

HOPIPHARM

STRASBOURG • 2020

COMMUNICATIONS

SOMMAIRE

Les auteurs correspondants sont signalés par *

COMMUNICATIONS ORALES

CIRCUIT DU MEDICAMENT

NUMERO : 000123

La simulation numérique est-elle adaptée à l'acquisition de connaissances en cancérologie ?
Laplagne S.[(1)], Nardone P.[(2)], Feïstl P.[(3)], Levesque M.[(4)], Rodier S.[(2)], Bobay-Madic A.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Robert Bisson, Lisieux
[(2)] Pharmacie, CHI Alençon-Mamers, Alençon
[(3)] Pharmacie, Centre François Baclesse, Caen
[(4)] IFSI Lisieux, Lisieux

NUMERO : 000219

Patient atteint d'hémophilie en service d'orthopédie : comment améliorer le suivi des facteurs anti-hémophiliques ?
Quenardel A.[(1)], Chambault R.[(1)], Adé M.[(1)], Cestac P.[(2)], Jouglen J.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Toulouse – Hôpital Purpan, Toulouse
[(2)] Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMéDiMS), CHU Toulouse, Toulouse

NUMERO : 000304

Une pharmacie éphémère sécurisée pour les Jeux Olympiques de la Jeunesse 2020 : quels défis ?
Ratsimalahelo N.*[(1)], Hirschi B.[(1)], Perrottet N.[(1)], Devaud J. C.[(1)], Tercier S.[(2)], Sadeghipour F.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHUV CH universitaire vaudois, Lausanne, Suisse
[(2)] Consultation multidisciplinaire sport adolescents, hospitalisation appareil locomoteur, CHUV CH universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

NUMERO : 000327

Comment adapter le référencement à l'hôpital des bronchodilatateurs inhalés afin d'optimiser la prise en charge du patient ?
Drivet E.[(1)], Bertrand B.*[(1)], Grisinger T.[(2)], Grosse P.-Y.[(1)], Condé S.[(1)], Astolfi M.[(3)], Roos J.[(1)], Wereszczynski N.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Grasse, Grasse
[(2)] Pharmacie, Centre Antoine Lacassagne, Nice
[(3)] Oncopharma, Hôpital Privé Arnault Tzanck Mougins Sophia Antipolis, Mougins

PHARMACIE CLINIQUE ET PHARMACOCINETIQUE

NUMERO : 000010

La conciliation médicamenteuse comme outil de sécurisation du parcours patient en chirurgie : quelle méthodologie optimale ?
Hamm M.*[(1)], Peytral J.[(1)], Aliamus V.[(2)], Célérier C.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Réunion, Saint-Pierre
[(2)] Département d'information médicale, CHU Réunion, Saint-Pierre

NUMERO : 000103

Suivi des interventions pharmaceutiques émises dans le cadre du déploiement du bilan partagé de médication (BPM) en Occitanie : Etude BIMEDOC régionale

Qassemi S.*(1), Roland C.(1), Choukroun C.(2), Cambon A.(1), Pages A.(3), Serre A.(2), Raissiguier P.-A.(1), Garnier V.(4), Kinowski J.-M.(2), Mccambridge C.(5), Cool C.(5), Cestac P.(6)

(1) Pharmacie, Reipo, CHU Toulouse, Toulouse
(2) Pharmacie, CHU Nîmes - Hôpital Carémeau, Nîmes
(3) Pharmacie, CHU Toulouse, Toulouse
(4) Pharmacie, URPS LRMP, Montpellier
(5) Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Purpan, Toulouse
(6) Pharmacie clinique, CHU Toulouse, Toulouse

NUMERO : 000173

Pertinence du suivi biologique de l'héparinothérapie chez le patient adulte hospitalisé

Beck M.(1), Le Deroff-Poupeau C.*(2), Potier A.(3), Demoré B.(2)

(1) HU Strasbourg - Hôpital de Hautepierre, Strasbourg
(2) Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy
(3) Pharmacie, U.H.S.I., Vandœuvre-lès-Nancy

NUMERO : 000260

Recueil et évaluation des interactions entre les plantes médicinales, épices, chimiothérapies et immunothérapies lors d'entretiens pharmaceutiques dans un service de pneumologie

Pradie M.(1), Monpagens C.(1), Angapin A.(1), Payrard S.*(1)

(1) Pharmacie, CHU La Réunion - Hôpital Félix-Guyon, Saint-Denis

NUMERO : 000340

Impact de l'insuffisance rénale sur la pharmacocinétique du rivaroxaban dans le traitement des thromboses veineuses profondes : intérêt d'une approche in sillico

Garreau R.*(1), Vogel T.(1), France M.(1), Bourguignon L.(1)

(1) Pharmacie, Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

NUMERO : 000348

Retour d'expérience de l'utilisation d'un Système d'Aide à la Décision Médicale en pharmacie clinique, quel usage peut-on faire de cet outil ?

Robert L.(1), Delannoy-Rousselière C.*(1), Cuvelier E.(1), MUSY E.(1), Decaudin B.(1), Odou P.(1)

(1) Institut de pharmacie, CHU Lille, Lille

NUMERO : 000464

Évaluation des posologies de dapagliflozine chez les patients âgés : apport de la modélisation pharmacocinétique-pharmacodynamique

Garreau R.*(1), Chavel L.(1), France M.(1), Bourguignon L.(1)

(1) Pharmacie, Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

NUMERO : 000497

Bon usage des anticoagulants et antiagrégants plaquettaires en péri-opératoire : le rôle du pharmacien dans les services de chirurgie

Giroux A.(1), Adam H.(1), Noharet-Koenig R.(1), Carmona A.(1), Fouquier B.*(1), Lazzarotti A.(1), Boulin M.(1), Vadot L.(1)

(1) Pharmacie, CHU Dijon, Dijon

PHARMACO-ECONOMIE ET PHARMACOEPIDEMIOLOGIE

NUMERO : 000071

Actions sur la chaîne du froid : quel est l'impact pharmaco-économique 2 ans après ?

Collet C.-E.*[(1)], Marie C.[(1)], Deloison E.[(1)], Saint C.[(2)], Saint-Lorant G.[(1)], Benoist H.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Caen Normandie, Caen
[(2)] Direction qualité et droits des usagers, CHU Caen Normandie, Caen

NUMERO : 000079

Evolution comparée des prescriptions hospitalières et de ville d'antibiotiques générateurs de résistance bactérienne dispensés en officine

Pianov C.[(1)], Siorat V.*[(1)], Degrassat-Théas A.[(1)], Parent-De-Curzon O.[(1)], Paubel P.[(1)]
[(1)] Service évaluations pharmaceutiques et bon usage, APHP - Agence générale des équipements et produits de santé, Paris

QUALITE, GESTION DES RISQUES, VIGILANCE

NUMERO : 000074

Mise en place d'une procédure dégradée pour la fabrication des médicaments anticancéreux dans un centre hospitalier en cas d'indisponibilité du logiciel de gestion du circuit des chimiothérapies

Chegrani G.*[(1)], Perdu E.[(1)], Morin-Légier V.[(1)], Michel G.[(1)], Delplanque R.[(1)]
[(1)] Pharmacie, GH Havre, Le Havre

NUMERO : 000109

Standardisation et sécurisation de la prescription informatisée des PCA (patient controlled analgesia) de morphine en pédiatrie

Mallemont A.*[(1)], Robert M.[(1)], Fuss D.[(2)], Saucez Duquesne M.-O.[(1)], Lottin M.[(3)], Tiret I.[(4)], Morichon E.[(2)], Varin R.[(2)]
[(1)] Pharmacie, CHU Rouen - Hôpitaux de Rouen, Rouen
[(2)] Pôle pharmacie, CHU Rouen, Rouen
[(3)] Pôle pharmacie, CHU Rouen - Hôpitaux de Rouen, Rouen
[(4)] Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

NUMERO : 000251

Accompagner au bon usage de la technique PCA en EHPAD

Pelsez - Rouillé A.[(1)], Arrii M.[(1)], Guedon E.[(2)], Melet L.[(2)], Delesque J.[(2)], Florance I.[(2)], Delavoipière E.[(3)], Bougle C.[(3)], Cherel A.[(3)], Delbende E.[(1)], Monzat D.*[(1)], Lefebvre-Caussin M.[(1)]
[(1)] Omédit, OMéDIT Normandie, Rouen
[(2)] Unité de médecine palliative, CHU Rouen - Hôpital Charles Nicolle, Rouen
[(3)] Omédit, OMéDIT Normandie, Caen

NUMERO : 000302

Médicaments à Haut Risque (MHR): comment les prioriser et les personnaliser par unité de soins ?

