

2023 N°3
Volume 5

LA **REVUE**
PHARMACEUTIQUE

DES DISPOSITIFS
MÉDICAUX



EDITORIAL

Chères lectrices, chers lecteurs,

Initié l'année dernière à l'occasion des Journées de La Rochelle, ce numéro 3 de l'année 2023 vous propose la compilation de l'ensemble des communications affichées (certaines ayant fait l'objet également d'une présentation orale) des Journées 2023 de Clermont-Ferrand. Ainsi, vous pourrez vous (re)plonger dans les travaux réalisés. Nous sommes certains que cela éveillera des idées pour de futurs travaux au sein de vos établissements respectifs.

Le mois d'octobre 2023 a également été marqué par de nombreuses soutenances de thèse d'exercice et de mémoire de DES de Pharmacie Hospitalière. Parmi les sujets, certains intéresseront certainement la communauté et nous vous encourageons à nous soumettre vos manuscrits pour présenter vos résultats dans la Revue. Une seule adresse pour vos propositions : **revuedm@euro-pharmat.com**

Un autre numéro est déjà en cours de finalisation ... mais il faudra attendre les fêtes de Noël pour le trouver sous votre sapin !

Bonne lecture à toutes et tous.

Johann Clouet



Revue Pharmaceutique des Dispositifs Médicaux
Rédacteur en chef : Johann Clouet
Co-rédacteurs : Jeanine Lafont, Maryline Jehl,
Nicolas Maillard, Fabien Nativel



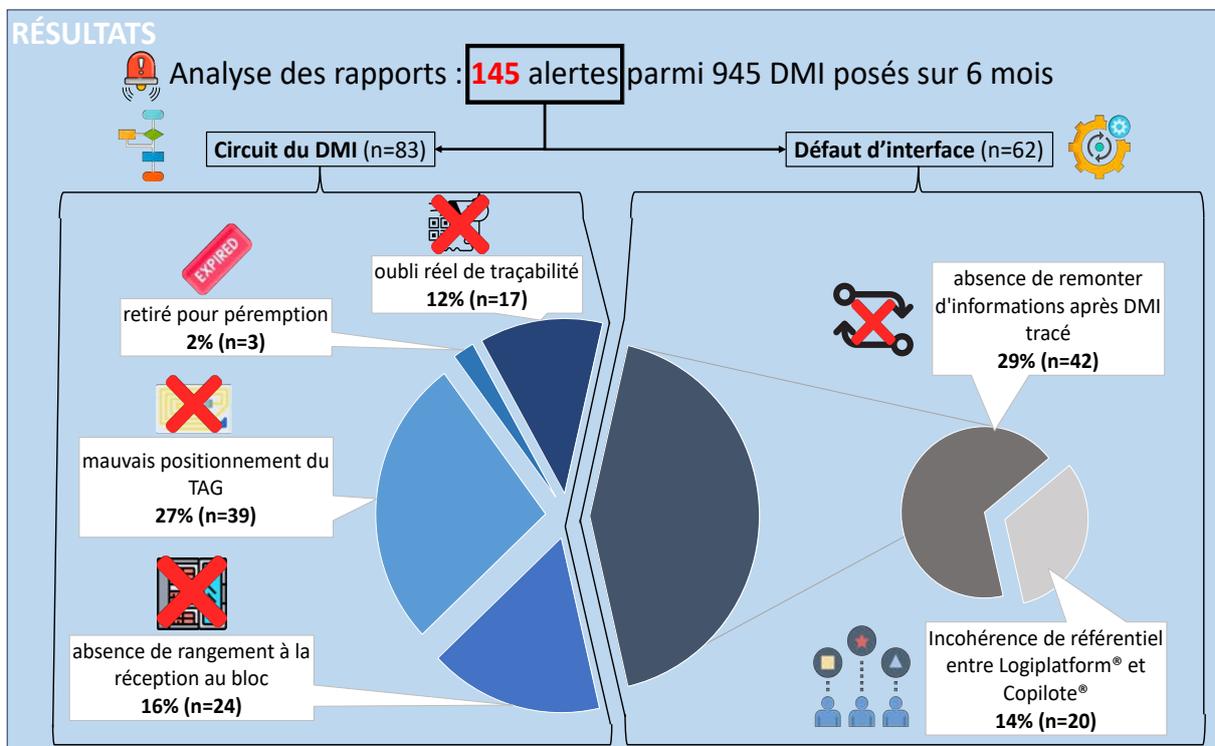
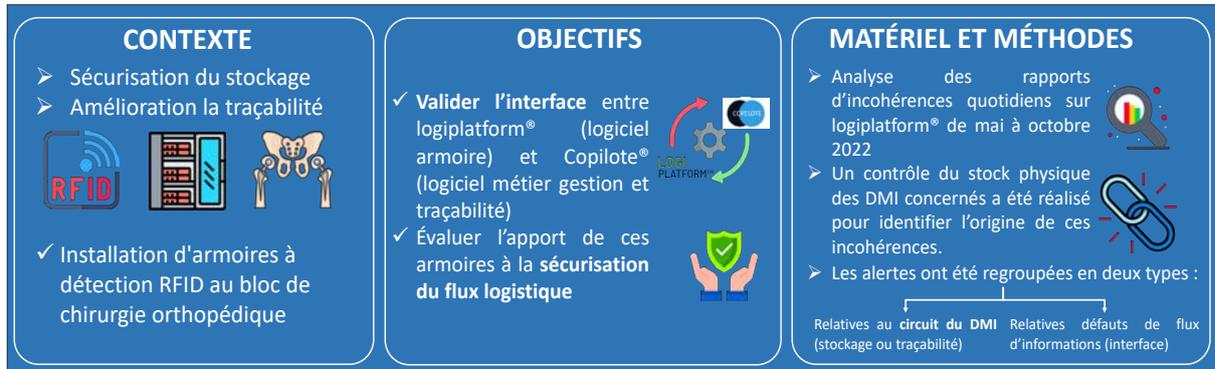
revuedm@euro-pharmat.com

SOMMAIRE DES THEMATIQUES

ACHAT-APPROVISIONNEMENT- DISPENSATION.....	758
FORMATION.....	768
INFORMATION-BON USAGE.....	780
PHARMACIE CLINIQUE-EVALUATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX.....	821

ACHAT-APPROVISIONNEMENT- DISPENSATION

Mots-clés : traçabilité ; dispositif médical ; armoire ; flux



DISCUSSION-CONCLUSION

- Amélioration **en temps réel** de la traçabilité des DMI
- Correction dans les **24 heures** après l'oubli de pose (*vs. inventaires semestriels des fabricants pour détection*)
- Aide logistique pour le suivi du circuit des DMI et devrait pouvoir intégrer les tag RFID produits par le fabricant
- Élaboration d'un **logigramme** des conduites à tenir en fonction des messages d'erreurs
- Suivi quotidien peut être **chronophage** pour l'équipe pharmaceutique

L'impact économique de la sécurisation du circuit reste à quantifier pour juger du réel intérêt coût-efficacité

INTRODUCTION

Dans un contexte de **ruptures d'approvisionnement** en dispositifs médicaux (DM) de plus en plus **nombreuses** et **durables**, des **difficultés de communication** entre la pharmacie et les services ont été relevées, engendrant une **incompréhension** et des **tensions** entre les équipes.

OBJECTIF

Mise en place d'outils pour améliorer la **communication** sur les ruptures de DM à l'hôpital.

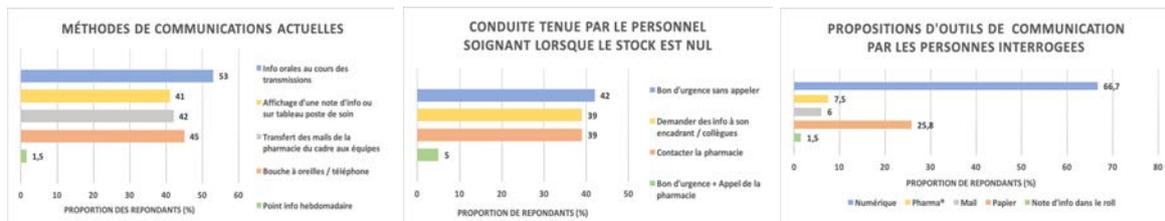
MATERIEL & METHODE

1. Questionnaire numérique (choix simple ou multiple) à destination des IDE de tous les services de soins : évaluation de la satisfaction initiale des équipes
2. Groupe de travail pluridisciplinaire : réflexion autour du sujet (pharmaciens, internes, préparateurs en pharmacie hospitalière, cadre, infirmiers diplômés d'Etat (IDE) référents)
3. Mise en place d'outils de communication adaptés aux besoins identifiés des services suite à l'analyse des réponses au questionnaire.

RESULTATS

66 réponses au questionnaire ont été obtenues :

- 71 % déclarent qu'une personne est identifiée comme **responsable de la gestion des ruptures** dans le service.
- Dans 60 % des cas toutes les personnes concernées **ne reçoivent pas l'information**.



- Plus de 50 % contactent la pharmacie à ce sujet **plusieurs fois par semaine**, et 10 % **quotidiennement**.
- 75 % aimeraient être **autonomes** dans la recherche d'informations sur les ruptures via le logiciel Pharma®.
- La **communication actuelle** sur les ruptures a été jugée **moyennement satisfaisante** ou **insuffisante** pour 88 %.

La stratégie de communication mis en place par la pharmacie :

Création d'une affiche pour affichage dans les services



Ce QR code renvoie vers un **tableau ciblant 10 ruptures majeures + leur proposition de substitution**, réactualisé chaque semaine par l'équipe DM

Service	Produit	Quantité	Statut	Impact							
CHU	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHU	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHU	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHU	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHU	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHU	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHU	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHU	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHU	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHU	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000

Pour favoriser l'autonomie des équipes dans l'accès aux fiches produit sur Pharma®, ce QR code renvoie vers un **tutoriel audiovisuel** pour les guider **étape par étape**



Pour une meilleure lecture : à vos téléphones, les QR codes sont **scannables** !

DISCUSSION/CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en évidence les **difficultés de communication** au sujet des ruptures **entre la pharmacie et les services** mais aussi **au sein des services**, et de proposer un **outil adapté** à ces 2 problématiques pour **soulager** l'ensemble des **équipes soignantes** et **pharmaceutiques**. Un **nouveau questionnaire** sera **diffusé à 6 mois** pour évaluer la satisfaction des équipes à distance de la mise en place de l'affiche.

IMPACT DES RUPTURES DE DMS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE

4



¹D.LAOUBI, ¹M.BERGE, ¹N.SABBAGH

¹Pharmacie, CH Simone Veil, 95600 Eaubonne (donia.laoubi@ch-simoneveil.fr)

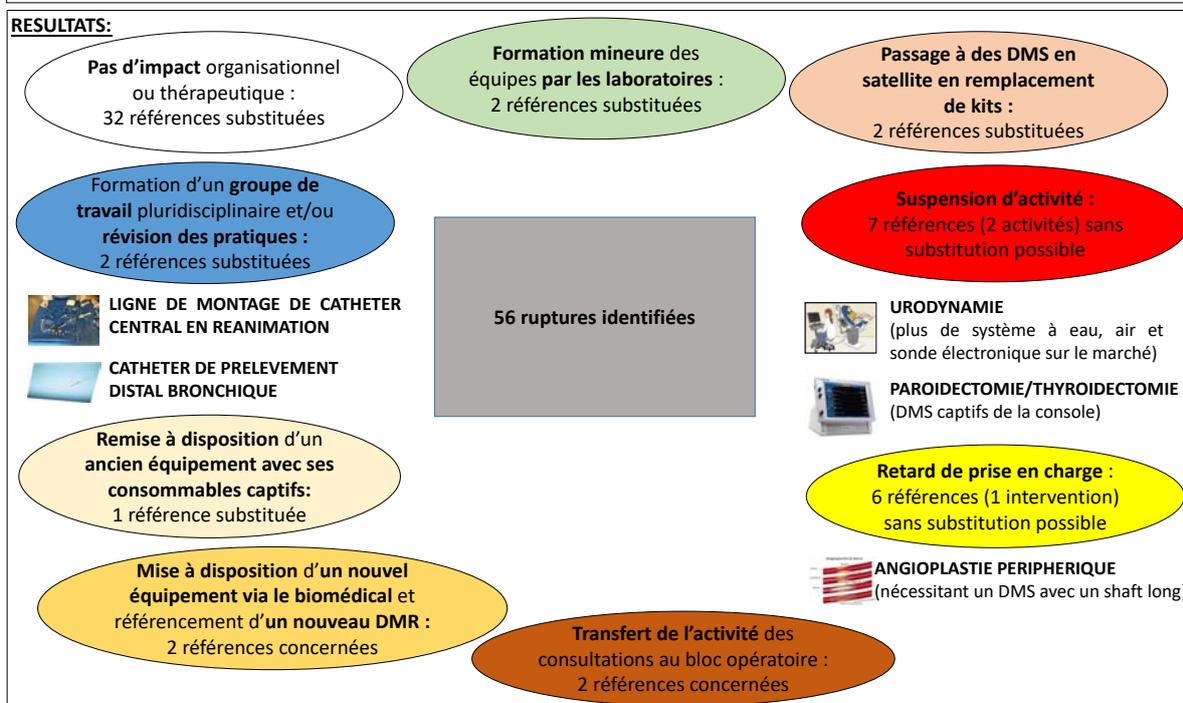
MOTS CLES: Dispositifs médicaux, Approvisionnement, Substitution, Sécurité



<p>CONTEXTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en conformité des DMS selon le MDR 2017/745 Indisponibilité mondiale des matières premières Faillite fournisseurs et problèmes de logistique Incapacité des fournisseurs associés (FA) de répondre à l'ensemble des besoins engendrés par une rupture <p>→ TENSIONS D'APPROVISIONNEMENT A LA PUI +++</p>	<p>OBJECTIFS:</p> <p>Evaluation de l'impact des ruptures de DMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sur la prise en charge et le parcours patient Sur les organisations de notre établissement de santé (ES)
---	---

MATERIELS ET METHODES :

- Suivi **prospectif** de novembre 2022 à avril 2023
- Mise en place par le pharmacien d'un **tableau de suivi des références en rupture** par spécialité (FA non renseigné sur le logiciel de gestion économique et financière (GEF) et/ou FA présent mais défaillant) contenant:
 - le délai de réapprovisionnement,
 - la (les) substitution(s) étudiée(s) avec leur disponibilité,
 - la (les) substitution(s) mise(s) en place après validation pharmaceutique,
 - la (les) différence(s) technique(s) substitution(s) versus référence en rupture
 - l'impact sur les pratiques professionnelles, les actions transversales engagées et le parcours patient



DISCUSSION- CONCLUSION:

Au sein de notre PUI, la mise en place du tableau de suivi a permis de disposer non seulement d'un outil de gestion mais aussi de partage de compétences tant pour les PPH que les pharmaciens. La présence dans certains cas de toutes les substitutions potentielles permet d'anticiper les nouvelles ruptures dans un contexte de tensions permanentes du marché.

Dans la majorité des cas, des substitutions ont pu être trouvées pour maintenir la prise en charge des patients. Cependant, des modifications sur les organisations, les pratiques et /ou le parcours patient ont parfois été nécessaires. Pour la rupture de la ligne de montage de réanimation, un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué. Après avoir élaboré un cahier des charges et mené une étude des pratiques auprès d'autres ES, nous avons contacté différents fournisseurs puis procédé aux essais.

La suspension des bilans urodynamiques a duré 2 mois, avec déclaration de la cessation d'activité auprès de l'ANSM.

En conclusion, la maîtrise des ruptures nécessite de les anticiper en augmentant les stocks et en impliquant les différents professionnels de santé via la constitution de groupes de travail en interne d'une part et via la collaboration avec les industriels d'autre part.



Place d'un préparateur en pharmacie au bloc opératoire : retour d'expérience à 9 mois de sa mise en place

N° 5

C. CHMIELOWSKI¹, C. MORE¹, J. IZAC¹, C. MARVILLET¹, A. LEGRIS¹

¹Service Pharmacie - Centre Hospitalier Rodez

Mots clés : EPP, bloc, DM
c.chmielowski@chu-toulouse.fr

Introduction :

En juin 2022, un préparateur en pharmacie (PP) est affecté au sein du bloc opératoire (BO) avec pour mission d'y optimiser la gestion et le circuit des DMS, dont les commandes, les ruptures, les périmés, le stockage, les demandes de référencements et également améliorer la communication entre les acteurs du bloc et de la PUI.

Objectif :

Evaluer son impact 9 mois après sa mise en place

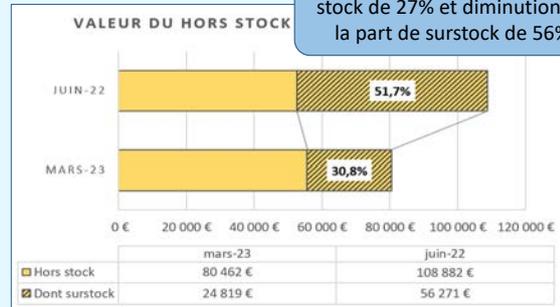
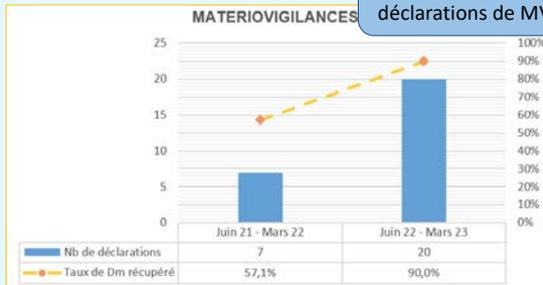
Matériels et méthodes :

Etude de divers indicateurs :

- Déclarations de matériovigilance (MV)
- Valeur du hors-stock et part de surstock
- Nombre de références

- Questionnaire distribué aux personnels du BO et de la PUI pour évaluer leur satisfaction en terme de :
 - Gestion de stock, des essais et des ruptures..
 - Relation PUI/Bloc

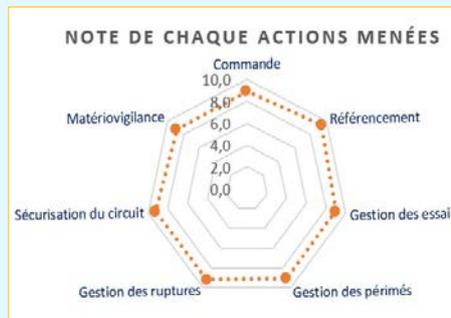
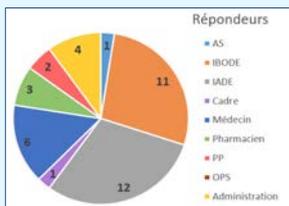
Résultats :



Révision des dotations DMS en stock : harmonisation des pratiques et suppression de 11,5% des références

Questionnaire de satisfaction

15 questions
40 répondeurs



REponses :

- ❖ **98%** : amélioration de la gestion dans les différents secteurs
 - ❖ **82%** : gain de temps soignant → Environ 2h/j
 - ❖ **97%** : n'entraîne pas de dysfonctionnements
 - ❖ **86%** : amélioration des relations BO/PUI
- **100%** : favorables au maintien de son poste au long cours

Discussion - Conclusion :

- Très vite devenu un élément indispensable dans la gestion des DMS au sein du bloc opératoire

Limites :

- ❖ Diminution de la communication directe entre les acteurs du BO et la PUI (PPH, pharmaciens)
- ❖ Risque de glissement de tâches → bien redéfinir les limites de son poste

Perspectives d'évolution:

- ❖ Prise de relai sur le poste
- ❖ Projets de développement durable (Green Bloc)
- ❖ Optimisation du stockage de l'arsenal
- ❖ Gestion des DMS d'anesthésie
- ❖ Aide au déploiement/suivi de l'informatisation des DMI

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

Introduction



Depuis le 26 mai 2021, l'Unique Device Identification ou UDI **doit être présent obligatoirement** sur le conditionnement de tous **les DMI (Dispositifs Médicaux Implantables) de classe III** si plusieurs code-barres (CB) sont présents, tout en respectant un standard de codification proposé par l'une des 4 entités désignées par la Commission Européenne (GS1, HIBCC, IFA GmbH, ICCBA)

Problématique → **Soucis d'intégration dans les systèmes informatiques**

Objectifs

- 1- Observer la proportion de DMI respectant la réglementation
- 2 -Vérifier si le CB est correctement interprété par le logiciel

Matériel et méthode



Arsenaux des blocs opératoires et plateaux techniques analysés
(chirurgie pédiatrique, gynécologique, orthopédique, ambulatoire et cardiovasculaire)

Critères à analyser

1. Nombre de CB présents et logo UDI
2. CB lisible par l'homme
3. CB normé selon la réglementation
4. Lecture par notre logiciel métier

Résultats

Analyse de 3116 références de DMI

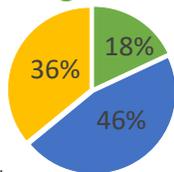
Proportion de CB interprétables :
→ 2667 CB interprétables
→ **449 CB non interprétables**

Présence du logo UDI

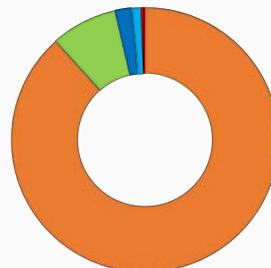


- OUI
- NON
- N/A

* N/A : 1 seul CB de présent



ZOOM SUR LES DYSFONCTIONNEMENTS CB NON FONCTIONNELS



397 CB normés mais non interprétables par le logiciel
36 CB non normés avec un non-respect de la syntaxe des normes
9 CB normés mais non lisibles par le lecteur
5 CB non normés
2 absences de CB

Discussion

91,47% des dysfonctionnements = **mauvaise lecture CB**

→ Principales balises non reconnues (30),(91)

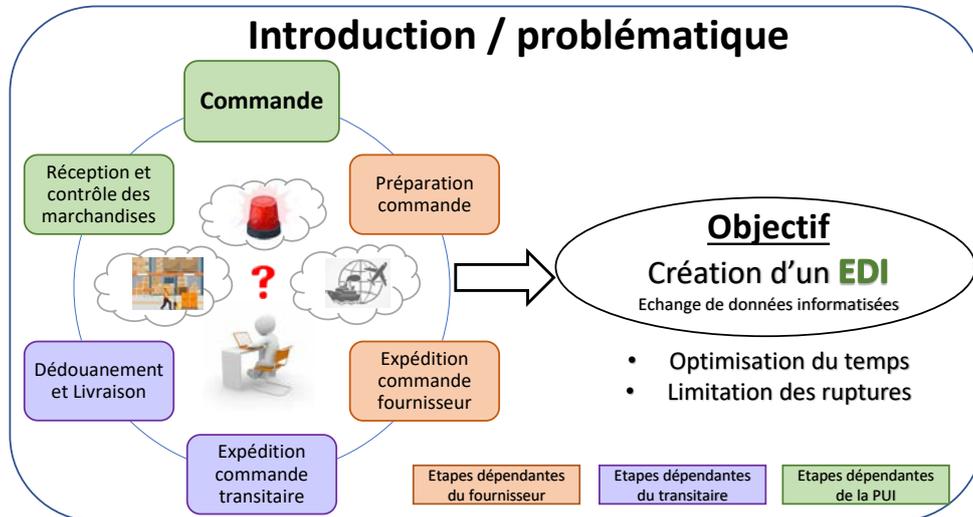
8,53% dysfonctionnements = **CB non présent ou non normé** selon les standards de la codification

28 fiches de recueil effectuées et remontées à la DGOS :

- **Objectif** : Participer à la mise en œuvre d'actions auprès des fournisseurs
- **But** : Réduire le nombre de dysfonctionnements



33èmes JNFDM Clermont-Ferrand



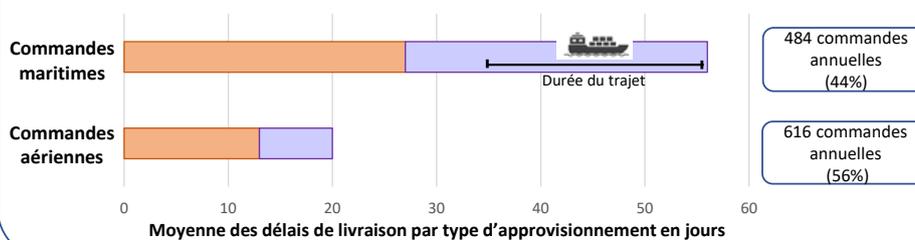
Matériel et Méthodes

Analyse des commandes de dispositifs médicaux avec l'aide de notre outil informatique artisanal (2019 à 2022)

Etapes renseignées : 1 mode d'acheminement, 2 date d'envoi de la commande, 3 accusé de réception du fournisseur, 4 date de livraison au transitaire, 5 date d'expédition du transitaire, 6 date d'arrivée sur le territoire, 7 date de réception

Mise en place d'alertes automatiques fonction du mode d'acheminement

Résultats



Discussion

1. Augmentation du seuil minimal d'alerte  2 vs 1 mois
 3 vs 2 mois

2. Anticipation de la rupture : Dépannage auprès des CH voisins
 Commande aérienne

3. Mise en évidence de fournisseurs hors délais : Renforcement du suivi de commandes

↳ **Sécurisation** du circuit d'où amélioration de nos performances et moins de travail dans l'urgence
 EDI  mais toujours en attente d'un système complet gérant tous les acteurs du circuit (transitaire, reliquats et ruptures)

RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT EN CANULES RECTALES A USAGE PEDIATRIQUE : ANTICIPER, RECHERCHER, VALIDER, COMMUNIQUER



Auteurs : R.DEVAUX⁽¹⁾, F. FRAIPONT⁽¹⁾, E. CHOQUET⁽¹⁾, C. MERLIN⁽¹⁾, L.LEHMANN⁽¹⁾, J.BOYER⁽¹⁾

Mots clés : Dispositif médical ; Médecine infantile ; Diazépam

Introduction – Objectifs

Notre fournisseur de canules rectales à usage pédiatrique nous a annoncé en Juin 2022 une rupture de longue durée, liée à un défaut de marquage CE. Ces canules en PVC étant indiquées pour l'administration en urgence de diazépam lors de crises d'épilepsie, une solution alternative devait être trouvée pour permettre la continuité des soins. De plus, il était aussi nécessaire de connaître les modalités d'utilisation de ces canules rectales dans les services afin de sauvegarder notre stock au maximum, et proposer des solutions alternatives cohérentes.



Matériel et méthodes



Résultats

Besoins et Pratiques des services avec cette canule rectale

- ➔ Diazépam intra-rectal : Prise en charge de l'épilepsie en pédiatrie et aux urgences pédiatriques par connexion à une seringue 1mL Luer
- ➔ Nalbuphine intra-rectal : Prise en charge de la douleur en pédiatrie et en service d'imagerie
- ➔ Utilisation à visée laxative : Pratique propre à la néonatalogie associant l'effet mécanique de la canule et l'utilisation de sérum salé
- ➔ Intérêt du faible volume mort (faibles volumes administrés) et de l'embout distal atraumatique

Sourcing des fournisseurs / Recommandations de l'ANSM

- ➔ Aucun fournisseur n'a pu fournir de dispositif médical strictement équivalent
- ➔ Alternative retrouvée : Canule rectale siliconée, non rigide et souple
 - ➔ Ne convient pas à l'utilisation chez l'enfant, notamment agité
 - ➔ Volume mort important, pas de connectique Luer
- ➔ Les autres canules proposées présentaient aussi ces inconvénients, en plus d'être potentiellement traumatiques en cas d'utilisation chez l'enfant (embout large et rigide)
- ➔ Les solutions envisagées par l'ANSM concernaient seulement l'administration de diazépam, et n'étaient pas toutes transposables dans les services :
 - Utilisation de seringue de 1mL sans canule parfois impossible
 - Buccolam® non indiqué avant 6 mois
 - Administration du diazépam en intra-buccal difficilement réalisable

Recommandations internes

Rupture de stock de durée déterminée (Mars 2023)					
MINI-CANULE RECTALE POUR VALIUM					
Conduite à tenir en cas de rupture de stock dans le service					
Indication	Adaptation pédiatrique / Changement ambulatoire / Soigner	Monothérapie	Monothérapie	Monothérapie	Changement d'urgence
Utilisation	Diazépam intra-rectal	Nalbuphine intra-rectale	Diazépam intra-rectal	Nalbuphine intra-rectale	Lamivudine rectale / Diazépam
Solution de 1 ^{er} intention	Si enfant de plus de 3 mois, Diazépam (sans adapter à l'âge de l'enfant)	Substitution par Diazépam (sans adapter à l'âge de l'enfant)	Administration de Valium	Utilisation de canule rectale siliconée (code GSP : 729902)	Transférer la demande au service Médicament ou le pharmacien de validation médicamenteuse pour l'approvisionnement de Buccolam
Solution de 2 ^{ème} intention	Utilisation de la seringue seule de 1mL en faisant attention de ne pas bloquer l'embout, ou utilisation de seringue de 2 mL dans le rectum par un adulte ou les parents	Volume 1 mL / Utilisation de seringue de 1mL (sans adapter à l'âge de l'enfant)	Volume 1 mL / Utilisation de seringue de 1mL (sans adapter à l'âge de l'enfant)	Volume 1 mL / Utilisation de seringue de 1mL (sans adapter à l'âge de l'enfant)	

En cas de consultation de déclarations dans les services, avant la rupture de stock, contactez :

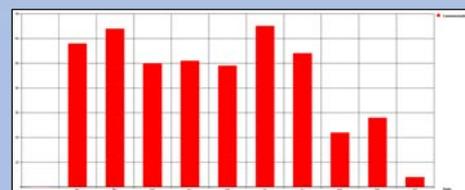
Les données de canules rectales ne pourront être remplacées le temps de la rupture. Contactez immédiatement l'utilisation de seringue de 1 mL, déjà en stock (cf. note d'information PUI/2023)

Reference : https://www.ansm.fr/fr/article/Recommandation-pour-une-rupture-de-stock-de-dispositif-medical-connexe-a-une-rupture-de-stock-dun-medicament-en-cas-de-rupture-de-stock

Autres stratégies adoptées

- ➔ Administration via une seringue de 1mL sans utiliser de canule rectale en pédiatrie
- ➔ Utilisation de canule rectale siliconée coupée en néonatalogie pour connecter la seringue (utilisation hors marquage CE)
- ➔ En dernière intention : Utilisation de sonde d'aspiration bronchique coupée (utilisation hors marquage CE)
- ➔ Communication avec le personnel des services concernés : Sensibilisation à la rupture en cours et la nécessité de prioriser l'utilisation de ces canules aux situations où elles sont nécessaires (évaluation des indications par les services)
- ➔ Dispensation rendue possible uniquement sur validation pharmaceutique de l'indication et des quantités demandées

Evolution des consommations de canules



Discussions – Conclusion

Ce travail a permis, via une communication intense avec le personnel des services concernés, de diminuer de façon importante notre consommation de ces canules, et donc de sauvegarder notre stock, pendant la durée de la rupture. L'enquête de terrain nous a permis d'évaluer d'autres utilisations de ce dispositif, et de rechercher des alternatives pertinentes. Quelques semaines plus tard, l'ANSM publiait des recommandations, qui ne concernaient que l'administration intra-rectale de diazépam, pour palier à cette rupture critique, que nous avons reprises dans nos recommandations aux services pour cette indication. Pour les autres utilisations de ces canules (nalbuphine, lavements), en l'absence de recommandations officielles et d'alternatives, des solutions hors marquage CE ont été élaborées en coopération avec les services (cf. partie Recommandations internes), afin d'assurer la continuité des soins.

RUPTURES EN DISPOSITIFS MÉDICAUX STÉRILES (DMS) QUELLE GESTION ET QUELLE COMMUNICATION?

A. GILLOTEAU¹; L. BERTIN¹; J. SIAUVE¹; B. FORGET¹

¹ PHARMACIE, CH DE L'ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL-SUR-MER (CHAM)

Mots clés: Finance, Approvisionnement, Communication
alexisgilloteau@gmail.com

N° 9

INTRODUCTION

- Gestion **chronophage** des ruptures d'approvisionnement de dispositifs médicaux stériles (DMS)
- Particularité du circuit **hors-stock** : limite la visibilité sur le stock
- **Manque de communication** de la pharmacie aux différents services sur les ruptures et substitutions



Risque d'impact sur la prise en charge du patient à l'hôpital

OBJECTIFS



- **Suivre et quantifier** les ruptures / arrêts de commercialisation DMS au sein de l'établissement
- **Améliorer la gestion et la communication** au sein de l'établissement.

MATERIELS ET METHODES



Audit sur la gestion interne des ruptures de DMS :

- Prospectif (20 Janvier au 14 Avril 2023)
- Monocentrique



Suivi trihebdomadaire des commandes de DMS



Création d'un tableau Excel : **double outil**

- De **gestion** : pour chaque rupture les données sont complétées par un interne en pharmacie ou un pharmacien
- De **communication** avec les services (accès en lecture seule)

Référence en rupture

- Libellé
- Code produit
- Référence

Etat de la rupture

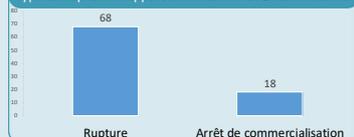
- Date de début de la rupture
- Motif de la rupture
- Origine de l'information
- Délai d'approvisionnement
- Présence d'un stock suffisant ?
- Substitution avec différence technique ?
- Substitution par le même fournisseur ?
- Date de fin de rupture

Référence de substitution

- Libellé
- Code produit
- Référence

RESULTATS

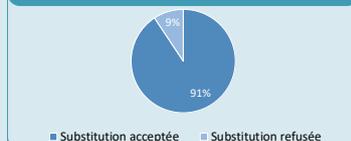
Type de ruptures d'approvisionnement de DMS recensées



Type de différences techniques des substitutions de DMS



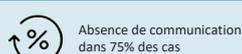
Acceptation des substitutions de DMS en rupture



Durée moyenne des ruptures de DMS recensées



Communication des laboratoires sur les ruptures de DMS



DISCUSSION / CONCLUSION

- **Nombreuses ruptures** sans communication du laboratoire sur la rupture
- **Anticipation et rôle proactif** de la pharmacie dans la gestion des ruptures
- Pas d'équivalence stricte des DMS : éducation + communication nécessaire
- Impact organisationnel : **mobilisation quotidienne** de ressources humaines
- Application de l'outil aux ruptures de médicaments

Limites:

- Pas d'évaluation de l'impact économique
- Pas d'évaluation de l'outil auprès des services

INTRODUCTION - OBJECTIFS

- Chez les patients sous oxygénothérapie, les humidificateurs d'air - ou barboteurs - sont utilisés quasi systématiquement, pour améliorer le confort des voies aériennes supérieures.
- Deux principaux fournisseurs se partagent le marché français des barboteurs, cependant l'un d'entre eux a annoncé arrêter leur commercialisation à l'horizon 2023, provoquant déjà des tensions d'approvisionnement nationales.
- Au sein de notre établissement, ces difficultés ont été l'occasion de rappeler les recommandations d'utilisation de ces dispositifs, et notamment la pertinence chez les patients requérant un faible débit d'O₂.
- En effet, leur utilité est discutée au vu de leur efficacité incertaine à prévenir les effets délétères d'une sous-humidification, d'autant que cette pratique est coûteuse

MATERIEL & METHODES

Un travail pluridisciplinaire préparatoire a été initié pour établir les recommandations d'utilisation au sein de l'établissement :

Pharmacien référent + Médecin chef de service de l'Unité de Soins Continus + Equipe d'hygiène

Rédaction d'une procédure

Débit d'O₂ > 5 L/min



Utilisation uniquement si :

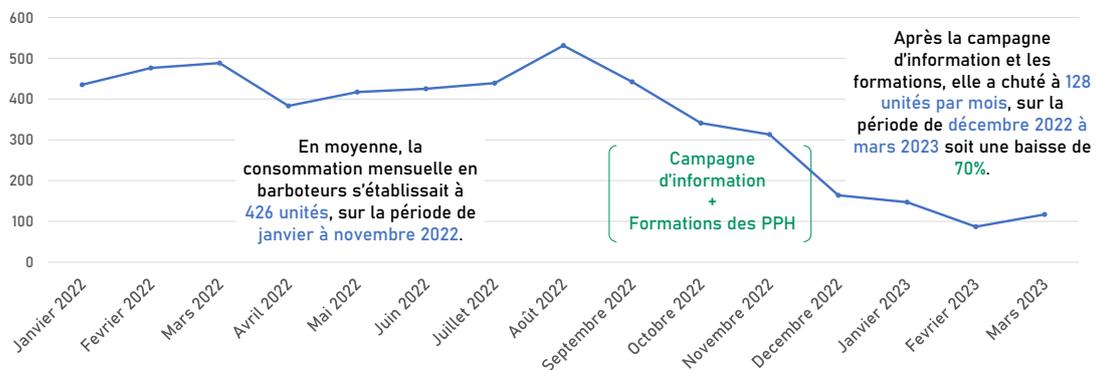
ou
si l'humidification est requise (muqueuses nasale et/ou buccale asséchées, irritées...)

- Des fiches de bon usage des barboteurs ainsi que des autres dispositifs médicaux d'oxygénothérapie ont été rédigées.

- A partir de septembre 2022 : une campagne d'information dans les services et une formation des préparateurs en pharmacie (PPH) référents de service ont été mises en place

RESULTATS

- Les deux principaux services consommateurs ont été identifiés : pneumologie et unités de soins continus.
- L'évolution des consommations mensuelles des humidificateurs d'air dans l'établissement est présentée ci-dessous :



- On peut attendre une économie annuelle d'environ 3600€ TTC.
[Prix unitaire moyen pondéré 1,02€ TTC x diminution mensuelle d'environ 298 unités x 12 mois = 3647,52€ TTC]

CONCLUSION

- Le recours à un humidificateur d'air était systématique dans notre établissement, or des études cliniques ont démontré l'absence de bénéfices pour le patient.
- Les premiers résultats des consommations suite à la mise en pratique des recommandations montrent une diminution significative de leur utilisation, et ainsi une économie annuelle attendue non négligeable.
- Si cette tendance s'accroît, on peut espérer une adéquation des besoins avec l'offre d'approvisionnement disponible.

FORMATION



APPRENDRE ENSEMBLE : ETUDE SUR LA FAISABILITE D'UNE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Fabien NATIVEL^{1,2}, Dominique GUILLOTON³, Bertrand ROBIN³, Johann CLOUET^{1,2}

¹ Nantes Université, CHU Nantes, Pharmacie, F-44000, Nantes

² Nantes Université, UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, F-44000, Nantes

³ CHU Nantes, Ecole IBODE, F-44000, Nantes

Auteur correspondant : Fabien NATIVEL, PharmD, PhD : fabien.nativel@univ-nantes.fr



N°11

Mots clés : Pédagogie, Mutualisation, Interprofessionnalité

Contexte & Objectif

Basée sur une **approche par compétences**, la formation inter-régionale des internes du Diplôme d'Études Spécialisées de Pharmacie Hospitalière (DES PH) en phase socle relative aux **Dispositifs Médicaux** et à la **Stérilisation** est organisée en unités d'enseignements. La mutualisation de cette formation avec les étudiants de l'école d'IBODE pourrait représenter une opportunité afin d'accroître les échanges et d'accentuer l'acquisition des **compétences interprofessionnelles**. Après avoir organisé des journées communes de formation portant sur **2 thématiques : Abord Chirurgical et Pansement**, l'objectif de ce travail a été d'évaluer la **satisfaction des apprenants**.

Matériel & Méthodes

- **Trois journées** communes de formation (18h) en distanciel via Zoom® décomposées en une **combinaison d'activités d'apprentissages** en mode **synchrone** (enseignements théoriques) et **asynchrone** (travaux de groupe, podcasts, vidéos, E-learning) ;
- **80 apprenants** (56 internes et 24 étudiants IBODE) répartis en **11 groupes mixtes** (5-6 internes + 2-3 étudiants IBODE)
- Questionnaire de satisfaction *GoogleForm*® (10 questions) et un nuage de mots sur *Wooclap*® (1 question) ;
- Echelle de Likert utilisée – 4 items sur l'échelle.

Résultats

Degrés satisfaction	Note internes (n=50)	Note étudiants IBODE (n=22)
Echanges	3,2/4	2,9/4
Visioconférence	3,0/4	3,0/4
Thématique : Abord chirurgical	3,1/4	2,6/4
Thématique : Pansements	3,2/4	2,2/4
Hybridation des méthodes pédagogiques	3,3/4	2,9/4
Rythme de la formation	2,8/4	2,9/4
Travaux de groupe – Mises en situation	2,6/4	2,7/4
Conformité au programme annoncé	3,5/4	2,9/4
Supports diffusés	3,2/4	2,9/4
Interprofessionnalité de la formation	3,5/4	3,2/4



Discussion & Conclusion

Première initiative de ce genre et pour le moment orientée vers un nombre limité de thématiques abordées, la **mutualisation** d'enseignements entre des apprenants issus de filières différentes mais complémentaires semble particulièrement **satisfaisante et intéressante**. La prise en compte de l'**expérience plus importante** des étudiants de l'école d'IBODE permettra, notamment, à l'équipe pédagogique d'**affiner les mises en situation** proposées aux étudiants. Après **contractualisation**, de nouvelles journées communes de formation portant sur d'autres thématiques sont envisagées. Ceci avec pour finalité d'**améliorer la prise en charge des patients**.

« 33èmes JNFDM Clermont-Ferrand »

CALENDRIER DE L'AVENT DES DM : UNE PARENTHÈSE LUDIQUE POUR FORMER SON ÉQUIPE

BRACHET Natacha, HAMEL Claire¹, RAÏMBAULT Charlotte¹, ZBIERSKI Liliane¹, ¹ = CH Laval

Mots clefs : Pédagogie, Coopération, Jeu
Mail : brachet.natacha@gmail.com

Introduction :

L'équipe pharmaceutique a exprimé un besoin de formation sur les dispositifs médicaux (DM) délivrés au quotidien. Pour y répondre, un calendrier de l'aveant des DM a été proposé.

Objectifs :

Conception, mise en œuvre et analyse de l'efficacité d'une formation courte en pédagogie inversée avec l'équipe des préparateurs et pharmaciens.

Matériel et méthode :

Quinze DM régulièrement délivrés au CH Laval ont été sélectionnés pour chaque session. Des équipes de 4 à 6 membres se sont formées par affinités et devaient comprendre au moins un pharmacien chacune. Elles devaient identifier chaque jour un DM et son indication. Un échange autour de la correction était proposé le lendemain et une fiche récapitulative restait disponible à la consultation. Les absences de réponse n'ont pas été prises en compte pour le calcul de la moyenne des notes. Les DM n'ayant pas obtenu la note maximale de 2 points à la première session ont été repropoés lors d'une seconde. Les moyennes des notes de chaque DM repropoés ont été comparées par test du t de Student. Les questionnaires de satisfaction anonymes portaient sur le format, la qualité, le choix des DM et le sentiment de progression.

Résultats :

Cinq équipes identiques de 4 à 6 participants ont participé aux deux sessions qui se sont déroulées respectivement du 1^{er} au 24 décembre 2022 et du 27 février au 17 mars 2023.

Les taux de réussite globaux par session étaient respectivement de 92% et 88%.

Les 4 DM n'ayant pas reçu la note maximale ont été repropoés et leurs taux de réussite comparés.

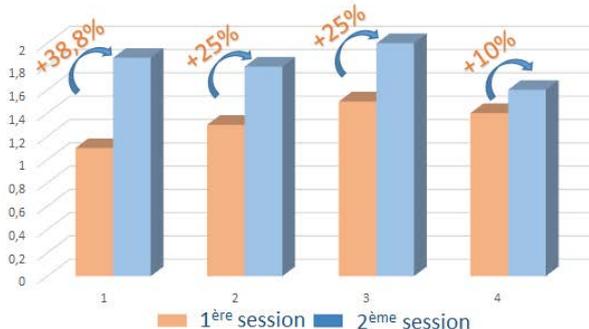
N°	Dispositif évalué	Moyennes notes par session / 2 pts		Pourcentage Amélioration
		1 ^{ère}	2 ^{ème}	
1	Kit perfusion intra osseuse	1,1	1,9	38,8%
2	Valve bidirectionnelle	1,3	1,8	25%
3	Perfuseur	1,5	2	25%
4	ECH trachéotomie	1,4	1,6	10%

Taux de réponse questionnaire de satisfaction
54% (14 réponses/26)



	100%	75%	50%	25%
Format	100%	0%	0%	0%
Qualité	93%	7%	0%	0%
Choix des DM	79%	21%	0%	0%
Connaissances	57%	43%	0%	0%

Comparaison des moyennes à la 1^{ère} et à la 2^{ème} session pour chaque DM



Pourcentage d'amélioration

moyen : 24,7%

Variances comparables

Résultats statistiquement significatifs :
p<0,004

Conclusion et perspectives :

L'amélioration des scores sur les DM repropoés montre l'efficacité de la formation. L'équipe rapporte se sentir plus à l'aise dans son travail grâce à une consolidation des connaissances. Le format court en pédagogie inversée a permis aux équipes de se rassembler quotidiennement. Ainsi, une cohésion s'est créée entre coéquipiers.

Des améliorations ont été apportées d'une session à l'autre grâce aux questionnaires de satisfaction comme la création d'un classeur puis d'un fichier réponses permettant la consultation *a posteriori* de la correction orale.

L'absentéisme constitue un biais dans cette étude. Lors d'une prochaine édition, il serait judicieux de diminuer le nombre d'équipes au profit d'une plus grande taille pour palier ce problème.

Les équipes sont satisfaites du format proposé et sont demandeuses d'autres éditions sur des thèmes variés.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

INTRODUCTION

- Formation continue du personnel en stérilisation : obligation en regard de l'importance du facteur humain dans la qualité de la stérilisation.
- Très peu d'outils de formation continue ludiques axés sur la connaissance des DMR.

OBJECTIF

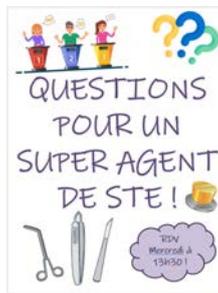
Créer un outil de formation ludique sur les DMR et évaluer l'outil lors de différentes sessions en termes de satisfaction des agents de stérilisation et d'efficacité.

MATERIEL ET METHODES

- 1** Création de 178 cartes sur les DMR accessibles à tout moment et utilisées lors des séances de formation



- 2** Affiche teaser diffusée la veille de la séance



- 3** 1 séance par semaine pendant 1 mois animée par un binôme pharmacien/interne

- ⌚ Environ 30 minutes par séance
- 👥 2 équipes de 2
- 🧩 4 jeux :
 - Devine DM
 - Dessinez c'est gagné version DM
 - Questions pour un super agent de sté
 - Mémo DM

- 4** A la fin des 4 séances : questionnaire de satisfaction remis aux agents de stérilisation

RESULTATS

n = nombre d'agents = 7

👍 100% de satisfaction

☆☆☆ Note globale : 9,4/10

👥 85,7% estiment avoir progressé en s'amusant



Devine DM



Dessinez c'est gagné version DM



Questions pour un super agent de sté



Mémo DM

CONCLUSION/DISCUSSION



- Outil de formation ludique apprécié
- Amélioration des connaissances des agents de stérilisation
- Permet de renforcer la cohésion d'équipe
- Type de formation applicable à tous les secteurs



- 4 séances insuffisantes pour une amélioration significative du niveau de connaissance

=> Instauration d'une régularité des séances de formation et intégration dans l'activité du service à une fréquence actuelle de 4 séances par semestre afin de maintenir le niveau de connaissance des agents de stérilisation et l'améliorer.

