Allergie.....	276, 287
Allogreffe.....	257
Alternative thérapeutique.....	174
AMDEC.....	399
Amélioration.....	344
Amélioration de la qualité	63, 136, 140, 206, 218, 340, 357
Amélioration de la qualité des soins.....	93, 384, 427
Amélioration qualitative.....	59
Amikacine.....	372
Amoxicilline/acide clavulanique.....	315
Analgésie.....	335
Analgésiques morphiniques.....	79
Analyse.....	65, 233, 277
Analyse coût bénéfice.....	291
Analyse des bonnes pratiques.....	148, 300
Analyse des coûts.....	254, 300, 306
Analyse pharmaceutique.....	166, 202
Analyse statistique de données.....	405
Anemia.....	167
Anesthésie.....	281
Angiodysplasie.....	229
Antalgiques.....	341
Antiagrégants plaquettaires.....	308
Antibiorésistance.....	176
Antibiothérapie.....	261, 278
Antibiotique.....	65, 160, 245, 283, 316
Antibiotiques.....	151, 189, 394
Anticancéreux hors GHS.....	388
Anticancéreux injectables.....	383, 419
Anticipée.....	326
Anticoagulants.....	50, 153, 280, 349
Anticoagulants oraux d'action directe.....	285
Anticoagulants/effets indésirables.....	267
Anticoagulants/usage thérapeutique.....	267
Anticorps antitumoraux.....	295, 297
Anticorps monoclonaux.....	391
Antiépileptiques.....	223
Anti-infectieux.....	158, 212
Antinéoplasiques.....	381
Antirétrovirale.....	266
Antirétroviraux.....	211
Antithrombine.....	262
Antiviraux.....	273, 284
Antivitamine K.....	201, 210
Apixaban.....	195
APP.....	374
Appel d'offres.....	128
Apprentissage basé sur la résolution de problèmes.....	340
Approvisionnement.....	104
Aripiprazole.....	182
Armoires sécurisées.....	101
Arsenic.....	398
Aspirine.....	225
Association.....	309
Association de naloxone et de buprénorphine.....	216
Association médicamenteuse.....	174
Assurance de la qualité des soins de santé.....	350, 357, 426
Assurance qualité des soins de santé.....	384
Atropine.....	306
Atteinte rénale aiguë.....	120, 124, 178
Audit.....	96, 220, 240, 290, 375, 403, 416, 420, 432
Audit clinique.....	155, 278, 296, 356
Audit des pratiques.....	98
Audit des soins infirmiers.....	34
Audit gestion.....	69, 292
Audit médical.....	76
Autogestion.....	428
Automate.....	279
Automatisation	56, 67, 70, 90, 103, 272, 364, 405, 414, 417
Automédication.....	211
Autorisation.....	205
Autorisation temporaire d'utilisation.....	390
Azicitidine.....	242
B	
Bac à ultrasons.....	132
Bains de bouche.....	41

Balance bénéfice-risque.....	276
Base de données.....	71, 73, 92
Bases de données pharmaceutiques.....	110
Benzodiazépines.....	57
Bevacizumab.....	348
Bilan comparatif des médicaments.....	53, 183
Bioprothèse.....	138
Biosimilaire.....	84, 358
Biothérapie.....	271
Bon usage.....	84, 126, 135, 188, 189, 220, 262, 403, 406
Bon usage des antibiotiques.....	204
Bonnes pratiques.....	95, 103, 420, 422
Bortézomib.....	410
Broyage.....	97
Buprénorphine.....	216
C	
Calcium.....	165
Cancer.....	190
Cancer de la tête et du cou.....	217
Cancer du sein.....	230
Cancer du sein métastatique.....	309
Candidémie.....	235
Capsaïcine.....	243
Carbapénèmes.....	278
Carcinome pulmonaire non à petites cellules.....	297
Cardiologie.....	106
Cartographie.....	409
Cathéter.....	121
Cathéters.....	394
CBNPC.....	238
Céfotaxime.....	198, 209
Ceftriaxone.....	198, 315
Centralisation.....	317
Centres de pharmacovigilance.....	424
Centres pour personnes âgées.....	303
Céphalée post-ponction durale.....	122
Certification.....	354
Chaîne du froid.....	59
Chambre.....	328
Chambre des erreurs.....	43, 360
Chambre implantable.....	299
Chariot d'urgence.....	432
Chariot de chargement.....	118
Chemotherapy.....	408
Chimiothérapie.....	