Lagarde A.-V.*[(1)], Muller K.[(1)], Orloff M.[(1)], Vanneste A.[(1)], Bellegarde J.[(1)], Al Wazzan N.[(1)], Chaix F.[(1)], Turchi J.[(1)], Ammendola C.[(1)], Carteau De Gubernatis C.[(2)], Heng L. H.[(1)], Collomp R.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Nice, Nice
[(2)] Direction qualité sécurité risque évaluation, CHU Nice, Nice

NUMERO : 000500

Bon usage des antibiotiques : état des lieux en odontologie

Bouillot E.[(1)], Philippe M.[(1)], Bukiet F.[(2)], Lan R.[(2)], Campana F.[(2)], Tardivo D.[(2)], Catherine J. H.[(2)], Bornet C.[(3)], Lambert M.[(1)], Roche M.*[(1)]
[(1)] Service central des opérations pharmaceutiques, APHM, Marseille
[(2)] Pôle odontologie, APHM - Hôpital la Timone, Marseille
[(3)] Pharmacie, APHM - Hôpital la Conception, Marseille

NUMERO : 000505

Analyse pharmaceutique : peut-on booster les performances des internes en pharmacie ? Retour d'expérience d'un centre hospitalier universitaire

Gougeard A.*(1), Fouquier B.(1), Giroux A.(1), Chevalier A.(1), Prudent C.(1), Malbranche C.(1), Lazzarotti A.(1)
(1) Pôle pharmaceutique, CHU Dijon, Dijon

DISPOSITIFS MEDICAUX ET STERILISATION

NUMERO : 000111

Ligamentoplastie : impact de la prise en charge en stérilisation des ancillaires sur le choix d'un fournisseur

Jouvance-Le Bail A.(1), El Hajoui J.*(1), Ruesche L.(2), Grall A.-L.(1), Hamon L.(1)
(1) Pharmacie secteur stérilisation, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes
(2) Pharmacie secteur achats / dispositifs médicaux, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes

NUMERO : 000150

Optimisation du circuit des dispositifs médicaux stériles suite à une cartographie des risques

Orhon P.(1), Roux P.(1), De Freitas D.(2), Andanson-Macchi M.*(1)
(1) Pharmacie, CH Montluçon, Montluçon
(2) Direction de la stratégie et de la communication, CH Montluçon, Montluçon

PREPARATION ET CONTROLES

NUMERO : 000172

Développement et validation d'une méthode analytique pour le dosage des solutions aqueuses du Topotécan

Bello W.(1), Hassan A.(2), Berger-Gryllaki M.(1), Carrez L.(1), Sadeghipour F.*(1)
(1) Pharmacie, CHUV CH universitaire vaudois, Lausanne, Suisse
(2) Ispso - Institut des sciences pharmaceutiques de suisse occidentale, Université de Genève, Genève, Suisse

NUMERO : 000310

Améliorer l'efficience des préparations de médicaments radiopharmaceutiques en dépassant les spécifications du résumé des caractéristiques du produit : exemple du marquage à 20 GBq du sestamibi, impact radiochimique et financier

Bourgmayer M.*(1), Citerne Q.(1), Veran N.(1), Demoré B.(2)
(1) Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy
(2) Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Université de Lorraine, APEMAC, Nancy

E-FORUMS

CIRCUIT DU MEDICAMENT

NUMERO : 000098

Les psychotropes chez l'enfant et l'adolescent : étude des prescriptions hors AMM

Delpeuch A.*(1), Feneon D.(2), Joubert P.(2), Cyrille D.(2), Claveirole P.(2), Noton-Durand F.(2), Sautou V.(1)
(1) Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand
(2) Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

NUMERO : 000099

Sécuriser la préparation et l'administration des médicaments per os au pôle psychiatrie adulte

Delpeuch A.*(1), Seddeki F.(2), Tourtauchaux R.(2), Llorca P.(2), Jalenques I.(2), Sautou V.(1)
(1) Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand
(2) Psychiatrie de l'adulte, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

NUMERO : 000110

Traitement du Purpura thrombotique thrombocytopénique : évolution de la prise en charge des patients après mise à disposition du caplacizumab

Delepine A.[(1)], Korostelev M.*[(1)], Madelaine I.[(1)], Deville L.[(1)]
[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Saint-Louis, Paris

NUMERO : 000143

Reconstitution d'antidotes (ATD) en pré-hospitalier pour la prise en charge des intoxications aux organophosphorés chez l'adulte : état des lieux

Jacolin C.[(1)], Nave V.[(1)], Andanson-Macchi M.[(2)], Meunier A.*[(1)], Dzierwa N.[(1)], Dussart C.[(1)], Le Bagousse A.[(1)]
[(1)] Pharmacie centrale, HCL, Saint-Genis-Laval
[(2)] Pharmacie, CH Montluçon, Montluçon

NUMERO : 000273

L'automédication chez l'adolescent : intervention d'étudiants en soins infirmiers auprès de lycéens

Bausson J.*[(1)], Monteiro M.-C.[(1)], Vergnes C.[(2)], Untereiner C.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Haguenau, Haguenau
[(2)] Institut de formation en soins infirmiers, CH Haguenau, Haguenau

NUMERO : 000356

Essais cliniques interrompus avant leur terme : analyse du registre clinicaltrials.gov

Chavel L.[(1)], Arnaud P.[(1)], Garreau R.*[(1)], France M.[(1)], Bourguignon L.[(1)]
[(1)] Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

NUMERO : 000410

Impact d'un programme de formation continue sur l'acquisition des connaissances par les préparateurs

Mabru E.[(1)], Zavarro A.[(1)], Devaux X.[(1)], Fafi F.[(1)], Alessandra C.[(1)], Lao S.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Sainte-Musse, Toulon

NUMERO : 000475

Le code consolidé numérique, un gain qualitatif, mais à quel prix ?

Rousselle A.[(1)], Verryser F.*[(1)], Cousein E.[(2)]
[(1)] Pharmacie, CH Valenciennes, Valenciennes
[(2)] Pharmacie, CH Valenciennes, Valenciennes

PHARMACIE CLINIQUE ET PHARMACOCINETIQUE

NUMERO : 000064

Peut-on établir un profil pharmaco-thérapeutique type des patients ayant une prescription de contention physique en isolement ?

Colas A.[(1)], Collignon M.[(1)], Rousset B.[(1)], Armand-Branger S.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, Centre Santé Mentale Angevin CESAME, Sainte-Gemmes-sur-Loire

NUMERO : 000090

Evaluation de la Conciliation Médicamenteuse (CM) chez les patients et les professionnels de santé de ville : quels impacts sur la prise en charge du patient ?

Alsamara-Barsa R.[(1)], Bissonnier J.*[(1)], Laurelli F.[(1)], Drouard S.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Agglomération Montargoise, Montargis

NUMERO : 000097

Optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé : développement d'un outil adapte à l'officine base sur la liste « stopp and start » et application en pharmacie

Radjabaly Z.[(1)], Premdjee E.*[(2)]
[(1)] Pharmacie, Faculté de Pharmacie de l'Université Paris-Saclay, Châtenay-Malabry
[(2)] Pharmacie, CH Mayotte, Mamoudzou

NUMERO : 000127

Impact d'un entretien pharmaceutique sur la réduction des réhospitalisations non programmées précoces : étude de cohorte rétrospective avec témoins historiques

Schwab C.*[(1)], Perrin G.[(1)], Guihenneuc J.[(1)], Vaslin A.[(1)], Ripari G.[(1)], Sabatier B.[(1)], Korb-Savoldelli V.[(1)]
[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris

NUMERO : 000175

Évaluation de la formation à l'analyse pharmaceutique des prescriptions dans le domaine de la transplantation solide

Perrin J.*[(1)], Chambord J.[(1)], Maachi I.[(1)], Djabarouti S.[(2)], Xuereb F.[(2)]
[(1)] Service pharmacie clinique et dispensation des médicaments, CHU Bordeaux - Hôpital Haut-Lévêque - GH Sud, Pessac
[(2)] Pharmacie clinique et dispensation - inserl 1034, biology of cardiovascular disease, CHU Bordeaux - Hôpital Haut-Lévêque - GH Sud, Pessac

NUMERO : 000213

« PharmacoPsy Alsace » : retour sur 5 ans d'expertise en psychopharmacologie

Meyer G.*[(1)], Michel B.[(2)], Tosi J.-M.[(3)], Duval F.[(4)], Pfleger G.[(5)], Erb A.[(4)], Bertschy G.[(6)], Javelot H.[(1)]
[(1)] Pharmacie, EPSAN Brumath, Brumath
[(2)] Pharmacie, HU Strasbourg, Strasbourg
[(3)] Pharmacie, CH Erstein, Erstein
[(4)] Pôle de psychiatrie générale 8/9, CHS Rouffach, Rouffach
[(5)] Pôle centre alsace, CH Erstein, Erstein
[(6)] Service de psychiatrie 2, HU Strasbourg, Strasbourg

NUMERO : 000216

Impact de l'utilisation d'un protocole d'instauration et d'adaptation de la vancomycine pour la prise en charge des grands prématurés

Royer M.*[(1)], Carpentier M.[(2)], Chiah C.[(1)], Moreau F.[(2)], Tourneux P.[(2)], Ghostine G.[(2)], Marçon F.[(1)]
[(1)] Pharmacie à usage intérieur, CHU Amiens-Picardie, Amiens
[(2)] Réanimation néonatale, CHU Amiens-Picardie, Amiens

NUMERO : 000241

Bon usage des dispositifs d'inhalation : évaluation de la technique d'inhalation auprès d'une cohorte de patients

Dusabe G.*[(1)], Feyeux H.[(1)], De Gregori J.[(1)], Gomes V.[(1)], Boronad C.[(1)], Agullo M.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Cannes, Cannes

NUMERO : 000362

Méthotrexate haute dose : bilan à 3 ans de l'application d'une fiche de bon usage et d'une analyse pharmaceutique approfondie

Boccassini T.[(1)], Roseau C.*[(1)], Soyer J.[(2)], Priou V.[(1)], Ochmann M.[(3)], Hermelin-Jobet I.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHR Orléans, Orléans
[(2)] Pharmacie, CH Saint-Calais, Saint-Calais
[(3)] Hématologie, CHR Orléans, Orléans

NUMERO : 000369

Les interventions pharmaceutiques (IP) refusées par les prescripteurs sont-elles pertinentes ?