« 33èmes JNFDM Clermont-Ferrand »

INTRODUCTION - OBJECTIFS

En septembre 2022, nous avons mis en place dans notre établissement des **entretiens pharmaceutiques hebdomadaires** afin d'améliorer la prise en charge des patients en **hôpital de jour de diabétologie**.

Il nous semblait important de choisir un support **éducatif et ludique**.



C'est dans ce contexte que nous avons créé **2 puzzles à jouer** ainsi qu'un **livret informatif** qui servent de fil conducteur à l'entretien.

Le **premier puzzle** décrit les étapes d'injection des stylos injecteurs d'insulines.

Le **second puzzle** décrit les modalités d'utilisation des systèmes flash d'auto-surveillance automatique de la glycémie (SFAG).



Le but pour le patient est de **reconnaitre les bons des mauvais comportements à adopter**. A partir des réponses données, le pharmacien rebondit sur d'autres sujets liés au bon usage des insulines.

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'impact de ces puzzles dans l'amélioration des connaissances pratiques des patients diabétiques.

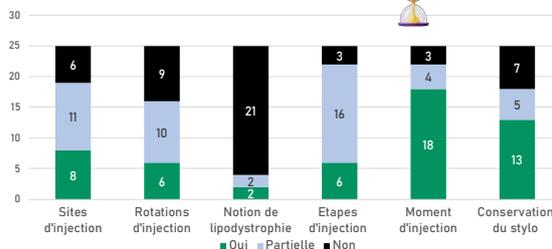
MATERIEL & METHODES

- Nous avons récupéré les **données des entretiens pharmaceutiques de septembre 2022 à janvier 2023 inclus**.
- Lors de l'entretien, une **évaluation des connaissances du patient** est réalisée par le pharmacien **avant et après l'utilisation du puzzle éducatif**.

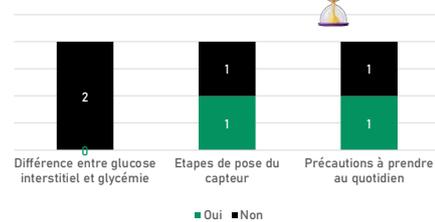
RESULTATS

Au total, au cours des **60 consultations réalisées**, les puzzles ont permis d'évaluer les connaissances de **25 patients sous insuline** et **2 patients sous SFAG** (les autres patients n'ayant pas d'insuline ou de SFAG au domicile).

Connaissances des patients sur leur **traitement par insuline** en début d'entretien



Connaissance des patients sur leur **SFAG** en début d'entretien



Pendant l'entretien, en parallèle du puzzle, les injections sont mimées avec un stylo de démonstration par le patient.

Cinq des patients avaient leurs injections faites par un infirmier au domicile et ont **souhaité apprendre** à réaliser l'injection eux-mêmes. Les autres étaient déjà autonomes.



En fin d'entretien

- L'entretien a permis de retravailler les notions non ou mal connues que le traitement soit récent ou non.
- Tous maîtrisaient les étapes d'injection et l'utilisation des SFAG.**

CONCLUSION

- De nombreux patients ont retourné oralement avoir été **intéressés par l'entretien et le système ludique**.
- Nous rencontrons de plus en plus de patients bénéficiant d'un **antidiabétique injectable non insulinaire**. Il serait opportun de **reproduire ce concept à ce type de stylos injectables**.



Etat des lieux des connaissances sur les dispositifs médicaux d'une équipe pharmaceutique

N° 15

J.MENARD ¹, E.KIEP ¹, C.POBEL ¹

¹ Pharmacie, Centre Hospitalier de Saintonge, 17100 SAINTES

menard.juliette21@gmail.com



Mots clés : Formation, Evaluation, Préparateurs

Introduction

La formation théorique continue des préparateurs en pharmacie (PP) et des pharmaciens (PH) est un indicateur de qualité important. L'affectation au poste de DM de nouveaux PP et l'évolution constante des nouveaux DM imposent de mettre en place de nouvelles formations.

Objectifs

Pharmaciens

Etat des lieux des connaissances théoriques des PH et PP sur les DM pour établir un programme de formation adapté

Préparateurs

Matériel et Méthodes

- ✓ Un questionnaire anonyme de 10 questions a été créé avec 4 questions sur la reconnaissance des DM, les logos et la réglementation, puis 7 questions portant sur les différents abords pour évaluer les connaissances théoriques générales des PP et PH.
- ✓ Les questions prennent différentes formes : réponses à choix multiples, logos et photos à relier, charade, classement.



Février 2023

• Réalisation d'un questionnaire à destination des préparateurs et pharmaciens de la Pharmacie du Centre Hospitalier de Saintes

Mars 2023

• Recueil et analyse

Avril 2023

• Réalisation d'un diaporama de compte rendu à destination des préparateurs et des pharmaciens et mise en place d'actions d'amélioration avec la réalisation d'une EPP (évaluation des pratiques professionnelles)

Résultats

Taux de réponses justes par thème	
Préparateurs	Pharmaciens
Reconnaissance des DM	
100 %	100 %
Logo DM	
50 %	66,67%
Réglementation	
37,5%	66,67%
Abord parentéral	
12,5%	66,67%
Abord respiratoire	
6,25%	66,67%

PP	PH
16 réponses	6 réponses
Moyenne : 10,8	Moyenne : 16,73
Intervalle : (4,4-17,4)	Intervalle : (12,2-20)

Taux de réponses justes par thème	
Préparateurs	Pharmaciens
Abord digestif	
31,25%	100%
Abord urinaire	
18,75%	66,67%
Pansements	
37,5%	83,33%
Abord chirurgical	
25%	50%
Charade sur la matériovigilance	
62,5%	100%

Principales erreurs	50% des PP ne connaissent pas la norme ENFIT	33,33% des PH et 56,25% des PP pensent que le ballonnet d'une sonde urinaire se gonfle avec du sérum physiologique
33,33% des PH et 37,5% des PP pensent que le marquage CE d'un DM est identique à celui d'un jouet	33,33% des PP et des PH confondent le picline et le midline	33,33% des PH et 62,5% des PP ne connaissent pas les techniques de ventilation

Conclusion

Cet état des lieux démontre un besoin important de formation et va permettre d'élaborer un programme adapté. Cela devrait permettre aux PP et PH de mieux appréhender les DM afin de s'y appliquer davantage pour réduire le risque d'erreurs

33^{èmes} JNFDM Clermont-Ferrand

Mots clef : Surveillance cardio-vasculaire, soins critiques

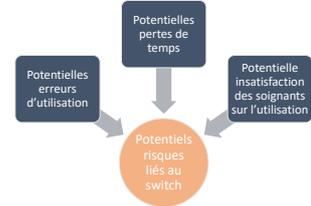
Introduction

Capteur de Pression Artérielle (CPA)
Utilisation +++ en services de soins critiques
→ Monitoring en continu de la pression artérielle des patients
→ Prélèvements sanguins facilités



Dans notre établissement

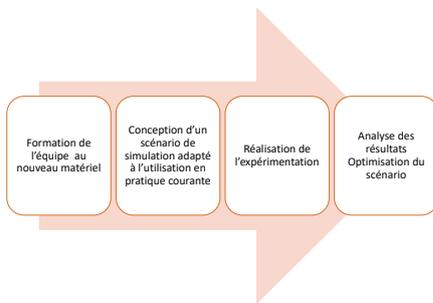
Ancienne référence
↓
Nouvelle référence
Différences mineures mais nombreuses



Objectifs

- Accompagner le changement de référence via une formation des utilisateurs basée sur la simulation
- Evaluer l'aptitude à l'utilisation du dispositif médical par la simulation

Matériel et Méthodes

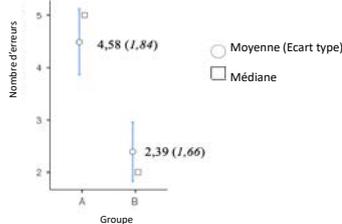


<p>Scénario de simulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Demande de prendre la PA à un patient fictif (mannequin et faux sang) 2) Demande de réalisation d'un prélèvement biologique 	<p>Soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réanimation polyvalente chirurgicale - Réanimation neurochirurgicale - Réanimation cardio-vasculaire
<p>Critère de jugement principal Nombre d'erreurs moyen / soignant</p>	<p>Randomisation aléatoire des soignants en 2 groupes</p> <p>Groupe A (GA) Scénario de simulation puis Formation</p> <p>Groupe B (GB) Formation puis Scénario de simulation</p> <p>Débriefing</p>
<p>Critères de jugement secondaires</p> <p>Temps nécessaire mesurer la pression artérielle Temps nécessaire pour réaliser un prélèvement artériel Proportion de soignants ayant rencontré au moins 1 difficulté Type d'erreurs Niveau de satisfaction déclaré à l'égard de la formation Niveau de satisfaction déclaré à l'égard du CPA</p>	
<p>Statistiques Logiciel : Jamovi® Comparaison de moyennes : Test de Student Comparaison de proportions : Test du Khi 2 Risque alpha : 0,05</p>	

Résultats

N = 33 dans chaque groupe (Effectif total = 66)
Groupes comparables :
- Expérience totale (8,44 ans GA et 7,42 GB, p value = 0,556)
- Expérience en soins critiques (6,34 GA; 5,35 GB, p value = 0,536)
- Niveau de confiance sur la gestion des CPA (8,24/10 GA, 8,72/10 GB, p value = 0,355)

Critère de jugement principal : Nombre d'erreurs moyen / soignant
Différence statistiquement significative (pvalue < 0,01)



Critères de jugement secondaires

- Pas de différence sur :
- les temps pour mesurer la PA
 - les temps pour réaliser un prélèvement artériel
 - la proportion de soignants ayant rencontré au moins une difficulté

Différence significative dans la proportion de certaines erreurs :

- Sens de fixation du CPA
- Epargne < 10 ml de sang avant prélèvement
- Erreur d'utilisation du flush
- Tentative de retrait de la tête de PA

Satisfaction autour de la formation : (n=50 soignants ont répondu au questionnaire)

9,6/10 en moyenne
Préférence notable pour simulation + briefing vs briefing seul

Soignants globalement satisfaits de la nouvelle référence de CPA

- Points positifs les plus déclarés :**
- Ergonomie du système épargneur de sang (8/50)
 - Valve anti-retour pour les prélèvements (8/50)
 - Facilité des prélèvements sanguins (7/50)

Points négatifs les plus déclarés :

- Robinets multiples (7/50)
- Fragilité ressentie (7/50)
- Manque d'intuitivité du système de fixation (6/50)

Discussion et Conclusion



C.Salomez-Ihl¹, A Morin-Noël¹, L Quarteroni¹, P Py¹, C Guimier¹, R Mazet¹, B Audema², R Langlois³, A Lehmann⁴, E Garnier¹, C Chevallier Brilloit¹, P Bedouch⁴
 1 : Univ. Grenoble Alpes, pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, 38000 Grenoble, France; 2 : Président du COPI. Médecin Correspondant du SAMU de la région Auvergne Rhône Alpes; 3 : Président association Médecins de Montagne Rhône Alpes; 4 : Univ. Grenoble Alpes, CHRS, UMR 5525, VetAgro Sup, Grenoble INP, pôle Pharmacie, CHU Grenoble Alpes, TIMC, 38000 Grenoble, France
 cordelia.salomezihl@gmail.com

Mots clef : Intubation, Simulation, Pénurie

Introduction

Fastrach® masque laryngé et sondes d'intubation (laboratoire Teleflex)
Dispositifs Médicaux (DM) essentiels, de recours en cas d'intubation difficile (urgence vitale)



Les **Fastrach® à usage unique** sont référencés dans notre établissement :

- Pour un usage **pré-hospitalier** par le **SAMU** et les **300 Médecins Correspondant du SAMU (MCS)** de notre réseau régional Auvergne Rhône Alpes
- Pour un usage **intra-hospitalier**, notamment dans les **Services d'Anesthésie et de Réanimation (SAR)**



Mars 2023 : Rupture d'approvisionnement de Fastrach® à usage unique



Objectif : Rapporter 1) la démarche entreprise pour pallier à cette situation de pénurie de DM essentiels
2) les enseignements tirés de cette gestion de crise

Matériel et Méthodes

- 1** Etat des lieux des usages selon les utilisateurs (SAMU, MCS, SAR) via visites de services et échanges avec les équipes
- 2** Analyse de risques en interservices de l'alternative proposée par le laboratoire : **Fastrach® réutilisables** nécessitant une stérilisation avant première utilisation, fournis sans les accessoires essentiels (seringue, lubrifiant)
- 3** Démonstration de l'aptitude à l'utilisation de ces nouvelles références par simulation
 Communication pour optimiser le bon usage

Résultats

1

Etat des lieux des utilisations :

- Rares en SAR et SAMU
(recours vidéo laryngoscopie >90% des cas)
- Courantes +++ chez les MCS
- Lubrifiants utilisés : divers
Certains non recommandés (lidocaïne)

2

Seringue et lubrifiant adaptés
Ré-étiquetage

Connecteur à oxygène
Ré-étiquetage

- Protocole de stérilisation adapté mis en place au CHU
- Seringue et lubrifiant adaptés rajoutés dans le conditionnement + repositionnement du connecteur à oxygène non stérilisable entre les deux emballages
- Emballages ré-étiquetés pour compenser la perte d'informations (tailles masques et sondes, correspondance avec le poids du patient, volume de gonflage des ballonnets)

3

- Ergonomie du geste et niveau de propreté vérifiés par simulation
- Rédaction d'une note d'information pour les praticiens
- Intégration des **Fastrach® réutilisables** aux sessions de formations pratiques des MCS

Discussion et Conclusion

Ce travail démontre la plus-value d'une collaboration interservices incluant un réseau ville-hôpital dans la gestion d'une rupture d'approvisionnement en DM essentiels

Simulation :
 → Outil adapté à la démonstration de l'aptitude à l'utilisation des **Fastrach® réutilisables**

La méthodologie proposée apporte de la réactivité en gestion de crise

En SAR : **Fastrach® réutilisables** mieux adaptés aux pratiques habituelles

Nécessité d'audit pour s'assurer de la juste utilisation des DM et des lubrifiants

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand - 2023

INTRODUCTION

La formation continue du personnel favorise la sécurisation du circuit des DM.

→ Un modèle de formation validé et un outil d'évaluation interactif sont appliqués sur des thématiques en évolution telles que la norme Enfit, l'oxygénothérapie haut débit (Optiflow®).

Organisation d'une formation sur :

- Oxygénothérapie conventionnelle
- Optiflow®
- Intubation simple

Objectif : Evaluation de l'acquisition des connaissances grâce à un questionnaire interactif en ligne (Woopclap®)

MATERIELS ET METHODES



Formation de 1h

Groupes de 7 à 12 personnes, incluant :

- Préparateur en pharmacie (PPH)
- Agents de pharmacie
- Internes et externes en pharmacie
- Pharmacien du secteur DM

Q1 : Questionnaire interactif de 7 items (QCM, vrai/faux, associations d'images)

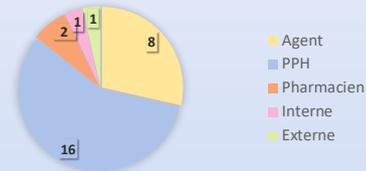
Formation théorique (diaporama) et manipulation des DM

Q2 : Même questionnaire en fin de séance

Analyses statistiques des résultats des participants : Test de comparaison de moyennes en série appariées + Shapiro-Wilk + Mann Whitney (Logiciel SPSS® V29.0.0.0)

RESULTATS

Au total : 3 séances réalisées, avec 28 participants
 Résultats sur 26 points au total



Moyenne des résultats obtenus (+/- écart type) :

- Q1 : 21,68 points (+/- 2,67)
- Q2 : 24,46 (+/- 1,57)

Cela indique une amélioration moyenne de 2.79 points (+/- 2,56) (p < 0.001).

Comparaison PPH/Agents :

- Les PPH ont eu en moyenne de meilleurs résultats que les agents au Q1 : 21,1 (+/- 2,21) points vs 19,5 (+/- 2,13) points, (p < 0,001)
- Cependant l'amélioration moyenne des agents (3,75 (+/- 1,67) points) n'est pas significativement supérieure par rapport à celle des PPH (2,42 (+/- 2,50) points) (p = 0,13)

DISCUSSION / CONCLUSION

✓ Nous avons observé pendant les questionnaires certains biais tels que la formulation des questions, il faut s'assurer que cette dernière soit claire.

✓ On observe une nette amélioration des résultats après la formation. Celle-ci fait donc ses preuves sur le court terme. Néanmoins, une évaluation à un mois devra être réalisée afin de juger de son efficacité sur le long terme.

✓ Cette formation est désormais digitalisée sur la plateforme pédagogique Scénari® afin d'être à disposition du personnel et de l'intégrer à la formation des nouveaux arrivants.

→ **La formation continue contribue à la sécurisation du circuit des DM** et doit donc être considérée comme un processus régulier pour maintenir à jour les connaissances sur des thématiques en constante évolution.

FORMATION CONTINUE DU PERSONNEL : ET SI ON JOUAIT ?

N°19



Joséphine GAUTIER¹, Carmen RENARD¹, Catherine L'EILDE BALCON¹, Virginie COGULET¹
1 : Pharmacie CAMSP, Hôpital CAVALE BLANCHE – CHU Brest – josephine.gtr@gmail.com



Mot-clés : formation, jeu sérieux, circuit des DM

CONTEXTE

- ✓ La **formation continue du personnel** de la pharmacie sur le secteur des Dispositifs médicaux (DM) → **Sessions mensuelles de 1h en groupes** de 10 à 12 personnes.
- ✓ **Cible** : OPQ (ouvriers professionnels qualifiés) qui assurent une grande partie du circuit des DM sur l'établissement : La réception, la distribution, la livraison, le rangement



Nouvelle thématique chaque mois!

En général préparée par un interne en pharmacie avec un pharmacien

OBJECTIF



- **Maintenir et renforcer** les connaissances générales sur le circuit des DM dans un format :

LUDIQUE
PARTICIPATIF **EVOLUTIF** **REPRODUCTIBLE**
ADAPTE A TOUS !

MATERIELS & METHODES



RECHERCHE DOCUMENTAIRE SUR LA THEMATIQUE DE FORMATION LUDIQUE ET INTERACTIVE

Idee retenue adaptée aux DM : créer un jeu type Trivial Poursuit®.
Identification un jeu plébiscité dans un autre établissement : Trivial DM [1]



CONCEPTION DU JEU TRIVIAL DM ÉDITION CAMSP :

- Définition de **6 catégories** : généralités, reconnaissance de DM, pictogrammes, circuit CAMSP, traçabilité/délivrance, cas pratiques/bon usage
- Création de **90 questions/réponses** et de la **règle du jeu**

Sources : réflexion pharmacien/interne, procédures internes, Manuel des dispositifs médicaux Europharmat, problématiques rencontrées lors de la permanence pharmaceutique des pharmaciens



RÉDACTION D'UNE FICHE D'ÉVALUATION : questionnaire à 10 questions

RESULTATS

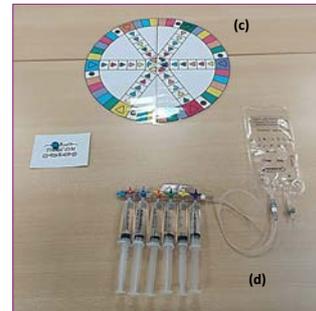
PRÉSENTATION DU JEU



- ✓ **Cible** : OPQ, PPH, internes, pharmaciens
 - Répartition du groupe en équipes de 2 à 3 personnes
 - Animation du jeu par 1 interne et 1 pharmacien



- ✓ **Éléments du jeu** :
 - Cartes questions/réponses (a) :
 - 1 couleur par catégorie, 5 formats de question :
 - Vrai/Faux
 - Qu'est-ce que c'est ?
 - Le savez-vous ?
 - Cas pratique
 - QCM
 - Règle du jeu (b)
 - Plateau de jeu circulaire central (c)
 - Montage de seringues remplies sur rampe de robinets reliée à une poche vide (d)
 - 1 montage par équipe
 - Bouchons = pions
 - 1 par équipe
 - Un dé



- ✓ **Objectif du jeu** : répondre correctement à au moins 1 question de chaque catégorie pour ouvrir tous les robinets et remplir la poche
 - Discussions/explications animées en **débat** à chaque question posée



- ✓ **Durée moyenne de jeu** : 45 minutes
 - 3 sessions de formation réalisées



- ✓ **Fin du jeu** : remise d'une médaille à chaque membre de l'équipe gagnante



EVALUATION DU JEU



- ✓ **Questionnaire remis à chaque participant (n = 16)** :
 - Moyenne calculée sur les réponses aux **7 QCM à choix multiples** (très bien à insuffisant) :
 - 1 - Apport de la formation en termes de compétences globales
 - 2 - Le formateur a utilisé efficacement le temps dont il disposait
 - 3 - Le formateur était à l'écoute
 - 4 - Les objectifs d'apprentissage étaient clairs
 - 5 - Le contenu de la formation était adapté
 - 6 - La durée de la formation était correcte
 - 7 - Le support de la formation était adapté

Moyenne générale du jeu = 18,8/20

En quelques mots...

Les connaissances sont actualisées. Le débat était animé 😊

Le concept était top, ludique !

Les thèmes des questions étaient très intéressants

Merci pour le jeu. C'était ludique, attractif et surtout en équipe !

Super ambiance !!

DISCUSSION/CONCLUSION

AVANTAGES



- ✓ Aspect ludique de la formation apprécié par tous les participants
- ✓ Discussion animateur/joueur amène une « *bonne ambiance* »
- ✓ Jeu en équipes :
 - Pas de compétition individuelle ; pas de jugement
 - Participation facilitée de chaque joueur

LIMITES



- X Nécessité de réaliser plusieurs sessions pour les grands groupes
- X Pas de vérification des acquis en fin de formation
- X Temps de session limité : « surveiller la montre »

PERSPECTIVES : évolutivité des catégories de questions en gardant la trame du jeu et en répondant aux besoins de formation du personnel

[1] Metzger S., Trivial DM : un jeu pour cibler la formation du personnel au circuit des Dispositifs Médicaux (DM), CHI Poissy-Saint Germain, 2019

INTRODUCTION :

Création d'un outil de **formation continue** en DM → fiches de « **Pédagogie éphémère** » (PE) :

- ✓ fiches synthétiques sur un thème donné (ex : stomies, pansements),
- ✓ rédigées par les internes et les pharmaciens,
- ✓ **exposées dans les lieux de stockage pendant un mois,**
- ✓ puis un **questionnaire** est proposé pour évaluer les informations retenues.

Objectif : évaluer la **satisfaction** de l'équipe à travers un questionnaire

MATERIELS ET METHODES :

Questionnaire de satisfaction au format web est diffusé pendant un mois :



Satisfaction générale ?

Niveau de connaissances avant et après formation ?

Rotation des thèmes ?

Organisation : affichage puis questionnaire ?

Compréhension + exhaustivité des fiches ?

Niveau des thèmes abordés ?



Réponses libres :

Durée d'affichage idéale

Points forts

Idées d'amélioration du format

Suggestions de thèmes à aborder

RESULTATS :



51,2% de taux de participation : 1 cadre, 2 internes, 7 pharmaciens et 12 préparateurs



Satisfaction générale → 4,1/5

Organisation en affichage puis questionnaire d'évaluation → 4,2/5



Niveau de connaissance auto-estimé progresse de 2,7/5 à 3,8/5

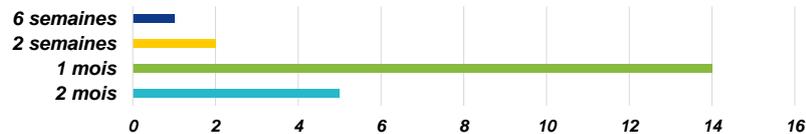


Axes d'amélioration :

- **disponibilité des fiches par mail/support physique après affichage**
- **mise en place d'ateliers pratiques**



Durée d'affichage idéale :



DISCUSSION – CONCLUSION :

Au vu des résultats, le format actuel semble **correspondre** aux attentes des équipes. De plus, **l'amélioration** du niveau de connaissances avant et après formation est très **satisfaisante**.

Ces résultats nous encouragent à **pérenniser** cet outil de formation, les prochains thèmes porteront sur les sujets sollicités dans les réponses. Aussi le questionnaire est accessible dès l'affichage via un QRCode inclus sur les fiches.

PLACE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE CHEZ LES PATIENTS AVEC VALVE CARDIAQUE

Subidsha NANDAKUMARAN , Lionel TORTOLANO , Muriel PAUL, Valérie ARCHER (Valerie.archer@aphp.fr)
 Unité Pharmaceutique des Dispositifs Médicaux Stériles (UPDMS), Hôpital Henri Mondor, 51 av. du maréchal de Lattre de Tassigny, 94000 Créteil

Mots clés : Informations du patient, dispositif médical implantable, parcours patient

INTRODUCTION

L'information du patient porteur d'implant est une obligation réglementaire qui permet de réduire le risque de complications ainsi que leurs gravités.

En 2022, nos services de cardiologie ont réalisé **380** poses de valves via 2 circuits : TAVI et la chirurgie à cœur ouvert (CCO)

OBJECTIF

Evaluer la faisabilité de séances d'ETP porteurs de valves cardiaques.

MATERIEL ET METHODE

Observation des pratiques et évaluation de l'attente des soignants

Bilan des différents parcours et des attentes des patients

Grille d'Audit concernant les informations dispensées aux patients

Conception pluridisciplinaire d'un questionnaire de 25 items concernant les informations reçues par les patients

Infirmières
 Anesthésistes
 Cardiologues / Chirurgiens

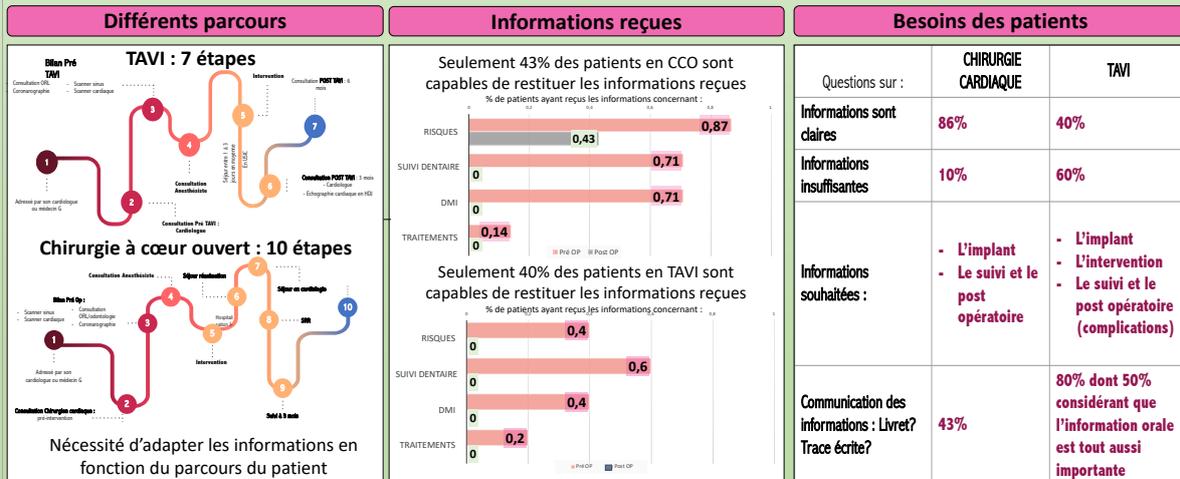
- ✓ Par qui ?
- ✓ Comment ?
- ✓ Quand ?
- ✓ A propos de?



A SCANNER

RESULTATS

Février à Mars 2023 ➤ **12 Patients** : 5 TAVI et 7 CCO ➤ **Sexe** : 50% F (80% TAVI) et 50% H ➤ **Age moyen** CCO : 55 / TAVI : 79



Ces résultats mettent en lumière la divergence de pratique entre les deux parcours et un besoin de formaliser la communication des informations au patient avec une attente des patients de celle-ci.

CONCLUSION

ETP en cardiologie sur 2 parcours distincts et différents

Faisabilité démontrée

Besoins exprimés par les patients et les soignants (pluridisciplinaire)

Manque d'informations

Ce bilan a montré des attentes partagées par les patients, quelque soit le parcours patient TAVI ou CCO. Le prolongement de ce travail serait la mise en place de séance d'éducation thérapeutique du patient porteur de valve cardiaque en commençant par ceux de CCO.

INFORMATION-BON USAGE DES DISPOSITIFS MEDICAUX

ARRET DE COMMERCIALISATION DE ROBINETS 3 VOIES : LE CASSE-TETE DE LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

B. RAMEE¹, B. MATHAT¹, F. DOUANE², C. PERRET², F. NATIVEL^{1,3}, J. CLOUET^{1,3}

(1) Nantes Université, CHU de Nantes, Pharmacie, F-44000, Nantes

(2) Nantes Université, CHU de Nantes, Service Radiologie Interventionnelle, F-44000, Nantes

(3) Nantes Université, UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, F-44000, Nantes

barthelemy.ramee@gmail.com ; benjamin.mathat@hotmail.fr

Mots-clés : Radio-embolisation, polycarbonate, cyanoacrylate

Contexte & objectifs

Radio-embolisation : procédure d'urgence consistant à venir former un thrombus au sein d'un vaisseau pour arrêter un saignement (anévrisme, fistule)
Au CHU de Nantes, cette procédure est réalisée en mélangeant une colle chirurgicale (Glubran 2® / Magic Glue®) à un produit de contraste iodé (Lipiodol®) au travers d'un robinet 3 voies lipido-résistant (R3VLR). Observation fréquente d'un manque d'étanchéité.



Arrêt de commercialisation des R3VLR référencés dans notre centre. Recherche d'alternative avec tests d'étanchéité.



Déterminer la cause des fuites sur les R3VLR et proposer une alternative au service de radiologie interventionnelle

Matériel & Méthodes

Rédaction d'un protocole de test

1. Prélever le/les produits à tester avec une seringue LL de 10mL
2. Brancher la seringue contenant le produit à tester sur le robinet 3 voies
3. Connecter une deuxième seringue de 10mL (vide ou contenant le second produit) au R3VLR
4. Réaliser des transferts de produit entre les deux seringues au travers du R3VLR pendant 5 minutes
5. Attendre 5 minutes et refaire passer le produit à travers le R3VLR et constater la présence ou l'absence de fuite
7. Test à réaliser 3 fois par référence

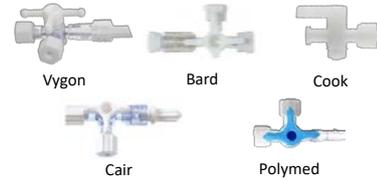
Conditions testées :

- ✓ Colle chirurgicale seule
- ✓ Produit de contraste iodé seul
- ✓ Dilution 1/10^{ème} colle chirurgicale (CC) / produit de contraste iodé (PCI)
- ✓ Dilution 1/7^{ème} entre CC/PCI
- ✓ Dilution 1/5^{ème} entre CC/PCI
- ✓ Mélange 1/1 entre CC/PCI

2 colles chirurgicales (CC) testées



5 références de R3VLR testés

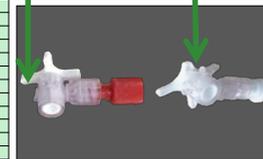


Résultats

Laboratoire / Fournisseur	COOK	CAIR	VYGON	BARD	POLYMED
Référence	G00219	R0301M	876.20	394600	13026
GLUBRAN® GEM seul	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3
Magic Glue® BALT seul	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3
LIPIODOL GUERBET seul	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3
GLUBRAN + LIPIODOL 1/10 ^{ème}	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3
GLUBRAN + LIPIODOL 1/7 ^{ème}	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	3 min 3 min 3 min	Essai 1 Essai 2 Essai 3
GLUBRAN + LIPIODOL 1/5 ^{ème}	Essai 1 Essai 2 Essai 3	20 secondes 15 secondes 20 secondes	20 secondes 20 secondes 15 secondes	2 min 2 min 2 min	Essai 1 Essai 2 Essai 3
GLUBRAN + LIPIODOL 1/1	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	40 secondes 40 secondes 40 secondes	1 min 1 min 1 min
Magic glue® + LIPIODOL 1/10 ^{ème}	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3
Magic glue® + LIPIODOL 1/7 ^{ème}	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3
Magic glue® + LIPIODOL 1/5 ^{ème}	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3	Essai 1 Essai 2 Essai 3
Magic glue® + LIPIODOL 1/1	Essai 1 Essai 2 Essai 3	2 min 2 min 2 min	2 min 2 min 2 min	2 min 2 min 2 min	1 min 1 min 1 min

: Absence de fuite : Fuite en « X » temps : Fuite immédiate

Les voies des robinets se cassent à la moindre contrainte



R3VLR après mélange Glubran® + Lipiodol® 1/1

Discussion

Les CC testées sont à base de cyanoacrylate et semblent interagir avec le Polycarbonate composant les R3VLR, entraînant la « fonte » du plastique. Une interaction est déjà connue pour le Glubran® avec le polycarbonate sous la forme d'une contre-indication sans plus de précision.

L'association CC - PCI semble favoriser la survenue de cette interaction.

Afin de poursuivre cette évaluation, l'utilisation de références de R3VLR composées de polymères différents du PC ou de robinets 3 voies en acier re-stérilisable est envisagée.

L.RENOUD, Y.ROCHER, A.DAIKH, D.SCHMITT, F.REYMOND, P.BEDOUCHE

CHU Grenoble Alpes, Pôle Pharmacie, Ville : La Tronche, renoud.lucie@gmail.com

Mots clefs : radiofréquence, audit, bon usage



CONTEXTE

Dans le cadre du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiéce des Soins (CAQES), nous nous sommes intéressés à l'utilisation des électrodes de radiofréquence (RF) Leveen®. Ces aiguilles permettent des **ablations tumorales percutanées** et des interventions **radiologiques mini-invasives** visant à détruire une tumeur cancéreuse primitive ou une métastase.

OBJECTIF PRINCIPAL

Évaluer la conformité des indications d'utilisation des aiguilles de RF Leveen® aux différents référentiels existants.

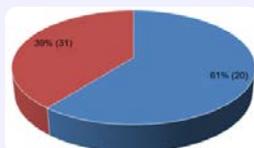
MATERIELS ET METHODES

Étude rétrospective sur les données de traçabilité patient des électrodes RF sur l'année 2022.

- Analyse de la conformité des indications cliniques relevées dans les dossiers patients conformément aux référentiels suivants :
 - **Information For Use (IFU)** : nécrose par coagulation thermique des tissus mous, y compris l'ablation partielle ou totale de lésions hépatiques non résécables.
 - Référentiel **LPPR** (indications acceptées au remboursement) : prise en charge des tumeurs rénales.
 - Référentiels **HAS et CNEDIMTS** : prise en charge de lésions hépatiques et pulmonaires.
- Vérification de la **concordance de saisie d'indication entre le dossier de soins informatisé et le logiciel de traçabilité**.
- Recueil de l'**association à un protocole de chimiothérapie**.

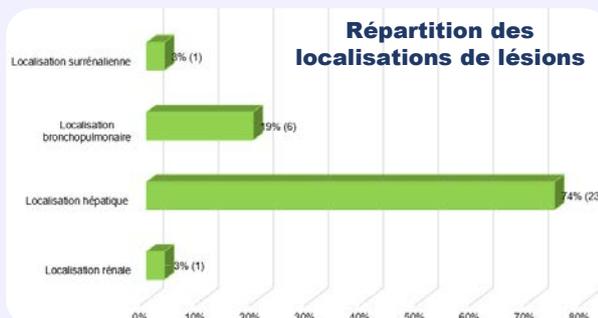
RESULTATS

Répartition des typologies de lésions



- Prise en charge de tumeurs primitives
- Prise en charge de lésions métastatiques

- **31 dossiers patients analysés correspondant à 33 aiguilles de RF.**
- Utilisation conforme à l'IFU (100%).
- Décision de traitement en RCP (94%).
- Réalisation des procédures en radiologie interventionnelle (100%).
- Concordance dossier informatisé/logiciel de traçabilité (84%).
- Association à un protocole de chimiothérapie (32%).



Répartition des localisations de lésions

➔ **Conformité aux avis de la CNEDIMTS (indications/critères) dans 97% des cas.**

DISCUSSION

- Indications majoritairement remboursées ou en attente de remboursement (avis favorables de la CNEDIMTS)



Demande de remboursement pour les indications ayant reçues un avis favorable de la CNEDIMTS

- Discordance entre l'indication dans le dossier de soins informatisé et l'indication renseignée au cours de la saisie de traçabilité du DMI.



Mise en évidence de la nécessité d'une validation pharmaceutique de la traçabilité



Importance de la sensibilisation des équipes paramédicales qui réalisent la traçabilité

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

E. PONCELET¹, M. DEBAILLEUL², N. GUENAUULT¹, E. FLORET¹

¹ : Pharmacie, Hôpital Saint-Philibert, 59160 Lomme

² : Pharmacie, Hôpital Saint-Vincent de Paul, 59000 Lille

Contact : florian.poncelet@sfr.fr

Mots-clés : Administration, Intraveineux, Dispositif médical, Pratique professionnelle

INTRODUCTION

Valve bidirectionnelle (VB) :

- Dispositif Médical (DM) permettant un accès direct à la voie veineuse
- Permet prélèvements et injections
- Assure un système clos



Dans 2 hôpitaux du groupement = même VB à flush neutre = ↑ Utilisation

Objectif
 Vérifier la conformité aux bonnes pratiques d'utilisation des valves bidirectionnelles

MATERIELS ET METHODES

Questionnaire :

- 6 questions ouvertes concernant l'utilisation et l'entretien des VB
- Transmis aux cadres des services utilisateurs

Réponses au questionnaire



Analyse et interprétations selon référentiels*

* : . Recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (1)
 . Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins (2)
 . Notices d'utilisations
 . Protocoles des établissements

RESULTATS

22 services utilisateurs ciblés = 84 répondants (58 de l'hôpital N°1 et 26 de l'hôpital N°2) :
66 infirmières + 12 sages-femmes + 6 médecins

DM associés	
Concernent :	
• 87% la voie veineuse périphérique	
• 55% la voie veineuse centrale	
Objectifs	
• Sécurité pour le patient et l'équipe soignante (94%)	
• Facilité pour les injections et les prélèvements (52%)	

Fig.1 : Réponses concernant les DM associés et les objectifs liés à l'utilisation des VB

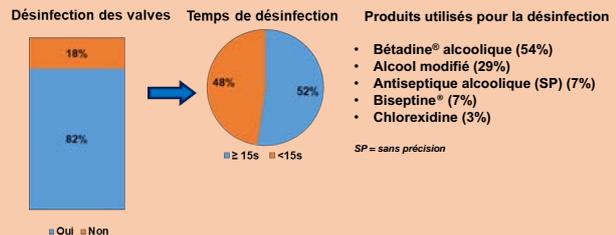


Fig.2 : Descriptifs des résultats concernant la désinfection des VB



Fig.3 : Réponses au sujet du rinçage des VB

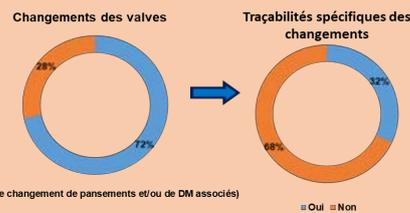


Fig.4 : Descriptions des résultats concernant les changements et traçabilités des VB (services d'hospitalisation de courte durée non concernés = 22 répondants appartenant à ces services)

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cet audit a permis :

- de connaître les pratiques des services de soins
- de mettre en évidence des non-conformités = notamment sur l'absence de désinfection et de rinçage des VB

Au vu des disparités constatées avec les référentiels : des mesures correctives seront entreprises

REFERENCES

1. HY_XXVII_SF2H_CATHETERS-2019.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: https://sf2h.net/wp-content/uploads/2019/05/HY_XXVII_SF2H_CATHETERS-2019.pdf
2. SPIADI - Découvrez l'outil pédagogique ValvFriction [Internet]. Répias : Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.preventioninfection.fr/actualites/spiadi-decouvrez-loutil-pedagogiquevalvfriction/>



BON USAGE DE LA THÉRAPIE PAR PRESSION NÉGATIVE : UNE REVUE COMPARATIVE DES RECOMMANDATIONS FRANÇAISES ET INTERNATIONALES



A.HASSAN (1), A.KERHOAS (1), X.ARMOIRY (1,2)
Mots clés: plaies-Traitement par pression négative-
bonne pratique

(1)Hospices Civils de Lyon-Hôpital Edouard Herriot, Lyon
(2)Université Lyon 1, Faculté de Pharmacie -ISPB, Lyon
Contact: ahassan@chu-clermontferrand.fr

•Introduction et Objectifs

La thérapie par pression négative (TPN) est largement utilisée pour la prise en charge des plaies sévères et/ou complexes en milieu hospitalier. Afin de préparer un audit sur le bon usage de cette technique (hors TPN sur ventre ouvert), nous avons voulu dresser un état des lieux des recommandations françaises et internationales.



•Matériels & Méthodes

Nous avons mené une recherche bibliographique non systématique des rapports d'évaluations technologiques, recommandations de pratiques ou conférences de consensus relatifs à la TPN, publiés sur la période 2003-2020. Les recherches ont été menées sur les bases PubMed, GoogleScholar et Google. Les mots clés renseignés étaient «negative pressure therapy» «wound healing» «recommandation» «consensus» et «thérapie par pression négative» «recommandations» «françaises» «internationales». Quand cela était indiqué, ont été relevés les indications, les rythmes préconisés de changement de pansements, de réévaluation des plaies et les durées de traitement.

•Résultats

Nous avons identifié 34 documents (15 ont été retenus pour l'analyse). Parmi les 15 documents retenus, la HAS française, la NHS anglaise, le NSW australien et l'Ontario Health et l'INESSS canadiens étaient ceux qui apportaient le plus d'indications sur ces éléments (données représentées dans le tableau).

En ce qui concerne la TPN à usage préventif, utilisée sur les incisions de plaies chirurgicales à l'aide des systèmes PICO à usage unique, il ne semble pas y avoir de consensus clair au sujet de son utilisation. En effet, la HAS n'a pour le moment pas émis de recommandations à ce sujet, tandis que le National Healthcare Institute Excellence au Royaume-Uni estime le niveau de preuve suffisant chez les patients à haut risque de complications infectieuses.

					
Indications	1ère intention plaies aiguës 2ème intention plaies chroniques	1ère intention plaies aiguës 2ème intention plaies chroniques drainage des plaies fasciites nécrosantes brûlures	1ère intention plaies aiguës 2ème intention plaies chroniques	Plaies aiguës chroniques, pose de lambeaux greffes cutanées	1ère intention plaies aiguës 2ème intention plaies chroniques
Changement des pansements	2 à 4 jours	2 à 3 jours	2 à 4 jours	2 à 7 jours	2 à 3 jours
Réévaluation de la plaie	Chaque changement de pansement	Chaque changement de pansement	Toutes les 2 semaines	Toutes les 2 semaines	la 1ère semaine puis toutes les 2 semaines
Durée de traitement	30 jours renouvelable une fois	Non renseigné	Non renseigné	Jusqu'à 4 mois	30 jours renouvelable une fois

•Discussion /Conclusion

La TPN a fait l'objet de nombreux travaux afin d'encadrer son usage. Les recommandations françaises et internationales sont globalement convergentes hormis quelques divergences en particulier sur les durées de traitement. Un consensus autour de la TPN préventive semblerait nécessaire du fait de l'émergence de cet usage dans les établissements de santé.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

Bon Usage des DMI de l'Incontinence Urinaire : Audit de suivi d'indications

¹Claire FLORENT, ¹Jérôme PERREY, ¹Christine FAURE

¹Service Pharmacie, CHU de Montpellier, France, claire.florent@chu-montpellier.fr

Mots clés : urine, audit, qualité

INTRODUCTION

Contexte :

Dans le cadre du suivi du bon usage des DMI, une analyse de l'adéquation entre les pratiques professionnelles et les critères de la LPP est faite annuellement. Le groupe de travail dédié a sélectionné, pour l'année 2022, les DMI d'urologie suite à l'élargissement de l'arsenal thérapeutique de l'incontinence urinaire avec les ballonnets périurétraux ACT® dans notre établissement.

Objectif : Evaluer le suivi de l'indication d'implantation des DMI déjà référencés dans l'incontinence urinaire soit l'INTERSTIM II® et l'AMS800®

- INTERSTIM II : Neuromodulateur des racines sacrées
- AMS800 : Sphincter Artificiel

MATERIELS ET METHODE

Analyse rétrospective

- Année 2022
- Totalité des primo-implantations de l'INTERSTIM II et d'AMS800
- Extraction des données via le logiciel de traçabilité d'implantation des DMI et du dossier médical informatisé (DXCare)

Réalisation d'une grille d'audit

- Issue de la LPP
- Pour chaque prescription

Analyse de la conformité des prescriptions

- Respect de l'ensemble des critères de remboursement (oui/non)
- Conformité globale de la prescription (oui/non)

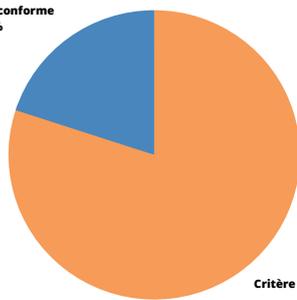
RESULTATS

15 dossiers ont été recensés

- 11 implantations AMS 800® → **Conformité globale des prescriptions = 100%**
- 4 implantations INTERSTIM II® → **Conformité globale des prescriptions = 25%**

Type de non-conformité INTERSTIM II®

Critère non conforme
20%



Critère non renseigné
80%

Au total on retrouve 5 critères non conformes sur les 4 dossiers patients INTERSTIM II® :

- 4 critères non conformes par **manque de renseignement** :
Echec du traitement conservateur (n=2)
Bénéfice > 50% du test de neurostimulation (n=2)
- 1 critère **non conforme au référentiel** :
Absence d'hypertonie du sphincter strié (n=1)

CONCLUSION

- Les résultats sont satisfaisants en terme de Bon Usage de l'AMS 800 et il y a une perspective d'amélioration des résultats de Bon Usage de l'INTERSTIM II.
- 80% des non-conformités de l'INTERSTIM II sont dues au manque d'informations dans le dossier médical :
→ La simple mention de ces critères ramènerait la conformité globale des ordonnances à 75% pour l'INTERSTIM II
- Un rappel au médecin référent des critères de remboursements à renseigner dans le dossier médical du patient a été réalisé
- Programmation d'un nouvel audit dans 2 ans

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

M Raphaël MEKIES¹, Pr Louis LABROUSSE², Pr Johann CLOUET³, Dr Véronique CAHOREAU⁴, Dr Florence SAILLOUR-GLENNISSON⁵, Dr Aurélie FRESSELINAT¹

- 1 : Pharmacie des dispositifs médicaux stériles, CHU de Bordeaux, Hôpital Haut Lévêque, 33600 Pessac
- 2 : Service de chirurgie cardiaque, CHU de Bordeaux, Hôpital Haut Lévêque, 33600 Pessac
- 3 : Laboratoire RMeS Regenerative Medicine and Skeleton – INSERM URS1229, 44042 Nantes
- 4 : Coordination des vigilances sanitaires, CHU de Bordeaux, Hôpital Pellegrin, 33076 Bordeaux
- 5 : Unité de méthodologie d'évaluation en santé, CHU de Bordeaux, Hôpital Pellegrin, 33076 Bordeaux

Introduction :

Au bloc opératoire, l'obtention d'une bonne hémostasie est essentielle. Si elle est difficile à obtenir, les hémostatiques chirurgicaux peuvent être utilisés. Il en existe de nombreuses spécialités. Actuellement, il y a peu de recommandations sur leur utilisation.

