

2025 Volume 7 Numéro 2

LA REVUE PHARMACEUTIQUE

des Dispositifs Médicaux



Éditorial

Chères lectrices, chers lecteurs,

Suite aux Journées de Bordeaux, ce numéro 2 de l'année 2025 vous propose la compilation de l'ensemble des communications affichées (certaines ayant fait l'objet également d'une présentation orale). 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 2025 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
Société Pharmaceutique Française des Dispositifs Médicaux
EURO-PHARMAT
 Rédacteur en chef : Johann Clouet
 Co-rédacteurs : Maryline Jehl, Morgane Masse,
 Nicolas Maillard, Fabien Nativel, Anne-Lise Ferrand
 Support Euro-Pharmat : Agnès Faucher

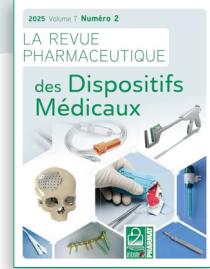


revuedm@euro-pharmat.com

Sommaire

Achat/Approvisionnement/Dispensation.....	1397
Formation	1415
Information au bon usage abord	1424
Pharmacie clinique/Évaluation.....	1482
Politique DM	1507
Stérilisation hygiène	1553
Démarche écoresponsable.	1559

2025
Volume 7
N° 2



Achat Approvisionnement Dispensation





ANALYSE DE RISQUE DU CIRCUIT DES DM EN PRÊTS PONCTUELS : CENTRALISATION DES ACTEURS AUTOUR D'UN LOGICIEL DE GESTION POUR SECURISER LES PRATIQUES

Mots clés : Dématerielisation, Dépôt temporaire, Qualité

S. Bersinger, J. Clausse, C. Girault, T. Catalot, S. Raetz

Service Pharmaie CHI Fréjus – St Raphaël, 837600 Fréjus

sarah.bersinger@wanadoo.fr

N° 1

INTRODUCTION - OBJECTIF

La hausse du nombre de prêts ponctuels et la survenue d'événements indésirables graves montrent que le circuit de gestion des prêts est insuffisamment maîtrisé → validation de l'achat d'un logiciel de gestion des prêts.

Objectif : Analyser l'impact de la mise en place de ce logiciel sur la sécurisation du circuit des prêts ponctuels

MATERIEL ET METHODE

- Méthode AMDEC (Analyse des Modes de Défaillances de leurs Effets et de leurs Criticités) sur le circuit des prêts avant et après mise en place du logiciel en détaillant les sous processus (demande, commande, réception, retour)
- Echelle de cotation choisie pour calculer la **criticité initiale** (soit avant le déploiement du logiciel) et **résiduelle** (soit 6 mois après)
- Mise à jour de l'**organigramme** du circuit des prêts

$$\text{Criticité} = F \times G \times D$$

	Fréquence (F)	Gravité (G)	Détectabilité (D)
1	Jamais survenu	Pas de conséquence	Très élevée
2	Une fois par an	Conséquence minime sans impact sur le patient ou le circuit	Elevée
3	> 1x par semestre	Conséquences minimales avec impact sur le circuit	Modérée
4	> 1x par trimestre	Conséquences minimales avec impact sur le patient	Basse
5	> 1x par mois	Conséquences majeures avec impact sur le patient	Inexistante

RESULTATS

Vingt risques identifiés

Exemples : Erreur de taille, de référence d'implants ; Réception d'implants sans programmation de l'intervention ; Déprogrammation de l'intervention ; Dispositif non retourné au fournisseur (perdu) ; pas de traçabilité de la réception et du retour

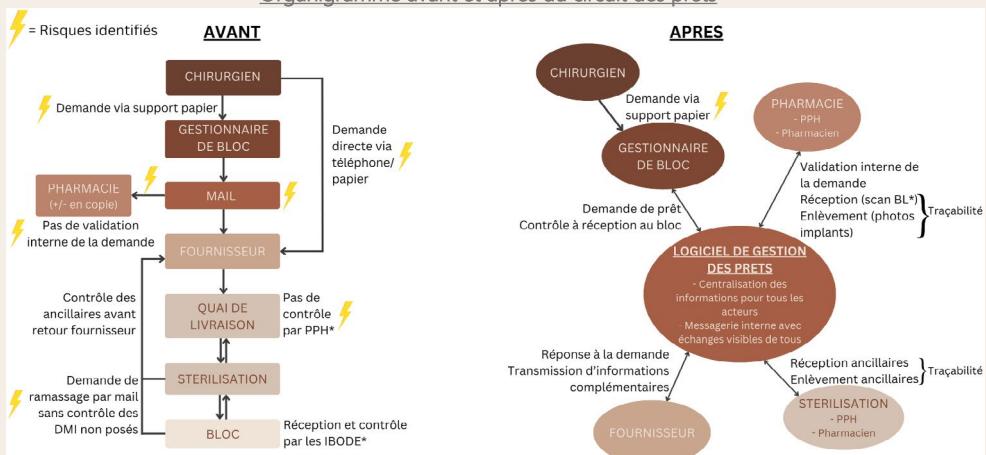
Criticité initiale



Criticité résiduelle



Organigramme avant et après du circuit des prêts



DISCUSSION / CONCLUSION

Conclusion

- ↓ criticité et absence de criticité résiduelle non acceptable
- Gestion globale des interventions (DMI + DM restérilisables) et vision tout au long du circuit et à toutes les étapes (demande, commande, réception, retour)
- Historique des prêts et des litiges rencontrés (rupture, substitution, annulation) avec des statistiques (nombre de réservation par spécialités, par fournisseurs, motifs d'annulation de l'intervention, délai de livraison)
- Messagerie instantanée permettant de transmettre facilement des informations entre tous les acteurs (suppression de nombreux mails, appels et historique archivé dans le logiciel)

COORDINATION DE TOUS LES ACTEURS AUTOUR D'UN SEUL ET MÊME LOGICIEL



Discussion

- Cotation de la criticité subjective mais extrapolable à d'autres établissements
- Difficultés à mobiliser tous les acteurs
- Certains fournisseurs sont réfractaires

Perspectives

- Appropriation et adhésion du logiciel par tous les acteurs
- Dématerielisation de la demande par le chirurgien
- Questionnaire de satisfaction



Audit des Prêts Ponctuels de DMI et DMS

K. KAOUCH, H. MOCKLY-POSTAL, A. APARICIO, A. GRUMBLAT, M. JEHL
Pôle Pharmaceutique – Unité CAMSP, CHU Jean Minjoz, F-25 000 BESANCON
 mail : mjehl@chu-besancon.fr



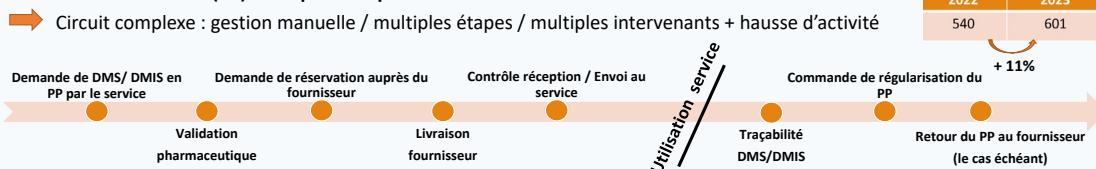
N°2

Mots clés : Dépôt temporaire, Sécurisation, Circuit

Introduction

Données d'activité interventionnelle 2023 : 31 140 interventions chirurgicales dont 27,5 % en non programmées

Circuit des Prêts Ponctuels (PP) ou dépôts temporaires :



Objectif : Evaluer la conformité du circuit des prêts ponctuels gérés par la CAMSP

Matériels et méthodes

- ❖ **Type d'étude :** audit rétrospectif, monocentrique
- ❖ **Référentiels :** Arrêté du 8 septembre 2021 relatif au management de la qualité du circuit du DMI dans les établissements de santé (ES) / procédures internes au service / contrat fournisseur-CHU des PP
 - Réalisation d'un plan et d'une grille d'audit.
 - **11 critères** regroupés en **3 catégories** ont été audités : **référencement, respect des délais, finalité du PP**.
- ❖ **Périmètre :** demandes de PP reçues à la CAMSP entre le 01/01/2023 et le 31/12/2023 : 601 PP au total
 - Constitution d'un échantillon représentatif* : **AUDIT DE 120 PP**

*Echantillonnage selon la NFX 06-022

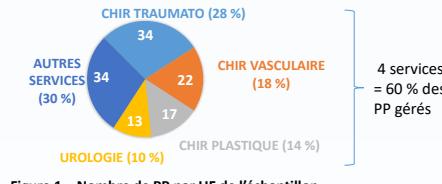
Résultats

Les 120 PP audités correspondent à 397 références de DM et 14 services cliniques.

Référencement



- 95% de conformité à la procédure de référencement
- Seulement 6 PP avec des DMS non référencés
- Pas de modification, ni de refus sur les PP audités → validation pharmaceutique non auditee



Respect des délais



Critère	Référentiel	Délai moy (min - max)	Taux de conformité
1- Délai de demande service (n= 119 PP)	Référencé : mini 5 j Non référencé : mini 15j	15,3 j (2j - 83j)	88,4% 😊
2-Délai de demande de réservation au fournisseur (n=119 PP)	2j max après validation du PP Plus de 2j pour les demandes anticipées	3,4 j (-3j - 69j)	99,2% 😊
3-Délai de livraison fournisseur (n= 105 PP)	Avec ancillaire : 3j min avant l'intervention Sans ancillaire : 2j min avant l'intervention	8,5 j (1j - 79j)	88,5% 😊
4-Délai de retour fournisseur (n= 100)	Délai de 15j max après l'intervention	17 j (2j - 81j)	39,7% 😕
5-Délai de régularisation (n= 84)	Délai de 15j max après l'intervention	21 j (0j - 222j)	63,7% 😕

Finalité du PP



Conclusion

La PUI remplit ses missions en pré-interventionnel pour la fourniture du PP. Néanmoins, les délais après intervention peuvent être améliorés.

Pistes d'amélioration à étudier :

- ❖ Optimisation des dépôts permanents pour réduire le nombre de PP en priorisant les 3 principales spécialités concernées,
- ❖ Informatisation du circuit des PP.

L'intérêt de la réduction du nombre de PP est multiple¹ :

- ❖ Enjeux économique du circuit de dépôt permanent
- ❖ Meilleure satisfaction des acteurs du circuits des DMI et des DMS

¹. Franceschi F, Debanne C, Archer V, Tortolano L. Élaboration d'un indicateur coût-satisfaction dans le suivi des dispositifs médicaux implantables en prêt et dépôts permanents. Ann Pharm Fr. 2025;83(3):546-557. doi:10.1016/j.pharma.2024.12.009.



AUDIT PREALABLE A LA MISE EN PLACE D'ETIQUETTES CONNECTEES AU BLOC OPERATOIRE

A. Amghar¹, A. Boulnois¹, V. Lecante¹, F. Tacco¹1. Service Pharmacie, Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire, Montreuil-Sous-Bois
adelamghar@hotmail.fr

Mots clés : Approvisionnement, Sur-stockage, Gestion de stock

Introduction

L'approvisionnement en produit de santé représente aujourd'hui un véritable challenge pour les pharmaciens hospitaliers et leurs équipes. Ruptures et tensions d'approvisionnement sont le quotidien des PUI, rendant les circuits des médicaments et des dispositifs médicaux de plus en plus complexes à gérer.

C'est dans ce contexte que le GHT Grand Paris Nord-Est a répondu à un appel à projet de l'ARS île-de-France en 2022, avec une solution de signalétique digitale sur ses zones de stockage, en lien avec la société Sigscan. La pharmacie du CH de Montreuil s'est intéressée à l'approvisionnement en dispositifs médicaux de l'antenne pharmaceutique du bloc opératoire avec un projet en 2 phases, la phase préliminaire faisant l'objet de ce travail.

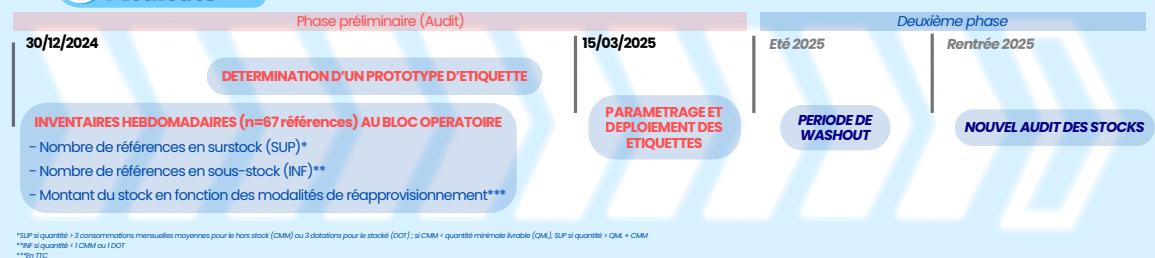
Objectifs du projet global

- >>> Diminution du sur-stockage
- >>> Diminution des ruptures liées à un retard de commande
- >>> Facilitation de l'intégration de nouveaux personnels
- >>> Diminution du nombre de commandes

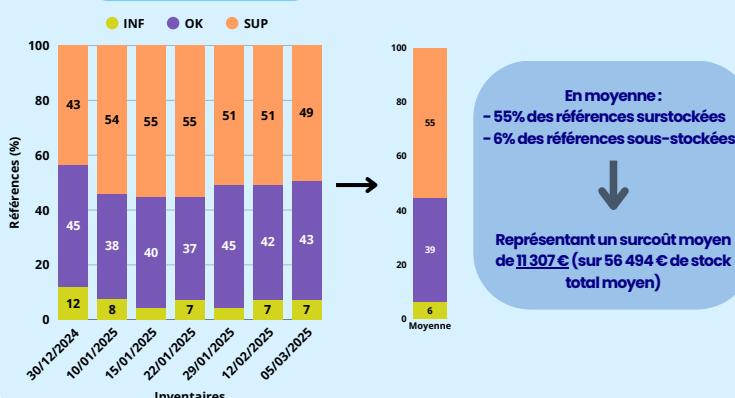
Objectifs de la phase préliminaire :

- Faire un état des lieux des stocks au bloc opératoire
- Déterminer les informations nécessaires à afficher sur les étiquettes afin de les utiliser de la manière la plus efficiente possible

Matiéris et Méthodes



Résultats



1. Détermination des informations nécessaires, en lien avec les personnels de l'antenne pharmaceutique du bloc opératoire.

2. Proposition d'un prototype et validation par l'entreprise productrice.

Libellé du produit	Code produit
Fournisseur	Référence fournisseur
Message libre	
DM/H/S	
CMM : XX	M N : XX
01/01/2025	

3. Réception, paramétrage et installation des étiquettes.

Les informations présentes sur les afficheurs permettent à tous, sans nécessité de connaissances poussées sur les activités du bloc opératoire, de passer une précommande par l'intermédiaire d'un bouton présent sur le côté de l'étiquette.

Un champ libre a aussi été paramétré, permettant une transmission d'informations relatives au dispositif en question (rupture fournisseur, proposition d'alternative ...).

Discussion Conclusion

La phase préliminaire de l'étude a permis de montrer l'existence d'un réel sur-stockage au sein de l'antenne pharmaceutique du bloc opératoire de l'établissement représentant 20% du montant total TTC sur les 67 références étudiées. Lors de la deuxième phase du projet, prévue de débuter mi-avril, les informations présentes et actualisées en temps réel, permettront au personnel pharmaceutique de l'antenne du bloc opératoire d'adapter au mieux leurs commandes aux besoins du service.

Cette nouvelle organisation devrait également limiter les références en sous-stock (6%), afin d'éviter des déprogrammations liées à des retards de commande, toujours grâce à l'actualisation en temps réel des informations affichées.



CONTRE-AUDIT DE STOCKAGE DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES (DMS) DANS LES UNITES DE SOINS (US) : OÙ EN EST-ON UN AN APRES ?

POSTER N°5

D.COPPEE¹, L.HALCEWICZ-PLESKACZEWSKI¹, G.GROSJEAN¹, A.DAADAA¹, A.BRUNEAU², S.FOUCHER¹¹Pharmacie à usage intérieur, ²Direction des achats, de la logistique et qualité hôtelière, Hôpital Antoine Béclère AP-HP, 92140 Clamart

Mots-clés : sécurisation, gestion, traçabilité Contact : coppee.diane@gmail.com



Contexte

Fin 2023 → Février 2024 → Janvier - mars 2025

Certification :
Écarts sur le circuit des DMS et la gestion des réserves

Audit de stockage des DMS :
Plan d'action établi

Contre-audit de stockage des DMS

- Détail du plan d'action**
- Recrutement/formation des logisticiens
 - Mise en place du suivi régulier des périmés
 - Mise en place de la traçabilité du transport et de la réception
 - Mise en place de dotations

**Objectifs :****Sécurisation du circuit des DMS****Evaluation de l'exécution du plan d'action**

Matériels et méthodes



37 réserves auditées dans 25 services



auditeurs : interne de pharmacie, pharmacienne responsable des DMS et préparatrice



audités : cadre et logisticien du service concerné



Seuil de conformité fixé à 80%



→ Grille d'évaluation de l'audit de 2024 retravaillée (32 critères)

Résultats

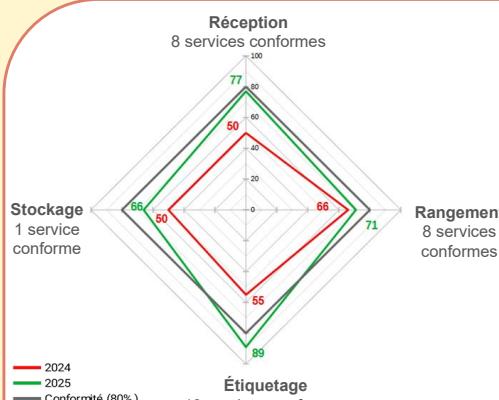


Figure 1 : Conformité des étapes au global hôpital 2024 vs 2025

14 critères conformes en 2025 contre 2 en 2024



	2024	2025
Traçabilité de la réception	16 %	40 %
Traçabilité du contrôle des péremptions	16 %	72 %

Tableau I : Pourcentage de conformité des traçabilités

Poids des périmés retrouvés :2024
18 kg2025
7,5 kg

- 8 dotations établies
- 2 formations des logisticiens sur le circuit des DMS et sur la matériovigilance (gestion des retraits de lots ...)

Discussion / Conclusion

✓ Amélioration globale, étiquetage conforme sur l'hôpital grâce à la diffusion et à l'harmonisation du modèle d'étiquettes (modèle unique)

A poursuivre :

- Tracer le **contrôle des péremptions** avec affichage dans les réserves
- Afficher les péremptions courtes (marquage visuel)
- Etablir un **consensus** pour la gestion des réserves entre les logisticiens de services et les logisticiens rattachés au directeur logistique
- Poursuivre la **validation des dotations** de DMS dans chaque US

✍ Travail en cours pour **consolider la traçabilité** des étapes de transport et de réception de la commande, en collaboration avec la direction en charge du transport

Mise en conformité de la livraison, du rangement et du stockage

Gain économique
Démarche écoresponsable
Sécurisation du circuit

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITALS DE PARIS



Déménagement des DMS dans un nouvel entrepôt : approche logistique de la gestion des stocks

H. POISSONNET, G. DUNOYER, S. HOSPICE, J. DECANIS, V. LEGRIS-ALLUSSON,
Pharmacie centrale – CHU Martinique Hôpital Pierre Zobda Quitman (Fort-de-France)
Mail : helene.poissonnet@chu-martinique.fr



N°6

Mots clés : Volume, Fréquence, Adressage

INTRODUCTION

CONTEXTE

- Non-conformité du stockage des Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) :
 - Hygrométrie, température
 - Taille des locaux non adaptée
- Multiplicité des lieux de stockage des DMS
 - 6 lieux dans 4 bâtiments différents



OBJECTIFS

- Déménagement dans un nouvel entrepôt pour mise en conformité**
 Installation de palettiers et mise en place de flux : **approche logistique** du rangement par fréquence de sortie et volume
 => **Optimisation des emplacements et de la distribution des DMS aux services de soin**

MATERIEL ET METHODES

Extraction de la fréquence de sortie pour chaque DMS à partir du logiciel de gestion PHARMA®

Analyse réalisée pour chaque référence de DMS en stock sur un an, en groupe de travail pluridisciplinaire (préparateurs en pharmacie, magasiniers, pharmaciens)

1) Classement par catégorie selon la fréquence de sortie par semaine :

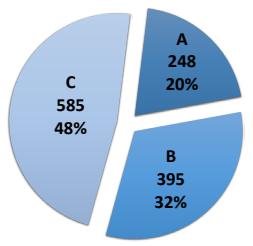
2) Analyse du volume de stockage

3) Analyse du volume de distribution pour les références stockées sur palette

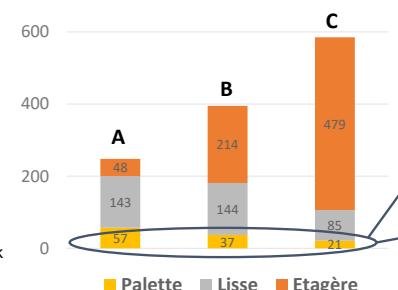
Fréquence	Catégorie
>2 / semaine	A
0,5 à 2 / semaine	B
<0,5 / semaine	C

RESULTATS

Nombre de DMS par fréquence de sortie



Nombre de DMS en fonction du volume de stockage et de la fréquence de sortie



Répartition des références stockées sur palette en fonction de leur volume de distribution

Fréquence	Nombre de références sur palette distribuées à l'unité	Nombre de références sur palette distribuées en gros volume
A	32	25
B	0	37
C	0	21
Total	32 (28%)	83 (72%)



DISCUSSION / CONCLUSION

Lien fréquence / volume : les références fréquemment distribuées représentent également un volume important de stockage et distribution

→ Flux des fréquences et volumes les plus importants aux plus faibles



→ Cariste : distribution en gros volume
 Cueillette : distribution à l'unité ou boite
 Autres : zone de réception, quarantaine, réserves en hauteur...



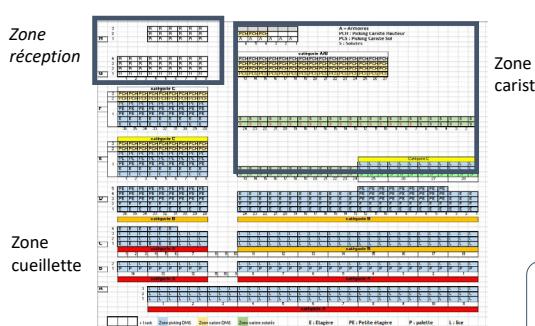
Mise en place d'un **adressage** de chaque référence

- Optimise la place de stockage
- Optimise le flux de circulation et préparation des armoires
- Diminue le risque d'erreur (confusion de références)



Logistique = part importante dans le fonctionnement de la pharmacie

Le pharmacien développe des compétences en logistique : intérêt de se faire accompagner par un logisticien





ÉTAT DES LIEUX DE LA LECTURE OPTIQUE DES DM IMPLANTABLES ET ACTIONS D'AMÉLIORATION POUR OPTIMISER LEUR TRAÇABILITÉ

L. GRISHPUN¹, A. BELMAS-DIGARD¹, Y. LE BASLE¹, A. BIARD¹¹ - Service de Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand, France

Mots clés : implant, code-barre, interopérabilité

Lgrishpun@icloud.com

Poster N 7
chu
 CLERMONT-FERRAND
 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Introduction

- Les DM implantables sont soumis à une traçabilité sanitaire obligatoire
- La traçabilité de l'implantation doit être informatisée, si possible par lecture optique des codes-barres (CB), et effectuée en temps réel
- Dans notre ES, la traçabilité est réalisée a posteriori par les secrétaires du bloc opératoire via des fiches de traçabilité intermédiaires
- De nombreux DMI sont encore tracés manuellement
- L'objectif - Recenser et analyser ces anomalies et de proposer des actions correctives

Matériel et Méthodes



Résultats

Parmi 6137 DM mouvementés sur les 12 derniers mois, 486 n'avaient pas de code CIOdm

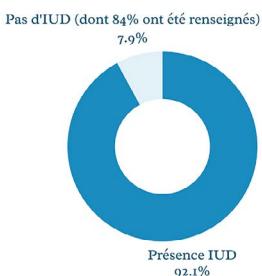


Figure I. Renseignement codes CIOdm

Analyse de Fiches de traçabilité intermédiaires avec problèmes : 519 DM identifiés

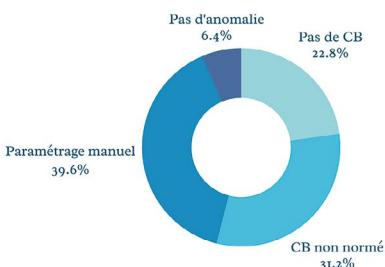


Figure II. Analyse de Fiches de traçabilité

En 12 mois, 10 928 traçabilités ont été réalisées pour ces DMI soit **36,3%** des traçabilités sur l'ES.

Conclusion

- Les difficultés de lecture optique CB impactent fortement la réalisation de la traçabilité dans notre ES
- L'importation des IUD et le paramétrage manuel des CB dans notre base de données ont permis une nette amélioration
- Si la réglementation vise à résoudre la majorité des problèmes, il est pertinent d'informer les fournisseurs de DMI avec CB manquants ou non conformes pour qu'ils respectent les normes
- La liste des DMI n'ayant pas de code CIOdm est transmise à PHAST afin d'optimiser la base de données
- Ce travail fait partie d'un projet global pour faciliter la traçabilité de l'implantation des DMI en vue de sa réalisation en salle par les infirmiers



EVALUATION DE LA RESILIENCE DES CHAINES D'APPROVISIONNEMENT DES FOURNISSEURS DANS UN APPEL D'OFFRES DE DISPOSITIFS MEDICAUX

T. Mahdjoub¹, J. Robin², L. d'Aligny¹, M. Touleimat-Luque¹
 (1) Département des achats de produits de santé, Pharmacie, CHU d'Angers (GHT49) (2) Cellule d'expertise des produits pharmaceutiques, CHU d'Angers
 Contact : tarik.mahdjoub@chu-angers.fr

Mots-clés : Marchés, Fiabilité, Commandes ; Thème : Achat, Approvisionnement, Dispensation

Introduction

- Les crises sanitaires et géopolitiques récentes ont révélé la vulnérabilité des chaînes d'approvisionnement en dispositifs médicaux, impactant directement la continuité des soins.
- L'instruction DGOS/PHARE/2024/36 impose désormais aux établissements de santé l'intégration de critères de sécurisation dans leurs appels d'offres.
- Le CHU d'Angers coordonne, pour le GHT 49, des appels d'offres locaux pour la fourniture de dispositifs médicaux (DM).

Objectifs

- Évaluer la résilience des candidats à un appel d'offres local en dispositifs médicaux selon des critères définis.
- Mesurer l'impact de l'implantation géographique et de la taille des fournisseurs sur ces critères de sécurisation.

Matériels et méthodes

Definition des critères

Un groupe de pharmaciens acheteurs et référents DM a défini des critères de résilience adaptés au GHT.

Validation juridique

Les critères ont été validés par le département juridique du GHT, garantissant leur conformité réglementaire.

Recueil des données

Analyse des réponses des fournisseurs à un appel d'offres local DM, selon les critères définis.

Analyse statistique

Test du Chi² appliquée à l'implantation géographique et à la taille. Seuil de significativité : 5 %.

Résultats



Nombre total de fournisseurs analysés

123 fournisseurs ont répondu à l'appel d'offres local, portant sur des dispositifs médicaux techniques.



Domaines thérapeutiques concernés



Vasculaire

Orthopédique

Neurochirurgie

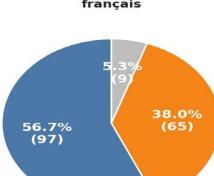


Critères de résilience évalués

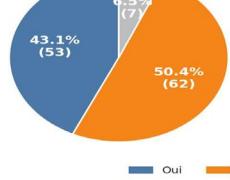
Contrats pluriannuels fournisseurs européens



Contrats pluriannuels avec des fournisseurs de matières premières européens



Site de production de secours ('Back-up')



Diversification fournisseurs matières premières

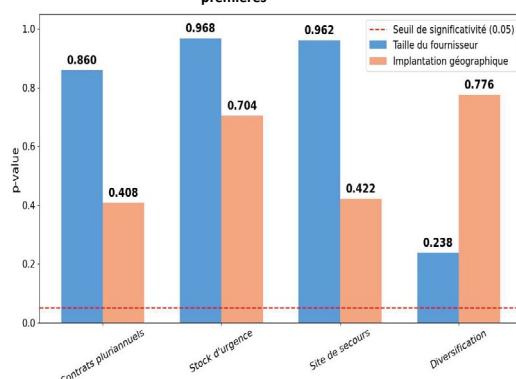


Figure 2 : Analyse des p-values du test du Chi² pour l'impact de la taille et de l'implantation géographique des fournisseurs sur les critères de sécurisation

Figure 1 : Répartition des réponses des fournisseurs selon les critères de sécurisation dans l'appel d'offres local

Discussion et conclusion

X Absence de corrélation significative

Ni la taille ni l'implantation géographique des fournisseurs ne permettent de prédire leur engagement dans la sécurisation des chaînes d'approvisionnement.

↗ Facteurs internes plus déterminants

Performance logistique, stratégie industrielle et diversité du portefeuille produits semblent jouer un rôle clé.

█ Critères à intégrer dans les appels d'offres

Stock d'urgence, contrats pluriannuels européens, site de production de secours, diversification des fournisseurs de matières premières.

☒ Perspectives de renforcement collectif

Audits logistiques réguliers, mutualisation des bonnes pratiques et coopération inter-établissements sont essentiels à l'échelle du GHT.

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE LIÉ AU CIRCUIT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

STÉRILES : ANALYSE ET PLAN D'ACTION

Auteurs : C. CORBINAIIS, S. LOIZEAU, MP. PONROUCH, J. PERREY, C. FAURE, MP. PERRILLAT-MERCEROZ

Pharmacie Euromédecine - CHU de Montpellier - Contact : cecile.corbinais@outlook.fr

Mots clés : Sécurisation, ORION, Retour d'expérience

N°10



Retrouvez la communication orale de ce poster sur le site internet des journées 2025 : <https://www.euro-pharmat.com/editions-precedentes/6707-35emes-journees-euro-pharmat-bordeaux-2025>

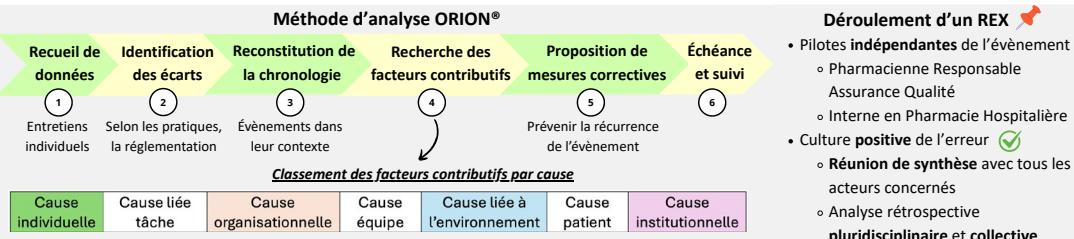
INTRODUCTION

- Circuit des DMS : processus complexe, nombreux professionnels, nombreuses étapes → sources d'erreur.
- ↳ Analyse Préliminaire des Risques APR - Europharmat
- Evènement porteur de risque** signalé :
 - Réception, stockage et délivrance de gants non référencés.
 - Détection et actions correctives tardives.
 - Réurrence de l'erreur dans le circuit.

OBJECTIFS

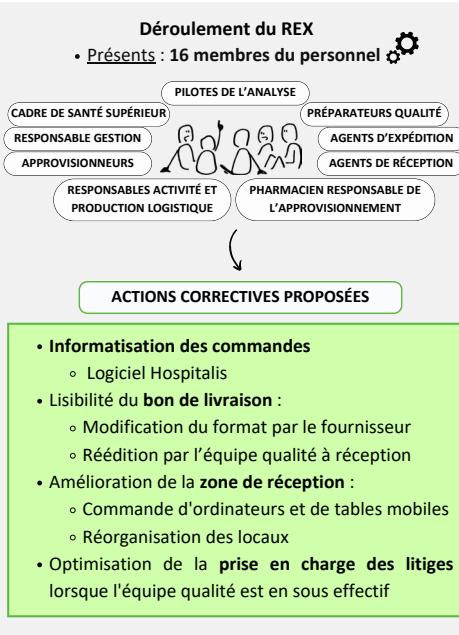
- Prendre en charge un évènement indésirable :
 - analyser l'évènement,
 - identifier les sources d'erreurs,
- Mettre en place un **plan d'action** pour atténuer le risque et éviter qu'il ne se reproduise.
- Sécuriser le circuit DMS**
 - Sécurité du patient et des professionnels de santé

MATÉRIEL & MÉTHODES



RÉSULTATS

Analyse de la chronologie des faits et identification des facteurs contributifs	
Ecart identifié	Facteurs contributifs
Erreur de saisie du fournisseur	
Non détection de l'erreur à réception	Inattention, Références similaires, Vérification non informatisée, Palette reconsolidée par le transporteur de manière hétérogène, Bon de livraison (BL) parfois absent ou taille de police trop petite.
Rangement dans les zones de stockage	Non vérification de la référence, Confiance en la vérification préalable par la réception, Nouveau membre du personnel, Manque de temps, Inattention.
Envoi en service	Non vérification de la référence avant envoi, Pas d'interrogation sur des conditionnements différents.
Constat de l'erreur lors de la liquidation de la facture par les approvisionneurs : Alerte donnée à l'équipe approvisionnement/qualité	
Retard de déclenchement d'un litige	Problème de communication, Équipe qualité partiellement disponible
Dispensation complète dans les services	



DISCUSSION & CONCLUSION

- Culture qualité essentielle à ancrer dans les habitudes des équipes
 - ↳ Sécurité et conformité du circuit DMS
- Participation exceptionnelle (rarement atteinte) et engagement de tous les acteurs dans la mise en place d'actions correctives efficaces et réalistes
- Certaines **réticences** : plateforme sous responsabilité pharmaceutique depuis 5 ans.
- Rendre **incontournable** la **déclaration d'évènement porteur de risque** par le fournisseur, la pharmacie et les services de soin.

tess.martin@aphp.fr



Gestion des DM en armoire sécurisée : de la pratique à la théorie

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

C. BRONCARD¹, N. MARTELLI^{1,2}, N. DIATTA³, T. MARTIN^{1,2}, J. PINEAU¹¹ Pharmacie à usage intérieur, Unité des dispositifs médicaux Hôpital européen Georges Pompidou, 20 rue Leblanc, 75015 Paris² Groupe de recherche et d'accueil en droit et économie de la santé, Faculté de pharmacie, Université Paris-Saclay³ Plateau technique interventionnel Hôpital européen Georges Pompidou, 20 rue Leblanc, 75015 Paris

N° 11

Mots clés : optimisation, stockage, RFID

INTRODUCTION - OBJECTIFS

- Introduction

Depuis 2022, **7 armoires** de stockage informatisées utilisant la **technologie d'identification par radiofréquence (RFID)** sont présentes au sein du plateau technique interventionnel (PTI) (cardiologie et radiologie) afin d'optimiser la gestion de DM coûteux et/ou sensibles^a.

En 2025, **2 armoires supplémentaires** ont été installées, justifiant la rationalisation du choix des DM éligibles à la mise en armoire sécurisée.

- Objectifs**
 - Réaliser un **bilan des gammes et évolutions de consommation** des DM stockés dans les armoires RFID du PTI afin d'aboutir à une redéfinition des zones de stockage par domaine thérapeutique
 - Élaborer un **outil dynamique d'aide à la décision** pour la mise en armoire RFID de nouveaux DM

MATÉRIEL ET MÉTHODE



- Inventaire physique et informatique des différentes gammes de DM en stock dans les 7 armoires initiales du PTI
- Extraction des consommations mensuelles et des coûts associés pour chaque gammes (décembre 2023 - février 2025)
- Définition des quantités minimum par gamme de DM
- Redéfinition des zones de stockage des DM par aire thérapeutique



- Élaboration d'un outil d'aide à la décision pour la mise en armoire sécurisée prenant en compte différents critères (existence de gammes similaires stockés en armoire RFID, dimensions du DM, étendue de la gamme, prix unitaire HT, quantité minimum en stock) sous la forme de 2 outils :
 - Un algorithme décisionnel** pour la mise en armoire sécurisée
 - Une matrice de criticité** à partir des critères caractérisant les DM mis en armoire

Acteurs impliqués : pharmaciens et préparateurs de l'unité des DM cliniciens, IDE et cadre du PTI

RÉSULTATS

Analyse des consommations mensuelles des DM stockés en armoires RFID au PTI sur la période

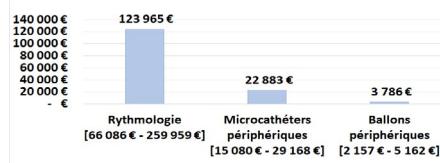


Figure 1 : dépense moyenne [min ; max] des DM stockés en armoire RFID au PTI par domaine de décembre 2023 à février 2025

Redéfinition des zones de stockage

Descriptif des zones de stockage	Nombre de gammes	Nombre d'armoires
Zone 1 : DM de Rythmologie (ex cathéters de diagnostic, d'ablation)	23	4
Zone 2 : microcathétérés périphériques	10	1
Zone 3 : ballons périphériques (ex ballon d'angioplastie périphérique actif ou non)	12	2
Zone 4 : cardiologie (ex ballons de scoring, d'angioplastie haute pression)	13	2

Tableau 1 : descriptif des nouvelles zones de stockages par domaine thérapeutique

Outil dynamique d'aide à la décision pour la mise en armoire RFID de nouveaux DM

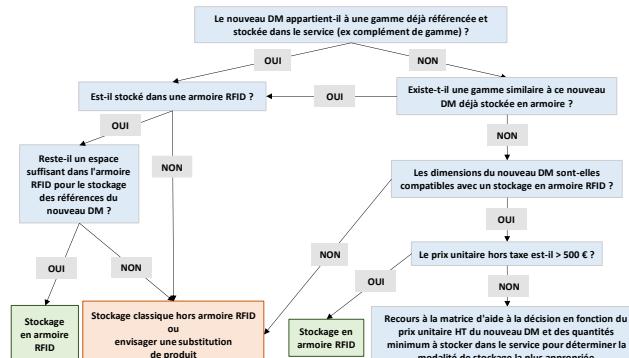


Figure 2 : algorithme décisionnel pour la mise en armoire sécurisée de nouveaux DM

Légende :

- Rouge = Stockage classique hors armoire RFID
- Jaune = Décision au cas par cas
- Vert = Stockage en armoire RFID

Prix UHT (€)	> 500	201-500	100-200	< 100
4				
3				
2				
1				

Figure 3 : matrice de criticité

Formulaire Excel® à compléter permettant de déterminer rapidement le lieu de stockage approprié, en armoire RFID ou sur étagère, à partir du prix UHT du DM et de la quantité minimale à stocker

Prix unitaire hors taxe du nouveau dispositif médical	12 €
Quantités minimum prévues en stock	23
LIEU DE STOCKAGE DU DM ?	
STOCKAGE EN ARMOIRE RFID	

Figure 4 : exemple d'utilisation du formulaire

DISCUSSION - CONCLUSION

Depuis 2022, la mise en place des armoires RFID au PTI a permis une **meilleure maîtrise du volume de stockage et des dépenses associées aux DM onéreux** ainsi qu'une **sécurisation du stock**. Partant de cette expérience de terrain, une volonté de **standardisation des critères de choix** permettant la mise en armoire sécurisée de ces DM s'est imposée, aboutissant aux **outils** proposés. Élaborés spécifiquement au regard de l'organisation de notre hôpital, ils pourront nécessiter des ajustements afin d'être transposables à d'autres établissements de santé^a.

^a GALON, Caroline. *Mise en place d'armoires informatisées utilisant la RFID dans la gestion des dispositifs médicaux implantables et dispositifs médicaux stériles : retour d'expérience et problématiques de déploiement dans un établissement de santé* [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris Cité, 2022.

OPTIMISATION DE L'ÉTAPE DE RÉCEPTION EN PUI : QUELS SONT LES LEVIERS ?

N. BENSCHIMAON ; T. LAMBELIN ; A. GERME ; P. ODOU
RFID ; Interopérabilité, Efficiency

Institut de pharmacie du Centre Hospitalier Universitaire de Lille
noemie.benschimaon@gmail.com

N°14

DMt : dispositifs médicaux tracés
UF : unité fonctionnelle

Réception en PUI de deux possibilités selon le mode de demande de DMt

Via le logiciel de gestion économique et financière (GEF) = UF non interfacées

Via le logiciel de traçabilité sanitaire à l'utilisation (Sédistock) = UF interfacées

UF NON INTERFAÇEES

Fonctionnement avant la mise en place de la RFID

- Edition du bon de réception et du bon de distribution
- Réception administrative dans la GEF
- Scannage du bon de réception et livraison dans la GED

Saisie et enregistrement des données de traçabilité entrantes dans sédistock

Etape à ajouter avec la RFID

- IDENTI MEDICAL DATA SYSTEM
- Réalisation de l'appairage à l'unité

Réalisation de l'appairage à l'unité

UF INTERFAÇEES

- Edition du bon de réception et du bon de distribution
- Scannage du bon de réception et livraison dans la GED

Réception administrative automatique (par l'interface) dans GEF

Saisie et enregistrement des données de traçabilité entrantes dans sédistock

Pour la technologie « Identification par Radio Fréquence » (RFID) :

Réalisation d'une entrée en stock dans

IDENTI MEDICAL DATA SYSTEM

1 Scanning de l'IUD ID



2 Apposition d'un tag



Réalisation de l'appairage via un lecteur USB fixe



Rallongement de l'étape de réception



Réaliser un état des lieux des temps réels et des facteurs influant l'étape de réception avant la mise en place de la RFID

METHODOLOGIE

Le niveau de significativité est de 5%



2 Agents de réception suivis
(l'un plus expérimenté que l'autre)



Relevé chronométrique
du temps global de réception par colis

VARIABLES

Variables réponses
Temps de réception/DMt

Variables explicatives
1) Présence d'une interface
2) Conditionnement
3) Agent



Items relevés pour chaque colis



Fournisseur



Service interfacé ou non



Nombre de DMt



Conditionnement multiple ou non

STATISTIQUES

Analyses statistiques réalisées
à l'aide de l'interface
pvvalue.io

Variables qualitatives → test du Chi2 (si CV non vérifiées) ou de Fisher

Variables quantitatives

Continues Gaussiennes → Test de Welch

Continues Non Gaussiennes → Test U

RÉSULTATS

Les résultats sont exprimés de la manière suivante : médiane [Q25-75] et nombre (%)

STATISTIQUES DESCRIPTIVES

Paramètres	
Nombre de colis	57
Nombre de colis (Agent 1)	28 (49%)
Nombre de colis (Agent 2)	29 (51%)
Nombre de DMt par colis	2[1 ; 3]
Temps de réception par colis	3'43" [2'40" ; 4'43"]

CARACTÉRISTIQUES GLOBALES DES RECEPTIONS

(répartition de DMt passés via l'interface, répartition de leur conditionnement et médiane des temps de réception)

Paramètres	Agent 1	Agent 2	pvalue
Interface			
non	14 (50%)	10 (34%)	0.236
oui	14 (50%)	19 (66%)	
Conditionnement multiple			
non	27 (96%)	25 (86%)	0.352
oui	1 (3.6%)	4 (14%)	
Temps par DMt	83.8 [59.8; 123]	136 [93.5; 170]	<0.01**

La typologie des DMt réceptionnés n'est pas significativement différente

Le temps/DMt est quantitativement plus long pour l'agent 2

ANALYSES DE VARIABLES

Agent 1

Variables explicatives	Temps/DMt	pvalue
Interface		
non	110 [76.0 - 145]	0.027*
oui	68.0 [43.0 - 112]	
Conditionnement multiple		
non	87.5 [66.2 - 126]	0.29
oui	42.9 [42.9 - 42.9]	

Agent 2

Variables explicatives	Temps/DMt	pvalue
Interface		
non	184 [144 - 225]	0.031*
oui	112 [89.2 - 147]	
Conditionnement multiple		
non	136 [93.5 - 170]	0.82
oui	137 [94.5 - 167]	

Pour les deux agents, le temps de réception par l'interface est significativement différent à celui réalisé sans interface. La réception des DMt via l'interface est quantitativement plus rapide

Il n'y a pas d'incidence significative du multiconditionnement

DISCUSSION

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

L'ancienneté a une incidence sur le temps de réception

Un gain de temps significatif a été objectivé par la présence de l'interface entre GEF et le logiciel de traçabilité

FOCUS INTERFACE RECEPTION

L'utilisation de l'interface sédistock/GEF nécessite :

- Une modification des procédures en réception → d'une réception à la référence/lot à une réception à l'unité
- Une formation aux utilisateurs

PERSPECTIVES

Un déploiement cette interface est en cours

↓ Pourrait compenser l'allongement du temps de réception prévu par la mise en œuvre de la technologie RFID

La méthode pourra être reproduite dans le cadre de la mise en place de la technologie RFID

OPTIMISATION DE LA GESTION PHARMACEUTIQUE DES REFERENCES EN DEPOTS PERMANENTS PAR LA MISE EN PLACE D'UNE BASE DE DONNEES CENTRALISEE : RETOUR D'EXPERIENCE A 1 AN

A.MELAYE¹, N.BENSCHIMAON¹, A.F.GERME¹, F.FRAIPONT¹, P.ODOU^{1,2}

1. Université de Lille, CHU Lille, institut de pharmacie, 59000 Lille, France

2. Université de Lille, CHU Lille, ULR 7365 - GRITA - Groupe de recherche sur les formes injectables et les technologies associées, 59000 Lille, France.

Mots clés: Contrat, circuit, qualité

mail : adrien.melaye@chu-lille.fr

N°16

CONTEXTE



Publication en Juillet 2023

"Modèles de contrats de dépôt-vente et de prêt"¹
¹ <https://www.snitem.fr/publications/guides-et-documents-de-referen.../le-contrat-de-depot-vente-est-disponible/>

Révision de la procédure de la gestion pharmaceutique des dépôts permanents (DP)



OBJECTIFS

- Structurer, centraliser et optimiser la gestion des références en DP et les documents contractuels associés
- Réaliser un retour d'expérience (REX) 1 an plus tard

MATERIELS ET METHODES

Réalisation d'un diagramme de flux : équipe pluridisciplinaire (2 pharmaciens, 3 PPH et 1 interne)

Centralisation des informations grâce à Microsoft office 365 : SharePoint

REX effectué à l'aide de l'outil SWOT : Force, Faiblesse, Opportunité et Menace

RESULTATS

Procédure et centralisation

- Procédure annexe détaillant chaque sous étapes :
 - Mise en place ou renouvellement d'un DP
 - Inventaire d'un DP
 - Modification de la composition d'un DP
 - Clôture d'un DP
- Centralisation des listes gérées des références en DP et les documents contractuels associés

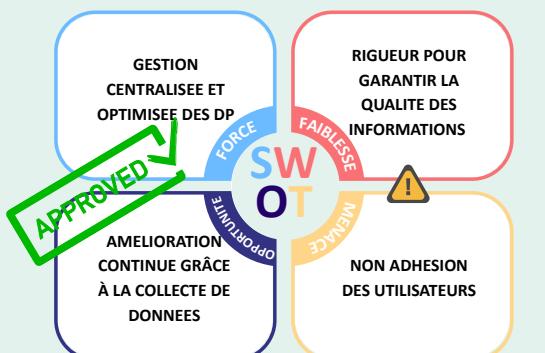
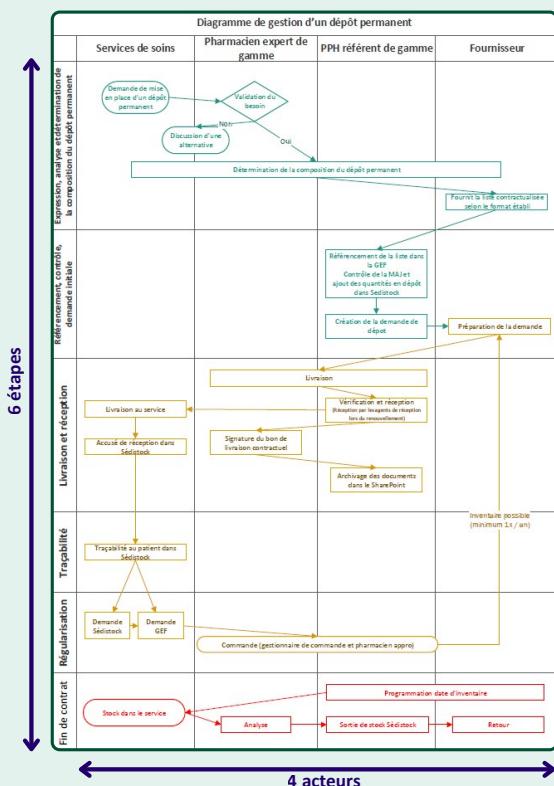
REX - 1 an plus tard

Diagramme de flux



CONCLUSION

Procédure structurée + base de données centralisée = gestion des dépôts optimisée (inventaire & facturation)

REX à 1 an : efficacité confirmée

Clés de pérennité : accompagnement des équipes & veille continue



PHARM'ASSIST

N°17

LE NOUVEL OUTIL DE RECHERCHE ET D'INFORMATION SUR MESURE DÉDIÉ AUX RUPTURES DANS UN CHU

Auteurs : E.Rodrigues⁽¹⁾, F.Masotti⁽¹⁾, C.Law-Kii⁽¹⁾, N.Garnier⁽¹⁾, S.Colombat⁽¹⁾

(1) CHU François Mitterrand, Dijon, Bourgogne

Mail : rodrigues.elsa@hotmail.fr

INTRODUCTION

Lors d'une rupture d'approvisionnement (RA) en dispositif médical (DM), la recherche d'une substitution adaptée est indispensable. Cependant, une mise à disposition optimisée de l'information sur les RA est essentielle afin d'assurer la continuité des soins.

L'OBJECTIF ÉTAIT DE CRÉER UN OUTIL INTERACTIF D'INFORMATION SUR LES RA ADAPTÉ AUX BESOINS DES SOIGNANTS.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

ENQUÊTES PRÉALABLES

ENQUÊTE NATIONALE	ENQUÊTE LOCALE
<ul style="list-style-type: none"> De septembre 2023 à mars 2024 Auprès de 16 CHU 	<ul style="list-style-type: none"> De décembre 2023 à avril 2024 Auprès des unités de soins et de la PUI de notre établissement
<u>Exemples de questions</u> : canal de diffusion utilisé et satisfaction des soignants	<u>Exemples de questions</u> : connaissance de l'outil préexistant, satisfaction et l'alternative leur paraissant la plus adaptée

RÉSULTATS

- Taux de réponse de 75% (12 CHU sur 16)

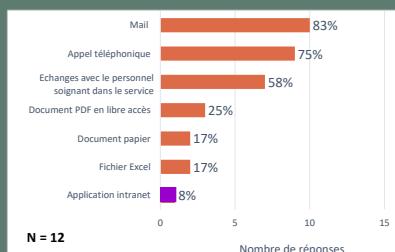


Figure 1 : Modes de diffusion utilisés par les autres établissements

- Un seul établissement utilise l'application intranet
- Les principaux défauts relevés :
 - 50% : trop d'informations
 - 42% : trop chronophage à mettre à jour

- 229 réponses de soignants ont été recueillies :

- 58% des répondants ne connaissent pas la PHARMEDIMS
- 78% ne l'utilisent pas

→ Parmi ceux l'utilisant (n=56), 64% ne le trouvent pas adapté à leur pratique

Principaux arguments : (n=35)

- 1 Informations non ciblées (77%)
- 2 Mode de diffusion inadapté (11%)
- 3 Manque de clarté (6%)

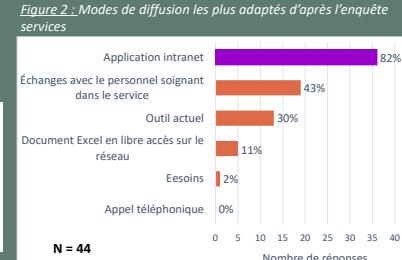
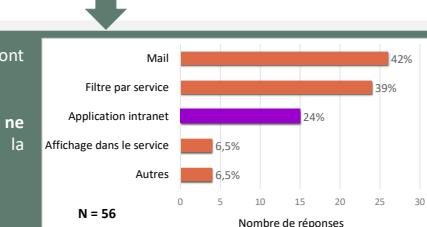


Figure 3 : Modes de diffusion les plus adaptés d'après l'enquête PUI

CRÉATION DE L'OUTIL ET RÉSULTATS DE LA PHASE PILOTE

- Création d'une application intranet à l'aide de 2 outils no-code.

- Recensement en temps réel des ruptures présentes au CHU
- Filtre par service
- Proposition de substitution
- Fiches informations

POUR EN SAVOIR PLUS



SCANNER LE QR-CODE

- Essai de l'application lors d'une phase pilote du 4 au 15 mars 2024
- Auprès de 10 services représentatifs des différentes spécialités présentes au CHU



100% des utilisateurs ont trouvé l'outil plus adapté et plus facile d'utilisation

CONCLUSION

L'application internet est aujourd'hui très peu développée en France dans le cadre des ruptures.

Notre application permet d'obtenir une réponse visuelle et ciblée par service. Elle informe en temps réel de l'ensemble des ruptures du CHU tout en détaillant le mode opératoire pour la nouvelle référence. Elle permet d'améliorer la diffusion d'informations sur les RA tout en promouvant le bon usage des DM, permettant la sécurisation du circuit pharmaceutique.



RECEPTION DES DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES (DMI) DANS UN LOGICIEL DE TRACABILITE : ANALYSE DES NON-CONFORMITES DE LECTURE DES CODES-BARRES (CB)

M. SUEUR (1), M. LONGUEVILLE (1), M. LEFEBVRE (1), Y. MAHBOUB (1)

(1) PUI, Centre Hospitalier de Saint-Quentin

✉ M.LONGUEVILLE@ch-stquentin.fr



n° 18

Mots clés : Identifiant Unique des Dispositifs (IUD), réglementation, sécurisation

INTRODUCTION

Test d'une nouvelle version de notre logiciel de traçabilité COPILOTE®

Identifiant Unique des Dispositifs

Intégration et enregistrement à chaque réception



Mise en conformité aux textes réglementaires

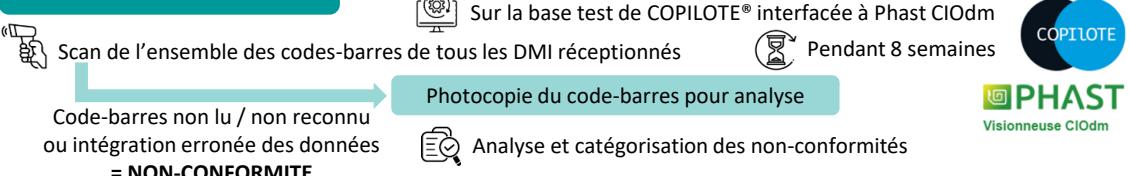
Lecture automatisée sans retranscription des données

Sécurisation de la traçabilité

OBJECTIFS

Identifier et analyser les non-conformités de lecture des codes-barres pour déterminer les correctifs à apporter et l'organisation à mettre en place avec le nouveau logiciel

MATERIEL ET METHODES



Grille de recueil réception DMI du : / /										
Causes de non-conformités de lecture identifiées										
Nb	GSI	HIBC	Code-barres 1D (scindé ou concaténé)	Datamatrix	Plusieurs IUD / conditionnement	N° lot	N° série	Conformité données	N° photocopie	Absence CB / UDI

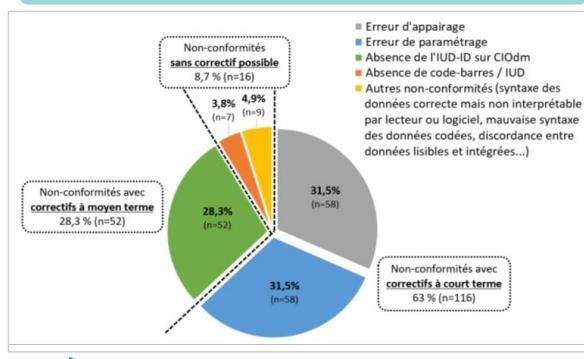
RESULTATS



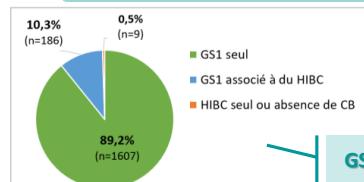
1 802 DMI scannés

> 184 non-conformités (soit 10,2 %)

Causes de non-conformités de lecture des codes-barres



Standards de codification retrouvés



Part de DMI n'ayant aucun code-barre reconnu en fonction du standard de codification



Informations encodées

LOT N° lot (73,4 %) > SN N° série (23 %) > LOT Les deux (3,6 %)

Plusieurs niveaux de conditionnement et IUD

Concerne 11,9 % des DMI réceptionnés (n=215)

DISCUSSION / CONCLUSION

> Initialement 10,2 % de non-conformités → Seulement 0,9 % sans correctif possible

> Standard GS1 présent sur 99,5% des DMI avec un faible taux de non-conformités

> Evolution de l'organisation de la réception des DMI :

- Enregistrement automatisé des données du code-barres
- Intégration du numéro de série dans un champ spécifique (26,6 % des DMI)
- Intégration de l'IUD du plus petit conditionnement (11,9 % des DMI)

Enregistrement de l'IUD
Lecture automatisée des CB



GS1 à scanner en priorité

- Logigramme de priorisation des codes-barres à scanner
- Formation des préparateurs à la reconnaissance de l'IUD et des standards de codification



UN NOUVEAU TRACEUR CIBLE : LE TRACEUR DMI – EXEMPLE DE LA POSE D'UN IMPLANT COCHLEAIRE

L. HOJJAT ANSARI¹, G. HEBERT², M. CHEN², M. PERRINET¹, J. ROUPRET-SERZEC¹

¹ : Pharmacie à usage intérieur, Hôpital Robert Debré, 48 Bd Séruer, 75019 Paris
² : Direction Qualité Partenariat Patient - Siège AP-HP, 55 boulevard Diderot 75610 Paris cedex 12

Mots clés : Assurance qualité ; Certification HAS ; Sécurisation du circuit des DM

Poster n°19



lise.hojjat-ansari@etu.u-paris.fr

INTRODUCTION



La méthode « traceur ciblé » (TC) permet d'évaluer sur le terrain la mise en œuvre réelle d'un processus et de s'assurer de la maîtrise des risques qui le concernent. C'est un outil utilisé par l'HAS lors des certifications. Le TC DMI est une nouvelle catégorie, testée depuis peu par l'APHP.

Nous avons choisi d'évaluer la pose d'un **implant cochléaire** au bloc, afin d'évaluer notre circuit et de l'améliorer si besoin.



Objectif : évaluer la maîtrise du circuit de la pose de l'IC depuis la livraison à la pharmacie jusqu'à la sortie du patient

MATERIEL & METHODE

4 février 2025 : Pose IC pour COR Giu

7 items abordés :

- Gestion documentaire (GD)
- Pilotage-encadrement (P-E)
- Réception-stockage (R-S)
- Pré-op/pose
- Pose/post-pose
- Unité de soins (US) post-interventionnel
- Patient

Réunion pluridisciplinaire (2h), 9 personnes : Pharmaciens ; préparateur ; chirurgien ORL ; cadres (bloc et ORL) ; IBODE ; ingénieur qualité du siège de l'APHP

Traceur cible DMI - Grille "Interventionnel" (PM)	Éléments d'appréciation	Attestes	Références réglementaires (PM)	Réponse (échelle 0-100%)	Précisions Commissaires
MINI A DISPOSITION DU DMI					
1. Connaissez-vous la demande de DMI en pré-opératoire ?	Information sur les patients pris en charge (émission d'ordre dans les ordonnances (OO)) (émission d'ordre dans les ordonnances (OO)) (émission d'ordre dans les ordonnances (OO))	Attesté 7 - Prise en charge - information	0/0	Prise de DMI en pré opératoire avec le patient et sa famille mais l'info n'est pas transmise au PPH et à l'IBODE => Prise en charge	
2. Avez-vous été débrouillé par le référentiel ?	Un DMI doit être disponible lorsque le patient est en place	Attesté 10 - Procédures organisationnelles du circuit des DMI	0/0	Attesté 10 - Procédures organisationnelles du circuit des DMI	
3. Est-ce que le patient reçoit la préalablement les informations nécessaires sur l'effet du DMI ?	AD : Note de l'absence d'opposition au dépôt de l'implant cochléaire. L'opérateur informe le patient de l'opération et de l'implantation de l'implant cochléaire. Il explique l'implantation, à son avis et à l'opérateur, de l'implant cochléaire et l'effet de l'implantation de l'implant cochléaire. Ainsi l'opérateur informe le patient de l'effet de l'implant cochléaire et traçabilise dans une dossier patient	Attesté 15 - Procédures organisationnelles du circuit des DMI	0/0	Attesté 15 - Procédures organisationnelles du circuit des DMI	
IDENTITE PATIENT					
4. Comment réalisez-vous l'identité du patient ?	Le patient décrit, bien, précis et clairement son identité	Attesté 16 - Procédures organisationnelles du circuit des DMI	100%	Le patient est identifié des dispositifs médicaux avec qui il a été impliqués durant son séjour et son évolution	
5. Comment faites-vous le suivi patient ?	Le programme de suivi de l'opérateur	Attesté 17 - Procédures organisationnelles du circuit des DMI	100%	Le programme de suivi de l'opérateur	

Visite lieu de stockage du bloc

Rencontre parents dans l'US

Trame : grille audit fournie par département qualité de l'APHP

RESULTATS/DISCUSSION

Points positifs

- Circuit interne DMI formalisé (livraisons-rangement-gestion des périmés par le PPH, ré-étiquetage des DMI, dépôt permanent)
- Rendez-vous pré-op avec le patient: informations/choix DMI
- Arsenal : propre, rangé par discipline sans périmés
- Per-op : Check-list respectée
- Post-op :
 - Jonction bloc-reveil-service : optimal, organisé, anticipé
 - Entretien pharmaceutique de sortie : 100 % des patients/famille à J+1
 - Traçabilité DMI : de la livraison à la sortie du patient
- Culture qualité ancrée : Matériovigilance connu, logiciel de déclaration de matériovigilance connu, 3-4 RMM/an + CREX
- Respect des règles d'hygiène et confidentialité

Points négatifs

- Défaut de déclaration de matériovigilance
- Mode dégradé à améliorer en cas de cyberattaque
- Pas de traçabilité informatique du DMI au bloc (traçabilité papier)

Plan d'actions

MIS EN PLACE :

- Qualité : déclaration de tout EIAS notamment explications d'IC
- Mise à disposition DMI par IBODE : intégration IDE/IBODE au staff ORL

A MOYEN TERME :

- Formalisation du circuit des demandes « hors marché » (diagramme)
- Edition du catalogue des DMI en dépôt permanent/dotations
- Organisation de formation sur le circuit des DMI

A LONG TERME :

- Per-op : Pas de traçabilité informatique en temps réel au bloc → attente du logiciel de traçabilité institutionnel Seditrace®

CONCLUSION

Le traceur ciblé implant cochléaire nous a permis d'analyser le circuit intégral d'un DMI au bloc commun. Les résultats concluants nous poussent à envisager la tenue d'un second traceur ciblé DMI sur les implants ophthalmologiques, ce qui permettrait d'évaluer le circuit d'un implant au bloc de jour.



ANALYSE DES RETOURS DE DMS PAR LES UNITÉS DE SOINS 30

C. Tran Van Ho¹, B. Chavent², L. Derain², C. Osternaud¹, C. Rioufol¹, C. Besnier¹¹ HCL, Hôpital Lyon Sud, Service pharmaceutique, 69495 Pierre Benite² HCL, Pharmacie centrale, 69373 Saint Genis Laval

caroline-tranvanho@orange.fr

Mots Clés : Flux inverse, Gestion des stocks, Coûts

Introduction / Objectifs

L'approvisionnement en DMS dans les unités de soins (US) de notre établissement est réalisé selon la méthode du plein vide depuis une plateforme centralisée via les PUI de groupement. Les retours en provenance des US sont fréquents et quotidiens. Ceci occasionne une charge de travail supplémentaire pour les PUI, mais également des surcoûts et du gaspillage. Dans une démarche écoresponsable, nous avons réalisé un état des lieux de ces retours afin d'identifier leurs causes et pouvoir les prévenir.

Matériel et méthodes

	Questionnaire soignant sur les Bonnes Pratiques de Retour (BPR) et les Axes d'amélioration selon les US		Analyse des retours effectués sur chaque PUI via Excel® e.g : Qualité, quantité, prix, cause
36 services représentatifs audités par les étudiants préparateurs en pharmacie		11 jours de recueil de données des retours des US	

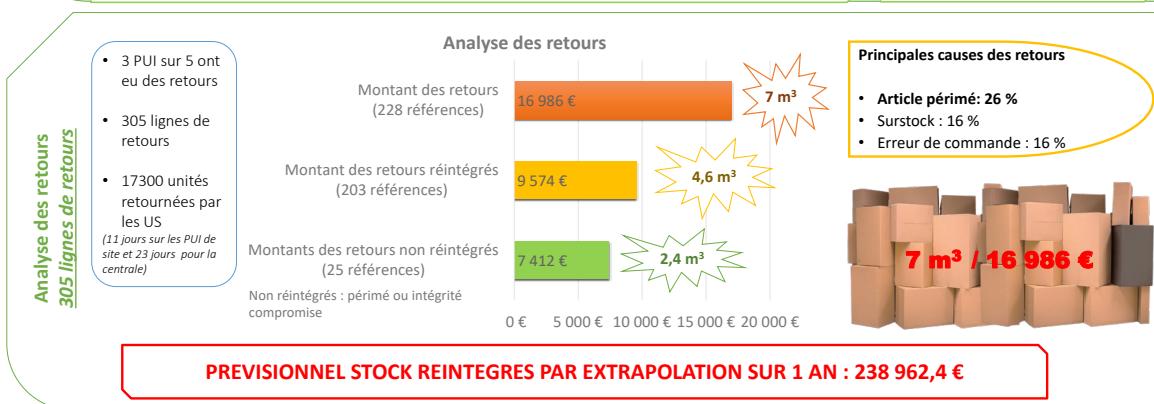
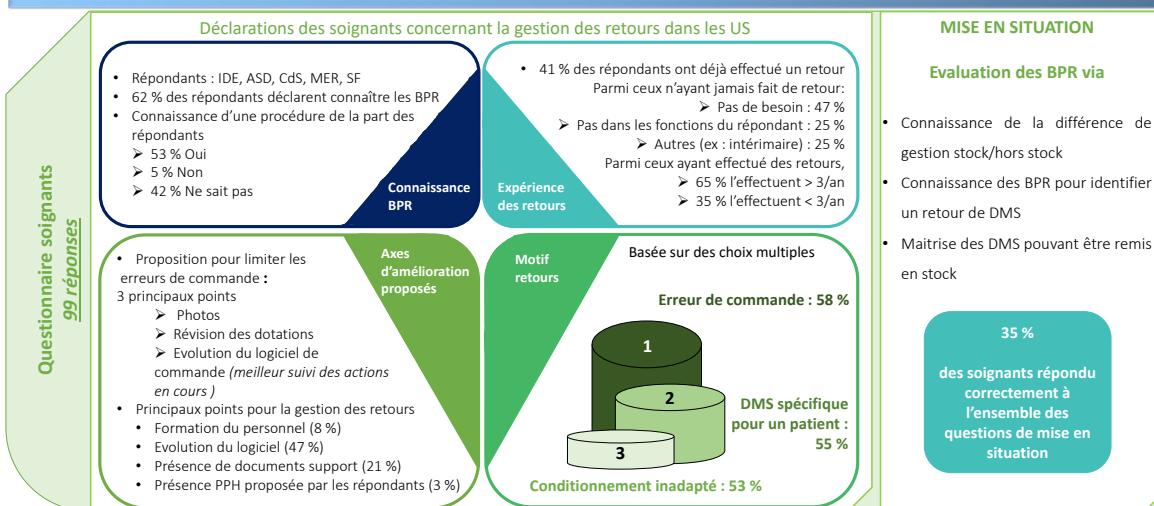
20 questions portant sur :

- L'identification du répondant
- La conduite tenue face à une mise en situation
- La connaissance de la procédure de gestion des retours/BPR
- L'expérience du répondant concernant la gestion des retours
- La suggestion d'axe d'amélioration

Pour chaque retour d'une unité de soins, les données recueillies :

- Date et identification de l'US
- Présence du bon de retour et informations complétées (code article, désignation article, référence fournisseur, quantité retournée et motif du retour)
- Pour chaque article : désignation, référence, quantité retournée, estimation du volume, motif du retour, intégrité du retour permettant ou non une réintégration dans le stock

Résultats



Discussion / Conclusion

Cette étude souligne un manque de maîtrise des flux logistiques par les soignants et met en lumière les enjeux financiers et écoresponsables importants des retours (coût annuel évitable estimé à 239 000 €). Plusieurs pistes d'amélioration sont envisagées : la révision de la procédure au niveau transversal en incluant les soignants, l'ajout de photos dans le logiciel d'expression de la demande pour faciliter les commandes. La présence des PPH dans les US pourrait également constituer une aide.



AUDIT DU CIRCUIT DES DMI THERMOSENSIBLES

N° 34

Delabre E.¹, Tounissoux L.¹, Ahmed Omar B.¹, Belhout M.¹, Petit A.¹¹Service Pharmacie, Centre Hospitalier Universitaire Amiens-Picardie, 80000 Amiens

Mots clés évaluation, circuit réfrigéré, procédure

petit.abir@chu-amiens.fr

INTRODUCTION

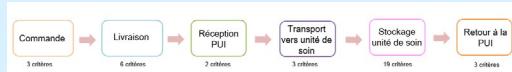
L'article 13 de l'arrêté du 8 septembre 2021 relatif au système de management de la qualité (SMQ) du circuit des dispositifs médicaux implantables (DMI) impose aux établissements de santé de s'assurer de la mise en place d'audit pour déterminer si le SMQ est conforme aux dispositions établies. Des signalements locaux ont fait état d'excursion de température amenant à une perte financière.

OBJECTIFS

- Réaliser un état des lieux du circuit des DMI thermosensibles (DMI.t)
- Identifier les axes d'amélioration
- Proposer un plan d'action

MATERIEL ET METHODE

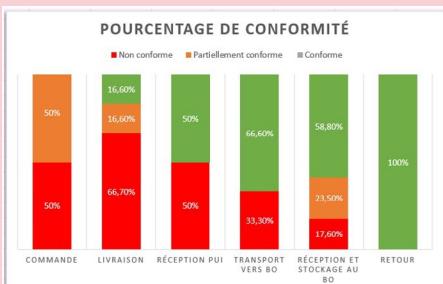
- Les étapes du circuit du DMI ont été identifiées.
- Un audit sur l'état des lieux du Bon Usage des réfrigérateurs et de la Bonne gestion des DMI.t a été mené en 2024 : la grille a été réalisée à partir de document de l'OMEDIT. Les services ont été interrogés. Toutes les étapes du circuit sont concernées par l'audit.



- Un groupe de travail pluridisciplinaire a été créé (RSMQ – ingénieurs biomédicaux – chefs de blocs opératoire (BO) – cadres de santé pharmacie – pharmacien DM – interne en pharmacie – préparatrices de BO) afin d'analyser les résultats.

RESULTATS

- 4 réfrigérateurs contiennent des DMI.
- Le relevé de température est manuel, et est réalisé 1 fois par jour.
- En cas d'excursion de température, une alarme sonore ou visuelle est présente. Elle n'est cependant pas retransmise en dehors des horaires de présence.



- Commande : la mention « froid » n'apparaît pas sur la ligne de commande, ce qui ne permet pas une optimisation de la prise en charge.
- Livraison : les fournisseurs livrant du froid sont connus, mais il n'y a pas de sonde de température pour surveiller les conditions de transport. Il n'y a pas non plus de mention « froid » sur les caisses de transport ni de lieu identifié à la PUI pour la pré-réception.
- Réception PUI : un lieu de réception identifié existe. Il y a une bonne communication entre la pré-réception et la réception.
- Transport vers BO : la chaîne du froid est respectée, les DMI.t sont identifiés. Il n'y a cependant pas d'évaluation du délai d'acheminement.
- Réception et stockage BO : les réfrigérateurs ne sont pas tous des réfrigérateurs médicaux (même s'ils sont tous équipés d'un affichage de température). L'emplacement dans la pièce est adapté. Les prises électriques ne sont pas identifiées avec l'indication « ne pas débrancher ». Les nettoyages mensuels et les interventions/incidents ne sont pas tracés.

DISCUSSION / CONCLUSION

- Les DMI.t sont mal identifiés** : la commande ne permet pas d'identifier le lieu de stockage à la réception. Il y a une assez mauvaise connaissance des DMI.t en général. Pour cela, la liste des DMI.t va être affichée à chaque étape du parcours du DM.
- Malgré l'absence de surveillance des conditions de transport** lors de la livraison, lors de leur arrivé à la pharmacie les DMI.t sont rapidement et correctement pris en charge (stockage au réfrigérateur en attendant la réception, utilisation de glacière pour l'acheminement en unité de soin, réfrigérateur adapté et surveillance de la température). Les réfrigérateurs ne respectant pas la norme ont été changés.
- Malgré un suivi journalier et un archivage du suivi, le suivi de la température a été amélioré avec l'installation de sonde de télésurveillance pour chaque réfrigérateur.** Une procédure de télétransmission des alarmes a été rédigée afin de déterminer les modalités d'appel (température <2°C ou >8°C pendant au moins 45 minutes), et de déterminer vers qui l'alarme sera redirigée (cadre de BO et PPH en journée, PC sécurité puis cadre de nuit en dehors des horaires de journée).
- Une procédure sur le circuit des DMI.t** a été rédigée afin de reprendre le parcours global du DM (de la commande au retour à la PUI).



35èmes JNFDM Bordeaux

Visites des lieux de stockage des dispositifs médicaux dans les unités de soins

CHNM
 CENTRE HOSPITALIER
 du NORD-MAYENNE

Audit - Qualité - Circuit

L. MORVAN, V. BESNARD, S. ROCHER, A. MARQUET

Pharmacie, CH du Nord Mayenne, Mayenne - lauryne.morvan@orange.fr

Contexte

En octobre 2024, un audit de l'Interdiag DMS (dispositifs médicaux stériles) / DMI (dispositifs médicaux implantables) de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) a été mené afin de faire un état des lieux du circuit des DMS/DMI en vue de l'élaboration de la politique de management de la qualité du circuit des DMS/DMI. Cet audit a permis de définir des actions correctives à prioriser dont les visites des lieux de stockage des DM.

Matériels et Méthodes

Grille d'audit élaborée à partir de critères de l'audit ANAP complétée par des critères internes.

11 questions comprenant les modalités de stockage, la sécurité et la gestion des stocks des DMS :

- 9 critères d'observation ;
- 2 critères déclaratifs (questions posées aux soignants).

Critères d'inclusion : tous les services de soins du CHNM : médecine, chirurgie, santé mentale, EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Auditeurs :

- Binôme, interne/pharmacien ou interne/préparatrice
- Analyse de résultats sur un tableau Excel



Résultats

24 services ont été audités. Le pourcentage global de conformité est de 70%.

POINTS CONFORMES	
	Condition de stockage : local dédié et DMS à l'abri de la lumière 100%
	Entretien des locaux 100%
	Stockage adapté à la taille des DMS 92%

POINTS D'AMELIORATION	
	Fermeture sécurisée de la salle de soins 74%
	Fermetures des rideaux des armoires de stockage 79%
	Identification du lieu de stockage du DMS identifiable 79% et lisible

POINTS CRITIQUES	
	Présence du document de traçabilité des péremptions et de l'entretien des armoires de stockage 66%
	Suivi des péremptions 63%
	Connaissance de la procédure des bonnes pratiques de stockage des DMS 22%

Conclusion et discussion

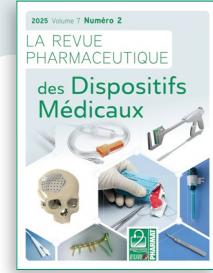
Le pourcentage de conformité globale de 70% montre un niveau de qualité satisfaisant des conditions de stockage des DMS. Les points d'amélioration pouvant facilement être mis en œuvre sont : l'impression de nouvelles étiquettes, le rappel et l'envoi de la procédure de traçabilité d'entretien et gestion des péremptions, le rappel des bonnes pratiques de stockage.

Cet audit a également permis d'échanger avec les équipes et a été apprécié. Il constitue un moment de communication ascendante et descendante entre la pharmacie et les unités de soin. Celui-ci a permis de faire quelques rappels des bonnes pratiques de stockage notamment :

- ne pas attacher les DMS avec un élastique;
- ne pas utiliser de fluo ou marqueur sur les conditionnements.

La compréhension du risque lié à ces mauvaises pratiques permettra une meilleure application des recommandations.

2025
Volume 7
N° 2



Formation





CHARIOT MOBILE DES ERREURS DE MONTAGE DE PERFUSION : UN OUTIL LUDIQUE ET PEDAGOGIQUE

A. Boutin¹, S. Huynh Raphaël¹, S. Greve Heurtier², A. Todeschi³, S. Gnamien Clermont¹

¹Unité des Dispositifs Médicaux Stériles, ²Unité de médecine ambulatoire, ³Service de gériatrie - Hôpital Ambroise Paré, APHP, Boulogne Billancourt

Contact : anais.boutin@aphp.fr

Mots clés : Formation, Atelier, Bonnes pratiques

Poster n°20

Introduction

Des erreurs de montage de perfusion répétées sont régulièrement observées par les infirmiers (IDE) de l'équipe mobile en charge du suivi des cathétères. Un document répertoriant les principaux montages de perfusion est pourtant disponible sur l'hôpital. Une formation complémentaire ludique pour les IDE sur le montage de voie veineuse semblait pertinente.

Matériel et méthode



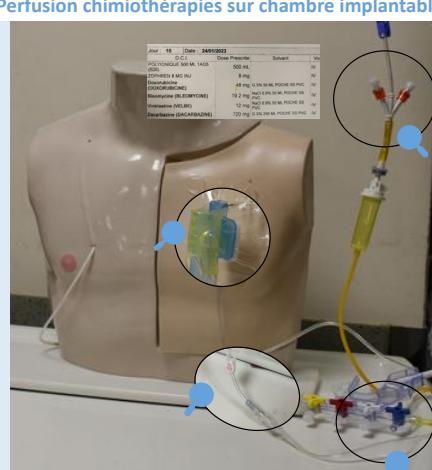
Résultats

- 1 Confusion entre valve bidirectionnelle et valve anti-retour
- 2 Confusion entre voie veineuse centrale et voie veineuse périphérique
- 3 Erreur de montage complexe avec arbre à chimiothérapie



Trouvez-vous les erreurs ?

Réponses:
L'arbre à chimiothérapies n'est pas adapté au nombres d'antécédents prescrits. L'aiguille de Huber est trop longue. Il n'y a pas de coussin de stabilisation sous l'aiguille ni de valve bidirectionnelle au bout de l'aiguille. Il manque un bouchon sur un des robinets de la pompe.



Perfusion chimiothérapies sur chambre implantable



Réponse :
Une valve bidirectionnelle est montée sur une valve anti-retour au bout du midline. Le clamp du midline est sous le bâtonnet Tegaderm®. Une nutrition parentérale hyper osmolale est administrée alors qu'elle est contre indiquée avec la voie veineuse périphérique.

Réponse :
Il n'y a pas de prolongateur avec une valve anti-retour.



Réponse :
La tubulure et la seringue ne sont pas opaques et la molécule administrée est sensible à la lumière.

Participants



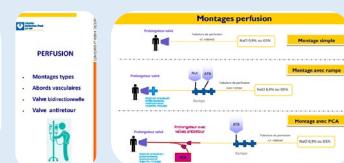
24 IDE
4 services de soins



Session de 1 heure

Résultats et satisfaction

6 erreurs détectées en moyenne par session
45% des participants connaissaient le document « Perfusion » de l'hôpital
100% des participants sont satisfaits et ont appris de nouvelles connaissances



Discussion et conclusion

Le chariot mobile a permis de renforcer les connaissances des IDE sur les montages de perfusion. Toutes les erreurs n'ont pas été détectées justifiant l'intérêt de la formation. Le support choisi est apprécié mais suscite beaucoup d'échanges qui allongent le temps de formation. Une disponibilité des formateurs est nécessaire. Ce chariot mobile sera régulièrement utilisé pour la formation des IDE.

N°21

ENIGMES ET DISPOSITIFS : UN ESCAPE GAME AU SERVICE DE LA FORMATION

MENARD J (1), VIAULT M (1), DARRICAU B (1), BOULET T (1), RAJEZAKOWSKI S (1)
(1) Pharmacie, Centre Hospitalier de Niort
menard.juliette21@gmail.com

Mots-clés : Pédagogie, jeux, DM

INTRODUCTION

- Dans le but de diversifier les approches pédagogiques de formation continue des professionnels de santé, un escape game centré sur les Dispositifs Médicaux (DM) a été conçu.

escape game
diversifier la pédagogie

OBJECTIFS

- Format ludique et interactif :** renforcer les connaissances des pharmaciens, préparateurs en pharmacie et agents logistiques sur différents DM.
- Favoriser la coopération et la réflexion collective à travers la résolution d'énigmes nécessitant l'identification, la manipulation et la sélection de DM.

MATERIELS ET METHODES

Début de session : explication des instructions et des outils	Le jeu : 4 caisses avec divers DM (classés par abord).	Repartis en groupes avec 20 min pour résoudre 8 énigmes : identifier successivement les DM.	Fin du jeu : coffre avec le dernier DM pour compléter le montage final.
Scénario proposé : un infirmier chargé de réaliser un montage digestif ne dispose pas d'un DM essentiel pour venir en aide à son patient.	Chaque énigme : élimine un DM, pour qu'il ne reste que 3 DM pour le montage final.	8 énigmes : mots croisés, puzzle, charade, jeux de logique, code à déchiffrer, association de DM à une image, livre à consulter	Débriefing après chaque session pour reprendre les points importants avec des pancartes explicatives ludiques.

RESULTATS

20 DM	Abord urinaire	Formation de 41 personnes
	Abord parentéral	20 min
	Abord digestif	
	Abord respiratoire	
	8 sessions	
		Moyenne de 16.30 min +/- 2min
		9.72/10

DISCUSSION

L'escape game : outil pédagogique efficace pour l'apprentissage des DM. | Combine l'acquisition de connaissances techniques avec une dimension ludique et collaborative : renforce l'engagement et la motivation des participants | Intérêt marqué pour cette méthode : forte satisfaction |

➤ Toutefois, une évaluation à long terme serait nécessaire pour mesurer l'impact sur la pratique professionnelle et la pérennité des compétences acquises.



ESCAPE GAME DISPOSITIFS MEDICAUX : UN OUTIL DE FORMATION LUDIQUE, CLE EN MAIN ET PERENNE !



22

A. PIERALI¹, A. GAUDIN¹, A. MITHA²

1: Département de pharmacie clinique, Institut Gustave Roussy, Villejuif 2 : Direction de la qualité, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Mots clés : Pédagogie active; Apprentissage . Sensibilisation

CONTEXTE

Mise en œuvre de l'arrêté du 8 septembre 2021 relatif au management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux implantables (DMI) dans les établissements de santé.³

OBJECTIF

Concevoir une formation :

- ☞ Ludique
- ☞ Prête à l'emploi
- ☞ Pérenne

- ⇒ sous forme d'escape game
- ⇒ traitant des DM et principalement des DMI
- ⇒ pour les acteurs du circuit des DM

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- Création d'un kit « clé en main » contenant :
 - ☞ Scénario de l'escape game
 - ☞ Matériel pour les 5 épreuves du jeu
 - ☞ Indices avec plusieurs degrés selon le degré d'avancement du groupe
 - ☞ Correction + diaporama récapitulatif des notions clés à la fin du jeu
 - ⇒ Kit réutilisable indépendamment de l'animateur
- Audience cible : préparateurs en pharmacie, assistants de gestion, magasiniers, internes, externes et stagiaires en pharmacie
- En mars 2025, réalisation de 6 sessions regroupant 31 participants : environ 5 participants par session pour un déroulement optimal
- Déroulement d'une session : 45 min de jeu + 15 minutes de présentation récapitulative
- Diffusion de questionnaires pré et post formation aux participants contenant 3 parties :
 - Auto-évaluation de leurs connaissances sur les thématiques abordés
 - Evaluation des connaissances par thème
 - Avis personnel des participants sur la formation
 - Le questionnaire post-formation a été rempli immédiatement après la formation, évaluant ainsi la compréhension des éléments de formation



Figure 1: Kit de formation « Escap'DM »

RÉSULTATS

n = 31



Figure 2 : Appréciation globale de la formation par les participants

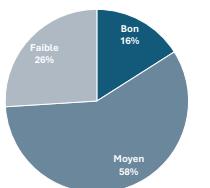


Figure 4 : Auto-évaluation du niveau de connaissances sur les DM pré-formation



Figure 5 : Auto-évaluation du niveau de connaissances sur les DM post-formation

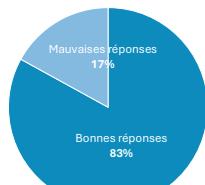


Figure 6 : Résultats de l'évaluation des connaissances post-formation

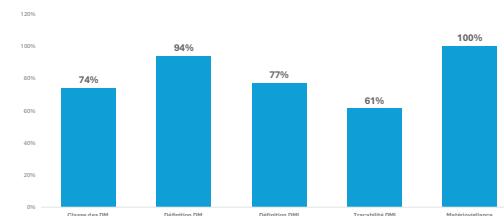


Figure 7 : Résultats de l'évaluation des connaissances post-formation

- Notions les mieux assimilées
 - Matériovigilance
 - Définition d'un DM
- Notions les moins bien assimilées :
 - Traçabilité : 39% des participants ont répondu que la traçabilité concernait tous les DM
 - Classe des DM : 16% des participants ont répondu qu'il existait une classe IV et 12% ont répondu qu'il existait une classe V

DISCUSSION ET CONCLUSION

- Résultats très encourageants
- Nécessité de réaliser davantage de sessions de formations pour avoir un résultat plus représentatif
- Nécessité de renforcer la transmission d'information et l'apprentissage concernant les classes de DM et la traçabilité des DMI
- La formation sous forme d'escape game, ludique et interactive, favorise l'implication des participants et répond à leurs attentes, bien qu'elle forme un nombre réduit de personnes. Elle va désormais être utilisée en routine et pourrait, à terme, être utilisée dans d'autres établissements de santé

3 : « Arrêté du 8 septembre 2021 relatif... » Journal officiel de la République française, no 0217, 17 septembre 2021, France. NOR SSAH2126932A.



Evaluation des connaissances sur les pictogrammes présents sur les emballages des DMS au sein du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

Jessica Dayan | Estelle Heuillet | Nolwenn Royer | Emmanuelle Advenier-Iakovlev

Groupe Hospitalier Universitaire (GHU) Paris Psychiatrie et Neuroscience,

Mots clés : infirmiers, formation, symboles

Jessica.fanny.dayan@gmail.com



Avec l'évolution du cadre réglementaire des dispositifs médicaux (DM) imposée par le règlement européen 2017/745, la norme 15223-1, qui définit les symboles utilisés sur les étiquettes et notices des DM, a été mise à jour en 2021. Ces pictogrammes standardisés visent à uniformiser l'information et à garantir une utilisation optimale des dispositifs. Cependant, nous avons observé que certains emballages affichent un grand nombre de symboles, rendant leur interprétation plus complexe.

OBJECTIF : évaluer les connaissances des pictogrammes par les infirmiers

MATÉRIEL ET MÉTHODES



Analyse des emballages des DMS :
recueil des pictogrammes des emballages
des 65 DMS les plus consommés
(top 5 pour chacune des 13 familles de DMS)



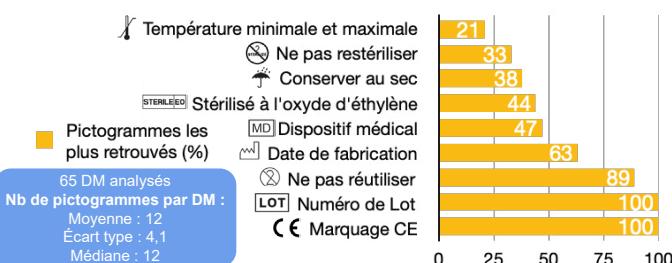
Mise en place d'un questionnaire
d'évaluation des connaissances des
pictogrammes (14 questions à choix simple) à
destination des infirmier(e)s du bâtiment
Neurosciences.



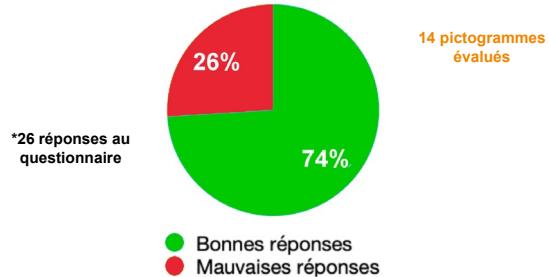
Réalisation d'un jeu de cartes ludique
type flashcard en fonction des résultats du
questionnaire afin d'améliorer la formation
continue des infirmier(e)s.

RÉSULTATS

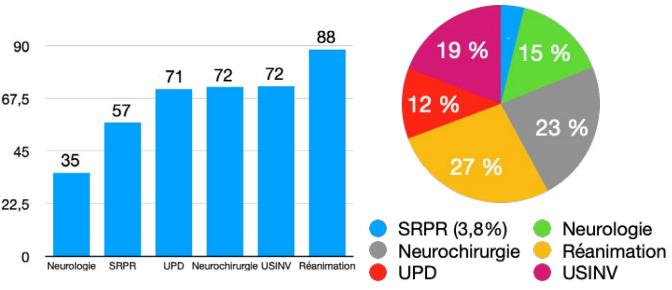
1. Recueil des pictogrammes des DM les plus utilisés (en %)



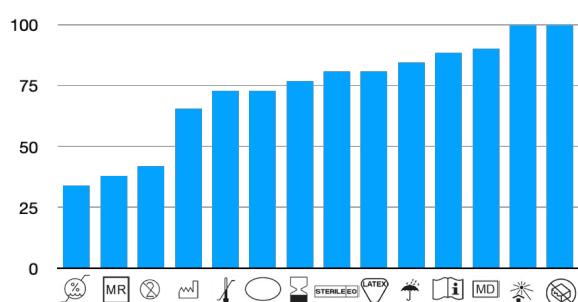
2. Résultats du questionnaire auprès des infirmier(e)s (en %)



3. Histogramme de note moyenne par service (en %) 4. Répartition des réponses au questionnaire par service (en %)



5. Analyse de reconnaissance des pictogrammes (en %)



DISCUSSION

Un DM comporte en moyenne 12 pictogrammes, mais cela peut atteindre 18 par emballage. L'enquête auprès des infirmier(e)s a montré que les meilleurs taux de bonnes réponses concernaient les symboles les plus intuitifs (intégrité de l'emballage, conservation à l'écart de la lumière). En revanche, certains pictogrammes comme celui de l'IRM ou des limites d'humidité ont été moins bien identifiés.

