

Sensibilisation des soignants aux risques liés au mésusage des diffuseurs portables

Mathilde Le Maout, Agathe Roy Maurin, Agnès Henry, Gilles Leboucher, Marine Lazaro
Hospices Civils de Lyon, Groupement Hospitalier Nord, Hôpital de la Croix Rousse, Service Pharmacie, Lyon



N°48

INTRODUCTION

 En 2016, une déclaration de matériovigilance (MV) a révélé un **mésusage des diffuseurs portables (DP)** consistant en leur **remplissage répété** pour un même patient. Un DP rempli de façon répétée avec 120 ml de naropéine a été administré en 2h au lieu de 20h. Suite à cet incident, la formation des équipes au bon usage des DP a été confiée au fournisseur.

Cependant, dernièrement, une IDE nous rapporte que **cette pratique perdure** au sein des services.



L'équipe de la pharmacie a donc décidé de faire un état des lieux sur les cas publiés de mésusage des DP et de mener une campagne d'information et de sensibilisation des équipes médicales et soignantes sur le bon usage des DP.



MATERIEL ET METHODE

Recherche bibliographique sur Pubmed et Google Scholar concernant les risques et accidents liés à cette pratique

Mots-clés : refill, elastomeric infusion pomp, risks, accident.

Sollicitation des fournisseurs de DP et du correspondant local de MV sur l'existence de cas de mésusage similaires.

Sensibilisation des médecins sur les risques liés à ce mésusage par voie orale et par écrit

Sensibilisation des cadres des unités de soins utilisant ce type de dispositif (voie orale et écrite)

RESULTATS



Les données de la littérature rapportent:

1 cas d'accident mortel lié à un dysfonctionnement de DP après re-remplissage *

De **nombreux incidents** sont rapportés : vitesse de diffusion non respectée, diffuseur qui ne se vide pas

Un manque de connaissance des soignants est décrit



Les laboratoires pharmaceutiques interrogés sont TELEFLEX, BBRAUN, ACE MEDICAL et ASEPT IN MED.

Aucun accident lié au mésusage n'est à **déclarer** car ils ne sont pas considérés comme relevant de la matériovigilance et ils ne sont pas enregistrés

1 dysfonctionnement de DP lié à un remplissage multiple nous a été rapporté oralement par un délégué



Le pharmacien a adressé un **courriel** aux médecins et aux cadres rappelant le BU des DP et les risques liés au remplissage multiple : les DP sont à usage unique, ils ne doivent pas être remplis plusieurs fois sinon le débit de perfusion ne peut pas être garanti. L'incident déclaré en 2016 sur notre établissement est cité à titre d'exemple,



Des **échanges oraux au sein même des services utilisateurs** ont pu mettre en évidence un **défait de connaissance** du corps **infirmier et médical** : **2 anesthésistes, 3 chirurgiens, 5 IDE interrogés** (bloc orthopédie, bloc chirurgie, réanimation chirurgicale)

- Méconnaissance des **risques** liés au **remplissage répété** des diffuseurs portables
- **Prescription** d'un remplissage répété des DP par les médecins
- **Absence de surveillance** des dispositifs
- **Etiquetage** non conforme
- **Facteurs influençant le débit** méconnus
- **Non respect du volume de remplissage** par rapport au volume du diffuseur (sur ou sous-remplissage) et méconnaissance des **conséquences** sur le débit de perfusion
- **Inadéquation entre le volume des diffuseurs disponibles et le temps d'analgésie souhaité** : utilisation d'un diffuseur de 275mL, 10ml/h (27h de diffusion) alors que l'analgésie doit être réalisée pendant 48h



La mise à disposition de diffuseurs portables de volume supérieur permet de répondre aux besoins des services et d'éradiquer les remplissages répétés

DISCUSSION/CONCLUSION

Dans un second temps, nous allons élargir notre action en réalisant un audit de terrain afin d'évaluer le niveau de connaissances des soignants, leurs pratiques et les former au bon usage des diffuseurs portables.

* Grissinger M. Improved Safety Needed in Handling Elastomeric Reservoir Balls Used for Pain Relief. Pharm Ther. mai 2013;38(5):243.