Objectifs :

- Evaluer les pratiques en chirurgie cardiaque en France et dans notre centre.
- Envisager des actions d'harmonisation.

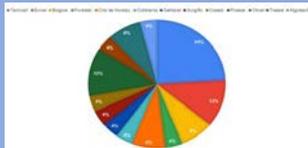
Matériels et méthodes :

- Etat des lieux multicentrique → questionnaire pour les pharmaciens hospitaliers
- Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) sous forme d'audit clinique
- Rédaction d'un poster informatif pour sensibiliser les équipes du bloc

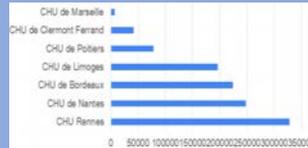
Résultats :

L'analyse multicentrique de 10 centres montre en chirurgie cardiaque une grande diversité :

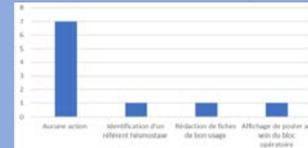
De référencement et pratiques :



De coûts :



D'actions de bon usage :



L'EPP analyse 157 dossiers patients et conclue que :

- Le recours à ces produits est expliqué par la présence de facteurs de risques préopératoires du patient ou à des pathologies à fort risque hémorragique.
- L'association de plusieurs hémostatiques est due à des indications multiples ou à un saignement majeur.
- Les interventions ayant le plus de saignements sont des interventions avec un coût opératoire plus important.

Indications	Médiane	Moyenne	Min	Max	Écartype
Pontage aorto-coronarien	142,5	284,89	122,47	944,3	251,12
Dissection aortique	472,15	523,46	128	1235,15	233,44
Remplacement valvulaire	317,00	337,92	128,00	970,08	196,16
Remplacement aortique par Bentall	472,15	500,25	128	1117,36	200,73
Annuloplastie mitrale	353,47	385,66	128	1143,53	208,01
Procédure de Ross	472,15	517,4	317	1327,5	283,22
Transplantation cardiaque	317	333,5	128	763	256,77
Exérèse de myxome	472,15	420,43	317	472,15	89,58
Toute situation confondue	350,49	401,58	122,47	1327,5	234,07

Le poster réalisé présente les différentes caractéristiques des spécialités et les indications proposées :

Classification	Spécialité	Fournisseur	Composition	Forme galénique	Biodégradabilité	Conservation	Prix Unitaire HT	Quantité utilisée en 2021	Indications proposées
MDS	TACHOSIL®	Takeda	Matrice de collagène Fibrine + Thrombine	Eponge prête à l'emploi	Résorbable en 24 semaines	T°C Ambiante	4,8 cmx4,8 cm = 342,50€ 1mL = 69€ 2mL = 129€	61	Saignement opératoire continu Renforcement des sutures fragiles Bentall
	EVICEL®	Ethicon	Fibrinogène + Thrombine	Seringues à décongeler	NR	Congélateur + 1 mois à +2/+8°C après décongélation	5mL = 317€	226	Remplacement valvulaire Assure l'hémostase pour contrôler les saignements et risques de saignement post opératoire
DMs	GELTACEL®	Gelltamedical	Cellulose oxydée d'origine végétale	Compresses prêtes à l'emploi	Résorbable en 4 semaines	Réfrigérateur	5cmx7cm = 3,74€ 5cmx35cm = 7,47€	1465	Saignement opératoire continu
	COLLATAMP®	Serb	Collagène bovin + Gentamicine	Compresses prêtes à l'emploi	Rapidement résorbable	T°C Ambiante	5cmx5cm = 69€ 5cmx20cm = 129€	137	Traitement et prophylaxie des infections du site opératoire
	BIOGLUE®	Gamida	Albumine bovine + Glutaraldéhyde	Seringues prêtes à l'emploi	Résorbable en 24 mois	T°C Ambiante	2mL = 346,75€ 5mL = 472,15€	241	Dissections aortiques Bentall Renforcement et encollage des tissus mous Renforcement des sutures fragiles
	ALGOSTERIL®	Brothier	Alginate de Ca2+	Compresses prêtes à l'emploi	NON résorbable	T°C Ambiante	10cmx20cm = 3,49€	96	Saignement opératoire continu

Conclusion :

Les hémostatiques sont nombreux et leurs utilisations variées. Il y a peu de recommandations cliniques limitant la stratégie thérapeutique à l'expertise des prescripteurs.

Le poster affiché permet une harmonisation des pratiques et une aide aux agents du bloc opératoire. À la suite de notre étude, le coût représenté par les hémostatiques a diminué de 5% (8700€) au bloc opératoire de chirurgie cardiaque.

Mots clés : Agents hémostatiques chirurgicaux, Chirurgie cardiaque, Saignement opératoire



Bonnes Pratiques (BP) de préparation et d'administration des perfusions : sont-elles appliquées dans les services de soins ?

28



N. FOURNIER, G. BAUSSANT, G. POTTIER, A. DESWARTE
Centre Hospitalier d'Armentières

Mots-clés : Qualité, Audit, Injectables

INTRODUCTION :

La préparation et l'administration d'une perfusion sont des points clés dans la sécurisation de la prise en charge du patient. En effet les perfusions doivent être préparées dans le respect des bonnes pratiques, dans des conditions d'hygiène adéquates et en veillant au bon usage des dispositifs médicaux utilisés.

OBJECTIF :

Analyser les pratiques de perfusion à l'aide d'un audit au sein des services afin d'identifier les points forts et ceux à améliorer.

MATÉRIEL ET MÉTHODES :

La grille d'audit utilisée a été rédigée selon les recommandations du guide de la HAS de 2016. Elle comporte 42 items:

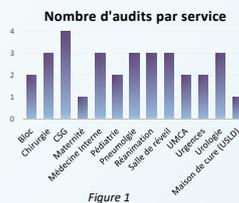
- 18 sur la préparation de la perfusion,
- 18 sur l'administration,
- 6 sur la connaissance des procédures et documents internes.

Elle a été validée par le « groupe perfusion » de l'hôpital (regroupant pharmacien, médecins référents, cadres de santé, infirmiers référents perfusions des différents services, infirmiers du service d'hygiène).

Les audits ont été réalisés par l'interne en pharmacie lors de passages aléatoires dans les services. Une analyse des données a permis d'élaborer un plan d'action.

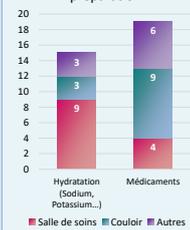
RÉSULTATS :

- De juillet à septembre 2022 : 32 audits ont été réalisés dans la majorité des services de l'hôpital (fig. 1).
- Les perfusions observées étaient principalement des perfusions par voie intraveineuse (fig. 2).

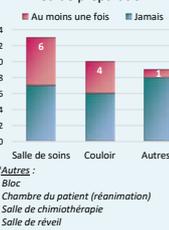


- 15 préparations concernaient des hydratations (solutés supplémentés d'ions) et 19 des médicaments (amoxicilline, morphine...) (fig. 3)
- Le nombre d'interruptions de tâche n'est pas plus important lorsque la préparation à lieu dans le couloir (fig. 4)

Type de perfusion et répartition par lieu de préparation



Nombre d'interruptions de tâche en fonction du lieu de préparation



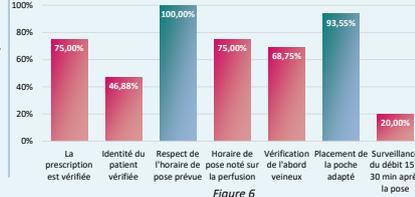
Pourcentages de « OUI » aux différents items, regroupés par thématique (fig. 5 à 9) :

Les différentes étapes de préparation de la perfusion sont maîtrisées :

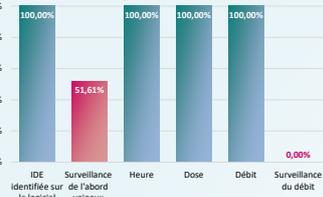
100%

- choix du solvant
- reconstitution
- volumes prélevés
- purge de la tubulure

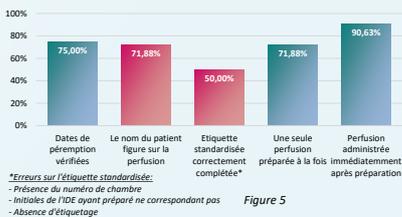
Concernant l'administration de la perfusion



Concernant la traçabilité de l'administration

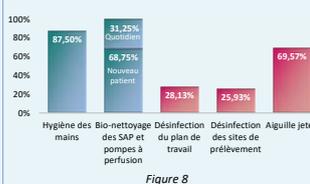


Concernant la préparation de la perfusion

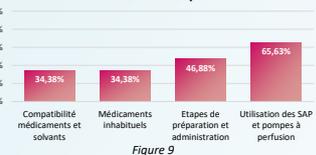


*Erreurs sur l'étiquette standardisée:
- Présence du numéro de chambre
- Initiales de l'IDE ayant préparé ne correspondant pas
- Absence d'étiquetage

Concernant le risque infectieux



Concernant la connaissance des procédures et documents utiles à la préparation et l'administration d'une perfusion



DISCUSSION - CONCLUSION :

Les résultats montrent des points critiques sur lesquels des actions peuvent être mises en place. Ce travail nous a permis de rédiger un plan d'action qui a été présenté au « groupe perfusion » puis diffusé aux services de soins.

Biais possibles :

- Sous-estimation du nombre d'interruptions de tâches : l'IDE étant déjà occupé avec l'auditeur, il est moins dérangé par une tierce personne.
- Suresstimation du pourcentage de perfusions préparées extemporanément (une seule à la fois, administrée dans les 5 min après préparation, même IDE qui prépare et administre la perfusion) : les modalités organisationnelles de l'audit imposait d'observer la préparation et l'administration de la perfusion, il était plus facile pour l'IDE de faire tout à la suite.

La suite...

- Un travail de réflexion ciblé sur les interruptions de tâches a été mené en collaboration avec les IDE référents du « groupe perfusion ».
- Une procédure sur les bonnes pratiques de perfusion dans l'hôpital a été rédigée et mise à disposition.
- Une réévaluation des bonnes pratiques de perfusion avec un quick audit a été réalisée quelques mois plus tard.

Chimiothérapies photosensibles : Quand et comment les protéger de la lumière ?

L. Dubuc⁽¹⁾, A. Jouvien⁽¹⁾, M. Sangnier⁽¹⁾, G. Bouguéon^{(1), (2)}, A. Berroneau⁽¹⁾
(1) : Pharmacie à Usage Intérieur, Hôpital Haut-Lévêque, Avenue de Magellan 33604 Pessac
(2) : ARNA Laboratoire ChemBioPharm U1212 INSERM - UMR 5320 CNRS, Université de Bordeaux
Contact : louise.dubuc@chu-bordeaux.fr

N°29

Mots-clés : Photoprotection, Dégradation, Surpoche

INTRODUCTION

Un incident est survenu concernant une poche de Dacarbazine (DCZ) devenue rose pendant l'administration après une exposition à la lumière du soleil → Photodégradation de la DCZ (oxydation) → Inefficacité de la protection de la poche par notre sachet zip anti-UV → Nécessité de suremballages opaques photoprotecteurs

Objectif → Déterminer les modalités d'utilisation des sachets protecteurs opaques pour sécuriser le circuit des chimiothérapies photosensibles



Sachet Zip anti-UV

MATERIEL & METHODES

Recherches bibliographiques

- Cibler les chimiothérapies référencées nécessitant une photoprotection
- Et selon quelles modalités

Questionnaire diffusé aux IDE

- Inventaire des méthodes et dispositifs d'administration des molécules photosensibles dans les services d'hématologie

Comparaison de 2 dispositifs médicaux

- Comparaison des surpoches opaques auprès de 2 fournisseurs

Affichage

- Diffusion et sensibilisation de nouvelles recommandations à l'URC et dans les services de soins

RESULTATS

4 molécules ont été ciblées d'après une base de données sur la stabilité des médicaments, les résumés caractéristiques produits (RCP) et selon une précédente étude :

Carmustine

Dacarbazine

Gemtuzumab
-ozogamicin

Inotuzumab-
ozogamicin

Affichage :

Information surpoches photoprotectrices

Contexte : Poche de Dacarbazine devenue rose suite à une exposition à la lumière du soleil → **Dégradation du produit**

Surpoche photoprotectrice	Opabag translucide orange
Objectif	Protection des poches de chimiothérapies injectables photosensibles afin d'éviter une dégradation des principes actifs
Caractéristiques	Ouverture en bas de la surpoche Ouverture de 40 mm en haut pour accrocher à la potence
	Protéger les anti-cancéreux de la lumière lors du stockage
	Dacarbazine + Carmustine Molécules très sensibles à la lumière nécessitant une photoprotection lors de l'administration

Permet aux patients une exposition à la lumière sans risque de dégradation de leur chimiothérapie

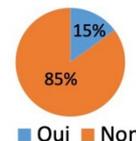
Pour ces chimiothérapies, **pas besoin de tubulure opaque** dû au court temps de passage dans la tubulure

Résultats du questionnaire : → 52 réponses obtenues !

Connaissance de molécules photosensibles ?



Connaissance de l'incident de la photodégradation ?



Utilisation d'aluminium pour protéger la chimiothérapie ?



52% du personnel soignant considère que les surpoches fournies par la pharmacie sont suffisantes pour protéger des UV

Court temps de passage de ces 4 molécules dans la tubulure → Tubulure opaque non nécessaire

Les spécificités des 2 fournisseurs étant équivalentes → Le choix des surpoches s'est porté sur celles référencées, avec lesquelles nous avons réalisé une étude de stabilité

DISCUSSION - CONCLUSION

Ces résultats ont confirmé que ces quatre chimiothérapies nécessitent une photoprotection efficace

Uniformiser les pratiques et sensibiliser les équipes à la sécurisation de l'administration des chimiothérapies photosensibles

Mise en place de suremballages photoprotecteurs stériles en zone de production après analyse de risques

L'efficacité de l'affiche pourra être évaluée à l'aide d'un nouveau questionnaire

Accompagner au bon usage de la technique PCA en EHPAD

A. Pelsez-Rouillé¹, M. Lefebvre-Caussin¹, E. Delbende¹, E. Guedon², L. Melet², M-A. Gambirasio², J. Delesques², I. Florance², C. Bouglé¹, D. Monzat¹

¹ OMEDIT de Normandie, CHU de Rouen 76000 ² Unité de médecine palliative CHU de Rouen, 76000

CONTEXTE :

Dans le cadre de douleurs chroniques, notamment en soins palliatifs (SP), la mise en place d'une PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient) peut permettre le maintien du résident en EHPAD. Néanmoins, un flou réglementaire et des difficultés organisationnelles et de formation font souvent obstacle à cette mise en place, notamment en l'absence d'IDE de nuit dans les EHPAD.

OBJECTIFS :

- Elaborer des recommandations de bonnes pratiques « PCA en EHPAD » dans le cadre de SP (sont exclues les utilisations de Midazolam et de Kétamine en PCA).
- Proposer une formation des professionnels exerçant en EHPAD au bon usage de la PCA.

MATERIEL ET METHODES :

Qui ? Groupe de travail → Professionnels EHPAD, HAD et soins palliatifs + OMÉDIT et ARS.

Comment ? A partir de :

- Recommandations régionales de bon usage des pompes PCA réalisées par des experts régionaux.
- Revue des textes réglementaires en vigueur.



Qui ? Médecins et IDE de l'équipe médecine palliative du CHU de Rouen + pharmaciens OMÉDIT.
Comment ?

Elaboration du contenu de la formation et d'une boîte à outils (cas pratiques, exemples de calculs de doses...) + mise à disposition de matériel et consommables en lien avec fournisseurs. L'expertise dans la formation a bénéficié d'une reconnaissance « DPC ».

RESULTATS :

Fiche PCA en EHPAD

→ **Principes généraux de la PCA** dans le cadre de SP (prescription, dispensation, administration, surveillance, formation et information).

- Conditions de sécurité** pour la mise en place d'une PCA en EHPAD.
- Responsabilités et rôles des professionnels intervenants** (EHPAD +/- HAD).

L'administration des bolus en l'absence d'un IDE peut être réalisée par l'aide-soignant (AS) sous conditions :

- Formation à l'évaluation de la douleur et à la surveillance des résidents.
- Appel systématique de l'IDE d'astreinte de l'HAD ou de l'EHPAD avant administration du bolus en fonction des conditions décrites sur la prescription ou dans un protocole nominatif.

La formation d'une journée des médecins et IDE comprend :

Un enseignement théorique commun à tous

Puis un enseignement pratique spécifique par professionnel :

- Rédaction de prescriptions
- Modalités de surveillance
- Gestion des surdosages
- Exercices de calcul de doses, de concentration et de débit
- Manipulations et programmations des pompes
- Mise en pratique de montages de perfusion.



⇒ A ce jour, **37 professionnels ont bénéficié de la formation** (sur 3 sessions). De nouvelles sessions sont programmées en 2019.

CONCLUSION :

Le déploiement des formations associé à la diffusion de la fiche « PCA en EHPAD » devrait permettre d'améliorer la prise en charge des résidents d'EHPAD en SP. Ce travail s'inscrit dans un contexte national et régional d'amélioration de la qualité des soins en EHPAD dans le cadre de la fin de vie, visant à favoriser le maintien des résidents en EHPAD et limiter le recours aux hospitalisations inappropriées.

Compresses imprégnées de gentamicine en chirurgie : bilan des consommations et bon usage

C. PAULIN, A. PODVIN, P. GUILLAIN

Service Pharmacie - Centre Hospitalier de Douai, Route de Cambrai 59500 Douai - France
Contact: clemence.paulin.etu@univ-lille.fr

Mots clés: antibioprofylaxie, dispositif médical, bloc opératoire

INTRODUCTION – OBJECTIFS

Dans un contexte d'antibiorésistance et de référencement récent de DMI intégrant des antibiotiques, nous avons souhaité vérifier le bon usage de la compresse hémostatique imprégnée de gentamicine COLLATAMP. L'indication revendiquée reste très générale mais est encadrée par le respect de la présence de facteurs de risques (FDR) spécifiquement cités par le fabricant. De plus, peu de preuves scientifiques sont disponibles pour affirmer un bénéfice du COLLATAMP dans la prévention des infections post-opératoires.

Face à ce constat, les consommations sont régulièrement suivies et début 2023, nous avons souhaité aller plus loin pour :
⇒ Déceler de possibles mésusages (prescriptions non justifiées au regard des facteurs de risque (FDR); doses incorrectes)
⇒ Vérifier l'évolution des consommations de ces compresses en 2022 par rapport à celles des années précédentes.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons mené une étude rétrospective sur l'année 2022 à l'aide du logiciel de traçabilité des DMI et du dossier patient informatisé qui nous ont permis d'identifier les patients concernés par la pose de COLLATAMP. L'âge, le poids et l'indication chirurgicale sont relevés, ainsi que d'éventuels FDR (ceux spécifiques : âge supérieur à 75 ans, obésité, consommation éthylo-tabagique, immunosuppression, corticothérapie, diabète et d'autres, complémentaires : cirrhose, IRC, dénutrition...). Le nombre et la taille des compresses sont aussi recherchés pour évaluer la dose/kg de gentamicine administrée (maximum de 9 mg/kg recommandé par le fabricant). Enfin, nous avons comparé la consommation et le budget 2022 à ceux des années précédentes.

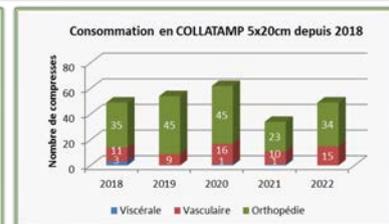
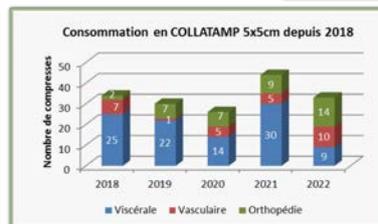
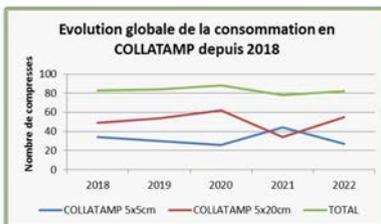
RESULTATS

	Chirurgie Orthopédique	Chirurgie vasculaire	Chirurgie viscérale	
NOMBRE TOTAL DE PATIENTS	41	17	9	
FDR spécifiques	Immunodéprimés / corticothérapie	4	4	5
	Age > 75 ans	11	4	1
	Obèses (IMC > 35 kg/m ²)	5	4	3
	Consommation éthylo-tabagique	10	7	3
Diabétiques	10	5	2	
FDR complémentaires	15	12	4	
Sujets avec 1 facteur de risque	19	4	4	
Sujets avec 2 facteurs de risque	6	4	2	
Sujets avec 3 facteurs de risque	4	8	2	
Sujets avec 4 facteurs de risque	4	1	1	
Sujets sans facteurs de risque identifiés	8	0	0	

- 67 patients ont été retrouvés :
 - L'âge moyen était de 64 ans et tous ont reçu une antibioprofylaxie adaptée.

- Concernant la présence de FDR :
 - Au moins un FDR est retrouvé pour 59 patients (88%).
 - En orthopédie, 8 patients n'ont aucun FDR.

- Concernant les doses de gentamicine administrées :
 - En moyenne, elles sont de 2,2mg/kg [0,4-10].
 - Seul un patient ayant une IRC en vasculaire a reçu une dose de 10 mg/kg mais qui reste inférieure à celle prévue pour une utilisation systémique.
 - La concentration locale serait plus pertinente mais est totalement inconnue.



- La taille des compresses utilisées est en lien avec l'activité (et la taille des plaies).
- La chirurgie orthopédique et traumatologique est l'activité la plus consommatrice.
- Le coût moyen annuel depuis 2018 est de 10 024€ TTC [7838;11300] et dépend en grande partie de la taille 5cm x 20 cm.
- La consommation et les dépenses annuelles en COLLATAMP se montrent particulièrement stables et maîtrisées.

DISCUSSION – CONCLUSION

L'utilisation du COLLATAMP dans notre établissement reste raisonnée et dans la majorité des cas conforme aux conditions de prescription. Face à ce constat et à la volonté des prescripteurs de continuer à bénéficier de cette solution thérapeutiques dans la prévention des infections post-opératoire, un déréférencement n'est pas à l'ordre du jour. Une sensibilisation des prescripteurs à une utilisation dépendant obligatoirement de la présence de FDR en orthopédie est cependant nécessaire.



CONNAISSONS-NOUS VRAIMENT LES PICTOGRAMMES DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ?



BEILER B.¹ ; MALHERBE L.¹ ; JACOB C.¹ ; JOLLY C.¹ ; DEMORE B.^{1,2}

¹Pôle Pharmacie-Stérilisation - CHRU de Nancy - Hôpitaux de Brabois, Allée du Morvan, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy, France

²Université de Lorraine, APEMAC, Nancy, France.

Contact : benoitbeiler@yahoo.fr



Mots clés : Réglementation, étiquetage, enquête



INTRODUCTION - OBJECTIFS

Les pictogrammes présents sur les conditionnements des produits de santé comme les dispositifs médicaux (DM) font partie du quotidien. Ces symboles, qui sont réglementés par des normes internationales, renseignent les utilisateurs sur des informations clés sur les produits comme la stérilité ou les conditions de conservation.

En pratique, connaissez-vous vraiment la signification de tous ces pictogrammes ? Faites le test et découvrez les résultats de l'enquête interne menée dans notre hôpital qui évaluait les connaissances des professionnels de santé paramédicaux et pharmaceutiques sur ce sujet.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

QUESTIONS DU TEST

14 pictogrammes testés. Questionnaire noté sur 16 points.

1. Connaissez-vous la signification des pictogrammes suivants :

	<input type="checkbox"/> Emballage respirant
	<input type="checkbox"/> Système à double barrière stérile dans un emballage protecteur
	<input type="checkbox"/> Equipement électronique : éliminer de manière appropriée
	<input type="checkbox"/> Éliminer dans un DASRI
	<input type="checkbox"/> Date de fabrication
	<input type="checkbox"/> Fabricant
	<input type="checkbox"/> Date de péremption
	<input type="checkbox"/> Ne pas utiliser en présence de rayons X
	<input type="checkbox"/> Présence de la substance « XXX » dans le dispositif
	<input type="checkbox"/> Stérilisation par l'oxyde éthylène
	<input type="checkbox"/> Stérilisation à l'aide d'un équipement organique
	<input type="checkbox"/> Compatible avec IRM sous conditions
	<input type="checkbox"/> Ne pas utiliser chez les patients présentant une maladie rénale.

2. Que signifie la date d'expiration suivante : 2023-02 ?

- Ne pas utiliser après la **fin du mois** indiqué
- Ne pas utiliser après le **premier jour du mois** indiqué

L'ENQUÊTE DE CONNAISSANCES

Restée en ligne pendant 5 semaines, l'enquête a été communiquée aux équipes via les cadres de santé.

3. Que signifie le pictogramme suivant : SN ?

- Numéro de stérilité
- Numéro de série

4. Sur l'emballage d'un DM stérile, que signifie ce pictogramme ? (Plusieurs réponses possibles)

- Ne pas utiliser 2 fois, usage unique
- Peut-être stérilisé, mais pas plus de deux fois
- Utilisation pour un patient unique
- Utilisation sur une personne physique au cours d'une procédure unique
- Ne pas utiliser avec un ancillaire

5. Relier le symbole à sa définition :

- = courant continu
- ~ consulter le manuel ou le mode d'emploi
- courant alternatif
- dispositif médical
- fabricant

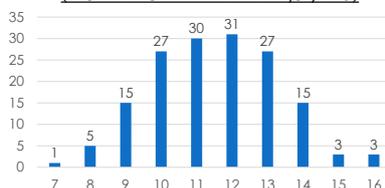


RÉSULTATS - DISCUSSION

PROFESSIONS DES RÉPONDANTS (TOTAL N = 157)

- 60 Infirmiers Diplômés D'Etat (IDE)
- 21 préparateurs en pharmacie
- 18 pharmaciens
- 58 autres catégories professionnelles

RÉPARTITION DES NOTES (NOTE MOYENNE DE 11,5 / 16)



EXEMPLES DE RÉSULTATS

Pictogramme le plus connu (100 % de bonnes réponses)

Pictogramme le moins connu (69 % de bonnes réponses)

SN Résultat surprenant (67 % de bonnes réponses chez les IDE)

2023-02 15 % d'erreurs à la question

Les résultats de cette enquête ont montré que les professionnels interrogés connaissent **globalement bien** les pictogrammes associés aux DM mais qu'il existe une **marge de progression**.

Tous les professionnels devraient connaître les pictogrammes symbolisant la **date de péremption et le numéro de série**.

Pour améliorer leurs connaissances, un **document présentant les pictogrammes** a été rédigé.

33^{èmes} JNFDM Clermont-Ferrand

CORRIGÉ DU TEST:

J. Prud'homme, V. Chevalet, A. Ghazouani
 Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph - Hôpital Marie Lannelongue - Service Pharmacie - 92350 Le Plessis Robinson
 jade.prudhomme@universite-paris-saclay.fr

Mots clés : **dispositif médical, pulmonaire, valvuloplastie**

CONTEXTE

VENUS® du laboratoire Medtech est une **valve pulmonaire autoexpandible** par insertion percutanée ayant obtenu le **marquage CE en 2022** et non remboursée en sus. Elle propose des diamètres supérieurs à la valve aortique SAPIEN® utilisée, sans marquage CE en position pulmonaire.

OBJECTIF

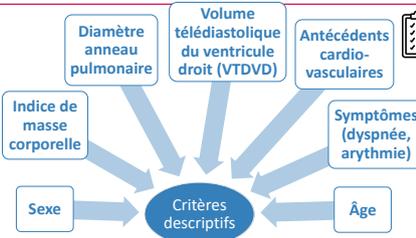
Identifier la population éligible à la valve VENUS® et évaluer ses bénéfices dans le remplacement valvulaire pulmonaire percutané

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cohorte de patients traités par **revalvulation pulmonaire par voie percutanée (RVPP)** répartis en deux bras : bras Venus® vs bras Sapien®



Période d'analyse :
 Du **31/08/2022** au **08/02/2023**



Critère de jugement principal :
Régurgitation pulmonaire avant et après l'intervention (allant de nulle à sévère)

Critères de jugement secondaires :
Gradient transvalvulaire pulmonaire moyen (Gpmoy) en mmHg avant et après l'intervention et **durée moyenne de séjour (DMS)**



Venus® P-valve Medtech



Valve Sapien® Edwards

RÉSULTATS

27 patients ayant eu une RVPP ont été inclus dans cette étude prospective monocentrique

Tableau 1 : Caractéristiques des populations

Critères descriptifs	Bras Venus®	Bras Sapien®	
Effectif	8	19	-
Sexe ratio (H/F)	1,0	1,1	-
Âge (ans)	43,5 ± 16,8	34,1 ± 14,8	NS
IMC (kg/m ²)	25,3 ± 4,8	24,1 ± 5,3	NS
VTDVD (mL/m ²)	175 ± 27,6	160 ± 38,6	NS
Valve-in-valve	-	6	-

Tableau 2 : Nombre de patients symptomatiques

Symptômes	Bras Venus®	Bras Sapien®
Pas de dyspnée	5	6
Dyspnée de stade I selon NYHA	-	4
Dyspnée de stade II selon NYHA	2	6
Dyspnée de stade III selon NYHA	1	3
Présence d'arythmie	4	8

Tableau 3 : Antécédents cardiovasculaires de la cohorte étudiée

Antécédents cardiovasculaires	Bras Venus®	Bras Sapien®
Tétralogie de Fallot opérée	7	13
Autres cardiopathies congénitales opérées	1	6

Tableau 4 : Diamètre de l'anneau pulmonaire des patients en mm

∅ anneau pulmonaire (mm)	20	21	23	24	25	26	27	28	29	31	32	33
Bras Venus®	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	3	2
Bras Sapien®	3	1	1	1	5	2	4	2	-	-	-	-

Tableau 5 : Durée moyenne de séjour

DMS (jours)	Bras Venus®	Bras Sapien®	
	4,9 ± 2,2	4 ± 0,5	NS

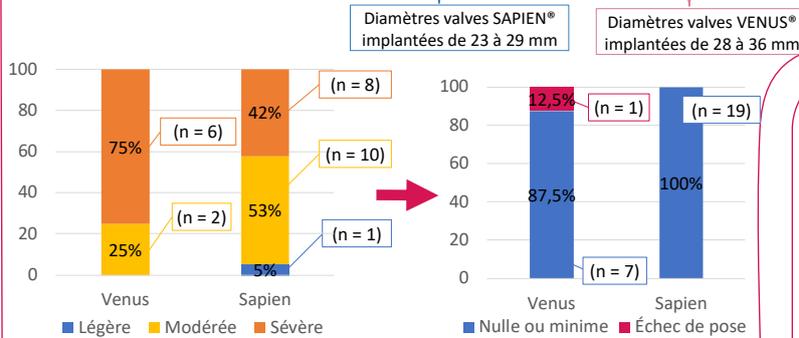


Figure 1 : Régurgitation pulmonaire avant l'intervention

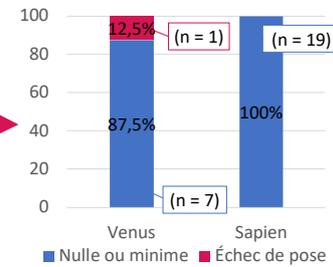


Figure 2 : Régurgitation pulmonaire après l'intervention

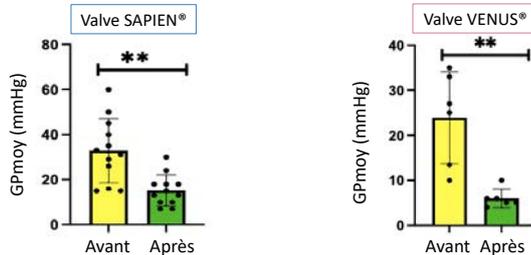


Figure 3 : Évolution du Gpmoy avant et après intervention dans les deux bras

DISCUSSION

- 100% d'amélioration de la régurgitation pulmonaire post-revalvulation : **Régurgitation minimale ou nulle** après intervention dans les deux bras
- Courbe d'apprentissage expliquant 1 échec de pose pour la valve VENUS®
- Dans les deux bras, **diminution significative du Gpmoy (mmHg)** après intervention

CONCLUSION

Les résultats après revalvulation sont similaires entre les valves VENUS® et SAPIEN®. Le **diamètre de l'anneau pulmonaire** des patients, **plus important avec la VENUS®, est la différence majeure.**

L.LEDOUX⁽¹⁾, M.DUFOSSÉ⁽¹⁾, M.BABIN⁽¹⁾, C.HAY⁽¹⁾, M.GOGNARD⁽¹⁾, A.PETIT⁽¹⁾
 (1) PUI – CHU Amiens Picardie – 1 rond-point du Professeur Christian Cabrol, 80054 AMIENS
 Mots clés : Dispositif médical, Prescription, Recommandations

CONTEXTE

Avec les contraintes du règlement européen et le délai de renouvellement du marquage CE, certains fabricants ont décidé d'arrêter la commercialisation de leur dispositif. L'un des deux fabricants d'HO, avec lequel notre établissement est en marché, a stoppé la production. Le second réserve en priorité ses dispositifs aux établissements avec qui un marché est en cours. Il a fallu cadrer les indications et les prescriptions de ces dispositifs pour en maîtriser l'usage et palier la rupture d'approvisionnement.

OBJECTIFS

- ✓ Evaluation des indications, élaboration d'une fiche de demande et d'une procédure de dispensation.
- ✓ Mesure de l'efficacité des actions menées sur l'utilisation, dix mois après leurs mises en place.

MATÉRIELS & MÉTHODES

- 1) En lien avec la COMEDIMS, création d'un **groupe de travail** constitué de pharmaciens, réanimateurs, pneumologues, infirmiers et unité d'hygiène.
- 2) Réalisation d'un « **quick audit des pratiques** » dans deux principaux services utilisateurs (infectieux et réanimation).
- 3) **Recherche bibliographique** sur les recommandations des sociétés savantes et des données de la littérature.
- 4) Rédaction d'une **ordonnance** et d'une **procédure de dispensation** pour prioriser les indications.
- 5) **Suppression des dotations** pour prescrire via l'ordonnance pré-remplie.
- 6) **Evaluation du nombre de dispensation** avant et après la mise en place des actions et **analyse de la conformité** des ordonnances de mai 2022 à mars 2023.

RÉSULTATS

- ✓ L'enquête réalisée dans les services montre un usage systématique, avec les lunettes et les masques, quel que soit le débit et sans prescription médicale.
- ✓ Les données de la littérature montrent que pour des faibles débits (<5L/min), l'efficacité d'un humidificateur est incertaine, mais le risque de contamination est bien présent. Dans ces conditions, la balance bénéfice-risque est en défaveur de l'utilisation d'un humidificateur. Il n'existe aucun intérêt à utiliser les humidificateurs chez les patients sous lunettes à oxygène et les patients oxygénés au masque avec un débit < à 5L/min d'O2.
- ✓ Dans ce contexte, la COMEDIMS a préconisé de limiter la prescription médicale des humidificateurs à certaines indications :
 - Aux patients oxygénés au masque, avec un débit ≥ 5L/min d'O2 et avec :
 - Soit une muqueuse nasale et/ou buccale irritées ou lésées
 - Soit une congestion des écoulements
 - Soit un épistaxis
 - Aux patients trachéotomisés, tous débits
 - Aux patients de néonatalogie, tous débits
- ✓ L'ordonnance papier rédigée décrit le dispositif et propose les différentes références. Le service doit choisir la référence souhaitée et cocher l'indication. Il est rappelé les situations pour lesquelles les humidificateurs ne sont pas indiqués et que l'humidificateur doit être changé une fois par mois s'il est utilisé en continu. La dispensation nominative se fait donc sur prescription médicale après validation de l'indication par un interne en pharmacie.
- ✓ La procédure rédigée rappelle les règles de prescription, de dispensation nominative et du montage (avec et sans humidificateur). Elle insiste sur l'absence de notion d'urgence à démarrer une humidification à plus de 5L/min et la possibilité d'attendre dans quelques situations exceptionnelles l'arrivée d'un humidificateur dans le service de soin. De ce fait, les dotations des services ont été supprimées.

✓ **Bilan des actions :**
 Evolution du nombre moyen d'unités mensuelles d'humidificateurs d'oxygène dispensés



DISCUSSION

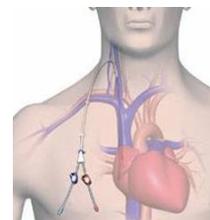
Ce travail collaboratif et multidisciplinaire a permis de changer les pratiques de soin. La réduction drastique des consommations, associée à un faible taux de non conformités montre une évolution encourageante. Les difficultés d'approvisionnement, initialement vues comme un problème, ont été une opportunité pour promouvoir le bon usage de ces DM et de sécuriser la prise en charge des patients.

Introduction

Une femme de 47 ans est hospitalisée en cardiologie pour la révision du traitement d'une hypertension artérielle pulmonaire et bénéficie de la pose d'une voie veineuse centrale (VVC) en position jugulaire droite pour la réalisation d'un cathétérisme cardiaque, laissée en place avec un garde-veine à l'issue du geste.

Devant une dégradation de l'état nutritionnel, la pose d'un cathéter tunnalisé pour l'administration d'une nutrition parentérale est réalisée à J16 en imagerie interventionnelle. En service de gastro-entérologie, la dépose de la VVC est réalisée par une infirmière (IDE) et rapidement suivie d'un déficit neurologique brutal.

Un accident vasculaire cérébral sur embolie gazeuse est diagnostiqué, nécessitant une séance d'oxygénothérapie hyperbare. Une analyse approfondie des causes pluridisciplinaire est menée afin de prévenir la récurrence.



Matériels et méthodes

L'analyse est conduite 2 mois après l'incident, selon la **méthode ALARM** de la HAS, avec les responsables médicaux, paramédicaux, les IDE impliquées, un ingénieur qualité et un pharmacien matériovigilant, afin de mettre en évidence les facteurs favorisants, les barrières fonctionnelles et les actions d'amélioration. Une revue bibliographique est menée.

Résultats

Facteurs favorisants relevés :



- **liés à la patiente** : dénutrition, hypotension, durée de pose de la VVC > 10 jours, déshydratation, sclérodémie empêchant le recours à une voie périphérique, position proclive 30° lors de l'ablation en raison de difficultés respiratoires



- **liés aux IDE** : absence de formation initiale au geste, non connaissance des risques d'embolie gazeuse.



- **liés aux tâches** : absence de documents qualité, charge de travail importante en raison d'un manque d'IDE, accent sur la formation aux gestes techniques de gastro-entérologie.

Barrières de détection et d'atténuation fonctionnelles relevées :

- Patiente mis en décubitus
- Appel d'un médecin anesthésiste réanimateur (MAR) par l'IDE
- Prise en charge par oxygénothérapie hyperbare.



Actions d'amélioration proposées :

- Les IDE du service ont été sensibilisées au risque d'embolie gazeuse et aux bonnes pratiques :
 - Installer le patient en décubitus dorsal strict, tête tournée du côté opposé au cathéter ou en position Trendelenburg (bassin plus haut que les épaules)
 - Réaliser une fermeture étanche à l'air de tous les connecteurs (bouchon, robinet), de sorte à empêcher toute aspiration d'air provenant des connexions et passant ainsi dans le système vasculaire
 - Couper les fils de fixation
 - Encourager le patient à inspirer et expirer profondément. Retirer la VVC pendant l'expiration
 - Eviter si possible que le patient tousse
 - Effectuer une compression d'au moins une minute et un massage du point d'insertion afin de dissocier les orifices d'entrée cutanée et profond
 - Poser un pansement imperméable à l'air pour 24 à 48h après le retrait du cathéter
 - Laisser le patient allongé à plat au minimum 30 minutes après le retrait de la VVC
- Les instituts de formation locaux ont été alertés sur le manque de formation initiale
- Une instruction institutionnelle sera rédigée par les MAR et diffusée par la direction des soins.



Discussion et conclusion

Le cathétérisme veineux central est un geste fréquent pour les anesthésistes et médecins réanimateurs. Les professionnels de santé connaissent les dangers et les risques liés à leur mise en place, mais ceux liés à l'ablation sont moins connus. L'embolie gazeuse survient par issue d'air dans la circulation veineuse lors de la dépose des cathéters veineux de gros calibre. Cette complication est rare mais parfois mortelle.

Les professionnels doivent être familiarisés avec cette problématique et savoir reconnaître les signes cliniques à temps. Dans les cas publiés dans la littérature, le cathéter a souvent été retiré par une personne qui n'était pas consciente des risques éventuels.

La sensibilisation au risque doit débuter dès la formation initiale des professionnels.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

INTRODUCTION



Cobalt : élément métallique entrant dans la composition de nombreux DM (le plus souvent en alliage).

→ Prothèses articulaires, implants de rachis, stents vasculaires, matériel chirurgical.



Nouveau classement depuis octobre 2021 : **CMR1B** (cancérogène 1B, mutagène 2, reprotoxique 1B ; règlement délégué 2020/217).

Utilisation autorisée du cobalt à une concentration supérieure à 0,1 % (m/m) si adéquation avec le règlement européen 2017/745.

→ Exigences de sécurité (justification de l'usage, étiquetage et notice d'information adaptés)



Dans une politique de gestion des risques, un état des lieux « cobalt-DM » a été réalisé auprès des industriels et de l'institution, pour sécuriser la prise en charge des patients en termes de bénéfice/risque.

OBJECTIFS

→ S'assurer de la mise en conformité avec le règlement européen en faisant un **état des lieux des mesures prises** par les industriels et des difficultés rencontrées.

→ Evaluer la prise de risque et la disponibilité d'alternatives pour prendre un charge les patients dans les établissements de santé.

MATERIEL & METHODES

- Analyse bibliographique DM et Cobalt.
- Communication institutionnelle (cellule gestion risques – COMEDIMS – PUI).
- Inventaire des fournisseurs et des DM avec présence de Cobalt.
- Elaboration d'un questionnaire à destination des industriels (25 questions, principalement fermées) en lien avec le SNITEM.

RESULTATS

1- Fournisseurs et dispositifs médicaux concernés

- 45 industriels sollicités
- 25 réponses, soit un taux de réponse de 56 %
- 56% TPE / PME vs 44% Multinationales
- 56% Fabricants vs 44% Distributeurs

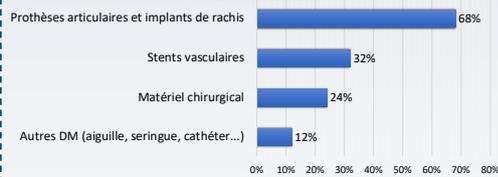
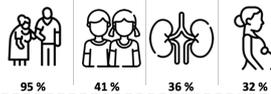


Figure 1 : catégories de DM proposées par les industriels

- 88% de ces DM contiendraient plus de 0,1% de Co (m/m)
- Ces DM-cobalt sont présentés comme pouvant être utilisés chez des patients à risque



2- Justification de l'utilisation du Cobalt

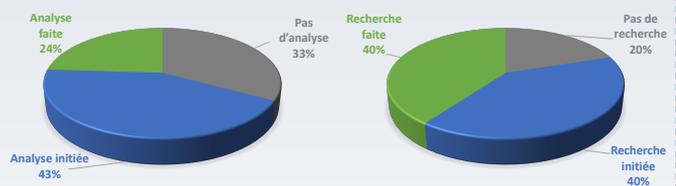


Figure 2 : Démarche pour appréhender le risque associé au cobalt

Figure 3 : Recherche de substances de substitution

Tableau 1 : Informations quant aux substances alternatives au cobalt

	Nb fournisseurs concernés	Possible substitut identifié	Nature du substitut majoritaire	Gamme sans Cobalt
Prothèses articulaires et implants rachis	17	53,0 %	Céramique Titane	43 %
Stents vasculaires	8	38,0 %	Acier inoxydable	12 %
Matériel de chirurgie	6	62,5 %	Acier inoxydable Titane	25 %

80% des industriels estiment que la substitution du Cobalt est (très) difficile car les **caractéristiques physiques et biomécaniques** des autres matériaux sont non optimales : usure, haute température, corrosion, travail important ...

Difficultés rencontrées (notamment) :

- Dépenses de R&D supplémentaires : coût financier élevé
- Délai pour mettre en place une solution de substitution : long
- Analyse du **bénéfice/risque** non démontrée si substitution du Co

3- Etiquetage spécifique et notice d'information



4- Bilan

Les industriels évaluent à une médiane de **6 sur 10** (10 = « démarche aboutie »), l'avancée de la mise en conformité à la nouvelle réglementation du cobalt pour leurs différentes gammes de dispositifs médicaux.

DISCUSSION & CONCLUSION

- La majorité des industriels a entamé des démarches pour se mettre en conformité avec le règlement.
 - **Difficultés identifiées** : coût financier élevé, délais significatifs pour le développement de solutions alternatives, matériaux de substitution insuffisamment satisfaisants (caractéristiques physiques singulières du cobalt).
 - La mise en place d'étiquetage et de notice d'information ad hoc ne semble pas poser de difficultés particulières aux industriels.
- L'absence d'alternatives satisfaisantes de substitution au cobalt pourrait **impacter la prise en charge notamment de patients à risque** dans les établissements de santé et nécessiterait d'évaluer la balance bénéfice/risque au cas par cas.
- Les difficultés de mise en conformité des DM-cobalt peuvent augmenter les **problèmes d'approvisionnement** (MDR et crise géopolitique).
- Enfin, une **démarche de concertation avec les autorités compétentes est initiée** ; celles-ci travaillent de façon élargie (Europe), notamment autour de l'information à apporter au patient.

ETAT DES LIEUX DE L'UTILISATION DES FIBROSCOPES BRONCHIQUES AU SEIN DE NOTRE ETABLISSEMENT DE SANTE



I.AIT AZZI¹, M.PIEYRE¹, V.BERTUCAT¹, S.MICARD¹

¹Pharmacie usage intérieur, Hôpital Pitié Salpêtrière, 75013 Paris APHP-GHU SUN

Mots clefs : enquête, usage multiple, coût



INTRODUCTION

Le fibroscope bronchique (FB) à usage unique (UU) se développe à des fins diagnostiques et thérapeutiques en parallèle des FB à usage multiple (UM). Les FB à UU représentent 0,5% des dépenses de DM de notre établissement de santé (EDS) en 2022. L'UU interroge sur la maîtrise des dépenses, le développement durable (DD) et les difficultés d'approvisionnement.



