



HOPIPHARM
LILLE • 2012

COMMUNICATIONS

SOMMAIRE

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

- session Gestion et évaluation, salle Van Gogh
- session Préparations et contrôles, salle Eurotop
- session Pharmacie clinique et dispensation, salle Matisse

Communications orales

Session Gestion et évaluation

COMMUNICATION ORALE N° 1.....16

Cathéters Multiperforés (CMP) : Evaluation de l'impact sur la durée moyenne de séjour dans les césariennes

A. Marlas, J. Tourel, C. Simon, T. Boudemaghe, JM. Kinowski, M. Favier

COMMUNICATION ORALE N° 2.....17

Evaluation médico-économique de patch de Capsaïcine 8 % sur la prise en charge antalgique des douleurs neuropathiques chroniques

M. Fabre, J. Rolain, A. Marlas, E. Viel, O. Bredeau, M. Favier

COMMUNICATION ORALE N° 3.....18

Quelle est l'incidence de survenue des allergies cutanées liées aux médicaments ? Une étude rétrospective de 2 ans

C. Devos, H. Beaussart, D. Lannoy, E. Blondeau, C. Brzezinski, D. Staumont-Sallé, P. Odou

COMMUNICATION ORALE N° 8.....19

Gestion d'un projet de sécurisation du circuit du médicament par la délivrance nominative de tous les médicaments

C. Fessier, F. Bendoucha, F. Bukato, AM. Liebbe

Session Préparations et contrôles

COMMUNICATION ORALE N° 4.....20

Système D pour un Test de Remplissage Aseptique (TRA) : Pourquoi ? Comment ?

F. Loeuillet, G. Baussant, V. Paix, C. Fournier, B. Frimat

COMMUNICATION ORALE N° 5.....21

Validation d'une méthode de contrôle microbiologique des mélanges binaires et ternaires de nutrition parentérale

F. Ruiz, S. Poullain, C. Jaskowiec, N. Fauchet, A. Thébault

COMMUNICATION ORALE N° 6.....22

Mise en évidence d'une incompatibilité physico-chimique entre la phénytoïne sodique et le paracétamol injectable en flacon

M. Louvrier, S. Dhennain, S. Hochart, E. Zawadzki, S. Bouffart, E. Moquay

COMMUNICATION ORALE N° 7.....23

Mise en place de détecteurs portatifs de peroxyde d'hydrogène (H₂O₂) au sein d'une unité de préparation centralisée des cytotoxiques

M. Pinturaud, C. Legros, M. Vasseur, R. Baccouch, B. Décaudin, P. Odou

Session Pharmacie clinique et dispensation

COMMUNICATION ORALE N° 9.....24

Quelles prescriptions le pharmacien doit-il analyser en priorité ? Etude multicentrique d'évaluation de critères objectifs de sélection des ordonnances à risque

E. Coquet, E. Lamarre, A. Fouretier, S. Chanoine, M. Bourdelin, C. Renzullo, E. Pont, H. Bontemps, JF. Penaud, J. Coutet

COMMUNICATION ORALE N° 10.....25

L'ordonnance de sortie, maillon essentiel du parcours patient : approche régionale en Poitou-Charentes

G. Bouguéon, G. Chapelle, J. Faucher-Grassin, Groupe Sécurisation de la Prise en Charge Thérapeutique

COMMUNICATION ORALE N° 11.....26

Etude in vitro de l'influence du sorafenib sur la fixation de l'acide mycophénolique à l'albumine

B. Brouard, S. Guirao, A. Dauphin, M. Vidal, B. Blanchet

COMMUNICATION ORALE N° 12.....27

Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission dans un service de médecine gériatrique aiguë par des pharmaciens ; retour d'expérience

M. Colombe, S. Blanchemain, M. Baudon-Lecame, G. Saint-Lorant, N. Guesdon, D. Claeys, B. Beauplet, P. Lescure, F. Leenaert

Communications affichées

Session Dispositifs médicaux et stérilisation

POSTER N° 1	29
Quand perfusion rime avec formation ! M. Coussemacq, J. Aubert, F. Ducastel	
POSTER N° 2	30
Evaluation comparative de dispositifs de prélèvement et reconstitution pour la préparation des chimiothérapies anticancéreuses G. Diebold, S. Bauler, A. Brutel, N. Chaussinand, C. Derharoutunian, A. Gadot, M. Hellot-Guersing, C. Jarre, R. Roubille, H. Galtier	
POSTER N° 3	31
Évaluation de l'intérêt d'un fil chirurgical de fermeture de plaies résorbable innovant A. Michel, L. Ferrier, M. Baba-Aïssa, B. Gustin	
POSTER N° 4	32
Informatisation et sécurisation du circuit des dispositifs médicaux implantables : Bilan à 6 mois au bloc Ophtalmologie M. Dory, L. Bergua, I. Bourrienne, V. Pelletier, B. Dieu	
POSTER N° 5	33
Les dispositifs médicaux à la pharmacie à usage intérieur : mystères et boules de gomme ? M. Bourges, C. Méchin, P. Rocatcher	
POSTER N° 6	34
Choix d'un procédé d'inactivation totale en stérilisation visant à réduire le risque de transmission d'agents transmissibles non conventionnels A. Sainfort, D. LARGERON, J. Chardon, G. Vary	
POSTER N° 7	35
Sécurisation du circuit des ancillaires orthopédiques utilisant la méthode d'analyse préliminaires des risques C. Bontour-Lebon, E. Bertrand, T. Cohen	
POSTER N° 8	36
Interventions pharmaceutiques sur le bon usage des pansements C. Demange, S. Poignon, E. Maillet	
POSTER N° 9	37
Mise en place de nouvelles prothèses de hanche : quel impact en termes de coût et de temps pour le service de Pharmacie ? F. Valendru, A. Champier, M. Hehn, L. Bertrand, M. Talbert	
POSTER N° 10	38
Réaménagement des horaires de travail en stérilisation : passage en journée de 12 heures A. Champier, T. Rusu, A. Rodriguez, M. Hehn, L. Bertrand, M. Talbert	
POSTER N° 11	39
Évaluation économique des dispositifs médicaux utilisés selon 3 techniques de néphrectomie AS. Gaudy, V. Jacques-Terracol, M. Le Verger	
POSTER N° 12	40
Circuit pour un suivi exhaustif des garanties de défibrillateurs automatiques implantables J. Périchou, C. Neyron de Méons, J. Dietemann, O. Nuiry	

POSTER N° 13	41
Le fibroscope à usage unique : une solution pour l'intubation difficile ?	
A. Potelle, M. Dupres, J. Aubert, I. Alawwa, F. Ducastel, A. Wibaux, J. Gressier	
POSTER N° 14	42
Evaluation du critère « Stérilisation » dans un appel d'offres de chirurgie osseuse	
P. Quillet, E. Loizeau, M. Vivien, E. Olivier, G. Grimandi	
POSTER N° 15	43
Evaluation pharmaco-économique et médicale de l'apport de l'ultra fast track en chirurgie cardiaque	
I. Hamdouni, N. Harzallah, W. Chaouch, T. Mahjoub	
POSTER N° 16	44
Place des nouveaux dispositifs médicaux motorisés pour perfusion intra-osseuse dans un CHRU	
B. Bertrand, D. Tournebize, M. Maillé, MN. Milhavet	
 Session Gestion et vigilances	
POSTER N° 17	45
Etude de la consommation de seringues de morphine de 50 mL à 1 mg/mL à l'Hôpital Central	
C. Jolly, N. Commun, M. Labrude	
POSTER N° 18	46
Création d'un outil de formation pour les Préparateurs en Pharmacie Hospitalière assurant la préparation des traitements et la gestion des armoires à pharmacie en système plein-vide dans les unités de soins de l'hôpital	
J. Falcon, A. Giesenfeld, M. Socha, I. May	
POSTER N° 19	47
COCOREA (CONtrôle des COûts en REAnimation): Impact d'un pharmacien clinicien sur le suivi des recommandations et le contrôle des coûts relatifs aux prescriptions dans un service de réanimation médicale	
T. Barthelot, V. Georges, V. Alary, H. Poujol, A. Develay, JY. Lefrant, JM. Kinowski	
POSTER N° 20	48
Erreurs médicamenteuses : De la détection au retour d'expérience	
M. Hellot-Guersing, R. Roubille, S. Bauler, A. Brutel, G. Diebold, A. Gadot, C. Jarre, C. Derharoutunian, H. Galtier	
POSTER N° 21	49
Évaluation des pratiques cliniques : exemple de la prévention des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique	
A. Bizieux, M. Ponce, C. Kersuzan, M. Rivoal, N. Toledano	
POSTER N° 22	50
Evaluation économique des actions de bon usage du pôle Institut LocoMoteur : Bilan 2011	
E. Civade, J. Toft, M. Vié, MC. Morin	
POSTER N° 23	51
Médicaments à visée humanitaire : cadre réglementaire et procédure d'obtention	
F. Lardeux, A. Darsonval, M. Pinier, MA. Clerc	
POSTER N° 24	52
Impact financier du critère de choix de conditionnement unitaire sur un appel d'offres médicaments	
E. Stoll, H. d'Alteroche, P. Cherrier, D. Chabbert, M. Camus-Piszez	
POSTER N° 25	53
Médicaments Radiopharmaceutiques : spécificité des critères de choix et d'évaluation	
S. Raïgnoux, N. Poisson, M. Sinègre, C. Raybaut	

POSTER N° 26	54
Consommations hospitalières de médicaments et dispositifs médicaux - analyses croisées avec les données d'activité médicale	
D. Paillet-Testart	
POSTER N° 27	55
Sécurisation du réapprovisionnement d'un automate de dispensation nominative des formes orales sèches par la mise en œuvre d'une Analyse Préliminaire des Risques	
C. Charpentier, F. Girard, I. Baudin	
POSTER N° 28	56
Réalisation d'une cartographie des risques relative à la prise en charge thérapeutique du patient	
M. Rocca, C. Cool, T. Gorce, M. Talla, R. Bastide, P. Cestac	
POSTER N° 29	57
Cartoflash : un outil de diagnostic pour évaluer le niveau de sécurisation du circuit du médicament	
N. Tisserand, C. Lemée, B. Barteau, KA. Dinh-Van, D. Ardillon	
POSTER N° 30	58
Impact économique des stratégies de recours aux médicaments d'urgence en seringues pré-remplies	
J. Crégut-Corbaton, C. Malbranche, J. Huguenny, C. Girard, P. Sagot, MH. Guignard, P. Fagnoni	
POSTER N° 31	59
Evaluation du contentieux sur l'activité de rétrocessions entre un Centre Hospitalo-Universitaire et des caisses d'assurance maladie	
A. Nianzou, G. Canchon, B. Dieu	
POSTER N° 32	60
Réunions de concertation pluriprofessionnelles en service de psychiatrie long séjour : organisation, bilan médico-pharmaceutique et économique	
A. Martel, H. Chayé, C. Massé, M. Nebout, J. Caron, D. Marighetto, SE. Chabi, I. Guillot	
POSTER N° 33	61
Adaptation bayésienne de posologie : un impact clinique et économique substantiel	
L. Luciani, M. Uhart, B. Leroy, A. Blot, L. Bourguignon	
POSTER N° 34	62
Retraits de lots de médicaments : ce qui a changé après l'affaire benfluorex !	
C. Pouyaban, R. Stehle, A. Seron, MP. Louis, MC. Douet	
POSTER N° 35	63
Automatisation du suivi des consommations d'antibiotiques : création d'un outil informatique et organisation de la surveillance	
A. Girardeau, E. Boschetti, I. May, B. Demoré	
POSTER N° 36	64
Pharmacovigilance : Disponibilité et communication, les clés de la réussite	
P. Drancourt, MA. Segard, L. Billon, S. Gautier, AE. Dubart, C. Senis, C. Laffont	
POSTER N° 37	65
Elaboration d'un outil de gestion informatique des reconditionnements unitaires Une nouvelle pratique à risque : avoir le choix dans la date de péremption	
JB. Delmotte, T. Le Marec, A. Jacob, D. Galvez, V. Bloch, H. Barreteau	
POSTER N° 38	66
Gestion des retours des médicaments non administrés dans une pharmacie à usage intérieur : étude de coûts	
C. Zecchini, D. Bernard, L. Minischetti, MC. Alberto	

POSTER N° 39	67
Tenue vestimentaire professionnelle : si nous commençons sur de bonnes bases pour la prévention des infections associées aux soins ?	
D. Viard, D. Bichard, V. Barthod, AL. Rougeot, E. Tissot	
POSTER N° 40	68
Conduite à tenir en cas d'excursion de température des produits expérimentaux stockés en chambre froide : vers une action plus fiable, transparente et efficiente	
A. Brousseau, A. Contini, JB. Joseph, A. Morère, A. Darsonval, V. Daniel, MA. Clerc	
POSTER N° 41	69
Délivrance globale / Délivrance nominative en MCO : Impacts financier et humain	
AC. Dupont, M. Breton, M. Emonet, J. Husson, C. Harnois	
POSTER N° 42	70
Le risque iatrogène médicamenteux en EHPAD : premiers résultats	
M. Dangin, A. Ordekyan, J. Chopineau, J. Bohatier, J. Weber, C. Martin, J. May, A. Boyer	
POSTER N° 43	71
Sécurisation du circuit des anticancéreux injectables en essais cliniques. Retour d'expérience sur 15 études cliniques	
E. Cirot, S. Tollec, V. Priou, P. Plocco	
POSTER N° 44	72
Enquête de connaissances de l'organisation des vigilances sur un groupe hospitalier multisites	
M. Houot, A. Laporte, X. Arrault, A. Macrez, P. Arnaud, C. Tesmoingt	
POSTER N° 45	73
L'erreur médicamenteuse au service de tous	
P. Drancourt, MA. Segard, L. Billon, A. Martinet, C. Floret, C. Senis, C. Laffont	
POSTER N° 46	74
Evaluation d'un outil d'aide au repérage des risques associés au circuit du médicament (ARCHIMED) dans un hôpital de gériatrie	
H. Benzengli, P. Irani, E. Perrier-Cornet, B. Veit, S. Can, A. Lançon, JP. Dubeau, P. Le Gonidec, R. Farinotti, D. Monzat, P. Léglise, D. Huchon-Bécel	
POSTER N° 47	75
Quel est le risque d'erreurs médicamenteuses au cours d'un séjour en hôpital gériatrique ?	
P. Irani, H. Benzengli, E. Perrier-Cornet, P. Léglise, D. Huchon-Bécel	
POSTER N° 48	76
Impact de la visite médicale collective sur la pharmacie hospitalière	
C. Lê, H. Benzengli, P. Irani, E. Perrier-Cornet, P. Léglise, D. Huchon-Bécel	
POSTER N° 49	77
Erreurs thérapeutiques à l'hôpital : bilan des appels au centre antipoison (2007-2011)	
C. Cézard, M. Mathieu-Nolf	
POSTER N° 50	78
Impact du Logiciel de prescription sur le bon usage des médicaments : Exemple des médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée	
J. Rocquain, R. Reboul, S. Gallet, S. Tournier, C. Dumazer-Carles	

Session Préparations et contrôles

POSTER N° 51	79
Amélioration de la qualité du reconditionnement unitaire des spécialités pharmaceutiques : mise en place d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles	
B. Jacquot, C. Valle, A. Bonneville, I. Delatte	
POSTER N° 52	80
Quantification du risque de contamination croisée lié à la pratique du broyage des comprimés	
A. Lajoinie, M. Duquaire, B. Leroy, M. Uhart, S. Cohen, L. Bourguignon	
POSTER N° 53	81
Sécurisation de la préparation des doses à administrer et de l'administration des médicaments : diffusion de recommandations et impact sur les pratiques	
X. Cartan, J. Sorrieul, M. Léger, C. Le Priol, A. Athouel, C. Naveau	
POSTER N° 54	82
La fin de la radiopharmacie ?	
F. Hallouard, D. Matanza, C. Rioufol, H. Fessi, M. Fraysse	
POSTER N° 55	83
Les éléments figurés du sang radiomarqués : état de la réglementation française	
F. Hallouard, D. Matanza, C. Rioufol, H. Fessi, M. Fraysse	
POSTER N° 56	84
Maîtrise du système qualité des préparations : audit et mise en place de mesures correctives	
A. Michel, N. Commun, M. Labrude	
POSTER N° 57	85
Bilan de 7 mois de contrôle de casiers de Dispensation Journalière Individuelle Nominative préparés par les Préparateurs en Pharmacie Hospitalière en unités de soins	
M. Socha, A. Giesenfeld, P. Barbier, A. Girardeau, A. Michel, E. Boschetti, A. Delfour, S. Garnier, B. Demoré, I. May	
POSTER N° 58	86
Revascularisation de dents permanentes immatures : mise au point d'une pate dentaire antibiotique	
M. Tempier, S. Pfalzgraf, L. Delaborde, PA. Rucart, D. Roux, F. Robin, M. Jouannet, J. Chopineau	
POSTER N° 59	87
Réévaluation des coûts des préparations magistrales et hospitalières rétrocedées	
N. Gosse, B. Quillard, M. Javerliat, V. Ratsimbazafy	
POSTER N° 60	88
Vers une automatisation du sur-conditionnement unitaire des formes orales sèches : impacts organisationnel et financier	
AM. Langouet, G. Jabaud-Gazin, V. Villeneuve, L. Mahieux, D. Chabbert, M. Camus-Piszez	
POSTER N° 61	89
Préparation anticipée des cytotoxiques injectables d'un service d'hématologie pédiatrique : évaluation des motifs de non administrations et des pertes financières engendrées	
C. Chanat, C. Hochart, T. Storme, F. Brion	
POSTER N° 62	90
Préparations d'anticancéreux non administrées après fabrication : intérêt de la réattribution	
A. Fuss, V. Graff, F. Couturier	

POSTER N° 63	91
Méthode ALARM appliquée à la Pharmacotechnie : à propos d'un cas de contamination de poches de nutrition parentérale	
D. Bernard, K. Benjeddou Annabi, MJ. Robein-Dobremez, P. Trouiller	
POSTER N° 64	92
Homogénéisation des poches de chimiothérapie : quelles pratiques adopter ?	
A. Fuss, M. Fourtage, V. Graff, F. Couturier	
POSTER N° 65	93
Le reconditionnement unitaire, oui, mais sous quelles conditions ?	
M. Guillaudin, S. Bedrossian, FO. Te Bonle, O. Galvez, G. Camus, V. Jandard, M. Paillet, X. Bohand	
POSTER N° 66	94
Evaluation de l'acceptabilité et de l'efficacité des nouvelles préparations coliques pour coloscopie	
M. Thibault, J. Dupeyron, B. Humeau, J. Beuchard	
POSTER N° 67	95
Non-administration des préparations de chimiothérapie : causes et impact économique	
P. Gibert, J. Malot, I. Federspiel, A. Labrosse, A. Lemoigne, B. Allenet, L. Foroni	
POSTER N° 68	96
Application d'une Analyse Préliminaire des Risques au dosage d'un anticancéreux au sein d'un laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie	
É. Chasseuil, F. Darrouzain, K. Renoult, G. Paintaud	
POSTER N° 69	97
Reconditionnement en doses unitaires des formes orales sèches : comparaison avant/après automatisation	
C. Alloux, S. Goutelle, L. Bourguignon, V. Chaumard, P. Maire	
POSTER N° 70	98
Evaluation de la prise en charge nutritionnelle des nouveaux nés prématurés : état des lieux et évaluation prospective des pratiques	
L. Tatem, F. Laporal, S. Bervin, L. Mérault	
POSTER N° 71	99
Tests cutanés en allergologie. Création d'un thésaurus des préparations réalisées par la pharmacie	
P. Barbier, S. Henn-Ménétré, L. Trigory, C. Chenot, I. May	
 Session Pharmacie clinique et dispensation	
POSTER N° 72	100
Mise en place d'une politique de bon usage des antibiotiques dans un centre hospitalier général	
S. Bauer, L. Dubret, JF. Huon, J. Jezequel, A. Oufella, A. Fabreguettes	
POSTER N° 73	101
La charge anticholinergique des prescriptions d'entrée et de sortie dans le service de court séjour gériatrie	
O. El Semman, K. Benosman, M. Aoufi, F. Kabirian, F. Fauvelle	
POSTER N° 74	102
Les médicaments à conserver ou à administrer à l'abri de la lumière le sont-ils vraiment ?	
H. Sehet-Haupais, D. Boukerfa, Y. Boulet, L. Achour, N. Villerbu, S. Bergon	
POSTER N° 75	103
Amélioration de la gestion des traitements personnels dans un hôpital général : étude auprès du personnel infirmier	
J. Jezequel, JF. Huon, V. Duperrin, A. Fabreguettes	

POSTER N° 76	104
Cas Clinique : polychondrite traitée par le tocilizumab, anticorps anti-récepteur d'IL-6	
H. Asfari, F. Mounsef, G. Monnier, P. Brunel, P. Cathebras	
POSTER N° 77	105
Impact d'un programme pluridisciplinaire de Bon Usage des antifongiques dans un CHU français	
F. Lieutier, V. Mondain, L. Hasseine, M. Gari-Toussaint, M. Poirée, S. Lucas-Daver, T. Dantin, C. Pulcini, S. Dumas	
POSTER N° 78	106
Evaluation des pratiques professionnelles : pertinence des modalités de validation pharmaceutique des ordonnances	
P. Edme, I. Farcas, M. Mounier	
POSTER N° 79	107
Livret de bon usage des antidotes dans un Centre de Recherche et Lutte Contre le Cancer (CRLCC)	
C. Legeay, G. Le Roux, C. Folliard, C. Devys, P. Leynia de la Jarrige	
POSTER N° 80	108
Livret gériatrique : guide des médicaments de première intention de la personne âgée	
A. Bozec, C. Le Reste, D. Cirotteau, F. Chamoux, N. Borgnis-Desbordes	
POSTER N° 81	109
Café Pharma : rendez vous de la pharmacothérapie et du bon usage des médicaments et dispositifs médicaux	
H. Cadart, C. Bouteiller, I. Garreau, K. Mangerel, P. Vonna, M. Juste	
POSTER N° 82	110
Exploitation d'une évaluation qualitative dans le cadre de l'amélioration continue d'un programme d'éducation thérapeutique	
L. Imperaire-Boronad, E. Balez, O. Heurdier, E. Eyraud, M. Garotta, R. Nicolas, J. Filippi, R. Collomp	
POSTER N° 83	111
Implication du Pharmacien Hospitalier dans la prise en charge par larvothérapie d'une plaie chronique infectée	
H. Cadart, C. Bouteiller, I. Garreau, K. Mangerel, P. Vonna, M. Juste	
POSTER N° 84	112
Elaboration d'une formation institutionnelle sur « la sécurisation de l'administration des médicaments » : retour d'expérience	
M. Ramon, L. Cochard, C. Méchin, A. Vu Thanh, P. Rocatcher	
POSTER N° 85	113
Evaluation des pratiques de dispensation nominative en chariot dans les services non informatisés	
M. Fabre, AL. Vigo, I. Heran-Michel, E. Duplissy	
POSTER N° 86	114
Administration médicamenteuse dans les unités de soins	
M. Fabre, M. Raynaud, I. Heran-Michel, E. Duplissy	
POSTER N° 87	115
Evaluation des pratiques professionnelles de prescription médicamenteuse chez la personne âgée : premier tour d'audit	
A. Michel, L. Ferrier, M. Dumay, B. Gustin	
POSTER N° 88	116
Expérience gériatrique d'un pharmacien travaillant montre en main	
JC. Pelletier, I. Mathiot	

POSTER N° 89	117
Bilan à un an du programme d'accompagnement des patients sous chimiothérapies orales et de formation des professionnels de santé de proximité	
M. Caussin, J. Delage, B. Cheru, M. Daouphars, N. Albin, C. Veyret, JC. Larant, J. Godard, M. Révillon, E. Clevers, J. Doucet, E. Remy	
POSTER N° 90	118
Ceftriaxone + Lévoﬂoxacine dans les PAC sévères : une association à réévaluer	
A. Secq, H. Théry, JP. Résibois	
POSTER N° 91	119
Analyse de risque a priori : prise en charge d'un patient recevant une cure de cisplatine en HDJ de pneumologie	
V. Michelet, S. Poullain, S. Callaert, E. Veyret, I. Monnet, C. Couillard, J. Cerezat, A. Thebault	
POSTER N° 92	120
Evaluation de la qualité des dotations d'armoires à pharmacie dans les services de soins : perception médicale ou pharmaceutique ?	
JC. Pelletier, I. Mathiot	
POSTER N° 93	121
Interface Ville-Hôpital : Tout l'enjeu de la conciliation thérapeutique	
F. Delfosse, H. Comte, A. Nollet, C. Bonenfant	
POSTER N° 94	122
Prémédication par Hydrate de chloral des enfants bénéficiant d'un examen d'imagerie	
S. Legeay, A. Darsonval, D. Delacroix, C. Chapotte, MA. Clerc	
POSTER N° 95	123
Natalizumab : bilan d'utilisation	
A. Boissel, A. Fromont, P. Fagnoni, A. Lazzarotti, MH. Guignard	
POSTER N° 96	124
Aphérese par Immunoabsorption sur colonnes A : expérience en Pédiatrie	
F. Mouries, C. Viard, A. Garnier, M. Vie	
POSTER N° 97	125
Optimisation du chemin clinique du patient sous chimiothérapie : en route vers le lean management	
A. Klasen, P. Cuny, K. Bloch, R. Fior, S. Barthier, S. Barbault-Foucher	
POSTER N° 98	126
Évaluation de la préparation des tiroirs patients dans les services de soins : Impact de l'automatisation et de l'informatisation du circuit du médicament	
A. Gonthier, C. Pichard, J. Jezequel, A. Oufella, A. Fabreguettes	
POSTER N° 99	127
Evolution des connaissances scientifiques et actualisation des RCP : exemple des médicaments inappropriés aux personnes âgées	
L. Luciani, B. Leroy, M. Uhart, L. Bourguignon	
POSTER N° 100	128
Mise en place d'un lien ville-hôpital entre pharmaciens - Expérimentation sur le bassin de santé Alésien	
V. Bouix, JP. Cornut, V. Garnier, V. Jacob-Corazza	
POSTER N° 101	129
Perfusion continue des antibiotiques temps dépendants : élaboration de protocoles pour une mise en œuvre facilitée par les équipes médicales et soignantes	
F. Capelle, K. Demesmay M. Martinot, C. Lemaignier, D. Roncalez	

POSTER N° 102	130
Le Saccharose et la prise en charge de la douleur du Nouveau-Né : En théorie simple, mais en pratique ?	
A. Le Joubioux, A. Rio, J. Orbie, I. Carpentier, S. Klosowski, B. Frimat	
POSTER N° 103	131
Bonnes pratiques d'administration d'une nutrition parentérale	
P. Savary, T. Abdallah, S. Kalimoutou, F. Boudeweel	
POSTER N° 104	132
Usage des antiseptiques en milieu de soins : Etude multicentrique concernant les connaissances et les pratiques du personnel paramédical	
M. Jameleddine, H. Souilah, M. Ben Tili, I. Bettaieb, L. Telhig	
POSTER N° 105	133
Évolution des prescriptions de psychotropes chez le sujet âgé dans un service de Post Urgence Gériatrique	
F. Farbos, V. Calmels, A. Piau, S. Pomies	
POSTER N° 106	134
Utilisation des traitements personnels au sein d'un établissement psychiatrique	
J. Silvain, S. Blondiaux, C. Capèle, G. Lecouffe	
POSTER N° 107	135
« Amdec » du processus de prescription/dispensation/administration des mélanges pour nutrition parentérale en néonatalogie	
A. Lambert, D. Betton, V. Renard, J. Matis, L. Beretz	
POSTER N° 108	136
Sécurisation de la dispensation, de la préparation des doses et de l'administration des médicaments multidoses par voie orale en Pédiatrie	
N. Rouayroux, F. Moreau, F. Verryser, C. Damiens, A. Derome, F. Couttenier, P. Guillain	
POSTER N° 109	137
Formation de l'équipe pharmaceutique aux Bonnes Pratiques Cliniques : à propos d'un programme de formation interne	
E. Simon, B. Des Champs-Bro, B. Thielemans, S. Brice, B. Décaudin, P. Odou	
POSTER N° 110	138
Evaluation et optimisation de l'utilisation hors AMM des formes orales adultes en pédiatrie	
J. Corny, H. Baudet, C. Le Tiec, AM. Taburet	
POSTER N° 111	139
Régression d'une infection à Cytomégalovirus humain multirésistant chez un transplanté rénal sous Maribavir, à propos d'un cas	
H. Carpenet, E. Nevado, A. Cournede, JP. Rerolle, M. Javerliat	
POSTER N° 112	140
Qualité de la délivrance des médicaments réfrigérés : Exemple d'une pharmacie à usage intérieur localisée sur une plate-forme logistique	
E. Remetter, R. Basso Boccabella, R. Passemard, B. Gourieux	
POSTER N° 113	141
Etude de conformité des antibiothérapies dans deux services de médecine interne	
LA. Arnoux, C. Valle, B. Jacquot, A. Bonneville, I. Delatte	
POSTER N° 114	142
Traitement de l'anémie chez le patient cancéreux : comment 'fer' ?	
E. Schocher, JF. Tournamille, MC. Lanoue, H. de Bouët du Portal	

POSTER N° 115	143
Utilisation du bévacizumab en spray nasal dans la maladie de Rendu-Osler-Weber	
A. Lelay, R. Guldmann, A. El Aatmani, M. Montserrat-Clauzel, C. Debry, B. Gourieux	
POSTER N° 116	144
Implications thérapeutiques et pratiques du classement par l'AFSSaPS du citalopram/escitalopram parmi les médicaments susceptibles de donner des torsades de pointe	
A. Gousset, M. Toromanoff, M. Colombe, S. Boumaza, AS. Lebegue, V. Auclair, C. Gabriel Bordenave, C. Roberge	
POSTER N° 117	145
Association Clopidogrel et IPP (Inhibiteur de la Pompe à Proton): état des lieux et intervention pharmaceutique	
M. Dell'Ova, M. Dell'Ova, J. Jacquemoire, C. Breuker, S. Hansel-Esteller	
POSTER N° 118	146
De l'information thérapeutique : Comment rendre le patient acteur de sa prise en charge en hématologie clinique ?	
J. Jacquemoire, MP. Ponrouch, I. Roch-Torreilles, N. Féguex, P. Rambourg	
POSTER N° 119	147
Evaluation des prescriptions de neuroleptique chez le sujet de plus de 65 ans dément présentant des troubles du comportement et/ou des troubles psychotiques en santé mentale	
M. Rossi, A. Pilliez, S. Robert, C. Paumier, C. Pollet	
POSTER N° 120	148
Prise en charge de la douleur aigue de patients non verbalisants sous neuroleptiques	
A. Hamzaoui, A. Joulie	
POSTER N° 121	149
A propos d'un cas d'extravasation sous anthracycline : quelle stratégie employer après un délai de 48 heures ?	
G. Maillan, N. Pegoud, J. Jost, A. Cournede, R. Valery, A. Giraud, O. Gasnier, N. Tubiana-Mathieu, A. Lagarde	
POSTER N° 122	150
Intérêt du bévacizumab dans le gliome : à propos d'un cas pédiatrique	
S. Suzzoni, G. Bimont, S. Provôt, O. Lejars, P. Meunier	
POSTER N° 123	151
Les interventions pharmaceutiques : analyse rétrospective	
M. Dell'Ova, M. Dell'Ova, G. de Barry, A. Jalabert, S. Hansel-Esteller	
POSTER N° 124	152
Exposition à la vancomycine des patients dialysés chroniques	
É. Chasseuil, L. Ghouti-Terki, F. Darrouzain, N. Rabot, D. Ternant, N. Azzopardi, B. Birmelé, G. Paintaud	
POSTER N° 125	153
Etude rétrospective des interactions médicamenteuses dans un hôpital multidisciplinaire en Tunisie : A propos de 1200 ordonnance	
M. Razgallah Khrouf, D. Cherif, N. Hili, L. Kamoun, S. Zaibi, T. Timoumi, A. Gnaoui, M. Guerfali	
POSTER N° 126	154
Bon usage des antibiotiques : pertinence de l'analyse pharmaceutique des prescriptions	
M. Artur, E. Quatremarre, G. Tenga, I. Tiret, B. Dieu	
POSTER N° 127	155
Réalisation d'audits par des préparateurs hospitaliers stagiaires : un pari gagnant !	
E. Dazzi, J. Rocquain, P. Noceto, C. Dumazer-Carles, C. Delom	
POSTER N° 128	156
Etat des lieux des prescriptions de carbapénèmes	
M. Artur, E. Quatremarre, G. Tenga, I. Tiret, B. Dieu	

POSTER N° 129	157
Optimisation de l'information du patient diabétique sous insuline : mise en place d'une plaquette explicative S. Martin, AC. Desbuquois, B. Duvauchelle, S. Crépin, S. Dinomais	
POSTER N° 130	158
Dispensation contrôlée des carbapénèmes : Impact du Logiciel de prescription sur le bon usage des antibiotiques J. Allemand, J. Rocquain, C. Delom, S. Virrion, C. Bosi, P. Stolidi, MF. Guglieri, C. Dumazer-Carles	
POSTER N° 131	159
Analyse de l'augmentation du nombre de non-conformités des semainiers préparés par la pharmacie à usage intérieur L. Bourquencier, B. Favier, L. Simon	
POSTER N° 132	160
Impact du logiciel de prescription lors d'un retrait du marché : Exemple du dextropropoxyphène C. Perrin, J. Rocquain, C. Delom, I. Devetakov, C. Dumazer-Carles	
POSTER N° 133	161
Étude RécoMédi. (RECOnciliation MEDicamenteuse). Evaluation de l'impact de la mise en ligne d'un compte rendu thérapeutique sur la qualité de rédaction des comptes-rendus médicaux d'hospitalisation E. Guerriero, A. Berthe-Aucejo, H. Boucher, JV. Chauny, F. Brion, A. Papon, S. Prot-Labarthe, O. Bourdon	
POSTER N° 134	162
Bilan quantitatif et qualitatif de la délivrance nominative des formes orales sèches après mise en place de l'automatisation de leur préparation en SSR F. Bendoucha, C. Fessier, F. Bukato, AM. Liebbe	
POSTER N° 135	163
Audit de pratiques dans la prise en charge des mucites et candidoses oro-pharyngées dans un Centre Régional de Lutte contre le Cancer B. Bertrand, C. Perrier, F. Maurel, F. Pinguet	
POSTER N° 136	164
Pratiques de pharmacie clinique dans un CRLC : recueil et analyse des interventions pharmaceutiques lors de la validation des chimiothérapies B. Bertrand, K. Bekhtari, F. Pinguet	
POSTER N° 137	165
Arrêt de commercialisation du Phosphoneuros : Quelles alternatives ? E. Gantois, J. Giraud, F. Marçon	
POSTER N° 138	166
La réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures : un problème de traçabilité ! M. Harry, C. Charpentier, C. Nowak, I. Baudin	
INDEX DES AUTEURS	167
INDEX DES ETABLISSEMENTS	173
INDEX DES MOTS-CLES	175

COMMUNICATIONS
ORALES
HOIPHARM LILLE 2012

Session Gestion et évaluation

COMMUNICATION ORALE N° 1

Titre :

Cathéters Multiperforés (CMP) : Evaluation de l'impact sur la durée moyenne de séjour dans les césariennes

Auteurs :

A. Marlas¹, J. Tourel¹, C. Simon¹, T. Boudemaghe², JM. Kinowski¹, M. Favier¹

¹Pharmacie, CHU Caremeau, Nîmes

²Biostatistique, Epidémiologie, Santé Publique, Information Médicale, CHU Caremeau, Nîmes

Résumé :

Contexte :

Le CMP permet une infiltration cicatricielle continue de ropivacaïne. En 2008, le CMDMS a référencé ce dispositif pour les césariennes (CS).

Objectif :

Ce travail évalue l'impact du CMP sur la durée moyenne de séjour (DMS).

Matériels et méthodes :

Suite au CMDMS, un protocole spécifique CS a été rédigé dans le logiciel Pharma[®] et permet la prescription de ropivacaïne sur CMP. L'extraction des séjours bénéficiant de ce protocole permet d'identifier les séjours avec CMP. Les séjours relatifs aux CS sont extraits du PMSI. En croisant les données PMSI et Pharma[®] nous obtenons les séjours pour CS et leur mode de prise en charge (sans et avec ropivacaïne + CMP). L'objectif est d'analyser : (1) Evolution DMS selon le mode de prise en charge, (2) Evolution DMS selon GHM par rapport à DMS nationale 2010 (DMSn), (3) Evolution DMS selon GHM et mode de prise en charge.

Résultats :

De janvier à mai 2011, l'extraction du PMSI identifie 239 séjours CS. Les résultats selon le mode de prise en charge sont : 113 séjours sans ropivacaïne et 126 séjours avec ropivacaïne+CMP conduisant respectivement à une DMS de 7.4j et 6.5j, Les séjours sont répartis comme suit : GHM 14C02A (CS sans complication) 144 séjours, DMS 6.3j versus DMSn.6.2j, GHM 14C02B (CS avec autres complications) 19 séjours, DMS 7.1j versus DMSn, 8.4j, GHM 14C02C (CS avec complications majeures) 76 séjours, DMS 8j versus DMSn 10.5j. La DMS dans les GHM 14C02A, 14C02B, 14C02C pour les séjours sans et avec ropivacaïne + CMP est respectivement de 6.6, 7.0, 8.5 versus 6.0, 7.2, 7.5.

Conclusion :

L'utilisation des CMP dans les CS tend à réduire la DMS d'un jour. La diminution de la DMS est d'autant plus marquée que le GHM correspond à des CS avec complications. Pour les CS sans complications la DMS du GHM est légèrement supérieure à la DMSn mais l'analyse en sous groupe montre que la durée moyenne des séjours avec ropivacaïne + CMP est inférieure à la DMSn.

Les CMP orientent vers une réduction de la durée et des coûts d'hospitalisation. Au vue de ces résultats le CMDMS de 2011 a confirmé leur référencement pour les césariennes.

Mots-clés :

Césariennes, Analgésie, Cathéters multiperforés

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation médico-économique de patch de Capsaïcine 8 % sur la prise en charge antalgique des douleurs neuropathiques chroniques

Auteurs :

M. Fabre¹, J. Rolain¹, A. Marlas¹, E. Viel², O. Bredeau², M. Favier¹

¹Pharmacie, CHU Caremeau, Nîmes

²CHU Nîmes - Centre d'Évaluation et Traitement de la Douleur, Nîmes

Résumé :

Contexte :

Les patchs de Capsaïcine, thérapeutique locale des douleurs neuropathiques chroniques, sont réservés au centre de traitement de la douleur en hôpital de jour et non remboursés en sus de la T2A.

Objectif :

Ce travail évalue l'impact médico-économique du patch de Capsaïcine 8 %.

Matériels et méthodes :

Cette étude rétrospective prend en compte le coût des produits pharmaceutiques. Elle est réalisée (1) d'un point de vue établissement hospitalier et (2) d'un point de vue de l'ARS. (1) L'impact du patch sur le GHM est apprécié par le % coût patch/valeur du GHM (référentiel T2A) comparé au % coût médicament inclus dans GHS/coût séjour (ENC 2009). (2) L'impact du patch est évalué à travers 2 paramètres : l'efficacité thérapeutique par évaluation de la désescalade du traitement antalgique (nombre de spécialités et/ou de la posologie) et l'impact économique par l'évaluation du gain moyen par patient pendant 90 jours (intervalle théorique entre deux patchs) sur le traitement antalgique ambulatoire comparativement au coût du patch.

Résultats :

De juillet 2011 à janvier 2012, 31 patients ont été traités. Cinq patients ont eu deux patchs dans le même séjour. La part du médicament inclus dans GHM représente 54 % du tarif du GHM (440 €) pour le patch (235 €) versus 1,6 % pour l'ENC.

La désescalade thérapeutique est observée chez 77 % (24/31) des patients, dont 16 % (5/31) avec arrêt du traitement.

Le gain moyen par patient sur le traitement ambulatoire pendant 90 jours est de 253 €/patient. Il atteint 342 €/patient pour les 24 patients répondeurs. Dans les deux cas, ce gain compense le coût d'un patch.

Conclusion :

Le coût du patch n'est pas représenté dans le tarif du GHM et impacte directement le budget de l'établissement. Ce mode de prise en charge devrait présenter un intérêt auprès de l'ARS car il n'y a pas de surcoût pour 1 patch, de plus, la désescalade thérapeutique permet la diminution de la iatrogénie médicamenteuse. Ces résultats pourraient servir à la mise en place d'une étude incluant les coûts directs et indirects et la qualité de vie.

Mots-clés :

Capsaïcine, Douleur neuropathique chronique, Médico-économie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Quelle est l'incidence de survenue des allergies cutanées liées aux médicaments ? Une étude rétrospective de 2 ans

Auteurs :

C. Devos¹, H. Beaussart¹, D. Lannoy¹, E. Blondeau¹, C. Brzezinski², D. Staumont-Sallé², P. Odou³

¹Pharmacie - Pharmacotechnie, CHRU Lille, Lille

²Dermatologie - Unité DdExploration des Toxidermies, CHRU Lille, Lille

³Pharmacie, CHRU Lille, Lille

Résumé :

Contexte :

Environ 2 % des utilisateurs de médicaments présentent des réactions cutanées. L'unité d'exploration des toxidermies précise l'étiologie médicamenteuse de ces réactions par des tests allergologiques cutanés (patches, pricks tests (PT), intradermo réactions (IDR), réintroductions). La pharmacie réalise l'ensemble des préparations rendues nécessaires pour ces tests.

Objectif :

Evaluer l'incidence des allergies médicamenteuses vraies parmi les suspicions.

Patients et méthodes :

L'étude rétrospective des 2 dernières années a évalué, chez les patients testés pour suspicion de toxidermie : le type de toxidermie constatée, les résultats des tests (en fonction de l'allure retardée ou immédiate de la réaction) et les molécules testées.

Résultats :

Au cours de la période évaluée, 115 patients qui présentaient une réaction cutanée ont été testés en 1ère intention par des tests cutanés (patches, PT, IDR) puis par réintroduction orale en cas de négativité de ces tests. Parmi ces patients, 74 présentent des réactions d'allure retardée et 41 d'allure immédiate. Au total, 27 patients (19 aux tests cutanés ; 8 aux réintroductions) ont développé une réponse positive aux tests allergologiques (soit 23,5 %). La répartition de ces 27 patients en fonction de l'allure clinique était, parmi les manifestations retardées et immédiates respectivement, de 18 (soit 15,7 % des positifs) et de 9 (soit 7,8 % des positifs). Les médicaments impliqués dans les résultats positifs étaient en majorité des anti-infectieux (71,9 %) et des produits de contraste (18,7 %).

Conclusion :

L'incidence est dans l'intervalle des valeurs retrouvées dans la littérature (de 3 à 76 %). Cette grande disparité d'incidences provient probablement d'une variabilité des patients recrutés et des modalités de réalisation des tests. La réalisation des tests à la pharmacie peut expliquer un taux d'allergie vraie et de faux positifs plus faible.

Les explorations allergologiques avec tests cutanés améliorent la prise en charge ultérieure des patients : levée d'éviction du médicament chez les patients testés négatifs ou diagnostic d'allergie vraie. La réalisation des tests à la pharmacie permet de standardiser les modalités de préparation et de réduire les contaminations croisées et microbiennes.

Mots-clés :

Préparation médicamenteuse, Hypersensibilité médicamenteuse, Toxidermie

Références bibliographiques :

Heinzerling LM, Tomsitz D, Anliker MD. Is drug allergy less prevalent than previously assumed ? A 5-year analysis. Brit J Dermatol 2012 166 : 107-14.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Gestion d'un projet de sécurisation du circuit du médicament par la délivrance nominative de tous les médicaments

Auteurs :

C. Fessier, F. Bendoucha, F. Bukato, AM. Liebbe

Service de Pharmacie, CH Compiègne, Compiègne

Résumé :

Contexte :

Depuis 1990, la délivrance nominative des médicaments oraux est réalisée manuellement par les préparateurs. La préparation des doses d'injectables à administrer est réalisée par les infirmiers à partir des dotations gérées par les préparateurs. Le « Groupe Progrès Erreur Médicamenteuse » créé en 2004 montre que 83 % des erreurs évitables concernent les injectables.

Objectif :

L'objectif est d'améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse à effectif constant par la généralisation de la délivrance nominative à tous les médicaments dont les injectables. Ce projet repose sur l'hypothèse d'un gain de temps par l'automatisation de tâches répétitives et par l'optimisation de la gestion des dotations focalisée sur les besoins urgents.

Matériels et méthodes :

4 scénarii ont été identifiés : automate toutes formes et dotation simple, automate toutes formes et armoire sécurisée, automate formes orales sèches et dotation simple, automate formes orales sèches et armoire sécurisée.

Résultats :

L'automatisation de la préparation nominative des formes orales sèches associée à la gestion centralisée des dotations à l'aide d'armoires sécurisées est le scénario retenu après calcul du retour sur investissement. La montée en charge s'articule en trois phases. La première, phase de lancement de l'automatisation, a débuté en janvier 2011, actuellement 340 lits de long séjour bénéficient de la production automatisée. La deuxième phase va débuter cette année. Elle consiste en l'installation d'armoires sécurisées dans des services de MCO dont la délivrance des formes orales sèches est automatisée. Le bilan de ces 2 phases nous permettra de valider notre hypothèse initiale par l'utilisation d'indicateurs de qualité, de coût et de consommations de ressources. La troisième consistera en une généralisation de ce scénario sur l'ensemble de l'établissement auquel s'ajoutera progressivement une délivrance nominative des injectables. Elle nécessitera l'achat de 2 automates et de 25 armoires sécurisées.

Conclusion :

Ce projet innovant résulte d'une collaboration étroite entre la direction, la pharmacie et les soignants. Il permettra de recentrer chacun des intervenants sur son métier et d'optimiser l'étape d'administration des médicaments afin d'assurer la sécurité du patient.

Mots-clés :

Délivrance nominative, Automate formes orales sèches, Armoires sécurisées

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Session Préparations et contrôles

COMMUNICATION ORALE N° 4

Titre :

Système D pour un Test de Remplissage Aseptique (TRA) : Pourquoi ? Comment ?

Auteurs :

F. Loeuillet¹, G. Baussant¹, V. Paix¹, C. Fournier¹, B. Frimat²

¹Pharmacie - Urcc, CH du Dr Schaffner, Lens

²Pharmacie Médicaments, CH du Dr Schaffner, Lens

Résumé :

Contexte :

Le TRA doit permettre de simuler la fabrication de préparations stériles en utilisant un milieu de culture pour démontrer l'absence de contamination bactérienne. Des TRA prêts à l'emploi sont commercialisés mais sont-ils le reflet des manipulations quotidiennes et leur prix est-il justifié ?

Objectif :

Notre objectif est de concevoir un TRA en interne et de le comparer aux TRA commerciaux.

Matériels et méthodes :

Une comparaison économique (coût matériel/personnel) a été menée et les avantages/inconvénients de chaque test ont été relevés.

Résultats :

Le seul TRA prêt à l'emploi adapté au nombre de préparations (non industrielles) réalisées dans notre centre a été comparé au TRA interne. Pour une question pratique, organisationnelle et temps personnel, la simulation de fabrication a été réalisée sur un lot de 10 préparations : 1 TRA interne (53 manipulations) ou 3 'Klerkit' pour un nombre de manipulations équivalent (17/kit). Le TRA interne est 1,4 fois moins cher que le 'Klerkit'. Le coût total du TRA interne (milieu de culture : flacon d'hémoculture) s'élève à 72 euros contre 100 euros pour le kit et les consommables (temps en personnel identique). Pour la validation biannuelle des 5 opérateurs, le Klerkit engendrerait un surcout de 280 euros. Le TRA interne présente l'avantage majeur de reproduire les activités quotidiennes (poches, seringues dont les intrathécales). Contrairement au Klerkit qui utilise le milieu de référence Tryptone Soja, il est réalisé avec un milieu contenant un hydrolysate de caséine et papaïnique. L'absence d'adéquation avec nos manipulations (ampoule en verre, prélèvements en série) est notre inconvénient pour le Klerkit.

Conclusion :

L'application du TRA interne ou du klerkit dans notre centre hospitalier ne répond pas aux bonnes pratiques de préparations car elles recommandent un lot de préparations de taille équivalente à l'activité soit 50 préparations. Le TRA interne a donné entière satisfaction et sera maintenant intégré à la validation des opérateurs.

Mots-clés :

Test de remplissage aseptique, Comparaison, Economique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Validation d'une méthode de contrôle microbiologique des mélanges binaires et ternaires de nutrition parentérale

Auteurs :

F. Ruiz¹, S. Poullain¹, C. Jaskowiec¹, N. Fauchet², A. Thébault¹

¹Pharmacie, CHI Créteil, Créteil

²Microbiologie, CHI Créteil, Créteil

Résumé :

Contexte :

Notre unité de pharmacotechnie s'est dotée d'un nouvel automate de production de mélanges de nutrition parentérale, nous amenant à la validation des milieux de culture utilisés.

Objectif :

Le contrôle microbiologique des mélanges de nutrition parentérale est actuellement effectué par une méthode alternative à celle de la Pharmacopée Européenne, utilisant des milieux pour hémoculture et un automate de détection. L'objectif a été de valider cette méthode sur des mélanges ternaires.

Matériels et méthodes :

L'étude a comporté trois étapes. 1. Étude de la sensibilité sur deux mélanges simples : binaire et ternaire. 2. Étude du pouvoir inhibiteur sur deux mélanges nutritifs : binaire et ternaire. Chaque mélange a été fabriqué par l'automate Exacta Mix 2400®, et inoculé par 0,25 unités formant colonies/ml de S aureus, C difficile et C albicans. 3. Étude de l'influence des lipides sur les résultats du test de stérilité à partir de mélanges comprenant 0 à 12 % de lipides. Chaque mélange a été réparti dans des flacons pour hémoculture Bact/Alert® aérobie et anaérobie.

Résultats :

Les résultats observés pour les deux premières étapes après 15 jours d'incubation sont :

	S aureus	C difficile	C albicans	Témoin négatif
Fl aérobie	positif (n=2)	négatif (n=2)	positif (n=2)	négatif (n=2)
Fl anaérobie	positif (n=2)	positif (n=2)	positif (n=2)	négatif (n=2)

Les milieux Bact/Alert® sont donc capables de détecter une contamination microbienne de 0,25 UFC/ml. Ces mélanges, binaires et ternaires, ne sont pas inhibiteurs de la croissance des trois microorganismes. De plus, tous les tests de stérilité étant restés négatifs en présence de lipides, ces derniers n'entraînent pas l'apparition de faux positifs.

Conclusion :

Les résultats obtenus permettent d'utiliser en routine cette technique simple, rapide et sensible sur les mélanges ternaires fabriqués.

Mots-clés :

Nutrition parentérale, Milieux de culture, Lipides

Références bibliographiques :

Pharmacopée Européenne, 7ème édition. Méthode biologiques : 2.6.1 Stérilité

Corriol O, Crauste-Manciet S, Arnaud P et al. Recommandations pour la préparation des mélanges de nutrition parentérale. Nutrition clinique et métabolisme, 2005, 19 : 30-55.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en évidence d'une incompatibilité physico-chimique entre la phénytoïne sodique et le paracétamol injectable en flacon

Auteurs :

M. Louvrier, S. Dhennain, S. Hochart, E. Zawadzki, S. Bouffart, E. Moquay

Pharmacie, CH Tourcoing, Tourcoing

Résumé :

Contexte :

Lors d'une intervention du SMUR, une perfusion en Y de phénytoïne 50 mg/ml, de paracétamol injectable en flacon et de NaCl 0,9 % a généré un précipité blanc obstruant la tubulure.

Objectif :

Face à l'absence de données bibliographiques concernant l'interaction entre ces médicaments, une expérience est réalisée afin de déterminer l'origine de cette réaction.

Matériels et méthodes :

Le protocole élaboré comprend 4 tubes tests : 1 tube de phénytoïne diluée à 5 mg/ml dans du NaCl 0,9 % (conformément aux recommandations AMM) et 3 tubes contenant un mélange équivolumique de phénytoïne diluée/paracétamol, phénytoïne/paracétamol, phénytoïne/mannitol 20 % (excipient du paracétamol injectable). Parallèlement, 3 tubes témoins de phénytoïne, de paracétamol et de mannitol 20 % sont réalisés. La formation d'un précipité est recherchée par une lecture visuelle à zéro, quinze minutes, une, deux, trois et quatre heures. L'expérience est reproduite ultérieurement, dans les mêmes conditions, par un autre manipulateur.

Résultats :

En moins d'une minute, un précipité blanc se forme dans les tubes contenant le paracétamol et la phénytoïne (diluée dans le NaCl ou non) alors que le témoin négatif et le mélange phénytoïne/mannitol restent limpides jusqu'à quatre heures. Macroscopiquement, la précipitation avec le paracétamol est plus intense avec phénytoïne pure qu'avec celle diluée dans le NaCl. Cette expérience, reproduite par un expérimentateur différent, donne des résultats identiques.

Conclusion :

Le test phénytoïne/mannitol restant négatif, il est possible d'éliminer le rôle exclusif du mannitol contenu dans le paracétamol injectable dans la création du précipité. La dilution dans le NaCl ne semble pas avoir d'impact sur la réaction de précipitation. L'expérience révèle une incompatibilité physico-chimique entre la phénytoïne sodique et le paracétamol injectable en flacon.

Mots-clés :

Incompatibilité médicamenteuse, Acétaminophène, Phénytoïne

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place de détecteurs portatifs de peroxyde d'hydrogène (H₂O₂) au sein d'une unité de préparation centralisée des cytotoxiques

Auteurs :

M. Pinturaud, C. Legros, M. Vasseur, R. Baccouch, B. Décaudin, P. Odou

Institut de Pharmacie, CHRU Lille, Lille

Résumé :

Contexte :

Depuis septembre 2011, l'unité est équipée de détecteurs portatifs PACIII® (Draeger) en complément du détecteur présent au niveau du stérilisateur, permettant une mesure en continu de la concentration en H₂O₂ et contribuant à la protection du personnel vis-à-vis d'une éventuelle exposition à ce gaz inodore et toxique.

Objectif :

Ce travail décrit l'organisation de mise en place et l'analyse des valeurs mesurées.

Patients et méthodes :

Une réunion avec le personnel, la médecine du travail et les ingénieurs biomédicaux a été organisée afin d'informer le personnel de l'utilité des détecteurs et de définir les modalités d'utilisation : attribution d'un détecteur par manipulateur, règles de port du détecteur, fréquence de mesure du gaz (définie à 15 secondes), seuils des alarmes en fonction des données (alarmes sonore et visuelle fixées à 1 ppm et 2 ppm), conduite à tenir en cas d'alarmes, archivage des enregistrements.

Résultats :

La mise en place de cet outil a permis de mettre en évidence un problème technique du sas de stérilisation résolu par le changement du type de manchettes et un réglage du débit d'extraction de l'air. Des valeurs aiguës d'H₂O₂, inférieures à 1 ppm, sont détectées lors du chargement et déchargement du sas dues à l'imprégnation des paniers par l'H₂O₂. Au cours des 3 premiers mois d'utilisation, 4 enregistrements ont dépassé 1 ppm sur l'ensemble des 8 personnes exposées. La plus forte exposition enregistrée était de 2 ppm. Ces expositions isolées ont peu d'incidence lorsqu'on les rapporte au temps d'exposition de 8 heures avec une valeur moyenne d'exposition (V.M.E.) maximale de 0.02 ppm.