76, 89, 221, 255, 299, 326, 351, 355, 359, 396, 404, 433	
Chimiothérapie anticancéreuse.....	376
Chimiothérapie anticancéreuse intraveineuse.....	88
Chimiothérapie injectable.....	185
Chimiothérapie orale.....	54, 270
Chimiothérapies.....	375
Chimiothérapies anticancéreuses.....	302
Chirurgie.....	56
Chirurgie ambulatoire.....	134
Chirurgie orthopédique.....	39
Chlorure de potassium.....	170
Chromatographie à haute performance.....	337
Chromatographie en phase inverse.....	161
Chromatographie en phase liquide à haute performance.....	335
Chromatographie en phase liquide à haute pression/HPLC.....	255
Chromatographie liquide à haute performance.....	40
CHU.....	266
Cicatrisation de plaie.....	142
Ciprofloxacine.....	206
Circuit.....	35
Circuit des anticancéreux.....	185
Circuit du médicament.....	58, 62, 87, 88, 95, 354
Classification.....	110
Clonazépam.....	66
Cloned enzyme donor immunoassay.....	222
Codage clinique.....	321
Colchicine.....	171
Colloïde d'albumine marquée au Tc99.....	322
Collyre.....	423
Comité du médicament.....	84
Communication.....	184, 401
Communication pluridisciplinaire.....	275
Comportement.....	72
Comprimé.....	412
Concentration.....	345
Concentré de complexe prothrombique.....	285
Conciliation.....	164, 172, 196, 249, 270
Conciliation des traitements médicamenteux.....	203, 275
Conciliation médicamenteuse.....	102, 162, 169, 183, 191, 232, 237, 263
Conformité.....	160
Confusions.....	105
Connaissance.....	208
Connaissance des patients sur la médication.....	201
Connaissances, attitudes et pratiques en santé.....	338, 392
Consommation.....	341
Consultation pharmaceutique.....	259
Conteneurs de produits.....	425
Continuité des soins.....	162, 231, 263
Continuité du traitement.....	100
Continuité du traitement médicamenteux.....	68
Contrat de Bon Usage.....	388
Contre-indication.....	174
Contrôle.....	293, 387, 408, 419
Contrôle de la qualité.....	241, 255, 342, 376
Contrôle de qualité.....	335
Contrôle qualité.....	422
Coordination.....	231
Corticoïdes.....	253
Couple de frottement métal-métal.....	393
Coût.....	156, 280, 287
Coût et analyse des coûts.....	311
Coûts et analyse des coûts.....	107, 303
Coûts hospitaliers.....	295, 307, 310

Crew resource management.....	46
Cycle prion.....	156
Cytarabine.....	89
D	
Dabigatran.....	195
DDJ.....	341
Déclaration ascendante.....	344
Défaillance rénale.....	424
Déficit en vitamine D.....	187
DEHP.....	141
Délai.....	326
Délai d'attente.....	385
Délai jusqu'au traitement.....	351
Délivrance.....	305
Délivrance nominative.....	105
Démence.....	180
Démographie.....	316
Dérivés de la thiényridine.....	225
Dermatologie.....	370
Derme acellulaire.....	111
Développement durable.....	128
Dexmédétomidine.....	234
Dialyse.....	113, 145
Dialyse rénale.....	124
Diffuseur.....	301
Diffuseur portable.....	126
Diffusion de l'information.....	363, 366
Dioxyde de carbone.....	36
Dispensation.....	67, 70, 103, 113, 163, 239, 405
Dispensation de médicaments.....	254, 352
Dispensation et distribution de médicaments à l'hôpital	93, 427
Dispensation et distribution de médicaments en milieu hospitalier.....	59
Dispensation et distribution hospitalières de médicaments	100