Objectif : réaliser l'état des lieux préliminaire de l'utilisation de l'ensemble des FB au sein de l'établissement.

MATERIELS & METHODES

1/ Extraction des données :

- consommations de l'UU (SAP)
- utilisation de l'UM (données du biomédical)



2/ Recherche documentaire UU

Données du laboratoire AMBU :

- dimension canal opérateur et partie insérée
- environnement d'utilisation, stockage et transport
- informations sur le dispositif optique

3/ Questionnaire élaboré par l'équipe de la pharmacie

- Indications d'utilisation FB ?
- Critères de choix de l'UU vs UM ?
- Champ libre, discussion sur utilisation FB et les pistes d'amélioration



✓ Recueil questionnaire sur Janvier-Février-Mars 2023



- ✓ 54 participants
- 47% de médecins
- 53% d'internes en médecine
- ✓ 11 services

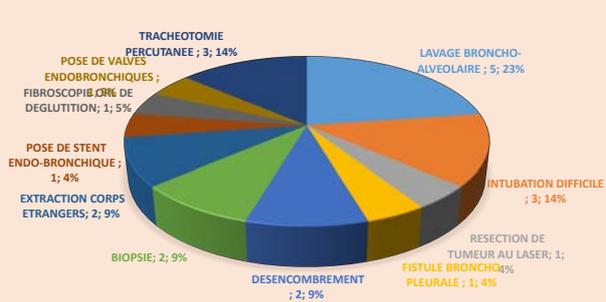
Services utilisateurs (SU) de FB :

- SU de réanimation : neurochirurgicale (RNC), neuro-médicale (RNM), pneumologique (RPL), cardio-chirurgicale (RCC), cardio-médicale (RCM), chirurgicale digestive (RCD) et vasculaire (RCV)
- Salles de réveil de blocs polyvalents : Réveil Husson Mourier (RévHM) et Gaston Cordier (RévGC)
- SU de réadaptation post-réanimation (SRPR)

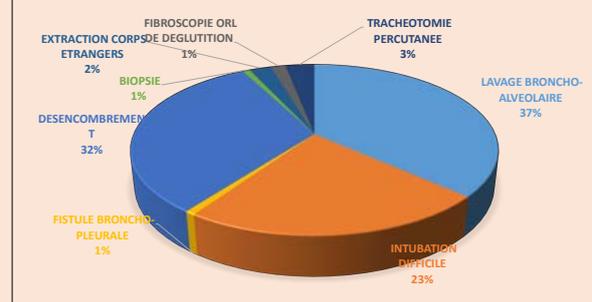
RESULTATS

Service	Fibroscope à UU										Fibroscope à UM	
	SRPR	RNC	RNM	RPL	RCC	RCM	RCD	RCV	RévHM	RévGC	Endoscopie	RNC
Consommation de FB sur l'année 2022	65	145	60	140	200	945	210	140	70	175	Fujifilm (>3000)	Pentax (données indisponibles)

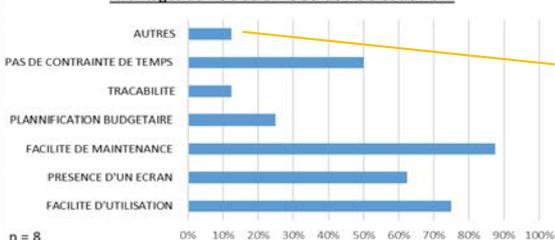
REPARTITION DES INDICATIONS RELATIVES AUX BRONCHOSCOPES A UM



REPARTITION DES INDICATIONS RELATIVES AUX BRONCHOSCOPES A UM



Avantages de l'UU selon le SU de l'UU et de l'UM



- Autres :
- ✓ visibilité pour le geste de trachéotomie percutanée en chambre
 - ✓ aspect pédagogique par la présence de l'écran de l'UU (pas de colonne d'écran avec les FB à UM).

CONCLUSION ET DISCUSSION

Ainsi ces travaux mettent en évidence la plus large utilisation de l'UU en comparaison avec l'UM. Ce dernier étant réservé aux services nécessitant des examens d'imagerie de haute qualité (ex : endoscopie avec présence d'une colonne de FB).

Le versant médico-économique n'a pas été étudié ici, la thématique écologique n'est pas non plus tranchée malgré une demande majoritaire de conserver l'UU dans les SU.

OBJECTIF

En février 2023, le Comité des Dispositifs Médicaux Stériles (CODIMS) de l'AP-HP a élaboré une plaquette sur le bon usage de la compression veineuse des membres inférieurs à l'hôpital, permettant ainsi d'apporter au personnel soignant la formation et les informations nécessaires au respect de ces recommandations. L'objectif de notre travail a été d'évaluer la clarté et la pertinence des informations figurant sur la plaquette concernant les pratiques de la compression veineuse à l'hôpital.

MATERIEL ET METHODES

✓ Réalisation durant 2 mois, d'un audit dans les principaux services utilisateurs : Médecine vasculaire, Médecine interne (hospitalisations complète et de jour), Néphrologie, Chirurgie thoracique, Gériatrie, Oncologie médicale (hospitalisations complète et de jour).

✓ Cette étude a été réalisée en collaboration avec l'équipe mobile « plaies et cicatrisation » de notre établissement.



RESULTATS

Sur les 50 grilles d'évaluation distribuées initialement, 41 (82%) grilles d'évaluation ont été récupérées dont :

- ✓ 21 retours d'infirmiers (51%)
- ✓ 11 retours de médecins (27%)
- ✓ 9 retours d'autres personnels paramédicaux (22%)



Résultat de l'audit :

APPARENCE
CONTENU

Critères	Très bien	Bien	Assez Bien	Passable
Mise en page				
Attractivité	4 (10%)	35 (85%)	2 (5%)	
Equilibre texte-image(s)	2 (5%)	37 (90%)	2 (5%)	
Lisibilité		29 (71%)	12 (29%)	
Choix et taille de la police	2 (5%)	28 (68%)	11 (27%)	
Maîtrise de la langue				
Orthographe et syntaxe	36 (88%)	5 (12%)		
Précision du vocabulaire utilisé	25 (85%)	6 (15%)		
Textes courts et compréhensibles	4 (10%)	34 (83%)	2 (5%)	1 (2%)



Critères	Très bien	Bien	Assez Bien	Passable
Qualité du contenu				
Pertinence des informations en rapport avec le sujet	28 (68%)	13 (32%)		
L'essentiel est-il traité ?	14 (34%)	25 (61%)		
Clarté du contenu ? Messages percutants ?	5 (12%)	35 (85%)		
Choix des illustrations				
Pertinence des illustrations	11 (27%)	25 (61%)		
Le texte et l'image sont-ils complémentaires ?	40 (98%)	1 (2%)		

Commentaires des audités :

- **Esthétique :**
 - Modifier les couleurs du tableau au verso.
 - Améliorer la lisibilité du tableau en séparant mieux les 2 catégories : bandes à allongement court et kits de bandage multi type.
- **Contenu :**
 - Introduire la compression veineuse en amont (pas seulement dans le glossaire).
 - Développer les pressions exercées par les bandes.
 - Développer les chaussettes de compression et les classes de compression.

DISCUSSION - CONCLUSION

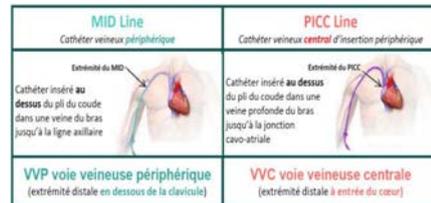
Le guide sur le bon usage de la compression veineuse des membres inférieurs à l'hôpital est actuellement en cours de validation par la COMEDIMS. L'audit mené grâce à la participation du personnel soignant et médical, a permis de faire remonter des remarques sur la plaquette actuelle élaborée par le CODIMS (attractivité, pertinence des informations). Globalement, cette dernière a été bien reçue. Parmi les points positifs, son attractivité, l'accessibilité du vocabulaire et la clarté du contenu ont particulièrement été appréciés. Par ailleurs, des points négatifs ont également été soulevés, avec parmi eux le manque de lisibilité. Des améliorations vont être mises en place avant sa publication.

Introduction - Objectif

Midline = cathéter veineux **périphérique** mi-long

-> Risque de **confusion** très important avec un **PICLine** (Cathéter veineux central à insertion périphérique)

Suite à un incident révélant la méconnaissance des différences entre PICLine et midline par de nombreux professionnels (administration d'une chimiothérapie par midline), un rappel sur les bonnes pratiques d'utilisation des PICLines et midlines a été refait en COMEDIMS GH.



Objectif : évaluation des pratiques professionnelles sur le bon usage du midline, s'inscrivant dans une large campagne de formation sur les GH de référents « cathéter » dans tous les services de soins

Matériels & Méthodes

- Etude **prospective** du dossier médical informatisé (Orbis®) des patients ayant reçu un midline de **1^{er} juin au 30 septembre 2022**
- > indication, traitements administrés, surveillance du cathéter, conformité de la durée de pose, traçabilité du retrait
- **Flash audit** : réalisation d'un questionnaire pour les médecins et Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) de tous les services de soins
- > 9 questions sur : différence midlines/PICLines, produits non administrables par midline, durée de pose maximale d'un midline, entretien du cathéter...

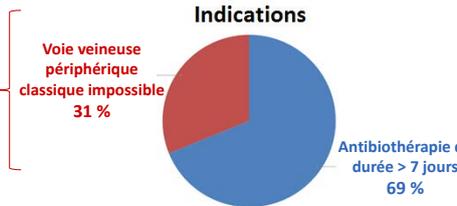
Résultats

Etude prospective

n = 61 patients répartis dans 16 services de soins

Durée moyenne de pose du cathéter	10 jours
Pourcentage de patient sortis avec leur cathéter (soins de suite, HAD...)	10 % (n = 6)
Pourcentage de cathéters dont la surveillance est tracée	85 % (n = 52)
Conformité des traitements administrés	100 %

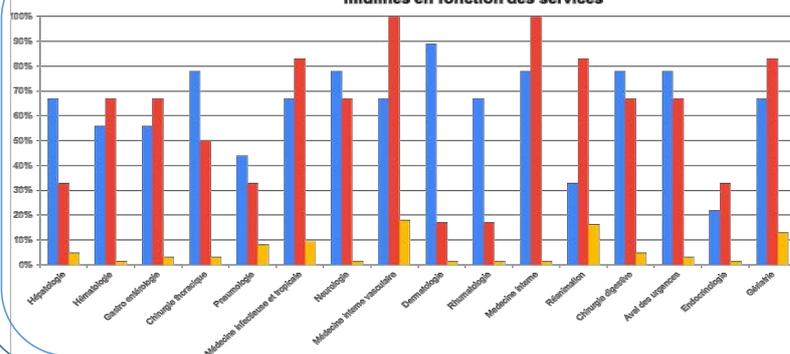
- Capital veineux insuffisant :**
- 42% patients drépanocytaires
 - 16% soins palliatifs en gériatrie
 - 14 % maladies auto-immunes
 - 14 % cirrhose
 - 9 % soins continus post-opératoires
 - 5% affections chroniques



- Antibiothérapie de durée > 7 jours :**
- 29 % pneumopathie
 - 16 % infection ostéo-articulaire
 - 13 % bactériémie
 - 11 % choc septique
 - 11 % infection digestive
 - 8 % infection cutanée
 - 8 % sepsis
 - 4 % endocardite

Flash audit

Pourcentage de bonnes réponses des IDE et des médecins et pourcentage de prescription de midlines en fonction des services



n = 57 questionnaires :
• 19 services de soins
• 38 IDE
• 19 médecins

Les IDE ont en moyenne **65%** de bonnes réponses versus **57%** pour les **médecins**.

Tendance générale :
Les services ayant le plus de bonnes réponses sont ceux prescrivant le plus de midlines

Discussion et Conclusion

Les poses de cathéters midline ont doublées en 2022, motivant un renforcement des formations. Notre étude de cohorte a démontré un respect des règles de bon usage de ces cathéters. Bien que le taux de bonnes réponses au questionnaire de 67 % soit satisfaisant, la conformité des indications et des traitements administrés de tous les patients de la cohorte démontre le rôle prépondérant du radiologue poseur pour valider le choix du cathéter en fonction des référentiels validés par la COMEDIMS locale. Un accompagnement soutenu est encore nécessaire dans les services les moins prescripteurs de cathéters longue durée.

INTRODUCTION

Dans notre établissement de santé, un humidificateur est souvent associé à de l'oxygénothérapie artificielle afin d'hydrater les voies aériennes supérieures. Son intérêt est discuté.

➡ Au vu de la consommation élevées et des difficultés d'approvisionnement, il apparaissait nécessaire d'évaluer leur utilisation et l'application des bonnes pratiques dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

MATERIELS ET METHODES

Recueil des données :

- ✓ Un **questionnaire anonyme** d'évaluation composés de 6 questions à choix multiples et de 3 questions ouvertes a été diffusé aux professionnels de santé des services utilisateurs.
- ✓ Basé sur les **recommandations** des OMEDIT, le bulletin de la COMEDIMS et la société de réanimation de langue française.
- ✓ **Délai:** 3 semaines.

RESULTATS

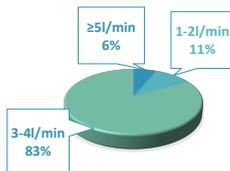


Professionnels utilisateurs ayant répondu au sondage

61% d'IDE
25% d'aides soignantes
- 8% Médecins
- 4% Sage-femmes
- 2% Cadres de santé



Indication de pose

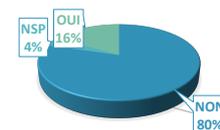


Connaissance d'une traçabilité ?

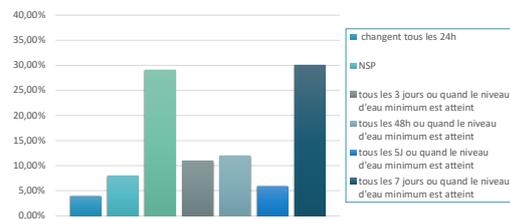
- 56% NON
- 33% OUI
- 11% ne savent pas



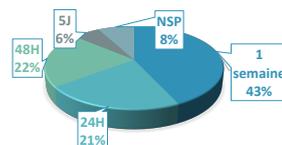
Besoin de prescription médicale ?



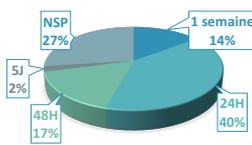
Durée limite d'utilisation (DLU)



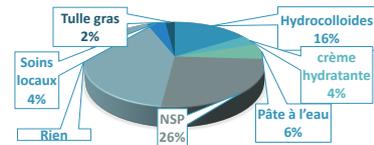
Durée d'utilisation: tuyaux, lunettes nasales et masques



Durée d'utilisation sondes lors d'oxygénothérapie invasive



Conduite en cas d'irritation nasale



DISCUSSION

La majorité des Professionnels de santé connaissent le débit minimum d'utilisation des Humidificateurs. Toutefois, la traçabilité de la DLU des humidificateurs et des DM associés est requise et encore trop peu de professionnels utilisateurs connaissent les bonnes recommandations. Cette méconnaissance peut être à l'origine du risque accru d'infection nosocomiale.

➡ Suite à la présentation de ces résultats au comité de lutte contre les infections nosocomiales, des recommandations ont été formalisées et présentées aux équipes permettant ainsi de rationaliser l'utilisation de ce DM.

Impact d'un arrêt de commercialisation : Exemple de dispositif de mesure pression intra abdominale

Auteurs : M. Cazin¹, J. Aubert¹, P. Drancourt¹, W. David¹, Y. Inghels¹, J. Boyer¹
¹ Centre hospitalier de Valenciennes

Contact : cazin-m@ch-valenciennes.fr

Mots clés: Monitoring/rupture/substitution

Contexte

La mesure de la pression intra-abdominale (PIA) par voie vésicale est une méthode de référence non invasive pour sa surveillance. Le laboratoire fabricant a annoncé un arrêt de commercialisation de son dispositif de mesure intra-abdominale récemment

Objectifs

Rechercher un dispositif de substitution pour la **mesure de PIA** afin de pallier à l'**arrêt de commercialisation** de notre dispositif actuel

Matériels et méthodes

1. Analyse des consommations par service
2. Estimation du nombre de jours de stock restants en PUI (pharmacie à usage intérieur)
3. Recherche auprès d'autres fournisseurs et centres hospitaliers
4. Bibliographie afin de rechercher un éventuel dispositif alternatif de mesure de la PIA
5. Réunion pluridisciplinaire : Révision du montage actuel
6. Evaluation du surcoût engendré par la substitution éventuelle ainsi qu'une analyse des indications d'utilisation

Résultats

Stocks PUI disponibles permettait l'approvisionnement des 3 services utilisateurs (notamment la réanimation) durant 6 mois

Sourcing fournisseur infructueux : aucun DM équivalent disponible

Recherches sur des méthodes alternatives de mesure de PIA :

Quelle alternative disponible ?

Un dispositif servant à la mesure de la pression du syndrome des loges ayant également l'indication dans la mesure de la PIA
le Compass®



Permet la mesure **en temps réel** de la PIA

Ancien montage



Nouveau montage avec Compass®



Composition nouveau montage

- 1 sonde urinaire
- 1 raccord sonde/Luer
- 1 prolongateur R3V raccordé au Compass®
- 1 raccord poche à urine/Luer
- 1 poche à urine

A consommation équivalente ancien dispositif/nouveau dispositif :

↗ **17000 euros TTC/an**

Réévaluation des indications nécessitant une mesure de la PIA pour limiter le surcoût :

Indication retenu = **Pancréatite aigüe**

↘ consommations ↘ dépenses prévisionnelles de 5000 euros/an TTC sur les 17000 euros initialement prévus

Discussion/Conclusion

Un nouveau dispositif de substitution de mesure de la PIA a pu être mis en place après réévaluation des indications et du montage



IMPACT DE LA FORMATION AU BON USAGE DU CATHÉTER VEINEUX PÉRIPHÉRIQUE (CVP) SUR LES PRATIQUES DES INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ÉTAT (IDE): BILAN À 1 AN

N°42

H. BENEGHIR ; M. CAZIN ; C. HIEL ; S. CAILLOCE ; P. DRANCOURT ; J. BOYER
Centre Hospitalier de Valenciennes (59300 Valenciennes)
drancourt-p@ch-valenciennes.fr

Mots clés: Cathéters vasculaires ; Pluridisciplinaire ; Perfusion

Introduction

Sur la base des recommandations du fabricant et suite aux recommandations de la SF2H (Société Française d'Hygiène Hospitalière) de 2019 visant à prévenir les infections liées aux CVP et sous-cutanés, des formations ont été déployées par des binômes IDE - Préparateurs en pharmacie (PPH) dans tous les services. Un an plus tard, nous souhaitons réaliser un audit post formation afin d'évaluer la mise en place des recommandations dans la pratique.

Matériels et méthodes

Une grille d'audit reprenant les recommandations a été rédigée et validée institutionnellement. Des binômes Interne en pharmacie - IDE ou équipe d'hygiène ont été déployés.

L'audit comprend 3 parties (33 items)
✓ observation des CVP et pansements,
✓ enquête de pratiques auprès des IDE,
✓ vérification de la traçabilité dans le dossier patient informatisé (DPI)



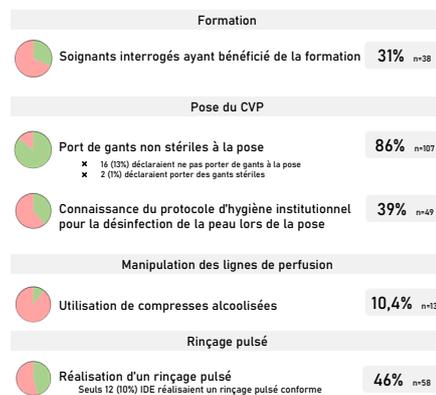
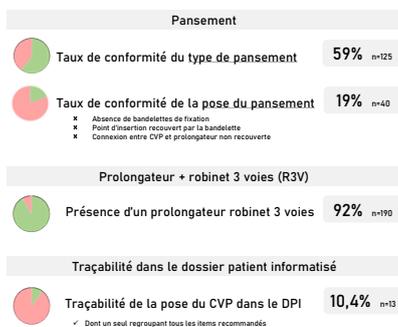
Résultats

211 CVP observés



42 services audités sur 6 mois

125 soignants interrogés



Conclusion / Discussion

Les résultats ont été présentés en comité perfusion. Certaines recommandations ont été intégrées dans la pratique et des pistes d'amélioration ont été définies. Un travail sur le DPI a été réalisé afin de faciliter la traçabilité. Une nouvelle sensibilisation des IDE sur le rinçage pulsé et la technique de pose du pansement est prévu, ainsi qu'un nouvel audit dans un an afin de les évaluer.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

C. Salomez-Ihl^{1,2}, R. Chapuis², P. Py², M. Durand², S. Chanoine^{1,2}, M-D. Brunet², R. Mazet², P. Bedouch^{1,2}

1 : Univ. Grenoble Alpes, CNRS, UMR 5525, VetAgro Sup, Grenoble INP, pôle Pharmacie, CHU Grenoble Alpes, TIMC, 38000 Grenoble, France; 2 : Univ. Grenoble Alpes, pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, 38000 Grenoble, France
cordelia.salomezihl@gmail.com

Mots clef : Perfusion, Interactions physico-chimiques, Qualité des soins

Introduction

En **réanimation néonatale** : Utilisation de dispositif d'administration (**Multiline Neo® (Doran)**)
→ **Limitier les incompatibilités physico-chimiques (IPC)** entre les médicaments

Malgré l'utilisation de ce dispositif, **obstruction d'un cathéter veineux central (CVC)**
Prémicath® (Vygon) rapportée chez un **prématuré** → **Nécessité de le remplacer**

→ **Objectif : Analyser l'événement et proposer une hypothèse de survenue de cette IPC**



Matériel et Méthodes

- 1 Enquête** auprès de l'équipe soignante pour détailler le montage et les spécialités concernées (concentrations, schéma et séquence d'administration)
- 2 Analyse bibliographique** (Stabilis et PubMed) pour identifier les médicaments impliqués dans l'IPC et proposer des hypothèses sur la survenue de l'IPC
- 3 Expérimentation en laboratoire**
 1. Recherche visuelle de l'IPC par la **mise en contact in vitro des molécules identifiées à différentes concentrations**
 2. **Simulation pour reproduire les modalités de l'administration et de survenue de l'IPC**

Résultats

1 Enquête et 2 Analyse bibliographique

Les **injectables impliqués dans l'IPC** sont :

Nutrition parentérale
(**Numetah® G13 sans lipides**)



+

Smoflipid® + Levocarnil®
([C₁] = 200mg/mL)



+

Ganciclovir
([C₂] = 5 mg/mL)



=

Obstruction d'un cathéter veineux central (CVC)

3 Expérimentation en laboratoire

Mise en contact des injectables à différentes [C]
Précipité à gauche avec Ganciclovir [C₃] = 50mg/mL



Mise en contact des injectables avec Ganciclovir [C₃] à gauche et Ganciclovir [C₂] à droite



→ **Seul le mélange Numetah G13 sans lipides + Smoflipid + Levocarnil + Ganciclovir à [C₃] = 50mg/mL a induit une IPC visuellement détectable**

Simulation du montage



Montage simulation



Précipité



Précipité

Seul le mélange avec le ganciclovir à [C₃] = 50mg/mL a permis d'observer une IPC macroscopique au niveau du CVC (obstruction totale)

Le Multiline® est bouché à l'extrémité distale menant à un arrêt de la perfusion

Discussion et Conclusion

Les expérimentations ne permettent pas de reproduire l'IPC décrite dans le service

Seul le Ganciclovir à [C₃] = 50mg/mL permet de retrouver cette IPC

Erreur de dilution dans le service ?



Le Multiline Neo® permet de réduire les IPC mais ne les empêche pas !

Zone de contact minimale à l'extrémité distale du dispositif **connecté à des DMS terminaux** dans lesquels les solutions sont en contact

IL RESTE PRIMORDIAL D'IDENTIFIER LES POTENTIELLES IPC ET D'ADAPTER LES MONTAGES ET MODALITÉS D'ADMINISTRATION



MA. Marchal¹, AS. Martin¹, R. Pesqué¹, P. Cavagna², N. Martelli², H. Levert¹

¹Pharmacie à Usage Intérieur, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris

²Pharmacie à usage intérieur, Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Paris

Mots Clés : Organisation, implantable, mammaire – Contact: marie.alix.marchal@gmail.com

A ce jour, les recommandations pour guider le chirurgien dans l'exérèse des tumeurs non palpables du sein, retiennent l'utilisation d'un **dispositif médical filaire type harpon**. Ce dispositif médical implanté par un radiologue « émerge » du sein de la patiente, il doit être retiré dans les 24 heures. Ce délai maximum contraint les équipes médicales à une coordination efficace et ne permet pas au chirurgien de choisir sa voie d'abord. **Plusieurs techniques non filaires, entièrement implantables, se développent dont l'implant Scout®, Magseed® ou encore LOCalizer™.**

Les objectifs de notre travail ont été triples : comprendre les **impacts organisationnels** (IO), évaluer l'**impact économique** (IE) et décider d'un éventuel **référéncement** du dispositif non filaire au sein de l'hôpital Saint-Louis.

Méthodes :

Afin de **retenir les IO majeurs**, un questionnaire a été envoyé sur deux centres utilisateurs de harpons. Le panel de professionnels de santé (PDS) interrogés se composait de médecins, infirmières, cadres de santé, pharmaciens et manipulateurs en radiologie. Les IO proposés correspondaient aux 12 critères retenus lors des **Ateliers de Giens de 2015**.

L'**analyse de l'impact budgétaire** a été faite en comparant les différents pools de dépenses et de recettes.

Enfin, une **étude du profil des patientes traitées dans notre établissement** est venue compléter ces analyses. Il s'agissait d'évaluer le nombre de dispositifs qui étaient posés par patientes entre mai et septembre 2021 et d'évaluer le délai entre la pose des dispositifs filaires et le retrait par le chirurgien au bloc opératoire.



Implant Scout®,
4mm de longueur



Localisation de l'implant par sonde de guidage



Pose d'un harpon, vue de profil

Résultats :

11 des 19 PDS interrogés ont répondu au questionnaire.

4 critères majeurs ont ainsi été retenus pour caractériser l'IO de Scout® :

- processus de travail ou de production de soins
- parcours de prise en charge
- besoin de formations et de compétences des acteurs
- allocation budgétaire.

L'IE a estimé que seul le prix du dispositif différait dans l'analyse budgétaire. Ce **surcoût par implant atteint 419,68 € TTC**, soit **entre 18 % et 4,8 % du coût du GHS** pour le GHM « mastectomies subtotales pour tumeur maligne » (en fonction du grade de sévérité du GHS retenu).

Dans notre ES sur les 5 mois d'étude, **109 patientes ont eu une pose de harpon**. Parmi elles, **10 ont eu une pose multiple**, augmentant d'autant le surcoût de Scout®. Parmi toutes ces femmes, **100 % ont eu le retrait du harpon dans les 24h** et **26 femmes ont eu un retrait dans la même journée que la pose du harpon**. Enfin, **35 patientes ont pu avoir une chirurgie organisée en ambulatoire** avec un retour à domicile dans la suite du geste.

Au terme d'une analyse de l'IO, de l'IE et des données de vie réelle **le référéncement de l'implant Scout® n'a pas été retenu.**

Le surcoût estimé, n'est pas compensé par une **inscription sur la liste en sus.**

A ce jour, le repérage par harpon faisant la satisfaction du personnel médical et le parcours patient étant efficient, **l'équipe chirurgicale n'a pas choisi d'appuyer ce référéncement.**

Bibliographie :

Site internet, <https://www.merit.com/fr/merit-oncology/localization/breast-soft-tissue-localization/scout-radar-localization>

Site internet CH du Luxembourg, <https://www.ch.lu/fr/dossier/la-pose-dun-harpon>

Impact organisationnel : définition et méthodes d'évaluation pour les dispositifs médicaux, Roussel et al. Ateliers de Giens 2015

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

LES SONDES NASOGASTRIQUES (SNG) : COMMENT RENDRE LEUR USAGE MOINS ANXIOGÈNE ?

M. PORTALIER¹, F. CHATILLON¹, C. PAVIO-BACH¹, H. BONTEMPS¹
¹ Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône (69)

margaux_portalier@outlook.fr
 Mots clés : dispositifs médicaux, formation, nutrition

INTRODUCTION



Pose de sonde nasogastrique

Appréhension pour le patient et pour le professionnel de santé

Pratique à risque (mauvais positionnement, perforation, mésusage...)

MATERIEL METHODE

Avant les ateliers

Distribution de questionnaires aux infirmières

- Reconnaissance des 2 types de SNG
- Modalités de pose
- Modalités de contrôle du positionnement
- Modalités d'utilisation (administration de nutrition entérale, de médicaments) et d'entretien

Pendant les ateliers

- Ouverts aux **professionnels de santé volontaires** (infirmières, étudiants, médecins...)
- Animés par un **médecin**, un **pharmacien**, une **infirmière** habituée à la pose de SNG
- **Enseignement théorique**
- Entraînement à la **pratique** sur **mannequin** et sur **volontaires**

RESULTATS

Questionnaires

75 infirmières ou étudiantes infirmières ont répondu au questionnaire, dont 20 avaient déjà participé à l'atelier pratique

Reconnaissance des types de SNG

90 % savent reconnaître une sonde avec ou sans guide
 79 % savent **que seuls les médecins peuvent poser une sonde avec guide**

Modalités de pose

77 % savent que le **repère indélébile sur la SNG est obligatoire**

Seulement 48% savent que seul le **contrôle radiologique** est recommandé pour vérifier la position de la SNG et non le stéthoscope
 28% associent le **contrôle radiologique et le contrôle par stéthoscope**

Modalités d'administration de la nutrition entérale

98 % répondent « **Non** » pour l'administration en position couchée
 76% répondent à raison qu'il faut changer la tubulure **entre chaque poche** en cas de nutrition entérale discontinue
 72% savent qu'il est nécessaire de changer la tubulure **tous les jours** en cas de nutrition entérale continue

Modalités d'administration de médicaments

Réponses concernant les formes galéniques administrables par SNG					
	Comprimés	Comprimés gastro-résistants	Comprimés dispersibles	Comprimés effervescents	Comprimés à libération prolongée
Oui	75%	20%	72%	71%	11%
Non	21%	76%	24%	25%	85%
Ne sait pas	4%	4%	4%	4%	4%

70% savent quelle **charrière** de SNG permet l'administration de médicaments
 87% savent que l'**administration des médicaments par voie orale** reste possible avec une SNG
 15% seulement répondent qu'il faut **rincer la sonde avant, entre chaque médicament et après l'administration**

Ateliers

40 participants sur 4 ateliers

La majorité des participants se disent « très satisfaits » et favorables à sa réédition

35 essais de poses sur mannequin
 6 essais de poses inter-participants

CONCLUSION DISCUSSION

Formation continue

Maintien des acquis sur les bonnes pratiques d'utilisation des sondes nasogastriques

Formation initiale

Projet de mettre en place des interventions dans l'institut de formation aux soins infirmiers

Réédition

Maintien des ateliers annuels et des questionnaires pour évaluer l'évolution des connaissances théoriques et pratiques

Biases

Résultats des questionnaires possiblement faussés par le travail de groupe des infirmières pour y répondre

CONCLUSION DISCUSSION

LES VALVES UNIDIRECTIONNELLES: UN BON USAGE NON RESPECTE?

Auteurs : S.PARADE¹, A.DAVID¹, C.VAESKEN¹, C.CHAPIROT¹, G.SAINT-LORANT¹

¹ : CHU de CAEN, Pharmacie Hospitalière

Mots clés : Audit, Soins, Sécurité / Contact : parade.sophie@gmail.com

Introduction :

Lors de l'administration concomitante d'un médicament en pousse seringue électrique (PSE) avec d'autres thérapeutiques, il existe un risque de reflux et d'accumulation du principe actif dans les tubulures avec un risque de relargage non contrôlé. Un référencement de valves unidirectionnelles a donc été effectué avec diffusion d'un document opérationnel reprenant le guide de préparation d'un PSE d'opioïdes.

Objectif : Vérifier le bon usage des valves unidirectionnelles sur les montages de PSE d'opioïdes.

Matériel et Méthode:

Elaboration d'une grille d'audit pour vérifier les critères suivants :

- Le respect du montage de la valve
- L'affichage du document opérationnel
- Le bon stockage des valves anti retour

Dans les 6 services les plus consommateurs :

- Hépatogastro-entérologie, Hépatologie
- Médecine interne, Rhumatologie
- Orthotraumatologie
- Pneumologie

Résultats:

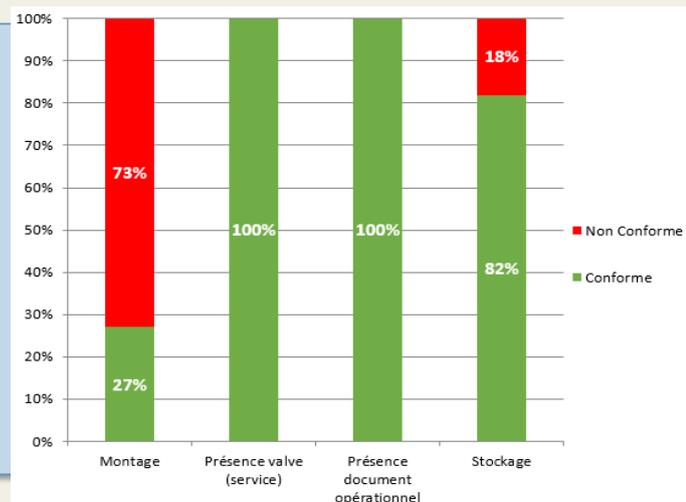
→ **11 montages audités :**

Non conformités des montages observées :

- Absence de valves (n=7)
- Mauvais positionnement de la valve (n=1)

Non conformités du stockage observées:

- Stockage des valves unidirectionnelles dans le coffre à stupéfiants



Discussion/Conclusion:



Faible nombre de patients



Bonne diffusion de l'information du bon usage des valves mais sous voire mauvaise utilisation des dispositifs



Présentation au Comité de Lutte contre la Douleur pour mettre en place des actions de formation

R. MAIRESSE(1), T. GOUPIL(1), G. ARNAUD(1), M. CASTEL MOLIERES(1)

(1) PHARMACIE, CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE, 2 RUE VIGUERIE, 31000 TOULOUSE

MAIL : REJANE.MAIRESSE@GMAIL.COM

BISTOURIS - CHIRURGIE - FUMÉES

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, des études alertent sur les risques liés à l'exposition des fumées chirurgicales dans les blocs opératoires. Les techniques chirurgicales utilisant l'électrocoagulation, le laser ou les bistouris à ultrasons produisent des fumées constituées de composés chimiques et organiques toxiques. Dans ce cadre, il a été référencé en 2022, les Bistouris électriques avec Aspiration de Fumée chirurgicale (BAF) intégrée. générateur en mise à disposition, connexion au vide et électrodes universelles

OBJECTIFS

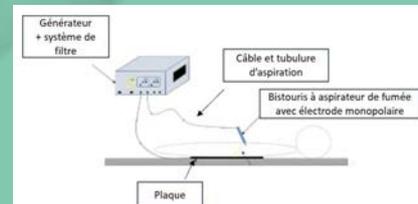
- Réaliser un état des lieux des pratiques après référencement.
- Promouvoir les bonnes pratiques afin de réduire les expositions de fumées toxiques.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

- Analyse des pratiques chirurgicales à fortes émissions de fumées.
- Estimation des besoins par analyse des consommations sur Excel.
- Mise à disposition de 43 pompes à vide permettant le rejet des fumées chirurgicales.
- Accès à l'ensemble des spécialités médicales avec une activité de bloc opératoire.
- Enquête auprès des Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE) et des chirurgiens.
- Réunion pluridisciplinaire avec les équipes soignantes, la direction des soins, la pharmacie et la direction des achats.

FOCUS SUR LE BAF

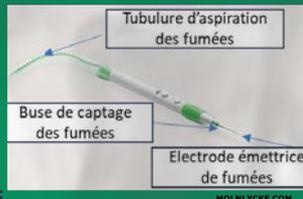
- Générateurs mis à disposition.
- Filtre collecteur de fumées +/-collecteur fluides.
- Connexion au vide.
- Electrodes non captives.
- Aspiration continue ou activée par chirurgien.



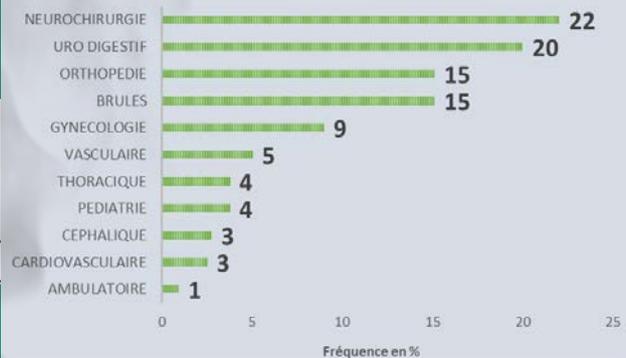
RÉSULTATS

- ◆ PLUSIEURS SESSIONS DE FORMATIONS ORGANISÉES
- ◆ 13 SERVICES UTILISATEURS
- ◆ RETOURS DES IBODES ET CHIRURGIENS

CONSUMMATIONS MENSUELLES



CONSOMMATION DES BISTOURIS AVEC ASPIRATION DE FUMÉES PAR SERVICE EN %



DISCUSSION ET CONCLUSION

Les différentes enquêtes ont permis de mieux comprendre la sous-utilisation des BAF. D'après les IBODES, l'utilisation des bistouris à usage multiple est plus simple car disponibles dans les boîtes de stérilisation avec les autres DM nécessaires à la chirurgie. Les BAF nécessitent une autre logistique. Les chirurgiens déplorent un un plus grand encombrement du champ visuel avec les BAF.

Trois actions ont été mises en place : un nouveau plan de formation, un référencement et un flyer de sensibilisation. Ainsi, un nouveau BAF avec une tête plus fine est disponible depuis début 2023. Ce référencement s'inscrit également dans l'amélioration de la qualité de vie au travail. Si l'utilisation n'évolue pas au cours de l'année 2023, la révision du contrat avec le fournisseur ou le déréférencement seront à rediscuter.

33ÈMES JNFDM CLERMONT-FERRAND

Libellé	Code NCM/NU
Bistouri aspirateur à usage unique	35.246
Bistouri aspirateur à usage multiple	35.246
Fibre optique	35.246
Piège à fumée	35.246

W. Bopp¹ ; P. Etienne¹ ; S. Yani¹ ; C. Baudet¹
 (1) Pharmacie, CHU Bordeaux, Haut-Lévêque, Avenue Magellan, 33600 Pessac
 Mots clés : Particules, sécurisation, protection
 Contact : vaitebopp93@gmail.com

Introduction

La crise de la COVID-19 a poussé les établissements à mettre à disposition différents systèmes d'aspiration des fumées (SAF) dans les blocs opératoires dont ceux de coelochirurgie, où de nombreux instruments produisent des fumées qui peuvent être à risque pour la santé. L'achat de tels systèmes impacte de manière considérable les dépenses annuelles en dispositifs médicaux, notamment en coelochirurgie.

Objectifs

Définir les meilleurs compromis entre :



Proposer un arbre décisionnel sur le choix du dispositif d'aspiration des fumées en fonction du type de bloc

Matériels et méthodes

L'étude a été menée dans le bloc de gynécologie et a porté sur les hystérectomies (HT) par coelochirurgie entre juin et août 2022.

→ Analyse de trois grandes familles de SAF : filtration passive (FP) et active avec ou sans générateur (respectivement FAAG et FASG)

Analyse quantitative

1) Prélèvement de particules de tailles 0,5 µm, 1 µm et 5 µm

- Compteur de particules Aerotrak intertech®
- Comparaison des concentrations particulaires (CP : nombre particules µm/m³)

Prélèvements sur 3 temps opératoires
 T1 : Période avant utilisation source d'énergie
 T2 : Période d'utilisation source d'énergie
 T3 : Exsufflation du pneumopéritoine

2) Analyse des coûts en consommable

Coût estimé de chaque dispositif par intervention
 → Catalogue Fournisseur 2021 (Prix HT)

Analyse qualitative

3) Comparaison de la satisfaction des praticiens et des IBODEs

Rédaction de fiches d'évaluation par type de dispositif & recueil des commentaires techniques (note/20)

Résultats

11 HT analysées

FP (E210290) = 1; FASG (Plumeport activ) = 1 ;
 FAAG sans insufflateur (IES 3) = 2 ;
 FAAG avec insufflateur (Pneumoclear, Lexion, Airseal) = 7

Coûts consommables

FP < FASG < FAAG

Estimation des prix par procédure :
 FP ≤ 10 €
 FASG ≤ 50 €
 FAAG ≤ 400 €

Evaluation satisfaction

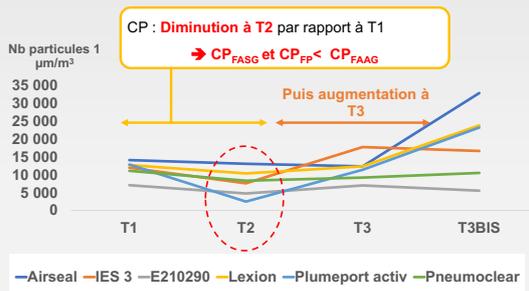
FAAG : 17,5/20 → Très bons scores
 Les avantages

- Visibilité (+++) → Gêne olfactive (-)
 - Buée ∅ → Fumées à l'exsufflation (-)
- (Notes autres dispositifs : FP=13,5 ; FASG=14,5)

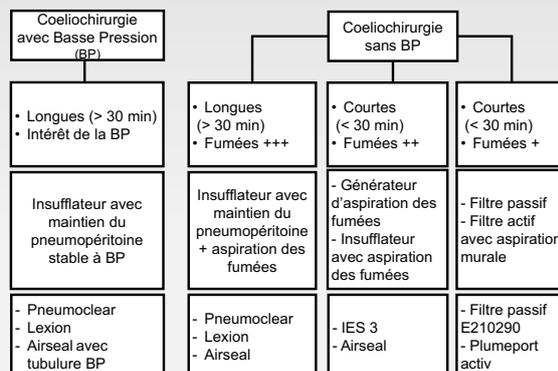
Au total : 329 prélèvements effectués

→ Différences significatives entre les SAF à T2 (p ≤ 0.0003)

Exemple des particules de 1µm



Arbre décisionnel proposé au bloc gynécologie sur le type d'aspirateur des fumées à utiliser en coelochirurgie



Conclusion

Malgré le faible échantillonnage, des différences ont pu être relevées à la fois sur les CP et sur l'appréciation des équipes chirurgicales. Pour contrôler les dépenses, un premier logigramme de choix a été proposé au service de gynécologie prenant en compte la durée de l'intervention, le type de chirurgie et la quantité de fumées produites. Il sera par la suite étendu à l'ensemble du CHU.

OPTIMISATION DES LIGNES DE PERFUSION : LE DEFI DES SERVICES PEDIATRIQUES

MIRANDA Mathias, PRADERA Mickael, DONJON Augustin, ALMEIDA Martine, BRISCHOUX Sonia
Pharmacie centrale secteur DMS, CHU de Limoges, mathias.miranda.elis@gmail.com

Mots-clés : Optimisation des lignes de perfusion, service pédiatrique, caractéristique d'intérêt, longueur totale, volume mort, coût



49

Introduction

La perfusion intraveineuse occupe de nos jours une place fondamentale dans la prise en charge des patients au sein des établissements de santé. L'administration de médicaments de manière simultanée, par voie intraveineuse, nécessite des montages de perfusion complexes. Un audit préalable réalisé en 2022 a permis de mettre en évidence les montages de perfusion réalisés par les services pédiatriques.

Objectif : Proposer des nouveaux moyens d'optimisation des lignes de perfusion pour les services pédiatriques

Matériel et méthode

Période d'étude de 2 mois, du 1er février au 31 mars 2023



Récupération de données sur les dispositifs via les fiches techniques, l'audit, le logiciel Pharma®, et le livre Europharmat « Manuel des dispositifs médicaux de soins standards »

Comparaison des caractéristiques d'intérêts : longueur, volume mort, mode de stérilisation, prix

Proposition de solutions d'optimisation des lignes de perfusion trouvées aux services pédiatriques

Résultats

Figure 1 : Caractéristiques d'intérêts des DM selon les fournisseurs

Fournisseur	Libellé	Longueur totale en cm	Volume mort en ml	Stérilisation	Prix unitaire HT en €	Débit de perfusion maximal en ml/min
1	Prolongateur 1 voie	16	0,32	Radiation	0,75	165
2	Prolongateur 1 voie	12	0,175	Oxyde d'éthylène	0,5	
3	Prolongateur 1 voie	10	0,29	Radiation	0,9	75
1	Prolongateur 3 voies	11	0,82	Radiation	2,9	165
2	Prolongateur 3 voies	11	0,51	Oxyde d'éthylène	2,15	
3	Prolongateur 3 voies	10	1,1	Oxyde d'éthylène	4,08	78
1	Prolongateur 4 voies	11	1	Radiation	2,85	165
2	Prolongateur 4 voies	11	0,39	Oxyde d'éthylène	2,4	
3	Prolongateur 4 voies	10	1,2	Oxyde d'éthylène	6,568	78-84
1	Robinet 3 voies	5,8	0,34	Radiation	0,8	165
2	Robinet 3 voies	3,8	0,35	Oxyde d'éthylène	0,156	
3	Robinet 3 voies	5	0,35	Oxyde d'éthylène		
1	Valve bidirectionnelle	2,3	0,02	Radiation	0,49	165
2	Valve bidirectionnelle	2,8	0,049	Oxyde d'éthylène	0,25	
3	Valve bidirectionnelle					

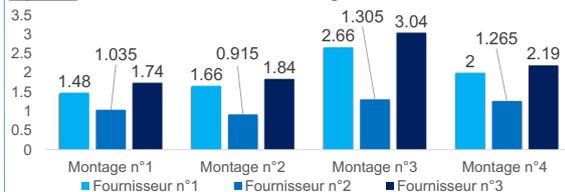
Fournisseur historique : fournisseur n°1
Caractéristiques non impactantes : diamètre des tubulures, durée d'utilisation, date de péremption et conditionnement
Caractéristiques présentes chez tous les fournisseurs : présence et transparence des valves bidirectionnelles

Figure 2 : Montages réalisés par les services pédiatriques

Montage n°1	Prolongateur 1 voie + robinet 3 voies + prolongateur 3 voies
Montage n°2	Prolongateur 1 voie + robinet 3 voies + prolongateur 4 voies
Montage n°3	Prolongateur 1 voie + robinet 3 voies + 2 prolongateurs 4 voies
Montage n°4	Prolongateur 1 voie + 2 robinets 3 voies + prolongateur 4 voies

Note : Les valves bidirectionnelles sont pré-montées sur les dispositifs

Figure 4 : Volume mort total en ml des montages selon le fournisseur



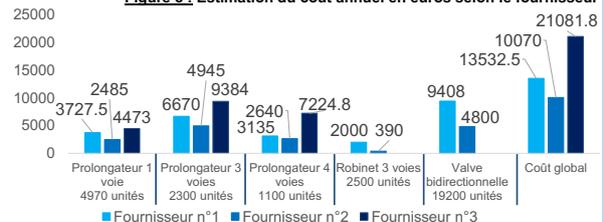
Le volume mort du fournisseur n°2 est en moyenne 41% plus faible que le fournisseur n°1
Le volume mort du fournisseur n°3 est en moyenne 13% plus élevé que le fournisseur n°1

Figure 3 : Longueur totale en cm des montages selon le fournisseur



Le fournisseur n°2 est en moyenne 17% plus court que le fournisseur n°1
Le fournisseur n°3 est en moyenne 22% plus court que le fournisseur n°1

Figure 5 : Estimation du coût annuel en euros selon le fournisseur

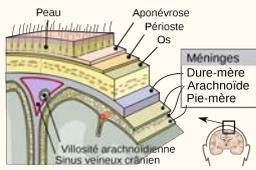


Le fournisseur n°2 est en moyenne 26% moins cher que le fournisseur n°1
Le fournisseur n°3 est en moyenne 64% plus cher que le fournisseur n°1

Conclusion

- ❖ **Besoin** : une longueur suffisante pour s'adapter aux enfants agités/dans des berceaux, un volume mort le plus faible possible pour limiter les pertes de médicaments lors de la perfusion et un prix compétitif. Le fournisseur n°2 est donc le plus adapté.
- ❖ **Amélioration** : les économies engendrées par ce changement nous permettent de proposer une solution à un autre problème soulevé par l'audit réalisé en 2022 concernant les montages réalisés par le service d'onco-hématologie pédiatrique : ajout d'un prolongateur à 6 voies.
- ❖ **Évaluation** : une période de 6 mois est donnée pour évaluer les résultats de l'optimisation des lignes de perfusion.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand



OPTIMISATION DU CHOIX DES SUBSTITUTS DE DURE-MERE AU BLOC DE NEUROCHIRURGIE

Bendiab YM^{1,2}, Royer N¹, Advenier-Iakovlev E¹.