Conclusion :

Ce moyen de mesure, en temps réel, de la concentration dans l'air H₂O₂ permet de sécuriser au quotidien les conditions de travail et d'alerter le personnel d'une éventuelle défaillance technique. Cependant les données de la littérature concernant la toxicité chronique sont réduites et limitent l'analyse des valeurs mesurées.

Mots-clés :

Santé au travail, Exposition professionnelle, Préparation de médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Session Pharmacie clinique et dispensation

COMMUNICATION ORALE N° 9

Titre :

Quelles prescriptions le pharmacien doit-il analyser en priorité ? Etude multicentrique d'évaluation de critères objectifs de sélection des ordonnances à risque

Auteurs :

E. Coquet¹, E. Lamarre², A. Fouretier³, S. Chanoine², M. Bourdelin², C. Renzullo¹, E. Pont³, H. Bontemps², JF. Penaud¹, J. Coutet⁴

¹Pharmacie Centrale, CH William Morey, Chalon-sur-Saône

²Pharmacie Centrale, CH Villefranche-sur-Saône, Villefranche-sur-Saône

³Pharmacie Centrale, CH Pierre Oudot, Bourgoin-Jallieu

⁴Coordination Médicale de la Gestion des Risques, CH William Morey, Chalon-sur-Saône

Résumé :

Contexte :

L'analyse exhaustive des prescriptions par le pharmacien n'est pas toujours possible. Cette activité doit donc être orientée vers les prescriptions à risque comme mentionné dans l'Arrêté du 6 avril 2011.

Objectif :

Dans ce contexte, nous avons extrait de la littérature des critères de ciblage de ces prescriptions et avons testé leur pertinence dans une étude. L'objectif est de montrer que l'utilisation de ces critères permet de réduire le nombre de prescriptions à analyser en sélectionnant les ordonnances à risque.

Matériels et méthodes :

Les critères sélectionnés étaient : insuffisance rénale sévère, kaliémie perturbée, anticoagulant et INR>4, médicament suivi par dosage plasmatique, dose maximale dépassée et interaction médicamenteuse de type contre-indication. Pour cela, nous avons réalisé une étude prospective multicentrique. Une analyse pharmaceutique exhaustive quotidienne a été réalisée pendant cinq mois. Les ordonnances ont été classées en 2 groupes : avec ou sans critère. Les interventions pharmaceutiques (IP) émises ont été recueillies et analysées. La présence d'une IP permettait de confirmer le caractère à risque de la prescription.

Résultats :

L'étude a été réalisée dans 9 services sélectionnés pour être représentatifs des activités médico-chirurgicales de 3 hôpitaux généraux. 1813 patients ont été inclus et 5866 prescriptions analysées. 26,7 % d'entre elles contenaient des critères. Le taux d'IP était significativement plus important dans le groupe « avec critère » (30,4 % vs 9,5 %) ($p < 10^{-6}$). Le taux d'acceptation des IP par les médecins était plus élevé sur les prescriptions à critères (79 % vs 70 %) ($p < 0,01$).

Conclusion :

Les résultats montrent que les critères permettent de cibler les prescriptions à risque. La réduction du nombre de prescriptions à analyser est compatible avec la pratique quotidienne. Le fort taux d'acceptation des médecins semble confirmer la pertinence des IP.

L'application de cette méthode permet d'améliorer l'efficacité du pharmacien dans l'analyse d'ordonnances dans le contexte de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Mots-clés :

Analyse pharmaceutique, Risque, Ciblage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

L'ordonnance de sortie, maillon essentiel du parcours patient : approche régionale en Poitou-Charentes

Auteurs :

G. Bouguéon¹, G. Chapelle², J. Faucher-Grassin², Groupe Sécurisation de la Prise en Charge Thérapeutique²

¹Pharmacie, CH Poitiers, Poitiers

²Omedit Poitou-Charentes, Omedit Poitou-Charentes, Poitiers

Résumé :

Contexte :

La qualité des prescriptions est, dans le parcours du patient, l'élément majeur de l'efficacité thérapeutique attendue. Une enquête régionale a montré une mauvaise qualité des prescriptions et la nécessité d'apporter des mesures correctives.

Objectif :

L'objectif est d'améliorer la qualité des ordonnances de sortie des prescripteurs hospitaliers.

Matériels et méthodes :

Un guichet régional de collecte des ordonnances de sortie a été créé par l'ORMEDIMS (OMEDIT) en 2010. Une fiche de signalement est mise à disposition de tout professionnel de santé ville-hôpital. Le recueil et l'analyse sont centralisés à l'ORMEDIMS pour un retour anonymisé auprès de chaque centre. L'élaboration d'un poster pédagogique pour les prescripteurs a été réalisée dans un deuxième temps.

Résultats :

78 déclarations ont été reçues entre mai 2010 et décembre 2011. Les motifs des déclarations ont été : le manque d'informations sur le traitement prescrit (46,5 %) ou du patient sur son traitement (7 %), traitement non disponible à l'officine (14 %), ordonnance illisible (3,5 %), présence d'une contre indication (3,5 %), non conformité d'une prescription de stupéfiants (5,8 %), manque d'informations sur le patient (9,30 %) ou sur le prescripteur (2,3 %), autres (8,1 %).

66,7 % des déclarants sont pharmaciens. Dans 40 % des cas le traitement a été retardé. Le temps moyen passé par le pharmacien à obtenir des informations sécurisant le traitement a été de 30 min (5 min à 2j).

Les ordonnances de sortie sont souvent incomplètes et imprécises (absence de posologie, de durée de traitement etc..), le statut des médicaments mal connu, le pharmacien d'officine non identifié, non informé. Le retour fait aux établissements sur les non-conformités a provoqué une sensibilisation importante. 700 posters présentant le référentiel qualité ont été distribués aux établissements de la région et à la faculté de médecine.

Conclusion :

Ce travail doit contribuer à améliorer le critère « qualité des ordonnances de sortie » inscrit à la certification et dans le contrat de bon usage. La démarche a été bien perçue, la sensibilisation importante. Un réseau « sentinelle » de signalement s'est constitué pour poursuivre l'évaluation.

Mots-clés :

Ordonnances, Sortie du patient, OMEDIT

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude in vitro de l'influence du sorafenib sur la fixation de l'acide mycophénolique à l'albumine

Auteurs :

B. Brouard, S. Guirao, A. Dauphin, M. Vidal, B. Blanchet

UF de Pharmacochimie et de Pharmacocinétique, APHP - Hôpital Cochin, Paris

Résumé :

Contexte :

Les patients transplantés hépatiques traités par acide mycophénolique peuvent recevoir concomitamment du sorafenib en cas de résurgence de leur hépatocarcinome. L'acide mycophénolique et le sorafenib sont fortement liés à l'albumine (97 % et 99,5 %, respectivement).

Objectif :

L'objectif a donc été d'évaluer in vitro l'influence du sorafenib sur la fixation de l'acide mycophénolique à l'albumine.

Matériels et méthodes :

La fraction libre de l'acide mycophénolique (4 mg/L) a été étudiée en présence de 30 et 45 g/L d'albumine associée à des concentrations croissantes de sorafenib (0, 4, 8 et 20 mg/L). L'influence in vitro du sorafenib à concentration thérapeutique (8 mg/L) a été évaluée au sein de plasmas issus de 10 transplantés hépatiques traités par acide mycophénolique, et dont les concentrations libres ont été mesurées par chromatographie liquide [1]. L'aire sous la courbe sur 3 heures (ASC0-3) en présence ou non de sorafenib est estimée par la méthode des trapèzes et comparée à l'aide d'un test de Wilcoxon apparié.

Résultats :

Aux concentrations de 30 et 45 g/L, la fraction libre de l'acide mycophénolique a augmenté respectivement de 8,6 % et 9,0 % en présence de 4 mg/L de sorafenib, de 22,8 % et 34,3 % ; en présence de 8 mg/L et enfin de 58,6 % et 55,3 % en présence de 20 mg/L. Chez les 10 patients, l'albuminémie médiane était de 37 (range 19-41) g/L et l'ASC0-3 médiane d'acide mycophénolique de 180,5 (67,0 - 374,2) ng/mL.h. Après addition de sorafenib (8 mg/L), l'ASC0-3 médiane était de 206,4 (82,6 - 435,2) ng/mL.h soit une augmentation significative de 14,3 % ($p = 0,039$). Aucune corrélation n'a été trouvée entre la variation relative de l'ASC0-3 et la concentration d'albumine ($p = 0,16$).

Conclusion :

Le déplacement in vitro de l'acide mycophénolique par le sorafenib est non-dépendant de la concentration d'albumine. Le faible déplacement de l'acide mycophénolique par le sorafenib chez les transplantés hépatiques suggère que le risque d'interaction est peu probable en situation clinique.

Mots-clés :

Sorafenib, Acide mycophénolique, Albumine

Références bibliographiques :

[1] Shen J, Jiao Z, Yu YQ, Zhang M, Zhong MK. Quantification of total and free mycophenolic acid in human plasma by liquid chromatography with fluorescence detection. J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci. 2005 ; 817 : 207-213.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission dans un service de médecine gériatrique aiguë par des pharmaciens ; retour d'expérience

Auteurs :

M. Colombe¹, S. Blanchemain¹, M. Baudon-Lecame², G. Saint-Lorant², N. Guesdon¹, D. Claeys¹, B. Beauplet¹, P. Lescure¹, F. Leenaert¹

¹Médecine Gériatrique, CHU Caen, Caen

²Pharmacie, CHU Caen, Caen

Résumé :

Contexte :

La continuité des traitements médicamenteux est d'une importance capitale lors du transfert d'un patient, notamment entre le milieu ambulatoire et l'hôpital. La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est une démarche d'interception des erreurs médicamenteuses à ces interfaces en intégrant à toute nouvelle prescription les traitements en cours du patient. En gériatrie, l'iatrogénie médicamenteuse apparaît de façon plus fréquente et plus grave et l'entretien avec les personnes âgées s'avère souvent infructueux (confusion, démence...) d'où la nécessité de multiplier les sources d'informations.

Objectif :

Le but de cette étude est de montrer la faisabilité et l'intérêt de la CTM à l'admission dans 2 unités de médecine gériatrique (40 lits) par 5 externes en pharmacie, encadrés par l'équipe médicale et un pharmacien assistant présent 3 demi journées par semaine.

Patients et méthodes :

Une fiche de CTM informatisée et un mode opératoire « pas-à-pas » sont créés à partir des données de la littérature et du projet « Med'Rec » coordonné par l'HAS en France. La CTM est faite par les externes en pharmacie pour chaque patient admis en médecine gériatrique depuis novembre 2011. L'étude porte sur les CTM réalisées entre le 15/12/11 et le 20/01/12.

Résultats :

73 patients sont admis durant la période d'étude (âge moyen = 86 ans). 74 % sont conciliés dans les 24h (n = 54), dans les 72h pour les autres (n = 19). Il faut compter 50,6 minutes en moyenne par patient. 23 patients (31 %) ont au moins une divergence dans le traitement à l'admission, comparativement à ce qu'ils prenaient au domicile. Parmi les 67 divergences relevées, 53 sont intentionnelles mais non documentées dans le dossier patient, 14 sont non intentionnelles et correspondent à une erreur médicamenteuse. 12 patients (17 %) présentent au moins une divergence non intentionnelle. Il s'agit d'erreurs de posologie dans 57 % des cas et d'omissions dans 43 %.

Conclusion :

Malgré une population très âgée, le nombre de divergences dans le service est faible par rapport aux études publiées. Les gériatres sont déjà sensibilisés à la iatrogénie médicamenteuse. Pour autant, cette activité permet de documenter clairement le dossier patient sur les médicaments pris au domicile et de préparer la sortie. Elle est réalisable en routine par les externes en pharmacie sous réserve d'une formation initiale complète et d'un encadrement séniorisé, médical et pharmaceutique.

Mots-clés :

Bilan comparatif des médicaments, Continuité des soins, Erreur médicamenteuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

COMMUNICATIONS
AFFICHÉES
HOIPHARM LILLE 2012

Session Dispositifs médicaux et stérilisation

POSTER N° 1

Titre :

Quand perfusion rime avec formation !

Auteurs :

M. Coussemacq, J. Aubert, F. Ducastel

Pharmacie, CH Roubaix, Roubaix

Résumé :

Contexte :

Suite à un audit sur les pratiques de perfusion, un groupe de travail pluridisciplinaire (pharmaciens, médecins, cadres de santé et IDE) intitulé "groupe perfusion" a été créé au sein de l'établissement.

Objectif :

Ce groupe a pour objectif la promotion du bon usage des dispositifs médicaux, l'amélioration des pratiques, de la qualité des soins et de la prise en charge des patients.

Patients et méthodes :

Dans cette optique, 3 outils ont été choisis et mis en place : une procédure générale commune à l'ensemble de l'établissement, un module de formation à l'attention des IDE et la réalisation de 2 posters de synthèse destinés à être affichés dans les unités de soins.

Résultats :

La procédure générale reprend les principales séquences de mise en place d'une perfusion : prescription, préparation du matériel, technique de purge, réglage de débit, utilisation des régulateurs de débit, positionnement et renouvellement de la ligne de perfusion, bon usage des dispositifs médicaux (DM) pour pompes à perfusion et pousse-seringues. Le module de formation créé par la pharmacie rappelle, sous forme de diaporama, le bon usage des DM de perfusion. Il est présenté aux services lors des transmissions IDE et 80 IDE de 11 unités de soins ont été formés depuis sa création. La démarche a également été adaptée pour l'enseignement en Institut de Formation en Soins Infirmiers et présenté aux élèves de deuxième année en amont d'une formation pratique à laquelle la pharmacie participe depuis deux ans. Enfin, les 2 posters reprenant les principaux messages issus de la procédure et des formations ont été affichés dans l'ensemble des unités de soins de l'établissement.

Conclusion :

Cette prise en charge globale a permis de recentrer la perfusion au cœur des pratiques infirmières et de promouvoir le bon usage des DM au sein des services de soins. La présence active de la pharmacie au cours des formations renforce au quotidien la communication et la coopération avec les différentes équipes dans un objectif commun d'amélioration continue de la prise en charge du patient.

Mots-clés :

Perfusion, Formation, Bon usage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation comparative de dispositifs de prélèvement et reconstitution pour la préparation des chimiothérapies anticancéreuses

Auteurs :

G. Diebold, S. Bauler, A. Brutel, N. Chaussinand, C. Derharoutunian, A. Gadot, M. Hellot-Guersing, C. Jarre, R. Roubille, H. Galtier

Pharmacie, CH Lucien Hussel, Vienne

Résumé :

Contexte :

Dans le cadre d'un appel d'offres, le service pharmaceutique souhaite référencer des dispositifs de prélèvement/reconstitution (DPR) dans un flacon (ou "spikes"), afin de sécuriser la préparation des chimiothérapies anticancéreuses par l'introduction d'une technique sans aiguilles.

Objectif :

L'objectif est de retenir soit un dispositif pour flacon à petit col et un pour flacon à grand col soit un dispositif polyvalent.

Matériels et méthodes :

Une sélection des DPR avec collerette ou ailettes (pour une meilleure préhension) et filtre hydrophobe (pour flacon à grand col) est d'abord réalisée à partir des dossiers techniques et échantillons. De plus, un test qualitatif de contamination chimique à la fluorescéine évalue l'étanchéité des DPR versus aiguille + prise d'air, par la fabrication de 10 poches dans les conditions usuelles de préparation sous hotte. Enfin, une grille composée de 19 critères portant sur la manipulation, la sécurisation et l'appréciation globale du système par le manipulateur, complète l'évaluation.

Résultats :

5 DPR ont été sélectionnés et comparés. Les DPR munis de filtre hydrophobe ont montré une diminution des contaminations chimiques lors des manipulations. A l'inverse, des projections sont retrouvées avec l'usage de l'aiguille lors de son retrait du flacon (malgré la prise d'air) ou avec les DPR dépourvus de filtre lors du retrait de la seringue. L'appréciation globale des DPR munis de filtre est jugée très satisfaisante : pas de saturation du filtre, bonne étanchéité, prélèvement possible de la totalité du flacon et volume ajustable directement. En revanche, les DPR dépourvus de filtre sont inadaptés dans la pratique courante : ajustement du volume à prélever très difficile, prélèvement impossible de la totalité du flacon et augmentation du temps de préparation. Un tableau récapitulatif des résultats est présenté.

Conclusion :

Parmi les 5 DPR testés, notre choix s'est porté sur le seul DPR munis de 2 filtres hydrophobes et adaptable aux flacons à petit et grand col grâce à la présence d'ailettes. Le surcoût engendré par l'acquisition de ce nouveau dispositif nous paraît justifié en regard de la sécurisation qu'il apporte aux manipulateurs (suppression des projections et du risque de piqûre).

Mots-clés :

Dispositif de prélèvement, Sécurisation, Chimiothérapie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Évaluation de l'intérêt d'un fil chirurgical de fermeture de plaies résorbable innovant

Auteurs :

A. Michel¹, L. Ferrier¹, M. Baba-Aïssa², B. Gustin¹

¹Pharmacie à Usage Intérieur, CHR Thionville, Thionville

²Chirurgie Plastique, Esthétique, Maxillo-Faciale, Stomatologie, Main, Brûlés, CHR Thionville, Thionville

Résumé :

Contexte :

Un dispositif innovant de fermeture des plaies a été commercialisé depuis 2009, il s'agit de la suture crantée V-Loc™. Ce dispositif, dont le prix d'acquisition reste un frein à son déploiement au sein de l'établissement, permet de s'affranchir de nœuds de fixation en réalisant une fermeture continue.

Objectif :

Ce travail consiste à évaluer l'intérêt, d'un point de vue clinique et économique, du dispositif de suture cranté par rapport aux techniques classiques.

Patients et méthodes :

Une étude comparative a été mise en place dans le service de chirurgie plastique chez 10 patients subissant une abdominoplastie : 5 patients subissent une suture abdominale grâce à la technique classique (Monocryl™ et Filapeau™) et 5 autres grâce à l'utilisation du fil V-Loc™. Sept critères de jugement (facilité d'ouverture de l'emballage/présentation du dispositif, qualité de l'aiguille, tenue des nœuds, glissance du fil, facilité au début, pendant et à la fin de la suture), cotés de 0 à 3, et une note générale d'utilisation, cotée de 0 à 10, par le chirurgien sont pris en considération lors de chaque suture. Le coût d'utilisation est évalué par les coûts directs (quantité et qualité du matériel utilisé ; temps opératoire).

Résultats :

Au total le fil V-Loc™ a obtenu la note de 30 sur 31 versus 21 sur 31 pour la suture classique. L'étude des coûts montre un prix unitaire du fil V-Loc™ non négligeable mais l'intérêt de n'utiliser qu'un seul fil par intervention et le gain de temps opératoire observé, notamment par le gain de temps de la suture (40 %), permet de réaliser une économie importante avec la technique de suture « V-Loc ». Ce temps opératoire réduit permet également de minimiser les risques d'infections de sites opératoires pour les patients.

Conclusion :

Après accord de la Comedims, les résultats ont conduit au référencement de ce fil de suture cranté V-Loc™ dans l'établissement dans des indications précises où son intérêt est notable, permettant de garantir aux patients des meilleures qualités des soins sans entraîner de surcoût.

Mots-clés :

Matériaux de suture, Techniques de suture, Etude comparative

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Informatisation et sécurisation du circuit des dispositifs médicaux implantables : Bilan à 6 mois au bloc Ophtalmologie

Auteurs :

M. Dory¹, L. Bergua¹, I. Bourrienne², V. Pelletier¹, B. Dieu¹

¹Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

²Bloc Ophtalmologie, CHU Rouen, Rouen

Résumé :

Contexte :

Les Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) sont soumis réglementairement à une traçabilité sanitaire et nécessitent d'avoir un circuit efficace et sécurisé. Certaines étapes du circuit ont été informatisées avec la mise en place du logiciel Pharma[®] en 2011 (ré-étiquetage des DMI).

Objectif :

L'objectif de cette étude est de quantifier le gain temporel apporté par cette informatisation et d'évaluer son efficacité.

Matériels et méthodes :

L'étude a concerné la gestion des implants ophtalmiques et s'est déroulée sur une semaine : avant et après informatisation et à six mois d'intervalle. Le temps consacré à la traçabilité et à la commande des implants pour une intervention a été évalué par le personnel concerné, aussi bien au bloc ophtalmologie qu'à la pharmacie.

Résultats :

Les étapes manuelles de traçabilité et de commande ont été remplacées par une seule étape directe, le scannage de l'étiquette de traçabilité dans le dossier patient informatisé au bloc déclenchant automatiquement une commande à la pharmacie, laquelle est transmise au fournisseur de façon dématérialisée. Trente commandes correspondantes à soixante interventions chirurgicales ont été concernées par l'étude sur chaque semaine. Le gain de temps moyen sur une semaine a été d'une demi-heure pour les IBODE grâce au scannage de l'étiquette de traçabilité et de cinq heures pour la cadre du bloc (suivi des commandes). Au niveau de la pharmacie, le contrôle uniquement informatique des commandes et la mise en place de la dématérialisation a permis un gain de temps moyen du préparateur d'une heure et demie par semaine. Cependant nous avons constaté que ce système engendrant une multiplication des commandes car chaque pose déclenchait une commande, nous avons mis en place une fonction de regroupement de commandes par laboratoire et par jour.

Conclusion :

Avec le logiciel Pharma[®] et le passage de commandes en EDI, le circuit des implants ophtalmiques s'est amélioré et a permis un gain de temps en personnel, de sécurisation pour la traçabilité sanitaire et dans le passage des commandes. Ce bilan étant positif, ce modèle va donc être élargi à l'ensemble des blocs opératoires du CHU.

Mots-clés :

Informatisation, Traçabilité, Dispositifs médicaux implantables

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les dispositifs médicaux à la pharmacie à usage intérieur : mystères et boules de gomme ?

Auteurs :

M. Bourges, C. Méchin, P. Rocatcher

Pharmacie à Usage Intérieur, CH Dieppe, Dieppe

Résumé :

Contexte :

Afin d'améliorer la connaissance des dispositifs médicaux, un programme de formation a été mis en place depuis 2010 au sein de l'équipe pharmaceutique.

Objectif :

Nous avons souhaité valider cette formation continue « dispositifs médicaux » destinée au personnel de la pharmacie à usage intérieur.

Matériels et méthodes :

Ces formations trimestrielles de 30 minutes sont ouvertes à tous et réalisées par les internes. Après 8 formations, un quizz est réalisé sur les dispositifs médicaux stockés à la pharmacie et couramment dispensés.

Résultats :

Le taux de participation aux formations s'élève à 66 %. Le quizz, réalisé individuellement, comporte un test de reconnaissance de 32 dispositifs médicaux classés par voie d'abord, et un questionnaire à choix multiple. Pour la partie reconnaissance, la moyenne obtenue est de 21.7/32. Les points faibles sont l'abord chirurgical (drain de redon, canule de Yankauer) et l'abord digestif (sondes de Salem, rectale) avec 45 % et 48 % de bonnes réponses respectivement. Les points forts sont l'abord parentéral (73 %) et les pansements (79 %). La moyenne obtenue sur le questionnaire est de 13.5/20. Les difficultés rencontrées concernent le bon usage des sondes vésicales (gonflement du ballonnet, lubrifiant, type de sondage) et le type de gant à proposer en cas d'allergie au latex (27 %).

Discussion :

Cette évaluation a fait prendre conscience de la dispensation quotidienne de dispositifs médicaux sans réellement connaître leur indication et leur spécificité. Réalisée individuellement, elle a permis un temps de réflexion à chacun, suivi d'échanges et de ré-explications sur les non acquis. Cette évaluation a permis d'avoir une idée générale sur le niveau de connaissance de l'équipe. Des quizz réguliers permettront d'apprécier l'intérêt et la qualité des formations. L'amélioration continue de la connaissance des dispositifs médicaux permet ainsi de répondre au mieux aux questions techniques des soignants et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Mots-clés :

Dispositifs médicaux, Formation continue, Equipe pharmaceutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Choix d'un procédé d'inactivation totale en stérilisation visant à réduire le risque de transmission d'agents transmissibles non conventionnels

Auteurs :

A. Sainfort¹, D. Largeron², J. Chardon², G. Vary¹

¹Pharmacie, CH Annonay, Annonay

²Stérilisation, CH Annonay, Annonay

Résumé :

Contexte :

L'instruction du 1er décembre 2011 applicable au 1er janvier 2012 émet de nouvelles recommandations afin de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels et d'optimiser les modalités de prise en charge des dispositifs médicaux stérilisables.

Objectif :

Il s'agit de définir les modalités pratiques de prise en charge des dispositifs médicaux stérilisables et plus particulièrement de faire un choix entre un procédé manuel ou automatisé d'inactivation totale des prions.

Matériels et méthodes :

1°/ Recensement et évaluation quantitative annuelle des actes à risques 2°/ Etude comparative sur les avantages et les inconvénients d'un procédé d'inactivation totale par immersion ou automatisé 3°/ Choix d'un procédé et d'un produit 4°/ Elaboration de la procédure de prise en charge en stérilisation des dispositifs médicaux en fonction des actes à risque.

Résultats :

Il a été recensé en routine un seul acte invasif à risque dans notre établissement : le prélèvement de cornée (40 par an). L'inactivation totale automatisée implique l'utilisation de 3 produits : l'agent prionicide, un neutralisant et un activateur de séchage. Cependant nos laveurs désinfecteurs ne sont conçus que pour 2 pompes : nous devrions donc soit nous passer de l'activateur de séchage, soit remplacer le neutralisant par l'ajout de cycles de rinçage ce qui rallongerait le temps de lavage de 10 minutes. De plus il faudrait alors une embase dédiée, sans oublier la nécessité de qualifier annuellement ces nouveaux cycles. Ainsi, compte tenu du faible nombre d'actes à risque, d'un point de vue économique et pratique, nous avons opté pour un procédé d'inactivation totale par immersion.

Conclusion :

Nous avons sélectionné 3 produits validés par le Protocole Standard Prions et figurant sur la liste diffusée sur le site de l'AFSSaPS. Les modalités d'utilisation, les données de sécurité et les arguments économiques seront les critères de choix. Cette instruction indique également la procédure à suivre pour les dispositifs médicaux non stérilisables. Un travail pluridisciplinaire avec l'équipe d'hygiène et le comité de lutte contre les infections nosocomiales est donc envisagé. Pour conclure, ce travail propose une méthodologie et une synthèse des étapes nécessaires pour l'application d'une nouvelle circulaire.

Mots-clés :

Stérilisation, Prion, Equipement et fournitures

Références bibliographiques :

Instruction N° DGS/RI3/2011/449 du 1er décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation du circuit des ancillaires orthopédiques utilisant la méthode d'analyse préliminaires des risques

Auteurs :

C. Bontour-Lebon¹, E. Bertrand², T. Cohen¹

¹Pharmacie, APHP - Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt

²Qualité, APHP - Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt

Résumé :

Contexte :

Les risques engendrés par la circulation des ancillaires entre les fournisseurs et les services utilisateurs de l'hôpital sont complexes (problèmes logistiques, difficultés de traçabilité, altération des performances et risque de transmission d'agents infectieux).

Objectif :

Face à ces risques et à une réglementation spécifique pauvre, l'hôpital a entrepris une démarche de sécurisation de ce circuit en employant la méthode d'Analyse Préliminaire des Risques (APR).

Matériels et méthodes :

Un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué : du gestionnaire des risques, du bloc opératoire, du service de stérilisation, du service dispositifs médicaux stériles. La réalisation de l'APR a nécessité la mise en œuvre de plusieurs outils : l'analyse fonctionnelle externe, la cartographie des dangers, la cartographie des situations dangereuses, les échelles de décision, l'APR scénarios, le plan d'action de réduction des risques et le catalogue des paramètres de sécurité.

Résultats :

L'APR a identifié 105 situations dangereuses de vulnérabilité 1 (forte) et 58 situations dangereuses de vulnérabilité 2 (faible). L'analyse des situations dangereuses de vulnérabilité 1 identifie 121 scénarios avec 40,5 % scénarios de criticité initiale (Ci) de niveau 1 (acceptable), 54,5 % scénarios de Ci de niveau 2 (acceptable sous contrôle) et 5 % scénarios de Ci de niveau 3 (inacceptable). Sur ces 121 scénarios analysés, 72 scénarios de Ci de niveau 2 et 3 ont nécessité la mise en place d'un plan d'action de réduction des risques. Ce plan formalisé sous la forme de fiches actions, a abouti à la réalisation d'un catalogue des paramètres de sécurité pour 17 scénarios de criticité résiduelle (Cr) de niveau 2. Ainsi la mise en place de ces actions permettra d'avoir 76 % scénarios de Cr de niveau 1 et 24 % scénarios de Cr de niveau 2.

Discussion :

Cette analyse des risques sur le circuit des ancillaires en prêt a permis une approche systémique. L'APR a mis en évidence des axes de travail pour fiabiliser ce circuit dans l'hôpital. Ces axes concernent la réalisation de procédures et la formation du personnel dans chaque secteur concerné par l'élaboration d'un plan de formation interne. L'APR pourrait être appliquée à d'autres hôpitaux afin d'aboutir à une harmonisation des pratiques à l'échelon national.

Mots-clés :

Evaluation des risques, Stérilisation, Sécurité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Interventions pharmaceutiques sur le bon usage des pansements

Auteurs :

C. Demange, S. Poignon, E. Maillet

Pharmacie, CH Remiremont, Remiremont

Résumé :

Contexte :

La multitude des pansements, invite le pharmacien hospitalier à se positionner comme personne ressource auprès des soignants pour une meilleure utilisation possible, technique et économique.

Objectif :

Dans le cadre d'une Cellule Plaies et Cicatrisation multidisciplinaire, les pharmaciens et préparateurs formés, sont appelés auprès des patients, et participent à l'évaluation des plaies complexes et au choix du pansement à appliquer dans un but de bonne adéquation du produit à la plaie et de bon usage des ressources financières. L'objectif de ce travail est de recenser tous les cas d'intervention sur une année et d'évaluer le temps de travail.

Patients et méthodes :

Les membres de l'équipe pharmaceutique, sont appelés par les chirurgiens, médecins et/ou infirmières des unités de soins, lorsque les patients ont des plaies complexes ou difficiles à soigner et que les pansements standards ne suffisent plus à la prise en charge. Ils prennent des photos des plaies afin de suivre leur évolution et proposent les pansements les plus adaptés.

Résultats :

En 2011, 48 patients ont bénéficié de 85 conseils et 60 heures de travail. 48 % de patients chirurgicaux, pour escarres opérés (58 %) laparotomies déhiscentes (13 %) brûlures et phlyctènes (13 %) plaies diverses (16 %). 52 % de patients médicaux, pour escarres (21 %) ulcères de jambe (40 %) pieds diabétiques (21 %) plaies diverses (18 %)

12 patients ont eu un conseil pour une Thérapie par Pression Négative, pour escarres (25 %) nécroses de pieds (32 %) plaies chirurgicales (42 %). Les infirmières ont été formées et assistées pour la pose, pour 20h de travail. 5 de ces patients sont sortis en HAD et ont bénéficié d'une assistance à distance ou en consultation.

Les interventions sont tracées sur le logiciel PHARMA® et les photos insérées dans le dossier médical des patients.

Conclusion :

La demande d'interventions pharmaceutiques est en augmentation ce qui nous a amené à les comptabiliser à partir de 2011, en vue d'une connaissance et d'une reconnaissance de cette activité. L'attribution d'un numéro de téléphone dédié va aboutir cette année et une évaluation de la satisfaction des utilisateurs sera faite prochainement.

Mots-clés :

Intervention pharmaceutique, Bon usage, Pansements

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place de nouvelles prothèses de hanche : quel impact en termes de coût et de temps pour le service de Pharmacie ?

Auteurs :

F. Valendru, A. Champier, M. Hehn, L. Bertrand, M. Talbert

Pharmacie, CH Saint Denis, Saint Denis

Résumé :

Contexte :

Suite à une remise en concurrence des fournisseurs de prothèses de hanche, de nouveaux implants ont été référencés.

Objectif :

L'étude a consisté à évaluer le temps de travail et le coût engendrés par la mise en place des nouvelles prothèses au sein de la pharmacie à usage intérieur.

Matériels et méthodes :

Les différentes étapes de la mise en place ont été répertoriées puis un relevé prospectif du temps de travail de chacune des personnes participant à ces étapes a été effectué. Le coût horaire de chaque catégorie professionnelle a permis de calculer le coût de cette mise en place pour la pharmacie à usage intérieur.

Résultats :

Le matériel représente un total de 9 plateaux d'ancillaires et 102 références de dispositifs médicaux implantables. La mise en place a nécessité cinq étapes et le temps total de travail a été de 76 heures. Quatre catégories professionnelles ont travaillé conjointement : un interne en pharmacie (33h), un pharmacien (13h), des agents de stérilisation (27h) et un préparateur en pharmacie (3h). Le coût a été estimé à 1 480 euros soit environ 165 euros rapporté à un plateau d'ancillaire.

Discussion :

L'impact économique de la mise en place est négligeable (1,7 %) par rapport au budget annuel des prothèses de hanche achetées dans notre établissement (87 000 euros). Cependant, le coût du changement représente un temps personnel important d'autant plus que l'étude ne tient pas compte du temps des étapes préalables au choix (procédures d'appel d'offre) et du temps de formation du personnel du bloc opératoire.

Ces éléments d'appréciation économique et de temps personnel de mise en place d'un nouveau dispositif médical implantable pourront être pris en compte lors des choix des prochains marchés.

Mots-clés :

Coût du changement, Prothèse de hanche, Ancillaire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Réaménagement des horaires de travail en stérilisation : passage en journée de 12 heures

Auteurs :

A. Champier, T. Rusu, A. Rodriguez, M. Hehn, L. Bertrand, M. Talbert

Pharmacie, CH Saint Denis, Saint Denis

Résumé :

Contexte :

Afin de mieux répondre à l'accroissement de l'activité du bloc opératoire, les horaires de l'effectif de la stérilisation (13 agents), ouverte de 7h à 20h, ont été revus.

Objectif :

L'objectif était d'assurer un traitement complet de 60 % du matériel chirurgical restérilisable le jour même de son utilisation.

Matériels et méthodes :

Des simulations, réalisées conjointement avec le directeur des soins, ont permis d'envisager de multiples combinaisons. Les contraintes étaient de maintenir un temps de présence total de 50h par jour, nécessaire au fonctionnement du service, et de consolider l'équipe du soir sans nuire au travail du matin.

Résultats :

Le schéma retenu a consisté à passer d'une journée de travail de 8h/agent à 12h/agent. Il en résultait un aplanissement de la courbe de présence du personnel sur l'ensemble de la journée. De plus, le nombre d'agents présents est passé de 6 à 4 pour un temps de travail total équivalent. Au préalable, les agents ont testé, à tour de rôle, 3 semaines en 12h, puis le projet a été validé en Commission Technique d'Etablissement. Outre la répartition optimisée des effectifs, les avantages sont une meilleure collaboration inter-agents et une transmission continue de l'information. Le rythme de travail des agents s'en trouve également amélioré par leur présence 3 jours par semaine et le passage d'horaires variables à des horaires fixes.

Conclusion :

Le réaménagement complet des horaires sera évalué au bout de 3 mois mais ses débuts laissent espérer une amélioration de la qualité de prestation. Elle se traduit par un traitement plus rapide des dispositifs médicaux restérilisables et une amélioration des échanges au sein de la stérilisation et avec le bloc opératoire.

Mots-clés :

Stérilisation, Organisation, Horaires

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Évaluation économique des dispositifs médicaux utilisés selon 3 techniques de néphrectomie

Auteurs :

AS. Gaudy, V. Jacques-Terracol, M. Le Verger

Service Stérilisation, Hôpital Trousseau, Tours

Résumé :

Contexte :

Les techniques chirurgicales de néphrectomie se diversifient, de la laparotomie vers depuis peu, la coelioscopie robot assistée grâce au robot Da-Vinci.

Objectif :

Chaque technique nécessite une instrumentation spécifique mais le coût des dispositifs médicaux utilisés reste peu connu des chirurgiens. Une étude a été menée au bloc urologie pour analyser le coût des dispositifs médicaux utilisés en fonction de la technique chirurgicale.

Matériels et méthodes :

Une grille de recueil de données a été créée détaillant les dispositifs médicaux utilisés. Le prix des dispositifs médicaux à usage unique est donné par la pharmacie et le coût du passage en stérilisation des plateaux opératoires est donné par le service de stérilisation.

Résultats :

Néphrectomies observées : 2 par laparotomie (2 chirurgiens différents), 4 par coelioscopie (3 chirurgiens différents) et 2 par robot (2 chirurgiens différents). Lors des laparotomies, le coût des dispositifs médicaux s'élève à 740 € avec en moyenne : 508 € pour 81 dispositifs à usage unique et 232 € pour 20 plateaux opératoires restérilisables. Lors des coelioscopies, ce coût varie entre 395 et 666 € : 275 à 546 € pour 49 à 54 dispositifs à usage unique et, en moyenne 120 € pour 9 plateaux opératoires restérilisables. Avec le robot, le coût des dispositifs médicaux varie entre 1200 et 1753 € : 469 à 1022 € pour 62 à 82 dispositifs à usage unique ; 131 € pour 12 plateaux opératoires restérilisables en moyenne et 600 € pour 3 dispositifs spécifiques du robot.

Discussion :

La coelioscopie, technique la moins coûteuse en terme de dispositifs médicaux, apporte un confort au patient : diminution des douleurs, de la durée d'hospitalisation, des complications liées aux cicatrices et reprise plus rapide d'activité. La chirurgie robot offre les mêmes avantages au patient que la coelioscopie avec en plus, une diminution des complications liées à la chirurgie et une amélioration potentielle des résultats opératoires : le chirurgien a une vision en 3D du site opératoire, les bras du robot reproduisent exactement les mouvements de la main améliorant la précision des instruments. Cependant, au coût des instruments s'ajoutent les coûts d'achat et de maintenance du robot et d'autre part, cette technique n'est pas prise en compte dans la Tarification A l'Activité. Un retour aux chirurgiens sera fait pour qu'ils puissent adapter la technique au patient en toute connaissance des enjeux financiers.

Mots-clés :

Dispositifs médicaux, Néphrectomie, Robot chirurgical

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Circuit pour un suivi exhaustif des garanties de défibrillateurs automatiques implantables

Auteurs :

J. Périchou, C. Neyron de Méons, J. Dietemann, O. Nuiry

Pharmacie - Secteur DM, CHU Saint-Etienne, Saint-Étienne

Résumé :

Contexte :

Nous avons réalisé un état des lieux concernant les explantations des Défibrillateurs Automatiques Implantables (DAI). En effet, les DAI sont des dispositifs onéreux qui peuvent bénéficier de garanties en cas d'explantation prématurée due à un dysfonctionnement avéré. La mise en œuvre est complexe car les conditions et les délais de garantie sont fournisseurs et modèles dépendants.

Objectif :

L'objectif est de sécuriser le circuit de reprise des DAI explantés et de mettre en œuvre l'application exhaustive des garanties.

Matériels et méthodes :

Une étude rétrospective a été réalisée concernant les implantations de 2011. Puis nous avons rencontré les fournisseurs pour repreciser les conditions et les délais de garantie ainsi que le circuit de retour des DAI explantés. Un tableau synthétique par fournisseur en fonction du modèle de DAI et du taux de garantie a été proposé au service de rythmologie. Le circuit de reprise des DAI a été établi.

Résultats :

En 2011, 285 DAI ont été implantés dont 27 % de réimplantations (77 DAI). Dans 67 % des cas, il s'agissait d'une réimplantation avec une durée de vie du précédent DAI inférieure à 5 ans (durée de vie minimale de la batterie). Différents motifs d'explantations ont été recensés. Suite aux explantations pour « fin de vie du DAI » ou « matériovigilance », les DAI sont identifiés, repris par la pharmacie et mis à disposition pour expertise car la défaillance du dispositif doit être confirmée par le fournisseur. Les cas où les garanties peuvent être applicables seront désormais détectés grâce à des mentions spécifiques sur la fiche de traçabilité.

Discussion :

La sélection des cas de réimplantations (patients primoimplantés dans un autre établissement) pour lesquels les garanties peuvent s'appliquer ne peut se faire que par l'opérateur. Les DAI concernés doivent être retournés à la pharmacie puis expertisés. La pharmacie est chargée de suivre le résultat des expertises. Ce circuit permettra de systématiser l'expertise des DAI à fin de vie prématurée. Nous pourrions comparer les performances avec celles annoncées par les fournisseurs. Plus généralement, nous développons une fonctionnalité de suivi (alerte) de la durée de vie des implants actifs dans notre logiciel de traçabilité des patients.

Mots-clés :

Défaillance de dispositif médical, Garantie d'assurance, DAI (Défibrillateur Automatique Implantable)

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Le fibroscope à usage unique : une solution pour l'intubation difficile ?

Auteurs :

A. Potelle¹, M. Dupres², J. Aubert², I. Alawwa³, F. Ducastel¹, A. Wibaux⁴, J. Gressier²

¹Pharmacie - Secteur DM, CH Roubaix, Roubaix

²Pharmacie, CH Roubaix, Roubaix

³Service d'Anesthésie, CH Roubaix, Roubaix

⁴Pharmacie-Stérilisation, CH Roubaix, Roubaix

Résumé :

Contexte :

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation a établi en 2006 des recommandations sur la présence du fibroscope dans le chariot d'intubation difficile. L'utilisation actuelle de fibroscopes non autoclavables du service de pneumologie de notre centre hospitalier, ne permet pas de pallier à une situation d'urgence et ne respecte pas ces recommandations.

Objectif :

Le référencement d'un fibroscope à usage unique ou restérilisable a donc été envisagé.

Matériels et méthodes :

Cette étude pharmaco-économique compare le coût du fibroscope non autoclavable à celui à usage unique et à celui restérilisable. Le coût du matériel non autoclavable a été estimé grâce à son utilisation dans l'hôpital avec l'aide du service biomédical, celui des deux autres dispositifs grâce aux laboratoires les commercialisant et au service de stérilisation de l'hôpital.

Résultats :

Les coûts d'exploitation hors taxes ont été comparés sur 5 ans (durée de vie moyenne d'un fibroscope). Le prix d'achat du fibroscope à usage unique avec une consommation annuelle de 50 sur 5 ans (12 500 €) est supérieur à celui du non autoclavable (10 000 €) ou du restérilisable (10 000 € pour deux dispositifs). Il faut cependant ajouter le coût des réparations estimé à 500 €, ainsi que le coût des consommables pour la désinfection du fibroscope non autoclavable (2 350 €) et celui de la stérilisation du restérilisable (1 750 €). Les coûts sont donc de 12 500 € pour le fibroscope à usage unique, 12 850 € pour le non autoclavable et 11 900 € pour le restérilisable. Les avantages du fibroscope à usage unique sont un moindre risque de contamination croisée ainsi qu'un confort en terme de traçabilité et de temps personnel, modéré par l'augmentation du volume des DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux). Le projet d'externalisation de notre stérilisation nous amène à favoriser l'utilisation de dispositifs à usage unique. Les recommandations concernant les actes à risque vis-à-vis des ATNC (agents transmissibles non conventionnels) favorise l'utilisation de dispositifs à usage unique ou restérilisables, mais la fragilité des optiques vis-à-vis du circuit de stérilisation nous a conduit à préférer l'usage unique.

Conclusion :

Les essais ayant été concluants, le dispositif a été présenté au COMEDIMS. Les coûts similaires, la réduction du risque vis-à-vis des ATNC, le gain en temps personnel ainsi que la future externalisation de notre stérilisation ont été les arguments validant son référencement.

Mots-clés :

Fibroscope, Usage unique, Intubation difficile

Références bibliographiques :

Conférence d'experts-SFAR-2006.

Instruction n° DGS/RI3/2011/449 du 1er décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation du critère « Stérilisation » dans un appel d'offres de chirurgie osseuse

Auteurs :

P. Quillet, E. Loizeau, M. Vivien, E. Olivier, G. Grimandi

Pharmacie Centrale Arsenal, CHU Nantes, Nantes

Résumé :

Contexte :

L'examen des candidatures à l'appel d'offres de chirurgie osseuse repose sur une évaluation technique et économique. Dans le cadre de l'appel d'offres 2012-2014, nous avons choisi de faire intervenir un troisième critère : la stérilisation.

Objectif :

Notre objectif est d'évaluer l'exhaustivité et la conformité des instructions de retraitement des dispositifs médicaux fournies et d'étudier la pertinence de ce critère pour le jugement des offres.

Matériels et méthodes :

Notre grille d'évaluation, construite à partir de la Directive 2007/47/CE et de la norme NF EN ISO 17664, comporte 38 items. Une note est attribuée pour chaque item puis pondérée par un coefficient de criticité. La note finale est calculée par la somme des notes pondérées. La grille a été testée sur un échantillon de 14 lots.

Résultats :

20/33 fournisseurs (61 %) ont fourni une documentation technique : notes comprises entre 2,1 et 8,5/10 (moyenne = 5,2/10 ; s = 2,1). Les items les moins renseignés sont les caractéristiques de l'ancillaire (poids, dimensions, température maximale supportée) et les paramètres de désinfection. Les mieux renseignés sont les modalités de stérilisation et les paramètres de nettoyage. Les items renseignés de façon variable selon les fournisseurs sont la durée de vie utile et la composition des dispositifs. L'iconographie des ancillaires, information critique pour l'étape de reconstitution, n'est complète que dans un quart des cas.

Conclusion :

La mise à disposition et la conformité des instructions de retraitement constituent un critère discriminant pour le jugement des offres. Cette analyse en amont garantit un gain de temps pour la mise en service des nouveaux dispositifs dès la validation du marché, mais elle reste chronophage. Cela doit nous amener à simplifier notre évaluation en l'axant sur les items les plus critiques, et en inscrivant ce critère au cahier des charges pour les lots les plus pertinents.

Mots-clés :

Stérilisation, Procédure d'appel d'offres, Instruments chirurgicaux

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation pharmaco-économique et médicale de l'apport de l'ultra fast track en chirurgie cardiaque

Auteurs :

I. Hamdouni¹, N. Harzallah¹, W. Chaouch¹, T. Mahjoub²

¹Pharmacie, CHU Sahloul Sousse, Tunisie

²Anesthésie Réanimation, CHU Sahloul Sousse, Tunisie

Résumé :

Contexte :

Un nouveau protocole anesthésique : l'Ultra Fast Track ou parcours rapide a été adopté au sein du service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique (CCVT) du CHU Sahloul

Malgré l'utilisation de nouveaux agents anesthésiques onéreux, ce protocole réduirait notablement le coût total d'une chirurgie cardiaque.

Objectif :

Le but de ce travail est d'évaluer l'apport pharmaco économique de ce protocole.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude comparative entre l'ancienne méthode anesthésique et la nouvelle (Ultra fast track) portant sur deux groupes de 10 patients âgés entre 18 et 70 ans, ayant une FEVG > 40 %, ne présentant pas d'insuffisance rénale chronique et opérés du cœur pour la première fois au cours de l'année 2008 (Groupe I) et au cours de l'année 2011 (groupe II).

Résultats :

D'après notre étude, l'ultra fast track a permis une diminution de 40 % des dépenses de santé. Ce coût pourrait être réduit davantage s'il existait une meilleure coopération du service de soins intermédiaires de CCVT

L'Ultra Fast Track permettrait une anticipation de la douleur et une extubation trachéale précoce.

L'anticipation de la douleur serait possible grâce à la rachi morphine en pré-opératoire (une injection de 4 gamma/kg de morphine en L3-L4) et l'association perfolgan 1g-Profenid 100mg-Acupan 20 mg après sortie de la circulation extra-corporelle (CEC) ce qui expliquerait l'augmentation de la consommation de ces médicaments.

Conclusion :

Cette étude nous a permis de mettre en évidence la réduction des dépenses de santé en chirurgie cardiaque grâce au nouveau protocole anesthésique : l'Ultra fast track.

Mots-clés :

Ultra fast track, Coût, Chirurgie cardiaque

Références bibliographiques :

Ultra-Fast Track Hospital Discharge Using Conventional Cardiac Surgical Techniques Walji et al, Ann Thorac Surg, 1999 ; 67 : 363-70.

Ultra-Fast-Track Anesthetic Technique Facilitates Operating Room Extubation in Patients Undergoing Off-Pump Coronary Revascularization Surgery. Djaiani et al. Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia, Vol 15, N° 2 (April), 2001 : pp 152-157.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Place des nouveaux dispositifs médicaux motorisés pour perfusion intra-osseuse dans un CHRU

Auteurs :

B. Bertrand¹, D. Tournebize², M. Maillé², MN. Milhavel¹

¹Pharmacie Euromédecine, CHRU Montpellier, Montpellier

²Samu, CHU Montpellier, Montpellier

Résumé :

Contexte :

La perfusion intraosseuse connaît un regain d'intérêt depuis la parution des nouvelles recommandations concernant la prise en charge des arrêts cardio-respiratoires en décembre 2010. Deux technologies s'opposent sur le marché : les trocarts manuels économiques mais difficiles à poser et un nouveau système motorisé, rapide et facile, mais onéreux.

Objectif :

Le trocart manuel était jusqu'à présent le seul référencé au CHRU mais qu'en est-il de la place des nouveaux dispositifs motorisés ?

Matériels et méthodes :

Le relevé des consommations sur 12 mois permet d'analyser nos pratiques et de déterminer les secteurs utilisant la perfusion intraosseuse puis un audit de pratique a été mené au sein des équipes du SAMU. Après recueil de ces informations, une réunion du Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (CMDMS) a été organisée afin d'établir un consensus sur le bon usage des différents dispositifs de perfusion intraosseuse au CHRU.

Résultats :

Les services d'urgences, anesthésie et réanimation représentent 46 % de la consommation annuelle des dispositifs de perfusion intraosseuse. Cependant, la consommation a totalement disparu en réanimation pédiatrique depuis qu'un nouveau dispositif motorisé y est présent pour test. Le SAMU est aussi un consommateur important (32 % des dispositifs). L'audit de pratique mené au SAMU auprès de 9 médecins et 7 infirmiers a montré que 100 % des infirmiers et 89 % des médecins expriment une appréhension à ce geste en raison de la difficulté de maniement des dispositifs manuels. Ainsi, près de 20 % du personnel a déjà occulté la pose d'une voie intraosseuse alors que les recommandations le préconisaient. La synthèse de toutes ces informations en CMDMS a permis d'établir la pertinence de l'acquisition de dispositifs motorisés pour les urgences, l'anesthésie-réanimation pédiatrique et le SAMU.

Conclusion :

Les dispositifs médicaux motorisés pour la perfusion intraosseuse ont démontré leur supériorité par rapport aux dispositifs manuels. L'évolution du matériel permet une meilleure efficacité, assurant la qualité de la prise en charge des patients et de suivi des recommandations scientifiques. Le travail conjoint des pharmaciens et médecins a permis de démontrer, à travers cette étude, l'utilité d'équiper certains secteurs de ces dispositifs novateurs.

Mots-clés :

Dispositifs médicaux, Perfusions intraosseuses, Réanimation cardiopulmonaire

Références bibliographiques :

Nolan JP et al. European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2010. Resuscitation, 2010. 81 (10) : 1219-76.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Session Gestion et vigilances

POSTER N° 17

Titre :

Etude de la consommation de seringues de morphine de 50 mL à 1 mg/mL à l'Hôpital Central

Auteurs :

C. Jolly, N. Commun, M. Labrude

Pharmacie, CHU Nancy, Nancy

Résumé :

Contexte :

A la pharmacie de l'Hôpital Central a été mise en place depuis 1994 la fabrication hospitalière en zone à atmosphère contrôlée de seringues de morphine de 50 mL à 1 mg/mL. Un changement d'appel d'offres a entraîné le remplacement des pousse-seringues électriques avec lesquels étaient administrés les seringues de morphine par des pompes à perfusion portables. Un remplacement des seringues par des poches adaptées à ses pompes à perfusion portables est donc nécessaire.

Objectif :

Etude du nombre de millilitres de morphine consommé par patient en fonction de leurs différents services d'hébergement.

Matériels et méthodes :

Nous avons relevé dans les archives des dossiers stupéfiants le nombre de millilitres de morphine administré par patient et par service du 1/10/11 au 31/12/11. Cela a pour but d'adapter au plus juste la quantité de morphine à mettre dans les nouvelles poches adaptées aux pompes à perfusion portables.

Résultats :

La moyenne du nombre de millilitres de morphine consommée par patient a été calculée pour chaque service. Sur les 24 services consommateurs de seringues de morphine, 12 consomment en moyenne par patient plus de 50 mL de morphine. Ces derniers consomment en moyenne 72 mL de morphine par patient.

Conclusion :

Il est important de poursuivre la fabrication hospitalière de morphine à 1 mg/mL pour assurer une prise en charge optimale des patients. La stabilité et la stérilité des solutions de morphine sont ainsi garanties. La fabrication hospitalière des poches de morphine peut être scindée en deux parties : fabrication de poches à 50 mL pour les services peu consommateurs et fabrication de poches à 70 mL pour les services ayant une consommation plus élevée.

Mots-clés :

Consommation de morphine, Fabrication centralisée, Seringues de morphine

Références bibliographiques :

Arrêté du 21 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière. BO n° 2001 BOS 2 bis.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Création d'un outil de formation pour les Préparateurs en Pharmacie Hospitalière assurant la préparation des traitements et la gestion des armoires à pharmacie en système plein-vide dans les unités de soins de l'hôpital

Auteurs :

J. Falcon¹, A. Giesenfeld², M. Socha², I. May²

¹Pharmacie Hospitalière, CHU Nancy - Hôpital Brabois Adultes, Metz

²Pharmacie Hospitalière, CHU Nancy - Hôpital Brabois Adultes, Nancy

Résumé :

Contexte :

Depuis 2008, la Dispensation Journalière Individuelle Nominative (DJIN), avec gestion de l'armoire à pharmacie par des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH), est mise en place progressivement au sein des unités de soins. L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, précise que les établissements de santé doivent mettre en place des moyens afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

Objectif :

L'objectif du travail est de créer un outil de formation destiné aux PPH. La formation a pour but de sécuriser la prise en charge médicamenteuse au sein de l'hôpital et de définir les rôles de chaque intervenant.

Matériels et méthodes :

Un temps d'observation dans les unités de soins a été nécessaire afin de déterminer l'ensemble des activités relevant de la fonction des PPH concernant la DJIN dans les unités de soins. Un questionnaire a été distribué aux PPH déjà en poste afin de recueillir leur expérience. L'outil de formation initiale a été élaboré à partir des contrats passés entre la PUI et l'unité de soins concernant le circuit du médicament.

Résultats :

L'outil de formation initiale est composé d'une formation théorique et d'une formation pratique. La formation théorique se présente sous forme de diaporamas et est divisée en cinq thèmes : présentation de la formation et des généralités sur la DJIN, présentation de l'unité de soins, formation au logiciel de gestion des médicaments (PharmaTM), formation sur l'activité DJIN et enfin formation quant à la gestion de l'armoire à pharmacie. La formation pratique se découpe en deux temps : une phase d'observation et une phase de prise en charge progressive de l'activité. Cet outil inclut un plan de formation, qui définit les différentes étapes et leur calendrier de mise en œuvre. Cet outil intègre également une évaluation post-formation de la capacité du PPH à prendre en charge l'activité.