Dispensation hebdomadaire individuelle nominative.....	406
Dispensation individuelle nominative.....	157
Dispositif médical.....	106, 110, 134, 135, 418
Dispositif médical implantable.....	109, 115
Dispositif médical stérile.....	143
Dispositif transdermique.....	220
Dispositifs d'accès vasculaires.....	112
Dispositifs de sécurité.....	77
Dispositifs médicaux.....	35, 113, 116, 387
Dispositifs médicaux implantables.....	131
Distribution en pharmacie.....	68
Divergence non intentionnelle.....	232
DJIN.....	399
DM de renfort d'agrafes.....	314
Dosage.....	160
Dose.....	345
Dose banding.....	383
Dose standard.....	383
Doses unitaires identifiables.....	406
Dossier médical informatisé.....	109
Double contrôle.....	105
Douleur.....	139, 150, 215, 243, 250
Douleur aiguë.....	173
Drug safety.....	416
E	
Echelon régional.....	346
Ecologie.....	212
Economie.....	75, 125, 134, 252, 279, 283, 286, 288, 302
Economie hospitalière.....	138
Economies.....	317, 321
EDTA.....	380
Education.....	246
Education des patients.....	259
Education pour la santé.....	201, 210
Education thérapeutique.....	163, 175, 227
Effets indésirables.....	78
Effets secondaires indésirables.....	429
Effets secondaires indésirables des médicaments	244, 258
Efficacité d'un traitement.....	225, 307
Efficacité de fonctionnement.....	38
Electrophysiologie cardiaque.....	371
Emballage de produit.....	108
Emballages percés.....	118
Embolisation thérapeutique.....	133
Emlapatch®.....	150
Endoprothèse à élution de substances.....	123
Enquête.....	184
Enseignement et éducation.....	359
Enseignement spécialisé en pharmacie.....	269
Entretien.....	242
Entretien pharmaceutique.....	227
Entretiens pharmaceutiques.....	247
Environnement.....	128
Environnement contrôlé.....	310
Ephedrine.....	306
EPP.....	97, 123, 151, 207
Epuration extrarénale.....	120, 178
Equipement chirurgical.....	129
Equipement et fournitures.....	310, 367, 369
Equipements et fournitures hospitaliers.....	69
Erreur.....	328
Erreur médicamenteuse.....	85, 333
Erreurs.....	157, 339
Erreurs de médicaments.....	64
Erreurs de médication.....	291
Erreurs médicamenteuses	53, 91, 102, 183, 275, 330, 349, 368, 402
Erreurs médicamenteuses/prévention et contrôle.....	338
Erythropoïétin.....	167
Estomac.....	190
Etablissement de santé.....	104
Etablissements d'hébergement médicalisés pour personnes âgées.....	64

Etiquetage.....	379
Etiquetage de médicament.....	412
Etoposide.....	213
Etude comparative.....	114
Etude de faisabilité.....	362
Etude économique.....	314
Etudes de faisabilité.....	398
Evaluation.....	173, 242, 290, 386, 396
Évaluation de la prescription médicamenteuse.....	57
Evaluation de médicament.....	147
Evaluation de résultats.....	52
Evaluation des besoins en formation.....	219, 407
Evaluation des pratiques.....	281
Évaluation des pratiques médicales par des pairs.....	356
Evaluation des pratiques professionnelles.....	198, 432
Evaluation des résultats et des processus en soins de santé.....	63
Evaluation des risques.....	289, 389
Evaluation des risques en santé.....	31
Evaluation pratique professionnelle.....	188
Événement iatrogène médicamenteux.....	210
Événement indésirable grave.....	232