CONCLUSION

Les pictogrammes, bien qu'ils puissent sembler simples et acquis, ne sont pas toujours maîtrisés par les infirmier(e)s. Pourtant, ils ont été conçus pour faciliter l'utilisation des dispositifs médicaux et garantir leur sécurité. Ces connaissances doivent donc être régulièrement entretenues. Un outil pédagogique, sous forme de jeu de cartes, avec une face recto pictogramme et au verso sa signification a été élaboré. Ce jeu de cartes va être distribué aux unités de soin pour faciliter l'apprentissage.





FORMATION CONTINUE AU SEIN D'UNE ANTENNE PHARMACEUTIQUE DE BLOCS OPÉRATOIRES

Mots clés :

R. Toth¹; O. Reynaud¹; C. Figeac²; A. Daikh¹; P.Py¹; P. Bedouch²

Apprentissage ; Logisticien ; Dispositif Médical

Pôle Pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche

rtoth@chu-grenoble.fr

¹Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, Boulevard de la Chantourne, 38700 La Tronche²Université Grenoble Alpes, CNRS/UJM 5525, VetAgro Sup, Grenoble INP, TIMC, Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, Boulevard de la Chantourne, 38700 La TronchePoster
n°24

CONTEXTE

Antenne pharmaceutique de blocs opératoires (APBO)

➤ **Centralisation des Produits De Santé (PDS)** d'anesthésie et de chirurgie pour 7 spécialités chirurgicales différentes et pour un bloc des urgences

➤ **Dispensation des PDS aux blocs opératoires** assurée par des Agents Logistiques (AL) sous responsabilité pharmaceutique, via des chariots d'intervention prêts à l'emploi

Problématique : Absence de formation initiale médicotechnique pour les 25 AL de l'APBO, nécessitant un accompagnement spécifique.

OBJECTIF : Présentation des différentes actions de formation des AL réalisées en 2024

MATÉRIELS ET MÉTHODES

① Mises en Situation Pratique (MSP)

Chariot des erreurs depuis 03/2024

Fréquence : 1x/an

⌚ L'agent doit repérer les erreurs de préparation présentes sur le chariot

Indicateurs :

Mesure du Taux d'Erreurs Trouvées (TET)

Formateur : Technicien hospitalier

Objectif :

Sensibiliser les agents aux erreurs de préparations



② Formation théorique

Formation via l'outil interactif Wooclap®

Fréquence : 2x/mois
Durée allouée : 30 min

⌚ L'agent met en pratique ses connaissances en répondant aux questions anonymement, puis consolide ses acquis grâce à une correction expliquée.

Formateur : Etudiant en pharmacie/ Interne

③ Formation ludique : apprentissage via un Calendrier de l'Avent de Formation (CAF)

Nouveaux formats de formation testés en 12/2024 :
Jeu du pendu, puzzle, mots croisés, rébus, « fun facts » et DM mystèreSatisfaction évaluée via un auto-questionnaire anonyme :
Satisfaction générale

(1 = mauvaise idée / 4 = très bonne idée)

Impact sur le développement des connaissances

(1 = pas du tout d'accord / 4 = tout à fait d'accord)

Niveau de difficulté des questions

(1 = trop facile / 10 = difficulté maximale)

Format préféré

Souhait d'un nouveau CAF en 2025.

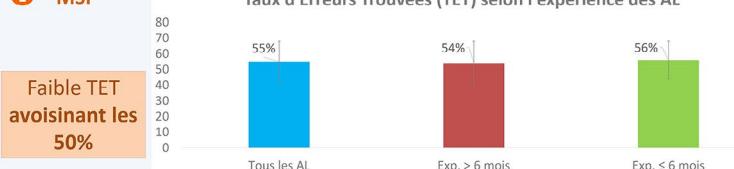
Formateur : Etudiant en pharmacie/ Interne

Objectif commun : Enrichir/ consolider les connaissances

Indicateurs communs recueillis : Nombre de questions par Wooclap® & nombre d'agents par formation

RÉSULTATS

① MSP



② Formation théorique wooclap

Sessions Wooclap® en 2024 :

9 au total

Questions par session :
Minimum : 5
Moyenne : 10
Maximum : 20

③ CAF

15 agents ont participé à au moins une session

47% de participation en moyenne par session
Tous les AL sont favorables à une 2^{nde} édition
Format préféré = Wooclap® (42%)

Questionnaire de satisfaction du calendrier de l'avent de formation

Satisfaction générale = 3,8/4

Développement des connaissances sur les dispositifs médicaux
Score moyen = 3,53/4Niveau moyen de difficulté perçue des questions pendant les Wooclap®
6,13/10

DISCUSSION – CONCLUSION

Les résultats du chariot des erreurs soulignent la nécessité de renforcer les formations. L'impact de ces dernières pourra être mesuré lors des résultats du TET sur le chariot des erreurs de 2025.

La formation continue demeure un levier essentiel pour garantir la qualité des soins. L'adhésion des agents au format Wooclap® combinée à la perception d'une certaine difficulté des questions, témoigne à la fois de leur engagement et des défis pédagogiques rencontrés.

Les retours unanimement positifs sur le nouveau format « Calendrier de l'avent » traduisent une réelle motivation à se former, non seulement pour acquérir des compétences, mais aussi pour donner du sens à leur travail.

Enfin, la complémentarité des formats théorique, pratique et ludique sont essentiels pour favoriser un ancrage durable des connaissances.

D'autres MSP sont en cours de développement pour couvrir l'ensemble des postes fonctionnels de l'APBO



Mise en place d'un serious game : « A toi de miser en DM d'urologie/néphrologie »

26

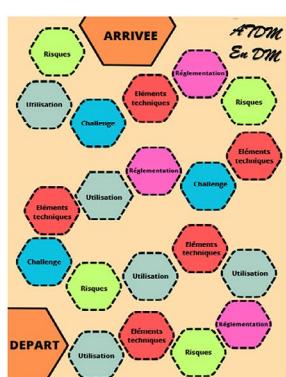
Auteurs : C. FLORENT, A. MEROU, J. TORCHIO, N. PRISQUE, C. FAURE-CHAZELLES, J. PERREY
Etablissement : CHU de Montpellier – Plateforme pharmaceutique et logistique Euromédécine
Mail : claire.florent@chu-montpellier.fr
Mots clés : Formation continue, jeu expérimental, abord urinaire

Introduction : Dans le cadre de la formation continue des professionnels de santé, un jeu sérieux a été conçu pour renforcer les connaissances sur les dispositifs médicaux (DM) d'urologie et de néphrologie.

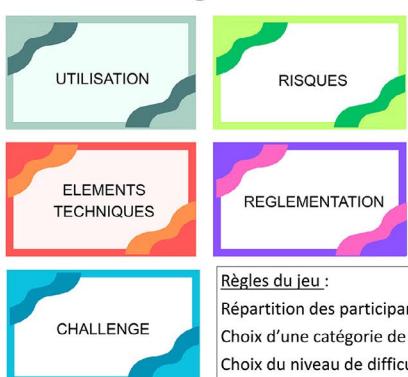
Objectif : Maintenir et renforcer les connaissances générales sur ces DM dans un format ludique et participatif.

Matériels et méthodes :

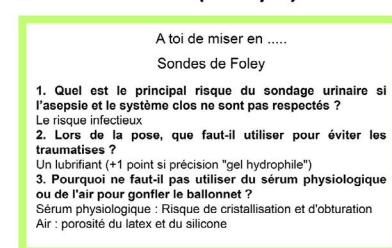
1 Jeu de plateau :



5 catégories :



30 cartes (exemple) :



Thème : DM de néphrologie-urologie

Deux sessions de jeu ont été organisées :

2023 Questionnaire de satisfaction

10 questions sous forme de QR code

2025 Questionnaire de connaissances

16 questions spécifiques (QROC et QCM) sur les DM d'urologie/néphrologie à j-1 et à j+7

Résultats :

2023

22 participants
(8 internes et 14 pharmaciens)

- 95,4 % ont estimé avoir appris des choses
- 90,9 % ont trouvé le format très amusant

2025

10 participants
(4 internes et 6 pharmaciens)

- Nombre de bonnes réponses : 46,9% (j-1) à 76,3% (j+7)
- Amélioration des réponses sur 15 des 16 questions

Augmentation importante des bonnes réponses pour :

- Eléments constitutifs des sondes vésicales (10 % avant vs 70 % après)
- Distinction du sondage intermittent ou permanent de la sonde de Foley (70 % avant vs 90 % après)
- Indication du cathéter sus-pubien (60 % avant vs 100 % après)
- Problématique du gonflage de ballonnet avec de l'air (10% avant vs 60% après)

Discussion – Conclusion :

Le jeu sérieux s'est avéré être une méthode efficace pour compléter les formations traditionnelles sur les DM. Toutes les questions du jeu ne sont pas posées, permettant ainsi d'organiser des séances de formation de manière régulière dans le service.

Les retours positifs confirment l'intérêt d'adopter ce type d'atelier et d'étendre ce concept à d'autres spécialités afin de créer une formation complète sur les DM de base.



OUTIL INTERACTIF D'EVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES (DMS) POUR LES INFIMIERS DIPLOMES D'ETAT (IDE)

A. ROUSSEL, A. DUBOIS, J. DETREE, C-E. COLLET, E. KRUG, M. COLIN

¹Service pharmacie, Centre hospitalier Jacques Monod, Flers

Email : agathe.roussel5@gmail.com

Mots clés : Bon usage, Sensibilisation, Questionnaire numérique



27

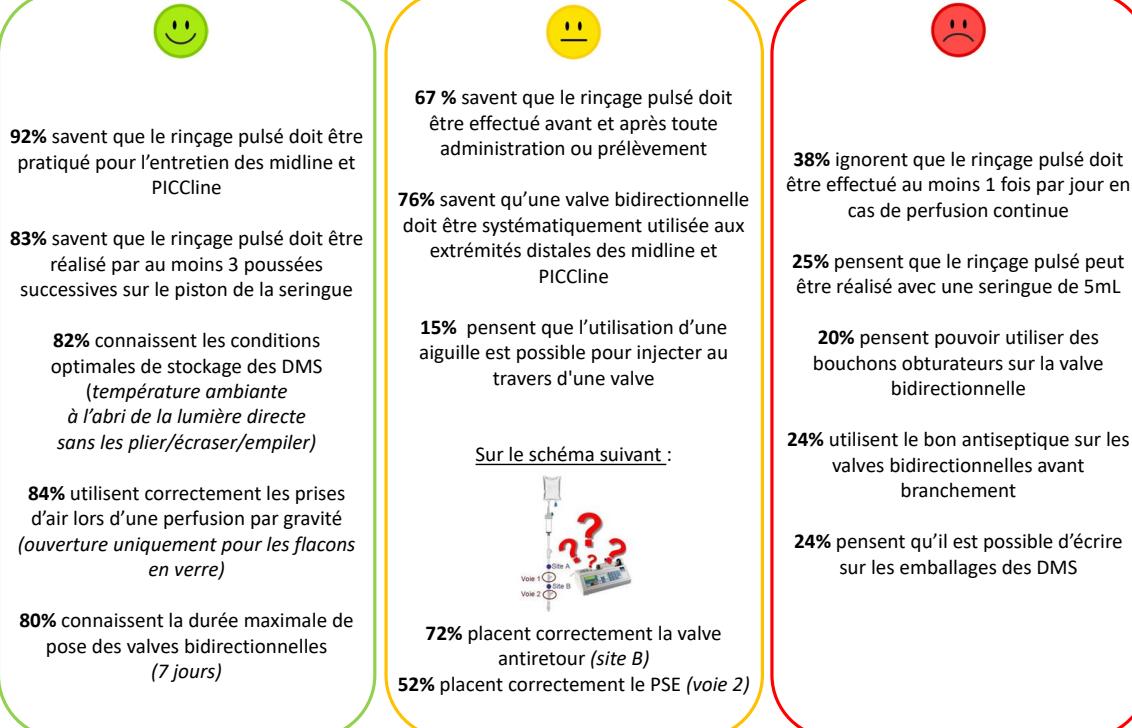
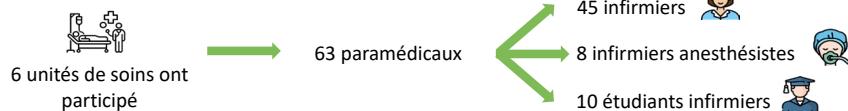
Introduction / objectifs

- Contexte** : selon la HAS, plus de **25% des incidents déclarés** concernent des erreurs liées à une utilisation inadéquate des Dispositifs Médicaux (DM).
- Objectif** : Concevoir un **outil numérique interactif** destiné à sensibiliser et évaluer les connaissances des IDE.

Matériels et méthode

- ✓ Questionnaire numérique Socrative®
- ✓ 6 thématiques, concernant majoritairement la perfusion
- ✓ La séance encadrée par un binôme pharmacien – PPH à l'aide de tablettes numériques
- ✓ Phase de briefing - mise en situation - débriefing
- ✓ 15 minutes

Résultats



Discussion / Conclusion

- Format interactif numérique largement plébiscité par les équipes soignantes.
- Les séances de débriefing avec le binôme pharmacien – PPH a favorisé des échanges dynamiques avec :
 - réponses aux questions des professionnels en direct
 - émergence de nouvelles réflexions autour du **bon usage des DM**
- Cette action de sensibilisation et d'évaluation des connaissances sera complétée par un **audit observationnel**, afin d'identifier les axes d'amélioration et de mettre en place des **actions correctives** contribuant à l'optimisation de la **qualité des soins**.



CHAMBRE DES ERREURS: LA PERfusion, OU EN-EST-ON ?

A ZALOUK¹, N.AVEZ¹, DEDENE.A², MARKIEWICZA², LUYSSAERT.B¹¹Pharmacie à Usage Intérieur, Groupe Hospitalier Seclin Carvin, Seclin²Equipe opérationnelle d'hygiène, Groupe Hospitalier Seclin Carvin, Seclin

assia.zalouk.etu@univ-lille.fr

N°45



Mots-clés: formation continue, cathétters, hygiène

Introduction

En mai 2019, la SF2H publiait des recommandations sur la prévention des infections liées aux cathétérés veineux périphériques vasculaires et sous-cutanés **dont les cathétérés veineux périphériques (CVP)**.

6 ans après, où en sommes-nous ?

Pour le savoir, une chambre des erreurs a été élaborée en collaboration avec l'équipe d'hygiène.

Objectif :

- Évaluer, 6 ans plus tard, les pratiques des professionnels de santé à l'aide d'une **chambre des erreurs**.
- Sensibiliser aux **bonnes pratiques** de pose, d'entretien et de surveillance des CVP.

Matériel et Méthodes

- Sessions** : 29 mars & 3 avril 2024
- Simulation** : Mannequin en lit médicalisé relié à plusieurs dispositifs IV, incluant **8 erreurs volontairement mises en scène**.

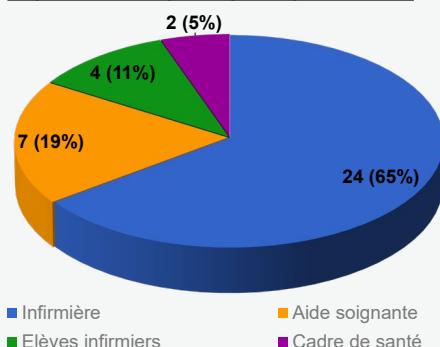
Outils pédagogiques :

- Fiche d'observation des erreurs
- Cartes à remettre en ordre : étapes de pose d'un CVP
- Débriefing interactif et retour sur les erreurs avec rappels de bonnes pratiques
- Questionnaire de satisfaction

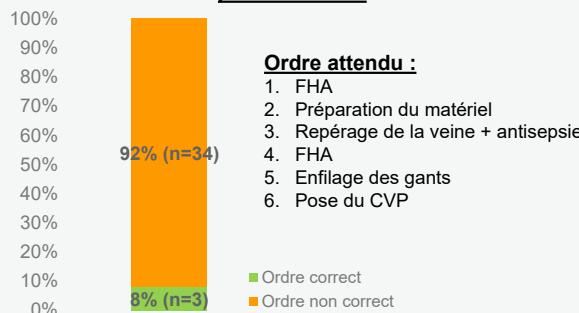


Résultats

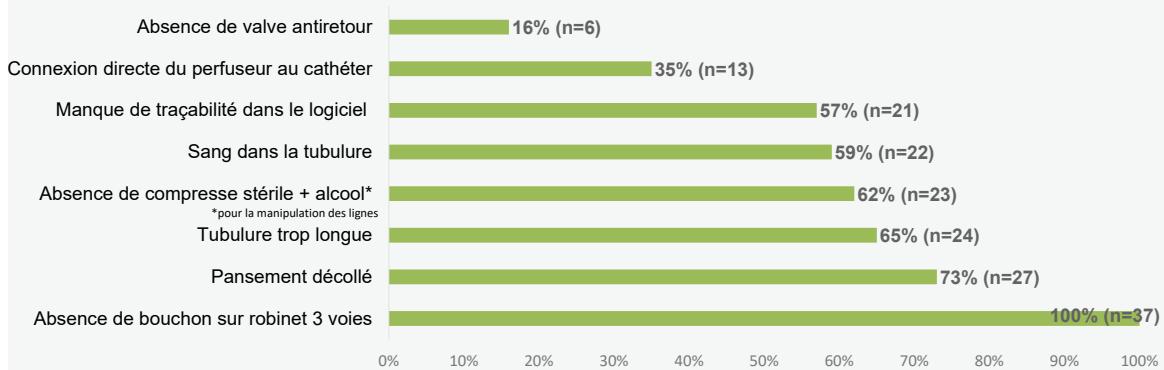
Répartition des participants par fonction



Évaluation des connaissances : étapes de pose d'un CVP



Pourcentage de participants ayant identifié chaque erreur simulée



Discussion-Conclusion

Les résultats ont révélé une vigilance partielle face aux erreurs les plus fréquentes et une méconnaissance globale des bonnes pratiques de pose d'un CVP → **Nécessité de rappel régulier des protocoles**.

Certaines erreurs, pourtant simples, passent inaperçues → **Besoin de formation continue**
Outil apprécié pour son caractère ludique et la dynamique de groupe qu'il génère.

Perspectives:

- Intégrer d'autres thématiques (sondes urinaires, gestes aseptiques...),
- Renouveler régulièrement l'exercice.

2025
Volume 7
N° 2



Information au bon usage abord



POSTER N°29

AMELIORATION DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTEES EN VILLE (PHEV) DE PANSEMENTS EN CENTRE HOSPITALIER ULTRA MARIN

M. BAILLY^{(1)*}, J. GRANDSIRE⁽¹⁾, L. CAILLBOEUF⁽¹⁾, J. RUDLOFF⁽¹⁾, N. EYMARD⁽¹⁾, M. FABER⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service Pharmacie, Centre Hospitalier Ouest Réunion

Mots clefs : Coûts, écologie, bon usage

INTRODUCTION

Dans le cadre du CAQES 2022-2024, une surconsommation de PHEV classe pansements a été relevée par l'Assurance Maladie.

Objectif : réévaluer nos ordonnances de sortie en lien avec les officines de secteur pour optimiser le bon usage et diminuer l'impact économique et écologique de ces prescriptions.

METHODOLOGIE

Etudes prospectives : état des lieux en officine des PHEV classe pansement, 2x 1 mois en 2023 (juil & oct) + 1 mois en 2024 (oct) après mise en place d'actions correctives

1/ Echantillonnage

Sélection d'un échantillon de pharmacies de notre territoire de santé + prise de contact

2/ Ordonnances récupérées

A J+15 et J+21 (après rappels)
Par fax ou mail sécurisé
Préalablement anonymisées

3/ Analyse

Analyse pharmaceutique selon des indicateurs prédéfinis (trame Excel®)

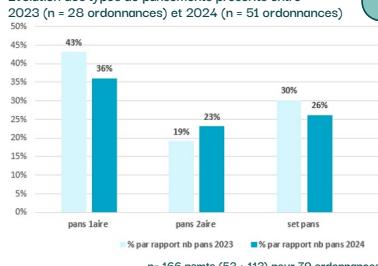
4/ Enquête sur la réalité de terrain

Questionnaire communiqué via Google Form (2024 seulement)

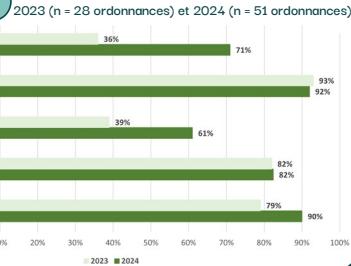
But: Recueillir les avis et notamment contraintes de terrain concernant ces PHEV

RESULTATS

Evolution des types de pansements prescrits entre 2023 (n = 28 ordonnances) et 2024 (n = 51 ordonnances)



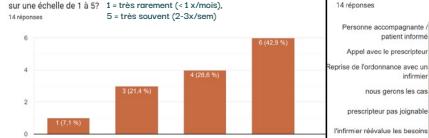
Evolution de la conformité des indicateurs entre 2023 (n = 28 ordonnances) et 2024 (n = 51 ordonnances)



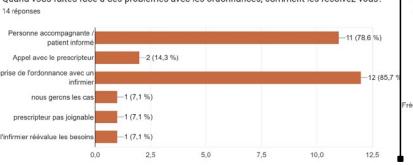
Focus sur le point de vue officinal - résultats de l'enquête 2024

(n= 14 répondants)

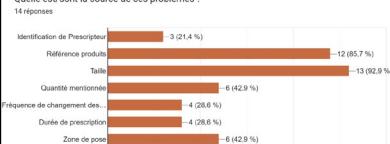
A quelle fréquence éprouvez-vous des problèmes avec les ordonnances de pansement sur une échelle de 1 à 5 ? 1 = très rarement (< 1/x/mois). 5 = très souvent (2-3x/semaine).



Quand vous faites face à des problèmes avec les ordonnances, comment les résolvez-vous ?



Quelle est/sont la source de ces problèmes ?



CONCLUSION

A l'issu de ce travail, a été décidé de travailler sur de nouveaux outils d'aide à la juste prescription et réévaluer de manière pluridisciplinaire + informatiser de nouvelles trames de prescription. Le lien ville/hôpital avec les officines de secteur et les libéraux a été renforcé (soirée cas cliniques réalisée en lien avec l'OMEDIT en 2024 / ex). Enfin, l'étude de 2024 a motivé la création d'une Commission Plaie & Cicatrisation locale.

Contact : me.bailly@chor.re



AUDIT DE BON USAGE DES COLORANTS : 50 NUANCES DE BLEUS

Theuillon F¹, Soula M¹, Cabrit L¹, Humaraut C¹, Grenouilleau V¹
¹ Service de pharmacie, Centre Hospitalier de Pau

Mots clés : Analyse, Mésusage, Référencement



31

INTRODUCTION

Les colorants médicaux sont utilisés principalement à des visées diagnostique, endoscopique et chirurgicale. Ils peuvent avoir le statut de **Médicament (Mdt)** ou de **Dispositif Médical (DM)**.

Au Centre Hospitalier (CH) de Pau : 5 colorants sous le statut de médicament sont utilisés

- Bleu de méthylène / Antidote
- Bleu patente
- Carmin Indigo
- Fluorescéine
- Vert d'indocyanine

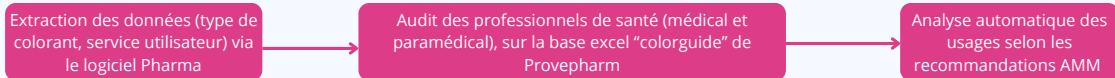


OBJECTIF

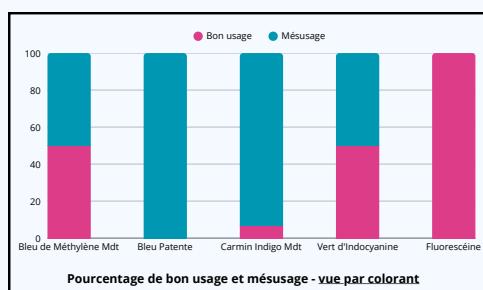
Le but de cet **audit** est :

- d'identifier les pratiques d'utilisation
- sécuriser le circuit
- référencer les colorants adaptés (Médicaments ou Dispositif Médical).

MATERIEL ET METHODE



RESULTATS



7 services audités ; 23 fiches obtenues

21.7 % de bon usage

Concernant les usages non conformes aux AMM :

Colorant actuellement utilisé	Service	Utilisation Non Conforme	Colorant à utiliser correspondant à l'indication
Carmin Indigo Mdt 40mg/3mL → 93% de NC	Uro / Gynécologie	Visualisation des écoulements du mamelon Visualisation du ganglion sentinel dans le cancer du sein Visualisation des fuites urétérales Visualisation des fuites vésicales Césarienne difficile	Bleu de méthylène DM 0,5% à 1%
	Réanimation	Test déglutition Vérification perméabilité des sutures, chirurgie tube de faucher	Bleu de méthylène DM 0,5% à 1%
	Endoscopie	Coloration des zones d'intervention	Carmin Indigo DM 0,8% (stérile) et 1% (non stérile)
Gastro		Test fuites agrafes dans colrectomie Test fuites agrafes sleeve / test étanchéité sutures Excision des kystes pilonidal, au niveau du sacrum Repérage des vaisseaux lymphatiques Test anastomose bypass Repérage pour opérateur dans les fistules anales Repérage du segment à diszéquer dans les hépatectomies	Bleu de méthylène DM 0,5% à 1%
Bleu patente 2,5%	Réanimation	Test de déglutition par voie orale	Bleu de méthylène DM 0,5% à 1%

Colorant actuellement utilisé	Service	Utilisation Hors AMM	Justification de l'utilisation
Bleu de méthylène Mdt	Oncologie	Encéphalopathie induite par l'ifosfamide	Indication présente dans le RCP de l'ifosfamide + dans la littérature
Vert d'Indocyanine	Gastro	Vascularisation du colon	Seul colorant visible au Robot chirurgical, voué à être de plus en plus utilisé

DISCUSSION / CONCLUSION

On observe de par cet audit un **taux de mésusage de 78.3%** dans l'utilisation des colorants médicamenteux. Ce taux de mésusage comprend des vraies non-conformité mais également des utilisations basées sur la littérature ou sur une impossibilité d'utiliser un autre dispositif. L'utilisation non conforme du Carmin Indigo Médicament ainsi que du Bleu patenté qui présente un risque d'effet indésirable grave (choc anaphylactique), implique de référencer deux colorants sous le statut de Dispositif Médical : **Carmin Indigo DM 0.8% (stérile) ou 1% (non stérile)** et **Bleu de méthylène DM 0.5% à 1%**.

Ce nouveau référencement permettra de sécuriser le circuit, avec une mise à jour des dotations. Mais il implique aussi un **changement dans les pratiques** des services et nécessite donc la mise en place d'un **accompagnement** du personnel médical avec des fiches de bon usage de ces colorants.



Audit de bon usage des dispositifs médicaux implantables : endoprothèses de l'aorte abdominale

32

A. LE CAR ; C. MULLER ; J. PERREY ; C. FAURE
Pharmacie Euromédecine – Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier – Rue du Caducée, 34790 Grabels
alicia.lecar@chu-montpellier.fr



Mots clés : Anévrismes, Prescriptions, Indications

Introduction - Objectif

- ↳ **Anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)** : dilatation de l'aorte > 50% par rapport au diamètre normal
- ↳ Prise en charge (PEC) :
 - Suivi de l'évolution de la taille de l'AAA par surveillance échographique
 - Mise en place d'endoprothèses aortiques abdominales (EAA) à partir d'un diamètre défini
- ↳ DM implantables (DMI) pris en charge en sus des GHS (Groupe Homogène de séjour), dans le respect des indications de la LPP (Liste des Produits et Prestations)



Dans le cadre du CAQES, vérifier que les EAA sont prescrites et utilisées conformément aux indications du marquage CE et aux décisions de prise en charge institutionnelles

Matériels et méthode

Audit de bon usage

Etude rétrospective sur des données de traçabilité, sur 2 ans (2023 et 2024)

- 1 Etude des **fiches techniques Euro-Pharmat** et **notices d'utilisation** des dispositifs concernés
- 2 Identification des **indications des DMI** : Référentiels HAS et CNEDIMTS (2020, 2014, 2010), LPP (2023, 2014), guidelines (2022 à 2024)
- 3 Extraction des dossiers à partir du logiciel de traçabilité Gildas (KLS)
- 4 Analyse des dossiers patients à l'aide du Dossier Médical Partagé (DMP) DxCare (dedalus)
- 5 Construction de la **grille d'audit** sur Excel : Dispositif, date d'implantation, sexe et âge patient, indication de la procédure, respect ou non des indications de prise en charge (PEC)
- 6 **Réunion pluridisciplinaire** avec les praticiens Discussion des résultats

Résultats

Indications actuelles de PEC HAS 2020, LPP 2023, guideline 2024

- Traitement d'un AAA sous rénal asymptomatique à partir de **5.5 cm chez l'homme** et **5 cm chez la femme**
- AAA sous rénal **symptomatique** traité quelle que soit la taille
- Prévalence d'un anévrisme de l'artère iliaque (AAI) en présence d'un AAA = 20-40% → Traitement d'un AAI à partir de **40 mm**

- * **66 dossiers** patients pour 156 dispositifs
- * 91 % d'hommes
- * Âge moyen de 75 ans

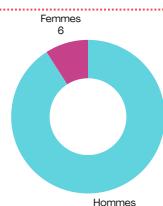


Fig.1 : Proportion hommes/femmes

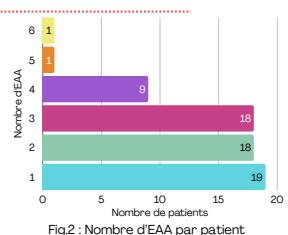


Fig.2 : Nombre d'EAA par patient

76% de conformité

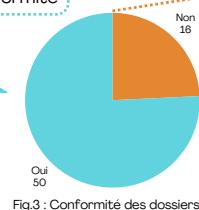


Fig.3 : Conformité des dossiers

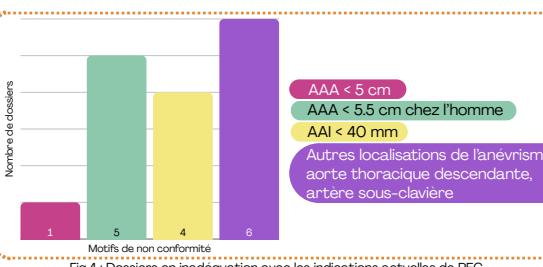


Fig.4 : Dossiers en inadéquation avec les indications actuelles de PEC

Discussion/conclusion

- ↳ Nombre non négligeable de dossiers (n = 16) en inadéquation avec les indications
- ↳ 56% de ces 16 dossiers suivent encore les anciennes indications (HAS 2014 et LPP 2014, guidelines 2022) : traitement d'un AAA sous rénal asymptomatique à partir de 5 cm quel que soit le sexe, 3 cm pour un AAI
- ↳ Réunion pluridisciplinaire : point sur la mise à jour des indications dans le but d'améliorer le respect des référentiels



Manque de précision sur la symptomatologie des patients → biais d'interprétation et d'information pouvant influer sur les résultats



QUAND UNE RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT RÉVÈLE UN MÉSUSAGE

D. AUDEGEAN¹, E. KIEP¹, C. POBEL¹¹ Pharmacie à Usage Intérieur, Centre Hospitalier de Saintonge, Saintes (17100)
audagean.david@gmail.com

n°33

Mots clés: Dispositif médical, Bon usage, Oxygénothérapie

Introduction

L'humidificateur pré-rempli à usage unique est un DM qui peut être utilisé au cours d'une oxygénothérapie afin de réduire l'assèchement des voies respiratoires.

Au cours de l'année 2023, ce DM a fait l'objet d'une tension d'approvisionnement nous obligeant à limiter son utilisation.

Objectifs

- ✓ Évaluer les pratiques d'utilisation des humidificateurs dans les services de soins.
- ✓ Rappeler les règles de bon usage afin de limiter leur utilisation.

Matériel et méthode

* Création d'un questionnaire anonyme de 5 questions à partir de la fiche de bon usage de l'OMÉDIT Centre Val de Loire mise à jour en 2017.

* Distribution aux infirmier/ères diplômé(e)s d'État (IDE) dans les services de soin via les cadres de santé.

* Thèmes abordés dans le questionnaire:

Règles d'utilisation des humidificateurs

Fréquence de changement

Respect des règles d'hygiène

Centre Hospitalier Saintes - Saint-Jean-d'Angély

Quesstionnaire d'évaluation des pratiques sur l'utilisation des humidificateurs (Aquadapt®) dans l'oxygénothérapie

1) Branchez-vous un humidificateur (Aquadapt®) systématiquement à la prise murale d'oxygène que le patient ait ou non une oxygénothérapie ?

OUI NON

2) Si le patient est sous oxygénothérapie utilisez-vous un humidificateur :

- Systématiquement ? OUI NON

- À partir d'un débit seul ? OUI (précisez lequel _____) NON

- A la demande du patient ? OUI (précisez _____) NON

Autre raison : _____

3) Au bout de combien de temps changez-vous les flacons ?

<24h (précisez : _____) OUI NON 24h OUI NON 48h OUI NON

4) Notez-vous la date d'ouverture sur chaque flacon d'humidificateur ?

OUI NON PARFOIS

5) Changez-vous les flacons entre chaque patient ?

OUI NON PARFOIS

L'équipe des dispositifs médicaux de la Pharmacie vous remercie !

Résultats

► 130 IDE ont répondu au questionnaire

- Dans 49% des cas, il est branché à la prise murale d'oxygène que le patient soit ou non oxygénorequérant
- 68% des IDE l'utilisent systématiquement dès lors que le patient ait une oxygénothérapie, quel que soit le débit
- 32% des IDE l'utilisent uniquement à partir d'un débit seuil d'oxygène (débit moyen: 3,4L/min [2;6])



- 54% des IDE change le flacon d'humidificateur lorsqu'il est vide
- 9% des IDE le change toutes les 24h
- 17% des IDE le change toutes les 48h

- Seul 22 % des IDE note la date d'ouverture sur les flacons d'humidificateurs



Conclusion/discussion

* Mise en évidence de nombreux mésusages des humidificateurs:

- Branchement sans utilisation
- Débit seuil de 5 L/min pas toujours respecté
- Changement toutes les 48h rarement effectué
- Date d'ouverture non systématiquement inscrite sur le flacon.

* Réécriture d'une affiche de bon usage des humidificateurs dans l'oxygénothérapie à destination des services de soins.

* Nouvelle évaluation des pratiques et évaluation des consommations dans 6 mois.

Audit sur la conformité des montages de perfusion dans un centre hospitalier multisite

GARNIER DE LABAREYRE C.⁽¹⁾, VIAUD-CHATTI V.⁽¹⁾, CHANTEREAU-JANSEN C.⁽²⁾, HURLUPE C.⁽¹⁾, LE BIGOT V.⁽¹⁾

⁽¹⁾Service de Pharmacie, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon

⁽²⁾Service d'Hygiène Hospitalière, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon

Mots clés: Sécurisation, bonnes pratiques, abord parentéral

Contact: claudia2labareyre@gmail.com

35

Retrouvez la communication orale de ce poster sur le site internet des journées 2025 : <https://www.euro-pharmat.com/editions-precedentes/6707-35emes-journees-euro-pharmat-bordeaux-2025>

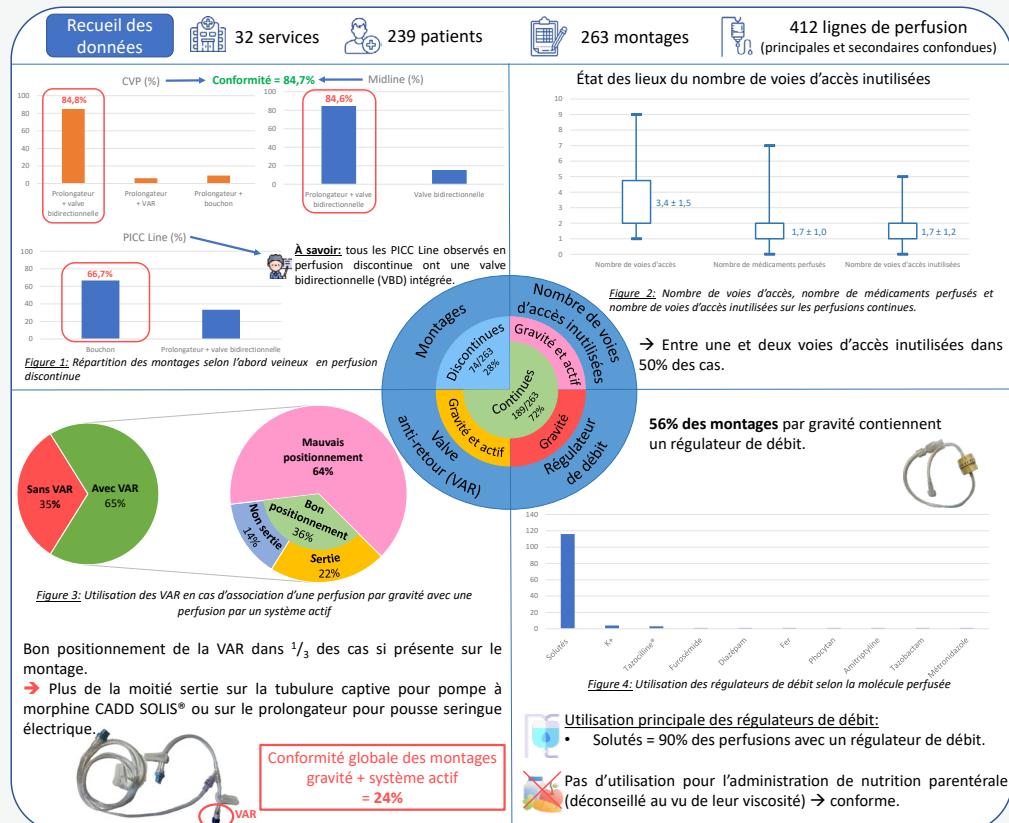
La perfusion est une pratique très courante dans la prise en charge des patients dans les services de soins des établissements de santé. Cependant, elle représente environ 5% des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins selon l'ENEIS 2019⁽¹⁾.

En collaboration avec l'UAV (Unité d'Accès Vasculaire), un audit a été réalisé pour observer les pratiques actuelles des montages de perfusion au sein du Centre Hospitalier Départemental (CHD Vendée). Les objectifs sont de réaliser un état des lieux des montages, de vérifier leur conformité par rapport aux bonnes pratiques et de proposer des recommandations en vue d'optimiser les références disponibles au livret, et d'harmoniser les pratiques en proposant un montage institutionnel.

L'audit a été mené sur le mois de juin 2024 par plusieurs binômes multidisciplinaires (hygiéniste, pharmacien, interne, IADE) sur les 3 sites hospitaliers (La Roche sur Yon, Montaigu et Luçon). L'ensemble des services hors réanimation, hôpital de jour et services de pédiatrie a été audité selon un planning établi en amont.

Quatre grilles d'audit spécifiques ont été élaborées en fonction de l'abord veineux: cathéter veineux périphérique (CVP), Midline, PICC Line et chambre implantable (CCI).

Composition de la fiche d'audit (= 15 items): Descriptif du cathéter, pansement (type, conformité), montage détaillé de la ligne, traçabilité du dispositif d'accès vasculaire et prescription médicamenteuse injectable dans le DPI (Dossier Patient Informatisé).



Perfusions discontinues → > 80% des montages CVP et Midline possèdent un prolongateur et une VBD.

Pour faciliter le travail des soignants, une réflexion est en cours pour étendre la mise à disposition du prolongateur avec VBD serrée, déjà présent dans les différents services des urgences multi-sites.

Perfusions continues → une à deux voies d'accès inutilisées dans 50% des montages (recommandation de l'UAV = 1 voie d'accès inutilisée, réservée aux urgences).

→ Réflexion sur un montage institutionnel harmonisé par spécialité en fonction du besoin en nombre de voies d'accès variable. Limites: audit ponctuel ne prenant pas en compte les prescriptions avant et après le recueil des données.

Perfusion par gravité + système actif = Non-conformités très fréquentes liées à l'absence ou au mauvais positionnement des VAR.

- Sensibilisation des équipes au bon usage des VAR pour sécuriser l'administration (poster sur le bon usage en cours de réalisation, révision de la formation existante des nouveaux arrivants au sein de l'établissement).
- Réflexion sur le référencement de DM pré-montés: impact économique conséquent avec un surcoût estimé autour de 30 000€ annuel HT pour des perfuseurs simples avec une VAR serrée. Solution non retenue à l'heure actuelle.

Régulateurs de débit = Utilisation importante pour l'administration de solutés d'hydratation essentiellement.

→ Travail à mener au sein des services pour réduire leur usage voire de les supprimer du livret.

(1) Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables Gravés associés aux Soins dans les Etablissements de Santé
Iconographie: ce poster a été réalisé en utilisant des ressources de Flaticon.com.



Audit sur les pratiques de bon usage des pansements en post-opératoire de chirurgie orthopédique

Trime E¹, Marlas A¹, Legris A¹, More C¹¹ Pharmacie à Usage Intérieur, Centre Hospitalier de Rodez

PHEV, EPP, Plaies



Contexte

- Pour améliorer l'**efficacité des soins post-chirurgicaux** et la prise en charge des patients, une **gestion rigoureuse des pansements**, incluant leur **sélection**, leur **utilisation** et leur **renouvellement** est essentielle.
- Le bon usage des pansements en post-opératoire a été identifié comme un **axe d'amélioration** lors de l'**AAPP¹** réalisé en 2023, dans le cadre du **CAQES²**.

¹ Analyse et d'Amélioration des Pratiques Professionnelles² Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins

Objectif

Identifier les **écart**s et **optimiser** l'usage des pansements en **post-opératoire de chirurgie orthopédique**, notamment via une **ordonnance de sortie standardisée**.

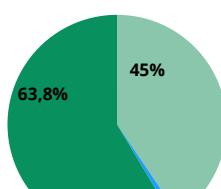
Méthode

Mise en place d'une **grille d'audit** pour **recueillir des données** auprès des IBODE (Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat), chirurgiens et IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat) du service d'orthopédie.

Résultats

1 Classe de pansements utilisés en fin d'intervention de chirurgie orthopédique:

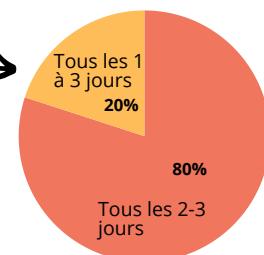
● Sec ● Gras
● Hydrocellulaire



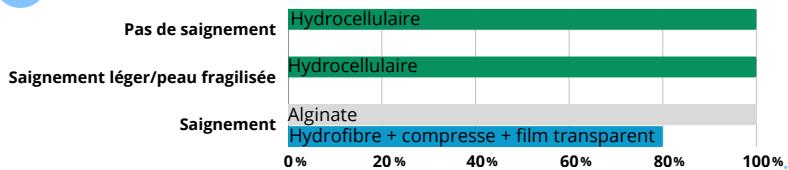
4 Analyses des ordonnances de sortie de prescription de pansements préexistantes:

- Absence d'indications sur le **type**, la **localisation** ou les **caractéristiques de la plaie**.
- Les ordonnances ne précisent ni la durée de la prescription ni le nombre de renouvellements.
- Seuls le **nom de la spécialité** et les **dimensions** sont mentionnés.
- L'ordonnance contient la prescription de médicaments et de pansements.

5 La fréquence des soins IDE à domicile mentionne:



Classe de pansements utilisés dans les services de soins:



Discussion

- 63,8%** des pansements utilisés au bloc opératoire en chirurgie orthopédique (**hydrocellulaires**) **ne correspondent pas** aux recommandations de 1ère intention.
- La fréquence de changement des **hydrocellulaires** est non-adaptée (*maintien 1 à 2 jours maximum même si le pansement n'est pas souillé*).
- La **périodicité de réfection** des pansements au domicile est en accord avec les recommandations dans **80%** des cas.

Communication des résultats de l'audit aux équipes.



Un support de bon usage des pansements, incluant les classes à utiliser selon le type de plaie a été élaboré.

SCANNEZ-MOI



Ordonnance de sortie standardisée proposée et validé collégialement.



En cours de validation **COMEDIMS*** pour être étendu aux différents services de l'hôpital.

*Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles



BILAN À 1 AN DE L'UTILISATION DE LA THÉRAPIE PAR PRESSION NÉGATIVE (TPN) (PICO®) À UU DANS LA PRÉVENTION DES INFECTIONS SUR SITE OPÉRATOIRE (ISO) EN CHIRURGIE CARDIAQUE

38

C.DEBEBANT¹ - B.GALY¹ - M.FEVRE² - C.GOURIO¹ - V.SAPLACAN³

CHU de Caen - gourio-c@chu-caen.fr

¹ Pharmacie DM ; ² Service Prévention et Contrôle des Infections (SPCI) ; ³ Service de chirurgie cardiaque

Incision - Coûts - Complication

INTRODUCTION ET OBJECTIF



Suite au référencement du PICO® en janvier 2024 en Commission du Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (CMDMS) pour la chirurgie cardiaque, l'établissement a souhaité faire le bilan à 1 an de son utilisation. La quantité prévisionnelle de PICO® sur l'année était de 200 PICO® pour un coût estimé à 32 000 €.

L'indicateur de résultat choisi est l'évolution du taux d'ISO entre 2023 (sans PICO®) et 2024 (avec PICO®).

Ce DM est réservé pour les patients à haut risque de complications post-opératoires sur la ligne d'incision, ayant au moins l'un des critères suivants :

- Pontage par double mammaire
- Chirurgie lourde (longue durée, CEC longue)
- Présence de comorbidités (BPCO, diabète, obésité)



Le recours à la TPN UU pour ces patients est justifié par une durée de séjour compatible avec la durée d'utilisation du DM (> ou = 7 jours), pour un usage intra-hospitalier.



MATÉRIEL ET MÉTHODES

- Identification des patients éligibles et gestion du stock au bloc opératoire par l'opérateur.
- Accès aux dossiers patients ayant développé une ISO.
- Éléments recueillis :
 - Nombre de PICO® utilisés en 2024, suivi par la pharmacie et le chirurgien.
 - Taux d'ISO sur l'ensemble des interventions de chirurgies cardiaques, suivi par le SPCI.

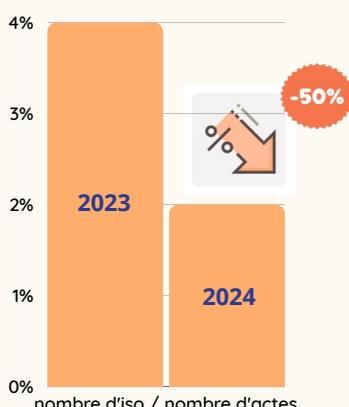
Critère de jugement principal : évolution du taux d'ISO entre 2023 (pansement standard) et 2024 (avec PICO®)

RÉSULTATS

Après un an de référencement : 123 PICO® utilisés.

Taux d'ISO en 2023 (sans PICO®)	3,9 % (22 ISO / 566 actes)
Taux d'ISO en 2024 (avec PICO®)	1,9 % (10 ISO / 534 actes)

Évolution du taux d'ISO en chirurgie cardiaque entre 2023 et 2024 :



DISCUSSION

- Diminution de 50% du taux d'ISO entre 2023 et 2024.
- Pratiques chirurgicales dont la couverture de la ligne d'incision pour les patients sans PICO® (pansement sec) inchangées.
- Aucun des 10 patients ayant développé une ISO n'a bénéficié du PICO®.
- 123 PICO® soit ≈ 20 000 €.
- Analyse des coûts évités au regard de la littérature estimés à 160 000 €⁴.
- ¼ des patients couverts mais pas la totalité des patients à risque.

⁴ Tabley A, Aludaat C, Le Guillou V, et al. A Survey of Cardiac Surgery Infections with PICO™ Negative Pressure Therapy in High-Risk Patients, 2020.

CONCLUSION

- Taux d'ISO le plus bas depuis le début de la surveillance par le SPCI en 2015.
- Amélioration de la prévention des ISO par l'ajout du PICO® dans la prise en charge des patients.
- Perspective : augmenter le taux de couverture des patients à risque et continuer à mesurer l'impact sur les ISO.



Bilan à 1 an de la mise à jour de la composition de la boîte d'intubation difficile adulte au sein d'un hôpital

n°39

delacretelle.b@chu-toulouse.fr

de Lacretelle.B¹, Zampa.J¹, Pecani.D¹Pharmacie à usage intérieur, service approvisionnement des dispositifs médicaux, CHU de Toulouse, Logipharma, Cugnaux-Toulouse¹**mots clés :** ventilation, urgences, audit

Contexte :

Intubation = méthode de ventilation invasive dont l'objectif principal et vital est d'**oxygénérer le patient**.

Intubation difficile → dans les situations critiques, lors d'échec des techniques habituelles.

Plusieurs services identifiés dans le centre ont une boîte d'intubation difficile (BID) qui contient les dispositifs médicaux (DM) nécessaires à ce geste et dont la composition est établie par le comité d'anesthésie-réanimation de l'établissement.



Objectif : Réaliser un audit dans les services ayant au moins une BID, un an après la mise à jour de la composition des BID adultes.

Matériels et méthodes :



Résultats :

Audit : 16 services auditionnés → **16 BID**

Fréquence d'utilisation des BID : **exceptionnelle**

Points positifs	Points à revoir
BID complètes dans 94% des cas (1 boîte incomplète, mandrin bougie remplacé par cathéter guide de réintubation) Scellés présents dans 100% des cas Fiches d'identification, de composition et aides cognitives présentes dans 94% des cas	2 BID avec plusieurs DM ancienne composition 4 périmés retrouvés (date d'expiration : 2024) Stockage du mandrin bougie (à l'intérieur de la BID et plié) incorrect dans 94% des cas



Exemple de BID



BID avec mauvais stockage du mandrin bougie

Discussion / Conclusion :

→ Audit

- Bonne application de la nouvelle composition des BID
- Fréquence d'utilisation exceptionnelle : la grande majorité des intubations difficiles → réalisées avec **lames de vidéolaryngoscopes** (stockées en dehors de la BID, pour les autres types d'intubations)

→ Formation :

- Importance de la **formation continue** du personnel et des nouveaux arrivants : BID est rarement ouverte mais peut être indispensable et le dernier recours dans certaines situations
- Rappels aux services sur les **bonnes pratiques de stockage des DM** : notamment les mandrins bougies
- **Retour de l'audit** fait aux services concernés lors du dernier comité d'AR.



BON USAGE (BU) DU NETTOYAGE DES DISPOSITIFS DE TRACHÉOTOMIE ET CRÉATION D'UN Outil D'AIDE À LA DÉCISION DU CHOIX D'UNE CANULE DE TRACHÉOTOMIE (CT)

Lavoué A¹. Douay L.² Baillie C². Vanderhagen T.³, Desquiens M.⁴, Drancourt P.¹

1 : Pôle pharmacie, service dispositifs médicaux , Centre hospitalier de Valenciennes

2 : Pôle hygiène hospitalière, Centre hospitalier de Valenciennes

3 : ORL, Centre hospitalier de Valenciennes

4 : Réanimation, Centre hospitalier de Valenciennes

Mots clés : Oxygénotherapie / Formation / Entretien

N°40



CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES

Contexte

- Réception d'ordonnances suspectes de canules de trachéotomie au poste de validation concernant les services d'ORL et de réanimation
- Suspicion de **mésusage** dans ces services

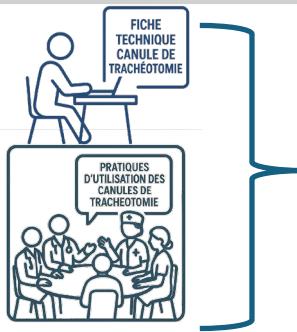
Objectifs

- Faire un état des lieux des pratiques d'utilisation et d'entretien de ce DM dans ces services
- Créer un outil d'aide au choix d'une CT

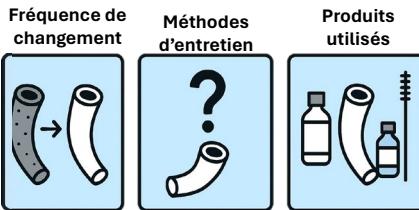
Matériel et méthodes

Revue de la littérature et des fiches techniques

Création d'un groupe de travail pluridisciplinaire regroupant pharmacie, services ORL, réanimation et hygiène hospitalière



3 critères d'évaluation



Résultats

PAS DE RECOMMANDATION AU NIVEAU NATIONAL :

Création de deux documents :

Après enquête auprès de 2 médecins et 4 IDE :
4 non conformités relevées dans les services :

- Changement hebdomadaire de CT
- Trempeage 5 minutes dans un détergent désinfectant OU plusieurs heures dans un savon doux
- Utilisation de goupillons initialement utilisés pour les soins buccaux

CONSENSUS



CRÉATION D'UN ENTRETIEN CANULE PROTOCOLE DE TRACHÉOTOMIE INSTITUTIONNEL

Précurseur - non commercialisé	Medtronic - Shiley Standard	Medtronic - EVAC Shiley - Chemise interne unique	Medtronic - EVAC Shiley	Medtronic - Shiley - Chemise interne standard	Medtronic - Shiley Standard	Medtronic - Shiley Standard	Telflex - Tracheo	Telflex - Tracheo Flex	ATOS - Tracheo Flex
XUNXXX et KONXXX	KONOXXXX	XONXXXX	XLTXXX / ALTUP / ALZCD / ATCP	XOFEN et XOFN	XFEN et XOFN	121400-000000	12190X-000XXX	30X-00	
Photo du dispositif									
Chemise interne multiple ? Usage unique ?	Caroule externe	Caroule externe	Usage unique	Usage unique	Usage unique	Usage unique	Caroule externe	Caroule externe	Caroule externe
Dispositif à nettoyer	Caroule externe	Caroule externe	Usage unique	Usage unique	Usage unique	Usage unique	Caroule externe	Caroule externe	Caroule externe
Produit et matériel							EAU ET SAVON		
Fréquence							Peut être réutilisée jusqu'à 29 jours		

Fiche de bon usage du nettoyage des CT dans l'établissement

tableau de correspondance des canules de trachéotomie référencées au CHV, selon 4 critères :

- Taille du diamètre interne de la canule
- Présence d'un ballonnet
- Chemises internes usage unique ou multiple
- Dispositif fenêtré ou non

Choisissez votre canule !



Discussion/Conclusion

Ce travail a permis de mettre en évidence des pratiques divergentes au sein des services en l'absence de recommandations. Le protocole institutionnel a été actualisé. Les équipes de Réanimation et d'ORL seront prochainement formées à ces nouvelles recommandations par les équipes de la pharmacie et d'hygiène. Par la suite, des audits seront organisés.



Bon usage des dispositifs médicaux dans la préparation des formes injectables en flacon

A. CALVEZ, C. RAIMBAULT, C. HAMEL, L. ZBIERSKI
PUI - Centre Hospitalier de Laval, Laval
Mots-clés : Audit, Reconstitution, Formation
Contact : aude.calvez@etu.univ-nantes.fr

Poster n°41



Introduction

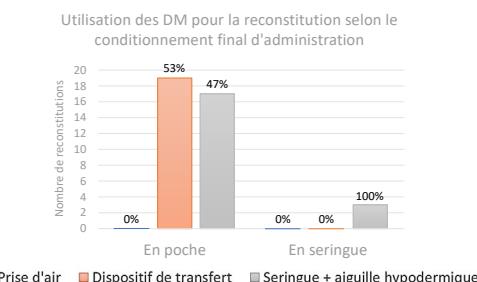
Il a été mis en évidence sur l'hôpital une faible consommation de prises d'air métalliques, dispositifs utilisés pour la reconstitution et le prélevement des médicaments injectables en flacon.

L'objectif de ce travail a été d'analyser les pratiques de préparation des traitements injectables au sein des services de soin dans le but de les homogénéiser.

Matériels et méthodes

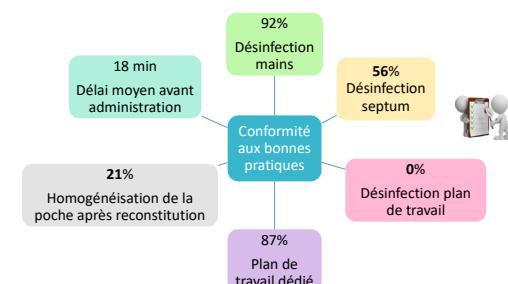
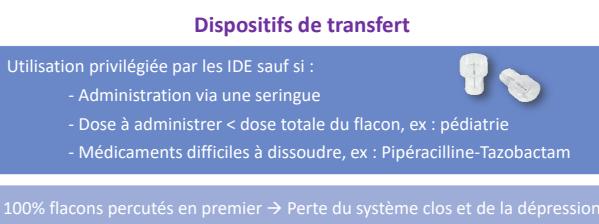
- Etat des lieux des dispositifs médicaux (DM) disponibles sur l'hôpital pour la préparation des doses à administrer.
- Identification des médicaments et services concernés.
- Elaboration d'une grille d'audit en s'appuyant sur les recommandations actuelles.

Résultats



Prises d'air
50% des audités ne connaissaient pas les prises d'air
Lors des audits, les IDE ont rapporté les utiliser pour le prélevement des gros volumes de solution injectable en flacon de verre. Ex : Morphine, Propofol, Albumine, Bicarbonate, Anticorps monoclonaux...

Mésusages : Utilisation d'aiguilles hypodermiques 18G et 25G
→ Perte de la stérilité de la préparation
Observation de fuites d'aérosols médicamenteux suite à l'ajout de solvant
→ Utilité de la prise d'air pour égaliser les pressions



Discussion et conclusion

Ce travail d'observation des préparations des doses de médicaments injectables en flacon montre la nécessité d'homogénéiser et d'optimiser ces pratiques. Une méconnaissance de la prise d'air et de son utilité a été mise en évidence, tout comme des mésusages sur les aiguilles hypodermiques et le dispositif de transfert.

La quantification des fuites d'aérosols médicamenteux et un nombre plus important d'audits permettraient de consolider ces résultats.

Cet audit est un prérequis au futur déploiement d'une politique de bon usage à destination des soignants :

- Elaboration de documents qualité internes sur la procédure de préparation des doses des médicaments injectables
- Mise en œuvre d'un plan de formation via la direction des soins de l'hôpital : support de formations pour les « journées de la pratique »
 - Rappel de la définition et des indications de la prise d'air
 - Bon usage d'utilisation des dispositifs de transfert
 - Rappel des bonnes pratiques d'hygiène et des bonnes pratiques de préparation

BON USAGE DES DISPOSITIFS MEDICAUX POUR LES PRÉLÈVEMENTS SANGUINS PÉRIPHÉRIQUES

A. Delay¹, A. Derenne¹, N. Del Missier¹, C. Duez¹
¹ Unité des Dispositifs Médicaux, Service de Pharmacie, Hôpital Louis Mourier, 178 Rue des Renouillers, 92700 Colombes
delay.alice@gmail.com

Ailettes, Aiguilles, Pratiques

INTRODUCTION

Deux types de dispositifs médicaux pour les prélevements sanguins périphériques

Aiguille de prélèvement



En priorité
pour les patients ayant un
capital veineux correct
(0,26€)

Unité de prélèvement à ailettes



Capital veineux fragile et
hémocultures
(0,56€)

MAIS

SURCONSOMMATION

des unités de prélèvement à ailettes



même pour des patients ayant un
capital veineux correct

& introduction d'une nouvelle aiguille
de prélèvement à l'hôpital Louis
Mourier en juin 2024 :
Aiguille Eclipse™ Signal™

OBJECTIFS

REDUIRE L'UTILISATION DES UNITÉS
DE PRÉLÈVEMENT À AILETTES DE 30%
et réserver leur utilisation aux cas les plus
compliqués et aux hémocultures.

&

FAVORISER LE RECOURS AUX
NOUVELLES AIGUILLES DE
PRÉLÈVEMENT ECLIPSE™ SIGNAL™
en mettant en avant leurs
caractéristiques.

MATERIELS ET MÉTHODES

ENQUÊTE DE PRATIQUES : questionnaire en ligne Google Forms®, anonyme, à destination des Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE) de l'hôpital Louis Mourier avec une période de diffusion s'étalant du 27 janvier au 14 mars 2025.

Connaissance des prix
Connaissance des indications de ces deux dispositifs de prélèvement
Connaissance des caractéristiques des Eclipse™ Signal™

FORMATION des IDE par le laboratoire BD en juin 2024, novembre 2024 et janvier 2025 à l'utilisation des aiguilles de prélèvement Eclipse™ Signal™ :

Paroi de l'aiguille extra-fine & Visualisation du retour sanguin

prélèvement plus rapide par rapport à une unité de prélèvement à ailettes

AFFICHE distribuée en mars 2025 aux services, rappelant les bonnes pratiques de prélèvement sanguin périphérique



ANALYSE DES CONSOMMATIONS des aiguilles de prélèvement et des unités de prélèvement à ailettes de janvier 2024 à mars 2025 sur Copilot DM et estimation de la réduction des coûts

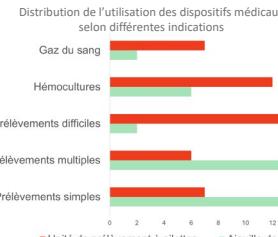
RÉSULTATS

ENQUÊTE DE PRATIQUES

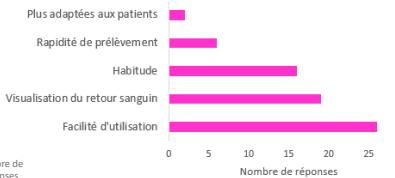
37 % utilisent l'unité de prélèvement à ailettes et l'aiguille de prélèvement

n = 49

59 % utilisent uniquement l'unité de prélèvement à ailettes



Raisons pour lesquelles les IDE préfèrent les unités de prélèvement à ailettes



Connaissance des caractéristiques des nouvelles aiguilles de prélèvement Eclipse™ Signal™ :



• 15 % des IDE interrogés connaissent le prix d'une aiguille de prélèvement Eclipse™ Signal™

• 8 % des IDE interrogés connaissent le prix d'une unité de prélèvement à ailettes

FORMATIONS

70 IDE formé(e)s de juin 2024 à janvier 2025 provenant de 9 services

AFICHES

Distribuées dans ces mêmes services

ANALYSE DES CONSOMMATIONS

Part de consommation des unités de prélèvement à ailettes de janvier 2024 à mars 2025



Après la troisième formation : les unités de prélèvement à ailettes sont utilisées dans 80 % des prélèvements, soit une diminution de 6 %

45 € d'économies par mois

Objectif : diminution de 30%

433 € d'économies par mois
Soit 5 196 € d'économies par an

DISCUSSION

- Faible taux de réponse (10%) → Difficulté de changement des pratiques infirmières, qui utilisent les unités de prélèvement à ailettes par habitude et facilité d'utilisation
- Part de prélèvements sanguins réalisés avec les unités de prélèvements à ailettes irréductible : les hémocultures et les patients avec un capital veineux fragile
- Déférence entre utilisation réelle des dispositifs médicaux et données Copilot DM (effet de stock)
- Diminution de l'utilisation des unités de prélèvement à ailettes après chaque formation mais non pérenne
- L'impact de l'affiche, mise en place en mars, reste à être évalué

CONCLUSION

Les actions mises en place ont permis une première réduction de l'utilisation des unités de prélèvement à ailettes

Nécessité de poursuivre les actions afin d'atteindre l'objectif de réduction de 30%

Nantes
Université

BON USAGE DES PATCHS PÉRICARDIQUES BIOLOGIQUES : ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR 2 ANS

N° 43
CHU NANTESC.Leduc¹, J.Mougin², B.Maurel-Desanlis³, J-C.Rousse³, J.Clouet^{1,4}, F.Native^{1,4}¹ Nantes Université, CHU Nantes, Pharmacie à Usage Intérieur, F-44000, France.² Nantes Université, CHU Nantes, Service chirurgie vasculaire et endovasculaire, F-44000, France.³ Nantes Université, CHU Nantes, Service chirurgie thoracique et cardiovasculaire, F-44000, France.⁴ Nantes Université, ONIRIS, CHU Nantes, INSERM, Regenerative Medicine and Skeleton, RMeS, UMR1229, F-44000, France.

Contact : c.leduc1709@laposte.net

Mots-clés : Audit, Réparation cardio-vasculaire, Indications

Introduction :

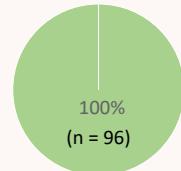
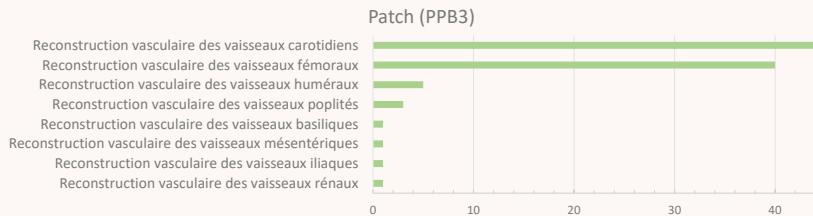
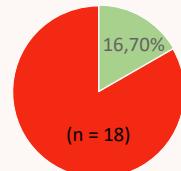
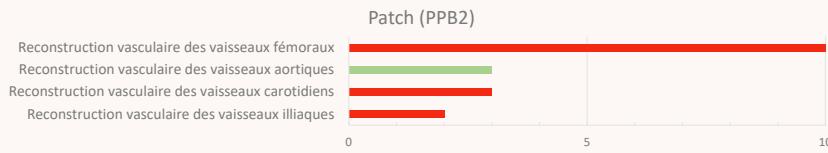
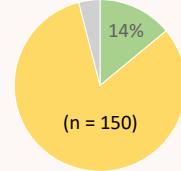
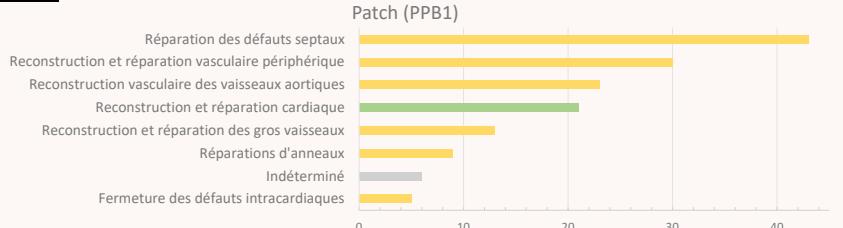
Les patchs péricardiques biologiques sont largement utilisés lors de chirurgies cardiaques et vasculaires. En réponse aux demandes des cliniciens, notre établissement a référencé trois patchs péricardiques biologiques. Ce référencement a suscité une réflexion sur leur bon usage.

	Société A – PPB1	Société B – PPB2	Société B – PPB3
Taille	10 cm x 15 cm	4 x 4 cm / 6 x 8 cm / 8 x 14 cm / 10 x 16 cm	1 x 6 cm / 0,8 x 8 cm / 1 x 10 cm / 2 x 9 cm
Epaisseur	0,5 ± 0,25 mm	0,5 ± 0,25 mm	0,5 ± 0,25 mm
Composition	Feuillet de péricarde bovin	Dérivé de péricarde bovin	Dérivé de péricarde bovin
Indications du marquage CE	Fermeture du péricarde à la suite d'une intervention cardiaque.	Fermeture et réparation péricardique, des défauts intracardiaques et des gros vaisseaux.	Reconstruction vasculaire, notamment des vaisseaux carotidiens, rénaux, iliaques, fémoraux, profonds et tibiaux.

Objectif : Faire un état des lieux des pratiques professionnelles sur 2 ans au sein de l'établissement au regard des indications revendiquées du marquage CE afin d'assurer une utilisation optimale de ces DM.

Matériel et Méthodes :

- ① Extraction à l'aide du logiciel de traçabilité sanitaire institutionnel (Sedistock®) de la liste des patchs implantés entre janvier 2023 et décembre 2024.
- ② Recherche de l'indication de la pose du patch dans le dossier médical du patient (Powerchart®).
- ③ Comparaison entre cette indication et celle revendiquée du marquage CE du DM.

Résultats :

█ Indications du marquage CE █ Indication « validée FDA » █ Indications hors marquage CE

Discussion / Conclusion :

Une communication sera adressée aux services pour rappeler les bonnes pratiques d'utilisation des différents patchs, accompagnée d'un poster précisant les indications du marquage CE. Une présentation sera également effectuée en Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles, où la validation d'un référentiel de bon usage pourrait être envisagée pour encadrer les indications hors marquage CE du PPB1. Enfin, un nouvel audit sera programmé dans un an afin d'évaluer l'évolution des pratiques.



Bon usage des poches de stomie : comment répondre aux besoins des services ?



Poster N°44

C.Lopes (1), C.Martelet (1), O.Wolber (1), L.Combe (1)

(1) PUI, Service Dispositifs médicaux – Stérilisation, CH Lens

Contexte

**10 000** patients vivant avec une stomie en France

Prise en charge en stomathérapie → compétences spécifiques et soins adaptés

Dans les services de soins, le **bon usage des poches de stomie = préoccupation essentielle** pour optimiser la prise en charge infirmière

Objectif

Fournir un **document informatif, clair et accessible** sur le bon usage des poches de stomie, leurs spécificités et les étapes de pose → répondre aux **demandes des soignants et harmoniser les pratiques.**

Matériels et méthodes

**Réunions pluridisciplinaires** avec:

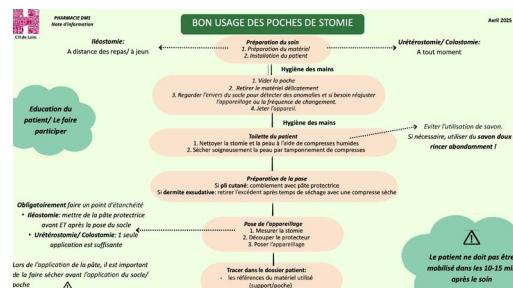
- Un infirmier stomathérapeute
- Des IDE de plusieurs services
- Un pharmacien

Résultats

Affiche à 3 volets :

POCHES DE STOMIES AU CHL			
Type de Stomie	Entérostomie	Iléostomie	Uréterostomies
Colo-gaucher: selles molles	Selles pâtières à liquides	Selles liquides et coriaces	Unives
Système 1 pièce découpable Pochette visible ou fermée	Système 2 pièces	Système 2 pièces	Système 2 pièces
	Pochette: tous les 2-3 jours Support: tous les 2-3 jours	Pochette: tous les 2-3 jours Support: tous les 2-3 jours	Pochette: tous les 2-3 jours Support: tous les 2-3 jours
Fréquence de changement	1 à 2 J		
Libellé PHARMA	POCHE ENTÉROSTOMIE DÉCUPABLE A SELLES LIQUIDES	ENTÉROSTOMIE 2 PIÈCES POCHETTE ENTÉROSTOMIE 2 PIÈCES SOUTIEN	ILÉOSTOMIE 2 PIÈCES POCHETTE ILÉOSTOMIE 2 PIÈCES SUPPORT ILÉOSTOMIE 2 PIÈCES COLLECTEUR ET SOINT
Fournisseur	COLPLAST	CONVATEC / COLPLAST	BRAUN B
Tailles disponibles	10 à 55 mm	57 mm / 75 mm Pédiculpoche D17 / Pédiculpoche D27	80 mm
Référence	104581	Pochette: 431000 / 431005 / 431010 / 431015 / 431020 Support: 431040 / 431045 / 431050 / 431055	Pochette: 626800R Support: 626800R Pochette collecteur: 630900C
Illustration			

LISTE DU MATERIEL NÉCESSAIRE AU SOIN DE STOMIE		
Rassembler le matériel avant d'effectuer un soin de stomie:		
<ul style="list-style-type: none"> • Protection pour le lit • Solution antiseptique pour les mains • Gants non stériles • Cuvette, eau tiède • Appareillage adapté (système 2 pièces/ poche 1 pièce) • Pâte protectrice • Ciseaux, modèle de découpe • Gants de toilette à usage unique, compresses non stériles • Ceintures de fixation selon le type d'appareillage et si nécessaire • Sac à déchets 		
Vérifier l'intégrité et les dates de péremption des produits utilisés		



- Volet 3:** étapes à suivre pour assurer le bon déroulé de la pose: conseils, toilette du patient...

Conclusion

Diffusion dans tous les services de soins et mise à disposition des équipes soignantes.
Evaluation par un questionnaire de satisfaction mise en place → adapter le support en fonction des retours des soignants et garantir une meilleure appropriation des informations.

CIRCUITS DE VENTILATION MÉCANIQUE EN RÉANIMATION : ÉTAT DES LIEUX ET

MISE EN PLACE DE FICHES DE BON USAGE

C.Timineri¹, E.Marques¹, S.Drot², V.Tsakova³, J. Do Vale³, AM. Deguillaume¹¹Service pharmacie , ²Equipe opérationnelle d'hygiène, ³Service de réanimation médicale adulte, Hôpital privé d'Antony, 1 rue Velpeau, 92160 Antony

chiaratimineri@yahoo.it

Mots Clés : hygiène, respirateur, bonnes pratiques

INTRODUCTION :

- Risque de pneumopathies acquises par ventilation mécanique (PAVM) élevé chez les patients ventilés en réanimation
- Une démarche globale de prévention des PAVM a été mise en place dans notre établissement de santé (ES).
- Ce risque peut être lié en partie à un montage des dispositifs médicaux (DM) des circuits de ventilation (CV) non conforme.



OBJECTIFS:

- Réaliser un état des lieux des pratiques en réanimation
- Mettre en place des fiches de bon usage de ces DM



MATERIELS ET MÉTHODES :



Groupe de travail pluridisciplinaire

RESULTATS:

Recommandations validées en fonction du type de CV et des DM utilisés :

Dispositif médical	CV* Longue durée	CV* Courte durée	CV* pour VNI**	CV* Oxygénation haut débit	CV* Pré-oxygénation	Durée maximale d'utilisation
Raccord annelé	X	X				Fréquence de changement selon la durée d'utilisation du CV et si souillures
Filtre patient		X	X			24 heures
Circuit avec humidification passive (double branche)		X	X			7 jours
Circuit avec humidification active (double branche)	X			X		14 jours
Circuit avec humidification active (mono branche)					X	14 jours
Filtre machine	X	X	X	X	X	Fréquence de changement selon la durée d'utilisation du CV et si souillures
Canule nasale				X	X	14 jours

*CV : circuit de ventilation ;

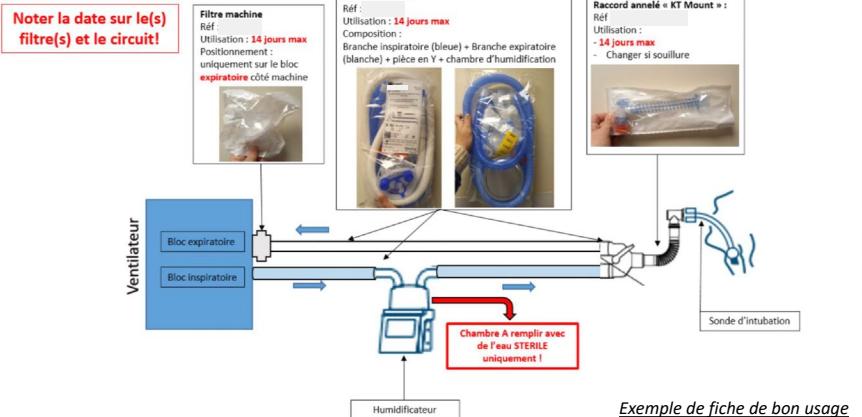
** VNI : ventilation non invasive



Mésusage des DM utilisés en réanimation :

- Positionnement non conforme
- Fréquence de changement insuffisante

Noter la date sur le(s) filtre(s) et le circuit!



Exemple de fiche de bon usage

CONCLUSION / DISCUSSION :



- Cette étude a permis d'améliorer les pratiques et de sécuriser le circuit des DM des CV.
- L'évolution des PAVM sera évaluée dans notre ES.
- Une traçabilité des changements des DM des CV sera mise en place.
- Des fiches de bon usage vont être élaborées pour le bloc opératoire.

- Travail effectué en interne donc pas applicable à tous les ES
- Recommandations :
 - limitées
 - parfois discordantes entre les sources
 - datent pour la plupart de la période Covid



Comment sécuriser la connectique d'une valve anti-retour dans un montage de perfusion complexe ?

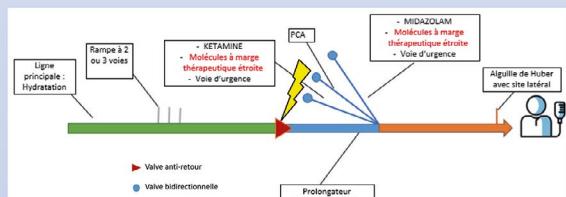
M. MAZZOLI, J. JACQUEMOIRE, M-P TONNELIER

Hôpital Simone Veil, 10000, Troyes

marie-pierre.tonnelier@hcs-sante.fr**Mots clés : Dispositif médical , Matériovigilance , Ishikawa**

Introduction

L'administration à faible débit de molécules à marge thérapeutique étroite nécessite des montages de perfusion complexes. Le montage présenté ci-joint se compose d'un prolongateur multilumières muni à son extrémité d'une valve anti-retour (VAR) afin de sécuriser la perfusion des médicaments administrés sous pression positive contrôlée.



La survenue d'une fuite au niveau de la collerette de la VAR nous a conduit à analyser les causes de cet incident.

L'objectif de ce travail est de sécuriser la connectique de la VAR placée à l'extrémité du prolongateur

Matériels & Méthode

- Réunions pluridisciplinaires : infirmier / pharmacien / médecin
- Analyses des causes : questionnaire d'identification de la problématique /diagramme d'Ishikawa
- Propositions d'alternatives : évaluation de différents dispositifs médicaux

Résultats

	Schéma conservateur	Schéma alternatif
Disponibilité	Non commercialisé sur le marché	Commercialisé sur le marché
Solution	<u>Ajout satellite</u> sur le montage existant	<u>Substitution</u> complète du prolongateur
Objectif	Renforcer la résistance aux déconnexions / connexions à la VAR	Renforcer la résistance aux déconnexions / connexions à la VAR
En pratique	Ajout d'un luer femelle clos par une valve au niveau de la VAR	Utilisation d'un prolongateur prémonté d'une VAR et d'un luer femelle clos par une valve
Avantages	Connexions à la VAR sécurisée Conservation du prolongateur initial	Connexions à la VAR sécurisée par un dispositif pré-monté
Inconvénients	Manque d'ergonomie : assemblage de la VAR au connecteur clos Risque d'erreur de positionnement Ajout d'un volume mort	Manque d'ergonomie : assemblage de la VAR au connecteur clos Ajout d'un volume mort



Développement en lien avec le laboratoire d'un **micro-prototype reposant sur un pré-assemblage d'un connecteur clos au luer femelle de la VAR** réduisant ainsi l'encombrement, le volume mort et le risque d'erreur

Conclusion

Recommandation émanant de cette matériovigilance : 35^{èmes} JNFDM Bordeaux

Sécurisation de la connectique de la VAR lorsque celle-ci est placée à l'extrémité de la ligne de perfusion par un connecteur clos de préférence pré-monté



Comment sécuriser l'administration de l'hydratation par voie entérale ?

N° 48

Zouad.I¹, Oger.F¹, Jacquemoire.J¹, Tonnelier.M-P¹

ENFit, évènement indésirable, DM
Pharmacie, Hôpitaux Champagne sud, CH Troyes, France

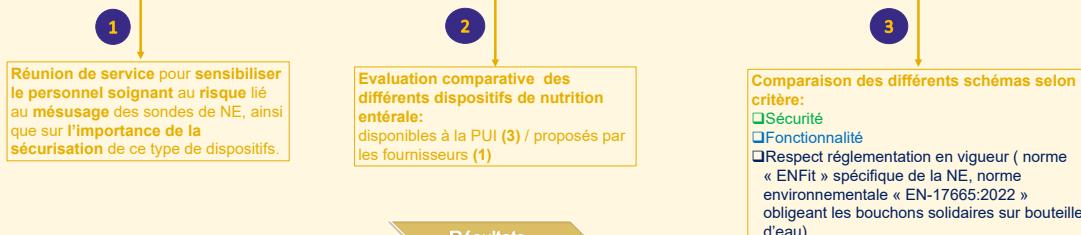
Contexte

A la suite d'un événement indésirable « grave » dû à une administration de l'hydratation entérale par voie IV, nous nous sommes intéressés aux schémas d'administrations de l'hydratation par voie entérale.

Objectif

L'objectif a été d'optimiser nos schémas de montage et de sécuriser l'administration de l'hydratation par voie entérale.

Matériels et méthodes :



Résultats

Schéma A:

Dispositif simple voie permettant l'hydratation à l'aide d'une poche vide à remplir



Schéma B:

Dispositif simple voie présentant une ligne d'hydratation avec bouchon à visser sur la bouteille à eau.

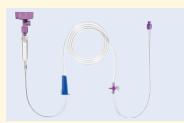


Schéma C:

Dispositif double voie en Y avec 1 ligne de nutrition entérale sécurisée ENFit et une ligne d'hydratation entérale avec trocart sur la seconde voie.



Schéma D:

Dispositif double voie en Y avec une ligne de NE sécurisée ENFit et 1 ligne avec poche vide à remplir sur la voie d'hydratation par de l'eau minérale ou d'eau du robinet



Dispositifs non retenus

Schéma Critères	Schéma A	Schéma D	Schéma C	Schéma D
Sécurité	😊	😊	✗	😊
Fonctionnalité	✗	✗	😊	😊
Réglementaire	😊	✗	😊	😊
	Non retenu sur le plan fonctionnel => Ne permet pas une administration séquentielle d'eau et de nutrition.	non retenu => connexion impossible avec l'utilisation de bouteille d'eau à bouchon solidaire.	Critère de sécurité non respecté. => Présence trocart similaire à celui d'un perfuseur => risque de mésusage car administration de soluté IV par voie entérale possible.	CRITERES RESPECTES: → Schéma retenu

Conclusion

- La sonde en Y avec hydrobag (Schéma D), permet donc de répondre à notre problématique pour sécuriser au mieux l'administration de l'hydratation par voie entérale.

Perspective

- Ce travail a permis de mettre en évidence qu'une évolution de la réglementation (norme EN 1615 et ENFIT ISO 80369-3) serait nécessaire afin de prohiber la présence de trocart sur les sondes de nutrition Y.
- Un Audit dans différents services pour évaluer les conditions d'administration de l'hydratation pourrait permettre d'évaluer la mise en pratique de ces recommandations



Conformité des indications 2023 et 2024 de pose d'implants utilisés dans le traitement du reflux vésico-urétéral (RVU)

n°49

C. MULLER, A. LE CAR, J. PERREY, C. FAURE
DMI de comblement, Urologie, Bon usage

CHU Montpellier - Pharmacie Euromédecine
Contact : camille.15.muller@gmail.com

Introduction et Objectif

- Reflux vésico-urétéral (RVU)** : remontée urine vésicale dans uretère
 - Anomalie de formation jonction urétérovésicale
 - Secondaire (obstruction, trouble mictionnel)
- Classification par grade de RVU**
- Traitement par **injection endoscopique** d'un implant de comblement
- Indication pour **3 gammes de DMI** dans la **liste des produits et prestations (LPP)**

Evaluer la conformité des indications de pose dans notre établissement



Fig.1 : Représentation des différents grades de RVU
Source : National Kidney Foundation

Matériels et Méthodes

- Audit de bon usage** : analyse rétrospective sur **2 ans**
 - Comparaison des indications (LPP, avis HAS, marquage CE)
 - Grille d'audit : Excel
 - 12 critères (caractéristiques d'identification du patient, indication de pose, respect de la LPP, raisons d'inadéquation)
 - Extractions des données : logiciel de traçabilité sanitaire Gildas
 - Analyse des dossiers et recueil des données : dossier médical partagé (DMP) sur DxCare

Résultats

Indication identique (LPP, avis HAS, marquage CE) :

Traitement du RVU chez l'adulte et/ou chez l'enfant avec pyélonéphrite récidivante sous antibioprophylaxie
59 dossiers patients analysés
86,5% de conformité HAS

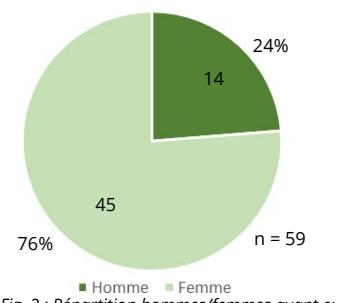


Fig. 2 : Répartition hommes/femmes ayant eu une implantation avec l'un des 3 implants

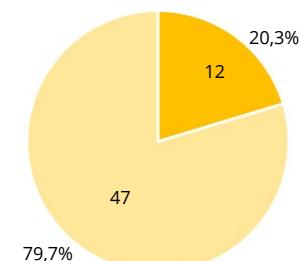


Fig. 3 : Répartition enfants/adultes ayant eu une implantation avec l'un des 3 implants

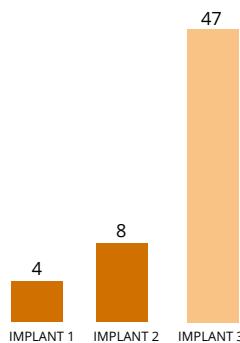


Fig. 4 : Répartition enfants/adultes pour chaque implant

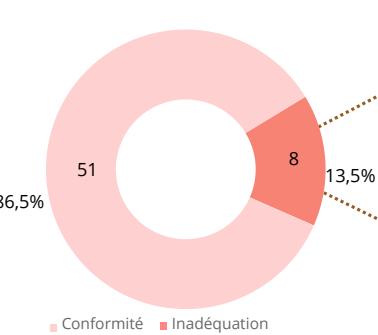


Fig. 5 : Pourcentage total de conformité/inadéquation d'indication à la pose selon la LPP pour les 3 gammes

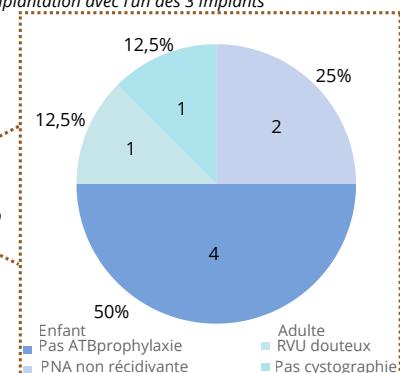


Fig. 6 : Raisons d'inadéquation de pose

Conclusion/Discussion

- Conformité moyennement satisfaisante** sur l'aspect du bon usage
- Présence de **biais** :
 - Biais intra-auditeur (interprétation des dossiers patients)
 - Biais d'information (manque d'information dans les DMP)
- Présentation des résultats aux **médecins** et discussion des **dossiers non conformes**
 - Affiner les résultats
 - Augmenter la conformité des futures implantations pour améliorer les pratiques et l'efficience des dépenses





CONFORMITÉ DES PRATIQUES HOSPITALIÈRES AUX RECOMMANDATIONS POUR LA VOIE VEINEUSE PÉRIPHÉRIQUE (VPP) : ANALYSE DES FREINS À L'ABANDON DES MANDRINS OBTURATEURS

A. GAGBA¹, C. FAHEY², S. JOLIVET², B. MICOUIN-LARCHER¹,¹Pharmacie à Usage Intérieur, ²Unité de Prévention du Risque Infectieux (UPRI), Hôpital Tenon, Paris

POSTER n°50

anita.gagba@aphp.fr

MOTS CLÉS : PROLONGATEURS COURTS, OBSTACLES, FORMATION Continue

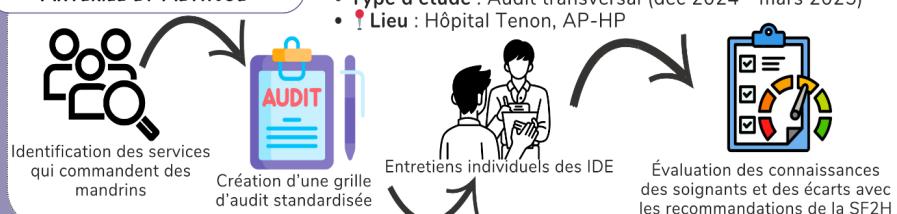
INTRODUCTION ET OBJECTIF :

Depuis 2019, la SF2H (Société Française d'Hygiène Hospitalière) recommande les prolongateurs plutôt que les **mandrins obturateurs** lors de la pose des VVP, afin de limiter les infections. Pourtant, certains services utilisent encore des mandrins, malgré les recommandations et leurs disparitions progressives du marché. Cette étude évalue les connaissances et pratiques des soignants pour identifier les freins et favoriser l'adoption des bonnes pratiques.

Mandrin obturateur : bouchon avec tige insérée dans l'embase d'un cathéter pour le fermer entre deux utilisations. *Non recommandé (2019) + arrêt de commercialisation (2024)*

Prolongateur court : dispositif médical (DM) connectant un cathéter veineux à une tubulure de perfusion, souvent fixé à l'embase.

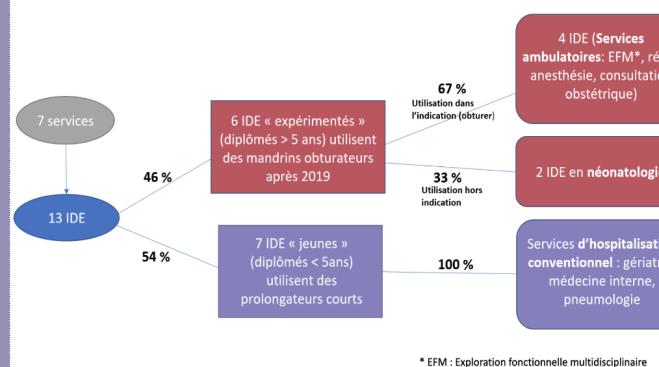
MATÉRIEL ET MÉTHODE :



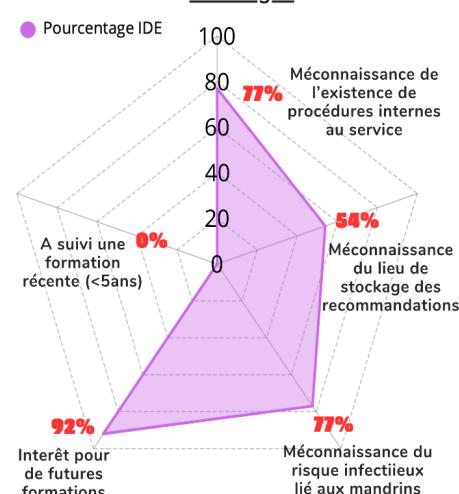
RÉSULTATS :

13 IDE audités dans 7 services (total de 41 services)

Conformité des pratiques



Cartographie des connaissances des IDE interrogés



Freins identifiés :

- Causes individuelles :
 - Soignants : pratiques historiques, méconnaissance.
 - Patients : contraintes cliniques (néonatalogie).
- Causes organisationnelles : manque de formation, contraintes matérielles, absence d'actualisation des dotations et procédures standardisées.