¹GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences – Pharmacie Stérilisation; ²Faculté de Pharmacie – Université Paris Saclay - yara.bendiab@universite-paris-saclay.fr

Mots-clés : DMI, neurochirurgie, substituts durs

Certaines interventions neurochirurgicales nécessitent la pose de substituts de dure-mère (SDM). L'arrêt de commercialisation du Biomesh®, non résorbable, nous a conduit à revoir leur référencement et évaluer leur utilisation.

Par Imarchon — Travail personnel, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=48530423>

OBJECTIF

Quelle place pour les différents substituts durs selon les interventions ?

PATIENTS ET METHODES



Étude du fichier de traçabilité des DMI et des dossiers patients sur l'année 2022 pour identifier les indications.



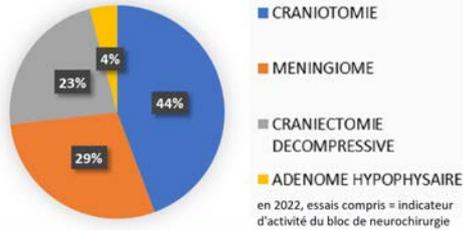
Rédaction d'un questionnaire et entretiens avec les neurochirurgiens pour évaluer leurs besoins.



Étude de marché à partir des fiches techniques des fournisseurs puis essais avec les références retenues.

RESULTATS

Répartition des poses de substituts durs par indication



	BIOMESH® (France RACHIS)	DURAGEN® (INTEGRA LIFESCIENCES SERVICES)	DURA PATCH® (JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SAS)	Total général
	Non résorbable Suture	Résorbable Non suture	Résorbable Suture	
CRANIOTOMIE non décompressive	11 (26%)	19 (45%)	12 (29%)	42
MENINGIOME	6 (24%)	12 (48%)	7 (28%)	25
CRANIECTOMIE DECOMPRESSIVE	4 (19%)	10 (48%)	7 (28%)	21
ADENOME HYPOPHYSIAIRE		4 (100%)		4
Total général	21 (23%)	45 (49%)	26 (28%)	92

Type de substitut utilisé par indication sur l'année 2022 hors essais → nécessité de conserver un modèle non résorbable.



Bilan des entretiens : besoins exprimés

- Greffe de tissus natifs en 1^{ère} intention avant la pose d'un DMI si possible.
- Dimension plus grande de Duragen® pour les craniectomies décompressives (ne pas superposer 2 SDM).
- Alternative au Biomesh®: pose d'un SDM non résorbable si perte de matière importante.



Bilan des essais :

- Qualités techniques nécessaires aux SDM indépendamment de l'indication : fin, étanche, souple, qui s'intègre aux tissus natifs.

DISCUSSION

- Peu de précisions dans les fiches techniques concernant l'indication.
 - Absence de recommandations claires et consensuelles concernant l'utilisation des substituts durs.
 - Variabilité des pratiques professionnelles qui expliquent en partie les besoins différents.
- Difficultés à uniformiser les pratiques au sein de l'équipe, mais notre travail a permis aux chirurgiens de s'interroger sur leurs critères de choix d'un substitut de dure-mère.

CONCLUSION

Référencement de 3 types de SDM : un résorbable suturable (Biodesign Duraplasty Graft®, Cook Medical), un résorbable non suturable (Duragen®, Integra Lifesciences services) et un non résorbable suturable (Neuropatch®, BBraun).

Réflexion de l'équipe neurochirurgicale sur ses pratiques et dynamique d'harmonisation, notamment la pose de substituts durs en 2^e intention après la greffe de tissus natifs (périoste, graisse, fascia lata...) si possible.

Introduction

Le bloc opératoire et la réanimation produisent 20 à 30% des déchets des établissements de santé. Améliorer la quantité et le recyclage des déchets plastiques est un enjeu prioritaire pour l'environnement. En collaboration avec les anesthésistes, nous avons travaillé à comment réduire les déchets provenant des DM lors d'une péridurale.

Objectifs

- Evaluer et comparer les coûts et la production de déchets de la méthode actuelle d'antiseptie en 4 temps avec une nouvelle méthode.
- Etude d'un nouveau set d'anesthésie plus adapté aux besoins des anesthésistes.

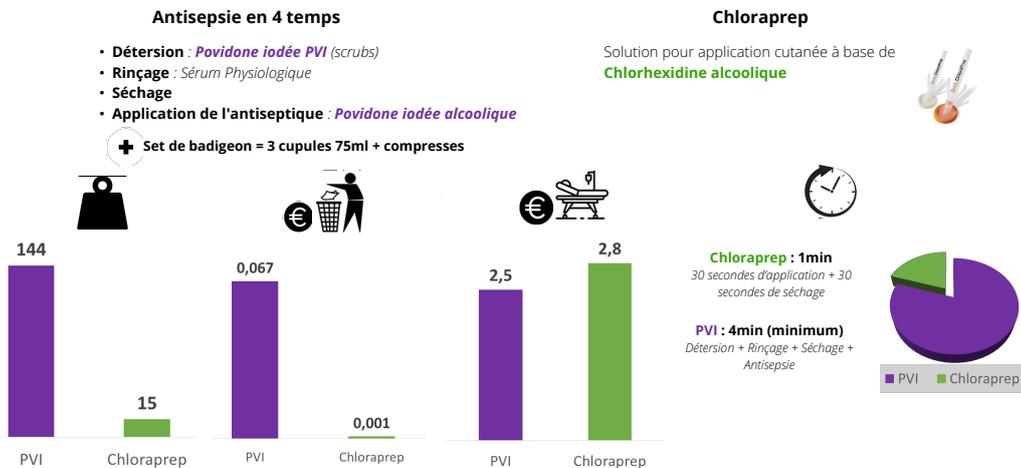
Objectif commun : diminuer les déchets et aller vers l'utilisation de composants recyclables

Matériel & méthodes

- Interrogatoire des IADE et anesthésistes sur les méthodes et matériaux utilisés lors de l'antiseptie et la pose d'une péridurale
- Evaluation des déchets et comparaison avec la méthode employée actuellement

Résultats

Evaluer et comparer les coûts et la production de déchets de l'antiseptie en 4 temps vs. Chloraprep



Nouveau set d'anesthésie mieux adapté aux pratiques



Figure 1 : Composition du set actuel et en essai, étude des produits utilisés et non utilisés dans les sets

Plan d'action

- 1 Définir les besoins des anesthésistes
- 2 Envoi de sets d'anesthésie par différents laboratoires et discussion avec les anesthésistes
- 3 Analyse des déchets issus des produits non utilisés dans les sets (figure 2)
- 4 Essai du nouveau set sélectionné par les anesthésistes

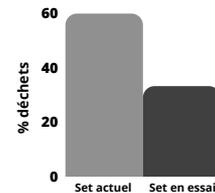


Figure 2 : Déchets issus des produits non utilisés dans les sets

Discussion

Il reste encore à effectuer une étude économique sur le nouveau set d'anesthésie et évaluer son adaptation à la mise en place de la norme NRRFIT. Ce travail doit cependant, être réalisé à plus grande échelle.

Contact : mathilde.dacos@ap-hm.fr

Conclusion

Ce début de travail avec les soignants a permis de diminuer la quantité de déchets produits. Un travail avec les industriels pour avoir des matériaux recyclables est également en cours, tout comme une réflexion sur le devenir des déchets issus des produits non utilisés dans les sets.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

S. VICENS¹, S. VINCENT¹, F. LEMESLE¹, S. DROUARD¹
¹Service Pharmacie, Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise
 stephanevicens34920@gmail.com

Mots clés: **Suivi pharmaceutique ; Pansements ; Protocole thérapeutique**

Introduction

Enquête en 2022 auprès du SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et de l'USLD (Unité de Soins de Longue Durée).

- **besoin d'accompagnement** dans la prise en charge des plaies chroniques (PECPC).

Objectifs :

- **Mise en place** d'un suivi pharmaceutique de la PECPC (service test : USLD).
- **Evaluation** de la satisfaction des soignants.

Matériels et Méthode

- Suivi systématisé hebdomadaire et à la demande.
- Affichage de la plaquette institutionnelle « Bon usage des pansements ».
- Production collaborative de protocoles (1 par plaie et par patient) avec suivi photo.
- Questionnaire de satisfaction.

EXEMPLE PROTOCOLE

Date : 13/03/2023 Nom : ██████ Prénom : ██████

Traitement escarre :

- Escarre sacrée : décubitus latéral toutes les 3h.

LOCALISATION : SACRUM

- **Historique** : escarre sacrée (depuis novembre 2021).

- **Type de plaie** : escarre, plaie bourgeonnante.

- **Quantité d'exsudats** : ++

Protocole de soin :

- 1) Nettoyage au sérum phy.
- 2) Mettre : mèche Biatain alginate 44x3cm sans tasser.
- 3) Puis par-dessus : Actisorb (pansement au charbon).
- 4) Recouvrir par Tegaderm ou Opsite flexifix.



- **Rythme de réfection** : tous les 2 jours.

- **Avis médical demandé** : non.

Résultats

Sur 2 mois :

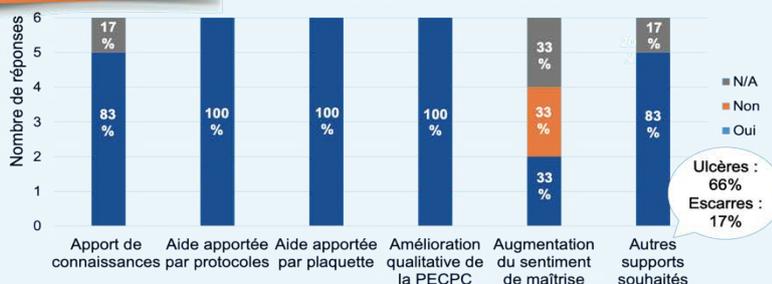
3 patients

6 plaies

32 protocoles

- 1h30 / semaine en moyenne

Réponses au questionnaire de satisfaction



Discussion et Conclusion



L'appui pharmaceutique mené au sein de l'USLD :

- Répond aux besoins exprimés.
- Motive son déploiement à d'autres services.

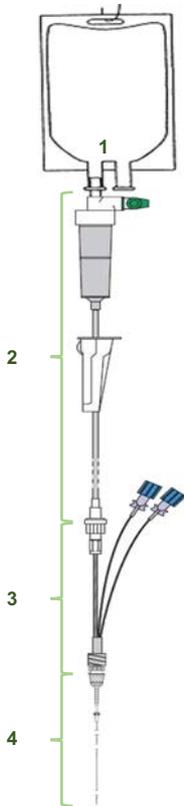
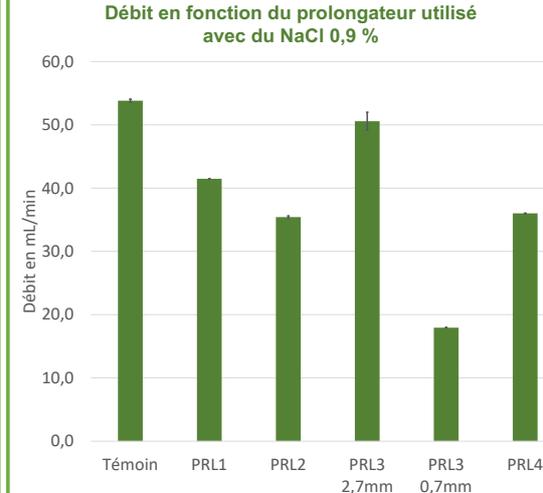
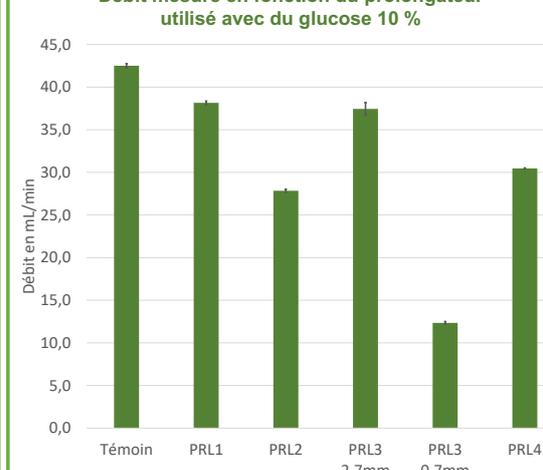


Cependant :

- Perturbations fréquentes du suivi des protocoles (prépondérance d'intérimaires).
- Appui à optimiser.

Une concertation de l'équipe pharmaceutique a engagé la pérennisation de cet appui avec une nouvelle organisation (binôme préparateur en pharmacie / pharmacien) et la distribution de nouveaux supports.

Mathieu LESGOURGUES¹, Tiphaine HOUSSEMAND¹, Yann-Eric NISSE¹, Etienne LAURENT¹
Centre Hospitalier de Remiremont, 1, rue George Lang, 88200 Remiremont, yann-eric.nisse@ch-remiremont.fr

Matériel et méthodes	Introduction																														
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>Montage réalisé</p> <p>1 : Poche de soluté : - NaCl 0,9% 500 mL (CARELIDE, lot 22102005) - Glucose 10% en 500 mL (BBRAUN, lot 22282450)</p> <p>2 : Perfuseur simple diamètre Interne 3,0 mm (DORAN, réf 103.0070, lot 302211Q)</p> <p>3 : Prolongateur</p> <p>4 : Cathéter 20G (BBRAUN, réf 4251644-01, lot 22F1368361)</p> <p>Protocole de test</p> <p>3 mesures de débit par soluté et par prolongateur testé.</p> <p>Le débit est calculé en mesurant le temps de remplissage par gravité d'une éprouvette graduée de 400mL.</p> </div> </div> <p align="center">Liste des prolongateurs (PRL) testés</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #c8e6c9;"> <th></th> <th>Témoïn</th> <th>PRL1</th> <th>PRL2</th> <th>PRL3</th> <th>PRL4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marque</td> <td>Sans PRL</td> <td>DORAN</td> <td>DORAN</td> <td>DORAN</td> <td>ICU MEDICAL</td> </tr> <tr> <td>Référence</td> <td>Sans PRL</td> <td>307.2636</td> <td>306.3790</td> <td>306.4285</td> <td>011-MC33130</td> </tr> <tr> <td>N° lot</td> <td>Sans PRL</td> <td>302210H</td> <td>302204M</td> <td>302207H</td> <td>5229096</td> </tr> <tr> <td>Diamètre interne</td> <td>Sans PRL</td> <td>3×1,8 mm</td> <td>3×1,2 mm</td> <td>2×0,7 mm 1×2,7 mm</td> <td>3×0,9 mm</td> </tr> </tbody> </table>		Témoïn	PRL1	PRL2	PRL3	PRL4	Marque	Sans PRL	DORAN	DORAN	DORAN	ICU MEDICAL	Référence	Sans PRL	307.2636	306.3790	306.4285	011-MC33130	N° lot	Sans PRL	302210H	302204M	302207H	5229096	Diamètre interne	Sans PRL	3×1,8 mm	3×1,2 mm	2×0,7 mm 1×2,7 mm	3×0,9 mm	<p>La survenue d'un choc hypovolémique nécessite un remplissage vasculaire rapide par voie périphérique selon les recommandations de la SFMU. Le montage utilisé au bloc opératoire pour l'abord vasculaire doit donc être judicieusement étudié pour permettre ce remplissage. L'objectif de ce travail était de comparer différents prolongateurs 3 voies pour choisir celui permettant le meilleur débit pour un remplissage vasculaire efficace.</p> <p align="center">Résultats</p> <p align="center">Débit en fonction du prolongateur utilisé avec du NaCl 0,9 %</p>  <p align="center">Débit mesuré en fonction du prolongateur utilisé avec du glucose 10 %</p> 
	Témoïn	PRL1	PRL2	PRL3	PRL4																										
Marque	Sans PRL	DORAN	DORAN	DORAN	ICU MEDICAL																										
Référence	Sans PRL	307.2636	306.3790	306.4285	011-MC33130																										
N° lot	Sans PRL	302210H	302204M	302207H	5229096																										
Diamètre interne	Sans PRL	3×1,8 mm	3×1,2 mm	2×0,7 mm 1×2,7 mm	3×0,9 mm																										
<p>Conclusion</p> <p>Le débit théorique maximal du cathéter 20G (60 mL/min) n'est jamais atteint, même avec le montage témoïn sans prolongateur. La viscosité du soluté de remplissage utilisé a un impact sur le débit de perfusion puisque le glucose 10 % s'écoule plus lentement que le NaCl 0,9 %. Le prolongateur 3 présente le débit mesuré le plus élevé lorsque le tube de 2,7 mm de diamètre est utilisé. Pour le remplissage au bloc opératoire, le prolongateur 3 est donc désormais utilisé. La poche de soluté susceptible de servir lors de remplissage en cas de choc hypovolémique est branchée sur la voie de 2,7 mm.</p>																															

Mots clés : évaluation, débit, perfusion

33^{èmes} JNFDM Clermont-Ferrand

F. PONCELET¹, J.-C. BOU², N. GUENAU¹, E. FLORET¹

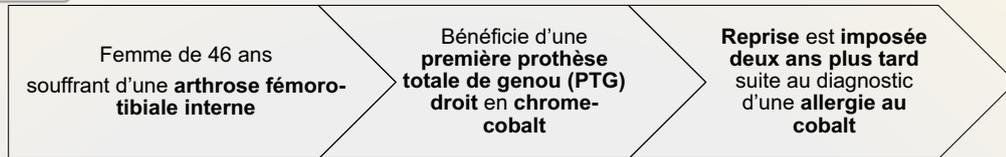
1 : Pharmacie, Hôpital Saint-Philibert, 59160 Lomme

2 : Traumatologie, Hôpital Saint-Philibert, 59160 Lomme

Contact : florian.poncelet@sfr.fr

Mots-clés : Risque, Orthopédie, Matériau, Réintervention

INTRODUCTION



Objectif
 Montrer la difficulté de diagnostic d'une allergie aux alliages métalliques

MATERIELS ET METHODES



RESULTATS



Pose d'une 1^{ère} PTG droit en chrome-cobalt

6 semaines après pose : 1^{ère} consultation post-op = rien à signaler

Quelques mois plus tard : installation progressive d'une **algodystrophie** au niveau du genou droit = causera **modification marche** (marche en step ou steppage)

1 an plus tard : examen radiographique des genoux montre un **descellement précoce de l'implant tibial**



Rendez-vous chez un **allergologue** malgré un délai d'environ 4 mois pour son obtention : mise en évidence d'une **allergie au Cobalt**

Etiologie infectieuse éliminée. Allergie aux bijoux non évoquée lors des consultations préopératoires car elle n'en porte pas. **Possible allergie abordée en réunion de concertation pluridisciplinaire**

résultat de la lecture des patch tests : réactions positives
 COBALT (CHLORURE HEXAHYDRATE) cobalt +
 BAUME DU PEROU cobalt +
 PROPOUS cobalt +
 LATEX +

- **Multiplés examens pour trouver l'étiologie + multiplés prescriptions médicamenteuses afin de soulager la patiente de ses douleurs**
- **Après l'apparition des douleurs : prise en charge par le service de la douleur = évolution négative et tendance à l'aggravation durant la période étudiée**

Renouvellement de PTG droit : prothèse avec traitement de surface hypoallergénique par nitrure de titane effectué par le fabricant



DISCUSSION ET CONCLUSION

Ce cas présente :

- la **problématique** de diagnostic d'une allergie aux alliages métalliques non connue, avec des **conséquences socio-économiques**
- la **vigilance** à avoir lors de **douleurs chroniques** après la pose d'une prothèse
- la **possible difficulté** d'utilisation de tests d'allergies de façon **systématique** avant une pose de matériel

33^{èmes} JNFDIM Clermont-Ferrand

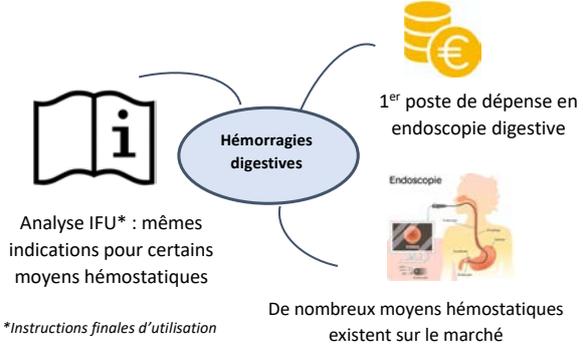
Protocoliser la prise en charge de l'hémostasie en endoscopie digestive

HIEL C. ; MERLIN C. ; DRANCOURT P. ; BOUBCHIR R. ; BOYER J.

Mots clés : maladies digestives, recommandation, saignement

CH Valenciennes – secteur dispositifs médicaux – charlotte.hiel.etu@univ-lille.fr

Contexte et objectif :



Analyse IFU* : mêmes indications pour certains moyens hémostatiques

*Instructions finales d'utilisation

Objectif : Réaliser un protocole de prise en charge de l'hémostasie en endoscopie digestive, conforme aux dernières recommandations, en vue d'harmoniser les pratiques, tout en minimisant les coûts.

Matériel et méthodes :

Etape 1 :
Analyse de la littérature / des recommandations des sociétés savantes de gastro-entérologie / des notices d'utilisation des dispositifs médicaux

Etape 2 :
Analyse des consommations en produits hémostatiques sur l'année 2022 (logiciel copilote) et des coûts (logiciel GEF)

Etape 3 :
Rencontre avec les gastro-entérologues / Evaluation de leurs pratiques

Résultats :

Analyse des consommations :



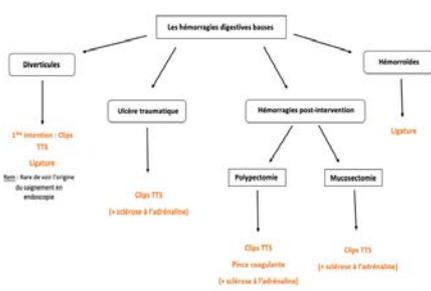
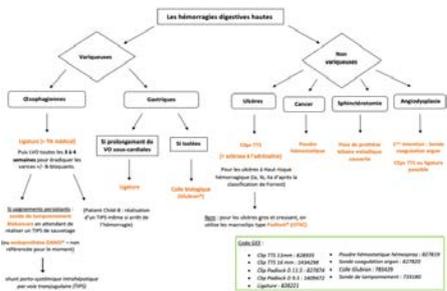
Analyse des coûts :

Dispositifs hémostatiques	Prix unitaire HT (en euros)
Clip endoscopique standard (TTS)	35
Clip Padlock (OCTS)	418
Ligature	84
Sonde coagulation Argon	110,6
Colle biologique	115
Poudre hémostatique	415
Sonde de tamponnement	96,6



Parmi ces moyens hémostatiques, ce sont les clips standards les plus utilisés (78%). Il s'agit du dispositif le moins onéreux unitairement → optimisation déjà effective au sein de l'établissement.

Protocoles :



L'entretien avec les GE* a permis de déréférer une colle biologique car non utilisée par le service et de référer un stent œsophagien remboursé depuis 2021, pour la prise en charge des hémorragies variqueuses, à la place de la sonde Blakemore.

Gastro-entérologues*

Conclusion :

Ayant été validés par les GE, ces protocoles à destination des médecins et infirmiers diplômés d'état seront présentés lors de la prochaine réunion du Comité des Dispositifs Médicaux Stériles. A travers ce travail, nous avons pu constater qu'une optimisation de l'utilisation des moyens hémostatiques par les médecins est déjà effective au CH de Valenciennes.

QUAND UN ARRÊT DE COMMERCIALISATION AMÉLIORE LES PRATIQUES

N°56

Auteurs: C. MERLIN¹, W.DAVID¹, P.DRANCOURT¹, J.AUBERT¹, J.BOYER¹
¹Service pharmacie - Centre Hospitalier de Valenciennes

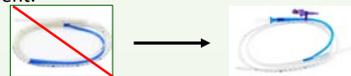


Mots clés: Formations, Bon usage, Sécurisation

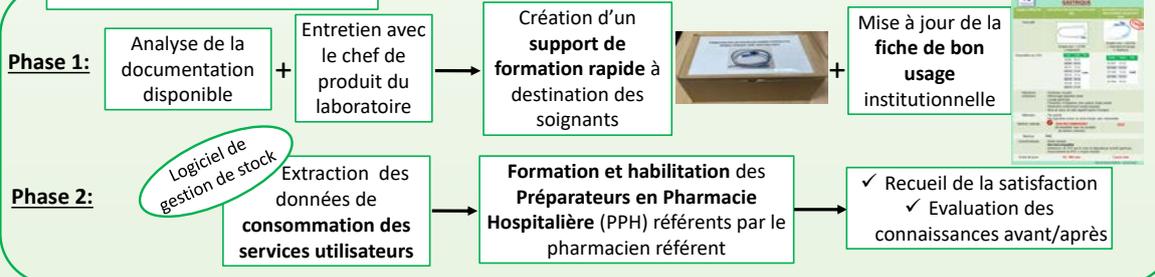
Contact: merlin-c1@ch-valenciennes.fr

Introduction - Objectif

- ✓ Suite à l'arrêt de commercialisation de nos sondes d'aspiration gastrique double courant SALEM en PVC, des sondes d'aspiration gastrique double courant en PVC avec connexion ENFIT sont choisies en remplacement.
=> **impact clinique** avec changements de pratiques dont la possibilité d'administrer de la nutrition entérale via la sonde.
- ✓ Réaliser une **formation** auprès des utilisateurs dans un délai de **3 semaines** au vu des stocks restants de la référence en arrêt.



Matériel et méthodes



Résultats

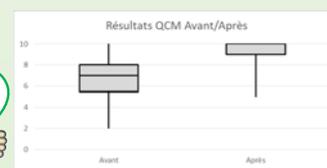
Formation:



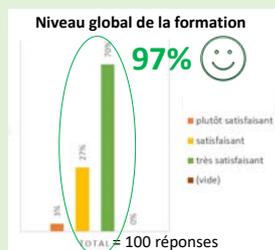
Evaluation moyenne des connaissances:

	Avant formation	Après formation
Note moyenne (/10)	7	9,3

Progression + 32,9%



Enquête de satisfaction:



- Acquisition des soignants:**
- ✓ Ne pas boucher la voie d'aération
 - ✓ Utiliser la valve anti-reflux
 - ✓ Ne pas lubrifier avec de la paraffine
 - ✓ Rinçage de la sonde

- Points forts de la formation:**
- ✓ Clarté des explications
 - ✓ Rapidité
 - ✓ Démonstration du matériel

- Satisfaction:**
- ✓ Soignants
 - ✓ PPH

Discussion - Conclusion

- ✓ Changement de référence => mise en place rapidement d'une formation de bon usage auprès des soignants
- ✓ La formation a permis de révéler des écarts de pratique concernant notamment la lubrification de la sonde et le blocage de la voie d'aération par réalisation d'un nœud.
=> **sécurisation clinique** avec un rappel des bonnes pratiques et une mise à jour des connaissances des soignants et de la fiche de bon usage.
- ✓ L'**impact logistique** repose sur le référencement de la valve anti-reflux spécifique à la sonde de Salem et sa mise en dotation ainsi que de sachets de gel lubrifiant hydrosoluble.
- ✓ Une **réévaluation** sera effectuée à 6 mois en intégrant les données de consommation des valves.
- ✓ La **satisfaction des équipes** et l'**impact clinique** sont tels que ce type de formation va s'étendre à d'autres DM.

33èmes JNFDM CLERMONT-FERRAND

CONTEXTE / OBJECTIFS

Les Prothèses Totales de Genou (PTG) sont le plus souvent constituées d'un alliage de métaux, principalement du chrome-cobalt. C'est dans cet alliage que l'on peut retrouver des ions nickel.

Les ciments osseux, qu'ils soient avec ou sans antibiotiques, ont tous dans leur composition des poly méthacrylates (PMMA).

14% C'est la partie de la population qui présenterait une hypersensibilité au nickel (1).

? % L'hypersensibilité aux composants du ciment osseux est quant à elle peu rapportée dans la littérature.



Quelle solution proposer pour la pose d'une PTG chez un patient allergique au nickel et aux méthacrylates ?

MATERIEL ET METHODES

Comment proposer une solution au chirurgien, dans le cadre d'un patient présentant une allergie au PMMA et au nickel ?

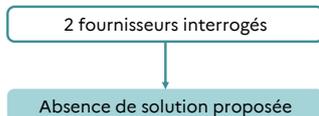


RESULTATS

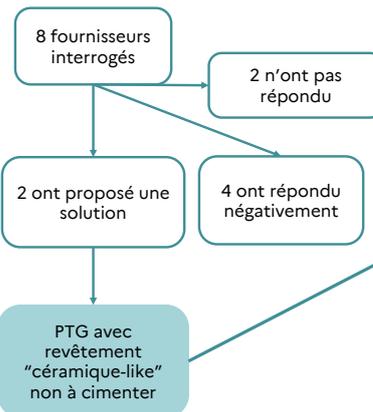
» Littérature : peu de cas rapportés.

» Sociétés savantes : absence de consensus ou de référentiels.

» Fournisseurs de ciment osseux :



» Fournisseurs de PTG :



Propositions des fournisseurs :

- Fournisseur n°1 :**
- PTG à glissement à plateau fixe et postéro-stabilisée
 - PTG à charnière
- ⇒ Structure d'ostéo-intégration à ajouter à ces 2 solutions
- Fournisseur n°2 :**
- PTG à glissement à plateau fixe et postéro-stabilisée
- ⇒ Toutes ces solutions ont été proposées avec un revêtement en nitrure de titane (TiN)

DISCUSSION / CONCLUSION

⇒ Des solutions existent, bien que peu nombreuses, pour réaliser une arthroplastie totale de genou chez les patients avec ces deux hypersensibilités concomitantes.

Le revêtement « céramique-like » paraît être une solution adéquate pour contrer l'allergie au nickel.

Cependant, aucun ciment anallergique n'est disponible sur le marché français, il faut donc envisager la pose d'une PTG sans ciment. Dans un contexte de reprise ou de reconstruction, la faisabilité de ce recours est à analyser au préalable.

⇒ Le choix des PTG pour ces patients est donc restreint. En effet aucune des solutions proposées par les fournisseurs ne concernait de PTG à plateau mobile.

⇒ Les PTG sur-mesure semblent également se positionner comme une alternative à ces solutions pour les patients ne pouvant pas en bénéficier.

⇒ Ces prothèses sont des produits de niche, la veille du marché est donc essentielle pour proposer une solution adéquate au patient et au chirurgien. C'est pourquoi, l'analyse de la faisabilité chirurgicale en amont est indispensable dans ce type de prise en charge.



SERINGUES DE CHIMIOThERAPIE EN ONCOLOGIE PEDIATRIQUE : VERS UNE ADMINISTRATION INTRAVEINEUSE SECURISÉE

N°58
CHU
ANGERS
UNIVERSITÉ

C.Dréano, M.Delamotte, A.Lebreton
Pharmacie, CHU Angers, 4 rue Larrey 49100 Angers
camilledreano6@gmail.com

Risque, Cytotoxique, Sécurisation

Introduction

Sécurisation de l'administration des chimiothérapies requise pour le **patient, le personnel soignant et l'environnement**
→ Recommandations^{1,2} d'utiliser des **CSTD** (Dispositifs de transferts en système fermé)

Dans notre unité de reconstitution des cytotoxiques (URC), toutes les préparations sont sécurisées sauf les **seringues intraveineuses (IV)** dispensées avec un **obturateur luerlock universel**



65% des seringues IV produites sont destinées à l'oncopédiatrie

30% des préparations pour l'oncopédiatrie sont des seringues IV

Administration d'une seringue IV = 3 étapes à risque de contamination **cytotoxique** :

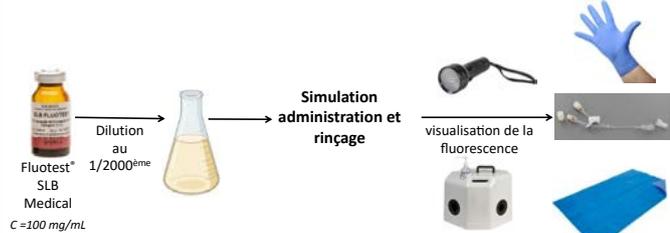
- la **connexion** au prolongateur
- la **purge** du prolongateur
- la **déconnexion** pour connecter la seringue de rinçage



Objectif : Sécuriser l'administration des seringues de chimiothérapie IV en oncopédiatrie

Matériels et méthode

- Inventaire des dispositifs médicaux (DM)** existants sur le marché (n=7 fournisseurs contactés) et analyse de leurs **caractéristiques techniques**
- Test à la fluorescéine** : comparaison de notre **montage actuel** versus les **montages identifiés**



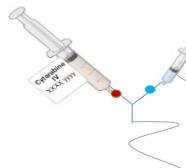
- Analyse de l'**impact budgétaire** et des **avantages/inconvénients** de l'utilisation d'un connecteur sécurisé

Résultats

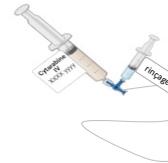
- 3 types de montages identifiés :**



Connecteur sécurisé
Spiros® IcuMedical
Qimo® Vygon



Connecteur 2 voies
72.3161 connector®
Codan



Dispositif de perfusion avec robinet 3 voies
KEMOLINE10®
KEMOLINE200® Doran

Longueur l=10 ou 200 cm

- Test à la fluorescéine :**

Type de montage testé	Nombre de répétition du test	Après administration			Après rinçage		
		Gants	DM	Environnement	Gants	DM	Environnement
Obturateur simple	3	F	F	N	F	NA	N
Connecteur sécurisé	3	N	F	N	N	NA	N
Connecteur 2 voies	3	N	F	N	N	F	N
Dispositif de perfusion avec robinet 3 voies (l=10 cm)	3	N	F	N	N	F	N
Dispositif de perfusion avec robinet 3 voies (l=200cm)	3	N	F	N	N	F	N

F : Fluorescent / N : Non Fluorescent / NA : Non applicable

- Connecteur sécurisé : **impact budgétaire** et **avantages/inconvénients** :

	+	-
Spiros® IcuMedical	Impact budgétaire: coût additionnel de 1200 €/an Volume mort = 0,12mL	Une étape reste à risque : la déconnexion pour connecter la seringue de rinçage
Qimo® Vygon	Contrôle des 3 étapes à risque	Impact budgétaire : coût additionnel de 2700€/an Volume mort = 0,35mL Gestion de stock de « deux » DM (Qimo ♂ and ♀)

Discussion/conclusion

Utilisation d'un **connecteur sécurisé** = **bon compromis pour la sécurisation de l'administration des seringues IV en oncopédiatrie**

→ Déjà disponible dans notre URC, équipe pharmaceutique formée à leur utilisation, peu de changement de pratique en oncopédiatrie et déjà utilisé par les infirmiers (IDE) de l'hospitalisation à domicile

Spiros® ou Qimo® ? : prochaine étape → évaluation pratique par les IDE d'oncopédiatrie ! 

Les coûts indirects tels que les temps de préparation supplémentaires à l'URC et d'assemblage du montage avant administration sont également à prendre en compte. Une mise à jour des fiches de production, des plans d'administration et une formation des IDE seront par la suite nécessaires

¹DIRECTIVE (UE) 2019/130 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 16 janvier 2019

²DHHS (NIOSH) Publication No. 2016-161

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

INTRODUCTION

De nombreux substituts tissulaires (ST) sont commercialisés auprès de divers fournisseurs. Nous appelons ST, un dispositif composé de biomatériaux naturels et/ou synthétiques facilitant la régénération tissulaire. Chaque ST a une indication ciblée à un tissu. Nous cherchons à déterminer si les ST ont une composition spécifique à chaque tissu.

OBJECTIFS

- Définir les caractéristiques des tissus à régénérer
- Définir les propriétés d'un ST
- Recenser les biomatériaux (BM) entrant dans la composition des ST
- Recenser par tissu les caractéristiques spécifiques des ST
- Déterminer la spécificité d'un ST à un tissu

MATERIEL ET METHODE

Revue de la littérature Base de données : PUBMED Limitation temporelle: 5 ans (août 2017 à août 2022)

1 Stratégie de recherche

Identification du dispositif (matrix, graft, patch, mesh)

MESH TERM Biomaterials

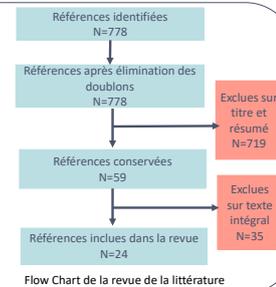
Limitations
 Rédaction en français ou anglais
 Humain seulement
 Exclusion des termes « bones » et « tooth »

2 Sélection des articles

- 1- Titres et résumés
 Tissu: cardiaque, vasculaire, nerveux, digestif, gynécologique, urinaire, ORL
- 2- Texte entier

3 Lecture et analyse des articles sélectionnés

Grille de Lecture
 Design
 Impact factor
 Tissu décrit
 Biomatériaux décrits
 Commentaires



RESULTATS

24 revues de la littérature

Impact Factor
 $x=6,43$
 [2,3;14,4]



Figure 1: Conflit d'intérêt

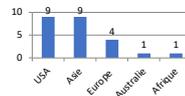


Figure 2: Origines des articles

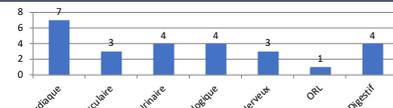


Figure 3: Répartition des articles par tissu

CARACTÉRISTIQUES DES TISSUS



BIOMATÉRIAUX

Biocompatibles +/- Biodégradables

MODIFICATIONS SECONDAIRES

Electrofilage, séparation de phase, modification de surface, réticulation...

PROPRIÉTÉS DES ST

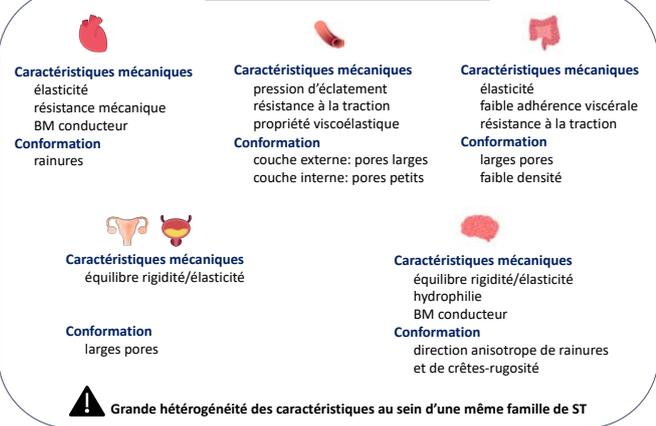


BIOMATÉRIAUX UTILISÉS PAR TISSU

	Cardiaque	Vasculaire	Urinaire	Gynécologique	Nerveux	ORL	Digestif
BIOMATÉRIAUX NATURELS							
Acide hyaluronique***	x			x	x	x	
Alginate***	x			x	x	x	x
Chitosan**	x				x		
Collagène***	x	x			x	x	
Fibrine***	x	x			x	x	
Gélatine***	x	x			x	x	x
Muqueuse intestinale porcine***	x		x				
Péricarde bovin***	x		x				x
Derme porcine/bovin**			x				x
BIOMATÉRIAUX SYNTHÉTIQUES							
Polycaprolactone (PCL)***	x	x		x		x	
Poly (acide lactique co glycolique) (PGA)***	x	x					x
Acide polyglycolique (PGA)***	x	x	x	x			
Poly(glycol sebacate) (PGS)***	x						
Polyuréthane (PU)***	x	x					
Acide polylactique (PLA)**		x	x				x
Polyéthylène téréphtalate*			x				
Polypropylène (PP)***			x				x
Polyester***			x				x
Silicone*							x

*** nb citations ≥3 ** nb citations = 2 *nb citation = 1 Résorbable Non résorbable

CARACTÉRISTIQUES « OPTIMALES » DES ST



DISCUSSION-CONCLUSION

D'un point de vue méthodologique, l'ajout d'un second lecteur permettrait d'améliorer la qualité de notre étude en s'affranchissant des biais de sélection et d'interprétation. Chaque tissu présente des propriétés biologiques, mécaniques, structurelles adaptées à ses besoins. Des biomatériaux sont communs à plusieurs types de tissus. Leurs modifications secondaires permettent de se rapprocher au plus des propriétés du tissu à régénérer. Il existe cependant une grande hétérogénéité de ST pour un même type de tissu, ce qui rend difficile la détermination des caractéristiques spécifiques d'un ST pour un tissu donné. Ce travail est un préliminaire à une étude comparative des ST commercialisés, dans le but de sélectionner pour notre hôpital, le ST le plus adapté aux exigences des tissus à régénérer ou à consolider.

Sara CHABOUNI¹, Mahine KASHI², Olivia CHAUVEL¹, Jean-Luc PONS¹, Bassel DAKHIL², Patrick BAGAN²

¹Pharmacie Hospitalière, ²Service de Chirurgie Vasculaire

Centre Hospitalier Victor Dupouy – Argenteuil – France

Contact : schabouni@outlook.com

Mots-clés : insuffisance veineuse, vasculaire, échothérapie

Introduction

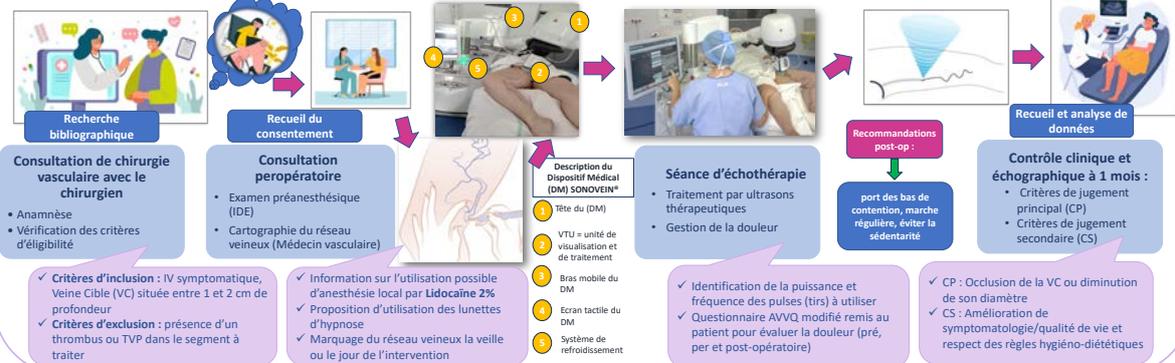
L'insuffisance veineuse (IV) est une pathologie chronique touchant près de 30% de la population et altérant la qualité de vie des patients. L'arsenal thérapeutique actuel consiste en l'exérèse chirurgicale ou l'occlusion thermique en cas de veine saphène (VS) incontinent. L'échothérapie est une technique innovante de thermoablation externe utilisant les ultrasons focalisés de haute intensité. Son intérêt réside dans l'absence d'incision et donc de complications hémorragiques et infectieuses.

Objectif

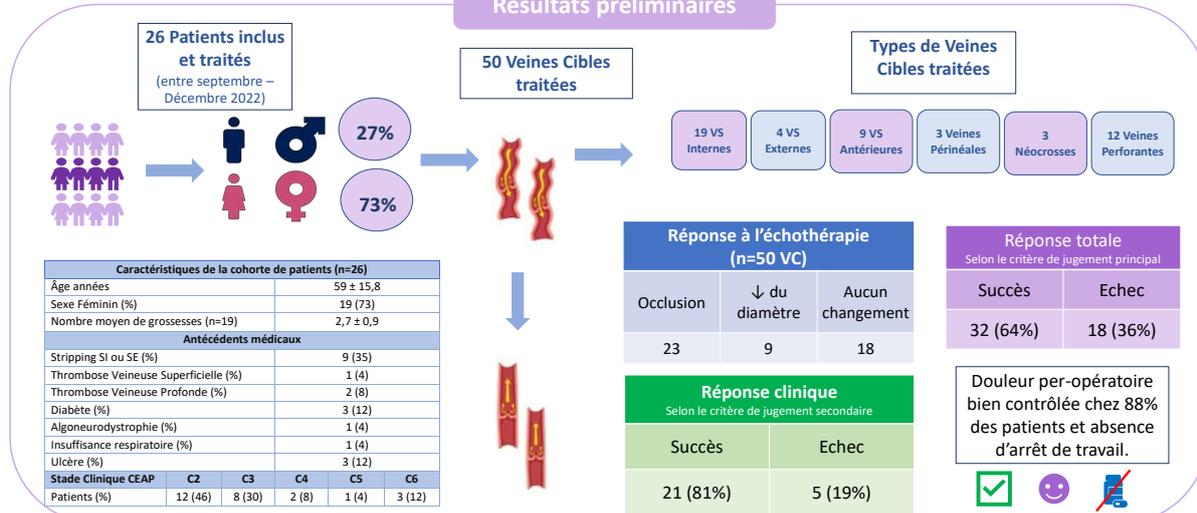
Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'échothérapie dans le traitement de l'insuffisance veineuse chez les patients symptomatiques via le dispositif médical SONOVEIN®.