Conclusion :

A ce jour, dix PPH ont été formés de façon informelle et assurent l'activité sur sept unités de soins. L'outil de formation créé permettra de formaliser et de tracer cette formation afin de continuer à développer une prestation de qualité.

Mots-clés :

Outil de formation, Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, Traçabilité

Références bibliographiques :

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des sports, Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, JO 2011.

Dahan M, Sauret T, Sécurisation du circuit du médicament à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris : rapport de l'Inspection général des affaires sociales, RM2010 - O98P, 115P.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

COCOREA (CONtrôle des COûts en REAnimation): Impact d'un pharmacien clinicien sur le suivi des recommandations et le contrôle des coûts relatifs aux prescriptions dans un service de réanimation médicale

Auteurs :

T. Barthelot¹, V. Georges¹, V. Alary¹, H. Poujol¹, A. Develay¹, JY. Lefrant², JM. Kinowski¹

¹Pharmacie, CHU Caremeau, Nîmes

²Réanimation Médicale, CHU Caremeau, Nîmes

Résumé :

Contexte :

Les recommandations de la SFAR ainsi que de la SRLF sont souvent peu suivies dans les services de Réanimation, et ce, d'autant plus que le cas à traiter est grave. Pourtant, 70 % du budget total des médicaments concerne ces prescriptions au sein d'un service de réanimation.

Objectif :

L'objectif de la mise en place de cette étude est d'évaluer l'effet d'un rappel ciblé des recommandations relatives aux principales prescriptions en réanimation, notamment sur l'amélioration clinique du patient, mais aussi d'un point de vue financier.

Patients et méthodes :

COCOREA est une étude de type avant/après sur l'ensemble des patients admis en réanimation. Lors des 10 premières semaines, durant la phase observationnelle, le pharmacien recueille et analyse de nombreux paramètres mais ne transmet rien à l'équipe médicale. Les 10 semaines suivantes constituent la phase interventionnelle, durant laquelle les analyses sont transmises au « staff » pour une éventuelle réévaluation.

Résultats :

Sur la période observationnelle, 65 patients ont été admis. La durée moyenne de leur séjour s'établit à 12,93 jours, 24 sont décédés pendant leur séjour. A leur admission, leur Indice de Gravité Simplifié (IGS) est en moyenne de 34,1. Les dépenses de médicaments ont été de 95 644,95 € soit 113,8 € par jour-patient, dont 284 Inexium® 40 mg IV (0,34 par jour-patient) et 565 Propofol® 2 % 50 ml (soit 0,67 par jour patient).

Concernant la période interventionnelle, 73 patients ont été admis au sein du service. Leur séjour moyen a été de 11,17 jours, et la mortalité s'établit à 19 décès. Le score IGS moyen est de 32,8. Leur consommation en médicaments est de 103,6 € par jour patient (-9 % soit 84 455,58 €), dont 141 prescriptions d'Inexium® 40 mg IV soit 0,17 par jour patient (-48,8 %) et 380 prescriptions de Propofol® 2 % 50 ml soit 0,47 par jour patient (-30,7 %).

Conclusion :

Face à l'urgence, le prescripteur instaure et hésite à réévaluer. Un simple rappel a suffi dans la plupart des cas à se conformer aux paramètres ciblés. Les économies ne sont pas négligeables, tant financièrement que pour le confort du patient.

Mots-clés :

Pharmacoéconomie, Etude comparative, Soins aux malades en phase critique

Références bibliographiques :

Knowledge Translation in Critical Care : Factors Associated with Prescription of Commonly Recommended Best Practices for Critically Ill Patients.

Site internet de la SFAR : <http://www.sfar.org/accueil/>

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Erreurs médicamenteuses : De la détection au retour d'expérience

Auteurs :

M. Hellot-Guersing, R. Roubille, S. Bauler, A. Brutel, G. Diebold, A. Gadot, C. Jarre, C. Derharoutunian, H. Galtier

Pharmacie, CH Lucien Hussel, Vienne

Résumé :

Contexte :

Les erreurs médicamenteuses (EM) peuvent survenir tout au long du circuit du médicament (CDM), de la commande du médicament jusqu'au suivi thérapeutique du patient.

Objectif :

Ce travail a eu pour but de recueillir les EM détectées par l'équipe pharmaceutique et les soignants afin d'en étudier leur fréquence, leur nature et leurs causes.

Matériels et méthodes :

Notre étude a porté sur l'année 2011. Le recueil des EM a été homogénéisé à l'aide d'une « Fiche de déclaration d'EM » inspirée du Dictionnaire Français de l'EM. L'analyse de la gravité, du type et des causes de l'EM a été réalisée par 2 pharmaciens. Le recueil et l'analyse des résultats ont été effectués sur EPI INFO®.

Résultats :

Soixante-dix EM ou risques d'EM ont été détectés en 2011. Quinze de ces EM se sont produites à la pharmacie. Soixante-dix pourcents des EM étaient détectés le jour même de leur survenue. Les degrés de réalisation étaient : Risque d'EM (9/70), EM potentielle (48/70), EM avérée (13/70). Les erreurs de médicaments étaient les plus fréquentes (24/70). L'étape de survenue principale était la prescription (29/70). Les causes étaient multiples (2,5 causes par évènement en moyenne), les plus fréquentes étaient les pratiques défectueuses (43/70). Les médicaments les plus souvent impliqués étaient les anti-infectieux (36/70). Ces résultats sont difficilement extrapolables car notre recueil était principalement représenté par les seules EM détectées par l'équipe pharmaceutique. Ce travail a initié une politique de sensibilisation à l'EM au sein de notre établissement. Il a mené à la réalisation de 2 Comités de Retour d'Expérience (CREX) qui ont permis de cibler certaines pratiques défectueuses dans le CDM et de mettre en place des actions correctives efficaces. Il a abouti à des actions de sensibilisation des personnels médicaux et soignants en comité du médicament et réunion des cadres.

Conclusion :

La détection des EM passe principalement par la sensibilisation du personnel. L'analyse des EM permet d'en sélectionner certaines pour la réalisation de CREX lorsque des causes précises sont détectées. Des actions correctives efficaces peuvent alors être appliquées. Le passage d'une culture de punition de la faute individuelle à une culture de déclaration reste essentiel dans ce type de démarche d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Mots-clés :

Erreur médicamenteuse, Sécurité du patient, Amélioration de la qualité

Références bibliographiques :

E. Schmitt et al. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse de la Société française de pharmacie clinique, 2006.
Le circuit du médicament à l'hôpital, Rapport : Tome I, Inspection générale des affaires sociales, Mai 2011.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Évaluation des pratiques cliniques : exemple de la prévention des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique

Auteurs :

A. Bizieux¹, M. Ponce¹, C. Kersuzan², M. Rivoal², N. Toledano¹

¹Pôle Pharmacie - Équipe Opérationnelle d'Hygiène, CH Arpajon, Arpajon

²Service de Réanimation, CH Arpajon, Arpajon

Résumé :

Contexte :

La prévention des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) est un axe de travail émanant du CLIN et des revues de morbidité de réanimation.

Objectif :

Afin d'évaluer les mesures appliquées dans le service de réanimation, et en absence de protocole dans l'établissement, il a été décidé de réaliser un audit des pratiques.

Matériels et méthodes :

Après une revue de la littérature, les critères audités ont été choisis parmi les mesures fortement recommandées, probablement efficaces et considérées comme applicables par le personnel. L'audit est réalisé par un externe en pharmacie.

Résultats :

7 infirmières sur les 11 du service et 4 médecins sur 4 ont pu être audités. Les mesures suivantes ont été appliquées à 100 % :

- Présence de solution hydroalcoolique (SHA) dans les chambres
- Privilégier l'intubation orotrachéale (plutôt que nasotrachéale)
- Hygiène des mains avant et après aspiration ou soin, et port de gant pour l'aspiration
- Aspiration trachéale toutes les quatre heures (ou plus si besoin)
- Changement du filtre humidificateur tous les jours
- Surélever la tête du lit de 35 à 45°
- Evaluation de la sédation et de la sevrabilité au moins quotidienne
- Soins de bouche réguliers
- Surveillance de la pression du ballonnet une fois par équipe

Par contre, aucune vérification de la pression du ballonnet n'est effectuée avec un manomètre et aucun antiseptique n'est utilisé pour les bains de bouche. Les résultats ont été présentés dans le service et des mesures correctives ont été décidées : contrôle de la pression de gonflage du ballonnet par manomètre, bain de bouche avec une solution antiseptique. Une procédure va être diffusée et sera suivie d'un second audit. L'impact éventuel sur la diminution des PAVM pourra être objectivé par le programme de surveillance des infections nosocomiales en réanimation.

Conclusion :

L'audit a resensibilisé les soignants sur les mesures à mettre en place pour limiter l'apparition des PAVM et d'établir un protocole applicable et en accord avec les recommandations.

Mots-clés :

Pneumopathie, Ventilation mécanique, Prévention

Références bibliographiques :

Résultats de l'enquête de la SRLF 2008 « Prévention des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) »

« Prévention des pneumonies acquises sous ventilation mécanique. » 28 Juillet 2011, Drs Sandrine Wiramus, Marc Leone SFAR

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation économique des actions de bon usage du pôle Institut LocoMoteur : Bilan 2011

Auteurs :

E. Civade, J. Toft, M. Vié, MC. Morin

Pharmacie, Equipe Pharmaceutique du Pôle Institut Locomoteur (Ilm), CHU Toulouse - Hôpital Purpan, Toulouse

Résumé :

Contexte :

Trois principales actions de bon usage (BU) ont été menées en 2011 sur le pôle ILM par l'équipe pharmaceutique (EP) : 1) une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des prescriptions d'érythropoïétine (EPO) en chirurgie orthopédique ; 2) une amélioration de la continuité des soins des patients faisant l'objet d'un passage en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) dans le cadre du centre de référence des infections ostéo-articulaires complexes (CRIOAC) ; 3) une évaluation comparative (évaluation technique, clinique et économique) des différents systèmes commercialisés de thérapie par pression négative (TPN).

Objectif :

Evaluer l'impact économique des actions de BU en analysant les dépenses médicales de produits pharmaceutiques du pôle.

Matériels et méthodes :

Les consommations des médicaments et des dispositifs médicaux ont été calculées sur l'année 2011 grâce au logiciel HYPERION® puis comparées aux consommations de l'année 2010.

Résultats :

L'EPP a consisté en un audit clinique des prescriptions d'EPO et a conduit à la validation d'un protocole et d'une ordonnance type afin d'améliorer les pratiques médicales. Ces actions se traduisent par une diminution de 44 % des consommations d'EPO en 2011 (économie de 17 000 euros) et par la chute des consommations de fer injectable (économie de 4000 euros). Par ailleurs, l'EP s'intègre dans le travail multidisciplinaire du CRIOAC en participant aux RCP, en validant quotidiennement les prescriptions et en dispensant nominativement et de façon contrôlée certains antibiotiques onéreux afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique des patients. Ces actions ont été accompagnées d'une baisse de 18 % des consommations des antibiotiques en 2011 (économie de 40 000 euros). Enfin, l'évaluation comparative de la TPN a abouti au suivi nominatif des prescriptions, à la rédaction d'un mode opératoire et au référencement d'un seul fournisseur. Ces actions ont permis une réduction des coûts de 50 % en 2011 (62 000 euros économisés), par diminution du nombre de jours de traitement.

Conclusion :

Ces actions de BU traduisent l'importance de l'implication et de l'expertise du pharmacien au sein des équipes médicales, permettant d'améliorer les pratiques, la prise en charge thérapeutique des patients et contribuant à une réduction des coûts en 2011 de 120 000 euros.

Mots-clés :

Evaluation économique, Bon usage, Equipe pharmaceutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Médicaments à visée humanitaire : cadre réglementaire et procédure d'obtention

Auteurs :

F. Lardeux, A. Darsonval, M. Pinier, MA. Clerc

Pharmacie à Usage Intérieur, CHU Angers, Angers

Résumé :

Contexte :

Face à de nombreuses demandes sur les modalités d'obtention de médicaments à visée humanitaire, la Pharmacie à Usage Intérieur a souhaité apporter un éclairage au niveau institutionnel.

Objectif :

De manière à répondre au mieux aux attentes des professionnels de santé de l'établissement et à faciliter la mise à disposition des médicaments à visée humanitaire, une procédure d'obtention a été élaborée.

Matériels et méthodes :

Un rappel du cadre réglementaire ainsi que des quatre principes directeurs de l'OMS pour le don de médicaments ont été effectués. Les 12 articles constituant les principes directeurs sont destinés à servir de base à l'élaboration de lignes directrices au niveau national ou institutionnel.

Ces 12 articles reposent sur 4 principes fondamentaux :

1. Utilité maximale pour le bénéficiaire, ce qui sous-entend un besoin exprimé par celui-ci.
2. Respect des souhaits et de l'autorité du bénéficiaire.
3. Respect des normes de qualité identiques. Un produit ne répondant pas aux normes dans le pays donateur ne peut faire l'objet d'un don.
4. Communication efficace entre donateur et bénéficiaire.

Résultats :

Une procédure schématique d'obtention des médicaments à visée humanitaire a donc été réalisée permettant à chaque demandeur (association ou individu) de connaître la démarche à suivre en vue d'obtention de ces médicaments. Cette procédure se décline en 3 points : différents types de documents réglementaires à fournir au demandeur, conseils donnés au demandeur (établir des relations avec des structures de santé locales et se renseigner sur la politique pharmaceutique du pays) et enfin orienter le demandeur vers 1 des 6 distributeurs en gros à vocation humanitaire.

Conclusion :

Cette procédure d'obtention des médicaments à visée humanitaire permet d'apporter une réponse unique, fiable et harmonisée aux demandes des professionnels de santé de l'établissement et ainsi de faciliter la mise à disposition de ces médicaments.

Mots-clés :

Médicament à visée humanitaire, Réglementation, Obtention

Références bibliographiques :

Ordonnance du 26 avril 2007.

Arrêté du 18 août 2008.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact financier du critère de choix de conditionnement unitaire sur un appel d'offres médicaments

Auteurs :

E. Stoll, H. d'Alteroche, P. Cherrier, D. Chabbert, M. Camus-Piszez

Pharmacie à Usage Intérieur, CH Marc Jacquet, Melun

Résumé :

Contexte :

La présentation sous forme de conditionnement unitaire (CU) des médicaments participe à la sécurisation de la prise en charge thérapeutique des patients fournissant une identification totale de chaque unité jusqu'à administration. Ce point a été retenu comme un des critères de choix participant à la notation technique dans l'appel d'offres (AO) des spécialités pharmaceutiques en plus de critères clinique et financiers.

Objectif :

L'objectif de ce travail est double : 1-évaluer le surcoût engendré par l'achat de CU dans le cadre des réponses obtenues sur cet AO ; 2-comparer ce surcoût au coût engendré par une opération de sur-conditionnement unitaire équivalente menée dans la PUI.

Patients et méthodes :

Le surcoût d'achat de formes unitaires est calculé en fonction des quantités prévisionnelles 2010 mentionnées dans l'AO et réajusté avec les quantités réalisées en 2011. Ne sont prises en compte que les références comportant plusieurs réponses et pour lesquelles le CU induit une majoration du prix d'achat. Le coût de l'activité de CU réalisé à la PUI a été préalablement étudié en intégrant temps opérateur, coûts : salarial chargé brut, amortissement équipement, maintenance et consommables.

Résultats :

L'AO comportait 382 références de formes orales sèches. Pour 76 % d'entre elles, les réponses comportaient un seul type de présentation (unitaire ou non unitaire). Le critère de CU majorait le prix d'achat pour 65 spécialités de formes orales sèches sur 91 (362 050 unités prévisionnelles soit un surcoût de 9 788 € HT). Rapporté à la quantité réalisée en 2011, le surcoût évolue à 10 572 € HT (0,25 % du budget médicamenteux annuel). L'activité pharmaceutique automatisée de CU à la PUI ayant été estimée à 0,107 €/dose unitaire, la réalisation d'une opération équivalente aurait donc coûté 4 fois plus cher.

Conclusion :

Le CU facilite la préparation des doses à administrer et renforce la sécurisation du circuit du médicament. Cette étude souligne l'importance d'inclure ce critère dans un AO sans engendrer de surcoûts majeurs.

Mots-clés :

Conditionnement unitaire, Surcoût, Appel d'offre

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Médicaments Radiopharmaceutiques : spécificité des critères de choix et d'évaluation

Auteurs :

S. Raignoux¹, N. Poisson¹, M. Sinègre², C. Raybaut¹

¹Evaluation et Achat de Médicaments, Agence Générale des Equipements et Produits de Santé, Paris

²Evaluation Pharmaceutique et Bon Usage, Agence Générale des Equipements et Produits de Santé, Paris

Résumé :

Contexte :

En 2010, un renouvellement d'appel d'offres (AO) de Médicaments Radio Pharmaceutiques (MRP) de 59 lots a été réalisé, pour un montant annuel de 6,3 M €.

Objectif :

L'objet de ce travail a été de définir des critères de choix qualitatifs spécifiques aux MRP, fiables et conformes aux exigences du Code des Marchés Publics, tout en garantissant consensus et sécurité d'approvisionnement des produits retenus.

Matériels et méthodes :

Une commission formée de 15 médecins nucléaires, 15 radiopharmaciens et 2 pharmaciens du groupement d'achat a permis de spécifier les besoins des utilisateurs de façon consensuelle et conformément aux décisions de la COMEDIMS, de définir les lots et les critères de choix spécifiques ainsi que leur pondération, et les modalités d'analyse des offres.

Résultats :

Afin de garantir la sécurité d'approvisionnement, enjeu majeur de cet AO, 2 fournisseurs étaient prévus pour certains lots. Des critères d'évaluation spécifiques ont été établis, selon les types de MRP : a) pour les trousseaux « froides », l'évaluation technique des offres s'apparente à celle des autres spécialités pharmaceutiques ; b) pour les générateurs et les MRP « chauds », en revanche, des critères supplémentaires ont été définis et des engagements ont été demandés pour les éléments jugés les plus critiques (conditions de commande et de livraison, capacité de « backup », périodes de maintenance de l'appareil de production). Le ratio critères qualité/critère prix était de 65 %/35 %. L'évaluation économique des offres a tenu compte des facteurs de calibration.

Conclusion :

La méthodologie appliquée à cet AO (73 MRP analysés) a permis de réaliser un choix objectif, en prenant des garanties sur la sécurité d'approvisionnement et en encadrant la mise en route des nouveaux marchés dans un contexte difficile (actions de formation, adaptation des enceintes de manipulation si nécessaire...). Si la variation de répartition des quantités n'a pas entraîné le bénéfice attendu sur les prix, en revanche, l'aspect économique global de cet AO a été satisfaisant (-12 %), et ce, malgré de fortes hausses des prix sur certains lots liées à l'incertitude des consommations et à la prise de risque par les fournisseurs à s'engager sur des marchés de plusieurs années dans un contexte de pénurie.

Mots-clés :

Achats groupés, Procédure d'appel d'offres, Radiopharmaceutiques

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Consommations hospitalières de médicaments et dispositifs médicaux - analyses croisées avec les données d'activité médicale

Auteurs :

[D. Paillet-Testart](#)

Classification Information Médicale et Modèle de Financement, Atih, Lyon

Résumé :

Contexte :

La connaissance de ces consommations, couplée aux données d'activité médicale recueillies dans le cadre du PMSI est stratégique.

Objectif :

L'objectif de ce travail est de montrer comment ces informations peuvent accompagner, au niveau national et régional, les décisions touchant à la pharmaco-économie.

Patients et méthodes :

L'ATIH dispose d'une base de données nationale, exhaustive et pluriannuelle, concernant les consommations de médicaments et de DM retenus dans les listes en sus de la tarification à l'activité. L'ATIH dispose par ailleurs des données d'activité médicale de l'ensemble des établissements du territoire national.

Résultats :

Le Ministère revisite chaque année les listes en sus sur la base d'analyses médico-économiques menées par l'ATIH. Les aspects étudiés sont notamment les suivants : observation de l'évolution de la consommation des différents produits inscrits sur les listes, épidémiologie des pathologies concernées, suivi des prix d'achat et impact de la commercialisation du générique.

Au delà de ces études ponctuelles, l'ATIH a élaboré des tableaux de bord décisionnels qui permettent de suivre et d'analyser l'évolution pluriannuelle des consommations de tous les médicaments et DM des listes en sus. Ces restitutions, accessibles via l'interface SNATIH, constituent des outils de pilotage pour les agences régionales de santé et les OMEDIT, notamment dans le cadre du suivi des contrats de bon usage.

Une enquête spécifique sur les molécules onéreuses a récemment été menée auprès des établissements de santé dans le cadre des travaux préparatoires à la mise en œuvre d'un modèle de financement à l'activité dans le champ du SSR. Un groupe de travail associant des pharmaciens experts désignés par les fédérations d'établissement a été mis en place dans le cadre cette réflexion.

Conclusion :

Un recueil d'information étendu à l'ensemble des médicaments délivrés dans les établissements hospitaliers pourrait s'avérer pertinent : cette option est aujourd'hui étudiée par l'ATIH, en lien avec d'autres acteurs. A cette fin, un groupe de travail pourrait être mis en place.

Mots-clés :

Système d'information hospitalier, Pharmacoéconomie, Gestion de la pharmacothérapie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation du réapprovisionnement d'un automate de dispensation nominative des formes orales sèches par la mise en œuvre d'une Analyse Préliminaire des Risques

Auteurs :

C. Charpentier, F. Girard, I. Baudin

Pharmacie, CH Angoulême, Saint Michel

Résumé :

Contexte :

Dans un contexte de sécurisation du circuit du médicament au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de notre établissement, nous avons choisi de développer la dispensation individuelle nominative au moyen d'un automate de dispensation de formes orales sèches.

Objectif :

L'introduction de ce nouvel outil s'est accompagnée d'une réflexion pour sécuriser l'organisation à mettre en place, en particulier pour l'étape de réapprovisionnement de cet automate.

Matériels et méthodes :

Pour répondre à ces objectifs d'anticipation et de réduction des risques, nous avons réalisé une Analyse Préliminaire des Risques (APR). Notre APR a consisté à décrire et évaluer des scénarios d'évènements indésirables, en termes de criticité du risque, afin de décider et de prioriser les actions de maîtrise de risque à mettre en œuvre. Ces éléments ont ensuite été utilisés pour élaborer une cartographie des risques.

Résultats :

La moitié des scénarios identifiés (67/130) nécessitait la mise en œuvre de 26 actions prioritaires, relatives à des choix organisationnels et leur mise en assurance qualité (14/26), la formation des personnels (6/26), les investissements dans les équipements et les locaux (6/26). La maîtrise continue des risques résiduels reposera ensuite sur les audits, la formation continue et le contrôle des doses préparées par l'automate. La cartographie des risques a permis d'identifier les dangers ayant le plus fort potentiel de préjudice, en particulier pour les phases de déconditionnement et de préparation des plateaux, préalables au réassort de l'automate.

Discussion :

Notre analyse présentant certaines limites, manque d'exhaustivité et subjectivité, nous avons complété notre démarche par la mise en place d'une revue du risque, permettant l'enregistrement et l'analyse des anomalies et des non-conformités constatées. Ces outils de gestion des risques a priori, ont constitué un atout pour le management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient, dans notre établissement.

Mots-clés :

Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments, Automatisation, Gestion du risque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Réalisation d'une cartographie des risques relative à la prise en charge thérapeutique du patient

Auteurs :

M. Rocca¹, C. Cool¹, T. Gorce¹, M. Talla², R. Bastide¹, P. Cestac¹

¹Comédims-Smq, CHU Toulouse - Hôpital Rangueil, Toulouse

²Anap, Anap, Paris 13ème

Résumé :

Contexte :

Dans le cadre du respect de l'article 8 de l'arrêté du 6 avril 2011 : « Etude des risques encourus par les patients lors de la prise en charge médicamenteuse », la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles - Système Management de la Qualité a choisi d'entreprendre un audit de pratiques pour l'élaboration d'une cartographie des risques.

Objectif :

Cette analyse de risque a priori porte sur les risques pouvant impacter chaque étape de la prise en charge thérapeutique du patient.

Patients et méthodes :

Sélection d'un outil proposé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance : 160 questions, 3 thèmes : contexte et politique de sécurisation dans l'unité de soins, sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, sécurisation du stockage intra-unité. Sous ces thèmes, 7 axes balayant l'ensemble des étapes de la prise en charge thérapeutique du patient : prévention, pilotage, entrée et sortie du patient, prescription et dispensation, préparation et administration, organisation de l'armoire, gestion de l'armoire. Le pourcentage de maîtrise de risque est calculé par l'outil. L'établissement a choisi d'adapter la méthode avec un audit déclaratif sur 124 questions et un audit observationnel sur 36 questions ; chacun d'une heure trente minutes. Ces audits seront conduits en mars-avril 2012 dans 32 services cliniques tirés au sort au prorata du nombre de lits de chaque type d'hospitalisation et sont réalisés en présence du médecin responsable du service, du cadre de santé, d'un IDE, du pharmacien et du préparateur référents. Deux études de faisabilité ont été réalisées mi-février 2012 dans 2 services cliniques.

Résultats :

Première étude effectuée dans un service en Dispensation Nominative Automatisée Centralisée où la prescription est informatisée et où la traçabilité de l'administration se fait par codes à barres. Le risque structurel de l'unité s'élève à 57 %. Les pourcentages de maîtrise de risques sont : 58 % pour la sécurisation du stock intra-unité, 71 % pour la sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et 46 % pour la politique de sécurisation dans l'unité de soins.

Conclusion :

Mise en évidence des points forts et vulnérabilités des services cliniques et amélioration des pratiques dans une démarche d'optimiser les points faibles identifiés. Un rapport sur la cartographie générale des risques sera présenté lors de la visite de certification en Septembre 2012.

Mots-clés :

Prise en charge personnalisée du patient, Audit médical, Gestion du risque

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Cartoflash : un outil de diagnostic pour évaluer le niveau de sécurisation du circuit du médicament

Auteurs :

N. Tisserand, C. Lemée, B. Barteau, KA. Dinh-Van, D. Ardillon

Pharmacie, Centre Médicochirurgical de Kourou, Guyane Française

Résumé :

Contexte :

Suite au chantier MeaH de sécurisation du circuit du médicament (SCM), mené en 2008 dans notre établissement, une démarche d'évaluation du niveau de SCM a été entreprise en 2011.

Objectif :

Dans ce cadre, et en partenariat avec l'ANAP, nous avons testé un tout nouvel outil dont l'objectif est de fournir une modélisation visuelle du niveau de risques dans les unités de soins et d'identifier les axes d'amélioration.

Matériels et méthodes :

Cet outil, "Cartoflash médicaments", décline 3 thèmes : politique de sécurisation (1), stockage intra-unité (2), prise en charge thérapeutique (3). Chaque feuille thématique s'articule autour de 8 axes de sécurisation : Organisation, Prévention, Pilotage, Entrée et sortie du patient, Prescription et dispensation, Préparation et administration, Organisation et Gestion de l'armoire. Un groupe projet pluriprofessionnel a été créé afin d'effectuer le recueil et l'analyse des données sur 3 unités de soins.

Résultats :

Concernant les thèmes 1 et 2 le niveau de risque est maîtrisé, le thème 3 présente une maîtrise du risque faible. L'analyse plus fine des axes de sécurisation a permis d'identifier les points forts (maîtrise du risque lié à la gestion de l'armoire à 75 %) mais également les axes d'amélioration (taux de maîtrise de l'axe organisation de 25 %). Des actions d'améliorations sont d'ores et déjà entreprises : CREX, logiciel de contrôle aléatoire, rédaction de documents, référents pharmacie.

Conclusion :

Cet outil d'utilisation facile et aboutissant à un résultat instantané a permis à l'établissement d'effectuer la photographie de son niveau de maîtrise du risque lié au circuit du médicament. Cette démarche a été un levier pour poursuivre la sensibilisation engagée par la PUI auprès des différents acteurs. Dans le cadre des CBU, cet outil constitue une aide intéressante pour la sécurisation du circuit du médicament.

Mots-clés :

Circuit du médicament, Sécurisation, Diagnostic

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact économique des stratégies de recours aux médicaments d'urgence en seringues pré-remplies

Auteurs :

J. Crégut-Corbaton¹, C. Malbranche¹, J. Huguenny¹, C. Girard², P. Sagot³, MH. Guignard¹, P. Fagnoni^{1,4}

¹Pharmacie, CHU Dijon, Dijon

²Anesthésie Réanimation, CHU Dijon, Dijon

³Gynécologie-Obstétrique, CHU Dijon, Dijon

⁴EA INSERM 4184

Résumé :

Contexte :

L'éphédrine est un médicament d'urgence disponible sous forme d'ampoules et nécessite la préparation à l'avance de seringues selon 2 stratégies de fonctionnement dans notre établissement : la stratégie 1 (1 ampoule par patient) et la stratégie 2 (1 ampoule par bloc et par jour) avec destruction des seringues non utilisées en fin d'activité.

Objectif :

Des formes pré remplies sont disponibles sur le marché. En raison de leur coût élevé et des résultats divergents de la littérature à ce sujet, il nous a paru intéressant d'évaluer l'intérêt économique du remplacement des ampoules par des seringues pré remplies en fonction des stratégies courantes d'utilisation.

Matériels et méthodes :

Pour chaque stratégie, nous avons réalisé une étude avant-après. Les consommations en éphédrine sont relevées sur 2 périodes consécutives de 14 jours : P1 avec préparation à l'avance de seringues selon les stratégies 1 ou 2, et P2 avec usage à la demande de seringues pré remplies. Les résultats sont analysés en fonction du coût par patient, par période et par stratégie.

Résultats :

Le coût d'une seringue d'éphédrine préparée à l'avance (temps infirmier compris) est évalué à 1,66 € vs 3,57 € pour une seringue pré remplie. Dans les blocs utilisant la stratégie 1, la forme pré remplie permet une diminution de 72 % des coûts d'utilisation avec une réduction du coût par patient (25,45 € en P1 (n = 90) vs 6,12 € en P2 (n = 92)). Avec la stratégie 2, l'utilisation de la forme pré remplie réduit les coûts d'utilisation de 47 % mais le coût par patient est augmenté (3,82 € en P1 (n = 292) vs 4,05 € en P2 (n = 266)).

Conclusion :

Cette étude met en évidence des pratiques différentes. Pour la stratégie 1, un net avantage économique est dégagé. Au vu de ces résultats et en tenant compte de l'intérêt des formes prêtes à l'emploi en termes de sécurité sanitaire, nous avons décidé de les référencer dans notre établissement. Nous réalisons actuellement la même étude avec l'atropine, dont la présentation pré remplie devrait être commercialisée prochainement.

Mots-clés :

Ephédrine, Seringues pré-remplies, Sécurisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation du contentieux sur l'activité de rétrocessions entre un Centre Hospitalo-Universitaire et des caisses d'assurance maladie

Auteurs :

A. Nianzou¹, G. Canchon¹, B. Dieu²

¹Pharmacie Médicaments, CHU Rouen - Hôpital Charles Nicolle, Rouen

²Pharmacie à Usage Intérieur, CHU Rouen - Hôpital Charles Nicolle, Rouen

Résumé :

Contexte :

Au cours du contrôle exhaustif relatif à l'activité de rétrocession de notre hôpital, nous avons entrepris une évaluation fine des prescriptions identifiées comme étant redevables d'un indu.

Objectif :

Evaluation et analyse de prescriptions dans une démarche qualité.

Matériels et méthodes :

Sur la période du 01/11/2008 au 31/12/2010, 359 prescriptions ont été analysées.

Elles concernaient 3 items/15, sur lesquels une amélioration rapide des pratiques pouvait être envisagée :

Item 1-Rétrocession de produits non rétrocédables.

Item 2-Facturation de médicaments à partir de prescriptions non-conformes.

Item 3-Délivrance d'une quantité supérieure à 1 mois de traitement.

Résultats :

Item 1 (132 prescriptions) : indus 13 240 €, dont 96 % contesté.

81 % des prescriptions concernaient la délivrance à titre dérogatoire (décision du 20/12/2004) et 8 % concernaient les ruptures villes pour lesquels le pharmacien se doit d'assurer la continuité des soins.

Item 2 (137 prescriptions) : indus 94 119 €, dont 100 % contesté.

Prescriptions de thalidomide de 3 mois (26 %), absence de date de prescription (23.5 %), absence de durée de traitement (10.4 %), délivrance selon "la procédure exceptionnelle" (10.4 %).

Item 3 (90 prescriptions) : indus 24 514 €, dont 70 % contesté. Conditionnement inadapté des spécialités (63 % des prescriptions).

Discussion :

Le travail collégial de la pharmacie, de la direction des finances et l'aide d'un avocat nous a permis de contester 89 % du coût de l'indu total. Le regard sur notre activité est plus critique et nos exigences sur les "mentions obligatoires" sont accentuées. Malgré tout nous avons constaté que le redressement concernait aussi des actes que la loi nous autorisait à faire.

Dans une démarche qualité, une affiche explicative est réalisée dans le secteur rétrocession pour mettre en avant les points sur lesquels nous pouvons améliorer notre pratique.

Mots-clés :

Remboursement, Assurance maladie, Rétrocession

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Réunions de concertation pluriprofessionnelles en service de psychiatrie long séjour : organisation, bilan médico-pharmaceutique et économique

Auteurs :

A. Martel¹, H. Chayé¹, C. Massé¹, M. Nebout², J. Caron¹, D. Marighetto², SE. Chabi², I. Guillot¹

¹Pharmacie à Usage Intérieur, CH Cadillac, Cadillac

²Psychiatrie, CH Cadillac, Cadillac.

Résumé :

Contexte :

La prise en charge des patients hospitalisés en long séjour psychiatrique, difficile à réaliser, nécessite des réévaluations régulières afin d'adapter le traitement aux besoins du patient.

Objectif :

Nous avons organisé, au sein des services, des réunions de concertation pluriprofessionnelles sur la prise en charge médicamenteuse, avec l'objectif de simplifier et sécuriser des traitements prescrits au long cours.

Patients et méthodes :

Une charte prévoit un responsable, l'organisation, le déroulement des réunions (émargement, compte rendu, saisie dans le dossier médical informatisé). Ce travail concerne 80 patients de trois unités de soins. Se réunissent psychiatre, pharmacien, généraliste, interne en pharmacie et infirmiers.

Un cycle comprend deux à trois réunions de concertation hebdomadaires, puis une évaluation un mois après et enfin un bilan à un an.

Résultats :

Sur huit réunions, 106 modifications de traitement concernant 52 patients ont été effectuées avec notamment : des changements de formes galéniques (31 %), des mises en conformité au livret du médicament (30 %), des arrêts (20 %) et des diminutions de posologies (14 %).

Un mois puis un an après, nous observons que ces modifications sont maintenues dans 95 % des cas : elles représentent une économie de 5170 euros soit 5 % du budget cumulé annuel de ces unités de soins (hors dispositifs médicaux). A cela s'ajoutent 24 suppressions de « si besoin ».

Conclusion :

La simplification des plans de soins et le passage des formes buvables aux formes sèches dégagent un temps infirmier qui sera calculé. Les risques d'erreurs sont potentiellement diminués (conformité au livret, meilleure lisibilité du plan de soins, etc...).

L'impact économique direct, conséquence (et non objectif) de la démarche s'avère positif.

Les infirmiers apprécient la simplification de l'administration.

Les médecins sont sensibilisés aux points d'optimisation récurrents.

Les pharmaciens progressent sur la clinique.

Ces échanges directs entre les professionnels, sur un temps spécialement aménagé, sont efficaces pour optimiser les traitements, au bénéfice du patient.

Mots-clés :

Réunions de concertation pluriprofessionnelles, Réévaluation de traitement, Psychiatrie long séjour

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Adaptation bayésienne de posologie : un impact clinique et économique substantiel

Auteurs :

L. Luciani, M. Uhart, B. Leroy, A. Blot, L. Bourguignon

Pharmacie, Hospices Civils de Lyon, Francheville

Résumé :

Contexte :

Le suivi thérapeutique pharmacologique (STP) permet l'optimisation des traitements d'efficacité dose dépendante. Il s'avère particulièrement utile pour les traitements ayant une forte variabilité pharmacocinétique interindividuelle et dont la toxicité est importante.

Objectif :

Cette étude a pour objectif de faire le bilan clinique et économique de 2 ans d'adaptation de posologie des aminosides et des glycopeptides au sein de 2 établissements gériatriques regroupant 580 lits.

Patients et méthodes :

Le nombre d'adaptations réalisées entre 2010 et 2012 et le type de médicament adapté ont été recueillis. Le prix direct moyen du traitement (coûts du prélèvement, du dosage, de l'adaptation et du traitement) permettant d'estimer le coût net de l'adaptation par patient ainsi que la diminution d'incidence de la néphrotoxicité liée au STP ont été évalué précédemment dans notre service. Une recherche bibliographique a permis de retrouver (i) le coût moyen d'une néphrotoxicité (ii) la diminution de durée d'hospitalisation liée au STP. Ces données ont permis de quantifier l'impact médico-économique de 2 années de STP.

Résultats :

Sur les 2 dernières années, 218 patients ont bénéficié d'une adaptation de posologie. Ces monitorings représentent un surcoût de 54 958 € en comparaison à une stratégie sans STP. L'incidence de néphrotoxicité est réduite de 71 % avec le STP ce qui équivaut à 15 néphrotoxicités évitées pour nos 218 patients traités par ces antibiotiques. Selon la littérature, sa prise en charge coûte en moyenne 5 372 €, cette iatrogénie diminuée représente une économie de 79 720 €. Enfin, la diminution moyenne de durée d'hospitalisation est de 5,45 jours ce qui correspond à un coût évité de 1 045 146 € dans un service de médecine.

Conclusion :

La mise en place du STP représente un faible investissement en comparaison aux économies potentiellement générées. Ces économies s'avèrent très importantes si on considère la durée du traitement.

Mots-clés :

Suivi thérapeutique pharmacologique, Iatrogénie, Economie de la santé

Références bibliographiques :

Dijan C. Etude coût efficacité de l'adaptation bayésienne des posologies des aminosides et des glycopeptides réalisée au groupement hospitalier gériatrique (Hospices Civils de Lyon). Th D Pharm, Lyon I ; 2009.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Retraits de lots de médicaments : ce qui a changé après l'affaire benfluorex !

Auteurs :

C. Pouyaban, R. Stehle, A. Seron, MP. Louis, MC. Douet

Pharmacie Euromédecine, CHRU Montpellier, Montpellier

Résumé :

Contexte :

Depuis l'affaire benfluorex survenue en novembre 2009, la surveillance des produits de santé (pharmacovigilance), orchestrée par l'Afssaps, a considérablement été renforcée. Nous nous sommes interrogés sur l'évolution du nombre et du type de retraits de lots.

Objectif :

Un état des lieux a donc été réalisé sur les quatre dernières années.

Matériels et méthodes :

Chaque nouvelle alerte est enregistrée sur une base Access interne où le motif du retrait est enregistré dans l'une des trois catégories suivantes : "conditionnement" (erreur du code Data Matrix, erreur de dénomination des conditionnements primaires et secondaires...), "formulation" (diminution de l'activité du principe actif au cours du temps, contamination...) ou "réglementaire" (manquement aux Bonnes Pratiques de Fabrication, modification ou suppression de l'AMM...).

Résultats :

333 retraits ont été relevés entre 2008 et 2011 dont 50 en 2008 et 132 en 2011 (augmentation de 164 %). Des augmentations de 442 %, 114 % et 113 % ont été observées pour les retraits ayant respectivement un défaut de conditionnement (7 en 2008 et 38 en 2011), un problème de formulation (35 en 2008 et 75 en 2011) et une origine réglementaire (8 en 2008 et 19 en 2011). Nous constatons dans cette dernière catégorie, 2 retraits de lots en 2009, année du retrait du marché du benfluorex, contre 29 en 2010.

Conclusion :

Une augmentation importante des trois motifs de retrait de lot est observée sur les 4 dernières années et principalement sur l'année 2011. Afin d'en améliorer la prise en charge, une procédure de "Gestion des alertes médicaments" a été formalisée sur le CHRU fin 2010 avec l'adoption d'une classification en niveaux de précaution de 1 à 3 dictant la marche à suivre dans les pharmacies et les unités de soins. La création de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament en 2012 devrait permettre un renforcement de l'encadrement des AMM des médicaments. Il sera intéressant de suivre avec attention son éventuel impact sur les retraits de lots.

Mots-clés :

Retrait de lot, Alerte, Pharmacovigilance

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Automatisation du suivi des consommations d'antibiotiques : création d'un outil informatique et organisation de la surveillance

Auteurs :

A. Girardeau, E. Boschetti, I. May, B. Demoré

Pharmacie, CHU Nancy - Hôpital Brabois Adultes, Vandœuvre-Lès-Nancy

Résumé :

Contexte :

Le suivi des consommations d'antibiotiques au sein des établissements de santé est indispensable pour mener une politique de bon usage de ces molécules.

Objectif :

Dans cette optique, nous avons développé un outil informatique à partir des données de consommation du logiciel PHARMA. Il permet d'automatiser le recueil et l'exploitation des données et ainsi, de nous affranchir de toutes saisies manuelles.

Matériels et méthodes :

Tous les services de l'établissement (20) sont concernés. Les molécules ciblées sont celles qui sont largement utilisées, très coûteuses ou présentant un spectre antibiotique large. Deux indicateurs ont été choisis : le coût en euros et la consommation en Doses Définies Journalières rapportées à l'activité médicale.

Résultats :

L'outil conçu se présente sous forme de 27 fichiers Excel intermédiaires et 1 réunissant tous les résultats obtenus. Pour l'utiliser, une extraction mensuelle des données de consommations des 20 molécules antibiotiques suivies est effectuée à partir du logiciel PHARMA. Afin d'obtenir des résultats visuels et facilement interprétables, les données sont ensuite traitées sous forme de tableaux et de graphiques prédéfinis par nos soins. Nous avons, de plus, regroupé certains antibiotiques ou familles d'antibiotiques afin d'affiner encore l'exploitation des résultats (exemple : antibiotiques à activité anti-pyocyanique). Enfin, l'utilisation de tableaux croisés dynamiques nous permet d'obtenir des résultats entièrement personnalisables. Nous pouvons donc par exemple, visualiser aisément pour l'établissement ou un service choisi :

- l'évolution des consommations d'antibiotiques sur l'année y compris pour une classe précise,
- la répartition de la consommation des antibiotiques au sein d'une même classe,
- la répartition de l'utilisation des formes injectables et orales au sein des fluoroquinolones.

Conclusion :

Cet outil nous permet donc un suivi des consommations d'antibiotiques avec des données directement utilisables en Commission des Anti-infectieux. L'extraction étant mensuelle, une détection des dérives éventuelles est possible dans un délai très court, ce qui permet la mise en place rapide de mesures correctives.

Mots-clés :

Consommation d'antibiotiques, Dose Définie Journalière, Outil informatique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Pharmacovigilance : Disponibilité et communication, les clés de la réussite

Auteurs :

P. Drancourt¹, MA. Segard¹, L. Billon¹, S. Gautier², AE. Dubart³, C. Senis¹, C. Laffont¹

¹Pharmacie, CH Béthune, Béthune

²Centre Régional de Pharmacovigilance, CHRU Lille, Lille

³Urgences, CH Béthune, Béthune

Résumé :

Contexte :

Les dernières actualités pharmaceutiques placent les vigilances au centre des préoccupations.

Objectif :

Depuis 2006, dans le cadre de la certification, notre hôpital a développé l'activité de vigilance.

Patients et méthodes :

Un groupe de coordination des vigilances sanitaires (biologistes, pharmaciens, qualicien..) a réorganisé le système afin de faciliter les déclarations pour le personnel soignant et d'intensifier son activité. Une fiche commune aux différentes vigilances a été créée. Elle a été présentée en commission médicale d'établissement, puis au sein des services et enfin mise en ligne sur l'intranet. En pratique, dès réception d'une fiche, la pharmacie se rend disponible pour la rédaction et l'envoi des déclarations. Les réponses fournies par le centre régional de pharmacovigilance (CRPV) donnent lieu à une rétro-information systématique du notificateur, à des réunions mensuelles au sein des services et à un bilan lors de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

Résultats :

Grâce à cette nouvelle organisation, nos déclarations n'ont cessé d'augmenter (12 en 2009 pour atteindre 150 en 2011). Notre établissement se place second centre hospitalier déclarant de la région. Suite à la sensibilisation des internes en médecine en début de semestre, les déclarations sont 5 fois plus fréquentes chez ces notificateurs. Elles sont principalement émises par le service des urgences (80 %), plateforme d'admission des patients et reflet des traitements de ville. Elles concernent les anticoagulants (44 %), les médicaments du système nerveux central (14 %) et du système cardiovasculaire (12 %). L'élément moteur de notre système est la disponibilité de la pharmacie et la création d'un lien entre le CRPV et les notificateurs. Notre organisation a été présentée lors de la 1^{ère} journée régionale de pharmacovigilance

Conclusion :

Notre objectif est d'étendre ce système à l'ensemble des services de l'hôpital, prévenir la iatrogénie médicamenteuse par l'éducation thérapeutique ciblée et créer un réseau ville/hôpital.

Mots-clés :

Pharmacovigilance, Disponibilité, Communication

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Elaboration d'un outil de gestion informatique des reconditionnements unitaires Une nouvelle pratique à risque : avoir le choix dans la date de péremption

Auteurs :

JB. Delmotte, T. Le Marec, A. Jacob, D. Galvez, V. Bloch, H. Barreteau

Pharmacie à Usage Intérieur, APHP - GH Saint-Louis Lariboisière Fernand-Widal (Site Fernand-Widal), Paris

Résumé :

Contexte :

Le développement de la dispensation individuelle nominative est une réelle avancée en matière de sécurisation du circuit du médicament à l'hôpital. Le rapport de l'IGAS 2011 préconise l'utilisation de formes unitaires pour améliorer ce circuit. Malgré un effort des laboratoires pharmaceutiques, il est nécessaire de reconditionner nombre de spécialités. Cette pratique soulève notamment le problème de la durée de conservation des spécialités reconditionnées.

Objectif :

Notre travail a consisté à sécuriser, à l'aide d'un outil simple et largement utilisé dans les PUI, la préparation, la gestion et l'exactitude des fiches de fabrication.

Matériels et méthodes :

A l'aide du logiciel Microsoft Excel®, nous avons réalisé un formulaire basé sur des macros réalisées en langage VBA. A l'exception des médicaments expérimentaux, aucune recommandation n'a été établie par les Bonnes Pratiques de Préparations Hospitalières à propos de la durée de conservation des spécialités reconditionnées. La détermination des dates de péremption repose sur les recommandations de la Food & Drug Administration (FDA) ainsi que la publication de Lagrange et collaborateurs de 2010.

Résultats :

Le formulaire électronique est rempli par les préparateurs qui indiquent, parmi les spécialités dont la liste a été validée par le pharmacien, les données du médicament à reconditionner. Le programme définit une nouvelle date de péremption en fonction de la spécialité et de la date de péremption initiale puis génère un numéro d'ordonnancier ainsi qu'un nouveau numéro de lot. La fiche de reconditionnement est enregistrée automatiquement sur le réseau informatique selon une nomenclature préétablie et l'ordonnancier est également complété.

Conclusion :

Notre travail a permis une sécurisation des fiches de reconditionnement informatisées qui attribuent, en fonction de la spécialité, une nouvelle date de péremption adaptée. Elaboré à partir d'un logiciel largement répandu, cet outil est aisément transposable à d'autres PUI.

Mots-clés :

Gestion information, Conditionnement produits, Sécurisation circuit médicament

Références bibliographiques :

Lagrange F., "Current perspectives on the repackaging and stability of solid oral doses.", Ann Pharm Fr. 2010 Nov ; 68 (6) : 332-58.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Gestion des retours des médicaments non administrés dans une pharmacie à usage intérieur : étude de coûts

Auteurs :

C. Zecchini, D. Bernard, L. Minischetti, MC. Alberto

Pharmacie, Chai, Saint-Égrève

Résumé :

Contexte :

La dispensation hebdomadaire individuelle nominative, en hôpital psychiatrique, génère un retour à la pharmacie de médicaments non utilisés dans les unités de soins du fait d'adaptations quotidiennes de traitement et de prescriptions conditionnelles. La charge de travail générée par le tri de ces retours a fait l'objet d'une première enquête en 2009.

Objectif :

La perspective d'une gestion informatique des stocks pose la question du devenir de ces retours. Le but de cette étude est d'estimer les coûts de différentes stratégies de gestion de ces médicaments.

Matériels et méthodes :

Un recueil quantitatif et qualitatif des retours a été fait pour 11 unités. Le temps nécessaire au contrôle de la péremption et de l'intégrité des médicaments et à la remise en stock a été mesuré. Les coûts des médicaments « réutilisables » et à détruire ont été calculés. Une comparaison des coûts totaux a été faite parmi 4 options : tri de l'intégralité des retours, destruction totale, tris partiels.

Résultats :

Sur 2 mois 45 611 unités de médicaments ont été retournées représentant 14 778 € et une charge de travail de 33.5 heures. La réintégration totale coûte 5 200 € par an et permet une économie de 86 000 € par an contre 89 000 € de perte en l'absence de tri. Dans 2 options de tris partiels, les coûts de réintégration et la perte sont estimés à 30 000 € (sélection des spécialités les plus onéreuses) et 24 000 € par an (sélection identique plus injectables, solutés buvables, aérosols et inhalateurs).

Discussion :

Les résultats sont comparables à ceux de 2009. L'absence de tri et l'incinération des retours ne sont pas concevables au vu de la perte financière induite (14 % du budget médicament 2012). Le tri partiel permettrait de réintégrer 74 % des médicaments en valeur pour une charge de travail estimée à 30 % par rapport au tri total qui est très chronophage.

La gestion des retours est coûteuse. Le temps préparateur dédié à cette activité peut être optimisé selon la stratégie, afin de dégager du temps vers des activités à plus fortes valeurs ajoutées.

Mots-clés :

Maîtrise des coûts, Dispensation hebdomadaire individuelle et nominative, Médicaments non administrés

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Tenue vestimentaire professionnelle : si nous commençons sur de bonnes bases pour la prévention des infections associées aux soins ?

Auteurs :

D. Viard¹, D. Bichard¹, V. Barthod², AL. Rougeot³, E. Tissot¹

¹Pharmacie, Etablissement Public de Santé Mentale, Novillars - Besançon

²Hygiène, Etablissement Public de Santé Mentale, Novillars - Besançon

³Qualité, Etablissement Public de Santé Mentale, Novillars - Besançon

Résumé :

Contexte :

La lutte contre les infections associées aux soins est une préoccupation majeure. La tenue vestimentaire professionnelle fait partie des mesures d'hygiène de base. Elle constitue un élément important et basique de toute prévention du risque infectieux.

Objectif :

Notre étude vise à évaluer la conformité de la tenue vestimentaire des différentes catégories professionnelles d'un établissement de santé.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude de type avant-après (2010-2011), basée sur 2 audits observationnels réalisés sur 14 unités d'hospitalisation et 2 unités médico-techniques. Des critères d'évaluation ont été définis par catégorie professionnelle et selon la situation observée : blouse blanche manche courte ; tenue complète (tunique ou blouse fermée et pantalon) ; chaussures réservées à l'usage hospitalier ; ongles courts, sans vernis ni faux ongles ; absence de bijoux aux mains ; absence de montre au poignet ou facilement nettoyable et ôtée lors des frictions hydro-alcooliques ; cheveux courts ou attachés ; absence de vêtement personnel porté sur ou dépassant de la tenue. Entre les deux phases (16 mois), un travail de sensibilisation et de formation des professionnels de santé a été réalisé. Les taux de conformité avant-après ont été comparés à l'aide d'un test de khi deux, pour un risque $\alpha = 0,05$.

Résultats :

Période 1 (Juillet 2010 - 97 observations) : Le critère le moins conforme est le port d'une tenue complète (65 %) (infirmiers 49 %, aides soignants 82 %, agents de services hospitaliers 82 %). Tous les autres critères ont un taux de conformité compris entre 83 % et 98 %.

Période 2 (Novembre 2011 - 190 observations) : Il existe une augmentation statistiquement significative du taux de professionnels portant une tenue complète (86 % vs. 65 % ; $p = 0.0004$). Les taux de conformité les plus faibles concernent l'absence de bijoux aux mains (78 % vs. 84 %) et l'absence de vêtements personnels (78 % vs. 85 %). Ces différences avec la période 1 ne sont cependant pas significatives ; de même pour les autres critères.

Conclusion :

Ces résultats démontrent que certains pré-requis, telle qu'une tenue vestimentaire adaptée, nécessitent d'être renforcés. Cela contraste avec la complexité de certaines mesures des plans nationaux de préventions des infections associées aux soins.

Mots-clés :

Infection, Prévention, Hygiène

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Conduite à tenir en cas d'excursion de température des produits expérimentaux stockés en chambre froide : vers une action plus fiable, transparente et efficiente

Auteurs :

A. Brousseau, A. Contini, JB. Joseph, A. Morère, A. Darsonval, V. Daniel, MA. Clerc

Pharmacie, CHU Angers, Angers

Résumé :

Contexte :

La gestion de la chaîne du froid des produits expérimentaux est particulièrement contraignante puisque toute excursion de température doit être notifiée au promoteur. Le secteur des essais cliniques a été confronté à 2 excursions consécutives en chambre froide (CF) pendant l'été 2011.

Objectif :

Ces épisodes ont motivé la réalisation de tests d'augmentation de température en CF tout en mesurant l'impact réel sur la température à cœur des produits, afin d'affiner notre conduite à tenir (CAT) lors d'excursion.

Matériels et méthodes :

Le système d'enregistrement de températures repose sur des sondes calibrées pilotées par un logiciel de suivi en continu. Les tests ont consisté à provoquer une augmentation de température dans la CF de façon rapide (ouverture de porte pendant 7 minutes) et lente (arrêt de l'alimentation électrique pendant 2 heures). Les enregistrements ont été faits dans l'air ambiant de la CF et dans un bécher de sérum physiologique afin de reproduire la température au cœur du produit.

Résultats :

Il a été montré que la température à cœur des produits augmente plus faiblement et plus tardivement que la température ambiante dans la CF. Ainsi, pour un pic d'une durée de 25 minutes entre 8 et 12°C mesuré en température ambiante, la température au cœur des produits atteint un maximum de 6.5°C (plateau de 17 minutes) 49 minutes plus tard.

Conclusion :

Ces tests démontrent qu'une déviation de température n'a pas toujours d'impact sur les produits et nous ont permis de redéfinir nos seuils d'alerte et la CAT selon les seuils. Le processus de notification d'excursion de température aux promoteurs, particulièrement chronophage, a donc été allégé. Ainsi, lors de chaque mise en place, il est validé avec le promoteur qu'une excursion entre 8 et 12°C pendant moins de 25 minutes ne sera pas notifiée. En revanche, pour des pics <2°C ou >12°C, les produits sont transférés dans une autre CF, mis en quarantaine et une notification est adressée aux promoteurs. Nous restons transparents puisque cette CAT est expliquée et mise à disposition dès la visite de mise en place.

Mots-clés :

Température, Conduite à tenir, Optimisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Délivrance globale / Délivrance nominative en MCO : Impacts financier et humain

Auteurs :

AC. Dupont, M. Breton, M. Emonet, J. Husson, C. Harnois

Pharmacie Hospitalière, CH Blois, Blois

Résumé :

Contexte :

Centre hospitalier de 1350 lits dont 83 % informatisés avec PHARMA®, dispensation à délivrance individuelle nominative (DDIN) pour 649 lits non MCO (48 %). La mise en place de la DDIN en MCO s'inscrit dans la poursuite du projet global de sécurisation du circuit du médicament.