Yailian A.-L.*[(1)], Martelin A.[(1)], Bourron P.[(2)], Hyvert S.[(3)], Marilly E.[(1)], Martins L.[(1)], Paillet C.[(1)], Pivot C.[(1)], Janoly Dumenil A.[(1)]

[(1)] Pharmacie, HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon
[(2)] Pharmacie - Pavillon X, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon
[(3)] Pharmacie, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

NUMERO : 000386

Utilisation de l'échelle CLEO pour évaluer l'impact des interventions pharmaceutiques : quelle facilité d'utilisation et quelle reproductibilité ?

Ressault A.*[(1)], Walther J.[(1)], Laaziri K.[(2)], Delannoy-Rousselière C.[(2)], Felten R.[(3)], Sagez F.[(3)], Mallick A.[(3)], Gottenberg J.-E.[(3)], Gourieux B.[(1)]

[(1)] Pharmacie - stérilisation, HU Strasbourg, Strasbourg
[(2)] Institut de pharmacie, CHU Lille, Lille
[(3)] Service de rhumatologie, HU Strasbourg, Strasbourg

NUMERO : 000404

L'intelligence artificielle au service de la pharmacie clinique - Algorithme de classification automatique des problèmes liés à la thérapeutique

Johns E.[(1)], Godet J.[(2)], Alkanj A.[(3)], Gourieux B.[(4)], Rybarczyk-Vigouret M.-C.[(5)], Sauleau E.-A.[(2)], Michel B.*[(6)]

[(1)] ARS Grand Est, Strasbourg
[(2)] Département de santé publique - groupe méthode recherche clinique, HU Strasbourg - Hôpital Civil, Strasbourg
[(3)] Laboratoire de pharmacologie et de toxicologie neurocardiovasculaire, Faculté de médecine, Strasbourg
[(4)] Service pharmacie-stérilisation, HU Strasbourg, Strasbourg
[(5)] Omédit, ARS Grand Est, Strasbourg
[(6)] Pharmacie, NHC, Strasbourg

NUMERO : 000438

L'arrivée du cannabis thérapeutique en rétrocession

Delmotte N.*[(1)], Zachelin L.[(2)], Gensollen S.[(1)], Darque A.[(3)]

[(1)] Pharmacie, APHM - Hôpital la Conception, Marseille
[(2)] Pharmacie, APHM - Hôpital la Conception, Marseille
[(3)] Rétrocession, APHM - Hôpital la Conception, Marseille

NUMERO : 000489

Les médicaments psychotropes en milieu carcéral : focus chez l'insuffisant rénal

Payan S.[(1)], Barberi C.*[(2)], Neraal M.[(1)], Davoust S.[(1)], Amirat-Combralier V.[(2)]

[(1)] Pharmacie, centre pénitentiaire de Marseille, APHM, Marseille
[(2)] Pharmacie, APHM, Marseille

NUMERO : 000504

Conciliation médicamenteuse à l'admission dans un hôpital de proximité faisant intervenir les médecins traitants des patients : quelles spécificités ?

Howlett J.*[(1)], Rousseau A.[(2)], Hue B.[(3)], Marigny K.[(2)]

[(1)] Pharmacie, CH Cornouaille, Quimper
[(2)] Pharmacie, CH la Roche aux Fées, Janzé
[(3)] Pharmacie, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes

NUMERO : 000523

Quel dispositif d'administration pour quelle forme orale liquide ? Création d'un outil d'aide au choix d'un dispositif d'administration adapté et d'éducation des patients sortant d'un service d'Hémato-Immunologie pédiatrique

Vaillant M.*[(1)], Delmotte M.[(1)], Doisne M.[(2)], Perrinet M.[(2)], Roupret-Serzec J.[(1)]

[(1)] Hémato-immunologie, APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris
[(2)] Pharmacie, APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris

PHARMACO-ECONOMIE ET PHARMACOEPIDEMIOLOGIE

NUMERO : 000299

Erreurs médicamenteuses détectées par les activités de pharmacie clinique : peut-on utiliser les données du PMSI pour évaluer leurs coûts ?

Hyvert S.[(1)], Raphard A.[(1)], Julien C.[(2)], Couray-Targe S.[(2)], Pivot C.[(1)], Janoly Dumenil A.[(1)], Yailian A.-L.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon
[(2)] Département d'information médicale, HCL, Lyon

NUMERO : 000416

OPDIVO® (Nivolumab) : dose fixe ou dose-poids ?

Danos L.[(1)], Pottier M.[(1)], Huyghe H.[(1)], Real L.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Arras, Arras

NUMERO : 000491

Impact économique d'une transplantation hépatique sur le dispositif médical dans un établissement hospitalier

Mokrani S.[(1)], Ait Yahia N.*[(1)], Fadel L.[(1)], Bouchareb C.[(1)], Abdelli N.[(1)], Hamitouche A.[(1)], Smati D.[(1)]
[(1)] Pharmacie principale, Etablissement Hospitalier Spécialisé en Cancérologie Pierre et Marie Curie (EHS-CPMC), Sidi M'Hamed, Algérie

NUMERO : 000510

Etude de l'impact des nouvelles modalités de remboursement des médicaments sous ATU de cohorte et post-ATU en rétrocession

Meurant L.[(1)], Fizesan M.[(2)], Richard M.*[(1)], Aujoulat O.[(1)]
[(1)] Pharmacie, Hôpital Emile Muller, Mulhouse
[(2)] GHRMSA, Mulhouse

QUALITE, GESTION DES RISQUES, VIGILANCE

NUMERO : 000020

Serious game et sensibilisation au risque iatrogénique : exemple d'un jeu d'évasion pour le bon usage des antibiotiques

Roger A.*[(1)], Egot M.[(1)], Hiver Q.[(1)], Vella I.[(1)], Tywoniuk M.-H.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Denain, Denain

NUMERO : 000047

Antidépresseurs et femmes en âge de procréer : prend-on des risques ? État des lieux dans un établissement public de santé mentale

Touré S.[(1)], Collignon M.[(1)], Rousset B.[(1)], Armand-Branger S.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, Centre Santé Mentale Angevin CESAME, Sainte-Gemmes-sur-Loire

NUMERO : 000124

« Never Events un jour, Never Events toujours ? »

Conso A.[(1)], Le Tohic S.[(1)], Spadoni S.[(1)], Le Garlantezec P.*[(1)], Nguyen S.[(1)]
[(1)] Pharmacie hospitalière, HIA Laveran, Marseille

NUMERO : 000125

IatroMed 360° #Néonat : la réalité virtuelle pour lutter contre les erreurs médicamenteuses en soins intensifs

Magnan C.[(1)], Fazilleau L.[(2)], Lehoussel C.[(3)], Goyer I.[(4)], Roth F.-X.[(5)], Mourdie J.[(6)], Leroussel M.[(6)], Bobay-Madic A.[(7)], Bougle C.[(8)], Guillois B.[(2)], Rodier S.*[(9)], Cherel A.[(10)]
[(1)] Pharmacie centrale, CHU Caen, Caen
[(2)] Réanimation néonatale, CHU Caen Normandie, Caen
[(3)] Hygiène hospitalière, CHU Caen Normandie, Caen
[(4)] Pharmacie, CHU Caen Normandie, Caen
[(5)] Réanimation néonatale, CH Lisieux, Lisieux
[(6)] Réanimation néonatale, GH Havre, Montivilliers
[(7)] Pharmacie, CH Robert Bisson, Lisieux
[(8)] Omédit Basse-Normandie, ARS Basse-Normandie, Caen
[(9)] Pharmacie, EPSM Caen (Etablissement Public de Santé Mentale), Caen
[(10)] OMéDIT Normandie, Caen