Patients & Méthodes

Où ? Centre Hospitalier d'Argenteuil – Service de chirurgie vasculaire, Qui ? Chirurgiens vasculaires, infirmières dédiées, pharmaciens. Quand ? Septembre – Décembre 2022



Résultats préliminaires



Discussion

- Les résultats préliminaires de notre étude sont prometteurs au vu de l'amélioration clinique et l'absence d'arrêt de travail. Seul le paracétamol a été prescrit en si besoin post-opératoire. Ces résultats restent à confirmer quand l'étude sera achevée.
- Le pharmacien hospitalier trouve sa place dans ce type de projet en tant qu'expert du DM et d'appui dans l'évaluation des techniques innovantes.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand 10, 11 et 12 octobre 2023

ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET BONNES PRATIQUES

Nobilet L. (1) (email : lounobilet@gmail.com) ; Chalopin M. (1) ; Labet P. (1) ; Pons-Kerjean N. (1)
 (1) Service de Pharmacie à Usage Intérieur - Dispositifs médicaux et stérilisation, Hôpital Nicolas Beaujon, AP-HP, 92150 Clichy
 Mots clés : voie centrale, formation, bonnes pratiques

INTRODUCTION

Au sein de notre établissement, de nombreux patients sont alimentés par nutrition parentérale et à ce titre sont porteurs d'une voie centrale (VC). Ces patients sont suivis dans plusieurs services et par différentes équipes médicales et paramédicales. Suite à une matériovigilance concernant un cathéter de VC endommagé et mal pris en charge, il a été constaté que certains professionnels n'avaient pas les connaissances nécessaires à l'utilisation et l'entretien des VC.

OBJECTIF

Harmoniser les pratiques et sécuriser la prise en charge des patients possédant une VC

- Evaluer les connaissances des IDE sur les VC
- Proposer une courte formation
- Diffuser un support ressource

MATÉRIELS ET MÉTHODE

1. Création d'un questionnaire d'évaluation de bonnes pratiques (22 questions, QCM et questions ouvertes) :

- Questions sur la situation professionnelle : ancienneté, formations...
- Questions de connaissance : reconnaître et différencier une voie centrale d'une voie périphérique, entretien, pansement, utilisation...
- Questions sur les pratiques dans le service : fréquence d'utilisation des voies centrales, gestes effectués, réaction à un événement indésirable...

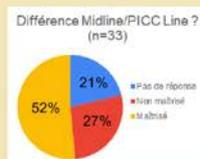
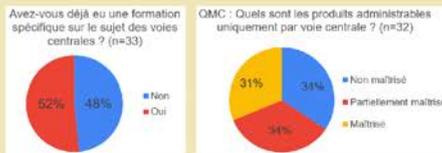
2. Diffusion du questionnaire Google Form accessible via un QR code :

- Chirurgie digestive
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie colorectale
- Gastro-entérologie/Pancréatologie
- Assistance Nutritive et MICI
- Hépatologie



RÉSULTATS

Analyse des résultats du questionnaire :



Informations supplémentaires :

- Médiane d'ancienneté dans les services des répondants : 5 ans
- 61 % des répondants manipulent une voie centrale au moins une fois par jour
- 21 % des répondants pensent qu'un Midline est une voie centrale
- 27 % des répondants ne pensent pas à clamer une VC fissurée
- 52 % des répondants ne connaissent pas les personnes ressources de l'hôpital concernant les VC



Création d'une formation courte (15min) sur les voies centrales à destination des services de soin :



Création d'un dépliant résumant les points importants de la formation et identifiant les personnes ressources de l'hôpital :



Lien vers le dépliant version numérique

CONCLUSION

- Le questionnaire a révélé un manque de connaissance des services de soin sur la manipulation et l'entretien des VC
- La formation a permis une uniformisation des pratiques et d'apporter des réponses aux questionnements des IDE
- La formation pourra être répétée pour couvrir l'ensemble des membres des services de soin de l'hôpital, et le dépliant récapitulatif diffusé sous format papier et numérique
- Il serait intéressant de diffuser de nouveau le questionnaire dans les semaines suivant les formations pour juger de l'amélioration des pratiques.

33ÈMES JNFDM CLERMONT-FERRAND

PHARMACIE CLINIQUE- EVALUATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX

Ablation tumorale par cryothérapie : Où en sommes-nous 1 an après ? 62

S.CAILLOCE¹, C.FANTINI², P. DRANCOURT¹, C.MERLIN¹, M.HABERLAY², J.BOYER¹

1 : Service Pharmacie, 2 : Service de Radiologie interventionnelle
Centre Hospitalier de Valenciennes, Avenue Désandrouin, 59300 Valenciennes
Contact : boyer-j@ch-valenciennes.fr

Mots clés : *Interventionnel, Endométrieuse, Tumeur, Dispositif Médical*



INTRODUCTION

En 2021, le service de radiologie interventionnelle a débuté l'activité d'ablation tumorale par cryothérapie percutanée. Pour encadrer cette technique coûteuse, la CODIMS (Comité des Dispositifs Médicaux Stériles) a demandé la **protocolisation** de son utilisation parmi les autres techniques déjà référencées (radiofréquence et micro-onde). Un **arbre décisionnel** a donc été créé en fonction de la **localisation tumorale** (foie, rein ou poumon) et des **caractéristiques de la tumeur** telles que sa taille ou sa proximité des structures nobles. Des **ordonnances spécifiques** ont également été mises en place pour valider l'indication lors de la dispensation à la PUI. Une estimation du nombre de patients prévus a été validée et un bilan à 1 an, planifié. Après plus d'1 an d'activité, nous avons analysé rétrospectivement la **concordance** entre **indication** et **technique utilisée** pour évaluer les coûts et bénéfices.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Consultation des données du programme de médicalisation des systèmes d'information afin d'extraire les **actes** et les **patients** ayant bénéficié des procédures.

Consultation des dossiers patients informatisés afin d'extraire les **localisations tumorales** et les **caractéristiques des tumeurs**.
Extraction des données de **consommation des DMS d'ablation tumorale** sur le logiciel de gestion économique et financière de la pharmacie.

RÉSULTATS

Au total, **66 procédures** ont été réalisées, 51 en micro-ondes et radiofréquence et 15 en cryothérapie. Dans 53 cas (80%), l'arbre décisionnel a été suivi. **Treize cas** (20%) étaient **hors des préconisations** établies. Parmi ces procédures, **7 actes de cryothérapie** (10%) ont traité une **endométrieuse pariétale** et **6 procédures** (9%) étaient **hors du cadre établi**. Il était prévu 5 procédures de traitement d'endométrieuse par an pour un coût estimé à 10 652€. Ces actes ont coûté 29 160€, dont 4 965€ remboursés par la sécurité sociale.

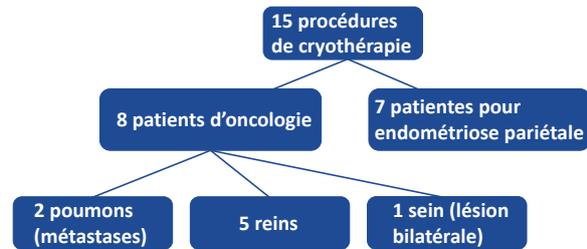


Figure 1 : Répartition des procédures de cryothérapie depuis son référencement

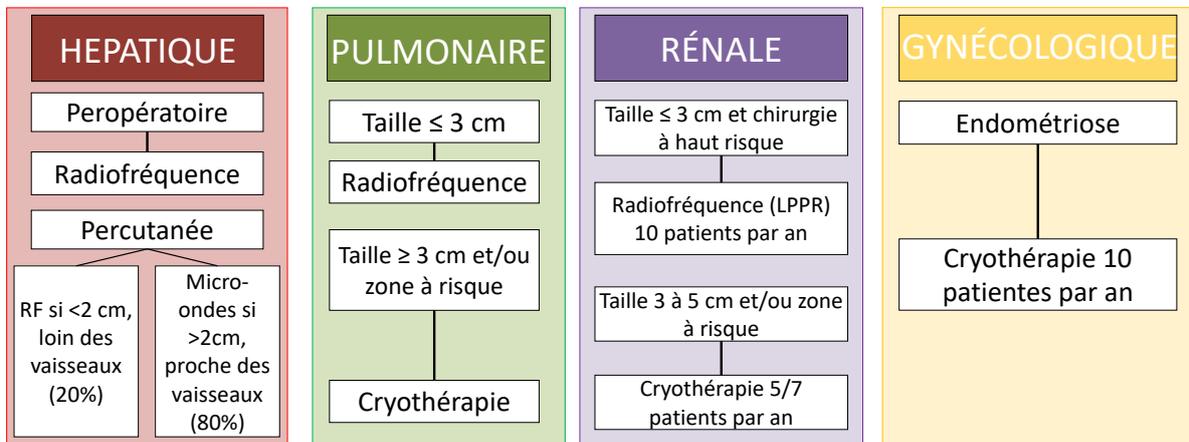


Figure 2 : Nouvel arbre décisionnel d'utilisation des techniques d'ablation tumorales mini-invasives en fonction de la localisation tumorale

CONCLUSION

L'arbre décisionnel demandé par la CODIMS a été respecté dans 80% des cas. Cependant, le nombre de patient ayant bénéficié de la cryothérapie a dépassé les estimations. Cet écart est lié au développement de son utilisation dans **l'endométrieuse pariétale**, grâce à son efficacité et au bénéfice apporté aux patientes. Nous avons **ajouté** cette indication dans l'**arbre décisionnel** et créé une **ordonnance** pour cette indication. Le surcoût engendré devra ensuite être comparé au coût de traitement chirurgical de l'endométrieuse.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

Introduction et Objectif

- **L'oxyde d'éthylène** est un agent stérilisant très largement utilisé pour la stérilisation des DM à usage unique.
- Le pharmacien du bloc opératoire a été informé en octobre 2022 qu'un patient de 65 ans allergique à l'OE atteint d'hydrocéphalie aigüe avec comorbidités associées, nécessitait une **prise en charge chirurgicale** sans tarder avec pose d'une valve de dérivation externe **exclusivement par voie percutanée**. La voie chirurgicale est contre indiquée chez ce patient qui risque une dégradation et le décès dans un délai de 5 ans s'il n'est pas opéré.
- Une liste de 44 DM nécessaires en per/post-opératoire et à la réalisation du pansement a été définie. Pour chaque DM, une équivalence a été trouvée, à l'exception de l'introducteur artériel pelable et du cathéter veineux central stérilisés à l'OE, pour lesquels il n'a pas été trouvé un équivalent sur le marché français stérilisé par un autre procédé.
- L'objectif était d'entreprendre une démarche exceptionnelle de fabrication « in house » permettant d'avoir à disposition ces 2 DM, indispensables à l'opération.

Matériel et Méthodes

Pour permettre une prise en charge optimale de ce patient, plusieurs étapes ont été nécessaires :

- **Réunion pluridisciplinaire de gestion de risque** avec évaluation de la balance bénéfice/risque en présence de la direction de la qualité, du médecin référent gestionnaire de risque, des soignants impliqués dans le parcours de soin (neurochirurgien, anesthésiste, pharmacien, IADE, IBODE, chefs de blocs opératoires), du service juridique et assureurs.
- **Avis réglementaire pharmaceutique** sollicité auprès d'Euro-Pharmat.
- Selon l'article 59 du Règlement (UE) 2017/745 et sur dérogation de l'ANSM, des **fabricants ont été contactés** pour obtenir les **2 DM non stériles non marqués CE**.
- Une **demande d'autorisation** à l'ANSM a été faite par l'établissement de santé pour procéder à une **stérilisation en interne à basse température (STERRAD)**. L'unité de stérilisation a **contacté un expert national « Advanced Sterilization Product » (ASP)** pour valider la compatibilité de stérilisation des kits fournis avec le STERRAD.

Résultats

1) Résultats des recherches

01/10/22 au 24/01/23	23/11/22	02/12/22	09/12/22	15/12/22	04/01/23	17/01/23	24/01/2023	02/02/23
10 fabricants ont été contactés	1 fabricant a répondu favorablement pour fournir les 2 DM en kit non stérile	Euro-Pharmat conseille de se tourner vers un fabricant capable de fournir du matériel stérile	L'ASP a validé la compatibilité des DM avec le STERRAD	Evaluation du rapport bénéfice/risque de l'opération et élaboration des procédures nécessaires	Le fabricant a validé la comptabilité des DM avec le STERRAD	Le fabricant a obtenu une dérogation de l'ANSM	Réunion d'information avec tous les soignants impliqués dans le parcours de soin	Opération du patient

2) Information et sensibilisation du patient et des équipes soignantes

- Recueil du consentement éclairé du patient et de la personne de confiance.
- Organisation d'une réunion plénière avec les soignants impliqués dans le parcours de soin depuis le bloc opératoire, vers la SSPI et le service de neurochirurgie ainsi que le service d'urgence adulte (au cas où son état se dégrade avant l'opération et qu'il soit amené à être hospitalisé en urgence) → **Explication des enjeux et des modalités de prise en charge**.
- Inscription dans le DPI d'un TAG « ALLERGIE A L'OE » permettant à tous les soignants de tous les services d'avoir l'information.

3) Suivi post-opératoire

- Une complication post-opératoire a nécessité l'utilisation en urgence d'une aiguille à ponction lombaire qui n'était pas prévue initialement dans le listing et pour laquelle aucun équivalent stérilisé par un autre procédé que l'OE n'a été trouvé. La même procédure dérogatoire a été appliquée que les 2 autres DM.

Conclusion et Discussion

- Nos recherches ont mis en lumière les difficultés de prise en charge d'un patient allergique à l'OE.
- La gestion de ce défi technique et réglementaire a nécessité l'expertise du pharmacien qui a un **rôle central** au bloc opératoire par son implication et sa proximité.
- Les réponses tardives et le refus des fabricants de fournir des DM non stériles ont été les principaux freins à la prise en charge de ce patient qui a été opéré 6 mois après la décision chirurgicale.
- Le réseau d'Euro-Pharmat permet un gain de temps grâce aux partages d'expériences et des bases de données.
- La collaboration pluridisciplinaire a permis au patient de bénéficier de son intervention chirurgicale.

Le 02 juin 2023, soit 4 mois après l'opération, le Mini Mental State (MMS) du patient est passé de 18/30 à 27/30.

L'opération était donc nécessaire et fut une véritable réussite.

- Dans le cadre de l'amélioration continue de la gestion des risques, un **protocole de prise en charge** des patients allergiques à l'OE est en cours d'écriture au niveau institutionnel.

¹A.MEROU, ¹J.TORCHIO, ¹M.DIO, ¹C.FAURE-CHAZELLES
¹Service Pharmacie, CHU de Montpellier, France
Mots clés : mésusage, dermatite, incontinence

INTRODUCTION

L'Aldanex (ALX) = protecteur cutané indiqué pour le traitement des DAI de stade II, utilisable sur peau saine ou lésée

Contexte du CHU de Montpellier :

- Référence en 2019 / Consommation annuelle : 200/an
- Besoin d'une **ordonnance nominative + avis de l'équipe mobile plaies et cicatrisation (P/C)**

MATERIELS ET METHODES

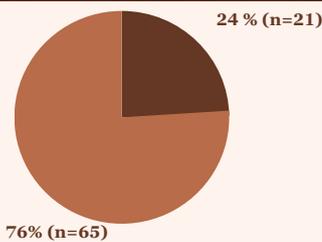
- Internes en pharmacie, en lien avec l'équipe P/C :
- Analyse de 86 ordonnances d'ALX
- De décembre 2022 à février 2023

Intervention pharmaceutique (IP) de 4 types :

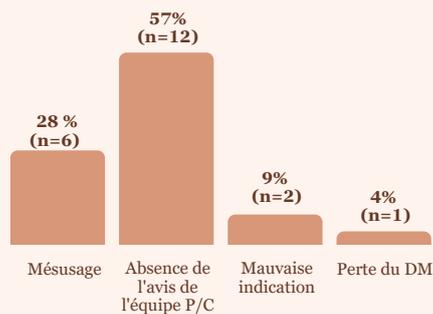
- Mésusage
- Mauvaise indication
- Absence d'avis de l'équipe P/C
- Perte du DM

RESULTATS

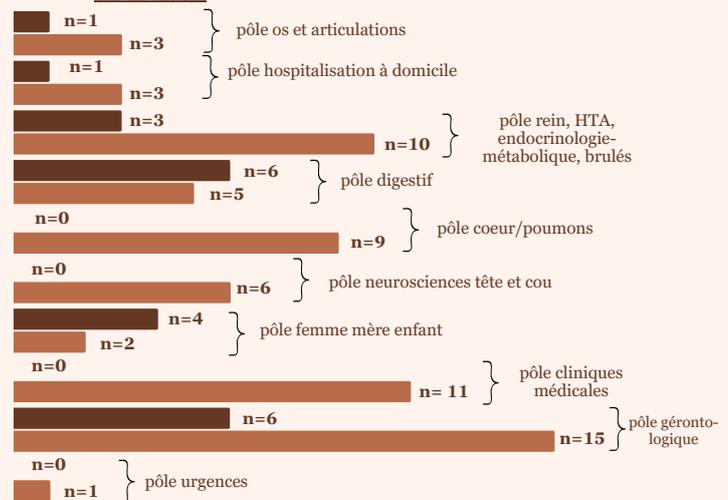
- Sur les 86 ordonnances auditées :



- Sur les 21 ordonnances ayant nécessité une IP :



- Disparité du nombre d'IP en fonction des services :



DISCUSSION / CONCLUSION

- Mise en évidence d'IP dans environ 1/4 des cas
- 15 nouvelles délivrances ont été nécessaires
- Absence de l'avis de l'équipe P/C a entraîné un refus de délivrance jusqu'à l'obtention de ce dernier
- Règle de bon usage rappelé aux utilisateurs : application 1 fois par jour excepté si utilisation du savon, dans ce cas réappliquer

33ème journée JNFDM Clermont-Ferrand



ANALYSE ECONOMIQUE DE L'UTILISATION DE LUGOL 2% EN AMPOULE 10ML VS FLACON 60ML

M.TOBIAS⁽¹⁾, P.DRANCOURT⁽¹⁾, J.BOYER⁽¹⁾⁽¹⁾ Pôle pharmacie, service dispositifs médicaux stériles, Centre Hospitalier de Valenciennes

Mots clés : dépistage, cancer, économie



Introduction

Le lugol 2% est un DM indiqué dans le diagnostic des cancers du col de l'utérus et de l'œsophage par coloration de la muqueuse non pathologique

Juin 2022 : Rupture
laboratoire des ampoules
10 mL de lugol 2%



Recueil auprès des PUI voisines
afin de trouver une alternative
thérapeutique



Proposition :
flacons multidoses de 60 mL

Objectif



Réaliser une étude économique sur l'utilisation du lugol 2% :
ampoule à usage unique de 10mL VS flacon multidose de 60mL



Matériel et méthode

Edition de la liste des services utilisateurs par une extraction des consommations annuelles en 2021 des ampoules 10mL

Etats des lieux des pratiques dans les services utilisateurs afin d'évaluer la faisabilité de l'utilisation des flacons 60mL

Sollicitation du fournisseur afin de connaître la durée d'utilisation du flacon après ouverture

Calcul du coût annuel de l'utilisation des ampoules de 10 mL

Calcul du coût annuel prévisionnel de l'utilisation des flacons de 60 mL en considérant 1 flacon de 60 mL pour 6 ampoules de 10 mL utilisées

Coût annuel = consommation annuelle x prix unitaire hors taxe

Résultats

3 services utilisateurs identifiés :

Services	Bloc gynécologique	Consultations gynécologiques	Endoscopie	Conditionnement	Ampoule à usage unique 10mL	Flacon multidose 60mL
Consommation en ampoule 10mL (2021)	140 (47%)	150 (51%)	6 (2%)			
Coût annuel (2021)	1803,20 €	1932,00 €	77,38 €			
Utilisation	Badigeonne la muqueuse avec une compresse imbibée du contenu de l'ampoule de lugol					
	Prélèvement du contenu de l'ampoule via un seringue puis injection sur la muqueuse via l'endoscope					
Equivalent en flacon de 60mL	24	25	6*			
Coût annuel prévisionnel	485,76 €	506,00 €	121,44€	Prix unitaire hors taxe	12,88 €	20,24 €
Economie ou surcoût réalisé	- 1317,44 €	- 1426,00 €	+ 44,06 €	Consommation totale annuelle	296 ampoules	55 flacons (prévisionnelle)
Budget annuel en DM	429688,34 €	8237,84 €	537424,39 €	Coût annuel	3812 €	1113 €
Part de l'économie ou du surcoût réalisé dans le budget annuel	0,31 %	17,31 %	0,02 %	* La durée d'utilisation des flacons après ouverture étant de 30 jours, les 6 ampoules utilisées sur l'année en endoscopie seront remplacées par 6 flacons.		

Conclusions

Le flacon multidose de Lugol 2% présente un réel intérêt pour notre établissement en termes de coût, sans impacter les pratiques des utilisateurs. Ceci nous a permis d'effectuer un changement de référencement. Néanmoins, ce changement de référencement nécessite l'identification de la date d'ouverture du flacon par les soignants.

Mots clés : système clos, prélèvement, qualité

INTRODUCTION-OBJECTIFS

- ✓ Suite à l'arrêt de commercialisation d'un dispositif médical stérile (DMS) de sondage urinaire itératif masculin (ActreenSafeSet® de Bbraun), une nouvelle sonde auto-lubrifiée en système clos est utilisée au CHIVA depuis 6 mois : SpeediCath®FlexSet de Coloplast.
 - ✓ Conditions de recueil et d'élimination modifiées : récupération des urines par déchirement de la poche à la place de l'ancien système aseptique avec site de prélèvement sur la poche → mise à jour du protocole de sondage urinaire avec les services d'hygiène et de qualité
- **OBJECTIF** : Evaluer le bon usage et la satisfaction d'utilisation de ce nouveau DMS via un audit de pratique clinique.

MATERIELS ET METHODE



Réunion pluridisciplinaire pour la mise en place du projet



Etude prospective : recueil de données a posteriori auprès des opérateurs



Grille d'audit : critères de pose/recueil/élimination des urines, établis et validés en interne par l'équipe d'hygiène + qualité et facilité d'utilisation du DMS par les soignants

Evaluation des pratiques soignantes dans les 3 services de soins les plus utilisateurs : Gériatrie, Urgences et Soins de suite et de réadaptation

Analyse des résultats en CLIN

1 MOIS

RESULTATS



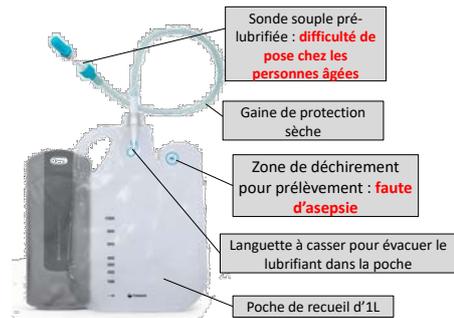
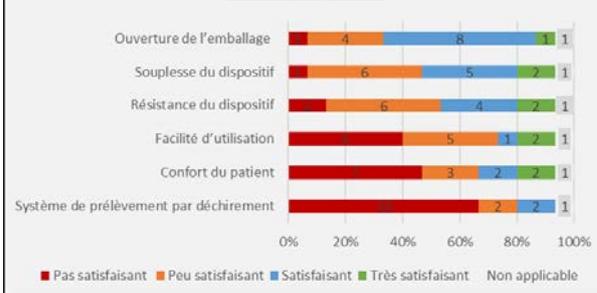
Cohorte de n = 15 patients de sexe masculin

Critères de pose respectés à 91%

Selon le **protocole interne d'hygiène** (hygiène des mains, utilisation de gants, d'un champ stérile, d'un anesthésiant/antiseptique, toilette périnéale (savon doux/rinçage/séchage))...

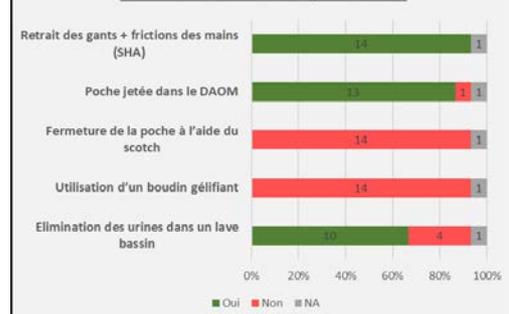
Système de prélèvement non satisfaisant à 80%

Satisfaction d'utilisation du SpeediCath®FlexSet par le personnel soignant



Lave bassin non utilisé dans 31% des cas

Elimination des urines après recueil



DISCUSSION-CONCLUSION

Cet audit met en avant l'impact de l'arrêt de commercialisation d'un DMS sur la **qualité des soins**.

- ✓ **Insatisfaction globale** du personnel soignant face au changement de pratique
- ✓ Analyse pluridisciplinaire des résultats en CLIN : proposition d' **alternative** par une **sonde vésicale droite lubrifiée** avec pot de recueil
- ✓ Rappel des **règles de bonnes pratiques** sur la gestion des déchets dans les services

Nous soupçonnons avec ce nouveau dispositif non clos des écarts sur la conformité des prélèvements urinaires qu'il faudra contrôler avec le laboratoire.

Introduction - Contexte

Problématique : Les montages de perfusion et leur entretien constituent une source potentielle de survenue d'évènements indésirables graves.

Etat des lieux à l'hôpital Bicêtre :

- Déclaration d'incidents de matériovigilance et survenue d'évènements indésirables graves (embolie gazeuse notamment)
- Pas de procédure harmonisée entre services
- Multiplicité des pratiques

Création d'un groupe de travail (GT) pluridisciplinaire autour des pratiques de perfusion piloté par la pharmacie

Objectifs

- Amélioration et harmonisation des pratiques
- Diminution de l'incidence des complications liées à la perfusion
- Actualiser les connaissances des soignants

Matériel & Méthodes

1. Elaboration

- Bibliographie puis réunion pluridisciplinaire du GT
- Rédaction concertée d'une procédure « généralités et bonnes pratiques de perfusion » et élaboration d'un audit à 2 volets mené dans chaque service de l'hôpital

2. Audit voie centrale Volet « observationnel »

- 3 aspects ont été audités sur les montages de voie centrale un jour donné selon la grille disponible en QR-code
- Relevé du taux de non-conformité

Grille d'évaluation des pratiques



2. Audit voie centrale Volet « théorie »

- Généralités sur la perfusion et connaissances des risques ont été évalués selon le questionnaire disponible en QR-code
- Relevé du taux de réussite

Questionnaire de connaissances



3. Diffusion

- Analyse des données et présentation didactique des résultats aux services
- Diffusion du protocole et de la plaquette d'information à tous les services de soin

Résultats

Volet observationnel – Sur 41 montages de voie centrale

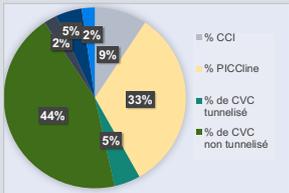


Fig1. Répartition des cathéters centraux observés sur 18 services audités

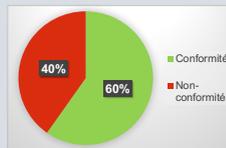


Fig2. Taux de conformité global

Résultats principaux

- Non-conformité de certains montages: tubulures emmêlées, lignes trop longues, supports rampe non fixés...
- Photos de ces montages prises pour formation
- Problème de traçabilité (et d'étiquetage)
- Pratiques différentes selon le service (construction du montage, rythme lié à l'entretien) notamment entre réanimations
- Gestion des pansements bien maîtrisée

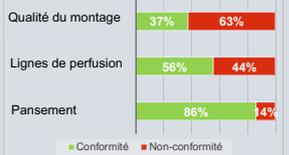


Fig3. Taux de conformité pour chaque groupe de pratique audité

Remarque : les interactions physico-chimiques entre médicaments ont été rares et recensées dans les services de réanimation médicale et chirurgicale principalement

Volet théorique sur 172 questionnaires complets relevés (70% de bonnes réponses tous services confondus)

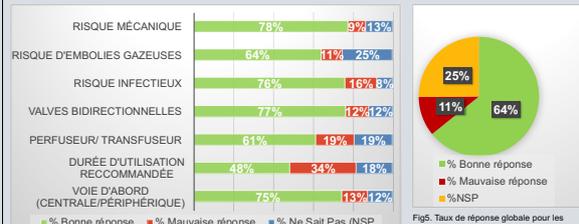


Fig4. Taux de bonnes réponses tous services confondus par groupe de connaissance

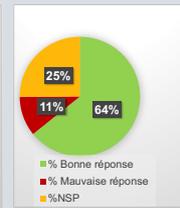


Fig5. Taux de réponse globale pour les questions portant sur l'embolie gazeuse

Résultats principaux

- Confusion entre Piccline et Midline qu'il s'agisse de la voie d'abord (63,5% de bonne réponse) ou de la durée d'implantation recommandée (38,5% de bonne réponse)
- Méconnaissance du temps de désinfection des valves bidirectionnelles (35% de bonne réponse)
- Connaissances encore insuffisantes sur le risque de survenue d'embolie gazeuse, les moyens de l'éviter et sa prise en charge (64% de bonne réponse)
- Les risques infectieux et mécaniques ainsi que les moyens de les prévenir étaient **bien maîtrisés** avec respectivement 76% et 77% de bonne réponse

Conclusion – Discussion

Confirmation

- Nécessité de réformation des services de soins aux règles de base
- Intérêt de la procédure générale « chapeau » sur la perfusion et la gestion des voies veineuses
- Nécessité de procédures par type de dispositifs, centraux et périphériques

Actions

- Présentation didactique des résultats de l'Audit, avec corrections et photos
- Création d'une plaquette d'information, papier et numérique
- Rédaction des procédures par types de DM en insistant sur la surveillance et le retrait des DM d'abord central. Pour les CVC recommandations harmonisées mais conservation de montages spécifiques par réanimation

Perspectives : Travail complémentaire pour répondre aux spécificités de la prise en charge pédiatrique sur les PICC et les CVC

Contexte

- Dépenses liées aux dispositifs médicaux augmentent plus vite que l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM)
- Variabilité de la prise en charge (PEC) thérapeutique et du nombre d'intervenants complexifient la réalisation de la prescription
- Prescriptions de sortie de pansements souvent incomplètes
→ diversité des pansements (noms, types, tailles...), durée de prescription, fréquence de réfection du pansement
- Absence de traçabilité des prescriptions de pansements dans le dossier patient

→ Audit réalisé dans le cadre du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins (CAQES).

Objectifs

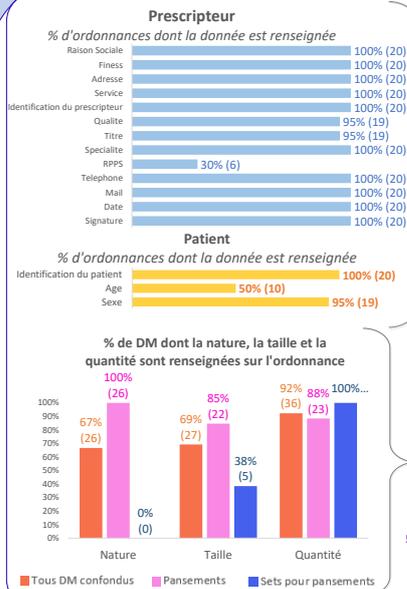
Objectif général : améliorer la pertinence et l'efficacité des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de pansements dans le respect de la sécurité et de la qualité des soins

- Identifier les axes d'amélioration des PHEV des pansements
- Définir les priorités et des actions correctives
- Créer des outils permettant la rectification des points identifiés qui pourront être adoptés par les professionnels de santé

Matériel et méthode

- Audit clinique de pratique rétrospectif sur les prescriptions de pansements en sortie d'hospitalisation en vue d'une délivrance en pharmacie d'officine
- Services ciblés : chirurgie digestive et consultations externes
- Nombre de prescriptions auditées : 20
- Période ciblée : septembre 2022

Résultats



Actions correctives :

- Création de **prescriptions de sortie types complètes** qui pourront être utilisées par les prescripteurs
→ pour certaines opérations fréquentes de chirurgie viscérale (ex : coeliochirurgie)
→ pour les infirmières diplômées d'Etat des consultations externes
- Mise en place de **prescriptions hospitalières informatisées** pour les pansements et systèmes de fixation
→ Possibilité d'impression pour en faire une **prescription de sortie**
- Mise en place de **prescriptions hospitalières informatisées pour les traitements par pression négative (TPN)** et organisation d'une **formation sur les TPN** désormais remboursables en ville

Conclusion

- Nécessité de mieux encadrer les prescriptions de pansements (pendant l'hospitalisation et en ville) → sécuriser la délivrance, minimiser les coûts.
- Réévaluation à 6 mois → Actions mises en place efficaces ? Adhésion des différents professionnels de santé aux outils proposés ? Actions transposables à tous les services du centre hospitalier ?

Bandes de compression veineuse (BCV) : Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

L. Fortrie (1) ; C. Capelle (2) ; C. Salvez (1) ; A. Deroo (3) ; A. Secq (1) ; F. Danicourt (1)
 (1) Pharmacie à Usage Intérieur, C.H. de Dunkerque, (2) Service Dermatologie, C.H. de Dunkerque, (3) Service Qualité, C.H. de Dunkerque
 Hôpital Alexandra Lepève, Dunkerque
lea.fortrie@ch-dunkerque.fr
Mots clés : audit, bon usage, formation

MATERIEL ET METHODE

INTRODUCTION

- 2021**
- Changement de références en marché
 - Réévaluation des dotations de services
 - Questionnaire sur les pratiques
- ↳ **Manque de connaissance sur choix de la force des bandes**
- 2022**
- Formation aux nouvelles bandes
 - Diffusion d'une fiche de bon usage



L'objectif est d'évaluer la conformité de l'utilisation des BCV aux bonnes pratiques (1,2) après la mise en place de ces actions.



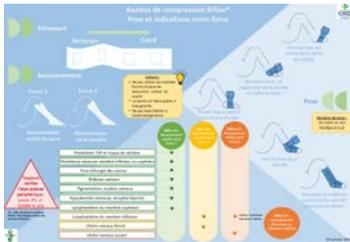
Evaluation des Pratiques Professionnelles

- Groupe de travail
- ↳ Pharmacien
 - ↳ Dermatologue
 - ↳ Cadre du service qualité



Grille d'audit comportant : **prescription, modalités de pose, traçabilité dans le DPI**

Binôme d'auditeurs – Services les plus consommateurs



Télécharger la fiche de bon usage ici



RESULTATS

août – septembre 2022
38 observations
10 services

Fiche de bon usage affichée dans 4 services (40%)



Prescription médicale/kiné retrouvée dans **32%**



Pose des bandes à **92%** par les aides-soignants

Force appliquée est celle préconisée en fonction de la pathologie dans **73%** des cas



Talon recouvert dans **37%** des cas

Fixation par un clip en métal dans **37%** des cas (risque de blessure du patient)



Traçabilité de la pose dans **45%** des cas

DISCUSSION

Glissement de tâche non réglementaire de l'IDE vers l'AS⁽¹⁾

Aucune pose observée n'était parfaitement exécutée > manque de formation initiale ?

Prescription et traçabilité manquantes



- Affiche de communication
- Rediffusion de la fiche de bon usage



- Formulaire de prescription simplifiée dans le DPI
- Validation en commission dossier patient informatisé
- Procédure de prescription/pose
- Information aux praticiens + cadres



- Formation des IDE programmée à la suite
- Par petits groupes



Références :
 1. Recommandation de bon usage « La compression médicale dans les affections veineuses chroniques » - HAS décembre 2010
 2. Bonnes pratiques de compression veineuse – Omédit Centre-Val de Loire septembre 2019
 3. Article R4311-7 du Décret n°2022-610 du 24 avril 2022 du Code de la Santé Publique

Introduction et objectifs

Les colles cutanées, sont des **dispositifs médicaux stériles** indiquées pour la fermeture des lésions et incisions de la peau^[1]

Ces liquides sont composés de **monomères 2-octyle cyanoacrylate** qui **polymérisent** au contact de l'eau ou du sang^[2]

Cette polymérisation est **exothermique** et se traduit par le séchage de la colle^[3]

Nous avons cherché à comparer les différentes **vitesse de séchage** de ces dispositifs^[4]

Matériel et Méthodes

Le délai de séchage est obtenu par la mesure de l'élévation de la température avec un thermomètre numérique (Ref: 5060263020240) sur la peau toutes les 5 secondes pendant 4 minutes.

Lorsque la **température** atteint un **plateau** la polymérisation est terminée.

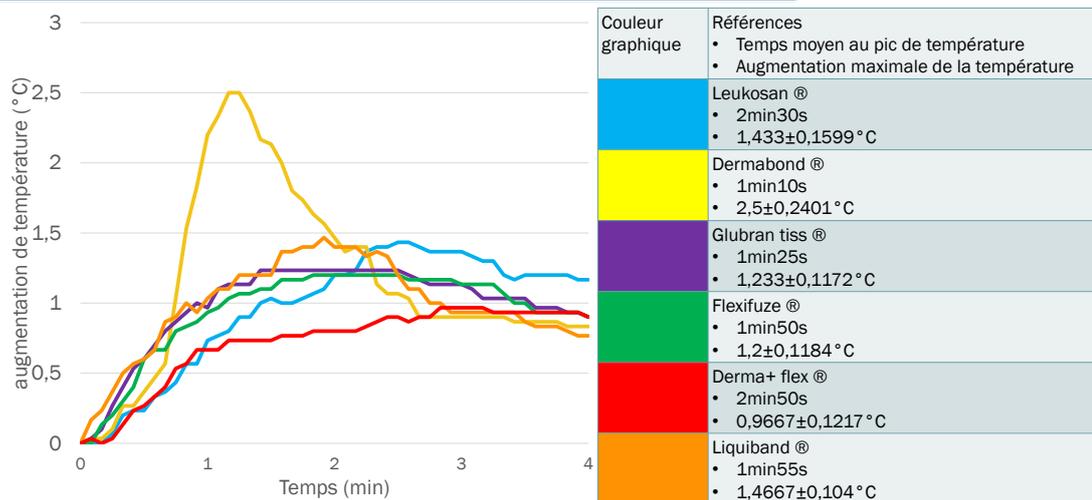
Six références de colles ont été testées 3 fois : **Leukosan®**, **Dermabond®**, **Glubran tiss®**, **Flexifuze®**, **Derma+flex®**, **Liquiband®**.

Application de la colle et prise de température sur **peau saine** et **glabre in vitro**.

Création d'un puit de 5mm à l'emporte-pièce dans un pansement colloïde Comfeel (Ref : 331151), afin de standardiser les quantités de colle appliquées.

Résultats et discussion

Evolution de la polymérisation des colles en fonction du temps



La **polymérisation complète des cyanoacrylates étudiée prend entre 1 et 3 minutes**.

Les colles ont des profils cinétiques variés avec la formation de plateau ou de pic de température.

Le **Dermabond** se distingue avec une cinétique rapide, sa **composition est pure en 2-octyl cyanoacrylate**, sans butyl cyanoacrylate, cependant le **dégagement de chaleur est le plus importante +2.5 °C**.

Conclusion

Les colles cutanées étudiées ont une polymérisation complète au-delà d'une minute. Les durées présentées dans les différentes documentation techniques sont pourtant de **60 secondes**^[5]. La comparaison objective de ces durées est importante car le temps de **séchage est un critère de choix important pour les utilisateurs**.

L'élévation de la température peut avoir un **effet désagréable** pour le patient mais n'est pas source de lésions.

Le nombre de **tests** par colle reste **limité**, d'autres essais à plus grande échelle nous permettraient de confirmer ces résultats.

[1] A Mattick. Use of tissue adhesives in the management of paediatric lacerations. Emerg Med J 2002;19:382-385

[2] V. Malhotra, J.K. Dayashankara Rao, V. Arya, S. Sharma, S. Singh, P. Luthra. Evaluating the use of octyl-2-cyanoacrylate in unilateral cleft lip repair. Natl J Maxillofac Surg. 7 (2) (2016), pp. 153-158

[3] Montanaro L, Arciola C R, Cenni E, et al. Cytotoxicity, blood compatibility and antimicrobial activity of two cyanoacrylate glues for surgical use. Biomaterials. 2001;22(1):59-66. doi: 10.1016/S0142-9612(00)00163-0

[4] Liu et al. 2012. Yi Li D. Barthelemy-Biesel, A.V. Salsac. Polymerization kinetics of n-butyl cyanoacrylate glues used for vascular embolization. J. Mech. Behav. Biomed. Mater., 69 (2017), pp. 301-317, 10.1016/j.jmbm.2017.01.003

[5] ADMEDICA. (2020). Fiche d'information produit LIQUIBAND® EXCEED [Fichier PDF]. [LIQUIBAND® EXCEED_Mars-2020.pdf](https://www.admedica.com/fr/liquiband) [liquiband.fr](https://www.admedica.com/fr/liquiband)

Introduction

PICCLINE :
Cathéter Central à Insertion Périphérique
 Insertion au niveau d'une veine périphérique du bras et remonte jusqu'à la veine cave supérieure à l'entrée de l'oreillette droite



Principales indications :

- Chimiothérapie
- Antibiothérapie au long cours (> 7 jours)
- Nutrition parentérale
- Prélèvements sanguins répétés
- En cas de contre-indication à la chambre implantable

Cathéter Piccline :

- Cathéter une voie en polyuréthane
- Valve bidirectionnelle sertie intégrée avec raccord luer lock → limitation du risque infectieux et d'embolie gazeuse
- Bouchon obturateur stérile → maintien d'un système clos
- Pansement stabilisateur → système de fixation
- Pansement transparent stérile semi-perméable → limitation du risque infectieux



Objectif : optimiser la prise en charge du patient après la pose du Piccline :

- d'une part, en accompagnant les IDE sur cette nouvelle pratique → mise en place d'un e-learning en complément de la formation pratique
- d'autre part, en informant le patient sur les modalités de gestion au quotidien et les risques éventuels associés à ce dispositif → action éducative ciblée

Matériels et méthodes

Support d'accompagnement pour SOIGNANTS

E-learning



Scénario pédagogique

Nom du module	Objectif pédagogique	Format
Définition et caractéristiques du Piccline	Savoir reconnaître et décrire le dispositif	Texte à trou et illustration
Bon usage	Connaître les incontournables du pansement associé et les indications du Piccline, savoir reconnaître les signes de dysfonctionnement	Diaporama interactif et QCMs
Soins du Piccline et réflexion du pansement	Connaître les bons gestes	Format vidéo
Traçabilité DMI	Connaître le circuit de traçabilité	Renvoi au e-learning DMI
Conclusion	Evaluer les connaissances	QCMs

D'après les recommandations des bonnes pratiques du Piccline de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H)

Formation pratique par le laboratoire

- Modalités : 8 créneaux d'une heure sur deux jours dans une salle dédiée.
- Périodicité : tous les 6 mois (nouveaux arrivants + rappel)

Résultats

E-learning pour les IDE :

- 7 modules créés
- Support visuel interactif
- Formation rapide (durée 20-30 min) et à disposition en permanence
- 59 IDE formé(e)s
- Bénéfice pour l'organisation des services de soins, prise en charge d'un plus grand nombre de patients
- Grâce au e-learning en amont, facilité d'assimilation des connaissances

Support d'accompagnement pour PATIENTS

Action éducative ciblée

- **Planification :** envoi du planning d'interventions pour la pose du Piccline par le service une semaine avant
- **Patient en ambulatoire :** vu à la suite de la pose de son Piccline lors de la période de surveillance (durée 20-30 min)
- **Séance individuelle :** par interne en pharmacie puis à terme par les infirmières diplômées d'état (IDE) et les préparateurs en pharmacie
- **Atelier :** mise à disposition de cartes situations imagées (4 catégories : Mon quotidien, Entretien du Piccline, Qui contacter pour mon cathéter Piccline, Information sur mon Piccline)

→ Le patient choisit une catégorie puis retourne une carte avec une mise en situation. L'animateur échange avec le patient sur cette situation.



En relation avec l'Unité Transversale d'Education thérapeutique du Patient (UTEP)

- Le patient repart avec un document récapitulatif résumant les points clés
- Rédaction d'un compte rendu sur le Dossier Patient Informatisé (DPI) pour tracer la séance et les thématiques abordées

Action éducative ciblée :

- Rédaction : 1 mode opératoire, 1 conducteur pédagogique, 1 document récapitulatif à destination des patients
- 13 cartes situations créées
- 2 entretiens patients par semaine en moyenne réalisés (avec compte rendu sur le DPI)
- Premiers retours des patients positifs : se sentent plus rassurés et plus encadrés

Discussion/Conclusion

Indicateurs à long terme à mettre en place :

- Nombre de visionnage du e-learning
- Nombre de patients infectés (avec Piccline) n'auront pas bénéficié de l'atelier
- Nombre de changement de Piccline au bloc pour un patient
- Retours patients via un questionnaire de satisfaction

Optimisation de la prise en charge du patient grâce à une équipe pluridisciplinaire : pharmaciens et préparateurs, service de soins, anesthésistes, IDE, prestataire, patients
 → Diminution des facteurs de risques (infections), gain de temps et financier

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES SUR LE DISPOSITIF MEDICAL : MISE EN PLACE EN SERVICE DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE APRES UNE POSE DE STENT CORONAIRE

A.AITGOUAM ; P.COSTE ; T.COUFFINHAL ; A.FRESSELINAT
Mots clés : dispositif médical implantable ; besoins éducatifs ; information
CHU de Bordeaux - Hôpital Haut-Lévêque - anaïs.aitgouamechu-bordeaux.fr



INTRODUCTION

Depuis 50 ans, la prise en charge des coronaropathies a connu des progrès majeurs. Néanmoins, il persiste un risque de récurrence à la suite d'un syndrome coronarien aigu pouvant être réduit par une bonne gestion des traitements et des facteurs de risques.

L'information a donc une place essentielle dans le parcours de soin du patient chronique.

OBJECTIF

L'objectif était d'améliorer les connaissances des patients sur leur pathologie, sa PEC et le DM implanté.

MATERIEL ET METHODES

De mai à août 2022, des **entretiens pharmaceutiques (EP)** ont été réalisés en service de cardiologie **après une pose de stent coronaire**. Un audit avait été effectué au préalable afin de définir le contenu de ces EP.

Ils étaient basés sur la **présentation d'un support illustré**.

En fin d'entretien, une **plaquette d'information** était remise aux patients

et un **questionnaire de satisfaction** était réalisé avec une note globale sur 10 et une évaluation de 6 thématiques allant d'insatisfait à très satisfait.

Puis, un **questionnaire de connaissances** sur 100 points était réalisé par téléphone 1 mois après l'EP.

Les questions portaient sur les points abordés en EP :

- la pathologie,
- l'intervention,
- le DM,
- les traitements médicamenteux,
- le suivi médical
- et la carte patient porteur de DM implantable.

Les **patients non entretenus** bénéficiaient également de ce questionnaire et constituaient le **groupe contrôle**. Les résultats des deux groupes ont été comparés.

RESULTATS

Sur la période, **44 patients** ont été entretenus.

La majorité étaient très satisfaits (87%) avec une note globale de 9.6/10 plus particulièrement sur le contact, la clarté des explications et la plaquette d'information.

Au total, 19 patients du groupe entretien et 15 patients du groupe contrôle avaient répondu au questionnaire de connaissances avec, respectivement, un score moyen de 82.8 points contre 60.8 points.

Aussi, les items traitant de l'intervention et du DM montraient 56.5% de réponses correctes contre 3.5%.