Objectif :

L'objectif est de quantifier et d'analyser les impacts humain et financier de déploiement de la DDIN dans une unité pilote MCO afin de prévoir : les moyens nécessaires au déploiement de la DDIN sur l'établissement, et le gain de temps IDE épargné.

Matériels et méthodes :

Le choix de l'unité pilote s'est porté sur un service de Médecine interne et diabétologie (30 lits, DMS 8.5 jours) pour sa démarche déjà avancée de re-déploiement du temps IDE épargné (extension de plages de consultations). Le comité de pilotage a défini une délivrance bi-hebdomadaire pour ce service en adéquation avec la DMS. Pré-requis : optimisation des processus à la pharmacie pour la prise en charge de la DDIN de l'unité pilote à moyens constants, ajustement des stocks : conversion d'une dotation pour besoins courants en dotation pour besoins urgents. Phase de test : 4 semaines avec un préparateur référent dédié et un interne (64h). Modèle choisi : prise de commande par le préparateur dans le service, préparation des tiroirs patients dans le chariot d'administration à la pharmacie, double contrôle systématique au regard de la prescription, acheminement et rangement dans l'unité de soins.

Résultats :

- Impact financier sur la valeur du stock de médicaments : $890-1398 = - 508 \text{ €}$
- Impacts humains : temps hebdomadaire préparateur : $\Delta t \text{ (DDIN - délivrance globale)} = (6h40-1h20) = +5h20$; temps hebdomadaire pharmacien $\Delta t = (5h40-3h20) = +2h20$; temps hebdomadaire IDE : $\Delta t = (00h-5h) = -5h$; temps hebdomadaire total du process $\Delta t = (12h20-9h40) = +2h40$ soit en valeur (calculée pour le service test) : + 125 €/semaine.

Discussion :

La mise en place de la DDIN permet de poursuivre la sécurisation du circuit du médicament, elle engendre la satisfaction des préparateurs et des IDE, ainsi recentrés sur leur rôle propre. Dans une logique d'extension du projet, chaque équipe devra réfléchir au ré investissement du temps épargné. Ainsi, les moyens à engager en personnel pharmaceutique seront à pondérer en fonction des recettes générées par ces nouvelles activités cliniques.

Mots-clés :

Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments, Economie, Sécurité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Le risque iatrogène médicamenteux en EHPAD : premiers résultats

Auteurs :

M. Dangin¹, A. Ordekyan², J. Chopineau², J. Bohatier³, J. Weber¹, C. Martin¹, J. May¹, A. Boyer²

¹Direction de l'Offre Médico-Sociale, ARS Auvergne, Clermont-Ferrand

²Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand

³Pôle Gériatrie - Gérontologie, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte :

Chez les octogénaires, les accidents iatrogènes sont fréquents, avec des conséquences graves, mais évitables dans 40-60 % des cas. Les données concernant les sujets en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont parcellaires alors que ceux-ci sont très exposés.

Objectif :

L'Agence Régionale de Santé avec l'appui du CHU réalise une étude « action » dans tous les EHPAD de la région, qui vise à dresser un état des lieux des pratiques médicales, à sensibiliser et à aider les professionnels de santé dans la prise en compte de ce risque.

Patients et méthodes :

Les données sont collectées sur site en analysant les dossiers médicaux et ordonnances des résidents. Le risque iatrogène est évalué par le nombre de médicaments différents administrés et la qualité de la prescription (interactions médicamenteuses : logiciel Pharmatest...).

Résultats :

A ce jour, 1043 résidents issus de 21 EHPAD ont été analysés (âge : 85±8 ans). Ils consomment 8±4 médicaments différents/jour (max : 23). La polymédication (>5) est présente dans 75 % de la population ; 21 % en ingère 10-15 ; 3 % plus de 15. Les benzodiazépines sont prescrites chez 46 % des sujets. Seules 21 % des ordonnances ne comportent aucune interaction médicamenteuse. Les 2 niveaux d'association les plus graves, contre-indiquées et déconseillées, concernent respectivement 4,2 et 12,2 % des ordonnances. Les 2 types de contre-indications les plus fréquemment rencontrées sont la majoration des risques d'hyperkaliémie (56 %) et hémorragiques (42 %).

Conclusion :

Cette étude confirme la forte prévalence du risque iatrogène médicamenteux en EHPAD. La restitution des résultats aux EHPAD (rapport individuel, réunions inter-EHPAD) devrait permettre d'initier une dynamique d'amélioration des pratiques médicales sur l'ensemble de la région.

Mots-clés :

Événement iatrogène médicamenteux, Sujet âgé, Etude d'évaluation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation du circuit des anticancéreux injectables en essais cliniques. Retour d'expérience sur 15 études cliniques

Auteurs :

E. Cirot¹, S. Tollec¹, V. Priou², P. Plocco³

¹Pharmacie Centrale - Essais Cliniques, CHR Orléans, Orléans

²Pharmacie - Urcc, CHR Orléans, Orléans

³Pharmacie Centrale, CHR Orléans, Orléans

Résumé :

Contexte :

L'arrêté du 6 avril 2011 rappelle le rôle du pharmacien dans l'analyse pharmaceutique, la préparation mais aussi l'information nécessaire au bon usage des médicaments à risque.

Objectif :

L'objectif est de sécuriser le circuit des anticancéreux injectables en essais cliniques par l'intégration systématique d'informations clefs dans le logiciel de prescription CHIMIO®.

Matériels et méthodes :

Les critères de sécurisation sont à identifier dans 4 domaines : documentation, prescription, préparation et administration des anticancéreux injectables. Les données sont recueillies pour les essais actifs depuis janvier 2010 sur bases documentaires fournies par les promoteurs et comparées aux référentiels. Des échanges systématiques sont réalisés avec les promoteurs pour assurer la validité et l'exhaustivité du recueil, avant saisie informatique des données.

Résultats :

La grille de recueil construite comprend 30 critères : 10 sur la documentation, 6 sur la prescription, 11 sur la préparation et 3 sur l'administration. Quinze essais sont analysés : 9 de phase II, 2 de phase II/III et 4 de phase III. Pour 3 études, la documentation n'était pas à jour et 7 ont nécessité des compléments d'informations. Cinq essais, avec un manque de transparence parfois constaté, sont sans fourniture de médicament. Trente-sept schémas d'administration sont recensés, 22 sont connus dont 10 sans traitement fourni. Quinze spécificités d'utilisation des anticancéreux injectables commercialisés sont observées : 12 pour la prescription, 1 pour la préparation et 2 pour l'administration ; 9 de ces points impactent directement les bras contrôles. Au final, on aboutit dans CHIMIO® : à l'informatisation initialement non envisagée des 10 schémas connus sans fourniture de médicament ; à la création de 20 alertes dans les essais informatisés ; à la création d'une dose maximale de bevacizumab pour un essai et à 4 demandes d'évolution du logiciel.

Conclusion :

La sécurisation de l'usage des anticancéreux injectables en essais cliniques passe par l'identification des éléments précurseurs d'erreurs. Cette démarche a sensibilisé nos investigateurs sur le rôle essentiel du pharmacien dans l'aide au bon usage pour éviter les écarts aux essais. Ce rôle d'information nécessite des sources fiables et suffisantes, rendant indispensable une veille documentaire à la pharmacie pour tous les essais cliniques.

Mots-clés :

Sécurité, Essai clinique, Anticancéreux

Références bibliographiques :

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

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Enquête de connaissances de l'organisation des vigilances sur un groupe hospitalier multisites

Auteurs :

M. Houot¹, A. Laporte¹, X. Arrault¹, A. Macrez², P. Arnaud¹, C. Tesmoingt¹

¹Service Pharmacie, APHP - Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris

²Direction de la Qualité, APHP - Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris

Résumé :

Contexte :

Depuis la loi du 1er juillet 1998, l'Afssaps assure la mise en œuvre de systèmes de vigilances (pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance, réactovigilance) afin de surveiller et d'évaluer les incidents et risques d'incidents relatifs à l'utilisation des produits de santé.

Objectif :

Notre étude a pour but d'évaluer les connaissances de l'ensemble du personnel hospitalier sur l'organisation interne des vigilances.

Matériels et méthodes :

Une enquête est réalisée en ligne pendant quinze jours sur le réseau intranet des 5 sites du groupe hospitalier. Elle consiste, sur la base du volontariat, à compléter un questionnaire de douze items validé au préalable par les correspondants locaux et les différents comités de vigilance.

Résultats :

Au total 190 personnes ont répondu à ce questionnaire avec des répartitions différentes selon les sites : 63,1 %, 15,7 %, 10,4 %, 4,7 % et 3,6 %. Le taux de réponse est variable selon les secteurs d'activité. Le questionnaire a été complété majoritairement par les infirmières (26,3 %), suivies des médecins (21,6 %) et des cadres de santé (16,3 %). Selon la vigilance, l'organisation est connue par 62 % à 75 % du personnel. Seule la moitié sait identifier le correspondant pour chacune des deux vigilances, mais le service à contacter est connu par la quasi-totalité. Les incidents seraient essentiellement déclarés par le système de télédéclaration commun mis en place (69,2 %), et seraient rapportés de façon comparable aux cadres ou aux correspondants (47 %).

Conclusion :

En cas d'erreur d'identification de la vigilance, une transmission électronique de la déclaration est faite de façon systématique entre les correspondants. L'enquête souligne que l'absence de retour d'informations des experts sollicités est un frein important aux déclarations ultérieures.

L'organisation locale des vigilances est relativement bien connue au sein du groupe même s'il apparaît nécessaire de réinformer régulièrement les personnels médicaux et paramédicaux.

Mots-clés :

Vigilances, Organisation, Connaissances

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

L'erreur médicamenteuse au service de tous

Auteurs :

P. Drancourt¹, MA. Segard¹, L. Billon¹, A. Martinet², C. Floret¹, C. Senis¹, C. Laffont¹

¹Pharmacie, CH Béthune, Béthune

²Pédiatrie, CH Béthune, Béthune

Résumé :

Contexte :

Suite à une grave erreur médicamenteuse dans le service de pédiatrie (injection d'un sirop en intraveineux),

Objectif :

la pharmacie a été sollicitée pour travailler sur les méthodes de préparation et d'administration des doses buvables.

Patients et méthodes :

Le personnel soignant est confronté à une grande diversité d'unités de prescription (mg, dose/kg...) et de dispositifs de mesure parfois inadaptés à une utilisation hospitalière. Pour connaître les pratiques, une grille d'audit créée en collaboration avec la cellule qualité a évalué toutes les étapes de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration.

Résultats :

35 observations ont été effectuées. D'une façon générale, la prescription était correctement remplie. Lors de la préparation de la dose orale, 10 % des actes étaient réalisés sur retranscription, 10 % avaient recours à une seringue injectable. Dans 50 % des cas, le dispositif de mesure n'était pas correctement identifié (nom du patient et du médicament). Plus de 50 % des administrations avaient été réalisées sans le soignant. Au vu de ce bilan, des réunions pluridisciplinaires (médecins, infirmiers et pharmaciens) ont été organisées afin d'harmoniser et de sécuriser les pratiques. Les pipettes répondant à nos exigences (précision du nom et du dosage) ont été conservées, pour les autres, l'utilisation de la seringue « orale » a été privilégiée. Une procédure reprenant les recommandations de la Haute Autorité de Santé a été rédigée, l'étiquetage correct des pipettes et seringues a été rendu obligatoire. Des séances de formations ont été instaurées. Une nouvelle évaluation a été organisée 3 mois plus tard. Les pratiques se sont nettement améliorées : la seringue injectable n'est plus utilisée. 80 % des dispositifs sont correctement étiquetés, 70 % des administrations sont effectuées en présence du soignant.

Conclusion :

Au final, les actions engagées ont eu un accueil favorable et ont permis d'améliorer la sécurité de la préparation et de l'administration des formes buvables.

Mots-clés :

Erreur médicamenteuse, Pipettes, Procédure

Références bibliographiques :

HAS, administration des médicaments en pédiatrie.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation d'un outil d'aide au repérage des risques associés au circuit du médicament (ARCHIMED) dans un hôpital de gériatrie

Auteurs :

H. Benzengli¹, P. Irani¹, E. Perrier-Cornet¹, B. Veit¹, S. Can², A. Lançon², JP. Duveau², P. Le Gonidec³, R. Farinotti³, D. Monzat³, P. Léglise¹, D. Huchon-Bécel¹

¹Pharmacie, APHP - Hôpital Joffre-Dupuytren - GH Henri-Mondor, Draveil

²Médecine Gériatrique A, APHP - Hôpital Joffre-Dupuytren- GH Henri-Mondor, Draveil

³Omedit IdF, ARS Ile de France, Paris

Résumé :

Contexte :

L'OMEDIT d'Ile de France a développé un outil d'aide au repérage des risques associés au circuit du médicament ARCHIMED sur la base d'Interdiag de l'ANAP.

Objectif :

La PUI a été sollicitée pour évaluer son intérêt dans un contexte pluridisciplinaire.

Matériels et méthodes :

Le questionnaire est décliné en deux grilles, une pour la PUI et une pour les unités de soins. Il comprend des phrases type référentiel. Les phrases types regroupées en chapitres se rapprochent de façon pratique des critères du CBUS, de la Certification 20a et 20abis et de l'arrêté du 6 avril 2011. 3 réunions pluridisciplinaires ont eu lieu. Afin de transformer cette grille en cartographie des risques, une échelle de criticité a été utilisée pour pondérer les risques évoqués ainsi qu'un schéma de pondération et de temporisation des mesures correctives. Un graphique du niveau de risque est calculé en temps réel.

Résultats :

Le risque structurel des unités de soins est élevé pour les services faisant appel aux intérimaires. La pondération des risques et la priorisation des mesures correctives a permis de programmer les différentes actions. Elaborées en commun, pour notre hôpital, celles-ci sont centrées sur la sensibilisation des professionnels aux erreurs médicamenteuses, la réception et le rangement des médicaments dans les unités de soins, l'identification du patient, la demande d'outils pharmaceutiques de sécurité notamment sur les injectables et de transition thérapeutique.

Conclusion :

ARCHIMED est un bon outil de communication inter-équipe et de compréhension des besoins mutuels. Bien adapté, il prend en compte les difficultés de façon pragmatique, tout en proposant des idées de réalisation. De plus, ARCHIMED permet de rendre visible le travail pharmaceutique au sein de l'établissement.

Mots-clés :

Risque, Circuit du médicament, Cartographie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Quel est le risque d'erreurs médicamenteuses au cours d'un séjour en hôpital gériatrique ?

Auteurs :

P. Irani, H. Benzengli, E. Perrier-Cornet, P. Léglise, D. Huchon-Bécel

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

Résumé :

Contexte :

La sécurisation du circuit du médicament est un enjeu majeur dans l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients, notamment en gériatrie.

Objectif :

Les risques sont présents à chaque étape du circuit. Dans ce contexte, nous avons évalué le risque d'erreur médicamenteuse, pour un patient au cours de son séjour, lié à la préparation des doses à administrer effectuée par les préparateurs en pharmacie hospitalière.

Matériels et méthodes :

La pharmacie à usage intérieur réalise une délivrance nominative pour 400 lits correspondant à environ 1 200 000 préparations de doses à administrer en 2011. Pour chaque patient, plusieurs contrôles sont effectués, le double contrôle préparateur, le contrôle pharmaceutique statistique quotidien et le contrôle infirmier préalable à l'administration. Au cours du contrôle pharmaceutique quotidien, les confusions (référence ou dosage) retrouvées dans les piluliers par rapport aux plans de cueillette édités sur le logiciel Phédra® sont relevées. Les calculs en pourcentage des erreurs de confusion de préparation sont réalisés en fonction du nombre d'unités de prises totales délivrées. Une extrapolation a été effectuée afin de déterminer le risque d'erreur médicamenteuse lié à la préparation des doses à administrer par séjour moyen des patients en fonction de leur prise en charge.

Résultats :

Les taux de confusions paraissent relativement faibles et stables au cours de l'année 2011, conformément à ce qui est retrouvé dans la littérature, soit 0,5 % du nombre d'unités de prises délivrées. Cependant, calculé au regard des durées moyennes de séjour, 40 % des patients auront un risque de confusion portant sur l'un de leurs médicaments au cours de leur séjour en SSR et 10 % en MCO.

Conclusion :

La littérature montre des pourcentages d'erreurs médicamenteuses apparemment « faibles » mais qui du point de vue de l'utilisateur peuvent être inacceptables. Devant ce niveau de risque, après les contrôles et l'ensemble des mesures correctives prises depuis plusieurs années, une réunion de gestion de risques pluridisciplinaire a permis de cibler les séquences de préparation les plus à risques afin de mieux orienter les contrôles préexistants.

Mots-clés :

Erreur médicamenteuse, Risque, Délivrance nominative

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact de la visite médicale collective sur la pharmacie hospitalière

Auteurs :

C. Lê, H. Benzengli, P. Irani, E. Perrier-Cornet, P. Léglise, D. Huchon-Bécel

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

Résumé :

Contexte :

La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament propose la réorganisation de la visite médicale à l'hôpital.

Objectif :

Nous avons analysé son impact éventuel sur la formation hospitalière, la PUI et pour les visiteurs médicaux dans l'attente de la parution des textes d'application.

Matériels et méthodes :

Sur 5 mois, 25 entretiens entre un pharmacien et un visiteur médical (VM) ont été conduits selon une méthodologie s'apparentant à la Méthode d'Analyse Socio-économique de l'ISEOR. : Recherche de phrases clefs de dysfonctionnement subits ou supposés en les priorisant selon 5 thèmes définis (formation/condition de travail/communication/organisation/stratégie).

Résultats :

Formation : Majoritairement bac+2. La formation intégrée dans le laboratoire est essentiellement sur les nouveaux produits. Leur expérience de 15 ans en moyenne ne leur permet pas toujours de s'adapter à un discours en public. Condition de travail : Les VM redoutent la visite collective devant les difficultés de regrouper les médecins et de détecter les incompréhensions masquées devant les pairs. Communication : Les VM déclarent s'adapter au nombre et au comportement des professionnels de santé, en limitant l'apport d'information dans certains cas. Organisation de travail et gestion du temps : Variable en fonction de la taille de l'établissement. Les horaires des VM dépendent souvent de la disponibilité des médecins. En pharmacie, la visite est plus facilement programmable. Stratégie : Certains VM concernés par la nouvelle réforme, envisagent des reconversions vers la visite en ville ou le chômage.

Discussion :

Avec la visite collective, l'information est soit abrégée en raison de freins psychologiques à poser des questions en public soit enrichie par la réflexion collective permettant d'établir un débat constructif. La visite médicale collective qui est différenciée en fonction du statut du médicament rend l'organisation difficilement gérable. Le nombre de dépôts d'AMM est en augmentation en 2011/2010 et nécessitera une action commerciale conséquente. L'industrie pharmaceutique française est une industrie majeure pour le marché français et pour l'exportation et ne peut perdre trop de parts de marché par une diminution de son action commerciale.

Mots-clés :

Pharmacie hospitalière, Visiteur médical, Sécurité sanitaire

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Erreurs thérapeutiques à l'hôpital : bilan des appels au centre antipoison (2007-2011)

Auteurs :

C. Cézard, M. Mathieu-Nolf

Centre Antipoison, CHRU Lille, Lille

Résumé :

Contexte :

Les centres antipoison ont pour rôle de fournir les modalités de prise en charge pour toute intoxication ou suspicion d'intoxication. A ce titre, ils peuvent être appelés dans le cadre d'erreurs thérapeutiques se produisant à l'hôpital.

Objectif :

Repérer les populations et les médicaments les plus à risque d'erreurs thérapeutiques à l'hôpital.

Patients et méthodes :

Tous les patients ayant fait l'objet d'un appel au centre antipoison suite à une erreur thérapeutique lors d'une hospitalisation entre 2007 et 2011 sont inclus dans l'étude.

Résultats :

379 appels pour erreur thérapeutique à l'hôpital ont été enregistrés entre 2007 et 2011 (218 pour des enfants, 161 pour des adultes ; $\chi^2 = 8,573$, $p = 0,003$). La répartition est équivalente entre les deux sexes (186 du sexe masculin, 193 du sexe féminin, $\chi^2 = 0,129$, $p = 0,719$). 107 enfants ont moins d'1 an (49,1 % des enfants), 143 moins de 3 ans (65,6 % des enfants). Chez les adultes, 56 ont au moins 70 ans (34,8 % des adultes). L'erreur thérapeutique peut être une erreur de voie d'administration, de dose ou de médicament administré. Les produits incriminés sont essentiellement des produits à visée neurologique chez l'adulte (165 des 277 produits incriminés chez l'adulte). Chez l'enfant, les produits les plus fréquemment en cause sont les antibiotiques ou antiviraux et ceux à visée neurologique. Dans 281 cas, l'erreur n'a provoqué aucun symptôme (74,1 % des cas). La gravité de l'intoxication a été faible pour 69 patients (18,2 %), modérée pour 19 (5,0 %), sévère pour 6 patients et létale pour 1 patient. Dans ce dernier cas, il est probable que le décès est lié à la prématurité de l'enfant et non à l'erreur thérapeutique. L'évolution est la guérison dans la majorité des cas (370 des cas soit 97,7 % des appels).

Conclusion :

Les appels pour erreurs thérapeutiques à l'hôpital concernent plus fréquemment des enfants que des adultes. Cependant, il est difficile de savoir s'il s'agit de la réalité de la situation sur le terrain ou si les services hospitaliers contactent plus facilement un centre antipoison quand l'intoxication concerne un enfant. Même si le nombre de patients pour lesquels l'erreur thérapeutique entraîne une symptomatologie est faible, celle-ci peut parfois être sévère avec un risque vital pour le patient.

Mots-clés :

Intoxication, Adulte, Enfant

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact du Logiciel de prescription sur le bon usage des médicaments : Exemple des médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée

Auteurs :

J. Rocquain¹, R. Reboul¹, S. Gallet², S. Tournier³, C. Dumazer-Carles¹

¹Pharmacie, CH Edmond Garcin, Aubagne

²Pôle Médecine, CH Edmond Garcin, Aubagne

³Pôle Gériatrie, CH Edmond Garcin, Aubagne

Résumé :

Contexte :

La proportion de patients âgés augmente progressivement chaque année dans notre établissement et l'iatrogénie médicamenteuse chez ces patients représente un coût économique et humain très important. Un des principaux facteurs de risque est la polymédication et notamment la prescription de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) pour cette classe d'âge.

Objectif :

Une EPP a été réalisée afin d'optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients âgés en focalisant nos actions sur le logiciel de prescription.

Matériels et méthodes :

L'analyse des prescriptions a été réalisée sur Pharma[®] sur 2 périodes de 6 mois, du 01/02 au 31/07/2010 et du 01/02 au 31/07/2011, sur tous les patients de plus de 75A de l'établissement.

Résultats :

Entre les 2 périodes d'analyse, les principales actions d'amélioration ont été les suivantes :

- Sigle « MPI>75A » à la fin des libellés informatiques des 42 MPI référencés sur notre établissement
- Opinions pharmaceutiques informatiquées standardisées précisant le rapport bénéfice-risque défavorable et les alternatives thérapeutiques à ces médicaments.

Les cliniciens ont été informés de ces mesures en Comedims et en réunions de pôles. Sur les 2 périodes étudiées, 12 MPI n'ont jamais été prescrits aux personnes âgées. Sur les 6 mois analysés en 2010, 6 952 UCD MPI ont été délivrées contre 3570 sur la période équivalente de 2011, soit une diminution de moitié. Les 5 MPI les plus prescrits en 2010 étaient le naftidofuryl, la nicardipine à libération immédiate, le chlorazépate dipotassique, la rilménidine et le clonazépam. Sur la période de 2011, la prescription de ces 5 MPI a baissé de près de 70 %.

Conclusion :

Grâce notamment à une collaboration pluridisciplinaire, notre logiciel de prescription est devenu un outil efficace dans le bon usage des médicaments sur notre établissement. Les actions entreprises pour optimiser la validation pharmaceutique des prescriptions informatiquées ont permis d'obtenir des résultats performants.

Mots-clés :

Logiciel de prescription, Bon usage du médicament, Gériatrie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Session Préparations et contrôles

POSTER N° 51

Titre :

Amélioration de la qualité du reconditionnement unitaire des spécialités pharmaceutiques : mise en place d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles

Auteurs :

B. Jacquot, C. Valle, A. Bonneville, I. Delatte

Pharmacie, CH Bar-Le-Duc, Bar-Le-Duc

Résumé :

Contexte :

Les médicaments doivent rester identifiables jusqu'au moment de leur administration. Dans cette optique, nous réalisons un reconditionnement des formes orales sèches dont la présentation commerciale n'est pas unitaire (environ 180 000 unités par an).

Objectif :

Afin d'améliorer la qualité du reconditionnement, nous avons mis en place une Evaluation des Pratiques Professionnelles portant sur cette activité.

Matériels et méthodes :

Un groupe de travail a été constitué en janvier 2011. Un état des lieux de la qualité du reconditionnement en 2010 a servi de base de réflexion. Sept actions d'amélioration ont été mises en place en février 2011. Une première analyse des indicateurs de qualité a été réalisée pour la période septembre - octobre 2011.

Résultats :

Les non-conformités ont été classées selon leur gravité : sans conséquence (fiche de suivi mal complétée, blister abîmé...), de gravité modérée (pas de numéro de conditionnement sur la fiche, pas de libération pharmaceutique...) et de gravité élevée (erreur de numéro de lot, erreur de péremption, mélange de lots...). Pour le niveau « sans conséquence », l'évolution passe de 0.9 % des unités en 2010 à 0.4 % pour septembre - octobre 2011. Les non-conformités de gravité modérée concernent 1.4 % des unités en 2010 contre 1.3 % pour l'analyse de 2011. Enfin, plus aucune unité ne fait l'objet de non-conformités de gravité élevée pour l'analyse de 2011, contre 5,9 % des unités 2010.

Conclusion :

Cette Evaluation des Pratiques Professionnelles aura permis une nette amélioration de la qualité et de la sécurisation du processus de reconditionnement. Les actions d'amélioration mises en œuvre portent essentiellement sur une meilleure définition des tâches entre intervenants, et sur le maintien à jour du logiciel d'étiquetage. Une forte implication des acteurs concernés est à noter. L'amélioration constatée devra se confirmer sur le long terme. Une réévaluation régulière des indicateurs de qualité et une communication pérenne sur ce sujet devraient y contribuer.

Mots-clés :

Amélioration de la qualité, Conditionnement produits, Gestion continue de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Quantification du risque de contamination croisée lié à la pratique du broyage des comprimés

Auteurs :

A. Lajoinie¹, M. Duquaire¹, B. Leroy¹, M. Uhart¹, S. Cohen², L. Bourguignon¹

¹Pharmacie, Hospices Civils de Lyon, Francheville

²Laboratoire de Toxicologie, Hospices Civils de Lyon, Saint-Genis Laval

Résumé :

Contexte :

Entre 50 et 75 % des patients gériatriques souffrent des problèmes de déglutition nécessitant des formes médicamenteuses adaptées. De nombreux médicaments n'étant pas disponibles sous forme buvable, les infirmiers sont contraints de broyer les comprimés. Le broyage de comprimé engendre un risque potentiel de contamination croisée lors de broyages successifs.

Objectif :

Dans notre établissement, la procédure de nettoyage préconisée, selon l'avis du fabricant d'un broyeur à médicament électrique, est le nettoyage par un chiffon sec.

Notre étude a pour but de tester la nécessité et l'efficacité du nettoyage.

Matériels et méthodes :

Trois schémas de nettoyage ont été testés : (1) absence de nettoyage, (2) nettoyage à sec et (3) nettoyage au chiffon humide. Des séquences de broyages entrecoupées de nettoyage ont été réalisées : broyage d'un placebo (témoin négatif), d'un comprimé de digoxine (témoin positif) puis d'un comprimé de placebo. Les essais ont été menés en triplicata.

Le choix de la digoxine est justifié par l'existence d'une méthode de dosage simple avec une limite de détection basse (0,1 µg/l).

Résultats :

En l'absence de nettoyage, jusqu'à 7,7 % [0,5 ; 7,7] de la dose de digoxine étaient retrouvés dans le broyat du placebo suivant. Pour le nettoyage à sec, une contamination subsiste (quantité > seuil de détection) mais quantitativement faible (inférieure à 0,2 µg). Lors d'un nettoyage humide, aucune trace n'a été mesurée.

Conclusion :

Le broyage des comprimés est un geste fréquent en gériatrie. Le risque de contamination est élevé en cas d'absence de nettoyage. Il est important de noter que les recommandations du fabricant (nettoyage à sec) ne permettent pas une élimination totale des médicaments, et donc une contamination faible est possible avec un risque de réaction d'hypersensibilité. Le nettoyage humide est la seule méthode permettant d'assurer une sécurité optimale.

Mots-clés :

Préparation de médicament, Contamination de médicaments, Broyage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation de la préparation des doses à administrer et de l'administration des médicaments : diffusion de recommandations et impact sur les pratiques

Auteurs :

X. Cartan¹, J. Sorrieul¹, M. Léger¹, C. Le Priol², A. Athouel¹, C. Naveau¹

¹Pharmacie, CH Le Mans, Le Mans

²Direction Qualité, CH Le Mans, Le Mans.

Résumé :

Contexte :

Les événements indésirables signalés dans l'établissement ont montré que l'étape la plus concernée par les erreurs médicamenteuses était l'administration des médicaments, et qu'une des causes principales était les interruptions de tâches.

Objectif :

Améliorer les pratiques de préparation des doses à administrer et d'administration des médicaments, pour diminuer les erreurs médicamenteuses.

Matériels et méthodes :

Un groupe de travail a été constitué (directeur des soins, pharmacien responsable de la gestion des risques liés aux médicaments, cadres de santé). Un état des lieux (enquête septembre 2010, 38 services) a été effectué. Des recommandations et des documents d'aide au bon usage du médicament ont été rédigés et diffusés aux services de soins (33 sessions de présentation). L'impact des recommandations sur les pratiques a été évalué lors d'une deuxième enquête en décembre 2011 (32 services).

Résultats :

44 % des services ont modifié leur organisation et 59 % leur pratiques de préparation : porte de la salle de soins fermée pendant la préparation (66 vs 27 %) avec affiche « ne pas déranger » (97 vs 13 %). Les documents d'aide au bon usage (tableaux d'équivalences, médicaments écrasables, durée de conservation, Vidal en ligne) sont utilisés par 63 % des infirmières. L'utilisation de l'intranet de la pharmacie se généralise (63 %). Les demi-comprimés sont plus souvent jetés (56 vs 18 %). Les contenants pour la distribution des médicaments sont plus souvent identifiés au nom du patient (42 vs 12 %). La date limite d'utilisation après ouverture des formes multidoses reste peu renseignée (« parfois » ou « jamais » 69 %). 38 % des infirmières estiment que les interruptions de tâches ont diminué, et 67 % pensent que la sécurité de la préparation des doses à administrer et de l'administration a été améliorée.

Conclusion :

Les recommandations diffusées ont permis d'augmenter la sécurité lors de la préparation des doses à administrer et de l'administration. La mise en place d'un temps dédié pour ces activités doit être encouragée, car elle semble indispensable pour diminuer les interruptions de tâches et les erreurs médicamenteuses.

Mots-clés :

Préparation des doses à administrer, Administration, Recommandations de bon usage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La fin de la radiopharmacie ?

Auteurs :

F. Hallouard¹, D. Matanza², C. Rioufol³, H. Fessi⁴, M. Fraysse²

¹Lagep / Radiopharmacie, Université Lyon 1 / CH Lyon Sud, Lyon

²Radiopharmacie, CH Lyon Sud, Lyon

³Pharmacie, Université Lyon 1 / CH Lyon Sud, Lyon

⁴Lagep, Université Lyon 1, Lyon

Résumé :

Contexte :

Le développement des Groupements d'Intérêt Economique (article L. 251-1 et suivants du Code du Commerce) ou des Groupement de Coopération Sanitaire (article L. 6133-1 et suivants du Code de Santé Publique), associé à l'obligation actuelle de disposer d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) pour exercer la radiopharmacie (article R. 5126-9 du Code de Santé Publique) représente du point de vue de la Santé Publique, un risque d'inégalité en terme de qualité des soins. En effet, la constitution de groupements suffisamment petits pour pouvoir justifier l'absence d'une PUI permet à des établissements de s'affranchir d'une radiopharmacie.

Dans un contexte de politique de rentabilité imposé notamment via la tarification à l'acte, cette astuce juridique peut s'avérer tentante pour les directeurs de ces établissements. Toutefois du point de vue de la Santé Publique, cette pratique s'oppose aux exigences grandissantes de sécurisation du circuit du médicament en s'affranchissant de la radiopharmacie, garant de la sécurité, de la qualité et du bon usage du radiopharmaceutique. En effet, les Bonnes Pratiques de Préparation dont le chapitre 9 est consacré à la préparation des radiopharmaceutiques ne sont applicables qu'aux PUI et aux officines. En outre, l'absence de contrôle du bon usage des radiopharmaceutiques est problématique surtout lors de radiothérapie interne où une erreur de posologie peut avoir des conséquences funestes pour le patient.

Objectif :

L'objectif est de proposer des modifications pour renforcer le statut de la radiopharmacie.

Matériels et méthodes :

-

Résultats :

Parmi toutes ces solutions (dissociation de l'autorisation d'utilisation des radionucléides et celle de commande et gestion de ces derniers, sous-traitances des préparations radiopharmaceutiques,...), la possibilité de constituer une radiopharmacie à part entière dans des structures de soins dépourvues de PUI semble être la plus avantageuse du point de vue économique, sanitaire et juridique. Les coûts de fonctionnement de la radiopharmacie seraient moindres pour les structures n'ayant pas encore de PUI et ceci ne changerait rien pour les établissements disposant d'une PUI. En outre, ceci permettra aux établissements de soins disposant de plusieurs PUI de s'organiser facilement du point de vue réglementaire pour assurer la présence pharmaceutique dans ses différentes radiopharmacies.

Conclusion :

Le renforcement du statut de la radiopharmacie permettant sa constitution en cas d'absence de PUI contribuerait à maintenir la qualité et la sécurité des soins dans les établissements disposant d'une PUI tout en augmentant celles des soins fournis dans les autres structures.

Mots-clés :

Droit, Radiopharmacie, PUI

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les éléments figurés du sang radiomarqués : état de la réglementation française

Auteurs :

F. Hallouard¹, D. Matanza², C. Rioufol³, H. Fessi⁴, M. Fraysse²

¹Lagep / Radiopharmacie, Université Lyon 1 / CH Lyon Sud, Lyon

²Radiopharmacie, CH de Lyon Sud, Lyon

³Pharmacie, Université Lyon 1 / CH Lyon Sud, Lyon

⁴Lagep, Université Lyon 1, Lyon

Résumé :

Contexte :

En médecine nucléaire, certains examens diagnostiques utilisent des éléments figurés du sang radiomarqués dont leur devenir est suivi par des méthodes scintigraphiques ou de radioanalyse.

Objectif :

L'objectif est d'identifier le statut des éléments figurés radiomarqués et les problèmes que cela pose en terme de responsabilité et de proposer des solutions.

Matériels et méthodes :

-

Résultats :

Ces produits peuvent être considérés comme des médicaments (article L. 5111-1 du Code de Santé Publique) ou des Produits Sanguins Labiles (PSL). Toutefois, la décision du 20 octobre 2010 attribue aux PSL un but thérapeutique direct et non diagnostique. Ainsi, ces éléments figurés ont un statut précaire, des médicaments de type préparation magistrale et radiopharmaceutique (dernier alinéa de l'article L. 5111-1 du CSP). La préparation des ces produits relève donc du monopole pharmaceutique (L. 4111-1 du CSP) et doit être réalisées dans une radiopharmacie selon les BPP sous la surveillance effective des radiopharmaciens (décret du 1er décembre 2003). Certains examens utilisant les éléments figurés du sang radiomarqués, nécessitent des comptages sanguins et une exploitation des résultats ce qui les inscrit dans le monopole de la biologie médicale (L. 6211-1 du CSP) et pose le problème de la responsabilité partagée entre plusieurs acteurs : radiopharmacien, radiobiologiste et médecin nucléaire. Ce partage des responsabilités peut être préjudiciable à la qualité de l'examen car chaque étape est déterminante pour le résultat final. En effet, les étapes de prélèvements, de préparation et d'injection de ce type de produit peuvent avoir une grande influence sur le résultat final. En conséquence, il serait judicieux de confier la préparation, les comptages sanguins et l'exploitation des résultats au même praticien. Le radiopharmacien qui assure les étapes de préparation, est le mieux placé par sa formation et par sa proximité avec la médecine nucléaire. Toutefois, il est nécessaire de renforcer les études de ce dernier par la mise en place d'une formation sur le prélèvement sanguin et d'inscrire ces examens dans l'arrêté mentionné à l'article L. 6211-3 du CSP. Enfin, il est de l'intérêt des patients d'autoriser un radiopharmacien à faire ce type d'examen réalisé en routine dans 50 % des radiopharmacies, qu'après en avoir réalisé un certain nombre sous la tutelle d'un confrère expérimenté.

Conclusion :

Le renforcement du statut des éléments figurés du sang radiomarqués associé à la gestion des praticiens réalisant les comptages sanguins et l'interprétation des résultats consolideront cette activité de diagnostique dans l'intérêt des malades et de la Santé Publique.

Mots-clés :

Droit, Élément figurés du sang, Radiopharmacie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Maîtrise du système qualité des préparations : audit et mise en place de mesures correctives

Auteurs :

A. Michel, N. Commun, M. Labrude

Pharmacie à Usage Intérieur, CHU Nancy, Nancy

Résumé :

Contexte :

L'activité de préparation est une des missions principales du pharmacien hospitalier et s'inscrit dans une démarche d'assurance de la qualité définie dans les Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière (BPPH) et les Bonnes pratiques de Préparation (BPP). Un audit qualité interne a été réalisé sur cette activité.

Objectif :

L'objectif est d'analyser les écarts entre les conditions de réalisation des préparations au sein du Secteur Fabrication par rapport aux recommandations des référentiels et de proposer des mesures correctives.

Matériels et méthodes :

Une fiche de recueil des données a été créée à partir du référentiel retenu, les BPP. Chaque item s'est vu attribuer un critère de jugement pertinent (conforme, non conforme, partiellement réalisé de façon satisfaisante, partiellement réalisé de façon non satisfaisante, non applicable) ainsi qu'un domaine d'application adéquat (appareillage, documentation, formation, conditionnement, contrôle, étiquetage, étude de faisabilité, préparation, organisation).

Résultats :

Au total, 334 critères des BPP ont été étudiés ; 63 % étaient conformes et 8 % non conformes. L'étude de faisabilité s'est révélée être l'un des points faibles avec 19 % de non-conformité. Des mesures correctives ont été proposées en priorité sur ce domaine avec rédaction d'une procédure « Etude de faisabilité d'une préparation » reprenant les différentes étapes à suivre lors de la demande d'une nouvelle préparation.

Conclusion :

L'audit qualité interne réalisé au niveau des secteurs de fabrication a permis de mettre en évidence les écarts entre notre pratique et les BPP et de mettre en place les mesures correctives sur un des domaines où le pourcentage de non conformité est le plus élevé, c'est-à-dire l'étude de faisabilité. La procédure alors créée constitue une avancée importante dans le système qualité de la réalisation des préparations au sein de l'établissement et donc de la qualité des préparations dispensées aux patients.

Mots-clés :

Audit, Préparation de médicament, Etudes de faisabilité

Références bibliographiques :

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ; Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé Bonnes Pratiques de Préparation BO n° 2007/7 bis du 22/11/2007. 79 pages.

Agence française de normalisation Norme ISO 19011 : 2002 concernant les lignes directrices relatives aux audits des systèmes de management de la qualité.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan de 7 mois de contrôle de casiers de Dispensation Journalière Individuelle Nominative préparés par les Préparateurs en Pharmacie Hospitalière en unités de soins

Auteurs :

M. Socha, A. Giesenfeld, P. Barbier, A. Girardeau, A. Michel, E. Boschetti, A. Delfour, S. Garnier, B. Demoré, I. May
Pharmacie à Usage Intérieur, CHU Nancy, Vandœuvre-Lès-Nancy

Résumé :

Contexte :

Afin de répondre aux objectifs du Contrat de Bon Usage (CBU), la Pharmacie à Usage Intérieur met en place et déploie progressivement la Délivrance Journalière Individuelle et Nominative par les Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH) dans les unités de soins.

Objectif :

L'objectif de ce travail est de dresser un bilan du contrôle des piluliers préparés par les PPH en unités de soins.

Matériels et méthodes :

Lors du déploiement de l'activité, il est apparu que le contrôle des piluliers ne pouvait pas être réalisé de manière systématique, faute de temps interne et pharmacien. Il a alors été décidé, en accord avec les unités de soins, de procéder à un contrôle aléatoire des casiers de traitements. Les erreurs relevées lors du contrôle sont classées en différentes catégories : omission, abus, dosage, spécialité, forme galénique, horaire, patient et autres.

Résultats :

Du 1er juillet 2011 au 9 février 2012, 13 363 lignes de traitements ont été contrôlées pour les 8 unités de soins concernées par 5 pharmaciens et 3 internes. La durée moyenne de contrôle d'un chariot de traitements est de 38 min mais varie, selon le nombre de patients, de 15 min à 1h40. Sur l'ensemble des lignes de traitements contrôlées, 157 erreurs ont été relevées, soit 1,17 %. Les erreurs les plus fréquentes concernent des omissions (0,49 %), des erreurs d'horaire (0,35 %) ou des abus (0,14 %) ; viennent ensuite les erreurs de dosage (0,06 %), de forme galénique (0,02 %), de spécialité (0,02 %) et de patient (0,01 %).

Conclusion :

En lien avec le CBU, le déploiement de l'activité se poursuit selon la même organisation. Cette expérience est ressentie de manière bénéfique par l'ensemble des personnels des unités de soins et particulièrement les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE). Des réunions avec les unités de soins sont organisées de manière régulière afin d'exposer les difficultés rencontrées et de proposer des améliorations. Dans tous les cas, il est important de rappeler que l'IDE est responsable des médicaments qu'il administre au patient et qu'il doit obligatoirement les contrôler, au regard de la prescription médicale.

Mots-clés :

DJIN, Contrôle, Contrat de bon usage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Revascularisation de dents permanentes immatures : mise au point d'une pâte dentaire antibiotique

Auteurs :

M. Tempier¹, S. Pfalzgraf¹, L. Delaborde¹, PA. Rucart¹, D. Roux², F. Robin³, M. Jouannet¹, J. Chopineau¹

¹Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand

²Odontologie Conservatrice - Endodontie, Université d'Auvergne, Faculté de Chirurgie Dentaire, Clermont-Ferrand

³Laboratoire de Bactériologie, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand

Résumé :

Contexte :

Un traumatisme sur une dent permanente chez l'enfant peut provoquer une interruption de la vascularisation de la pulpe et un arrêt de la croissance de la dent. Un nouveau traitement permet la revascularisation et la reprise de la croissance radiculaire, mais il est compromis par la présence de pathogènes. Une désinfection du canal par irrigation et application d'un mélange antibiotique sous un bouchon de ciment pendant 2 semaines permet d'améliorer le pronostic.

Objectif :

Aucune donnée galénique n'étant disponible, notre but était la mise au point d'une pâte antibiotique adaptée aux besoins des odontologistes.

Matériels et méthodes :

La formulation doit satisfaire aux critères des odontologistes : une pâte contenant ciprofloxacine, minocycline et métronidazole à 20 mg/ml chacun et de consistance crémeuse afin de faciliter l'application et le retrait au lentulo. Nous nous sommes initialement inspirés d'une formule de pâte dentifrice. Pour s'assurer de la diffusion des antibiotiques hors de la pâte, nous avons réalisé des tests qualitatifs in vitro avec trois pâtes contenant chacune un des antibiotiques, et une pâte sans principe actif comme témoin négatif.

Résultats :

Les premières pâtes réalisées étant de texture inadéquate, la formulation a été simplifiée. La consistance est devenue trop sèche à l'ajout de ciprofloxacine. Les proportions des excipients ont été réajustées pour obtenir la consistance souhaitée avec les trois antibiotiques. La formule retenue pour 22 ml de pâte est : carbonate de calcium (19 g), lactose (0.45 g), carboxyméthylcellulose (0.1 g), eau purifiée (15 g) et 0.44 g de chaque antibiotique. Les tests réalisés par le laboratoire de bactériologie confirment que les antibiotiques diffusent hors de la préparation. Etant donné l'usage extemporané de la préparation, nous n'avons pas réalisé d'étude de stabilité. La cinétique de diffusion n'a pas été évaluée. Le conditionnement en seringue facilite l'utilisation, la conservation et limite les interactions contenu-contenant.

Conclusion :

La mise au point de cette préparation a permis de fournir aux praticiens une formule précise et adaptée à leur usage, non décrite auparavant. Le choix des excipients doit être pris en compte afin d'optimiser la qualité et l'efficacité de la préparation. L'effet thérapeutique et l'innocuité in vivo doivent encore être démontrés par la pratique clinique.

Mots-clés :

Formulation, Préparation de canal radiculaire, Odontologie

Références bibliographiques :

Windley W et al., Disinfection of immature teeth with a triple antibiotic. J Endod. 2005 Jun ; 31(6) : 439-43.

Neha K et al. Management of immature teeth by dentin-pulp regeneration : A recent approach. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Nov 1 ; 16 (7) : e997-1004.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Réévaluation des coûts des préparations magistrales et hospitalières rétrocédées

Auteurs :

N. Gosse¹, B. Quillard¹, M. Javerliat², V. Ratsimbazafy¹

¹Pharmacie à Usage Intérieur, Unité des Préparations Galéniques, CHU Limoges, Limoges

²Pharmacie à Usage Intérieur, CHU Limoges, Limoges

Résumé :

Contexte :

A la suite du décret n° 2004-546 du 15 juin 2004, modifié par le décret n° 2007-1428 du 3 octobre 2007, relatif à la vente au public de médicaments par certains établissements de santé, l'Unité des Préparations Galéniques a décidé de recalculer le coût de ses préparations magistrales et hospitalières.

Objectif :

Nous visons ainsi une tarification plus juste dans le but d'obtenir un remboursement adapté aux coûts engagés.

Matériels et méthodes :

Cette réévaluation des coûts inclut le coût des matières premières et du matériel à usage unique utilisé, le coût lié à la mise en œuvre des préparations, à leurs contrôles et à leurs validations ainsi que les frais d'amortissement de l'équipement nécessaire à la fabrication.

Nous avons calculé un coût moyen hors taxe pour trois types de préparations (les plus fréquemment rétrocédées) auquel il faudra ajouter le prix du principe actif, la taxe sur la valeur ajoutée et la marge forfaitaire.

Résultats :

Le coût moyen de fabrication d'une gélule est de 0,299 euro et de 0,999 euro par sachet. Concernant les collyres, le coût moyen d'un flacon fabriqué de façon unitaire revient à 26,347 euros et à 9,809 euros lorsqu'ils sont fabriqués par série de 5.

Jusqu'à présent, le coût moyen hors taxe et hors principe actif, d'une gélule était de 0,11 euro, de 0,055 euro pour un sachet et de 2,23 euros pour un collyre.

Conclusion :

Au titre de l'année 2011, nous avons rétrocédé environ 50 % de nos préparations ce qui correspond à un coût présumé de 7 413 euros alors que le coût après réévaluation est estimé à 21 905 euros. Cette réévaluation va donc nous permettre d'obtenir un remboursement à hauteur des coûts réels et de valoriser le travail fourni par notre unité.

Mots-clés :

Pharmacie d'hôpital, Préparations pharmaceutiques, Coûts et analyse de coûts

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Vers une automatisation du sur-conditionnement unitaire des formes orales sèches : impacts organisationnel et financier

Auteurs :

AM. Langouet, G. Jabaud-Gazin, V. Villeneuve, L. Mahieux, D. Chabbert, M. Camus-Piszez

Pharmacie à Usage Intérieur, CH Marc Jacquet, Melun

Résumé :

Contexte :

Pour identifier les médicaments jusqu'à administration et faciliter une dispensation nominative, la PUI réalise le sur-conditionnement unitaire des médicaments présentés sous des conditionnements non adaptés. Après avoir expérimenté un système manuel (Medidose*, Pero's) (A), l'hôpital a fait l'acquisition d'un équipement automatisé (BlisPack*, ARX) (B) assurant la découpe, l'emballage et l'étiquetage de façon unitaire.

Objectif :

L'objectif de ce travail est de comparer les 2 systèmes de conditionnement unitaire pour analyser leurs impacts organisationnels, les ressources nécessaires et les aspects financiers.

Patients et méthodes :

Les formes orales sèches ne se présentant pas sous forme unitaire ont été recensées parmi le livret thérapeutique. Leurs consommations annuelles ont été établies. Une cartographie de processus du conditionnement a été menée pour A et B en identifiant les opérations et pour chacune, le temps préparateur nécessaire (en minutes). Les coûts engendrés par l'activité ont été calculés et rapportés à une production de 1 000 unités (acquisition, amortissement sur 5 ans, maintenance et consommables TTC, coût horaire chargé brut) et annuelle de 600 000 unités.

Résultats :

Parmi 1 363 médicaments, 242 ne sont pas sous forme unitaire. Un Pareto réalisé sur les consommations 2011 indique que 79 formes orales sèches représentent 80 % des consommations (dont 53 en blisters non unitaires). 0,185 et 0,045 min sont nécessaires pour fabriquer une dose respectivement avec A et B soit un facteur 4 (A : 1848h/an versus B : 452h/an). Le coût annuel de production (600 000 doses) est doublé entre A (140 963 €) et B (67 073 €).

Conclusion :

Cette prévision montre l'intérêt d'investir dans l'automate : gain de 0,9 ETP préparateur, coût divisé par 2. Ces résultats seront à confirmer à l'issue du déploiement de l'automatisation (performance opérationnelle machine) Le calcul du surcoût de production d'une dose unitaire sera utilisé pour la facturation de l'activité et pour envisager des perspectives de sous-traitance avec d'autres PUI.

Mots-clés :

Automatisation, Conditionnement unitaire, Coût

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Préparation anticipée des cytotoxiques injectables d'un service d'hématologie pédiatrique : évaluation des motifs de non administrations et des pertes financières engendrées

Auteurs :

C. Chanat, C. Hochart, T. Storme, F. Brion

Service de Pharmacie, APHP - Hôpital Robert Debré, Paris

Résumé :

Contexte :

La préparation des cytotoxiques du service d'hématologie pédiatrique est centralisée par la pharmacie. La majorité des préparations (hors stabilité inférieure à 24h ou bilan clinico-biologique obligatoire) sont fabriquées en avance et dispensées quotidiennement.

Objectif :

L'objectif de ce travail est de déterminer leurs taux et motifs de non administration (NA) et la perte financière associée.

Matériels et méthodes :

Pour chaque préparation non administrée, la molécule, le dosage et le motif de NA sont enregistrés. A partir de ces données une analyse du coût a été réalisée à partir du prix par mg de chaque spécialité (hors prix des dispositifs médicaux et main d'œuvre).

Résultats :

7 107 préparations ont été produites en 2011, dont 5 % n'ont pas été administrées. La perte financière était de 10 147 € (2,1 % de la consommation annuelle en principes actifs). Cinq causes de NA ont été identifiées : évolution de la pathologie (64 %, 6 162 €), défaut de conservation (5 %, 1 830 €), défaut logistique (8 %, 1 043 €) défaut de préparation (16 %, 564 €) et erreur de prescription (7 %, 548 €).

Discussion :

Parmi les motifs de NA le caractère évolutif de la maladie est responsable de la majorité des pertes avec les problèmes de logistique. Après évaluation avec les cliniciens, elle a été considérée comme acceptable et l'anticipation des préparations a été maintenue. Peu de défauts de fabrication conduisent à une destruction, l'analyse se limitant à ceux identifiés lors de la libération pharmaceutique. Les axes d'amélioration les plus sensibles sont l'administration rapide des molécules à péremption courte et la ré-évaluation de la surface corporelle du patient avant le OK chimio. Cette analyse permet de valider la répartition de l'activité de production en terme de perte financière d'autant que les possibilités de réattribution sont limitées en pédiatrie.

Mots-clés :

Cytotoxique, Pharmacoéconomie, Qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Préparations d'anticancéreux non administrées après fabrication : intérêt de la réattribution

Auteurs :

A. Fuss, V. Graff, F. Couturier

Pharmacie - Stérilisation, GH Saint-Vincent, Clinique Sainte-Anne, Strasbourg

Résumé :

Contexte :

L'administration d'une préparation d'anticancéreux annulée après validation médicale peut, sous réserve de données de stabilité et de conservation adéquates, être réattribuée.

Objectif :

L'objectif est de dresser un bilan sur les préparations non administrées après fabrication en identifiant les causes et en évaluant le coût des préparations détruites ou recyclées.

Matériels et méthodes :

Le nombre de préparations non administrées après fabrication a été recensé sur 18 mois d'activité de production (étude rétrospective d'avril 2010 à septembre 2011). Le recueil des données a été réalisé grâce à un fichier Excel systématiquement complété en cas de non administration d'une préparation après fabrication. Celui-ci répertorie la date, la nature du produit, son dosage, le motif de la non administration, le coût évalué sur le prix du principe actif (dispositifs médicaux et main d'œuvre non compris), et l'éventuelle réattribution.

Résultats :

205 préparations n'ont pas été administrées après validation médicale et fabrication, ce qui représente 0,7 % de la production. Les motifs d'annulation sont dans 62 % des cas liés au patient (fièvre, hospitalisation, problème au niveau du site implantable, non venue au rendez-vous...), dans 22 % des cas liés à une décision médicale (changement de protocole, « OK chimio » donné prématurément), dans 2 % des cas liés à une erreur de préparation, dans 3 % des cas liés à un problème organisationnel ou de communication et dans 11 % des cas de motifs non connus. Sur les 205 préparations, 70 % avaient été anticipées (fabrication sur la journée avant l'arrivée du patient). 170 préparations (83 %) ont été réattribuées alors que 35 (17 %) ont été détruites : la réattribution a permis de recycler les 170 préparations pour une somme de 26 000 € alors que l'incidence financière des destructions est de 5 000 €. Sur les 170 préparations réattribuées, 12 (7 %) l'ont été pour le même patient à la même dose (report de cure) et 158 (93 %) pour un autre patient, dont 88 (56 %) à la même dose et 70 (44 %) ayant nécessité la fabrication d'une poche complémentaire. Le délai moyen avant réattribution est de 1,56 jours [0-10].

Conclusion :

L'objectif est de diminuer le nombre de préparations non administrées en travaillant sur les causes évitables (prescription à l'avance, transmission d'informations...) et de faciliter la réattribution des préparations par la mise en place de la standardisation des doses.

Mots-clés :

Chimiothérapie anticancéreuse, Préparation, Non administration

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Méthode ALARM appliquée à la Pharmacotechnie : à propos d'un cas de contamination de poches de nutrition parentérale

Auteurs :

D. Bernard, K. Benjeddou Annabi, MJ. Robein-Dobremez, P. Trouiller

Pharmacie, CHU Grenoble, Grenoble

Résumé :

Contexte :

La gestion des risques est une démarche obligatoire pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé. Ainsi les méthodologies d'analyse des risques doivent être utilisées dans les activités de Pharmacotechnie comme dans les autres disciplines pour identifier, évaluer et réduire les risques.