NUMERO : 000225

Certification ISO 9001 : 2015 des activités de recherche d'un centre hospitalo-universitaire : point de vue de la pharmacie

Dierickx S.[(1)], Nguyen H.*[(1)], Boddaert S.[(1)], Smagghe F.[(1)], Belhout M.[(1)], Mustapha L.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens

NUMERO : 000235

CLIN-CLAN, création d'un groupe de travail pluriprofessionnel au service du bon usage de la nutrition parentérale. Etat des lieux des pratiques

Feyeux H.[(1)], Dusabe G.[(1)], Carassoumaillan A.[(2)], Saudrais P.[(3)], Scoccia Peru F.[(4)], Lavorgna S.[(5)], Gomes V.[(1)], Boronad C.[(1)], Agullo M.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Cannes, Cannes
[(2)] Service hygiène, CH Cannes, Cannes
[(3)] Service diététique, CH Cannes, Cannes
[(4)] Service urologie, vasculaire, viscérale et gynécologie, CH Cannes, Cannes
[(5)] Service médecine interne oncologique, CH Cannes, Cannes

NUMERO : 000243

Signalement d'ablation de dispositifs médicaux implantables : mesure de l'efficacité de formations ciblées en matériovigilance

Fatoux J.[(1)], Feuerstein E.[(1)], Lotiron C.[(1)], Ribas C.*[(1)], Quiévy-Macchioni A.[(1)]
[(1)] Unité de matériovigilance, CHU Bordeaux, Bordeaux

NUMERO : 000256

Difficultés de la mise en œuvre d'une mesure corrective de sécurité : exemple d'une restriction de poids sur une tige fémorale

Fatoux J.[(1)], Ribas C.*[(1)], Quiévy-Macchioni A.[(1)]
[(1)] Unité de matériovigilance, CHU Bordeaux, Bordeaux

NUMERO : 000305

Elaboration multidisciplinaire du « Livret de Nutrition chez l'adulte » : la recette du bon usage

Raphard A.[(1)], Hyvert S.*[(1)], Chatillon F.[(1)], Coursier S.[(1)], Haine M.[(2)], Chalumeau S.[(3)], Bontemps H.[(1)]
[(1)] Pharmacie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône
[(2)] Service gériatrie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône
[(3)] Service gastro-entérologie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

NUMERO : 000350

Mise en place d'une démarche d'habilitation du personnel de la pharmacie aux essais cliniques

Nguyen H.[(1)], Dupont A.*[(1)], Boddaert S.[(1)], Smagghe F.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens

NUMERO : 000469

Sécurisation du circuit des dispositifs médicaux : mise en place d'ateliers de formation à la préparation du Méthotrexate injectable en Maternité

Tisserand F.*(1), Abaut A. Y.(2), Berthier P. Y.(2), Marie dit Dinard B.(3)
(1) Pharmacie, CHU Brest - Hôpital La Cavale Blanche, Brest
(2) Pharmacie, CH Fougères, Fougères
(3) Pharmacie, CH Fougères, Fougères

NUMERO : 000477

La veille des réseaux sociaux comme outil de détection des crises sanitaires : application au cas du Lévothyrox

Leclercq D.(1), Garreau R.*(2), France M.(2), Bourguignon L.(1)
(1) Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon
(2) Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

DISPOSITIFS MEDICAUX ET STERILISATION

NUMERO : 000017

Stabilité physicochimique de l'aztreonam à 50 mg/mL en diffuseur portable à 37°C

Nisse Y.-E.*(1), Vigneron J.(1), Blaise F.(1), D'huart E.(1), Charmillon A.(2), Demoré B.(1)
(1) Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy
(2) Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

NUMERO : 000205

Structuration d'un parcours patient dans le cadre de la transplantation de microbiote fécal : retour d'expérience

Saidou N.(1), Ortiz F.(1), Leclerc V.(1), Aussedat M.(1), Benech N.(2), Leboucher G.*(1)
(1) Pharmacie, HCL - Hôpital la Croix-Rousse, Lyon
(2) Maladies infectieuses et tropicales, HCL - Hôpital la Croix-Rousse, Lyon

NUMERO : 000280

Contrôle de sachets de préparation de doses à administrer en sortie d'automate : impact de la mise en place d'un contrôleur optique

Faucitano A.*(1), Raymond S.(1), Armand A.(1), Rabatel G.(1)
(1) Pharmacie, CH Métropole Savoie - Hôpital de Chambéry, Chambéry

NUMERO : 000341

Quelles modalités de décongélation des selles pour les transplantations de microbiote fécal ?

Dantant J.-M.*(1), Fourage C.(1), Boureau B.(1), Pirot C.(1), Isnard C.(2), Saint-Lorant G.(1)
(1) Pharmacie, CHU Caen Normandie, Caen
(2) Microbiologie, CHU Caen Normandie, Caen

PREPARATION ET CONTROLES

NUMERO : 000065

Implants mammaires : des évènements indésirables inévitables ?

Perez T.(1), Nguyen S.(1), Martin N.*(1), Gensollen S.(1)
(1) Pharmacie, APHM - Hôpital la Conception, Marseille

NUMERO : 000158

Evaluation d'un nouveau support de prescriptions hospitalières de pansements exécutées en ville

Moussouni M.(1), Bros A.(1), Fourtage M.(1), Lejay A.(2), Ortega F.(3), Wisniewski S.*(1), Gourieux B.(1)
(1) Service pharmacie - stérilisation, HU Strasbourg, Strasbourg
(2) Chirurgie vasculaire, HU Strasbourg - Nouvel Hôpital Civil, Strasbourg
(3) Service de diabétologie, HU Strasbourg - Nouvel Hôpital Civil, Strasbourg

NUMERO : 000345

Comment améliorer l'administration intravésicale de cidofovir dans les cystites hémorragiques ? Exemple d'un cas concret en hématologie pédiatrique

Phan C.[(1)], Perrinet M.[(1)], Bourdon O.*[(2)]
[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris
[(2)] Pharmacie, APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris

NUMERO : 000417

STERIDEFI® : nouvel outil de la formation continue au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) ?

Lento C.*[(1)], Nolin C.-H.[(2)], Chamorey A.-L.[(2)]
[(1)] Stérilisation, CHU Nice - Hôpital Pasteur, Nice
[(2)] Stérilisation, CHU Nice, Nice

E-PRESENTATIONS

CIRCUIT DU MEDICAMENT

NUMERO : 000286

Limites de l'utilisation du dossier informatisé de consultation pré-anesthésique dans la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé pour une chirurgie programmée - Mesures correctives proposées

Diaby O.[(1)], Camus F.[(1)], Fulgencio J.-P.[(2)], Debrix I.[(1)], Federspiel F.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Tenon, Paris
[(2)] Anesthésie, APHP - Hôpital Tenon, Paris

NUMERO : 000270

Médicaments de l'urgence vitale : quelles modalités de dispensation et d'approvisionnement pour garantir la prise en charge optimale du patient ?

Piquemal M.[(1)], Fournier-Bidoz A.[(1)], Tanty A.[(1)], Grevy A.[(1)], Vitale E.[(1)], Gibert P.[(1)], Chanoine S.[(1)], Brudieu E.*[(1)], Bedouch P.[(1)]
[(1)] Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche

NUMERO : 000333

Quel impact sur la gestion et la perception d'une pharmacie d'unité de soins munie d'une armoire à pharmacie sécurisée ? Un avant et un après

Krstic M.[(1)], Devaud J. C.*[(1)], Sadeghipour F.[(2)]
[(1)] Pharmacie, CHUV CH universitaire vaudois, Lausanne, Suisse
[(2)] Pharmacie, CHUV CH universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

NUMERO : 000229

Amélioration de la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie : impact d'un interne en pharmacie dans les services de soins

Faucheron A.*[(1)], Lesprit P.[(2)]
[(1)] Hôpital Foch, Suresnes
[(2)] Infectiologie, Hôpital Foch, Suresnes

NUMERO : 000233

Les ruptures d'approvisionnement : comment y faire face au sein d'une pharmacie à usage intérieur ?