DISCUSSION/CONCLUSION

Il existe aujourd'hui **peu de travaux traitant d'EP sur le DM**.

Ces résultats montrent une **amélioration des connaissances des patients et leur satisfaction**, soulignant **l'importance de cette démarche**.

Mais, des efforts doivent encore être fournis afin qu'une majorité de patients puissent bénéficier de ces EP avec la **perspective de l'étendre à d'autres DM**.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand



Etat des lieux de l'utilisation des Midline depuis leur mise en place au CHI Robert-Ballanger

74



J. Pereira, A. Magassa, B. Coret-Houbart, Service de pharmacie de l'hôpital Robert Ballanger, Aulnay-Sous-Bois 93600

Mots clés : cathéter, infection, hygiène
pereira.ds.joana@gmail.com

Introduction :

Midline :

- cathéter de **longue durée** (29 jours maximum)
- **voie périphérique** pouvant administrer tout type de médicaments à l'exception des produits veinotoxiques, hyperosmolaire (> 500 mOsmol/L) et des produits avec un pH extrême (< 5 ou > 9)

Intérêt :

- **préservation du capital veineux** des patients fragilisés
- **diminution de l'inconfort** (multiples effractions veineuses)

2020
Développement de l'activité de pose de Midline

2021
Arrêt du 4 mars¹ et mise en place du suivi

2022
Mise en place de mesures/ formations pour limiter les erreurs

¹Arrêté du 4 mars : relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Médecins anesthésistes-réanimateurs et Infirmiers Diplômés d'État pour la pose de Midline »

A l'hôpital Robert Ballanger, la décision de pose de Midline se fait suite à l'évaluation de plusieurs critères :

- Le type de traitement
- La durée de traitement à administrer
- L'analyse du réseau veineux du patient à l'aide du score DIVA

- Objectif :**
- Réalisation d'un état des lieux depuis l'instauration de poses de Midline.
 - Mise en évidence de l'impact de la pose de Midline sur la durée d'hospitalisation des patients
 - Evaluation de l'impact des mesures prises sur la survenue des infections

Résultats :

Quelques chiffres épidémiologiques :

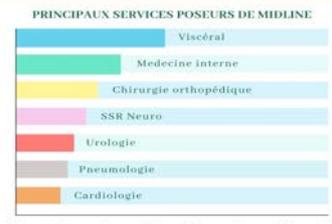
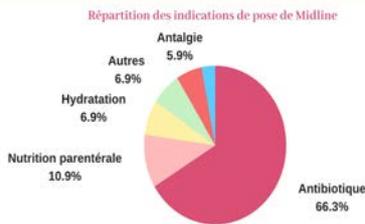
Au total sur l'année 2022 :

- 188 poses de Midline
- 146 patients (80 femmes et 66 hommes)
- Moyenne de 1,3 ± 0,7 poses par patient
- Moyenne d'âge de 65 ± 19 ans
- IMC (indice de masse corporel) moyen de 27 ± 7 kg/m²



Matériels et méthodes :

- Registre de pose des cathéters longue durée (caractéristiques patients, service, durée de pose, indications, effets indésirables...)
- Logiciel dossier patient informatisé : Référence
- Analyse épidémiologique des patients
- Etude rétrospective répertoriant les événements indésirables (cathéter obstrué, infection, retrait inopiné...)
- Analyse de la répartition par service des poses de Midline
- Analyse des indications de poses et des causes de retrait
 - Calcul de la durée moyenne de séjour (DMS)
 - Calcul de l'indicateur 1000 jours cathéters permettant d'évaluer l'incidence des infections et de le comparer à la norme nationale



- Principales indications : **antibiothérapie IV (67 %) > nutrition parentérale (11 %) > antalgie (7 %)** en général les patients jeunes drépanocytaires avec un capital veineux précaire.

- **DMS : 28 jours**
- **Durée moyenne du Midline en place : 13 jours**

Motifs de retrait :

- **La moitié** des patients vont jusqu'à la fin du traitement (93 patients)
- **L'autre moitié** subit de nombreuses complications (arrachés, infectés, bouchés). Sur les 188 poses, on observe 5 échecs de pose et 5 patients ont été perdus de vue.

3 principaux services :

chirurgie viscérale (19 %), médecine interne (12 %) et le service de chirurgie orthopédique (10 %)

- **23 infections suspectées** → retrait du Midline et mise en culture
- **13 infections sur Midline confirmées** → **indicateur 1000 jours cathéters : 5,7**
- **6 bactériémies** → **indicateur 1000 jours cathéters : 2,6**

Discussion et Conclusion :

2022

Populations cibles : patients fragiles (personnes âgées, surpoids,...) avec un capital veineux précaire

Durée de vie du Midline (13 jours) : antibiothérapie IV longue

↳ ✓ Ponctions et administrations répétées, sortie anticipée

↳ ✗ Biais car date de retrait non connu pour tous les patients

DMS et complications :

2020
14 jours

2021
17 jours

2022
28 jours

↳ Décision de pose trop tardive (peu de formations et de connaissances sur la pratique et les critères de sélections des patients)

↳ Complications :

↳ ✓ Infections en baisse (12 bactériémies en 2021 et 6 en 2022)

↳ ✗ Indicateur 1000 jours cathéters élevé par rapport à la norme nationale

On observe déjà un impact par rapport à ces mesures, cependant il faudrait réaliser des études comparatives dans les années à venir pour confirmer ces résultats et poursuivre les formations sur l'utilisation et l'entretien de ces cathéters longue durée.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

CONTEXTE

Les erreurs de programmation (EP) des systèmes d'administration (pompes à perfusion, pousse seringue électrique)

- Appartiennent à la liste des **NEVER EVENTS**
- Sont d'origine multifactorielle (facteur liée aux patients, aux professionnels de santé, aux pratiques et procédures)
- Servent à l'administration de médicaments à risque → Conséquences cliniques potentiellement graves



OBJECTIFS

Quantifier
 les erreurs de programmation sur l'établissement de santé (ES)

- Analyser**
- ✓ Les conséquences
 - ✓ Le niveau de gravité
 - ✓ Le contexte de survenue



Sensibiliser les professionnels de santé
 à l'utilisation des systèmes d'administration actifs

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Extraction à partir du tableau de suivi des événements indésirables médicamenteux (EIM) déclarés sur l'ES, des EIM ayant fait l'objet d'une REMED (Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et aux Dispositifs médicaux associés) entre 2015 et 2020 en lien avec des systèmes d'administration actifs.

RÉSULTATS

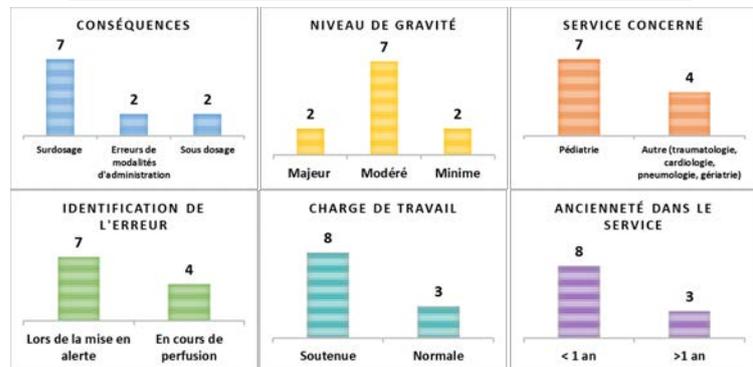
Quantifier

235 EIM déclarés toute nature confondue ayant fait l'objet d'une REMED entre 2015 et 2020

11 (5%) EIM en lien avec une erreur de programmation (erreur de débit/volume)

9 concernant des pompes seringueuses électriques et 2 concernant des pompes

Analyser



CONCLUSION - DISCUSSION

Le paramétrage des DM d'administration est une **étape à risque** lors de l'administration du médicament. L'omission des contrôles de sécurité représente la principale cause des erreurs de programmation.

Une communication à destination des professionnels de santé a été réalisée afin de rappeler les **bonnes pratiques d'utilisation** de ces DM et de mettre à disposition les **notices d'utilisations des équipements médicaux**.

Un **double-contrôle systématique** s'appuyant sur un **check list** pourrait également améliorer les pratiques soignantes. Par ailleurs, un travail est en cours de réflexion afin d'**uniformiser les DM d'administration au sein de l'ES**.

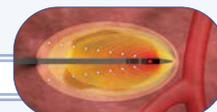
ETUDE CLINIQUE ET MEDICO-ECONOMIQUE DE L'UTILISATION DU DISPOSITIF NEUWAVE® UTILISANT LES MICRO-ONDES POUR L'ABLATION DE TUMEURS HEPATIQUES SUR UNE PERIODE DE 2 ANS.

Mots-clés : dispositifs médicaux, radiologie interventionnelle, oncologie

Auteurs : J.CLAUSSE¹, J.BRACCINI¹, C.DIARRA¹, C.PANUCCIO¹, A.CHERPIN¹, J.SOUSSAN², F.PEYRON¹
 HÔPITAL NORD – Marseille, AP-HM 1- Service pharmacie 2- Service radiologie
 jeremyclausse83@gmail.com

Introduction et objectif

Le système Neuwave® est un dispositif médical (DM) de classe IIb composé d'un générateur de micro-ondes et d'une sonde d'ablation dont l'énergie induit une élévation de la température entraînant la mort cellulaire. Auparavant, les patients atteints de tumeurs hépatiques étaient traités par chirurgie et/ou chimiothérapie. Des techniques plus ciblées utilisant des DM ont été récemment mises au point telles que la radiofréquence, la cryoablation et enfin les micro-ondes. L'objectif de ce travail est de réaliser un bilan clinique et économique lié à l'utilisation de cette méthode pour laquelle les DM sont coûteux sur une période de 2 ans.



Matériel et méthodes

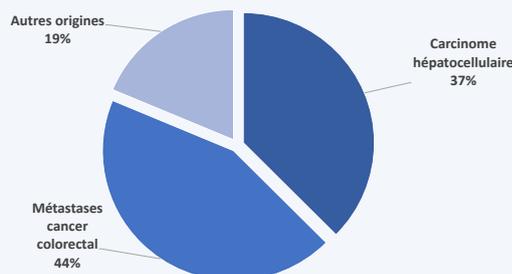
Etude observationnelle rétrospective incluant tous les patients traités par Neuwave® entre 2021 et 2022. Les données cliniques ont été recueillies à partir du logiciel Axigate®. Les données économiques ont été recueillies en collaboration avec le service d'informatique médicale à partir du logiciel CORA®. Ces données ont été colligées dans un tableur Excel®.

Résultats

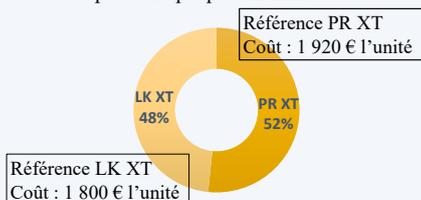
Caractéristiques des patients

Age	66,2 ± 9,8 ans
Sexe ratio (H/F)	3
Durée d'hospitalisation	5,2 jours
Nombre de lésions	2
Taille des lésions	19,31 ± 9,5 mm
Puissance	74,78 W
Durée d'application	8,5 min
Ablation incomplète	12,5 %
Complications	0

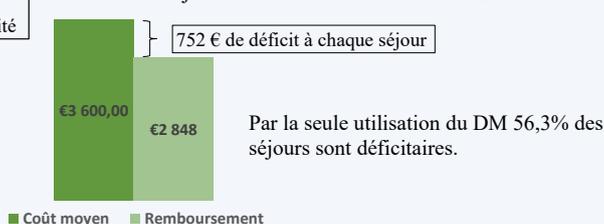
Origine des lésions pour lesquelles 31 sondes Neuwave® ont été utilisées



En moyenne, 1,94 sondes sont utilisées pour chaque patient dont :



Cette technique ne dispose pas de code acte spécifique, les séjours sont codés dans le GHM 07K061



Conclusion

Neuwave® est un dispositif efficace et sécuritaire. Son coût élevé et l'absence d'inscription sur la liste des DM en sus représentent une charge financière importante. L'optimisation de la valorisation des séjours permettrait de diminuer ce déficit.

L. Pétrel¹, S. Hadoux¹, M. Cecille¹, L. Usseglio², H. Tholot², O. Nuiry¹

¹: Pharmacie Dispositifs Médicaux Stériles - CHU de Saint-Etienne, 4 rue Henri Brisson, 42055 Saint-Etienne

²: Service de Santé Publique et d'Information médicale - CHU de Saint-Etienne, Av. Albert Raimond, 42270 Saint-Priest-en-Jarez
Troubles du rythme, Rythmologie, Dispositif médical

INTRODUCTION

Traitement des troubles du rythme complexe :

- Techniques **thermiques** → radiofréquence et cryoablation
- Technique **non thermique** → électroporation

L'électroporation :

- Production de nanopores au sein de la membrane cellulaire → apoptose cellulaire
- Diminution du risque de lésion des tissus sains par diffusion thermique



Objectif : déterminer l'impact économique du référencement de l'électroporation au sein de notre ES

MATERIEL ET METHODES

Etude économique du point de vue de l'ES

Comparaison des recettes/dépenses par acte de la technique d'électroporation à celles de l'ablation par radiofréquence et de la cryoablation :



- Les **recettes** correspondent aux **cotations** utilisées **pour ce type d'intervention** et sont déterminées par le service de Santé Publique et d'Information médicale
- Les **dépenses** correspondent aux **DM spécifiques** pour le traitement des arythmies
- L'**équipement** est en **mise à disposition (MAD)**
- Notre étude ne prend pas en compte les coûts indirects d'hospitalisation, ceux du personnel ni ceux des DM annexes

Comparaison des durées moyennes de séjour (DMS) dans notre ES entre les 3 techniques :



- DMS électroporation
- vs
- DMS cryoablation
- DMS radiofréquence

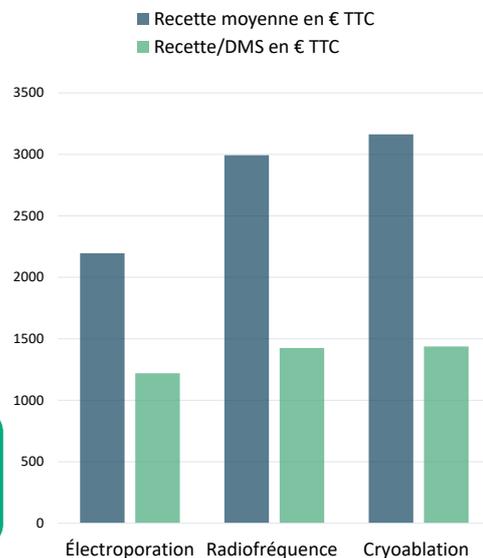
RESULTATS

Recettes / Dépenses

- DMS < 3 jours → **cotation identique** entre les 3 techniques :
↳ **Tarif GHS = 6 876,03 €** (code **GHM 05K191** et code **GHS 1817**).
- Pour 100 interventions par an
- Coût en DM d'électroporation** (cathéter d'ablation à champs pulsés, gaine orientable et câble de connexion) : **4 680 €TTC/acte**
- Surcoût par acte** de l'électroporation :
↳ **797 €** par rapport à la radiofréquence
↳ **967 €** par rapport à la cryoablation
- Marge restante** pour l'électroporation : **2 196,08 €**, sans prise en compte des coûts indirects et des DM annexes (champs, perfuseurs etc..)

Durées moyennes de séjour

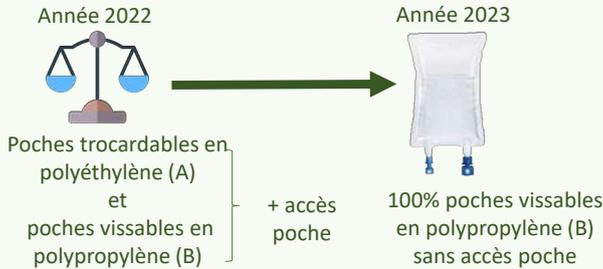
- DMS dans notre ES en 2022 :
↳ **2,1 jours** avec la **radiofréquence**
↳ **2,2 jours** avec la **cryoablation**
- DMS hypothétique envisagée pour l'électroporation : **1,8 jours**



DISCUSSION

La technique d'électroporation permettrait de maintenir notre ES à la pointe de l'innovation. Ce travail nous indique que référencer cette nouvelle technique est possible, sans solliciter de financement supplémentaire.

Contexte



Objectifs



- Satisfaction des services cliniques
- Avantage économique
- Impact écologique

Matériels et méthodes



Questionnaire de satisfaction :

- Facilité d'utilisation
- Etanchéité
- Possible confusion sur l'endroit du raccordement



- Analyse des consommations en 2022



- Economies des déchets
- Gestion des déchets dans les services

Résultats

35 réponses au questionnaire (destiné aux IDE des services) avec une note moyenne de 16/20

Critères	Facilité d'utilisation	Etanchéité	Confusion raccordement
Note la plus basse	5	15	10
Moyenne	13	18	17
Note la plus haute	20	20	20



Note la plus basse de 5/20 sur la facilité, due à une difficulté de raccordement (force à appliquer)



Coût de l'utilisation des poches A et B sur l'année 2022



Coût de l'utilisation des poches B en 2023



Gain sur 1 an = 8 017€

= 1 256 flacons de fluorouracile



Conclusion

- Satisfaction des services de soins avec une sécurité maintenue
- Economie notable
- Réduction des déchets



Axe d'amélioration :
Formation des services concernant la gestion de leurs déchets contaminés.

ÉVALUATION DES PRATIQUES D'UTILISATION DES COLORANTS

INTRODUCTION & OBJECTIF

2 statuts possibles des colorants selon le mécanisme d'action l'indication

Médicament ou Dispositif Médical (DM)

→ 2 circuits pharmaceutiques distincts

→ Plusieurs spécialités disponibles sur le marché pour un même colorant : différentes indications, formes et modalités d'administration

Quelles sont les pratiques d'utilisation des colorants dans notre hôpital ?

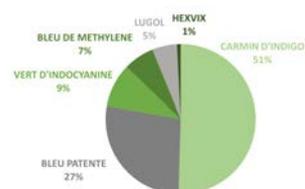
MATÉRIEL & MÉTHODES

- 1 - Etat des lieux des produits de santé disponibles sur le marché et utilisés dans notre hôpital (statut, concentration, voies d'administration, contre-indications)
- 2 - Extraction des consommations du progiciel SAP®
- 3 - Enquête sur les pratiques d'utilisation des colorants par :
 - Diffusion d'un questionnaire aux médecins et aux chirurgien-ne-s
 - Entretiens individuels non-formalisés avec les infirmier-e-s référent-e-s
- 4 - Analyse des pratiques d'utilisation

RÉSULTATS

Statut	Nombre de colorants référencés	Volume de consommation
DM	3 (37,5 %)	400 unités (35,7 %)
Médicament	5 (62,5 %)	720 unités (64,3 %)

Répartition des consommations en colorants en 2022 selon leur statut



Utilisation des colorants en 2022 à l'hôpital Saint-Louis

» Prédominance d'utilisation des colorants au statut de **médicament** (64,3%) notamment liée à l'utilisation du bleu patenté (1 seule spécialité disponible sur le marché, statut médicament)

» **Carmin d'indigo** : colorant majoritairement utilisé, 2 spécialités disponibles : médicament et DM

» Principaux utilisateurs : chirurgie urologique, chirurgie digestive, chirurgie plastique, endoscopie digestive } *au bloc opératoire et en hospitalisation*

A priori, l'utilisation semble en accord avec les indications de marqueurs endoscopiques et/ou chirurgicaux

29,4 % de réponses au questionnaire = 10 médecins/chirurgien-ne-s sur 34



» Dont 2 médecins exclus de l'analyse car ne sachant pas répondre par **manque d'identification des colorants qu'ils utilisent** ;

» **75,0 %** des professionnel-le-s indiquent des **pratiques discordantes** avec les indications réglementaires.

8 entretiens réalisés avec les infirmier-e-s référent-e-s



» Les pratiques rapportées par les infirmier-e-s confirment les **non-conformités** recensées avec le questionnaire ;

» Des différences ont aussi été relevées entre les réponses des médecins/chirurgien-ne-s et des infirmier-e-s.



Il existe des utilisations hors-indication pour tous les colorants.

Les professionnel-le-s différencient les produits de santé par leur voie d'administration plutôt que par leur statut réglementaire.

DISCUSSION/CONCLUSION

- » La gestion de ces produits est complexe
- » De nombreux mésusages ont été identifiés
- » **MAIS** les utilisations hors-indications correspondent souvent à un **besoin non-couvert par un autre colorant**



Perspectives

- » Nécessité de former les professionnel-le-s à l'utilisation des colorants
- » Développement de supports spécifiques à chaque discipline médicale, en accord avec les recommandations des sociétés savantes
- » Encadrement de la dispensation des colorants à certains services spécifiques

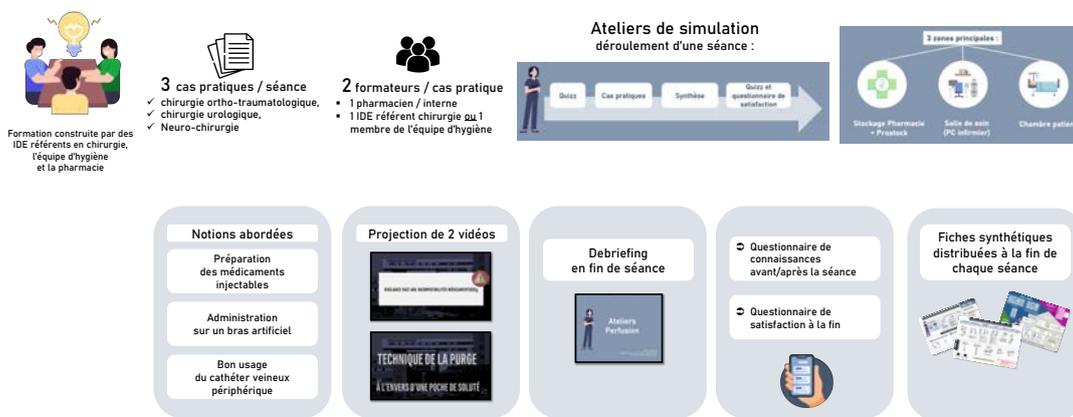


IDENTIFICATION D'UN BESOIN DE SÉCURISER LES PRATIQUES LIÉES À L'UTILISATION DES COLORANTS AFIN DE CONTRIBUER AU BON USAGE DE CES PRODUITS DE SANTÉ

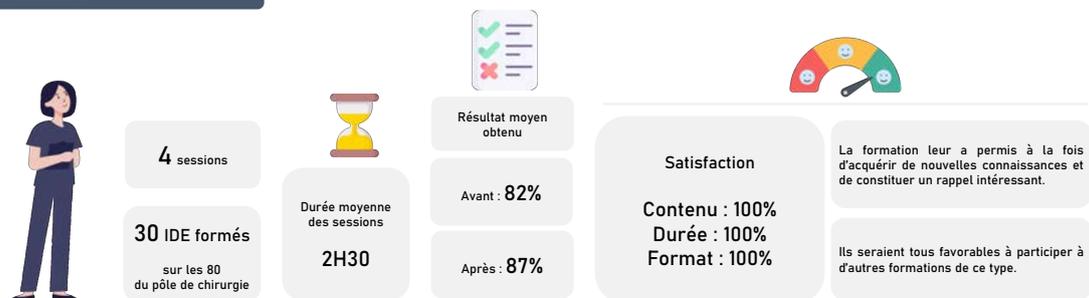
Introduction

Sur la demande du pôle de chirurgie, suite à l'observation de pratiques inadaptées dans les services, une EPP sur le thème de la perfusion a été réalisée. Un premier audit sur les cathéters veineux périphériques (CVP) a permis de montrer que les recommandations n'étaient pas totalement respectées. L'objectif de ce travail est de mettre en place des ateliers de simulation autour du thème de la perfusion.

Matériels et méthodes



Résultats



Conclusion / Discussion

Pour conclure, le format de ces ateliers a favorisé les échanges et a permis d'apporter des solutions face à la réalité du terrain. La pluridisciplinarité s'est montrée complémentaire sur ce projet qui alliait pratique infirmière, hygiène et bon usage des dispositifs médicaux et des médicaments. La formation se poursuit. Une première présentation en comité des DM (CODIMS) a eu lieu. Dans le cadre de l'EPP, un nouvel audit sera réalisé après les formations. Il serait intéressant de développer ce type d'ateliers sur d'autres thèmes.



Evaluation des Pratiques Professionnelles : L'équipe pharmaceutique connaît-elle vraiment les DM de l'abord parentéral ?

C. Houssein, I. Boussemart, M. Dubois, E-K. Okiemy
Service pharmacie – Centre Hospitalier de Cambrai
Contact : i.boussemart@ch-cambrai.fr
Mots-clés : Perfusion, Formation continue, Quiz



INTRODUCTION

La dispensation quotidienne des DM aux services de soins est assurée par les Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH).
→ Réalisation d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur les DM de la voie parentérale périphérique (VPP) en septembre 2022.

OBJECTIFS

- ❖ Consolider les connaissances des PPH
- ❖ Sécuriser la dispensation des DM aux services de soins

MATERIELS & METHODES

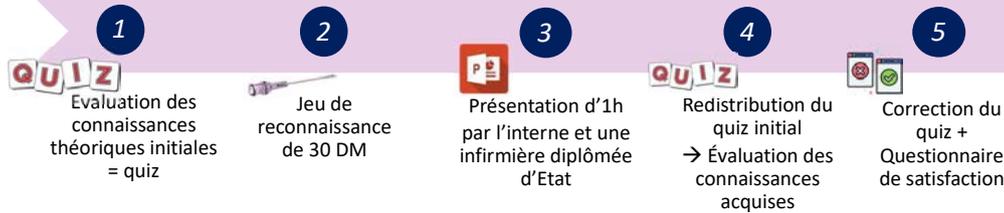
19 participants : 15 PPH, 3 pharmaciens et le cadre de pharmacie

Jours

Jour 1

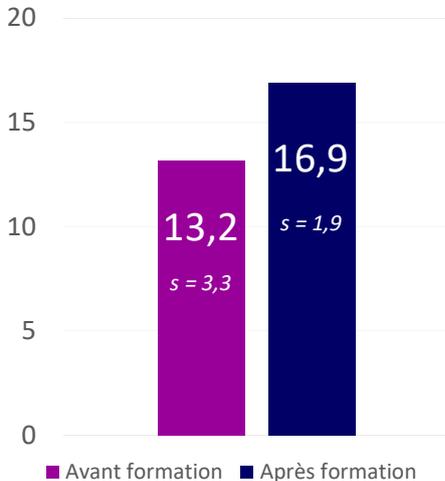
Jour 2 = Journée formation
(divisée en 3 groupes)

Etapes

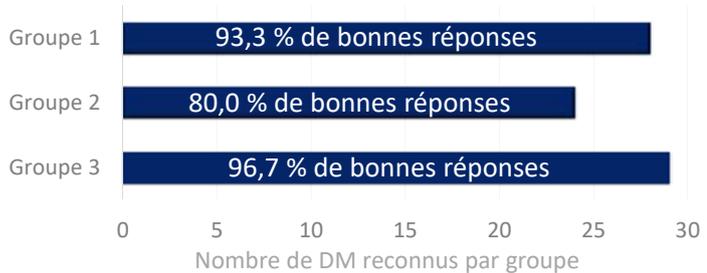


RESULTATS

Moyenne du QUIZ



Jeu de reconnaissance des 30 DM



Confusions les plus fréquentes :
◊ Transfuseur & perfuseur
◊ Valve bidirectionnelle & bouchon

focus
Au moment de la présentation



Questionnaire de satisfaction

DISCUSSION & CONCLUSION

En s'inscrivant dans le processus de formation continue, l'EPP a permis d'ancrer les acquis et d'étoffer les connaissances de l'équipe pharmaceutique. Les PPH considèrent que la connaissance des DM apporte une sécurité supplémentaire lors des dispensations. Pour compléter la formation de l'abord parentéral, le prochain thème portera sur la voie centrale.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand



ÉVALUATION DU COÛT HOSPITALIER D'UN SYSTÈME D'ENDARTÉRIECTOMIE EN ANGIOPLASTIE PÉRIPHÉRIQUE : SHOCKWAVE M5/M5+®

Y. Adjovi¹, I. Aouadi¹, R. Coscas², M. Dubosq-Lebaz², A.-S. Lot³, S. Gnamien-Clermont¹
1: PUI - UDM5, 2: Chirurgie Vasculaire, 3: Département d'information médicale - Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt
Mots clés : endovasculaire, coût, innovant Mail : yaboh.adjovi@universite-paris-saclay.fr

INTRODUCTION

Shockwave M5/M5+®

- Shockwave Medical
- Cathéter de lithotripsie à ballonnet
- Indications : lésions vasculaires périphériques sténosées modérément à sévèrement calcifiées
- Avis HAS existant pour les lésions coronaires (Shockwave C2®), dossier d'inscription au titre V de la LPP en attente

Endartériectomie IVL

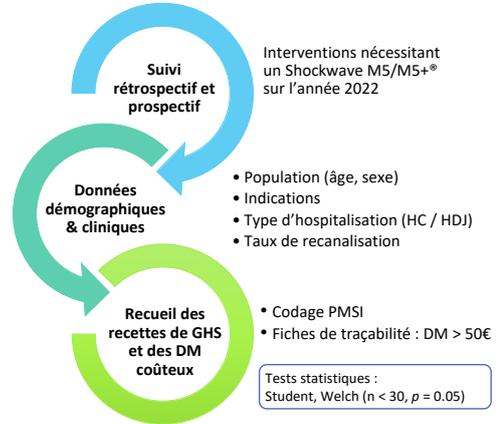
- Innovation : seul dispositif de lithotripsie périphérique disponible
- Fissuration des calcifications par émission d'ondes sonores
- Dilatation de la sténose à faible pression (4 atm)

Objectif de l'étude

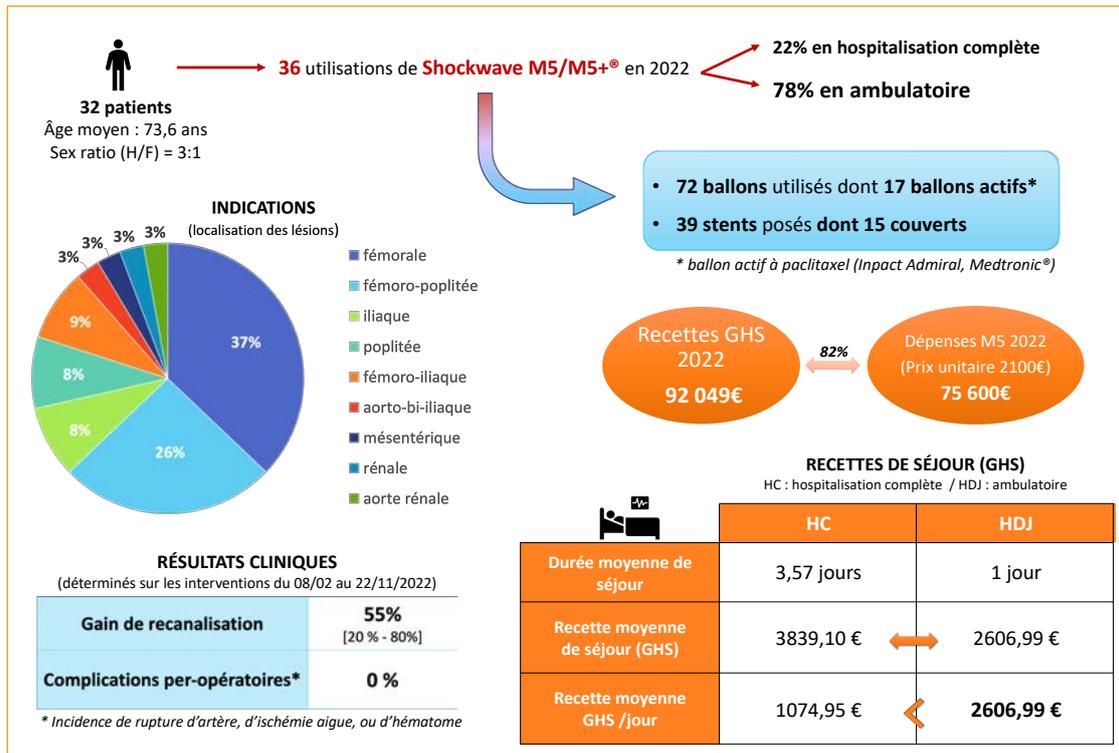
Evaluation de l'utilisation du Shockwave M5/M5+® en chirurgie vasculaire : indications, dépenses et recettes associées

Collaboration avec les chirurgiens et le département d'information médicale

MÉTHODE



RÉSULTATS



DISCUSSION

Le prix du Shockwave M5® seul dépasse le seuil de 30% de l'enveloppe du GHS, motivant une inscription sur la liste en sus. Par ailleurs, la prise en charge en HDJ génère des recettes identiques à celles d'une hospitalisation complète, tout en étant moins coûteuse en personnel. Ainsi cette prise en charge ambulatoire permet à l'hôpital de répondre à la problématique de disponibilité de lits et de personnel. C'est une étude préliminaire qui ne prend pas en compte tous les aspects financiers et cliniques.

EVALUATION PRATIQUE ET THEORIQUE DE LA PERFUSION DANS UN CENTRE HOSPITALIER (CH)

Auteurs: M.ELLUARD, O.TRAMBLOY, JN.MAURER, E.GAYET, JP.COLLINOT
Mots clés: Dispositifs médicaux, perfusion, bonnes pratiques
Centre Hospitalier de Verdun Saint-Mihiel - Verdun

Mail : manneelluard@gmail.com

Introduction

- Changement de pratiques :
- o Remise en question des précédents perfuseurs
 - o Harmonisation des références disponibles dans le GHT*



*GHT - Groupement Hospitalier de Territoires



Objectifs

- o Evaluation des bonnes pratiques de perfusion
- o Accompagnement des soignants dans le changement de marché

Matériel

- o OMEDIT: Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques
- o Europharmat® : Fiche de bon usage
- o CODIMS de l'AP-HP : Comité des Dispositifs Médicaux de l'AP-HP : bon usage des dispositifs médicaux de perfusion en 2015

- ➔ Grille d'audit :
- o Phase d'observations
 - o Phase de questions

Méthode

- Sur 2 mois en 2023:
- o Observation de poses de perfuseurs et de perfusions en cours
 - o Questions sur les BPP aux infirmiers des services
 - o Au seins des services les plus consommateurs (Réanimation, Hôpital De Jour, Urgences, ...)

*BPP: Bonnes Pratiques de Perfusion

Résultats:

🏠 8 services audités 📞 33 observations de perfuseurs 🩺 31 infirmiers interrogés

Surveillance du débit de perfusion (%)

Observation	Taux de conformité
Choix du perfuseur	85%
Prescription	88%
Poches étiquetées	100%
Prise d'air fermée	100%
Pose du perfuseur :	
▪ Hauteur de la ligne de perfusion	97%
▪ Boucle de sécurité	88%



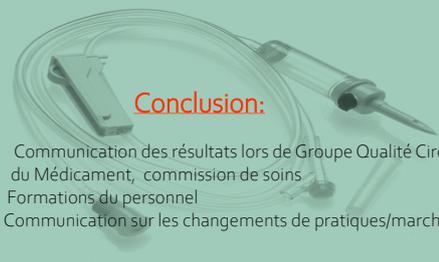
Connaissez-vous ?	Taux de réponses positives
Nombre de gouttes dans 1mL	10%
Changement de perfuseur en cas de traitement discontinu	100%
Recommandations sur le suivi du débit de perfusion	19%
Temps au bout duquel un perfuseur doit être changé	61%

Discussion:

✓ **Conformités (>80%)**: pose du perfuseur, prescription, choix et condition de changement du perfuseur

✗ Différences:

- o Choix du perfuseur aux urgences : Systématiquement perfuseur 3 voies :
 - Anticipations
 - Sécurité
 - Gains de temps
- o Régulation du débit: Réalisation d'un AUDIT spécifique



Conclusion:

- o Communication des résultats lors de Groupe Qualité Circuit du Médicament, commission de soins
- o Formations du personnel
- o Communication sur les changements de pratiques/marchés

L.COLONGES⁽¹⁾, A.DIACONU⁽²⁾, A.CHASTANG⁽¹⁾, C.TREILLARD⁽¹⁾
⁽¹⁾ Pharmacie du Centre Hospitalier de Tulle ⁽²⁾ Service de Pneumologie du Centre Hospitalier de Tulle

Contact : laura.colonges@orange.fr

Mots-clés : oxygénothérapie, soins, respiratoire

INTRODUCTION

Les humidificateurs à oxygène (HO) sont utilisés pour l'hydratation des voies respiratoires mais leur usage est controversé.

2022 → **Contingement des approvisionnements** : l'établissement a du restreindre l'utilisation des HO non chauffants à UU aux forts débits en oxygénothérapie.

2023 → **Changement de marché** ayant entraîné une **hausse tarifaire (+88%)** puis une **rupture d'approvisionnement de longue durée**.

OBJECTIFS

Réaliser un **état des lieux des pratiques professionnelles** afin de réserver le stock restant aux **indications prioritaires**.

MATERIEL ET METHODE



Utilisation des humidificateurs au CH de Tulle

Après le cadre d'une étude relative sur l'utilisation des humidificateurs à oxygène, nous trouvons ci-dessous un questionnaire qui nous aidera à mieux cerner les conditions de leur utilisation au sein des services de soins. Merci vous renseigner par email pour votre aide.

Section 1

Quand vous mettez en place un humidificateur, qui a pris la décision ?

- Prescription médicale
- Initiative de service
- Décision personnelle
- Autre

Section 2

Selon quels critères mettez-vous en place un humidificateur ?

- A partir d'un certain débit, à quel niveau ?
 - 10L/min
 - 15L/min
 - Autre (préciser)
- Sur présence d'un ou plusieurs signes (choisissez/ajoutez)
 - Mouvements labiaux/tremblements
 - Cyanose des extrémités
 - Epoux
 - Sécheresse de la gorge
 - Autres (préciser)
- Selon l'âge du patient, si oui précisez :
 - A partir d'une certaine durée d'administration (DOL, si oui précisez) (en heures)
 - A la demande du patient
 - Sur décision médicale sans prescription
 - Autre

Section 3

Lors de l'utilisation de l'humidificateur, indiquez nous le état et l'heure de pose sur le flacon ?

- Oui, dans ce cas de quelle manière :
 - Au flacon sur l'étiquette du flacon
 - Au flacon sur la partie plastique transparente
 - Sur une étiquette collée sur le flacon
 - Autre (préciser)
- Non

Section 4

Après vous êtes-vous déjà vu servir une durée maximale d'utilisation ?

- Oui
- Non

Annotations : Prescription (rouge), Indication (vert), Traçabilité (orange), Durée d'utilisation (rouge).

RESULTATS

65 questionnaires retournés à la PUI provenant de 15 services différents (soit 75,0% des services audités)



DISCUSSION ET CONCLUSION

- Les résultats de cette enquête révèlent que l'utilisation des HO non chauffants à UU relève plus d'une **habitude de service** que d'une véritable réflexion clinique.
- La restriction de l'usage aux forts débits en oxygène est critiquable, la capacité de saturation de ce gaz diminuant avec le débit.
- Le **mésusage** de ce dispositif, associé au **risque infectieux**, a conduit la PUI avec l'accord du pneumologue, à **restreindre son utilisation aux seuls patients pédiatriques** : cette décision permettra de **remédier aux tensions d'approvisionnement** et de réaliser une **économie annuelle de 2 160€ HT** (hors coût d'élimination des déchets).

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand



INFORMATION PATIENT ET NOUVELLE REGLEMENTATION : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

Mots clés : Traçabilité, RDM 2017/745, DMI

Auteurs : Martin E¹, Tellier J¹, Valentin B¹, Germe AF¹, Odou P¹
¹ Pharmacie centrale, CHU de Lille, Lille, France
eleonore.mrtn@gmail.com



Introduction

Le Règlement (UE) 2017/745 ainsi que l'arrêté de septembre 2021 décrivent les obligations de traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI). Ils détaillent aussi les documents et les informations à remettre au patient.

L'objectif de cet audit est de faire un état des lieux des informations délivrées au patient par rapport à la nouvelle réglementation dans notre service d'orthopédie-traumatologie.

Matériels et Méthodes

Inclusion des patients

- Critères d'inclusion :
Pose d'une prothèse (PTH, PTG, PTE)
Patient sans trouble cognitif
- Durée de la phase d'inclusion :
1 mois
- Interrogation du patient en chambre en post-opératoire
- Eléments recueillis :
Consentement patient
Pose programmée (Oui/Non)
Type d'intervention
Indication de la pose

Appel téléphonique

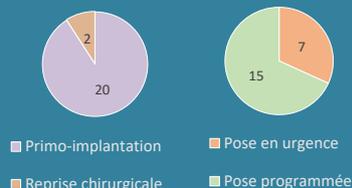
- 2 mois après la sortie d'hospitalisation
- Informations recueillis :
 - Type d'information reçue
Durée de vie du DMI
Matériaux du DMI
Suivi médical particulier
Effet indésirable
Précaution emploi
 - Professionnels de santé ayant délivré des informations lors du séjour
 - Documents remis pendant et après l'hospitalisation

Analyse du dossier patient

- Contrôle de la cohérence des informations entre les documents suivants
Compte-rendu opératoire
Rapport d'intervention
Lettre de liaison
Résumé de pose d'implants

Résultats

22 patients inclus



100% connaissent le type d'intervention (9 PTG, 10 PTH, 3 PTE)
Seul 82% (n=18) connaissent l'indication de pose

16 patients ont répondu à M+2
(4 poses en urgence et 12 programmées)

80% (n=13) affirment avoir eu des informations

- 8 en consultation pré-opératoire
- 2 par le chirurgien en chambre
- 5 lors de l'entretien pharmaceutique (EP)
- 2 par l'infirmier

Ils considèrent avoir eu les informations suivantes :

- Durée de vie (n=10)
- Matériaux (n=1)
- Suivi médical (n=8)
- Effet indésirable (n=7)
- Précaution d'emploi (n=8)



Zoom sur les patients des urgences
Tous ont bénéficié d'un entretien pharmaceutique
2 l'ont pour seule source d'information

DOCUMENTS RÉCUPÉRÉS PAR LE PATIENT :



Il existe des divergences entre les documents pour 30% des dossiers

- 2 erreurs de date
- 2 comptes rendus opératoires absents
- 3 DMI tracés dans le résumé de pose mais absent du rapport d'intervention

Discussion

Les informations que nous délivrons aux patients manquent encore d'exhaustivité pour répondre à la nouvelle réglementation. La réalisation des entretiens pharmaceutiques contribue fortement à l'information des patients surtout lorsqu'ils sont opérés en urgence. Les patients reçoivent le résumé de pose d'implant mentionnant les DMI posés mais ne reçoivent pas de carte d'implant. Cela s'explique par le fait que ce sont des DMI « legacy devices », sans obligation de joindre une carte d'implant dans leur conditionnement.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

Introduction

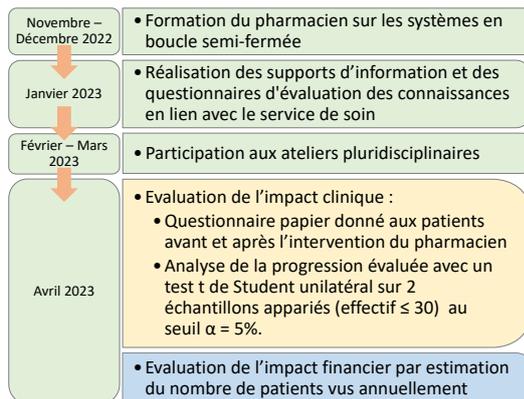
L'instauration d'un traitement par pompe à insuline externe en boucle semi-fermée doit être effectuée dans un centre initiateur agréé. Un atelier d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire (un infirmier, un diététicien et un médecin) est aujourd'hui obligatoirement réalisé dans un service de diabétologie lors de chaque initiation dans notre centre.

Face au nombre conséquent de dispositifs médicaux (DM) et à l'évolution constante des technologies utilisées, l'intervention d'un pharmacien durant ces ateliers pourrait avoir tout son intérêt.

La participation du pharmacien permettrait de plus d'augmenter le forfait de remboursement du séjour (GHS) dont le montant dépend du nombre d'intervenants.

→ L'objectif de ce travail a donc été d'intégrer la pharmacie clinique dans cet atelier et d'en évaluer l'impact clinique et économique.

Matériels et méthodes



Elaboration d'un questionnaire d'évaluation des connaissances

Dispositif médical (Nom commercial)	Durée d'utilisation	Objectif
Pompe (Minimed 780G®)	4 ans	Mesure du glucose interstitiel
Capteur (Guardian Sensor 3® ou Guardian Sensor 4®)	6 / 7 / 10 jours	Transmission des données à la pompe
Transmetteur (Guardian Link®)	Autonomie 6 / 7 jours, se garde 3 / 6 / 12 mois	Analyse des données mobiles
Cathéter et tubulure	Variable selon les cas	Pose du capteur sur la peau
Logiciel (Carelink®)		Transport et injection de l'insuline sous la peau
Inserteur du capteur (One Press®)	Usage unique	Régulation du débit d'insuline
Application (Minimed Mobile®)		Analyse des données par un médecin

Extrait du support d'information : distribué aux patients après avoir répondu au premier questionnaire, avec un temps d'échange autour de celui-ci.



Résultats

Entretiens & évaluation du niveau de connaissances		Aspect économique									
<p>Analyse de la population (effectif n = 7)</p> <p>Sex ratio H/F : 2/5</p> <p>Age (m ± σ) : 41 ± 12</p> <p>Années de diabète (m ± σ) : 16 ± 8</p> <p>Années sous pompe boucle ouverte (m ± σ) : 9 ± 8</p> <p>3 patients ont des notes supérieures après la formation.</p> <p>On note une augmentation statistiquement significative des connaissances du patient après l'intervention du pharmacien (test de Student : p value = 0.0941).</p>		<p>Impact de l'intervention pharmaceutique sur le montant du GHS, estimé pour 4 patients par atelier, et 2 ateliers par mois (96 patients par an).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prix en €</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GHS 3 intervenants / patient</td> <td>355,44 €</td> </tr> <tr> <td>GHS 4 intervenants / patient</td> <td>679,49 €</td> </tr> <tr> <td>Majoration annuelle estimée</td> <td>31 108,80 €</td> </tr> </tbody> </table>			Prix en €	GHS 3 intervenants / patient	355,44 €	GHS 4 intervenants / patient	679,49 €	Majoration annuelle estimée	31 108,80 €
	Prix en €										
GHS 3 intervenants / patient	355,44 €										
GHS 4 intervenants / patient	679,49 €										
Majoration annuelle estimée	31 108,80 €										
<p>Notes / 20 des patients avant et après la formation sur les DM</p> <p>Notes / 20 des patients avant et après la formation sur les DM</p> <p>Avant (orange) / Après (jaune)</p> <p>Patient 1: +23,5% (14/20 → 17/20)</p> <p>Patient 2: +23,5% (14/20 → 17/20)</p> <p>Patient 3: +23,5% (14/20 → 17/20)</p> <p>Patient 4: +11,8% (17/20 → 19/20)</p> <p>Patient 5: +11,8% (17/20 → 19/20)</p> <p>Patient 6: +11,8% (17/20 → 19/20)</p> <p>Patient 7: +11,8% (17/20 → 19/20)</p>											

Discussion – Conclusion

Malgré un faible échantillon, ce travail a permis de montrer une amélioration significative des connaissances du patient après l'intervention du pharmacien.