Points forts :

- Certains services ont adopté les prolongateurs courts.
- Intérêt des IDE pour des sessions de rappel.

Limites de l'étude :

- Échantillon restreint (13 IDE) + étude mono-centrique

ANALYSE ET DISCUSSION

CONCLUSION

Besoin de **formation continue** pour les soignants et amélioration de la **communication** sur l'existence de procédures.

Actions clés et perspectives :

PHARMACIE → Suppression des mandrins restants + Mise à jour des dotations + Approvisionnement de DM adaptés.

UPRI → Sessions de formations et de sensibilisations Diffusion des recommandations sur la Gestion Électronique de Documents (GED) et via la lettre de l'UPRI.

Élaboration d'une affiche de bon usage des bandes de contention médicales

N°51

Auteurs : Michaël TABET¹, Anne DURAND¹, Justine PICARD¹, Sophie DURAND-ROGER², Marie-Agnès BARRANS¹, Michael CHAUSSARD¹

¹Centre Hospitalier de Narbonne, Service Pharmacie
²Centre Hospitalier de Narbonne, Service Plaies et Cicatrisations
michael.tabet@hotmail.fr

Mots clés : recommandations, compression, dispositifs médicaux

INTRODUCTION

- Difficultés dans le choix d'une bande de contention
- Une équipe Plaies et cicatrisations assure par des avis son bon usage

OBJECTIF

- Réaliser une affiche sur les bandes référencés au CH de Narbonne afin d'aider le personnel soignant dans leurs pratiques

MATÉRIELS ET MÉTHODES

- Réalisation de l'affiche par le service pharmacie et l'équipe plaies et cicatrisation
- Basées sur les recommandations nationales^{1,2} et les fiches techniques des DM référencés

RÉSULTATS

Bon usage des bandes de compression et de contention médicales

	Bandes à systèmes multi-types	Bandes de contention = Bandes sèches à allongement court	Bandes anti-œdème inélastique	Bandes élastiques et cohésives	Bandes élastiques et adhésives	Bandes élastiques et cohésives
Dispositifs médicaux référencés						
Taille / Référence fournisseur (Code produit pharmacie)	- 18-25cm x 10cm / 194584 (11578) - 25-32cm x 10cm / 191585 (11579)	- 10cm x 5m / 22202 (40059)	- 11cm x 4m / 010101011400000 (11924)	- 2.5cm x 2m / 7210052 (7653)	- 3cm x 2.5m / 7205066 (1251) - 6cm x 2.5m / 7205067 (1252) - 10cm x 2.5m / 7205069 (1253) - 15cm x 2.5m / 7205070 (1254)	- 6cm / 4547100 (7654)
TTT Ulcères : Artériopathie ? Œdèmes : Autres :	→ Veineux ouvert puré → Non recommandée → Traitement des œdèmes du membre inférieur → Traitement maladie thromboembolique veineuse → Affection chronique veineuse	→ Mixte ouvert (IP5 ≈ 0.7) → + (IP5 = 0.7) → Traitement lymphoœdème : phase de réduction de volume → Traitement maladie thromboembolique veineuse → Insuffisance veineuse avec OMNI + artériopathie (CI si IP5 < 0.7)	→ Mixte ouvert → +++ (Contre-indication si IP5 < 0.7) → Lymphatique, Post-traumatique, et Variqueux simple → Insuffisance veineuse avec OMNI + artériopathie (CI si IP5 < 0.7)	→ Contention	→ Prévention et traitement des traumatologies sportives	→ Fixation de pansements
Caractéristiques	Pression de repos < Pression de travail En latex 1 bande à allongement court et 1 bande à allongement long Usage Unique	Pression de repos < Pression de travail 100% coton Lavable et réutilisable (si artériopathie)	Pression de repos < Pression de travail 100% coton Bande inélastique Bande tubulaire Lavable et réutilisable Non Remboursée = 12€/unité à la sortie	Sans latex Bande élastique Auto-adhésif Non collant sur la peau Support aéré Répositionnable, réutilisable Sécable à la main Plusieurs jours	100% coton Bande élastique Adhésif Support aéré	Sans latex, sans phthalate Bande élastique Cohésif (auto-adhésif) Non collant sur la peau Support aéré Découppable
Durée de pose Conseils pour poser	24h, 7j max Taille = circonférence de la cheville Bon étirement = $\frac{1}{2}$ →  Recouvrement 50% pour 18-25cm et Recouvrement 2/3 - 1/3 pour 25-32cm https://www.youtube.com/watch?v=tTC0hRqJ4A	24h voire plusieurs jours Tension complète sur un pied à 90° Recouvrement 2/3 - 2/3	24h/24 + MEFIX® posé en U sur la jambe Poser sans serrer	Contention modérée	Plusieurs jours Ne pas serrer au max	Plusieurs jours Ne pas serrer au max

Rappel des contre-indications de la compression médicale :

AOMI avec IP5 < 0.6

Microangiopathie diabétique évolutionnée (si compression >30 mmHg)

Phlegmatia coerulea dolens

Thrombose septique

CONCLUSION ET DISCUSSION

- Confusion entre :
 - La compression médicale exerçant une pression modérée et permanente
 - La contention exerçant une pression plus importante en activité
- Les bandes multi-types sont considérées comme de la contention veineuse
- Une affiche à destination du personnel soignant et une aide pour la dispensation à la pharmacie
- Perspectives : analyser les pratiques afin d'évaluer l'impact du guide de bon usage

Références : ¹HAS. La compression médicale dans les affections veineuses chroniques. Décembre 2010

²HAS. La compression médicale en prévention de la thrombose veineuse. Décembre 2010



Etat des lieux de la traçabilité des voies veineuses centrales (VVC) dans un ES.

N°53

clemence.pevet.etu
@univ-lille.fr

C. PEVET¹, T. LAMBELIN¹, A.F. GERME¹, B. DECAUDIN¹

Sécurité sanitaire, cathéters, circuit

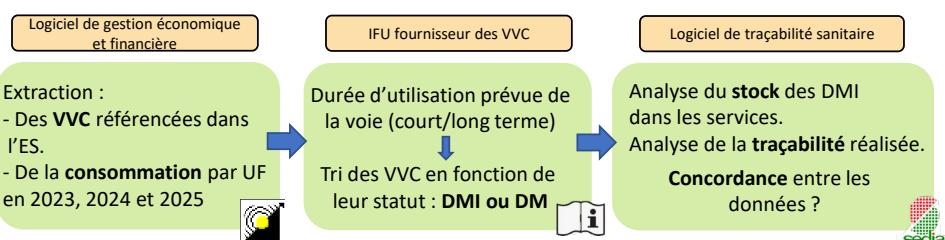
1: PUI, CHU de Lille, Lille

CONTEXTE

Les VVC destinées à rester en place au moins 30 jours ont le statut de dispositif médical implantable (DMI) et doivent être tracées conformément à la législation française (décret de novembre 2006). Un travail de remise à plat du circuit des DMI et de la traçabilité est en cours à des fins d'optimisation.

→ **Objectif :** Réaliser un état des lieux des VVC référencées dans l'ES et leur traçabilité sanitaire.

MATERIEL ET METHODES



Pour chaque référence de VVC ayant le statut de DMI, la traçabilité est jugée conforme ou non pour chaque UF consommatrice.

RESULTATS

80 références de VVC dans l'ES:

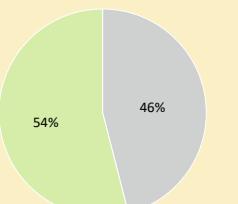
11 Chambres implantables
17 PICC-line
24 CVC
28 Cathéters de dialyse

↓
48 références ont le statut de DMI,
soit 60%

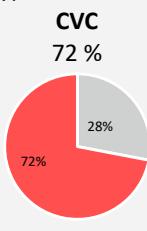
TAUX DE TRACABILITE CONFORME:

Toutes références confondues :

54 %



Par type de voies:



PICC-line

46 %

Conforme

PAC

39 %

Non conforme

Mise en évidence de circuits **non réglementaires**:

- . Prêt de DMI entre services.
- . Commande par un UF autre que l'UF consommatrice.
- > Problème d'imputation des coûts

Sur 20 UF consommatrices différentes :

- . 5 UF : traçabilité correct ✓
- . 8 UF : traçabilité partielle
- . 2 UF : ne tracent pas ✗
- . 5 UF : pas d'accès au logiciel de traçabilité

CONCLUSION

- L'audit a mis en évidence une traçabilité des VVC insuffisante. La mention du type de voie dans le dossier patient (recommandation SF2H) doit être distinguée de la traçabilité sanitaire réglementaire des DMI, cette notion peut être source de confusion pour les soignants.
- Une formation à la traçabilité sera refaite dans les services ainsi qu'une mise en conformité des différents circuits, un accès au logiciel de traçabilité sera également accordé aux UF ne l'ayant pas.

ETAT DES LIEUX DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES EXECUTEES EN VILLE (PHEV) DE PANSEMENTS EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE



M.BABIN⁽¹⁾, L.GAUDEFROY⁽¹⁾, S.MEMBRE⁽¹⁾, A.PETIT⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU AMIENS PICARDIE – 1 rond point du Professeur Christian Cabrol – 80054 AMIENS

marie.babin59@gmail.com
Mots-clés : dispositifs médicaux, bonnes pratiques, lien ville hôpital

n° 54

INTRODUCTION - OBJECTIFS

Les montants remboursés par l'Assurance Maladie au titre des pansements inscrits à la LPP pour notre ES ont atteint 1,9M€ en 2023 (+ 4,1% vs 2022).
 ➤ Dans ce contexte de progression continue des dépenses, en collaboration avec la CNAM, notre ES a engagé une démarche d'analyse visant à évaluer la conformité aux recommandations en vigueur des prescriptions hospitalières de pansements exécutées en ville.
 ➤ Le service de chirurgie orthopédique s'est associé à cette initiative, avec une participation active des chirurgiens, en se concentrant sur les pansements prescrits pour la prise en charge des plaies aigues suturées après intervention chirurgicale.
 ➤ Ce travail poursuivait plusieurs objectifs secondaires : analyser la conformité de la dispensation en ville des prescriptions hospitalières de pansements, recenser et quantifier les prescriptions effectuées par des professionnels de santé libéraux à la suite d'une prescription hospitalière de pansement, estimer les surcoûts engendrés, et enfin, mesurer l'impact écologique.

MATERIEL & METHODES

Étude prospective monocentrique, incluant des patients hospitalisés pour PTG, PTH ou PTE avec retour à domicile programmé. L'éligibilité a été vérifiée via le DPI (DxCare®) au lendemain de l'intervention. Après information orale, la non-opposition du patient et le nom de sa pharmacie d'officine ont été recueillis. Une semaine après la sortie d'hospitalisation, un contact téléphonique avec le pharmacien désigné a permis de recueillir les dispensations effectuées, ainsi que les éventuelles prescriptions réalisées en secteur libéral, consécutives à la prescription hospitalière. Cette étude a été enregistrée auprès de la DRCI de l'ES sous le n°PI2025_843_0063.

- Les analyses ont porté sur la :
- 1. **Conformité de prescription** : données analysées à l'aide d'une grille issue de la littérature⁽¹⁾, structurée en 7 catégories d'éléments attendus. Un taux de conformité est calculé par catégorie.
- 2. **Analyse pharmaceutique a posteriori** : évaluation de la cohérence des prescriptions au regard des bonnes pratiques de prise en charge des plaies⁽²⁾.
- 3. **Quantification des prescriptions effectuées par des professionnels de santé libéraux** : données recueillies auprès de la pharmacie d'officine.
- 4. **Conformité de dispensation** : analyse ligne par ligne de la concordance entre les pansements prescrits et ceux effectivement délivrés.
- 5. **Estimation des surcoûts** : montants calculés à partir du tarif de responsabilité (TR) des DM, fixés par le CEPS.
- 6. **Impact écologique** : conversion du montant total des surcoûts en émissions de CO₂e, selon un facteur moyen de 315 kg CO₂e par k-euro⁽³⁾.

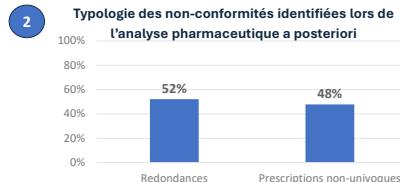
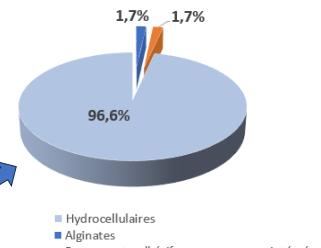
RESULTATS

Période d'étude : 17 février au 7 mars 2025 - Sur les 73 patients initialement recensés, 37 ont été inclus dans l'analyse finale. Ce qui correspond à 37 ordonnances analysées, comportant un total de 58 lignes de prescriptions, soit en moyenne 1,57 référence/ordonnance. De nombreuses NC ont été identifiées et sont détaillées ci-dessous :

1	Catégories	Critères renseignés	Conformité générale
Identification de l'ES	- Raison sociale	100 %	76 %
	- n°Finess	76 %	
Identification du prescripteur	- Nom/Prénom	100 %	43%
	- Qualité	100 %	
Identification du patient	- n°RPPS	43 %	100 %
	- Nom/Prénom	100 %	
Aspects réglementaires	- Date de prescription	100 %	0 %
	- Durée/Nb de renouvellement	0 %	
	- Quantité (Nb de boîte)	100 %	
Identification de la plaie	- Signature	NA*	0 %
	- Dimensions/Site/Type ou phase de cicatrisation	0 %	
Identification du pansement	- Prescription en nom commercial	100 %	0 %
	- Prescription en nom générique	0 %	
	- Taille/Forme	100 %	
	- Caractère adhésif	0 %	
Prescriptions annexes	- Qte/boîte	0 %	100 %
	- Rythme de réfection du pansement	100%	
	- Prescription pour le nettoyage de la plaie	100%	
	- Mention de la personne réalisant les soins	100%	

*NA : non renseignable

Type de pansements prescrits :



4 Prescriptions réalisées en libéral consécutives à la prescription hospitalière
 19,4 %, réparties de manière quasi équilibrée entre les médecins généralistes (57 %) et les infirmiers libéraux (43 %)

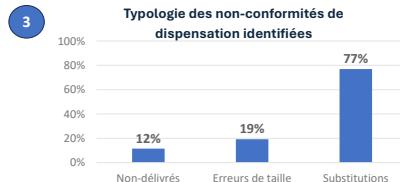
5 Estimation des surcoûts évitables

Sur la période étudiée, les surcoûts ont été estimés à 402,39 €, correspondant à un surcoût moyen de 10,88 € par patient.

Par extrapolation annuelle, cet impact économique représenterait plus de 7 000 €, en considérant un total de 950 interventions par an (PTG, PTH et PTE confondus), dont 71 % se soldent par un retour à domicile.
 (proportion observée durant la période d'étude : 52 patients sur 73)

6 Impact écologique

La conversion de ces surcoûts en impact environnemental, selon un facteur d'émission moyen de 315 kg CO₂e par k-euro, permet d'estimer les émissions associées à 2 205 kg CO₂e sur la période étudiée.



DISCUSSION - CONCLUSION

Des ordonnances ont été protocolisées par type d'intervention, validées par les chirurgiens, puis intégrées dans DxCare®. A ce jour, elles sont utilisées à 100%. Une montée en charge est prévue dans les autres services de chirurgie. Un formulaire DxCare® est en cours d'élaboration pour la prescription des pansements à l'échelle de l'ES. Il permet de générer une ordonnance, selon un modèle inspiré du CHU de Clermont-Ferrand, et sera validé au niveau institutionnel à la rentrée. Avenir : formation ciblée des prescripteurs et renforcement du lien ville-hôpital avec la CPTS... (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé)

Sources : ⁽¹⁾Hertz M et al. Qualité des prescriptions hospitalières de pansements exécutées en ville. Pharm Hosp Clin. 2021;56:161–169. ⁽²⁾HAS; ⁽³⁾NHS England Carbon Emissions Carbon Footprinting report, May 2008



ÉTUDE EXPÉRIMENTALE SUR LA PRÉCISION DU RÉGULATEUR DE DÉBIT ET ACCOMPAGNEMENT DES SERVICES DE SOINS A SON BON USAGE

N°55
Les Mythes
du CHU de Strasbourg

M. ROUSSEAU, L CLARETON, A. BROS, J. GODET, S. WISNIEWSKI, B. GOURIEUX
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg – Service Pharmacie Stérilisation - sandra.wisniewski@chru-strasbourg.fr

Mots clefs : Perfusion, Bonnes pratiques, Sécurisation

INTRODUCTION

Le Régulateur de Débit (RD) est un dispositif médical fortement consommé aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg car il facilite le réglage du débit lorsqu'il est raccordé à un perfuseur par gravité.

Données sur la précision du débit d'un régulateur de débit issues de la littérature :

Sources : documentation technique des fabricants, Omédit Centre Val de Loire, référentiel de perfusion du GT O3P (SPPC)

→ Perfuseur par gravité à molette (ISO 8536-4 (2019) et -16) : $\pm 25\%$

→ Perfuseur par gravité à molette + Régulateur de Débit : $\pm 20\%$

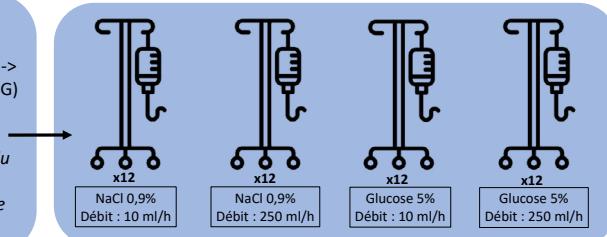


OBJECTIF : comparer de façon expérimentale le débit indiqué sur le RD et le débit mesuré

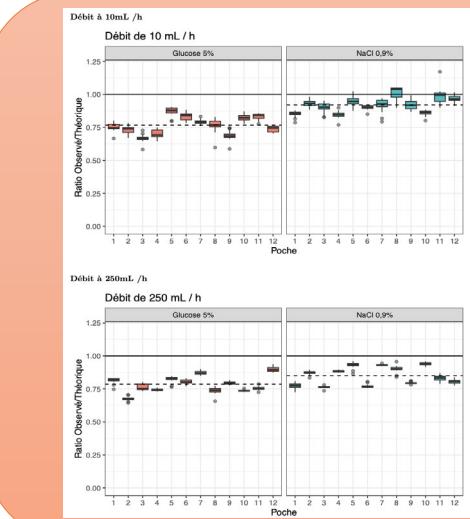
MATERIEL ET MÉTHODE

4 modèles expérimentaux : 2 type de solvants (NaCl 0,9% et Glucose 5%) et 2 débits sélectionnés (10ml/h et 250ml/h)
12 perfusions pour chaque modèle (montage : poche sur potence -> perfuseur par gravité -> régulateur de débit -> cathéter court de 20G)
Pour une durée de 3 heures en continu ($T^{\circ}\text{C}$ ambiante $22 \pm 1^{\circ}\text{C}$)

→ Réglage du débit en début de perfusion selon les graduations du RD sans comptage des gouttes (2 débits par type de solvant)
→ Pesée du volume « perfusé » toutes les 10 minutes sur balance étalonnée



RESULTATS



Le rapport entre le **volume pesé** et le **volume théorique** au regard du débit indiqué par le RD a été calculé sous la forme d'un ratio.

Moyenne des ratios pour chaque modèle :

- NaCl 0.9% à 10 ml/h : $0,920 \pm 0,062$
- NaCl 0.9% à 250 ml/h : $0,850 \pm 0,067$
 - G5% à 10 ml/h : $0,767 \pm 0,069$
 - G5% à 250 ml/h : $0,785 \pm 0,063$

Précision moyenne du RD sur les 4 modèles :

$\pm 17\%$



DISCUSSION/CONCLUSION

- Les débits mesurés sont **significativement inférieurs** à ceux indiqués sur le RD, d'autant plus avec le Glucose 5%
- La précision expérimentale retrouvée est **en accord** avec celle décrite dans la littérature

→ **La variation de débit observée montre l'importance des contrôles infirmiers dès le branchement de la perfusion par gravité**

Ces résultats alimenteront la politique de bon usage que nous allons mener dans les services de soins pour sécuriser les pratiques de perfusion par gravité. Un **algorithme décisionnel** positionnant la **pertinence du RD** (selon les administrations à réaliser et les situations cliniques rencontrées) a été validé par le groupe technique de perfusion de l'établissement. Un rappel des contrôles de débit réguliers sera fait, notamment en raison des facteurs externes particulièrement impactants sur le débit de perfusion (pliature de la tubulure, patient mobile, $T^{\circ}\text{C}$...).

ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DE LA POSE DES DMI : CAS DES ENVELOPPES ANTIBACTÉRIENNES DESTINÉES AUX DISPOSITIFS ÉLECTRONIQUES CARDIAQUES IMPLANTABLES (DECI)

L. Gaudefroy¹, M. Babin¹, B. Vaysse², M. De Graaf³, A. Petit¹

¹ Service Pharmacie CHU Amiens Picardie, ² Service d'Information Médicale CHU Amiens Picardie, ³OMÉDIT Hauts-de-France
gaudefroy.lauriane@chu-amiens.fr

Mots clés : Audit, DMI, Bon usage

INTRODUCTION

- Dans le cadre de la sécurisation du circuit des DMI et d'une démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients, des **audits réguliers** doivent être mis en place, conformément à l'article 13 de l'arrêté du 8 septembre 2021⁽¹⁾. L'**évaluation du bon usage des DMI à l'étape de leur utilisation** constitue une action prioritaire inscrite dans le plan d'action 2025, validé par le COPIL « Circuit DMI » de notre ES.
- Dans ce contexte, l'OMÉDIT Hauts-de-France ayant retenu comme axe prioritaire la classe CLADIMED « Prothèse système cardio-vasculaire autre », notre choix s'est donc porté sur l'évaluation de la prescription des **enveloppes antibactériennes**, représentant une dépense de l'ordre 300k € pour notre ES sur l'année 2024.
- Inscrites à la LPP, celles-ci sont indiquées dans les **situations à haut risque d'infection** suivantes : remplacement, révision ou upgrade de stimulateurs (STIM) et défibrillateurs (DEF) cardiaques simple, double ou triple chambre ; primo-implantation de DEF triple chambre. Une **seule enveloppe** est requise par intervention.

L'objectif est d'évaluer dans notre ES la pertinence de la prescription et la pose des enveloppes antibactériennes et leur taux de conformité aux référentiels LPPR⁽²⁾ et HAS⁽³⁾.

MATÉRIEL & MÉTHODE

Cette analyse rétrospective qui s'est déroulée sur le premier semestre 2024 repose sur les **données PMSI** et l'utilisation d'une grille d'audit construite avec l'OMÉDIT Hauts-de-France. Elle a été menée par un **groupe de travail pluridisciplinaire** associant le DIM, la PUI et le RSMQ.

Le DIM s'est chargé d'extraire les dossiers patients selon le profil suivant :

- Les GHM associés à la primo-implantation de STIM 05C14, 05C15.
- Le GHM associé à la primo-implantation de DEF 05C19 croisé avec les codes actes CCAM de pose de DEF triple chambre ou de changement de DEF pour cibler les primo-implantations de DEF simples et doubles chambres.
- Facturations de plus d'une enveloppe par séjour.

La PUI s'est chargée de vérifier les informations suivantes dans le DPI de chaque patient :

- La référence et le nombre d'enveloppes posées.
- Le type de DECI associé.
- L'indication (justification si hors LPP).
- Les contre-indications du marquage CE (allergie aux tétracyclines, à la rifampicine ou au glycoprène II, lupus, plaie infectée au niveau du site opératoire).

RÉSULTATS

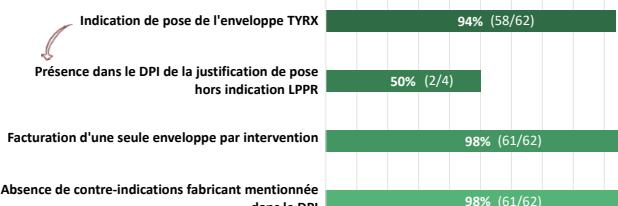
Taux de conformité 90%

62 dossiers patients analysés.

6 non-conformités ont été relevées :

- Un patient a reçu 2 enveloppes.
- Une enveloppe a été posée malgré une CI (lupus).
- Deux primo-implantations de STIM triple chambre.
- Echec d'upgrade, sans pose de DECI au final.
- Pose de l'enveloppe dans une loge ayant contenu un DECI retiré.

Conformité aux référentiels nationaux (%)



CONCLUSION & DISCUSSION

- La majorité des poses sont conformes aux référentiels LPPR et HAS, confirmant la **pertinence globale des poses d'enveloppes** dans notre établissement. Ces résultats sont encourageants et traduisent l'implication des équipes dans une utilisation conforme aux indications.
- Les résultats de l'audit ainsi que les non-conformités observées seront présentés aux utilisateurs afin d'**échanger sur leurs pratiques, resensibiliser au bon usage** des DMI et rappeler les **indications inscrites sur la LPP**.
- Cet audit, réalisé en collaboration avec l'OMÉDIT Hauts-de-France, a été **validé et lancé en juin 2025 pour les autres ES de la région HDF** avec une restitution prévue pour la fin de l'année 2025.
- Ce type d'évaluation de pertinence sera progressivement **étendu à d'autres dispositifs médicaux implantables**, notamment les **endoprothèses coronaires**, dans une logique de sécurisation du circuit et d'optimisation de la qualité des soins.

Sources :

⁽¹⁾ Arrêté du 8 septembre 2021 relatif au management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé et les installations de chirurgie esthétique – Légifrance

⁽²⁾ Arrêté du 16 avril 2021 portant inscription de l'enveloppe antibactérienne résorbable TYRX de la société MEDTRONIC France au titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale - Légifrance

⁽³⁾ Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé - Avis de la CNEDIMTS 1^{er} septembre 2020 - HAS



Evaluation des bonnes pratiques relatives au sondage vésical à demeure n°57

Anne-Flore LE RU¹, Sophie LEFEVRE², Pierre MOENNE-LOCOZ², Marie-Alix MARCHAL¹, Anne JACOLOT¹, Julie CHAPPE¹

Mots-clés : urologie, bon usage, audit

¹Pharmacie à Usage Intérieur, APHP.Hôpitaux Universitaires Paris-Seine-Saint-Denis site Avicenne (Bobigny)

²Unité de Prévention du Risque Infectieux, APHP.Hôpitaux Universitaires Paris-Seine-Saint-Denis site Avicenne (Bobigny)

anneflore.leru@gmail.com

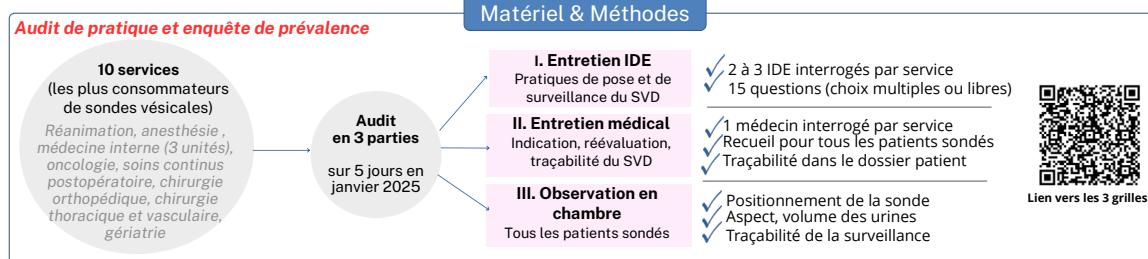
Introduction

Sondage vésical à demeure (SVD) = principale cause d'infection associée aux soins

Contexte actuel : retrait de lot massif des sondes vésicales de l'un des principaux fournisseurs sur le marché (fin décembre 2024)

→ crainte de tensions d'approvisionnement et réflexion sur la rationalisation des indications du SVD

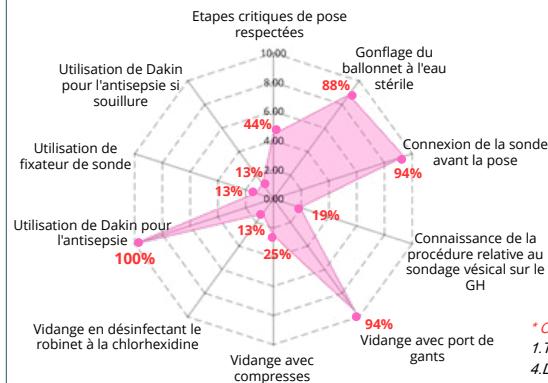
Objectif : Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) relatives au SVD dans notre établissement



Résultats

I. Entretien IDE

1. Bonnes pratiques de pose et de gestion du SVD



-100% des soignants utilisent du **Dakin** pour la pose aseptique

-Entretien de la sonde **quotidienne** dans 100% des cas

-Les paramètres cliniques à évaluer sont bien connus

-Toilette uro-génitale faite systématiquement

(😊)

-L'entretien quotidien de la sonde est parfois réalisé avec un antisепtique (30%)

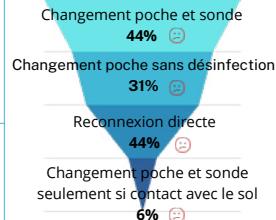
-Les étapes critiques* (asepsie) sont respectées dans seulement 44% des cas

-La vidange est très rarement réalisée avec des compresses (25%) et de la chlorhexidine alcoolique (12%)

* Ordre attendu des étapes critiques :

1. Toilette uro-génitale
2. Préparation aseptique matériel
3. Gants stériles
4. Désinfection méat urinaire
5. Introduction sonde

2. Conduite à tenir en cas de déconnexion



II. Entretien médical

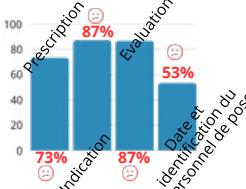
1. Service prescripteur

- 60% : service de pose différent du service actuel d'hospitalisation
- 40% : service de pose et actuel d'hospitalisation identique
- Réanimation = service prescripteur dans 53% des cas

2. Enquête de prévalence et indications

- 176 patients hospitalisés dans les 10 services audités
- 24 patients porteurs de sonde (prévalence 13%)
- 3 indications discutables avec alternative au SVD (12%)

3. Non-tracabilité dans le dossier patient



III. Observation chambre patient

- 😊 100% des poches ne sont pas en contact avec le sol
- 😊 100% des poches sont en déclive
- 😊 Les poches sont vidées régulièrement et n'excèdent pas 500mL
- 😊 La fixation de la sonde n'est pratiquée que chez 31% des patients
- 😊 Surveillance tracée dans le dossier patient dans 100% des cas

Discussion

- ✓ Aspects théoriques des bonnes pratiques de SVD bien connus des IDE, malgré la méconnaissance des procédures en vigueur
 - cependant **recommandations non systématiquement respectées** par manque de temps ou défaut de sensibilisation
 - rédaction et **diffusion d'une fiche pratique** format triptyque sur le sondage urinaire
- ✓ Réduction du SVD, en **rationalisant les indications et les durées d'exposition** = préoccupation bien intégrée par les cliniciens
 - Mais **tracabilité dans le dossier patient non optimale** de la prescription et de la réévaluation quotidienne

Conclusion

Axes d'amélioration identifiés :

- Intensification de la communication autour du risque infectieux, indispensable pour améliorer la gestion du SVD
- Mise en place de sondes préconnectées envisagée pour éviter toute rupture du système clos



EVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LES VALVES ET LES PROTOCOLES DE MONTAGE DE PERfusion DANS UN SERVICE DE PEDIATRIE



F. VENET, M. LEFEBVRE, C. MALAT, M. LONGUEVILLE, Y. MAHBOUB
Pharmacie à Usage Intérieur - Centre Hospitalier de Saint-Quentin, 1 avenue Michel de l'Hospital, 02321 - Saint-Quentin
Contact : francois_venet@yahoo.com
Mots-clés : parentéral, atelier, sécurisation

INTRODUCTION

- Montages de perfusion sécurisés protocolisés au sein de l'établissement en service de pédiatrie
- Valves de perfusion anti-retour (VAR), anti-siphonnage (VAS) et bidirectionnelles (VBD) mal intégrées en pratique
- Risque de confusion et de mésusage

OBJECTIFS

Sensibiliser au bon usage et évaluer les connaissances des infirmières à travers des ateliers.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

- Trois ateliers proposés :
 - N°1 : Atelier de reconnaissance des valves et QCM → Taux de valves correctement identifiées + Notes aux QCM
 - N°2 : Reproduction d'un montage protocolisé du service
 - N°3 : Adaptation d'un montage de perfusion par gravité seul selon une modification de prescription associant administration par gravité + système actif + transfusion
- Évaluation des connaissances :
 - Taux de montages de perfusion conformes au protocole du service
 - Taux de montages de perfusion permettant une administration sécurisée

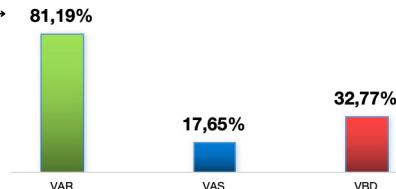
RESULTATS



- 17 infirmières du service sur 30 (57%) ont participé aux ateliers.

Atelier 1 : En moyenne, **6 valves sur 13** ont été reconnues (48%), la note moyenne aux QCM était de **8,5/20**.

ATELIER 1 : TAUX DE RECONNAISSANCE DES VALVES DE PERfusion EN FONCTION DU TYPE DE VALVE



Atelier 2 : **1 montage sur 17** conforme au protocole du service (photographie ci-dessous).

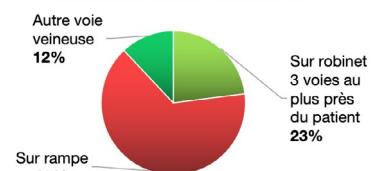


Atelier 3 : **4 montages sur 17** (23,5%) permettaient une administration sécurisée (bon positionnement de VAR, transfusion bien placée, bon usage des DM).

ATELIER 3 : TAUX DE RECOURS À LA VAR SELON LA LIGNE DE PERfusion



ATELIER 3 : POSITIONNEMENT DES CULOTS DE GLOBULES ROUGES



DISCUSSION ET CONCLUSION

- Les ateliers ont révélé des difficultés à reconnaître visuellement les valves de perfusion ainsi que le non-respect des protocoles de sécurisation des montages de perfusion.
- Bien que la VAR ait été reconnue dans la majorité des cas, son utilisation n'est pas maîtrisée.
- La formation des IDE notamment à travers des ateliers est à encourager. D'autant plus que ce format a été apprécié (satisfaction globale de 96%) par le personnel.

Prix Jury
Communication
Affichée 2025



Evaluation des connaissances, du bon usage et des pratiques liés aux valves de perfusion

Riou C.¹, Chatain S.¹, Dray J.¹, Marini H.², Petet T.², Canchon G.¹

¹Pôle pharmacie, CHU de Rouen, Rouen

²Département de Prévention des Infections Associées aux Soins (DPIAS), CHU de Rouen, Rouen

Mots clés : Parentéral ; Questionnaires ; Formation

Riou.clement1@gmail.com

CONTEXTE

Valves bidirectionnelles (VB) Valves antiretours (VA) Sécurité des perfusions

Nombreuses déclarations de matériovigilance s'avérant être du mésusage → Besoin en formation

OBJECTIF

Recueillir les connaissances et pratiques des utilisateurs concernant les valves de perfusion et identifier les éléments prioritaires de formation pour améliorer la sécurité et la conformité aux bonnes pratiques des montages de perfusion

MATERIEL ET METHODES

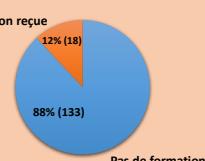
- Rédaction d'un questionnaire en ligne (Google Form) en collaboration avec le DPIAS
→ Transmissions aux utilisateurs par mail aux cadres, médecins et présentation aux pharmaciens
- Données évaluées :

- Formation reçue	- Identification	- Positionnement dans le montage
- Aisance ressentie à l'utilisation	- Fonctions	- Pratiques de désinfection et de rinçage pulsé
- Analyse par tableau : Mise en évidence des niveaux de connaissance et de respect des bonnes pratiques
→ Définir les éléments prioritaires de formation

RESULTATS

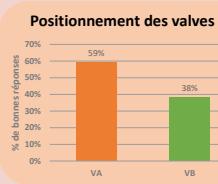
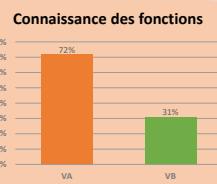
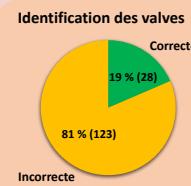


Formation sur les valves



Aisance ressentie à l'utilisation (échelle de 0 à 10)

6 / 10



Désinfection & rinçage pulsé

- 62% des répondants désinfectent systématiquement les VB → parmi eux, 7% le font en respectant les bonnes pratiques
- 34% pratiquent le rinçage pulsé avant et après chaque utilisation de la VB

Eléments prioritaires de formation (EPF) : identification, fonctions, bonnes pratiques de désinfection et rinçage pulsé

CONCLUSION

- Connaissances à consolider tant sur l'utilisation du dispositif que les recommandations de bon usage
- Rédaction d'une fiche de bon usage reprenant les EPF
→ Lancement d'une campagne de restitution auprès des services utilisateurs
→ Publication de la fiche de bon usage sur le système documentaire de l'établissement, suite à la validation en commission institutionnelle
- Ouverture :
→ Nouvelle diffusion du questionnaire afin d'évaluer la pertinence de la fiche de bon usage
→ Diffusion du questionnaire dans les Instituts de Formation aux Soins Infirmiers

BON USAGE DES VALVES DE PERFUSION

VS

VALVE BIDIRECTIONNELLE <p>FONCTIONS ET PROPRIÉTÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> Prélèvement sanguin Injection discontinue Supprime le garde veine Maintient le système clos <p>POSITIONNEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> Sur la connexion proximale du cathéter <p>BON USAGE</p> <ul style="list-style-type: none"> Avant la connexion Friction de la valve 15 sec. minimum Compresse stériles imbibées d'alcool à 70°C Rinçage pulsé Avant et après chaque utilisation 10 ml de NaCl 0,9% pulvé par poussées successives de 1 ml 2x10 ml si injection de produits à haute viscosité ou prélevement Fréquence changement : 7j maximum 	VALVE UNIDIRECTIONNELLE <p>FONCTIONS ET PROPRIÉTÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> Si obstruction de ligne principale : évite la remontée du médicament administré par le pousse-seringue en Y vers les autres lignes L'administration d'un bolus lors de la désobstruction Nécessite un bouchon en cas de déconnexion <p>POSITIONNEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> En amont sur le ligne principal, au-dessus du Y ou du robinet. <p>BON USAGE</p> <ul style="list-style-type: none"> Compresses stériles imbibées d'alcool à 70°C pour chaque manipulation
---	--

EVALUATION DES MODALITES DE PROTECTION DES MEDICAMENTS INJECTABLES PHOTOSENSIBLES À L'ADMINISTRATION

N°60

L. WALLERAND (1), S. BOUDOUR (1), C. AUGER (1), M. BAUDRANT (1), JD. COUPE (1), P. BEDOUCH (2)

(1) Service Pharmacie Voiron, pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes – Voiron

(2) Université Grenoble Alpes, CNRS, UMR 5525, VetAgro Sup, Grenoble INP, pôle Pharmacie, CHU Grenoble Alpes, TIMC – La Tronche

Mots clés : DM opaque, abri de la lumière, bon usage

wallerandlouise90@gmail.com

Introduction-Objectif

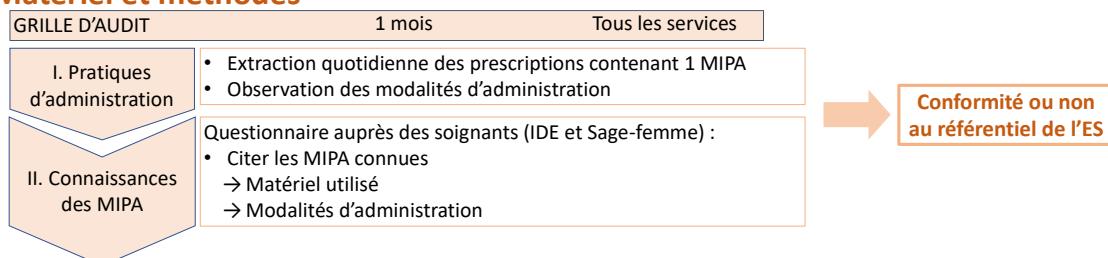
Les dispositifs médicaux opaques (DMO) pour pousse-seringue (PSE) ne sont pas référencés sur le site de notre ES

Evaluer les pratiques d'administration des molécules injectables photosensibles à l'administration (MIPA), hors chimiothérapie au livret

Utilisation du papier aluminium comme protection

Mesurer la nécessité de référencer des DMO

Matériel et méthodes



Référentiel de notre site :

- Isoprévaline et Pediaiven®: administrer à l'abri de la lumière
- Furosémide: stable 12h sans protection ou 24h à l'abri de la lumière, de ce fait le prolongateur ne nécessite pas de protection

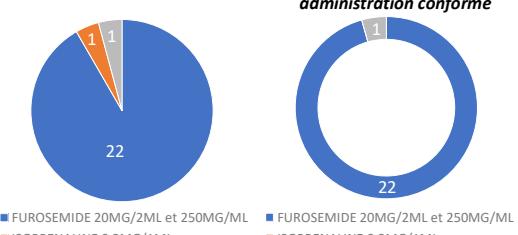
Référentiel de l'ES : Propanolol, Nimodipine (2 MIPA non disponibles sur notre site): administrer à l'abri de la lumière

Résultats

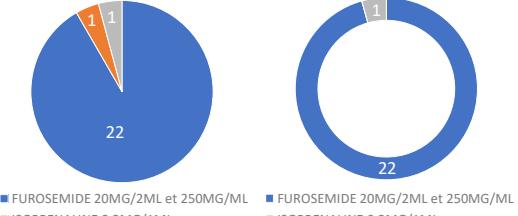
I. Pratiques d'administration

24 prescriptions de MIPA observées dont 22 (92%) de Furosémide

Médicaments observés



Nombre de prescriptions avec une administration conforme



✓ FUROSEMIDE

≤ 12h (n=10) : 1 seringue non protégée
> 12h (n=12) : Seringues PSE protégées dans l'aluminium

✓ PEDIAIVEN®

Utilisation de surpoche et tubulure pour pompe opaque

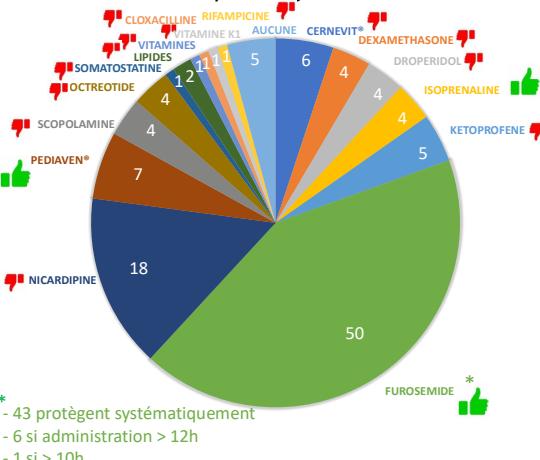
✗ ISOPRENALELINE

Seringue PSE protégée dans l'aluminium mais pas le prolongateur

II. Connaissances des soignants

66 soignants interrogés dont 56 (85%) ont cité au moins une MIPA

Molécules injectables protégées de la lumière à l'administration cités par les soignants



Discussion/Conclusion

Ce travail a démontré que l'utilisation du papier aluminium a été perçue comme contraignante

Référence de DMO pour PSE

FUROSEMIDE

→ Seringue opaque 50 mL Luer Lock

ISOPRENALELINE

→ Seringue opaque 50 mL Luer Lock
→ Prolongateur opaque

Accompagnement des soignants

Présentation des résultats de l'étude



Temps de formation au bon usage des DMO lors de la mise en dotation

Afin de poursuivre cette démarche, une analyse des coûts sera effectuée



Évaluation des pratiques de pose et de manipulation des cathéters veineux périphériques (CVP) dans un Centre Hospitalier Intercommunal

N°61

I. AIT AZZI¹, C. BAUDRIER¹, C. FEUILLERAT¹, S. PARAGE¹, F. TACCO¹¹Centre hospitalier intercommunal André Grégoire, Montreuil-sous-Bois (93100), Service Pharmacie – EOHH – Stérilisation

Mots-clés : audit des pratiques, infections associées aux soins, dispositif invasif

aitazzi.ibt@gmail.com

INTRODUCTION

	7 cas de veinites déclarés par les services de néphrologie, cardiologie et chirurgie (avec passage aux urgences)
	Sur une période de 1 mois : octobre/novembre 2024
	Symptômes observés : rougeur / inflammation / douleur au point de ponction
	Complications : phlébites et bactériémies

Etude des dossiers : surveillance quotidienne mais traçabilité incomplète (site d'insertion, type de CVP)

Dernier audit : 2020
Procédure : 2017

OBJECTIF : Evaluer les pratiques relatives à la pose et à la manipulation des CVP afin de réduire les risques de complication et identifier les pistes d'amélioration

MATERIELS ET METHODES

	Audit observationnel		Membres de l'EOHH		analyse descriptive des résultats sur logiciel SPHINX iQ3®
	Du 6 au 25 Janvier 2025		Néphrologie, Chirurgie, Cardiologie et Urgences adultes		tests statistiques (khi-deux) comparatif avec audit de 2020
	Thématique de l'audit CVP : ❖ Pose du CVP ❖ Manipulations des lignes ❖ Traçabilité et surveillance		Personnel paramédical Recueil d'informations de manière impartiale		Référentiels : Recommandations SF2H - Mai 2019

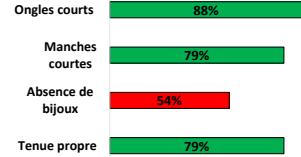
RESULTATS

Généralités

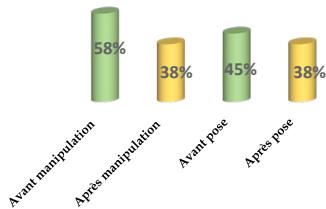
Sur les 48 observations :

- ❖ 44 Infirmier(e)s diplômé(e)s d'état, 4 élèves infirmier(e)s
- ❖ 21 poses et 27 manipulations de CVP
- ❖ Services :
 - Urgences adultes : 12 poses et 9 manipulations
 - Néphrologie : 3 poses et 5 manipulations
 - Chirurgie : 1 pose et 7 manipulations
 - Cardiologie : 5 poses et 6 manipulations

Tenue de l'opérateur et prérequis :



HDM avant/après pose et manipulation de CVP :

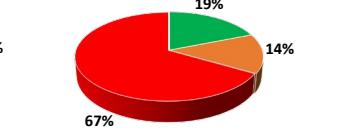


Pose de CVP

Antisepsie cutanée :



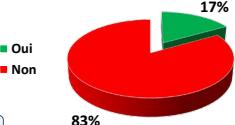
Séchage :



Item observé lors de la pose de CVP	Résultat
Détersion au savon antiseptique	13 %
Utilisation de compresses stériles	100 %
Port de gants	62 %

Manipulation de CVP

Désinfection de la valve :



Item observé lors de la manipulation de CVP	Résultat
Pansement vérifié (propre et hermétique)	88 %
Réfection du pansement si nécessaire	0 %
Branchement lignes avec des compresses stériles	38 %
Utilisation alcool 70° lors du branchement	36 %
Rinçage pulsé avant injection	29 %

Traçabilité

❖ Date de pose tracée : 75 %

❖ Site d'insertion tracé : 53 %

❖ Taille / type de cathéter tracé : 47 %

CONCLUSION / DISCUSSION



Ces résultats ont permis de dresser un état des lieux des pratiques :

- ➔ Amélioration significative ($p < 0.05$) dans la pratique de l'HDM (hygiène des mains) avant pose de CVP et dans le port de gants avant insertion de CVP (versus audit 2020)
- ➔ Efforts à fournir dans la suppression totale du port de bijoux et amélioration de la technique de l'HDM

Cette étude a permis des actions correctives :

- ❖ Restitution de l'audit au groupe de travail CVP pour définir le plan d'actions
- ❖ Diffusion des résultats aux services, auprès des instances et sensibilisation des services
- ❖ Actualisation documentaire : protocole interne et création du flyer CVP
- ❖ Réflexion sur le matériel : valve anti-retour, seringues pré remplies, poches NaCl 0.9% 100 ml avec filtration
- ❖ Formation à destination des soignants sous forme de chambre des erreurs au sein du laboratoire de simulation
- ❖ Evaluation à postérieur : quick audit





Evaluation des pratiques professionnelles : « Quand ça purge mal, ça gaz »

M. LETOURNEUX¹, Q. LE BARON¹
¹Pôle Santé Sarthe et Loir, Le Baillié
marine.letourneux@orange.fr
Mots clés = perfusion, poche, audit

N°62



Introduction

La présence de bulles d'air dans certains montages de perfusion a été observée au sein des services de soins de notre centre hospitalier, compromettant sérieusement la sécurité des montages avec un risque accru d'embolisation gazeuse pour le patient. Devant cette problématique, les bonnes pratiques de purge des montages de perfusions des IDEs sont remises en question.

→ **Objectif :** Evaluation des connaissances théoriques sur les pratiques de purges et audit observationnel dans les unités de soins afin de confronter la théorie à la pratique réelle.

Matériels et Méthodes

- Diffusion d'un questionnaire à l'attention des IDEs, évaluant les connaissances sur la purge des perfuseurs à partir des différents contenants existants (POCHES SOUPLES (=PS), FLACONS SEMI-RIGIDES (=FSR) et RIGIDES (=FR))
- **Services :** 4 unités de médecine polyvalente, chirurgie, SSR, HDJ, urgences et bloc opératoire
- **Audit observationnel :**
 - Repérage en amont des perfusions à auditer via l'outil informatique de prescription médicale
 - Observation de la purge réalisée par l'IDE avant le soin (sur les heures ouvrables de la pharmacie)
- **Durée de l'audit :** 4 semaines
- **Services :** 4 unités de médecine polyvalente, chirurgie

Evaluation des pratiques professionnelles : purge et perfuseurs

Service : _____

1) Quel est votre niveau d'expérience en tant qu'IDE (nos établissements confondus) :
 En cours de formation
 Entre 1 et 5 ans
 5 à 10 ans
 Supérieur à 10 ans

2) Pour une poche à l'envers, combien estimez-vous le nombre de purge de perfuseur effectué lors de sa mise en place ?
 1 ou moins
 Entre 2 et 5
 Entre 6 et 10
 Plus de 10

3) Si je devais purger, théoriquement, les cases pour le nombre correspondant à la bonne partie du perfuseur :
 1 : perfuseur 4 : connexion sur l'abcès
 2 : prise d'air 5 : chambre compte gouttes
 3 : prise d'air 6 : mollets de réglage du débit
 Non 7 : capuchon protectrice de stérilité
 Non 8 : valvule

4) Maitrisez-vous l'ensemble des techniques de purge ?
 Oui
 Non

5) Si je réalise une purge à l'envers pour :
 Lâcher les bulles d'air dans l'abcès
 Lâcher les bulles d'air dans la chambre compte gouttes
 D'un montage de perfusion
 D'un montage de perfusion avec une prise d'air fermée
 Un flacon rigide/len souffle
 Autre

6) Quel est le risque principal de ne pas purger selon les recommandations ?
 Risque d'embolie gazeuse (cochez les deux réponses vraies)
 Risques liés aux complications de la perfusion
 Risques liés à la technique de purge
 Risques liés à la sécurité du patient

7) Quel est le principal avantage d'effectuer une purge à l'envers ?
 Facile
 Rapide
 Précis
 Pas de temps
 Sécurité
 Diversité du matériel et/ou éviter avec des conditionnements différents
 Autre

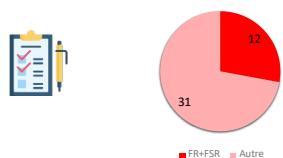
Merci pour votre participation !
Mentionnez-nous si vous souhaitez nous faire un retour (pharmacie)

Résultats

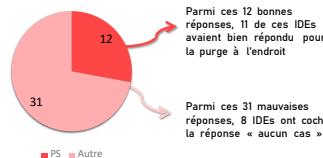
43 questionnaires individuels retournés, 21 purges observées (par 12 IDEs différentes)

En théorie, d'après les réponses au questionnaire:

Quels types de contenants nécessitent une purge à l'endroit ?



Quels types de contenants nécessitent une purge à l'envers ?



Nombre de questionnaires remplis en fonction des unités de soins

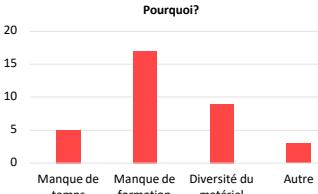
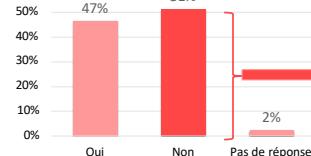


➤ 100% des IDEs identifiaient correctement les différents composants d'un perfuseur

➤ 18,6% des IDEs rapportaient ne pas maîtriser les différentes techniques de purge

➤ 93% des IDEs identifiaient le risque principal de ne pas pratiquer de purge avant perfusion (embolie gazeuse ou bulles d'air)

➤ Seule 1 IDE a mentionné la conservation du perfuseur lors du changement de poche comme étant le principal avantage de la purge à l'envers



Parmi les autres justifications, 4 IDEs admettent ne pas connaître la technique de purge à l'envers ou n'avoir appris qu'une seule technique de purge (à l'endroit)

En pratique, d'après l'audit observationnel:

- 14 purges de poches souples
 - 7 purges de flacons semi-rigides
 - Durant l'audit, 5 perfuseurs sécurisés conditionnés avec une prise d'air ouverte ont été utilisés → cette prise d'air n'a pas été fermée lors de l'utilisation
- Dans 100% des cas = purges à l'endroit, aucune purge à l'envers observée

- Discussion/Conclusion
- Bonne identification des risques/dangers en l'absence de purge
 - Méconnaissance globale sur les différentes méthodes de purge, notamment sur la purge à l'envers inconnue ou peu pratiquée par nos IDEs
 - Contradiction entre les connaissances théoriques et pratiques sur la fermeture de la prise d'air du perfuseur
- La présence de bulles d'air dans les poches et perfuseurs peut probablement s'expliquer par de mauvaises pratiques de purge des IDEs, en partie due à un manque de formation à ce sujet.
- Action coup de poing auprès de l'IFSI sur la formation des étudiants aux bonnes pratiques de purge
 - Diffusion et présentation des résultats lors de la réunion des référents pharmacie de l'établissement
 - Point de vigilance auprès des soignants de l'établissement sur les caractéristiques différencielles des perfuseurs référencés (prise d'air ouverte/fermée)

Evaluation des pratiques professionnelles de l'utilisation des dispositifs d'administration de l'oxygène et de l'humidification



Pineau Anne-Lise¹, Carlier Emmanuelle¹, Gautier Mélanie¹
¹Service de pharmacie, Centre Hospitalier d'Arcachon
Mots clés Mesh: Oxygénothérapie, Thérapie par inhalation d'oxygène, Humidificateurs
Contact : anne-lise.pineau@hotmail.fr



Introduction

L'utilisation des **humidificateurs** en oxygénothérapie est récemment devenue un sujet de réflexion dans les établissements de santé en raison de fortes **tensions d'approvisionnement** et d'un usage parfois inadapté. Cette situation nous a amené à réévaluer l'usage des DM d'administration de l'oxygène (O_2) et des humidificateurs.

Objectif

Vérifier l'**adéquation des pratiques au protocole de l'établissement** et mise à jour de celui-ci selon les recommandations du CPIAS Occitanie 2023 et de la SPLF 2023.

Matériel et méthodes

- Analyse du 12/08/24 au 02/09/24 dans 5 services
- Extraction quotidienne des patients ayant une administration d'oxygène tracée dans la pancarte du dossier de soin infirmier via le logiciel SAP BusinessObjects
- Vérification de la prescription sur le dossier patient informatisé (CrossWay®)
 - D'oxygène
 - Du DM d'administration
- Passage en chambre et vérification :
 - Du débit d'oxygène
 - Du DM d'administration utilisé
 - De la présence d'humidification
- Lorsqu'il y a une humidification, vérification de l'inscription de la **date d'ouverture**.
- Recueil des données tableau Excel
- Recommandations débit O_2 (procédure établissement) :
 - Si ≥ 3 L/min → humidification
 - 0.5-6 L/min : lunettes
 - 4-8 L/min : masque
 - > 8 L/min : masque haute concentration

Résultats

Oxygénothérapie							
Nombre de patients par service	Débit O_2 (L/min)				DM d'administration	Choix du DM conforme aux recommandations	Nombre de prescription du DM d'administration
	[0.5-4]	[4-6]	[6-8]	>8			
Cardiologie (n=6)	4	1	1	0	5 lunettes 1 masque	OUI	0
Chir. orthopédique (n=2)	2	0	0	0	2 lunettes	OUI	0
Gériatrie (n=8)	7	1	0	0	8 lunettes	OUI	0
Médecine interne (n=13)	13	0	0	0	13 lunettes	OUI	0
Post urgence (n=1)	1	0	0	0	1 lunette	OUI	0
3/6 (50%)							

Humidification			
Nombre de patients par service	Présence d'humidification		Inscription de la date d'ouverture
	Conformité de l'humidification au protocole		
Cardiologie (n=6)	2/6 (33%)	2/2 (100%)	0/2 (0%)
Chir. orthopédique (n=2)	0/2 (0%)	Non concerné	
Gériatrie (n=8)	4/8 (50%)	4/4 (100%)	2/4 (50%)
Médecine interne (n=13)	6/13 (46%)	5/6 (83%)	2/6 (33%)
Post urgence (n=1)	0/1 (0%)	Non concerné	



Discussion/ Conclusion

- DM d'administration adapté au débit et conforme aux recommandations : **100% des cas**
- Taux de prescription du DM d'administration : **0%**
- Protocole d'oxygénothérapie **très peu prescrit** (12/30 patients) quelque soit le service
- Humidification mise en place conformément au protocole : **11/12 cas**
- **1/3** des humidificateurs ont la date d'ouverture d'inscrite → risque infectieux

Actions mises en place :

- ⇒ Mise à jour de la procédure d'humidification (débit d' $O_2 \geq 4$ L/min, utilisation 10 jours maximum)
- ⇒ Modification du protocole de prescription d'oxygénothérapie sur Crossway® en y ajoutant le DM d'administration selon le débit
- ⇒ Diffusion d'un Pharm'info à l'ensemble des utilisateurs et prescripteurs (bonnes pratiques d'utilisation des humidificateurs et de prescription de l'oxygénothérapie)

Pharm'info





ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LE BON USAGE DES PERFUSEURS PAR GRAVITÉ

N° 65

Tounissoux L.¹, Gaudefroy L.¹, Dufosse M.¹, Petit A.¹¹ Service Pharmacie, Centre Hospitalier Universitaire Amiens-Picardie, 80000 Amiens

Mots clés : audit, matériovigilance, retour d'expertise tounissoux.lea@chu-amiens.fr

INTRODUCTION

Notre centre a référencé de nouveaux **perfuseurs par gravité**. L'information de ce changement ainsi que la procédure de bon usage (BU) interne mise à jour ont été communiquées aux services. Cependant, des signalements de **matériovigilance**, survenus une semaine après la réception du nouveau matériel, ont fait état de la présence de bulles d'air dans les tubulures en fin de perfusion.

OBJECTIFS

L'objectif de cette évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est de déterminer si ces incidents résultent d'un **non-respect** de la procédure de BU ou d'un **défaut qualité** lié au dispositif.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- Un **groupe de travail** pluridisciplinaire (interne en pharmacie, cadre de santé, IDE, IADE, sage-femme, fournisseur) a été créé pour déceler l'origine de ces incidents.
- À partir de la **procédure de bon usage**, une grille d'audit a été élaborée et diffusée dans les 10 services les plus utilisateurs sur une période de 15 jours.

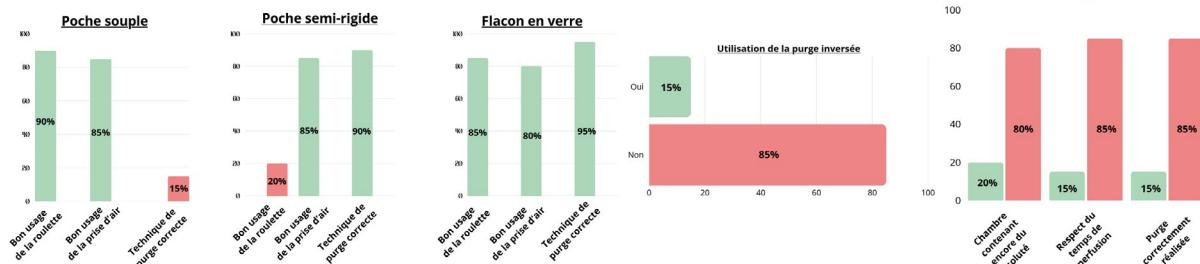


AUDIT BON USAGE DES PERFUSEURS	
Indicateur	Objectif
1.1.1 Connaissance de la liste de la procédure de bon usage des perfuseurs par gravité	A. Soit effectuer la connaissance de la liste de la procédure de bon usage des perfuseurs par gravité
1.2.1 Connaissance de la liste de la procédure de bon usage des perfuseurs par gravité	B. Soit effectuer la connaissance de la liste de la procédure de bon usage des perfuseurs par gravité
1.3.1 Connaissance de la liste de la procédure de bon usage des perfuseurs par gravité	C. Soit effectuer la connaissance de la liste de la procédure de bon usage des perfuseurs par gravité
2.1.1 Utilisation de la technique de purge inversée	A.2 Effectuer la technique de purge inversée
2.2.1 Utilisation de la technique de purge inversée	B.2 Effectuer la technique de purge inversée
2.3.1 Utilisation de la technique de purge inversée	C.2 Effectuer la technique de purge inversée
3.1.1 Connaissance de la liste de la procédure de bon usage des perfuseurs par gravité	A.3 Connaissance de la liste de la procédure de bon usage des perfuseurs par gravité
3.2.1 Connaissance de la liste de la procédure de bon usage des perfuseurs par gravité	B.3 Connaissance de la liste de la procédure de bon usage des perfuseurs par gravité
3.3.1 Connaissance de la liste de la procédure de bon usage des perfuseurs par gravité	C.3 Connaissance de la liste de la procédure de bon usage des perfuseurs par gravité
4.1.1 Utilisation de la technique de purge inversée	A.4 Utilisation de la technique de purge inversée
4.2.1 Utilisation de la technique de purge inversée	B.4 Utilisation de la technique de purge inversée
4.3.1 Utilisation de la technique de purge inversée	C.4 Utilisation de la technique de purge inversée
5.1.1 Utilisation de la technique de purge inversée	A.5 Utilisation de la technique de purge inversée
5.2.1 Utilisation de la technique de purge inversée	B.5 Utilisation de la technique de purge inversée
5.3.1 Utilisation de la technique de purge inversée	C.5 Utilisation de la technique de purge inversée
6.1.1 Utilisation de la technique de purge inversée	A.6 Utilisation de la technique de purge inversée
6.2.1 Utilisation de la technique de purge inversée	B.6 Utilisation de la technique de purge inversée
6.3.1 Utilisation de la technique de purge inversée	C.6 Utilisation de la technique de purge inversée
7.1.1 Utilisation de la technique de purge inversée	A.7 Utilisation de la technique de purge inversée
7.2.1 Utilisation de la technique de purge inversée	B.7 Utilisation de la technique de purge inversée
7.3.1 Utilisation de la technique de purge inversée	C.7 Utilisation de la technique de purge inversée
8.1.1 Utilisation de la technique de purge inversée	A.8 Utilisation de la technique de purge inversée
8.2.1 Utilisation de la technique de purge inversée	B.8 Utilisation de la technique de purge inversée
8.3.1 Utilisation de la technique de purge inversée	C.8 Utilisation de la technique de purge inversée
9.1.1 Utilisation de la technique de purge inversée	A.9 Utilisation de la technique de purge inversée
9.2.1 Utilisation de la technique de purge inversée	B.9 Utilisation de la technique de purge inversée
9.3.1 Utilisation de la technique de purge inversée	C.9 Utilisation de la technique de purge inversée
10.1.1 Utilisation de la technique de purge inversée	A.10 Utilisation de la technique de purge inversée
10.2.1 Utilisation de la technique de purge inversée	B.10 Utilisation de la technique de purge inversée
10.3.1 Utilisation de la technique de purge inversée	C.10 Utilisation de la technique de purge inversée

- Parallèlement, le fournisseur a été contacté pour expertiser et enquêter sur d'éventuels **défauts qualité**.

RÉSULTATS

- 20 IDE et sages-femmes ont été interrogés.
- Si 90% d'entre eux sont informés du changement de perfuseur, seulement 15% connaissent l'existence de la procédure de BU.
- Lors de l'installation de la perfusion, 90% ne vérifient pas le resserrage des bouchons et des connectiques.
 - 70% ignorent qu'une procédure de purge spécifique existe selon le type de poche utilisée, et seulement 15% appliquent la technique inversée.



- Dans 80% des cas, les conditions nécessaires pour éviter la présence d'air dans les tubulures ne sont pas respectées.
- L'expertise réalisée par le fournisseur a mis en évidence un défaut qualité de la chambre compte-gouttes.

DISCUSSION / CONCLUSION

- L'EPP a révélé que ces incidents étaient liés non seulement à un mésusage, mais également à un défaut de qualité au niveau de la chambre compte-gouttes.
- En réponse, le fournisseur a modifié son processus de fabrication en réduisant le diamètre interne de cette chambre, ce qui a permis une meilleure compression du filtre, améliorant ainsi l'étanchéité et réduisant le risque de formation de bulles.
- Ces DM modifiés ont été validés par les utilisateurs.
- Un an après leur référencement, et à la suite d'actions de sensibilisation visant à renforcer l'application de la procédure de BU, aucun nouveau signalement de matériovigilance n'a été enregistré.



Evaluation des pratiques professionnelles sur le bon usage des valves de perfusion

N°66

Auteurs : Michaël TABET¹, Justine PICARD¹, Magalie BERNARD², Christine BOUICHOU², Michael CHAUSSARD Anne DURAND¹

¹Centre Hospitalier de Narbonne, Service Pharmacie
²Centre Hospitalier de Narbonne, Service Hygiène
michael.tabet@hotmail.fr

Mots clés : audit, sécurisation, voie parentérale

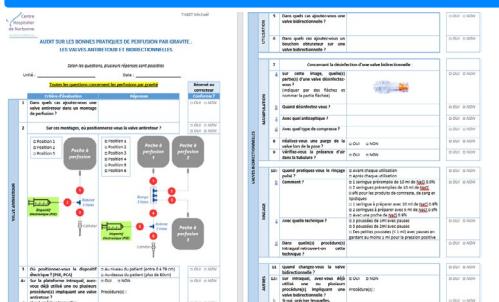
INTRODUCTION

- Difficultés dans l'application des bonnes pratiques sur l'utilisation des différents types de valves et des procédures associées par les IDE (Infirmier Diplômé d'Etat)
- Risques infectieux et iatrogènes liés au mésusage

OBJECTIFS

- Évaluer les pratiques et les connaissances des IDE sur l'utilisation des valves de perfusion
- Sensibiliser les équipes IDE aux bonnes pratiques

MATÉRIELS ET MÉTHODES



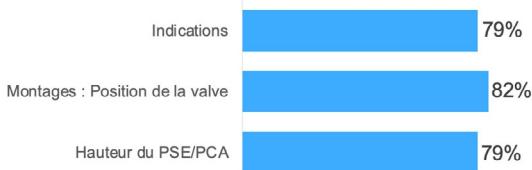
- Élaboration d'une grille d'**audit** à partir des recommandations^{1,2,3,4} et des protocoles de l'établissement par le service pharmacie et le service d'hygiène
- Réalisation de l'**audit** : grille complétée par les IDE puis correction collective avec le pharmacien ou l'interne
- Communication des résultats aux équipes et à leur encadrement
- Proposition d'axes d'améliorations des pratiques

RÉSULTATS

11 services de soins audités - Participation de 28 infirmiers



1. Taux de conformités des valves antiretour



2. Taux de conformités des valves bidirectionnelles

UTILISATION	
Indications	71%
Bouchon obturateur ajouté sur PICC-line à valve bidirectionnelle intégrée	0%
Fréquence de changement de la valve bidirectionnelle	57%

3. Taux d'applications du protocole intrahospitalier



DESINFECTION

Septum + Pas de vis	61%
A chaque utilisation	64%
Alcool 70%	36%

RINCAGE PULSE

Après chaque utilisation	89%
Dispositifs médicaux adaptés	36%
Technique	50%

CONCLUSION ET DISCUSSION

- Meilleure connaissance sur les **valves antiretour** par rapport aux valves bidirectionnelles
- Cas particulier dans les PICC-lines à valve bidirectionnelle intégrée : **pas de rajout du bouchon obturateur malgré les recommandations**
- Difficulté d'utilisation des infirmiers du système documentaire
- Axes d'amélioration proposés :**
 - Création d'une **fiche réflexe** sur le bon usage des valves
 - Formation des IDE pour améliorer les connaissances et les pratiques
- Perspectives : évaluation du bon usage d'autres dispositifs médicaux de perfusions (cathéters, perfuseurs, pompes à perfusions, ...)**

Références : ¹SF2H. Prévention des infections liées aux cathéters périphériques vasculaires et sous-cutanées. Mai 2019.

²CPIAS Occitanie. Les valves : comment s'y retrouver ? Avril 2024 ;

³CPIAS Occitanie. Les valves bi directionnelles (ou connecteurs de sécurité). Décembre 2023

⁴OMEDIT Centre-Val de Loire. Bonnes pratiques d'utilisation des valves uni- et bi-directionnelles. Avril 2015



BON USAGE DES VALVES BIDIRECTIONNELLES : CAS DES PICCLINES ET MIDLINES

N°67



claire81990@gmail.com

C.Costes¹, A.Razurel¹, F.Norre¹, V.Pioud¹
¹ Service pharmacie, Hôpitaux du Bassin de Thau, Bd Camille Blanc, 34200 SETE

Mots clés : bonnes pratiques, perfusion, sécurisation

INTRODUCTION

Les valves bidirectionnelles sont des dispositifs permettant un accès direct à la voie veineuse sans aiguille, tout en assurant un système clos. Leur utilisation permet de réduire les risques de contamination, d'embolie gazeuse et d'accidents d'exposition au sang. Elles peuvent être utilisées sur des dispositifs de perfusion périphériques ou centraux. Dans notre établissement, les PICClines référencés sont équipés de valve intégrée contrairement aux Midlines qui en sont dépourvues. Cette distinction peut entraîner des risques de confusions et de difficultés d'utilisation pour le personnel soignant.

Dans ce contexte, nous avons cherché à évaluer les bonnes pratiques d'utilisation de ces valves bidirectionnelles, en particulier lors de leur usage sur des PICClines et Midlines.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

MÉTHODES

- ① Elaboration d'un **questionnaire de bon usage**, individuel et anonyme, portant sur différents thèmes : *indication des valves bidirectionnelles, manipulation, désinfection, rinçage, clampage, utilisation des dispositifs à valve intégrée*
- ② Diffusion dans **6 services** différents : médecines, urgences, HDJ, réanimation, chirurgie orthopédique
- ③ Comparaison aux **recommandations** en vigueur : SF2H, HAS, protocoles de l'UPIAS (Unité de Prévention des Infections Associées aux Soins)

DISPOSITIFS :

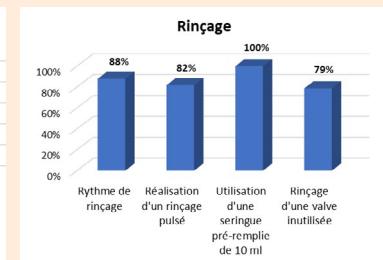
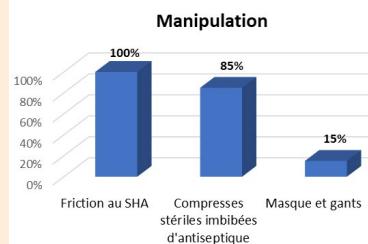
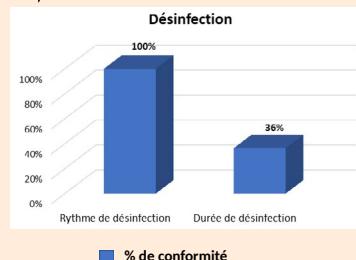
- **PICCline** à valve intégrée
- **Midline** sans valve intégrée
- **Valve bidirectionnelle** à pression neutre



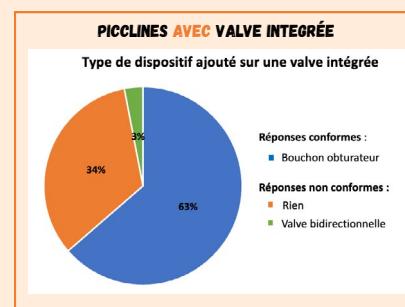
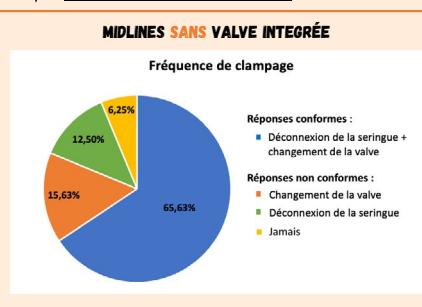
RESULTATS

33 IDE interrogés dans 6 services différents

PRATIQUES D'HYGIÈNE



PRATIQUES D'UTILISATION



Pour 60% des IDE interrogés, une valve bidirectionnelle est recommandée pour une utilisation continue

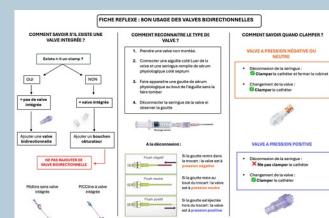
Pour 3% des IDE interrogés, une valve bidirectionnelle ne permet que l'injection

54% des IDE interrogés déclarent avoir connaissance des protocoles de l'établissement et seuls 9% ont reçu une formation sur l'utilisation des valves bidirectionnelles

DISCUSSION ET CONCLUSION

• **Conclusion :** Méconnaissance globale du fonctionnement des valves bidirectionnelles, confusions fréquentes entre modèles avec et sans valve intégrée, respect inconstant des règles d'hygiène, et erreurs de clampage, mettant en évidence les risques relatifs à l'utilisation de valves à pression neutre

• **Actions mises en place :** Elaboration et diffusion d'une **fiche de bon usage**, proposition d'une formation par l'UPIAS, remplacement des valves par des modèles à pression positive, création d'une **unité d'accès vasculaire** et projet d'instauration d'entretiens pharmaceutiques





GESTION DES MIDLINES : ENQUETE SUR LES RETRAITS PRECOCES ET ACTIONS CORRECTIVES

Eugénie De Landtsheer¹, Camille Durand¹, Allassane Magassa¹, Bernadette Coret Houbart¹¹: Pharmacie à Usage Intérieur, Hôpital Robert Ballanger
eugdelandsheer@me.com

69

Mots clefs: Cathéters, Obstruction, Bon usage

Contexte :

- **2021** : Mise en place d'une activité de pose de **MIDLINES** et leur suivi par l'équipe d'anesthésie : Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (IADES) et Médecin Anesthésistes Réanimateurs (MARS).
- **2024** : Signalement par les IADES d'une augmentation du nombre de MIDlines retirés **précoce**, imputée à leur **obstruction**.
- NB : MIDlines, cathéters veineux périphériques ayant une durée d'utilisation maximale de **29 jours**.

Objectif :

Exploration des motifs de **retrait précoce** des MIDlines, leurs **causes**, et identification **d'axes d'amélioration** possible.

Matériel et Méthode

I. Réalisation d'un état des lieux

Matériel	Méthode
Dossier médical partagé : logiciel Référence	Etude rétrospective, monocentrique et observationnelle du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023 , qui recense :
Historique du logiciel de prescription Pharma	<ul style="list-style-type: none"> les données démographiques des patients la durée d'utilisation des MIDlines le motif du retrait précoce : obstruction, arrachage, infection.
Tableau Excel de suivi des MIDlines	Les résultats sont analysés via un test Chi 2 et sont présentés au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) .

II. Revue de la littérature

Matériel : Pubmed

Méthode : mots clefs

“MIDLINE” et “OCCLUSION”

1. *The practice and Complications of Midline Catheters : A Systematic Review*, Sandeep Tripathi, 2021 Feb 1, Crit Care Med2. *Safety and Outcomes of Midline Catheters vs Peripherally Inserted Central Catheters for Patients With Short-term Indications*, Lakshmi Swaminathan, 2021 Nov 29, JAMA Intern Med

Résultats

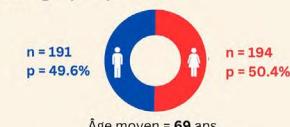
Service	Nombre total de MIDlines	MIDline obstrué	MIDline arraché	MIDline infecté	Échec de pose	MIDline retiré précocement	MIDlines en bon état
Cardiologie	14	1	1	1	0	3	10
Chirurgie infantile	1	1	0	0	0	0	0
Cours séjour gériatrique	36	6	7	1	1	10	22
Diabétologie	15	7	5	0	0	11	3
Gastro	31	14	3	3	0	8	14
Gynéco	3	3	0	1	0	2	0
Urgences / lits portes	9	1	0	0	0	0	8
Médecine interne	45	24	4	10	2	20	12
Neurologie	26	9	6	2	0	8	10
Pédiatrie	2	0	0	0	0	0	2
Pneumologie	45	8	7	1	0	11	30
Psy C	1	1	0	0	0	0	0
Reanimation	3	0	1	2	0	2	0
Soins de Suite et de Réadaptations	12	4	3	3	0	5	4
Neurovasc	1	0	0	0	0	0	1
Urologie ORL	74	35	10	7	1	22	26
USIC	7	3	1	1	0	3	2
USINV	3	0	0	1	0	2	1
Viscéral Plastie	60	28	7	9	0	17	23
TOTAL	388	145	55	40	4	123	168

Fig 1 : Tableau de répartition des motifs de retraits précoce des MIDlines de l'année 2023, par service

Discussion :

1/3 des MIDlines sont retirés précoce et n = 30 (p = 7%) des MIDlines sont retirés précoce suite à une obstruction du MIDline. Une RCP décide d'organiser des **audits** axés sur le rinçage pulsé et des formations de bon usage. Un biais identifié au cours de ce travail est le remplissage non exhaustif du dossier des patients.

Résultats démographiques



Âge moyen = 69 ans

La durée d'utilisation moyenne d'un MIDline est de 10 jours

• Obstruction

Test du Chi 2 à 9 degrés de liberté

Les services ayant un nombre de MIDlines posés < 5, ne sont pas pris en compte

$$\chi^2 = 42.13 \quad \text{Significatif, } P<0,001$$

Il existe une corrélation entre le service et le nombre de MIDlines obstrués.

Services les plus touchés

1. Médecine interne : n=24, p=53%
2. Urologie - ORL : n=35, p=47%
3. Viscéral Plastie : n=28, p=47%

• Retrait précoce

n=123 des MIDlines sont retirés précoce : p=32%

n=55 sont arrachés : p=45%

n=30 sont obstrués : p = 25%

• Bibliographie

Selon la littérature, 2,1% à 3,8% des MIDlines sont retirés précoce suite à une obstruction

Ici, n=30 soit p=7% de l'ensemble des MIDlines observés

Conclusion :

Ce travail a permis d'objectiver un retrait précoce des MIDlines et d'en identifier les causes.

L'obstruction des MIDlines au cours de l'année 2023 a entraîné un retrait précoce supérieur à celui observé dans la littérature.



Impact des nouvelles recommandations de la CTAFU pour les néphrectomies de donneur vivant : analyse technico-économique de leur mise en application

70

Mots clés : Néphrologie, agrafage chirurgical, transplantation rénale



CESBRON C. (1) ; FAYE F. (1) ; ISTIN S. (1) ; CASTEL-MOLIERES M. (1)

(1) Direction des achats, Hôtel-Dieu, CHU Toulouse ; candice.cesbron@gmail.com

Introduction

Les récentes recommandations du Comité de transplantation de l'Association française d'urologie (CTAFU) suggèrent d'associer une agrafeuse aux clips pour fermer l'artère rénale gauche lors des néphrectomies de donneur vivant, afin de réduire le risque d'hémorragie peropératoire et d'améliorer la sécurité de la procédure.

Objectif

Réalisation d'une analyse technico-économique sur l'utilisation d'un agrafage mécanique en complément dans cette nouvelle indication.

Matériels et méthodes

- Revue de la littérature
- Analyse des dossiers techniques et essais
- Analyse des consommations internes

Résultats



Revue de la littérature :

Friedman, Amy L et al. "Fatal and nonfatal hemorrhagic complications of living kidney donation." *Annals of surgery* vol. 243,1 (2006): 126-30.
doi:10.1097/01.sla.0000193841.43474.ec

La réduction des saignements peropératoires, grâce à des dispositifs adaptés, peut significativement diminuer les dépenses hospitalières.

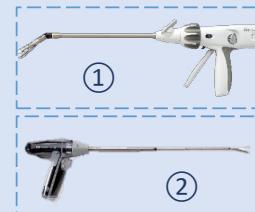


Caractéristiques techniques :

Choix d'une agrafeuse motorisée pour limiter les forces de cisaillement et préserver le greffon

Chargeur vasculaire	Hauteur agrafe (ouverte)	Longueur ligne d'agrafes	Rangée d'agrafes
Fournisseur 1	2.5mm	35mm	4
Fournisseur 2	2.0-2.5-3.0mm	30mm	4

Les essais sur les deux gammes montrent une efficacité équivalente



Analyse coût : 80 néphrectomies de donneur vivant prévues en 2025

Barrette de clips pour la veine rénale uniquement → Gain de 1007,20€

Dispositifs	Quantité	Coût fournisseur 1	Coût fournisseur 2
Agrafeuse linéaire coupante motorisée	80	25 218 €	24 080 €
Chargeur vasculaire	80	11 600 €	31 840 €
Surcoût annuel	35 811 €	54 913 €	

Conclusion

A technologie équivalente, nous avons retenu les agrafeuses motorisées, dont l'application des nouvelles recommandations de la CTAFU entraîne un surcout annuel de 35 811€ pour notre centre.

Brachereau J, Prudhomme T, Bessede T, et al. Recommandations françaises du Comité de transplantation de l'Association française d'urologie (CTAFU) : néphrectomie pour don de rein [Living donor nephrectomy: The French guidelines from CTAFU]. *Prog Urol*. 2021;31(1):50-56. doi:10.1016/j.purol.2020.03.012

INFIRMIERS ET SAGES-FEMMES FACE A LA PERfusion : QUE SAVENT-ILS VRAIMENT?



RIGAUD A.¹; ROYERE A.-E.¹; GUILLARD P.¹; DUPUIS C.¹

¹ Pharmacie

Centre Hospitalier Inter-Communale Alençon-Mamers

Email : alixrigaud30@gmail.com



Contexte

La perfusion est un processus complexe à l'origine de nombreux risques et dérives dans la prise en charge des patients. Ce processus met en jeu une multitude de DM, médicaments et protocoles. Ce questionnaire accompagne la création d'une cartographie des risques de la perfusion.

Objectif

- ✓ Faire un état des lieux des pratiques et connaissances liées à la perfusion des infirmiers et sages-femmes

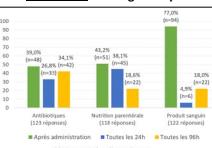
Résultats

Au total, le questionnaire a réuni 126 réponses

Questionnaire à destination des infirmiers et sages-femmes

CHIC	Questionnaire à l'attention des IDE et sage-femmes : bonnes pratiques de perfusion et modalités d'administration des médicaments
Envoyé par la pharmacie	
version du 07/01/2025	
A destination du personnel infirmier et sage-femme SERVICE : _____	
1. Avez-vous déjà remarqué des anomalies lors de l'administration simultanée de plusieurs médicaments ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui, très régulièrement <input type="checkbox"/> Oui, assez régulièrement <input type="checkbox"/> Oui, mais pas très régulièrement <input type="checkbox"/> Non	
2. Vous arrive-t-il de mélanger des médicaments dans une même poche ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui, très régulièrement <input type="checkbox"/> Oui, assez régulièrement <input type="checkbox"/> Oui, mais pas très régulièrement <input type="checkbox"/> Non, jamais	
3. En cas d'interrogation sur l'administration d'un médicament injectable (voie, solvant, incompatible Y...), que faites-vous ? <input type="checkbox"/> Je consulte les informations sur le Net (Google) <input type="checkbox"/> Vous consultez les informations disponibles sur QUAIANT <input type="checkbox"/> Vous consultez les informations disponibles sur l'application (VITAL, Therapie...) : si oui, lesquels ? _____ <input type="checkbox"/> Vous interrogez un pharmacien <input type="checkbox"/> Autre : _____	
4. Quel est le délai maximum pour l'administration de potassium IV sur voie veineuse périphérique ? <input type="checkbox"/> 0 à 5 g/h <input type="checkbox"/> 5 à 8 g/h <input type="checkbox"/> 8 à 12 g/h <input type="checkbox"/> 12 à 24 g/h	
5. Sur quelle voie pouvez-vous administrer le potassium IV ? <input checked="" type="checkbox"/> IV périphérique <input type="checkbox"/> IV centrale <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IM	
6. À quelle concentration maximale pouvez-vous administrer le potassium IV sur voie veineuse périphérique ? <input type="checkbox"/> 0 à 4 g/L <input type="checkbox"/> 4 à 6 g/L <input type="checkbox"/> 6 à 8 g/L <input type="checkbox"/> 8 à 10 g/L	
7. Au bout de combien de temps changez-vous l'ensemble de la ligne de perfusion après avoir passé : Pas de limite de temps <input type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/> 6h <input type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> 12h <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> Toutes les 96h	
8. Prenez-vous un rinçage après chaque fin de perfusion ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui, régulièrement <input type="checkbox"/> Oui, selon les produits utilisés <input type="checkbox"/> Non, car l'hydratation en cours est suffisante	
9. Concernant les dérives concernant la valve anti-retour : <input type="checkbox"/> Généralement pas d'indication du médicament <input type="checkbox"/> Permet aux accès à la veine veineuse sans utilisation d'une aiguille <input type="checkbox"/> Evite la formation d'air dans la ligne de perfusion en cas de perte de débit (par ex : perfusion)	
A retourner à la pharmacie avant le 15/02/2025 svp	

Question 7 : Au bout de combien de temps changez-vous l'ensemble de la ligne de perfusion après avoir passé :



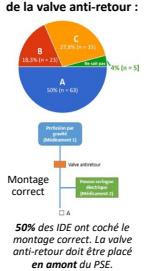
Recommandations : l'ensemble de la ligne de perfusion doit être changé toutes les 96h, sauf pour les produits sanguins et la nutrition : changement après administration (24h) pour la nutrition parentérale car correspond au temps d'administration

Question 8 : Effectuez-vous un rinçage après chaque fin de perfusion ?

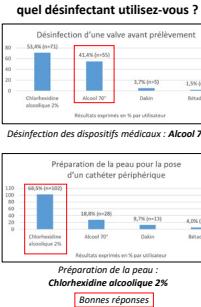


Selon les recommandations, il faut effectuer un rinçage systématiquement après la fin de la perfusion

Question 11 : Sélectionnez le montage correct pour le placement de la valve anti-retour :



Question 12 : Dans ces situations, quel désinfectant utilisez-vous ?



Préparation de la peau pour la pose d'un cathéter périphérique : Chlorhexidine alcoolique 2%

Bonnes réponses

Question 13 & 14 : Utilisez-vous le régulateur de débit



Recommandations : vérification du débit 15 minutes après la pose de la perfusion puis toutes les 2 heures. 2 fois moins de professionnels de la santé vérifient le débit à 15 minutes.

Les résultats globaux et personnalisés (statistiques pour chaque services) ont été envoyés aux cadres des services participants.

Conclusion Ce questionnaire montre des dérives de pratiques, notamment concernant les désinfectants utilisés et les régulateurs de débit. Il met en évidence un manque de connaissance sur les différentes valves. Ces retours seront pris en compte dans la cartographie des risques de la perfusion. Une partie du plan d'action sera dédiée à corriger ces dérives.



Les montages de perfusion : Comment les sécuriser ?

Auteurs : C.GENET (1), P. DRANCOURT (1), J. FULCRAND (1), M. PETIT (1), J. BOYER (1)

(1) Service pharmacie , Centre hospitalier de Valenciennes, Valenciennes

Mots-clés : Audit, Oncologie, Bonnes pratiques

corentin.genet94@gmail.com

N°72

Introduction/ Objectif

Le service DM de la pharmacie réalise des schémas de montages de perfusion à destination des professionnels de ville lors d'entretiens pharmaceutiques de sorties

Le service d'oncologie souhaiterait la mise en place d'avis sur les montages de perfusion des patients hospitalisés

Objectif :

Evaluer les besoins sur les montages de perfusion pour le service d'oncologie et la faisabilité de la mise en place d'avis pharmaceutiques

Matériels et méthodes

Création d'une grille audit avec d'un groupe multidisciplinaire composé de pharmaciens, médecins et IDE

Critères d'inclusion :

- Présence d'une base
- 1 pompe ou 1 SAP
- 1 médicament à marge thérapeutique étroite (MTE)

Voie d'administration :

- PICCLINE
- MIDLINE
- Chambre implantable
- Voie veineuse périphérique

Mode d'administration :

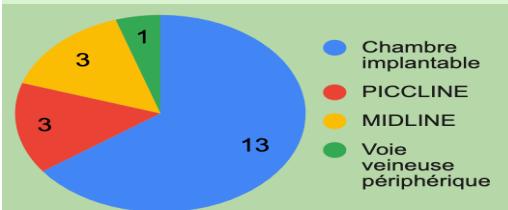
- Perfusion par gravité
- Pompes
- Seringues autopulsé
- Présence et position des valves anti-retours (VAR)

Médicaments

- Nombre de MTE
- Nombre de médicaments standards injectables
- Incompatibilités médicamenteuses

Résultats

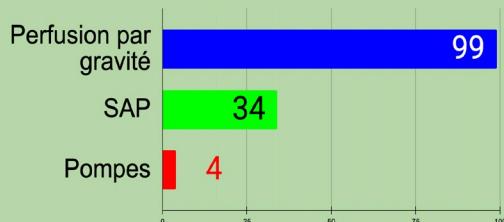
20 montages observés ayant :



71 non-conformités retrouvées

Non conformités	Incidence	%
VAR absentes	34	48%
Présence d'un MTE et d'un médicament avec un haut débit* sur la même ligne de perfusion	28	40%
VAR mal positionnées	7	10%
Incompatibilités médicamenteuses	1	1%
Mode d'administration inadapté	1	1%

Mode d'administration de 134 médicaments



Médicament avec un haut débit

=
Médicament administré par POMPE ou SAP

Discussion et Conclusion

4 axes de travail

Formations sur la VAR

Nouveaux DMS vont être référencés, le bipode et tripode avec VAR

Création d'un schéma « type » de montage de perfusion

Mise en place d'avis pharmaceutiques sur les montages de perfusions

Objectif en cours

Mise en place de sessions de formation sur les montages de perfusions dans le service d'oncologie

Objectif futur

Etendre ce travail au service d'hématologie



MISE EN PLACE D'UN ADAPTATEUR AVEC CORPS DE PRÉLEVEMENT PRÉMONTÉ AUX URGENCES : QUELLE INCIDENCE SUR LE NOMBRE DE TUBES HÉMOLYSÉS ?