Bejaoui K.[(1)], Pacome V.[(1)], Passaro A.-S.[(2)], de bortoli C.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Louis Giorgi, Orange
[(2)] Qualité, CH Louis Giorgi, Orange

NUMERO : 000146

Sécuriser le circuit du médicament : intérêt d'un atelier de simulation auprès des IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat) dans un centre hospitalier

Brun M.[(1)], Rudziewicz P.[(1)], Bedoude I.[(1)], Marty F.[(1)], Ducret E.*[(1)], Bourhis M.[(1)], Moutel E.[(1)], Plassart F.[(1)], Pons J.-L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Victor Dupouy, Argenteuil

NUMERO : 000118

Retour d'expérience : déploiement de la dispensation hebdomadaire individuelle nominative à l'aide d'un automate surconditionneur en Accueil Familial Thérapeutique (AFT)

Rochereau F.[(1)], Tramier V.*[(1)], Vidal M.[(2)], Trouvé D.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH spécialisé, Ainay-le-Château

[(2)] Accueil familial thérapeutique, CH spécialisé, Ainay-le-Château

NUMERO : 000526

Acceptabilité des corticostéroïdes oraux en pédiatrie : résultats d'une étude observationnelle réalisée au sein de notre centre hospitalier

El Hamdaoui O.*[(1)], Vallet T.[(2)], Mahraoui C.[(3)], Berraho A.[(3)], Cherkaoui L. O.[(4)], Pense-Lheritier A.-M.[(5)], Bensouda Y.[(6)]

[(1)] Hôpital des spécialités, CH Ibn Sina (CHIS), Faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

[(2)] Recherche et développement, ClinSearch, Malakoff

[(3)] Hôpital des enfants, CH Ibn Sina (CHIS), Faculté de médecine et de pharmacie Université Mohammed V, Rabat, Maroc

[(4)] Hôpital des enfants, CH Ibn Sina (CHIS), Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

[(5)] Ecole de biologie industrielle, EBI, Cergy-Pontoise

[(6)] Hôpital des spécialités, CH Ibn Sina (CHIS), Faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

NUMERO : 000269

Evaluation à 3 ans de la mise en place d'une Dispensation Journalière Individuelle et Nominative automatisée pour des services de long séjour

Mennecier M.[(1)], Frapsauce A.[(1)], Delage C.*[(1)], Iskra F.[(1)], Fontan J.-E.[(1)], Bloch V.[(1)]

[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Fernand-Widal, Paris

NUMERO : 000042

Prescriptions conditionnelles au sein de deux établissements : audit, résultats et axes d'amélioration

Détrée J.*[(1)], Bigot C.[(1)], Minier D.[(1)], Cloitre F.[(2)]

[(1)] Pharmacie, CH Romorantin, Romorantin-Lanthenay

[(2)] Pharmacie, CH Romorantin-Lanthenay, Romorantin-Lanthenay

NUMERO : 000114

Sur-étiquetage des médicaments non unitaires : quand la pharmacie à usage intérieur se substitue aux laboratoires pharmaceutiques

Dobremez V.[(1)], Matyjaszczyk S.[(2)], Berger S.[(3)], Rey N.[(1)], Collomb M.*[(4)]

[(1)] Pharmacie, CH Saint-Laurent-du-Pont, Saint-Laurent-du-Pont

[(2)] Qualité, CH Voiron, Voiron

[(3)] Qualité, CH Saint-Laurent-du-Pont, Saint-Laurent-du-Pont

[(4)] Pharmacie, CH Voiron, Voiron

NUMERO : 000242

Élaboration d'un abaque de standardisation des doses d'infliximab

Faucitano A.*[(1)], Armand A.[(1)], Roselli A.[(1)], Legrand C.[(2)], Berthelet O.[(2)], Rabatel G.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Métropole Savoie - Hôpital de Chambéry, Chambéry

[(2)] Hépato-gastroentérologie, CH Métropole Savoie - Hôpital de Chambéry, Chambéry

NUMERO : 000145

Formation des infirmiers sur les médicaments biosimilaires : mesure de l'amélioration de leurs connaissances et de leur sûreté

Petit M.*(1), Rive S.(2), Folliard C.(1), Devys C.(1)
(1) Pharmacie, Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) - Site Paul Papin, Angers
(2) Qualité, Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) - Site Paul Papin, Angers

NUMERO : 000409

Audit des prescriptions en pédiatrie : première étape vers la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

Ratsimbazafy C.*(1), Cornillet N.(1), Agar J.(1), Ghazouani A.(1), Raffo E.(2), Dupont C.(1)
(1) Pharmacie, Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, Paris
(2) Pédiatrie, Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, Paris

NUMERO : 000101

Etat des lieux national de l'utilisation dans les pharmacies à usage intérieur d'un robot de dispensation globale

Moreau C.(1), Chazaud C.*(1), Rousseau A.(1), Herment N.(1), Bonnefous J.-L.(1)
(1) Pharmacie, CH Fleyriat, Bourg-en-Bresse

NUMERO : 000470

Les achats pour compte : la face cachée des indisponibilités médicamenteuses

Decoene A.*(1), Queruau-Lamerie T.(1), Abou Daher F.(1), Danicourt F.(1)
(1) Pharmacie, CH Dunkerque, Dunkerque

NUMERO : 000424

Evaluation de la satisfaction patients lors des rétrocessions

Rucheton H.(1), Marquet D.(1), Saurel N.(1), Bucquet I.(1), Plocco P.*(1), Hermelin-Jobet I.(1)
(1) Pharmacie/ stérilisation, CHR Orléans - Hôpital de La Source, Orléans

NUMERO : 000261

Suivi des prescriptions d'immunoglobulines polyvalentes humaines intraveineuses

Marchand M.*(1), Plaidy P.(1), Laudet M.(1), Boyer A.(1), Sautou V.(2)
(1) Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Estaing, Clermont-Ferrand
(2) Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

NUMERO : 000108

Circuit du Venetoclax : analyses des pratiques du lien « ville – hôpital »

Chambault R.(1), Desbouges J.-B.(1), Vinson C.(1), Wolff E.*(1), Puisset F.(1), Perriat S.(1), Canonge J. M.(1)
(1) Pharmacie, IUCT Oncopole, Toulouse

NUMERO : 000014

Divalproate de sodium : impact de l'obligation d'accord de soins sur les prescriptions en établissement de santé

Dufossé M.(1), Georges L.*(1), Compagnon M.(1), Pons D.(1)
(1) Pharmacie, CH Philippe Pinel, Amiens

NUMERO : 000471

1 an de sérialisation : retour d'expérience

Decoene A.*(1), Queruau-Lamerie T.(1), Abou Daher F.(1), Danicourt F.(1)
(1) Pharmacie, CH Dunkerque, Dunkerque

NUMERO : 000164

La traçabilité de la réévaluation des antibiotiques et des antifongiques est-elle plus complexe que prévue ?

Collet C.-E.*[(1)], Marie C.[(1)], Deloison E.[(1)], Saint-Lorant G.[(1)], Benoist H.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Caen Normandie, Caen

NUMERO : 000406

Comment mettre en place des formations continues adaptées aux besoins des préparateurs ?

Mabru E.[(1)], Zavarro A.[(1)], Devaux X.[(1)], Fafi F.[(1)], Alessandra C.[(1)], Lao S.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Sainte-Musse, Toulon

NUMERO : 000234

Mise en place de la sérialisation : impact sur la gestion des retours de médicaments non utilisés

Hannetel H.*[(1)], Roux M. F.[(1)], Omrani S.[(2)], Contreras R.[(1)]
[(1)] Pharmacie, Hôpital Nord Franche-Comté, Trévenans
[(2)] Pharmacie, Hôpital Nord Franche-Comté - Urgences, Trévenans

NUMERO : 000268

Optimisation de l'approvisionnement des médicaments dérivés du sang et des facteurs anti-hémophiliques recombinants

Fournier-Bidoz A.[(1)], Piquemal M.[(1)], Espi C.[(1)], Grévy A.[(1)], Gibert P.[(1)], Chevallier Brilloit C.[(1)], Brudieu E.*[(1)], Bedouch P.[(1)]
[(1)] Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche

NUMERO : 000442

Pour une bonne gestion des déchets produits par la pharmacie « Soyons tous Eco-Pharmacie-Responsables »

Bacci A.*[(1)], Taouk J.[(2)], Attias L.[(3)], Amirat-Combralier V.[(4)], Jean C.[(5)], Barberi C.[(6)]
[(1)] Faculté de pharmacie de Marseille, Marseille
[(2)] Pharmacie, CH Notre-Dame de la Miséricorde, Ajaccio
[(3)] Pharmacie, Faculté de pharmacie de Marseille, Marseille
[(4)] Pharmacie, APHM, Marseille
[(5)] PUI, APHM - Hôpital Sainte Marguerite, Marseille
[(6)] Pharmacie à usage intérieur, APHM, Marseille

NUMERO : 000401

Informatisation de la traçabilité dans le secteur des essais cliniques : un gain de temps non négligeable

Monfort E.[(1)], Haverlan A.-S.*[(1)], Princet I.[(1)], Bay M.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Poitiers, Poitiers

NUMERO : 000288

Médicaments à haut risque en gériatrie : priorisons-les !

Orloff M.[(1)], Muller K.*[(1)], Heng L. H.[(1)], Capriz F.[(2)], Turpin J.-M.[(2)], Guerin O.[(2)], Collomp R.[(1)]
[(1)] Pôle pharmacie stérilisation, CHU Nice, Nice
[(2)] Pôle réhabilitation autonomie vieillissement, CHU Nice, Nice

NUMERO : 000351

Sérialisation : premier retour d'expérience à 4 mois

Trichet S.[(1)], Isaac B.[(1)], Petitgas S.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Loire Vendée Océan, Challans

NUMERO : 000294

Permanence pharmaceutique : des demandes toujours pertinentes ?