Examens biologiques.....	187
Expertise.....	233
F	
Facteur de la coagulation sanguine.....	192
Facteurs humains.....	46
Faisabilité.....	37, 331
Fer.....	152
Fibrinolyse.....	294
Filtration.....	348
Filtre.....	404
Financement.....	143
Fluoroquinolone.....	188
Formation.....	116, 377, 421
Formation continue.....	47, 356, 407
Formation continue en pharmacie.....	45
Formation en interne.....	44
Formation PPH.....	325
Forme orale sèche.....	71
Formes posologiques.....	90
G	
Ganciclovir.....	397
Gants de chirurgie.....	119
Gastrointestinal neoplasm.....	167
Génériques.....	184
Gentamicine.....	380
Gériatrie.....	93, 96, 162, 166, 168, 180, 207, 248, 334, 427
Gérontologie.....	74, 261
Gestion continue qualité.....	33, 361, 407
Gestion de l'information.....	218
Gestion de l'information en santé.....	392
Gestion de la pharmacothérapie.....	79, 319
Gestion de risque.....	399
Gestion de traitements médicamenteux.....	80
Gestion des ressources humaines.....	361
Gestion des risques.....	31, 43, 170, 332, 333, 342, 352, 360, 369, 371, 378, 379, 414, 428
Gestion des soins aux patients.....	99
Gestion du risque.....	82, 91, 136, 137, 357, 400, 418, 421
Gestion financière.....	272
Gestion financière hospitalière.....	286
Greffe.....	215
Grossesse.....	320
Groupes de gestion de la qualité.....	38
Guide.....	228
Gynécologie.....	129, 137, 277
H	
HAD.....	29
Hallucination.....	193
Hématologie.....	54
Hémophilie.....	192
Hémorragie.....	285
Hémorragie sous-arachnoïdienne.....	265
Héparine.....	300
Hépatique.....	410
Hépatite C.....	273
Hépatite C chronique.....	284
Hépatite C virale.....	318
HER2.....	230
Hernie ombilicale.....	111
Hétérogénéité.....	119
Hôpital.....	268
Hors AMM.....	214, 228, 388
Hospitalisation à domicile.....	89
Hospitalisation de jour.....	351
Hydrate de chloral.....	390
Hydroxyzine.....	431
Hygiène.....	121
Hypodermoclyse.....	146
I	
Imipénème.....	423
Immunoglobuline G.....	391
Immunothérapie.....	238
Impact.....	236
Imputabilité.....	395
Incompatibilité.....	209
Incompatibilité médicamenteuse.....	336
Indicateur.....	73, 107
Indicateur qualité.....	385
Indicateurs.....	101
Indications.....	274
Inductively coupled plasma mass spectrometry.....	393
Infection urinaire.....	261
Infections.....	394
Infirmières.....	97, 375
Infirmiers.....	382
Infliximab.....	257, 271, 358

Information.....	83, 240, 382
Information sécurisée.....	231
Informatique médicale.....	149
Informatisation.....	115
Informatisé.....	151
Injectable.....	209
Innovation.....	143
Innovation organisationnelle.....	38
Innovation thérapeutique.....	247
Instruction prion.....	156
Insuffisance rénale.....	202
Insuffisance rénale chronique.....	147, 187
Insuline.....	148, 332, 377, 420
Insuline/usage thérapeutique.....	338
Interaction médicamenteuse.....	54, 270
Interactions médicamenteuses.....	179
Internat de pharmacie.....	269
Interruption de tâche.....	62
Intervention coronaire percutanée.....	308
Intervention pharmaceutique.....	153, 224, 236
Interventions chirurgicales cardiovasculaires.....	234
Intradermoréaction.....	287
IPP.....	264
Irinotecan.....	413
K	
Kératite.....	423
L	
Laryngoscopie.....	367
Lévosimendan.....	254
Linézolide.....	268