Objectif :

A partir d'une contamination de poches de nutrition parentérale par *Pseudomonas fluorescens*, nous exposerons l'analyse des risques qui a été entreprise.

Matériels et méthodes :

La méthodologie ALARM (Association of Litigation And Risk Management) utilisée est une analyse systématisée des événements indésirables a posteriori. Les 4 étapes sont l'établissement des circonstances et chronologie des faits, l'analyse détaillée du processus de préparation, l'identification et l'analyse des facteurs contributifs liés et la mise en place de mesures correctives et/ou préventives.

Résultats :

L'analyse des dossiers de préparation et des entretiens avec le personnel a permis d'élaborer la chronologie de l'incident. Le processus de préparation a été évalué mais n'a pas révélé d'erreurs d'asepsie. La recherche des facteurs contributifs liés à la tâche et à l'environnement a mis en évidence une faille dans le circuit de décontamination des matières premières utilisées dans la préparation des poches de nutrition parentérale. Les procédures ont été révisées. L'ajout de filtres aux robinets, suppression du laveur, trempage dans une solution détergente désinfectante, renforcement des contrôles environnementaux ont optimisé la sécurité du circuit.

Conclusion :

Cette méthode d'analyse permet de rechercher les failles ayant pu amener à l'évènement mais pour être complète et exhaustive, elle doit être couplée à une analyse a priori. Ici l'hypothèse principale est plausible mais d'autres points à risque ont peut être été insuffisamment explorés.

La méthode ALARM est tout à fait adaptée à l'analyse d'évènements dans le secteur pharmaceutique et permet de proposer des mesures de prévention de récurrence et d'améliorer les pratiques.

Mots-clés :

Gestion des risques, Méthode ALARM, Nutrition parentérale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Homogénéisation des poches de chimiothérapie : quelles pratiques adopter ?

Auteurs :

A. Fuss, M. Fourtage, V. Graff, F. Couturier

Pharmacie - Stérilisation, GH Saint-Vincent, Clinique Sainte-Anne, Strasbourg

Résumé :

Contexte :

En l'absence de recommandations officielles, les techniques d'homogénéisation des préparations de chimiothérapie en poches sont très hétérogènes au sein des établissements : retournements successifs de la poche, rinçages de seringues, ou couplage de ces 2 méthodes.

Objectif :

Dans un objectif d'assurance qualité et d'amélioration de nos pratiques, nous avons mis en place des contrôles analytiques ponctuels afin de valider notre méthode d'homogénéisation actuelle, à savoir 5 retournements de la poche.

Matériels et méthodes :

Quatre séries de 20 poches d'anticancéreux (volume supérieur ou égal à 100 ml), ont été dosées à plusieurs mois d'intervalle. Pour les séries 1, 2 et 3, deux échantillons par poche sont prélevés : 1,5 ml après 5 retournements de la poche (A) et 1,5 ml après 5 autres retournements (B). Pour la série 4, l'échantillon A est prélevé après 10 retournements et B après 2 rinçages de seringue. Le contrôle analytique est réalisé par spectrophotométrie UV/Visible/IR (Multispec[®], sous-traitance auprès de l'IGR). La préparation est conforme si l'identification du principe actif est correcte (critère qualitatif) et si l'écart de concentration par rapport au calcul théorique est inférieur à $\pm 10\%$ (critère quantitatif). Le suremplissage des poches est pris en compte dans l'analyse.

Résultats :

Quatorze molécules ont été dosées et 8 préparateurs ont participé aux contrôles. 100 % des préparations sont conformes qualitativement. Les taux de non-conformités du critère quantitatif sont pour la série 1A : 25 % (5 sous-dosages), 1B non dosé ; série 2A : 5 % (1 surdosage), 2B : 30 % (1 surdosage + 5 sous-dosages) ; série 3A : 40 % (2 surdosages + 6 sous-dosages), 2B : 45 % (2 surdosages + 7 sous-dosages) ; série 4A : 5 % (1 sous-dosage), 4B : 10 % (2 surdosages).

Conclusion :

Les non-conformités des séries 1, 2 et 3 sont plus nombreuses en B qu'en A et sont essentiellement des sous-dosages qui pourraient être liés au non-rinçage des seringues : la série 4 confirme cette hypothèse avec l'absence de sous-dosages en B. Il est prévu de réaliser un contrôle analytique supplémentaire avec 2 rinçages de seringues (A) suivis de 5 retournements (B) afin de statuer sur une modification de notre pratique.

Mots-clés :

Homogénéisation, Poche, Chimiothérapie anticancéreuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Le reconditionnement unitaire, oui, mais sous quelles conditions ?

Auteurs :

M. Guillaudin, S. Bedrossian, FO. Te Bonle, O. Galvez, G. Camus, V. Jandard, M. Paillet, X. Bohand

Pharmacie, HIA Percy, Paris

Résumé :

Contexte :

L'absence de mise à disposition par l'industrie pharmaceutique de conditionnement unitaire et de toute réglementation ont conduit la pharmacie à usage intérieur à utiliser des outils de reconditionnement afin de s'adapter aux exigences de la dispensation journalière individuelle et nominative.

Objectif :

L'objectif de cette étude est d'analyser, face au besoin, les conditions nécessaires à l'optimisation du reconditionnement.

Matériels et méthodes :

Une liste de 168 spécialités, ne disposant pas de conditionnement unitaire ou nécessitant un fractionnement de la dose, a été établit sur notre établissement. Après analyse exhaustive de la littérature, 4 documents ont été retenus : les listes du Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament (Theriaque®) « à conserver dans le conditionnement primaire » et « à l'abri de la lumière », la liste des principes actifs ayant une stabilité réduite après reconditionnement, et la liste des principes actifs dont le reconditionnement n'est pas recommandé.

Résultats :

9 spécialités sur 168 (5.4 %) ne peuvent pas être reconditionnées (cytotoxique, antibiotique, non stable après déconditionnement) ; 15 (8.9 %) doivent être conservées à l'abri de la lumière ; 21 (12.5 %) ont un critère ne correspondant pas aux conditions actuelles de déconditionnement (11 dont le principe actif a une stabilité réduite, 8 à conserver à l'abri de l'humidité, et 2 à conserver dans le conditionnement primaire) ; 7 (4.2 %) à sécabilité extemporanée. Au total, 52 (31 %) des spécialités nécessitant un reconditionnement ne respectaient pas toutes les conditions nécessaires à la validation.

Conclusion :

La sécurisation du déconditionnement nous a conduits à modifier nos critères de validation, avec notamment diminution de la date de péremption pour les spécialités n'intégrant pas toutes les conditions. Les automates imposant le déconditionnement restent inadaptés pour un pourcentage non négligeable de formes orales sèches. Ceux permettant le surconditionnement sécurisent le processus sans toutefois solutionner le fractionnement des doses. Cette étude est une aide à la décision pharmaceutique en considérant les bénéfices et les risques dans un objectif d'optimisation des pratiques.

Mots-clés :

Reconditionnement unitaire, Optimisation des pratiques, Sécurisation

Références bibliographiques :

F. Lagrange. Déconditionnement et stabilité des formes orales sèches solides : états des connaissances. Annales Pharmaceutiques Françaises 2010 ; 68, 332-358.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de l'acceptabilité et de l'efficacité des nouvelles préparations coliques pour coloscopie

Auteurs :

M. Thibault¹, J. Dupeyron², B. Humeau³, J. Beuchard²

¹Pharmacie, CH Côte de Lumière, Olonne-sur-Mer

²Pharmacie à Usage Intérieur, CH Cote de Lumière, Sables-d'Olonne

³Gastro Entérologie, CH Cote de Lumière, Sables-d'Olonne

Résumé :

Contexte :

La coloscopie est l'examen de référence de l'exploration du colon et nécessite l'administration d'une préparation colique associant régime sans résidus et absorption de solutions purgatives, dont une à base de polyéthylène glycol et une à base de phosphate de sodium référencées dans notre établissement.

Objectif :

Avec l'arrivée sur le marché de nouvelles spécialités (à base de phosphate de sodium comprimés et à base de picosulfate de sodium sachet) et dans le cadre de la COMEDIMS, les gastro-entérologues ont réalisé l'étude de 4 préparations afin d'évaluer leur acceptabilité et leur efficacité.

Matériels et méthodes :

Cette étude prospective a été réalisée du 10 janvier au 1er avril 2011 sur une cohorte de 196 patients par huit infirmières aide endoscopistes et cinq médecins gastro-entérologues, libres de choisir une préparation référencée ou une nouvelle préparation sous forme d'échantillon. Le critère d'inclusion était la réalisation d'une coloscopie après une des préparations et les critères d'exclusions étaient une exploration colique incomplète, une préparation optimisée (association de produits ou utilisation concomitante de laxatifs) ou un recueil de données incomplet. Quant aux critères d'évaluation, ils comprenaient la qualité de la préparation évaluée par le score de Boston (de 0 à 9 pour le colon entier) et l'acceptabilité par le patient, évaluée par une échelle visuelle analogique (0 à 10).

Résultats :

Le score de Boston, pour l'ensemble des patients était de 8,02, avec des résultats similaires quelque soit le segment colique considéré et des scores globaux plus élevés pour les préparations à base de phosphate de sodium. Il n'y avait pas de différence majeure de préparation en fonction du sexe (8,03/8,01), ni de l'âge. Le pourcentage de coloscopies à refaire (score global <6 ou score segmentaire <2) était fonction de la préparation et de l'opérateur. La tolérance des préparations, recueillie par une infirmière, était en faveur des nouvelles préparations (8,33 contre 6,55) avec peu de différence en fonction du sexe, mais une tolérance croissante avec l'âge des patients.

Conclusion :

L'apport des nouvelles préparations coliques en termes d'efficacité ou d'acceptabilité n'est pas négligeable. En effet, la balance efficacité/acceptabilité semble plus prometteuse pour la préparation à base de phosphate de sodium comprimé et devrait être privilégiée à l'avenir. Il faudra cependant prendre en compte une majoration financière au niveau de l'établissement.

Mots-clés :

Préparations coliques, Référencement, Etude comparative

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Non-administration des préparations de chimiothérapie : causes et impact économique

Auteurs :

P. Gibert, J. Malot, I. Federspiel, A. Labrosse, A. Lemoigne, B. Allenet, L. Foroni

Pôle Pharmacie, CHU Grenoble, Grenoble

Résumé :

Contexte :

Un suivi des préparations non-administrées et retournées est réalisé au sein de notre unité de reconstitution centralisée des cytotoxiques (URCC).

Objectif :

Nous avons analysé ces retours afin d'en déterminer les causes et l'impact économique, et de réfléchir à des mesures correctives.

Matériels et méthodes :

Une fiche jointe à la préparation renseignait le motif du retour, qui a été classé en évitable ou non évitable. Le coût TTC du retour était calculé à partir des doses exactes de médicaments sans prendre en compte celui des dispositifs médicaux et du personnel.

Résultats :

En 2011, sur 32 200 préparations réalisées, 266 ont été retournées non administrées (0,83 %). La majorité des retours provenaient de l'onco-pédiatrie (36,5 %, n = 97), de l'hôpital de jour adulte (28,2 %, n = 75) et de l'hématologie clinique (17,3 %, n = 46). Sur la totalité des 131 retours jugés évitables, 102 étaient imputés au service et 19 à l'URCC. Les principales causes de non-administration étaient d'ordre clinique (60,2 %, n = 160) et parmi elles, 36,2 % (n = 58) étaient évitables. Le coût total des retours s'élevait à 57 800 €, dont la moitié était liée aux préparations de médicaments onéreux, alors qu'elles ne représentaient que 10,2 % des poches retournées (n = 27). Ces retours étaient évitables dans 74 % des cas (n = 20). Le coût total des erreurs évitables était estimé à 34 400 € dont 2 000 € attribués à l'URCC.

Conclusion :

Bien que le taux de retours soit faible, le coût en est conséquent. L'éloignement géographique entre l'URCC et l'hôpital de jour pédiatrique incite les médecins à prescrire les chimiothérapies la veille de l'administration, augmentant le risque de voir apparaître une contre-indication clinique le jour J, alors que la poche est déjà préparée. Il serait intéressant de lister les motifs de retours les plus fréquents pour les médicaments onéreux afin de les inclure en tant que points critiques dans le processus de validation pharmaceutique.

Mots-clés :

Chimiothérapie, Préparation, Non administration

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Application d'une Analyse Préliminaire des Risques au dosage d'un anticancéreux au sein d'un laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie

Auteurs :

É. Chasseuil, F. Darrouzain, K. Renoult, G. Paintaud

Laboratoire de Pharmacologie Toxicologie, CHRU Tours, Tours

Résumé :

Contexte :

Dans le cadre de l'accréditation des laboratoires, une Analyse Préliminaire des Risques (APR) a été réalisée au sein du laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie. Cette analyse s'est portée sur le dosage du 5-fluorouracile, un médicament anticancéreux, réalisé dans le cadre de son suivi thérapeutique pharmacologique, par chromatographie liquide haute performance (HPLC).

Objectif :

L'objectif de cette analyse était d'identifier les risques liés à cette activité, et d'y apporter des mesures correctives.

Matériels et méthodes :

L'activité a été divisée en 3 phases : pré-analytique, analytique et post-analytique. Quatre dangers génériques liés au personnel, aux infrastructures, aux matières premières et réactifs utilisés, ainsi qu'au système d'information, ont été définis. Au cours de cette APR, une cartographie des situations dangereuses a été réalisée et des échelles de cotation du risque ont été définies par un groupe de travail pluridisciplinaire.

Résultats :

Parmi les 69 situations dangereuses initiales dénombrées, 53 ont nécessité des corrections. Les diagrammes de Kiviat et de Farmer ont montré la grande vulnérabilité de la phase pré-analytique d'une part et la prédominance des dangers relatifs au personnel d'autre part. Ceci s'explique en partie par les interventions humaines nombreuses nécessaires à la réalisation d'un dosage. Après mise en place d'actions en réduction de risque, 84 % des situations dangereuses sont devenues acceptables et 16 % tolérables sous contrôle. Les situations dangereuses initiales inacceptables ont été totalement éliminées par les mesures de réduction de risque mises en place. Le plan d'actions en réduction de risque élaboré a montré l'importance de l'information et de la formation continue du personnel.

Conclusion :

Ce travail a permis de lister, hiérarchiser et prioriser les actions à entreprendre sur les risques jugés les plus critiques. L'APR s'inscrit ainsi dans la démarche d'amélioration de la qualité.

Mots-clés :

Accréditation, Gestion du risque, Formation continue

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Reconditionnement en doses unitaires des formes orales sèches : comparaison avant/après automatisation

Auteurs :

C. Alloux¹, S. Goutelle¹, L. Bourguignon², V. Chaumard¹, P. Maire²

¹Pharmacie, Hospices Civils de Lyon - Hôpital Pierre Garraud - GH Gériatrique, Lyon

²Pharmacie, Hospices Civils de Lyon - Hôpital Antoine Charial - GH Gériatrique, Lyon

Résumé :

Contexte :

L'opération de reconditionnement en doses unitaires des formes orales sèches était réalisée auparavant par thermoscellage manuel à l'aide de la machine MacbickTM. Fin 2010, cette activité a été réorganisée afin de permettre le reconditionnement pour trois autres établissements. Une machine semi-automatique a été acquise, la CadetTM, afin de répondre à ces besoins nouveaux.

Objectif :

Le but de cette étude est de faire le bilan de ce changement après 1 an de fonctionnement.

Matériels et méthodes :

Les productions des années 2010 et 2011 ont été comparées, ainsi que les vitesses de reconditionnement avec les deux systèmes, sur la base de lots de différentes tailles, et ainsi que les coûts des consommables, sur la base des consommations et des tarifs TTC 2011.

Résultats :

Environ 100 000 doses ont été conditionnées en 2010 avec le système manuel Macbick, versus 303 500 doses en 2011 avec l'automate Cadet. La vitesse de reconditionnement moyenne était de 21.6 doses/min avec le système Macbick versus 27.6 doses/min avec le système Cadet. Cependant, la différence augmente avec la taille du lot à reconditionner : pour un lot de 1 200 doses, le rendement est augmenté de 70 % avec la machine Cadet (34.3 versus 20 doses/min). Le coût des consommables est réduit de plus de 45 % avec l'automate (0.024 €/dose versus 0.045 €/dose avec le système Macbick). Avec l'automate Cadet, en moyenne, 25 292 +/- 16 233 doses ont été reconditionnées par mois en 2011. Une forte variabilité inter-mensuelle a été observée correspondant à une probable surestimation des besoins par les sites demandeurs.

Conclusion :

L'acquisition d'un système automatisé pour le reconditionnement en doses unitaires a permis d'augmenter l'activité pour répondre aux besoins et de réduire les coûts des consommables.

Mots-clés :

Emballage de médicament, Système distribution médicaments, Pharmacie d'hôpital

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de la prise en charge nutritionnelle des nouveaux nés prématurés : état des lieux et évaluation prospective des pratiques

Auteurs :

L. Tatem, F. Laporal, S. Bervin, L. Mérault

Pharmacie - Pharmacotechnie, CHU Pap/Abymes, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe

Résumé :

Contexte :

La prise en charge des prématurés peut nécessiter l'instauration d'une nutrition artificielle dans les 24 heures qui suivent la naissance afin de corriger ou prévenir une dénutrition et d'assurer une croissance optimale. Les apports doivent donc être adaptés aux besoins de chaque enfant.

Objectif :

L'objectif de cette étude est d'évaluer les pratiques professionnelles en matière de prise en charge nutritionnelle des nouveaux nés prématurés au cours du 1er mois de vie.

Patients et méthodes :

Audit clinique mené sur une cohorte de patients nouveaux nés prématurés du 1^{er} mars au 1^{er} juillet 2011 dans une unité de réanimation néonatale. Pour chaque patient, les données clinico-biologiques, les apports parentéraux et entéraux de J1 à J30 ont été recueillis et analysés.

Résultats :

30 nouveaux nés prématurés (13 filles et 17 garçons) ont été inclus. 24 sont nés à moins de 32 semaines d'aménorrhée. Le poids moyen à J1 était de 1 244 g (640 à 2 850 g). Le gain de poids moyen à J30 était de 362 g. La durée moyenne de la nutrition parentérale était de 36 jours. La nutrition entérale a été commencée entre J3 et J6 de vie pour 24 enfants. L'apport énergétique moyen était de 94 kcal/kg/j celui en calcium était de 0,8 mmol/kg/j. Le gain de poids moyen semble insuffisant à J30 (< 400 g) pour 83 % des enfants (< 20 g/kg/j). Un contexte socio-économique difficile semble jouer sur la prévalence de la prématurité en Guadeloupe ; en effet la dernière enquête de périnatalité réalisée en 2003 indique un taux 2 fois supérieur à celui de la France métropolitaine (11,1 % à 6,3 %). L'apport énergétique, en eau et en acides aminés au cours des premiers jours de vie était inférieur aux recommandations ce qui peut entraîner une modification de la composition corporelle et un ralentissement de la croissance du nouveau né.

Conclusion :

La prise en charge nutritionnelle des prématurés dans notre établissement n'est pas optimale. Une concertation pluridisciplinaire avec mise en place de protocoles uniformes est à envisager.

Mots-clés :

Nutrition artificielle, Evaluation des pratiques professionnelles, Prématurité

Références bibliographiques :

Guidelines on Paediatric Parenteral Nutrition of Guidelines on Paediatric Parenteral Nutrition of ESPGHAN and ESPEN, European Society of Paediatric Research (ESPR), J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005 ; 41 : S1-S87 Gastroenterol Nutr 2005 ; 41 : S1-S87.

Clinical Guidelines on Nutrition Support of American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, ASPEN, 2009.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Tests cutanés en allergologie. Création d'un thésaurus des préparations réalisées par la pharmacie

Auteurs :

P. Barbier, S. Henn-Ménétré, L. Trigory, C. Chenot, I. May

Pharmacie, Service Pharmacie – CHU Nancy - Hôpital Brabois, Vandœuvre-Lès-Nancy

Résumé :

Contexte :

La Pharmacie de notre hôpital réalise depuis septembre 2010 les préparations pour tests cutanés : patch-tests et intradermoréactions (IDR) nécessaires au diagnostic d'allergies médicamenteuses.

Objectif :

Les objectifs de ce travail sont de créer un thésaurus des préparations pour tests cutanés allergologiques, et un document permettant de formaliser l'étude de faisabilité pour le cas des préparations pour IDR.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé un bilan d'activité avant de déterminer quels critères devaient impérativement figurer dans le thésaurus et sur le document type appelé "fiche de faisabilité des préparations pour IDR". Celle-ci contient l'identification de la préparation et de la matière première, la compatibilité avec le chlorure de sodium à 0,9 %, l'éventuelle administration par voie sous-cutanée ou intramusculaire, la concentration la plus forte pouvant être administrée et les références.

Résultats :

Les résultats du bilan d'activité sont de 620 préparations pour tests cutanés par mois : 200 patch-tests (32 %) et 420 IDR (68 %).

Nous avons construit un thésaurus pour les patch-tests et un pour les IDR, qui contiennent ces renseignements : identification de la matière première (nom de la molécule, forme galénique et dosage), solvant utilisé, dilutions effectuées.

Le thésaurus est créé. Il est complété grâce à l'intégralité des prescriptions et compte 182 lignes pour les préparations pour IDR et 1 079 lignes pour les préparations pour patch-tests. Les fiches de faisabilité ont été complétées pour l'ensemble des molécules déjà testées.

Conclusion :

Le thésaurus est mis à jour au fur et à mesure des nouvelles préparations. Les fiches de faisabilité permettent une traçabilité des recherches effectuées. Bien que cette démarche ait probablement été menée dans d'autres hôpitaux, nous n'avons pas trouvé de comparaison dans la littérature.

Ces outils informatisés sécurisent et facilitent l'activité de préparation pour tests cutanés allergologiques.

Mots-clés :

Tests cutanés allergologiques, Thésaurus, Fiche de faisabilité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Session Pharmacie clinique et dispensation

POSTER N° 72

Titre :

Mise en place d'une politique de bon usage des antibiotiques dans un centre hospitalier général

Auteurs :

S. Bauer¹, L. Dubret², JF. Huon², J. Jezequel², A. Oufella², A. Fabreguettes²

¹Pharmacie, Hôpital Robert Ballanger, Aulnay Sous Bois

²Pharmacie, Hôpital Robert Ballanger, Aulnay Sous Bois

Résumé :

Contexte :

En 2007, une surconsommation d'ATB a été constatée dans notre hôpital par rapport à la moyenne des hôpitaux participant à l'enquête du CCLIN Nord : +14 % des Doses Définies Journalières /1000 Journées d'Hospitalisation pour les ATB totaux, +20 % pour les pénicillines. La surconsommation émane des services de chirurgie : +38 % pour les ATB totaux, +50 % pour les pénicillines, +60 % pour l'amoxicilline-acide clavulanique (amoxi-clav).

Objectif :

Mettre en place une politique d'amélioration du bon usage des antibiotiques.

Matériels et méthodes :

Plusieurs actions ont été entreprises : la mise à jour des protocoles de chirurgie conformément aux recommandations récentes, le suivi quotidien des prescriptions par les pharmaciens en collaboration avec les bactériologistes et les médecins référents. Enfin, une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a été menée en étudiant les prescriptions d'Amoxi-clav dans les services de chirurgie, 3 semaines consécutives par semestre pendant 3 semestres entre 2009 et 2010.

Résultats :

En 2009, la diminution de consommation se situe à -29 % pour les ATB totaux par rapport au CCLIN et à -17 % pour les pénicillines. La surconsommation des services de chirurgie a diminué et n'est plus qu'à +7 % sur les ATB et +7 % sur l'amoxi-clav (respectivement à +38 % et +60 % en 2007). Tandis que l'activité en nombre de RUM est restée stable, cela correspond pour les services de chirurgie du CHIRB, entre 2007 et 2009, à une diminution de 23 % pour les ATB, 32 % pour les pénicillines et 36 % pour l'amoxi-clav. Concernant l'EPP, 117 prescriptions ont été étudiées, la majorité des prescriptions d'amoxi-clav était conforme aux nouvelles recommandations.

Conclusion :

La mise en place de nouveaux protocoles en chirurgie, l'optimisation des prescriptions et le travail pluridisciplinaire ont permis de ramener les consommations d'ATB dans la moyenne des autres hôpitaux. L'implication quotidienne des pharmaciens dans le bon usage des ATB a été déterminante dans cette démarche d'amélioration de la qualité des soins. De plus, la COMissions Anti-Infectieux permet de réévaluer les protocoles en cours et de soutenir cette démarche.

Mots-clés :

Validation pharmaceutique, Référents anti-infectieux, Pluridisciplinarité

Références bibliographiques :

HAS. Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé. Recommandations professionnelles Avril 2008.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La charge anticholinergique des prescriptions d'entrée et de sortie dans le service de court séjour gériatrie

Auteurs :

O. El Semman¹, K. Benosman², M. Aoufi³, F. Kabirian², F. Fauvelle¹

¹Pharmacie, GHI le Raincy Montfermeil, Montfermeil

²Gériatrie, GHI le Raincy Montfermeil, Montfermeil

³Gériatrie, GHI le Raincy Montfermeil, Montfermeil

Résumé :

Contexte :

Les médicaments aux propriétés anticholinergiques (AC) augmentent le risque de confusion et de chutes chez les personnes âgées, Il existe plusieurs échelles de risque AC publiés dans la littérature.

Objectif :

Diminuer le nombre de prescriptions de médicaments AC chez le sujet âgé de plus de 75 ans. Nous avons étudié le pourcentage de médicaments aux propriétés AC à l'entrée et à la sortie du service de court séjour en gériatrie.

Patients et méthodes :

200 patients hospitalisés entre le 01/10/2011 et le 31/12/2011 ont été inclus dans l'étude.

Le nombre moyen de lignes médicaments à l'entrée est de 7,2 et de 7,8 à la sortie.

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 7.8 jours, l'âge moyen est de 85 ans, le poids moyen est de 61 kg, la clairance rénale moyenne est de 44 ml/min (Cockcroft et Gault).

Résultats :

Des médicaments ayant des propriétés AC 38 % à l'entrée(E) et 28 % à la sortie(S) du patient du service de court séjour gériatrie. Ce qui correspond à l'arrêt de prescription de médicaments AC sur un total de 76 (26 %). Principalement ce sont des antalgiques (E = 26 %, S = 39 %), Anxiolytiques (E = 21 %, S = 16 %), et antidépresseurs (E = 12 %, S = 7 %), antihypertenseurs (E = 7 %, S = 7 %), le nombre de médicaments AC faible (E = 29 %, S = 26 %), moyen (E = 0, S = 0), fort (E = 8 %, S = 2 %). Le nombre des ordonnances comportant 1AC (E = 26 %, S = 22.5 %), 2 AC (E = 5 %, S = 5 %), 3AC (E = 3.5 %, S = 0,5 %).

Conclusion :

Les résultats montrent que la proportion de médicaments AC est importante. L'intervention du pharmacien auprès des prescripteurs permet de réduire la charge anticholinergique.

Mots-clés :

Potentiel des anticholinergiques, Personnes âgées, Degré de troubles

Références bibliographiques :

Boustani MA, Campell NL, Munger S, Maidment I, Fox GC. Impact of anticholinergics on the ageing brain : a review and practical application. *Aging Health*. 2008 ; 4(3) : 311-20.

Campbell N, Boustani M, et al. The cognitive impact of anticholinergics : a clinical review. *clinical interventions in Aging*. 2009 ; 4(1) : 225-33.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les médicaments à conserver ou à administrer à l'abri de la lumière le sont-ils vraiment ?

Auteurs :

H. Sehet-Haupais, D. Boukerfa, Y. Boulet, L. Achour, N. Villerbu, S. Bergon

Pharmacie, CHI Eure-Seine, Évreux

Résumé :

Contexte :

Lors de son utilisation, un médicament photosensible non conservé à l'abri de la lumière s'est révélé inefficace.

Objectif :

Cet incident nous a conduit à nous interroger sur la conservation des médicaments photosensibles.

Matériels et méthodes :

Une requête réalisée sur la base Thériaque nous a permis de recenser tous les médicaments photosensibles. Puis nous avons identifié dans notre livret les médicaments devant être conservés à l'abri de la lumière. Deux types de travaux ont été menés : une recherche sur la nécessité d'une photo-protection lors de l'administration et une identification des médicaments possédant un conditionnement non adapté à une conservation à l'abri de la lumière.

Résultats :

Selon Thériaque 3372 références de médicaments sont à conserver à l'abri de la lumière. Dans notre livret, nous avons retrouvé 429 des références concernées. Après recherches dans la littérature et appel des laboratoires, il est apparu que seules six molécules devaient être protégées lors de leur administration : pour trois d'entre elles, la nécessité de photo-protection pendant l'administration était mentionnée dans le RCP et pour les trois autres, le besoin de photo-protection a été exprimé par le laboratoire. Nous avons ensuite évalué la qualité du conditionnement des 429 spécialités identifiées comme étant photosensibles. Nous avons considéré que le conditionnement n'était pas adapté lorsqu'il s'agissait de blisters et gélules transparents, ou d'ampoules et de flacons transparents en conditionnement multiple. Nous avons pu identifier 142 spécialités de notre livret dont le conditionnement n'est pas adapté soit 33 % des médicaments identifiées comme étant sensibles à la lumière.

Conclusion :

Nous avons élaboré une liste des médicaments photosensibles en identifiant les médicaments dont le conditionnement n'était pas adapté ainsi que les molécules à perfuser à l'abri de la lumière. Cette liste a été validée en COMEDIMS et mise à la disposition des services. Un étiquetage spécifique sera mis en place dans les services pour identifier ces médicaments et un groupe de travail sera constitué pour définir, de façon homogène, comment conserver ces médicaments dont le conditionnement n'est pas adapté.

Mots-clés :

Photosensibilisation, Conservation, Bon usage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Amélioration de la gestion des traitements personnels dans un hôpital général : étude auprès du personnel infirmier

Auteurs :

J. Jezequel¹, JF. Huon², V. Duperrin², A. Fabreguettes²

¹Pharmacie, Hôpital Robert Ballanger, Aulnay Sous Bois

²Pharmacie, Hôpital Robert Ballanger, Aulnay-Sous-Bois

Résumé :

Contexte :

En France, les médicaments prescrits pendant une hospitalisation sont dispensés par la pharmacie à usage intérieur et les traitements personnels éventuellement apportés par les patients doivent être gérés par le service et n'être utilisés que de manière exceptionnelle. Une première étude réalisée en 2011 auprès de 122 patients admis dans 11 services de soins a mis en évidence que ces médicaments sont effectivement présents dans les chambres des patients parfois à l'insu du personnel médical, et que 28 % d'entre eux ne sont pas prescrits durant l'hospitalisation. La pharmacie a donc élaboré une procédure pour mieux encadrer ces pratiques et l'a diffusée auprès des services de soins.

Objectif :

Afin de poursuivre l'amélioration de la gestion de ces traitements et de mieux connaître les pratiques infirmières, un complément d'enquête a été mené.

Patients et méthodes :

En décembre 2011, un questionnaire comportant 9 items a été proposé aux Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE).

Résultats :

26 IDE ont été interrogés dans 12 services de médecine et de chirurgie. Toutes les IDE demandent systématiquement au patient entrant s'il a rapporté ses traitements personnels. 62 % l'utilisent parfois et 70 % vérifient systématiquement qu'ils ne se sont pas disponibles à la pharmacie avant leur utilisation. 19 % demandent à la famille de rapporter le traitement du domicile. 30 % envoient parfois la famille chercher des médicaments en ville. Le stockage des médicaments varie en fonction des patients ou des services (gardé par le patient, gardé par les IDE, rendu à la famille).

Conclusion :

Ces résultats montrent qu'ils existent encore des règles à rappeler et à faire appliquer, en particulier concernant le stockage et l'interdiction d'acheter des traitements en officine pendant l'hospitalisation. Deux services pilotes ont été choisis pour tester une gestion des traitements personnels comprenant un stockage dans les armoires robotisées du service. Les premières évaluations étant positives, l'extension de ce nouveau circuit à l'ensemble des services est programmée pour 2012. Une large diffusion sera faite en réunion de cadre et en CME.

Mots-clés :

Traitement personnel, Personnel infirmier, Hospitalisation

Références bibliographiques :

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

G. Kuss, Y. Tschirhart, B. Idoux, B. Michel. Le traitement médicamenteux personnel du patient lors des hospitalisations de chirurgie programmée : état des lieux, commentaires et propositions. Journal de Pharmacie Clinique. 2009 ; 28 (1) : 39-46.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Cas Clinique : polychondrite traitée par le tocilizumab, anticorps anti-récepteur d'IL-6

Auteurs :

H. Asfari¹, F. Mounsef¹, G. Monnier¹, P. Brunel¹, P. Cathebras²

¹Pharmacie, CHU Saint-Etienne, Saint Priest en Jarez

²Médecine Interne, CHU Saint-Etienne, Saint Priest en Jarez

Résumé :

Contexte :

Patient de 43 ans suivi en médecine interne et traité par tocilizumab pour une polychondrite cortico-dépendante dans un contexte auto-immun multiple.

Objectif :

Traitement d'une polychondrite par tocilizumab.

Patients et méthodes :

Patient suivi pour plusieurs maladies auto-immunes. Dans ses antécédents, on note un vitiligo, une thyroïdite d'Hashimoto et un traitement pour une rectocolite hémorragique.

En 2006, le patient présente une dysautonomie auto-immune traitée par immunoglobulines polyvalentes avec une réponse satisfaisante.

En 2007 apparait une polyarthralgie inflammatoire évoquant une spondylarthropathie traitée au début par azathioprine et méthotrexate. Après échec, le patient reçoit etanercept et prednisone.

Après échappement thérapeutique en 2008, le 3ème traitement est entrepris avec methylprednisolone en bolus et adalimumab, puis en 4ème ligne infliximab et prednisone, sans succès en raison de poussées inflammatoires (cliniques et biologiques).

En 2009, le traitement est repris avec méthotrexate associé à une corticothérapie et à la colchicine. Devant une progression de la maladie avec atteinte respiratoire obstructive, un traitement par mycophénolate mofetil à 2g/j puis 3g/j est instauré. Ce traitement s'avère de nouveau un échec.

Suite à une publication dans 'Rheumatology' (1), un traitement avec tocilizumab est proposé au patient en juin 2010. Avant l'instauration du traitement, la pharmacie demande un dosage d'IL-6. Le taux est très élevé (>200 ng/l) associé à une CRP à 48 mg/l. Le traitement avec tocilizumab est instauré à la dose de 8 mg/kg/mois en association avec méthotrexate 20 mg/semaine et prednisone 20 mg/j. Dès les premières injections, la CRP diminue à moins de 5 mg/l permettant de diminuer la corticothérapie progressivement, ce qui n'était pas envisageable auparavant.

Résultats :

En octobre 2011, le patient reçoit sa 17ème cure de tocilizumab. La CRP est <3 mg/l depuis le début du traitement. Le méthotrexate a été diminué à 7.5 mg/semaine et la corticothérapie à 5 mg/j.

Conclusion :

Le patient est parfaitement asymptomatique et a repris une activité professionnelle et physique.

Mots-clés :

Pharmacothérapie, Polychondrite, Tocilizumab

Références bibliographiques :

"Sustained response to tocilizumab, anti-interleukin-6 receptor antibody, in two patients with refractory relapsing polychondritis" ; M. Kawai, et. al., Rheumatology (2009) 48 (3) : 318-319.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact d'un programme pluridisciplinaire de Bon Usage des antifongiques dans un CHU français

Auteurs :

F. Lieutier¹, V. Mondain², L. Hasseine³, M. Gari-Toussaint³, M. Poirée⁴, S. Lucas-Daver⁵, T. Dantin⁵, C. Pulcini², S. Dumas⁵

¹Pharmacie Hospitalière, CHU Nice, Nice

²Infectiologie, CHU Nice, Nice

³Mycologie, CHU Nice, Nice

⁴Hématologie Pédiatrique, CHU Nice, Nice

⁵Pharmacie, CHU Nice, Nice

Résumé :

Contexte :

Un programme complet de Bon Usage des antifongiques (ATF) est en place dans notre CHU depuis 2005, avec de multiples interventions instaurées successivement (référentiel local, ordonnance spécifique nominative, évaluation systématique des ATF onéreux : échinocandines, amphotéricine B lipidique, posaconazole et voriconazole).

Objectif :

Nous avons évalué l'impact de ce programme sur les prescriptions ATF, leur coût (de 2003 à 2010), et sur des indicateurs de bonne pratique concernant la prise en charge des aspergilloses invasives et des candidémies.

Patients et méthodes :

Etude prospective observationnelle sur 8 ans.

Résultats :

636 prescriptions ATF, principalement des services d'hématologie (72 %), ont été discutées par les membres de la cellule interventionnelle ATF de 2005 à 2010. Dans 344/636 (54 %) des cas, un conseil a été délivré au médecin en charge du patient, avec une observance de l'avis de 88 % des cas (302/344). Concernant les aspergilloses invasives, une qualité des soins optimale a été atteinte pour la réalisation d'un scanner thoracique et de l'antigénémie galactomannane lors d'une suspicion diagnostique, et du suivi des concentrations sériques de voriconazole, avec une absence d'associations d'ATF depuis 2008. Concernant les candidémies, une qualité des soins optimale a été atteinte concernant le délai d'initiation du traitement antifongique, le choix du traitement de 1ère intention, la durée de traitement et l'ablation des cathéters centraux. Les consommations en ATF systémiques (en DDJ/1000 journées d'hospitalisation) et leur coût sont restés stables entre 2003 et 2010.

Conclusion :

L'instauration d'un programme de Bon Usage des ATF est faisable et pérenne, et conduit à une amélioration de la qualité des soins et à une maîtrise des prescriptions. Le rôle du pharmacien dans cette politique d'établissement est pivotale et doit être mieux valorisé.

Mots-clés :

Antifongiques, Bon usage, Indicateur

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des pratiques professionnelles : pertinence des modalités de validation pharmaceutique des ordonnances

Auteurs :

P. Edme, I. Farcas, M. Mounier

Pharmacie, Hôpital Henri Ey, Paris

Résumé :

Contexte :

La validation pharmaceutique des ordonnances fait partie de l'acte de dispensation et contribue à garantir la sécurité des traitements. Sur l'établissement, cette validation s'effectue via un logiciel informatique (généraliste) et donne lieu à des commentaires qui ne sont pas toujours pris en compte par les médecins (taux de réponse estimée à 55 % par extraction de données). Dans ce contexte, le choix d'une évaluation des pratiques professionnelles sur le thème de la pertinence des modalités de validation des ordonnances rencontre l'approbation de la communauté médicale.

Objectif :

L'objectif est double ; d'une part, améliorer la sécurité des traitements et encourager le réajustement des traitements suite aux commentaires pharmaceutiques et d'autre part, améliorer la pertinence des commentaires pharmaceutiques et médicaux.

Patients et méthodes :

Dans un premier temps, une analyse rétrospective des commentaires pharmaceutiques a été effectuée pour établir la liste 1) des problèmes rencontrés (substitution, signalement d'interaction médicamenteuse...) 2) des actions médicales menées (aucune, modification d'ordonnance, prescription argumentée non modifiée...) 3) des conséquences (problème résolu ou non).

Puis, dans un second temps, sur 3 semaines, une analyse prospective des ordonnances validées par les pharmaciens et ayant donné lieu à des commentaires pharmaceutiques est réalisée selon les items définis ci-dessus (63 ordonnances commentées).

Résultats :

84 % des commentaires ont été pris en compte par les médecins : 55 % sont modifiés, 29 % ne le sont pas mais la prescription est argumentée. Le problème est donc résolu dans 84 % des cas. 3 % des réponses signalent que le problème concerne un autre médecin.

Pour 13 %, aucune action n'a été menée par le médecin qui a ouvert l'ordonnance.

Le problème n'est donc pas résolu dans 16 % des cas.

Conclusion :

Au delà de la sensibilisation des médecins aux messages envoyés par les pharmaciens espérée par la restitution des résultats aux équipes médicales, ces échanges avec les médecins nous ont permis de connaître leurs difficultés et leurs attentes afin de mieux cibler notre intervention.

Mots-clés :

Evaluation, Processus de soins en santé, Validation pharmaceutique

Références bibliographiques :

Référentiel National de Pharmacie hospitalière SFPC 2011.

Art. R.4235-48 du CSP qui définit l'acte de dispensation.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Livret de bon usage des antidotes dans un Centre de Recherche et Lutte Contre le Cancer (CRLCC)

Auteurs :

C. Legeay¹, G. Le Roux², C. Folliard¹, C. Devys¹, P. Leynia de la Jarrige¹

¹Pharmacie, Ico Paul Papin, Angers

²Inserm U1066, Iris, Angers

Résumé :

Contexte :

Dans le cadre d'une intoxication au fer, analysée en CREX (Comité de Retour d'Expériences), il a été soulevé l'absence de référentiel "antidotes".

Objectif :

Un livret de bon usage des antidotes disponibles sur le centre a donc été rédigé.

Matériels et méthodes :

Le livret a été créé à partir d'une revue de la littérature. Les outils bibliographiques ont consisté en la consultation des sites de la HAS, de l'AFSSAPS, et de Thériaque. Ces données ont été enrichies par les bases du Centre Suisse d'Informations Toxicologiques, du Centre Anti-Poison de Belgique, des données de la Société Française d'Anesthésie Réanimation, de l'OMEDIT région Centre, et diverses publications médicales.

Résultats :

Afin d'en faire un livret à vocation pratique, le tableau se limite aux items suivants : Indications ; Posologie ; Reconstitution ; Administration ; Remarques. Il est constitué de 12 pages et contient 16 références recoupant au total 21 indications pouvant être retrouvées dans le contexte d'un séjour dans ce CRLCC. Il précise également où trouver ces produits. Le document final est ensuite passé par la cellule qualité avant d'être validé en COMEDIMS. Les recommandations sur ces traitements peuvent varier et imposent une veille bibliographique. Enfin, ces informations entrent dans un cas général, elles doivent être adaptées à chaque patient, et complétées par la prise d'un avis auprès du Centre Anti-Poison.

Conclusion :

Une large revue bibliographique nous a permis de rédiger un livret des antidotes utilisés dans un CRLCC. Cet outil se révèle utile dans des situations d'urgence où il constitue un support d'aide au personnel soignant, de la prescription à l'administration. De plus, ce travail a permis de refaire le point sur ces traitements d'urgence, de vérifier les stocks, et leur circuit.

Mots-clés :

Antidotes, Livret, Guide

Références bibliographiques :

OMEDIT région Centre

Société Française d'Anesthésie Réanimation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Livret gériatrique : guide des médicaments de première intention de la personne âgée

Auteurs :

A. Bozec, C. Le Reste, D. Cirotteau, F. Chamoux, N. Borgnis-Desbordes

Pharmacie, CHRU Brest, Brest

Résumé :

Contexte :

Dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient âgé et de la certification, nous avons revu le livret gériatrique de notre établissement.

Objectif :

Notre objectif est de mettre à disposition des différents professionnels de santé un livret actualisé comprenant la liste des médicaments à utiliser en première intention.

Matériels et méthodes :

À partir des consommations, nous avons élaboré une liste de médicaments les plus prescrits en gériatrie. Un travail de recherche bibliographique a été effectué. L'ensemble de ces données a été discuté et validé au cours de réunions de travail pluridisciplinaire avec des gériatres et des pharmaciens.

Résultats :

Cela a donné lieu à la réactualisation de la liste des médicaments de première intention chez la personne âgée, pour chacune des principales classes pharmacologiques, au regard des dernières recommandations en vigueur et conférences de consensus (annexées à la fin de l'ouvrage). Pour chaque médicament, sont précisés les formes disponibles dans notre établissement, les schémas thérapeutiques usuels adaptés à la personne âgée, les éventuelles adaptations de la posologie à la fonction rénale du patient, ainsi que les données utiles à l'administration au patient : possibilité d'écrasement des formes sèches, administration par sonde naso-gastrique, modalités de reconstitution des formes injectables, administration éventuelle en sous-cutanée... Des tableaux synoptiques sur certains aspects spécifiques de la prise en charge de la personne âgée sont proposés : soins dermatologiques, prise en charge ophtalmologique, soins d'accompagnement et de fin de vie.

Conclusion :

Ce travail a permis de finaliser un outil adapté aux différents professionnels de santé. Ce guide, édité en format poche, présenté sous formes de tableaux, a été également mis en ligne sur l'intranet. Il a contribué ainsi à la préparation de l'informatisation dans notre établissement. Actuellement, une partie axée sur la clinique est en cours de rédaction. Celle-ci proposera aux médecins une aide à la prescription classée par situations cliniques.

Mots-clés :

Gériatrie, Livret, Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Café Pharma : rendez vous de la pharmacothérapie et du bon usage des médicaments et dispositifs médicaux

Auteurs :

H. Cadart, C. Bouteiller, I. Garreau, K. Mangerel, P. Vonna, M. Juste

Pharmacie, CH Auban-Moët, Épernay

Résumé :

Contexte :

La volonté des pharmaciens de recentrer leur activité autour de la prise en charge du patient et de développer des argumentaires scientifiques pour l'animation de la COMEDIMS a motivé l'équipe pharmaceutique à organiser des réunions-débats appelées Café Pharma (1).

Objectif :

Organiser des réunions sur une base scientifique autour de thèmes centrés sur le bon usage des médicaments et dispositifs médicaux et sur la pharmacothérapie en choisissant des sujets à la fois intéressants pour la pratique et bases éventuelles de travail pour la COMEDIMS.

Matériels et méthodes :

Des réunions mensuelles (10 mois par an) sont organisées autour d'un thème choisi par les pharmaciens ou proposé par un autre professionnel. La préparation d'un diaporama est faite par un membre de l'équipe pharmaceutique (avec recherche bibliographique). La présentation est faite en réunion avec un modérateur (médecin ou cadre) durant 30 minutes suivie d'une discussion (durée totale maximum de 1 heure). Les participants invités (affiches, courriels, fax) sont les praticiens et internes, les cadres (et infirmières selon les thèmes), les pharmaciens d'officine, les médecins participants à l'HAD. Le diaporama est ensuite mis sur le site intranet de l'établissement.

Résultats :

A ce jour, 26 réunions ont été organisées (de novembre 2009 à mai 2012). La participation est variable (de 3 à 15 personnes). Les thèmes abordés sont variés (metformine et acidose lactique, allongement du QT iatrogénique, phtalates et bisphénols, vitamine D, posologie des HBPM chez les obèses, conciliation, erreurs médicamenteuses...). Une préparation demande environ 5 à 6 heures de travail. La COMEDIMS reprend certains résultats pour élaborer des informations ou recommandations qui sont ensuite diffusées (Vitamine D, posologies chez l'obèse...).

Conclusion :

Le travail nécessaire à la préparation de ces réunions est relativement important mais sa valorisation au niveau de la COMEDIMS est très satisfaisante. La mise en place de débats conviviaux et indépendants autour de thèmes scientifiques semble un bon point de départ malgré une mobilisation difficile. Les médecins demandent des créneaux d'intervention et nous envisageons une diffusion intranet plus didactique.

Mots-clés :

Formation continue, Gestion de la pharmacothérapie, Communication

Références bibliographiques :

Painbeni et al. Café pharmaco - un nouvel outil de communication ? Hopipharm Marseille 2009

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Exploitation d'une évaluation qualitative dans le cadre de l'amélioration continue d'un programme d'éducation thérapeutique

Auteurs :

L. Imperaire-Boronad¹, E. Balez², O. Heurdier³, E. Eyraud³, M. Garotta³, R. Nicolas³, J. Filippi³, R. Collomp¹

¹Pharmacie, CHU Nice - Hôpital L'Archet, Nice

²Gastro Entérologie, Association François Aupetit, Nice

³Gastroentérologie, CHU Nice – Hôpital L'Archet, Nice

Résumé :

Contexte :

Un programme labellisé ARS d'éducation thérapeutique (ETP) a été récemment mis en place pour les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI).

Objectif :

Afin d'avoir une première estimation de son impact et dans un objectif d'amélioration continue du programme, nous avons souhaité recueillir différentes données auprès des patients qui en ont bénéficié.

Patients et méthodes :

Un questionnaire a été élaboré par le groupe projet pluridisciplinaire (10 personnes au total dont un pharmacien) intégrant un patient expert. Le périmètre porte sur 5 dimensions : état de santé physique, perception vis-à-vis de la maladie, apport en connaissance essentiellement diététique, comportements vis-à-vis de la sexualité et vie sociale. 23 patients ont complété le questionnaire remis en fin de programme d'ETP.

Résultats :

41 % des patients ont déclaré une amélioration de leur état de santé, 50 % des patients restent cependant anxieux face à leur maladie (40 % moins anxieux), 66 % estiment que leurs connaissances en diététique ont été renforcées, 33 % attendent cependant plus de connaissances et comportements à adopter en diététique, 58 % sont satisfaits de leur vie sexuelle, 50 % estiment avoir obtenu un enrichissement de leur vie sociale.

Conclusion :

Ces résultats préliminaires encourageants nous ont fait ressortir 3 axes d'améliorations à apporter dans le déroulement de notre programme : l'amélioration de l'état général dont la gestion du traitement, la santé psychique, la compétence diététique et la nécessité de poursuivre nos actions dans le domaine social via la mise en place d'ateliers collectifs avec l'équipe d'éducateurs. Ce questionnaire sera désormais remis, après légère reformulation, au tout début puis à la fin du programme d'ETP afin de mieux évaluer l'impact.

Mots-clés :

Education thérapeutique, Evaluation, Amélioration continue

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Implication du Pharmacien Hospitalier dans la prise en charge par larvothérapie d'une plaie chronique infectée

Auteurs :

H. Cadart, C. Bouteiller, I. Garreau, K. Mangerel, P. Vonna, M. Juste

Pharmacie, CH Auban-Moët, Épernay

Résumé :

Contexte :

La première utilisation de la larvothérapie (sachets de larves de *Lucilia sericata*) par le médecin et le personnel soignant est une nouvelle approche dans la prise en charge d'une plaie (ATU, blocage culturel, appréhension lors de la première application, manipulation des sachets et techniques de pose du pansement).

Objectif :

Permettre une utilisation optimale des sachets de larves en informant le personnel soignant sur le bon usage du médicament, en informant le patient sur le traitement et en optimisant le coût du traitement.

Patients et méthodes :

La plaie à traiter est située en face interne de la cuisse droite. Elle évolue depuis 1984 suite à un écrasement traumatique lors d'un accident de travail chez un homme de 65 ans obèse. La récupération a eu lieu par pontage artériel et chirurgies diverses avec atteinte du retour veino-lymphatique et développement d'un lymphoedème chronique. Récemment la plaie s'est aggravée de manière très importante et rapide. Une semaine après le début de l'hospitalisation et des soins locaux habituels, la plaie est insuffisamment détergée et un traitement par larvothérapie est décidé (1,2).

Résultats :

La détersion de la plaie est jugée satisfaisante après 9 jours de larvothérapie : la fibrine a disparu et les berges de la plaie sont détergées. Les questions posées par le personnel soignant au pharmacien concernent : les techniques de pose, le choix des dimensions des sachets, le principe du traitement, l'utilisation anticipée d'antalgiques... Les informations données au patient concernent les explications du traitement et les effets indésirables possibles. L'ATU doit être renouvelée avant chaque commande. La commande doit être passée la veille de l'application des larves.

Conclusion :

La gestion des commandes doit être coordonnée avec la réévaluation de la plaie par le médecin pour éviter les interruptions de traitement. L'implication du pharmacien au lit du patient est nécessaire dans le suivi et l'optimisation du traitement en collaboration avec le médecin, le personnel soignant et le patient. La sensibilisation au coût du traitement évite les commandes préalables de sachets trop grands ou trop nombreux.

Mots-clés :

Larvothérapie, ATU, Rôle du pharmacien

Références bibliographiques :

Cartier E, Combemale P. Utilisation des larves de *Lucilia sericata* pour la détersion des plaies chroniques. 10.1016/j.ander.2008.05.007

Nigam Y, Dudley E, Bexfield A, Bond AE, Evans J, James J. The physiology of wound healing by the medicinal maggot, *Lucilia sericata*. *Advances in insect physiology* vol.39. p39-81.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Elaboration d'une formation institutionnelle sur « la sécurisation de l'administration des médicaments » : retour d'expérience

Auteurs :

M. Ramon¹, L. Cochard¹, C. Méchin¹, A. Vu Thanh², P. Rocatcher¹

¹Pharmacie, CH Dieppe, Dieppe

²Pôle Gériatrie, CH Dieppe, Dieppe

Résumé :

Contexte :

Dans le contexte législatif actuel, la formation du personnel aux risques iatrogéniques est nécessaire. Ainsi, à l'initiative des pharmaciens, une formation institutionnelle destinée aux infirmier(e) s est mise en place. Son contenu est validé par la direction des soins.

Objectif :

L'objectif de cette démarche est de sensibiliser les infirmier(e) s à la sécurisation de l'acte d'administration des médicaments.

Matériels et méthodes :

Cette formation se déroule sur une journée, avec une moitié théorique (décret de compétences infirmier, signalement d'évènements indésirables, sécurisation du circuit, bonnes pratiques d'administration) et l'autre moitié pratique (utilisation du portail intranet Pharmacie, du livret thérapeutique, d'une base de données en ligne...). Un questionnaire d'évaluation des connaissances est remis en début de formation et un questionnaire de satisfaction à la fin. Sur deux sessions, 36 infirmier(e)s et 2 préparateurs en pharmacie ont participé.

Résultats :

Avant cette formation, 81,6 % des participants connaissent la base de données en ligne mais seule la moitié l'utilise. Environ 65 % sont informés de l'existence du portail Pharmacie, 36,8 % l'utilisent. Enfin, 50 % des participants ignorent l'existence du livret thérapeutique. Cette formation a reçu une évaluation majoritairement positive (moyenne : 8.38/10). Le cas pratique est le plus apprécié : recherche de génériques, formes galéniques adaptées, modalités d'administration (possibilité d'écraser les comprimés...), disponibilité des médicaments à la pharmacie. La principale suggestion d'amélioration est d'intégrer les médecins, ce qui est en cours de réflexion. La méconnaissance initiale des outils pharmaceutiques et l'évaluation favorable montrent que cette formation est utile et adaptée.

Conclusion :

Suite à cette expérience concluante, quatre sessions annuelles, à caractère obligatoire, sont programmées afin de former un maximum d'infirmier(e) s (en ciblant les nouveaux (elles) diplômé(e) s) et d'améliorer les pratiques quotidiennes.

Mots-clés :

Formation, Administration, Sécurisation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des pratiques de dispensation nominative en chariot dans les services non informatisés

Auteurs :

M. Fabre, AL. Vigo, I. Heran-Michel, E. Duplissy

Pharmacie, CH Saint Jean, Perpignan

Résumé :

Contexte :

La dispensation nominative est une des étapes clés de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Objectif :

L'étude évalue l'étape de dispensation nominative à la pharmacie de l'établissement de santé afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient.

Patients et méthodes :

Une enquête prospective a été réalisée en juillet et août 2011 auprès de 11 préparateurs responsables de 11 services cliniques non informatisés. 3 à 6 ordonnances par chariot étaient auditées aléatoirement avant le départ en services, soit au total 176 ordonnances analysées, à partir d'une grille de recueil validée, composée de 16 items répartis en 4 catégories : conformité de la dispensation, respect des normes de conditionnement, organisation du casier et pertinence des équivalences proposées.