Anglade F.*[(1)], Bodin L.[(1)], Nguyen H.[(1)], Moreau M.[(2)], Libessart M.[(2)], Belhout M.[(2)]
[(1)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie - Site Sud, Amiens
[(2)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens

NUMERO : 000113

La course aux corticoïdes injectables : gestion pluridisciplinaire d'une rupture

Strumia M.[(1)], Gougeon M.[(1)], Cadeac M.-A.[(1)], Caumette L.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Val d'Ariège, Saint-Jean-de-Verges

PHARMACIE CLINIQUE ET PHARMACOCINETIQUE

NUMERO : 000277

Audit des pratiques en antibioprophylaxie systémique dans un Centre de Référence des Infections Ostéo-Articulaires Complexes (CRIOAC)

Hamon M.*[(1)], Reiter-Schatz A.[(1)], Gaudias J.[(2)], Ronde-Oustau C.[(2)], Boeri C.[(2)], Jenny J.-Y.[(2)], Gourieux B.[(1)]
[(1)] Service pharmacie-stérilisation, HU Strasbourg - Hôpital de Hautepierre, Strasbourg
[(2)] Service de chirurgie septique, HU Strasbourg - Hôpital de Hautepierre, Strasbourg

NUMERO : 000453

Développement d'une activité de pharmacie clinique au sein de la recherche clinique

Aitgougam A.[(1)], Pidoux M.-S.[(1)], Nouboug C.[(1)], Mora P.[(1)], Sourisseau B.*[(1)], Djabarouti S.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Bordeaux - Hôpital Haut-Lévêque - GH Sud, Pessac

NUMERO : 000494

Évaluation territoriale des pratiques professionnelles en matière de conciliation médicamenteuse : quels résultats à l'échelle du GHT et quels axes d'amélioration ?

Perovic I.[(1)], Rousseau A.[(2)], Howlett J.[(3)], Liné C.[(4)], Lhermitte R.[(5)], Simonenko I.[(5)], Barbazan C.[(5)], Mercerolle M.[(5)], Marie dit Dinard B.[(1)], Gicquel V.[(5)], Hue B.*[(5)]
[(1)] Pharmacie, CH Fougères, Fougères
[(2)] Pharmacie, CHU Rennes - Hôpital Sud - Maternité, Rennes
[(3)] Pharmacie, CH Janzé, Janzé
[(4)] Pharmacie, CH Montfort-sur-Meu, Montfort-sur-Meu
[(5)] Pharmacie, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes

NUMERO : 000186

Impact des interventions pharmaceutiques liées à la conciliation médicamenteuse en 2019

Fouquier B.[(1)], Lacqua C.[(1)], Bouquin M.[(1)], Jourdan P.[(1)], Molière M.[(1)], Giroux A.*[(1)], Lazzarotti A.[(1)], Vadot L.[(1)], Boulin M.[(1)]
[(1)] Pôle pharmaceutique, CHU Dijon, Dijon

NUMERO : 000319

Quelle prise en charge antalgique proposer aux patients sous Traitement Substitutif aux Opiacés (TSO) (buprenorphine ou méthadone) ?

Muller K.*[(1)], Morese K.[(2)], Bausola F.[(3)], Duchene M. L.[(1)], Fulconis G.[(4)], Eberhardt D.[(5)], Capriz F.[(6)], Collomp R.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Nice, Nice
[(2)] Dsssp, CHU Nice, Nice
[(3)] Addictologie, CH Sainte-Marie, Nice
[(4)] Detd, CHU Nice, Nice
[(5)] Mg, CH Sainte-Marie, Nice
[(6)] Soins de suite et de réadaptation, CHU Nice - Hôpital de Cimiez, Nice

NUMERO : 000444

Enquête de satisfaction vis-à-vis de la conciliation médicamenteuse auprès des professionnels de santé de ville

Lhermitte R.[(1)], Perovic I.[(2)], Michelet V.[(3)], Rousseau A.[(1)], Hue B.[(1)], Marie dit Dinard B.*[(4)]
[(1)] Pharmacie, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes
[(2)] Pharmacie, CH Fougères, Fougères
[(3)] Pharmacie, CH Saint Méen Le grand, Saint Méen Le Grand
[(4)] Pharmacie, CH Fougères, Fougères

NUMERO : 000521

Comment mieux valoriser les activités de pharmacie clinique ? Développement d'un outil

Ferret L.*[(1)], Vanderkelen A.[(2)], Lemtiri J.[(3)], Dujardin L.[(1)], Boursier A.[(1)], Delvoye-Heiremans J.[(1)], Pruvost A.[(4)], Drancourt, P.[(5)], Hennion M.[(6)], Lemaire A.[(1)], Cousein E.[(6)], Fulcrand J.[(1)]
[(1)] Oncologie et spécialités médicales, CH Valenciennes, Valenciennes
[(2)] Direction du système d'information, CH Valenciennes, Valenciennes
[(3)] Réanimation, CH Valenciennes, Valenciennes
[(4)] Gériatrie, CH Valenciennes, Valenciennes
[(5)] Pharmacie - dispositifs médicaux, CH Valenciennes, Valenciennes
[(6)] Pharmacie - médicament, CH Valenciennes, Valenciennes

NUMERO : 000207

Impact de la conciliation médicamenteuse dans la prise en charge du patient et satisfaction des professionnels de santé libéraux dans le relai hôpital-ville

Plaidy P.[(1)], Laudet M.[(1)], Chenaf C.[(2)], Sautou V.*[(3)], Boyer A.[(1)]
[(1)] Pôle pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Estaing, Clermont-Ferrand
[(2)] Pharmacovigilance, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand
[(3)] Pôle pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

NUMERO : 000218

Impact de l'actualisation des recommandations internationales ESPGHAN et de la mise en place d'un logiciel de prescription sur les prescriptions de nutrition parentérale

Royer M.*[(1)], Dierickx S.[(1)], Moreau F.[(2)], Tourneux P.[(2)], Ghostine G.[(2)], Marçon F.[(1)]
[(1)] Pharmacie à usage intérieur, CHU Amiens-Picardie, Amiens
[(2)] Réanimation néonatale, CHU Amiens-Picardie, Amiens

NUMERO : 000450

Intérêt du lien ville-hôpital dans le suivi des patients bénéficiant d'une chimiothérapie anticancéreuse à domicile

De Coucy A.[(1)], Malifarge L.[(1)], Hetier C.[(1)], Teytaud M.*[(1)], Deppenweiler M.[(1)], Toulza E.[(1)], Apretna E.[(1)], Donamaria C.[(1)], Lortal B.[(1)]
[(1)] Pharmacie, Institut Bergonié, Bordeaux

NUMERO : 000208

Prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé : où en sommes-nous ?

Bousendorfer C.*[(1)], Mille F.[(1)], Werling E.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHI Wissembourg, Wissembourg

NUMERO : 000512

Retour d'expérience d'un projet d'harmonisation des pratiques de pharmacie clinique en gériatrie/gérontologie au sein d'un groupement hospitalier de territoire

Leleux A.*[(1)], Robert L.[(1)], Begon Lours C.[(2)], Berlemont P.[(3)], Descamps A.[(4)], Wiart M.[(5)], Alexandrzak P.[(6)], Bourdon F.[(7)], Bene, J.[(8)], Gaboriau L.[(8)], Decaudin B.[(1)], Dambrine M.[(1)]

[(1)] Institut de pharmacie, CHU Lille, CHU Lille
[(2)] Pharmacie, CH Hazebrouck, Hazebrouck
[(3)] Pharmacie, CH Tourcoing, Tourcoing
[(4)] Pharmacie, CH Seclin, Seclin
[(5)] Pharmacie, CH Armentières, Armentières
[(6)] Pharmacie, CH Wattrelos, Wattrelos
[(7)] Pharmacie, CH Roubaix, Roubaix
[(8)] Centre régional de pharmacovigilance, CHU Lille, Lille

NUMERO : 000531

Evaluation de l'impact clinique et économique de l'activité de pharmacie clinique dans une unité médicale ambulatoire de cancérologie (UMAC) chez les patients atteints de myélome

Molière M.[(1)], Gueneau P.[(1)], Bost S.[(1)], Masotti F.[(2)], Boulin M.[(2)], Lazzarotti A.[(2)], Pistre P.*[(2)]

[(1)] Pharmacie, CHU Dijon, Dijon
[(2)] Pôle pharmaceutique, CHU Dijon, Dijon

NUMERO : 000465

Evaluation de la prise en charge de la douleur post-opératoire dans un service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique

Fazâa I.*[(1)], Mansour B.[(1)], Baccouche Y.[(2)], Jarraya D.[(1)], Ghlila D.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Abderrahmen Mami de pneumo-phtisiologie, Ariana, Tunisie
[(2)] Pharmacie, service de chirurgie cardiovasculaire, Hôpital Abderrahmen Mami de pneumo-phtisiologie, Ariana, Tunisie

NUMERO : 000237

Prise en charge thérapeutique des candidémies et des infections intra-abdominales à Candida spp au sein de notre établissement

Gilbert K.*[(1)], Nivoix Y.[(2)], Letscher-Bru V.[(3)], Lefebvre N.[(4)], Levêque D.[(2)], Herbrecht R.[(5)], Gourieux B.[(2)]

[(1)] Pharmacie, CHU Dijon Bourgogne, Dijon
[(2)] Pharmacie, HU Strasbourg, Strasbourg
[(3)] Laboratoire de parasitologie et mycologie médicale, HU Strasbourg, Strasbourg
[(4)] Maladies infectieuses et tropicales, HU Strasbourg, Strasbourg
[(5)] Oncologie-hématologie, HU Strasbourg, Strasbourg

NUMERO : 000193

Analyse des interventions pharmaceutiques d'un centre hospitalier : comment bien les optimiser ?