Liste de médicaments potentiellement inappropriés.....	32
Logiciel.....	387
Logistique.....	86, 305
Lutte contre les infections.....	37
Lymphadénectomie.....	322
M	
Maladie à virus Ebola.....	324
Maladie iatrogène.....	298
Maladie iatrogène/prévention et contrôle.....	267
Maladies inflammatoires intestinales.....	271
Maladies vasculaires périphériques.....	112
Malnutrition protéino-calorique.....	321
Manipulation.....	118
Matériel à usage unique.....	114
Matériel jetable.....	108
Matérovigilance.....	126, 344, 346
Maternité.....	173
Mauvaise utilisation.....	248
Médecine interne.....	159, 191
Médecine mentale.....	182
Médecine nucléaire.....	121
Médecins hospitaliers.....	42
Médicament.....	29, 35, 67, 72, 83, 240, 246, 249, 311
Médicaments à action prolongée.....	182
Médicaments anticholinergiques.....	186
Médicaments dérivés du sang.....	61, 312
Médicaments en accès réglementé.....	82
Médicaments en essais cliniques.....	362
Médicaments facturés en sus de la T2A.....	312
Médicaments sur ordonnance.....	168
Medication errors.....	48
Médication reconciliation.....	48
Médication sintraveineuses.....	40
Mélanome.....	238, 297
Mésusage.....	264, 415
Mésusage des médicaments prescrits.....	216
Métallose cutanée.....	393
Micro-costing.....	313
Milrinone.....	265
Mode dégradé.....	325
Modèles d'organisation.....	99
Moelle osseuse.....	179
Mucite.....	215
Mucoviscidose.....	316
Mycophénolate mofétil.....	175
Myélome multiple.....	259
N	
NAAD.....	293
Néonatalogie.....	245
Néonatalogie.....	144
Néphélométrie et turbidimétrie.....	391
Nettoyeur vapeur.....	132
Neuroleptiques.....	180, 214
Neuropathie.....	395
Neurostimulation.....	139
Neutropénie.....	258
Never events.....	353
Norépinéphrine.....	425
Nosocomial.....	327
Notification.....	395
Notification des incidents hospitaliers.....	411
Nouveau-né.....	235
Numération de formule sanguine.....	280
Numérique.....	419
Nutrition entérale.....	34, 422
Nutrition parentérale.....	34, 161, 290, 336
O	
Obésité.....	177
Observance.....	163, 175, 208, 266
Observance du traitement médicamenteux.....	226
Observance thérapeutique.....	194, 226
Obstétrique.....	237
Odontologie.....	125
OMéDIT.....	312
Oncologie.....	205
Opabag.....	413
Ophtalmologie.....	331
Optimisation.....	294

Ordonnance validée.....	189
Ordonnances.....	199, 200, 277
Ordonnances électroniques.....	80, 81
Organisation et administration.....	75, 392
ORL.....	135
Osmolarité.....	241
Oxygénothérapie.....	415
P	
Parcours.....	409
Parcours patient.....	94
Patient.....	400
Patients.....	196
Patients ambulatoires.....	352
Pédiatrie.....	44, 70, 141, 165, 228, 251, 260, 262, 274, 402
Pédo-psychiatrie.....	214
Pémétréxed.....	345
Pénurie de médicament.....	104
Péremption.....	279
Perfusion.....	47, 197, 327, 337
Perfusion veineuse.....	404
Perfusions d'antibiotique.....	301
Perfusions veineuses.....	144
Péritonite.....	212
Personne âgée.....	147
Personnel de santé.....	401
Personnel infirmier hospitalier.....	33
Pertinence.....	66
Pharmacie.....	125, 343, 382
Pharmacie clinique.....	
.....	39, 45, 53, 159, 177, 191, 202, 236, 273
Pharmacie d'hôpital.....	42, 50, 73, 142, 251, 269, 319, 363
Pharmacien.....	205
Pharmacoéconomie.....	