Hôpital
Saint-Antoine
AP-HP

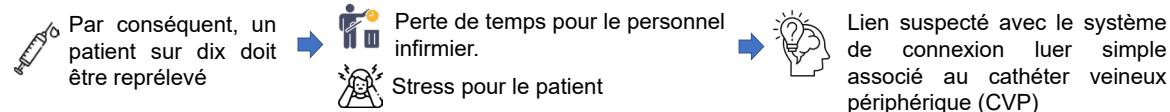
N°73

C. Desrichard¹, C. Nedjar¹, P. Pernet², C. HERMAND³, C. Fernandez¹, S. Cariou¹¹Hôpital Saint-Antoine, APHP, Pharmacie, Paris 12ème Arrondissement, France²Hôpital Saint-Antoine, APHP, Laboratoire de biologie d'urgence, Paris 12ème Arrondissement, France³Hôpital Saint-Antoine, APHP, Service des Urgences, Paris 12ème Arrondissement, France.

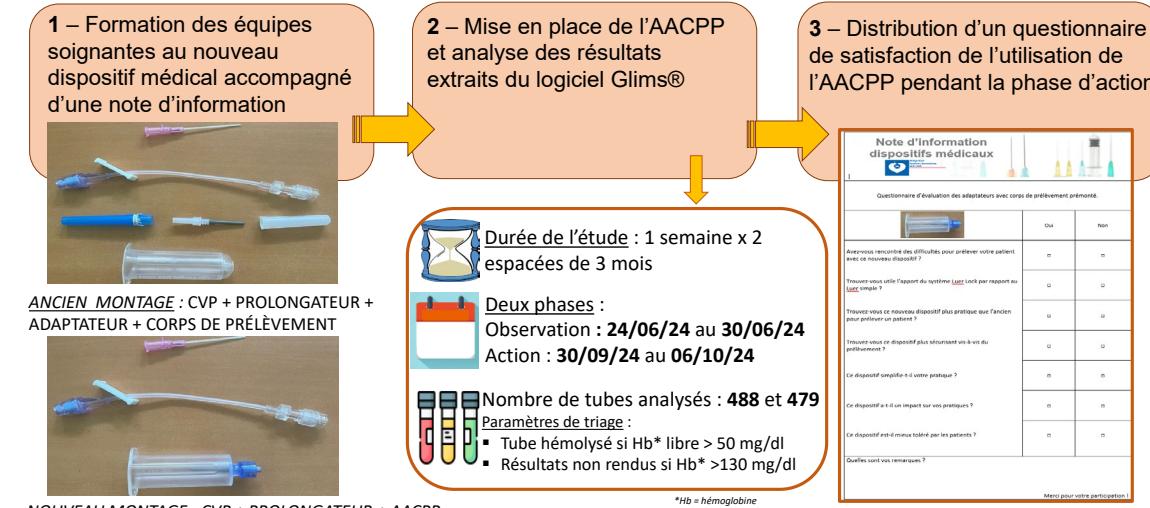
camille.desrichard@hotmail.fr

Mots-clés : connectique, kaliémie, plasma

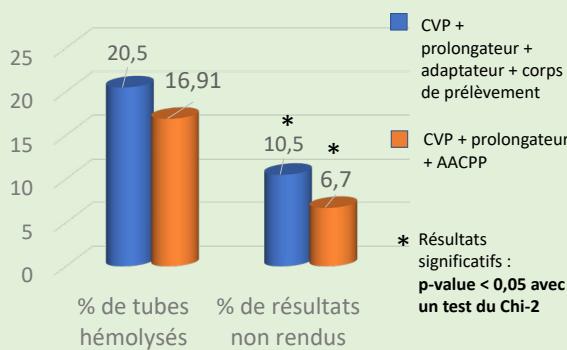
Contexte: Aux urgences, 20% des échantillons de plasma héparinés avec dosage de la kaliémie sont hémolysés, entraînant le non-rendu des résultats dans 10% des cas.



Objectifs: → Evaluer si l'introduction d'un nouveau dispositif médical, équipé d'un adaptateur avec corps de prélèvement prémonté (AACPP) avec un système luer-lock, permettrait de réduire le taux d'hémolyse.
 → Evaluer la satisfaction des utilisateurs vis-à-vis des AACPP.

**Matériel et Méthode :****Résultats :**

ANALYSE DE L'HEMOLYSE



ANALYSE DE L'AUDIT

Effectif : 50 infirmiers présents sur la semaine d'étude et 50 réponses au questionnaire.

Avez-vous rencontré des difficultés avec ce nouveau dispositif ?

NON : 57 % (smiley face) OUI : 43 % (frowny face)

Exemple : «dévissage du DM après prélèvement»

Trouvez-vous utile l'apport du système luer-lock (avec l'AACPP) par rapport au luer simple ?

OUI : 30 % (smiley face) NON : 70 % (frowny face)

Trouvez-vous ce dispositif plus sécurisant vis-à-vis du prélèvement ?

OUI : 35 % (smiley face) NON : 65 % (frowny face)

Discussion – Conclusion : L'introduction des AACPP a permis de réduire de manière significative les cas de forte hémolyse, responsables du non-rendu des résultats. Ce dispositif s'avère donc bénéfique, car il réduit le nombre de patients nécessitant un nouveau prélèvement et donc le temps de passage dans le service des urgences. Toutefois, la courte durée de l'étude constitue un biais d'apprentissage bien que ce choix ait visé à garantir l'adhésion du personnel, peu favorable au changement de matériel.



Ces résultats positifs vis-à-vis du nombre de tubes hémolysés nous permettront de progresser sur l'adhésion du personnel à l'utilisation de l'adaptateur avec corps de prélèvement prémonté. Une nouvelle étude sera nécessaire lors du référencement du dispositif sur notre établissement.

MISE EN PLACE D'UN LIVRET « PLAIE ET PANSEMENT » POUR LES SOIGNANTS

74

Lin C¹, Mati E¹, Aubert N², Bonamour L², Chatillon F¹, Bourdelin M¹
Pharmacie¹, Infirmières de la cicatrisation², Hôpital Nord-Ouest, Villefranche sur-Saône

Cicatrisation, Référentiel, Bon-usage

celia.lin700@gmail.com

INTRODUCTION

- Difficulté d'identification des pansements disponibles à la PUI pour les soignants.
- Requête des infirmières de cicatrisation pour un support clair et synthétique.
- Accès rapide aux notions clés et aux références disponibles.

OBJECTIFS

Fournir une aide à la compréhension et à la prescription des pansements aux équipes soignantes pour garantir leur bon usage.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Travail collaboratif entre la pharmacie et l'équipe de cicatrisation de l'hôpital.



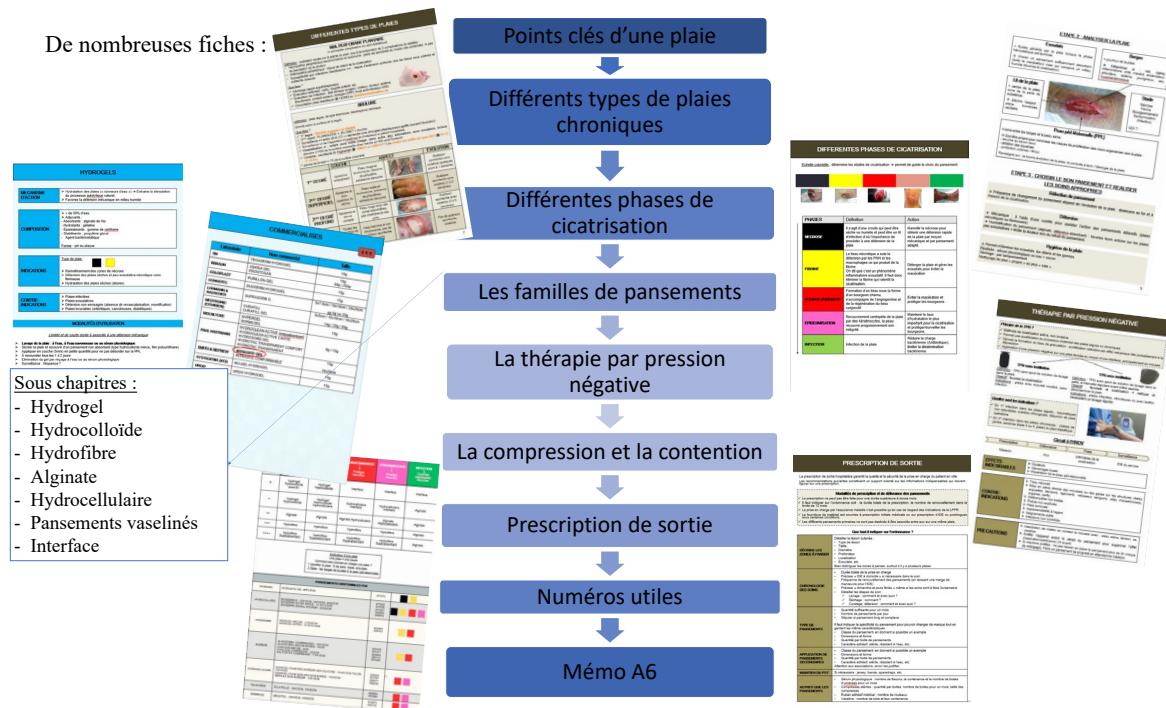
Réunions régulières pour relectures, suggestions et améliorations

Référentiels :

- OMEDIT Grand Est
- Support de cours de l'école IFSI
- Ouvrages « Pharmacie clinique et Dispositifs médicaux » & « Manuel des Dispositifs médicaux »

RÉSULTATS

De nombreuses fiches :



DISCUSSION ET CONCLUSION

- Format livret :
 - Format pratique et synthétique de « poche »
 - Déjà présent sur l'hôpital pour d'autres thèmes (anticoagulants, antibiothérapie, nutrition, etc)
- Présentation lors de la journée d'accueil des internes, disponible sur le bureau de chaque poste informatique.
- Audit pour évaluer le bon usage des pansements



MISE EN PLACE D'UNE DISTRIBUTION CENTRALISEE DES SOLUTIONS DE CONCENTRE ACIDE (SCA) : CARTOGRAPHIE ET ANALYSE GLOBALE DES RISQUES



C. Brezillon¹ (clara.brezillon@mail.com), A. Boscher¹, M. Hachemi², B. Fabri¹

¹Service Pharmacie, Diaverum Provence – Centre de dialyse Saint-Joseph, Hôpital Européen, Marignane, Salon de Provence, Arles, Tarascon.

²Service Biomédical, Diaverum Provence – Centre de dialyse Saint-Joseph, Hôpital Européen, Marignane ; Diaverum Draguignan.

Introduction

Les SCA sont des DM de classe IIb nécessaires à la formation d'un bain de dialyse.

Fin 2024, des travaux au sein de notre institution ont permis de centraliser la distribution des SCA via une boucle murale assurant leur acheminement d'une cuve de réserve (CR) de 500L jusqu'aux générateurs de dialyse.

Objectif : Nous avons établi une analyse globale des risques afin d'identifier évaluer et réduire les risques de cette nouvelle activité.

Matériel et Méthodes

1e étape : Cartographie des situations dangereuses par une équipe pluridisciplinaire



2e étape : Chaque SD est à l'origine de plusieurs scénarios à risque



La vraisemblance et la gravité d'un scénario permettent de définir sa **criticité initiale**



Résultats

7 sous-processus ont été identifiés pour 29 situations dangereuses avec 50 scénarios à risque

1. Commande



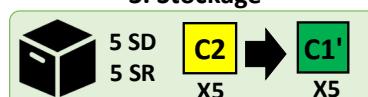
Double contrôle pharmaceutique
Procédure passation de commande

2. Réception



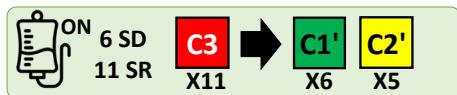
Fiches de poste
Formation du personnel

3. Stockage



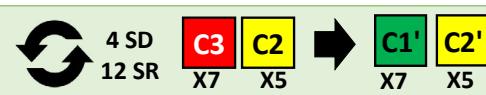
Réaménagement de l'environnement
Livraison hebdomadaire

4. Branchement



Formation initiale et continue
Procédure d'utilisation / Audits réguliers

5. Fonctionnement



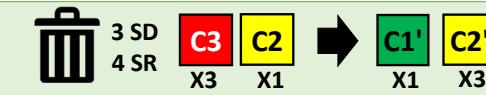
Stock de poches de secours hors circulation centralisée
Astreinte du service biomédical et du fournisseur

6. Débranchement



Formation initiale et continue
Procédure d'utilisation / Audits réguliers

7. Gestion des déchets



Équipements de protection individuelle
Procédure d'élimination

Conclusion

Cette méthodologie a permis la mise en oeuvre rapide de mesures efficaces de sécurisation, permettant de définir un cadre favorable au lancement de cette installation.



Mise en place des dispositifs médicaux NRFit au bloc opératoire gynécologique

Auteurs : M.LONGHITANO, F.JEBALI, F.BERINGERUER, S.PICARD, F.VANEL
Service Pharmacie, Hôpital de Mercy, Centre Hospitalier Régional Metz Thionville
maryline.longhi@gmail.com

N°76



SÉCURISATION, RÉFÉRENCEMENT, CONNECTIQUE

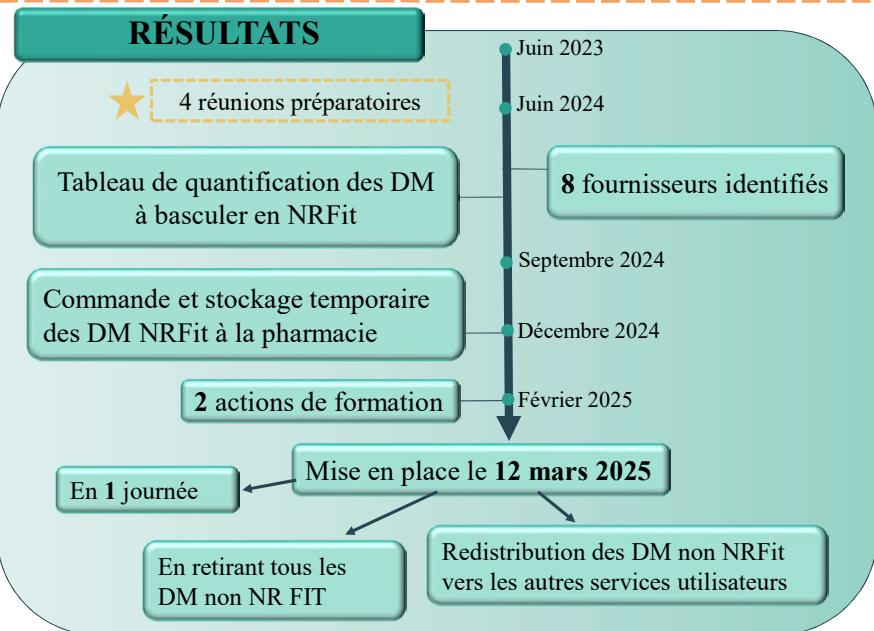
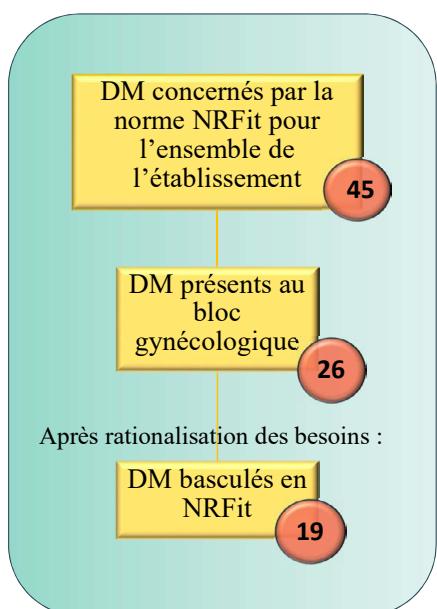
CONTEXTE & OBJECTIF

L'utilisation de dispositifs à connectique non sécurisée quand la sécurisation existe fait partie des Never Events d'après EUROPHARMAT

En 2023, le CHR Metz Thionville a validé le déploiement progressif des DM NRFit par secteur médicochirurgical et par site, en débutant par le bloc gynécologique de l'hôpital de Mercy.

MATÉRIEL & MÉTHODES

1. Identifier et rationnaliser les besoins en dispositifs à basculer en NRFit et leurs usages détournés éventuels
2. Quantifier les besoins du service
3. Identifier les fournisseurs NRFit et préparer avec eux les formations et l'achat des dispositifs médicaux
4. Organiser la bascule en une journée



DISCUSSION & CONCLUSION

- ★ Objectifs et calendrier de mise en place tenus, à l'exception d'un dispositif NRFit nécessaire identifié 2 jours après la bascule
- 💰 Surcoût évalué à 20 000 euros par an

3 points de vigilances :

- Anticipation prioritaire pour la modification des kits sur mesure déjà en place
- Sécurisation du geste spécifique du blood patch
- Maîtrise du risque de rupture en identifiant plusieurs fournisseurs pour un même type de DM et en réfléchissant à des solutions de recours

Plan d'action approuvé pour les futurs déploiements dans les autres blocs et services

NOUVEAU MARCHE DES PANSEMENTS : UNE OPPORTUNITE POUR RATIONALISER LE REFERENCEMENT ET OPTIMISER NOTRE LIVRET.



AUTEURS : K.MOKHTARI (1), J.LUYSSAERT (1), N.PLATTEEURO (1), V.Libossart (1), B.LUYSSAERT (1)

(1) SERVICE PHARMACIE, GROUPE HOSPITALIER SECLIN CARVIN GHSC, SECLIN.

MOTS-CLÉS : CICATRISATION, BON USAGE, DISPOSITIFS MÉDICAUX

KENZA.MOKHTARI.ETU@UNIV-LILLE.FR



77

INTRODUCTION

Lors du changement de marché, une rationalisation du référencement des pansements a été effectuée rendant nécessaire l'actualisation et l'optimisation du contenu du livret.

- Ce dernier était peu consulté car présentait plusieurs limites :
- Pansements classés par ordre alphabétique
- Thérapie par Pression Négative (TPN) non évoquée
- Absence d'outils d'aide à la décision

OBJECTIFS

- 1 Rationaliser le référencement
- 2 Optimiser le livret des pansements.



MATERIEL&METHODES

- ✓ Revue de la littérature et des référentiels afin d'obtenir les informations utiles
- ✓ Référencement rationalisé en réunion interdisciplinaire après analyse des consommations
- ✓ Axes d'optimisation fixés concernant la forme et le contenu du livret



RESULTATS

1) Rationalisation du référencement

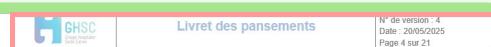
	AVANT	APRES
Nombre de références	44	35 (11 références supprimées, 2 ajoutées)

Raisons principales de suppression des pansements :

- Tailles non adaptées
- Usage limité dans les services (ex : pansements au charbon et à l'acide hyaluronique)

2) Optimisation du livret pansements

- Présentation des pansements par familles et indications
- Description des étapes de cicatrisation
- Tableau d'aide à la décision « Pansement : Que choisir ? »
- Arbres décisionnels sur la prise en charge des escarres
- Pour chaque famille de pansements : fiche détaillant indications, contre-indications, et références disponibles
- Pour la TPN : procédure révisée et intégrée au livret (+ insertion d'un lien vers une vidéo explicative accessible sur l'intranet de l'établissement)



Livret des pansements

N° de version : 4
Date : 20/05/2025
Page 4 sur 21

Rappel sur les phases de cicatrisation

Définition d'une plâtre :

> La plâtre traumatique (ou aigüe) (coupures, morsures, brûlures, abrasions, plâtre chirurgicale) est une rupture de la continuité de l'enveloppe corporelle associée à une perte de substance plus ou moins importante.

> La plâtre chronique (escarre, vécro plâtre cancéreux, plâtre du pied diabétique) est une plâtre traumatique dont le délai de cicatrisation est allongé pour une ou plusieurs causes. Selon l'étiologie, une plâtre est considérée comme chronique après 4 à 6 semaines d'évolution. (Définition HAS- Avril 2011).

1- Phase hémostatique et inflammatoire

Cette phase dure 1 à 3 jours. Elle consiste à éliminer les corps étrangers et les tissus morts. La lésion est alors recouverte d'un caillot sanguin. La réaction inflammatoire va engendrer une vasodilatation et augmenter la perméabilité de la lésion. La réaction inflammatoire peut également provoquer des erythèmes, des œdèmes, des douleurs ou encore une augmentation de la température locale.



Livret des pansements

N° de version : 4
Date : 20/05/2025
Page 10 sur 21

Les Hydrocellulaires

Composition :

Polyester multicouches constitués de polyéthylène (toutouf mousse de PE). Couche intime adhérente munie d'une surface qui assure un retrait aisé et incideuse. Couche externe imperméable aux liquides et bactéries, perméable aux gaz. hydrocell (bordé) non micro adhérent ou hydrocellulaires ont un pouvoir absorbant de longue durée.

> Pas de désinfection dans la plâtre.
> Pas de séchage dans la plâtre.
> Pas d'action sur l'hémostase.
> Environnement chaud et humide favorable à la cicatrisation

indications :

Plâtres aigües : sans distinction de phase
Plâtres chroniques dès la phase de bougeonnement en traitement séquentiel
Les formes anatomiques peuvent être utilisées dans les endroits difficiles à panser tels que le sacrum, le talon, le coude et le genou.

contre-indications :

Allergie connue à l'un des constitutants (adhsif).
Plâtre infecté sauf si traité par antibiotique par voie générale

Modalités d'utilisation :

Nettoyage de la plâtre à l'eau, à l'eau savonneuse ou au sérum physiologique
Déborder de 2 cm au-delà de la lésion
Enlever tout ce qui peut empêcher la cicatrisation (adhésif)

Changer le pansement tous les 3 à 5 jours

Formes anatomiques : zones molles soumises aux frottements

Fixation : pas de fixation nécessaire

Ne pas utiliser en même temps que des agents oxydants (ex. Dakin) car ces produits peuvent déteriorer le composant absorbant en polyuréthane du pansement.

Références disponibles	Dimensions	Prix (unitaire HT)	Code pharma
Biatain Soft-Hold (334091)	10x10cm	0.43	011073
Mediplex border flex care	10x10cm		
(533521)			
Allevyn heel (66000773)	15x22cm	1.08	050693
(sur prescription nominative)			
Mediplex border flex oval	7,8x10cm	1.65	058608
(563321) (sur prescription nominative)			
Mediplex border sacrum (262010) (sur prescription nominative)	16x20cm	1.995	058693

DISCUSSION/CONCLUSION

- Ce projet a permis une simplification de l'offre en supprimant les références peu adaptées.

- L'optimisation du livret avec un classement par indication, des outils d'aide à la décision et l'intégration de la TPN en fait désormais un support plus adapté aux besoins des soignants et favorisant le bon usage.



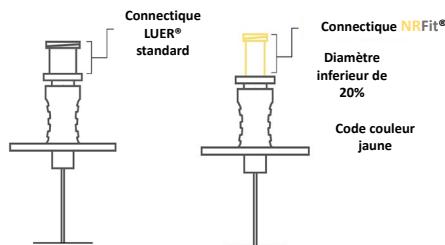
NRFit® : Etats des lieux suite à une transition progressive dans un service d'anesthésie.

Auteurs : GIRARD Elise (1), MARTIN Nathalie (1), GENSOLEN Sophie (1)

(1) : Service Pharmacie, CHU de la Conception (AH-HM), 147 boulevard Baille, 13385 Marseille, France
Mots-clés : Norme, Cout, Consommation
elisegrd83@gmail.com



Norme ISO80369-6 :



Introduction :

- La norme NRFit décrite dans la norme ISO80369-6 vise à sécuriser les voies d'administration **neuraxiale et périneurale** en imposant une connectique spécifique distincte du LUER LOCK®.
- Nous avons opté pour une transition progressive précoce: une seule salle d'anesthésie de la maternité les autres. Le déploiement est en cours au bloc central.

Objectif du progressif : → Moins de retours → Meilleure formation du personnel
→ Moins de pertes

- Ce travail présente un état des lieux des conséquences **économiques et pratiques** de la transition 3 mois après la fin de la transition.

Matériels et méthodes :

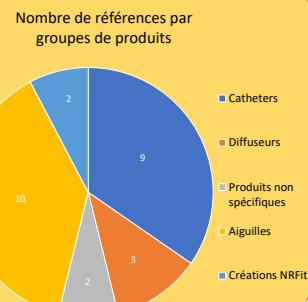
1. Associer les références non NRFit® à leur équivalent NRFit®

2. Extraire les livraisons aux services et les montants associés avant et pendant la transition

Période 1 → Avant la transition 12/2022 08/2023 Période 2 → Année de la transition 12/2023 08/2024

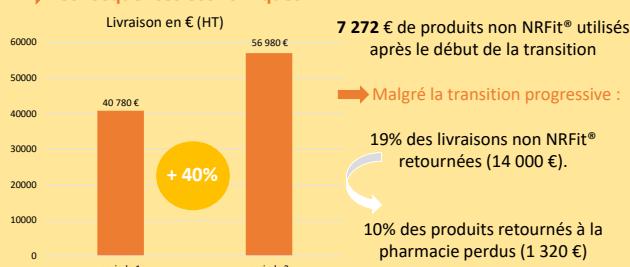
3. Analyser les données et intégrer des retours de produits non NRFit®

4. Diffuser un questionnaire en service afin de recueillir le ressenti des équipes médicales



Résultats :

Conséquences économiques :



Alternatives NRFit®

X 2,24 plus chères que le non NRFit® en moyenne

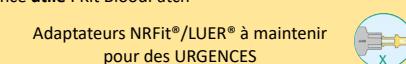
	Cathétérisme	Diffuseurs	Produits non spécifiques	Aiguilles
Variation moyenne du prix	1.57	1.03	12.94	1.08

Conséquences pratiques :

- Références NRFit® **inutiles**: robinets 3 voies, prolongateurs, seringues 50ml
- Référence NRFit® **non acceptée** : aiguilles de rachianesthésie
Geste unique, absence d'intérêt du NRFit®
- Nouvelle référence **utile** : Kit BloodPatch



Adaptateurs NRFit®/LUER® à maintenir pour des URGENCES



Discussions / Conclusion :

- Première mise en stock de produits NRFit® couteuse (+ 40%)
- Certaines références sont là en « secours » et ne seront pas recommandées avant longtemps
- Nécessité d'avoir deux mois de stock lors de nos premières commandes, plus le cas aujourd'hui
 - Efficience d'une transition progressive
- L'utilisation des produits non NRFit® au maximum garantie la minimisation des retours et des produits perdus
- Le déploiement salle à salle favorise la bonne formation du personnel sur le NRFit®
 - Satisfaction des équipes médicales
- Le personnel est satisfait de la transition et voit un intérêt dans l'application de la norme
 - Limites de la norme NRFit®
- Références non justifiées : surcoût inutile pouvant être évité mais induit la cohabitation de produits NRFit® et non NRFit®

OPTIMISATION DE L'USAGE DES HÉMOSTATIQUES AU BLOC DE CHIRURGIE DIGESTIVE

N°79

E. AL-HOSRI⁽¹⁾, M. PESTOURIE⁽¹⁾, S. YANI⁽¹⁾, A. FRESSELINAT⁽¹⁾

1- Centre hospitalier Universitaire de Bordeaux, Hôpital Haut-Lévêque, Service Pharmacie des dispositifs médicaux

Mots clés : Bloc opératoire, Saignements, Harmonisation - Mail : edoal1@yahoo.fr

INTRODUCTION

- Les interventions de chirurgie digestive impliquent souvent l'utilisation de **produits hémostatiques** pour contrôler les saignements. Ces dispositifs se présentent sous **diverses formes** (patchs, gels, colles...) avec des **modes d'action variés** et des **statuts différents** : dispositifs médicaux (DM), DM implantables (DMI), médicaments dérivés du sang (MDS).
- De nombreux produits hémostatiques sont référencés au CHU de Bordeaux et utilisés au bloc de chirurgie digestive. Ces derniers constituent un poste de dépense **important et en augmentation**.

OBJECTIFS

- Réaliser un **état des lieux** des hémostatiques utilisés au bloc de chirurgie digestive
- Harmoniser et optimiser l'emploi des hémostatiques en fonction des **indications cliniques, des pratiques et des coûts**

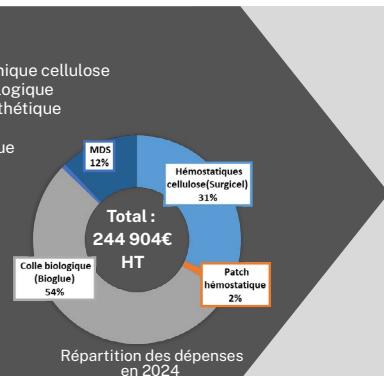
MATÉRIEL ET MÉTHODE

- Extraction des **références utilisées** et des **données économiques** (quantités commandées et prix) : via le logiciel de Gestion Economique et Financière (CPAGE)
- Recueil des données techniques : fiches techniques (FT), notices d'utilisation, résumé des caractéristiques des produits (RCP)
- Réunion avec les chirurgiens afin de discuter des **utilisations actuelles, des spécificités et de la pertinence** de chaque produit dans leurs pratiques
- Élaboration d'un **tableau récapitulatif des indications des hémostatiques**

RESULTATS

Hémostatiques utilisés

- Surgicel® : Hémostatique mécanique cellulose
- Bioglu® : Colle chirurgicale biologique
- Ifabond® : Colle chirurgicale synthétique
- Floseal® : Gel hémostatique
- Hemopatch® : Patch hémostatique
- Arista® : Poudre hémostatique
- Tachosil® : MDS
- Tisseel® : MDS



Actions réalisées

Identification des différentes situations nécessitant des hémostatiques

Validation des références :

- 2 produits exclus : Arista® et Ifabond®
- 1 indication non suffisamment couverte → Demande de référencement d'Ethizia®

Précision des indications par produit :

- Repositionnement** de la Bioglu® → Floseal® à privilégier si possible
- Attention portée au format des produits** (volume, taille) en raison des écarts de prix importants (ex : Bioglu®, Surgicel®, Hemopatch®)

Extrait du tableau validé

Produits	Indications retenues	Contre-indications	Forme / Volume	Stockage	Origines	Résorbables	Découpable	Mode d'emploi	Traçabilité
Ethizia® (J&J)	• Curatif, tranche hépatectomie avec saignement persistant malgré mesures conventionnelles	• Hypersensibilité à un des composants • Voie intravasculaire • Saignement pulsatile sévère • Plaies infectées	Patch flexible	5° < T < 25°C	Gélatine de porc + polymère de polyoxazoline (Pox)	4 - 6 semaines	Oui	• Prêt à l'emploi	Oui Hospilog®
Tachosil® (MDS) (Corza)	• Tranche hépatectomie qui saigne malgré compression	• Hypersensibilité à un composant	Eponge 4,8 x 4,8 cm	T ambiante	Fibrinogène humain 2,5mg + thrombine humaine 2UI/cm²	6 mois	Oui	• Prêt à l'emploi • A humidifier avec NaCl après la pose	Oui MDS
			Eponge 9,5 x 4,8 cm				Oui		
Bioglu® (Artivion)	• Tranche hépatectomie (+ chirurgical) • Tranche pancréatique • Fistule / reprise chirurgicale • Recherche de l'effet billostatique	• Hypersensibilité à un composant • Pédiatrie	Seringue pré remplie 2 mL + applicateur	T ambiante Ne pas congeler	Albumine bovine + glutaraldéhyde	24 mois	NA	A monter avant utilisation	Oui Hospilog®
			Seringue pré remplie 5 mL + applicateur				NA		
Floseal® (Baxter)	• Saignement des gros vaisseaux non assuré par hémostase conventionnelle	• Voie intravasculaire • Anticorps aux préparations de thrombine bovine	Seringue 5 mL	2 < T < 25°C	Gélatine bovine + thrombine humaine 2500 UI	6 - 8 semaines	NA	A reconstituer avant emploi	Oui Hospilog®

DISCUSSION - CONCLUSION

La réalisation de ce travail a permis :

Une harmonisation des pratiques et une optimisation de l'utilisation des hémostatiques

Un rappel des spécificités d'utilisation, de conservation et de traçabilité des différents hémostatiques

Une sensibilisation aux coûts

Un premier bilan à 3 mois de l'utilisation des hémostatiques semble valider une **évolution des pratiques et une diminution des dépenses**. Cette tendance sera à **ré-évaluer** dans les mois à venir afin de confirmer l'impact de ce travail.

Les hémostatiques étant largement utilisés dans d'autres spécialités chirurgicales, la méthodologie de ce projet pourrait y être transposée.

OPTIMISATION DU CHOIX DES CLIPS EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE

N°81

L. DE AZEVEDO⁽¹⁾⁽²⁾, M. PESTOURIE⁽¹⁾, S. YANI⁽¹⁾, A. FRESSELINAT⁽¹⁾

(1) Pharmacie des Dispositifs Médicaux Stériles, hôpital Haut-Lévêque - CHU de Bordeaux, F-33000 Bordeaux

(2) lisadeazevedo4@gmail.com

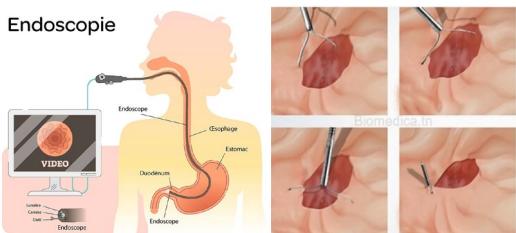
Mots clés : bon usage, arbre décisionnel, fermeture endoscopique

Introduction

En endoscopie digestive, de nombreuses interventions nécessitent l'utilisation de systèmes de fermeture tels que les **clips endoscopiques**. Ces clips peuvent être utilisés dans le traitement ou la prévention mécanique des hémorragies, la fermeture de perforations du tube digestif et la traction lors des dissections sous muqueuse.

Ils sont répertoriés en 2 classes :

- **Les clips through the scope (TTS) :** insérés via le canal opérateur de l'endoscope
- **Les clips over the scope (OTS) :** montés à l'extrémité de l'endoscope



Objectifs

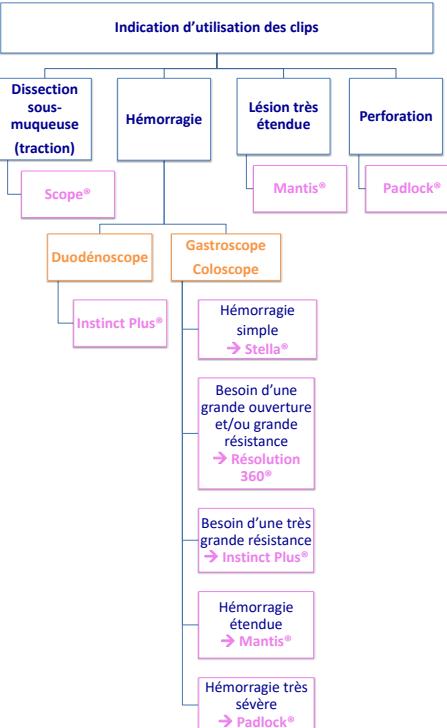


- Réaliser un état des lieux des différents clips utilisés dans le service d'endoscopie digestive
- Aide au choix du dispositif le plus approprié en fonction de la situation clinique rencontrée et des coûts associés

Résultats

Clip	Photo	Caractères communs	Caractères spécifiques	+ (TTS)	- (TTS)	+ (OTS)	- (OTS)
TTS							
Scope clip ³ ® CREO		Rotatifs à 360 degrés Répositionnables Préchargés	→ 2 tailles Ouverture de 11 ou 16mm → Rechargeable	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Positionnement facile ➤ Moins de déchets : poignée rechargeable €	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faible résistance : moins adapté pour les hémorragies ○ Temps de recharge : pas utilisable en urgence 		
Stella Clip [®] PENTAX			→ 3 tailles Ouverture de 11, 13 ou 16mm	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilisable en urgence €	○ Résistance +/- bonne		
Résolution 360 Clip [®] BOSTON			→ 2 tailles Ouverture de 11 ou 17mm	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Résistance + ➤ Utilisable en urgence ➤ Clip large (17mm) 			€
Instinct Plus Clip [®] COOK			→ 1 taille Ouverture de 16mm	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Résistance +++ ➤ Compatible avec les endoscopes à vision axiale et latérale (duodénoscope) 			€€
Mantis Clip [®] BOSTON			→ 1 taille Ouverture de 11mm	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Crochets d'ancre ➤ Fermeture directionnelle indépendante de la taille et de la forme de la lésion 			€€€
OTS							
Padlock [®] DUOMED		Préchargés	→ Clip circonférentiel → Capture la lésion dans son intégralité	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Résistance +++ ➤ Fixation rapide et efficace ➤ Canal opérateur de l'endoscope reste libre 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nécessité de retirer l'endoscope pour la fixation du clip à l'extrémité €€€		

Tableau des clips endoscopiques référencés au CHU de Bordeaux



Arbre décisionnel de l'utilisation des clips endoscopiques en fonction de l'indication et du coût, élaboré en collaboration avec le service d'endoscopie

Discussion et conclusion

L'analyse menée a permis d'optimiser le choix des clips en fonction des indications cliniques et des contraintes budgétaires. L'arbre décisionnel élaboré a été mis à disposition des équipes pour guider les soignants, une révision des dotations a été effectuée et une mise à jour des références disponibles dans le chariot d'urgence a été réalisée.

OPTIMISATION DU MONTAGE D'ANALGÉSIE CONTRÔLÉE PAR LE PATIENT (PCA) : UN PETIT MONTAGE POUR UN GRAND SOULAGEMENT

82



Auteurs : L. DUEZ, A. WILECZEK, A. PODVIN
Mots clés : analgésie autocontrôlée, perfusion, amélioration de la qualité



Service de pharmacie - Centre Hospitalier de Douai
Contact : lisiduez@outlook.fr

INTRODUCTION



Le montage de PCA utilisé dans les services de soins présente un volume mort (VM) important, ce qui allonge le temps de passage des médicaments dans la tubulure, augmentant leur délai d'action et retardant l'effet analgésique pour le patient.

OBJECTIFS



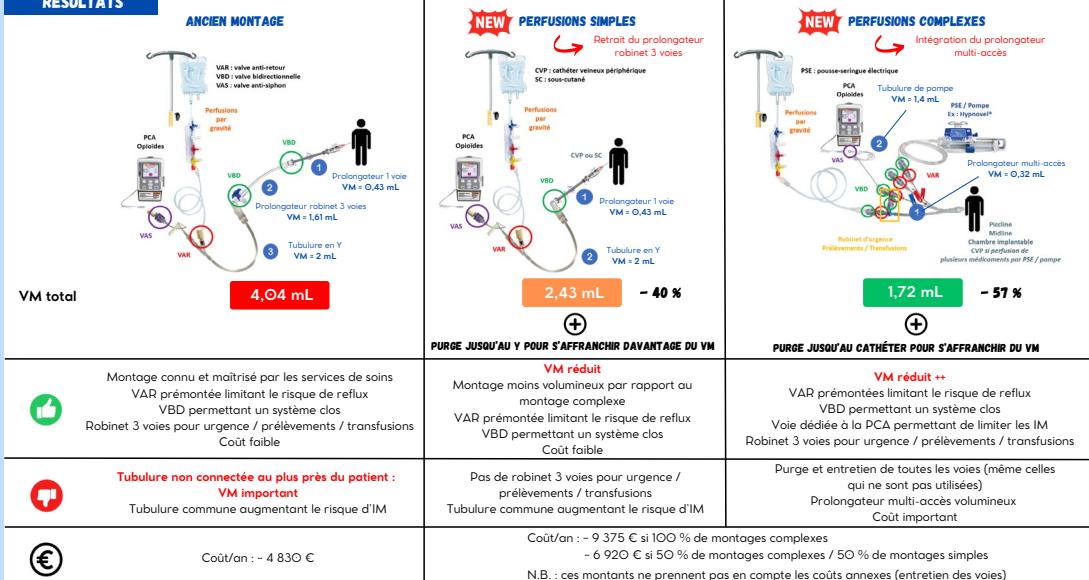
- ① Réduire le VM en connectant la tubulure de PCA au plus près du cathéter du patient pour accélérer l'effet analgésique
- ② Proposer un système prémonté facilitant le montage par les soignants, réduisant ainsi les erreurs potentielles, et intégrant des valves anti-retour (VAR) pour limiter le risque de flush, éviter les interactions médicamenteuses (IM) et assurer un débit fiable

MATERIEL ET MÉTHODES



- Constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire (pharmacien, infirmier, anesthésiste, cadre de santé, référents douleur)
→ Conception des nouveaux montages ; adaptation des fiches de bon usage ; révision de la procédure ; préparation des formations & du questionnaire d'évaluation
- Essais en soins palliatifs
→ Évaluation de l'applicabilité des montages en conditions réelles ; identification d'éventuelles difficultés rencontrées par les soignants
- Groupe perfusion & Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
→ Validation des fiches de bon usage
- Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)
→ Validation des fiches de bon usage ; référencement d'un nouveau dispositif (prolongateur multi-accès) pour les perfusions complexes

RÉSULTATS



ESSAIS EN SOINS PALLIATIFS – PROLONGATEUR MULTI-ACCÈS NOUVELLEMENT RÉFÉRÉNCÉ ++

- Essais concluants → résultats très positifs : dispositif adapté au besoin, gain en sécurité & hygiène

FORMATIONS → PROLONGATEUR MULTI-ACCÈS NOUVELLEMENT RÉFÉRÉNCÉ ++

- Présentation du matériel : VAR (limite le risque de reflux) ; VBD (désinfection à l'alcool modifié 70°, rinçage pulsé avant & après chaque administration / prélèvement, pas de bouchon sur les valves) ; VM ; robinet d'urgence / prélèvements / transfusions
- Présentation des affiches : dans quels cas utiliser les différents montages ; intégré par rapport au précédent montage ; où connecter la nutrition ; où prélever
- Prélèvements : clamer ou plus près du cathéter pour éviter la remontée ; prélèvement sur la VBD seule
- Purges et intérêt des VAR : démonstration avec dispositifs + colorants
- Entretien : manipulation et désinfection à l'alcool modifié 70° ; durée de pose de 7 jours maximum (car système clos)

QUESTIONNAIRE (les formations n'étant pas terminées au moment de la publication, nous ne disposons pas des résultats du questionnaire)

- ✓ Service : ...
- ✓ Ancienneté ~ < 5 ans ; > 5 ans
- ✓ La formation vous a-t-elle semblé claire ? ~ Parfaitement claire ; Il reste des interrogations ; Pas claire
- ✓ Pensez-vous être capable de mettre en pratique les informations délivrées ? ~ Oui ; Non
- ✓ Parmi les propositions suivantes, cocher celles qui sont vraies. ~ Le système doit être changé tous les jours ; Pour la désinfection, j'utilise de l'alcool à 70° ; Il est possible de prélever sur toutes les voies du dispositif ; La purge s'effectue avec la molécule à perfuser avant la connexion à la voie du patient ; Je dois ajouter un bouchon sur les valves lorsque la voie n'est pas utilisée
- ✓ Quels items aimeriez-vous aborder pour une prochaine formation ? ~ Chambre implantable ; Programmation de PSE ; Autres :



DISCUSSION / CONCLUSION



L'optimisation du montage de PCA permet d'améliorer l'efficacité et la sécurité de la prise en charge de la douleur. Disposer de 2 montages permet de réduire les coûts, de faciliter la mise en place et d'alléger le dispositif pour les perfusions simples. La formation continue des soignants est essentielle pour garantir la pérennité de ces bonnes pratiques.

PARTICULES DE CAOUTCHOUC DANS LES FLACONS DE PERfusion

M. COURAUD¹, A. CARFANTAN¹, R. DE SOUZA DIAS¹, P. RICHER¹, F. LESOURD¹, Y. LURTON¹
¹Pharmacie, CHU de Rennes, 2 Rue Henri Le Guilloux, 35000 Rennes, maelle.couraud@chu-rennes.fr

Mots-clés : Aiguille hypodermique, matériovigilance, corps étrangers

N° 83



Retrouvez la communication orale de ce poster sur le site internet des journées 2025 : <https://www.euro-pharmat.com/editions-precedentes/6707-35emes-journees-euro-pharmat-bordeaux-2025>

INTRODUCTION

- Nombreux signalements de défaut qualité médicament suite à la présence de particules de caoutchouc dans les flacons de perfusion
- Plus de 5 références de médicaments concernés
- Coincide avec un changement de fournisseur d'aiguille hypodermique 18G : Microlance 3® Becton Dickinson → Sol-M® Sol-Millennium
- Perfusion par gravité ou pompe : particules arrêtées par le filtre de la chambre compte-goutte
- Injection à la seringue et perfusion au pousse-seringue : risque d'embolisation¹

→ Carottage du septum par les aiguilles hypodermiques 18G utilisées ?

OBJECTIF

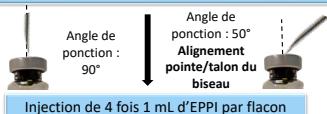
Comparer l'effet emporte-pièce des aiguilles hypodermiques 18G BD Microlance 3® et Sol-Millennium Sol-M®



MATERIELS ET METHODES

1 : Test de fragmentation selon la Pharmacopée Européenne modifié*, en «aveugle»

Par fournisseur : 12 aiguilles et 12 flacons neufs selon 2 angles de ponction :



Dénombrement des particules après filtration (filtre 0.45µM Millipore HAWP04700)

* Pharmacopée Européenne² : utilisation d'aiguille hypodermique 21G

2 : Mesure des caractéristiques physiques

→ Loupe binoculaire : M3C Leitz

- Diamètres internes
- Diamètres externes
- Profils biseaux

3: Tests statistiques

→ Test du Chi2 à l'aide du logiciel GraphPad Prism

NS : non significatif, * : p < 0,05, ** : p < 0,01

RESULTATS

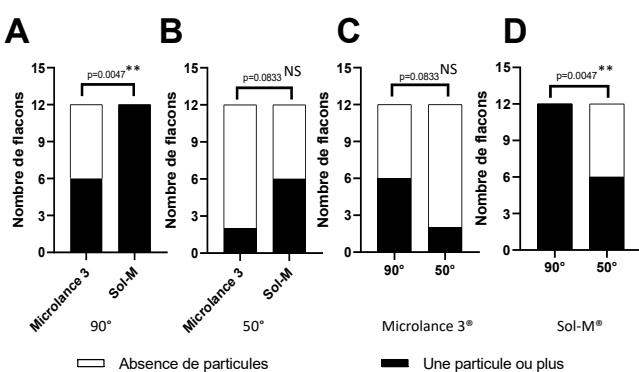


Figure 1: Nombre de flacons avec ou sans particules à 90° (A) et 50° (B) selon le modèle d'aiguille, influence de l'angle de ponction pour le modèle d'aiguille Microlance 3® (C) et Sol-M® (D)

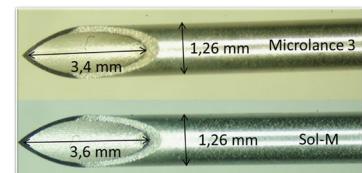


Figure 2: Longueurs et diamètres de chacun des modèles d'aiguille hypodermique 18 G

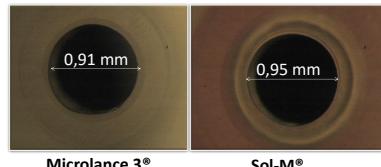


Figure 3: Mesure des diamètres internes de chacune des modèles d'aiguille hypodermique 18 G

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'effet emporte-pièce est plus important pour l'aiguille Sol-M® par rapport à l'aiguille Microlance 3® tant à 90° (carottage systématique) (**) qu'à 50°(NS).
→ Confirmation des déclarations des utilisateurs

Les différences de diamètre interne et de longueur du biseau pourraient expliquer ces résultats.

L'abord du bouchon avec un angle de ponction de 50° permet de limiter l'effet emporte-pièce sans le supprimer, même avec l'aiguille Microlance 3® (NS).

Le diamètre interne des prolongateurs pour pousse-seringue (Lectro-cath® VYGON) supérieur à celui des aiguilles (1 mm/0,95 mm) autorise en théorie le passage des particules de caoutchouc générées par effet emporte-pièce.

Alternative :

- L'utilisation d'aiguilles vertes 21G comme dans le test Pharmacopée² a été évaluée à l'occasion d'une rupture d'approvisionnement en aiguilles roses et rejetée par les utilisateurs (trop souples, débit insuffisant)
- Une fiche de bon usage est en cours de rédaction afin de préconiser la ponction³ à 50° sachant qu'elle n'élimine pas le risque.
- L'extension du test Pharmacopée² à d'autres marques d'aiguilles hypodermiques en particulier les aiguilles émoussées (Blunt[®]) va être réalisée afin d'identifier des aiguilles avec un effet emporte-pièce inférieur.

BIBLIOGRAPHIE :

¹ Patient Safety Alert: Urgent—Regarding Medication Vial Coring and Fragmentation Risks. ECRI, 25 Apr. 2024

² EDQ Pharmacopée Européenne. Chapitre général 3.2.9 : Fermetures en caoutchouc pour récipients destinés aux préparations parentérales aqueuses, aux poudres et aux poudres cryodesséchées. 11e éd., Supplément 11.1. Strasbourg : Conseil de l'Europe, Direction européenne de la qualité du médicament et soins de santé (EDQM) ; 2023.

³ Hypodermic needle for medication preparation, Sol-M : recommandations pour la préparation de médicaments à l'aide des aiguilles hypodermiques 18G Institute for Safe Medication Practices.

QUAND UN ARRÊT DE COMMERCIALISATION DE DRAINS ALLIE BON USAGE, ÉCONOMIE ET ÉCOLOGIE

Hamlaoui-Chareuf L¹, David W¹, Ingels Y¹, Radoube F¹, Boyer J¹



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

¹Pharmacie, Centre Hospitalier de Valenciennes, Valenciennes - Contact : lila.hamlaoui.etu@univ-lille.fr

Mots-clés : Mésusage, Substitution

N°85

CONTEXTE

Annonce de l'arrêt de commercialisation des drains ronds en silicium stériles (DS) par notre fournisseur Référence de substitution trouvée chez un concurrent qui ne convient pas aux utilisateurs.

OBJECTIFS

Identification des besoins des utilisateurs et recherche d'alternatives spécifiques
Évaluation de l'impact économique et écologique des solutions envisagées

MATÉRIELS & MÉTHODES

Étude des différentes références et analyse des consommations de DS



Sourcing fournisseurs
DS sur le marché des DM stériles et non stériles



Essais des solutions retenues



Enquête auprès des services utilisateurs sur leurs usages et besoins



Analyse comparative des fiches techniques



Évaluation des impacts économique et écologique

RÉSULTATS



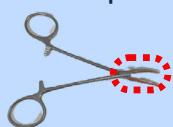
Analyse des consommations :

- 8 références de DS au livret mais seul le CH10 est consommé
- 3 services utilisateurs : bloc vasculaire (BV), consultations de chirurgie (CC) et chirurgie infantile (CI)



Usages et besoins :

- 2 mésusages identifiés :
 - Gainage des mords de pinces Halstead au BV
 - Garrot de doigt stérile aux CC et CI
- Besoins exprimés par les services :
 - BV : 2 gaines stériles souples de 3 cm et CH10
 - CC/CI : DM stérile



Impacts économique et écologique :



- Gaines de pinces au BV
 - Réduction de 55,8% du coût par rapport au DS initial
 - Réduction de 13,6% du gaspillage de matériel
- Garrot de doigt aux CC et CI
 - Surcoût de 5€ par utilisation
 - Moins de 10 utilisations par an



Solutions apportées :

- BV : bobine de tuyau en silicium non stérile
 - Découpé en unités de 25 cm, emballé et stérilisé en interne par l'unité de stérilisation
- CC et CI : référencement d'un garrot de doigt stérile



CONCLUSION

L'arrêt de commercialisation a révélé des mésusages et permis d'y répondre par des solutions ciblées, tout en s'inscrivant dans une démarche d'économie et de réduction des déchets conforme à la politique environnementale de l'établissement.

Optimisation et sécurisation des montages de perfusion dans un service de soins palliatifs

N°86



MILLOT F.¹, HURLUPE C.¹, VIAUD-CHATTI V.¹, POUZET A.², FRONT M.², CHANTEAU-JANSEN C.², LE BIGOT V.¹
⁽¹⁾ Service de Pharmacie, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon (2) Service d'Hygiène Hospitalière, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon

Contact : florian.millot@etu.univ-nantes.fr, victoire.lebigot@gh65.fr



Mots clés : Audit, bonnes pratiques, valve

Introduction

- Les erreurs liées aux montages de perfusion sont fréquentes et peuvent avoir de **grave conséquences** dans la prise en charge des patients. La **sécurisation des montages de perfusions** constitue donc un élément clé pour garantir la **qualité** et la **sécurité** des soins, en particulier lorsqu'il s'agit de **médicaments à marge thérapeutique étroite**.
- L'**unité de soins palliatifs (USP)** a sollicité la pharmacie pour **harmoniser les pratiques de perfusion** au sein de leur service. Un travail a donc été mené afin de faire l'**état des lieux des pratiques** actuelles et de proposer des **axes d'amélioration pour sécuriser et optimiser leurs montages de perfusion**¹.

Matériel et Méthodes



Service de **soins palliatifs**
du CHD Vendée (13 lits)



Observations des **montages de perfusion**



4 grilles d'audit :

- Chambre à Cathéter Implantable (CCI)
- Cathéter Veineux Périphérique (CVP)
- Midline
- PICCline



4 auditeurs répartis en binôme :

- 2 infirmières hygiénistes
- 1 pharmacien
- 1 interne en pharmacie



5 demi-journées
en février et mars **2025**



Exploitation des données avec un **tableau Excel**

Résultats

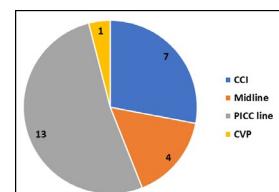


Figure 1 : Répartition du type de dispositif intra-vasculaire (DIV) utilisé

25 montages de perfusion
soit 144 lignes de perfusion

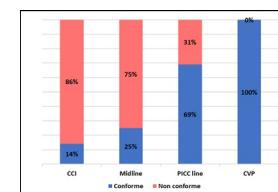


Figure 2 : Proportion de montages sécurisés observés en fonction du type de dispositif utilisé



48% des montages sont sécurisés

60% (n=88) des accès sur les lignes principales et secondaires sont utilisés au moment de l'audit.

92% (n=23) des montages présentent un **robinet 3 voies en proximal**. Ces robinets sont réservés aux médicaments d'urgences ou pour faire des prélèvements.

Parmi les montages audités, 13 sont considérés comme complexes car ils associent un perfuseur par gravité et un système actif.

Sur ces 13 montages, la non conformité est liée à :

- l'absence de valve anti-retour (VAR) sur la ligne principale : observée dans 92 % des cas (n = 12).
- l'absence de VAR sur les lignes secondaires : observée dans 38 % des cas (n = 5).

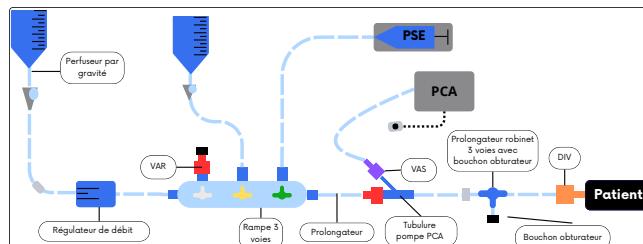


Figure 3 : Montage de perfusion type observé lors de l'audit.

68% (n=17) des montages présentent une **pompe d'Analgésie Contrôlée par le Patient (PCA)** de morphine.

Ceux-ci sont tous sécurisés à l'aide d'une tubulure spécifique référencée au sein de l'établissement comprenant une valve anti-siphon (VAS) et une VAR.

100% des montages ont un régulateur de débit rotatif sur la ligne principale et aucun sur les lignes secondaires.

Les lignes principales étaient toutes dédiées à un soluté d'hydratation (Chlorure de Sodium 0,9%, Glucose 5%, ou polyionique).

84% (n=21) des montages observés avaient une **architecture similaire** (Figure 3).

Discussion et conclusion

- Après observation, l'USP dispose d'une **base commune de montage de perfusion** qui répond à leurs **besoins** en fonction des thérapeutiques prescrites. Cependant, celle-ci n'est pas totalement conforme aux bonnes pratiques de perfusion en terme de sécurisation. En s'appuyant sur le travail déjà initié en USP, cet audit **pluridisciplinaire** permet d'optimiser et de sécuriser ces montages de perfusion.
- L'erreur la plus fréquente est l'**absence de VAR** sur la **ligne principale** dans le cas d'un montage dit **complexe** ce qui traduit une **méconnaissance du bon usage des valves anti-retour**.
- Suite à la restitution de l'audit, il a été décidé d'augmenter la dotation de l'USP en valves anti-retour afin de répondre à leurs besoins.
- Concernant l'utilisation des **régulateurs de débit rotatifs**, deux éléments sont à noter. D'une part, ils ne sont **jamaïs utilisés** pour des médicaments à **marge thérapeutique étroite** ce qui est **conforme aux bonnes pratiques de perfusion**. Cependant, leur intérêt est discutable pour un soluté d'hydratation. En effet, leur utilisation **ne doit pas exclure le comptage des gouttes au moment de la pose** de la perfusion, ni le contrôle à **intervalles réguliers** du débit.
- Cet audit a toutefois des **limites**. En effet, les montages ont été observés de manière **ponctuelle**, mais sont amenés à évoluer au fil du temps, en fonction des traitements des patients. De plus, les **bonnes pratiques d'hygiène et de perfusion** (rinçages pulsés et de lignes, désinfection des valves bidirectionnelles...) n'ont pas été observées.
- Dans le but d'**harmoniser les pratiques** de ce service, nous avons proposé le **protocole imposé** ci-contre ainsi qu'un **temps de formation**². Cela avait pour but notamment d'expliquer le **rôle des valves unidirectionnelles et bidirectionnelles** et leurs intérêts dans les montages de perfusion. D'autres notions ont été abordées telles que les **espaces communs**, les **interactions médicamenteuses** dans les tubulures, etc...
- Suite à ce travail, une réflexion a été initiée au sein de l'USP afin de proposer des **montages plus spécifiques**. La future mise en place d'un **protocole de sédation profonde et continue** au CHD pourrait permettre, avec des dispositifs plus complexes tels qu'un **prolongateur multi-accès**, de limiter l'espace commun et le volume mort.

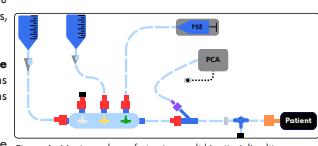


Figure 4 : Montage de perfusion type validé suite à l'audit.

¹: SFCPC Groupe OSP, Société de Perfusion GTO[®] : la perfusion des médicaments injectables, comment le pharmacien clinicien peut-il résoudre les problèmes posés au décours des soins des patients adultes ?, 2022
²: Commission Technique Euro-Pharma, Bonnes Pratiques de perfusion - "Bon Usage du perfuseur par gravité", La prévention du décès de perfusion, 2024
³: H. Marquier, Les montages de perfusion en établissement de santé : évaluation des pratiques et création d'outils pour sensibiliser les professionnels, 2024



SECURISATION DU CIRCUIT FREESTYLE : EVALUATION DES CONNAISSANCES ET PRATIQUES DE TERRAIN



N°87

Chloé RICHIDE¹, Sophie VINCENT¹, Julie BISSONNIER¹
¹Service Pharmacie, Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise
 chloerichide@yahoo.fr

Mots clés: Bon usage, Autosurveillance, Diabète

Introduction

- Depuis 2022 : forte hausse de l'usage des lecteurs et capteurs FREESTYLE dans notre établissement.
- Manque de sécurisation et de contrôles du circuit.

Objectifs

- Enquête des connaissances et pratiques de terrain.
- Identification des écarts par rapport aux recommandations de bonnes pratiques.
- Etape préliminaire à la mise en place d'actions correctives pour sécurisation du circuit.

Matériels et Méthode

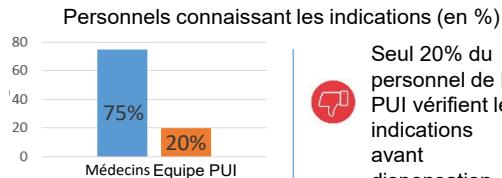
- Questionnaire couvrant l'ensemble des pratiques : prescription ➤ gestion des déchets.
- Distribué en endocrinologie, aux 4 EHPAD et à la PUI.
- Pour les médecins, IDE, pharmaciens et PPH.
- 3 questionnaires distincts selon la profession.



Résultats

32 réponses : 4 médecins, 18 IDE, 4 pharmaciens et 6 PPH

Connaissance des indications :

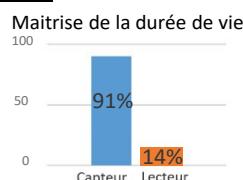


Seul 20% du personnel de la PUI vérifient les indications avant dispensation

Connaissance des pratiques de pose :



Généralités :



Aucune bonne réponse n'a été observée pour la gestion des déchets!

Aucun répondant ne connaît les contre-indications à l'usage du capteur.



Seul 41% des répondants savent gérer le dysfonctionnement de l'un de ces DM.

Discussion et Conclusion

L'enquête révèle de nombreuses lacunes et fait ressortir les étapes critiques du circuit de ces DM :



- Manque de connaissance des indications et manque de contrôle par le personnel de la PUI ➤ dispensations non adaptées, surconsommation impactant le budget
- Méconnaissance des sites d'insertion et des contre-indications ➤ fonctionnement attendu altéré (interférence, fiabilité des données)
- Pratiques liées au lecteur globalement mal connues
- Gestion des déchets non maîtrisée ➤ risques environnementaux et sanitaires

Un plan d'action doit sécuriser ces étapes : une cartographie des risques servant de base à l'implémentation de mesures correctives est en cours d'élaboration



Sondes digestives : état des lieux des pratiques pour améliorer leur bon usage

L. RADOU, C. HAMEL, C. RAIMBAULT, L. ZBIERSKI
Pharmacie, Centre Hospitalier de Laval, 33 rue du Haut Rocher, 53000 LAVAL
radou.louis@icloud.com



Mots clés : Nutrition entérale, bonnes pratiques, soins infirmiers

Introduction :

- Plusieurs déclarations d'événements indésirables liés à la nutrition entérale → Révision des procédures de nutrition entérale.
- Sondes digestives (SD) référencées = les sondes nasogastriques (SNG), sondes et boutons de gastrostomie et sondes de jéjunostomie.

Objectif :

Confronter les recommandations de bon usage des SD aux pratiques sur le terrain dans le but d'établir une politique de bon usage.

Matériels et méthodes :

- Revue des recommandations : sociétés savantes et HAS.
- Revue des consommations → Identification des services les plus consommateurs de SD.
- Entretiens avec infirmiers diplômés d'Etat (IDE) entre janvier et mars 2025.

Résultats :

- Grâce à la revue bibliographique : **16 axes de réflexion** autour de la pose, la surveillance, l'utilisation et l'entretien des SD.
- 10 services** de médecine, chirurgie et unité de soins de longue durée. **36 IDE interrogés**

Pose d'une SNG

- Choix de la charrière : **CH 16 d'emblée**, sauf néonatalogie et pédiatrie.
- Prise des repères anatomiques nécessaires à la pose dans **94,3 %** des cas.



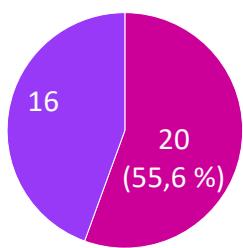
Axes de réflexion et résultats de l'enquête

Utilisation et entretien des SD

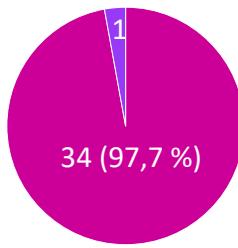
- Rinçage des SD → avant : **11,1 %** contre **61,1 %** après utilisation.
- Mobilisation des sondes et boutons de gastrostomie : **0 %**.

Surveillance d'une SNG

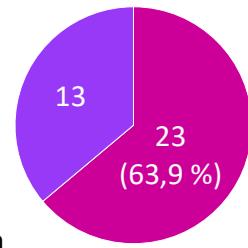
Contrôle radiographique



Auscultation épigastrique



Traçabilité dans le dossier patient



Discussion et conclusion :

- Mise en évidence des éléments constitutifs de la politique de bon usage des SD.
- Pratiques soignantes non harmonisées dans les services.
- Groupe de travail multidisciplinaire → Validation de 3 protocoles « Pose d'une SNG », « Entretien d'une SNG » et « Entretien des sondes de gastrostomie et jéjunostomie ».
- Déploiement de la politique sur les bonnes pratiques notamment le contrôle radiographique.
- Intérêt des IDE pour ces temps d'échanges : questionnement sur leurs pratiques.
→ Présentation des résultats de l'enquête et des protocoles à organiser dans les services.



HÔPITAL FONDATION
Adolphe de ROTHSCHILD
LA RÉFÉRENCE TÊTE ET COU

STIMULONS NOTRE ORGANISATION : MISE EN PLACE D'UN REFERENTIEL DES DISPOSITIFS MÉDICAUX DE NEUROSTIMULATION

N°89

L. TOUAT, H. DECOUVELAERE, O. CHAUVEL, E. MARTIN LEMAIRE, G. NICOLAOS, C. DUPONT
Pharmacie à Usage intérieur, Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild (HFAR), 75019 Paris

Mail : lydia.touat@laposte.net

Mots clés : implant, neurochirurgie, sécurisation

INTRODUCTION

Stimulation cérébrale profonde (DBS)



Indication : Parkinson, Dystonie sévère

Stimulation médullaire (SCS)



Indication : Douleurs chroniques réfractaires

Stimulation du nerf vague (VNS)



Indication : Epilepsie

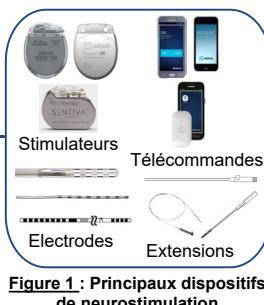


Figure 1 : Principaux dispositifs de neurostimulation

Confusion au bloc opératoire au moment de la préparation du matériel

Exemple :



Objectif : Sécurisation du circuit en mettant en place un référentiel

MATERIELS - MÉTHODES



Principales caractéristiques des dispositifs (photo, compatibilité IRM, dimensions) → les catalogues fournisseurs



Extraction des références utilisées en neurostimulation au bloc grâce au logiciel de gestion pharmaceutique Pharma (Computer Engineering ®)



Participation à une DBS et **validation** du projet par une neurochirurgienne et neurophysiologue

RÉSULTATS

Réalisation de fiches regroupant les références par fournisseur avec leurs caractéristiques principales et des photos pour les identifier :

- DBS
 - ABBOTT : 13 références
 - BOSTON : 17 références
 - MEDTRONIC : 17 références
- SCS
 - ABBOTT : 22 références
 - BOSTON : 19 références
 - MEDTRONIC : 13 références
- VNS
 - LIVA NOVA : 5 références

STIMULATION CÉRÉBRALE PROFONDE (DBS)	
Indication : Parkinson, dystonie sévère	
Demande	1. STIMULATEUR CÉRÉBRALE PROFONDE
Accessoires	2. EXTENSION CÉRÉBRALE PROFONDE
Extensions	3. ELECTRODE CÉRÉBRALE PROFONDE
Résumé	4. ADAPTATEUR POUR STIMULATEUR
Stimulateur	5. ACCESSOIRE DE FIXATION
Accessoires	6. ADAPTATEUR POUR STIMULATEUR
Télécommande patient	7. TELECOMMANDE PATIENT

Figure 2 : Fiche DBS ABBOTT

STIMULATION MÉDULLAIRE (SCS)	
Indication : douleurs chroniques	
Demande	1. STIMULATEUR MÉDULLAIRE
Accessoires	2. EXTENSION MÉDULLAIRE
Stimulateur	3. ELECTRODE MÉDULLAIRE
Accessoires	4. ADAPTATEUR MÉDULLAIRE
Télécommande patient	5. TELECOMMANDE PATIENT

Figure 3 : Fiche SCS BOSTON

Validation par les neurochirurgiens



QR code → zone de stockage au bloc



Mise à disposition sur la GED

Présentation de cet outil réalisée auprès des préparatrices du bloc et prévue pour les IBODE (Infirmière du bloc) + Formations à organiser avec les fournisseurs



Mise à jour régulière au regard de la constante évolution du secteur de la neurostimulation



Collaboration entre plusieurs acteurs avec comme objectif principal d'optimiser l'expérience chirurgicale du patient.



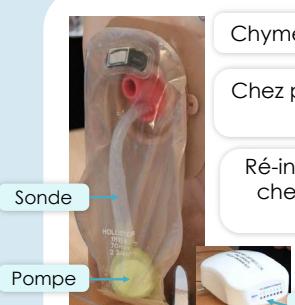
Rappel du rôle majeur du pharmacien dans la promotion du bon usage des DM stériles.

SYSTÈME DE RE-INSTILLATION DU CHYME

MISE EN PLACE D'UN CIRCUIT DE DISPENSATION ET SUIVI A QUATRE MOIS

V.RAFFET¹, D.PARADIS², L.LACAZE², P.LABET¹, M.CHALOPIN¹¹iPharmacie à Usage Intérieur, Hôpital Beaujon APHP, Clichy²Service de Chirurgie Colorectale, Hôpital Beaujon APHP, Clichy

Contact : victor.raffet@live.fr



Contexte

Chyme = liquide issu de la pré-digestion des aliments dans l'estomac

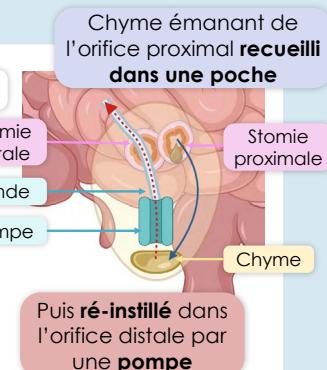
Chez patient porteur de stomie : évacuation du chyme par la stomie et recours à la nutrition parentérale (NP)

Ré-instillation => prise en charge de l'insuffisance intestinale chez les patients bénéficiant d'une stomie temporaire => permet de les sevrer de la NP

DM innovants → réservé aux centres labellisés NPAD

2 types de kit : initiation et renouvellement

1 kit dure 1 mois



Objectif

Mettre en place un circuit de commande et de dispensation de ces DM et évaluer l'impact clinique de cette technique

Matériel et Méthodes

Groupe de travail

Médecin

Pharmacien

Infirmier stomathérapeute

Fiche de liaison

FICHE DE LIANAGE		SYSTÈME DE RE-INSTILLATION DU CHYME		Matériel Dispositif médical	
Préscription		Patient			
Nom, Prénom	Prénom	Nom	Prénom	Code	Date
Spécialité	Spécialité	Spécialité	Spécialité	Code	Date
Indication					
Demande de kit d'initiation					
Dispensation de kit d'initiation					
RENOUVELLEMENT					
Appel n°					
Appel n°					
Préférence					
Demande de kit d'initiation					
Dispensation de kit d'initiation					

Date de pose

Apport nutritif

Date de dispensation

Initiation

Renouvellement

Tableau de suivi

Patient ayant arrêté		Patient en cours	
Date	2022/02/24	Date	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	20220224	Code	20220224
Prénom	BRUNO	Prénom	BRUNO
Nom	BRUNO	Nom	BRUNO
Date Arrêt	2022/02/24	Date Arrêt	2022/02/24
Date Dernière	2022/02/24	Date Dernière	2022/02/24
Indication	Arrêt de la nutrition parentérale	Indication	Arrêt de la nutrition parentérale
Code	2022022		



Transition vers la connectique **NRFit** à l'Hôpital Régional d'Instruction des Armées Clermont Tonnerre : enjeux, défis et perspectives.



Gillet Erwan (1) ; Communier Lucie (2) ; Gaelle Pronost (3) ; Raphaël Jegou (3) ; Sophie Spadoni (4)

Pharmacie, Hôpital Régional d'Instruction des Armées Clermont Tonnerre - BREST

(1) Interne en pharmacie, (2) Pharmacienne, (3) Préparateur en pharmacie, (4) Pharmacienne cheffe de service

erwan.gillet56@gmail.com



n°91

Mots clés : Sécurisation, anesthésie

Introduction

• Norme ISO 80369 (2010) = sécurisation des voies d'administration par prévention des erreurs de connexion : **1 abord = 1 connectique**

• Norme ISO 80369-6 = Connectique **NRFit** (voie neuraxiale).

• Continuité avec la norme ISO 80369-3 pour la voie entérale (ENfit).

Individualisation des connectiques = **Amélioration de la sécurité des soins**.

Recommandé par : SFAR, SFPC, EUROPHEMAT



Objectif : évaluer la faisabilité de la transition vers la connectique **NRFit** à l'**HRIA**

Matériel et méthode

Etat des lieux des dispositifs référencés sur l'**HRIA** pour l'**ALR** et recherche **d'équivalences NRFit** auprès des fournisseurs

Consultation des anesthésistes : présentation du projet, échange sur la **faisabilité** et les **points limitants**

Mise en place d'un groupe de travail anesthésie - pharmacie (1 interne en pharmacie, 1 pharmacien, 3 anesthésistes) : révision des dispositifs de l'abord neuraxial référencés sur l'hôpital

Evaluation financière : estimation du coût global de la transition

Prise de décision sur la mise en place de la connectique NRFit

Résultats



24 références de l'abord neuraxial disponible au livret sur l'**HRIA** (hors seringues)

Existence d'équivalences en NRFit pour l'ensemble des DM (5 laboratoires différents)



Groupe de travail : **optimisation** du livret ; passage de 24 à 16 références



Surcoût estimé à 20 % (environ 2000 euros)

Pas de transition vers NRFit en 2025

- Multiples projets pour les anesthésistes en 2025
- **Besoin d'interopérabilité** avec les forces de l'**OTAN**
- **Besoin d'interopérabilité** avec les structures hospitalières du département

Mise à jour du référencement des DMs d'ALR

Conclusion et discussion



NRFit en 2025 : Projet reporté pour 2026

Projet à étendre à l'**ensemble des DM de la voie neuraxiale**

Projet pluriprofessionnel : IDE et PPH à inclure



Ajustement du livret des DM de l'**ALR** : plus adaptés aux pratiques des anesthésistes



Diminution du gaspillage des DM non utilisés, notamment dans les kits d'**ALR**.

La norme **NRFit** = enjeu majeur de sécurité d'administration, néanmoins, sa mise en place reste un réel **défi organisationnel et structurel**.

Ce projet a cependant permis **d'optimiser** les références utilisées dans l'**ALR** et **d'identifier les alternatives NRFit disponibles**.

Cette anticipation permettra de faciliter la transition lorsqu'elle sera validée.

Abréviations : ALR : Anesthésie Loco Régionale, DM : Dispositifs Médical, HRIA : Hôpital Régional d'Instruction des Armées, IDE : Infirmier diplômé d'état OTAN : Organisation du Traité d'Atlantique Nord, PPH : préparateur en pharmacie hospitalière, SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

Valves de contrôle du vide et défaut d'aspiration

L.POIRIER¹; Y.LURTON¹; F.LESOURD¹¹Pharmacie, Secteur Achat / Approvisionnement dispositifs médicaux CHU de Rennes

Lola.poirier@chu-rennes.fr

Matériovigilance, stop-vide, trachéo-bronchique

92

Introduction :

- Les valves stop-vide permettent de gérer l'aspiration lors des interventions d'aspiration trachéales et bronchique avec un meilleur contrôle¹⁻².
- Suite à un changement de marché en novembre 2024 → Remplacement des valves stop-vide CAIR LGL Regivid® par les valves stop-vide ASEPT INMED Neovalve®.
- Changement de référence → 10 déclarations de matériovigilance émanant de blocs opératoires et des services de réanimation adulte et pédiatrique : « Valve siffle en continu » ; « nouveau dispositif moins efficace » ; « manque de puissance d'aspiration ».
- Nombreuses demandes d'utilisateurs pour changer de valve stop-vide.

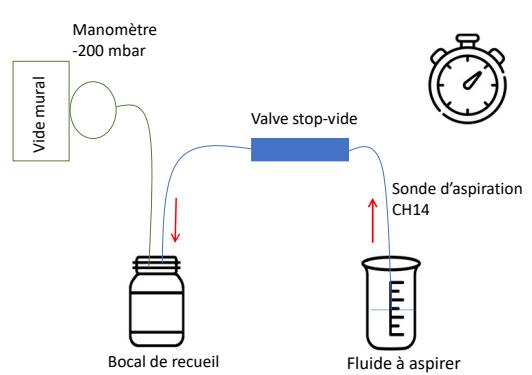
Objectif : Comparer l'aspiration de la valve stop-vide référencée avec les autres valves disponibles sur le marché.

Matériel :

- Balance Sartorius® LA6205 ±0,001g
- Chronomètre
- Eau pour irrigation VERSOL®
- Epaississant alimentaire Gel Mix « e »
- Prise murale de vide
- Sonde d'aspiration trachéo-bronchique CH14
- Valves :
 - INT'AIR MEDICAL : D3064KB
 - CAIR LGL : Regivid®
 - MEDLINE : Med-stop®
 - ASEPT INMED : Neovalve®
Neovalve®2

Méthode :

- 2 séries de mesure : eau et eau gélifiée
- Vide à -200mbar³
- Eau : 3 unités par référence de valve, temps pour aspirer 500mL d'eau
- Solution gélifiée : 5 unités par référence de valve, temps pour aspirer 100mL d'eau gélifiée par 5g de poudre



INT'AIR MEDICAL



MEDLINE



CAIR LGL



ASEPT INMED 1

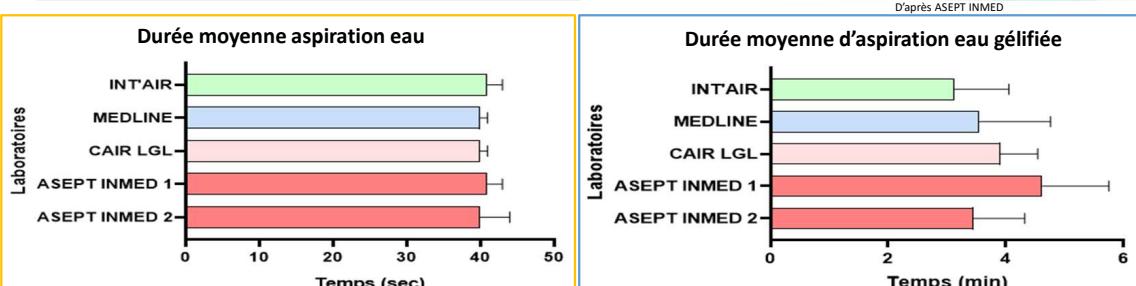


ASEPT INMED 2



Résultats :

Laboratoires	Aspiration eau (n=3) Durées moyennes (min)	Aspiration eau gélifiée (n=5) Durées moyennes (min)
INT'AIR MEDICAL	00:41 +/- 00:02	02:48 +/- 00:55
MEDLINE	00:40 +/- 00:01	03:33 +/- 01:13
CAIR LGL	00:40 +/- 00:01	03:55 +/- 00:38
ASEPT INMED	00:41 +/- 00:02	04:37 +/- 01:08
ASEPT INMED 2	00:40 +/- 00:04	03:27 +/- 00:52



Discussion / Conclusion :

- Le montage réalisé est équivalent à celui utilisé en clinique et nous permet une comparaison in vitro.
- Pas de différence de durée pour l'aspiration de l'eau, cependant lorsque la viscosité augmente des divergences apparaissent. La Neovalve® présente le temps d'aspiration le plus long : presque 2 minutes de plus que la valve INT'AIR MEDICAL évaluée comme la plus rapide.
→ Dans la série de la solution gélifiée, présence d'une forte variabilité des durées d'aspiration au sein d'une même référence.
- Pour compléter ce travail, il aurait été intéressant de tester une valve incriminée dans une des déclarations de matériovigilance. Afin d'être au plus proche de condition in vivo, il aurait fallu tester une solution identique aux sécrétions bronchiques en termes de viscosité.
- Contacté suite aux matériovigilances, le laboratoire nous a annoncé mettre en place le nouveau modèle Neovalve®2 dans le cadre de notre marché. In vitro, cette nouvelle valve présente des performances équivalentes à celle d'INT'AIR. Des essais seront réalisés in vivo pour confirmer ces résultats.

1. Recommandations pour les aspirations endotrachéales chez un patient intubé Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
2. Fiche technique valve Med-Stop® MEDLINE
3. Technique clinique d'aspiration trachéo-bronchique (HUG) 2024



Vers une utilisation raisonnée de l'urétéroscopie souple à usage unique

O. OUDINET⁽¹⁾, S. CHRISTOPHE-BAUER⁽¹⁾, C. DURAN⁽¹⁾, I. HERAN-MICHEL⁽¹⁾

⁽¹⁾Pharmacie, Centre hospitalier de Perpignan

Contact: oudinet.oceane@gmail.com

Mots clés : Urologie, Lithiases, Stérilisation

Introduction - Objectif :

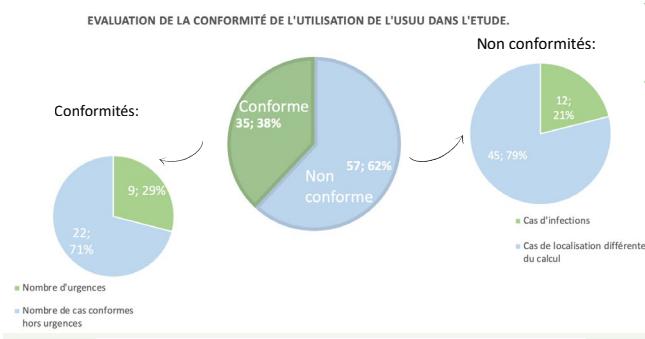
La prise en charge des lithiases rénales repose sur un large choix de dispositifs médicaux. Le choix d'un urétéroscopie souple à usage unique (USUU) ou restérilisable (USR) repose sur des critères spécifiques. Une augmentation de l'utilisation des USUU a été observée et cause un impact économique important, tandis que le nombre des USR s'élève toujours à 3 unités.

L'objectif est d'évaluer la conformité d'utilisation des USUU pour optimiser les coûts, mener à une utilisation raisonnée des USUU et revaloriser l'usage des USR dans l'établissement.

Matériels et méthodes :

- Étude monocentrique, retrospective et observationnelle réalisée sur l'ensemble des utilisations d'USUU du 01/01/2024 au 31/12/2024.
- Le respect de l'indication des USUU (**urgences, calculs caliciels inférieurs**) a été étudié à partir des comptes rendus opératoires présents sur le logiciel de dossier patient.
- L'utilisation programmée au bloc a aussi été analysée.

Résultats :



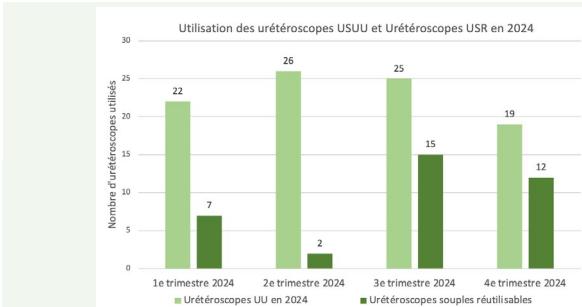
Prescription d'USUU en cas d'infections des voies urinaires chez un patient pour éviter le risque d'infections croisées du USR

Programmation sur le logiciel du bloc	Nombre de cas
Oui	62
Non	30

Tableau montrant les utilisations des USUU programmés en amont de l'intervention

Période	USUU	USR
1er semestre 2023	NA	33
1er semestre 2024	48	9

Tableau des consommations des USUU VS des USR aux premiers semestres 2023 et 2024



Conclusion/Discussion :

L'utilisation des USUU est en majorité non conforme aux indications montrant un mésusage d'utilisation de ces dispositifs jetables. Il est cependant pertinent de prendre en compte l'utilisation d'un USUU en cas de risque d'infection. La même étude pourra être réalisée en prenant en compte ces éléments, permettant peut-être d'atteindre un seuil d'utilisation. L'utilisation des USR devra être revalorisée pour améliorer l'impact économique et mener à une démarche écologique responsable.



ZOOM SUR LES BONNES PRATIQUES AU BLOC : PORT DE LENTILLES DE CONTACT ET MANIPULATION DE CIMENT ORTHOPÉDIQUE

N°94

Auteurs : C. CORBINAIS, S. LOIZEAU, J. PERREY, C. FAURE, MP. PERRILLAT-MERCEROZ

Pharmacie Euromédecine - CHU de Montpellier - Contact : cecile.corbinain@outlook.fr

Mots clés : Bon usage, notice utilisation

INTRODUCTION

COMPOSITION DU CIMENT CHIRURGICAL :



- Une poudre :
- PMMA
 - Produit de contraste
 - Initiateur de la polymérisation
 - +/- antibiotiques



- Un liquide :
- MMA
 - Accélérateur de la polymérisation
 - Stabilisateur

Poly(acrylate de méthyl, méthacrylate de méthyle)
Zircone
Peroxyde de benzoyle
Gentamicine (sulfate)
Chlorophylle VIII

Méthacrylate de méthyle
N, N-diméthyl-p-toluidine
Chlorophylle VIII
Hydroquinone

SELON LES FOURNISSEURS :



Dossiers technico-réglementaires des gammes de ciment référencées dans notre établissement

"Les vapeurs de monomère peuvent provoquer des irritations des yeux. Les fabricants de lentilles de contact souples recommandent de les retirer avant de se rendre sur les lieux où il y a émission de vapeurs nocives/irritantes. Les lentilles de contact souples étant perméables aux gaz et aux liquides, toujours les retirer avant de se rendre au bloc opératoire si du méthacrylate de méthyle y est utilisé"

SELON LES FICHES DE DONNÉES DE SÉCURITÉ :



Fiche toxicologique n°33
PEROXYDE DE DIBENZOYLE

- H319 - Provoque une sévère irritation des yeux
- H317 - Peut provoquer une allergie cutanée

Fiche toxicologique n°181
ACRYLATE DE MÉTHYLE

- H335 - Peut irriter les voies respiratoires
- H319 - Provoque une sévère irritation des yeux

OBJECTIFS

Évaluer la connaissance des professionnels de santé du bloc sur cette interaction

... et pouvoir formuler des recommandations de précautions appropriées !



MATÉRIEL & MÉTHODES

Outils : grille de recueil

- fonction et ancienneté
- correction oculaire / port de lentilles au quotidien et au bloc
- connaissance d'une recommandation sur cette interaction
 - si oui par quel moyen ?
- antécédents de réactions oculaires ou cutanées liés à la manipulation de ciment

Enquête réalisée sur une journée

Cible : Personnel médical et paramédical présent au bloc opératoire (orthopédique & autres)



Recueil de donnée effectuée par une interne en pharmacie hospitalière

RÉSULTATS

EN PRATIQUE

• 45 agents interrogés

Paramédicaux
71%
IBODE, IADE, AS



Médecins 29%
PH, internes,
externes

Dont 44% porteurs de lentilles de contacts !



⚠ 22% des participants ont déjà porté des lentilles lors de leur activité au bloc opératoire

SAVOIR ET SECURITE

Aucun des participants ne connaît une recommandation concernant le port de lentilles et le ciment orthopédique...

➡ Peu importe l'ancienneté des personnels !
(Ancienneté médiane du personnel : 5 ans [2 - 10])

Antécédents de réactions oculaires ou cutanées :

- Seulement 3 participants ont signalé des réactions en lien avec la manipulation de ciment



DISCUSSION & CONCLUSION

Recommandations totalement inconnues des professionnels du bloc.

↳ Déclaration d'incident rare mais risque existant pour autant.

Perspectives futures :

- Lunettes de protection adaptées
- Systèmes clos de préparations
- Sessions de formation et d'information
- Rappels visuels dans les salles de préparation et vestiaires.

2025
Volume 7
N° 2



Pharmacie clinique / Évaluation





INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES SUR LE CIRCUIT DES DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES (DMI)



Auteurs : V. ROCHER, E. KOFFI, A. STEYER, A. KOCH, C. UNTEREINER, A. CLAUDON



Mots clés : Implants - Risques - Traçabilité



12

Centre Hospitalier de Haguenau – Haguenau
vanessa.rocher@ch-haguenau.fr



Suite à l'arrêté du 08/09/2021 relatif au management de la qualité du circuit des DMI dans les établissements de santé, un système de recueil des interventions correctives engagées par la pharmacie sur le circuit des DMI a été mis en place.

Il vise à alimenter notre étude de risques portant sur chaque étape du circuit des DMI en vue de leur analyse et de la détermination des actions nécessaires pour améliorer la qualité et la sécurité du circuit des DMI et garantir leur traçabilité.

MATERIEL - METHODES



Les interventions pharmaceutiques réalisées lors du contrôle systématique des bordereaux de traçabilité sanitaire et les événements interceptés sur le circuit des DMI du bloc opératoire sont répertoriés de façon prospective.

Les sources de vérification sont variées : comptes-rendus opératoires, cartes d'implants, bulletins de liaison, inventaires, commandes et logiciel de traçabilité.



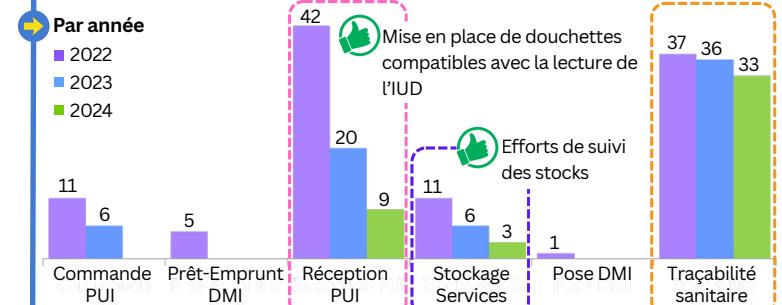
RESULTATS



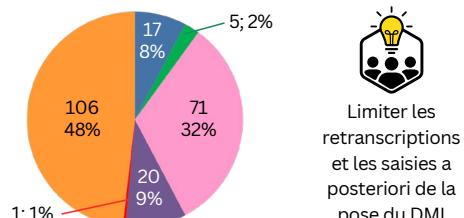
Repérage de défauts rares mais critiques

- Traçabilité patient non faite dans le logiciel (*1 cas par an*)
- Présence d'implants périmés au bloc opératoire (*3 cas en 2022*)
- Absence de traçabilité des implants dans le compte-rendu opératoire et sur la carte d'implants (*1 cas en 2022, 1 en 2023 et 3 en 2024*)
- Défaillance du système de transmission de commandes (*3 cas en 2023*)

Répartition du nombre de défauts par étapes du circuit des DMI



Toutes années confondues



Limites les retranscriptions et les saisies a posteriori de la pose du DMI

DISCUSSION - CONCLUSION

Ces observations, non exhaustives, sont issues d'une démarche pharmaceutique méticuleuse menée en partenariat avec les secteurs interventionnels. Elles constituent une base de données objectivées pour l'élaboration de notre analyse de risques.