Kerr G.*[(1)], Leray M.[(1)], Pottier G.[(1)], Giraud J.[(1)], Pingaud C.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Lille

NUMERO : 000517

Analyse pharmaceutique quotidienne des prescriptions de colchicine : quel impact ? Bilan à 2 ans

Bausson J.[(1)], Fourtage M.*[(1)], Michel B.[(1)], Gourieux B.[(1)]

[(1)] Pharmacie-stérilisation, HU Strasbourg, Strasbourg

NUMERO : 000439

Pénurie d'immunoglobulines : actions - réactions

Cavelier M.*[(1)], Varin R.[(1)], Tiret I.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

NUMERO : 000209

Les interactions médicamenteuses dû aux antidépresseurs : comment les éviter ?

Gigan M.[(1)], Fourneaux O.[(1)], Colombe A.[(1)], Debruyne A.-L.*[(1)], Queuille E.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Charles Perrens, Bordeaux

NUMERO : 000262

Prise en charge des bactériémies en service de soins : Intérêt du binôme pharmacien-infectiologue

Messager M.[(1)], Mainil S.[(1)], Pottier M.[(1)], Douaud M.[(2)], Real L.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Arras, Arras
[(2)] Infectiologie, CH Arras, Arras

NUMERO : 000530

Alimentation, phytothérapie : ce que je dois éviter avec mon traitement de chimiothérapie orale

De Oliveira Lopes M.[(1)], Guillemette L.*[(1)], Bernard A.[(1)], Maud H.[(1)], Thomas B.[(1)], Partant C.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Cornouaille, Quimper

NUMERO : 000274

Bilan de la conciliation médicamenteuse de sortie. Quel impact pour les pharmacies d'officine ?

Messager M.[(1)], Pottier M.[(1)], Mainil S.[(1)], Bichani M.[(1)], Real L.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Arras, Arras

NUMERO : 000313

Impact d'une formation régionale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse

Madé P.*[(1)], Perrin S.[(1)], Masquin H.[(1)], Delaunay C.[(1)], Allais G.[(1)], d'Acremont F.[(1)], Maupetit J.-C.[(1)]
[(1)] Unité de coordination régionale, OMéDIT Pays de la Loire, Nantes

NUMERO : 000282

Intérêt de l'entretien pharmaceutique de sortie sur les antibiotiques au long cours : une étude rétrospective sur deux ans

Chambault R.[(1)], Quenardel A.[(1)], Jouglen J.[(1)], Adé M.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Purpan, Toulouse

NUMERO : 000196

La maladie du greffon contre l'hôte et le ruxolitinib

Dujardin A.*[(1)], Morel P.[(2)], Caulier A.[(2)], Joris M.[(2)], Charbonnier A.[(2)], Gruson B.[(2)], Quint M.[(3)], Lacassagne M.-N.[(4)], Castellain S.[(5)], Marolleau J.-P.[(2)], Lebon D.[(2)]
[(1)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens
[(2)] Hématologie, CHU Amiens-Picardie, Amiens
[(3)] Recherche clinique, CHU Amiens-Picardie, Amiens
[(4)] Thérapie cellulaire, CHU Amiens-Picardie, Amiens
[(5)] Biologie médicale, CHU Amiens-Picardie, Amiens

NUMERO : 000298

Pertinence des conciliations médicamenteuses d'entrée en traumatologie

Membré S.[(1)], Dewevre N.[(1)], Lion-Daolio S.[(2)], Brunschweiler B.[(2)], Belhout M.*[(1)], Mertl P.[(2)], Terrier-Lenglet A.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie - Site Sud, Amiens
[(2)] Chirurgie orthopédique, CHU Amiens-Picardie - Site Sud, Amiens

NUMERO : 000223

Justification d'une antibiothérapie de plus 7 jours : où en sommes-nous ?

Mabille C.*[(1)], Libessart M.[(1)], Royer M.[(1)], Belhout M.[(1)], Mary A.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens

NUMERO : 000485

La lidocaïne et toutes ses présentations : de la gestion des pénuries à la revue des pratiques

Pouderoux I.*(1), Verbrigghe C.(1), Morice S.(1)
(1) Pharmacie, GH public Sud de l'Oise, Creil

NUMERO : 000473

Etat des lieux des pratiques de pharmacie clinique en gériatrie et outils utilisés au sein d'un groupement hospitalier de territoire

Leleux A.*(1), Dambrine M.(1), De Broucker M.(2), Baccouch R.(3), Delette C.(4), Baussant G.(5), Bialdyga F.(6), Seignoux C.(7), Renaud Q.(8), Deldicque A.(1), Décaudin B.(1), Odou P.(1)
(1) Institut de pharmacie, CHU Lille, Lille
(2) Pharmacie, CH Seclin/Carvin, Seclin
(3) Pharmacie, CH Wattrelos, Wattrelos
(4) Pharmacie, CH Roubaix, Roubaix
(5) Pharmacie, CH Armentières, Armentières
(6) Pharmacie, CHI Wasquehal, Wasquehal
(7) Pharmacie, CH Bailleul, Bailleul
(8) Pharmacie, CH Loos, Loos

NUMERO : 000194

Etudiants et préparateurs en pharmacie : un rôle important dans l'analyse pharmaceutique !

Maljean L.*(1), Dumas A.-F.(1), Grevy A.(1), Gibert P.(1), Brudieu E.(1), Chanoine S.(2), Bedouch P.(2)
(1) Pôle pharmacie, CHU Grenoble, Grenoble
(2) Pôle pharmacie, Université Grenoble Alpes/C NRS/TIMC-IMAG UMR5525/Themas, Grenoble

NUMERO : 000378

L'analyse pharmaceutique pour la désescalade des statines chez le sujet dénutri

Debanne C.(1), Hainaut M.-A.(1), Libessart M.(1), Terrier-Lenglet A.(1), Belhout M.(1), Mary A.(1), Membré S.*(1)
(1) Pharmacie, CHU Amiens-Picardie - Site Sud, Amiens

NUMERO : 000332

Opioïdes & chirurgie : éclairons nos patients !

Mizab D.(1), Mestre M.(1), Spadoni S.(1), Nguyen S.(1), Autard M.(1), Le Garlantezec P.*(1), Le Tohic S.(1)
(1) Pharmacie hospitalière, HIA Laveran, Marseille

NUMERO : 000197

Antibiothérapie de 7 jours ou moins dans les infections respiratoires basses : quelle situation dans notre hôpital ?

Baronnet A.(1), Lesueur G.*(1), D'arras C.(2), Guilhot F.(2), Pioche H.(1), Merle M.-C.(1)
(1) Pharmacie, CH Vierzon, Vierzon
(2) Direction de la qualité, CH Vierzon, Vierzon

NUMERO : 000169

Audit sur la prise en charge médicamenteuse des patients à l'admission en hospitalisation à domicile (HAD) depuis les établissements de santé

Roger L.(1), Lhermitte R.*(1), Dolle-Demaret M.(2), Lebert C.(1), Hue B.(1)
(1) Pharmacie, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes
(2) Pharmacie, Had 35, Rennes

NUMERO : 000292

Rétrocession : êtes-vous sûrs que le suivi de vos patients est à jour ?

Bouras S.(1), Pic A.*(1), Bukato F.(1), Boisgontier M.(1)
(1) Pharmacie, CH Compiègne-Noyon, Compiègne

NUMERO : 000106

Les entretiens asthme à l'officine : comment leur redonner du souffle ?