Résultats :

Concernant la conformité de la dispensation, l'étude a mis en évidence dans 10 % des cas des oublis de dispensation de spécialités prescrites et dans 9 % des cas la présence de spécialités non prescrites. Au regard du respect des normes de conditionnement dans les tiroirs, 26 % sont conformes. Les quantités dispensées sont respectées dans 72 % des cas. La Date Limite d'Utilisation et le numéro de lot sont présents sur 74 % des spécialités dispensées. Le respect des tranches horaires est appliqué dans 20 % des casiers. Enfin, la notification et la pertinence des équivalences proposées sont présentes dans 75 % des cas.

Conclusion :

La restitution de ces résultats aux préparateurs a permis d'une part de sensibiliser l'équipe sur les axes d'améliorations majeurs à entreprendre au cœur de l'étape de dispensation. D'autres part, la poursuite du déploiement de l'informatisation, la révision de la fiche d'intervention pharmaceutique ou la rédaction de nouveaux livrets d'équivalence sont autant de pistes d'amélioration à développer.

Mots-clés :

Dispensation nominative, Services non informatisés, Sécurisation médicale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Administration médicamenteuse dans les unités de soins

Auteurs :

M. Fabre, M. Raynaud, I. Heran-Michel, E. Duplissy

Pharmacie, CH Saint Jean, Perpignan

Résumé :

Contexte :

Une Evaluation des Pratiques Professionnelles a été mise en place afin d'analyser l'étape « administration » source de risques iatrogènes pour le patient.

Objectif :

Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Patients et méthodes :

Un audit clinique, réalisé de juin à septembre 2011 a évalué la pratique de 20 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) dans 10 unités de soins, à l'aide du référentiel de la Haute Autorité de Santé. Les étapes analysées sont : la prise de connaissance de la prescription médicale ainsi que la préparation, l'administration proprement dite et la surveillance à posteriori.

Résultats :

La planification de l'administration des traitements pour chaque patient est réalisée dans tous les cas. Cependant, 80 % des IDE ne contrôlent pas la conformité de la prescription et 70 % n'en analysent pas la faisabilité. De plus, 65,5 % des IDE ne réalisent pas les vérifications principales : contrôle visuel (62 % non conforme : NC), identité patient/ prescription (70 % NC) et contrôle des médicaments/ prescription (65 % NC). Au cours de la l'étape d'administration proprement dite, 85 % des IDE ne vérifient pas la prise de médicaments : 35 % par délégation de l'acte à un autre soignant, 30 % par oubli et 20 % par manque de temps. En revanche, l'identité du patient, la planification horaire ainsi que l'éducation thérapeutique sont effectuées dans 100 % des cas. Enfin, la surveillance thérapeutique après administration est effectuée à 100 %.

Conclusion :

Ces taux élevés de non conformités peuvent s'expliquer par des pratiques de soin hétérogènes et par un manque de rigueur de la part des soignants.

La suppression des retranscriptions des prescriptions, l'informatisation ou l'élaboration d'un support unique sont des mesures correctrices à apportées. Une harmonisation des pratiques, devrait améliorer la prise en charge médicamenteuse du patient.

Mots-clés :

Sécurisation prise en charge médicale, Qualité administration, Evaluation des pratiques professionnelles

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des pratiques professionnelles de prescription médicamenteuse chez la personne âgée : premier tour d'audit

Auteurs :

A. Michel¹, L. Ferrier¹, M. Dumay², B. Gustin¹

¹Pharmacie à Usage Intérieur, CHR Thionville, Thionville

²Gériatrie, CHR Thionville, Thionville

Résumé :

Contexte :

L'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique. Parmi les médicaments impliqués dans les accidents iatrogéniques, les psychotropes constituent une classe médicamenteuse controversée. Ainsi un audit clinique ciblé (ACC) sur la prescription médicamenteuse des patients âgés recevant un traitement psychotrope a été mis en place dans des services de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Objectif :

Cet ACC constitue une première étape d'évaluation des pratiques professionnelles de prise en charge de la personne âgée. Le but est d'évaluer la prescription médicamenteuse chez ces patients et de mettre en œuvre des actions d'amélioration et de suivi.

Patients et méthodes :

L'étude a porté sur l'évaluation de l'ordonnance, du dossier et de la prescription des psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, neuroleptiques) des patients âgés recevant des psychotropes pendant l'hospitalisation. A partir des outils diffusés par la HAS, une fiche de recueil des données a été établie. Chaque item s'est vu attribuer un critère de jugement et les indicateurs de pratique clinique d'alerte et de maîtrise de l'iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer (IPC-AMI) ont été extraits.

Résultats :

Au total, 42 patients sont inclus (62 % des patients de SSR). 5 critères du dossier sur 11 sont jugés non recevables (appréciation de l'automédication du patient...). L'évaluation de l'ordonnance montre 1 critère non acceptable sur 8 (durée du traitement). Concernant la prescription des psychotropes (21 critères), bien qu'étant souvent prescrits de façon adaptée (IPC-AMI alerte = 43 % ; IPC-AMI maîtrise = 100 %), leur suivi est à améliorer. Un plan d'action est discuté en réunion pluridisciplinaire avec la mise en œuvre de mesures correctives notamment concernant la traçabilité et le suivi de l'efficacité et de la tolérance des traitements.

Conclusion :

Ce travail permet de dresser un bilan des pratiques, de mesurer les indicateurs de pratique clinique, de proposer des mesures correctives et de sensibiliser les professionnels à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Un second tour d'audit sera mis en place pour réévaluer leur mise en application et suivre les IPC-AMI.

Mots-clés :

Audit clinique, Revue des pratiques de prescription, Sujet âgé

Références bibliographiques :

Haute Autorité de Santé. Programme pilote : PMSA : Ensemble, améliorons la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2007.

Haute Autorité de Santé. Programmes et outils PMSA et Psycho-SA pour améliorer la prescription chez le patient très âgé. Programmes et outils pour l'amélioration et l'évaluation des pratiques professionnelles. HAS ; Octobre 2008 ; 5 pages.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Expérience gériatrique d'un pharmacien travaillant montre en main

Auteurs :

JC. Pelletier¹, I. Mathiot²

¹Pharmacie, Hôpital Cœur du Bourbonnais, Tronget

²Pharmacie, Hôpital Charolles, Charolles

Résumé :

Contexte :

Les recommandations quant aux heures de prise des médicaments répondent à une préoccupation première : éviter les oublis (les événements quotidiens que sont le lever, les trois repas et le coucher sont pris comme repères temporels), favoriser l'efficacité tout en diminuant la toxicité. La chronopharmacologie permet de comprendre les variations des effets des médicaments en fonction de l'heure d'administration.

Objectif :

L'objectif de ce travail est d'évaluer le respect des modalités de prise, des rythmes d'administration et d'établir des recommandations.

Patients et méthodes :

Une étude menée pendant 15 jours nous a permis de contrôler les ordonnances de gériatrie, vérifier la conformité des rythmes d'administration et des modalités de prise par rapport aux recommandations du Vidal et de la base Claude Bernard.

Résultats :

480 traitements ont été analysés soit au total 3840 prises médicamenteuses. En moyenne 37 % des spécialités d'une ordonnance nécessitaient un rythme d'administration particulier. Sur les 144 non conformités relevées au cours de cette étude 25 % concernaient des médicaments de cardiologie (patch de trinitrine, beta bloquant, IEC) ; 25 % des médicaments de gastro-entérologie (IPP, pansement gastrique) ; 20 % des médicaments de l'urologie (alpha-1-bloquant) ; 15 % des médicaments de l'endocrinologie ; 10 % des antiasthmatiques et 5 % divers (biphosphonate, antibiotique). Un avis pharmaceutique a été rédigé pour chacune de ces non conformités et adressé au prescripteur pour validation. 53 confirmations des propositions faites par le pharmacien ont effectivement été effectuées par les prescripteurs.

Conclusion :

Cette étude permet de cibler les non respect les plus courants des rythmes d'administration afin d'éviter les effets indésirables et d'optimiser la tolérance et l'efficacité des traitements. Un guide d'administration des médicaments par classe thérapeutique est en cours d'élaboration et doit être validé par la COMEDIMS. L'éditeur du logiciel de prescription sera sollicité pour pouvoir intégrer dans le livret thérapeutique informatique les informations de chronopharmacologie qui auront été validées. Par ailleurs, il est important de raisonner par rapport aux rythmes biologiques marqueurs du sujet qui reçoit le médicament. Chacun possède un chronotype. Des recherches doivent être conduites pour permettre le développement de systèmes d'administration de médicaments programmables dans le temps et des appareils d'enregistrement des rythmes biologiques.

Mots-clés :

Chronopharmacothérapie, Rythme d'administration, Gériatrie

Références bibliographiques :

Labrecque G, Sirois-Labrecque M, Chronopharmacologie : rythmes biologiques et administration des médicaments ; PUM, 2003 - 420 pages.

Pharmacie hug, CAPP-INFO Bulletin d'information du CAPP N° 15 novembre 2000.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan à un an du programme d'accompagnement des patients sous chimiothérapies orales et de formation des professionnels de santé de proximité

Auteurs :

M. Caussin¹, J. Delage¹, B. Cheru², M. Daouphars³, N. Albin⁴, C. Veyret⁵, JC. Larant⁶, J. Godard⁷, M. Révillon⁸, E. Clevers¹, J. Doucet¹, E. Remy¹

¹Omedit Haute Normandie, Rouen

²Réseau Onco-Normand, Haute Normandie, Sotteville-Lès-Rouen

³Pharmacie Hospitalière, Centre Henri Becquerel, Rouen

⁴Service d'Oncologie, Clinique Mathilde, Rouen

⁵Service d'Oncologie, Centre Henri Becquerel, Rouen

⁶Conseil de l'Ordre des Pharmaciens, Haute Normandie, Rouen

⁷Pôle Libéral de Santé Publique, Haute Normandie, Val de Saane

⁸Urps Médecins, Haute Normandie, Rouen

Résumé :

Contexte :

Dans l'objectif d'améliorer l'observance des chimiothérapies orales, la prévention et la gestion de leurs effets indésirables, un programme régional d'accompagnement du patient ambulatoire et de formation des professionnels de santé de proximité (médecins généralistes, pharmaciens officinaux et infirmières libérales) a été mis en place depuis 2010.

Objectif :

Un an après, il est apparu nécessaire de réaliser un bilan des différentes actions entreprises.

Matériels et méthodes :

L'utilisation des documents mis à disposition des professionnels de santé hospitaliers, libéraux et des patients, a été objectivée via un questionnaire renseigné par les pharmaciens d'officine et un compteur de visites inséré dans le site internet permettant leur diffusion. La formation a été évaluée par les professionnels de santé de proximité via un questionnaire de satisfaction remis à la fin de chaque session.

Résultats :

Parmi les documents élaborés, les fiches d'information sur les molécules de chimiothérapie par voie orale ont été les plus utilisées avec 64 % de consultation par les pharmacies interrogées. Une moyenne de 91 téléchargements par jour a été enregistrée via le site internet. Le répertoire des molécules disponibles par voie orale était consulté dans 49 % des officines. 230 carnets de suivi de traitement ont été remis par les prescripteurs aux patients, permettant ainsi l'amélioration du lien ville-hôpital (remplissage du carnet par le patient et les professionnels de ville). 3 formations régionales destinées aux professionnels libéraux ont été organisées, auxquelles ont participé 289 pharmaciens, 57 infirmières et 7 médecins. Des formations spécifiques pour les médecins généralistes ont ensuite été réalisées par canton (plus de 100 médecins formés fin 2011). 98 % des participants ont eu une perception bonne ou très bonne du contenu et de l'intérêt de la formation.

Conclusion :

Ce programme régional a permis d'accompagner 230 patients ambulatoires sous chimiothérapie orale, de former 453 professionnels de santé de proximité et d'améliorer la communication entre la ville et l'hôpital. L'évaluation de son impact sur l'amélioration de la prise en charge des patients doit toutefois être mise en place (observance et gestion des effets indésirables).

Mots-clés :

Chimiothérapie, Ambulatoire, Formation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Ceftriaxone + Lévofoxacine dans les PAC sévères : une association à réévaluer

Auteurs :

A. Secq, H. Théry, JP. Résibois

Pharmacie, CH Dunkerque, Dunkerque

Résumé :

Contexte :

Les pneumonies aiguës communautaires (PAC) sévères nécessitent en urgence un traitement antibiotique empirique associant fréquemment la ceftriaxone à la lévofoxacine. Néanmoins, l'utilisation massive des fluoroquinolones anti-pneumococciques peut exposer à l'émergence de résistances acquises au sein des souches de pneumocoque. La lévofoxacine pourrait donc être enlevée dès lors qu'une infection à légionelle a été écartée.

Objectif :

Cette réévaluation de traitement aux 48-72h, préconisée par la conférence de consensus de la SPILF de 2006, a fait s'interroger le Comité Anti-Infectieux (CAI) sur ces pratiques au sein de l'établissement. La Pharmacie s'est donc proposée de renseigner le Comité sur ce point.

Patients et méthodes :

De décembre 2010 à mars 2011, 55 patients ont été recrutés à partir des ordonnances nominatives d'anti-infectieux, et incluant la bithérapie. La consultation des dossiers médicaux a permis de relever la durée de l'association, la présence/résultat ou non d'une antigénurie à légionelle et pneumocoque, la présence ou non d'un germe et son éventuel antibiogramme, et les actions entreprises suite à cette bithérapie.

Résultats :

Au total, la durée moyenne de la bithérapie est de 7,1 jours, l'antigénurie est demandée dans 66 % des cas et un germe est retrouvé dans 18,2 % des cas. Un premier sous-groupe (45,5 %) ne montre aucune modification de la bithérapie dont la durée moyenne s'élève alors à 9 jours. Un germe est retrouvé dans 16 % des cas, toujours sensible aux 2 antibiotiques. L'antigénurie est retrouvée positive pour le pneumocoque dans 1 cas seulement et jamais pour la légionelle. Le second sous-groupe (54,5 %) montre une modification du traitement avec une durée moyenne de l'association de 5,5 jours. Un germe est retrouvé dans 20 % des cas. La réévaluation antibiotique se répartit comme tel : ceftriaxone seule 30 %, lévofoxacine seule 30 %, association lévofoxacine/autre antibiotique 13,3 % et autres antibiotiques 26,7 %. L'antigénurie à légionelle est retrouvée positive dans 1 seul cas sans retrouver le germe, conduisant à une bithérapie lévofoxacine/spiramycine.

Conclusion :

Compte tenu d'une durée d'association trop longue et de l'absence totale de réévaluation du traitement dans la moitié des cas, le CAI a décidé d'une dispensation de 48h de traitement pour toute initiation de la bithérapie. De plus, une modification du support de prescription nominative des anti-infectieux impose dorénavant une justification pour son renouvellement. Une réunion de sensibilisation est également programmée tous les 6 mois par le médecin référent en infectiologie pour les nouveaux internes.

Mots-clés :

Bithérapie, PAC, Réévaluation

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse de risque a priori : prise en charge d'un patient recevant une cure de cisplatine en HDJ de pneumologie

Auteurs :

V. Michelet¹, S. Poullain¹, S. Callaert², E. Veyret³, I. Monnet⁴, C. Couillard⁴, J. Cerezat⁵, A. Thébault¹

¹Pharmacie, CHI Créteil, Créteil

²Gestion des Risques, CHI Créteil, Créteil

³Qualité, CHI Créteil, Créteil

⁴Pneumologie, CHI Créteil, Créteil

⁵Pôle Médico-Technique, CHI Créteil, Créteil

Résumé :

Contexte :

Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, une analyse de risque a priori a été instaurée au sein l'hôpital de jour (HDJ) de pneumologie.

Objectif :

L'objectif de cette étude est d'identifier, de hiérarchiser et de contrôler d'éventuels dysfonctionnements lors de la prise en charge d'un patient recevant une cure de cisplatine : de son admission à sa sortie.

Matériels et méthodes :

Un groupe de pilotage a été constitué, réunissant des experts pharmaciens, préparateurs, cadres, infirmiers et référents qualité des pôles concernés. Ce groupe a identifié les défaillances possibles de ce processus de prise en charge et les a analysées selon une méthode simplifiée d'AMDEC. La fréquence et la gravité ont respectivement été cotées à l'aide d'une échelle de vraisemblance et d'une échelle institutionnelle de gravité. Selon les scores de criticité des actions correctives adaptées ont été planifiées.

Résultats :

Ce processus de 65 étapes distinctes comporte 120 défaillances. Les étapes les plus critiques concernent la validation de la prescription (absence d'indication), l'acheminement des préparations de la pharmacie à l'HDJ et l'administration (contact avec le cytotoxique). Quatre actions protectrices et/ou préventives ont été mises en place prioritairement : insertion des indications des protocoles de chimiothérapies dans le logiciel Asclépios®, sécurisation de l'administration des chimiothérapies avec branchement d'un système de perfusion sécurisé lors de la préparation des poches de cytotoxique, harmonisation et mise à jour des ordonnances d'antiémétiques, sensibilisation du personnel au circuit prioritaire des chimiothérapies. Deux autres actions sont en cours de réalisation : l'analyse du processus du circuit des dossiers médicaux, la mise à jour du protocole d'extravasation.

Conclusion :

Cette AMDEC simplifiée nous a permis d'identifier plus précisément les étapes critiques et les risques liés au circuit de chimiothérapies. Le suivi de cette étude grâce à un tableau de bord composé d'indicateurs composites est essentiel. Il s'inclut dans une démarche qualité active de l'hôpital et a permis d'anticiper les exigences de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Mots-clés :

Cisplatine, Qualité, Risque

Références bibliographiques :

L. Grangeasse, Prescription informatisée et protocolisée des chimiothérapies : risque iatrogène résiduel et interventions pharmaceutiques, J Pham Clin, mars 2006, 25 (1) : 33-8.

P. Bonnabry, Use of a prospective risk analysis method to improve the safety of the cancer chemotherapy process, International Journal for Quality in Health Care, nov 2005, 18 (1) : 9-16.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation de la qualité des dotations d'armoires à pharmacie dans les services de soins : perception médicale ou pharmaceutique ?

Auteurs :

JC. Pelletier¹, I. Mathiot²

¹Pharmacie, Hôpital Cœur du Bourbonnais, Tronget

²Pharmacie, Hôpital Charolles, Charolles

Résumé :

Contexte :

Les dysfonctionnements liés à la qualité des stocks peuvent représenter des facteurs de risque dans le processus de dispensation (arrêté du 6 avril 2011). Les différentes spécialités de notre établissement sont regroupées dans 14 entités détenant des médicaments.

Objectif :

L'objectif de ce travail est d'évaluer la perception que se font les équipes soignantes de la qualité des stocks dans les armoires de service, de la comparer à celle du pharmacien et de valider une grille d'évaluation utilisable par les différentes personnes.

Patients et méthodes :

Cette évaluation a été réalisée en même temps mais de manière indépendante par un pharmacien et un cadre de santé. Elle a permis d'établir un score global (cotation sur 150 points) et un score pour les différents sous-groupes : ergonomie (34 points) ; organisation générale (40 points) ; tenue du stock (54 points) ; moyens de contrôle (22 points). Toutes les distributions de valeur sont normales (test de kolmogorov-smirnov), le test de t a donc pu être utilisé. La valeur de p a été déterminée. Le coefficient de corrélation (R2) ainsi que la pente de la droite de régression ont également été déterminés.

Résultats :

Les résultats entre les scores obtenus par le pharmacien et le cadre de santé pour les différentes unités donnent pour les différents sous-groupes : ergonomie (p 0,138 ; R2 0,863 ; pente 0,969) ; organisation générale (p 0,570 ; R2 0,478 ; pente 0,624) ; tenue du stock (p 0,058 ; R2 0,540 ; pente 0,738) ; moyens de contrôle (p 0,37 ; R2 0,878 ; pente 1,143) ; score global (p 0,888 ; R2 0,709 ; pente 0,919).

Conclusion :

La corrélation est moins bonne pour les critères les plus subjectifs (tenue de stock et organisation). Les différences sont plus importantes pour le volet organisation générale, principalement dues à l'interprétation de la séparation des dosages et des formes. Certains points soumis à interprétation ont du être redéfinis avec les services pour valider cette grille d'évaluation. Ce travail a permis d'aborder la répartition des tâches pharmaceutiques (grille de compétence) et d'accompagner les équipes soignantes dans la gestion des dotations de service par un plan de communication et de formation. Cette grille d'évaluation associée à une photographie de la dotation pourrait être utilisable à l'avenir dans les services comme mode d'auto-évaluation pour le suivi des dotations de service.

Mots-clés :

Armoires à pharmacie, Qualité, Perception

Références bibliographiques :

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

Weingart SN et al, Epidemiology of medical error, BMJ 2000 ; 320 : 774-777

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Interface Ville-Hôpital : Tout l'enjeu de la conciliation thérapeutique

Auteurs :

F. Delfosse, H. Comte, A. Nollet, C. Bonenfant

Pharmacie, CH Armentières, Armentières

Résumé :

Contexte :

La conciliation thérapeutique s'inscrit dans les attentes de l'arrêté du 6/04/2011 et du critère 20.a.bis du manuel de certification V2010. Elle vise à éviter une iatrogénie médicamenteuse due à une prise en compte incomplète du traitement personnel du patient lors de son hospitalisation.

Objectif :

Mise en place en décembre 2011 dans notre établissement, nous dressons un bilan à deux mois.

Patients et méthodes :

La conciliation est assurée quotidiennement par 5 externes et 3 internes en pharmacie. Les patients ciblés sont polyopathologiques et âgés de plus de 65 ans. Elle se déroule aux Urgences et dans les services de médecine, chirurgie et gynécologie. Une grille de recueil a été formalisée et est conservée dans le dossier patient après validation par un médecin du service.

Résultats :

En deux mois, 122 patients ont été conciliés avec une moyenne d'âge de 78.1 ans. Douze pourcent des conciliations sont réalisées le jour-même, 87 % sont réalisées dans les 48 heures suivant l'admission et 1 % au-delà. Le médecin traitant est sollicité dans 9 % des cas et la pharmacie d'officine dans 2.4 % des cas. Le nombre moyen de divergences non intentionnelles (DNI) entre le traitement à domicile et l'ordonnance à l'admission est de 0.57 par patient. Vingt-huit pourcent des patients ont au moins une DNI. Quatre-vingt pourcent des DNI concernent des omissions de traitement et 18 % des erreurs de posologie. Les classes thérapeutiques les plus représentées dans les DNI sont les médicaments à visée cardiologique (21.4 %) et à part égale les psychotropes suivis par les antithrombotiques (10 %) puis les hypolipémiants (8.6 %) et les diurétiques (5.7 %). La totalité des DNI ont été validées et corrigées par les prescripteurs.

Conclusion :

Ces résultats montrent l'importance de la conciliation thérapeutique. Elle permet de corriger rapidement les erreurs médicamenteuses détectées. La prépondérance des médicaments cardiovasculaires et antithrombotiques ; classes particulièrement à risque d'iatrogénie médicamenteuse, dans les DNI renforce l'utilité de cette démarche. Par la suite, cette activité sera étendue aux étapes de transfert et de sortie après évaluation de la faisabilité et des besoins en personnel nécessaires.

Mots-clés :

Conciliation thérapeutique, Sécurisation, Circuit du médicament

Références bibliographiques :

Manuel de certification HAS V2010, critère 20.a.bis.

Arrêté du 6 Avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prémédication par Hydrate de chloral des enfants bénéficiant d'un examen d'imagerie

Auteurs :

S. Legeay¹, A. Darsonval¹, D. Delacroix², C. Chapotte³, MA. Clerc¹

¹Pharmacie à Usage Intérieur, CHU Angers, Angers

²Pédiatrie, CHU Angers, Angers

³Anesthésie-Réanimation, CHU Angers, Angers

Résumé :

Contexte :

L'hydrate de chloral était utilisé en thérapeutique depuis de nombreuses années comme sédatif, hypnotique ou analgésique local. Suite à la mise en évidence d'effets mutagène et cancérigène chez l'animal, l'AFSSaPS a pris la décision, en 2001, de contre-indiquer son usage en administration chronique.

Objectif :

De façon à améliorer la prise en charge des enfants de 3 mois à 5 ans devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale, la prémédication par Hydrate de chloral (solution buvable) a été introduite au niveau institutionnel.

Patients et méthodes :

Pour cela, un protocole de prémédication a été instauré, selon les recommandations et le cadre définis par l'AFSSaPS. Cette prémédication a été réservée aux enfants de 3 mois à 5 ans devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale prolongé demandant une immobilité stricte et en l'absence de contre-indication. Le critère d'évaluation d'efficacité utilisée est la qualité de l'examen d'imagerie et les conditions de réalisation de celui-ci.

Résultats :

Sur une période de 24 mois, 227 enfants ont bénéficié d'une prémédication par Hydrate de chloral. Dans 76.5 % des cas, l'examen d'imagerie est l'IRM (22.4 % pour le scanner).

La moyenne d'âge au moment de l'administration est d'environ 3 ans. Ces premiers résultats ont montré que 76.2 % des enfants ont reçus une dose unique d'Hydrate de chloral et que 19.8 % ont reçus 2 doses. La prémédication a permis la réalisation de l'examen dans de bonnes conditions dans 97.7 % des cas.

Conclusion :

Ce premier bilan a permis de montrer que les procédures d'accompagnement et de prémédication mises en place au CHU sont une réussite pour le bon déroulement d'un examen d'imagerie médicale, chez les enfants de 3 mois à 5 ans. Une étude complémentaire de la tolérance de l'Hydrate de chloral est en cours.

Mots-clés :

Hydrate de chloral, Prémédication, Examen d'imagerie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Natalizumab : bilan d'utilisation

Auteurs :

A. Boissel¹, A. Fromont², P. Fagnoni³, A. Lazzarotti¹, MH. Guignard¹

¹Pharmacie, CHU Dijon, Dijon

²Neurologie, CHU Dijon, Dijon

³Université de Bourgogne, Inserm Ea4184, Dijon

Résumé :

Contexte :

La place de Natalizumab dans la stratégie de prise en charge des scléroses en plaques rémittentes-récurrentes très actives et sévères d'évolution rapide reste à confirmer. La réactualisation du plan de gestion des risques (LEMP...), la nécessité d'une hospitalisation mensuelle ainsi que la récente mise sur le marché d'une nouvelle molécule per os (Fingolimod) sont les principaux éléments de réflexion autour de cette question.

Objectif :

Nous avons souhaité réaliser une observation pragmatique de l'utilisation de Natalizumab dans notre établissement par un suivi de la réponse thérapeutique et de la tolérance.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective sur 4 années d'utilisation de Natalizumab

Indicateurs de suivi :

Respect des recommandations du plan de gestion des risques

Critères d'évaluation cliniques (taux annuel de poussées et score EDSS à 1 et 2 ans)

Déclarations de Pharmacovigilance (effet indésirable grave et/ou inattendu).

Résultats :

Sur 26 patients inclus, 57,7 % sont restés sans signe de la maladie durant 24 mois (aucune poussée ni aucune progression du score EDSS). Le taux annuel de poussées a fortement diminué à 1 an (0,19 versus 1,96) pour se stabiliser au terme de la 2ème année (0,25). Le pourcentage de patients indemnes de poussées est très élevé à 1 an (80,8 %) et reste supérieur à 50 % à 2 ans (61,5 %). Le nombre de patients sans progression du handicap est également très élevé (96,1 % à 1 an et 92,3 % à 2 ans). Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude AFFIRM.

Les recommandations du plan de gestion des risques sont respectées. Sur 1095 perfusions de Natalizumab soit 56 patients, 7 déclarations de Pharmacovigilance réalisées : 1 décès (encéphalomyélite aiguë disséminée), 4 réactions d'hypersensibilité, 1 diminution de la spasticité des membres inférieurs et 1 éruption cutanée.

Conclusion :

Actuellement, Natalizumab reste un traitement de référence des formes de scléroses en plaques rémittentes-récurrentes très actives et sévères d'évolution rapide. Le respect rigoureux des recommandations de bonne utilisation réduit les risques de complications iatrogènes graves.

Mots-clés :

Sclérose en plaques rémittente-récurrente, Natalizumab, Leuco-encéphalopathie multifocale progressive

Références bibliographiques :

Etude AFFIRM [Polman CH et col. A randomized placebo-controlled trial of natalizumab for relapsing multiple sclerosis. N Engl J Med 2006 ; 345 : 899-910]

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Aphérèse par Immunoabsorption sur colonnes A : expérience en Pédiatrie

Auteurs :

F. Mouries¹, C. Viard¹, A. Garnier², M. Vié¹

¹Pharmacie à Usage Intérieur, CHU Toulouse, Toulouse

²Néphrologie Médecine Interne Hypertension Pédiatrique, CHU Toulouse, Toulouse

Résumé :

Contexte :

L'immunoabsorption, technique d'aphérèse thérapeutique, permet la prise en charge de maladies immunologiques en éliminant les auto-anticorps et complexes immuns pathogènes.

Objectif :

Peu de centres pédiatriques l'utilisent, nous rapportons notre expérience chez quatre enfants.

Matériels et méthodes :

Chaque séance comporte une étape de séparation du plasma puis une étape d'immunoabsorption durant laquelle il passe à travers deux colonnes Immunosorba à fonctionnement alternatif. Les immunoglobulines et complexes immuns se fixent sur le gel de sépharose contenant la protéine A dont l'affinité est élevée pour les immunoglobulines. Une séance permet l'élimination de 10 grammes d'immunoglobulines par heure sans réduction significative des autres facteurs plasmatiques. Ainsi le patient reçoit son propre plasma purifié. Les colonnes sont réutilisables pour 10 séances pour un même patient.

Résultats :

Trois cas concernent des patients hospitalisés pour rejet aigu de greffe rénale. Pour deux enfants, les séances associées à une immunosuppression ont permis une amélioration de la fonction rénale (créatinine, urée) et la sauvegarde du greffon. Le dernier cas concerne un adolescent présentant un syndrome néphrotique résistant aux corticoïdes et ciclosporine, pour lequel une amélioration clinique (syndrome œdémateux) et biologique (filtration glomérulaire, diminution de la protéinurie et correction de l'hypoalbuminémie) a été observée ; puis échappement du à l'arrêt de la ciclosporine.

Conclusion :

Cette technique, associée à une immunosuppression, montre des résultats encourageants sur rein natif et rein greffé. Plus spécifique que les plasmaphèreses et bien tolérée, elle permet une meilleure élimination des immunoglobulines sans substitution de plasma. Une évaluation du coût de cette nouvelle technique a également été réalisée. L'immunoabsorption semble apporter un réel bénéfice. Le développement de colonnes plus spécifiques devrait accroître son efficacité.

Mots-clés :

Immunoabsorption, Aphérèse, Pédiatrie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Optimisation du chemin clinique du patient sous chimiothérapie : en route vers le lean management

Auteurs :

A. Klasen¹, P. Cuny¹, K. Bloch², R. Fior², S. Barthier², S. Barbault-Foucher¹

¹Pharmacie à Usage Intérieur, Hôpital Antoine Béclère, Clamart

²Hôpital de Jour de Médecine, Hôpital Antoine Béclère, Clamart

Résumé :

Contexte :

Le chemin clinique est une méthode d'amélioration de la qualité des soins visant la performance de la prise en charge pluridisciplinaire de patients ayant la même pathologie.

Objectif :

Nous présentons notre projet mené à l'hôpital de jour pour les patients sous chimiothérapie.

Matériels et méthodes :

L'outil qualité utilisé est le management par processus, base du lean. Un groupe pluridisciplinaire d'experts a réalisé la cartographie des processus. La 1ère phase du projet a consisté à évaluer certaines étapes du processus avant et après mise en place de solution en avril et octobre 2011.

Résultats :

En avril 46 patients ont été inclus et 69 en octobre. Le délai moyen entre l'admission et l'administration du 1er médicament (prémédication ou chimiothérapie) était de 1h46 contre 49 min. Le délai entre la validation médicale et la préparation de la 1ère molécule de chimiothérapie était de 1h05 contre 58 min. Le délai moyen entre l'admission du patient et la consultation médicale était de 54 min contre 53 min. Le nombre de validations médicales la veille ou avant 9h30 était de 15 % contre 20 %, l'objectif étant fixé à 25 %. L'arrivée des patients se situait entre 8h30 et 9h30 dans 67 % des cas en avril contre 48 % en octobre, avec une meilleure répartition dans la matinée.

Discussion :

La 1ère phase du projet a permis de constater une amélioration de la prise en charge du patient sous chimiothérapie. Les préparateurs sont satisfaits avec moins de stress grâce à une meilleure répartition de la production. Les infirmiers sont également satisfaits : ils organisent mieux leur travail et sont plus disponibles pour le patient. Le management par processus permet d'avoir une vision globale transversale pour tous les acteurs et introduit la notion de client interne. Son prolongement par le lean permet une prise en charge simplifiée et plus fluide du patient.

Mots-clés :

Lean management, Chemin clinique du patient, Chimiothérapie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Évaluation de la préparation des tiroirs patients dans les services de soins : Impact de l'automatisation et de l'informatisation du circuit du médicament

Auteurs :

A. Gonthier, C. Pichard, J. Jezequel, A. Oufella, A. Fabreguettes

Pharmacie à Usage Intérieur, CHI Robert Ballanger, Aulnay-Sous-Bois

Résumé :

Contexte :

Dans notre centre hospitalier, la sécurisation du circuit du médicament repose entre autres sur la validation pharmaceutique quotidienne des prescriptions informatisées (logiciel Pharma®) ainsi que sur l'implantation d'armoires automatisées de stockage Pyxis® (interfacées avec Pharma®).

Objectif :

En 2012, l'impact de la connexion des prescriptions informatisées aux armoires Pyxis® sur la préparation des médicaments a été évalué.

Matériels et méthodes :

Le relevé des non-conformités (erreur de médicament ou de dosage, omission, excès, mauvaise forme galénique, médicament non identifiable) a été réalisé en gastro-entérologie avant la première dispensation du matin par les internes en pharmacie. Les résultats ont été comparés à ceux d'une étude réalisée en 2005, avant et après la mise en place des armoires Pyxis®, avec une méthodologie identique.

Résultats :

En 2005, l'implantation des armoires avait permis de réduire le nombre de non-conformités de 19 % à 9,8 % et surtout le nombre d'erreurs médicamenteuses (erreur de médicament ou de dosage) de 3,6 % (65) à 0,6 % (8). En 2012, on a relevé 9,38 % de non-conformités totales dont 0,5 % (9) d'erreurs médicamenteuses. Parmi celles-ci, 8 concernent une pratique ne suivant pas les règles mises en place dans le service. En effet, dans 7 cas les médicaments concernés n'étaient pas en dotation dans l'armoire Pyxis® et dans 1 cas le médicament a été pris dans le tiroir d'un autre patient. Seul 1 cas de confusion entre trimébutine et dompéridone, rangés dans le même tiroir de l'armoire, a été constaté.

Discussion :

L'étude ne fait pas apparaître une amélioration significative du taux d'erreurs médicamenteuses du fait de la connexion de la prescription informatisée aux armoires Pyxis®. Cependant, une analyse plus approfondie a révélé qu'une seule erreur était liée aux armoires Pyxis®. Ce travail nous a donc permis de réfléchir sur la manière d'optimiser l'utilisation des armoires (dotation à mettre à jour, rangement optimisé en tenant compte des spécificités du service). Afin de sensibiliser le personnel soignant à l'importance du respect du circuit mis en place, une large diffusion des résultats a été réalisée.

Mots-clés :

Automatisation, Sécurisation, Erreur médicamenteuse

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evolution des connaissances scientifiques et actualisation des RCP : exemple des médicaments inappropriés aux personnes âgées

Auteurs :

L. Luciani, B. Leroy, M. Uhart, L. Bourguignon

Pharmacie, Hospices Civils de Lyon, Francheville

Résumé :

Contexte :

En 2007, une liste de 144 Médicaments Potentiellement Inappropriés (MPI) aux personnes âgées, adaptée à la pratique médicale française, a été proposée par Laroche et al. Ces médicaments restent très prescrits : 66 % des patients de plus de 70 ans sont traités avec au moins un de ces MPI. L'information de base dont dispose le prescripteur sur les médicaments est le Résumé des Caractéristiques Produit (RCP).

Objectif :

L'objectif de l'étude est de savoir si le contenu des RCP s'est adapté à l'évolution des connaissances.

Matériels et méthodes :

Une analyse de l'ensemble des RCP de ces 144 médicaments a été réalisée. Les mentions relatives à l'utilisation de ces médicaments chez le patient âgé ont été relevées et analysées.

Résultats :

Dans 26 % des cas, aucune mention particulière n'est faite concernant l'utilisation de ces médicaments chez le patient âgé. Pour 72 % des médicaments étudiés, une précaution d'emploi est mentionnée. Cette précaution consiste en une posologie adaptée dans 45 % des cas et des recommandations générales de prudence pour 11 % des médicaments analysés. Seuls 54 % des RCP décrivent de façon spécifique les effets indésirables à surveiller chez la personne âgée. Enfin, 2 % des RCP analysés contre-indiquent totalement l'utilisation du médicament chez la personne de plus de 65 ans. Au final, aucun RCP ne mentionne le caractère potentiellement inapproprié de ces médicaments dans cette population.

Conclusion :

Bien que souffrant de limites méthodologiques, les premiers travaux portant sur les MPI remontent à 21 ans. Cette information est actuellement très peu présente dans les RCP des médicaments concernés. Des recommandations générales de prudence, peu informatives, sont souvent présentes, mais le caractère potentiellement inapproprié de ces médicaments n'est jamais mentionné. L'évolution des connaissances médicales sur ce sujet n'est que peu retranscrite dans les RCP.

Mots-clés :

Service d'information sur le médicament, Toxicité des médicaments, Gériatrie

Références bibliographiques :

Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Potentially inappropriate medications in the elderly : a list .Rev Med Interne. 2009 Jul ; 30 (7) : 592-601. Epub 2008 Sep 23.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Mise en place d'un lien ville-hôpital entre pharmaciens - Expérimentation sur le bassin de santé Alésien

Auteurs :

V. Bouix¹, JP. Cornut², V. Garnier³, V. Jacob-Corazza¹

¹Pharmacie, CH Alès, Alès

²Urps Gard, Pharmacie de l'Abbaye, Alès

³Urps Gard, Pharmacie Garnier, Meynes

Résumé :

Contexte :

La loi HPST positionne le pharmacien d'officine comme un véritable acteur dans l'éducation thérapeutique des patients et un pilier dans la transmission d'informations avec les établissements de soins (Art. 37 et 38). Mais cet acteur central est rarement informé lorsqu'un traitement est instauré, modifié, rétrocedé ou une chimiothérapie est prescrite.

Objectif :

La PUI, en collaboration avec les représentants de l'URPS pharmaciens du Gard, a mis en place un lien original ville-hôpital, afin d'échanger ces informations entre pharmaciens d'officine et hospitaliers et apporter les informations nécessaires au bon usage des médicaments.

Matériels et méthodes :

A la sortie du patient, un mail crypté est adressé par la PUI au pharmacien d'officine pour l'informer d'un traitement particulier, d'une nouvelle prescription de chimiothérapie ou d'une rétrocession. Le pharmacien d'officine transmet également à son confrère toute information utile à une meilleure prise en charge hospitalière. En parallèle, des groupes de travail composés de pharmaciens d'officine, pharmaciens et médecins hospitaliers sont chargés, sur des thématiques déterminées, de produire des documents pratiques d'information à destination des patients et des pharmaciens d'officine. Ces documents sont stockés sur une base de données dédiée du Centre Hospitalier, accessible par extranet par tout pharmacien d'officine.

Résultats :

Cette expérimentation n'en est qu'au démarrage, mais rencontre déjà une grande adhésion des pharmaciens, des patients ainsi qu'un œil très attentif de l'ARS qui souligne l'importance de cette coordination entre professionnels, aux cotés d'autres outils en développement (DP, DMP).

Conclusion :

Cette expérimentation, centrée sur le patient, a déjà permis entre pharmaciens d'officine hospitaliers, de se rencontrer, se connaître, exposer leurs contraintes respectives et mieux cibler leurs interventions dans leur démarche conjointe d'éducation thérapeutique de leurs patients.

Mots-clés :

Education thérapeutique, Lien ville-hôpital, Bon usage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Perfusion continue des antibiotiques temps dépendants : élaboration de protocoles pour une mise en œuvre facilitée par les équipes médicales et soignantes

Auteurs :

F. Capelle¹, K. Demesmay¹, M. Martinot², C. Lemaignier¹, D. Roncalez¹

¹Pharmacie, Hôpitaux Civils de Colmar, Colmar

²Maladies Infectieuses, Hôpitaux Civils de Colmar, Colmar

Résumé :

Contexte :

La perfusion continue (PC) des antibiotiques temps dépendants (ATB-TD) a démontré son intérêt, notamment dans les situations graves (infections sévères, à germes multi résistants, patients neutropéniques) et en cas de demi-vie courte. Elle permet d'optimiser le traitement en facilitant l'atteinte des objectifs pharmacodynamiques (maintien d'une concentration plasmatique > à 8 fois la CMI). Pour autant, sa mise en œuvre se heurte à différentes contraintes.

Objectif :

L'objectif de ce travail était d'identifier les ATB-TD candidats à la PC, en terme d'intérêt et de faisabilité, et de proposer des modalités pratiques de préparation et d'administration.

Matériels et méthodes :

Une étude des caractéristiques pharmacocinétiques, des stabilités en solution et de la tolérance locale des ATB-TD, associée à une revue bibliographique de l'intérêt de la PC a été réalisée.

Résultats :

Sept ATB-TD à demi-vie courte utilisés dans notre hôpital ont été retenus. Ils présentent une stabilité en solution d'une durée > 12h, un volume de dilution compatible avec l'administration en pousse seringue électrique et une bonne tolérance locale. Il s'agit de β -lactamines (pénicilline G, cloxacilline, pipéracilline \pm tazobactam, céfépime et céftazidime) et d'un glycopeptide (vancomycine). Des protocoles précisant posologie (dose de charge, d'entretien), modalités de dilution (solvant, volume), d'administration, de surveillance et incompatibilités sur une même voie, ont été rédigés puis validés par la commission des anti-infectieux. Ils se limitent actuellement au traitement des patients normorénaux en l'absence de données suffisantes.

Conclusion :

Cette étude, travail collaboratif entre infectiologues et pharmaciens, a permis de mettre en œuvre une administration optimisée des ATB-TD, garantissant une efficacité maximale et une réduction du risque de résistance bactérienne. Elle présente aussi un intérêt pratique (gain de temps paramédical, moindre manipulation des voies de perfusion, utilisation en hospitalisation à domicile).

Mots-clés :

Perfusion continue, Antibiotiques temps-dépendants, Protocoles de dilution et d'administration

Références bibliographiques :

Stabilis 4.0. Stabilité et compatibilité des médicaments injectables. www.stabilis.org

Jehl F., Levêque D. Perfusion continue des bêta-lactamines : intérêts, inconvénients, modalités pratiques. Réanimation 2009 ; 18 : 343-52.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Le Saccharose et la prise en charge de la douleur du Nouveau-Né : En théorie simple, mais en pratique ?

Auteurs :

A. Le Joubiou¹, A. Rio¹, J. Orbie¹, I. Carpentier¹, S. Klosowski², B. Frimat¹

¹Pharmacie Médicaments, CH du Dr Schaffner, Lens

²Néonatalogie, CH du Dr Schaffner, Lens

Résumé :

Contexte :

Depuis 1999, les professionnels en Néonatalogie ont organisé la prise en charge de la douleur par une évaluation à l'aide de l'Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né (EDIN) et par l'utilisation de saccharose 30 % associé à la succion non nutritive d'une tétine en cas de geste invasif.

Objectif :

Sur la base des recommandations officielles, le service de Néonatalogie a décidé d'évaluer sa pratique en collaboration avec la Pharmacie.

Patients et méthodes :

Une étude rétrospective sur une durée maximale d'hospitalisation de 14 jours était réalisée du 1er avril au 31 juillet 2010 chez des enfants de médecine et/ou réanimation néonatale. Ont été étudiés le respect des prescriptions d'EDIN ainsi que l'administration de saccharose 30 % avant les principaux gestes douloureux que sont les bilans sanguins veineux, les dextrostix et gaz du sang sur prélèvements capillaires au talon, les poses de voie veineuse périphérique.

Résultats :

Sur 55 dossiers analysés, 86 % des prescriptions d'EDIN ont été respectées au cours des 309 journées d'hospitalisation en réanimation néonatale (600/698) contre 9,6 % au cours des 434 journées en médecine (49/511). 1 438 gestes douloureux ont été relevés, 952 en réanimation (3,08/j/enfant) et 486 en médecine (1,12/j/enfant). 26 % des gestes douloureux étaient précédés d'une administration de saccharose 30 % en médecine et 12 % en réanimation néonatale. L'utilisation de la tétine a été quasiment inexistante (<5 %). Les résultats sont quelque peu décevants.

Discussion :

Des attitudes individuelles hétérogènes face à la douleur sont probablement en cause. Une politique continue de sensibilisation est indispensable pour une prise en charge optimale de la douleur des nouveau-nés.

Mots-clés :

Douleur, Nouveau-né, Saccharose

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bonnes pratiques d'administration d'une nutrition parentérale

Auteurs :

P. Savary, T. Abdallah, S. Kalimoutou, F. Boudeweel

Pharmacie, CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil, Saint-Aubin-Lès-Elbeuf

Résumé :

Contexte :

La nutrition parentérale (NP) est une technique au risque iatrogène important. En 2009, un état des lieux sur les pratiques d'administration a été réalisé. Suite aux résultats, le CLAN et l'Hygiène ont validé et diffusé une procédure sur la surveillance et l'entretien des cathéters et lignes veineuses. Les IDE ont reçu des formations.

Objectif :

L'objectif de l'étude est d'évaluer, en 2012, l'impact des actions d'amélioration mises en place après le premier audit.

Matériels et méthodes :

Une grille d'audit comprenant 11 critères a été établie à partir de procédures internes du CHI et de recommandations nationales. 4 services ont été audités : réanimation, chirurgie, gastroentérologie et gériatrie. L'audit s'est déroulé sur 15 jours sous forme d'entretien individuel avec les IDE de jour et sous forme d'autoévaluation pour les IDE de nuit.

Résultats :

48 IDE ont été interrogés ; 45 en 2009. Le taux de réponses conformes a augmenté de 74 % à 85 %. Les points forts restent les mêmes : validation des NP par une prescription médicale (100 % des cas), suivi des complications (96 %), précautions d'hygiène respectées (94 %), fréquence de la surveillance des lignes veineuses optimale (85 %). Certains points, critiques en 2009, évoluent en points forts : +30 % de réponses conformes concernant l'ajout de médicaments dans une poche, +21 % sur l'entretien des raccords, +21 % sur la fréquence de changement des lignes veineuses. D'autres points restent à améliorer : 38 % de réponses non conformes concernant l'ajout de vitamines et oligoéléments dans une poche, 27 % sur la connaissance de la stabilité des poches après reconstitution.

Conclusion :

Les pratiques ont évolué positivement en 3 ans. Néanmoins, certains points doivent encore être améliorés. De nouvelles formations et la révision de la procédure devraient permettre d'atteindre les objectifs. La mise en place d'une plaquette d'information sur la NP rentre aussi dans cette démarche d'amélioration continue de la prise en charge du patient.

Mots-clés :

Nutrition parentérale, Administration, Audit

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Usage des antiseptiques en milieu de soins : Etude multicentrique concernant les connaissances et les pratiques du personnel paramédical

Auteurs :

M. Jameledine¹, H. Souilah², M. Ben Tili¹, I. Bettaieb¹, L. Telhig³

¹Pharmacie, Institut M.T Kassab d'Orthopédie, Tunis, Tunisie

²Service d'Hygiène, Institut M.T Kassab d'Orthopédie, Tunis, Tunisie

³Service d'Hygiène, Hôpital D'El Alia, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte :

Les antiseptiques ont des précautions d'emploi définies. Le non respect des règles d'utilisation conduit à des risques d'infection ou de colonisation. Ceci nous a incités à approfondir la réflexion sur leur rôle dans la prévention des infections associées aux soins.

Objectif :

*Apréhender les connaissances du personnel infirmier en matière d'antiseptie

*Evaluer le degré d'adéquation entre les pratiques d'antiseptie et les règles d'utilisation.

Patients et méthodes :

Une étude multicentrique a été menée au nord de la Tunisie durant le mois de Janvier 2012, moyennant un questionnaire d'évaluation concernant l'usage des antiseptiques en milieu de soins. Ce questionnaire comporte deux volets :

*Une interview faite auprès du personnel soignant concernant les connaissances de l'usage des antiseptiques en milieu de soins

*Une grille d'observation des pratiques de manipulation des antiseptiques.

L'enquête a touché 107 personnels paramédicaux relevant de 3 centres de santé différents.

Résultats :

Il a été relevé à l'issue de cette enquête essentiellement :

* une insuffisance des connaissances en matière d'antiseptie marquée par :

- Une confusion entre nettoyage et antiseptie. Les 4 temps de l'antiseptie de la peau n'ont été évoqués correctement que dans 20.5 % des cas

- Le non respect du temps de contact nécessaire pour un antiseptique dans 68 % des cas

* Une discordance entre connaissances et pratiques : sur 37.4 % des enquêtés qui connaissent la durée de validité d'une solution d'antiseptique entamée, seulement 1.9 % se soucient d'inscrire la date d'ouverture des flacons.

Conclusion :

De tels résultats devraient nous inciter à tout mettre en œuvre pour améliorer et harmoniser les connaissances et pratiques des utilisateurs et notamment à programmer des actions de formation et de sensibilisation en matière d'utilisation des antiseptiques en milieu de soins.

Mots-clés :

Antiseptique, Soins, Infection

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Évolution des prescriptions de psychotropes chez le sujet âgé dans un service de Post Urgence Gériatrique

Auteurs :

F. Farbos¹, V. Calmels¹, A. Piau², S. Pomies¹

¹Equipe de Pôle Pharmacie Référente Pôle Urgences, CHU Toulouse - Hôpital Rangueil, Toulouse

²Médecin Gériatre Post Urgence Gériatrique, CHU Toulouse - Hôpital Rangueil, Toulouse

Résumé :

Contexte :

Les médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée selon la liste de Laroche (2009) sont pour moitié des médicaments psychotropes qui sont responsables d'événements iatrogènes souvent évitables.

Objectif :

L'objectif de cette étude est de montrer l'évolution des prescriptions de psychotropes durant l'hospitalisation au Post Urgence Gériatrique.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une analyse comparative de type "avant-après", prospective, des prescriptions de psychotropes des patients hospitalisés entre le 1er novembre 2011 et le 31 janvier 2012. Les patients traités par psychotropes en ambulatoire et/ou à la sortie d'hospitalisation ont été inclus.

Résultats :

Nous avons observé 83 prescriptions de psychotropes pour 67 patients inclus soit 1,24 molécules par patient. A la sortie cette moyenne est de 0,88 molécule par patient (soit une réduction de 30 % p<0,2). Les hypnotiques et/ou anxiolytiques majoritairement prescrits, représentent 63 % des psychotropes à l'entrée contre 54 % à la sortie (p<0,3). La consommation de neuroleptiques diminue (12 % vs 7,5 % p<0,3), ainsi que d'antidépresseurs (33 % vs 20 % p<0,1) et d'anti-Alzheimer (16 % vs 7 % p<0,2).

L'utilisation des benzodiazépines à demi-vie longue et moyenne sont abaissées (16 % vs 4 % p<0,05), au profit de celles à demi-vie courte (21 % vs 33 % p<0,2).

Conclusion :

La diminution des psychotropes après hospitalisation montre une optimisation de leurs prescriptions en fonction de leur toxicité chez la personne âgée conformément aux recommandations de la Haute autorité de Santé. La suite de ces travaux consistera à analyser le devenir de ces prescriptions en ambulatoire à trois mois après l'hospitalisation.

Mots-clés :

Psychoanaleptiques, Gériatrie, Optimisation thérapeutique

Références bibliographiques :

M.-L. Laroche et al. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La Revue de médecine interne 30 (2009) 592-601.

Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Programme HAS 2007-2010.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Utilisation des traitements personnels au sein d'un établissement psychiatrique

Auteurs :

J. Silvain, S. Blondiaux, C. Capèle, G. Lecouffe

Pharmacie, Epsm Agglomération Lilloise, Saint-André-Lez-Lille

Résumé :

Contexte :

L'utilisation des traitements personnels affecte la sécurisation du circuit du médicament. Dans le but de prévenir les défaillances du circuit liées à cette utilisation, la pharmacie de l'établissement a émis en février 2010 une procédure sur l'utilisation de ces traitements.

Objectif :

Un an après la mise en place de cette procédure et suite aux signalements de plusieurs erreurs médicamenteuses, un audit a été réalisé afin d'évaluer l'application de la procédure.

Matériels et méthodes :

Un binôme Pharmacie/Service qualité a audité un infirmier de chaque unité d'hospitalisation (15 unités). Les longs séjours ont été exclus car ils ne sont pas concernés par ces traitements.

Résultats :

La procédure est insuffisamment connue, seules 47 % des personnes auditées la connaissent alors que 93 % se déclarent confrontées à cette problématique au moins une fois par mois. Les traitements personnels sont rangés avec les médicaments de l'établissement dans 27 % des unités mais identifiés comme traitement personnel à 93 %, soit par l'étiquette d'identification du patient (61 %), soit par une étiquette manuscrite. Ce mélange de médicaments met en cause la garantie de provenance des spécialités. Ils sont prescrits dans 93 % des unités dans le logiciel de prescription, mais sous forme de commentaire dans 47 % des unités (texte libre associé à la prescription). Les administrations des prescriptions réalisées en commentaire ne sont tracées qu'à 20 %. 53 % des unités détiennent des traitements de patients n'étant plus présents bien que 79 % déclarent les rendre systématiquement à la sortie du patient. La gestion des traitements est rendue plus difficile par ce surstockage facilitant ainsi la survenue d'erreurs.

Discussion :

L'information sur la gestion des traitements personnels doit être optimisée, une information sur les risques liés à une mauvaise application de la procédure va être faite auprès des infirmiers et des prescripteurs. Les difficultés de stockage seront améliorées par la mise à disposition d'une armoire spécifique pour toutes les unités et par une meilleure gestion des traitements personnels à la sortie du patient (restitution ou destruction avec traçabilité dans le dossier patient). La prescription par l'intermédiaire de commentaire doit être davantage signalée comme non conforme et à risque au prescripteur par le pharmacien lors de la validation de la prescription.

Mots-clés :

Traitement personnel, Sécurisation, Circuit du médicament

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

« Amdec » du processus de prescription/dispensation/administration des mélanges pour nutrition parentérale en néonatalogie

Auteurs :

A. Lambert¹, D. Betton¹, V. Renard¹, J. Matis², L. Beretz¹

¹Pharmacie-Stérilisation, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg

²Service Néonatalogie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg

Résumé :

Contexte :

La nutrition parentérale en néonatalogie présente de multiples risques liés aux patients traités et à la complexité du processus de prise en charge.

Objectif :

Notre travail a consisté à évaluer a priori les risques liés à ce processus pour en améliorer la sécurité.

Matériels et méthodes :

Un groupe de travail pluridisciplinaire a analysé le processus par la méthode de l'Analyse des Modes de Défaillance de leurs effets et de leur Criticité (AMDEC).