La refonte du processus institutionnel de déclaration et de traitement des événements indésirables liés au circuit des DMI, ainsi que l'informatisation à venir du bloc opératoire, permettront d'améliorer la qualité et la sécurité de ce circuit.



Retrouvez la communication orale de ce poster sur le site internet des journées 2025 : <https://www.euro-pharmat.com/editions-precedentes/6707-35emes-journees-euro-pharmat-bordeaux-2025>



Entretien pharmaceutique à l'initiation d'un diffuseur portable de 5-Fluorouracile en chimiothérapie : mise en place et bilan à 9 mois



52

A.Roussel (1) ; M.Colin (1) ; C.E.Collect (1) ; H.Corneau (1) ; E.Krug (1) ; J. Détrée (1)
 (1) Pharmacie CH J.Monod, 61100 Flers – jordan.detree@ght-cdn.fr

Mots clés : Bon usage ; Anticancéreux ; Pharmacie clinique

Contexte / Objectif

- Dans l'établissement, 860 diffuseurs portables (DP) de 5-Fluorouracile (5-FU) ont été posés en 2024.
- Plusieurs déclarations de matériovigilance : - usage inappropriate des DP à domicile
- manque de connaissances des patients sur ce dispositif
- Objectif : promouvoir le bon usage des DP à domicile par la mise en place d'**entretiens pharmaceutiques** avec les patients lors de la première administration de 5-FU par DP.



Matériel et méthode



Elaboration d'une **trame d'entretien** afin d'aborder avec le patient les points essentiels du bon usage des DP, conformément aux recommandations du fabricant.

Résultats et discussion

La trame d'entretien élaborée est la suivante :

Présentation du DM	
Principe : dispositif permettant la diffusion de la chimiothérapie sur une longue durée prédefinie (souvent 48h)	
Ballon élastique en silicone permettant la diffusion à débit constant	
Précision de +/- 10 à 15% soit +/- 4 à 6 h sur 2 jours	
Suivi vidange (cf schéma) :	
- A la pose ballonnet plein	
- Après 18h ballonnet encore rond	
- Après 36h : ballonnet n'est pas rond- Fin de perfusion : ballonnet vide	
-> Si vous remarquez que le diffuseur ne se vide pas, vérifier que le clamp est ouvert	
Comment le porter ?	
Au mieux à hauteur du thorax	
Pince crocodile : Sacoché/Ceinture ventrale . Poche chemise	
La nuit : doit rester à la même hauteur que le thorax --> pyjama, sous l'oreiller	
La longueur de la tubulure permet également de la laisser sur la table de nuit si pas trop haute	
Si utilisation précédemment d'un diffuseur d'une autre marque pour lequel le régulateur doit être contre la peau : pas besoin de scotcher au corps car débit non réglé à température de peau	
Douche :	
- le diffuseur ne doit pas être immergé --> possibilité de suspendre au rideau de douche avec pince crocodile	
- Le filtre à air ne doit pas être mouillé	
- Limiter les mouvements importants, ne pas porter de charges lourdes	

Gestion des excréta	
Dans les urines et les selles se trouvent des quantités non négligeables de médicaments anticancéreux au moins 24h après la fin de l'administration de	
Températures	
Fonctionne à température ambiante (étalonné entre 22°C et 27°C).	
Si sortie en période de froid, garder le diffuseur sous les vêtements car si températures <13°C blocage du diffuseur possible	
Tenir à distance des sources de chaleur : chauffage, soleil --> prévenir l'équipe médicale en cas de fièvre	
Retrait	
Le retrait du diffuseur sera effectué par une infirmière au domicile (prestataire de service) lorsqu'il sera vide (environ 48h). La vidange est souvent plus rapide que 48h.	
Lorsque la poubelle jaune (DASRI) est pleine ou que les cures de 5-FU sont terminées, appeler le prestataire pour qu'il le récupère.	
Questions	
Qu'avez-vous retenu de cet entretien ? D'après vous quels sont les points essentiels ?	

- Les entretiens sont réalisés lors de la **première cure** de chimiothérapie, avant la pose du DP.
 - Un DP rempli de NaCl est présenté aux patients, ce qui leur permet de le manipuler sans risque.
 - La **fiche d'information** suivante, reprenant l'ensemble des items abordés est remise au patient :
- 
- A la fin de l'entretien, le patient est invité à **reformuler les informations** afin de s'assurer qu'il les a bien assimilées. Si besoin, les éléments principaux sont repris.
 - La trame d'entretien, agrémentée d'un commentaire général, est insérée dans le **dossier patient informatisé**.
 - Cinq pharmaciens et un interne formés, participent à cette activité. Depuis sa mise en place, en juin 2024, **42 patients** ont été rencontrés et **aucune nouvelle déclaration liée à un mésusage n'a été relevée**.

Conclusion

- Cet entretien pharmaceutique vise à :
 - assurer une **utilisation optimale** de ces dispositifs
 - garantir la **sécurité** et le **bien-être des patients** tout au long de leur traitement
- Pour la suite, nous souhaitons mettre en place un **questionnaire de satisfaction patient** ainsi qu'un rendez-vous **bilan** lors de la deuxième cure de 5-FU.
- Cette activité vient renforcer l'**implication du pharmacien dans le parcours patient** 



Acide hyaluronique et traitement des paralysies unilatérales des cordes vocales : mise en place et impact budgétaire

M. RAMOND, L. MAURY, S. FONTENAY, E. MONFORT

Pharmacie, CHU ANGERS

marie.ramond@chu-angers.fr

Mots clés = ORL - Financement - Référencement



N°95

INTRODUCTION

Au CHU d'Angers, la prise en charge des paralysies unilatérales des cordes vocales s'effectue par laryngoplastie de médialisation avec :

- Injection de graisse autologue
- Ou
- Pose d'un implant de Montgomery®

Les ORL ont émis le souhait d'ajouter l'acide hyaluronique (AH) à leur arsenal thérapeutique.

OBJECTIF

Etudier l'intérêt de l'AH dans cette indication et les modalités de mise en place de la technique.

MATERIEL & METHODES

- 1 – Recherche bibliographique
- 2 - Comparaison avec les techniques actuelles
- 3 - Benchmark des pratiques d'autres ES et recensement des fournisseurs
- 4 – Analyse d'impact budgétaire

RESULTATS

Recherche bibliographique

- Absence de marquage CE dans cette indication → Validation COMEDIMS nécessaire
- Efficacité prouvée dans la littérature
- + Faible taux de complications (1,2)

Comparaison des techniques

	Implant de montgomery®	Graisse autologue	Acide hyaluronique
Anesthésie	Locale	Générale	Locale
Séjour	Hospitalisation	Hospitalisation, 1 nuit	Hôpital de jour
Résorbabilité	Non-résorbable	6-12 mois	6 mois
Geste	Invasif	Incision cervicale + abdominale	Mini-invasif

Analyse d'impact budgétaire

Population envisagée : 5 patients par an, dont 2 patients avec injections bilatérales

Coût des consommables principaux: par patient 310,52€ TTC

- 80€ d'AH
- 185€ de fibroscope UU
- 45,52€ aiguille rétractable

Recettes générées estimées :

1090,18€ (GHM 03M09T, acte GDLE004)

Balance = + 779,86€

Benchmark

- Multiples fournisseurs esthétiques
- 1 seul fournisseur pharmaceutique retrouvé
- ES contactés : utilisation de l'AH du seul fournisseur pharmaceutique avec recul sur son utilisation

CONCLUSION/DISCUSSION

Avantages

Utilisation sous anesthésie locale
Coût modéré
Résorbabilité intéressante
→ Option idéale pour les paralysies laryngées temporaires avec récupération incertaine

Limites

Pas de marquage CE dans cette indication
- Validation COMEDIMS
- Information préalable d'utilisation hors-cadre remise à chaque patient

L'AH constitue une option intéressante pour élargir notre arsenal thérapeutique.
Le choix de l'AH s'est porté sur le seul fournisseur pharmaceutique retrouvé.

1. Wang CC, Wu SH, Tu YK, Lin WJ, Liu SA. Hyaluronic Acid Injection Laryngoplasty for Unilateral Vocal Fold Paralysis—A Systematic Review and Meta-Analysis. Cells. 5 nov 2020;9(11):2417.

2. Dorbeau C, Marmouset F, Lescanne E, Bakhos D, Morinière S. Évaluation fonctionnelle du traitement de l'insuffisance glottique par injection d'acide hyaluronique : étude rétrospective à propos de 20 cas. Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale. 1 juin 2017;134(3):139-44.



CATHETER SCHELIN® : INNOVATION THERAPEUTIQUE MINI-INVASIVE DANS L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE : ETUDE DE FAISABILITE ET EVALUATION DE LA DOULEUR

C.MANEN¹, M.FOURMARIER², F.MARCHANDISE¹, C.GOUGUET¹, MM.CHAUDOREILLE¹¹ Pharmacie à usage intérieur, Centre hospitalier du Pays d'Aix, Aix en Provence² Service Urologie, Centre hospitalier du Pays d'Aix, Aix en Provence

Mots clés: dispositif médical, prostate, douleur, innovation, évaluation

coline01.m@gmail.com

INTRODUCTION

Thérapie thermique à la vapeur d'eau REZUM® :

- Inscrit au titre V de la LPP au code 5530381
- Traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate modérée (HBPM) avec un volume compris entre 30 et 80 mL
- Nécessite habituellement une anesthésie générale (AG) ou une anesthésie loco-régionale (ALR)

Amélioration du service rendu mineure par rapport à la résection transurétrale de prostate

Avantage : technique mini-invasive

AG ou ALR souvent CI chez les patients âgés → Cathéter Schelin (CS) permet une utilisation du REZUM® sous AL.

OBJECTIF

Fin 2023, une étude prospective a évalué la faisabilité et la douleur du patient traité par REZUM® sous anesthésie locale avec le CS.



REZUM® (Boston Scientific)



CATHETER SCHELIN® (Surgynal)

MATERIEL / METHODE

Inclusion de 15 patients :

- Eligibilité au CS (contre-indication à l'AG ou l'ALR)
- Patients évalués en préopératoire

Critères d'analyse :

- International Prostate Score Symptom IPSS (0-35, modéré à sévère au-delà de 20)
- Qualité de vie (0 = peu gênant, 6 = très gênant)
- Volume prostatique (30-80 mL)

Evaluation de la douleur (échelle de 0 à 10):

- Insertion du CS,
- Injection de l'anesthésiant,
- Insertion du REZUM®
- Réalisation de l'acte
- Post-opératoire à 2h

RESULTATS

Les valeurs médianes des critères préopératoires pour 15 patients étaient :

Critères préopératoires (médianes)	Valeurs
IPSS	20 (17-21)
Qualité de vie	4 (3-5)
Volume prostatique	53 mL (40-79)

Évaluation de la douleur (médiane)	Score
Insertion CS	3 (2-5)
Injection AL	3 (2-5)
Insertion REZUM®	1 (0-3)
Acte	3 (2-6)
Post-opératoire	0 (0)

DISCUSSION

Les patients inclus présentaient une HBPM avec altération de la qualité de vie (IPSS modéré à sévère). La douleur perçue restait modérée, ne dépassant pas 3, avec un score de 1 lors de l'insertion du REZUM® et 0 en post-opératoire, ce qui est faible pour un acte invasif.

CONCLUSION

L'utilisation du CS offre de nombreux avantages : il permet d'augmenter la cohorte de patients traités par thérapie mini-invasive REZUM®, notamment les patients ayant une CI à l'AG ou ALR, favorisant un rétablissement rapide et peu douloureux et un séjour réduit (acte ambulatoire et rapide). Le CS pourrait également être utilisé pour d'autres procédures, notamment dans le traitement de la lithiasis urinaire chez l'homme.



Ciments orthopédiques et risques allergiques

A. Aparicio, K. Kaouch, A. Grumblat, M. Jehl-Rave

Mots clés: descellement, hypersensibilité, prothèse de genou
Pôle pharmaceutique - Unité CAMSP, CHU Jean Minjoz, F-25000 Besançon
mjehl@chu-besancon.fr

N°97

Contexte

Le **descellement de prothèse de genou (PTG)** représenterait environ 30 % des cas de reprise. (1)(2)(3)
Ces cas complexes nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire dont une expertise allergologique.
Nous décrivons ici la situation clinique d'une 3^{me} reprise chirurgicale complexe chez un patient de 78 ans porteur de PTG due à surgonarthrose.

Objectif

La PUI est sollicitée pour établir une revue des ciments orthopédiques disponibles sur le marché avec leur composition chimique précise afin d'orienter la réalisation de tests cutanés et de fournir des doses de différents ciments orthopédiques.



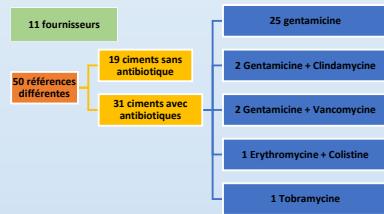
Figure 1 : Histoire chirurgicale du patient

Matériel & Méthodes

- Identification des fournisseurs de ciment orthopédique sur le marché en février 2025 (offres lors de notre dernière procédure d'appel d'offre en 2024, visionneuse PHAST ®)
- Solicitation des fournisseurs : fiches techniques, notices et des échantillons de ciment orthopédique.
- Suivi de la consultation du patient en allergologie pour visualiser les tests réalisés ainsi que leurs résultats.

Résultats

1- Etude de marché :

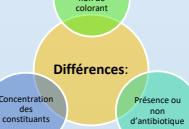


2- Composition chimique des ciments orthopédiques commercialisés en France en 2024

2-a. Lien vers le tableau exhaustif des ciments identifiés



Points communs:
constituants chimiques du ciment (hors ATB)



2-b. Extrait du tableau reprenant le détail des ciments implantés et de certains testés chez le patient

fournisseur	fabricant	Nom commercial	Référence	Ciment avec ATB	composition de la poudre	Présentation	composition chimique du liquide	Présentation
HERAEUS	HERAEUS	PALACOS MV+G®	660311953	Gentamicine	- PMMA 82% (38,3g) - Peroxyde de zircone 10% (5,3g) - Gentamicine sous forme de sulfate de gentamicine) 2% (0,55g) - Peroxyde de benzoyle 1% (0,4g) - colorant E141 (Chlorophylle VIII).	sachet de 40g	- MMA 98% (19,37 ml) - N,N-diméthyl-p-toluidine 2% (0,43 ml) - Hydroquinone et colorant E 141 (chlorophylle VIII).	ampoule 20 ml
ZIMMER	BIOMET	REFOBACIN BONE CEMENT R®	3003940002-3	Gentamicine	- PMMA 33,4g - sulfate de gentamicine 0,8g (4g/0,5 g de gentamicine) - peroxyde d'azoture 6,4g - peroxyde de benzoyle 0,3g	sachet 40,8g	- MMA: 18,4 g - N,N-diméthyl-p-toluidine: 0,4g - Hydroquinone	ampoule 20 ml
LEPINÉ	LEPINÉ	AMINOFIX 3®	CCG BV03	Gentamicine	- PMMA 88,8 % (33,5g) Peroxyde benzoyle 2,8% (1,12g) Sulfate gentamicine 3,8% (1,52g)	sachet de 40g	- MMA 85,3 % (13,99g) Methacrylate de butyle 13,2% (2,16g) N, N - diméthyl-p-toluidine 1,5 % Hydroquinone 20 ppm	ampoule 16,4g
HERAEUS	HERAEUS	COPAL G+V®	66038973	Gentamicine et Vancomycine	- PMMA 31,2g - sulfate de gentamicine 0,8g (4g/0,5 g de gentamicine) - peroxyde d'azoture 6,4g - peroxyde de benzoyle 0,3g - Colorant E141	sachet de 40g	- MMA (10%) 15,57ml - N,N-diméthyl-p-toluidine (2%) 0,43 ml - Hydroquinone - Colorant E141	ampoule 20 ml
PROTHEOS / STRYKER	PROTHEOS	SIMPLEX P ANTIBIOTIQUE®	6196-9-010	Erythromycine et Colistine	Composition de système - Sulfate de Barium - Erythromycine (sous forme de glycinate) 10,000 U.I. - Colistine sous forme de méthanesulfonate sodique	sachet de 41g	- PMMA 98,20% (16,4g) - N,N-diméthyl-p-toluidine 0,5ml - 1,5mg d'hydroquinone: 1,5mg	ampoule de 20 ml
S&N	TECRES SPA	RALLY HV®	556600009	Sans ATB	- PMMA 88,47% (35,4g) - Diméthyl-p-toluidine 10,000 U.I. - Peroxyde de benzoyle 1,50% (0,6g) Pigments colorants 0,03% (0,012g)	sachet de 40g	- MMA 98,20% (16,4g) - N,N-Diméthyl-p-Toluidine 1,80% (0,3g) - Hydroquinone 75 ppm	ampoule de 16,7g
S&N	TECRES SPA	RALLY MV®	556600011	Sans ATB	- PMMA 88,47% (35,4g) - Diméthyl-p-toluidine 10,000 U.I. - Peroxyde de benzoyle 1,50% (0,6g) Pigments colorants 0,03% (0,012g)	sachet de 40g	- MMA 98,20% (16,4g) - N,N-Diméthyl-p-Toluidine 1,80% (0,3g) - Hydroquinone 75 ppm	ampoule de 16,7g

3- Réalisation du patch-test chez le patient :

- Le ciment orthopédique est reconstruit avant l'examen : 10 cupules par ciment qui peuvent être congelées pour être utilisées plus tard. Les cupules sont ensuite appliquées sur le dos du patient en les maintenant en place avec des patchs.
- 11 échantillons ont pu être testés : ciments Copal® G+V, Amplifix 16®, Palacos®, Palacos® R+G, Hi-fatigue G Bone Cement®, Aminofix 3®, Simplex HV Gentia®, Antibiotic Simplex®, Rally MV AB Bone®, Rally HV®, Rally MV®, Rally HV AB® et Refobacin R®.
- Batterie standard européenne composée de 26 allergènes dont chrome, cobalt, nickel
- 7 acrylates.

La lecture retardée à 24h, 48h puis 7 jours montre

- une positivité 2+ au cobalt
- une positivité 1+ à la benzothiazolinone

mais n'entrent pas dans la composition de la prothèse implantée, ni du ciment.

Aucune d'allergie aux ciments orthopédiques, ni aux autres allergènes n'a été identifiée.

Discussion & Conclusion

- Même si les milieux immunologiques articulaire et cutané sont différents, l'allergie au ciment orthopédique semble être écartée pour ce patient.
- Dans la littérature, l'hypersensibilité aux composants des ciments orthopédiques est peu rapportée en-dehors de quelques études mentionnant une allergie au peroxyde de benzoyle ou au poly-méthacrylate. (45)
- Les solutions de reprise sont limitées :
 - Pas de possibilité de désescalade quant au type de PTG (charnière rotatoire)
 - Peu de prothèses hypo-allergéniques à charnière rotatoire disponibles sur le marché
- => une pose de prothèse hypoallergénique Mutars Genux MK Tin est prévue fin septembre 2025. En cas d'échec, une arthrodèse par clou fémoro-tibial voire une amputation devront être envisagées.
- Au-delà de la problématique ciment, se pose la question des métaux constitutifs des PTG : corrosion et usure qui peuvent libérer des particules mécaniques entraînant des réactions inflammatoires, une fatigue mécanique,...
- L'effet hypoallergénique recherche est-il suffisant pour les prothèses pourvues d'un traitement de surface: décollement, érosion, biocompatibilité.. ?



Retrouvez la communication orale de ce poster sur le site internet des journées 2025 : <https://www.euro-pharmat.com/editions-precedentes/6707-35emes-journees-euro-pharmat-bordeaux-2025>

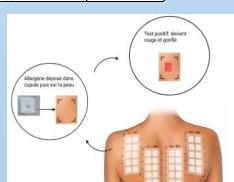


Figure 2: réalisation et lecture d'un patch test

Source: A. Aparicio



- 1. ARNDT KB, SCHRIEDER HM, TROELSEN A, LINDBERG-LARSEN M. Prosthetic survival after revision knee arthroplasty for "pain without loosening" versus "aseptic loosening": a Danish nationwide study. Acta Orthop. 3 janv 2022;93:103-10.
- 2. Agarwal S, Kabari R, Kakar R, Lopez D, Morgan-Jones R. Why are revision knee replacements failing? The Knee. 1 juil 2019;26(3):774-8.
- 3. Brown ML, Javidan P, Early B, Bugeja W. Evolving etiologies and rates of revision total knee arthroplasty: a 10-year institutional report. Arthroplasty. 25 août 2022;4:2126-8.
- 4. Edwards SA, Gardiner J. Hypersensitivity to Benzoyl Peroxide in a Cemented Total Knee Arthroplasty: Cement Allergy. J Arthroplasty. 1 déc 2007;22(8):1226-8.
- 5. Bircher A, Friederich NF, Seelig W, Scherer K. Allergic complications from orthopaedic joint implants: the role of delayed hypersensitivity to benzoyl peroxide in bone cement. Contact Dermatitis. Janv 2012;66(1):20-6.



DERMITES ASSOCIEES A L'INCONTINENCE (DAI) : QUEL ETAT DES LIEUX ?

98



Auteurs : Julie Evrard¹, Mélanie Huchette², William David³, Constance Merlin⁴, Perrine Drancourt⁵, Julien Boyer⁶

Mots clés : Protection¹, Erythème², Soins³

Centre Hospitalier de Valenciennes – julie.evrard.etu@univ-lille.fr

INTRODUCTION :

La DAI apparaît lors d'une **exposition prolongée aux urines et/ou aux selles**. Pouvant aller de l'**érythème à l'infection fongique**, elle est la cause d'**inconfort et de douleurs** altérant la qualité de vie du patient.

OBJECTIFS :

- ✓ Évaluation des pratiques actuelles de prise en charge de la DAI
- ✓ Recensement du besoin (prévention et traitement) et protocolisation
- ✓ Recherche de dispositifs sur le marché

MATERIEL ET METHODES :

Revue de la littérature sur les protocoles existants



Solicitation des services concernés : protocoles et produits utilisés



Analyse des DAI cotées au sein de l'établissement en 2024 (avec aide du Département d'Informations Médicales)



Essais et évaluation économique des différentes références



Analyse du marché : galéniques, principes actifs, indications

RESULTATS :



➤ 65 articles trouvés

➤ Principaux protocoles : nettoyage avec eau chaude/agent nettoyant à pH faible, séchage par tapotement, soins cutanés (barrière contre l'humidité), hydratation, produits à base de diméthicone et d'oxyde de zinc, habitudes d'hygiène, utilisation correcte des DM



➤ 16 séjours avec DAI tracés en 2024 dans notre hôpital



➤ Protocole majoritaire : toilette régulière au savon doux, utilisation d'un film à base de cyanoacrylate si rougeurs et application d'éconazole si infection fongique



➤ Analyse du marché et test de différentes formes galéniques (crème, mousse, gel) parmi lesquelles :

➤ Film à base de cyanoacrylate : tenue insuffisante, nécessitant d'utiliser plus de produit que prévu, avec un temps de cicatrisation important

➤ Gel avec diméthicone : non approuvé, car temps de séchage long ne facilitant pas la tenue au long cours

Produits et retours des médecins :

PRODUITS	RETOURS
Crème à l'oxyde de zinc	Difficile à nettoyer, ne convient pas
Liniments	Trop fluide
Film à base de cyanoacrylate	Colle, se vide vite, ne tient pas 3 jours (hors conçu pour une application tous les 3 jours)
Gel avec diméthicone	Colle et met du temps à sécher, pas pratique
Mousse protectrice	Pratique et efficace (fréquence d'utilisation : 2 applications par jour)



Comparatif économique sur 1 an :

	Film à base de cyanoacrylate (référence)	Mousse protectrice
PUHT	17,161€	12€
Fréquence d'utilisation recommandée	Tous les 3 jours	Chaque jour : 2 noisettes
Nombre estimé d'utilisations par mois si utilisation quotidienne pour 1 patient	10,17 unités	61 noisettes soit 1 seul flacon nécessaire
Prix estimé par mois	174,53€	12€
Nombre estimé d'utilisations par an si utilisation quotidienne pour 1 patient	121,75 unités	730,5 noisettes soit 10 flacons
Prix estimé par an	2089,35€	120€

• La mousse protectrice est moins chère à l'unité, de plus, 1 flacon de mousse permet + d'utilisations qu'un applicateur de film.

Comparatif selon les consommations sur 2024 :

	Film à base de cyanoacrylate (référence)	Mousse protectrice
PUHT	17,161€	12€
Fréquence d'utilisation recommandée	Tous les 3 jours	Chaque jour : 2 noisettes
Nombre d'utilisations par an au Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV)	7 unités	/
Prix par an	120,127€	/
Nombre estimé d'utilisations par an au CHV (en se basant sur l'utilisation actuelle du film référencé)	/	1 flacon
Prix estimé par an	/	12€

• Chez un même patient, la mousse est 17x moins chère que l'applicateur de film, en prenant en compte les fréquences d'utilisation respectives.

➤ Mousse au diméthicone : + pratique, + efficace et moins coûteuse

DISCUSSION/CONCLUSION :

La mousse protectrice ayant obtenu l'unanimité auprès des praticiens et des patients, autant dans sa facilité d'application que dans ses résultats plus rapides, a donc été référencée, le bilan économique étant également favorable.

L'objectif désormais est de communiquer davantage sur le référencement de ce produit efficace sur les DAI.

Dispositif de diurèse horaire en réanimation : une rupture d'approvisionnement complexe

M. RAMOND, E. BERTRAND, S. FONTENAY, E. MONFORT

Pharmacie, CHU ANGERS

marie.ramond@chu-angers.fr

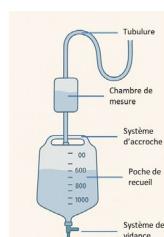
Mots clés = Approvisionnement, urologie, essais

n° 99

INTRODUCTION

Suite à l'arrêt de commercialisation du dispositif de diurèse horaire (DDH) utilisé au CHU d'Angers, deux alternatives, en rupture par intermittence, ont été mises en place.

▶ 11 incidents ont été déclarés en deux mois, révélant un besoin urgent de solution adaptée



MATERIEL & METHODES

- Analyse des insatisfactions
- Revue de marché
- Questionnaire diffusé aux IDE de réanimation
- Sélection et évaluation des candidats répondant aux critères (grille d'évaluation)

OBJECTIF : Analyse et mise en place d'une alternative satisfaisante pour les utilisateurs et les patients

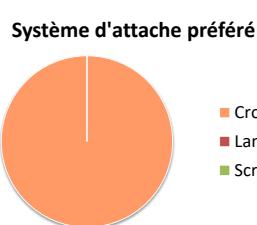
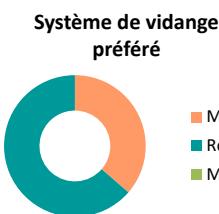
RESULTATS

Revue du marché

6 fournisseurs proposent 8 références de DDH différentes – 2 sont annoncés en arrêt de commercialisation

Réponses au questionnaire

17 réponses par des infirmiers de réanimation



Chambre de mesure	2
Tubulure	Anti-plicature + 1,5m minimum
Système de vidange	Robinet ou manette
Système d'accroche	Crochet

Profil du DDH parfait

➔ 1 référence répond au profil identifié

➔ Mise en place d'essais comparatifs par rapport aux 2 alternatives déjà en place au CHU

Evaluations du candidat identifié

- Le dispositif Medline est le seul à répondre aux attentes définies
- Aucune fuite constatée durant l'essai
- Forte adhésion des utilisateurs

	Ambu® Produit historique	Téléflex®	Bbraun®	Medline®
Chambres	2	2	3	2
Tubulure	1,5m, antiplicature Satisfaction : 100%	1,5m Satisfaction : 57%	1,7m, antiplicature Satisfaction : 50%	1,5m, antiplicature Satisfaction: 100%
Système de vidange	Manette Satisfaction : 100%	Manuel Satisfaction : 0%	Robinet Satisfaction : 0%	Robinet Satisfaction : 75%
Système d'accroche	Crochet + lanières Satisfaction : 100%	Scratch Satisfaction : 0%	Crochet + lanières Satisfaction : 75%	Crochet + lanière Satisfaction : 75%

CONCLUSION/DISCUSSION

Nombreux DDH sur le marché avec des caractéristiques techniques différentes

De nombreuses insatisfactions suite aux ruptures nous ont permis d'établir le profil du « DDH idéal » pour le CHU d'Angers : Attache par crochet, Robinet de vidange, ...

Importance d'impliquer les utilisateurs dans ces choix (approche collaborative) :

- DM d'apparence simple mais spécialisé (réanimation)
- Nombreux critères pour les utilisateurs



ETAT DES LIEUX ET IMPACT BUDGETAIRE DES GREFFES DE CORNEE 100

E. BERTHET-BONDET¹, P-H. BECMEUR², P. IOOSS¹

Mots Clés : Kératoplastie, Coûts, Chirurgie

¹Service Pharmacie stérilisation des Hôpitaux Civils de Colmar, ²Service ophtalmologie des Hôpitaux Civils de Colmar
elodie.berthet-bondet@ch-colmar.fr



Introduction

La cornée est le tissu humain le plus greffé en France.

Cette activité de greffe s'accroît, en raison de l'élargissement des indications et d'une population française vieillissante.

Cette tendance se retrouve au sein de notre établissement et a conduit le service d'ophtalmologie à diversifier les techniques de kératoplastie et les DM utilisés.

Objectif => Réaliser un état des lieux des techniques et des DM utilisés en fonction des indications et évaluer leur impact budgétaire.

Matériel et Méthodes

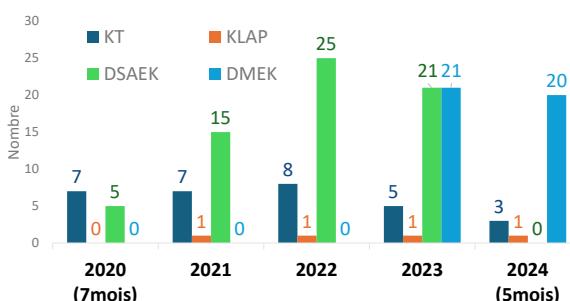
Il s'agit d'une étude rétrospective sur les patients opérés entre juin 2020 et mai 2024. Pour chaque patient, ont été relevés l'indication, la technique de greffe mise en œuvre, les DM utilisés et les coûts associés (DMS chirurgicaux et stérilisation). Ces derniers ont été comparés aux recettes extraites du PMSI et aux GHS.

Résultats

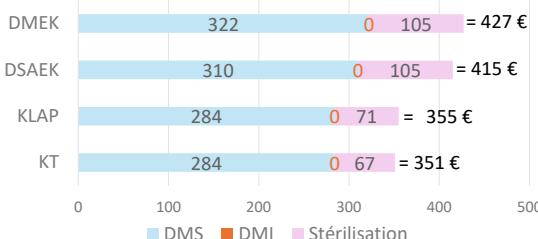
De 2020 à 2024, 141 greffes ont été réalisées (116 patients). Les techniques varient en fonction des indications.

Repartition des techniques opératoires sur la période du recueil.

Indications avec la répartition des techniques.



Répartition des coûts observés aux HCC pour les DMS, DMI et la stérilisation.



Pour la cotation des actes, il n'y a qu'un seul GHS peu importe la technique employée. Notre étude ne tient compte que du côté chirurgie, les coûts totaux sont donc sous-estimés.

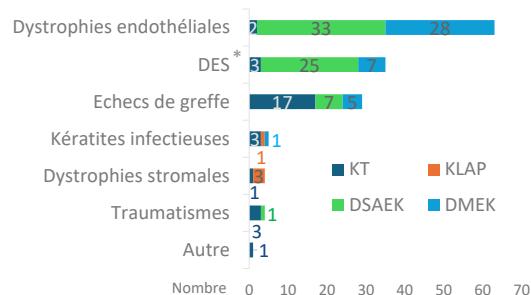
Conclusion - Perspectives

Quatre techniques de greffes sont retrouvées dans notre ES. Chacune a ses spécificités et permet de traiter l'ensemble des atteintes cornéennes. Les greffes endothéliales (DSAEK et DMEK) sont actuellement les plus utilisées.

Ces résultats comparés aux données de l'ENC montrent que les coûts sont sous estimés. En particulier, le coût du greffon cornéen n'est pas valorisé.

Bien que cette chirurgie soit nécessaire d'un point de vue fonctionnel pour le patient, la valorisation du GHS ne couvre pas les coûts de cet acte. La prise en compte du coût du greffon permettrait d'équilibrer les dépenses liées à cette activité.

HCC : Hôpitaux civils de Colmar, KT : Kératoplastie transfixante, KLAP : Kératoplastie lamellaire antérieure profonde, DSAEK : Descemet stripping automated endothelial keratoplasty, DMEK : Descemet membrane endothelial keratoplasty, *DES : Décompensation endothéliale secondaires.



Ventilation des coûts	Observations aux HCC	Coûts estimés ENC 2022
DM	De 284 à 523 € TTC	378 €
DMI	0	268 €
Stérilisation	De 67 à 105 € TTC	45 €
Greffon	2 000 € TTC	Non PEC

Valorisation des dépenses du GHM par ENC en 2022	3 351 €
Σ des observations des coûts des DM de chirurgie + Greffon	2 300-2 400 €
Valeur du GHS perçue par les HCC en 2022	2 797 €



Étude comparative des techniques thermiques vs électroporation dans l'ablation de la fibrillation atriale

J. BOURLIER¹; P. SOCIÉ²; MJ LE GALL¹¹ PUI, Dispositifs médicaux, Hôpitaux de Chartres - Le Coudray, 28630
² Service de Cardiologie interventionnelle, Hôpitaux de Chartres - Le Coudray, 28630

N°101
Les Hôpitaux de Chartres

Contact : julie.bourlier@outlook.fr

Mots-clés : Trouble du rythme, Rythmologie, Dispositif médical

INTRODUCTION

La fibrillation atriale est le trouble du rythme le plus fréquent. Il s'agit d'une tachyarythmie supraventriculaire caractérisée par une activité électrique anarchique ayant pour principale conséquence une altération de la fonction mécanique des atriums. Les complications thrombo-emboliques notamment cérébrales et les conséquences hémodynamiques en font sa gravité. Lorsque le traitement par antiarythmique est un échec, l'**ablation par cathéter** est indiquée.

→ Techniques thermiques : Radiofréquence et Cryoablation

→ Technique non thermique : Électroporation



Cette étude a pour objectifs de comparer le coût des dispositifs médicaux (DM) dans l'ablation de la FA par isolement des veines pulmonaires et de définir la place de chaque technique dans notre établissement.

MATÉRIEL & MÉTHODES

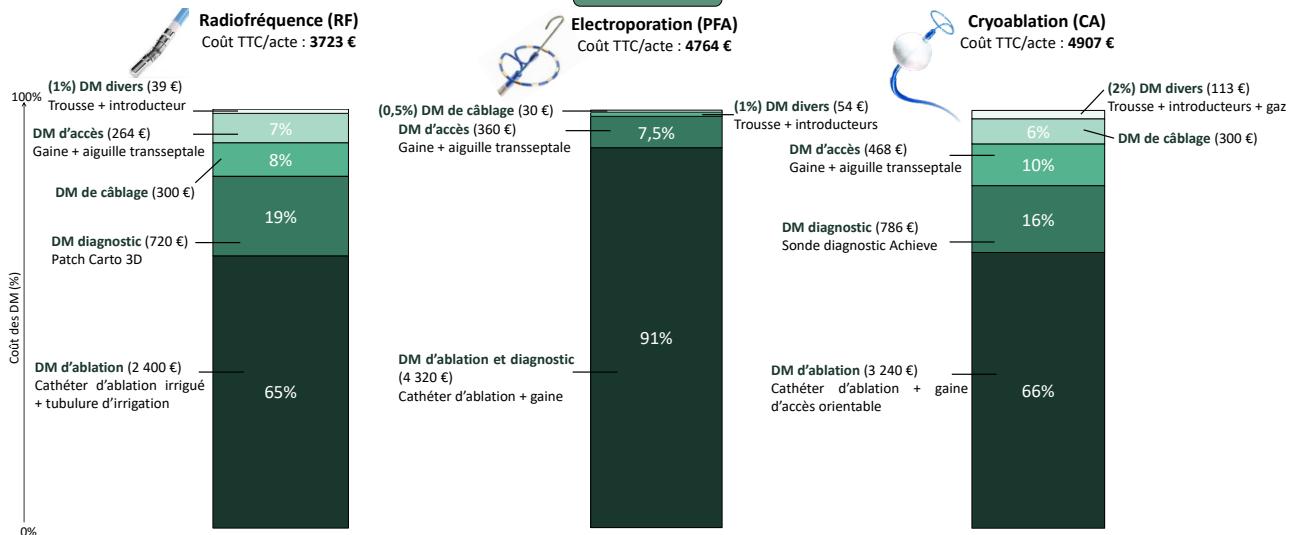
Economique

- Inventaire des DM et de leur coût selon les techniques
- Détermination des recettes de l'établissement avec le département de l'information médicale

Clinique

- Concertation avec les rythmologues

RÉSULTATS



Durée de l'acte ?*
* Pour un opérateur expérimenté

30 minutes

1 heure



Perspectives de répartition en 2025

50% des interventions

25% des interventions

25% des interventions



Quelle technique privilégier selon le contexte ?



- Indication à l'ablation de FA par isolement des VP non exclusive
- Technique la plus polyvalente, à privilégier si plusieurs troubles du rythme à traiter
- Evénements indésirables possibles : sténose des veines pulmonaires (VP), fistule atrio-oesophagienne
- Indication restreinte à l'ablation de FA par isolement des VP
- Rapidité d'action et sécurité d'utilisation par rapport aux structures avoisinantes.
- Evénement indésirable possible : Tamponnade péricardique
- Indication restreinte à ablation de FA par isolement des VP
- Procédure pouvant être réalisée anesthésie locale (pas d'intervention de MAR et d'IADE)
- Evénements indésirables possibles : risque de paralysie du nerf phrénique

Valorisation de l'acte

Par rapport au tarif GHS, le coût des DM représente : 52,5% du tarif pour la RF, 67% pour le PFA et 69% pour la CA



CONCLUSION

Cette étude montre que dans le cas d'une isolation des veines pulmonaires, l'électroporation présente le meilleur rapport coût/temps. Cependant, les 3 techniques peuvent coexister en raison de leurs avantages respectifs et de leur efficacité similaire. Ces coûts sont destinés à évoluer avec l'introduction de nouvelles technologies de cartographie et le passage progressif à des techniques adaptées aux récidives de FA.



ÉTUDE MÉDICO-ECONOMIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA FIBRILLATION ATRIALE PAR LA TECHNIQUE D'ÉLECTROPORATION



A. Belly, C. Frances, B. Sadon, S. Walter, F. Lesaffre, M. Richard Fischbach
CHU de Reims

n° 102

Mots clés : arythmie, ablation endovasculaire, coût-efficacité

Thème : Pharmacie clinique - évaluation

Mail : abelly@chu-reims.fr

Introduction

L'ablation de fibrillation atriale (FA) est indiquée chez les patients présentant une FA symptomatique et réfractaire aux traitements médicamenteux

- Principe : détruire les zones du tissu cardiaque à l'origine de l'arythmie
- 3 techniques : radiofréquence, cryoablation, électroporation
- Avantages de l'électroporation : préservation des structures annexes (œsophage, nerf phrénique)

Objectifs

- Décrire la population bénéficiant de la FA par électroporation
- Évaluer l'efficacité et la sécurité
- Déterminer le coût d'une intervention par rapport aux recettes perçues

Matériels et méthodes

Étude rétrospective

Recueil de données réalisé sur 50 patients traités par électroporation en 2024

- ↓
- Données socio-démographiques
- Données cliniques
- Données relatives à la FA

- ↓
- L'intervention
- La sécurité
- L'efficacité

- ↓
- Données économiques

- Département d'information médicale
- Emagh®
- Dossiers patients informatisés dans Easily®

Résultats

Sexe ratio H/F	1,3
Age moyen	65,0 ans
IMC moyen	28,9 kg/m ²
FDRCV :	
• Diabète	20 % (n=10)
• Hypertension artérielle	58% (n=29)
• Dyslipidémie	46% (n=23)
• Obésité	40% (n=20)
Type de FA	
• Persistante	50% (n=50)
• Paroxystique	50% (n=50)
Antériorité moyenne du diagnostic de FA	3,3 ans
Traitement anti-arythmique	
• Classe I	20% (n = 10)
• Classe II	76% (n=38)
• Classe III	48% (n=24)
Traitement anticoagulant	
• Anticoagulant oral direct	90% (n = 45)
• Anti-vitamine K	6% (n = 3)
• Héparine	2% (n=1)

Durée moyenne de la procédure	86 minutes
Durée moyenne de séjour	3,6 jours
Complications	
• Per-opératoires	6% (n=3)
• Post-opératoires	24% (n=12)
Rythme sinusal post ablation	98% (n=49)
Récidive de FA	
• M1	12% (n=6)
• M3	8% (n=4)
Seconde ablation	8% (n=4)

1 complication post-opératoire grave : épanchement péricardique compressif

Coût en matériel pour une intervention : 4912,52 € TTC

- Cathéter d'ablation : 3570 € TTC

Recette moyenne pour un séjour : 8301,90 €

- Groupe homogène de séjour « Traitement majeur des troubles du rythme par voie vasculaire » de niveau 1 ou 2 ou 3

⇒ Marge restante : 3389,38 €

Discussion/conclusion

Limites :

- Données manquantes dans le DPI
- Nombre de patients
- Durée de suivi

- Technique innovante et prometteuse
- Pas de surcoût
- Perspectives : études randomisées multicentriques à long terme comparant l'électroporation versus les autres techniques ablatives



Evaluation des connaissances des patients suite au déploiement d'une plaquette d'informations sur la chirurgie de la cataracte

L. DELON⁽¹⁾, I. ABDELOUAHAB⁽¹⁾, A. AITGOUGAM⁽¹⁾, B. MERILLOU⁽¹⁾, A. FRESSELINAT⁽¹⁾

Mots clés : Implant intra-oculaire ; éducation ; entretien

⁽¹⁾CHU de Bordeaux, Hôpital Haut-Lévêque, Pharmacie des Dispositifs Médicaux Stériles
leonie.delon@chu-bordeaux.fr

N° 104



INTRODUCTION

La chirurgie de la cataracte est une des opérations les plus pratiquées en France avec en moyenne 850 000 actes par an.

En mars 2024, un état des lieux a été réalisé auprès des chirurgiens du bloc d'ophtalmologie afin de mettre en place une plaquette d'informations sur la chirurgie de la cataracte. Cette plaquette a pour objectif d'améliorer les connaissances des patients et des aidants sur leur chirurgie et les soins associés.

Objectif → Evaluer les connaissances des patients sur la cataracte et sa prise en charge chirurgicale suite au déploiement de la plaquette d'informations intégrée au carnet opératoire des patients.

MATERIELS ET METHODE



① Déploiement de la plaquette au sein du carnet opératoire des patients en Février 2025

② Rédaction d'un questionnaire d'évaluation de connaissances et de satisfaction

③ Entretien téléphonique à posteriori réalisé en Mars 2025 auprès de patients opérés J-10

↳ Utilisation de questionnaire de connaissance avec score /10

Critères d'inclusion : patients ayant subi une chirurgie de la cataracte et ayant donné leur accord oral

Critères d'exclusion : patients n'ayant pas donné leur accord, présentant une barrière de la langue et/ou n'ayant pas répondu à 2 appels téléphoniques

Plaquette d'information

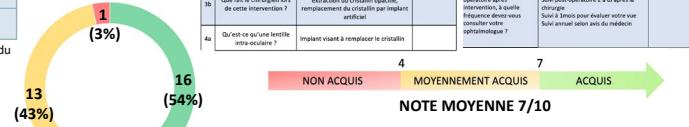


PHARMA VILLE HOP

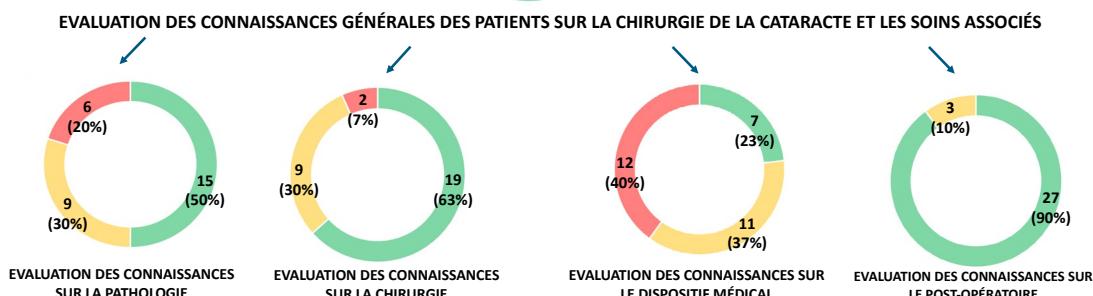
RÉSULTATS

STATISTIQUES DESCRIPTIVES	
Population : 59 patients	
Patients inclus	33
Plaquette lue	30 (91%)
Plaquette non lue *	3 (9%)
Patients exclus	26
Age moyen	72,2 ans
Ratio F/H	16/14

* 1 patient présentant une barrière de la langue, 25 patients n'ayant pas répondu



NOTE MOYENNE 7/10



L'ensemble des patients inclus ont exprimé une satisfaction générale quant à la clarté et la pertinence des informations apportées dans la plaquette d'informations. Une partie d'entre eux ont exprimé le souhait d'obtenir davantage d'informations sur les implants intraoculaires ainsi que sur les autres pathologies comme le glaucome.

DISCUSSION / CONCLUSION

L'éducation des patients s'inscrit dans la **démarche participative en santé**, ce qui les rend acteurs de leur prise en charge.

Avec un taux de lecture de 91% et une note moyenne $\geq 7/10$ pour 54% des participants, l'étude menée a mis en lumière l'intérêt des patients pour les informations contenues sur la plaquette « chirurgie de la cataracte ».

Concernant la partie sur le dispositif médical (implant intraoculaire), 23% des patients possèdent un niveau de connaissances « acquis ».

Dans la perspective d'apporter des informations complémentaires et détaillées sur les différents implants intraoculaires proposés lors de cette chirurgie, une modification de la plaquette pourrait être réalisée afin de renforcer les connaissances des patients sur le dispositif médical.



EVALUATION DES PRATIQUES DE PERfusion DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE : CONNAISSANCES INFIRMIERES ET CONFORMITE DES MONTAGES DE LIGNES DE PERfusion

N°105



M. LEDROIT¹, K. AKLI¹, H. MANSOUR¹, M. LOPEZ², L. MARE¹
¹ PUI du CH de la Tour Blanche, ISSOUDUN
² Équipe Opérationnelle d'Hygiène, CH de la Tour Blanche, ISSOUDUN

Contact : morgane.ledroit@ch-issoudun.fr

Mots clés : DM, EPP, bon usage

Introduction

L'administration de médicaments par voie injectable est un acte fréquent dans les ES, qui présente pourtant de nombreux risques associés.
 Au sein de notre établissement : dernier audit de perfusion datant de 2015.



Objectif : faire un état des lieux des pratiques et connaissances sur la perfusion au sein de l'établissement

Matériels et Méthode

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) comprenant deux volets a été débute :



-> **Evaluation des connaissances des IDE** : questionnaire déclaratif élaboré avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et comportant des critères :
 ✓ Hygiène
 ✓ connaissance des DM de perfusion

-> **Analyse des montages de perfusion** dans les services de soins à l'aide d'une grille d'observation évaluant la conformité de l'identification de la perfusion et les DM utilisés.



L'audit a été mené au cours du mois de mars 2025 dans des services d'urgences, médecine, rééducation, radiologie et en Hôpital de Jour Oncologie.

Résultats

EVALUATION DES CONNAISSANCES IDE

31 questionnaires déclaratifs ont été recueillis :

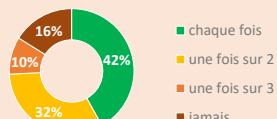
- **Formations et procédures** : pas de procédures harmonisées de reconstitution des médicaments dans les services de soins.
 Besoin en formation IDE : oui à 97%
- **Hygiène** :

Critère	Taux de conformité (%)
Préparation cutanée	
Antiseptique utilisé conforme (chlorhexidine 2%)	84%
Insertion du cathéter	
Port de gants	45%
Hygiène des mains avant préparation du site insertion	100%
Hygiène des mains avant insertion du cathéter	68%
Manipulation des lignes de perfusion	
Avec compresse stérile	84%
Imprégnée d'un antiseptique	94%
Type d'antiseptique conforme (alcool 70%)	55%
Durée de pose du KT	
3 jours	39%
4 jours	23%
7 jours	23%
NR	16%
Retrait si complications	87%

➤ Bon usage des DM :

Critère	Taux de conformité (%)
Connaissance de l'indication des valves bidirectionnelles (VBD)	61%
Rinçage pulsé (ordre)	90%
Connaissance du rôle des valves anti-retour (VAR)	45%
Positionnement des VAR dans un montage	29%

➤ Réglage du débit de perfusion :



OBSERVATION DES MONTAGES DE PERfusion

21 montages de perfusion ont été observés sur 5 jours.

➤ Type de perfusion :



- Perfusion observée prescrite dans le DPI : 71% (5 cathétérés présents sans prescription en cours -> à retirer ?)
- En moyenne, 2,2 médicaments prescrits [0-5]
- Date de pose tracée sur le pansement : 67%

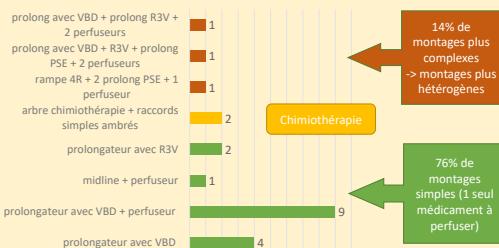
➤ Identification des perfusions observées :



Mais aucune étiquette observée conforme :

- Identité patient manquante (11)
- Date de naissance patient manquante (1)
- Débit manquant (1)

➤ Types de montages observés :



14% de montages plus complexes
 → montages plus hétérogènes

76% de montages simples (1 seul médicament à perfuser)

➤ Montages observés conformes sauf dans un cas où une VAR était manquante, elle a aussitôt été ajoutée par l'IDE.

Conclusion

- Montages peu complexes, mais réel besoin de **formation IDE** et d'**harmonisation des pratiques**, notamment sur le bon usage des VBD et VAR.
- ✓ **Communication** dans les services de soins des résultats de l'EPP.
- ✓ Elaboration et diffusion dans les services de soins d'un **guide d'administration des médicaments injectables**.
- ✓ Crédit d'un groupe de travail (avec EOH) afin d'élaborer une **fiche technique** sur les DM à utiliser en fonction du type de montage souhaité.
- ✓ **Formations** en lien avec l'EOH sur les bonnes pratiques de perfusion en cours de création.

EVALUATION DU DISPOSITIF SHOCKWAVE REDUCER® POUR L'ANGOR RÉFRACTAIRE DANS UN CENTRE SPÉCIALISÉ

M.Bettayeb¹, M.Fradi², A.Ghazouani¹¹.Service Pharmacie ; ².Service de cardiologie interventionnelle

Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph - Hôpital Marie Lannelongue - 133 Avenue de la Résistance 92350 Le Plessis Robinson

bettayebmaya@gmail.com

**Mots clés :** prise en charge transitoire, désescalade thérapeutique, réduction du sinus coronaire**CONTEXTE**

- ANGOR RÉFRACTAIRE** = condition invalidante qui affecte les patients atteints de *maladie coronarienne chronique*, malgré un *traitement médical optimal* et des *revascularisations*.
- SHOCKWAVE REDUCER®** = *dispositif médical implantable* (DMI) qui crée un *rétrécissement contrôlé du sinus coronaire* et vise à améliorer la qualité de vie des patients en réduisant la *fréquence et la sévérité des crises d'angor*.

Fin février 2022 : Prise en charge transitoire en sus (Prix = 7 068 € TTC)
Des études cliniques ont montré une réduction significative des symptômes d'angor et une amélioration de la qualité de vie des patients.

*Fin 2024 : Service attendu insuffisant pour son inscription sur la LPPR**
= préoccupations majeures quant à son accès

OBJECTIFS

Évaluer l'**efficacité** et la **sécurité** du dispositif Shockwave Reducer® sur une cohorte de patients traités à l'hôpital Marie Lannelongue.

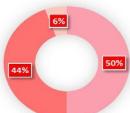
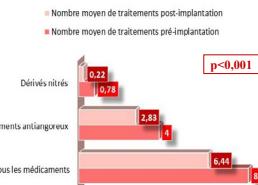
Dispositif Shockwave Reducer®**MATERIEL ET METHODES****Type d'étude :** Recueil rétrospectif monocentrique**Critères d'inclusion :** Patients souffrant d'**angor réfractaire de classe CCS* 3 ou 4** et traités par le **dispositif Shockwave Reducer®** entre **juin 2023 et juin 2024** dans notre centre.**Critère de jugement principal :**Evolution de la **classe d'angor CCS** à 12 mois post-implantation**Critères de jugement secondaires :**

- Evolution de la **prise médicamenteuse** avant et après traitement
- Evolution des **paramètres CFR*** et **IMR*** mesurés lors des études de microcirculation avant et après implantation
- Fréquence des **événements indésirables**

RESULTATS**Critère de jugement principal****1 Evolution des classes CCS**

	Pré-posé	Post-posé
Classe CCS moyenne	4	1

p<0,001

2 EVOLUTION DE LA CLASSE D'ANGOR CCS SELON LE POURCENTAGE DE PATIENTS**Critères de jugement secondaires****3 EVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDICAMENTS****CARACTÉRISTIQUES DE LA COHORTE**

N= 18

Sexe: H=14; F= 4

Age moyen lors de la pose = 72,3ans

Médicaments anti-angoreux :

Dérivés nitrés d'action rapide et prolongée, bêtabloquants, inhibiteurs calciques, autres vasodilatateurs, anti-agrégants plaquettaires

Dérivés nitrés :D'action rapide : Natispray®
D'action prolongée : Trinipatch® et Discotrine®

Aucun événement indésirable n'a été relevé après la pose.

4

Etude de microcirculation : non réalisée systématiquement

- IMR** mesuré pour **5 patients** : normalisation de l'**IMR** pour **3 patients**
- CFR** mesurée pour **5 patients** : normalisation de la **CFR** pour **4 patients**

CONCLUSION

- Diminution significative de la classe d'angor CCS après implantation du dispositif Shockwave Reducer®.
- Réduction significative de la prise médicamenteuse pour les traitements anti-angoreux mais également les traitements des comorbidités.
- Résultats prometteurs pour l'étude microcirculatoire, même si elle mériterait d'être systématisée.
- Profil de sécurité rassurant du Shockwave Reducer®

*LPPR = Liste des Produits et Prestations remboursables; CCS = Société Canadienne de Cardiologie; CFR = Réserve de Flux Coronaire; IMR = Index de Résistance Microcirculatoire



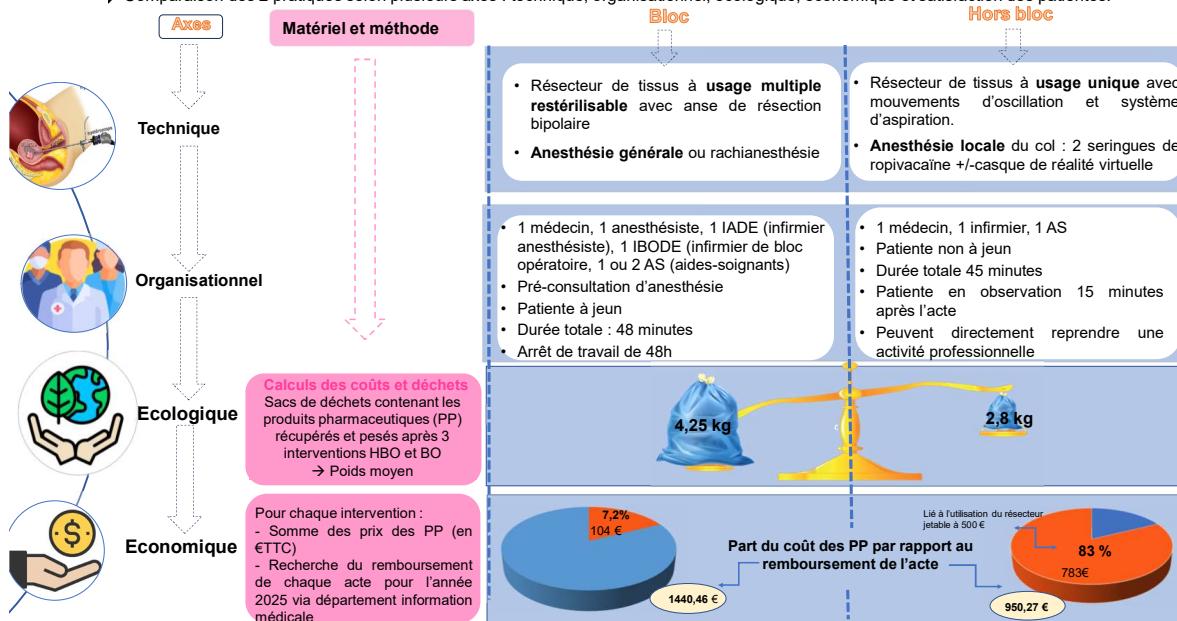
Introduction

L'hystéroskopie interventionnelle (HI) permet d'explorer et de traiter les pathologies intra-utérines (polypes, fibromes...). Habituellement réalisée sous anesthésie générale (AG) au **bloc opératoire** (BO), elle tend à être délocalisée **hors bloc opératoire** (HBO), notamment pour répondre aux contraintes de disponibilité des blocs, à la demande d'alternatives à l'AG et aux enjeux médico-économiques.

Objectif

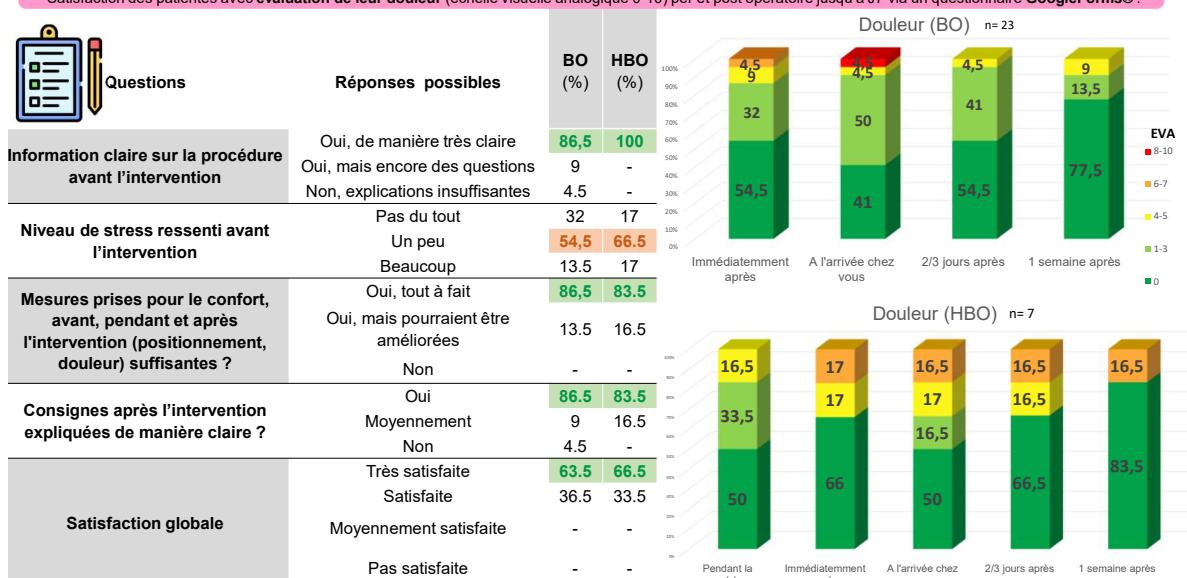
Début activité HBO dans notre établissement : octobre 2024

→ Comparaison des 2 pratiques selon plusieurs axes : technique, organisationnel, écologique, économique et satisfaction des patients.



Elaboration d'un questionnaire envoyé aux patientes BO et HBO ayant été opérées de novembre 2024 à mars 2025.

Satisfaction des patientes avec évaluation de leur douleur (échelle visuelle analogique 0-10) per et post opératoire jusqu'à J7 via un questionnaire GoogleForms®.



Discussion / Conclusion

Les deux techniques, BO et HBO, semblent apporter satisfaction aux patients.

L'hystéroskopie HBO représente donc une alternative intéressante à privilégier (geste facilité, risques liés à l'AG évités, impact écologique plus faible, libération de créneaux au BO pour des interventions plus complexes, organisation simplifiée) mais restant au choix de la patiente.

Etant une pratique récente dans notre ES, elle requiert une phase d'apprentissage pour les praticiens et l'étude nécessite d'être poursuivie pour confirmer ces résultats.



INFLUENCE DES ANTISEPTIQUES MAJEURS SUR LA LONGEVITÉ DES CONNECTIQUES DE PROLONGATEURS DE PERfusion EN PVC EN SITUATION DE PRATIQUE CLINIQUE

N°109

J.Boulez, C.Briau, C.Ribas, F.Gutton, A.Quiévy-Macchioni

Mots clés : Matière plastique, chlorhexidine, alcool éthylique
 CHU de Bordeaux (33000)
 materiovigilance@chu-bordeaux.fr



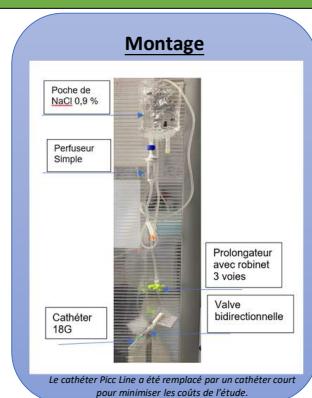
Introduction

En 2024, **66 casses** de prolongateurs avec tubulure en PVC survenues en cours de perfusion ou lors des **manipulations** ont été signalées en matériovigilance dans notre établissement, principalement au niveau des **raccords Luer distaux**. **Deux embolies gazeuses** et **2 changements de cathéter** central au bloc opératoire ont été observés à la suite de ces casses. La gravité des incidents a motivé une analyse approfondie des causes.

L'exposition répétée aux antiseptiques a été identifiée comme facteur **fragilisant le matériel** lors des **manipulations** des connexions.

Objectif
 Etudier l'impact d'une exposition répétée aux antiseptiques utilisés au CHU de Bordeaux sur la longévité des matériaux des prolongateurs en condition d'utilisation clinique.

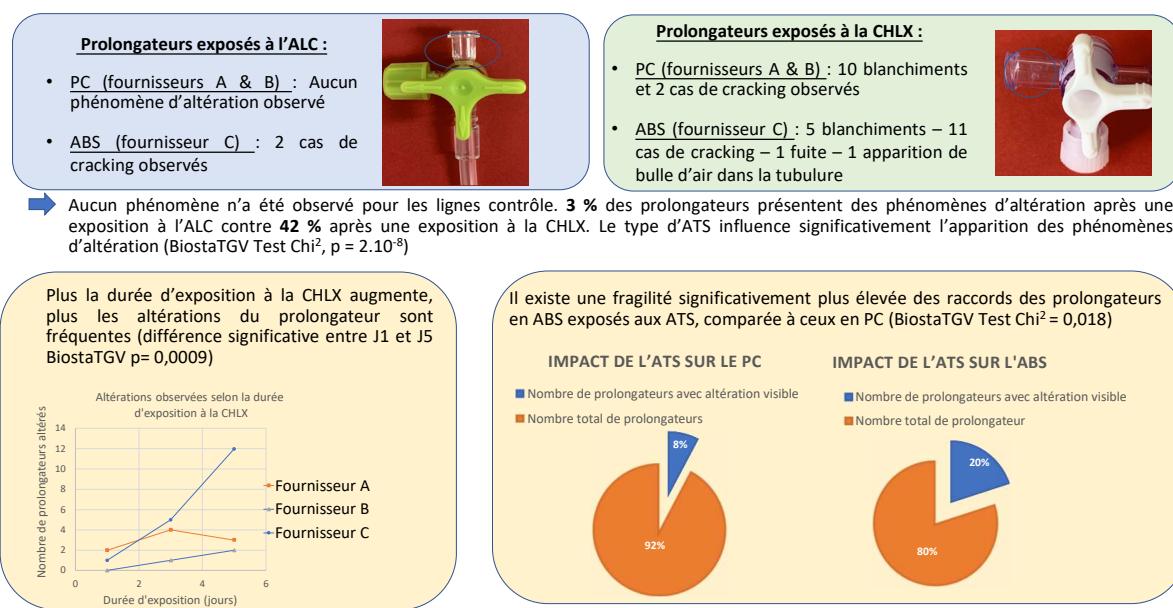
Matériel & méthodes



Montage	Antiseptiques (ATS) utilisés	Chlorhexidine 2% alcoolique en solution dans de l'alcool isopropylique (CHLX), alcool éthylique modifié 70° (ALC) et contrôle à sec
Prolongateurs testés	3 fournisseurs : « A », « B » (raccord Luer en polycarbonate - PC) et « C » (raccord Luer en Acrylonitrile Butadiène Styrene - ABS) 216 prolongateurs soit 72 par fournisseur	
Protocole	<ul style="list-style-type: none"> Durée : 4 semaines - 8 prolongateurs par ATS testé Durées d'exposition à l'ATS de 1, 3 ou 5 jours Manipulation 3 fois/jour avec compresses imbibées de l'ATS utilisé initialement sur la ligne pour les expositions de 1 et 3 jours. Manipulation 3 fois/jour, 3 jours sur 5 pour les expositions de 5 jours Observation de phénomènes d'altération visuelle au grossissement x3 (blanchiment, fissure et bulle d'air dans la ligne) et fonctionnel (fuite) sur les raccords luer 	

Respect du protocole d'hygiène du CHU et de la SF2H : utilisation de 3 compresses imbibées de 1,5 mL d'ATS par pose de ligne, un temps de séchage de 10 secondes avant branchement et une friction de 15 secondes avec une compresse imbibée sur les valves bidirectionnelles.

Résultats



Discussion et conclusion

Cette étude révèle une influence significative de la Chlorhexidine 2% alcoolique en solution dans de l'alcool isopropylique sur l'intégrité des matériaux constitutifs des dispositifs. Il est nécessaire de considérer la **compatibilité chimique** entre matériaux et usage des ATS lors des choix des dispositifs médicaux de perfusion. Ces données nous permettent de confirmer les **recommandations des fournisseurs** concernant la restriction de l'usage de la Chlorhexidine 2% alcoolique en solution dans de l'alcool isopropylique lors des **poses** et des **manipulations** des raccords des lignes de perfusion en milieu hospitalier. Dans ce contexte, il est fortement recommandé de **privilégier** l'usage de l'alcool éthylique modifié 70°.



INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES ET DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES



Poster N°110

O.REYNAUD¹, R.TOTH¹, C.FIGEAC¹, C.SALOMEZ-IHL², D.SCHMITT¹, P.BEDOUCH²

1 : Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, Boulevard de la Chantourne, 38700 La Tronche

2 : Université Grenoble Alpes, CNRS/UJM 5525, VetAgro Sup, Grenoble INP, TIMC, Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, Boulevard de la Chantourne, 38700 La Tronche

Contact : oreynaud2@chu-grenoble.fr

Implants, Validation, Dossier pharmaceutique

Introduction

Validation pharmaceutique des ordonnances de traçabilité transmises par les services après implantation de Dispositifs Médicaux Implantables (DMI)

Conformité ?
(Vérification des données d'implantation et de traçabilité)

Interventions Pharmaceutiques (IP)

Résultats

Sur 274 jours ouvrés analysés

14 867 ordonnances de traçabilité validées
(54/jour en moyenne)

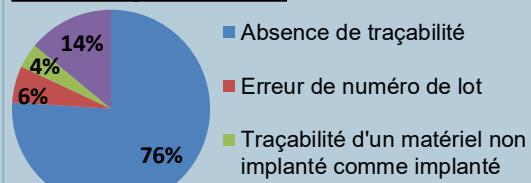
6,4 % des ordonnances ont fait l'objet d'une IP

851 IP caractérisées
(98 IP non caractérisées)



88% des IP : Impact préjudiciable potentiel sur le suivi du patient.

Problématiques identifiées :



Les trois services les plus concernés :

- Bloc d'orthopédie (15 %),
- Bloc des urgences (14 %),
- Bloc pédiatrique (9 %)

Discussion et conclusion

Expertise clinique
des équipes pharmaceutiques hospitalières

Formation continue
(soignants, équipes pharmaceutiques)

Amélioration de la qualité de la traçabilité des DMI et du suivi des patients

Perspectives (travaux en cours)

- Identification des **DMI les plus concernés** par des défauts de traçabilité → Formation du personnel soignant
- Analyse de l'**impact du changement de logiciel de traçabilité** (mars 2025) sur la traçabilité des DMI
- Travaux nationaux de standardisation de la caractérisation des IP relatives aux DM**

Mise en œuvre et évaluation d'un programme éducatif pour les patients porteurs d'un PICC Line : étude multicentrique observationnelle (EDUVVC)

C. REINPRECHT¹, A.LAZBERG¹, S. KERNEIS^{2,3}, JR.ZAHAR^{1,3}, L. FOUCault-FRUCHARD^{1,3,4}

1.Hôpital Avicenne, AP-HP, 93 000 Bobigny

2.Hôpital Bichat-Claude Bernard, AP-HP, 75 018 Paris

3.IAME, UMR 1137, Paris Cité, 75 018 Paris

4.Hôpital Bretonneau, CHU de Tours, 37 000 Tours

laura.foucault@univ-tours.fr

Mots clés : éducation thérapeutique, DELPHI, adhésion

INTRODUCTION

L'utilisation croissante des PICC lines, en lien avec le développement de l'ambulatoire, complexifie la prévention des complications associées. Dans ce contexte, renforcer les compétences des patients porteurs de PICC line pourrait favoriser leur autonomie et contribuer à réduire les risques.



Objectifs de l'étude EDUVVC :
Évaluer l'**adhésion** des patients à un programme éducatif ainsi que leur **compréhension des messages clés** identifiés par un panel d'experts.

MATERIEL & METHODES

① Elaboration d'un **référentiel de 22 compétences patient** : méthode DELPHI auprès de **61 experts** et 1 patient partenaire

② Développement de **supports pédagogiques multimodaux** pour les séances éducatives individuelles (présentiel) et collectives hebdomadaires (format webinaires)



Livret patient illustré



Exemple de support illustré



Exemple de webinaire

③ Etude de rétroaction auprès de patients pour valider les supports illustrés et apporter des ajustements avant diffusion

④ Étude multicentrique observationnelle :

- Hôpital Avicenne, CHU de Tours
- Questionnaire administré à **S0 (pré-test)** et **S6 (post-test)**

RESULTATS

Entre septembre 2024 et avril 2025 :

- 316 poses de PICC-line
- 106 patients éligibles à l'étude EDUVVC
- **76 patients ont été inclus** (*raison fréquemment citée par les patients ne souhaitant pas participer : "je ne souhaite pas d'informations complémentaires"*)

Principaux critères d'exclusion :

- absence de moyens de communication (webinaires)
- compréhension insuffisante du français
- présence de troubles cognitifs

Préférences des patients :

- en ce qui concerne les outils : **livret patient illustré**
- en ce qui concerne le format : **présentiel**

Faible adhésion des patients aux webinaires (distanciel) :
53 patients ne se sont jamais connectés

Moyenne pré-test : 15/20
Moyenne post-test : 17/20

*test de Student sur séries appariées :
p<0.001 IC95% [1.3-2.67]*

DISCUSSION & CONCLUSION

EDUVVC montre une nette préférence des patients pour les sessions en présentiel, et une amélioration des connaissances après l'intervention éducative.

Des ajustements sont nécessaires pour élargir l'accès au programme, en particulier pour les patients présentant des difficultés de compréhension de la langue ou n'ayant pas de connexion internet/téléphone.

OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES COMPLEXES PAR THERAPIE A PRESSION NEGATIVE EN HOPITAL DE JOUR



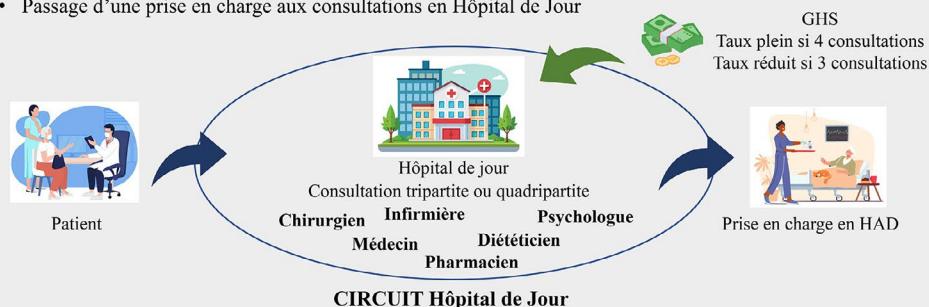
Mots clés : Coordination des soins, Pansements, Etude économique

N°112

C.Leiszt, M.Gasperini, V.Metz, E.Coquet
Service Pharmacie, Hôpital Européen, Marseille

Introduction – Objectif

- Les pansements par thérapie à pression négative (TPN) nécessitent une prise en charge cadrée par des professionnels formés puisqu'ils sont posés sur des plaies complexes.
- Passage d'une prise en charge aux consultations en Hôpital de Jour



Les objectifs de ce travail sont de faire un bilan financier et un bilan organisationnel à plus d'un an de la mise en place de l'HDJ.

Matériel – Méthode

Bilan financier :



Excel avec des données communiquées par le Département des Informations Médicales (DIM) sur l'année 2024

Bilan organisationnel :



Rencontre avec des services d'Hospitalisation à domicile (HAD) pour renforcer le lien Ville/Hôpital et fluidifier le parcours patient

Résultats

Bilan financier



5 chirurgiens



13 patients

3 pas de GHS

5 GHS réduit

5 GHS plein



GHS moyen : 506,22 €
Total : 5062,15 €

Bilan organisationnel

Coordination au sein de l'hôpital

- Anticipation des demandes d'HDJ
- Minimum de 3 consultations
- Vérification de la disponibilité du matériel



Coordination ville/hôpital

- Adéquation du matériel (laboratoire) entre hôpital et HAD
- Transfert du compte rendu des consultations d'HDJ au service de HAD
- Coordination sur la facturation => pas HDJ/HAD le même jour

Discussion - Conclusion

BILAN

Sécurisation du patient via prise en charge globale pluri disciplinaire
Personnel **formé** et temps **dédié**
Rétribution par **GHS**



Renforcer la coordination entre les différents acteurs de l'Hôpital
Renforcer le lien Ville/Hôpital



QUELLE PLACE POUR UNE NOUVELLE TECHNIQUE DE POSE D'IMPLANTS MAMMAIRES ?

N°113

E. William¹, B. Larcher-Micouin¹¹: Service Pharmacie, Hôpital Tenon (GH SU AP-HP), 75020 Paris

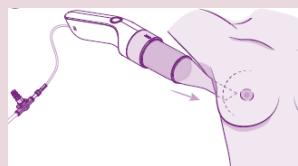
Mots-clés : Mini-invasive, Reconstruction sein, Pratique

emma_william@outlook.fr

CONTEXTE

De nouveaux implants insérés par une **technique mini-invasive MIA®** sont proposés dans le cadre de la reconstruction et de l'augmentation mammaire.

La technique, par voie **axillaire**, requiert un dissecteur, un ballon de dilatation, un injecteur de prothèse et permettrait une réduction du temps de pose.



OBJECTIFS

- Evaluer la place de ces implants mammaires dans l'arsenal thérapeutique de la **reconstruction mammaire** (RM)
- Evaluer l'**impact médico-économique**



MATÉRIELS ET MÉTHODES

✓ 2 groupes de 5 patientes

- Patientes avec antécédents ou facteur de risque de **cancer du sein**
- Patientes avec **reconstruction mammaire** (RM) post-mastectomie uni ou bilatérale
- ✓ **Patientes exclues : esthétique**
- Patientes ayant recours uniquement à une **augmentation mammaire**

Recueil des données

- Dossiers médicaux (Orbis®)
- Fiches de traçabilité des dispositifs médicaux réutilisables (DMR)
- Interventions chirurgicales

Etude observationnelle, descriptive et rétrospective

Mars à septembre 2024

Durée de l'intervention

Type d'insertion

Médicaments consommés

Dispositifs Médicaux Stériles (DMS)

Durée du séjour hospitalier

DMR utilisés

Paramètres recueillis

RÉSULTATS

	Procédure MIA®	Procédure dite « classique »
Nombre de patientes	5	5
Durée moyenne d'intervention	74 ± 20 min	104 ± 38 min
Voie d'insertion	Axillaire	Sous mammaire
Durée moyenne de séjour (en jours)	2,6	3,1
Médicaments consommés	Paracétamol 2g/j Morphine 10 mg/j : 1 cas	Paracétamol 2g/j Morphine 10 mg/j : 1 cas
Cout DMS + DMR estimé	≈ 3 043,8 €	717,7 €

	Procédure MIA®	Procédure dite « classique »		Procédure MIA®	Procédure dite « classique »
DMS	Ballon de dilatation Pompe Injecteur Prothèses	Dispositif d'insertion stérile Prothèses	DMR	Petite instrumentation Dissecteur MIA®	Boîte opératoire « Sein » : 48 instruments
Coût estimé	Forfait 2925€	572,5€	Coût stérilisation estimé	118,8€	145,2€

DISCUSSION / CONCLUSION

- Réduction du temps de pose observé de 30 minutes par intervention (non significatif)
- Limites : faible recrutement de patientes, uniquement des RM → Intervention et recrutement plus complexe
- Approche mini-invasive + incision axillaire intéressantes → Cadre esthétique à privilégier ?
- Perspective → Préciser l'étude sur les RM avec un plus large échantillon
- Le bénéfice patient est à préciser en étudiant leur **durée de convalescence** et les **douleurs post-opératoires**
- Surcoût et impact écologique (en particulier des DMS) à considérer



REACTIONS AUX MEMBRANES D'EPURATION EXTRARENALE : A PROPOS DE 10 CAS

Auteurs : A. MARCHAND, C. BRIAU, C. RIBAS, F. GUTTON, A. LABBEY, A. QUIEYV-MACCHIONI

Mots clés : hypersensibilité, biocompatibilité, dialyseur
CHU de Bordeaux, unité de matériovigilance
materiovigilance@chu-bordeaux.fr

N°114



Introduction

Les réactions aux membranes de dialyse ou d'échange plasmatique sont rares mais peuvent complexifier la réalisation des séances. Cette étude vise à décrire les caractéristiques des DM ayant provoqué des réactions chez les patients, les symptômes observés et les mécanismes identifiés.

Matériel et méthodes

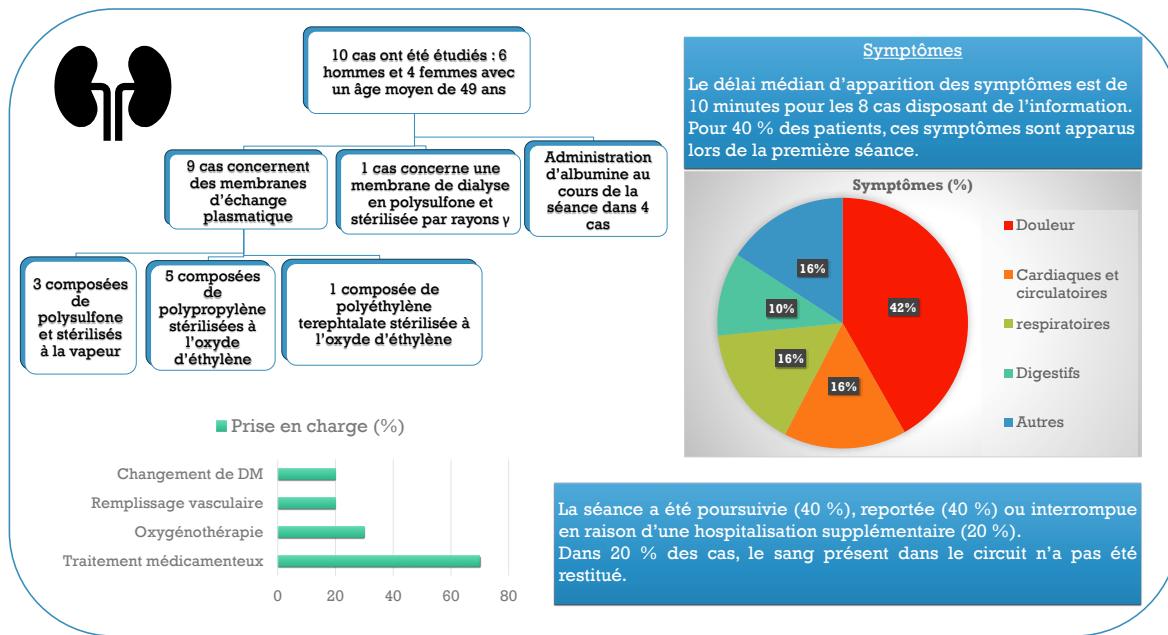
Etude rétrospective des signalements de matériovigilance enregistrés au CHU de Bordeaux entre 2019 et 2024 impliquant une membrane de dialyse ou d'échange plasmatique.

L'étude des dossier-patients informatisés, des fiches techniques et l'interrogatoire des soignants ont permis de relever les éléments suivants :

- Symptômes
- Délai d'apparition des symptômes
- DM incriminés
- Composition des DM
- Mode de stérilisation des DM

Identification de mécanismes d'action à partir de recherches bibliographiques.

Résultats





Rédaction et diffusion d'un livret à destination des patients sur la bonne utilisation des diffuseurs portables au domicile

Poster
n°115

Auteurs



Menou M. (1); Dr. Gougeon M. (2); Dr. Bigot A. (2); Dr. Millot V. (3)

(1) Interne de pharmacie, Clermont-Ferrand, margaux.menou@etu.uca.fr; (2) Pharmacien, centre hospitalier Henri Mondor, Aurillac; (3) Pharmacien-chef de service, centre hospitalier Henri Mondor, Aurillac

Mots clés

Dispositif médical (DM), qualité des soins de santé, éducation

Introduction

Les diffuseurs portables sont des dispositifs médicaux utilisés en hospitalisation à domicile pour administrer des médicaments (chimiothérapies, antibiotiques) avec un débit constant : ils permettent aux patients de faciliter leur mobilité.

- » Une bonne utilisation par les patients est indispensable à une diffusion correcte du médicament.

Résultats

→ 14 questionnaires récoltés et analysés

Diagramme représentant le taux de mauvaises réponses par item du questionnaire



→ Items avec le plus important taux de mauvaises réponses récapitulés et expliqués dans un livret d'information.

Ce livret reprend : la définition, le fonctionnement, le parcours de soin, la bonne utilisation au quotidien, les surveillances à effectuer et les différents types de diffuseurs existants (figure 2).

Il est désormais diffusé aux patients par l'intermédiaire des infirmières d'HAD lors de la pose.



Figure 2. Livret d'information remis au patient sur la bonne utilisation d'un diffuseur portable au domicile

Conclusion

Ce livret permet de répondre aux questions des patients sur l'utilisation au quotidien d'un diffuseur et ainsi améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Et après ?

- Consultations pharmaceutiques lors de la prescription d'un diffuseur expliquant en détail le fonctionnement au patient.
- Prescription des diffuseurs dans le dossier patient informatisé (DPI) afin de faciliter l'activité d'éducation thérapeutique.

Objectifs

- ✓ Créer un livret pour les patients;
- ✓ Les aider à bien utiliser leur diffuseur à domicile;
- ✓ Sécuriser le traitement et améliorer la qualité des soins.

Matériel et méthode

- Rencontre avec des infirmières d'hospitalisation à domicile (HAD) ayant l'habitude de poser des diffuseurs;
- Elaboration d'un questionnaire à destination des patients pour établir les points à approfondir (figure 1);
- Remise des questionnaires aux patients par les infirmières sur une période de 2 mois;
- Crédit d'un livret d'information sur la bonne utilisation des diffuseurs au domicile à partir des résultats obtenus aux questionnaires.

Figure 1. Questionnaire remis au patient sur la bonne utilisation d'un diffuseur portable au domicile

Questionnaire: La bonne utilisation de mon diffuseur portable à la maison		
Nom et prénom _____	Date de naissance _____	
Téléphone _____	Nom et téléphone de votre infirmière _____	
Pendant la nuit, où est-ce que je peux placer mon diffuseur ?		
<input type="radio"/> Sous la couette	<input type="radio"/> A côté de l'oreiller	<input type="radio"/> Sur la table de nuit
<input type="radio"/> Sous l'oreiller	<input type="radio"/> Autre _____	
Que dois-je faire lorsque mon diffuseur est terminé ?		
Comment fonctionne mon diffuseur ?		
<input type="radio"/> Avec des piles	<input type="radio"/> Avec un moteur	<input type="radio"/> Par la pression du ballon sur la solution qu'il contient
Est-il possible de faire de l'activité physique avec mon diffuseur ?		
<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non conseillé
Où se trouve la partie qui doit être fixée à mon avant-bras sur l'image ci-dessous ? (L'indiquer par une flèche)		
Une augmentation de la température peut-elle avoir une influence sur la vitesse de diffusion de mon médicament ?		
<input type="radio"/> Oui, elle augmente	<input type="radio"/> Oui, elle diminue	<input type="radio"/> Non
Avez-vous d'autres questions sur les diffuseurs portables ? _____ _____		
Merci pour le temps pris pour répondre à ce questionnaire. Le but est de créer un livret sur la bonne utilisation des diffuseurs à partir de vos interrogations pour mieux y répondre		

REMISE DE LA CARTE IMPLANT : TOP OU FLOP ?



116

C.VITTOZ, M.JUGAIN

PUI - Stérilisation, Maison de Santé Protestante Bordeaux Bagatelle - 33400 Talence

chloe.vittoz@gmail.com

Mots clés : audit, pratique, traçabilité

Introduction

Une nouvelle certification dans la qualité des soins a été publiée, accompagnée d'un changement de notre logiciel patient informatisé (DPI), ce qui a amené une interrogation sur la remise de la carte implant dans notre établissement. Support remis au patient après l'implantation d'un DMI (Dispositif Médical Implantable), la carte implant informe, alerte les professionnels de santé et identifie les situations à risque.



Objectif

Evaluer les différents services de soins sur la remise de la carte implant suite à ce changement de DPI et trouver des solutions d'amélioration à la suite des résultats

Matériels et méthode



Extraction des données des DMI posés à partir du logiciel de traçabilité



Recherche de la traçabilité de remise de la carte implant à partir du DPI



Patient, date, service, DMI posé et la quantité, remise de la carte



Visite dans les services, échange avec les équipes

2 semaines

Résultats

306 patients opérés = 340 DMI posés

51%

76%

24%

des patients ont eu une carte implant **en AMBULATOIRE**

des patients ont eu une carte implant **en HOSPITALISATION**

Après échange avec les 3 services d'hospitalisation ayant le moins bon taux de remise, nous avons soulevé différents écueils :

X Pas de vérification systématique de la carte dans le dossier lorsque le patient remonte du bloc

Différents corps de métiers remettent la carte implant

- Infirmier(e)
- Aide-soignant(e)
- Secrétaire

Méconnaissance de la case à cocher sur le DPI pour la remise

Pas d'accès au dossier patient pour sélectionner la case

→→→ Discussion

--> Un nouveau design de carte a été réalisé. Le travail d'un patient traceur a été effectué. Le pharmacien a été mobilisé pour participer aux briefings du bloc opératoire chaque mois ainsi que dans les services, afin de sensibiliser le personnel à la traçabilité. Le personnel est formé tous les deux mois, et une formation continue est assurée pour les cadres.

--> Une nouvelle extraction doit être refaite, un deuxième temps d'audit doit être reprogrammé.