.....	129, 185, 282, 298, 304, 308, 309, 369
Pharmacotechnie.....	325
Pharmacovigilance.....	244, 433
Phénol.....	370
Photographie.....	71
Phtalate.....	141
Pilulier.....	74, 85
Pneumologie.....	168
Pompe.....	283
Ponction lombaire.....	122
Poussières médicamenteuses.....	373
Practice guideline.....	416
Pratique de pharmacie clinique.....	224
Pratique professionnelle.....	60, 61, 158, 368, 426
Pratiques.....	396
Précipité.....	413
Prématuré.....	235
Prémédication anesthésique.....	251
Prémédication anxiolytique.....	281
Préparateur.....	377
Préparateur en pharmacie.....	224
Préparation.....	37, 245, 329, 330, 331, 398, 408, 414
Préparation chimiothérapie.....	379
Préparation de médicament.....	304, 342, 376, 381, 397, 421
Préparation des doses à administrer.....	373
Préparation manuelle.....	157
Préparations.....	41, 317
Préparations anticipées.....	302
Préparations pharmaceutiques.....	33, 350, 362, 363, 389
Prescription.....	152, 164, 197, 239
Prescription antibiotique.....	176
Prescription électronique.....	79, 91, 250
Prescription inadaptée.....	323
Prescription inappropriée.....	49, 51, 203, 233, 248
Prescriptions anticipées.....	385
Prescriptions de sortie.....	301
Prescriptions hors recommandations.....	296
Prescriptions médicamenteuses.....	207
Prestation.....	305
Prévention.....	253, 353
Prise en charge.....	213
Prise en charge d'un patient.....	76
Prise en charge du patient.....	31, 291, 311, 384
Prise en charge médicamenteuse.....	94
Prise en charge personnalisée du patient.....	142
Prise en charge thérapeutique.....	148
Procédure d'appel d'offre.....	252
Procédures de chirurgie cardiovasculaire.....	112
Professionnel de santé.....	434
Programmes de formation en interne.....	219
Promotion de la santé.....	158
Prothèses cochléaires.....	127
Protocole.....	294
Protocole clinique.....	171
Protocole thérapeutique.....	359
Psychiatric departments.....	48
Psychiatrie.....	172, 258
Psychotropes.....	155
Q	
Qualification.....	77
Qualité.....	101, 354, 360, 397
Qualité, accès, évaluation des soins de santé.....	99, 343
R	
Radiologie interventionnelle.....	133
Raltitrexed.....	365
Ramucirumab.....	190
Rapydan®.....	150
Rationalisation.....	119
Réaction du greffon contre l'hôte.....	257
Réanimation.....	120, 178
Recommandations.....	78, 130, 176, 264, 318, 431
Recommandations de bonnes pratiques.....	127
Réduction des risques.....	411
Réévaluation.....	204, 315
Réglementation.....	109
Relations interprofessionnelles.....	42

Remboursement par l'assurance santé.....	318
Remboursement par l'assurance maladie.....	133, 289
Remplacement valvulaire aortique.....	313
Rendement.....	364
Rentabilité.....	56
Réserve.....	86
Résistance aux antibiotiques.....	204
Ressources en santé.....	282
Ressources et distribution.....	75
Résultat thérapeutique.....	429
Retour d'expérience.....	334, 346, 418
Retraits de médicament pour raison de sécurité.....	366
Réunion de concertation pluridisciplinaire.....	166
Revue des pratiques de prescription des médicaments	51, 194, 206, 256, 303
Revue des pratiques de prescription médicamenteuse	49, 149
Risque.....	50, 66, 249, 327, 329, 347, 368, 386, 409
Risque cognitif.....	186
Risque d'inhalation.....	373
Risques.....	339
Rivaroxaban.....	195
S	
Sacubitril/valsartan.....	247
Satisfaction.....	87, 361, 378, 434
Satisfaction du patient.....	88, 181
Schizophrénie.....	307
Scintigraphie.....	322
Sécurisation.....	29, 58, 87, 153, 170
Sécurisation du circuit du médicament.....	32
Sécurité.....	65, 72, 74, 328
Sécurité des dispositifs médicaux.....	411
Sécurité des patients	43, 60, 92, 237, 272, 340, 366, 401, 402, 428
Sécurité du dispositif médical.....	140
Sécurité du matériel.....	298, 367
Sécurité du patient	85, 102, 169, 171, 221, 333, 347, 349, 378, 415
Sédation.....	390
Sédation consciente.....	234
Sélection.....	196
Sensibilisation.....	293
Sensibilité à la température.....	77
Séropositivité VIH.....	211