Résultats :

42 modes de défaillances ont été identifiés au cours de huit séances de travail. 10 ont une criticité C élevée ($C > 20$), 17 une criticité moyenne ($12 \leq C \leq 20$) et 15 une criticité faible ($C < 12$). En proportion, l'étape de prescription est l'étape la plus à risque, suivie de l'administration, avec respectivement, 50 % et 37,5 % des modes de défaillance à criticité élevée. La criticité globale du processus est évaluée à 14. Les mesures envisagées sont des mesures de prévention (rappel de bonnes pratiques, formation, révision des supports de prescription...) et de renforcement de la détectabilité par certains contrôles. Des actions complémentaires visent à surveiller quelques points critiques comme les horaires de livraison des poches. Enfin, des actions sont à étudier à d'autres niveaux comme la coordination avec le service de biochimie ou encore l'informatisation du processus ou l'utilisation de poches industrielles.

Conclusion :

L'AMDEC est une méthode simple à mettre en œuvre, nécessitant une approche pluridisciplinaire pour bien estimer les paramètres et assurer l'appropriation du plan d'actions. Après instauration de celui-ci, il conviendra de ré-évaluer les risques pour vérifier l'efficacité de la démarche.

Mots-clés :

AMDEC, Nutrition parentérale, Néonatalogie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Sécurisation de la dispensation, de la préparation des doses et de l'administration des médicaments multidoses par voie orale en Pédiatrie

Auteurs :

N. Rouayroux¹, F. Moreau¹, F. Verryser¹, C. Damiens¹, A. Derome², F. Couttenier², P. Guillain¹

¹Pharmacie-Stérilisation, CH Douai, Douai

²Pédiatrie, CH Douai, Douai

Résumé :

Contexte :

Dans le cadre d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles, une étude de la dispensation, de la préparation des doses et de l'administration des médicaments multidoses par voie orale en Pédiatrie a été réalisée.

Objectif :

L'objectif est la sécurisation de ce processus à risque d'erreur médicamenteuse.

Matériels et méthodes :

Analyse par processus de l'organisation validée (dispensation nominative d'un flacon par enfant par un préparateur). Au regard des dérives observées sur le terrain, trois alternatives ont été proposées : préparation de doses unitaires nominatives en gobelets par un binôme préparateur/infirmière, préparation de doses unitaires nominatives en seringues orales par un préparateur, préparation de doses standardisées à l'aide d'une reconditionneuse. L'ensemble a été analysé qualitativement au regard de la réglementation et des recommandations en vigueur.

Analyse médico-économique prospective de chaque circuit (coût médicament, coût matériel, coût personnel) à partir de données issues d'une analyse rétrospective des prescriptions sur une période d'1 mois (78 patients, 31 spécialités, 680 doses).

Résultats :

Qualitativement, le scénario « seringues orales » répond le mieux aux exigences de préparation unitaire centralisée, de doubles contrôles et de facilité d'administration. Le scénario « reconditionneuse » a été abandonné, le nombre de préparations à effectuer n'est pas propice à la standardisation. Budgétairement, le scénario « seringues orales » (4 590 €/an) est le plus onéreux suivi du processus de référence (3 513 €/an) puis du scénario « gobelets » (2 240 €/an). Globalement, les charges supplémentaires de travail (2h/jour) peuvent être assimilées par une légère ré-organisation. Le surcoût engendré par les seringues orales semble acceptable au regard des garanties de sécurisation apportées. Elles permettent surtout un double contrôle à toutes les étapes du processus.

Conclusion :

Cette action d'amélioration a pu voir le jour grâce à une étroite collaboration entre la pharmacie et le service de pédiatrie. Elle s'inscrit dans notre démarche actuelle de priorisation des actions au regard des situations à risque.

Mots-clés :

Pédiatrie, Préparation des doses, Seringues orales

Références bibliographiques :

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

HAS : Outil de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Formation de l'équipe pharmaceutique aux Bonnes Pratiques Cliniques : à propos d'un programme de formation interne

Auteurs :

E. Simon, B. Des Champs-Bro, B. Thielemans, S. Brice, B. Décaudin, P. Odou

Institut de Pharmacie, CHRU Lille, Lille

Résumé :

Contexte :

Les Bonnes Pratiques Cliniques (BPC) constituent un référentiel opposable pour la réalisation d'une recherche biomédicale. Pour répondre à l'exigence de formation aux BPC, il a été décidé dans notre établissement de mettre en place un cycle de formations destinées à tout le personnel de la pharmacie intervenant dans les essais thérapeutiques.

Objectif :

L'objectif de ce travail est de présenter la méthode utilisée et ses résultats.

Matériels et méthodes :

La formation a débuté en mars 2011. Elle se déroule en deux temps : 1) un support d'auto-formation est remis à chaque participant et 2) une réunion de formation d'une durée d'une heure est organisée avec un questionnaire final remis à chaque participant. La formation est validée avec l'obtention d'une note minimale de 16/20 au questionnaire. Le support d'auto-formation a été rédigé par les pharmaciens référents à partir des BPC et d'exemples pratiques. Ce support a été mis en forme à l'aide d'un logiciel de scénarisation (ScenariChain3.7). Sa publication est effectuée sous deux formes : document papier de 31 pages et site web accessible par le réseau de l'hôpital. Le questionnaire d'évaluation des connaissances comportait 20 questions à choix unique. Le personnel ciblé pour cette formation consistait initialement en l'ensemble des intervenants pharmaceutiques de la recherche clinique. Il a été ensuite élargi à l'ensemble du personnel de la pharmacie et aux personnels extérieurs intervenants dans le circuit.

Résultats :

A ce jour, 19 réunions de formation ont été organisées et 182 personnes ont été formées. Toutes les personnes ont validé leur formation. Les questionnaires individuels ont été archivés, de façon à être disponibles en cas de demande des auditeurs et/ou des inspecteurs.

Conclusion :

Ce travail a permis de valider la faisabilité d'une procédure de formation interne au BPC. Il s'agit d'une expérience originale de formation d'une équipe utilisant support d'autoformation, formation présentielle et questionnaire d'évaluation des connaissances sur les BPC.

Mots-clés :

Guide de bonnes pratiques, Formation en interne, Essai clinique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation et optimisation de l'utilisation hors AMM des formes orales adultes en pédiatrie

Auteurs :

J. Corny, H. Baudet, C. Le Tiec, AM. Taburet

Pharmacie, APHP - Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Résumé :

Contexte :

Devant la carence de spécialités pédiatriques, les formes adultes sont fréquemment utilisées hors AMM.

Objectif :

Evaluation de la prescription de spécialités orales dans les services informatisés de pédiatrie et proposition d'alternatives envisageables.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective des prescriptions chez les enfants de moins de 6 ans validées informatiquement du 01/11/2011 au 31/01/2012 (logiciel Pharma®) dans 3 services cliniques pédiatriques. Les formes orales adultes prescrites ont été analysées selon le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) : forme galénique, déconditionnement et fractionnement des spécialités et alternatives envisageables.

Résultats :

343 prescriptions ont été analysées, 69 (20 %) contenaient au moins un médicament non adapté à la pédiatrie, 46 % n'avaient pas d'AMM pour des enfants de moins de 6 ans. D'après le RCP : 20 % pouvaient être écrasés ou ouverts, 17 % n'auraient pas dû l'être et il n'y avait aucune donnée pour 63 %. Les alternatives possibles étaient : Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) pour 19 %, préparation magistrale pour 35 %, autre spécialité/forme galénique pour 38 %. Les principales molécules concernées étaient le tacrolimus, la spironolactone, l'acide ursodésoxycholique et le rabéprazole.

Conclusion :

Une alternative aisée à l'utilisation des formes orales adultes existe dans 92 % des cas, et permettrait une administration facile et une meilleure observance du traitement. Un organigramme décisionnel permettant d'optimiser la validation pharmaceutique a été rédigé, des documents d'aide à l'administration des médicaments seront proposés aux services de pédiatrie.

Mots-clés :

Pédiatrie, Administration par voie orale, Prescription inappropriée

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Régression d'une infection à Cytomégalovirus humain multirésistant chez un transplanté rénal sous Maribavir, à propos d'un cas

Auteurs :

H. Carpenet¹, E. Nevado¹, A. Cournede¹, JP. Rerolle², M. Javerliat¹

¹Pharmacie à Usage Intérieur, CHU Limoges - Hôpital Dupuytren, Limoges

²Néphrologie, CHU Limoges - Hôpital Dupuytren, Limoges

Résumé :

Contexte :

Le Maribavir est un antiviral anti-Cytomégalovirus, sous autorisation temporaire d'utilisation. Il est utilisé lors de greffe d'organe solide dans les infections à Cytomégalovirus résistantes, causes majeures de morbidité et de mortalité.

Objectif :

Nous rapportons le cas d'un patient, présentant une infection à Cytomégalovirus, ayant pu bénéficier du Maribavir.

Patients et méthodes :

Janvier 1998, F. D., 18 ans, est hémodialysé pour une insuffisance rénale chronique terminale. Il est transplanté en mars 2006 puis en mai 2010 après rejet du greffon. Il développe une infection à Cytomégalovirus en juillet 2010. Il est alors traité par Valganciclovir per os pendant 2 mois sans amélioration. Un traitement par Ganciclovir intraveineux mis en place pendant 1 mois, permet une diminution du nombre de copies virales sans négativation. Un traitement par Foscarnet s'avère alors efficace, mais doit être interrompu au bout de 7 jours en raison d'effets indésirables. Devant cette impasse thérapeutique, une demande de traitement par Maribavir est réalisée et octroyée. Le patient est donc traité pendant un mois à la posologie de 800 mg par jour, avec une excellente tolérance, et une amélioration clinique et virologique. Un traitement d'entretien par Immunoglobulines anti-Cytomégalovirus est débuté, et poursuivi pendant 6 cures.

Résultats :

Après échec des thérapeutiques classiques, le Maribavir a permis un réel succès chez ce patient. A un an, il ne présente plus aucun signe clinique ou biologique d'infection à Cytomégalovirus.

Conclusion :

Lors d'infections à Cytomégalovirus multirésistants chez les patients transplantés, le Maribavir semble offrir de nouvelles perspectives.

Mots-clés :

Maribavir, Cytomégalovirus, Médicament en accès réglementé

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Qualité de la délivrance des médicaments réfrigérés : Exemple d'une pharmacie à usage intérieur localisée sur une plate-forme logistique

Auteurs :

E. Remetter, R. Basso Boccabella, R. Passemard, B. Gourieux

Pharmacie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg

Résumé :

Contexte :

La pharmacie de notre établissement a intégré en 2010 un pôle logistique à distance des services cliniques. Cette localisation implique une maîtrise de la qualité de la chaîne du froid justifiée par le fort impact économique et sanitaire des médicaments réfrigérés. Le présent travail est ciblé sur la délivrance et le transport entre la pharmacie et les services de soins. Les équipements permettant le maintien de la chaîne du froid lors de la livraison vers les unités de soins sont constitués de bacs isothermes, de packs eutectiques et de cellules de surgélation pour activer les packs eutectiques.

Objectif :

Les objectifs de ce travail sont de déterminer les conditions optimales de conditionnement des médicaments réfrigérés et la mise en œuvre de contrôles opérationnels de la chaîne du froid.

Matériels et méthodes :

Différentes conditions ont été testées à l'aide d'enregistreurs de température. Les variables évaluées sont la préparation des packs eutectiques et la durée de refroidissement des bacs isothermes. L'analyse statistique des résultats est réalisée par test Z. Les conditions optimales ont été utilisées et contrôlées de manière opérationnelle afin de valider leur faisabilité.

Résultats :

Les meilleurs résultats sont obtenus après refroidissement préalable des bacs isothermes 15 minutes avant la délivrance avec des packs eutectiques surgelés au moins 12 heures avant et conservés à -15°C. Ces conditions permettent de limiter le risque d'une exposition prolongée à une température supérieure à 8°C sans exposer à un risque de congélation. Le maintien de la température entre 2 et 8°C est supérieure à la durée cible de 6 heures (durée maximale entre la délivrance et le rangement dans l'unité de soins).

Conclusion :

Cette étude permet d'apporter des éléments de preuve lors des évaluations de la qualité de la délivrance des médicaments.

Mots-clés :

Chaîne du froid, Médicaments réfrigérés, Gestion continue de la qualité

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude de conformité des antibiothérapies dans deux services de médecine interne

Auteurs :

LA. Arnoux¹, C. Valle², B. Jacquot², A. Bonneville², I. Delatte²

¹Pharmacie, CHU Nancy - Hôpital Brabois Adultes, Vandœuvre-Lès-Nancy

²Pharmacie, CH Bar-Le-Duc, Bar-Le-Duc

Résumé :

Contexte :

Le bon usage des antibiotiques est un axe prioritaire d'amélioration pour notre établissement.

Objectif :

L'objectif de ce travail est d'évaluer la conformité de l'antibiothérapie dans deux services de médecine interne.

Matériels et méthodes :

L'ensemble des antibiothérapies prescrites entre le 10 novembre 2010 et le 10 janvier 2011 dans deux services de médecine interne a été analysé. Le recueil portait sur le choix des antibiotiques, la fonction rénale du patient, les indications, les germes retrouvés, la durée effective du traitement et les interventions pharmaceutiques réalisées. La conformité de ces prescriptions au référentiel régional a été recherchée.

Résultats :

Au total 82 prescriptions d'antibiotiques ont été analysées portant sur 63 patients, âgés en moyenne de 81 ans. Les principaux sites infectieux sont pulmonaires (28,5 %) et urinaires (24 %). La conformité du choix de l'antibiotique au référentiel est retrouvée dans 95 % des prescriptions. Les antibiothérapies documentées représentent 24 % des prescriptions. Le germe identifié est sensible à l'antibiotique prescrit dans 96 % des cas. Les durées d'antibiothérapie sont conformes dans 82 % des cas, l'état clinique du patient explique 58 % des non-conformités de durée. 25 % des patients bénéficient d'un relais antibiotique, en moyenne après 6 jours de traitement. Il s'agit dans 56 % des cas d'une désescalade et dans 25 % des cas d'un relais per os. Une intervention pharmaceutique est réalisée sur 17 % des prescriptions, portant essentiellement sur la durée de l'antibiothérapie (43 %) et le choix de l'antibiotique (21,5 %).

Conclusion :

Cette étude met en évidence une bonne utilisation des antibiotiques dans ces services. Les points à améliorer portent sur la durée de l'antibiothérapie et sur sa réévaluation à 48 - 72h qui n'est pas formalisée dans le dossier du patient. L'utilisation quotidienne du référentiel est un élément clé de cette réussite. Ces résultats très satisfaisants devront être confortés dans la durée, et corrélés au suivi de la consommation d'antibiotique.

Mots-clés :

Antibiothérapie, Conformité, Référentiel

Références bibliographiques :

Haute Autorité de Santé Recommandations professionnelles - Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé Paris - HAS avril 2008.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Traitement de l'anémie chez le patient cancéreux : comment 'fer' ?

Auteurs :

E. Schocher¹, JF. Tournamille², MC. Lanoue¹, H. de Bouët du Portal¹

¹Omedit, Omedit Centre, Tours

²Pharmacie, CHRU Tours - Hôpital Bretonneau, Tours

Résumé :

Contexte :

L'anémie est une complication hématologique fréquente chez le patient cancéreux (plus de 50 %).

Objectif :

Devant toute fatigue, il est essentiel de poser le bon diagnostic pour définir la stratégie thérapeutique adaptée : fer injectable ou oral ? Agent stimulant l'érythropoïèse (ASE) ? Une fiche de bon usage pour la prise en charge de l'anémie en cancérologie présentée sous la forme d'un arbre décisionnel a été rédigée par l'OMÉDIT.

Matériels et méthodes :

Recherche bibliographique des recommandations. Observation des pratiques dans les services d'oncologie. Vérification de l'AMM des molécules. Élaboration d'un arbre décisionnel en fonction de l'existence ou non d'une carence martiale absolue (CMA) ou fonctionnelle (CMF). Validation par les experts de la région et par la commission des anticancéreux.

Résultats :

Dans l'exploration de l'anémie, la recherche d'une carence martiale est essentielle : réalisation d'un hémogramme mais aussi évaluation du statut du fer (ferritine sérique, coefficient de saturation de la transferrine). Le traitement préventif de l'anémie par une supplémentation en fer est justifié en cas de carence martiale. Le traitement curatif par les ASE est instauré si le taux d'Hb est inférieur à 10 g/dL chez les patients symptomatiques. Lors de CMF, le fer IV est recommandé. La CMA est traitée par fer oral. En dessous d'un taux d'Hb de 7 g/dL, une transfusion peut être indiquée.

Discussion :

30 % à 50 % des patients sous chimiothérapie recevant un ASE ne montrent pas de réponse significative car non-associé au fer (résistance due à une CMF non diagnostiquée). La balance bénéfice/risque des ASE en cancérologie est discutée (risque potentiel thromboembolique et accélération de l'évolution tumorale). L'identification d'une carence martiale est donc indispensable pour positionner le fer IV et ainsi améliorer la réponse hématopoïétique et réduire les doses d'ASE.

L'algorithme décisionnel proposé par l'OMÉDIT permet de poser le bon diagnostic pour définir une stratégie thérapeutique optimisée par un choix de molécule adaptée.

Mots-clés :

Carence martiale, Oncologie, Anémie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Utilisation du bévacizumab en spray nasal dans la maladie de Rendu-Osler-Weber

Auteurs :

A. Lelay¹, R. Guldmann², A. El Aatmani¹, M. Montserrat-Clauzel¹, C. Debry², B. Gourieux¹

¹Pharmacie à Usage Intérieur, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg

²Service d'Orl, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg

Résumé :

Contexte :

La maladie de Rendu-Osler-Weber (ROW) ou télangiectasie hémorragique héréditaire est une maladie génétique rare. La littérature rapporte l'utilisation du bévacizumab en spray nasal [1 ; 2].

Objectif :

L'objectif de notre travail a été d'évaluer l'efficacité et la tolérance du bevacizumab dans cette indication.

Patients et méthodes :

Une étude rétrospective a été menée sur tous les patients traités dans le service d'ORL par bévacizumab pour une maladie de ROW durant 20 mois. Les données ont été collectées dans les dossiers médicaux des patients à l'aide d'une fiche de recueil validée par les médecins du service.

Résultats :

Cinq patients ont été inclus dans notre étude. La sévérité de leur épistaxis est variable : de modérée à sévère. Le traitement a été administré sous forme de spray nasal, à la dose de 50 mg (solution à 10 mg/ml) par cure avec des pulvérisations toutes les 30 minutes. Trois patients ont reçu deux cures avec un intervalle moyen de 2,8 mois [1,5-4] et deux patients une seule. Concernant l'efficacité du traitement, une diminution de la fréquence et de l'intensité des épistaxis chez tous les patients a été constatée de façon transitoire (2,8 mois) avec une meilleure efficacité sur les épistaxis modérées que sur les épistaxis sévères. Concernant la tolérance du traitement, les patients n'ont pas présenté d'effet indésirable grave et un seul a présenté des effets indésirables peu graves et transitoires (agueusie, agnosie, céphalées). Quatre patients sur cinq continuent le traitement après la fin de l'étude.

Conclusion :

Dans notre étude le bévacizumab a permis de diminuer de façon transitoire la gravité des épistaxis. Des études sont en cours au niveau du centre de référence national de la maladie de ROW (Lyon).

Mots-clés :

Télangiectasie hémorragique héréditaire, Epistaxis, Bévacizumab

Références bibliographiques :

Davidson TM, Olitsky SE. The laryngoscope. 2010 Feb ; 120 (2) : 432-5.

Karnezis TT, Davidson TM. The laryngoscope. 2011 Mar ; 121 (3) : 636-8.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Implications thérapeutiques et pratiques du classement par l'AFSSaPS du citalopram/escitalopram parmi les médicaments susceptibles de donner des torsades de pointe

Auteurs :

A. Gousset¹, M. Toromanoff¹, M. Colombe¹, S. Boumaza², AS. Lebegue¹, V. Auclair¹, C. Gabriel Bordenave¹, C. Roberge¹

¹Pharmacie, CHS Caen, Caen

²Secteur Lisieux, CHS Caen, Caen

Résumé :

Contexte :

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont des antidépresseurs largement prescrits. Depuis décembre 2011, l'AFSSaPS assimile le citalopram (cit) et l'escitalopram (escit) aux médicaments susceptibles de donner des torsades de pointe.

Objectif :

L'objectif principal est de mesurer la prévalence, en hôpital psychiatrique, de patients sous cit/escit qui présentent un espace QT pathologique. L'objectif secondaire est d'appréhender les difficultés d'application de cette mesure.

Patients et méthodes :

L'évaluation du pourcentage des patients traités et présentant un QT pathologique a été réalisée grâce à leur inclusion dans notre protocole de surveillance cardiologique préexistant. L'objectif secondaire a été évalué par l'analyse précise des nouvelles exigences de prescription (bilan préthérapeutique et associations contre-indiquées) confrontée à la pratique d'utilisation des 2 ISRS.

Résultats :

Sur 2 mois, on a relevé 64 prescriptions de cit/escit. Dans 100 % des cas l'ECG est apparu non pathologique. Pourtant 41 prescriptions (64 %) contiennent d'autres médicaments torsadogènes et pour 22 d'entre elles (53 %) l'association avec cit/escit devient une contre indication absolue (CIA). Pour 3 autres prescriptions (4 %), la nouvelle posologie maximale est dépassée. Pour seulement 5 prescriptions, la CIA a conduit à une modification du traitement.

Discussion :

Alors que l'association antidépresseur/neuroleptique est très fréquente en psychiatrie, l'absence de QT pathologique relevée ici ne favorise pas la réévaluation médicale des prescriptions pour respecter cette nouvelle CIA. La nécessité d'un ECG préthérapeutique, réalisable en intra-hospitalier, s'avère quasi inapplicable en pratique ambulatoire.

Ce premier bilan pose le problème de l'application de ce classement et va certainement induire une limitation de prescription de cet ISRS. Au-delà, se pose la question du rapport bénéfice/risque global du cit/escit (risque cardiovasculaire versus potentiel d'IAM) comparativement à celui des autres antidépresseurs.

Mots-clés :

Pharmacovigilance, Citalopram, ECG

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Association Clopidogrel et IPP (Inhibiteur de la Pompe à Proton): état des lieux et intervention pharmaceutique

Auteurs :

M. Dell'Ova¹, M. Dell'Ova², J. Jacquemoire², C. Breuker¹, S. Hansel-Esteller¹

¹Pharmacie, CHRU Montpellier - Lapeyronie, Montpellier

²Pharmacie, CHRU Montpellier - Hôpital Saint-Eloi, Montpellier

Résumé :

Contexte :

Le Clopidogrel est une prodrogue, transformée par le cytochrome P450 2C19 en un métabolite actif. Les IPP sont des inhibiteurs connus du CYP2C19 (inhibition forte pour Oméprazole, moyenne pour Esoméprazole et nulle pour Pantoprazole). Ils pourraient ainsi modifier l'activité du Clopidogrel (surrisque d'événements cardiovasculaires, surmortalité). Par principe de précaution, l'AFSSAPS recommande d'éviter cette association.

Objectif :

Cette étude a pour but d'établir un état des lieux des prescriptions de Clopidogrel et de sensibiliser les prescripteurs aux risques d'interactions médicamenteuses.

Matériels et méthodes :

L'étude a été réalisée pendant 4 mois sur toutes les prescriptions des services de cardiologie comportant du Clopidogrel. Nous avons relevé le traitement médicamenteux, l'âge et le sexe du patient.

Résultats :

La population d'âge moyen de 66 ans est composée de 57 % d'homme. Sur 145 ordonnances analysées, 78 % présentent une association Clopidogrel-IPP dont 98 % ont de l'acide acetylsalicylique (AAS). Pour les patients sans IPP, 59 % ont de l'AAS associé. Les IPP prescrits sont : Esoméprazole (56 %), Pantoprazole (35 %), Oméprazole (9 %). Durant l'hospitalisation, les patients ont reçu du Pantoprazole (seul IPP référencé chez l'adulte dans notre hôpital) après substitution par le pharmacien. L'analyse des lettres de sortie montre que l'IPP prescrit lors de l'admission reste le même, les prescripteurs ne prennent pas en considération la substitution réalisée durant l'hospitalisation. Les prescriptions comportent dans 49 % des cas entre 5 et 9 molécules et 37 % entre 10 et 14.

Conclusion :

Un nombre important d'association Clopidogrel-IPP est constaté. Ces résultats ont été présentés aux cardiologues qui justifient l'ajout d'IPP par le profil du patient et non par la potentialisation du risque hémorragique de l'association Clopidogrel-AAS. L'étude a permis de sensibiliser les cardiologues à cette possible interaction et à la prescription de Pantoprazole. La suite de ce travail consistera à mesurer l'impact de cette intervention pharmaceutique sur le nombre de coprescriptions Clopidogrel-IPP et le choix de l'IPP. La polymédication des patients est source d'interactions médicamenteuses. Une concertation pharmacien-médecin permettrait de choisir les molécules les mieux adaptées.

Mots-clés :

Clopidogrel, IPP, Interaction médicamenteuse

Références bibliographiques :

Juurlink DN, Gomes T, Ko DT, Szmítko PE, Austin PC, Tu JV et coll. A population-based study of the drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel CMAJ 2009 ; 180 : 713-8.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

De l'information thérapeutique : Comment rendre le patient acteur de sa prise en charge en hématologie clinique ?

Auteurs :

J. Jacquemoire¹, MP. Ponrouch¹, I. Roch-Torreilles¹, N. Fégueux², P. Rambourg¹

¹Pharmacie, CHRU Montpellier - Hôpital Saint-Eloi, Montpellier

²Hématologie Clinique, CHU Montpellier - Hôpital Saint-Eloi, Montpellier

Résumé :

Contexte :

La réussite d'une greffe de moelle osseuse nécessite un partenariat entre le patient et les équipes soignante qui l'entourent. L'information thérapeutique des patients est primordiale en termes de survie/efficacité/survenue des effets secondaires.

Objectif :

Nous élaborons dans le département d'hématologie clinique un classeur destiné aux patients qui regroupe des informations relatives à ses médicaments aux règles hygiéno-diététiques avant, pendant et après la greffe et aux contraintes de son hospitalisation.

Matériels et méthodes :

La réalisation du classeur nécessite le recueil d'informations telles que témoignages de patients, d'infirmières, de médecins ou encore données issues de la littérature scientifique, RCP, bases de données certifiées par l'HAS et données fournies par les laboratoires pharmaceutiques.

Résultats :

A partir de ces données, nous réalisons des fiches récapitulatives pour chacun des chapitres. Concernant la « logistique » autour de la greffe, des informations comme le nom de l'hématologue référent, la journée type du patient pendant l'hospitalisation ou la liste des fournitures nécessaires sont répertoriées. Pour la prise en charge hygiéno-diététique, des fiches concernant la surveillance du cathéter, la nutrition au domicile et sur la conduite à tenir avec l'entourage et lors des sorties sont à disposition. Pour les médicaments, des fiches de bon usage sont rédigées par un interne en pharmacie présent dans le service, connaissant les problématiques des patients. Elles contiennent des informations simples comme la présentation de chaque spécialité, les indications, la conservation, les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés, le prix, la disponibilité de ces produits (ville ou hôpital) mais aussi des informations plus pratiques telles que : comment réagir en cas d'oubli d'une prise, quels sont les aliments à éviter, les précautions particulières à prendre et les monitorages à réaliser.

Conclusion :

La compréhension du traitement par le patient est un élément majeur pour sa compliance. Le classeur accompagne le patient et lui permet d'être acteur de sa prise en charge. Il fait l'objet d'une validation pluridisciplinaire : pharmaciens, médecins-greffeurs et équipe paramédicale. La suite de ce travail est la mise en place d'une conciliation médicamenteuse des patients allogreffés à leur sortie du service d'hématologie.

Mots-clés :

Information thérapeutique, Allogreffe, Compliance

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Evaluation des prescriptions de neuroleptique chez le sujet de plus de 65 ans dément présentant des troubles du comportement et/ou des troubles psychotiques en santé mentale

Auteurs :

M. Rossi¹, A. Pilliez¹, S. Robert², C. Paumier¹, C. Pollet¹

¹Pharmacie, Epsm Lille Métropole, Armentières

²Psychiatrie, Epsm Lille Métropole, Armentières

Résumé :

Contexte :

L'augmentation de l'incidence des sujets de plus de 65 ans déments présentant des troubles du comportement et/ou des troubles psychotiques, ainsi que leur risque majoré de décès et d'accidents vasculaires cérébraux sous neuroleptiques, a donné lieu à une réflexion pluridisciplinaire.

Objectif :

Une évaluation des pratiques professionnelles portant sur la qualité de leur prise en charge médicamenteuse a été engagée.

Patients et méthodes :

Le groupe de travail a élaboré une grille de recueil de 13 critères établis à partir de recommandations professionnelles. Cet audit clinique ciblé a évalué la qualité des prescriptions de neuroleptiques chez ces sujets (type de neuroleptique prescrit, posologies, alternatives envisagées, réévaluation de la tolérance et de l'efficacité...). 38 patients ont été inclus selon des critères prédéfinis.

Résultats :

45 % des prescriptions de neuroleptiques ont été effectuées en première intention. Il s'agit dans 2/3 des cas de neuroleptiques de seconde génération dont 50 % de prescriptions de rispéridone. 64 % des posologies initiales sont conformes aux recommandations (égales au 1/4 des posologies adultes) et 68 % des posologies d'entretien dépassent celles préconisées. 54 % des prescriptions sont réévaluées dans les 15 jours. Seules 11.5 % sont arrêtées ou diminuées quand l'état clinique le permet.

Conclusion :

Ces résultats témoignent d'un manque de connaissance des psychiatres par rapport aux risques liés aux prescriptions de neuroleptiques en géro-psi-chiatrie. Cette évaluation, présentée dans différentes instances de l'établissement, a permis de souligner les écarts de prise en charge par rapport aux recommandations. Des règles de bonnes pratiques ont été diffusées et une adaptation du logiciel de prescription est en cours. Une seconde analyse est actuellement réalisée afin d'évaluer l'efficacité de nos mesures d'amélioration.

Mots-clés :

EPP, Sujet âgé dément, Neuroleptique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Prise en charge de la douleur aigue de patients non verbalisants sous neuroleptiques

Auteurs :

A. Hamzaoui¹, A. Joulie²

¹Pharmacie, CH François Tosquelles, Saint Alban sur Limagnole

²Gérontopsychiatrie, CH François Tosquelles, Saint Alban

Résumé :

Contexte :

La maladie mentale est associée à une sensibilité réduite à la douleur supposée par les traitements médicamenteux, l'évaluation est d'autant plus difficile que les maladies sont caractérisées par une reconnaissance des émotions faciales altérées, l'expression va se faire par des comportements, qu'il faut savoir décoder et d'autant plus pour les patients non verbalisants.

Objectif :

Objectif de l'étude est de rechercher les traces d'évaluation de douleurs chez les patients atteints de maladie mentale et ne pouvant pas s'exprimer. Nous allons mesurer la performance des actions de dépistage au travers d'évaluations, de diagnostics et de traitements.

Patients et méthodes :

Nous avons réalisé un audit ciblé auprès de 17 patients non verbalisant, sur les 65 hospitalisés dans les services. Nous avons recherché si après chaque modification de comportement une évaluation de la douleur a été faite. Nous avons également recherché si les soignants utilisaient les bons outils pour l'évaluer.

Résultats :

Pour 28 % des patients il y a eu une recherche de la douleur à l'admission. Dans 11 dossiers on retrouve une modification de comportement. Dans 8 dossiers sur 11 une évaluation avec une échelle est réalisée (Doloplus 87 % versus algoplus 13 %). Dans 92 % des cas le traitement a été médicamenteux contre 8 % non médicamenteuse (kiné, relaxation). Dans 70 % des cas le soulagement de la douleur par un antalgique a été évalué à la première heure par les soignants avec l'échelle initiale. Dans 92 % des cas l'évaluation du retentissement de la douleur sur l'autonomie du patient par l'équipe a été évaluée. Dans 1/3 des cas la réévaluation de la douleur par le médecin a été réalisée à J+1. Dans 84 % des cas, la traçabilité à toutes les étapes est retrouvée.

Conclusion :

il ressort de l'étude un manque de sensibilisation ou de formation des soignants à la recherche de douleurs en psychiatrie. Nous devons travailler sur le dépistage et l'évaluation généralisée de la douleur. Il faut mettre à disposition des professionnels des outils d'aide (échelles d'évaluation, coordonnées du médecin référent douleur..). Il manque aussi une traçabilité de la prise en charge des actes dans le dossier patient.

Mots-clés :

Douleur, Non verbalisant, Santé mentale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

A propos d'un cas d'extravasation sous anthracycline : quelle stratégie employer après un délai de 48 heures ?

Auteurs :

G. Maillan¹, N. Pegoud¹, J. Jost¹, A. Courneade¹, R. Valery², A. Giraud², O. Gasnier², N. Tubiana-Mathieu², A. Lagarde¹

¹Pharmacie - Urcc, CHU Limoges - Hôpital Dupuytren, Limoges

²Oncologie Médicale, CHU limoges - Hôpital Dupuytren, Limoges

Résumé :

Contexte :

L'extravasation est une complication grave des anthracyclines entraînant une nécrose tissulaire localisée. Un traitement par dexrazoxane peut être instauré dans les 6 heures suivant l'incident.

Objectif :

Quelle attitude thérapeutique adopter dans le cas où l'extravasation a été constatée après un délai de 48 heures ?

Patients et méthodes :

Nous rapportons ici un cas de prise en charge de cette complication par pansement à base de diméthylsulfoxyde et par oxygénothérapie hyperbare.

Résultats :

Un cancer du sein est diagnostiqué en octobre 2011 chez Mme D., 83 ans. Après 3 cures de docetaxel / cyclophosphamide, cette patiente reçoit sa première cure de fluorouracile / épirubicine / cyclophosphamide le 10 janvier 2012. A la fin de l'administration de l'épirubicine, la patiente présente sur son chemisier des tâches rouges. L'équipe médicale suspecte alors une extravasation à l'épirubicine qui est écartée dans un 1er temps devant un bon retour veineux et un gripper intact. La patiente rentre à son domicile avec comme consigne de prévenir le service en cas d'érythème, picotements, brûlures. Le 12 janvier la patiente est hospitalisée : le diagnostic d'extravasation est posé devant un sein inflammatoire. Un avis chirurgical est demandé en urgence. En l'absence de collection et d'abcès, le site implantable est retiré sans autre acte chirurgical. Des pansements locaux à base de diméthylsulfoxyde 1/20 sont appliqués du 12 au 28 janvier. En complément, une oxygénothérapie hyperbare est mise en place du 20 au 27 janvier. A partir du 28 janvier, la patiente est stable cliniquement : sein non nécrotique, diminution de l'érythème et de l'induration. Un scanner réalisé le 7 février confirme l'absence de nécrose sous-jacente.

Conclusion :

Dans le cas présent, la mise en place d'un traitement par pansements à base de diméthylsulfoxyde 1/20 et par oxygénothérapie hyperbare a permis d'améliorer l'état clinique de la patiente après un délai de 48 heures.

Mots-clés :

Extravasation de produits diagnostiques ou thérapeutiques, Épirubicine, Oncologie médicale

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Intérêt du bévacizumab dans le gliome : à propos d'un cas pédiatrique

Auteurs :

S. Suzzoni¹, G. Bimont¹, S. Provôt¹, O. Lejars², P. Meunier¹

¹Pharmacie, CHRU Tours - Hôpital Clocheville, Tours

²Onco-Hématologie Pédiatrique, CHRU Tours, Tours

Résumé :

Contexte :

Gliome des voies optiques avec hypertension intracrânienne sur terrain de neurofibromatose de type I chez un adolescent de 17 ans.

Objectif :

Evaluer l'efficacité du bévacizumab dans le gliome en pédiatrie.

Patients et méthodes :

Depuis 1997, X a été traité selon les protocoles BB SFOP, PACKER, irinotecan-bévacizumab puis vinblastine hebdomadaire. Malgré un traitement antiépileptique bien conduit, X a toujours eu des crises, difficilement contrôlables. En 2009, l'efficacité neurologique du bévacizumab avait été importante. Ainsi, ce médicament est réintroduit en novembre 2011 (10 mg/kg toutes les 3 semaines) en poursuivant la vinblastine hebdomadaire (4,2 mg/m²).

Résultats :

X rapportait 1 à 3 événements épileptiques par semaine, une force motrice diminuée, une hypotonie axiale, des difficultés à mobiliser sa main droite, une dépendance pour les gestes de la vie quotidienne. Un mois après la réintroduction du bévacizumab, X décrit toujours plusieurs crises épileptiques par semaine et une force motrice diminuée, mais sans aggravation.

La semaine suivant la 3^{ème} perfusion, X ne fera aucune crise. Il recommence à faire quelques pas chez lui et à maintenir la station debout seul quelques instants. L'examen neurologique est stable. A l'IRM de fin janvier 2012, les lésions de l'étage médullaire sont stables. A l'étage cérébral, la taille de l'ensemble des lésions a diminué : les atteintes rétro-chiasmatique supra-stellaire, des noyaux gris centraux, du lobe temporal interne gauche et la lésion pédonculaire cérébrale gauche.

Conclusion :

Après 4 perfusions de bévacizumab, les réponses clinique et radiologique sont encourageantes. Même si toute conclusion est prématurée, ce cas et les données de la littérature justifient le développement d'une indication pédiatrique du bévacizumab.

Mots-clés :

Gliome, Bévacizumab, Pédiatrie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Les interventions pharmaceutiques : analyse rétrospective

Auteurs :

M. Dell'Ova, M. Dell'Ova, G. de Barry, A. Jalabert, S. Hansel-Esteller

Pharmacie, CHRU Montpellier - Lapeyronie, Montpellier

Résumé :

Contexte :

Lors de l'analyse d'ordonnance par le pharmacien, une non-conformité génère une intervention pharmaceutique (IP).

Objectif :

L'objectif de ce travail est d'analyser les IP réalisées auprès des équipes médicales de notre Hôpital (pôles cœur/poumon, enfant et naissance).

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une analyse rétrospective des IP effectuées sur une période de un an. Ces fiches, élaborées sur le modèle proposé par la SFPC renseignent la date, le nom du patient, le service, la nature de l'intervention, la classe thérapeutique concernée et le devenir de l'IP.

Résultats :

Durant l'étude, 432 IP ont été analysées. L'analyse de la nature de l'IP montre 33,1 % problèmes de posologie, 24,5 % de données manquantes (signature du prescripteur, étiquette RPPS, forme pharmaceutique, dosage, autres) ou erronées. Les IP concernent des prescriptions de nutrition parentérale pédiatrique (9,5 %), un médicament non référencé au CHRU (9 %), une antibiothérapie non adaptée à l'antibiogramme ou aux recommandations du CHRU (4,4 %), un autre motif (19,5 %).

Les services concernés sont dans la cardiologie (33,3 %), la pédiatrie (31,5 %), la pneumologie (22,7 %), la maternité (5,1 %), l'anesthésie réanimation (4,9 %). Dans 2,5 % des cas, le service n'était pas renseigné.

Les principales familles thérapeutiques engendrant des IP sont : anti-infectieux systémiques (22,2 %), médicaments des voies digestives et métaboliques (16 %), anticoagulants (7,6 %), divers (7,2 %), système cardio-vasculaire (4,6 %). Elle n'est pas renseignée dans 36,8 % des cas.

L'intervention est acceptée dans 78,9 % des cas, refusée dans 8,3 %, non renseignée dans 12,8 %.

Conclusion :

Les IP sont principalement dues à des problèmes de posologie, des manques d'information nécessaires à la conformité de l'ordonnance ou de non référencement du médicament (nécessitant une substitution ou une proposition d'alternative).

Les données manquantes représentent un biais de cette étude et semblent liées à l'intervenant. Une modification des fiches est donc envisagée afin de faciliter leur remplissage.

Le fort taux d'acceptation des IP reflète l'importance du pharmacien dans l'aide à la prescription auprès des équipes médicales et permet ainsi l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse.

Mots-clés :

Intervention pharmaceutique, Pharmacien clinicien, Bon usage

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Exposition à la vancomycine des patients dialysés chroniques

Auteurs :

É. Chasseuil¹, L. Ghouti-Terki², F. Darrouzain¹, N. Rabot², D. Ternant¹, N. Azzopardi³, B. Birmelé², G. Paintaud¹

¹Laboratoire de Pharmacologie Toxicologie, CHRU Tours, Tours

²Service d'Hémodialyse Chronique, CHRU Tours, Tours

³CHRU Tours - Cnrs Umr 7292 Gicc, Tours

Résumé :

Contexte :

Les patients dialysés chroniques sont souvent sujets à des infections, en particulier des colonisations de cathéter à *Staphylococcus aureus*. Au sein du service d'hémodialyse chronique, la procédure d'administration de la vancomycine a été modifiée : l'injection se fait maintenant lors de la dernière heure de dialyse et non plus après la dialyse.

Objectif :

L'objectif de ce travail était de mesurer l'exposition à la vancomycine des patients dialysés suite à cette modification de prescription.

Matériels et méthodes :

Les concentrations plasmatiques de vancomycine ont été mesurées lors de 35 séances de dialyse chez 13 patients dialysés chroniques infectés. Au cours d'une visite, 5 prélèvements ont été effectués : un avant la dialyse, deux pendant et un après. L'exposition à la vancomycine a été mesurée par l'aire sous la courbe sur 24 heures (ASC0-24h), estimée par méthode des trapèzes. Les ASC0-24h dialyse et interdialyse ont été ainsi calculées. Ces valeurs sont comparées à une ASC0-24h de référence (480 mg.h/L) et à une ASC0-24h toxique (720 mg.h/L) qui correspondent respectivement à l'exposition à la vancomycine sur 24 heures, obtenues pour une perfusion continue et dont les concentrations au plateau sont respectivement de 20 et 30 mg/L. Les ASC0-24h dialyse et interdialyse ont été comparées aux valeurs de référence et toxique par un test de Wilcoxon.

Résultats :

L'ASC0-24h moyenne incluant la dialyse était de 598 mg.h/L (CV = 53.6 %) et l'ASC0-24h interdialyse moyenne était de 457 mg.h/L (CV = 27.7 %). L'ASC0-24h dialyse moyenne est supérieure de 25 % à l'ASC0-24h de référence (p = 0.0084), mais reste très significativement inférieure à l'ASC0-24h toxique (p < 0.0001). Sur les 35 séances monitorées, seules 6 montraient une ASC0-24h dialyse supérieure à 720 mg.h/L. L'ASC0-24h interdialyse n'est pas significativement différente (p = 0.1794) de l'ASC0-24h de référence.

Conclusion :

Les nouvelles modalités d'administration de la vancomycine n'entraînent ni sous-exposition ni sur-exposition des patients dialysés.

Mots-clés :

Pharmacocinétique, Dialyse rénale, Vancomycine

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etude rétrospective des interactions médicamenteuses dans un hôpital multidisciplinaire en Tunisie : A propos de 1200 ordonnance

Auteurs :

M. Razgallah Khrouf¹, D. Cherif¹, N. Hill², L. Kamoun², S. Zaibi², T. Timoumi², A. Gnaoui¹, M. Guerfali²

¹Pharmacie, Faculté de Pharmacie de Monastir, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

²Pharmacie, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

Résumé :

Contexte :

Pour être retenue, une interaction doit avoir une traduction clinique significative, décrite ou potentiellement grave. Les interactions médicamenteuses sont réparties en quatre classes selon leur niveau de contrainte : Contre-indication, Association Déconseillée, Précaution d'Emploi et interaction à Prendre en Compte.

Objectif :

Le but de ce travail est de déceler les interactions médicamenteuses, de déterminer leur prévalence dans le but de proposer des mesures correctives afin de réduire leur incidence et éviter leurs conséquences potentielles.

Matériels et méthodes :

Un échantillon de 1200 ordonnances.

Thériaque

RCP.

Résultats :

26,58 % des ordonnances analysées contiennent au moins une interaction.

Les ordonnances étudiées présentent en total 664 interactions tous niveaux confondus. Une seule Contre-indication a été répertoriée, 33 « Association déconseillée », 444 interactions du niveau « Précautions d'emploi » et 186 interactions du niveau « A prendre en compte ».

Les couples de médicaments les plus impliqués dans ces interactions médicamenteuses sont : Les AINS sont impliqués dans 43 % des associations déconseillées.

Les manifestations cliniques les plus retrouvées : majoration de la toxicité hématologique, un risque d'hyperkaliémie, majoration du risque hémorragique, troubles de l'automatisme et de la contractilité cardiaque ainsi qu'une altération de la vigilance.

Conclusion :

Ce travail montre qu'une ordonnance sur quatre comporte au moins une interaction médicamenteuse. Ces interactions risquent entraîner des manifestations cliniques iatrogènes qui peuvent parfois être très graves. Ces chiffres nous alertent sur l'urgence de mettre en place une informatisation de la validation avec une meilleure implication du pharmacien.

Mots-clés :

Prescriptions, Interaction médicamenteuse, Niveaux d'interaction

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bon usage des antibiotiques : pertinence de l'analyse pharmaceutique des prescriptions

Auteurs :

M. Artur, E. Quatremarre, G. Tenga, I. Tired, B. Dieu

Pôle Pharmacie, CHU Rouen - Hôpital Charles Nicolle, Rouen

Résumé :

Contexte :

Les recommandations de bon usage des antibiotiques de la HAS (2008) place le pharmacien hospitalier au cœur du dispositif de surveillance de l'utilisation des anti-infectieux.

Objectif :

Au CHU, 11 molécules font partie de la liste des antibiotiques à dispensation contrôlée. Depuis fin 2011, l'accès au dossier médical informatisé permet au pharmacien d'apprécier la pertinence des éléments bactériologiques et biologiques ayant conduit à la prescription et de transmettre des remarques au prescripteur sous forme d'interventions pharmaceutiques que nous avons souhaité quantifier et valoriser.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude prospective d'Octobre 2011 à Février 2012 sur toutes les prescriptions nominatives d'antibiotiques de l'établissement. Tous les problèmes pharmaco-thérapeutiques relevés par le pharmacien clinicien ont été quantifiés et analysés à l'aide d'un outil mis en place par la Société Française de Pharmacie Clinique.

Résultats :

Sur cette période, 350 prescriptions initiales ont été analysées et 31 interventions pharmaceutiques notifiées (8,9 %). Les problèmes pharmaco-thérapeutiques rencontrés sont de 3 types. Le recours à un ou plusieurs antibiotiques non adaptés (14) est le plus fréquent. Le pharmacien a ainsi recommandé le switch vers une autre spécialité en faveur d'une désescalade thérapeutique (6), d'un ajustement de spectre (4) ou d'une amélioration des paramètres cinétiques (1). Il a également proposé l'ajout d'un second antibiotique à 3 reprises. La suggestion d'une adaptation posologique a été retrouvée dans 32 % des cas (souvent liée à un contexte d'insuffisance rénale ignoré). Enfin, la surveillance biologique est parfois insuffisante (23 %) reflétant la méconnaissance de certaines molécules d'utilisation peu courante (exemple : dosage des CPK pour la Daptomycine).

Conclusion :

Cette analyse montre la plus-value du pharmacien clinicien qui doit être reconnue et valorisée dans la politique générale du Bon Usage des Antibiotiques.

Mots-clés :

Antibiotiques, Analyse pharmaceutique, Intervention pharmaceutique

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Réalisation d'audits par des préparateurs hospitaliers stagiaires : un pari gagnant !

Auteurs :

E. Dazzi¹, J. Rocquain², P. Noceto¹, C. Dumazer-Carles², C. Delom¹

¹Pharmacie/Stérilisation, CH Edmond Garcin, Aubagne

²Pharmacie, CH Edmond Garcin, Aubagne

Résumé :

Contexte :

Dans l'unité de stérilisation, d'après les BPPH de 2001 et la norme ISO 13485, des audits internes doivent être réalisés.

Objectif :

Devant ces impératifs, le pharmacien responsable « a fait le pari » de mettre à profit des stagiaires du DU PPH en les nommant auditeurs « naïfs ».

Matériels et méthodes :

Pour chaque étape du processus de production, une procédure a été remise aux étudiants. Leur stage a été partagé en 3 phases, la première consacrée à l'observation de la production, une autre à la formation de l'audit, enfin les étudiants ont réalisé l'audit puis rédigé un rapport. Des scores de 1 à 4 ont été attribués à chaque item (4 étant le meilleur score). En 2011, 4 étudiants PPH ont été auditeurs contre 2 en 2010 et plus de processus ont été audités.

Résultats :

Nous avons observé une amélioration entre 2010 et 2011 pour le lavage (96 % vs 100 %), la préparation de la charge (93 % vs 100 %) et la validation de la charge (83 % vs 100 %). L'audit de prédésinfection et de réception montre une stabilité des pratiques autour de 80 %, l'habillage en zone sale est en progression (25 % vs 55 %). Cependant l'habillage en zone propre a subi une forte régression (80 % vs 55 %). Pour les nouveaux processus audités en 2011, le lavage machine est très satisfaisant (100 %) et le stockage des DMR dans les UF est moyen (65 %). L'habillage reste un gros problème en stérilisation (pas de matériel de protection, introduction des téléphones portables par exemple). Les mauvaises conditions de stockage et périmés dans les UF sont une source de risques infectieux et de surcoût important. Des rappels sur la sécurité et l'hygiène ont été faits et leur application en 2012 reste un objectif prioritaire.

Conclusion :

Les étudiants PPH se sont investis dans leur mission d'auditeur valorisante au delà des espérances en début du projet. Le succès de ces travaux montre le rôle important que peut jouer le préparateur au côté du pharmacien responsable qualité dans le management de la qualité en stérilisation, et explique la pérennisation de ces modalités d'évaluation.

Mots-clés :

Stérilisation, PPH, Audit

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Etat des lieux des prescriptions de carbapénèmes

Auteurs :

M. Artur, E. Quatremerre, G. Tenga, I. Tired, B. Dieu

Pôle Pharmacie, CHU Rouen - Hôpital Charles Nicolle, Rouen

Résumé :

Contexte :

Pour prévenir l'émergence des entérobactéries productrices de carbapénémases, la circulaire DGS/DGOS du 6 décembre 2010 préconise aux établissements de santé d'inscrire les carbapénèmes sur la liste des antibiotiques à dispensation contrôlée.

Objectif :

Au CHU, les consommations de cette classe ont augmenté de 30 % en 4 ans (DDJ/1000JH : 5,08 en 2006 vs 6,68 en 2010) motivant une mise en œuvre de cette recommandation en septembre 2011 suivie d'une évaluation fine des modalités de prescription à 3 mois.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude prospective d'Octobre à Décembre 2011 sur toutes les prescriptions nominatives d'Imipénème/Cilastatine, Ertapénème, Méropénème et Doripénème de l'établissement. Les données bactériologiques et cliniques ayant motivées l'instauration et/ou la poursuite du traitement ont été étudiées afin d'en déterminer la pertinence par rapport aux indications officielles et aux référentiels locaux.

Résultats :

Sur ces 3 mois, 149 prescriptions initiales de carbapénèmes ont été analysées. 62 prescriptions (42 %) correspondent à la mise en place d'un traitement probabiliste dont 70 % concerne l'Imipénème. Leur durée moyenne est spontanément de 3 jours et l'antibiotique est poursuivi dans 23 % des cas après documentation et de manière justifiée. 79 prescriptions (53 %) reposent sur une documentation bactériologique disponible dès l'instauration du traitement dont la durée moyenne est alors de 11,6 jours. Les germes ciblés et isolés sont principalement E. Coli (27 %), E. Cloacae (21 %), P. Aeruginosa (19 %) et seulement 24 % sont classés comme BMR/BLSE. La majorité des infections traitées sont de localisation urinaire (27 %) ou pulmonaire (27 %).

Conclusion :

Les recommandations de bon usage des antibiotiques sont globalement bien respectées au sein de notre CHU (durée de traitement, sensibilité à l'antibiogramme) mais une sensibilisation semble encore nécessaire afin de réserver l'utilisation des carbapénèmes aux infections à germes multirésistants.

Mots-clés :

Carbapénèmes, Evaluation de la prescription des médicaments, Multirésistance bactérienne

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Optimisation de l'information du patient diabétique sous insuline : mise en place d'une plaquette explicative

Auteurs :

S. Martin¹, AC. Desbuquois², B. Duvauchelle³, S. Crépin⁴, S. Dinomais⁴

¹Interne Pharmacie, CH Abbeville, Abbeville

²Interne Pharmacie, CHU Amiens Sud, Amiens

³Pharmacien, CH Abbeville, Abbeville

⁴Endocrinologue, CH Abbeville, Abbeville

Résumé :

Contexte :

Une réflexion a été menée au sein du service d'endocrinologie.

Objectif :

L'objectif de cette réflexion est la détermination de pistes d'amélioration de l'éducation thérapeutique des patients sous insuline.

Matériels et méthodes :

Un recensement des différents supports destinés à l'information des patients a été effectué. En dehors des livrets éducatifs distribués par les laboratoires, il est ressorti de cette réflexion un manque d'informations générales délivrées au patient sur l'insulinothérapie.

En collaboration avec les endocrinologues, un guide informatif a donc été réalisé. Il reprend de manière schématique et synthétique les différentes problématiques du patient diabétique sous insuline. Cet outil pédagogique est un document général destiné à la majorité des patients.

Résultats :

Ce guide, remis par l'endocrinologue lors de la première consultation diabétique, est un complément aux explications orales. Il permet aux patients traités par insuline d'avoir un support visuel au domicile. Celui-ci présente :

- les durées d'action de l'insuline (ultra-rapide, rapide, intermédiaire, lente, mixte).
- un protocole standard d'insulinothérapie selon le schéma basal/bolus afin de permettre aux patients de comprendre visuellement la nécessité de profils d'action différents.
- les conditions pour une bonne réalisation de l'injection de même que les différents sites.
- les principes de la surveillance glycémique capillaire, les bonnes pratiques de prélèvement ainsi que les bases de l'adaptation posologique et les conditions d'élimination du matériel contaminé (aiguilles, lancettes, bandelettes).

Conclusion :

Une évaluation de la satisfaction des patients vis-à-vis du guide sera effectuée (compréhension, utilité, contenu adapté et de qualité). En cas de retour positif, ce modèle sera transposé à d'autres thérapeutiques nécessitant une information détaillée.

Mots-clés :

Guide informatif, Insulinothérapie, Diabète

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Dispensation contrôlée des carbapénèmes : Impact du Logiciel de prescription sur le bon usage des antibiotiques

Auteurs :

J. Allemand¹, J. Rocquain², C. Delom², S. Virrion¹, C. Bosi³, P. Stolidi³, MF. Guglieri², C. Dumazer-Carles²

¹Infectiologie, CH Edmond Garcin, Aubagne

²Pharmacie, CH Edmond Garcin, Aubagne

³Laboratoire de Bactériologie, CH Edmond Garcin, Aubagne

Résumé :

Contexte :

L'augmentation de l'incidence des entérobactéries Bétalactamase à spectre étendu (BLSE) fait craindre un recours plus important aux Carbapénèmes, exposant à un risque majeur de résistances.

Objectif :

Ainsi, notre commission des antibiotiques a mis en place un système de dispensation contrôlée des Carbapénèmes utilisant notre logiciel de prescription.

Matériels et méthodes :

L'analyse des données de Prescription a été réalisée sur le Logiciel de prescription PHARMA (Computer Engineering) sur les journées d'hospitalisation 2010 et 2011.