Les patients et l'équipe soignante ont également exprimé leur satisfaction vis-à-vis de ce projet.

La participation du pharmacien aux ateliers d'éducation thérapeutique représente un véritable intérêt pour une meilleure information des patients sur leur traitement et une meilleure intégration de l'équipe pharmaceutique au sein du service de diabétologie. Elle a, de plus, un intérêt économique significatif pour l'établissement.

Il existe une volonté réciproque de la part du service de soin et de la pharmacie de pérenniser ces ateliers.

Ce travail pourra servir de support pour la mise en place de futures actions de pharmacie clinique dans d'autres spécialités.

Introduction

Les conditions de stockage des DM doivent respecter des règles de bonnes pratiques afin de garantir leur intégrité et leur stérilité. L'objectif de ce travail était d'auditer les conditions de stockage des DM dans les services de l'établissement.

Objectif

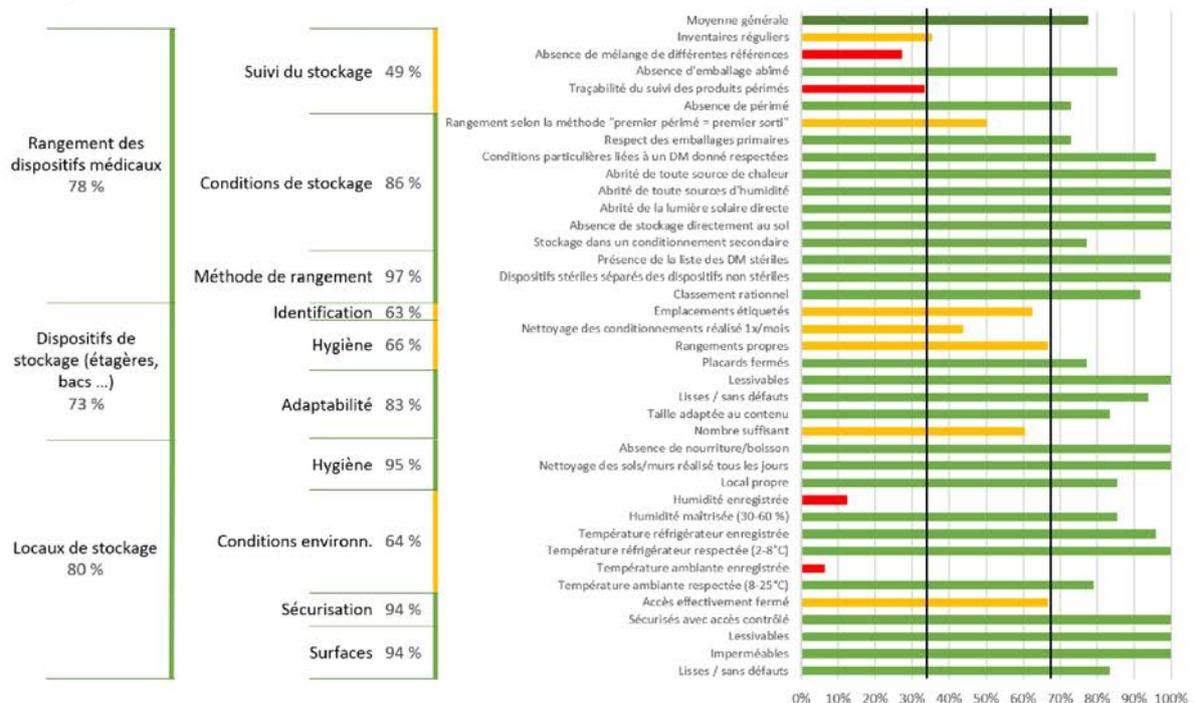
Vérifier le stockage des dispositifs médicaux stériles au sein des services de soins comparativement aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, aux recommandations et aux procédures en vigueur.

Méthode et référentiels

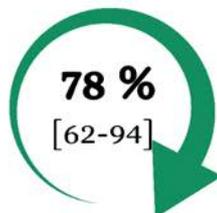
Grille d'audit basée sur BPPH, ANAP et procédure interne :

- 38 critères répartis en 3 catégories
- 17 services audités en 3 visites flash
- Réponse attendue à chaque critère : "oui"

Résultats



Conclusion et actions d'amélioration



Score de conformité de l'établissement bon, mais disparités entre les services



- Instaurer une fréquence de nettoyage des bacs et étagères avec mise en place d'un système de traçabilité
- Investir dans plus de moyens de rangements et de séparations
- Recommander la méthode de rangement "premier à périmer, premier à sortir"
- Procéder à la vérification des DMS périmés à une fréquence donnée
- Rendre l'audit des conditions de stockage des DMS réguliers (une fois par an)

Introduction/Contexte

Depuis leur apparition dans les années 2000, les matrices dermiques acellulaires (MDA) peuvent être associées à la reconstruction mammaire immédiate (RMI). Elles sont utilisées en curatif en première intention, mais également à visée esthétique. Selon les fournisseurs, elles peuvent être de type biologique (collagène porcin ou bovin), synthétique ou bio-synthétique. Elles présentent des avantages, mais sont aussi sources de complications et ne sont pas remboursées.

Objectifs

- 1 Réaliser un état des lieux des pratiques d'utilisation de MDA en reconstruction mammaire par prothèse post mastectomie
- 2 Réaliser un relevé des coûts associés

Matériel et Méthodes

Etude observationnelle, descriptive et rétrospective du 1/01/2018 au 31/12/2022

✓ Critères d'inclusion

- Patientes avec RMI post mastectomie uni ou bilatérale
- RMI à but oncologique ou prophylactique
- RMI avec pose de MDA

✓ Recueil de données

Via le logiciel de traçabilité

Différents paramètres recueillis



- 1) Population de l'étude
- 2) Facteurs de risques (FR) d'échec de pose de la matrice
- 3) Indications de la mastectomie
- 4) Type de matrice
- 5) Complications

✓ Critère d'exclusion

- RMI sans pose de MDA

- 6) GHM via les numéros de séjour pour effectuer le relevé des coûts

Résultats

1) Population de l'étude :

- 65 femmes
- Âge moyen 56 ans [30 ; 75]

2) FR d'échec de pose de la matrice :

- IMC moyen 23,9 kg/m²
- 40% fumeuses
- 47% chimiothérapie
- 49% radiothérapie
- 54% hormonothérapie au long cours

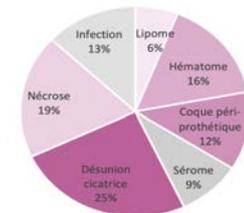
3) Indications de la mastectomie :

- 78% curative
- 11% préventive
- 11% bilatérale (curative pour un sein et préventive pour l'autre sein)

4) Type de matrices biologiques implantées:

- 55% MDA Cellis Breast
- 45% MDA Surgimend

5) Complications :



Pas de différence de complications entre les seins curatifs et préventifs

Plus de complications avec la MDA Surgimend pouvant avoir pour origine :

- temps de recul d'utilisation différent
- courbe d'apprentissage des chirurgiens

6) GHM les plus codés :

- **GHM 09C041** « Mastectomies totales pour tumeur maligne, niveau 1 » : **30 patientes**
- **GHM 09C181** « Interventions majeures pour tumeur maligne du sein avec reconstruction prothétique, niveau 1 » : **10 patientes**

7) Coûts associés :

- Recette moyenne d'une primo-hospitalisation pour RMI post mastectomie avec pose de MDA tout GHM confondu : **4 720 €**
- Prix moyen de toutes matrices et tailles confondues : **1 673 €**

Discussion/Conclusion

Ce travail a permis de montrer que le taux de complications observé est comparable à celui de la littérature. Malgré l'absence d'évaluation de l'aspect esthétique dans notre étude, les chirurgiens sont satisfaits du résultat à long terme. Dans la poursuite de ce travail, il serait pertinent de comparer les complications chez les patientes ayant eu une RMI-post mastectomie avec MDA versus les complications chez les patientes sans MDA. Concernant les coûts, le prix moyen de la matrice correspond à environ 35% de la recette moyenne du séjour. En 2022, ce chiffre est passé à 27% suite à une refonte des GHM faisant la différence entre une reconstruction mammaire avec ou sans prothèse. Ce taux pourrait encore diminuer s'il existait un codage spécifique pour les mastectomies bilatérales par exemple. La réalisation d'études multicentriques et médico-économiques plus poussées pourraient être un argument en faveur du remboursement des MDA en France.

33^{ème} JNFDM Clermont-Ferrand



10, 11 et 12 octobre 2023

NRFIT : RETOUR SUR LE DÉPLOIEMENT, UN AN APRÈS

n°91

L. SZKUDLARA, S. POMIES, D. PECANI
CHU de Toulouse



Thème : Pharmacie clinique - Evaluation

Mots clés : Anesthésie, Sécurisation, Connectique

szkudlara.lea@gmail.com

INTRODUCTION

DECEMBRE 2021
Déploiement de la connectique NRFit pour les DM d'anesthésie loco-régionale (ALR)
Service Maternité et Gynéco-obstétrique
Paule de Viguier – CHU Toulouse



JANVIER 2023
EVALUATION POST-DEPLOIEMENT :
- Impact financier réel de la connectique
- Evolution déclarations d'erreurs d'administration
- Retours des soignants sur le déploiement

MATERIEL ET METHODES

Impact financier

Analyse quantités/coûts
DM ALR LL sur 2021
DM ALR NRFit sur 2022

Comparaison coût par
procédure : LL vs NRFit

Erreurs d'administration

Extraction déclarations d'EI par
erreur de voie d'administration,
en lien avec l'ALR

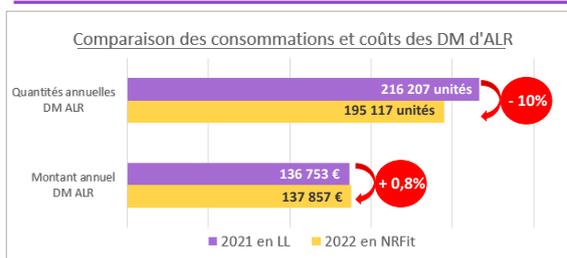
Questionnaire

Recueil du ressenti des utilisateurs
sur le déploiement du NRFit

Recueil du ressenti des utilisateurs
sur l'utilisation du NRFit

+ Extraction du **relevé d'activité du service** par l'intermédiaire
du Département d'Information Médicale (DIM)

RESULTATS



Questionnaire à destination des soignants : **12 réponses**, dont :



- **Coût par procédure** : Impact du passage au NRFit
Péridurale → **+26%** ; Rachianesthésie continue → **+41%** ; Péri-rachianesthésie combinée → **+2%**
- **Activité du service** : 4229 actes d'ALR enregistrés en 2021, et 4240 actes d'ALR en 2022 dans le service → **+0,2% d'activité**
- **Évènements indésirables** : Aucune déclaration d'EI par erreur de voie d'administration n'a été enregistrée à ce jour depuis le déploiement du NRFit, contre 4 sur les 6 dernières années avant le déploiement → **Surveillance des déclarations**

DISCUSSION ET CONCLUSION

La préparation du déploiement du NRFit a permis une révision des pratiques et procédures d'ALR par un **travail multidisciplinaire**.

La **rationalisation des références** a été à l'origine d'une diminution des consommations en quantité, avec des dotations ramenées aux justes quantités, dans une démarche éco-responsable. Cette révision de pratique et des dotations a également permis l'**absorption du surcoût a priori** (dû à l'augmentation du coût par procédure) de cette nouvelle connectique, pour une activité de service stable.

Les équipes soignantes sont **satisfaites de cette connectique et de son déploiement**, et nous ont fait remonter leurs **craintes organisationnelles** et concernant de **potentielles difficultés d'approvisionnement**. Des **axes d'amélioration** ont été proposés par les équipes soignantes pour le déploiement à venir de la connectique NRFit dans les autres services du CHU de Toulouse.

33^{èmes} JNFDM Clermont-Ferrand

NRFIT est déployée : en êtes-vous satisfait ?

⁽¹⁾Dubray Q., ⁽²⁾Untereiner O., ⁽¹⁾Gohari A., ⁽¹⁾Bezian E.

⁽¹⁾Département de Pharmacie, ⁽²⁾Département d'Anesthésie

Institut Mutualiste Montsouris, 42 boulevard Jourdan, 75014 Paris – e-mail : quentin.dubray@imm.fr

Mots clefs : Neuraxiale, connectique, sécurisation, retour d'expérience



L'INSTITUT
MUTUALISTE
MONTSOURIS



1 Introduction / Objectifs

Le 17 mai 2022, nous déployons la **connectique NRFIT**, issue de la norme ISO 80369-6, afin de sécuriser les voies d'administration neuraxiale et péri-neurale au sein de notre établissement de santé (ES). Ce système de prévention passif est un bénéfice indéniable pour la **sécurisation de la prise en charge des patients**. A un an de ce déploiement, nous souhaitons **recueillir l'appréciation** de l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux.

2 Matériel & Méthodes

Une enquête de satisfaction est adressée aux personnels médicaux et paramédicaux concernés.

Elle se compose de **6 questions fermées** :

- ✓ Fonction
- ✓ Connaissance de la norme NRFIT
- ✓ Satisfaction de la communication pré-déploiement
- ✓ Satisfaction des modalités de déploiement sur une journée unique
- ✓ Satisfaction de la documentation qualité associée
- ✓ Modification des pratiques post-déploiement



Deux questions ouvertes : évolutions souhaitées au sein du référentiel NRFIT actuel et un commentaire libre.

3 Résultats

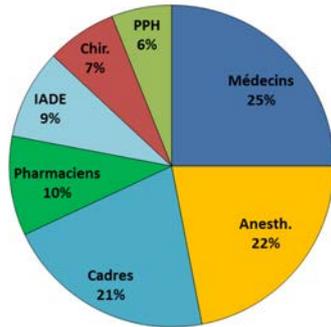


Fig. 1 – Fonction des répondants (n = 68)

Connaissance de l'objectif de la norme NRFIT

Satisfaction de la communication pré-déploiement

Satisfaction des modalités de déploiement sur une journée unique

Satisfaction de la documentation qualité associée

Modification des pratiques post-déploiement

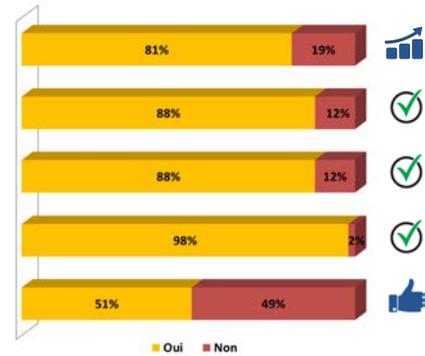


Fig. 2 – Résultats des questions fermées de l'enquête



Quelles évolutions souhaitez-vous au sein du référentiel NRFIT actuel ?



Aiguilles de rachianesthésie 22/27G NRFIT



Aiguilles de Huber NRFIT pour chambre intrathécale



Connecteurs Spike NRFIT pour la préparation des chimiothérapies IT



Commentaires libres :



NRFIT Amélioration de l'étiquetage du stockage dans un poste de soin



Renforcer la formation pré-déploiement



Impossibilité de transférer des patients avec un cathéter NRFIT vers un ES non équipé de DM à connectique NRFIT

4 Discussion / Conclusion

La mise en place de la norme NRFIT est une **réussite** pour notre ES. Les équipes médicales et paramédicales concernées se sont impliquées dans le projet afin que cette transition soit optimale. Néanmoins, cette enquête démontre que la norme NRFIT **n'est pas encore connue de tous**. Les **retours positifs** sur le déploiement nous confortent sur la stratégie définie. La modification des pratiques est **transparente** pour nos équipes. Elle est liée au changement du DM utilisé et non à la modification du geste. Les **souhaits d'évolutions du référentiel** de DM NRFIT exprimés par les utilisateurs appuient les **sollicitations régulières** du groupe de travail auprès des industriels.

Introduction

Il existe au sein de notre établissement une **multiplicité** de références de pansements, notamment au bloc opératoire et dans les services de chirurgie. L'**usage** de ces pansements peut s'avérer **inadapté** et entraîner certains **surcoûts** à long terme.

La **Haute Autorité de Santé (HAS)** a publié en ce sens des *bonnes pratiques pour l'utilisation des pansements après une chirurgie*¹ en décembre 2022. **HAS**

L'objectif de ce travail est donc d'évaluer l'utilisation des pansements au bloc opératoire et par la suite en services de chirurgie ou en ambulatoire en favorisant un usage adapté au type de plaie.

Recommandations HAS

Choix du pansement

↳ Localisation, tensions exercées, risques identifiés le cas échéant

Pansements secs renouvelés tous les 2 à 3 jours

↳ A privilégier en 1^{ère} intention

1^{ère} réfection à J1 en hospitalisation (vérification plaie par chirurgien), J2/J3 en ambulatoire

Matériel et Méthodes

Mise en place d'une grille d'audit en 3 parties :

- Type d'intervention par spécialité
- Type de pansement posé au bloc opératoire
- Suite de la prise en charge (hospitalisation ou ambulatoire)
- Jour de retrait du pansement posé au BO
- Pansements prescrits
- Prescription ou non de soins IDE

↳ **Création** d'un tableur Excel® regroupant les données recueillies

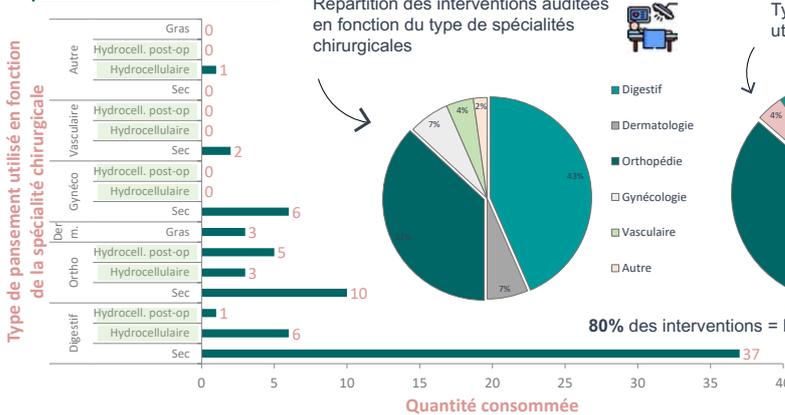
Réalisation de l'audit en **janvier et février 2023** avec 7 demi-journées de présence au bloc opératoire pour le recueil des données :

- Questions posées aux IBODES et aux chirurgiens
- Appel des services de chirurgie à J2 ou J3 post-opératoire
 - ↳ Conduite tenue sur retrait et prescription des pansements
- Ordonnances de sortie pour les patients en ambulatoire
 - ↳ Type de pansements prescrits et fréquence des soins IDE

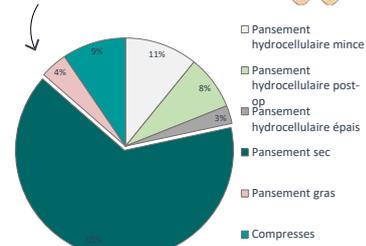
Résultats

46 interventions auditées - 5 spécialités chirurgicales - 11 chirurgiens
 69,6% de patients en ambulatoire - 30,4% de patients hospitalisés

Interventions & Pansements



Type de pansements utilisés au bloc opératoire



Coûts

Estimation des coûts de pansement par spécialité

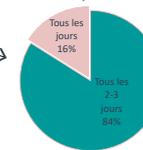
*Coût moyen pour une intervention



En chirurgie

Pansement hydrocellulaire pour 64,3% des patients hospitalisés

Fréquence des soins IDE au domicile



Discussion et conclusion

- ❌ 22% de pansements utilisés au bloc opératoire **non recommandés en 1^{ère} intention**
- ❌ **Surcoût** engendré par les *pansements hydrocellulaires post-op, retirés avant J7* (protocoles internes)
- ✅ Périodicité de réfection des pansements au domicile en accord avec les recommandations : **tous les 2-3 jours dans 84% des cas**

Voies d'amélioration

- ❑ Communication des résultats de l'audit aux équipes
- ❑ Présentation des recommandations de l'HAS
- ❑ Concertation pluridisciplinaire (IBODES, chirurgiens, pharmaciens)
- ❑ Elaboration d'un protocole commun
- ❑ Mise à jour des dotations de pansements hydrocellulaires post-op

Lettre pharmaceutique : édition spéciale, avril 2023

↳ **Nouveau bilan prévu à un an**

Source : ¹« Pansements pour plaies suturées, à la suite d'une intervention chirurgicale : Principes généraux et bonnes pratiques ». Validé par le collège le 1^{er} décembre 2022. Haute Autorité de Santé (HAS) 33^{èmes} JNFDM Clermont-Ferrand

PERFORMANCES DE DEUX ALGINATES DE CALCIUM utilisés pour l'arrêt des saignements de la fistule artériovineuse en hémodialyse

Laura Duciel¹, Kelly Lambert², Arnaud Coudreuse², Déborah Bretille¹, Céline des Courtils¹

¹Laboratoires Brothier, Nanterre, laura.duciel@brothier.com; ²Centre de Transfert de Technologie du Mans, Le Mans
Mots-clés : point de ponction, pansement, hémostasie

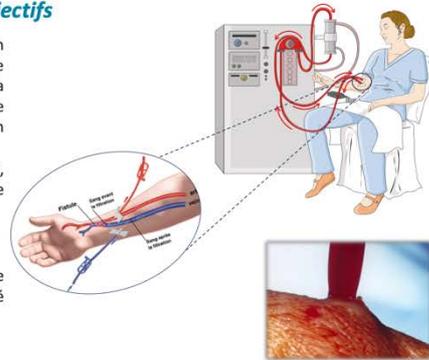
Introduction et objectifs

La fistule artériovineuse (FAV) native, utilisée chez 78% des patients hémodialysés en France, est l'abord vasculaire privilégié pour la ponction. Chez ces patients, le retrait de l'aiguille du point de ponction est à haut risque hémorragique. Le fort débit sanguin de la FAV, l'utilisation d'anticoagulants ainsi que le grand diamètre des aiguilles, requièrent une hémostasie rapide et durable pour la sécurité des patients. Ainsi, l'utilisation d'un hémostatique efficace est essentielle.

Selon un observatoire national de la FAV auprès de 150 centres d'hémodialyse, l'hémostatique de référence pour l'hémostasie des points de ponction est un alginat de calcium pur (Alginate BRO - 4x2 cm, fabriqué en France par Les Laboratoires Brothier)¹ :

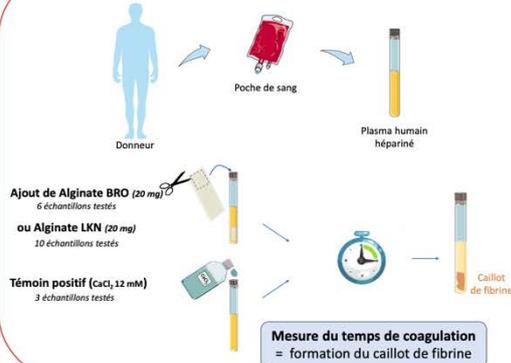
- utilisé dans 47,7% des saignements < 10 min
- utilisé dans 65,3% des saignements > 10 min

L'objectif de cette étude était de comparer cet alginat de calcium pur à un autre alginat (Alginate LKN - 3x3 cm, distribué en France par LKN medical) en termes de capacité d'absorption et d'efficacité hémostatique.

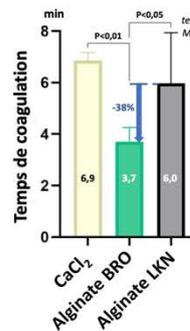


EFFICACITE HEMOSTATIQUE

Matériels et méthodes



Résultats



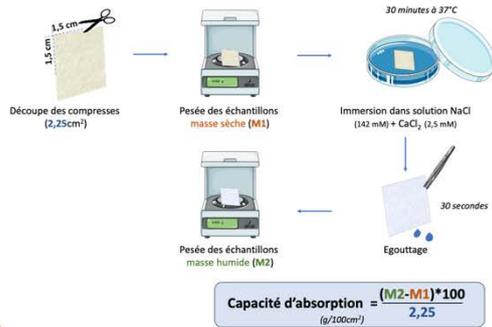
L'efficacité hémostatique de l'Alginate BRO est significativement supérieure à celle de l'Alginate LKN (temps de coagulation accéléré de 38%)

Rapport R&D BROTHIER n°22-047

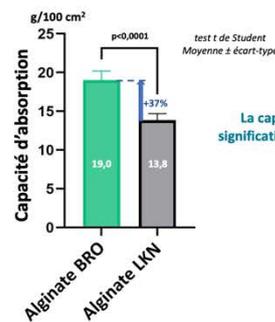
CAPACITE D'ABSORPTION

Matériels et méthodes

Protocole adapté de la norme NF EN 13726-1
8 échantillons testés par pansement



Résultats



La capacité d'absorption de l'Alginate BRO est significativement supérieure à celle de l'Alginate LKN (+37%)

Rapport CTTM n°A210146_01_A

Conclusion

L'efficacité hémostatique et la capacité d'absorption de l'Alginate de calcium pur Brothier sont significativement supérieures à celles de l'Alginate LKN, ce qui démontre une non-équivalence entre ces deux alginates pour la gestion et l'arrêt des saignements.

1 : Marion Sallée and others, Vascular access cannulation and haemostasis: a national observational study of French practices, Clinical Kidney Journal, Volume 14, Issue 4, April 2021, Pages 1261–1268, <https://doi.org/10.1093/ckj/sfaa098>

INTRODUCTION

Taux de prélèvements hémolysés (i.e. avec annulation d'au moins 1 paramètre) parmi les bilans biologiques du Service d'Accueil des Urgences (SAU) = **1,5% VS 0,7%** Autres services

Prélèvements sur cathéter et avec tubes **sous vide** = **Facteur de risque** d'hémolyse

Essai de tubes de récolte **à piston, sans vide préalable**



MATÉRIEL ET MÉTHODE

Essai de **24** semaines

- Temps de formation
- Phase d'adaptation
- Utilisation en routine

Comparaison aux DM en marché par **une grille de cotation**, écrite conjointement par la PUI, le laboratoire de biologie médicale et le SAU

Critères :

- Réduction du **taux d'hémolyse**
- **Satisfaction IDE**
- **Satisfaction** technicien de laboratoire
- **Douleur et risque infectieux**
- **Coût** économique
- **Développement durable, stockage et approvisionnement**

RÉSULTATS

● Indice d'hémolyse à 0 (automatisé, échelle de 0 à 6) :

● **82,6%** avant test → **91%** pendant le test (biochimie)

● Taux de reprélèvement : descendu à **0,7% en moyenne**, comme le reste des services de l'établissement

● L'économie annuelle est estimée à environ **1 200€**

● Développement durable : emballage carton vs polystyrène pour la référence en marché

● Double référencement de produits (DM et tubes) entre le SAU et le reste de l'établissement > coût de gestion de commande et de stockage

● IDE du SAU sont contre le référencement à 83% (44/53 questionnaires, taux de réponse 78%)

● Techniciens de laboratoire sont contre le référencement à 88,9% (16/18 questionnaires, taux de réponse 75%)

● Equipe d'hygiène hospitalière a donné un avis défavorable du fait de l'augmentation des manipulations, augmentant le risque infectieux



Notes attribuées selon les critères de la grille de cotation et note totale

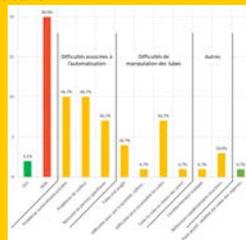
Dispositif sans vide en évaluation	Note /20	%
Réduction du taux d'hémolyse	20	25%
Satisfaction utilisateur SAU	2,5	15%
Satisfaction utilisateur labo	2,2	15%
Satisfaction patient (ressenti // douleur et site de ponction)	10	20%
Risque infectieux		
Note économique	20	10%
Développement durable	18	5%
Stockage	11	5%
Approvisionnement	13	5%

Total : 96,7/160
Soit 11,8/20

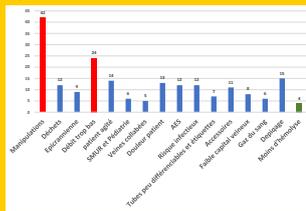
Dispositif référencé en marché	Note /20	%
Réduction du taux d'hémolyse	10	25%
Satisfaction utilisateur SAU	18	15%
Satisfaction utilisateur labo	18	15%
Satisfaction patient (ressenti // douleur et site de ponction)	15	20%
Risque infectieux		
Note économique	15,4	10%
Développement durable	10	5%
Stockage	11	5%
Approvisionnement	13	5%

Total : 110,4/160
Soit 14,1/20

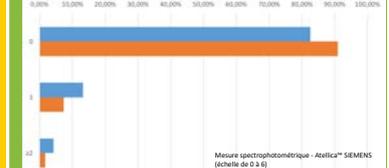
Satisfaction du dispositif en essai par les techniciens de laboratoire



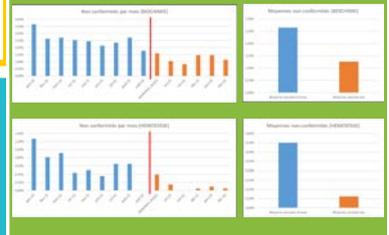
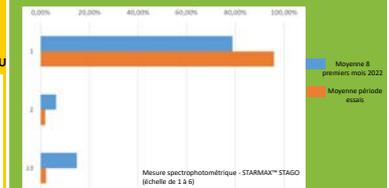
Arguments contre le référencement d'après les IDE du SAU



Pourcentage d'indice d'hémolyse par période – Activité de biochimie



Pourcentage d'indice d'hémolyse par période – Activité d'hémostase



DISCUSION

Malgré une **diminution significative du taux d'hémolyse**, le système à piston **n'a pas été référencé dans l'établissement**. La formation initiale a été bien conduite avec **respect de la phase d'adaptation**. Cependant les **utilisateurs n'étaient pas favorables au système**, principalement pour des raisons de nombre et de praticité des manipulations.



33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

PROJET RSE : ETUDE DE LA MISE EN PLACE D'UNE GAINE DE PROTECTION STÉRILE SUR LES CÂBLES D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE

A HEUX¹, K ITOUA-GASSAYE¹, E DIVOL¹

¹ Equipe de pôle Cardio-vasculaire et Métabolique, CHU de Toulouse

Heux.aglae@gmail.com

Mots clefs : Electrophysiologie, stérilité, écologie

CONTEXTE

Le diagnostic et l'ablation des troubles électrophysiologiques s'effectue à l'aide de différents cathéters qui nécessitent l'utilisation de câbles UM :

Problématique :

- ✓ Contexte de **ruptures** auprès des fournisseurs
- ✓ **Cas d'usures prématurées** lors des passages répétés en stérilisation par vapeur d'eau ou peroxyde d'hydrogène

Mise au point d'une procédure alternative à la stérilisation : Gains de protection stériles UU associées à une désinfection des câbles

OBJECTIFS

- ✓ **Quantifier** l'usure prématuré des câbles UM
- ✓ Evaluer l'intérêt **écologique** et **économique** de cette procédure en pratique courante.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

- ✓ Etat des lieux de câbles utilisés : compatibilités, consommations, procédés de stérilisations et nombre de passage en stérilisation
- ✓ Impact écologique estimé par la diminution de l'émission de CO₂ avec la formule de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (AEME) : **315 kg de CO₂ rejeté par tranche 1000 € de dépense en DM.**
- ✓ Comparaison des coûts d'achats et stérilisation versus prix des gaines à UU et l'achat de câbles selon 2 scénarios :

Scénario 1 : pas de nouvel achat durant la 1^{ère} année n et taux de remplacement des câbles de 50% à n+1

Scénario 2 : pas de nouvel achat durant la 1^{ère} année n et taux de remplacement des câbles de 25% à n+1

RÉSULTATS

Intérêt Economique

Tableau présentant, en fonction des différentes procédures d'ablation, les économies qui serait réalisées par le changement de procédure :

Procédure	Coût actuel	Economie 1 ^{ère} année en € et %		Economie 2 ^{ème} année en € et %		Economie 2 ^{ème} année en € et %	
		Scénario 1	Scénario 2	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 1	Scénario 2
Cartographie	14 067 €	-11 872 €	-84%	-5 782 €	-41%	-8 827 €	-63%
Diagnostic	12 089 €	-8 251 €	-68%	-5 671 €	-47%	-6 961 €	-58%
Radiofréquence	15 273 €	-13 100 €	-86%	-9 534 €	-62%	-11 292 €	-74%
Total	41 429 €	-33 223 €	-80%	-20 987 €	-51%	-27 080 €	-65%

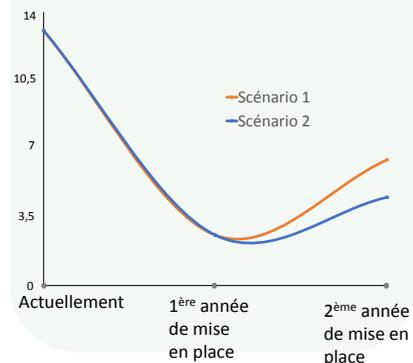
Quantification de l'usure prématurée

Comparaison du nombre estimé de passage en stérilisation avec les recommandations des fournisseurs évoquées dans les IFU :

- ✓ Usure prématurée pour 64% des câbles
- ✓ Utilisation égale aux recommandations pour 9% des câbles

Intérêt écologique

Courbe de tendance des estimations d'émissions de CO₂ à l'aide de la formule de l'AEME(en tonnes) :



CONCLUSION/DISCUSSION

La méthode proposée permet une économie financière, un gain de temps pour les équipes de stérilisation et permet d'augmenter la durée de vie des câbles en limitant les déchets et les émissions de CO₂. Un accompagnement doit être mis en place auprès du service pour former à la nouvelle pratique ainsi que le suivi de cette pratique par le service de l'hygiène.

REMBOURSEMENT DE LA THÉRAPIE PAR PRESSION NÉGATIVE EN VILLE : UN BESOIN DE PARTAGE DES INFORMATIONS

C.VITTOZ, J.OLLIVIER, B.MERILLOU, I.MAACHI, A.FRESSELINAT

Pharmacie des dispositifs médicaux stériles, CHU Bordeaux – Haut-Lévêque

chloe.vittoz@gmail.com

Mots-clés : pansement TPN, lien ville-hôpital, parcours patients

★ INTRODUCTION ★

- Depuis le 14 Février 2023, la thérapie par pression négative (TPN), PICO® est remboursée en pharmacie de ville.
- Ce système portatif à usage unique est indiqué dans le traitement de seconde intention de plaies chroniques de taille inférieure à 10cm².
- La coordination des professionnels de santé à l'hôpital et de ville participe à l'efficacité des traitements et est un facteur clé dans la prise en charge des patients polymédiqués.

MATERIELS ET MÉTHODE

- Echantillon de pharmacies d'officine de patients ayant bénéficié d'un traitement par TPN en 2022
- Par sondage téléphonique de 8 questions : interrogation sur la TPN, ses indications, des conseils à donner au patient et du remboursement PICO® en ville

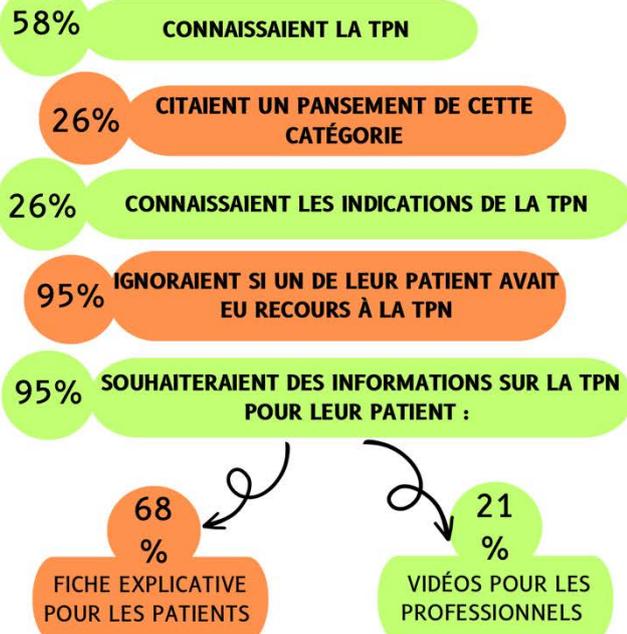
OBJECTIF



Évaluer les connaissances des pharmaciens d'officine sur la TPN, le pansement PICO® et son remboursement

RÉSULTATS

Sur 21 pharmacies interrogées



DISCUSSION - CONCLUSION

Les résultats de cette enquête montrent que l'arrivée de la TPN en ville nécessite une **information auprès des pharmaciens d'officine** pour améliorer l'accompagnement des patients. La **plateforme PHARMA VILLE HOP** créée par des pharmaciens hospitaliers de notre établissement met à disposition **un article et des fiches patients** sur la TPN pour faciliter cette prise en charge.

33èmes JNFDM Clermont-Ferrand

Introduction :

Mots clés : Abords vasculaires, complications, retraits

- ✓ **Midlines** et **Piclines** : voies privilégiées pour des perfusions intraveineuses de longue durée ou pour des accès vasculaires limités → **situations à risque**
- ✓ Référencement en 2019 au CHUGA, ouverture d'un service d'Unité d'Abord Vasculaire (UAV) en janvier 2020
- ✓ **Complications et retraits prématurés fréquents** malgré l'expertise d'une équipe dédiée

Objectif :

Etudier l'influence de l'**âge** des patients et du **contexte** sur la **durée** d'utilisation des **Midlines** et de **Piclines**

Matériel et Méthodes :

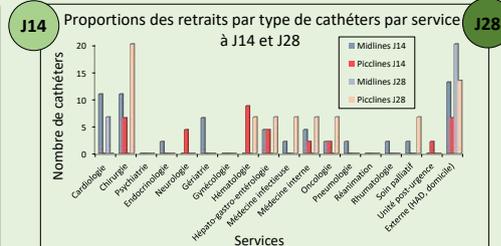
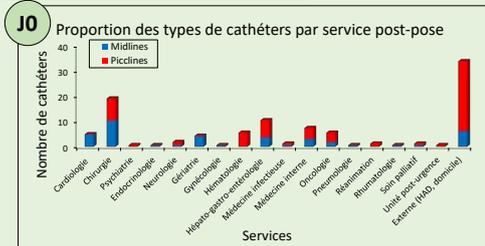
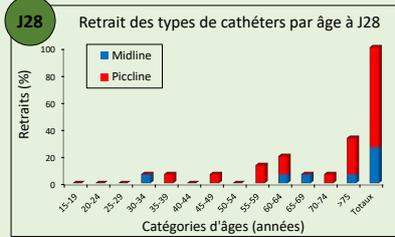
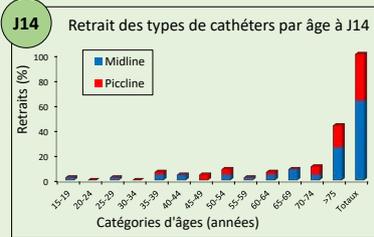
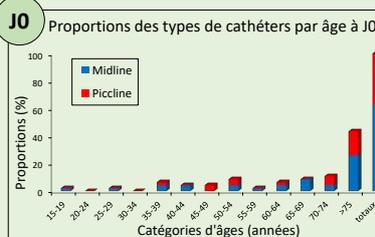
- Etude **prospective** en collaboration avec l'**UAV**
- Juillet 2021 à septembre 2021
- Inclusion de **163 cas** :
63 **Midlines** et 100 **Piclines**
- Collecte des données suivantes :



Résultats :

- ✓ Plus de **30%** des patients bénéficiant d'une pose ont **plus de 75 ans**
- ✓ **Un tiers** des poses est suivi par un **retour à domicile**

- ✓ **Age**
- ✓ **Contexte post pose** (service d'hospitalisation ou retour à domicile)
- ✓ **Présence ou retrait** du dispositif confirmé après appel téléphonique du patient au **14^e** et **28^e** jour



Midlines : 2/3 des cathéters retirés de manière non attendue à J14 contre 27% à J28

↳ Principalement chez le **sujet âgé (> 75 ans)** : 43,5% à J14 et 26,7% à J28

↳ et lorsque la pose est suivie d'un **retour à domicile** : 19% à J14 et un tiers à J28

Discussion / Conclusion :

- ✓ Ratio entre **Piclines** et **Midlines** globalement **similaire par tranches d'âges** : choix de la voie dépendant essentiellement du traitement entrepris (durée prévisible de perfusion et nature des solutions administrées)
- ✓ Dominante **gériatrique** : bénéfices apportés en termes de préservation du capital veineux et de diminution de l'inconfort du patient mais majorité de retraits non attendus chez > 75 ans
- ✓ Pratique **ambulatoire** majoritaire avec proportion la plus importante de retraits prématurés
- ✓ Prédominance de **Midlines** retirés de manière non attendue : 52% de ceux posés à J0 ⇨ concordance avec la littérature : risque de complications plus fréquent sous **Midlines** mais moins grave que celles induites sous **Piclines**
- ✓ Limites de l'étude : causes des retraits non caractérisées

Introduction- objectifs

53 avis de sécurité (ADS) relatifs aux dispositifs médicaux implantables cardiaques (DMIC) ont été diffusés entre 2011 et 2022 par l'ANSM. Ces avis nécessitent un suivi particulier des patients et la mise en place d'actions par les établissements (ETS) poseurs.

Notre objectif est de dresser un état des lieux des actions mises en œuvre par les ETS poseurs de noter région lors de la parution d'un ADS.

Matériels et méthodes

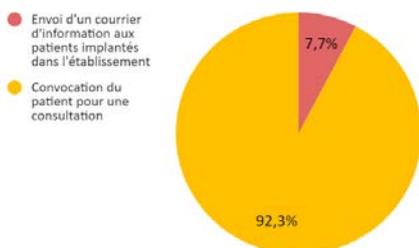
- ✓ Elaboration d'un questionnaire en ligne à l'aide du logiciel SPHINX®, explorant les modalités de suivi des patients, de télésurveillance et estimant la part des patients concernés, avec le concours de l'OMEDIT et du centre de télécardiologie de notre ETS
- ✓ Lien envoyé par e-mail aux personnels des ETS de Nouvelle-Aquitaine impliqués dans le suivi des patients
- ✓ Questionnaire en ligne du 23 juin au 25 novembre 2022. Plusieurs relances par e-mail ont été réalisées.

Résultats

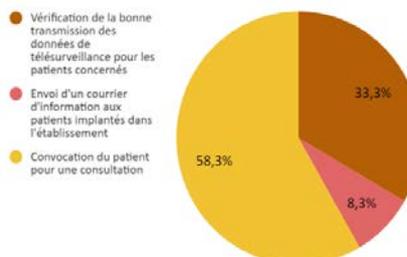
- ✓ **13 ETS sur 49 ont répondu (26 %)**
- ✓ **Seuls 15 %** des ETS indiquent assurer le suivi de 100 % des patients implantés et **25 %** des ETS ne suivent pas les patients et les chargent de transmettre eux-mêmes les données de traçabilité des DMIC aux professionnels les prenant en charge
- ✓ Télésurveillance proposée :
 - Par **100 %** des ETS lors de la pose d'un défibrillateur
 - Par **30 %** des ETS lors de la pose d'un stimulateur

Après diffusion d'un ADS, les actions mises en œuvre par les ETS diffèrent selon la mise en place ou non d'une télésurveillance, comme présenté dans la figure ci-dessous :

Sans télésurveillance



Avec télésurveillance



En ce qui concerne la mise en place de la télésurveillance :

- ✓ 46 % des ETS ont un protocole relatif à la gestion des alertes de la télésurveillance
- ✓ 70 % des ETS précisent dans ce protocole les modalités d'intervention et de traçabilité des alertes
- ✓ 60 % des ETS précisent dans ce protocole la conduite à tenir en cas de patients perdus de vue

Conclusion

La diffusion concomitante à notre étude d'un rappel de lot de DMIC assorti d'explantations préventives avec un fort impact au niveau national, n'a pas favorisé les réponses des ETS à notre questionnaire.

L'exploitation des données des logiciels métiers dans les ETS interrogés montre une réactivité de la majorité des ETS dans la gestion d'un ADS, mais trop d'éléments sont en faveur d'un suivi insuffisant, d'une exploitation sécuritaire variable de la télésurveillance et montrent des inégalités de suivi des patients au sein de notre région.

L.MARIETTE-LABAN¹⁻² ; C.SIMON² ; B.DARRICAU¹ ; T.BOULET¹ ; S.RAJEZAKOWSKI¹⁻²

¹ Pharmacie à usage intérieur, Centre Hospitalier Georges Renon, 79000 NIORT

² Service de Stérilisation, Centre Hospitalier Georges Renon, 79000 NIORT

Mots clés : Endoscope, Astreinte, Etude économique

Mail : secretariat.pharmacie@ch-niort.fr

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années notre établissement dispose d'une unité de centralisation du traitement des endoscopes en stérilisation. Nous disposons de 3 parcs d'endoscopes : bronchique, urologique et entérologie. L'astreinte mise en place la nuit, les week-ends et jours fériés permet de répondre au mieux aux besoins des services utilisateurs. Les gastroscopes étant les plus demandés durant les astreintes, nous nous posons la question du passage des gastroscopes réutilisables à l'usage unique (UU).

Objetif : connaître le coût annuel du traitement des gastroscopes réutilisables pendant les astreintes et le comparer au coût d'utilisation de gastroscopes à UU.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons calculé le coût total annuel du traitement des gastroscopes en astreinte que nous avons comparé au coût théorique d'utilisation des gastroscopes à usage unique. Tous les prix sont calculés hors taxes.



RESULTATS

Coût annuel des gastroscopes réutilisables

- Coût du traitement à la stérilisation = 2 106 €
- Coût salarial = 40 977 €
- Coût annuel de l'utilisation des gastroscopes réutilisables = **43 083 €**
- **Coût par gastroscopie réutilisable = 268 €**

Coût annuel théorique des gastroscopes usage unique

- Coût annuel théorique = **88 550 €**
- **Coût d'achat du gastroscopie UU = 550 €**

161 gastroscopes réutilisables traités en astreinte en 2022



Pour notre établissement, au-delà de **51 utilisations**, le coût des gastroscopes réutilisables est **inférieur** à celui des gastroscopes UU.

DISCUSSION / CONCLUSION

Nous n'avons pas pris en compte :

- **Coût d'amortissement des gastroscopes** → utilisation en astreinte = part minimale de l'utilisation du parc
- **Coût théorique de la gestion des déchets** avec l'utilisation de l'UU

Il ne faut pas négliger l'investissement financier lourd pour disposer d'une quantité importante de gastroscopie à UU et ainsi de bénéficier d'une console gratuite.

Dans notre établissement, la **présence d'une astreinte pour traiter les gastroscopes réutilisables reste financièrement la meilleure option.**

C'est une solution qui motive les agents pour améliorer leurs revenus, tant que l'équipe est suffisamment étoffée et témoigne d'un investissement dans cette activité.

« 33èmes JNFDM Clermont-Ferrand »