Service clinique.....	30
Service hospitalier.....	434
Service hospitalier achat-approvisionnement.....	288
Service hospitalier de pharmacie.....	86, 127
Services d'information.....	292
Services d'information sur les médicaments.....	181
Services externalisés.....	350
Services pharmaceutiques.....	45, 52, 355
Set de branchement.....	299
Signalement des événements indésirables.....	334
Simulation.....	339, 347
Simulation en santé.....	353
Sleeve gastrectomie.....	314
Sodium bicarbonate.....	36
Soins.....	386
Soins de première urgence.....	117
Soins de réanimation.....	52
Soins de suite et réadaptation.....	155
Soins infirmiers courants.....	426
Soins palliatifs.....	146
Soins pharmaceutiques.....	263
Solutions buvables.....	403
Solutions ophtalmiques.....	304, 372
Sondes urinaires.....	116
Sortie d'hôpital du patient.....	100
Sortie d'hospitalisation.....	169
Sortie du patient.....	260, 319
Spectrophotométrie UV.....	370
Spéculum.....	114
Stabilité.....	358, 365
Stabilité chimique.....	40
Stabilité de médicaments.....	425
Stabilité intrinsèque.....	365
Stabilité médicamenteuse.....	372
Standardisation.....	41
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline.....	268
Stents auto-expansibles.....	130, 131
Stérilisation.....	107, 108, 132, 136, 140
Stérilisation tubaire.....	137
Stérilité.....	348
Stockage de médicament.....	63, 69, 286
Stockage médicamenteux.....	288
Substances réglementées.....	389
Substitution médicamenteuse.....	80
Suivi.....	30, 139, 284, 431
Suivi pharmaceutique.....	64, 159, 260
Suivi thérapeutique.....	227
Suivi thérapeutique pharmacologique.....	222, 223
Sujet âgé.....	57, 172, 194, 199, 200, 203, 250
Sujets âgés.....	49
Sulfite.....	276
Sur-conditionnement.....	417
Surveillance.....	410
Surveillance ambulatoire.....	154
Syndrome d'activation macrophagique.....	213
Système d'information en pharmacie clinique.....	199, 200
Système informatisé d'entrée des prescriptions médicales	81
Systèmes d'information en pharmacie clinique.....	218
Systèmes d'information hospitaliers.....	81
Systèmes de distribution des médicaments en doses unitaires.....	68
Systèmes de signalement des effets indésirables des médicaments.....	244
Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments.....	32, 82, 90, 289, 364, 412

T			
Taux d'exposition.....	186	Trimestres de la grossesse.....	320
Technologie de l'information en santé.....	51	Troubles hémorragiques.....	292
Technologie en pharmacie.....	343	Troubles psychiatriques.....	223
Technologie pharmaceutique.....	282	Tuberculose.....	208
Télénursing.....	154	Tumeur du sein.....	381
Thalidomide.....	229	U	
Thérapeutique.....	246	UHPLC.....	380
Thérapeutique hors AMM.....	39	Unité centrale de reconstitution d'injectables.....	337
Thérapie ciblée.....	230	Urgences.....	197
Thérapies ciblées.....	217	Usage thérapeutique.....	149, 323
Thrombose.....	145	Utilisation.....	430
TKM-100-802.....	324	Utilisation hors indication.....	123, 229, 256
Tolérance.....	217, 430	Utilisation hors recommandation.....	274
Tolérance aux médicaments.....	243	Utilisation médicament.....	146, 256, 320
Tolérance médicamenteuse.....	429	Utilisation pertinente.....	296
Tomodensitomètre.....	36	V	
Toxicité.....	193, 253, 433	Vaisseaux coronaires.....	130
Toxicité médicamenteuse.....	424	Validation.....	417
Traçabilité.....	98, 106, 115, 131	Valorisation.....	313
Traitement.....	152	Valve aortique.....	138
Traitement des plaies par pression négative.....	111	Vasospasme cérébral.....	265
Traitement médicamenteux.....	60, 96, 295	Voie injectable.....	329
Traitement par perfusion à domicile.....	192	Voie intraveineuse.....	336
Traitement personnel.....	58, 94	Voie orale.....	221
Traitements personnels.....	164, 374	Voie veineuse.....	47
Transplantation.....	124, 179	Voies veineuses centrales.....	144
Transplantation hépatique.....	181	Voriconazole.....	193
Trastuzumab.....	430	Z	
Travail en équipe.....	46	Zmabs.....	324