STIMULAN® ET ANTI-INFECTIEUX DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE INFECTION OSTÉO-ARTICULAIRE COMPLEXE

Léonie ZANETTE¹, Jérémy REVERCHON¹, Sandrine ROUX², Agnès HENRY¹, Sylvain GOUTELLE^{1,2,3}, Laura MENARD¹

¹Hospices Civils de Lyon, GH Nord, Service de Pharmacie, Lyon | ²Hospices Civils de Lyon, GH Nord, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CRIoAc, Lyon

³Université Lyon 1, UMR CNRS 5558, Laboratoire de Biométrie et Biologie Evolutive, Villeurbanne, France

Mots clés : substitut osseux, antifongique, antibiotique, infections ostéo-articulaires complexes

laura.menard@chu-lyon.fr

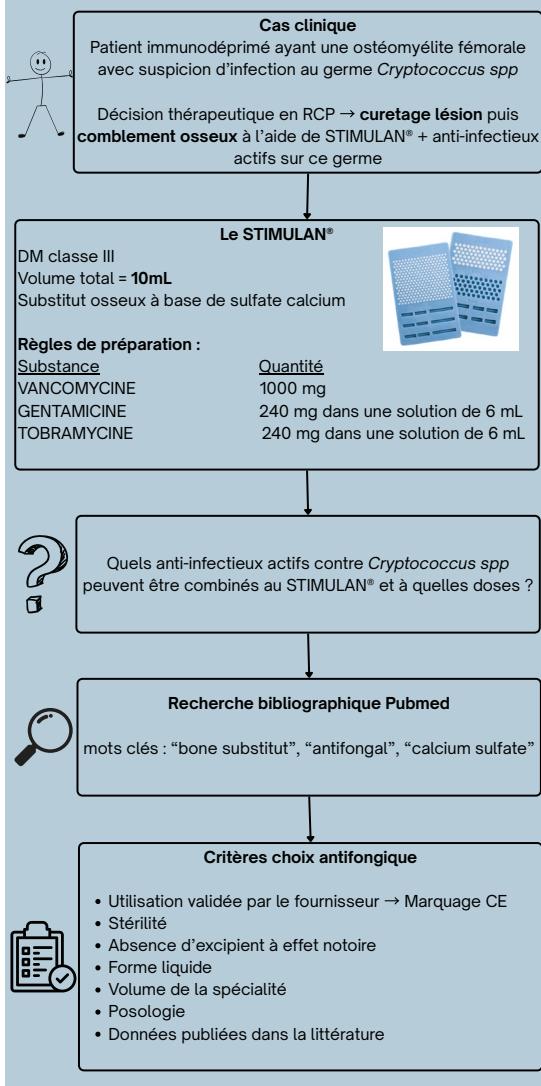
INTRODUCTION

- Infections ostéo-articulaires (IOA) → risque de défauts osseux
- Stratégie thérapeutique : STIMULAN® (substitut osseux) + antibiotiques validés par le fournisseur VANCOMYCINE, GENTAMICINE et/ou TOBRAMYCINE → favorise réparation osseuse
- En cas d'infections fongiques : aucune association antifongique + STIMULAN® validée

OBJECTIF

Etudier la **faisabilité** et la **sécurité** de l'utilisation des antifongiques associés au **STIMULAN®**

MATERIEL ET MÉTHODES



RÉSULTATS

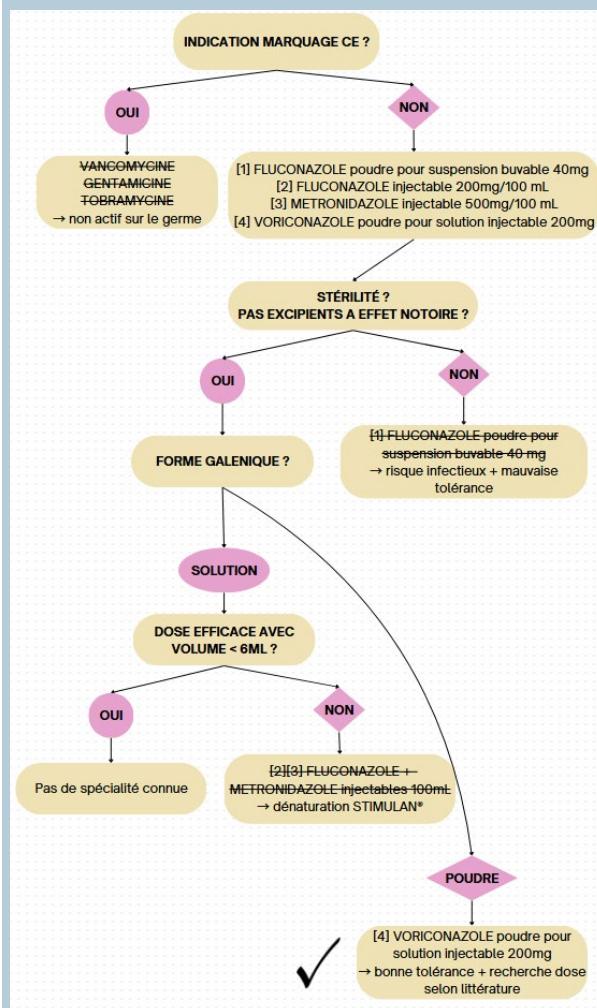


Figure 1: Arbre de décision pour le choix de l'antibiotique
 barré : spécialités non retenues, → : justification

CONCLUSION

IOA → prises en charges complexes, nécessitant parfois l'utilisation de DM hors-champ du marquage CE

Rôle du pharmacien = **sécuriser** usage de ces produits, en tenant compte de la littérature mais aussi des caractéristiques du produit évalué.



REFERENCIEMENT D'UN NOUVEAU DIFFUSEUR DE 5-FLUOROURACILE:



ENQUÊTE DE SATISFACTION AUPRÈS DES PRÉPARATEURS ET INFIRMIERS

Emonneau M.¹, Michel L.¹, Cavelier M.¹, Orsini C.¹, Varin R.¹, Coquard A.¹

#Marchés #Questionnaire #Essais

¹Pôle pharmacie, CHU de Rouen

mathilde.emonneau@gmail.com



1 CONTEXTE

Dans le cadre d'un changement de marché des diffuseurs de chimiothérapie

→ Test et comparaison



2 OBJECTIF

Evaluer la **satisfaction** des **utilisateurs** (préparateurs en pharmacie hospitalière PPH et infirmiers IDE) après manipulation des diffuseurs DM2



3 MATERIEL ET MÉTHODES

Création de 2 questionnaires de satisfaction



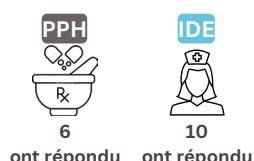
- Maniabilité
- Etanchéité
- Emplacement de l'étiquette patient
- Reconnaissance du Datamatrix (que pour PPH)
- Sécurité lors de la préparation et de l'installation au patient
- Déclarations de matériovigilance ?



4 RESULTATS

Aout 15 jours

x 35



RESULTATS SPÉCIFIQUES AUX IDE

1 matériovigilance a été rapportée pour non diffusion du 5Fu² chez un patient



Se sentent en sécurité lors de l'installation *rigidité de la valve bidirectionnelle, risque de fuite*



RESULTATS COMMUNS PPH / IDE

Facilité de connexion



Facilité de maniabilité du clamp



Trop fin

Satisfaction de l'étanchéité du diffuseur



Satisfaction de l'emplacement de l'étiquette



RESULTATS SPÉCIFIQUES AUX PPH

Reconnaissance optimale du Datamatrix

100%

83%

Se sentent en sécurité lors de la préparation

- IDE ET PPH ont noté une graduation peu visible et peu précise
- Les patients ont apprécié la longueur de la tubulure plus courte



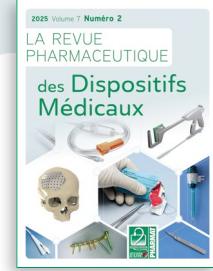
5 CONCLUSION / DISCUSSION

La diffusion d'un questionnaire a permis de mesurer l'**approbation** des PPH et des IDE face à ce nouveau diffuseur. La maniabilité des diffuseurs a été peu appréciée tandis que l'étanchéité a satisfait principalement les PPH. Les **divergences** sur l'emplacement de l'étiquette indiquent des points d'exergues différents selon les **catégories professionnelles**.

²5-Fluorouracile



2025
Volume 7
N° 2



Politique DM





EVALUATION DU SYSTÈME DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ (SMQ) DU CIRCUIT DES DM IMPLANTABLES (DMI) DE NOTRE ES SUITE À UN AUDIT CROISÉ



M.DEDEBANT¹, S.BEAUFILS², C.MAUCORPS¹, D.MIRKOVIC¹
C.H Mémorial de Saint-Lô - dedebant-m@chu-caen.fr

¹ Pharmacie DM ; ² Bloc opératoire

Traçabilité - Implant - Conformité

68



CONTEXTE - OBJECTIF

Dans le cadre d'une campagne lancée par l'OMEDIT, notre ES a participé à un audit inter-structure, portant sur le SMQ du circuit des DMI. L'audit visait à évaluer la conformité du système de traçabilité des DMI pour identifier les forces et les axes d'amélioration afin d'optimiser la sécurisation du circuit.

MATERIELS ET MÉTHODES



L'audit, fondé sur la grille de l'OMEDIT, s'est déroulé en plusieurs étapes.

En amont, une auto-évaluation a été menée par l'ES audité, accompagnée de documents de preuve.

Cinq domaines étudiés

- L'encadrement et les instances (EI)
- LA PUI
- Le bloc opératoire (BO)
- L'entretien patient (EP)
- L'information de sortie (IS) : analyse de 4 dossiers patients informatisés (DPI)

L'évaluation s'est basée sur 7 axes*

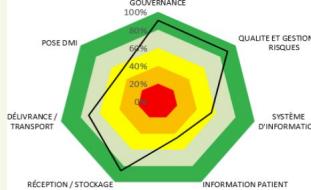
- La gouvernance
- La qualité et gestion des risques (QGR)
- Le système d'information (SI)
- La réception et le stockage (RS)
- La délivrance et le transport
- La pose du DMI
- L'information du patient (IP)

*Tous les axes n'étant pas systématiquement explorés dans chaque domaine mais adaptés selon leur pertinence.

RESULTATS



Thème	Résultat
GOUVERNANCE	91%
QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES	89%
SYSTÈME D'INFORMATION	56%
INFORMATION PATIENT	45%
RÉCEPTION / STOCKAGE	86%
DÉLIVRANCE / TRANSPORT	71%
POSE DMI	50%
Taux de saisie des critères	
Résultat global :	
	81% 75% 65% 57%



EI = 81% avec 25% pour l'IP par manque d'informations transmises relatives au DMI, non tracées dans le DPI.

PUI = 75% avec 60% pour le QGR (exemple de non conformité : pas de protocole dans le cas d'indisponibilité d'un DMI le jour de l'intervention).

BO = 65% avec 14% pour le SI, faute de traçabilité non réalisée en temps réel au BO.

EP = 57% seulement, dû principalement au défaut de remise de la carte d'implant (hors cardiologie), du DMI.

Information sortie

Taux de traçabilité de la remise d'une carte d'implant

0%

LETTRE DE LIASION	Résultat	Taux de critères évalués
Activité 1	Dossier 1	44% 100%
	Dossier 2	56% 100%
Activité 2	Dossier 3	39% 100%
	Dossier 4	39% 100%

Moyenne sur les 4 DPI = 44,5%.

La lettre de liaison est retrouvée sur le DPI et transmise au médecin traitant, mais celle-ci reste incomplète : identité partielle du poseur, et absences d'identification de remise de la carte d'implant (hors cardiologie), du DMI.



DISCUSSION/CONCLUSION

Les résultats ont permis d'identifier les forces et les faiblesses du circuit des DMI de notre ES, ouvrant la voie à l'élaboration d'un plan d'actions. La traçabilité en temps réel des DMI au BO est notamment prévue d'ici fin 2025.

Par ailleurs, la remise systématique de la carte d'implant ainsi que l'ajout d'informations relatives au DMI dans la lettre de liaison sont en cours de révision.





COMMENT GÉRER EFFICACEMENT LES INFORMATIONS DE SÉCURITÉ URGENTES CONCERNANT LES STIMULATEURS CARDIAQUES IMPLANTABLES ?

M. MADIOT¹, L. QUATERONI¹, C. SALOMEZ-IHL², A. CARABELLI³, P. DEFAYE³, P. PY¹, P. BEDOUCH⁴

madiot.myriam@gmail.com

1. Pôle Pharmacie - Service Dispositifs Médicaux Stériles - Matériovigilance ; 2. Pôle Pharmacie - Service Dispositifs Médicaux Stériles - Responsable Système Management Qualité des Dispositifs Médicaux Implantables ; 3. Service de Cardiologie - Unité de Rythmologie et Stimulation Cardiaque ; 4. Coordonnateur du Pôle Pharmacie, Pharmacien gérant PUI
CHU Grenoble ALPES - Boulevard de la Chantourne, 38700 La Tronche

MOTS CLÉS : MATÉRIOVIGILANCE - TÉLÉCARDIOLOGIE - DISPOSITIFS MÉDICAUX STÉRILES

INTRODUCTION

L'information de sécurité urgente (ISU) concernant les stimulateurs cardiaques Assurity™ de Abbott de Mars 2021 marque un tournant pour la Matériovigilance (MV), confrontée à une augmentation de ce type d'alerte ces dernières années.

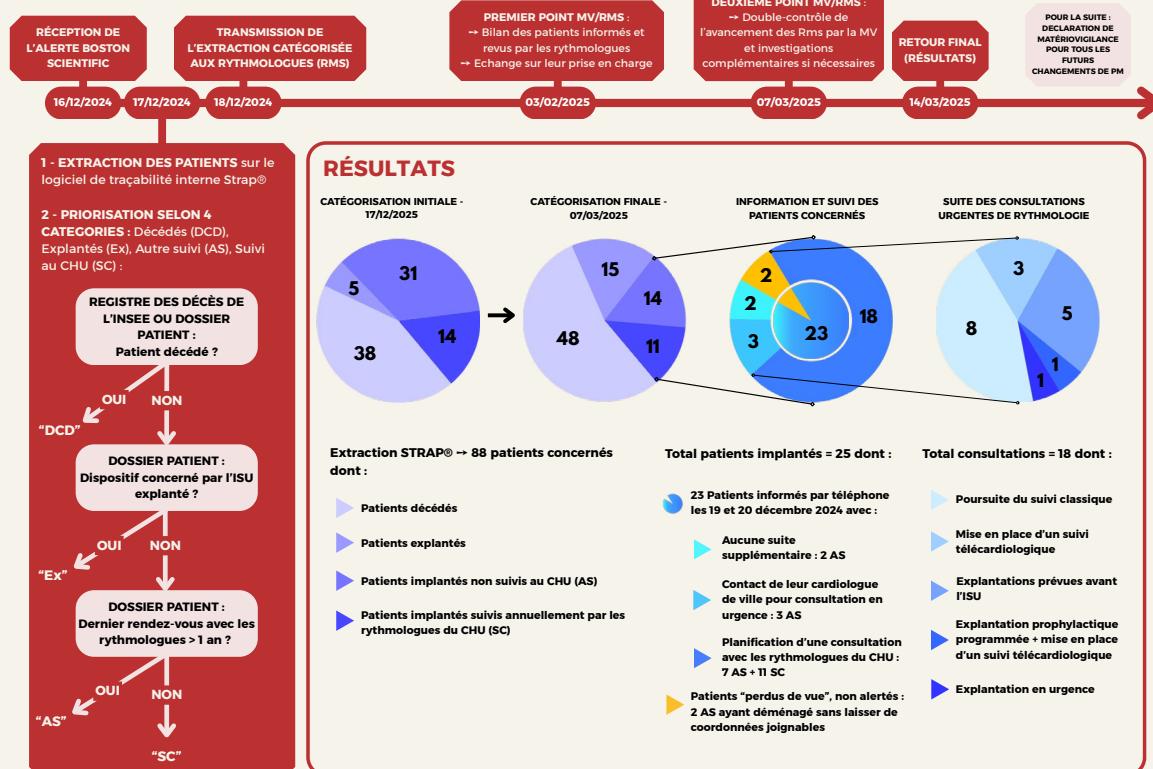
Avec non moins de 11 ISU concernant des pacemakers (PM) en 4 ans (ANSM, 2025) [1], la nécessité de disposer d'une méthodologie de gestion adaptée pour identifier et prévenir les patients concernés sans délai s'impose.

OBJECTIF

L'objectif de ce travail est de décrire la gestion de l'ISU du 16/12/24 des PM ACCOLADE™ de Boston Scientific.

Ceux-ci présentent un défaut de batterie avec un passage en mode de sécurité (mds) lorsque la durée de vie estimée (DVE) ≤ 4 ans. Ce mode de sécurité est non programmable et ne permet pas de fournir une assistance optimale à l'état cardiaque d'un patient.

MÉTHODOLOGIE



DISCUSSION

La méthodologie employée permet une réactivité importante et une identification rapide des personnes concernées. Elle est cependant limitée par la non-exhaustivité des sources d'informations ; par exemple, les logiciels de traçabilité interne ne permettent pas d'identifier les patients concernés mais implantés dans d'autres centres. Bien qu'en faible proportion, les patients perdus de vue (2.3%) présentent également un défi.

Il est également à noter que bien qu'identifié et informé de la situation, un patient a dû subir un changement de PM en urgence.

La surveillance télécardiologique généralisée pour les patients porteurs de PM pourrait être une solution à certaines de ces contraintes mais elle nécessite des moyens humains.

CONCLUSION

Ce travail décrit une approche méthodologique originale pour la gestion des ISU concernant des PM. Il a permis de réfléchir à la mise en place d'une surveillance télécardiologique systématique des patients porteurs de PM implantés et/ou suivis dans notre établissement.

En complément, un outil basé sur un entrepôt de données de santé est en cours d'élaboration afin d'automatiser la prise en charge de ce type d'alerte de matériovigilance et d'en améliorer le délai de traitement et l'exhaustivité du recueil des informations patients.

[1] Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé. "Récapitulatif des alertes ANSM concernant des stimulateurs en cardiologie." ANSM, 2025. https://ansm.sante.fr/resultats-de-recherche-global_search%5Btext%5D=stimulateur%5Bglobal_search%5BmedicalDomains%5D%5B%5D=36%5Bglobal_search%5BhealthProducts%5D%5B%5D=19%5Bglobal_search%5BSafetyNewsSearch%5D=1. Accessed 25 03 2025.



EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE DU CIRCUIT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX STÉRILES ET IMPLANTABLES DANS PLUSIEURS UNITÉS DE SOINS

N°107

Groupe Hospitalier
Mont Saint-Michel

P. Fourmond, B. Phan, A. Calesse
Pharmacie à Usage Intérieur, Hôpitaux du Sud Manche, Avranches
pascaline.fourmond@gmail.com

Mots clés : gestion du risque, qualité, cartographie

INTRODUCTION

Afin de sécuriser le circuit des Dispositifs médicaux stériles (DMS) et implantables (DMI) à l'hôpital, une évaluation a été réalisée au sein de la PUI en 2022, permettant de réviser son système qualité. La deuxième partie de cette démarche est d'évaluer le circuit des DMS au niveau des unités de soins (US).

OBJECTIFS

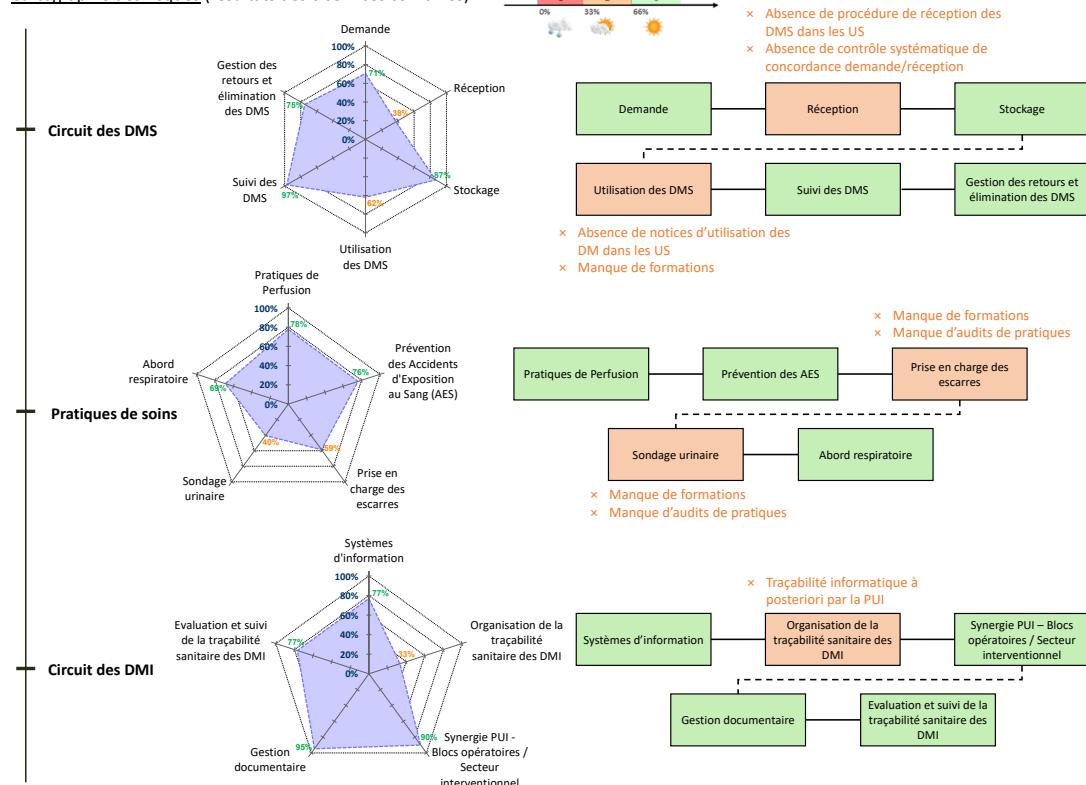
Établir une **cartographie des risques** liés au circuit des DMS dans plusieurs US, afin d'élaborer un **plan d'action**, en identifiant les **axes prioritaires d'amélioration**.

MATÉRIEL & MÉTHODES

- Choix d'un panel de services représentatif de l'activité de l'hôpital : anesthésiologie-bloc, maternité-bloc obstétrique, chirurgie orthopédique et viscérale, gériatrie, pneumologie et neurologie-rhumatologie.
- Auto-évaluation grâce au module US de l'outil **Inter Diag DMS 2.0** (ANAP) lors de réunions pluridisciplinaires (cadre de santé, pharmacien, infirmier et préparateur référents pharmacie de chaque service).
L'outil évalue : le circuit des DMS (48 items) et des DMI (54 items) et les pratiques de soins (43 items).

RÉSULTATS

Cartographie des risques (résultats des 6 services combinés) :



Plan d'action : comporte **48 axes d'amélioration**, chacun concernant une ou plusieurs US, et classés selon leur accessibilité de mise en œuvre :

Facile : 21 axes
Prise de connaissance de protocoles ++

Moyenne : 16 axes
Audits, formations...

Difficile : 9 axes
Liens aux locaux/équipements (température pièce de stockage, taille armoire...)

Très difficile : 2 axes
Absence de notices d'utilisation des DMS dans les US
Livret des DMS non accessible facilement



QR code pour accéder au plan d'action

DISCUSSION / CONCLUSION

L'outil de l'ANAP est un outil complet, mais dont les items ne sont pas applicables à tous les services (ex : items sur les DM de l'abord respiratoire pas toujours jugés pertinents pour le service de pneumologie).

Ce travail a permis d'élaborer un **plan d'action exhaustif** pouvant être adapté à chaque US, dont certains axes sont communs à celui de la PUI.
⇒ Les actions jugées faciles seront mises en œuvre d'ici la fin de l'année. Celles jugées moyennes (chronophages) seront priorisées pour l'année prochaine.

ANTICIPATION DE L'ARRÊT DE COMMERCIALISATION DES TROCARTS THORACIQUES : RECHERCHE D'UNE ALTERNATIVE EFFICACE, ADAPTABLE ET ÉCONOMIQUE

Hamlaoui-Chareuf L¹, David W¹, Boyer J¹

¹Pharmacie, Centre Hospitalier de Valenciennes, Valenciennes - Contact : lila.hamlaoui.etu@univ-lille.fr

CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

N°118

16

Mots-clés : Chirurgie, Écarteur, Achat



CONTEXTE



Annonce de l'arrêt de commercialisation des trocarts thoraciques (TT) à l'issu du marché en cours par notre fournisseur



OBJECTIFS



- Rechercher une **alternative aux TT** qui respecte les besoins des chirurgiens thoraciques
- Évaluer l'**impact économique** de la solution envisagée

MATÉRIELS & MÉTHODES

Définition des besoins des chirurgiens thoraciques



Sourcing fournisseurs de TT



Présentation des résultats et essais des solutions retenues



RÉSULTATS



Définition des besoins :

- DM **flexible** et **atraumatique** pour le patient



Analyse des TT au livret :

- 3 diamètres** de TT au livret
 - 7, 15, 20 mm
- Aucune utilisation du TT 20 mm**
 - Déréférencement
 - Rationalisation du livret



Validation suite aux essais menés, de la solution proposée qualifiée de "**facile à utiliser**", "**adaptable**" et "**atraumatique**" par tous les chirurgiens thoraciques



Solution retenue :

Utilisation d'**écarteur de paroi (EP)**



- Taille XXS court** : diamètre 1-3 cm, longueur 11 cm
- Taille XS court** : diamètre 2-4 cm, longueur 13 cm



Impact économique par intervention

- 2 TT de 15 mm + 1 TT de 7 mm
- 2 EP XXS + 1 EP XS

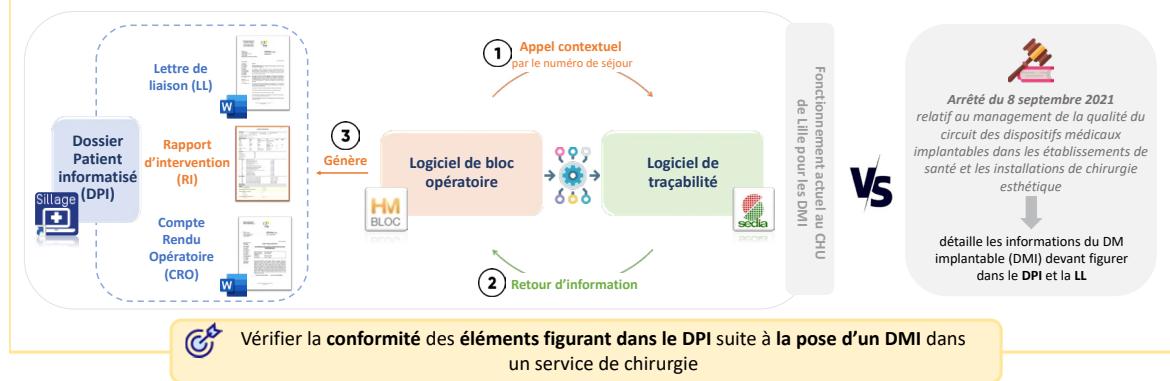
43% moins cher

CONCLUSION

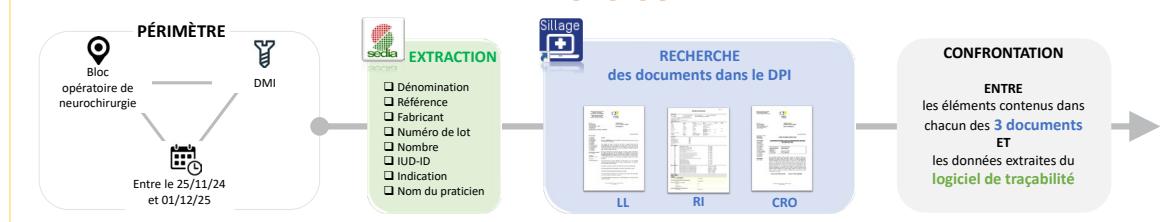
- L'annonce **en amont** de l'arrêt de commercialisation des TT a permis d'**anticiper au la recherche d'alternative et d'éviter la rupture d'approvisionnement**.
- Le choix d'un nouveau dispositif, à la fois plus économique et adapté, garantit une prise en charge de qualité tout en améliorant le confort des utilisateurs.



INTRODUCTION



METHODOLOGIE



RÉSULTATS

Sur la période étudiée, l'extraction Sedistock révèle que 189 DMt ont été utilisés sur 46 patients

		DPI		
Sillage	items	RI	CRO	LL
	Présence du document (n=46)	46	19	45
	Dénomination (n=189)	177 (94%)	14	5
	Référence (n=189)	177 (94%)	0	0
	Fabricant (n=189)	177 (94%)	1	3
	Numéro de lot (n=189)	177 (94%)	0	0
	Nombre (n=189)	177 (94%)	4	4
	IUD ID (n=189)	0	0	0
	Indication (n=46)	46 (100%)	/	45
	Nom du praticien (n=46)	46 (100%)	19	43

→ Les IUD-ID sont absents de tous les documents analysés
→ Les informations relatives aux DMt sont absentes du CRO et/ou de la LL ou ne permettent pas son identification

LL « les informations permettant l'identification du dispositif médical implantable et les éléments relatifs à son utilisation »
→ NON CONFORME

DPI « Les données enregistrées relatives au dispositif médical implantable et à son utilisation »
→ CONFORME

DISCUSSION

Points à améliorer

- Le CRO est trop souvent manquant du DPI
- Les informations du CRO et de la LL sont incomplètes ou imprécises
- Une défaillance du système d'information est observée. Entre le logiciel de bloc et celui de traçabilité :
 - Une interface n'existe pas pour le CRO et la LL
 - L'IUD n'est pas intégré automatiquement dans le DPI

Points favorisants

- Le contrôle de traçabilité réalisé par les PPH de bloc a un réel impact : il permet d'apporter des corrections dans le logiciel de traçabilité
- Mais l'interface ne permet pas de correction dans le RI (expliquant les 94% de conformité)

Une action sur l'interopérabilité des systèmes est en cours



AUDIT DE LA TRACABILITÉ DES DISPOSITIFS MÉDICAUX IMPLANTABLES EN ONCOLOGIE



120

A.PIERALI¹, A.GAUDIN¹, A.MITHA² anaya.pierali@gmail.com¹: Département de pharmacie clinique, Institut Gustave Roussy, Villejuif 2 : Direction de la qualité, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Mots clés : Réglementation, circuit, DMI

CONTEXTE

Mise en œuvre de l'arrêté du 8 septembre 2021 relatif au management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux implantables (DMI) dans les établissements de santé.³

OBJECTIFS

- ☒ Réaliser un état des lieux du circuit des DMI
- ☒ S'assurer de la conformité de la traçabilité des DMI

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- Utilisation de la grille d'audit de l'Observatoire des Médicaments, Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques (OMEDIT) Normandie et Pays de la Loire
- Évaluation de différents critères en suivant la grille d'audit :
 - ✓ Traçabilité par la PUI
 - ✓ Traçabilité par le service utilisateur
 - ✓ Traçabilité de l'information au patient
- Suivi de dix « traceurs » DMI sur 50 patients et ce dans 5 services utilisateurs différents (blocs et plateau de consultations)
- Suivi rétrospectif sur les années 2023 et 2024 à partir des données du logiciel de gestion des stocks (Copilote ®) et du Dossier Patient Informatisé (DPI) (Ambré ®)
- Rendu des résultats automatisé grâce à l'outil de l'OMEDIT : tableaux et graphiques récapitulatifs

RÉSULTATS

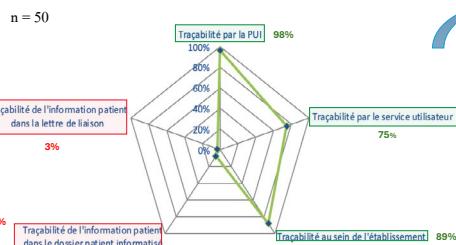


Figure 1 : Conformité globale de la traçabilité au sein de l'établissement

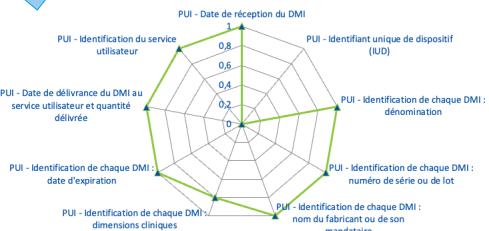


Figure 3 : Détail de la traçabilité par la PUI

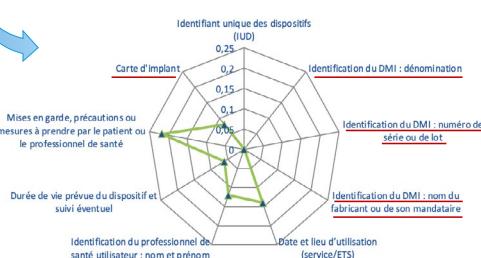


Figure 2 : Détail de la traçabilité de l'information au patient dans le DPI

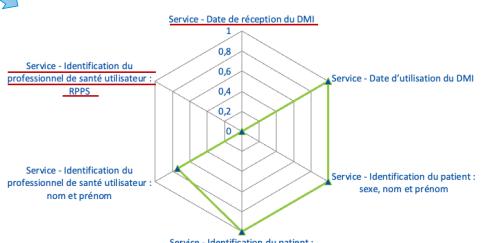


Figure 4 : Détail de la traçabilité par les services utilisateurs

DISCUSSION ET CONCLUSION

- Conformité de la traçabilité au sein de l'établissement satisfaisante ➔ peut atteindre 100%
- Traçabilité de la transmission d'information au patient dans le DPI n'est pas satisfaisante ➔ questionnement sur la capacité de ce critère à refléter fidèlement l'information reçue par le patient de la part du service de soin dans notre établissement, d'autant que certains critères n'ont pas pu être pris en compte.
- Audit qui permet un état des lieux de la conformité de la traçabilité dans l'établissement et qui pourra être réalisé à fréquence régulière à l'avenir

³ : « Arrêté du 8 septembre 2021 relatif... » Journal officiel de la République française, no 0217, 17 septembre 2021, France. NOR SSAH2126932A.

AUDIT SUR LE CIRCUIT DES DM IMPLANTABLES AU SEIN D'UN ES : ETAT DES LIEUX ET PLAN D'ACTION



quentin.guignon30@gmail.com

O. GUIGNON, C. BOISSINOT, B. MEGES, V. WALTER

Pharmacie, Centre Hospitalier Centre Bretagne - Pontivy

Mots clés : Traçabilité, Qualité, Management



N° 121

CENTRE HOSPITALIER
CENTRE BRETAGNE

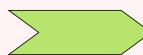
INTRODUCTION

L'arrêté du 8 septembre 2021 a défini de nouvelles exigences en termes de management et de qualité du circuit des dispositifs médicaux implantables (DMI) dans les établissements de santé. Depuis cet arrêté, des actions ont été mises en œuvre dans l'établissement pour répondre à ces exigences (nomination d'un RSMQ-DMI, lecture automatique de l'IUD...).

Objectif : faire un état des lieux du circuit des DMI en termes de management et de qualité et établir un plan d'action pour améliorer ce circuit.

MATERIEL ET METHODES

- Services concernés par l'audit :
 - La direction
 - La PUI
 - Le bloc opératoire
- La méthode :
 - Auditeurs venant d'un autre ES
 - Grille d'audit fournie par l'Omedit
 - Entretiens avec les services concernés
 - Evaluation de l'information du patient :
 - Entretien avec un patient
 - Analyse de dossiers



Indice de performance de 0 à 100 %

RESULTATS / DISCUSSION

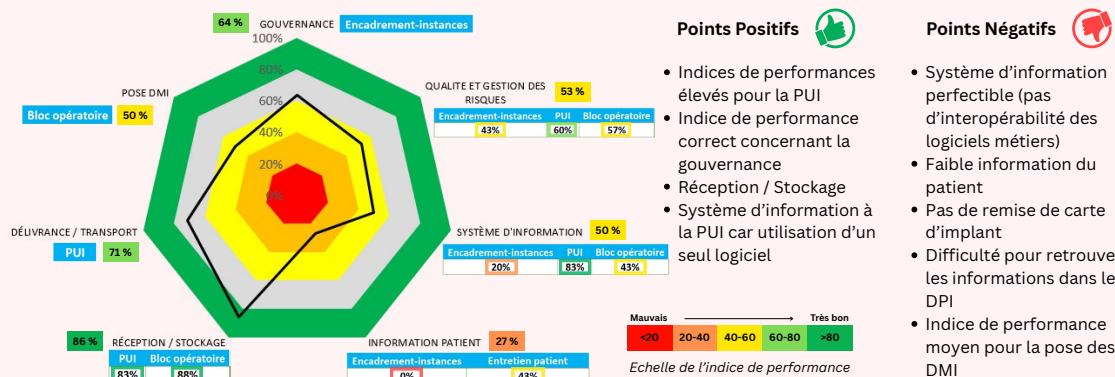


Figure 1 : Diagramme des résultats de l'audit

Points Positifs

- Indices de performances élevés pour la PUI
- Indice de performance correct concernant la gouvernance
- Réception / Stockage
- Système d'information à la PUI car utilisation d'un seul logiciel

Points Négatifs

- Système d'information perfectible (pas d'interopérabilité des logiciels métiers)
- Faible information du patient
- Pas de remise de carte d'implant
- Difficulté pour retrouver les informations dans le DPI
- Indice de performance moyen pour la pose des DMI

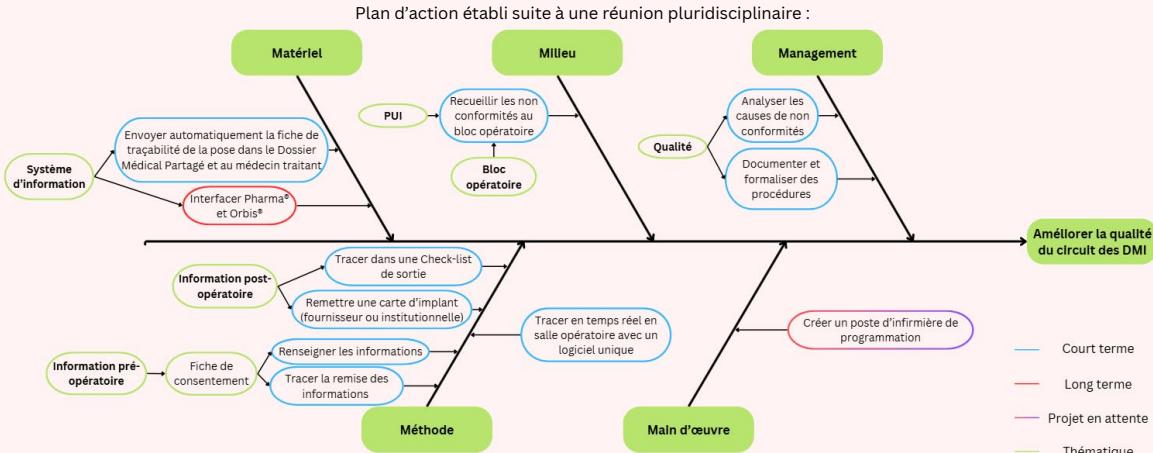


Figure 2 : Plan d'action (diagramme d'Ishikawa)

CONCLUSION

- Axes d'améliorations majeurs révélés par l'audit :
 - Information patient
 - Traçabilité de l'information
 - Performance du système d'information
 - Interopérabilité
- Développement d'un plan d'action régional soutenu par l'OMEDIT :
 - Formations spécifiques aux DMI
 - Organisation de retours d'expériences (REX)
 - Audit de dossiers
 - Evaluation de l'interopérabilité des logiciels métiers



Qualité du circuit des DMI

**Bilan 2024 : où sont passés les Dispositifs Médicaux implantables (DMI) ?**M. GAY⁽¹⁾; M. LAFFITE-LAMBERT⁽¹⁾; N. VERNET⁽¹⁾; L. DELBECQUE⁽¹⁾; C. BONNEVAY⁽¹⁾; V. RIOU⁽¹⁾

(1) Pharmacie, Hôpital Le Corbusier, Firminy

Contact : maelys.gay@etu.univ-lyon1.fr

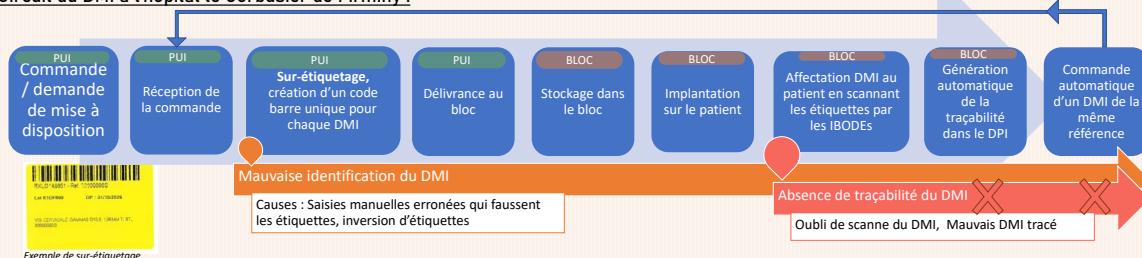
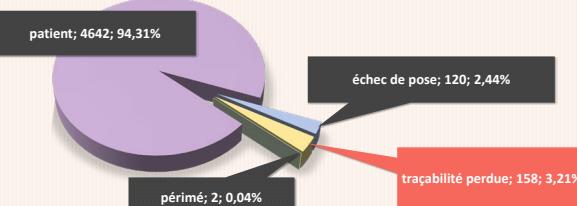
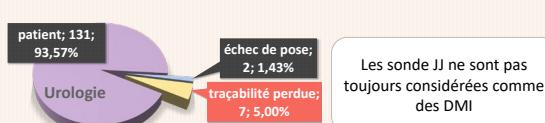
Mots clés : Traçabilité ; IUD; Inventaire**N°122****Introduction/Objectifs :**

- L'arrêté du 8/09/2021, impose l'utilisation de l'IUD (Identifiant Unique des Dispositifs).
- La traçabilité patient est faite en salle par les IBODEs.
- Certains DMI ne sont pas tracés par le bloc, et nécessitent d'être régularisés par la PUI.

Nous souhaitons évaluer ces régularisations et leurs coûts, identifier les spécialités les plus touchées et les causes pour mettre en place des actions correctives.

Matériel et méthode :

- Etude rétrospective sur 2024 depuis le logiciel Pharma® de tous les DMI tracés
 - Sur le patient
 - En traçabilité perdue (= DMI absents du stock, et non tracés à des patients malgré nos recherches)
 - En échec de pose
 - En périmé
- Analyse par Excel® et R studio®.

Circuit du DMI à l'hôpital le Corbusier de Firminy :**Distribution des DMI de l'année 2024 (Statuts ; fréquences ; proportions)****Distribution des DMI de l'année 2024, des spécialités les moins performantes****Une traçabilité est perdue tous les 2,3 jours****Actions mise en œuvre :**

- Mise à jour de la feuille de traçabilité entre le bloc et la PUI 07/24
- Sensibilisation du personnel à la traçabilité sanitaire
- Réalisation d'inventaires
- Déploiement de l'utilisation de l'IUD au moment de la réception à la PUI 09/24
- Essai de l'IUD au moment de la traçabilité pour supprimer le sur-étiquetage 01/25

Bilan financier des non conformités de l'année 2024

Périmés	31,67€	Montant hors LPPR : 14 755,57€ Montant : 28 163,08€
Echecs de pose (hors LPPR)	3 262 €	
Traçabilités perdues (hors LPPR)	11 461,9 €	
Echecs de pose - LPPR	8 406,69€	

Discussion/conclusion :

La diminution du nombre de traçabilité perdue est essentielle pour :

- La sécurité du patient
- Répondre au cadre réglementaire
- Réduire la perte financière
- Anticiper le renouvellement de stock

Améliorations possibles :

- Inventaires réguliers – objectif de vérifier 100% du stock à l'année
- Présence de personnels pharmaceutique au bloc opératoire
- Optimisation des outils informatiques



ansm

124



Bilan des données de matériovigilance entre 2016 et 2023 des bandelettes sous urétrales et des implants de renfort en urologie

Nathalie Hecquet, Virginie Di Betta, Gwennaelle Even, Thierry Thomas, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Saint-Denis - dmcdiv@ansm.sante.fr

Mots clés : incidents, base nationale, DMI

INTRODUCTION-OBJECTIFS

Étude de l'évolution des données de matériovigilance sur les « mesh urologiques et gynécologiques » :

- les bandelettes sous urétrales (BSU) dans le traitement de l'incontinence urinaire féminine (IUF) ou masculine (IUM) ;
- les plaques pour cure de prolapsus pelviens posées par voie basse (POP_B) ou haute (POP_H).

Ces dispositifs font l'objet d'une surveillance particulière par l'ANSM depuis 2016.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

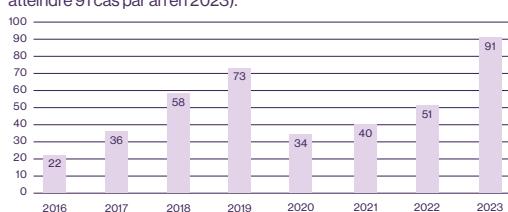
Extraction de l'ensemble des incidents déclarés à l'ANSM entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2023 de la base nationale de matériovigilance.

Un suivi annuel est réalisé avec le nombre de « cas patient » (porteur d'un ou plusieurs implant(s)), le type d'implant (appelé DCO dans la base nationale), la catégorie du/des effets indésirables décrits (pré, per ou post-opératoire)

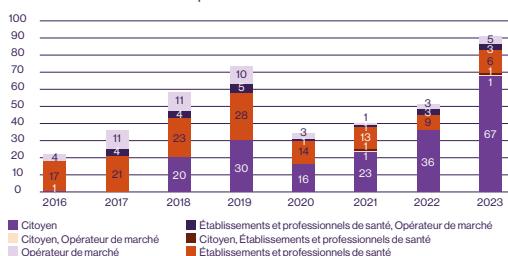
RÉSULTATS

Entre 2016 et 2017, une augmentation du nombre de cas, toutes indications, toutes catégories confondues, est observée passant de 22 à 36 cas déclarés.

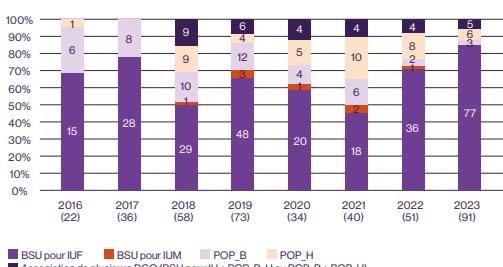
À partir de 2018, cette augmentation se poursuit (58 cas déclarés pour atteindre 91 cas par an en 2023).



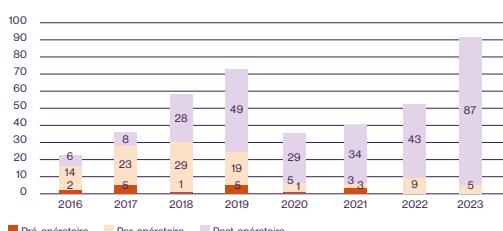
Avant 2018, les cas déclarés survenaient essentiellement à l'hôpital, avant ou pendant l'implantation et étaient déclarés par les établissements de santé et/ou les opérateurs de marché.



L'indication principale est la pose d'une BSU pour le traitement de l'IUF.



Depuis le 2^d semestre 2018, il est observé une augmentation importante du nombre de cas faisant état d'effets post-opératoires (érosion/exposition, douleurs chroniques, infections urinaires...) en relation avec les déclarations par des citoyens qui représentent ¾ des déclarations en 2023.



DISCUSSION/CONCLUSION

Entre 2016 et 2023, malgré une augmentation, le nombre de cas reste faible (22 cas en 2016 – 91 cas en 2023) comparativement aux ventes de ces dispositifs (environ 59 000 DM en 2016 – environ 37 000 DM en 2023). Cette augmentation, liée notamment aux déclarations par les patients, intervient dans les suites de la réunion d'échange organisée par l'ANSM en janvier 2019 qui a médiatisé le sujet et dans le contexte de l'intégration de ces DM au sein de la liste intra-GHS et la publication d'arrêtés encadrant la pratique.



Collaboration locale, régionale et nationale dans la gestion d'un signal de matériovigilance : cas des instruments robotiques

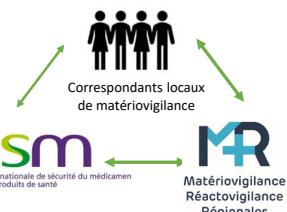
N°126

C. Briau, A. Labbey, F. Gutton, C. Ribas, C. Faure, A. Quiévy-Macchioni

Mots clés : Réseau, surcoût, défaillance
Unité de matériovigilance - CHU de Bordeaux

Introduction

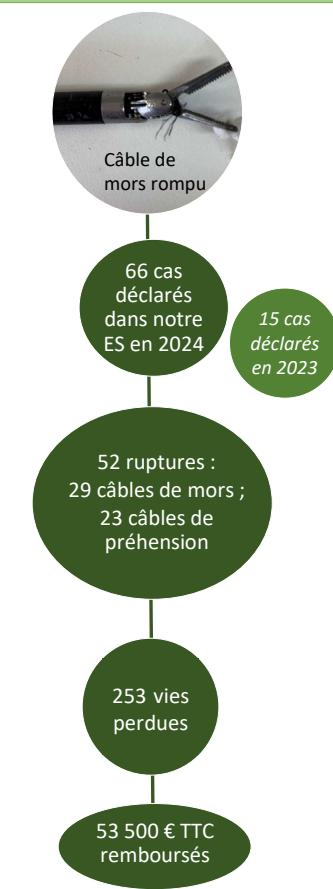
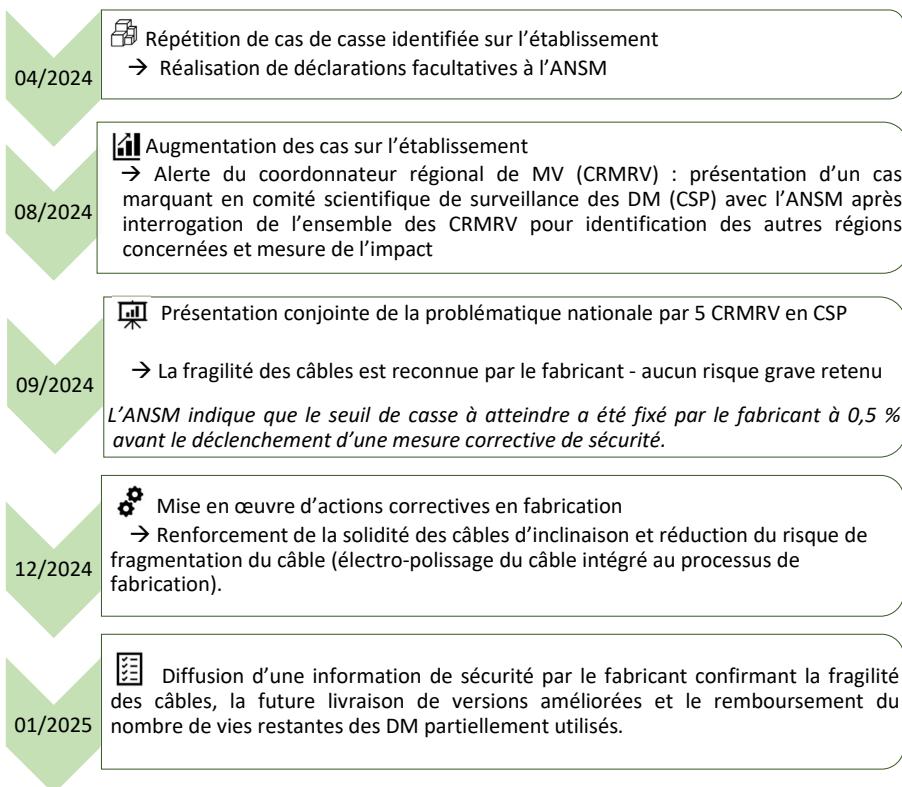
- Les casses d'instruments réutilisables en chirurgie robotique sur notre établissement font l'objet de signalements de matériovigilance (MV) (altération des performances avec risques associés en per-opératoire : hémorragie, allongement d'intervention).
- En 2024, la fréquence des signalements de rupture de câbles augmente notablement et brutalement
- Nous explicitons le rôle des structures locales, régionales de MV et de l'ANSM dans la gestion de la problématique pour faciliter le suivi des défaillances observées.



Matériaux et méthodes

Description des casses signalées, chronologie et contenu des échanges entre les différents acteurs et mesure de l'impact économique.

Résultats



Discussion et conclusion

- Ce dossier montre l'importance des circuits locaux de MV pour la détection d'un signal associé à un impact économique, même si aucun risque grave n'est retrouvé après analyse.
- Les CRMVR assurent le relais entre le correspondant local de matériovigilance et l'ANSM
- Le CSP permet le partage d'informations entre l'ensemble de ces acteurs, qui sont transmises ensuite par l'ANSM aux fabricants.
- Les réponses obtenues ont permis de comprendre la nécessité de temporiser devant la persistance du signal.
- La baisse des cas de rupture est surveillée pour confirmer la mise en œuvre des corrections en fabrication et leur impact.



CONNECTIQUE NRFIT®

BILAN DU DEPLOIEMENT 2 ANS APRES

L. ALLOUT, C. PANUCCIO, K. RAHAT, R. AUDIBERT, M. MESTRE, S. LE TOHIC



128

Mots clefs : Anesthésie, Sécurisation, Retour d'expérience

Hôpital Nîmes Laveran, 34 Boulevard Laveran, 13 384 Marseille cedex 13

E-mail : camille.panuccio@intradef.gouv.fr

Introduction

La connectique NRFIT®, sécurisant l'administration neuraxiale et périneurale, a été déployée en juillet 2023 dans le service d'anesthésie de notre établissement de santé.

Objectif : Réaliser un bilan de cette mise en place

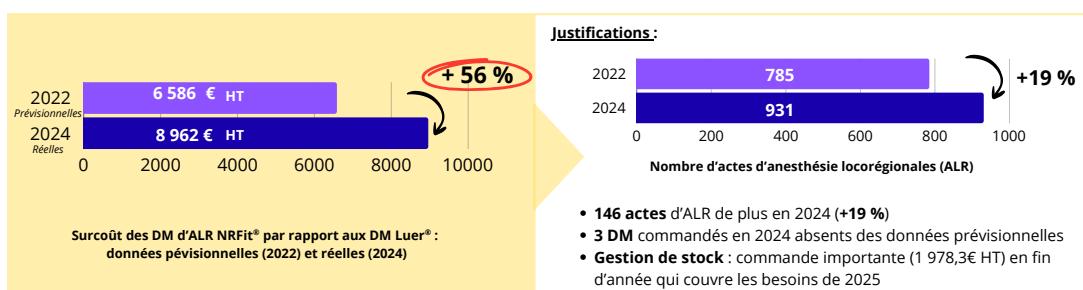
Matériaux et méthodes

Etude rétrospective réalisée en avril 2025

- Extraction via le logiciel Pharma® des consommations de DM NRFIT® entre l'année 2022 (prévisionnelle) et 2024 (réelle)
- Questionnaire de 5 items analysé via Excel® : retour d'expérience des soignants sur le déploiement et l'utilisation du NRFIT®

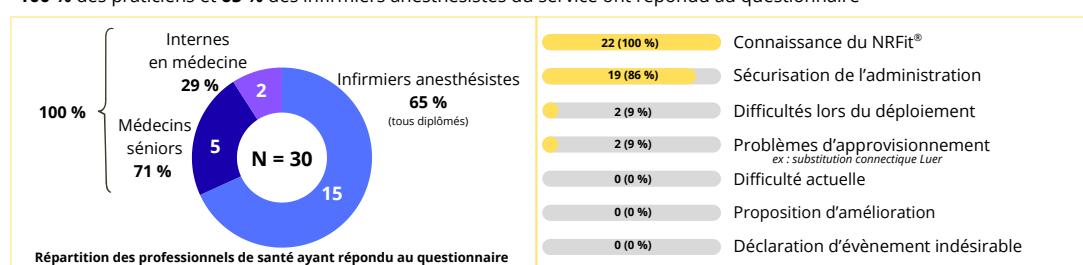
Résultats

11 065 DM consommées par le service d'anesthésie depuis 2023
+ 35 % de références de DM NRFIT® comparées aux Luer®



22 professionnels de santé (73 %) exerçant en anesthésie ont répondu au questionnaire

- Expérience professionnelle moyenne de $9 \pm 8,79$ ans
- 100 % des praticiens et 65 % des infirmiers anesthésistes du service ont répondu au questionnaire



Conclusion

La mise en place de la connectique NRFIT® a engendré un surcoût supérieur à celui estimé, en partie expliqué par une augmentation majeure de l'activité. Les PS sont très satisfaits de la connectique NRFIT®. Ce déploiement multidisciplinaire s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Ce circuit doit être formalisé par la rédaction de documents qualité spécifiques, pour encadrer davantage l'utilisation de ces DM.



Consommables associés aux moteurs chirurgicaux: optimisation du livret thérapeutique

I. KHAOUA, L. CLARETON, V. PEPE, A. BROS, S. WISNIEWSKI, B. GOURIEUX
Service de Pharmacie-Stérilisation – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - sandra.wisniewski@chru-strasbourg.fr

Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG
N°129

Mots clés: Sécurisation, référencement, captif

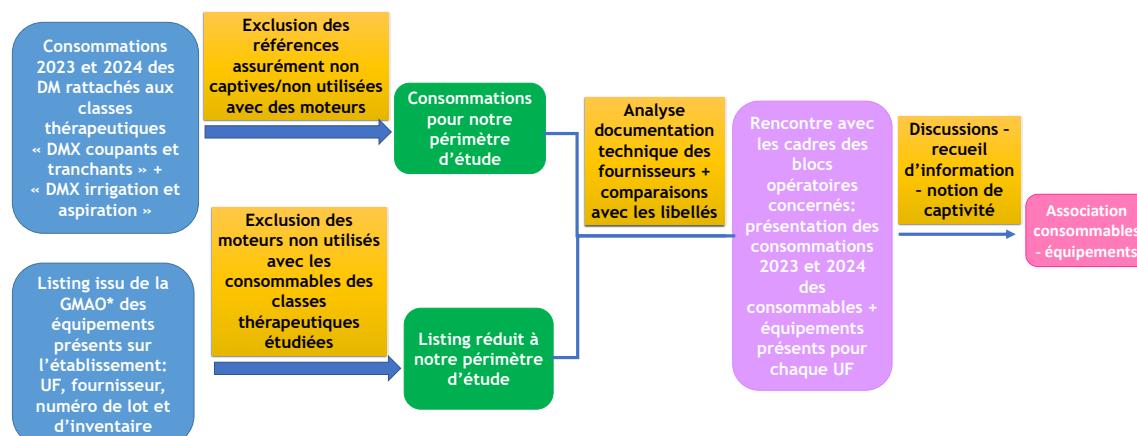
INTRODUCTION

Les moteurs sont aujourd’hui indispensables à la pratique de certaines chirurgies et sont souvent associés à des consommables/dispositifs médicaux (DM) à usage unique stériles, captifs ou non. La grande variété de consommables sur le marché soulève des difficultés lors de leur référencement ou de leur substitution.

OBJECTIF

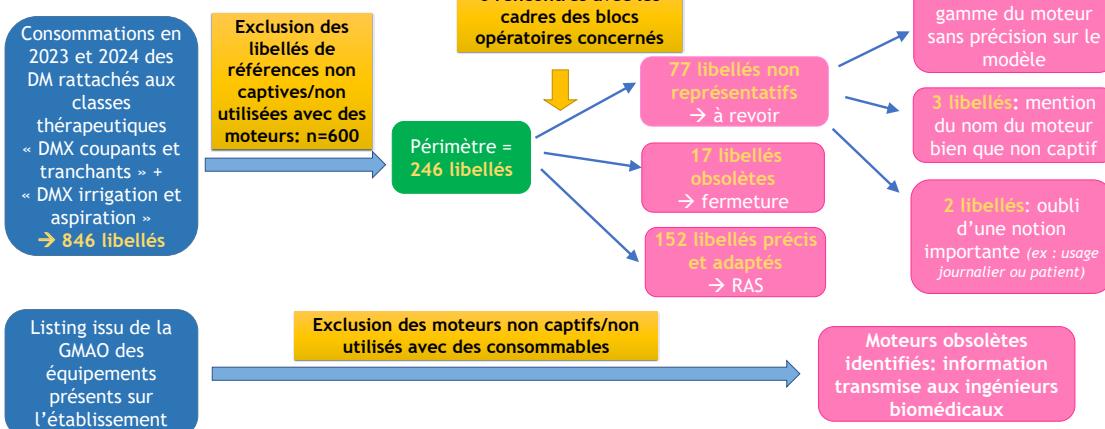
Recenser les DM utilisés afin de confirmer leur caractère captif et d’ajuster les libellés, dans un souci d’optimisation et de sécurisation du livret thérapeutique.

MATERIEL ET METHODE



*GMAO = Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur

RESULTATS



DISCUSSION - CONCLUSION

La plupart des libellés recensés dans le livret thérapeutique se sont révélés construits de manière optimale.

Ce travail n'a pas porté sur la notion de redondance des moteurs, ni sur la rationalisation des références.

Ce travail a toutefois permis:

- des échanges constructifs et appréciés avec les blocs opératoires et les ingénieurs biomédicaux → approche multidisciplinaire
- une harmonisation des libellés
- la suppression des références obsolètes

→ optimisation du livret thérapeutique avec des libellés précis, harmonisés et compréhensibles par tous
→ sécurisation des demandes d'approvisionnement par les blocs et des substitutions proposées par la pharmacie



DISPOSITIFS MÉDICAUX IMPLANTABLES ET CARTE IMPLANT : OÙ EN EST-ON ? 132

J.Ducloué - S. Fontenay - E.Monfort - L. Maury PUI
CHU Angers - Sarah.fontenay@chu-angers.fr
Mots clés : carte implant, traçabilité, DMI



Introduction



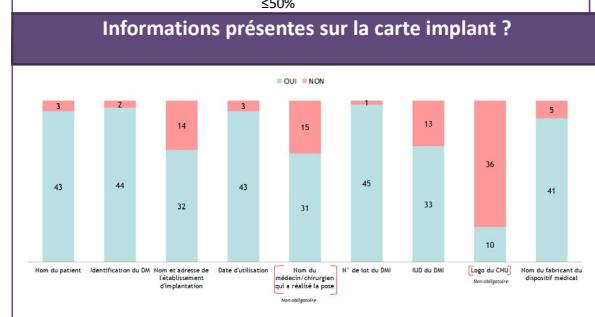
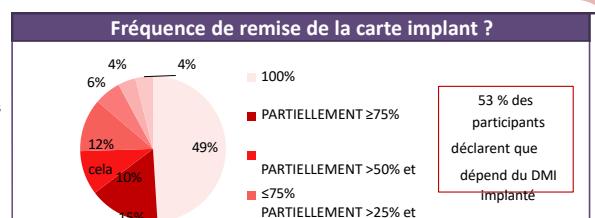
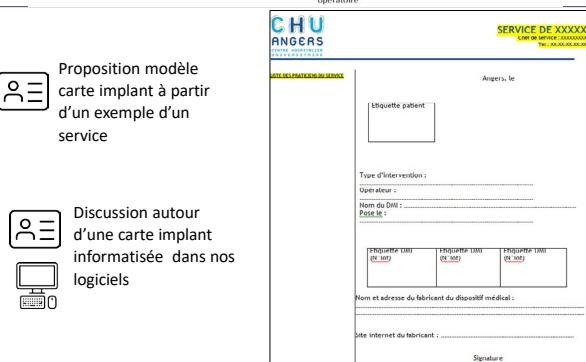
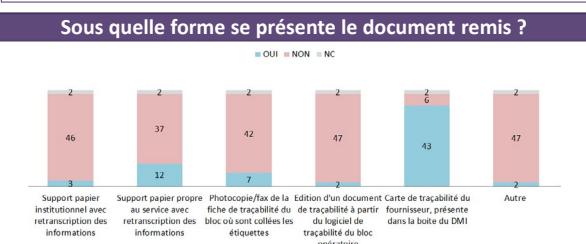
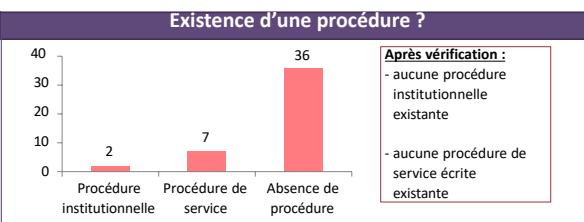
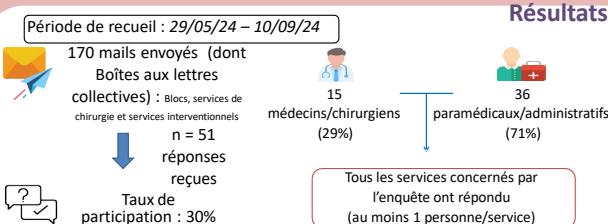
Selon le règlement européen 2017/745 → Obligation de remise d'un support au patient contenant les informations sur le DMI (dispositifs médicaux implantables).

Objectif : Réaliser un audit sur la remise de la carte implant (CI) au patient puis proposer des solutions pour harmoniser et simplifier cette remise.

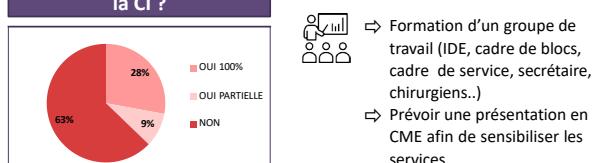
Matériel et Méthode

- **Elaboration du questionnaire :** 8 questions permettant d'obtenir une vision holistique des points critiques lors de la remise de la CI
- **Diffusion du questionnaire aux services concernés** par la pose de DMI
- **Analyse des résultats via Excel**
- **Proposition de solution pour harmoniser les pratiques**

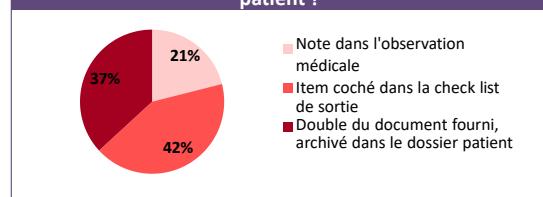
Résultats



Présentation des résultats au COMEDIMS



Sous quelle forme la CI est-elle tracée dans le dossier patient ?



Discussion

- Moins de la moitié des répondants déclarent remettre systématiquement la carte implant.
 - Aucune procédure écrite sur la remise de la carte implant n'existe à ce jour.
- ⇒ Absence d'uniformité des pratiques intra et interservices.
⇒ Non conforme à la réglementation européenne.

Conclusion

- Groupe de travail pluridisciplinaire :**
- rédaction d'une procédure écrite
 - Validation d'une carte implant « générique »

Nécessité de sensibiliser les services

Source





ÉVALUATION ET COMPARAISON DE L'EMPREINTE CARBONE OBTENUE POUR UNE UTILISATION D'UNE PINCE MAGILL, EN USAGE UNIQUE VERSUS USAGE MULTIPLE

S. BUSSE, G. HENNRE-DUTHOY, A. MAGASSA, B. CORET-HOUART
Mots clés : DM, stérilisation, durable
Pharmacie à Usage Intérieur Hôpital Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois
salome.busse@aphp.fr



133



- Remise en question de l'utilisation de DM à usage unique (UU) → Impact écologique
 - Selon l'ANAP, 15 à 21% de l'empreinte carbone (EC) du secteur de la santé en 2023 → liée aux DM
- Objectif :** Comparer l'impact carbone et le coût de l'utilisation de l'UU à ceux de l'UM avec l'exemple d'une pince Magill (PM) sur l'ensemble du cycle de vie du produit

INTRODUCTION & OBJECTIF

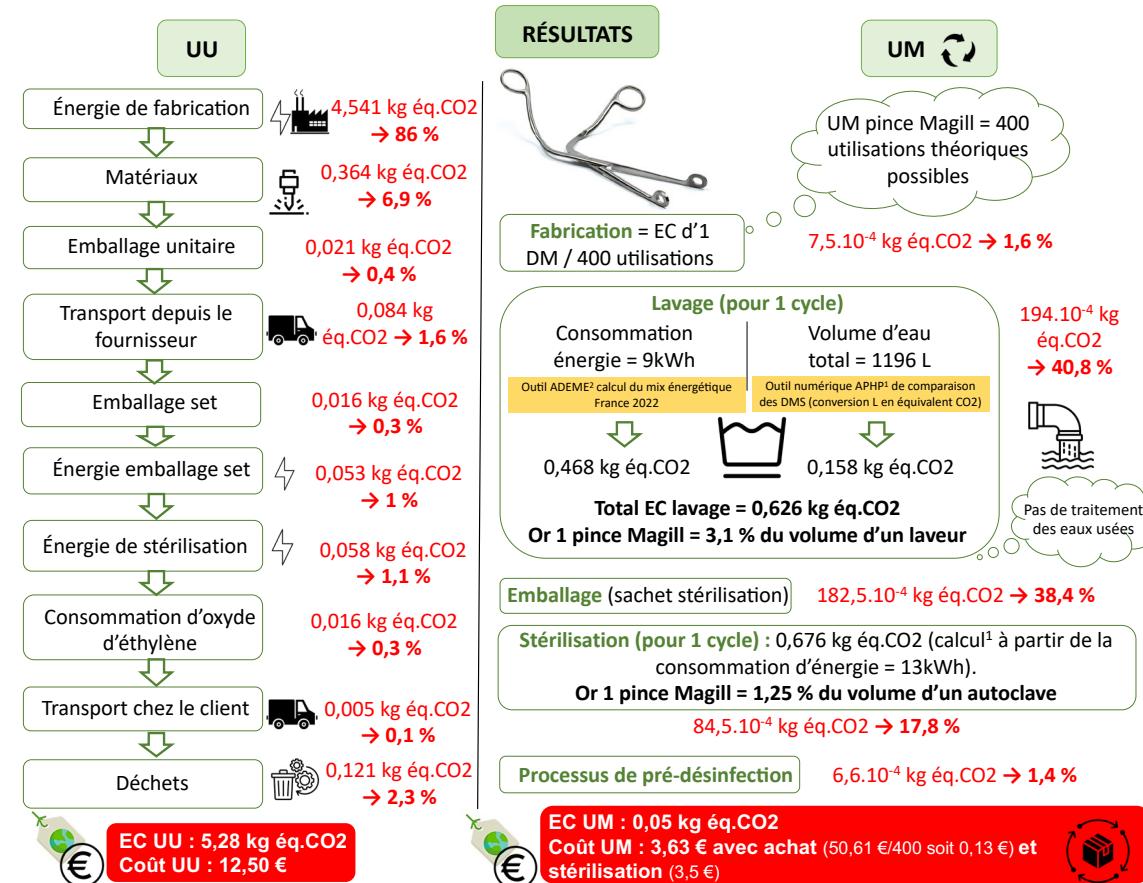
• Remise en question de l'utilisation de DM à usage unique (UU) → Impact écologique

• Selon l'ANAP, 15 à 21% de l'empreinte carbone (EC) du secteur de la santé en 2023 → liée aux DM

Objectif : Comparer l'impact carbone et le coût de l'utilisation de l'UU à ceux de l'UM avec l'exemple d'une pince Magill (PM) sur l'ensemble du cycle de vie du produit

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Outil / base de données	EC de l'Usage Unique (UU)	EC de l'Usage multiple (UM)
Climat Mundi® + Base Carbone® (ADEME)	Bilan Produit® (ADEME²) + données fournisseur 2020	
Périmètre du cycle de vie	Fabrication, matériaux, emballages, stérilisation, transport, déchets	Fabrication, stérilisation (lavage + autoclavage)
Paramètres pris en compte	Poids, décomposition, origine des produits ; gaz consommé ; ratios énergétiques internes au laboratoire ; facteurs d'émission (ADEME²)	Énergie consommée, volumes d'eau, emballages nécessaires à la stérilisation, facteurs d'émission (ADEME²)
Méthode de calcul fabrication	EC globale (1 seul usage)	EC fabrication rapportée au nombre maximal d'utilisations
Méthode de calcul stérilisation	—	EC du cycle de stérilisation calculée à partir des procédures locales, rapportée au volume de la PM
Conversion données en kg équivalent CO2 (kg éq.CO2)	outil de comparaison des DM de l'APHp¹	
Coût par utilisation	Prix fournisseur	Prix fournisseur + coût d'un cycle de stérilisation



DISCUSSION ET CONCLUSION

- L'UM présente une EC 100 fois inférieure à celle de l'UU, avec un impact principalement lié au lavage et aux emballages.
- Le coût par utilisation de l'UM est nettement plus faible (4 fois moins cher pour la PM) malgré les cycles de stérilisation.
- Il n'existe pas de méthode pour comparer l'impact carbone de l'utilisation de DM à UM et à UU mais ces résultats soutiennent la pertinence environnementale et économique de privilégier l'UM, incitant à évaluer l'EC d'autres DM.

➔ L'usage multiple gagne le duel : plus vert, moins cher, tout en restant sûr !

Bibliographie : [1] Bilan carbone d'une unité de stérilisation - J. Lemonnier, D. Talon ; [2] Base Carbone® administrée par l'ADEME (Agence de la transition écologique).

ETUDE COMPARATIVE DU COUT DE L'ARTHROPLASTIE TOTALE DU GENOU ROBOTISEE VERSUS NON ROBOTISEE



A.LAURENT-PUIG⁽¹⁾, L.GAUDEFROY⁽¹⁾, A.PETIT⁽¹⁾
(¹) CHU AMIENS PICARDIE – 1 rond point du Professeur Christian Cabrol – 80054 AMIENS

LAURENT-PUIG Antoine

Mots-clés : Coûts de la santé, assistance robotique, prothèse genou

n°137

INTRODUCTION - OBJECTIFS

L'arthroplastie du genou est un geste maîtrisé mais qui peut fortement varier en fonction des spécificités anatomiques individuelles.

Le robot MAKO® a été installé dans notre ES depuis décembre 2022 pour répondre à plusieurs objectifs : un gain de temps opératoire, un gain de précision dans le geste chirurgical et une meilleure adaptabilité aux variations morphologiques.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les surcoûts engendrés par la chirurgie de l'arthroplastie totale du genou avec assistance robotique par rapport à la chirurgie conventionnelle sans assistance robotique.

MATERIEL & METHODES

① **Réalisation d'un micro-costing prospectif sur trois mois au bloc opératoire :**

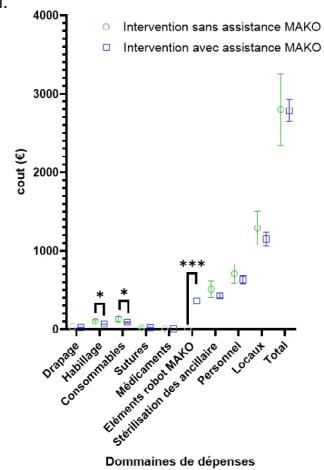
- ✓ Recensement en salle des coûts directs (drapage, habillage, DM non captifs du robot, sutures, médicaments, dispositifs captifs du bras robotique, ancillaires à stériliser) et des coûts indirects (personnel présent, temps d'occupation de la salle).
- ✓ Critères d'inclusion : patients atteints d'arthrose nécessitant une arthroplastie de première intention ayant pour acte CCAM NFKA007 et 008.
- ✓ Critères d'exclusion : reprise ou patients nécessitant la pose d'une charnière fixe ou rotatoire en première intention.

② **Création d'une base de données rétrospective des temps d'occupation de la salle incluant 1478 patients sur deux ans permettant d'affiner les résultats du coût du personnel et des locaux.**

RESULTATS

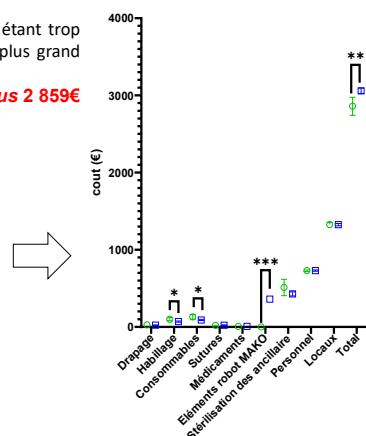
- ① ✓ Le micro-costing menée en salle sur 30 interventions chirurgicales montre que le coût total moyen de la chirurgie avec assistance robotique n'est pas significativement différent par rapport à la chirurgie conventionnelle sans assistance robotique, 2 800€ TTC.
 ✓ Mais, il est noté une forte variabilité en terme de coût d'amortissement de la salle et du personnel.

	Intervention sans assistance MAKO (n=10)		Intervention avec assistance MAKO (n=20)		Diff sn	P Value
	Moyenne	IC95%	Moyenne	IC95%		
Drapage	27,68€	[25,7 - 29,7]	23,59€	[20,8 - 26,3]	NS	0,10
Habilage	101,09€	[80,3 - 121,8]	69,74€	[62,5 - 77,0]	S	0,01
DM non captifs	130,45€	[101,0 - 159,9]	91,21€	[84,3 - 98,1]	S	0,02
Sutures	21,32€	[13,6 - 21,3]	22,06€	[17,1 - 27,0]	NS	0,91
Médicaments	7,69€	[7,69 - 7,69]	7,73€	[7,6 - 7,9]	NS	>0,99
DM captifs	0€	[0 - 0]	360,60€	[360,6 - 360,6]	S	<0,01
Stérilisation des ancillaires	511,71€	[405,4 - 618,1]	428,40€	[402,2 - 454,6]	NS	0,23
Personnel	710,49€	[591,7 - 829,2]	632,94€	[584,0 - 632,9]	NS	0,64
Locaux	1290,34€	[1074,7 - 1506,0]	1149,50€	[1060,5 - 1238,5]	NS	0,64
Total (TTC)	2800,77€	[2346,8 - 3254,8]	2787,59€	[2650,0 - 2925,1]	NS	0,80



- ② ✓ Les intervalles de confiance des coûts d'amortissement de la salle et du personnel étant trop étendus du fait du faible nombre de patients, une étude rétrospective incluant un plus grand nombre de patients a été menée.
 ✓ Un surcoût de 200€ TTC de la chirurgie avec assistance robotique (**3 059€ TTC versus 2 859€ TTC**)

	Intervention sans assistance MAKO (n=294)		Intervention avec assistance MAKO (n=704)		Diff sn	P Value
	Moyenne	IC95%	Moyenne	IC95%		
Personnel (corrigé)	731,28€	[717,95 - 738,20]	730,21€	[721,68 - 738,20]	NS	0,86
Locaux (corrigé)	1328,10€	[1326,9 - 1352,3]	1326,16€	[1310,7 - 1340,7]	NS	0,86
Total (corrigé)	2859,30€	[2742,3 - 2976,2]	3059,70€	[3025,7 - 3093,7]	S	<0,01



CONCLUSION

Cette étude a montré puisqu'il existe un surcoût brut de la chirurgie de l'arthroplastie totale de genou avec assistance robotique, qu'il est nécessaire de pondérer par une évaluation du taux de réhospitalisation avant 40 jours, une comparaison des durées moyennes de séjour, une évaluation des recettes séjours GHS, et par la courbe d'apprentissage des chirurgiens.

Etude de l'intérêt du référencement d'un dispositif de prélèvement sanguin en système clos (VAMP) et de la réduction du volume des tubes de prélèvement sanguin en réanimation

N°138

C. PICOT¹, C. LOEUILLET¹, C. BALCON¹, V. COGULET¹¹Centrale d'Achat du Matériel Stérile et des Pansements, CAMSP, CHU de Brest, Hôpital de la Cavale Blanche

Mots-clés : Epargne sanguine, Coûts

cy.picot@orange.fr



INTRODUCTION

- Chez les patients hospitalisés en réanimation et en soins intensifs, les prélèvements sanguins sont extrêmement fréquents, avec un volume moyen de 40 à 80 mL par jour. Ces prélèvements peuvent participer à la survenue d'une anémie iatrogène, augmentant potentiellement le besoin de transfusion sanguine.
- La Centrale d'Achat du Matériel Stérile et des Pansements (CAMSP) a été sollicitée par les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) pour le référencement d'un dispositif de prélèvement sanguin en système clos et pour la réduction du volume des tubes de prélèvement sanguin, avec un objectif d'épargne sanguine.

MATÉRIELS ET MÉTHODES



RÉSULTATS

- Revue bibliographique :** Recommandations SFAR/SRLF 2019^[1] → Principaux moyens non pharmacologiques de réduction de l'anémie en soins critiques :
 - Pertinence de la prescription des examens biologiques
 - Réduction des volumes prélevés → Utilisation de tubes de plus faible volume → Réduction du volume prélevé de 29 à 74 %
 - Systèmes de restitution du sang après prélèvement sur le cathéter artériel → Utilisation de dispositifs de prélèvement sanguin en système clos → Réduction du volume prélevé de 19 à 80 %
 - Biais méthodologiques mais leur association pourrait avoir un intérêt

- Recherche de fournisseurs :

Système clos de prélèvement	Fournisseurs	DM	
	ICU médical®	Blood Sampling System - Safeset	Non compatible avec le matériel utilisé pour le monitorage hémodynamique des patients en réanimation chirurgicale
	Edwards®	Venous Arterial blood Management Protection System – VAMP	Compatible
Tubes			<ul style="list-style-type: none"> Passage à des tubes de plus faible volume Validation de l'utilisation par les biologistes Avenant au contrat du marché en cours



- Analyse économique :

Étude du surcoût de l'utilisation du VAMP par rapport aux pratiques actuelles ⁽²⁾	PUHT (€)	Mensuel (€)	Annuel (€)
Surcoût VAMP (€)	16	400	4800
Canule de prélèvement sans aiguille (réf VMP 400) (€)	1,36		
Surcoût VAMP + canules* (€)		876	10512

*on considère une moyenne de 2 canules par jour

(2)Pratiques actuelles : Les patients de réanimation ont un cathéter artériel relié à un set de pression artérielle (PA) qui permet la surveillance de la PA en continu et la réalisation de prélèvements sanguins fréquents. Le set de PA est changé tous les 7 jours.

- Analys technique : Calcul de l'épargne sanguine théorique

Tubes	Volume tubes standards (mL)	Volume petits tubes (mL)	Déférence de volume (mL)
EDTA k2 (NFS)	4	2	2
Héparine de lithium avec gel (Biochimie)	5	2,5	2,5
Citrate (Hémostase)	2,7	1,8	0,9
Total (mL)	11,7	6,3	5,4

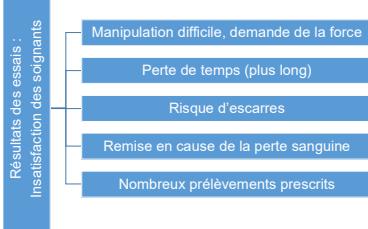
Canule de prélèvement sans aiguille, usage unique, Edwards

- Pour chaque prélèvement un tube neutre (4 mL) est utilisé pour purger le sang dilué par le sérum physiologique présent dans la tubulure du set de PA
- Avec le système VAMP, le volume de purge est stocké dans le réservoir et réinjecté au patient → épargne sanguine = 4 mL par prélèvement
- Si un tube EDTA, héparine et citrate prélevé par jour → épargne sanguine grâce au VAMP + tubes → 9,4 mL par patient par jour
- Un patient hémodialysé est prélevé 3 à 4 fois par jour en réanimation chirurgicale → épargne sanguine de 25 à 29 mL par patient par jour

- Essai des tubes dans le service

- Le volume de sang prélevé est théoriquement divisé par 2
- Les infirmières nous informent qu'elles ne remplissaient pas forcément un tube standard en entier
- Hétérogénéité des pratiques

- Essai du DM VAMP dans le service



DISCUSSION/CONCLUSION

- Le dispositif VAMP peut être intéressant pour économiser le volume de purge du set de PA chez des patients prélevés plusieurs fois par jour, comme les patients dialysés par exemple. Néanmoins, après discussion avec les soignants et analyse des bénéfices en terme d'épargne sanguine, il a été décidé de ne pas référencer le dispositif VAMP pour le moment. Les tubes de volume réduits sont toujours en essai.
- Les discussions à la suite des essais dans le service ont entraîné la constitution d'un groupe de travail composé des IDE, des MAR du service de réanimation chirurgicale et de la pharmacie, avec pour objectifs :
 - Uniformiser les pratiques de prélèvement qui sont actuellement hétérogènes
 - Effectuer un travail sur la pertinence du nombre de prélèvements prescrits dans le service
 - Retrailler la pertinence du référencement du dispositif VAMP dans certaines indications

[1] SFAR/SRLF – Recommandations Formalisées d'Experts - Gestion et prévention de l'anémie (hors hémorragie aigüe) chez le patient adulte de soins critiques 2019, R1.1, p.9

Etude de micro-estimation de coûts au CHU de Bordeaux : Comparaison de la vidéo-thoracoscopie vs chirurgie robot thoracique

LG.Henaff (1) ; A. Fresselinat (1) ; C. Perron-Fontanou ; A. Rodriguez (2) ; M. Thumerel (2)

(1) Pharmacie des dispositifs médicaux stériles, CHU de Bordeaux – Hôpital Haut-Lévêque

(2) Bloc de chirurgie thoracique, CHU de Bordeaux – Hôpital Haut-Lévêque

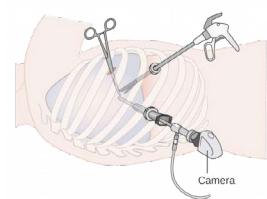
N°139

Mots clés : coûts totaux, recettes, pneumologie, durée moyenne de séjour

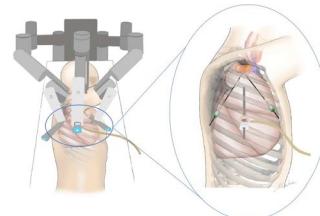
INTRODUCTION

La lobectomie pulmonaire par approche mini-invasive est un traitement chirurgical de choix dans le cancer pulmonaire non à petite cellule (CBNPC). Le CHU de Bordeaux pratique 2 techniques mini-invasives :

- Thoracoscopie vidéo-assistée (VATS) : les instruments sont manipulés directement par le chirurgien par 4 incisions intercostales



- Thoracoscopie robot-assistée (RATS) : le chirurgien manipule les bras robotiques et contrôle la caméra



OBJECTIFS

- 1) Mettre en avant l'activité de RATS
- 2) Comparer les coûts des techniques RATS vs VATS : mise en place d'une étude de micro-estimation des coûts
- 3) Déduire des leviers d'amélioration sur l'activité de RATS

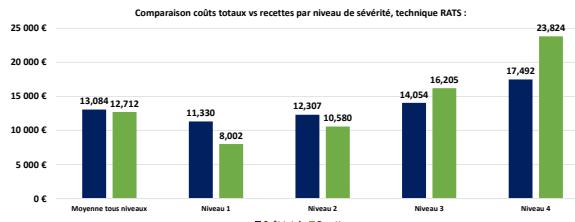
MATERIEL ET METHODES

Analyse de 125 séjours patients pour le robot et 48 pour la thoracoscopie sur l'année 2023 :

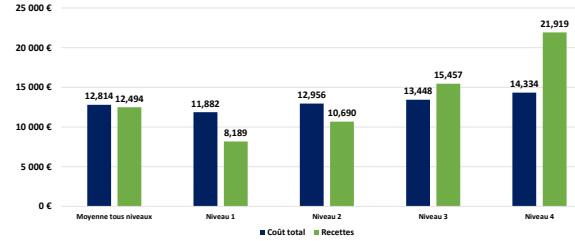
- Recueil des Comptes Rendus d'Opérations (CROP) des RATS et VATS
- Analyse des coûts directs et indirects sur l'ensemble des séjours patients
- Recueil de la valorisation des séjours et leurs niveaux de sévérité

RESULTATS

- Comparaison Coûts Totaux vs Recettes par niveau de sévérité pour chaque technique :



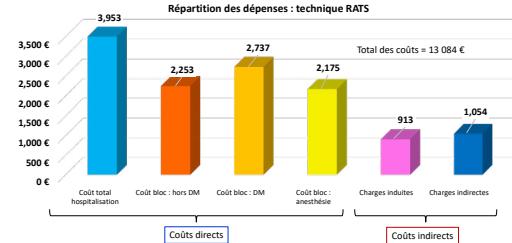
Comparaison coûts totaux vs recettes par niveau de sévérité, technique RATS :



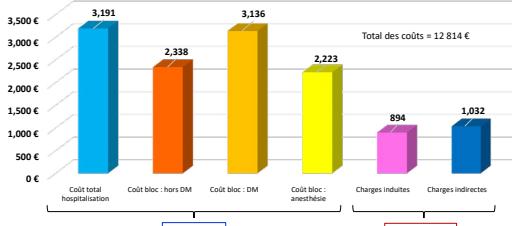
RATS et VATS sont toutes deux déficitaires pour les niveaux de sévérité 1 et 2 et non déficitaires pour les niveaux de sévérité 3 et 4.

Les moyennes tous niveaux confondus des coûts et recettes sont équivalentes entre RATS et VATS.

- Répartition des coûts par technique pour tous niveaux de sévérité :



Répartition des dépenses : technique RATS



Les coûts indirects et les coûts de bloc hors DM et d'anesthésie sont équivalents entre RATS et VATS.

Les coûts totaux d'hospitalisation de la RATS sont supérieurs à la VATS.

La RATS est moins coûteuse en DM que la VATS.

CONCLUSION/DISCUSSION

- 1) La RATS n'est pas déficitaire par rapport à la VATS : les coûts totaux et recettes sont similaires pour des niveaux de sévérité équivalents et la balance financière finale de chaque technique est la même pour chaque niveau de sévérité : négative pour les niveaux de sévérité 1 et 2 et positive pour les niveaux 3 et 4.
- 2) Pour des coûts totaux équivalents, la répartition des coûts diffère: la RATS est significativement moins chère sur le DM mais avec des coûts totaux d'hospitalisation très supérieurs en moyenne à la VATS.
- 3) Pour les deux techniques, le CHU de Bordeaux présente une durée moyenne de séjour supérieure d'un jour à la moyenne nationale, ce qui représente une piste d'amélioration tant en termes de finances que de bénéfice clinique.