Résultats :

A chaque nouvelle prescription de Carbapénèmes, le logiciel rappelle les recommandations et demande au clinicien depuis mars 2011 de préciser l'indication retenue et une réévaluation à 48h et à J7. Le pharmacien alerte systématiquement l'infectiologue et le laboratoire. La consommation de Carbapénèmes est ainsi passée de 11 DDJ en 2010 à 7,5 pour 1000 journées d'hospitalisation en 2011, soit une réduction de 32 %. Les prescripteurs ont retenu comme principales indications « sur documentation bactériologique » (51 % n = 30), « sepsis sévère non documentée avec suspicion de BGN » (10 %, n = 6) ; « pneumopathie nosocomiale non documentée avec suspicion de BGN » (6,7 % n = 4). Chez 86 % (n = 51) des patients des prélèvements bactériologiques étaient réalisés avant la première injection de Carbapénèmes et pour 72 % (n = 43) un germe a pu être identifié permettant dans certains cas une désescalade antibiotique. La consommation de ceftazidime sur la même période est ainsi passée de 0,7 DDJ à 4 DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation soit une augmentation de 82,5 %. La consommation de Piperacilline/Tazobactam est par contre restée stable autour de 2 DDJ pour 1 000 journées.

Conclusion :

Grâce notamment à une collaboration pluridisciplinaire, notre logiciel de prescription est un outil efficace dans la baisse de consommation et « le meilleur usage » des antibiotiques sur notre établissement. Il nous a ainsi permis de répondre aux exigences de la circulaire du 6 décembre 2011 sur les carbapénèmes.

Mots-clés :

Bon usage des antibiotiques, Logiciel de prescription, Carbapénèmes

Références bibliographiques :

Circulaire n° DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesure de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC).

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Analyse de l'augmentation du nombre de non-conformités des semainiers préparés par la pharmacie à usage intérieur

Auteurs :

L. Bourquencier, B. Favier, L. Simon

Pharmacie, Hôpital du Val du Madon, Mirecourt

Résumé :

Contexte :

La pharmacie dessert 360 patients, avec 1 pharmacien et 2.6 préparateurs qui préparent les semainiers pour 292 patients d'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées dépendantes à partir d'une prescription médicale informatisée.

Objectif :

L'objectif de ce travail a été d'expliquer l'augmentation des erreurs relevées à la vérification des piluliers.

Patients et méthodes :

Lors de la préparation des semainiers, le préparateur note son nom, le service et les patients préparés. Le pharmacien contrôle quotidiennement les piluliers d'une unité de soins en regard de l'ordonnance et relève sur la même feuille les erreurs trouvées, à l'unité de prise. La conformité de chaque pilulier est évaluée sur la présence du bon médicament, au bon dosage, sa galénique, sa quantité, l'horaire, le saut de case à la découpe, l'erreur de patient, l'oubli de modification lorsque le pilulier est déjà préparé et qu'arrive une modification, les erreurs dues aux retranscriptions, les erreurs de jour.

Résultats :

L'augmentation de 2 % des journées d'hospitalisation ne suffit pas à expliquer l'augmentation des non-conformités de 48 % (5 922 erreurs en 2011). Il n'y a pas de modification fondamentale de la répartition des erreurs. En 2011, 13 728 piluliers ont été préparés et nous avons fait appel à 11 remplaçants qui ont préparé 8 % des piluliers pour 26 % des erreurs. Cette étude semble montrer que les non-conformités augmentent avec un turn-over important de personnel dû à des contraintes organisationnelles fortes, générant en outre un doublement du temps de vérification, avec une augmentation des risques sur le circuit du médicament.

Conclusion :

La préparation des piluliers est une étape délicate du circuit du médicament, et une stabilité de l'équipe est un facteur important de sa sécurisation.

Mots-clés :

Santé, Service pharmaceutique, Pharmacie d'hôpital

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Impact du logiciel de prescription lors d'un retrait du marché : Exemple du dextropropoxyphène

Auteurs :

C. Perrin¹, J. Rocquain¹, C. Delom¹, I. Devetakov², C. Dumazer-Carles¹

¹Pharmacie, CH Edmond Garcin, Aubagne

²Pôle Médecine, CH Edmond Garcin, Aubagne

Résumé :

Contexte :

En 2010, le dextropropoxyphène (DXP) était le 3ème antalgique le plus prescrit sur notre hôpital. Son retrait du marché a donc modifié considérablement les prescriptions d'antalgiques.

Objectif :

Une réévaluation de l'antalgie a été réalisée en concertation avec les médecins par l'intermédiaire de notre logiciel de prescription.

Matériels et méthodes :

Les consommations d'analgésiques en DDJ/an/1000 journées d'hospitalisation ont été analysées dans chaque pôle de 2008 à 2011.

Résultats :

L'ajout fin 2009 de la mention « retrait du marché 1/03/2011 » sur le libellé informatique du DXP a entraîné en 2010 une division par 2 de sa consommation (46 vs 23 DDJ/an/1000 journées). Après le retrait du DXP, les prescriptions des autres antalgiques ont augmenté à l'exception de l'association paracétamol (P) /codéine ; la consommation de paracétamol et de tramadol a augmenté de près d'un tiers (respectivement 270 vs 412 et 17 vs 25 DDJ/an/1000 journées) et celle de l'association P/opium/caféine a été multipliée par 4 (7 vs 27 DDJ/an/1000 journées). Pour le néfopam et les AINS, la consommation est restée stable hormis en chirurgie : en effet, une majoration de 30 % a été constatée du fait de la mise en place de protocoles informatiques d'antalgie post-opératoire en juin 2010. En médecine comme en chirurgie, la substitution du DXP a porté le plus souvent vers un antalgique de palier I, alors qu'en gériatrie l'association P/opium/caféine a plutôt été préférée. La consommation des molécules de palier III a uniquement progressé en gériatrie. Les opinions pharmaceutiques informatisées rappelant les recommandations de l'AFSSAPS de mai 2011 ont été majoritairement prises en compte.

Conclusion :

La comparaison des consommations d'antalgiques avant et après le retrait du DXP montre l'impact important du logiciel de prescription dans cette transition. Celui-ci utilisé comme outil de diffusion d'alertes et de recommandations, a permis d'anticiper le retrait du DXP et a renforcé la collaboration médecins-pharmaciens dans la prise en charge de la douleur.

Mots-clés :

Logiciel de prescription, Retrait du marché, Dextropropoxyphène

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Étude RécoMédi. (RECOnciliation MEDicamenteuse). Evaluation de l'impact de la mise en ligne d'un compte rendu thérapeutique sur la qualité de rédaction des comptes-rendus médicaux d'hospitalisation

Auteurs :

E. Guerriero, A. Berthe-Aucejo, H. Boucher, JV. Chauny, F. Brion, A. Papon, S. Prot-Labarthe, O. Bourdon

Pharmacie, APHP - Hôpital Robert Debré, Paris

Résumé :

Contexte :

L'erreur médicamenteuse est la principale source d'iatrogénie à l'hôpital [1]. Elle a conduit à développer la réconciliation médicamenteuse consistant à obtenir la liste précise et complète des médicaments de chaque patient et de la comparer aux prescriptions médicales d'admission et de sortie.

Objectif :

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'impact d'un compte-rendu thérapeutique (CRT) en ligne, rédigé par un interne en pharmacie et validé par un pharmacien, sur la qualité de rédaction des comptes-rendus d'hospitalisation (CRH) dans un centre hospitalo-universitaire mère-enfant.

Patients et méthodes :

Cette étude prospective, contrôlée, randomisée a concerné quatre services cliniques. Le critère de jugement principal est la qualité de rédaction des CRH, évaluée sur 6 critères (score sur 6) [2]. Chaque semaine, 2 patients admis pour une durée d'hospitalisation d'au moins 48h dans chaque service, sont randomisés dans l'un des bras (bras CRT et bras non CRT) avec stratification sur le service et la chronicité de la pathologie. Un CRT était rédigé dans les 24h suivant la sortie du patient et comprenait la liste des médicaments à l'entrée, pendant le séjour et à la sortie ainsi que la durée de traitement, la posologie, la surveillance le cas échéant.

Résultats :

Trente-neuf patients ont été inclus dans l'étude sur une période de 14 semaines, soit 23 patients dans le bras CRT, 16 dans le bras non CRT avec 27 (69 %) patients chroniques. L'analyse partielle porte sur 29 CRH disponibles (10 CRH non rédigés à ce jour). Les scores moyens de qualité de rédaction du CRH des bras CRT et non CRT sont respectivement de 1,29 ($\pm 0,74$) et 1,45 ($\pm 0,49$) (NS) sur un score maximal de 6. Seize interventions pharmaceutiques ont par ailleurs été réalisées.

Conclusion :

Les prescripteurs ont trouvé le principe intéressant essentiellement pour les patients chroniques de réanimation et/ou restants hospitalisés sur une longue période. Ce CRT semble également pertinent pour l'historique médicamenteux du patient lors d'une hospitalisation ultérieure et/ou pour permettre un suivi thérapeutique spécifique des patients.

Mots-clés :

Réconciliation, Compte rendu, Thérapeutique

Références bibliographiques :

[1] Institute of Medicine. Preventing Medication Errors. Report Brief. 2006 [cited 03/05/2011].

[2] Code de la santé publique, Article R5132-3. 2007.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Bilan quantitatif et qualitatif de la délivrance nominative des formes orales sèches après mise en place de l'automatisation de leur préparation en SSR

Auteurs :

F. Bendoucha, C. Fessier, F. Bukato, AM. Liebbe

Pharmacie, CH Compiègne, Compiègne

Résumé :

Contexte :

La délivrance nominative des formes orales sèches est réalisée par les préparateurs dans les services depuis 1990. Cette activité est chronophage pour des tâches répétitives à faible valeur ajoutée et nécessite des dotations importantes dans les services. L'automatisation de cette activité a donc été mise en place.

Objectif :

Ce premier bilan compare la répartition des temps de travail des professionnels concernés et la qualité de la prestation avant et après la production automatisée dans un service de SSR de 60 lits.

Patients et méthodes :

Nous avons identifié les différentes étapes de la délivrance nominative manuelle et automatisée – conditionnement unitaire, préparation des piluliers, analyse des changements de prescription, picking, déconditionnement, production automatisée, approvisionnement de l'automate, gestion des dotations –, et comparé les temps de travail des équipes pharmaceutiques et de soins. Nous avons également évalué la qualité de chacune des prestations.

Résultats :

Les résultats obtenus montrent une optimisation du temps de travail pour l'équipe de soins : gain de 17 % sur le contrôle et de 26 % sur l'administration soit au total 525 minutes par semaine. Pour l'équipe pharmaceutique, le temps de délivrance automatisée diminue de 12 % par rapport à la délivrance manuelle. Le temps de gestion des dotations diminue de 50 %. Le gain de temps représente 189 minutes par semaine pour l'équipe pharmaceutique. Une amélioration significative de la qualité de la prestation pharmaceutique est mise en évidence : meilleure lisibilité des conditionnements, ouvertures plus faciles, conseil d'utilisation, pilage des comprimés.

Conclusion :

L'automatisation de la délivrance nominative des formes orales nous a permis d'améliorer la qualité et la sécurité de la préparation de doses à administrer tout en économisant du temps de travail qui permettra d'étendre la délivrance nominative aux autres médicaments afin d'assurer la sécurité du patient.

Mots-clés :

Automatisation, Amélioration qualitative, Sécurité du patient

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Audit de pratiques dans la prise en charge des mucites et candidoses oro-pharyngées dans un Centre Régional de Lutte contre le Cancer

Auteurs :

B. Bertrand, C. Perrier, F. Maurel, F. Pinguet

Pharmacie, Crlc Val d'Aurelle - Paul Lamarque, Montpellier

Résumé :

Contexte :

Les mucites et candidoses oro-pharyngées sont des effets indésirables récurrents lors des traitements par chimiothérapie, dégradant la qualité de vie des patients. Des recommandations ont été établies récemment par les sociétés savantes mais ne sont pas toujours connues ou respectées.

Objectif :

Le but de notre audit est d'établir un état des lieux des pratiques de prise en charge des mucites et candidoses oro-pharyngées localisées.

Matériels et méthodes :

L'audit s'est déroulé sur 9 mois, sans qu'un patient ne puisse apparaître plus d'une fois, à l'aide d'un questionnaire relevant l'identité du patient, le type de pathologie cancéreuse, le traitement de chimiothérapie, le grade de mucite le cas échéant et le traitement anti-mycotique.

Résultats :

Au total, 93 patients ont été inclus, avec un âge moyen de 61 ans. Dans 55 % des cas, le traitement a été prescrit à visée préventive. Les traitements préventifs prescrits sont à 63 % des bains de bouche avec association de bicarbonate de sodium et d'amphotéricine B, à 35 % des bains de bouche de bicarbonate seul. Une plus grande hétérogénéité a été relevée pour les traitements curatifs avec 20 protocoles différents ; 64 % des traitements font appel à l'association de bains de bouche de bicarbonate avec un antifongique oral, 24 % à un antifongique seul et 12 % à des bains de bouche de bicarbonate seul. Lors de la prescription des antifongiques, 73 % des traitements avaient une action locale. En situation préventive, 65 % des prescriptions ne sont pas conformes aux recommandations qui citent les bains de bouche au bicarbonate seul. Les associations avec un antifongique ou un anesthésique ne sont pas recommandées (2B). Pour les traitements curatifs, 12 % ne font pas appel aux antifongiques et 27 % utilisent des antifongiques d'action générale, alors que les recommandations proposent un antifongique en topique local seul en première intention pour le traitement des candidoses oro-pharyngées.

Conclusion :

Cet audit a mis en évidence la nécessité de formaliser des protocoles préventifs et curatifs des soins de bouche au sein de notre centre, sous l'égide du groupe de travail "Soins de Support" qui mêle médecins, pharmaciens, infirmières et aides-soignants.

Mots-clés :

Candidose buccale, Inflammation muqueuse, Audit clinique

Références bibliographiques :

Recommandations pour la pratique clinique : Nice - Saint-Paul-De-Vence 2009 "soins de support".

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Pratiques de pharmacie clinique dans un CRLC : recueil et analyse des interventions pharmaceutiques lors de la validation des chimiothérapies

Auteurs :

B. Bertrand, K. Bekhtari, F. Pinguet

Pharmacie, Crlc Val d'Aurelle - Paul Lamarque, Montpellier

Résumé :

Contexte :

Toutes les prescriptions de chimiothérapie de notre Centre Régional de Lutte contre le Cancer sont validées pharmaceutiquement afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique, garantir l'efficacité du traitement et prévenir la iatrogénie. L'analyse pharmaceutique mène à la formulation d'interventions pharmaceutiques (IP).

Objectif :

L'objectif de cette étude est d'analyser ces IP afin d'améliorer nos pratiques.

Matériels et méthodes :

Les IP ont fait l'objet d'un recueil prospectif et exhaustif durant cinq semaines entre septembre et octobre 2011 à l'aide d'une fiche standardisée élaborée à partir du modèle proposé par la Société Française de Pharmacie Clinique. L'analyse des IP comportait l'identification du problème détecté, la description de la modification proposée, l'évaluation de l'impact clinique potentiel et le devenir de l'intervention.

Résultats :

Durant cette période, 48 IP ont été répertoriées pour un total d'environ 1800 prescriptions (2,7 %). Le motif principal d'intervention est à 34,9 % le manque d'une donnée biologique ou clinique ; 18,6 % des cas sont des surdosages, 7,0 % des sous-dosages, 16,3 % une utilisation hors référentiel ou le choix d'un mauvais protocole, 14,0 % des problèmes liés aux modalités d'administration et 7,0 % de contre-indications. Les propositions pharmaceutiques correspondent aux problèmes rencontrés : 35,0 % concerne une demande de réalisation d'un examen complémentaire, 20,0 % une adaptation de posologie, 20,0 % un changement de protocole, 7,5 % une proposition d'arrêt du traitement et 5,0 % une optimisation des modalités d'administration. Dans 79 % des cas l'erreur a été estimée critique pour le patient et toutes les IP ont été acceptées par les médecins après transmission orale.

Conclusion :

La prescription informatisée selon des protocoles définis à l'avance encadre les prescriptions de chimiothérapie mais ne permet pas de prévenir toutes les erreurs médicamenteuses, parfois dues à la complexité des logiciels, dont la validation est un acte essentiel lors de son acquisition. Les relations privilégiées entre médecins et pharmaciens constituent un atout majeur pour l'efficacité de la prise en charge des patients. Le rôle du pharmacien est primordial pour la maîtrise de ces molécules à forte toxicité et l'utilisation des logiciels de prescription.

Mots-clés :

Pharmacie clinique, Intervention pharmaceutique, Chimiothérapie

Références bibliographiques :

Bright JM and Tenni PC. The clinical services documentation (CSD) system for documenting clinical pharmacists' services. Aust, J Hosp Pharm, 2000. 30 (1) : 10-15.

Conort O, Bedouch P, Juste M, Augereau L, Charpiat B, Roubille R, Allenet B. Validation d'un outil de codification des interventions de pharmacie clinique. J Pharm Clin, 2004. 23 (3) : 141-7.

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

Arrêt de commercialisation du Phosphoneuros : Quelles alternatives ?

Auteurs :

E. Gantois, J. Giraud, F. Marçon

Pharmacie, CHU Amiens Nord, Amiens

Résumé :

Contexte :

A la suite de l'arrêt de commercialisation du Phosphoneuros (Bouchara-Recordati) indiqué notamment dans le rachitisme hypophosphorémique et à la demande des services cliniques, une solution d'acide phosphorique a été réalisée.

Objectif :

Afin de pallier temporairement ce manque, une solution d'acide phosphorique a été réalisée. Cette solution est connue sous le nom de potion de Joulié.

Matériels et méthodes :

L'apport de phosphore élément a été obtenu par mélange de sels de phosphate, tamponné à pH 6,3, sans conservateur. La stérilisation a été effectuée par autoclavage (121°C / 15 mn) dans le conditionnement final, des flacons en verre type I de 100 mL. Le contrôle de la solution a été obtenu par la réalisation d'une courbe de titrage potentiométrique.

Résultats :

La potion de Joulié est composée de 17 g d'acide phosphorique officinal, de 34g de phosphate disodique anhydre complété à 250 mL par de l'eau versable stérile. Le pH est alors égal à 6,35. La quantité de soude ajoutée entre 2 sauts de pH correspond à la quantité de phosphore présent dans la prise d'essai. Une prise d'essai de potion de Joulié, acidifiée à pH 2,3, et titrée par de la soude molaire a permis de déterminer une concentration en phosphore élément conforme.

Le dosage par une méthode spectrométrique UV en présence d'un réactif phosphomolybdique a également été réalisé mais la dilution au 1/500e nécessaire entraînait une étape incompatible avec le dosage analytique. Ici, l'utilisation du phosphate disodique, provoquant un apport sodé, doit être prise en compte dans la prescription afin d'éviter les effets indésirables.

Conclusion :

La potion de Joulié, facilement réalisable et dosable, se positionne comme une alternative thérapeutique satisfaisante, en l'absence d'une autre alternative valable. Au regard de la consommation des services, il serait judicieux d'en faire une spécialité industrielle.

Mots-clés :

Potion de Joulié, Phosphoneuros, Solution buvable

[Retour vers SOMMAIRE](#)

Titre :

La réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures : un problème de traçabilité !

Auteurs :

M. Harry, C. Charpentier, C. Nowak, I. Baudin

Pharmacie, CH Angoulême, Saint Michel

Résumé :

Contexte :

Dans une démarche qualité, la commission des anti-infectieux réalise chaque année une évaluation des pratiques professionnelles concernant la réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures. En 2011, nous avons procédé à cette analyse en chirurgie viscérale.

Objectif :

Le but de cette initiative est de réaliser un indicateur qualité pour l'antibiothérapie dans les services médicaux de notre établissement.

Matériels et méthodes :

Pour cette évaluation, nous utilisons les sept critères de la grille d'évaluation de la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) qui comprend la justification de l'antibiothérapie, le délai entre le début de la prescription de l'antibiothérapie et la réévaluation, l'efficacité au vu des paramètres cliniques et paracliniques, l'interprétation de l'antibiogramme... Un relevé des prescriptions d'antibiotiques sera effectué sur une période d'une semaine.

Résultats :

18 patients ont été inclus dans cet audit. Au niveau du dossier médical, nous retrouvons dans 84 % des cas la justification de l'antibiothérapie mais pour les autres items, le taux de satisfaction est compris entre 5 et 16 %.

Discussion :

Au vu de ces résultats médiocres, nous avons décidé de créer au niveau du dossier informatisé de chirurgie viscérale, une fiche qui reprend les critères de la grille à cocher afin de cibler au mieux les éléments à recueillir pour concrétiser une évaluation de l'antibiothérapie selon la SPILF. Ce dispositif sera évalué afin de démontrer si cette action permet aux médecins de répondre aux exigences d'une prescription d'antibiothérapie en leur monopolisant le moins de temps possible.

Mots-clés :

Indicateur qualité, Audit médical, Antibiothérapie

[Retour vers SOMMAIRE](#)

INDEX DES AUTEURS

Les chiffres correspondent aux numéros des pages

Cliquer sur le numéro de page pour avoir accès directement au résumé

Abdallah.....	131	Beret.....	135
Achour.....	102	Bergon.....	102
Alary.....	47	Bergua.....	32
Alawwa.....	41	Bernard.....	66, 91
Alberto.....	66	Berthe-Aucejo.....	161
Albin.....	117	Bertrand.....	35, 37, 38, 44, 163, 164
Allemand.....	158	Bervin.....	98
Allenet.....	95	Bettaieb.....	132
Alloux.....	97	Betton.....	135
Aoufi.....	101	Beuchard.....	94
Ardillon.....	57	Bichard.....	67
Arnaud.....	72	Billon.....	64, 73
Arnoux.....	141	Bimont.....	150
Arrault.....	72	Birmelé.....	152
Artur.....	154, 156	Bizieux.....	49
Asfari.....	104	Blanchemain.....	27
Athouel.....	81	Blanchet.....	26
Aubert.....	29, 41	Bloch.....	65, 125
Auclair.....	144	Blondeau.....	18
Azzopardi.....	152	Blondiaux.....	134
Baba-Aïssa.....	31	Blot.....	61
Baccouch.....	23	Bohand.....	93
Balez.....	110	Bohatier.....	70
Barbault-Foucher.....	125	Boissel.....	123
Barbier.....	85, 99	Bonenfant.....	121
Barreteau.....	65	Bonneville.....	79, 141
Barteau.....	57	Bontemps.....	24
Barthelot.....	47	Bontour-Lebon.....	35
Barthier.....	125	Borgnis-Desbordes.....	108
Barthod.....	67	Boschetti.....	63, 85
Basso Boccabella.....	140	Bosi.....	158
Bastide.....	56	Boucher.....	161
Baudet.....	138	Boudemaghe.....	16
Baudin.....	55, 166	Boudeweel.....	131
Baudon-Lecame.....	27	Bouffart.....	22
Bauer.....	100	Bouguéon.....	25
Bauler.....	30,48	Bouix.....	128
Baussant.....	20	Boukerfa.....	102
Beauplet.....	27	Boulet.....	102
Beaussart.....	18	Boumaza.....	144
Bedrossian.....	93	Bourdalin.....	24
Bekhtari.....	164	Bourdon.....	161
Ben Tili.....	132	Bourges.....	33
Bendoucha.....	19, 162	Bourguignon.....	61, 80, 97, 127
Benjeddou Annabi.....	91	Bourquencier.....	159
Benosman.....	101	Bourrienne.....	32
Benzengli.....	74, 75, 76	Bouteiller.....	109, 111

Boyer.....	70	Civade.....	50
Bozec.....	108	Clays.....	27
Bredeau.....	17	Clerc.....	51, 68, 122
Breton.....	69, 142	Clevers.....	117
Breuker.....	145	Cochard.....	112
Brice.....	137	Cohen.....	35, 80
Brion.....	89, 161	Collomp.....	110
Brouard.....	26	Colombe.....	27, 144
Brousseau.....	68	Commun.....	45, 84
Brunel.....	104	Comte.....	121
Brutel.....	30, 48	Contini.....	68
Brzezinski.....	18	Cool.....	56
Bukato.....	19, 162	Coquet.....	24
Cadart.....	109, 111	Cornut.....	128
Callaert.....	119	Corny.....	138
Calmels.....	133	Couillard.....	119
Camus.....	93	Cournede.....	139, 149
Camus-Piszez.....	52, 88	Coussemacq.....	29
Can.....	74	Coutet.....	24
Canchon.....	59	Couttenier.....	136
Capèle.....	134	Couturier.....	90, 92
Capelle.....	129	Crégut-Corbaton.....	58
Caron.....	60	Crépin.....	157
Carpenet.....	139	Cuny.....	125
Carpentier.....	130	d'Alteroche.....	52
Cartan.....	81	Damiens.....	136
Cathebras.....	104	Dangin.....	70
Caussin.....	117	Daniel.....	68
Cerezat.....	119	Dantin.....	105
Cestac.....	56	Daouphars.....	117
Cézard.....	77	Darrouzain.....	96, 152
Chabbert.....	52, 88	Darsonval.....	51, 68, 122
Chabi.....	60	Dauphin.....	26
Chamoux.....	108	Dazzi.....	155
Champier.....	37, 38	de Barry.....	151
Chanat.....	89	de Bouët du Portal.....	142
Chanoine.....	24	Debry.....	143
Chaouch.....	43	Décaudin.....	23, 137
Chapelle.....	25	Delaborde.....	86
Chapotte.....	122	Delacroix.....	122
Chardon.....	34	Delage.....	117
Charpentier.....	55, 166	Delatte.....	79, 141
Chasseuil.....	96, 152	Delfosse.....	121
Chaumard.....	97	Delfour.....	85
Chauny.....	161	Dell'Ova.....	145, 151
Chaussinand.....	30	Delmotte.....	65
Chayé.....	60	Delom.....	155, 158, 160
Chenot.....	99	Demange.....	36
Cherif.....	153	Demesmay.....	129
Cherrier.....	52	Demoré.....	63, 85
Cheru.....	117	Derharoutunian.....	30, 48
Chopineau.....	70, 86	Derome.....	136
Cirot.....	71	Des Champs-Bro.....	137
Cirotteau.....	108	Desbuquois.....	157

Develay.....	47	Fourtelier.....	24
Devetakov.....	160	Fournier.....	20
Devos.....	18	Fourtage.....	92
Devys.....	107	Frayssé.....	82, 83
Dhennain.....	22	Frimat.....	20, 130
Diebold.....	30, 48	Fromont.....	123
Dietemann.....	40	Fuss.....	90, 92
Dieu.....	32, 59, 154, 156	Gabriel Bordenave.....	144
Dinh-Van.....	57	Gadot.....	30, 48
Dinonais.....	157	Gallet.....	78
Dory.....	32	Galtier.....	30, 48
Doucet.....	117	Galvez.....	65, 93
Douet.....	62	Gantois.....	165
Drancourt.....	64, 73	Gari-Toussaint.....	105
Dubart.....	64	Garnier.....	85, 124, 128
Dubret.....	100	Garotta.....	110
Ducastel.....	29, 41	Garreau.....	109, 111
Dumas.....	105	Gasnier.....	149
Dumay.....	115	Gaudy.....	39
Dumazer-Carles.....	78, 155, 158, 160	Gautier.....	64
Duperrin.....	103	Georges.....	47
Dupeyron.....	94	Ghouth-Terki.....	152
Duplissy.....	113, 114	Gibert.....	95
Dupont.....	69	Giesenfeld.....	46, 85
Dupres.....	41	Girard.....	55, 58
Duquaire.....	80	Girardeau.....	63, 85
Duvauchelle.....	157	Giraud.....	149, 165
Duveau.....	74	Gnaoui.....	153
Edme.....	106	Godard.....	117
El Aatmani.....	143	Gonthier.....	126
El Semman.....	101	Gorce.....	56
Emonet.....	69	Gosse.....	87
Eyraud.....	110	Gourieux.....	140, 143
Fabre.....	17, 113, 114, 126	Gousset.....	144
Fabreguettes.....	100, 103, 126	Goutelle.....	97
Fagnoni.....	58, 123	Graff.....	90, 92
Falcon.....	46	Gressier.....	41
Farbos.....	133	Grimandi.....	42
Farcas.....	106	Guerfali.....	153
Farinotti.....	74	Guerrero.....	161
Faucher-Grassin.....	25	Guesdon.....	27
Faucher.....	21	Guglieri.....	158
Fauvelle.....	101	Guignard.....	58, 123
Favier.....	16, 17, 159	Guillain.....	136
Federspiel.....	95	Guillaudin.....	93
Féguéux.....	146	Guillot.....	60
Ferrier.....	31, 115	Guirao.....	26
Fessi.....	19, 82, 83	Guldmann.....	143
Fessier.....	162	Gustin.....	31, 115
Filippi.....	110	Hallouard.....	82, 83
Fior.....	125	Hamdouni.....	43
Floret.....	73	Hamzaoui.....	148
Folliard.....	107	Hansel-Esteller.....	145, 151
Foroni.....	95	Harnois.....	69

Harry.....	166	Lanoué.....	142
Harzallah.....	43	Laporal.....	98
Hasseine.....	105	Laporte.....	72
Hehn.....	37, 38	Larant.....	117
Hellot-Guersing.....	30, 48	Lardeux.....	51
Henn-Ménétré.....	99	Largeron.....	34
Heran-Michel.....	113, 114	Lazarotti.....	123
Heurdier.....	110	Lê.....	76
Hili.....	153	Le Gonidec.....	74
Hochart.....	22, 89	Le Joubioux.....	130
Houot.....	72	Le Marec.....	65
Huchon-Bécel.....	74, 75, 76	Le Priol.....	81
Huguenny.....	58	Le Reste.....	108
Humeau.....	94	Le Roux.....	107
Huon.....	100, 103	Le Tiec.....	138
Husson.....	69	Le Verger.....	39
Imperaire-Boronad.....	110	Lebegue.....	144
Irani.....	74, 75, 76	Lecouffe.....	134
Jabaud-Gazin.....	88	Leenaert.....	27
Jacob.....	65	Lefrant.....	47
Jacob-Corazza.....	128	Legeay.....	107, 122
Jacquemoire.....	145, 146	Léger.....	81
Jacques-Terracol.....	39	Léglise.....	74, 75, 76
Jacquot.....	79, 141	Legros.....	23
Jalabert.....	151	Lejars.....	150
Jameleddine.....	132	Lelay.....	143
Jandard.....	93	Lemarignier.....	129
Jarre.....	30, 48	Lemée.....	57
Jaskowiec.....	21	Lemoigne.....	95
Javerliat.....	87, 139	Leroy.....	61, 80, 127
Jezequel.....	100, 103, 126	Lescure.....	27
Jolly.....	45	Leynia de la Jarrige.....	107
Joseph.....	68	Liebe.....	19, 162
Jost.....	149	Lieutier.....	105
Jouannet.....	86	Loeuillet.....	20
Joulie.....	148	Loizeau.....	42
Juste.....	109, 111	Louis.....	62
Kabirian.....	101	Louvrier.....	22
Kalimouttou.....	131	Lucas-Daver.....	105
Kamoun.....	153	Luciani.....	61, 127
Kersuzan.....	49	Macrez.....	72
Kinowski.....	16, 47	Mahieux.....	88
Klasen.....	125	Mahjoub.....	43
Klosowski.....	130	Maillan.....	149
Labrosse.....	95	Maillé.....	44
Labrude.....	45, 84	Maillet.....	36
Laffont.....	64, 73	Maire.....	97
Lagarde.....	149	Malbranche.....	58
Lajoinie.....	80	Malot.....	95
Lamarre.....	24	Mangerel.....	109, 111
Lambert.....	135	Marçon.....	165
Lançon.....	74	Marighetto.....	60
Langouet.....	88	Marias.....	16, 17
Lannoy.....	18	Martel.....	60

Martin.....	70, 157	Perrier.....	163
Martinet.....	73	Perrier-Cornet.....	74, 75, 76
Martinot.....	129	Perrin.....	160
Massé.....	60	Pfalzgraf.....	86
Matanza.....	82, 83	Piau.....	133
Mathieu-Nolf.....	77	Pichard.....	126
Mathiot.....	116, 120	Pilliez.....	147
Matis.....	135	Pinguet.....	163, 164
Maurel.....	163	Pinier.....	51
May.....	46, 63, 70, 85, 99	Pinturaud.....	23
Méchin.....	33, 112	Plocco.....	71
Mérault.....	98	Poignon.....	36
Meunier.....	150	Poirée.....	105
Michel.....	31, 84, 85, 115, 119	Poisson.....	53
Milhavet.....	44	Pollet.....	147
Minischetti.....	66	Pomies.....	133
Mondain.....	105	Ponce.....	49
Monnet.....	119	Ponrouch.....	146
Monnier.....	104	Pont.....	24
Montserrat-Clauzel.....	143	Potelle.....	41
Monzat.....	74	Poujol.....	47
Moquay.....	22	Poullain.....	21, 119
Moreau.....	136	Pouyaban.....	62
Morère.....	68	Priou.....	71
Morin.....	50	Prot-Labarthe.....	161
Mounier.....	106	Provôt.....	150
Mounsef.....	104	Pulcini.....	105
Mouries.....	124	Quatremarre.....	154, 156
Naveau.....	81	Quillard.....	87
Nebout.....	60	Quillet.....	42
Nevado.....	139	Rabot.....	152
Neyron de Méons.....	40	Raignoux.....	53
Nianzou.....	59	Rambourg.....	146
Nicolas.....	110	Ramon.....	112
Noceto.....	155	Ratsimbazafy.....	87
Nollet.....	121	Raybaut.....	53
Nowak.....	166	Raynaud.....	114
Nuiry.....	40	Razgallah Khrouf.....	153
Odou.....	18, 23, 137	Reboul.....	78
Olivier.....	42	Remetter.....	140
Orbie.....	130	Remy.....	117
Ordekyan.....	70	Renard.....	135
Oufella.....	100, 126	Renoult.....	96
Paillet.....	93	Renzullo.....	24
Paillet-Testart.....	54	Rerolle.....	139
Paintaud.....	96, 152	Résibois.....	118
Paix.....	20	Révillon.....	117
Papon.....	161	Rio.....	130
Passemard.....	140	Rioufol.....	82, 83
Paumier.....	147	Rivoal.....	49
Pegoud.....	149	Robein-Dobremez.....	91
Pelletier.....	32, 116, 120	Roberge.....	144
Penaud.....	24	Robert.....	147
Périchou.....	40	Robin.....	86

Rocatcher.....	33, 112	Tesmoingt.....	72
Rocca.....	56	Thébault.....	21, 119
Roch-Torreilles.....	146	Théry.....	118
Rocquain.....	78, 155, 158, 160	Thibault.....	94
Rodriguez.....	38	Thielemans.....	137
Rolain.....	17	Timoumi.....	153
Roncalez.....	129	Tiret.....	154, 156
Rossi.....	147	Tisserand.....	57
Rouayroux.....	136	Tissot.....	67
Roubille.....	30, 48	Toft.....	50
Rougeot.....	67	Toledano.....	49
Roux.....	86	Tollec.....	71
Rucart.....	86	Toromanoff.....	144
Ruiz.....	21	Tourel.....	16
Rusu.....	38	Tournamille.....	142
Sagot.....	58	Tournebize.....	44
Sainfort.....	34	Tournier.....	78
Saint-Lorant.....	27	Trigory.....	99
Savary.....	131	Trouiller.....	91
Schocher.....	142	Tubiana-Mathieu.....	149
Secq.....	118	Uhart.....	61, 80, 127
Segard.....	64, 73	Valendru.....	37
Sehet-Haupais.....	102	Valery.....	149
Senis.....	64, 73	Valle.....	79, 141
Seron.....	62	Vary.....	34
Silvain.....	134	Vasseur.....	23
Simon.....	16, 137, 159	Veit.....	74
Sinègre.....	53	Verryser.....	136
Socha.....	46, 85	Veyret.....	117, 119
Sorrieul.....	81	Viard.....	67, 124
Souilah.....	132	Vidal.....	26
Staumont-Sallé.....	18	Vié.....	50, 124
Stehle.....	62	Viel.....	17
Stolidi.....	158	Vigo.....	113
Stoll.....	52	Villeneuve.....	88
Storme.....	89	Villerbu.....	102
Suzzoni.....	150	Virrion.....	158
Taburet.....	138	Vivien.....	42
Talbert.....	37, 38	Vonna.....	109, 111
Talla.....	56	Vu Thanh.....	112
Tatem.....	98	Weber.....	70
Te Bonle.....	93	Wibaux.....	41
Telhig.....	132	Zaibi.....	153
Tempier.....	86	Zawadzki.....	22
Tenga.....	154, 156	Zecchini.....	66
Ternant.....	152		

INDEX DES ETABLISSEMENTS

Les chiffres correspondent aux numéros des pages

Cliquer sur le numéro de page pour avoir accès directement au résumé

Agence Générale des Equipements et Produits de Santé, Paris.....	53	CH Dunkerque.....	118
Anap, Paris 13ème.....	56	CH Edmond Garcin, Aubagne.....	78, 155, 158, 160
APHP - GH Saint-Louis Lariboisière Fernand-Widal (Site Fernand-Widal), Paris.....	65	CH François Tosquelles, Saint Alban sur Limagnole.....	148
APHP - Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt.....	35	CH Le Mans.....	81
APHP - Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre.....	138	CH Lucien Hussel, Vienne.....	30 , 48
APHP - Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris.....	72	CH Lyon Sud, Lyon.....	82, 83
APHP - Hôpital Cochin, Paris.....	26	CH Marc Jacquet, Melun.....	52, 88
APHP - Hôpital Joffre-Dupuytren - GH Henri-Mondor, Draveil.....	74, 75, 76	CH Pierre Oudot, Bourgoin-Jallieu.....	24
APHP - Hôpital Robert Debré, Paris.....	89, 161	CH Poitiers.....	25
ARS Auvergne, Clermont-Ferrand.....	70	CH Remiremont.....	36
ARS Ile de France, Paris.....	74	CH Roubaix.....	29, 41
Association François Aupetit, Nice.....	110	CH Saint Denis.....	37, 38
Atih, Lyon.....	54	CH Saint Jean, Perpignan.....	113, 114
Centre Henri Becquerel, Rouen.....	117	CH Tourcoing.....	22
Centre Médicochirurgical de Kourou, Guyane Française.....	57	CH Villefranche-sur-Saône.....	24
CH Abbeville.....	157	CH William Morey, Chalon-sur-Saône.....	24
CH Alès.....	128	Chai, Saint-Égrève.....	66
CH Angoulême, Saint Michel.....	55, 166	CHI Créteil.....	21, 119
CH Annonay.....	34	CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil, Saint-Aubin-Lès-Elbeuf.....	131
CH Armentières.....	121	CHI Eure-Seine, Évreux.....	102
CH Arpajon.....	49	CHI Robert Ballanger, Aulnay-Sous-Bois.....	126
CH Auban-Moët, Épernay.....	109, 111	CHR Orléans.....	71
CH Bar-Le-Duc.....	79, 141	CHR Thionville.....	31, 115
CH Béthune.....	64, 73	CHRU Brest.....	108
CH Blois.....	69	CHRU Lille.....	18, 23, 64, 77, 137
CH Cadillac.....	60	CHRU Montpellier.....	44, 62
CH Compiègne.....	162	CHRU Montpellier - Hôpital Saint-Eloi, Montpellier.....	145, 146
CH Côte de Lumière, Olonne-sur-Mer.....	94	CHRU Montpellier - Lapeyronie, Montpellier.....	145, 151
CH Cote de Lumière, Sables-d'Olonne.....	94	CHRU Tours.....	96, 152
CH Dieppe.....	33, 112	CHRU Tours - Cnrs Umr 7292 Gicc, Tours.....	152
CH Douai.....	136	CHRU Tours - Hôpital Bretonneau, Tours.....	142
CH du Dr Schaffner, Lens.....	20, 130	CHRU Tours - Hôpital Clocheville, Tours.....	150
		CHS Caen.....	144

CHU Amiens Nord.....	165	Epsm, Novillars - Besançon.....	67
CHU Amiens Sud.....	157	GH Saint-Vincent, Clinique Sainte-Anne, Strasbourg.....	90, 92
CHU Angers.....	51, 68, 122	GHI le Raincy Montfermeil, Montfermeil.....	101
CHU Caen.....	27	HIA Percy, Paris.....	93
CHU Caremeau, Nîmes.....	16, 17, 47	Hôpital Antoine Bécclère, Clamart.....	125
CHU Clermont-Ferrand.....	70, 86	Hôpital Charolles, Charolles.....	116, 120
CHU Dijon.....	58, 123	Hôpital Cœur du Bourbonnais, Tronget.....	116, 120
CHU Grenoble.....	91, 95	Hôpital D'El Alia, Tunis, Tunisie.....	132
CHU Limoges.....	87	Hôpital du Val du Madon, Mirecourt.....	159
CHU Limoges - Hôpital Dupuytren, Limoges.....	139, 149	Hôpital Henri Ey, Paris.....	106
CHU Nancy.....	45, 84	Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie.....	153
CHU Nancy - Hôpital Brabois Adultes, Metz.....	46	Hôpital Robert Ballanger, Aulnay Sous Bois.....	100, 103
CHU Nancy - Hôpital Brabois Adultes, Nancy.....	46	Hôpital Trousseau, Tours.....	39
CHU Nancy - Hôpital Brabois Adultes, Vandœuvre-Lès-Nancy.....	63, 141	Hôpitaux Civils de Colmar, Colmar.....	129
CHU Nancy - Hôpital Brabois, Vandœuvre-Lès-Nancy.....	99	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg.....	135, 140, 143
CHU Nancy, Vandœuvre-Lès-Nancy.....	85	Hospices Civils de Lyon - Hôpital Antoine Charial - GH Gériatrique, Lyon.....	97
CHU Nantes.....	42	Hospices Civils de Lyon - Hôpital Pierre Garraud - GH Gériatrique, Lyon.....	97
CHU Nice.....	105	Hospices Civils de Lyon, Francheville.....	61, 80, 127
CHU Nice - Hôpital L'Archet, Nice.....	110	Hospices Civils de Lyon, Saint-Genis Laval.....	80
CHU Nîmes - Centre d'Évaluation et Traitement de la Douleur, Nîmes.....	17	Ico Paul Papin, Angers.....	107
CHU Pap/Abymes, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe.....	98	Inserm U1066, Iris, Angers.....	107
CHU Rouen.....	32	Institut M.T Kassab d'Orthopédie, Tunis, Tunisie.....	132
CHU Rouen - Hôpital Charles Nicolle, Rouen.....	59, 154, 156	Omedit Centre, Tours.....	142
CHU Sahloul Sousse, Tunisie.....	43	Omedit Haute Normandie, Rouen.....	117
CHU Saint-Etienne.....	40	Omedit Poitou-Charentes, Poitiers.....	25
CHU Saint-Etienne, Saint Priest en Jarez.....	104	Pôle Libéral de Santé Publique, Haute Normandie, Val de Saane.....	117
CHU Toulouse.....	124	Réseau Onco-Normand, Haute Normandie, Sotteville-Lès- Rouen.....	117
CHU Toulouse - Hôpital Purpan, Toulouse.....	50	Université d'Auvergne, Faculté de Chirurgie Dentaire, Clermont-Ferrand.....	86
CHU Toulouse - Hôpital Rangueil, Toulouse.....	56, 133	Université de Bourgogne, Inserm Ea4184, Dijon.....	123
Clinique Mathilde, Rouen.....	117	Université Lyon 1, Lyon.....	82, 83
Conseil de l'Ordre des Pharmaciens, Haute Normandie, Rouen.....	117	Urps Gard, Pharmacie de l'Abbaye, Alès.....	128
Cric Val d'Aurelle - Paul Lamarque, Montpellier.....	163, 164	Urps Gard, Pharmacie Garnier, Meynes.....	128
Epsm Agglomération Lilloise, Saint-André-Lez-Lille.....	134	Urps Médecins, Haute Normandie, Rouen.....	117
Epsm Lille Métropole, Armentières.....	147		

INDEX DES MOTS-CLES

Les chiffres correspondent aux numéros des pages

Cliquer sur le numéro de page pour avoir accès directement au résumé

A		B	
Accréditation.....	96	Bévacizumab.....	143, 150
Acétaminophène.....	22	Bilan comparatif des médicaments.....	27
Achats groupés.....	53	Bithérapie.....	118
Acide mycophénolique.....	26	Bon usage.....	29, 36, 50, 102, 105, 128, 151
Administration.....	81, 112, 131	Bon usage des antibiotiques.....	158
Administration par voie orale.....	138	Bon usage du médicament.....	78
Adulte.....	77	Broyage.....	80
Albumine.....	26	C	
Alerte.....	62	Candidose buccale.....	163
Allogreffe.....	146	Capsaïcine.....	17
Ambulatoire.....	117	Carbapénèmes.....	156, 158
AMDEC.....	135	Carence martiale.....	142
Amélioration continue.....	110	Cartographie.....	74
Amélioration de la qualité.....	48, 79	Cathéters multiperforés.....	16
Amélioration qualitative.....	162	Césariennes.....	16
Analgésie.....	16	Chaine du froid.....	140
Analyse pharmaceutique.....	24, 154	Chemin clinique du patient.....	125
Ancillaire.....	37	Chimiothérapie.....	30, 92, 95, 117, 125, 164
Anémie.....	142	Chimiothérapie anticancéreuse.....	90, 92
Antibiothérapie.....	141, 166	Chirurgie cardiaque.....	43
Antibiotiques.....	129, 154	Chronopharmacothérapie.....	116
Antibiotiques temps-dépendants.....	129	Ciblage.....	24
Anticancéreux.....	71	Circuit du médicament.....	57, 74, 121, 134
Antidotes.....	107	Cisplatine.....	119
Antifongiques.....	105	Citalopram.....	144
Antiseptique.....	132	Clopidogrel.....	145
Aphérèse.....	124	Communication.....	64, 109
Appel d'offre.....	52	Comparaison.....	20
Armoires à pharmacie.....	120	Compliance.....	146
Armoires sécurisées.....	19	Compte rendu.....	161
Assurance maladie.....	59	Conciliation thérapeutique.....	121
ATU.....	111	Conditionnement produits.....	65, 79
Audit.....	56, 84, 131, 155, 163	Conditionnement unitaire.....	52, 88
Audit clinique.....	115, 163	Conduite à tenir.....	68
Audit médical.....	56, 166	Conformité.....	141
Automate formes orales sèches.....	19	Connaissances.....	72
Automatisation.....	55, 88, 126, 162	Conservation.....	102
		Consommation d'antibiotiques.....	63

Consommation de morphine.....	45	Equipement et fournitures.....	34
Contamination de médicaments.....	80	Erreur médicamenteuse.....	27, 48, 73, 75, 126
Continuité des soins.....	27	Essai clinique.....	71, 137
Contrat de bon usage.....	85	Etude comparative.....	31, 47, 94
Contrôle.....	85	Etude d'évaluation.....	70
Coût.....	37, 43, 88	Etudes de faisabilité.....	84
Coût du changement.....	37	Evaluation.....	106, 110
Coûts et analyse de coûts.....	87	Evaluation de la prescription des médicaments.....	156
Cytomégalovirus.....	139	Evaluation des pratiques professionnelles.....	98, 114
Cytotoxique.....	89	Evaluation des risques.....	35
<hr/>			
D			
DAI (Défibrillateur Automatique Implantable).....	40	Evaluation économique.....	50
Défaillance de dispositif médical.....	40	Evénement iatrogène médicamenteux.....	70
Degré de troubles.....	101	Examen d'imagerie.....	122
Délivrance nominative.....	19, 75	Exposition professionnelle.....	23
Dextropropoxyphène.....	160	Extravasation de produits diagnostiques ou thérapeutiques.....	149
Diabète.....	157	<hr/>	
Diagnostic.....	57	F	
Dialyse rénale.....	152	Fabrication centralisée.....	45
Dispensation hebdomadaire individuelle et nominative.....	66	Fibroscope.....	41
Dispensation nominative.....	113	Fiche de faisabilité.....	99
Disponibilité.....	64	Formation.....	29, 112, 117
Dispositif de prélèvement.....	30	Formation continue.....	33, 96, 109
Dispositifs médicaux.....	33, 39, 44	Formation en interne.....	137
Dispositifs médicaux implantables.....	32	Formulation.....	86
DJIN.....	85	<hr/>	
Dose Définie Journalière.....	63	G	
Douleur.....	130, 148	Garantie d'assurance.....	40
Douleur neuropathique chronique.....	17	Gériatrie.....	78, 108, 116, 127, 133
Droit.....	82, 83	Gestion continue de la qualité.....	79, 140
<hr/>			
E			
ECG.....	144	Gestion de la pharmacothérapie.....	54, 109
Economie.....	69	Gestion des risques.....	91
Economie de la santé.....	61	Gestion du risque.....	55, 56, 96
Economique.....	20	Gestion information.....	65
Education thérapeutique.....	110, 128	Gliome.....	150
Elément figurés du sang.....	83	Guide.....	107
Emballage de médicament.....	97	Guide de bonnes pratiques.....	137
Enfant.....	77	Guide informatif.....	157
Ephédrine.....	58	<hr/>	
Épirubicine.....	149	H	
Epistaxis.....	143	Homogénéisation.....	92
EPP.....	147	Horaires.....	38
Equipe pharmaceutique.....	33, 50	Hospitalisation.....	103
		Hydrate de chloral.....	122
		Hygiène.....	67
		Hypersensibilité médicamenteuse.....	18

<hr/>	
I	
Iatrogénie.....	61
Immunoabsorption.....	124
Incompatibilité médicamenteuse.....	22
Indicateur.....	105
Indicateur qualité.....	166
Infection.....	67, 132
Inflammation muqueuse.....	163
Information thérapeutique.....	146
Informatisation.....	32
Instruments chirurgicaux.....	42
Insulinothérapie.....	157
Interaction médicamenteuse.....	145, 153
Intervention pharmaceutique.....	36, 151, 154, 164
Intoxication.....	77
Intubation difficile.....	41
IPP.....	145
<hr/>	
L	
Larvothérapie.....	111
Lean management.....	125
Leuco-encéphalopathie multifocale progressive.....	123
Lien ville-hôpital.....	128
Lipides.....	21
Livret.....	107, 108
Logiciel de prescription.....	78, 158, 160
<hr/>	
M	
Maîtrise des coûts.....	66
Maribavir.....	139
Matériaux de suture.....	31
Médicament à visée humanitaire.....	51
Médicament en accès réglementé.....	139
Médicaments non administrés.....	66
Médicaments réfrigérés.....	140
Médico-économie.....	17
Méthode ALARM.....	91
Milieux de culture.....	21
Multirésistance bactérienne.....	156
<hr/>	
N	
Natalizumab.....	123
Néonatalogie.....	135
Néphrectomie.....	39
Neuroleptique.....	147
Niveaux d'interaction.....	153
<hr/>	
Non administration.....	90, 95
Non verbalisant.....	148
Nouveau-né.....	130
Nutrition artificielle.....	98
Nutrition parentérale.....	21, 91, 131, 135
<hr/>	
O	
Obtention.....	51
Odontologie.....	86
OMEDIT.....	25
Oncologie.....	142
Oncologie médicale.....	149
Optimisation.....	68
Optimisation des pratiques.....	93
Optimisation thérapeutique.....	133
Ordonnances.....	25
Organisation.....	38, 72
Outil de formation.....	46
Outil informatique.....	63
<hr/>	
P	
PAC.....	118
Pansements.....	36
Pédiatrie.....	124, 136, 138, 150
Perception.....	120
Perfusion.....	29
Perfusion continue.....	129
Perfusions intraosseuses.....	44
Personnel infirmier.....	103
Personnes âgées.....	101
Pharmacie clinique.....	164
Pharmacie d'hôpital.....	87, 97, 159
Pharmacie hospitalière.....	76
Pharmacien clinicien.....	151
Pharmacocinétique.....	152
Pharmacoeconomie.....	47, 54, 89
Pharmacothérapie.....	104
Pharmacovigilance.....	62, 64, 144
Phénytoïne.....	22
Phosphoneuros.....	165
Photosensibilisation.....	102
Pipettes.....	73
Pluridisciplinarité.....	100
Pneumopathie.....	49
Poche.....	92

Polychondrite.....	104	Retrait de lot.....	62
Potentiel des anticholinergiques.....	101	Retrait du marché.....	160
Potion de Joulié.....	165	Rétrocession.....	59
PPH.....	155	Réunions de concertation pluriprofessionnelles.....	60
Prématurité.....	98	Revue des pratiques de prescription.....	115
Prémédication.....	122	Risque.....	24, 74, 75, 119
Préparation.....	90, 95	Robot chirurgical.....	39
Préparation de canal radiculaire.....	86	Rôle du pharmacien.....	111
Préparation de médicament.....	23, 80, 84	Rythme d'administration.....	116
Préparation des doses.....	136		
Préparation des doses à administrer.....	81	S	
Préparation médicamenteuse.....	18	Saccharose.....	130
Préparations coliques.....	94	Santé.....	23, 148, 159
Préparations pharmaceutiques.....	87	Santé au travail.....	23
Prescription inappropriée.....	138	Santé mentale.....	148
Prescriptions.....	153	Sclérose en plaques rémittente-récurrente.....	123
Prévention.....	49, 67	Sécurisation.....	30, 57, 58, 93, 112, 121, 126, 134
Prion.....	34	Sécurisation circuit médicament.....	65
Prise en charge personnalisée du patient.....	56	Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse...46, 108	
Procédure.....	73	Sécurisation médicale.....	113
Procédure d'appel d'offres.....	42, 53	Sécurisation prise en charge médicale.....	114
Processus de soins en santé.....	106	Sécurité.....	35, 69, 71
Prothèse de hanche.....	37	Sécurité du patient.....	48, 162
Protocoles de dilution et d'administration.....	129	Sécurité sanitaire.....	76
Psychiatrie long séjour.....	60	Seringues de morphine.....	45
Psychoanaleptiques.....	133	Seringues orales.....	136
PUI.....	82	Seringues pré-remplies.....	58
		Service d'information sur le médicament.....	127
Q		Service pharmaceutique.....	159
Qualité.....	89, 119, 120	Services non informatisés.....	113
Qualité administration.....	114	Soin.....	132
		Soins aux malades en phase critique.....	47
R		Solution buvable.....	165
Radiopharmaceutiques.....	53	Sorafénib.....	26
Radiopharmacie.....	82, 83	Sortie du patient.....	25
Réanimation cardiopulmonaire.....	44	Stérilisation.....	34, 35, 38, 42, 155
Recommandations de bon usage.....	81	Suivi thérapeutique pharmacologique.....	61
Réconciliation.....	161	Sujet âgé.....	70, 115
Reconditionnement unitaire.....	93	Sujet âgé dément.....	147
Réévaluation.....	118	Surcoût.....	52
Réévaluation de traitement.....	60	Système d'information hospitalier.....	54
Référencement.....	94	Système distribution médicaments.....	97
Référentiel.....	141	Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments.....	55, 69
Référents anti-infectieux.....	100		
Réglementation.....	51		
Remboursement.....	59		

<hr/>	
T	
Techniques de suture.....	31
Télangiectasie hémorragique héréditaire.....	143
Température.....	68
Test de remplissage aseptique.....	20
Tests cutanés allergologiques.....	99
Thérapeutique.....	161
Thésaurus.....	99
Tocilizumab.....	104
Toxicité des médicaments.....	127
Toxidermie.....	18
Traçabilité.....	32, 46
Traitement personnel.....	103, 134
<hr/>	
U	
Ultra fast track.....	43
Usage unique.....	41
<hr/>	
V	
Validation pharmaceutique.....	100, 106
Vancomycine.....	152
Ventilation mécanique.....	49
Vigilances.....	72
Visiteur médical.....	76