Evaluation de l'efficacité et de l'impact économique de la cryoablation intercostale lors de thoracotomies

E. PAPPAFAVA¹, C. JOLLY¹, C. JACOB¹, J. SEITLINGER², F. STASIAK²

1. Pharmacie – Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, France
2. Chirurgie thoracique – Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, France

Mots-clés : Microcosting, Chirurgie thoracique, Cryoanalgesie

e.pappafava@chru-nancy.fr

Poster n° 140

Introduction et Objectif

- La sonde de cryoablation CryoSPHERE – AtriCure est indiquée pour le blocage temporaire de la douleur par cryoablation des nerfs intercostaux
- Objectifs :
 - Évaluer l'efficacité de la cryoablation des nerfs intercostaux
 - Mesurer l'impact économique de cette technique

Matériels et méthodes

Critères d'inclusion :

- Patients adultes
- Résection pulmonaire majeure par thoracotomie (exclusion des pneumonectomies)

09 janvier 2024 au
07 janvier 2025

- Etude rétrospective unicentrique
- Comparaison :
 - Groupe CRYO : patients opérés avec cryoablation
 - Groupe Témoin: patients opérés sans cryoablation
- Evaluation de l'efficacité : durée de séjour et douleur post-opératoire
- Analyse économique par microcosting

Résultats

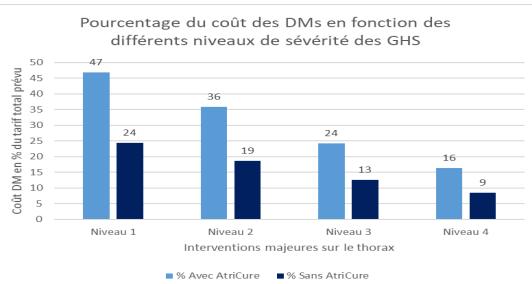
Données cliniques

Inclusion : 29 patients groupe CRYO et 54 patients groupe Témoin

- Durée de séjour en soins continus :
 - Groupe CRYO : $2,14 \pm 1,33$ jours
 - Groupe Témoin : $3,39 \pm 1,58$ jours ($p=0,001$)
- Durée d'hospitalisation totale :
 - Groupe CRYO : $5,21 \pm 3,37$
 - Groupe Témoin : $5,59 \pm 1,80$ jours ($p=0,57$)
- Il n'y a pas de différence significative concernant l'évaluation de la douleur dans les deux groupes

Coûts – Dispositifs médicaux

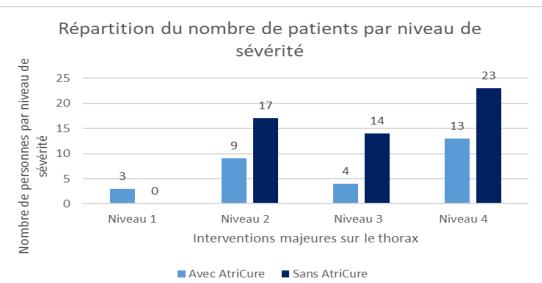
- Coût total en dispositifs médicaux par procédure :
 - Groupe CRYO : 3748 € HT
 - Groupe Témoin : 1947 € HT



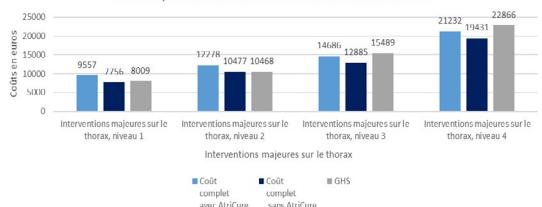
Données économiques

Identification du GHS

- Groupe Homogène de Séjour concerné: Interventions majeures sur le thorax niveau 1 à 4 (04C021, 04C022, 04C023, 04C024)



Comparaison du GHS aux coûts complets hors structure, avec et sans AtriCure, en fonction des différents niveaux de sévérité



Discussion - Conclusion

- La cryoablation a permis une réduction significative de la durée de séjour en soins continus
- Un impact significatif sur la durée d'hospitalisation totale et sur la douleur n'a pas été démontré : une étude incluant plus de patients serait nécessaire
- L'utilisation de CryoSPHERE a un impact financier moindre pour des niveaux de sévérité 3 et 4



Evaluation de la conformité des marquages CE de DM dans le cadre d'appel d'offres pendant la phase transitoire

Faye F. (1), Cesbron C. (1), Rivière O. (2), Istin S. (2), Castel-Molières M. (2)

(1) Pharmacie, CHU de Toulouse, Toulouse

(2) Direction des achats, CHU de Toulouse, Toulouse

Mots clés : certificat, réglementation, achats

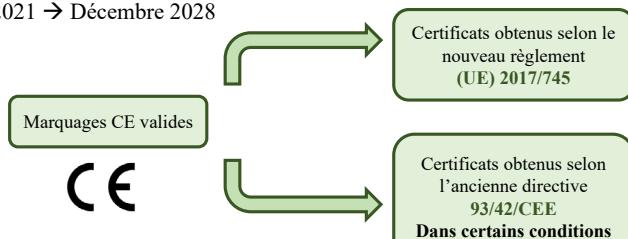
Contact : faye.f@chu-toulouse.fr



Poster n°141

Introduction

- Marquage CE = indispensable à la commercialisation d'un DM au sein de l'UE
- **Phase transitoire** = cohabitation entre nouveau règlement (UE) 2017/745 et ancienne directive 93/42/CEE
- Durée : Mai 2021 → Décembre 2028



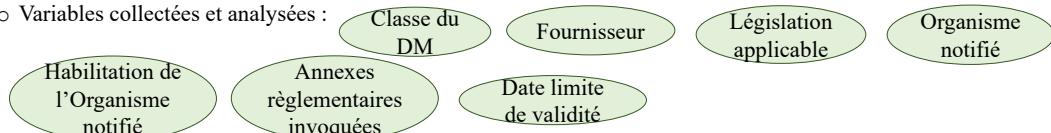
- En 2024, dans le cadre d'un appel d'offres (AO) local de DM, les opérateurs économiques soumettant une offre devaient fournir les éléments justifiant la conformité des DM à la législation en vigueur

Objectifs

- Evaluer de la conformité des marquages CE soumis par les opérateurs économiques dans cet appel d'offres
- Analyser la répartition des certificats entre l'ancienne directive et le nouveau règlement

Matériels et Méthodes

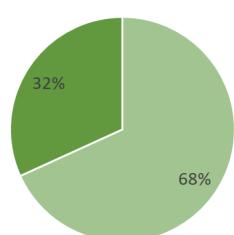
- Etude sur l'ensemble de offres soumises dans le cadre de l'AO + Analyse réalisée sur tableur informatique
- Variables collectées et analysées :



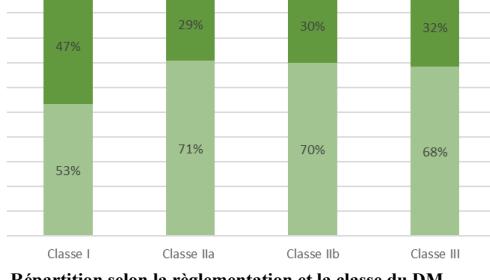
Documents conformes = justification de la validité de mise sur le marché selon la classe du DM et la législation applicable au moment de l'analyse

Résultats

- 309 offres reçues et analysées : **302 conformes (98%)** et 7 écartées car absence de documents permettant de vérifier la conformité réglementaire



Répartition selon la réglementation



Répartition selon la réglementation et la classe du DM

Discussion / Conclusion

- La quasi-totalité des offres étaient conformes à la réglementation en vigueur
- Prédominance de certificats obtenus selon l'ancienne directive (surtout les DM de classe II)
- Le nouveau règlement reste un défi d'importance pour les opérateurs économiques pendant cette phase transitoire



ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE DE CUSTOM PACKS INTÉGRANT LE SYSTÈME NRFIT À 3 MOIS



C. CLAIN, L. GAUDEFROY, B. AHMED OMAR, A. PETIT
PHARMACIE, CHU AMIENS PICARDIE

clain.clemence@hotmail.fr

n° 142

MOTS CLÉS : CONNECTIQUE, SÉCURISATION, DÉVELOPPEMENT DURABLE

INTRODUCTION - OBJECTIFS

Dans une démarche de sécurisation des pratiques et de bon usage durable des dispositifs neuraxiaux, la connectique sécurisée NRFIT a été déployée dans notre établissement de santé en novembre 2024 au sein des blocs opératoires (BO) et dans les services de réanimations. Elle a été accompagnée pour les BO de la création de Custom Packs (CP) pour 3 types de procédures : l'anesthésie loco-régionale (ALR), la rachianesthésie et la pérıdırurale.

Les objectifs de ce travail étaient **d'évaluer la satisfaction des utilisateurs** des BO 3 mois après la mise en place des CP NRFIT et de **mesurer l'impact environnemental et économique** de ces CP.

MATERIEL ET METHODES

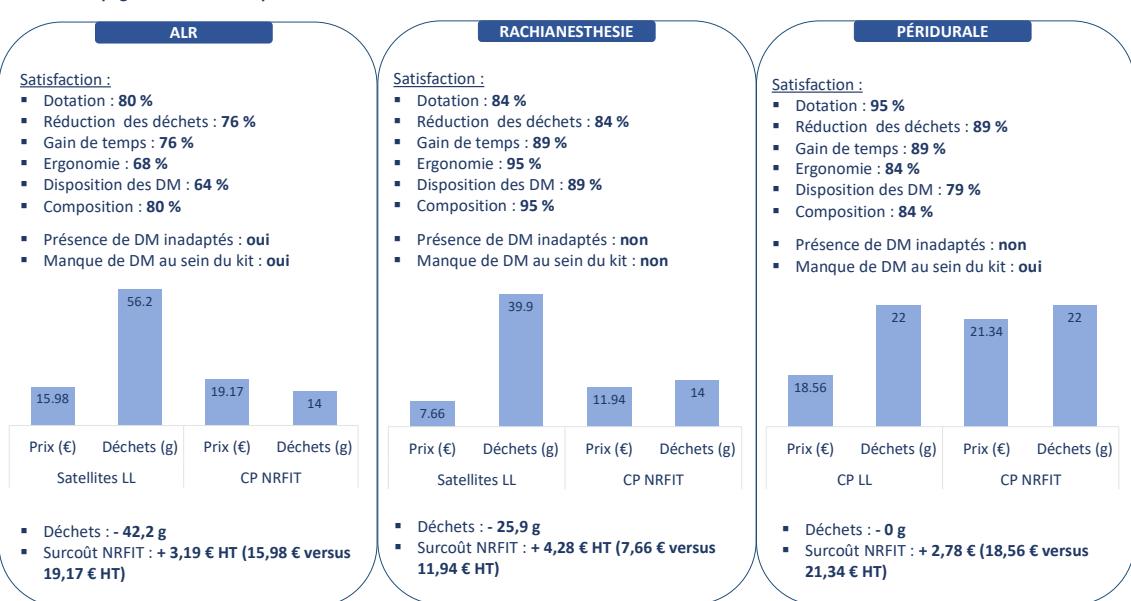
Ce travail a été mené par le préparateur en pharmacie des blocs opératoires, en lien avec le pharmacien. Il a fait l'objet de son mémoire pour l'école des préparateurs en pharmacie hospitalière :

- ✓ Un questionnaire de satisfaction a été rédigé, validé par des référents anesthésistes et IADE et diffusé par la direction de la qualité par voie dématérialisée (Sphynx) pendant 15 jours. Quatre thématiques ont été évaluées : la connectique NRFIT, la mise en place des CP, l'accompagnement lors du déploiement et la composition des CP.
- ✓ L'impact environnemental a été évalué par la pesée des déchets générés par les emballages des DM en usage satellite et des CP.
- ✓ L'impact économique a été évalué par :
 - Le calcul du coût des DM par procédure, en comparant la somme des prix de chaque DM non NRFIT en usage satellite précédemment utilisé avec le prix des CP NRFIT.
 - La somme des commandes engagées pour la mise en place de tous les DM NRFIT.
 - L'inventaire des DM non NRFIT non utilisés et restants en stock.

RESULTATS

63 réponses recueillies auprès de 31 répondants : 15 IADE - 11 médecins anesthésistes - 5 internes en anesthésie

- Connectique NRFIT : 84 % de satisfaction
- Mise en place des CP : 82% de satisfaction
- Accompagnement lors du déploiement : 72% de satisfaction



CONCLUSION - DISCUSSION

Ce travail a permis de montrer que :

- ✓ La démarche de mise en place du système NRFIT est bien appréciée par les utilisateurs.
- ✓ Les CP permettent une réduction des déchets mais engendrent un surcoût en raison du coût plus élevé des dispositifs NRFIT et du passage en CP.
- ✓ La composition théorique initiale définie avec les utilisateurs des CP ALR et périndrurale n'est pas adaptée aux conditions réelles des pratiques. Une révision de cette composition est prévue, en lien avec les utilisateurs et les fournisseurs.
- ✓ Le stock restant des DM non NRFIT nécessite un échange avec les fournisseurs afin de trouver un accord permettant d'éviter le gaspillage, en application de la clause prévue dans la procédure d'appel d'offres.



EVALUATION DU CIRCUIT DE LA TRACABILITE DES DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES

V.Hay (1) ; N.Benschimaon (1) ; T.Lambelin (1) ; A-F Germe (1) ; P.Odou (1)

Mots clés: audit / qualité / gestion(1) CHU Lille, Institut de pharmacie, 59000 Lille, France - *Contact:* h.valentin59551@gmail.com

N°143

INTRODUCTION - OBJECTIFS

L'arrêté du **8 septembre 2021** relatif au management de la qualité du circuit des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) impose une **mise en qualité** à toutes les étapes du circuit.

Le déploiement d'une interface de recommande automatique à partir des données de traçabilité est l'occasion de mettre en place une **organisation sécurisée** répondant aux objectifs des groupes de travaux institutionnels animés par 2 Responsables du Système de Management de la Qualité de notre établissement.

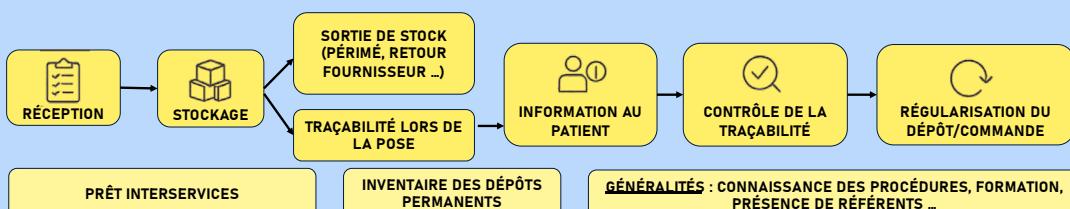
L'objectif est d'évaluer le circuit de la traçabilité des DMI sur l'ensemble des modes de gestion de notre établissement.

MATERIEL & METHODES

Un **audit interne** du circuit de la traçabilité dans les plateaux techniques interventionnels et opératoires (PTIO) a été réalisé auprès de paramédicaux.

La grille est composée de **29 items** issus de l'outil *Inter diag DMS/DMI* de l'ANAP et de **38 items** spécifiques de nos modalités de gestion.

Les items ont été répartis en **10 catégories**:

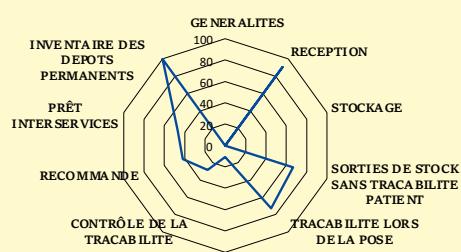


Les items non renseignés ou jugés non applicables ont été exclus.

RESULTATS

Au total, 5 PTIO de **cardiologie** et 1 PTIO en **ophtalmologie** ont été évalués.

Repartition moyenne du taux de conformité (TC)



On observe un **taux moyen de conformité de 46 %** (*minimum 30% pour le PTI d'hémodynamique pédiatrique, maximum 61,5% pour le PTI hémodynamique adulte*).

Le contrôle des DMI à la réception, la réalisation de l'inventaire annuel des dépôts permanents ainsi que la traçabilité lors de la pose sont généralement **conformes** (TC respectif réception 90,5%, inventaire des dépôts 100% et TC à la pose 72,2%).

Cependant, les items généraux ne sont **jamais conformes** (TC 0%) : connaissance des procédures, désignation et formation de binômes référents du circuit de la traçabilité.

Le contrôle de la traçabilité ainsi que l'information patient sont également **mal réalisés** (TC respectifs de 28 et 11%).

Les items concernant le stockage n'ont pas été suffisamment approfondis pour analyse.

La gestion des prêts interservices et l'inventaire des dépôts permanents sont correctement réalisés pour 3 PTIO évalués (TC respectif entre 67% et 100%).

CONCLUSION

- Suite à des **formations spécifiques** et à la **désignation de binômes référents** (Cadre de santé + Secrétaire médicale/préparateur en pharmacie/aide-soignant hospitalier), nous avons mis en place l'interface de recommande automatique dans **3 des 6 PTIO**.
- Des **améliorations** sur le circuit et sur la manière de contrôler la traçabilité (mise en place de feuilles de traçabilité lors de la pose) sont en cours pour les **3 PTIO restants**.
- Deux groupes de travail **institutionnels**, intégrant pharmaciens, infirmiers et cadres de santé ont été formés afin de traiter les problématiques de stockage et d'**information au patient**.
- Un deuxième **audit post-formation** permettrait d'évaluer l'**impact sur la sécurisation du circuit**.



ÉVALUATION ÉCONOMIQUE DES FIBRES POUR LASER THULIUM : USAGE UNIQUE VERSUS USAGE MULTIPLE



A. MOINET ; A. NIERENBERGER ; L. DIETRICH ; A. FEGER-FALK

Service pharmacie, Clinique Rhéna, Strasbourg

Coût ; Urologie ; Consommable

Contexte

Utilisation du **laser Thulium** en chirurgie urologique

→ Consommation de fibres laser UU ou UM

- **UU** : avantage **organisationnel** & risque réduit de **contamination**
- **UM** : avantage **écologique** et, en théorie, **économique**

Coût d'une fibre en UM amorti à partir de sa **4^{ème} utilisation**



Objectif

Évaluer en vie réelle le critère économique des fibres laser à UM

Matériels & Méthodes

Période : Septembre 2024 – Janvier 2025

1 fibre en UM ↔ 10 utilisations théoriques

Calcul des **Utilisations réelles** par fibre = $\frac{\text{Utilisations théoriques dispensées}}{\text{Utilisations consommées} + \text{Utilisations stockées au bloc}}$

Utilisations consommées
+
Utilisations stockées au bloc

Comparaison du **coût moyen** par utilisation de l'UM, en ajoutant le coût moyen théorique des passages en stérilisation, à celui de l'UU

Résultats

Fibres de 270nm	Fibres de 400nm	Fibres de 550nm
<ul style="list-style-type: none"> • 7,9 utilisations par fibre • 141 utilisations totales • 118 passages en stérilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • 7,8 utilisations par fibre • 55 utilisations totales • 52 passages en stérilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • 8,5 utilisations par fibre • 154 utilisations totales • 145 passages en stérilisation

En termes financiers:

- Fibres de 270nm → coût de l'UU = **111%** du coût de l'UM
- Fibres de 400nm → coût de l'UU = **108%** du coût de l'UM
- Fibres de 550nm → coût de l'UU = **141%** du coût de l'UM



Conclusion

L'utilisation des **fibres à UM** permet un gain économique de **57% versus l'UU**.

Ces résultats nous confortent dans l'utilisation des fibres à UM.



MR
Matérovigilance
Réactovigilance
Régionales

EXPOSITION AUX METAUX DES PATIENTS PORTEURS D'IMPLANTS : ENQUETE SUR L'ACCES A L'INFORMATION DES CHIRURGIENS ORTHOPEDISTES

145

A.BOURDAREAU-CHAMBIARD¹ ; D. ROMON² ; C. RIBAS³ ; E. WIELICZKO-DUPARC⁴ ; L. DERAIN⁵ ; J. JEAN-JACQUES⁶

Coordonnateur Régional de Matérovigilance et Réactovigilance (CRMVR) : ¹Région Centre-Val de Loire - CHU de Tours (Tours - 37000) – a.bourdareau-chambriard@chu-tours.fr
²Région Hauts-de-France – CHU de Lille (Lille - 59000) ³Région Nouvelle-Aquitaine, Antilles, Guyane – CHU de Bordeaux (Bordeaux - 33000) ⁴Région Ile-de-France, AP-HP (Siège AP-HP Paris - 75012) ⁵Région Auvergne-Rhône-Alpes, Hôpitaux Civils de Lyon (Lyon - 69002)
⁶Evaluateur matérovigilance – ANSM (Saint-Denis - 93285)

Mots clés : risque ; dispositif implantable ; métallose



CONTEXTE

- Incertitude sur les risques liés à l'exposition à long terme à des DM contenant des métaux (dont les risques systémiques),
- Cas rares de métalloses (ou de tribocorrosions) avec conséquences systémiques graves et retard de prise en charge signalés en orthopédie,
- Renforcement de la sécurité des patients avec l'entrée en vigueur du règlement (UE) 2017/745.

OBJECTIFS

Dresser un état des lieux auprès des chirurgiens orthopédistes :

- Niveau d'information sur les risques associés aux DM métalliques,
- Niveau de satisfaction des chirurgiens sur la documentation,
- Echanges avec le patient.

MÉTHODE

- Collaboration entre 5 CRMVR et l'ANSM
- Enquête déclarative :
 - adressée aux chirurgiens par les correspondants locaux de MV,
 - diffusée entre mars et mai 2023,
 - comportait 32 items :
 - profil du chirurgien, réglementation, documentation disponible avant la pose, composition des implants, accès à l'information avant/après la pose.



RÉSULTATS



172 réponses

- 78 % des chirurgiens ont déjà été confrontés à une métallose, dans 82 % des cas associée à la pose de prothèse totale de hanche.
- 53 % des chirurgiens ont déjà été confrontés à des cas d'allergie aux métaux, dans 75 % des cas associée aux prothèses totales de genou.

DOCUMENTATION À DISPOSITION DES CHIRURGIENS AVANT LA POSE

- Les documents les plus transmis par les fabricants : notice, technique op. et fiche technique à 94 % ; documentation commerciale à 56 %.
- 70 % des chirurgiens ont un fort intérêt pour la technique opératoire, 41 % pour la notice d'utilisation, 27 % pour la carte d'implant, 25 % pour la notice patient et 27 % pour le RCSPC*.
- 52 % des répondants remettent une fiche d'information en provenance de leur société savante et non les documents fournis par le fabricant, jugés non pertinents.

ECHANGES AVEC LE PATIENT APRÈS LA POSE

- Un document sur le suivi médical à effectuer est remis au patient dans 51 % des cas.
 - Un document de traçabilité de l'implant est remis au patient après l'implantation dans 72 % des cas.
- | Qui remet les documents de suivi / traçabilité au patient ? | |
|---|------|
| L'équipe infirmière | 43 % |
| Autres | 33 % |
| Orthopédiste | 29 % |
- Qui remet les documents de suivi / traçabilité au patient ?
- La lettre de liaison pour le médecin traitant en sortie d'hospitalisation aborde-t-elle la traçabilité de l'implant et les modalités de suivi ?
-

RISQUES LIÉS AUX IMPLANTS MÉTALLIQUES

- Les risques présentés aux patient portent sur :
- Les dysfonctionnements possibles (96 %),
 - Les pratiques à risques ou précautions en vie quotidienne (60 %),
 - L'incompatibilité électromagnétique avec certains examens médicaux (40 %),
 - L'allergie (34 %),
 - Le relargage des métaux (24 %).

RÉGLEMENTATION

- 70 % des chirurgiens sont informés par les sociétés savantes sur l'évolution de la réglementation des implants métalliques contre 58 % par les fabricants.
- 2 réglementations régissent l'utilisation du métal pour les implants :
- Règlement délégué (UE) 2020/217 (REACH)
 - Règlement DM (UE) 2017/745 (RDM)
- ➔ Cobalt : substance CMR (carcinogène cat.1B, Mutagène cat.2, Reprotoxique cat.1B)

COMPOSITION DES DM

- 46 % des chirurgiens indiquent ne pas avoir l'information de la part du fabricant.
- 45 % des chirurgiens donnent la composition aux patients en cas de demande.
- 24 % disent ne pas transmettre la composition aux patients.

- 87 % des chirurgiens ne prescrivent pas de dosage de métaux en raison d'absence de remboursement et de difficultés d'interprétation.
- Parmi les 13 % prescrivant un dosage :
 - 82 % le font après implantation en cas de suspicion de relargage de métal,
 - 50 % en cas de symptômes inexpliqués.

- Parmi ceux qui ont reçu une information réglementaire du fabricant, 27 % sont informés sur la classification du cobalt.
- 8 % des chirurgiens informent leurs patients sur la présence de cobalt.
- Il existe peu d'implants identifiés par les chirurgiens avec un étiquetage CMR/cobalt.

27 % des chirurgiens indiquent faire appel aux CAPTV* en cas de difficulté.

*CAPTV : Centre AntiPoison et de Toxicovigilance

DISCUSSION - CONCLUSION

- Les réponses des chirurgiens couvrent toutes les tranches d'âges, les secteurs publics et privés et les domaines d'interventions pédiatriques et adultes.
- Les chirurgiens montrent un intérêt pour l'information liée aux implants métalliques, dont la pertinence et l'accèsibilité sont jugées perfectibles.

Perspectives

- Améliorer l'accèsibilité des chirurgiens à une information ciblée, pour un échange facilité avec le patient, avant et après la pose de son implant,
- Impliquer l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins des patients,
- Impliquer les fabricants afin qu'une information plus détaillée soit disponible concernant le risque lié aux DM métalliques.





HYSTÉROSCOPES À USAGE UNIQUE : UNE ALTERNATIVE AU RESTÉRILISABLE POUR UNE UTILISATION HORS BLOC OPÉRATOIRE ?

146
REVUE PHARMACEUTIQUE DES DISPOSITIFS MÉDICAUXM. CHAUVET FRATISCHI¹, N. TOURNIER¹, Dr. J-L. EL KAIM¹, Dr. L. PECCOZ¹1 : Centrale d'Approvisionnement en Matériel Stérile et Pansement, Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne sur Mer (CHITS),
487 avenue André Blondel 83056 TOULONMots-clés : Gynécologie, Dispositif Médical, UM
mathildechauvetcatala@gmail.com

INTRODUCTION

Dans le service de bloc obstétrique d'un centre hospitalier, les hystérosopes réutilisables (HR) sont utilisés pour diverses indications gynécologiques. Toutefois, en raison de contraintes d'infrastructure, leur usage est exclusivement réservé au bloc opératoire, mobilisant les salles et limitant leur disponibilité pour d'autres interventions (ITV). L'introduction d'hystérosopes à usage unique (HUU), pouvant être employés en dehors du bloc, permettrait d'optimiser l'utilisation des salles opératoires pour des actes plus complexes.



OBJECTIFS

- Définir les actes pour lesquels il est possible d'utiliser des HUU et donc d'être réalisés en dehors du bloc opératoire
- Evaluer le temps libéré au bloc opératoire
- Evaluer les coûts engagés pour chaque ITV en fonction du type d'hystéroscope utilisé

MATERIELS & MÉTHODES

- Nombre annuel d'interventions (logiciel TimeWise®)
- Coût des consommables (logiciel Pharma®)
- Coût d'un HR incluant l'achat, la maintenance et les cycles de stérilisation (données fournies par le biomédical et la sterilisation)
- Tarif public 2024 du groupe homogène de séjour (GHS) pour ces ITV

RÉSULTATS

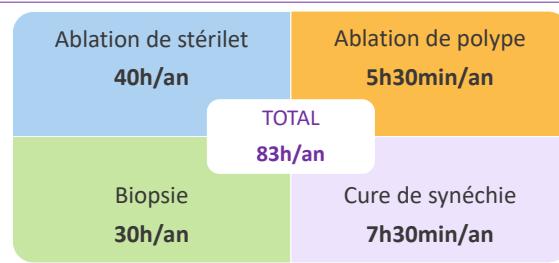


Figure 1 : Schématisation du temps libéré au bloc

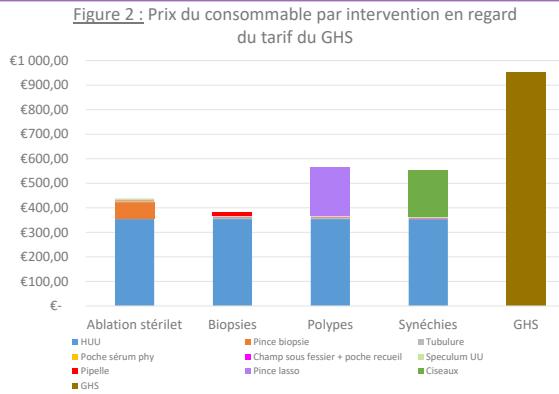


Figure 2 : Prix du consommable par intervention en regard du tarif du GHS

	HR	HUU
Achat	5331,60€/7ans	354€
Echange standard	23821€/7ans (1701,60€/échange)	-
Stérilisation	7€/cycle	-
Cycle	371 cycles/7ans	-
Coût par utilisation	85,58€	354€

Figure 3 : Différence coût de l'HUU versus l'HR

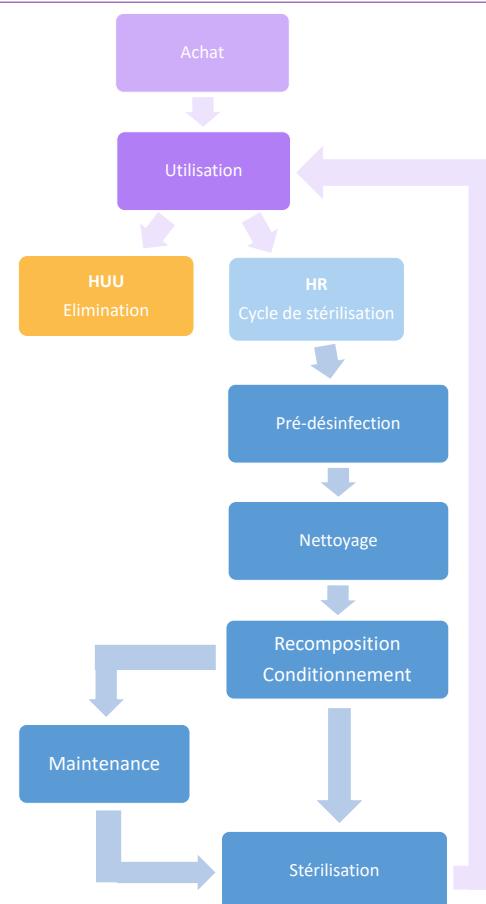


Figure 4 : Cycle de l'HUU et de l'HR

DISCUSSION & CONCLUSION



- Gestion simplifiée
- Libération des salles de bloc
- Prix du consommable couvert par le GHS

- HUU plus onéreux que les HR
- Déchets

Au regard de sa praticité l'HUU reste un outil intéressant de l'arsenal thérapeutique permettant de libérer les salles de bloc pour des interventions plus lourdes. Néanmoins, son usage doit être limité à certaines interventions notamment de par son coût. Afin d'affiner cette analyse, une évaluation plus globale intégrant les coûts directs et indirects des interventions au bloc et hors bloc serait pertinente.



IDENTIFICATION ET ANALYSE DES DYSFONCTIONNEMENTS APRÈS DÉPLOIEMENT D'UNE SOLUTION D'INTEROPÉRABILITÉ POUR LA TRAÇABILITÉ DES DM IMPLANTABLES

N°147

N.ATCHE¹, Y.NORDELO-FREYRE¹, S.AZZOPARDI², R.BATISTA¹, B.BENOIT¹¹ Service de Pharmacie, Hôpital Cochin-Port Royal; ² Unité de Chirurgie Ambulatoire, Hôpital Cochin-Port Royal, ParisEmail de contact : narcisseatche@gmail.com

Mots clés : Informatisation, Sécurité, Qualité

Introduction

L'arrêté du 8 Septembre 2021 relatif au management de la qualité du circuit des DM implantables (DMI) insiste sur l'utilisation d'outils informatiques fonctionnant en interopérabilité.

En juin 2024, un logiciel (Seditrace©) faisant le lien entre notre logiciel de gestion (SAP©) et le dossier patient informatisé (Orbis©) a été déployé en **cardiologie puis au bloc de chirurgie ambulatoire (UCA)**. Les traçabilités enregistrées dans ce logiciel basculent dans le dossier patient et génèrent automatiquement les réassorts et les demandes de remboursement.

Objectifs

- ✓ Analyse des dysfonctionnements signalés par les 2 services utilisateurs
- ✓ Mise en place de mesures correctives afin d'améliorer les futurs déploiements

Matériel et méthodes

- Pour chaque problème d'enregistrement de traçabilité signalé, un inventaire de la référence concerné et correction pour mise en adéquation des stocks informatique et physique
- Décembre 2024 : Bilan et analyse des causes ayant générées les dysfonctionnements (QQOQCP)
- Présentation des résultats aux acteurs (cadres, logisticiens, PPH) et mise en œuvre de mesures correctives
- Nouvelle réévaluation en avril 2025

Résultats : Corrections de stocks/ Nombre de poses

PREMIÈRE PÉRIODE

Cardiologie

01/07 au 30/11

723 DMI implantés dont
25 corrections de stock (3,4%)

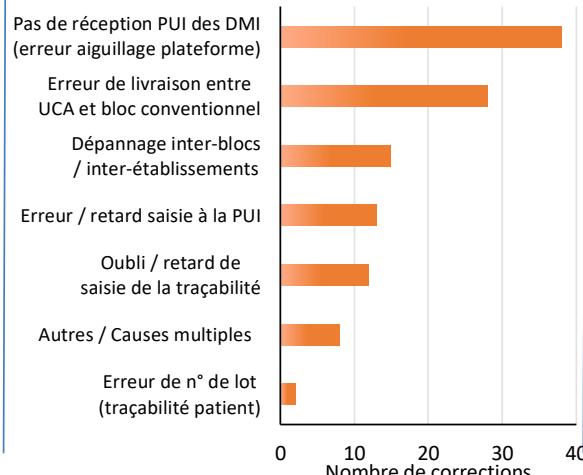
Bloc UCA

01/09 au 30/11

366 DMI implantés dont
86 corrections de stock (23%)

Les écarts de stock sont un dysfonctionnement majeur qui bloque la traçabilité informatique en temps réel, le flux de réassort et le paiement de l'implant posé

Causes à l'origine des écarts de stock



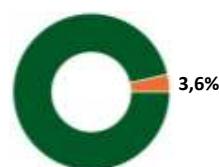
DEUXIÈME PÉRIODE

Après analyse et mesures correctives
01/12 au 30/03

Cardiologie

702 DMI implantés dont
12 corrections de stock (1,7%)

Bloc UCA

578 DMI implantés dont
21 corrections de stock (3,6%)

Discussion et Conclusion



Notre analyse a révélé que la plupart des problèmes étaient dus à des DMI physiquement présents au bloc mais non reçus à la PUI. Un échange avec les différents intervenants a permis d'affiner l'analyse des causes, majoritairement organisationnelles. En effet, la plateforme généraliste est chargée de transmettre les DMI à la PUI et la plupart des DMI non reçus par la PUI sont ceux du bloc UCA. Cela peut s'expliquer par la variété des implants et par des erreurs d'aiguillage entre bloc UCA et blocs conventionnels.

Une mesure corrective a été d'apposer une vignette fluorescente sur les cartons de DMI réceptionnés informatiquement par la PUI pour permettre l'identification par les blocs. Il a été rappelé la nécessité d'informer la PUI de tous les dépannages inter-blocs. Les oubliés de traçabilité sont souvent dus à une saisie qui n'a pas pu être effectuée en temps réel ; alors que les erreurs de saisies surviennent lorsque le n° de lot n'a pas été saisi à la douchette. La mise en place d'un logiciel assurant l'interopérabilité entre outil de gestion et dossier patient informatisé a mis en lumière des dysfonctionnements pouvant survenir à chaque étape du circuit.

L'implication et la réactivité de chaque acteur est nécessaire pour assurer la qualité de la traçabilité des DMI.



IMPACT DE L'INTEGRATION DU CRITERE DE DEPOT DU BEGES SUR LA CANDIDATURE DES FOURNISSEURS DANS DES APPELS D'OFFRES DE DISPOSITIFS MEDICAUX.

148



E. VERLAAN¹, J. TOURTROL¹, A. CABARROU¹, S. ISTIN¹, M. CASTEL-MOLIERES¹

¹: direction des achats médicaux, CHU de Toulouse

Mots clés : développement durable, achat public, appel d'offres

Introduction/objectifs

Article L. 229-25 du code de l'environnement : toute entreprise de >500 salariés en France doit publier son bilan de gaz à effet de serre (BEGES) sur le site de l'agence de la transition écologique (ADEME)



Manquement à l'obligation → **Motif d'exclusion à la passation d'un marché public**
(Article L2141-7-2 du code de la commande publique)

Quel serait l'impact réel de l'ajout du critère « BEGES publié » dans l'analyse des réponses à un appel d'offres de dispositif médicaux (DM) ?

Matériel et méthode



Base de données interne avec la totalité des DM référencés au CHU

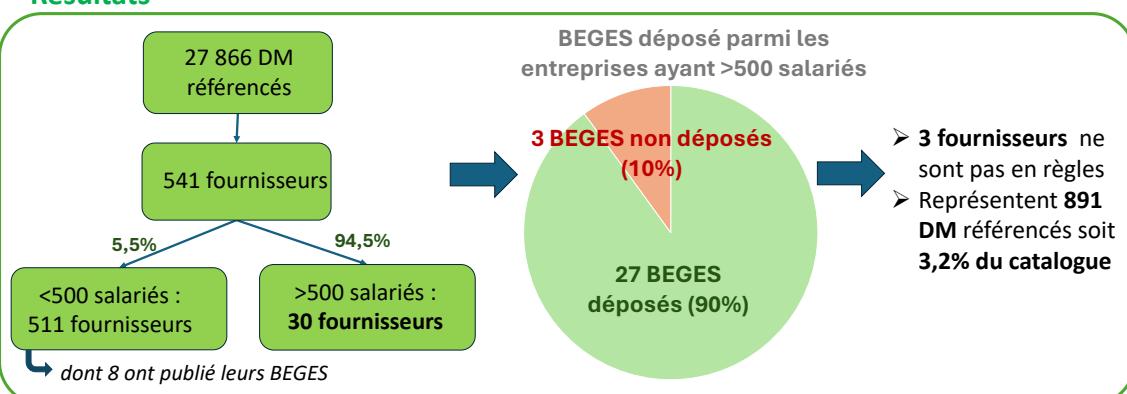


Recherche du nombre d'employés sur le [site Infolégale](#)



Analyse statistique à l'aide d'un tableau Excel

Résultats



Discussion/Conclusion

L'ajout du critère « BEGES publié » comme critère obligatoire préalable à la passation d'un marché public aurait **un impact limité** sur les candidatures des fournisseurs des DM référencés dans notre établissement. Ce critère permettrait de **renforcer la démarche RSE dans les pratiques d'achats publics** de produits de santé.

L'obligation du dépôt du BEGES comporte cependant des limites en ne ciblant que les entreprises de plus de 500 salariés **exclusivement sur le territoire français et par filiale**. Cette obligation ne s'applique pas aux entreprises implantées hors du territoire ni aux groupes de sociétés organisés en sous-filiales.



Incontinence urinaire d'effort : quelle place dans l'arsenal thérapeutique d'un agent de comblement péri-uretral ? Etude médico-économique du Bulkamid®.



N°150

A Grand (1), V Sonjon (1), S Boden (1), C Muyshondt (2), D Boucherle (1)
Service pharmacie (1), Bloc opératoire général (2) - Groupe hospitalier Mutualiste, Grenoble (1)

Mots clés : femme, bandelettes, urologie

Introduction

Depuis 2020, la place des bandelettes sous urétrales (TVT/TOT) dans la prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort des femmes est remise en cause.

Les bandelettes, certes efficaces, peuvent être sources de complications et morbidités allant jusqu'à remettre en question leurs commercialisation par certains laboratoires.

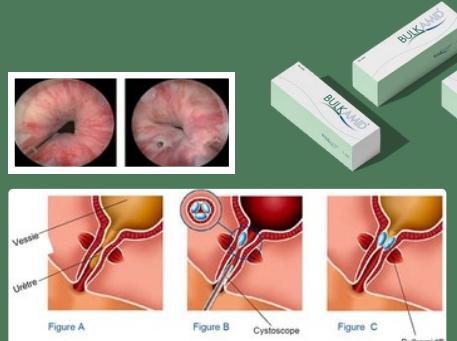
Cependant, 25 à 40% des femmes présenteront une incontinence urinaire d'effort au cours de leur vie.

Matériels & Méthodes

- Identification du nombre d'implantations de bandelettes par an de 2019 à 2024,
- Estimation de coût moyen d'une intervention de pose de bandelette versus Bulkamid®.

Les coûts étudiés comprennent : le tarif du séjour ambulatoire (benchmark*), du dispositif médical, de la logistique, auxquels est soustrait la valeur du GHS associée.

- Analyses des offres de location versus achat.



Résultats & Discussion

Nette diminution d'implantation de BU, au GHM



coûts	Coût séjour ambulatoire*	Bulkamid®		Bandelettes sous urétrales	
		525 € (45 min)	270€/mois (pour 3 optiques)	700 € (60 min)	BU : 330€
Dispositifs Médicaux		<u>INVESTISSEMENT :</u>			
RECETTES	GHS	• Achat : 2973€/optique • Location (sur 12 mois) avec option d'achat : 230.40€/mois soit 2764€/optique Bulkamid kit : 810€		2405€	

Comparatif du coût moyen d'une intervention

Projections 2025, au GHM :

Objectif principal : 20-30 patientes/an

Indications :

- Incontinence urinaire d'effort (+ Insuffisance sphinctérienne)

Phase de test :

- 15 patientes d'ici décembre 2025
- Privilégier la location avec option achat ?

Avenir :

- Remboursement en sus, en cours de discussion par les instances ?

Conclusion

Le référencement du Bulkamid® permet de proposer aux patientes souffrant d'incontinence urinaire d'effort, une prise en charge mini invasive, limitant les complications. Notre établissement s'oriente vers la location avec option d'achat des optiques et un objectif de 20 à 30 patients par an afin de permettre le financement de ce nouveau dispositif.



Prise en Charge Transitoire (PECT) des dispositifs médicaux : quel bilan après 4 ans de mise en œuvre ?

M.JEZEQUEL¹, F.FRANCESCHI¹, B.SABATIER¹, J.PINEAU¹, N.MARTELLI^{1,2}, T.MARTIN^{1,2}¹Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris
²Groupe de recherche et d'accueil en droit et économie de la santé, Faculté de pharmacie, Université Paris-Saclay
tess.martin@aphp.fr

n° 154

Mots-clés : Innovation ; Accès précoce

CONTEXTE

La prise en charge transitoire permet, depuis février 2021, le remboursement de DM présumés innovants en attendant leur inscription sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR). L'éligibilité repose sur la validation préalable de **3 prérequis** et sur **5 critères** évalués par la Commission d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et Technologies de Santé (CNEDiMTS) appartenant à la HAS.

OBJECTIF : Évaluer l'impact de la PECT sur l'accès aux DM innovants dans les établissements de santé, 4 ans après sa mise en œuvre

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 Identification des DM ayant déposé un dossier de PECT grâce aux données CNEDiMTS (2021–2024)

2 Extraction des consommations hospitalière PMSI/ATIH 2022–2023 (secteur public/privé)

3 Analyses
 1. Caractéristiques DM
 2. Validation des 5 critères CNEDiMTS
 3. Consommations (€) par année et secteur

étude rétrospective descriptive

- ✓ Type de DM, classe de risque, domaine thérapeutique
- ✓ Critères CNEDiMTS considérés : besoin médical, amélioration vs options, bénéfice clinique, place dans stratégie, qualité/efficience
- ✓ Nombre de poses, montants remboursés aux établissements de santé (€)

RESULTATS

Éligibilité des DM à la PECT

13 demandes analysées (2021–2024)

6 DM jugés éligibles 7 DM inéligibles

En moyenne : 4 études cliniques fournies par dossier (3 spécifiques + 1 non spécifique)

6 DM éligibles (Nom commercial — LABORATOIRE)

- ✓ Neovasc Reducer® — NEOVASC
- ✓ Symplicity Spyral® — MEDTRONIC
- ✓ The Insides System® — THE INSIDES COMPANY
- ✓ Wise CRT System® — EBR SYSTEM
- ✓ PECA® — MICROROB MEDICAL
- ✓ Flowtriever® — INARI

Tableau 1. Caractéristiques des DM jugés non éligibles (n = 7)
Analyse de la validité des critères évalués par la CNEDiMTS

DM jugés inéligibles à la PECT (nom commercial, laboratoire)	Maladie rare / grave ou handicap	Besoin médical non / mal couvert	Amélioration significative	DM innovant	Balance bénéfice / risque
Carillon (Cardiac Dimensions Europe GmbH)					
DRL (Laboratoire Preciens)					
Exoband (Moveo S.R.L.)					
Gore Tag Thoracic Branch Endoprothesis (W.L Gore & associés)					
AMDS (Cryolife France)					
Deprexis (Ethylpharm Digital Therapy SAS)					
System Limflow (Limflow SA)					

Critère validé Critère non validé

Critères le plus souvent invalidés :

- Absence d'amélioration significative versus traitement existant
- Balance bénéfice/risque défavorable

Profil des DM éligibles

Domaine : cardiovasculaire (4/6), digestif (1), néphrologie (1)
Classes de risque : III majoritaire (3/6)
Inscription/Codification LPPR : 3/6 déjà publiés au JO en 2023

Tableau 2. Consommation des DM publiés au JO en PECT et montants de remboursements associés dans le secteur public et privé

DM	Secteur public (ex-DN)				Secteur privé (ex-OQN)			
	Montant (€)		Nombre de poses		Montant (€)		Nombre de poses	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Neovasc Reducer® (NEOVASC)	582 267 €	1 419 844 €	85	214	217 930 €	810 935 €	31	120
Symplicity Spyral® (MEDTRONIC)	0 €	150 444 €	0	35	0 €	NA	0	1-10
The Insides System® (THE INSIDES COMPANY)	0 €	NA	0	1-10	0 €	NA	0	NA

Le système Flowtriever ayant obtenu un code LPP le 23 janvier 2024, les données PMSI ne sont donc pas encore disponibles.

DISCUSSION

Limite : la période d'étude des consommations restreinte (2022-2023) rend difficile l'objectivation de l'efficacité de cette voie d'accès.

La PECT offre un accès anticipé aux DM innovants, mais la **sélectivité des critères d'évaluation** limite leur éligibilité. L'analyse révèle un profil « type » de DM éligibles (domaine cardiovasculaire et à haut risque, classe III). L'analyse des consommations révèle des **disparités importantes d'adoption** selon les DM et les types d'établissements de santé avec une **adoption plus soutenue de l'innovation dans les établissements publics**.

LES CODES-BARRES : OUTIL D'AIDE À LA TRAÇABILITÉ AU BLOC OPÉRATOIRE

N°155

L. VEREECKE¹, C. DESCAMPS¹, G. BAUSSANT¹, G. POTTIER¹, A. DESWARTE¹

laurie.vereecke.etu@univ-lille.fr

Mots clés : Indications, Organisation, Circuit

¹Service pharmacie – Centre hospitalier d'Armentières

INTRODUCTION

Dans le cadre de la démarche d'amélioration des pratiques et de la bonne traçabilité des DM implantables (DMI) : Nécessité de renseigner des indications exhaustives relative à la pose du DMI.

Pourquoi les indications ne sont-elles pas exhaustives ?

2 pistes de réponse : Manque de temps / possibilité de saisie en texte libre dans le logiciel de traçabilité (Sedistock®).

Objectif : optimiser le codage au bloc par les IBODE afin d'avoir une indication concordante à l'intervention réalisée.

MATÉRIELS ET MÉTHODES



Extraction de Sedistock®

Identification des DMI les plus posés en : traumatologie, urologie, gynécologie et chirurgie viscérale



Etude rétrospective de 4 mois dans le DPI

Lister les indications principales des CRO des DMI les plus posés



Création de codes-barres 1D (code 128) lisibles à la douchette grâce à un logiciel générateur de codes-barres.



Étude de la divergence des indications entre le CRO et Sedistock®.

RÉSULTATS

35 indications retenues

	Traumatologie			Chirurgie viscérale		Urologie		Gynécologie
DMI les plus posés	Prothèse totale de genou	Prothèse totale d'épaule	Prothèse totale de hanche	Treillis	Chambre implantable	Mono J	Double J	Clip de Filshie
Indications retenues	13			8		13		1
Exemple d'indications retenues	Gonarthrose	Omarthrose	- Coxarthrose - Fracture col du fémur	- Hernie inguinale - Hernie ombilicale	Administration de chimiothérapie	Changement itératif de la sonde		Stérilisation tubaire

Après création et réorganisation des codes-barres,
Rédaction d'une fiche pour chacune des 4 spécialités
Exemple de présentation :

DMI	INDICATION
PTE	
	Omarthrose
PTG	
	Gonarthrose



Impression

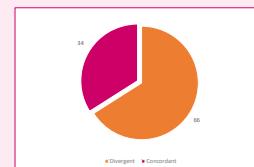


Plastification

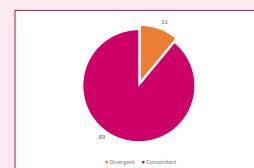


Rangement dans un porte vue dans chaque salle de bloc

ETUDE DE DIVERGENCE DES INDICATIONS ENTRE SEDISTOCK® ET LE CRO



Initialement : moyenne de 66% de divergence



Après mise en place des codes-barres : moyenne de 11% de divergence
72% des indications renseignées le sont en douchant un code-barre

DISCUSSION

- Tests au bloc encourageants
- Etude sur la pertinence des indications tracées à réaliser
- Mise à jour des fiches en fonction des nouvelles indications traitées
- Demande d'ajout par les soignants du bloc : codes-barres pour d'autres spécialités, chirurgiens, salle de bloc
- Objectif à terme : Utilisation systématique de la douchette pour toutes les étapes de la traçabilité pour éviter les erreurs





Masques d'anesthésie à usage unique : réduire leur impact environnemental et économique ?



Poster
n°157

S.ZAOUI¹, H.BENBOUGOUFA PAPAMICHA¹, I.MADELAINE¹, A.S.MARTIN¹, H.LEVERT¹

¹UDM, Hôpital Saint Louis AP-HP, Paris

Mots clefs: Développement durable, masque d'anesthésie, empreinte carbone

samzaoui@hotmail.fr

Contexte

- Les établissements de santé en France génèrent environ 700 000 tonnes de déchets par an, soit environ 1 tonne de déchets par lit et par an¹
- Les dispositifs médicaux (DM) représentent environ 20% des émissions de gaz à effet de serre des établissements de santé²
- Intéressons-nous aux masques d'anesthésie à usage unique

Objectif

Evaluer l'empreinte écologique et économique des masques d'anesthésie à UU



Pertinence des crochets sur les masques ?



Avantages potentiels masques à lèvre VS masques à bourrelet ?



Impact des masques odorants ?

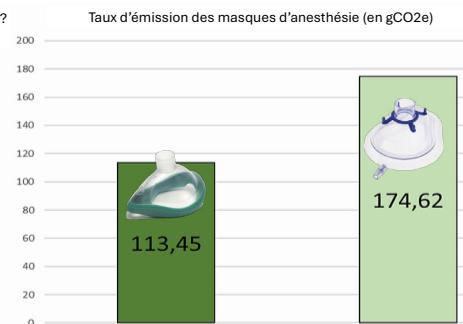
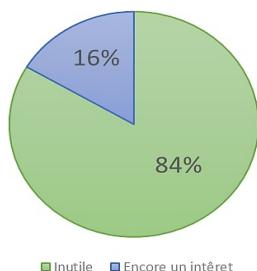
Matériel et méthodes

- Diffusion d'un questionnaire en ligne aux anesthésistes et l'ADEME sur l'utilisation des crochets et des masques à lèvre
- Analyse des données d'achats du CHU (l'AP-HP) pour quantifier les coûts évitables
- Analyse des empreintes carbonées des crochets et des masques à bourrelets Vs lèvres (outil: Carbone®)



Résultats

Les crochets sur les masques sont-ils toujours utilisés ?



- 188 répondants, 83,5 % (n=157) jugent les crochets inutiles et ne les utilisent pas
 - Un masque à lèvre émet 35 % de CO2 en moins par rapport à un masque à bourrelet (113,45 gCO2e contre 174,62 gCO2e)
 - Recommandations de l'ADEME sur les feutres odorants : limiter leur usage en raison de leur impact potentiel sur la santé.
- Economie : 746 kg de plastique, 1,2 tonne de CO2 et 3 600 euros par an.
- Economie : 32 500 euros et 20 tonnes d'émissions de CO2 par an.

Conclusion/ Discussion

- Stratégies concrètes pour réduire l'impact écologique et économique des DM
- Ce projet a amené à la diffusion d'une affiche de sensibilisation auprès des professionnels de santé du CHU



Acquisition du Robot Epione® en radiologie interventionnelle 158

E. Verlaan, J. Tourtrol, S. Istin, M. Castel-Molières (direction achats médicaux, CHU Toulouse) 

Mots clés : Robotique, radiologie interventionnelle analyse cout-bénéfice

Introduction : La radiologie interventionnelle oncologique est une technique mini-invasive permettant de réaliser biopsies et destructions tumorales percutanées (radiofréquence, micro-ondes, cryothérapie) par insertion d'aiguille dans la cible. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'acquisition du robot Epione (*Quantum Surgical*) par la méthode de mini *Health Technology Assessment* (mini-HTA) : évaluation de la technologie, de l'impact patient, organisationnel et économique.

Matériel et méthode :

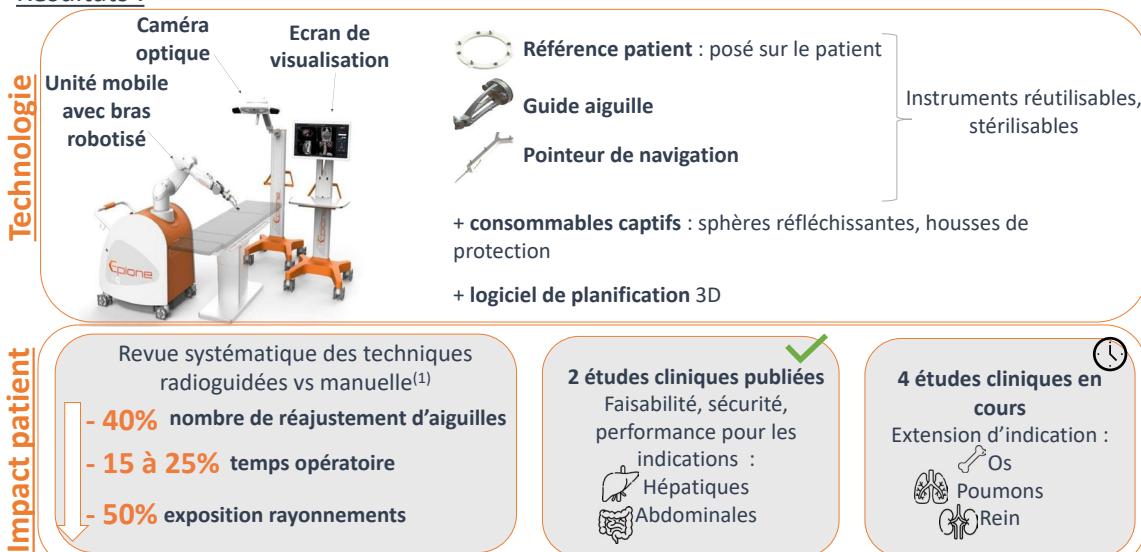
Technologie
Documentation technique

Impact patient
Données de la littérature

Organisation
Groupe de travail (pharmacien, ingénier, médecins)

Analyse économique
Estimations de consommations, prix fournisseur

Résultats :



Organisation

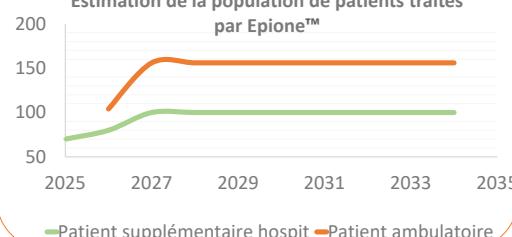
📍 Localisation : Bloc radiologie interventionnelle

🏥 Equipement : scanner existant

⌚ Diminution du temps opératoire :

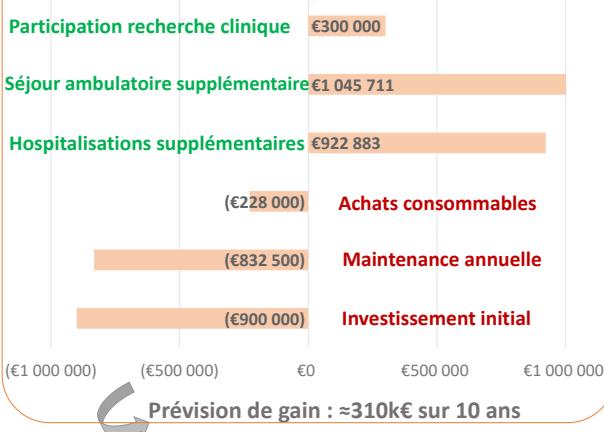
- Prise en charge ambulatoire,
- Augmentation de l'activité

Estimation de la population de patients traités par Epione™



Analyse économique

Coûts totaux d'investissement et gains estimés sur la durée du marché Epione (2025-2034)



Conclusion-discussion l'acquisition du robot Epione® constitue un investissement stratégique pour le CHU, favorisant le développement de la radiologie interventionnelle oncologique. En permettant de traiter plus de patients et de pathologies, cet équipement renforce l'attractivité de l'établissement. Son impact sur l'activité devrait permettre un retour sur investissement de 310K sur la période du marché.

¹Bodard S, Guinebert S, N Petre E, et al. Percutaneous liver interventions with robotic systems: a systematic review of available clinical solutions. Br J Radiol. 2023;96(1152):20230620. doi:10.1259/bir.20230620



Mise en place d'un nouveau traitement chirurgical de l'adénome prostatique

Impact pour le patient, le bloc et la pharmacie

Poster n° 159



laura1904.david@orange.fr

Mots clés :
Rezum®, Urologie,
Innovation

L. DAVID¹; MJ. LE GALL¹; A. KACEM²; A. LENAIN¹; L. LUNELLI¹¹ PUI Dispositifs médicaux - Centre hospitalier de Chartres² Département d'urologie, bloc opératoire – Centre hospitalier de Chartres

INTRODUCTION

L'hypertrophie bénigne de la prostate, aussi appelée adénome prostatique, est courante chez les hommes de plus de 50 ans et peut provoquer des troubles urinaires invalidants.

Une des techniques la plus classique est la résection transurétrale de la prostate (RTUP). Cette résection se fait à l'aide d'une anse de résection avec un courant électrique bipolaire, puis les tissus prostatiques sont éliminés grâce à une poire d'Elick.

Nous allons étudier une technique de traitement par vapeur d'eau : le REZUM® de chez Boston Scientific®. Une sonde spécifique introduite dans l'urètre permet la vaporisation d'eau à haute température, détruisant ainsi les cellules ciblées et réduisant le volume de la prostate. Cette technique est indiquée chez les patients dont le volume prostatique est compris entre 30 et 80mL et intolérants ou en cas d'échec au traitement médical optimal ou en cas de refus du traitement médical

Cette étude a pour objectif d'évaluer les impacts de cette technique innovante pour le patient, pour le bloc opératoire et pour la pharmacie à usage intérieur (PUI) en comparaison avec la RTUP.

MATERIELS & METHODES

ANALYSE CLINIQUE

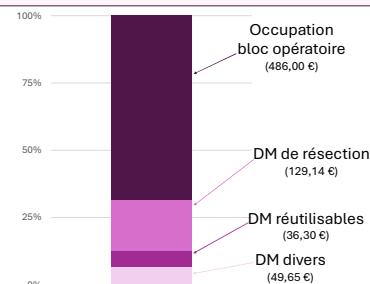
- Recherche de données sur les séjours des patients dans le dossier patient informatisé
- Echange avec les chirurgiens
- Echange avec les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état (IBODE)

ANALYSE ECONOMIQUE

- Inventaire et coût des dispositifs médicaux (DM) utilisés pour chaque intervention
- Recherche du codage du groupe homogène de séjour (GHS) des actes réalisés auprès du médecin DIM (Département Information Médicale)

RESULTATS

Résection trans-urétrale de la prostate



Traitement par vapeur d'eau



Répartition des coûts selon la technique utilisée

Durée intervention	45 minutes	15 minutes
Taux de récidive à 5 ans	Varie de 3 à 15% *	4,4% **
Coût total	701€	1 577€ + location du générateur = 1 362,67€ / mois
Recette établissement	Valorisation 2 564,81€ (GHS 4562)	Valorisation 2 564,81€ (GHS 4562) + remboursement en SUS du matériel REZUM® (1 377€)
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> Technique connue de tous Technique avec plus de recul sur les récidives Hospitalisation post-op (en moyenne 3,8 jours) Non préservation fonctions érectile et éjaculatoire Temps opératoire plus important Technique plus invasive 	<ul style="list-style-type: none"> Patient en ambulatoire Préservation fonctions érectile et éjaculatoire Technique peu invasive et rapide Location du générateur REZUM® Formation du chirurgien nécessaire Nécessité d'une étape de traçabilité (PUI)
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> (X) 	<ul style="list-style-type: none"> (X)

CONCLUSION / DISCUSSION

Nous observons un bilan positif global de la technique REZUM®.

Pour le patient, il y a une préservation des fonctions érectile et éjaculatoire, et un séjour en ambulatoire,

Au bloc opératoire la diminution du temps d'occupation permet de réduire les coûts et ainsi de pouvoir augmenter le nombre d'interventions. Tout chirurgien voulant réaliser cette technique doit faire une formation auprès du laboratoire.

Au niveau de la pharmacie, le budget est plus important et il est nécessaire de mettre en place une traçabilité permettant le remboursement (en SUS du GHS) après utilisation du dispositif. A cela s'ajoute le coût de la location du générateur pris en charge par le Biomédical dont l'impact diminuera avec l'augmentation prévue du nombre d'actes.

Globalement, l'impact financier de la technique reste très positif.

* Complications of Transurethral Resection of the Prostate (TURP)—Incidence, Management, and Prevention—European Association of Urology—December 2005

** Real-world Early Outcomes and Retreatment Rates Following Water Vapour Ablative Therapy for Symptomatic Benign Prostatic Hyperplasia—European Association of Urology—March 2022

**MISE EN PLACE D'UN PLAN DE CONTINUITE D'ACTIVITE (PCA) :
CAS DE LA CYBERATTAQUE**

Poster n°160

J. REVERCHON, L. GRANDJEAN, L. MENARD, A. HENRY
Service Pharmacie - Hôpital de la Croix Rousse – Hôpitaux Civils de Lyon – Lyon
Mots clés : Procédure dégradée, Qualité, Cybersécurité

Introduction / Objectifs

Cybermalveillance en hausse <ul style="list-style-type: none"> • 278 770 signalements en France en 2023 • 500 signalements hospitaliers • 30 cyberattaques majeures (10% des cyberattaques en France) 	Pourquoi les établissements de santé ? <ul style="list-style-type: none"> • Numérisation quasi complète de la prise en charge des patients • Nombreux employés et contrainte budgétaire → facile cible pour les hackers • Service public essentiel • Secteur critique +++ → impératifs de confidentialité, de disponibilité et d'intégrité des données de santé 	Contexte réglementaire <ul style="list-style-type: none"> • Norme ISO 22301 • Agence Numérique en Santé : Programme CaRE (Cyberaccélération et Résilience des Établissements) • HAS : ajout d'un volet numérique dans la certification des hôpitaux 
---	--	---

Réalisation d'un PCA sur le secteur DM en cas de cyberattaque

Matériel & méthodes

Création d'un groupe de travail pluri-disciplinaire 	Cartographie des processus 	Réalisation d'un bilan d'impact sur l'activité 	Rédaction de la procédure du PCA 
--	---	--	---

Résultats

Cartographie 	BIA 	Désignation d'une personne référente 	Procédure PCA 
---	--	---	--

Discussion / Conclusion

Et Après ?	Associer les services de soins	Réaliser des simulations	MAJ régulières
-------------------	---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------



NOUVEAU RÈGLEMENT EUROPÉEN : NOUVEAUX DM IMPLANTABLES (DMI) À TRACER

N°161

L. VEREECKE¹, C. DESCAMPS¹, G. POTIER¹, G. BAUSSANT¹, A. DESWARTE¹

laurie.vereecke.etu@univ-lille.fr

Mots clés : Réglementation, traçabilité, matériovigilance

¹Service pharmacie – Centre hospitalier d'Armentières

Introduction et objectif

Règlement européen 2017/745 : Nouvelle définition des DMI :

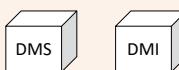
Précédemment	Désormais
Implanté en totalité ou partiellement dans le corps humain	
Par intervention chirurgicale	Par intervention chirurgicale ou clinique
Au moins 30 jours	Si implanté en totalité : pas de limite de temps Si implanté partiellement : plus de 30 jours (délai de permanence et non de fonctionnalité de l'implant)

Objectif : mettre à jour notre catalogue de DMI à traçabilité obligatoire et ainsi répondre à la réglementation sur la matériovigilance.

Matériaux et méthodes

Extraction de toutes les références de DM stériles (DMS) depuis notre logiciel de gestion

Tri des DM en fonction de leur nouveau statut



Contact des services afin de savoir si méthode de traçabilité déjà effective

Référentiels d'aide : - guide de la traçabilité sanitaire des DMI **Europharmat** : 03/2025
- guide **SNITEM** sur l'application du règlement européen : 10/2024



Résultats

16 nouvelles références de DMI trouvées réparties dans 5 services différents.

Représente : environ 50 DMI par an.

Nouvelles références de DMI	Services concernés
Sondes de gastrostomie	Bloc / Consultations
Boutons de gastrostomie	Bloc / Consultations
Clips radio-opaques	Imagerie
Stérilets	Centre de planification et de santé sexuelle (CPSS) / Consultations
Eponges hémostatiques résorbables	Bloc / Bloc local

- Parmi ces 5 services, certains présentaient déjà des méthodes de traçabilité

Service	Méthodes de traçabilité préexistantes	Modification des méthodes de traçabilité préexistantes pour répondre à la réglementation
Imagerie	Cahier manuscrit + logiciel radio	Ajout de l'IUD
Bloc opératoire	Logiciel de traçabilité	Gommettes dans les arsenaux pour différencier les DMS des DMI à traçabilité obligatoire
CPSS	Cahier manuscrit	Remontée du cahier 1 fois par mois à la pharmacie
Consultations	Traçabilité papier pour certains DMI	Traçabilité papier généralisée à tous les DMI A remettre à la pharmacie à chaque renouvellement
Bloc local		

La carte d'implant doit être remplie et collée sur la carte de visite de la pharmacie.

REMARQUE : ETIQUETTE PATIENT :
SALLE :
DISPOSITIF MEDICAL STERILE IMPLANTABLE :
ETIQUETTES DE TRACABILITE :
FONCTIONNEMENT :
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
ATTENTION : TOUTES LES ETIQUETTES DOIVENT ÊTRE REMISEES à la pharmacie dans les 48 heures de leur arrivée, une à chaque renouvellement de la carte d'implant.

Tracabilités papiers remises à la pharmacie archivées informatiquement par l'intérieur dans tableau Excel®.

CARTE D'IMPLANT A REMETTRE AU PATIENT

Patient : Nom : Date de naissance :
Date d'implantation :
DMI : N° de dispositif :
Référence :
N° de lot :
IUD :
Fabricant :
Péremption :
Renseignement complémentaire : Etablissement : CH Armentières

Où coller étiquette DMI :
Signature praticien :

- Règlement européen (Art 18 UE 2017-745) : carte d'implant nécessaire.
Absence de cartes d'implants de certains DMI : Nécessité d'en créer une avec toutes les informations réglementaires

- Personnel des services concernés informé sur les nouveaux DMI à tracer par communication écrite et distribution de flyers.

Discussion

- Traçabilité mise en place dans tous ces services.
- Archivage informatique pendant 10 ans.
- Réflexion sur le remplacement de l'Excel par notre logiciel de traçabilité (déjà déployé au bloc) —formation de l'équipe pharmaceutique et des soignants des services concernés.



OPTIMISATION DES PRATIQUES EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE : TRANSITION VERS LES VALVES ET PISTONS A USAGE UNIQUE

N°162

V. PIQUET (1) ; A. CULETTO (2) C. BARRUE (2) ; E. LOSHA (1) ; S. LEMAGNER (1) ; V. DUHALDE (1)

(1) Equipe pharmaceutique, Hôpital Rangueil, Toulouse (duhalde.v@chu-toulouse.fr); (2) Service d'Endoscopie digestive, Hôpital Rangueil, Toulouse ;



Évaluation économique, Référencement, Recommandations

Introduction

- Contexte réglementaire :** En 2023, publication d'une FAQ par le ministère de la Santé concernant les pistons et valves d'endoscopie. Identification d'une non-conformité par rapport aux normes attendues.
- Pratique actuelle au CHU (service d'Endoscopie digestive) :** Protocole de désinfection des pistons/valves à usage multiple.
- Alternatives conformes aux recommandations de la FAQ :**

Alternative 1 : Stérilisation des pistons/valves à usage multiple (UM) à 134°C pendant 18 minutes

Alternative 2 : Référencement de pistons/valves à usage unique (UU)

Objectifs

Evaluer l'impact économique :

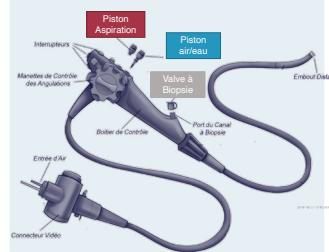
Alternative 1



Alternative 2

Matériels et Méthodes

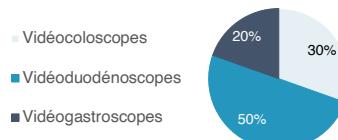
- Etat des lieux des endoscopes en Endoscopie Digestive
- Etat des lieux des types de pistons/valves utilisés en Endoscopie Digestive
- Choix du laboratoire fournissant les valves/pistons UU
- Etude de coût en comparant l'alternative 1 vs l'alternative 2



Résultats

Etat des lieux du parc d'Endoscopes :

- Parc de 45 endoscopes en Endoscopie Digestive



NB : Echoendoscopes non comptabilisés car pas de pistons/valves UU commercialisés.

Etat des lieux des types de pistons/valves :

- 13 types de pistons/valves référencés au CHU
- 3 références utilisées sur endoscopes digestifs :

Piston Aspiration	80/An (UM)	121,91€ PUHT
Piston Air/Eau	120/An (UM)	137,62€ PUHT
Valve à Biopsie	10400/an soit 200/Semaine (UU)	1,32€ PUHT

= Nombre d'endoscopies / semaine

Choix du laboratoire :

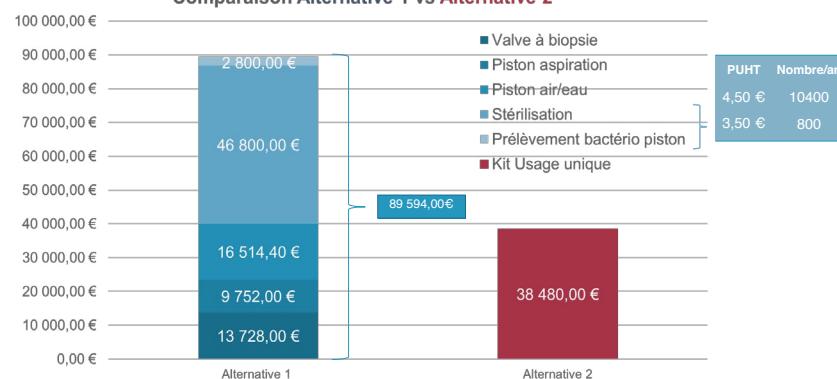
- Laboratoire Français (Fabrication et Assemblage en France)
 - Prix du kit (3,7€ HT)
- Touché similaire aux valves/pistons UM

Kit Labo



Etude de coût :

Comparaison Alternative 1 vs Alternative 2



Conclusion/Discussion



- Alternative 2** plus avantageuse que l'**Alternative 1**
- Essais pour référencement des pistons/valves UU réalisables, dans le cadre du Marché Négocié (MN) actuel.
- À la fin de ce MN → Une procédure d'appel d'offres (AO) sera envisagée, pour une mise en concurrence des différents fournisseurs de valves/pistons UU.
- Recyclage des pistons envisagé à terme par le laboratoire

Références :

Ministère de la santé et de la prévention. (2023). FAQ N°3 : TRAITEMENT DES ENDOSCOPES SOUPLE THERMOSENSIBLES À CANAUX.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/faq_3_endoscope_-_novembre_2023.pdf



Optimisation du maintien des cathéters veineux dans la population pédiatrique

Auteurs : E. Dalbin¹, A-L. Couffignal¹, C. Aigrin¹

¹CHU de Poitiers, Nouvelle Aquitaine

Mots clés : appel d'offre, matériovigilance, pédiatrie



Poster n° 163

emma.dalbin.ph@gmail.com

Introduction

Les **sutures cutanées URGOSTrips 12,5mmx100mm** ont été référencées lors des choix du marché du groupement d'achat régional. Dans les services de pédiatrie, elles y sont utilisées pour le maintien des cathéters veineux périphériques et centraux. Depuis leur référencement, plusieurs **signalements de matériovigilance** ont été émis par ces services concernant des problèmes d'intolérances majeures, et ceci **en dehors de toute non-conformité**.

Afin de répondre à cette problématique, nous avons souhaité déterminer le dispositif de maintien des cathéters veineux le plus adapté à la population pédiatrique.

Matériel et méthode

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Analyse des signalements

Etat des lieux dans les services

Recensement des fournisseurs

Evaluation de 5 références

Analyse des résultats

Identification du produit en essai :

Produit : Référence :

Laboratoire :

N° lot : Date de péremption : .. / .. / ..

Quantité remise :

Produit actuellement référencé : Suture cutanée 12,5x 100mm URGOSTrips 558740 URG

Service effectuant l'essai : UF

Date d'envoi des échantillons : 06/01/2025

Période de l'essai : 06/01/2025 au 17/01/2025

Personne ayant reçue les échantillons :

Critères d'évaluation	Insuffisant	Moyen	Bon	Commentaire
Dimension (Longueur et largeur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conditionnement (nb bandes/échantillon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souplesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qualité du maintien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Facilité du retrait / retrait indolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tolérance patient (pendant toute la durée de mise en place)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mentionner toute réaction (inflammation, altération cutanée,...)

Âge patient (ou tranche d'âge si plusieurs patients pour une éché) :

Commentaire global :

Êtes-vous d'accord pour utiliser cette référence en remplacement de la référence actuelle ?

OUI

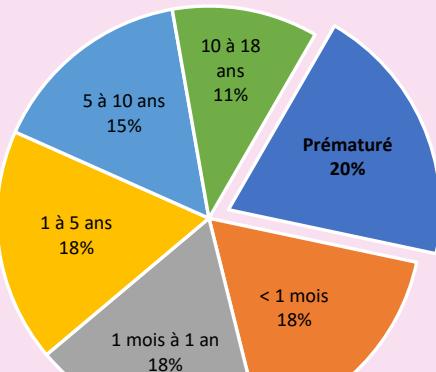
NON

Date: .. / .. / .. Nom: .. Fonction: .. Signature: ..

Résultats

- Essais sur 45 patients
- 3 services différents : urgences pédiatriques, réanimation néo-natale, oncologie pédiatrique

Répartition des enfants inclus dans les essais selon leur tranche d'âge



Fournisseur	Note globale*	Accord pour remplacement	Problème principal relevé
BSN	5,4/6	57,1%	Souplesse excessive
Hartmann	3,7/6	66,7%	Adhérence excessive avec lésions au retrait
Clinical IHT	5,6/6	100%	Douleurs au retrait
Smith Nephew	4,9/6	100%	Adhérence excessive avec lésions au retrait
3M	5,7/6	100%	Conditionnement

*Critères évalués par les services : Bon = 1 pt, Moyen = 0,5 pt, Insuffisant = 0 pt

	Prix unitaire H.T	Consommation du 01/24 au 12/24	Total H.T
Référence initiale	0,19€	98 500 dont 6 100 en pédiatrie	18 715€ dont 1 159€ en pédiatrie
Référence du fournisseur 3M	0,25€		24 625€ dont 1 525€ en pédiatrie

Discussion, conclusion

- **3M a obtenu la meilleure évaluation** sur l'ensemble des critères évalués par les services.
- Du fait de la fragilité cutanée extrême de certains patients (prématurés, < 1 mois), nous avons choisi d'**introduire cette nouvelle référence de sutures cutanées** réservées aux services pédiatriques. Cet ajout de référence induit un **surcoût de 366€/an** pour le CHU de Poitiers, ce qui est négligeable pour assurer la prise en charge de ces patients fragiles.



PERFORMANCE DES SYSTEMES D'INFORMATION DU CIRCUIT DES DMI DES ES : BILAN ET ACCOMPAGNEMENT RESOMEDIT

K. VAYRON¹; M. BOUCARD²; M. CHACOU³; V. CHOPARD⁴; C. CHOQUET⁵; M. LOUVRIER⁶

¹Omédit ARA; ²Omédit PACA Corse; ³Omédit Bretagne; ⁴Omédit GE; ⁵Omédit HDF; ⁶Omédit NAGG



Politique DM
n° 165

RésoMedIT

Contact : karine.vayron@ars.sante.fr

Mots clés : IUD, traçabilité, informatisation

Introduction & Objectif

L'Arrêté du 8 septembre 2021 et le Règlement (UE) 2017/745 imposent aux établissements de santé (ES) une traçabilité en temps réel des dispositifs médicaux implantables (DMI) via leur Système d'Information (SI). Cette traçabilité repose sur l'identifiant unique du dispositif (IUD) et l'usage d'un système de saisie automatique des données (SAAD).

Pour accompagner les ES, le RésoMedIT a élaboré une démarche d'évaluation et d'optimisation des SI, visant à :

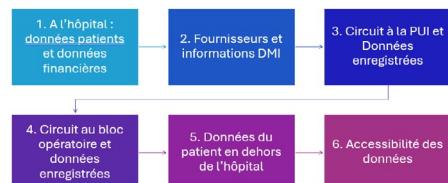
- Diagnostiquer leur niveau de déploiement et de performance,
- Identifier les freins et leviers,
- Proposer des pistes d'amélioration.

Résultats

Pour les années 2022 et 2023, 120 ES répartis sur 7 régions ont réalisé la cartographie.

Matériel & Méthode

- Elaboration d'un outil de cartographie
- Analyse du circuit des DMI en 6 étapes conduisant à :
 - Revue descriptive des SI,
 - Analyse des données enregistrées à chaque étape, y compris l'IUD,
 - Synthèse des résultats,
 - Elaboration de plans d'action.



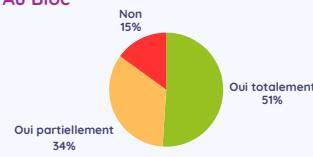
Evaluation du niveau d'équipement

Est ce que toutes les étapes du circuit des DMI sont informatisées ?

A la PUI



Au Bloc



Dans l'établissement

54 %

des ES jugent le niveau d'équipement en SAAD comme insuffisant

Flux

A la PUI

33 % des ES réétiquettent les DMI

38 % des ES utilisent un SAAD à toutes les étapes

Au Bloc

63 %

des ES font de la traçabilité sanitaire en papier au bloc

55 %

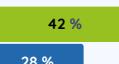
La traçabilité sanitaire de la pose est effectuée avec des SAAD

Interopérabilité et déploiement de l'IUD

34 % des ES ne font plus de traçabilité papier

14 % des ES ont intégré l'IUD dans les logiciels à toutes les étapes du circuit

Analyse de l'interopérabilité entre le logiciel de traçabilité et le DPI et DMP



Pourcentage d'ES

Discussion

L'hétérogénéité des organisations, la complexité des circuits et les multiples usages d'un même outil numérique ont généré :

- Des biais d'interprétation lors de l'analyse brute des résultats de la cartographie.
- Un retraitement et accompagnement du RésoMedIT pour harmoniser les diagnostics.

Une évolution positive de certaines données est observée depuis 2023, notamment sur l'interopérabilité avec le DMP grâce au programme Hop'EN 2 et à l'indicateur IFAQ. Toutefois, il reste encore à catégoriser ce document de traçabilité des DMI dans le DMP.

Conclusion

Au-delà des freins financiers, la cartographie a mis en évidence des contraintes techniques, notamment le manque d'interopérabilité.

Les principaux enjeux pour les établissements concernent :

- La mobilisation des directions et des équipes
- Kit de communication : 2 affiches spécifiques à destination des directions, et des opérateurs pour faciliter le déploiement de l'IUD
- La recherche de solutions techniques adaptées.

• Web-série DMI RésoMedIT

Pour en savoir plus, rendez-vous ici

• Synthèse nationale des résultats

Outils RésoMedIT 2024



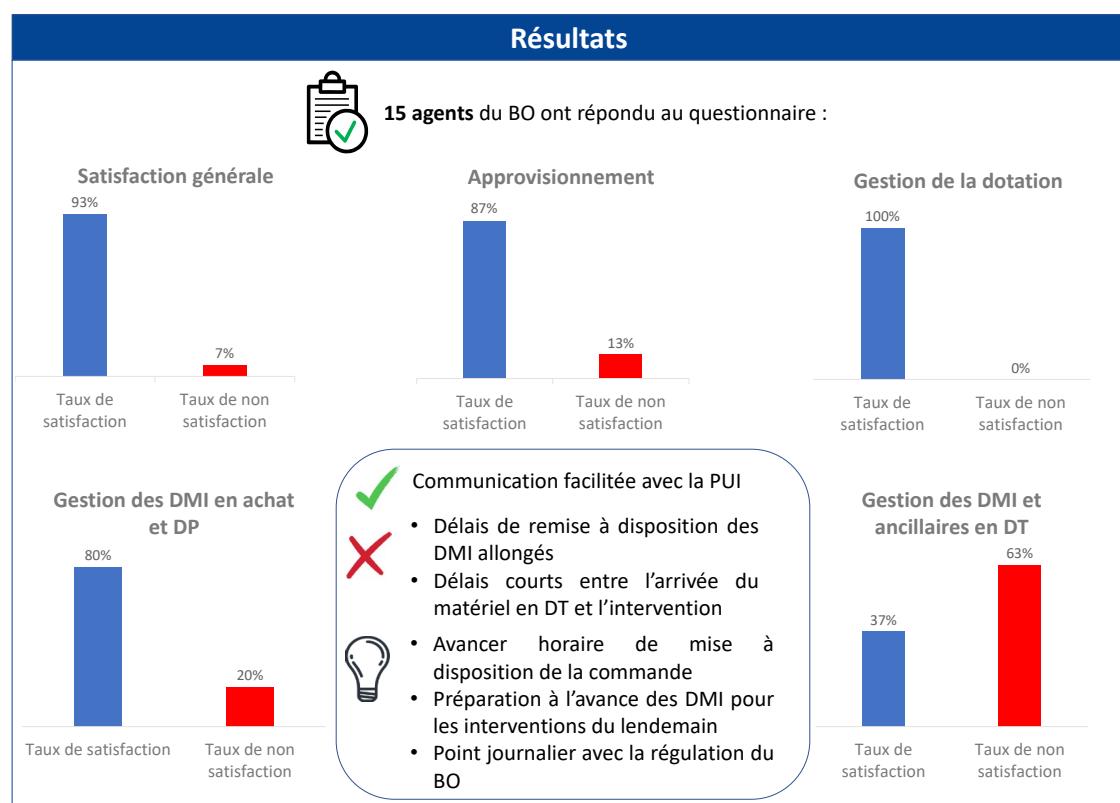


Poste de préparateur en pharmacie au bloc opératoire : qu'en pensent les principaux concernés ?

N°166

J. Blaes¹, J. Stein¹, S. Schmitt¹, V. Meyer¹¹ Pharmacie, Hôpital Robert Pax, Sarreguemines, julie.stein@ch-sarreguemines.frMots clés : Enquête de satisfaction, Missions pharmaceutiques, Evolution des pratiques

Contexte & Objectif	Matériel & Méthode
<p> Préparateur en Pharmacie Hospitalière (PPH) depuis 4 ans au bloc opératoire (BO) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Approvisionnement en DM ✓ Maintien à jour de la dotation ✓ Gestion des dépôts et traçabilité des DMI <p> Objectif : Evaluer la satisfaction du personnel du BO concernant le poste de PPH</p>	<p>Elaboration d'un questionnaire en 5 parties (20 items) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Satisfaction générale ✓ Approvisionnement ✓ Gestion de la dotation ✓ Gestion des DMI en achat et dépôt permanent (DP) ✓ Gestion des DMI et ancillaires en dépôt temporaire (DT) <p><i>Mise à disposition des infirmiers et cadres de santé du BO</i></p>



Conclusion - Discussion		
<p> Points négatifs soulevés : pas du ressort de la PUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En lien avec des difficultés d'approvisionnement - Date de mise à disposition du matériel en DT non décidée par la PUI 	<p>Rôle essentiel du PPH au BO = Unanimité chez l'ensemble du personnel du BO</p>	<p> Actions mises en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunion avec l'encadrement du BO - Intégration du PPH à la cellule de programmation du BO - Révision de la fiche de poste du PPH prévue



PREMIER ETAT DES LIEUX DES REMONTEES DE DONNEES EN VIE REELLE DES DM DE LA LISTE « INTRA-GHS » : FOCUS SUR LES BANDELETTES SOUS-URETRALES (BSU)

N° 167

**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

M.BONAMANT⁽¹⁾, M.CAILLERET⁽¹⁾, S.LUCAS⁽¹⁾, N.CHAZARENC⁽¹⁾, R.AUBOURG⁽¹⁾
(1) Bureau des dispositifs médicaux et autres produits de santé (PP3), Direction Générale de la Santé (DGS),
Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles
marinebnmnt@gmail.com

Mots clés : Intra GHS, IUD-ID, sécurité sanitaire

Introduction

2011

Introduit par la loi du 29 décembre 2011 de renforcement de la sécurité sanitaire, l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale conditionne l'utilisation de certains DM par les ES à l'inscription sur une liste dite « intra-GHS » (Groupe Homogène de Séjour).

Les catégories de DM présents sur cette liste sont déterminées au regard de leur caractère invasif ou du niveau de risque pour la santé humaine

2022

Afin de renforcer le suivi de ces catégories à risque, depuis 2022, leur utilisation est subordonnée à la transmission à l'ATIH de données en vie réelle :

- le numéro de séjour patient avec,
- l'identifiant Unique du DM (IUD-ID) associé

IUD-ID : propre à chaque référence de dispositif



Permet de suivre
en vie réelle un DM

2024

Renouvellement d'inscription des BSU sur la liste intra-GHS

Focus sur les BSU
pour cette analyse

Objectif : Estimer le taux d'exhaustivité des remontées (TER) de ces données, en se focalisant sur les BSU

Matériels et Méthodes

Les données issues de ces remontées ATIH sur la période 2022-2024 ont été analysées. Les 2 indicateurs suivants ont été utilisés :

Taux d'exhaustivité des remontées (TER) :

Nombre de séjour avec remontée d'un IUD-ID associé à une BSU

Nombre de séjour avec remontée d'un acte de pose d'une BSU

+ Répartition régionale et sectorielle

Taux d'ES répondreurs :

Nombre d'ES avec au moins 1 remontée d'IUD-ID associé à une BSU

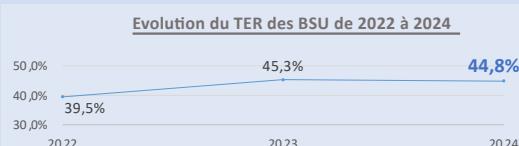
Nombre d'ES avec au moins 1 remontée d'acte de pose d'une BSU

Résultats

Exhaustivité des remontées (TER)

Année	2022	2023	2024
Nombre d'actes de pose de BSU remontés	18 239	18 856	15 725
Nombre d'IUD de BSU remontés	7 197	8 547	7 044

➤ 14 % du nombre d'actes de BSU facturés
➤ 2 % du nombre d'IUD remontés

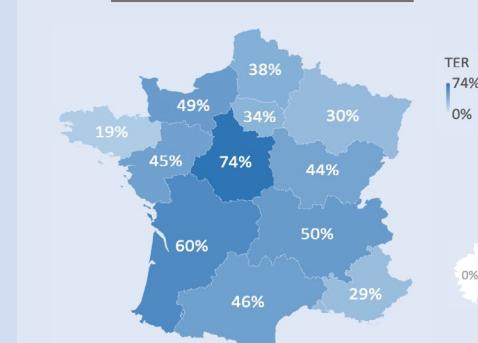


➤ 5,3% de l'exhaustivité des remontées des IUD de BSU

Répartition sectorielle des TER en 2024

43,0 % pour les ES privés et 42,8 % pour les ES publics

Répartition régionale des TER en 2024



Exhaustivité des remontées d'IUD : 0 à 74% selon les régions

ES répondreurs

Année	2022	2023	2024
Nombre d'ES avec actes de pose de BSU	642	626	606
Nombre d'ES avec remontées d'IUD de BSU	253	271	270

➤ 6 % du nombre d'ES pratiquant la pose de BSU

Année	2022	2023	2024
Nombre d'ES avec actes de pose de BSU	642	626	606
Nombre d'ES avec remontées d'IUD de BSU	253	271	270

➤ 5 % du taux d'ES répondreurs

Discussion et conclusion

Les premiers résultats observés sont encourageants avec un plateau en 2024

→ le reflet des efforts réalisés par les ES accompagnés par les OMÉDITS

→ taux d'ES répondreurs < taux d'ES non répondreurs
→ Avec des disparités régionales ++

Pour améliorer l'exhaustivité et pouvoir assurer un suivi rapproché de catégorie comme les BSU, il est essentiel de pouvoir prolonger cette dynamique

→ une transmission des données ciblée vers les OMÉDITS
afin de les aider à identifier les ES à accompagner avant d'envisager un élargissement de diffusion





REFERENCIEMENT DU COLLAPAT II® EN NEUROCHIRURGIE: IMPACT MEDICO-ECONOMIQUE

J. TOURTROL¹, E. VERLAAN¹, S. ISTIN¹, M. CASTEL-MOLIERES¹¹CHU de Toulouse

tourtrol.ju@chu-toulouse.fr

MOTS CLES : SUBSTITUT OSSEUX, DISPOSITIF MEDICAL, HEMOSTATIQUE

N°169



CONTEXTE

L'association de **NANOSTIM®** (substitut osseux) et **d'OKCEL®** (compresse hémostatique) est couramment utilisée en neurochirurgie rachidienne, mais entraîne des pertes de substitut hors du champ opératoire, soulignant la nécessité d'alternatives plus adaptées pour optimiser le comblement osseux en contexte hémorragique.

OBJECTIF

Analyse médico-économique du référencement du **COLLAPAT II®**

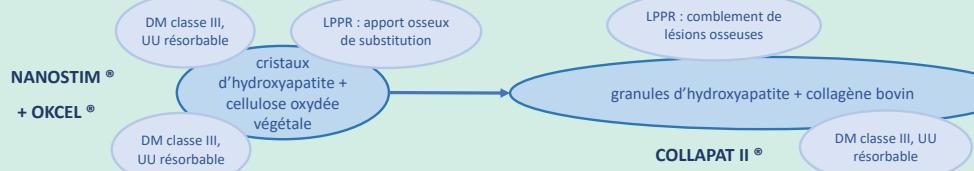
MATERIELS ET METHODES



- ANALYSE MEDICO-REGLEMENTAIRE : composition, mode d'action, marquage CE, indications, prise en charge LPPR
- ESSAIS EN CONDITIONS REELLES : création d'une fiche d'évaluation et organisation des essais en neurochirurgie
- ANALYSE ECONOMIQUE: comparaison du coût à NANOSTIM+OKCEL et évaluation des consommations à 4 mois
- VALIDATION EN COMEDIMS pour le référencement et l'approvisionnement hospitalier

RESULTATS

• ANALYSE TECHNICO-REGLEMENTAIRE :



• ESSAIS EN CONDITIONS REELLES EN NEUROCHIRURGIE : analyses qualitative des fiches d'essais = avis favorable global (évaluation satisfaisante à très satisfaisante sur les 11 critères techniques) → meilleur maintien et maniabilité opératoire → réduction des complications

• ANALYSE MEDICO-ECONOMIQUE:

$$\begin{array}{rcl} 1 \text{ POSE} & = & \boxed{1 \text{ NANOSTIM}} \\ & & \text{PRIX LPPR} = 110 \text{ €} \end{array} \quad + \quad \boxed{1 \text{ OKCEL}} \quad = \quad \boxed{840 \text{ €}/70 \text{ POSES}}$$

SURCOÛT ANNUEL NON COUVERT PAR LA LPPR

ACTUELLEMENT

PREVISIONNEL

1 COLLAPAT	BUDGET/1 AN	ECONOMIE CHU/AN
PRIX LPPR HT PETIT : 228 € GRAND : 398 € PRIX LPP MOYEN : 313 €	→ 22 000 €	→ +840€
		POUR 70 POSES

BILAN A 4 MOIS

$$\begin{array}{rcl} \boxed{24 \text{ unités en 4 mois}} & \longrightarrow & \boxed{\text{EXTRAPOLATION } 72 \text{ unités/ an}} \end{array}$$

• VALIDATION EN COMEDIMS ET CODIFICATION : avis favorable au référencement sous réserve d'une réévaluation des consommations globales à 6 mois

CONCLUSION

Le **COLLAPAT II®** a été jugé **cliniquement satisfaisant** par les chirurgiens, offrant une meilleure maniabilité et un effet hémostatique intéressant. Son référencement a été validé par la **COMEDIMS**, malgré un surcoût par pose, grâce à un **impact budgétaire global favorable**. Une **réévaluation des consommations à 6 mois** permettra d'ajuster les recommandations et d'évaluer l'intérêt d'une potentielle extension à d'autres indications.



SECURISATION DU CIRCUIT DES DMI DANS UN HOPITAL GENERAL : REALISATION D'AUDIT CROISE

S. TROCHET—GARCIA¹, B. MARIE DIT DINARD¹, A. ABAUT¹, E. RENIER¹, F. COQUEMONT²¹ Service Pharmacie Centre Hospitalier de Fougères, ² Bloc opératoire Centre Hospitalier de Fougères

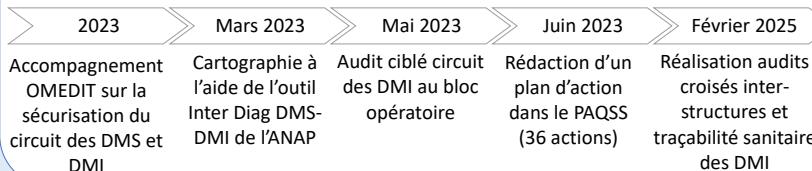
OMEDIT, traçabilité, informatisation

strochetgarcia@gmail.com

170

Introduction

- Règlement européen (UE) 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux
- Arrêté du 8 septembre 2021 relatif au système de management de la qualité du circuit des DMI



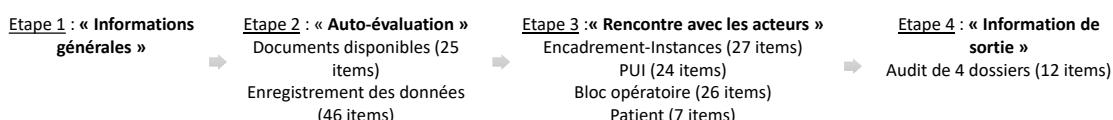
Objectif

Bénéficier d'une évaluation extérieure méthodique et neutre du système de management de la qualité du circuit des DMI afin de :

- Se situer sur l'avancement du PAQSS
- Identifier de nouvelles actions

Matériel et méthodes

- Audit selon grille OMEDIT d'audit croisé « Evaluation de la mise en œuvre du management de la qualité du circuit des DMI »
- Auditeurs : pharmacien responsable circuit DMI, chirurgien orthopédiste RSMQ DMI, IBODE et PPH
- 8 grilles complétées en 2 temps (étapes 1 et 2 en amont de l'audit, étapes 3 et 4 au cours de l'audit) :



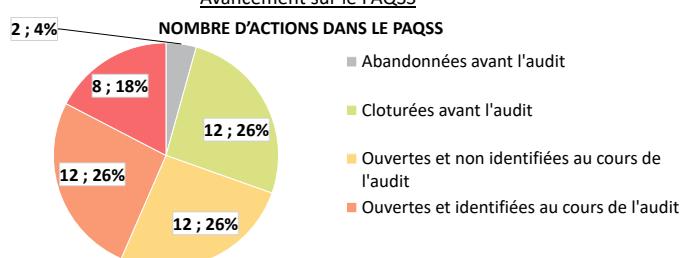
Résultats

Taux de conformité des différents items de l'audit selon les différents secteurs

	Résultats	Encadrement - instances	PUI	Bloc opératoire	Entretien patient
		59 %	60 %	56 %	43 %
Gouvernance	91 %				
Qualité et gestion des risques	68 %				
Système d'information	22 %				
Information patient	22 %				
Réception / stockage	82 %				
Délivrance / transport	64 %				
Pose DMI	50 %				

■ Points forts ; ■ Points développés ; ■ et ■ Points à développer ; ■ et ■ Points critiques

Avancement sur le PAQSS



Conclusion et discussion

Opportunités :

- Mise en évidence de l'**engagement des professionnels** de santé à la sécurisation du circuit des DMI
- **Projet d'informatisation** via le logiciel Sillage **relancé** et mise à jour du système documentaire
- Echanges **pluridisciplinaires** enrichissants

Axes d'amélioration :

- **Informatisation** circuit DMI de la réception à la pose grâce à l'**interopérabilité** des logiciels qui reste actuellement partielle
- **Sensibilisation des professionnels** à l'information patient et traçabilité de la remise des informations
- Mise en évidence manque de **temps** et de **moyens**

Suivre les échecs de pose de DMI en vaut-il la chandelle ?

Poster n°171

E. Nzeyimana (1), C. Mabilat (1), J. Billotte (1), E. Guedon (1), Y. Audurier (1), S. Boucher (1)

(1) Pharmacie, Centre Hospitalier Intercommunal Amboise Château-Renault, secretariat.pharmacie@chicacr.fr

Mots clés : implants, orthopédie, coûts

Introduction

La survenue d'échecs de pose de DMI (EP) lors d'un geste chirurgical est un aléa assez fréquent.

Nous avons décidé de mettre en place un suivi qualitatif et quantitatif des EP afin d'en évaluer le volume financier représenté et secondairement de sensibiliser les équipes du bloc opératoire aux EP répétés et évitables.

Matériel & méthodes



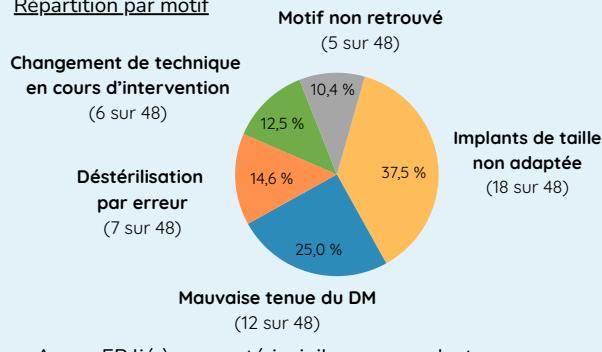
Un recueil des EP transmis par les infirmier(e)s de bloc opératoire diplômé(e)s d'État (IBODE) a été mis en place sur l'ensemble de l'année 2024. Chaque EP devait être justifié, celui-ci était ensuite transmis au laboratoire pour demande de geste commercial par la secrétaire de la PUI. Le tableau de suivi de cette analyse comprend les items : motif, fournisseur, montant demandé, montant perçu. Le temps alloué à ce suivi a été mesuré pour déterminer l'efficience de cette activité. Enfin, une infographie reprenant les différents EP a été réalisée dans le but d'être présentée au conseil de bloc opératoire.

Résultats

En 2024, **48 EP** ont été recensés, ce qui représente 1,3 % des DMI posés sur la période ($n = 3685$) et un EP toutes les 34 interventions avec pose de DMI ($n = 1661$).

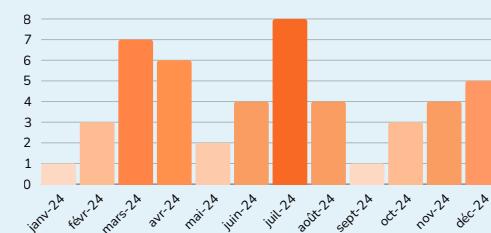
La totalité des EP concernait la **chirurgie orthopédique**, spécialité qui représente 45 % des interventions au sein de notre bloc opératoire polyvalent.

Répartition par motif



→ Aucun EP lié à une matériovigilance ascendante

Répartition sur l'année



Demandes de gestes commerciaux

Auprès de 14 fournisseurs différents

Total des sommes demandées = 13 077 €
Total des sommes récupérées = 5 434 €
→ 41% des sommes attendues récupérées

Temps total de traitement des demandes par la secrétaire de la PUI ≈ 16 heures
(environ 20 minutes par dossier)

Discussion - Conclusion

La somme perçue grâce à la mise en place de cette activité est non négligeable compte tenu du temps investi. Nous allons donc **pérenniser ces demandes** de gestes commerciaux.

En 2025, une **évolution du logiciel de bloc** permettra la saisie des EP par les IBODE ce qui permettra de simplifier le circuit et de faciliter leur analyse.

Une **revue régulière des EP avec l'équipe du bloc** va être instaurée afin d'analyser les types de DMI concernés, la qualification des opérateurs, le niveau de difficulté des interventions, la saisonnalité (périodes de vacances, mise en place de nouvelles techniques/organisations, changements de semestre, changements de marché, ...). Cela permettra de discuter de leur **caractère évitable ou non**, et des actions correctrices à mettre en œuvre pour limiter leur nombre. Pour les tailles non adaptées, motif le plus fréquent, des re-formations par les fournisseurs des implants concernés pourraient être envisagées.



TRAÇABILITÉ DES DMI : IMPACT A 1 AN DU PRÉPARATEUR EN PHARMACIE (PPH) AU BLOC OPÉRATOIRE (BO)

172

M.DUPAS Q.BECHERAS ILEFORT - Service pharmacie - Centre Hospitalier d'Ardèche Nord (CHAN) - Annonay - 07100

Mots clés : qualité, sécurisation, audit Quentin.BECHERAS@ch-ardeche-nord.fr

1 INTRODUCTION

Le Règlement (UE) 2017/745 impose une **traçabilité stricte des dispositifs médicaux implantables (DMI)** afin de garantir la sécurité des patients. Dans notre établissement (CH), un double système est utilisé, **y compris pour l'ostéosynthèse à Usage Unique Stérile :**

- **Traçabilité Papier (TP)** par collage des étiquettes de traçabilités des DMI utilisés sur un support dédié : permet le **renouvellement des stocks et suivi réglementaire** via la retranscription dans notre logiciel métier Pharma.
- **Traçabilité Informatique (TI)** par saisie manuelle des informations (caractéristiques, référence, lot, date de péremption...) de chaque DMI sur le logiciel de bloc (Module IPOP de CristalLink) : permet la **rédaction des documents patients par les chirurgiens**.

Ces traçabilités sont réalisées par les IBODES en per-opératoire, puis contrôlées et retranscrites par les PPH du BO dès que possible (entre 9h et 16h les jours ouvrés).



2 OBJECTIF

- Quantifier et analyser les **non conformités (NC)** de traçabilité identifiées et interceptées par les PPH.
- Analyse des résultats dans le but de la mise en place d'actions de correction

3 MATERIELS ET MÉTHODES



Réalisation **par les PPH** d'un **tableau journalier** des interventions nécessitant la pose d'un DMI pour faciliter le **suivi des traçabilités attendues et retrançrites**.



Vérification de la **concordance de la traçabilité papier et informatique** de chaque DMI par les PPH et **réregularisation immédiate** par le BO en cas de problème.



Relève et caractérisation des NC dans le tableau lors de l'**identification par les PPH**

Analyse **retrospective** des résultats sur un an (début juillet 2023 à fin juin 2024) pour la mise en place de plan d'action.

4 RÉSULTATS



>>> ANALYSE DES 1897 INTERVENTIONS



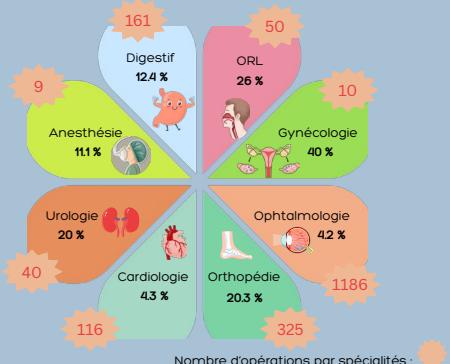
174 traçabilités non conformes identifiées et signalées au BO en temps réel par les PPH :

	Tracabilité papier	Tracabilité informatique
Conforme	1864	1756
Non conforme	30	137
Manquante	3*	4

*12 traçabilités papier ont dû être réclamées par les PPH car non transmises en post opératoire mais seulement 3 d'entre elles n'avaient réellement pas été réalisées

NON CONFORMITÉS EN FONCTION DU TYPE D'INTERVENTIONS

% de NC par rapport au nombre total d'opérations par spécialités



CLASSIFICATION DES NON CONFORMITÉS

Au total, 174 traçabilités non-conformes ont été identifiées, mais étant donné que plusieurs types de non-conformité peuvent être présent pour une même traçabilité, 185 non-conformités ont été classifiées.

DMI sans traçabilité informatique ou papier	58	IDENTIVIGILANCE : absence d'étiquette patient, erreur de patient ou erreur de numéro de séjour	27
Non conformités liées au numéro de lot :	56	Concernant les échecs de pose :	17
<ul style="list-style-type: none"> Absence ou erreur dans le numéro de lot Déférence de numéro de lot entre la TP ou TI Inversion entre la référence et le numéro de lot 		<ul style="list-style-type: none"> Echec de pose non spécifié Inversion entre la référence posée et l'échec de pose 	
Non conformités par manque d'informations autre que le numéro de lot :	14	Traçabilités inappropriées :	13
<ul style="list-style-type: none"> Taille, dioptrie, date de péremption Définitions d'opérateurs entre la TP et la TI 		<ul style="list-style-type: none"> DMI tracé en doublon Tracabilité d'un DM comme un DMI 	

Total : 185

Le taux de non-conformité reste sous-estimé, car pour une intervention et donc une même traçabilité, plusieurs problématiques du même type peuvent être présentes mais n'ont été prises en compte qu'en seule fois

5 DISCUSSION/CONCLUSION



- Importance du PPH dans la sécurisation de la traçabilité : 174 traçabilités non conformes rattrapées
- Mise en évidence de l'importance de faciliter la TI notamment par l'utilisation électronique de l'identification unique des dispositifs (IUD), les NC étant principalement liées à la saisie manuelle

- Nouvelle sensibilisation des équipes en conseil de bloc
- Déploiement au premier trimestre 2025 d'un nouveau logiciel (Easily Bloc) devant permettre de tendre vers une traçabilité unique et fiable.
- Poursuite du suivi des traçabilités par le PPH pour détecter les incohérences

→ Nécessité d'améliorer les processus internes pour garantir la conformité des informations archivées en interne (TP) et transmises aux patients (TI).



MISE EN APPLICATION DE LA NORME NRFIT : Etat des lieux et déploiement 173

Auteurs : M. MASTROTARO¹, A. DURAND¹, J. PICARD¹, F. BOLANDARD², M. CHAUSSARD¹

¹Service Pharmacie, Centre Hospitalier de Narbonne - Bd Dr Lacroix, 11100 Narbonne

²Service d'Anesthésie, Centre Hospitalier de Narbonne - Bd Dr Lacroix, 11100 Narbonne

Mots clés : Sécurisation, anesthésie, coûts



Contact : mirco.mastrotararo@outlook.fr

INTRODUCTION

Norme ISO 80369-6 (2016)

Création d'une **connectique spécifique** aux voies :

- **neuraxiale** (anesthésie rachidienne, périderale)
- **périnerveuse**



But

Sécurisation passive de l'administration des médicaments par ces voies

► Erreurs de voie d'administration en anesthésie ↔ 14 %¹

MATERIEL ET METHODES

- ① Décision pluridisciplinaire d'application de la norme NRFit en COMEDIMS
- ② Identification des services impliqués
- ③ Identification des DM concernés
- ④ Enquête auprès des services

Objectif

Préparation du passage à la **norme NRFit** :

- Analyse des **besoins**
- Evaluation de l'**impact budgétaire**

- ⑤ Analyse des **consommations par service** entre janvier 2023 et juin 2024
- ⑥ **Communications** sur le passage à la norme NRFit auprès des **équipes soignantes**
- ⑦ **Evaluation budgétaire** du surcoût potentiel
- ⑧ Analyse des **réponses de l'appel d'offres** et mise en place des **essais**

RESULTATS

Récapitulation des pratiques des services concernés

Service	Indications en lien avec la transition
Bloc anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> • Blocs locorégionaux • Anesthésie périderale • Rachianesthésie • Blood patch
Bloc obstétrical	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie périderale • Rachianesthésie
Réanimation	<ul style="list-style-type: none"> Blocs locorégionaux : • TAP bloc • Blocs paravertébraux • Blocs interscaléniques Anesthésie périderale
Algologie	Blocs locorégionaux
Radiologie interventionnelle	Infiltrations scano- et échoguidées : <ul style="list-style-type: none"> • Epidurales • Péri-radiculaires • Articulaires postérieures
Pédiatrie	
Urgences	Prélèvement de liquide cérébrospinal à but diagnostique et thérapeutique
Neurologie	

2 usages détournés identifiés

- Aiguille à ponction lombaire (PL) → Ponction pleurale
- Aiguille de biopsie Chiba → Infiltrations périnerveuses
- 1 cas particulier à prendre en compte**
Blood patch

Evaluation de l'impact de la transition

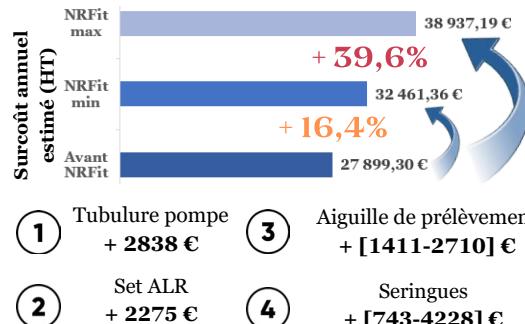
Types d'anesthésie aux blocs (2023), n = 4269



ALR (n = 909) AG (n = 2827) Inconnu (n = 533)

31 références concernées :

- 1. Impact sur le **livret thérapeutique** des **DM référencés**
- + - ↗
- 14 références 4 références 15 références**
- 2. Impact **économique**



DISCUSSION ET CONCLUSION

Biais

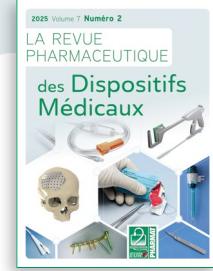
- **Estimation approximative** des besoins
- Transition en **deux étapes** : surcoût lié aux aiguilles à PL non pris en compte
- Points critiques : **Blood patch, adaptateurs**

Conclusion

- Surcoût estimé à valider institutionnellement
- **Bénéfice** sur la **sécurité des soins** difficilement évaluables (Manque de données précises sur le **nombre d'erreurs évitées**)
- Réévaluation nécessaire pour vérifier l'exhaustivité du livret

¹Abeysekera A, Bergman LJ, Kluger MT and Short TG. Drug error in anaesthetic practice: a review of 896 reports from the Australian Incident Monitoring Study database. Anaesthesia. 2005;60: 220-7.

2025
Volume 7
N° 2



Stérilisation hygiène





AUDIT DES CONDITIONS DE STOCKAGE DES DISPOSITIFS MEDICAUX REUTILISABLES DANS LES UNITES DE SOINS

N°176



A. CARTON ; L. FORTRIE ; G. RENAUX; A. ELLART ; M. FLAIS ; A. SECQ

CH de Dunkerque, lea.fortrie@ch-dunkerque.fr

Mots-clés : Stérilisation, Conditionnement, Qualité**Introduction**

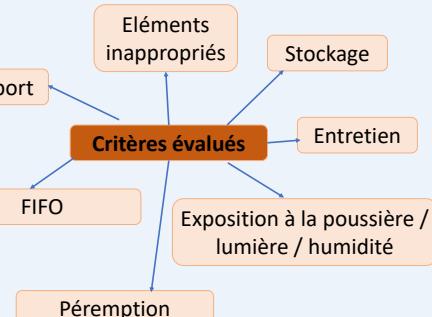
L'emballage en stérilisation hospitalière permet le maintien de la stérilité des dispositifs médicaux réutilisables (DMR). 17 services stockent des DMR (hors blocs). Dans une démarche écologique, économique et logistique, une transition du double au simple emballage est envisagée

Evaluation les conditions actuelles de stockage des DMR

Détermination de la faisabilité du changement

Matériel et méthode

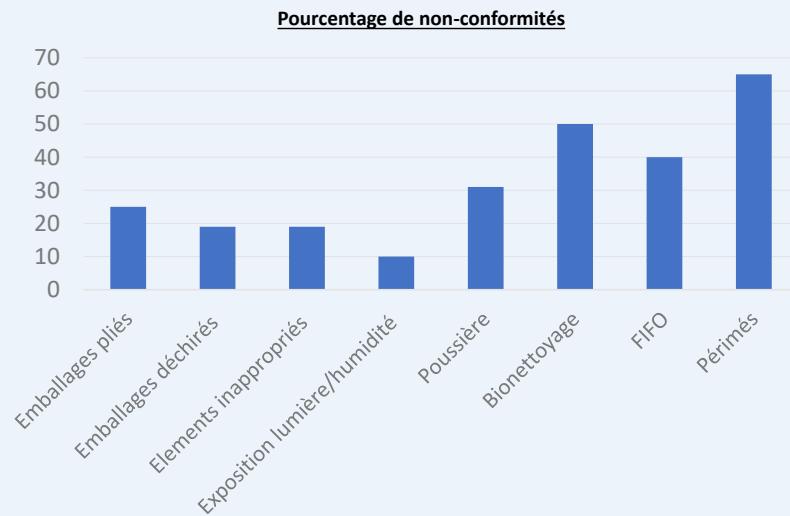
- Audit réalisé en binôme pharmacien/ préparateur
- + Grille d'évaluation

**Référentiels**

- Bonnes pratiques de pharmacie hospitalière
- + Guide de la SF2S

Résultats

100 % d'utilisation d'un bac de transport

**Discussion - Conclusion**

- Mise en évidence des non-conformités du stockage des DMR.
- Au vu des résultats, le choix a été fait de repousser le projet du passage au simple emballage.

Perspectives

- Des campagnes de formations ciblées sur les bonnes pratiques
- L'audit sera à nouveau réalisé par la suite afin de voir si les mesures prises ont permis d'améliorer les pratiques et réenvisager le projet initial.



LA PREDESINFECTION DES ERREURS : RETROUVEZ LES NON CONFORMITES !

A. CARTON ; M. DESCOURS ; N. DRIDI ; J. DI PAOLO ; S. BOUFFART ; A. DANIELOU

CH de Tourcoing, mdecours@ch-tourcoing.fr

Mots-clés : Stérilisation, Formation, Qualité

INTRODUCTION :**La prédesinfection** = étape clé du processus de stérilisation.

Au sein du CH la réception et la validation des dispositifs prédesinfectés se fait dans l'unité de stérilisation.

➡ De nombreuses non-conformités (NC) sont observées sur cette étape

OBJECTIFS :

- ➡ Réaliser une formation ludique sous la forme d'un atelier des erreurs
- ➡ Sensibiliser les agents de stérilisation à repérer les NC et les signaler
- ➡ Echanger en équipe sur les NC moins maîtrisées

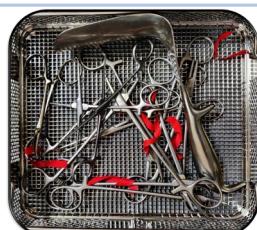
MATERIEL ET METHODES :

8 bacs de prédesinfection contenant du matériel fictif avec leurs fausses fiches de liaison.

Chaque agent à 15 minutes de façon individuelle pour retrouver les **28 NC** présentes (thèmes des NC: risque prion, bacs de pré-désinfection, fiche de liaison, instrumentation).

Correction en équipe avec mise en avant des NC les moins repérées et échanges avec les agents.

Questionnaire de satisfaction sur l'atelier complété par les agents à l'issue des échanges.

**RESULTATS** ➡ 13 agents (87%) ont participé à l'atelier

50 % des NC retrouvées

% de NC retrouvées

38 % Satisfait
62 % Très satisfait

100% de satisfaction

% de Satisfaction

**Thème de NC les plus retrouvés :**

risque prion, feuille de liaison

Thèmes les moins retrouvés :

bacs de trempage, instrumentation

DISCUSSION

- Satisfaction globale de l'équipe
- Evaluation des connaissances des agents
- Mise en évidence des notions nécessitant un rappel



- Plusieurs NC non retrouvées, % des NC retrouvées faible
- Mise en situation ou consignes pas très bien comprises et induisant des erreurs d'inattention



- Pérennisation annuelle de l'atelier
- Adaptation du format sur d'autres sujets tels que le conditionnement ou la validation de cycles
- Analyse de l'évolution du nombre de signalement des NC.



Mise en place du stand up meeting (SUM) dans un service de stérilisation

LAVOUÉ A¹, INGHELS Y¹, VERRYSER F¹, RADOURBÉ F¹
 1 : pôle pharmacie, service de stérilisation, Centre hospitalier de Valenciennes¹

Mots clés : Mots clés : Qualité / Formation / Management

alexalavoue@hotmail.fr

N°178



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

Introduction

- Stand up meeting : réunion de 15 minutes maximum
- Regroupement de l'équipe du service une fois par semaine

Objectifs

- Identification et résolution des irritants du service
- Améliorer la qualité de vie au travail
- Rendre l'équipe autonome sur la gestion du SUM

Matériel et méthodes

Avant la mise en place du projet

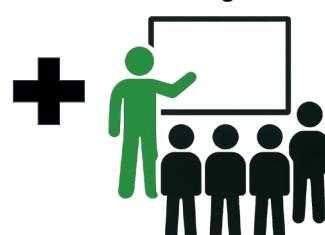
3 formations qualité données à l'initiateur du projet



Formation à l'équipe de stérilisation sur le SUM



Formation des chefs de réunion à diriger un SUM



Sélection d'indicateurs qualité :

- De suivi (nombre de participant)
- De performance (taux de fiches identifiées comme irritant, taux d'irritants résolus, taux de récidive)

Pendant les réunions : utilisation de différents supports

Fiche idée d'amélioration

Date d'émission
Problème
Proposition/suggestion d'amélioration
Comment cela améliorera le quotidien pour le patient/le professionnel ?
Nom de la personne ayant renseigné la fiche
Date

Tableau de suivi des irritants

Noms des irritants	Action	Qui	Date début	Date fin	Indicateur et fréquence	Objectif	Nombre total d'irritants	Séries								Remarques	
								S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	
Irritant 1	Actions 1	Personne 1	01/01/2025	31/03/2025	Nombre d'irritants	Objectif 1	10	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	Objectif atteint
Irritant 2	Actions 2	Personne 2	01/01/2025	31/03/2025	Nombre d'irritants	Objectif 2	5	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	Objectif atteint
Irritant 3	Actions 3	Personne 3	01/01/2025	31/03/2025	Nombre d'irritants	Objectif 3	3	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	Objectif atteint
Irritant 4	Actions 4	Personne 4	01/01/2025	31/03/2025	Nombre d'irritants	Objectif 4	2	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	Objectif atteint
Irritant 5	Actions 5	Personne 5	01/01/2025	31/03/2025	Nombre d'irritants	Objectif 5	1	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	Objectif atteint

Résultats

Entre le 11/02/2025 et 08/04/2025 :

88,9%

Taux de réunions assurées

15, 3

Nombre moyen de participants par réunion

100%

Taux de problèmes remontés identifiés réellement comme des irritants

38%

Taux de résolution des irritants sur la période

0%

Taux de récidive des irritants

Discussion/Conclusion

- Bonne compréhension de l'équipe sur la différenciation non-conformité/irritant
- Implication de l'équipe à améliorer la qualité de vie au travail
- Bonne efficacité des actions correctives **prises collégialement**

Limites :

- Recul nettement insuffisant
- Nécessité d'une réévaluation à 6 mois

OPTIMISATION DE LA COMPLÉTÉTUDE DES BOÎTES D'OPHTALMOLOGIE : ANALYSE DES DÉFAILLANCES, GESTION DES STOCKS ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

N°179

Abdelouhab I. (1) ; Nolin CH. (1) ; Chamorey AL. (1)

Mots-clés : Stérilisation, AMDEC, Risque

(1) Pharmacie, CHU Pasteur, Nice - Contact : imman.abdelouhab@gmail.com

INTRODUCTION - OBJECTIFS

La complétude des boîtes d'ophtalmologie est un enjeu majeur pour la sécurité des patients et la qualité des soins. Ces boîtes, composées d'instruments de micro-chirurgie spécifiques, nécessitent un suivi rigoureux à chaque étape du cycle de stérilisation. Des défaillances peuvent compromettre la disponibilité des instruments, générant retards ou complications per-opératoires.

Identifier les points critiques du processus, analyser les fragilités et défaillances du circuit et mettre en place des actions correctives afin d'optimiser la complétude des boîtes et d'améliorer la prise en charge et la qualité



MATERIEL & MÉTHODES

- > Méthode AMDEC (Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité) menée en travail pluridisciplinaire pour identifier et classer les défaillances.
- > Mise à jour des listings dans le logiciel HMSté pour toutes les boîtes d'ophtalmologie.
- > Recherche d'équivalences pour certaines références manquantes.
- > Inventaire exhaustif pour recenser les instruments manquants lors de l'étape de reconstitution.
- > Réintégration des instruments "dormants" ou inutilisés présents dans les armoires du bloc dans les boîtes incomplètes.

RESULTATS

AMDEC

Avant actions correctives : 40,7 % de boîtes incomplètes

- 1- Identification des défaillances
- 2- Classement des défaillances selon la gravité, la fréquence et la criticité
- 3- Mise en place d'actions correctives

		NIVEAU DE CRITICITÉ				
		Classes de Gravité				
		G1	G2	G3	G4	G5
V1				Acceptable	3	3
V2		3	1		2	2
V3		3		Tolérable sous contrôle	2	1
V4			2	2	2	
V5		2	2	1	1	1

AMDEC

Types de défaillances	Défaillance	Impact	Gravité	Fréquence	Criticité	Actions correctives
Organisationnelle	Manque de communication entre le personnel de la stérilisation	Les manquants ne sont pas signalés aux encadrants et/ou pharmaciens : certains instruments ne sont pas commandés, ce qui laisse les boîtes incomplètes.	1	4	2	Renforcement de la communication entre toutes les équipes
	Manque de communication entre le personnel du bloc et le personnel de la stérilisation	Problématiques du bloc pas systématiquement remontées à la pharmacie : retard dans la mise en place d'actions correctives				
Techniques	Lors de la reconstitution, HMSté ne permet pas de tracer chaque instrument : les manquants sont reportés uniquement sur une "féclette" papier accompagnant la boîte, sans traçabilité informatique.	Les pharmaciens ne disposent pas du détail des références manquantes dans les boîtes signalées comme incomplètes sur HMSté, ce qui ne leur permet pas d'anticiper les commandes	2	5	2	Mise à jour des listings sur HMSté, en incluant un pointage par instrument pour permettre aux agents de sélectionner les instruments manquants lors de la reconstitution et faciliter leur identification ultérieure par les pharmaciens
Humaines	Erreurs lors du tri des instruments au bloc après l'intervention chirurgicale et lors de l'étape de reconstitution en stérilisation.	Perte ou disparition d'instruments en cas de mauvais tri au bloc. Boîtes incomplètes ou mal recomposées en stérilisation.	2	1	3	Renforcer la vigilance au bloc et à la pharmacie, formation des équipes notamment pour les nouveaux arrivants et mise à jour des connaissances
Matériel	Instruments endommagés lors des interventions chirurgicales ou lors du transport des boîtes	Instruments non fonctionnels	2	1	3	Remplacement des calages défectueux et ajout d'embouts de protection pour les instruments fragiles : pinces à microfilament (pince de Moria et d'Elischnig) et bimanuelles

Résultats à 1 mois (1^{er} septembre 2024 au 30 septembre 2024) :

- 147 instruments « dormants » recensés au bloc → 28 % de ces instruments ont été réintégrés pour compléter les boîtes incomplètes **OPTIMISATION DES RESSOURCES**
- 13 boîtes contenant des calages défectueux → 8 boîtes avec calages remplacés.
- 17 boîtes contenant 20 instruments fragiles à microfilaments → mise en place systématique d'embouts de protection pour tous les instruments.
- 3 sets de poignées microscope → 1 set inutilisé retiré **AMÉLIORATION DE LA GESTION DES STOCKS**

Assurance qualité et évaluation des améliorations :

- **Suivi des résultats :** mise en place d'un suivi mensuel grâce à l'indicateur de performance « taux de complétude des boîtes d'ophtalmologie » pour garantir la qualité, anticiper les commandes et assurer la disponibilité des instruments.
- **Analyse des feedbacks :** création de 2 enquêtes de satisfaction auprès du personnel de stérilisation et du bloc opératoire pour détecter les problèmes persistants et favoriser l'amélioration continue.
- **Réajustement des listings :** adaptation régulière des listings et pratiques selon les données recueillies afin de répondre aux besoins évolutifs du bloc.

DISCUSSION/CONCLUSION

- ✓ La stérilisation des instruments d'ophtalmologie requiert un contrôle rigoureux à chaque étape du circuit pour prévenir tout risque infectieux et pour assurer la complétude des boîtes.
- ✓ L'analyse AMDEC a révélé des défaillances organisationnelles, humaines, techniques et matérielles, en particulier liées au manque de communication, à l'absence de protection des instruments fragiles et à l'insuffisance d'outils de suivi performants.
- ✓ Les mesures mises en place incluent : amélioration de la communication inter-équipes, formation du personnel, protection des instruments fragiles et suivi mensuel basé sur un indicateur de performance (taux de complétude des boîtes).
- ✓ Ce modèle, fondé sur la traçabilité et l'évaluation régulière, améliore la qualité et présente un fort potentiel de **déploiement dans d'autres spécialités**.



PRE-DESINFECTION AU BLOC OPERATOIRE: EVALUATION DES NON-CONFORMITES

DELPORTE L.¹; ARNOULD C.¹; PRUVOT S.²; HOUBERT A.¹; REAL L.¹; LASCHINSKI B.¹

1. Institut de Pharmacie, CH d'Arras, Arras, France

2. Bloc opératoire, CH Arras, Arras, France

Mots clés: Stérilisation, Audit, Qualité



CONTEXTE



La pré-désinfection est une étape pluriprofessionnelle

Des erreurs à ce stade peuvent persister jusqu'à la stérilisation

OBJECTIF



Evaluer la fréquence et la nature des non-conformités (NC) observées lors de la pré-désinfection au bloc

METHODOLOGIE



Audit réalisé sur **2 semaines** au sein de notre stérilisation relais



Toutes les compositions du bloc opératoire (CO) ont été analysées par un AS et un externe en pharmacie



Les données recueillies comprenaient :

- Date
- Identification de la CO
- Spécialité chirurgicale
- L'équipe en salle
- Recueil des non-conformités observées

850 CO analysées

340 interventions

45% Orthopédie-traumatologie
15% Chirurgie vasculaire
14% Chirurgie viscérale
10% Gynécologie

9,4 % de non-conformités

La proportion de NC par CO :

12% pour la chirurgie vasculaire
11% pour l'orthopédie-traumatologie
8% pour chirurgie viscérale
8% pour la gynécologie

Les principales NC observées étaient :

- 29% : présence d'instruments issus d'autres compositions ou instruments manquants à l'arrivée en stérilisation relais
- 13% : instruments non immergables non désinfectés au préalable
- 11% : présence de dispositifs à usage unique dans la composition
- 10% : instruments revenus non démontés

Certaines compositions ont révélé des taux de NC plus élevés :

- 23% pour la composition coelioscopie base
- 16% pour les compositions contenant des moteurs

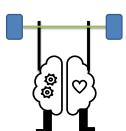
DISCUSSION / CONCLUSION



L'audit a permis d'identifier les non-conformités les plus fréquentes ainsi que de cibler les services et les compositions les plus impactés



Nécessité de renforcer l'organisation, la vigilance et la formation des équipes
Exemple: L'oubli du démontage et de désinfection des DMR non immergables



Ainsi, une formation de simulation a été créée à partir de cet audit



Tous les IBODE ont été reformés

Les résultats de l'audit leurs ont été présenté lors du débriefing de cette séance



Ces formations ont permis de recréer du lien entre notre stérilisation relais et le bloc en reprenant les rôles et les contraintes de chacun



Un nouvel audit sera réalisé en septembre, selon la même méthodologie, afin d'évaluer l'impact de cette formation

2025
Volume 7
N° 2



Démarche écoresponsable





Centre Hospitalier de Lens

METHODOLOGIE POUR LA CREATION ET LE REFERENCEMENT DE CUSTOMS PACKS DESTINES AU BLOC OPERATOIRE

N°13

Steinle.M, Coradazzi.O, Moreau.C, Combe.L

Mots clés : Trousses, Sur mesure, Analyse

Pharmacie à usage intérieur, Centre Hospitalier de Lens

marine.steinle.etu@univ-lille.fr

INTRODUCTION / OBJECTIFS :

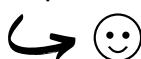
Nouvelle organisation au Bloc Opératoire (BO) en raison du projet de mise en place d'un **transtockeur**.



Lieux de cueillette multiples (capacité de stockage limitée du transtockeur, nécessité de conserver un local pour les DM satellites).



Comment optimiser la préparation des Interventions Chirurgicales (IC) ?



Solution : **utilisation de trousse "sur mesure" ou Customs Packs (CP)** : éléments de drapage et d'habillage et tous autres DM stériles indispensables à une intervention, regroupés dans un seul emballage stérile.



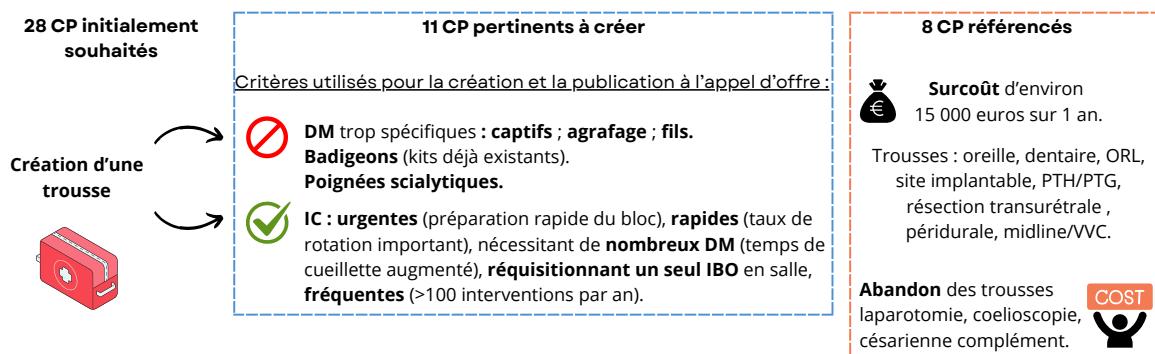
Les objectifs sont de créer et de référencer des CP adaptés aux besoins du BO et d'uniformiser les pratiques chirurgicales.

MATERIEL & METHODES :

- 1 Création d'un **groupe de travail pluridisciplinaire** : pharmacien ; interne en pharmacie ; infirmiers de bloc opératoire (IBO) référents (chirurgie viscérale, ORL, ortho-traumatologie, obstétrique,...) et cadres du service.
- 2 **Paragraphe** réalisé auprès de fournisseurs de CP et d'autres établissements de santé.
But : **identifier les éléments constitutifs et les critères favorables à la création de CP**.
Recensement de tous les DM utilisés par intervention et **discussion sur les pratiques, uniformisation**.
- 3 Etablir la liste des **DM socles** de chaque intervention et cibler celles pour lesquelles la création d'un CP est **pertinent**.
- 4 Rédaction du **catalogue des besoins** et publication via un appel d'offre. Analyse des échantillons et mise en place d'essais.
Evaluer l'impact financier de ce référencement (prix de la trousse vs prix des DM individuels).



RESULTATS :



DISCUSSION / CONCLUSION :

Plusieurs activités opératoires couvertes par 8 trousse de composition uniformisée.

- ✓ Optimisation de l'étape de **préparation** des interventions par la **diminution du temps de cueillette**.
- ✓ Optimisation de l'étape de **dispensation** pharmaceutique par la **diminution de la dotation du bloc en DM satellites**.
- ✓ La prochaine étape serait de quantifier le **gain en efficience au bloc** et le **volume des déchets épargné**, dans un contexte d'augmentation de l'activité chirurgicale et de développement durable.





OPTIMISATION DE LA GESTION DES COMMANDES ET DES STOCKS : VERS UNE LOGISTIQUE PLUS DURABLE

F. KUBIAK, N. DELBARRE, P. ODOU

Centre Hospitalier Universitaire de Lille

Mots clés : approvisionnement, amélioration, environnement

15

Mail : nicolas.delbarre@chu-lille.fr

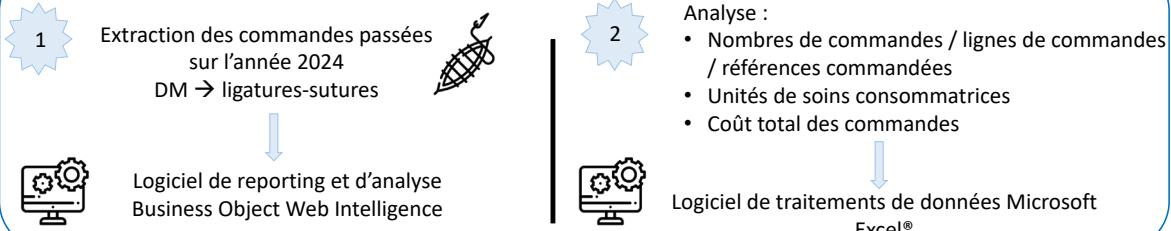
Introduction

Dans le cadre d'un nouveau marché sur la gamme des dispositifs médicaux (DM) ligatures-sutures, un des fournisseurs retenu applique des frais de port à hauteur de 15€ pour toutes commandes inférieures à 200€ Hors Taxes (HT).

Objectif

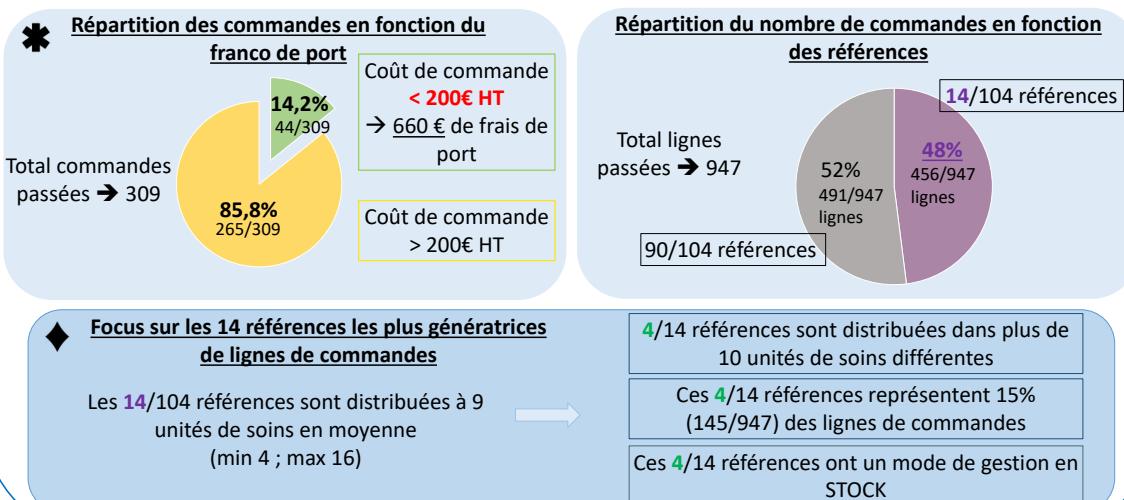
L'objectif est d'évaluer les commandes de ce fournisseur et d'estimer le surcoût annuel afin d'identifier des axes d'améliorations logistiques.

Matériels et méthodes



Résultats

Sur l'année 2024, un total de **309** commandes a été passé, ce qui représente **947** lignes de commandes et correspond à **104** références différentes. Sur les 104 références, **4,8%** (5/104) sont gérées en STOCK et représentent 55 lignes de commandes. **95,2%** (99/104) des références sont gérées en HORS STOCK et représentent 892 lignes de commandes.



Conclusion

- Le surcoût généré par les 44 commandes < 200€ HT est négligeable et non suffisamment impactant pour justifier des modifications des pratiques actuelles.
- 4/14 références ont été validées pour un changement de mode de gestion avec un passage du mode **HORS STOCK → STOCK**.
Attendu : diminution d'environ 100 lignes de commandes

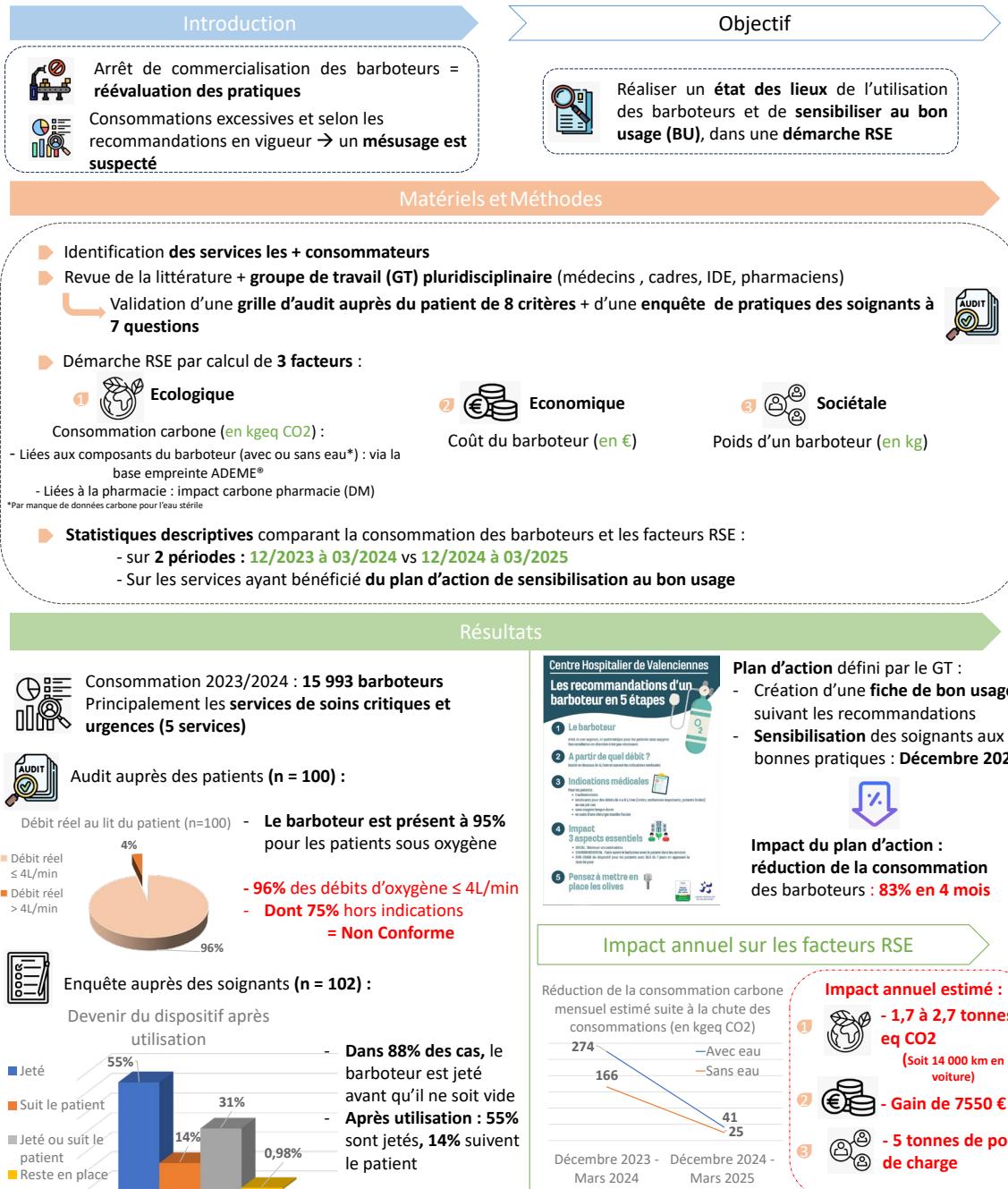
L'analyse de ce fournisseur a donc permis d'élaborer un plan d'amélioration logistique sans grand bouleversement pour le magasin de stockage et ses agents. L'exécution du plan d'action va réduire le nombre de commandes ainsi que le nombre de livraisons en les regroupant de manière stratégique.

Barboteurs : Sensibilisation et impact RSE (responsabilité sociétale des entreprises)

N°37

L. DUFRESNE ; A. LAVOUE ; MD. CLERY ; N. DAQUET ; M. DESQUIENS ; P. DRANCOURT
CH de Valenciennes, drancourt-p@ch-valenciennes.fr

Mots-clés : oxygénothérapie, audit, bon usage





CONDITIONNEMENT RÉDUIT EN CARTON, UN CHOIX DURABLE ?

Cherkaoui Salhi I., David W., Merlin C., Drancourt P., Huchette M., Boyer J.



POSTER
N°127

Mots clés : Analyse, Emballage, Risque

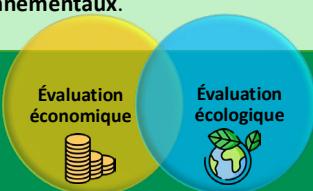
Centre hospitalier de Valenciennes
imane.cherkaoui-salhi.etu@univ-lille.fr

CONTEXTE

- Contrainte de stockage forte en lien avec une augmentation de l'activité :
 - Proposition conditionnement grand volume: les palbox.
 - Pour nos trousse personnalisées à forte consommation.
 - Trousse à forte génération de déchets (décartonnage) et manutention importante.

OBJECTIFS

- Évaluation de l'impact sur notre capacité de stockage, sur les aspects économiques et environnementaux.



MATÉRIEL & MÉTHODE



- Création d'un groupe pluridisciplinaire (préparateurs, opérateurs de commandes, pharmaciens, hygiénistes, cadre).
- Identification des références éligibles à un format palbox (+ de 600 trousse dispensées/an).
- Simulation de la réorganisation de l'espace de stockage de la PUI.
- Quantification des déchets générés (kg) avant (cartons classiques) /après (palbox).
- Calcul du coût lié au changement de conditionnement.
- Calcul des coûts et de l'impact carbone des déchets (eq.CO₂) avant/après à l'aide de la base Empreinte ADEME et du bilan carbone.



RÉSULTATS



Projection gain de stockage:

- 7 références sont éligibles au palbox = 0,0023% de nos références stockées.
- Libération de 4 emplacements palettes en conservant ou augmentant la couverture de stock actuelle.



Sur le plan économique:

- Augmentation du PUHT d'environ + 2% soit projection du surcoût annuel de 5662 €/an.
➤ Négligeable par rapport au budget annuel (+0.02%)
- Diminution du coût lié à la gestion des déchets (élimination et revalorisation par le recyclage) : - 97€/an

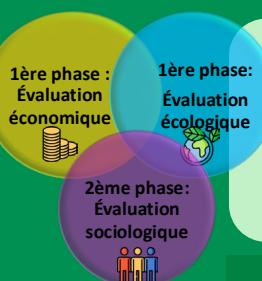
Sur le plan environnemental :



- 1556 kg/an déchets cartonnés.
- 1544 kg eq.CO₂ soit : 213 A/R Paris - Berlin en TGV



- En passant que 7 références en format palbox on diminue de - 0,81% de l'empreinte carbone globale du service (190540,475 kg eq. CO₂).



DISCUSSION/CONCLUSION

- Impact économique défavorable mais acceptable.
- Impact environnemental très favorable.
- Impact sur la capacité de stockage très favorable.
- Évaluation impact sociétal: poursuite de l'étude par un test vie réelle et évaluation satisfaction utilisateur et sécurisation du circuit logistique jusqu'aux bloc opératoires.

Retrouvez la communication orale de ce poster sur le site internet des journées 2025 : <https://www.euro-pharmat.com/editions-precedentes/6707-35emes-journees-euro-pharmat-bordeaux-2025>

DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DÉVELOPPEMENT DURABLE : ÉLABORATION D'UN OUTIL D'AUTODIAGNOSTIC DESTINÉ AUX PHARMACIENS DU SECTEUR DM

L. ROUX-DEBOFFLE (loris.roux-deboffle@etu.u-paris.fr), A. GUIBERT, M. FONTENEAU, M. GUERRAULT-MORO
Mots-clés : Responsabilité sociétale des entreprises, autoévaluation, plan d'action
Centre hospitalier de Poissy Saint-Germain-en-Laye, Poissy

131

B	C	D
---	---	---

INTRODUCTION

En France, les dispositifs médicaux ont un impact environnemental non négligeable (21% des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé). Face aux enjeux croissants du développement durable (DD), notre objectif était de mener une enquête auprès de pharmaciens pour recenser les actions environnementales mises en place dans leurs établissements. Et de développer, à partir de ces données, un outil d'autodiagnostic pour les accompagner dans l'évaluation de leur démarche DD dans le secteur des DM.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Rédaction et diffusion d'un questionnaire <ul style="list-style-type: none"> Questionnaire sous format Google Forms® destiné aux pharmaciens du secteur des dispositifs médicaux. Envoyé par mail à 170 destinataires (160 adhérents centrale d'achat RESAH et 10 membres d'Euro-Pharmat) Nombre de réponse minimum attendues = 30 Période de recueil : 6 mois 	Elaboration de l'outil à partir des réponses <ul style="list-style-type: none"> Outil créé avec le logiciel Excel® Bibliographie autour de la RSE dans le domaine des DM A partir des réponses au questionnaire Autres outils dédiés au DD
---	---

RÉSULTATS

Rédaction et diffusion d'un questionnaire

18 Questions réparties en trois thématiques :

- Informations sur les pharmaciens – 4 questions
- Dans quel type d'hôpital exercez-vous ?
- Démarches de développement durable mises en place sur l'établissement et à la pharmacie – 10 questions
- Connaissances générales à propos de la responsabilité sociétale des entreprises (RSE) – 4 questions

Elaboration de l'outil à partir des réponses

54 réponses à l'échelle nationale soit un taux de réponse de 31,8% (54/170)

36 actions différentes répertoriées selon leur pilier RSE correspondant :

- Pilier social – 4 actions
- Pilier économique – 6 actions
- Pilier environnemental – 26 actions

Mode d'emploi

Présentation de l'outil, de ses objectifs et de son fonctionnement.

Actions mises en place

- Compte 35 questions réparties en six axes :
- Personnel – 4 questions
- Locaux et matériel – 10 questions
- Achats – 4 questions
- Logistique – 5 questions
- Utilisation – 5 questions
- Déchets – 7 questions

- Pour chaque question, choix des réponses via un menu déroulant :

Réponse	Accèsibilité
Oui	Facile ou Réalisé
En cours ou partiellement	Moyenne
En réflexion	Difficile
Non	Très difficile

Base de données

Formules pour créer le plan d'action et le diagramme araignée

Plan d'actions

- Création du plan d'actions en classant les actions par statut (réalisé ou non) et par accessibilité (facile à mettre en place ou non).
- Représentation graphique des résultats via un diagramme araignée

DISCUSSION / CONCLUSION

Le fonctionnement de cette première version de l'outil reste encore rudimentaire. Il a vocation à évoluer grâce aux retours des utilisateurs, en intégrant progressivement des formules plus complexes et des questions plus ciblées. Basé sur la littérature scientifique, l'outil identifie des leviers concrets à fort impact environnemental pour aider les pharmaciens à évaluer la maturité de leur démarche RSE dans le domaine des DM. Une campagne d'évaluation est en cours auprès de pharmaciens hospitaliers (voir QR code ci-après), n'hésitez pas à le tester et à donner votre avis !



ELABORATION D'UN SET DE POSE DE VOIE VEINEUSE CENTRALE DANS UNE DEMARCHE RSE : EVALUATION DES BESOINS ET ANALYSE DES OFFRES



Rouquier.N¹, Szkudlara.L¹, Lefebvre.B¹, Zampa.J¹, Pecani.D¹
Pharmacie à usage intérieur, service approvisionnement des produits de santé, CHU de Toulouse¹
rouquier.n@chu-toulouse.fr

n°134
Bordeaux 2025

Mots clés : Référencement, standardisation, coût

Introduction :

Au sein de notre établissement, les services qui posent des cathéters veineux centraux (CVC) utilisent un set de pose de VVC (voie veineuse centrale) qu'ils préparent individuellement à partir de DM présents en satellite.

La composition de ce set peut varier selon l'utilisateur ou la localisation du cathéter. Dans le cadre d'une démarche RSE (Responsabilité sociétale des entreprises), nous avons reçu une demande de référencement d'un set unique pour l'établissement sans DM suremballés.



Objectif : Afin d'harmoniser les pratiques, nous avons voulu évaluer les besoins des services et analyser les offres fournisseur pour proposer un set unique sans suremballages.

Résultats :

→ 6 services ont été inclus dans l'analyse :

- ❖ En moyenne, 15 DM constituaient les sets
- ❖ Après plusieurs réunions d'analyse, 6 DM communs ont été retenus :
 - 1 champ de soins
 - 5 compresses
 - 1 champ fenêtré
 - 1 scalpel jetable
 - 3 prolongateurs avec robinet 3 voies
 - 1 aiguille de suture avec fil

→ 5 fournisseurs identifiés :

Critères	Fournisseurs (n=5)	Remarques
Répondant aux besoins	2	Retenus ✓
Sets incomplets	1	Retenus ✓
DM suremballés	2	Exclus ✗

✓ 3 fournisseurs retenus

✗ 2 fournisseurs exclus pour sur-emballage

→ Coût moyen (en euro) des sets fournisseur versus le coût des DM unitaires référencés sur le CHU :

Surcoût avec les sets fournisseurs : 4,99€

	Sets fournisseurs	DM unitaires référencés sur le CHU
Coût	10,49 €	5,5 €

→ Provenance des dispositifs :

	DM unitaires	Set fournisseur 1	Set fournisseur 2	Set fournisseur 3
Champ de soins	Chine	Suisse	France	Chine
Compresses	France	Chine	Chine	Angleterre
Champ fenêtré	France	Chine	Chine	Taiwan
Scalpel jetable	Inde	Angleterre	Inde	Angleterre
Prolongateurs	France	Pas d'information	France	Italie
Aiguille + suture	Espagne	Non présent	USA	Pas d'information

Dispositifs des sets :

✗ Provenance > 4 pays

✗ La majorité de Chine

✗ 16% de France

Dispositifs unitaires :

➔ 50% de France

Discussion :

- Ce travail a permis d'identifier les besoins communs des services.
- Les 6 DM identifiés sont insuffisants pour la pose des VVC ; chaque service devrait avoir en satellite des DM supplémentaires ce qui revient à reconstituer le set.
- Bien qu'un set unique simplifie la gestion des stocks et assure une uniformité des pratiques, le coût est plus élevé. Dans une logique RSE, la provenance majoritairement étrangère des DM des sets reste un point à améliorer.



Conclusion : Il a été décidé de ne pas référencer de set unique compte tenu des variations de besoins, de la provenance des DM présents dans les sets et des coûts associés.



EMBALLAGES DES DMS : QU'EN PENSE LE BLOC OPÉRATOIRE?

M. AOUAOUCHE⁽¹⁾, L.VEYSSERE⁽¹⁾, D. BOURIN⁽¹⁾, V. CHASSEIGNE⁽¹⁾⁽¹⁾ CHU NîmesPoster N° :
135

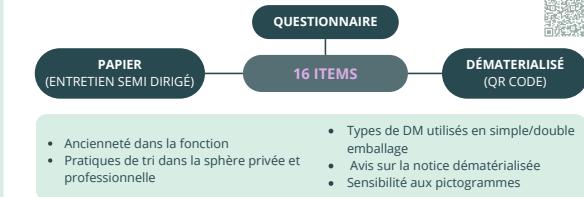
INTRODUCTION

Au bloc opératoire, **simple** et **double** emballages coexistent. A date, aucune recommandation n'impose le double emballage pour les DMS.

OBJECTIFS

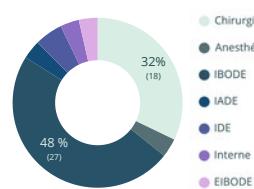
- Analysé les **pratiques** et **ressentis** au bloc opératoire.
- Identifier des leviers en faveur d'une **démarche plus éco-responsable**.

MATÉRIELS ET MÉTHODES



RÉSULTATS

Fonction



Aisance ressentie quant aux filières de tri dans :

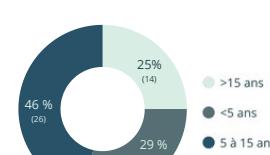


43 %
(24)

pour qui l'emballage ne constitue pas un critère de choix du DM

- Le prix ou la qualité technique jugés plus déterminants

Ancienneté



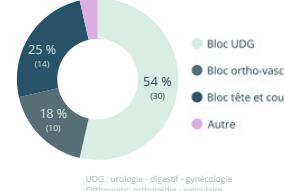
Utilisation de DMS emballés dans un seul emballage :



73 %
(41)

jugent utile de voir le DM à travers son emballage

Secteur



D'un point de vue sécuritaire

Importance de la nature des matériaux de l'emballage



La présentation de DMS en simple emballage vous paraît-elle suffisante ?



98 %
(55)

souhaitent la présence d'un pictogramme de recyclabilité des emballages permettant de faciliter le tri de ces derniers

93 %
(52)

souhaitent la présence d'une notice dématérialisée afin de réduire les déchets en salle

32 %
(18)

seraient prêts à passer au simple emballage pour tous les DMS



DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette étude, réalisée en local au CHU de Nîmes, complète la **démarche nationale** portée par la SPFDM (Euro-Pharmat), la SF2H, la SF2S et l'Unaibode pour recenser les pratiques au bloc opératoire.

Elle met en lumière la volonté des répondants de **réduire les déchets** et d'**améliorer le recyclage**, tout en insistant sur la notion de sécurité, quel que soit le type d'emballage utilisé.



Un recensement des DMS en double emballage pouvant passer en simple emballage est en cours et ce critère de choix sera intégré dans les futurs cahiers des charges.





ET SI ON SOIGNAIT AUSSI NOTRE PLANÈTE AVEC UNE EQUIPE PHARMACEUTIQUE DURABLE ?



N°136

A. BROS, J. SCHOLLER, N. REEB, L. CLARETON, S. WISNIEWSKI, B. GOURIEUX

Service de Pharmacie-Stérilisation – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg / sandra.wisniewski@chru-strasbourg.fr

Mots clés: Environnement, Ecologie, Pharmacie

Introduction & Objectif

A l'ère de la transition écologique, devrions-nous également parler de transition pharmaceutique?



Le groupe de travail EcoPHUS du service Pharmacie-Stérilisation a été créé en 2022. Disposant d'une représentativité de l'ensemble des secteurs pharmaceutiques et statuts professionnels, 16 membres du groupe œuvrent pour fédérer et valoriser les initiatives du service. Après 3 ans, nous avons souhaité réaliser le bilan des actions mises en place.



Matériel & méthodes

- Afin de pouvoir juger de la dynamique du groupe, nous avons relevé:
 - le nombre de réunions de travail menées
 - le nombre de communications diffusées
 - les actions concrétisées ou en cours de réalisation

Résultats

12 réunions ont été organisées en 3 ans permettant de mener des actions déclinées en 5 thématiques qui correspondent aux 5 piliers validés dans le cadre de la politique qualité du service :

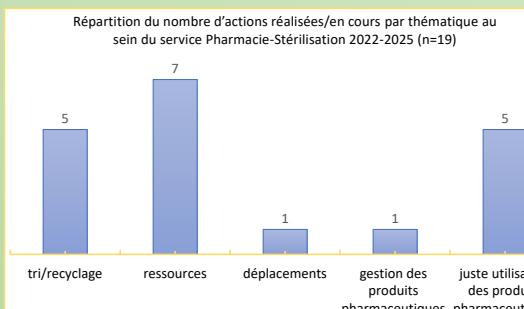
- Tri/recyclage
- Ressources
- Déplacements
- Gestion des produits pharmaceutiques
- Juste utilisation des produits pharmaceutiques

En termes de communication interne, le groupe a créé et diffusé son logo (pour une meilleure visibilité et identité), une affiche de sensibilisation (ci-contre) décrivant les objectifs fixés au sein du service et 3 newsletters. Deux communications externes ont également valorisé la contribution de chacun.

L'affiche est divisée en plusieurs sections :

- LA GESTION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES**: Favorisons les bonnes pratiques de gestion des produits pharmaceutiques auprès de l'ensemble des professionnels des HUS.
- LES DÉPLACEMENTS**: Modifions nos déplacements. Prenons les 3 T : Train, Tram, Trottinette.
- LE RECYCLAGE**: Procérons au tri des déchets. Exploitons ce qui sera réutilisable.
- LA JUSTE UTILISATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES**: Optimisons le recours aux produits de santé. Prévenons toute surconsommation, tout gaspillage. Travaillez avec l'ensemble des professionnels des HUS en faveur de l'**ECO-SOINS**.
- LES RESSOURCES**: Adoptons le plan de sobreté énergétique et numérique. Economisons les fournitures.

Statistiques : 7 réunions, 47% des professionnels du service pratiquent la mobilité durable*, 1800 000 livrées AA* & 170 cartouches HBB**. Soit environ 150 tonnes évitables.



Le nombre d'actions réalisées/en cours par thématique est précisé sur le graphique ci-contre.

Des actions de recyclage et d'optimisation des ressources ont été conduites dans plusieurs secteurs, en complément d'actions de tri et de gestion des énergies plus globales au sein du service (ex des étiquettes de sensibilisation).

Une évolution du circuit de retour des médicaments au niveau de notre plateforme logistique, dont la suppression de la limite de montant et une gestion anticipée des périmes en coordination avec le pharmacien, devrait permettre une diminution des déchets.

Concernant la juste utilisation des produits pharmaceutiques, nous avons réalisé 3 études comparant des dispositifs médicaux (DM) à usage unique et des DM réutilisables. La déprescription médicamenteuse avec la mise en place d'une démarche pluriprofessionnelle et d'entretien patient est formalisée et suivie. Le suivi des relais IV/per os fait partie de l'analyse pharmaceutique réalisée quotidiennement.



Etiquettes de sensibilisation qui seront positionnées stratégiquement au sein du service

Discussion & Conclusion

Les thématiques les plus fédératrices restent le tri/recyclage et les ressources bien qu'il ne s'agisse pas des axes les plus impactants sur l'environnement dans le domaine de la santé. Elles ont néanmoins l'intérêt de pouvoir accueillir un grand nombre de professionnels du service et d'instaurer petit à petit une vraie démarche d'éco responsabilité en santé.

Un des futurs projets sera de fournir à chaque nouvel agent un document d'accueil reprenant les éco-gestes généraux au sein du service et les spécificités de chaque secteur.



IMPACT DU PASSAGE AUX URETEROSCOPES A USAGE UNIQUE SUR LE DEVELOPPEMENT DURABLE : ANALYSE ECOLOGIQUE, FINANCIERE ET SOCIALE

S.ZAOUI¹, E. BARREAU¹, C. CANALE¹, P. MERIA¹, A.S. MARTIN¹, H.LEVERT¹¹UDM, Hôpital Saint Louis AP-HP, Paris**Mots clefs:** Urologie, carbone, transitionPoster
n°149

samzaoui@hotmail.fr

Contexte

Le remplacement des fibrosopes à usage multiple par des fibrosopes à usage unique revient régulièrement dans les demandes d'évolution des pratiques et pose question en termes de développement durable.

Notre GHU a fait le choix de remplacer tous ses urétérosopes à usage multiple (UUM) par des urétérosopes à usage unique (UUU), suite à une indisponibilité récurrente des UUM (réparations multiples, actes à risque, manipulateurs peu/pas expérimentés) et à un écart majeur concernant la procédure de désinfection.

Objectif

Evaluer l'impact de ce choix sur les 3 piliers du développement durable : environnement, coûts et aspect social.

Matériel et méthodes

➤ Évaluation du **coût** de la mise à disposition d'un UUM et de son **empreinte carbone** (outil Carebone) = acquisitions + maintenances + personnel et consommables nécessaires à la désinfection de haut niveau.

- Évaluation du **coût** de la mise à disposition d'un UUU et de son **empreinte carbone** avec 2 scénarios post utilisation : revalorisation de la partie électronique ou destruction en circuit déchets ménagers.
- Évaluation de l'impact social avec un questionnaire papier complété par les IBODEs (vision l'impact environnemental et financier, perception des avantages/inconvénients des 2 solutions. Un questionnaire en ligne a été adressé aux urologues de l'hôpital Saint-Louis, du groupe Développement durable et du Comité Lithiasique de l'Association française d'urologie. Des questions concernant le choix UUM/UUU se sont ajoutées à celles du questionnaire IBODE).

Résultats

- **PRIX :** 580 € (surcoût de 46 600 €/an)
- **EMPREINTE CARBONE :** 3,028 kgCO2e sans recyclage et 2,547 kgCO2e avec revalorisation.
- Le gain lié à la revalorisation matière représente 80 % des émissions liées à la fin de vie.



- COÛT :** 226 à 270 €
 58 % achat/maintenance, 19 % consommables, 24 % personnel.
- EMPREINTE CARBONE :** 12,14 à 13,37 kgCO2e selon les pratiques (+ incertitude 40 %)
 6,2 % personnel, 55,7 % consommables, 37,5 % équipements

**12 chirurgiens**

- 63 % sont conscients de l'insuffisance d'études sur l'impact environnemental
- Seuls 25 % n'utilisent pas d'UUU. Près de 60 % disposent des 2 options et effectuent une sélection basée sur le contexte clinique
- Choix systématique d'un UUU motivé par la sécurité du patient et de l'IBODE, l'impact environnemental n'arrive qu'au 4^{ème} rang. La disponibilité permanente de l'UUU, la qualité de vision et son poids réduit sont les critères les moins importants.
- Choix systématique d'un UUM motivé par le critère environnemental.

3 IBODEs

- ⇒ faible taux de réponse lié à une non-connaissance des UUM pour la majorité de l'effectif présent au moment de l'étude
- 66 % pensent que l'impact environnemental UUU/UUM n'est pas tranché
 - Les premiers avantages associés aux UUU sont la sécurité du patient et celle de l'IBODE. La disponibilité permanente de l'UUU est considérée comme nettement plus importante que dans le groupe chirurgiens.

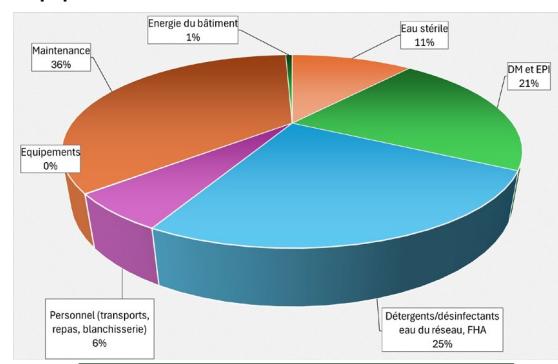


Figure 1. Répartition des empreintes carbone UUM

Conclusion/ Discussion

- Le coût estimé d'une procédure avec UUM est cohérent avec les données de la littérature^{1,2} et le surcoût lié aux UUU est majeur.
- Les impacts carbone calculés comportent une très forte incertitude. L'impact des UUM fortement augmenté par la maintenance (calcul à partir d'un facteur d'émission de l'ADEME) est supérieur aux valeurs publiées^{3,4}.
- Limites sociale : trop peu de réponses IBODEs, mais néanmoins un retour aux UUM qui semble impossible.

1 Kamami V. Urétéroscope réutilisable et/ou à usage unique : quelle place en CHU ? Impacts budgétaire et environnemental [Internet]. 2022.

2 Leca M, Martin N, Gentilhomme S. Coûts de coût : urétéroscopes réutilisables versus urétéroscopes à usage unique. 27èmes Journées Nationales sur les Dispositifs Médicaux Europharmat; 2017, Saint-Malo.

3 Davis NF, McGrath S, Quinton M, Jack G, Lameire N, Bolton DM. Carbon Footprint in Flexible Ureteroscopy: A Comparative Study on the Environmental Impact of Reusable and Single-Use Ureteroscopes. J Endourol. Mars 2018;32(3):214-7.

4 Kembel IP, Winckler JS, Patel SH, Su ZT, Matlaga BR, Poteritz AJ, et al. Environmental impact of single-use and reusable flexible cystoscopes. BJU Int. Mai 2023;131(5):617-22.



IMPACT CARBONE COMME CRITERE D'APPEL D'OFFRE DES DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES (AODMI), RETOUR D'EXPERIENCE

151



M. Zodi¹, F. Le Quellec¹, T. Adnet¹, G. Michel¹, M. Fontaine¹
¹Pharmacie, Groupe Hospitalier du Havre, Le Havre
 marie.zodi@outlook.fr

Mots-clés : achat public, eco-responsabilité, implant

Introduction

La loi Climat et Résilience obligera l'intégration dans les procédures d'appel d'offres d'au moins un critère environnemental dès 2026.

Devant renouveler nos marchés de DMI en 2025, nous avons décidé d'ajouter une évaluation de l'impact carbone du transport lors de la relance de notre appel d'offres.

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de ce score d'impact carbone sur l'appel d'offres.



Matériel et Méthode

Formulaires à remplir lors de la publication de l'appel d'offres



Fournisseurs

Informations demandées :

- Poids du dispositif
- Distance parcourue
- Type de transport utilisé

À chaque étape entre les lieux de fabrication, de façonnage et d'emballage

Impact carbone
= Scores gEqCO₂

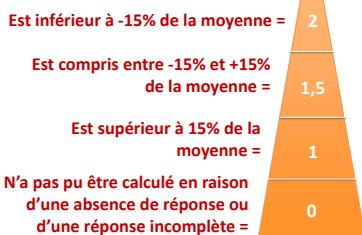
Pour toutes les offres des fournisseurs ayant rendu un formulaire complet



Calcul des moyennes des scores gEqCO₂ pour chaque lot

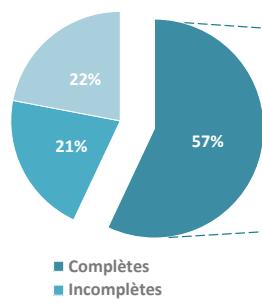
Notation

Nombre de points obtenu si le score d'impact carbone :



Résultats

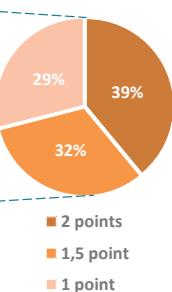
Réponses des fournisseurs parmi les 527 offres



Données manquantes dans les formulaires :

- 1) Poids du DMI = 51%
- 2) Type de transport
- 3) Distance parcourue

Répartition des notes parmi les 300 réponses complètes



Tout lot confondu, 39% des fournisseurs ont vu leur note technique valorisée

Analyse des réponses par lot (n=178)

Pour 11% des lots,

- Aucun fournisseur n'a rendu de formulaire complet
- Aucun score gEqCO₂ n'a pu être calculé
- Les fournisseurs ont tous reçu la note de 0 point

→ PAS D'IMPACT SUR L'APPEL D'OFFRES

Pour 35% des lots,

- Pour chaque lot, un seul fournisseur a envoyé un formulaire complet
- Un seul score gEqCO₂ a pu être calculé par lot
- Les fournisseurs ont eu la note de 1,5 point

→ PAS D'IMPACT SUR L'APPEL D'OFFRES

Pour 54% des lots,

- Un score gEqCO₂ a pu être calculé pour au moins 2 fournisseurs.
- Les notes de 1 ; 1,5 ou 2 points ont pu être attribuées aux fournisseurs en fonction de leurs scores gEqCO₂

→ IMPACT SUR L'APPEL D'OFFRES

Discussion / Conclusion

L'impact Carbone a permis d'impacter l'appel d'offres pour une majorité de lot grâce à un critère objectif, valorisant ainsi une démarche éco responsable.

Mais une méthodologie standardisée permettant le calcul et l'analyse d'un score unique inter-comparable entre les fournisseurs et les appels d'offres paraît indispensable pour pouvoir l'inclure dans ces procédures.

Biais observés

- Informations déclaratives de la part des fournisseurs
- Réponses sur le poids dans le formulaire :

celui du DMI ou du carton ?



Observation de réponses très différentes selon les fournisseurs : donnée souvent manquante, poids aberrant pour un petit dispositif ...

→ Précision sur le poids attendu en se fiant à la quantité minimale de commande pour éviter ce biais



Les custom packs : sont-ils la solution vers un bloc opératoire écoresponsable ?



N°156

Mots clés :
Développement durable
Gestion des déchets
Dispositifs médicaux

S. DIAZ, J. DUFAY-DUPAR, M-H. SPORTOUCH
Service pharmacie, Centre Hospitalier de Béziers
sarah.diaz1999@gmail.com

INTRODUCTION

- Custom pack : ensemble de dispositifs médicaux à usage unique, conditionnés dans un set stérile, conçu pour une intervention chirurgicale spécifique.
- Enjeu écologique : réduction des déchets dans un secteur de la santé responsable de 8% de l'empreinte carbone nationale.
- Objectif : évaluation de l'impact écologique et financier des custom packs pour la pose de cathéter à chambre implantable (CCI) afin d'envisager leur déploiement dans l'établissement.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

- Analyse comparative entre le custom pack et l'équivalent en dispositifs satellites (= dispositifs stérilisés et conditionnés individuellement).
- L'évaluation repose sur deux critères :
 - 1) Impact environnemental : pesée de chaque déchets (Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI) et Déchet d'Activité de Soin Non Dangereux (DASND)) avec une balance de précision.
 - 2) Coût global : prix hors taxe (HT) des dispositifs, frais de gestion des déchets (prix 2025) et coût de stérilisation.

RÉSULTATS

En 2024 : 214 poses de CCI et 11 opérateurs



① Impact environnemental : poids des déchets (DASRI et DASND)

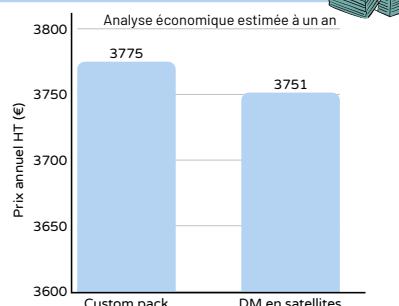
Critères	Custom pack	DM en satellites
Déchets / intervention(g) (DASRI + DASND)	1020.51 (111.14 + 909.37)	1252.79 (46.73 + 1206.06)
Déchets annuel(kg)	218.39	268.10
Déférence annuelle(kg)	- 49.71	/

- TROSSE UNIVERSELLE
- CASAQUE NON RENF TXL
- SERINGUE 2P 20ML LUER
- AIGUILLE 21G 40MM
- BISTOURI STÉRILE N°23
- BE USAGE UNIQUE
- HOUSSE AMPLI 85X95CM
- HOUSSE POIGNÉE SCIALYTIQUE
- COMPRESSE GAZE ST 10X10CM / 10
- PANSEMENT ADHESIF ST 10X8CM



② Coût global

Prix / intervention	Custom pack	DM en satellites
Prix HT(€)	17.4	12.1
Prix traitement des déchets(€) (DASRI + DASND)	0.24 (0.11 + 0.13)	0.23 (0.05 + 0.18)
Prix stérilisation(€)	0	5.2
Prix global(€)	17.64	17.53



DISCUSSION / CONCLUSION

Avantages des custom packs :

- Réduction des déchets de 49.71 kg par an
- Coût global des custom packs comparable à celui des DM en satellites

Inconvénient des custom packs :

- Nécessité de trouver de l'espace de stockage au bloc opératoire et à la pharmacie

Biais de l'étude :

- L'optimisation du temps de préparation de l'intervention par les IBODE n'a pas été prise en compte (temps du personnel)

→ Compte tenu des résultats, le lancement des essais au bloc opératoire est validé

Passage aux lames de scie réutilisables pour prothèse de hanche : quels impacts écologique et économique ?

M. GOURCEYRAUD¹; Y. LE BASLE²; V. SAUTOU²; S. CALLAND¹; A. BIARD¹

(1) CHU Clermont-Ferrand – Site Gabriel Montpied - 58 Rue Montalembert 63000 Clermont-Ferrand

(2) Université Clermont Auvergne, CHU Clermont Ferrand, Clermont Auvergne INP, CNRS, ICCF, F-63000 Clermont-Ferrand, France

Contact : ylebasle@chu-clermontferrand.fr

Mots-clés : dispositif médical, orthopédie, usage multiple

n°164



Retrouvez la communication orale de ce poster sur le site internet des journées 2025 : <https://www.euro-pharmat.com/editions-precedentes/6707-35emes-journees-euro-pharmat-bordeaux-2025>

Introduction

- Nombreux enjeux actuels :
 - durabilité,
 - réduction des déchets,
 - repenser l'usage des dispositifs médicaux (DM)

- Prothèse totale de hanche (PTH) :
 - la plus posée en orthopédie
 - actuellement 1 lame usage unique (UU) par intervention
- Notre fournisseur propose également des lames à usage multiple (UM)



Évaluation des bénéfices d'une transition des lames de scie UU vers des lames UM pour les poses de PTH.

Matériels et méthodes

Impact environnemental (IE)

Analyse de cycle de vie (ACV) :

- comparant lames UM et UU dans 4 autres ES
- normes ISO 14040 et 14044
- basée sur 3 interventions (recommandations fournisseur)

→ ACV réalisée sur demande du fournisseur par un cabinet indépendant



Évaluation dans notre établissement :

- via l'impact dû à la stérilisation

Impact économique

Coût d'achat (CA) :

selon marché en cours



Coût Logistique (CL) :

gestion des commandes + stockage

Coût de Stérilisation (CS) :

unités d'œuvres (UO) de stérilisation

Coût d'élimination (CE) :

destruction lames + contenant dédié

Calcul du coût total (CT) :

$$\begin{aligned} CT_{UU} &= \text{Nombre d'interventions} \times (CA_{UU} + CL_{UU} + CE_{UU}) \\ CT_{UM} &= CA_{UM} + CS + CL_{UM} + CE_{UM} \text{ toutes les 3 interventions} \end{aligned}$$

Résultats

Impact environnemental



ACV :

IE inférieur d'environ 60% (50 à 65%) pour les lames UM, notamment sur :

- épuisement des ressources naturelles
- écotoxicité (eau douce)
- équivalent CO₂ (incluant impact stérilisation)

1ère réutilisation : IE d'environ 45% en moyenne

Dans notre ES :

Lames UM ajoutées à une composition déjà existante :

- container de taille inchangée
- ajout d'une étape de recomposition

→ Faible impact sur la stérilisation

Impact économique

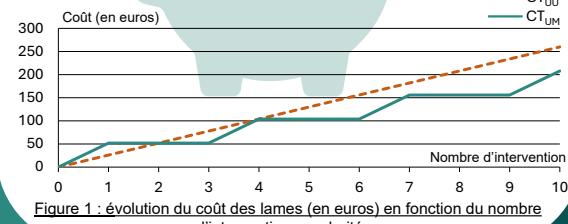
Table 1 : détail des coûts (en euros) par catégories pour une utilisation (N/A : non applicable)

	UU	UM
Coût d'achat	20,40	48,96
Coût de stérilisation	N/A	0,00*
Coût logistique	2,79	1,50
Coût d'élimination**	0,01	0,01
Coût total	25,99	51,97

*Coût de stérilisation imputable à la lame UM nul : contenance du container = 11 à 60 instruments avant et après ajout des lames UM soit 110 UO

**Élimination DASRI + Fût DASRI 30L

--- CT_{UU}
— CT_{UM}



Discussion - Conclusion

SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

Évaluation des bénéfices :

- ✓ Écologiques
- ✓ Économiques

S

Gains importants dès 3^{ème} intervention (économique, temps lié à la logistique)

Logistique optimisée et Stock de sécurité lors de ruptures

Impact environnemental positif

O

Généralisation de l'UM à d'autres lames de scie UU en orthopédie

Bénéfices majorés avec un nombre d'utilisations augmenté théorique

Investissement initial élevé
Suivi du nombre d'interventions des lames

W

Intérêt à la transitions UU vers UM pour les lames de scie pour PTH

T

Transition étendue à d'autres lames dans l'ES



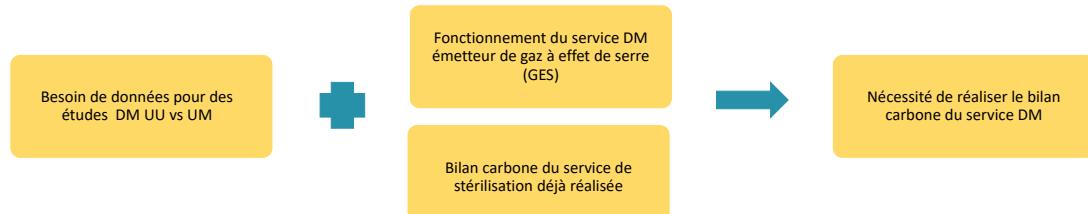
Vers une pharmacie verte : quel bilan carbone d'un service de DM ?

N° 174

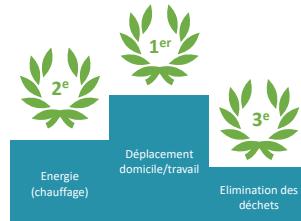
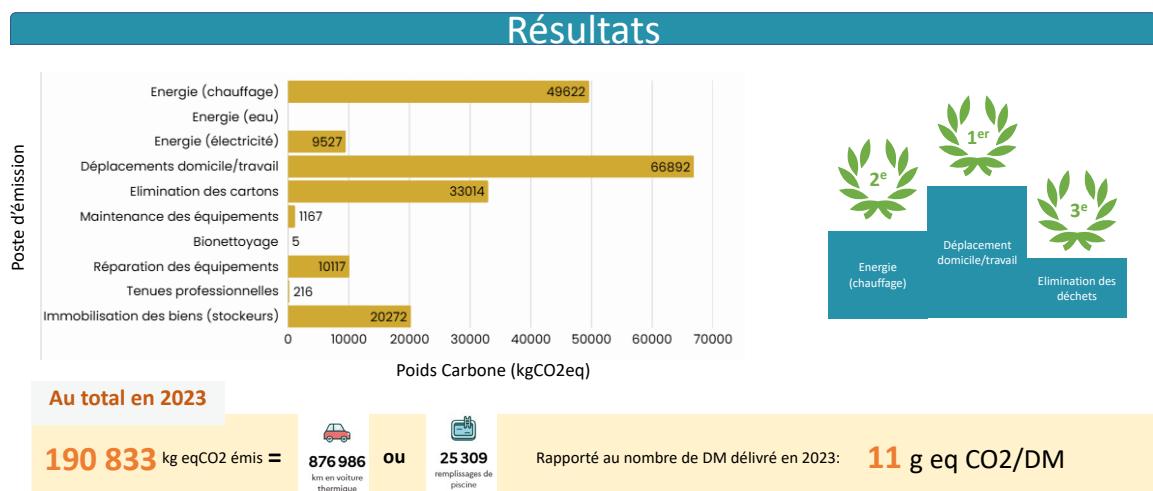
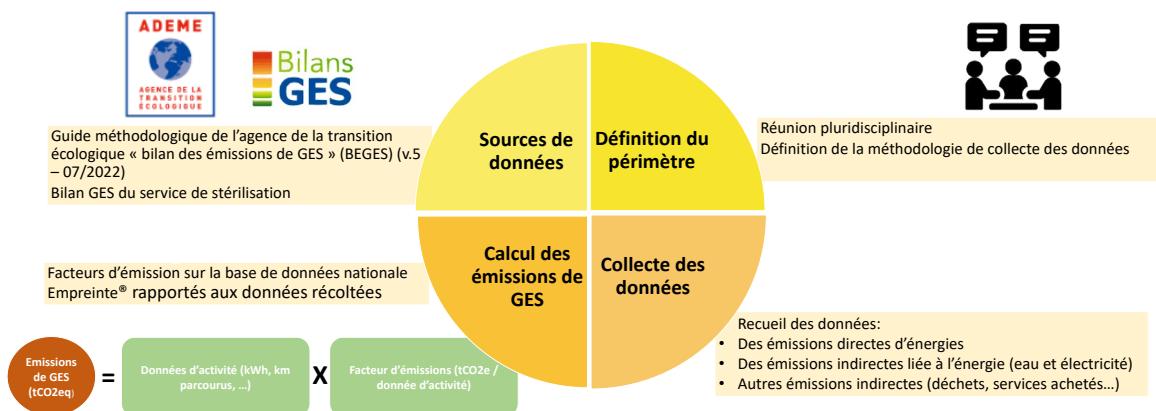
T. Lambelin^{1*}, T.Marchesse¹, V.Hay¹, J.Champion¹, J.Boyer¹¹ Service des dispositifs médicaux, PUI du CH de Valenciennes, Valenciennes (France) *thomas.lambelin@chu-lille.fr

Mots clefs: développement durable, responsabilité, empreinte carbone

Contexte et objectif



Matériel et méthode



Discussion/conclusion

Le travail réalisé a nécessité des **approximations** dues à l'impossibilité de récolter des données exactes comme la consommation énergétique. Ce bilan est essentiel pour les arbitrages dans les **études UU vs UM**, et s'ajoutera aux données carbones que les fournisseurs fourniront à l'avenir sur les produits livrés.

Ce bilan d'émission de GES permet d'évaluer la **répartition de l'impact carbone** par service et par pôle, et de la suivre d'une année sur l'autre. Cependant, il est nécessaire d'affiner l'outil pour le **rendre plus pertinent** (prise en compte de la durée de stockage, du volume des déchets...), et de le **recalculer régulièrement**.



SETS DE SOIN À USAGE UNIQUE ET RÉUTILISABLE : ÉVALUATION DE L'IMPACT ENVIRONNEMENTAL PAR ANALYSE DU CYCLE DE VIE

183

T.MARCHESSÉ¹, V.HAY¹, E.MEURVILLE¹, T.LAMBEVIN¹, F.RADOUBE¹, Y.INGHELS¹¹. CH Valenciennes, Institut de pharmacie, 59300 Valenciennes, France

Mail : theolille@bbox.fr

Mots-clés : Dispositifs médicaux, Empreinte carbone, Développement durable

INTRODUCTION

L'étude précédente présentée à Europharmat^[2024 ; 161], comparant les performances économiques et écologiques des sets de soin à usage unique (SSUU) versus réutilisables (SSR), nécessitait d'approfondir l'évaluation environnementale en réalisant une analyse du cycle de vie (ACV).

OBJECTIF

COMPARER LES PERFORMANCES ÉCOLOGIQUES



VS



MATÉRIEL ET MÉTHODES

MÉTHODE



OUTIL UTILISÉ



EXTRACTION DES DONNÉES ET INTERPRETATION

Logiciel ACV :
ASKOR®
normes ISO
14040/14044 : 2006



Concernant l'ACV l'analyse inclut toutes les étapes du cycle de vie (extraction des matières premières, fabrication, logistique, utilisation, pré-désinfection, lavage, recomposition, conditionnement, stérilisation, élimination)

RÉSULTATS



BILAN CARBONE

Performance écologique (kgCO2eq)	SSUU	SSR
	Par plateau	Par plateau
Coût de fabrication	0,865	0,837
Circuit de Stérilisation	0	0,744
Coût d'élimination des déchets	0,018	0,003
Coût total 1 ^{er} utilisation	0,885	1,580
Coût total dès la 6 ^{ème} utilisations	0,885	0,884



ANALYSE DU CYCLE DE VIE

Performance écologique (kgCO2eq)	SSUU	SSR
	Par plateau	Par plateau
ACV	0,478	1,674
Circuit de Stérilisation	/	0,599
Service de DM	0,006	négligeable
Coût total 1 ^{er} utilisation	0,484	2,273



In fine, à mesure que le nombre d'utilisations tend vers l'infini, la performance écologique du SSR converge vers celle du circuit de Stérilisation.

DISCUSSION & CONCLUSION

Précédemment, le SSUU restait plus performant économiquement et dès la 6ème utilisation, l'empreinte carbone du SSR était plus faible.

A noter que le bilan carbone du service DM n'inclut pas la partie réception et logistique. Avec l'ACV, le coût écologique du SSR ne sera JAMAIS plus avantageux que le SSUU. Les résultats INVERSENT notre conclusion de la précédente étude selon laquelle le SSR est le plus performant écologiquement.

Ainsi, l'empreinte carbone permet de donner une tendance sur la performance écologique mais ne semble pas être suffisamment détaillé pour permettre le choix global d'un DM.