Cambon A.*(1), Recoche I.(2), Agostini S.(1), Ramos I.(3), Pomies J. M.(4), Dutech M.(5), Manant D.(6), Guilleminault L.(7), Didier A.(7), Qassemi S.(1), Roland C.(1), Cestac P.(8)
(1) Pharmacie, Reipo, CHU Toulouse, Toulouse
(2) Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse
(3) Pneumologie, éducation thérapeutique, CHU Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse
(4) Pharmacie, URPS Pharmaciens Occitanie, Toulouse
(5) Médecine générale, Fédération Occitanie Roussillon des maisons de santé, Nailloux
(6) Association patient, Association Départementales des Insuffisants Respiratoires de Haute Garonne (ADIR 31), Toulouse
(7) Pneumologie, CHU Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse
(8) Pharmacie clinique, CHU Toulouse, Toulouse

- La faible adhésion des patients au dispositif en lien avec le fait que les patients sous estiment le contrôle de leur maladie, n=25/28 (89,3 %).
- Les échanges interprofessionnels limités avec le médecin traitant ou le pneumologue, dont l'appui permettrait de légitimer l'intervention du pharmacien aux yeux des patients, n=28/32 (87,5 %).

NUMERO : 000499

Evaluation de la place des analogues GLP-1 dans la prise en charge du patient diabétique de type 2

Laeng M.(1), Delmotte N.*(2), Damonte L.(2), Darque A.(3), Gensollen S.(4)
(1) Pharmacie, APHM - CHU La Conception, Marseille
(2) Pharmacie, APHM - CHU La Conception, Marseille
(3) Rétrocession, APHM - CHU La Conception, Marseille
(4) Pharmacie, APHM - CHU La Conception, Marseille

NUMERO : 000457

Evaluation du switch vers les biosimiliaires d'ADALIMUMAB auprès des patients ambulatoires

Veyrier M.*(1), Tesmoingt C.(1), Le Grand J.(1), Pelletier A.-L.(2)
(1) Pharmacie, APHP - Hôpital Bichat - Claude-Bernard, Paris
(2) Hépatologie et gastro-entérologie, APHP - Hôpital Bichat - Claude Bernard, Paris

NUMERO : 000335

Impact du livret thérapeutique sur le bon usage des inhalateurs

Vion M.(1), Tessaire T.(1), Baudon M.*(1)
(1) Pharmacie, CHU Caen Normandie, Caen

NUMERO : 000093

Le carboxymaltose ferrique en chirurgie orthopédique et traumatologique : étude rétrospective de son utilisation en pratique clinique

Quenardel A.(1), Chambault R.(1), Adé M.(1), Cestac P.(2), Jouglen J.*(1)
(1) Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Purpan, Toulouse
(2) Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMéDiMS), CHU Toulouse, Toulouse

NUMERO : 000427

Virage ambulatoire et amélioration du lien ville-hôpital : étude de faisabilité sur la collaboration entre le service de coordination des soins externes et le département de pharmacie clinique d'un centre de lutte contre le cancer

Khouri T.(1), Yekkache N.(1), Eng J.(2), Pluguizzi V.(2), Hamel C.(1), Gaudin A.*(1)
(1) Département de Pharmacie clinique, Institut Gustave Roussy, Villejuif
(2) Coordination des soins externes, Institut Gustave Roussy, Villejuif

NUMERO : 000433

Impact de la conciliation médicamenteuse de sortie sur l'expérience et la satisfaction des patients à leur sortie d'hospitalisation

Laval F.[(1)], Cornée L.[(2)], L'helgoualc'h E.[(3)], Le Diguerher C.[(3)], Mimouni Z.[(3)], Charbonnier L.[(3)], Le Clainche F.[(3)], Pataky G.[(3)], Simonenko I.[(1)], Schweyer F.-X.[(4)], Hue B.*[(3)], Bajeux E.[(5)]
[(1)] Pharmacie Clinique - Dispensation Médicaments, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes
[(2)] Gériatrie, CH Saint Malo, Saint-Malo
[(3)] Pharmacie, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes
[(4)] Ehesp, École des Hautes Études en Santé Publique, Rennes
[(5)] Epidemiologie et santé publique, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes

NUMERO : 000513

Rétrocessions dans le cadre d'essais cliniques : quels risques pour les patients ?

Istin S.[(1)], Cousin T.[(1)], Basuyau F.[(1)], Daouphars M.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, Centre Henri Becquerel, Rouen

NUMERO : 000519

Prescriptions d'amoxicilline/acide clavulanique en chirurgie traumatologique/orthopédique : une étude rétrospective des pratiques cliniques

Chambault R.[(1)], Quenardel A.[(1)], Jouglen J.[(1)], Cestac P.[(1)], Ade M.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Purpan, Toulouse

NUMERO : 000454

Retour d'expérience sur l'utilisation du dossier pharmaceutique (DP) au secteur rétrocession

Stein J.*[(1)], Arnoux L.-A.[(1)], Le Deroff-Poupeau C.[(1)], Perdreau S.[(1)], Demoré B.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

NUMERO : 000418

Intérêt de la mise en place d'une consultation pharmaceutique pour les patients atteints d'asthme et/ou de BPCO : enquête préliminaire auprès des patients

Dusabe G.*[(1)], De Gregori J.[(1)], Feyeux H.[(1)], Gomes V.[(1)], Boronad C.[(1)], Agullo M.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Cannes, Cannes

NUMERO : 000377

Plan de prise médicamenteux : vers un accompagnement pharmaceutique personnalisé à la sortie du patient

Boulanger M.[(1)], Gigan M.[(1)], Fourneaux O.[(1)], Colombe A.[(1)], Debruyne A.-L.*[(1)], Queuille E.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Charles Perrens, Bordeaux

NUMERO : 000370

Validation de critères de sélection de prescriptions pour une analyse pharmaceutique ciblée

Querin B.[(1)], Leraut J.[(1)], Da Silva A.[(1)], Cerruti L.[(1)], Raspaud S.[(1)], Drouot S.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

NUMERO : 000148

Charge anticholinergique élevée chez les sujets âgés : cause d'une escalade de soins ?

Ragot M.*[(1)], Rocquain J.[(1)], Dupuy A.[(2)], Mandin R.[(1)], Lenoir A.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Ardèche Méridionale, Aubenas
[(2)] Court séjour gériatrique, CH Ardèche Méridionale, Aubenas

NUMERO : 000058

La pertinence des prescriptions de benzodiazépines et apparentées

Bissonnier J.*[(1)], Laurelli F.[(1)], Drouard S.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Agglomération Montargoise, Montargis

NUMERO : 000382

Réalisation de bilans de médication chez des patients âgés institutionnalisés

Zaugg V.*[(1)], Prunel A.[(1)], Hassan S.[(1)], Larrière S.[(2)], Thévenin M.[(2)]
[(1)] Pharmacie, CH Lozère, Mende
[(2)] Unité de soins de longue durée, CH Lozère, Mende

NUMERO : 000138

AVICENNE pour récupérer des problèmes liés à la pharmacothérapie : thrombo-prophylaxie et évolution de la fonction rénale

Houssemand T.*[(1)], Potier A.[(1)], Divoux E.[(2)], Boschetti E.[(1)], Duffourc M.-O.[(2)], Dony A.[(2)], Dufay E.[(2)], Demoré B.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy
[(2)] Pharmacie, CH Lunéville, Lunéville

NUMERO : 000115

Glucose 2.5 % et 5 %: enquête sur les pratiques de prescription

Schoonacker C.[(1)], Duvauchelle B.*[(1)], Couriat S.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Abbeville, Abbeville

NUMERO : 000033

Les poches de nutrition parentérale ternaire avec électrolytes sont-elles adaptées en réanimation ? : Une évaluation par un pharmacien clinicien

Cavagna P.*[(1)], Lecolant S.[(1)], Guilbert Z.[(1)], Leplay C.[(1)], Fernandez C.[(1)], Lescot T.[(2)], Antignac M.[(1)]
[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Saint-Antoine, Paris
[(2)] Réanimation chirurgicale, APHP - Hôpital Saint-Antoine, Paris

NUMERO : 000092

Mise en place d'une équipe mobile d'IDE pour la conciliation médicamenteuse : écueils, intérêts et perspectives

Marine P.[(1)], Simon M.[(1)], Bichani M.[(1)], Carine C.[(1)], Christelle C.[(1)], Real L.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Arras, Arras

NUMERO : 000021

Prescription initiale d'antibiotiques de plus de 7 jours : bilan à 18 mois de l'analyse, du suivi et de la réévaluation des prescriptions

Jalbert A.-C.*[(1)], Grolier E.[(1)], Chevrier C.[(1)], Coquet E.[(1)]
[(1)] Pharmacie, Hôpital européen Marseille, Marseille

NUMERO : 000045

Evaluation de la prescription de Médicaments Potentiellement Inappropriés (MPI) chez le sujet âgé hospitalisé en court séjour gériatrique

Claussner C.[(1)], Julien J.[(1)], Ech-Chaouy A.*[(2)]
[(1)] Pharmacie, CH Maillot, Val de Briey
[(2)] Pharmacie, CH Maillot, Briey

NUMERO : 000132

Eculizumab : quels enjeux entre bon usage et indications émergentes ?

Perrier Q.*[(1)], Reymond F.[(1)], Malvezzi P.[(2)], Lehmann A.[(1)], Chanoine S.[(3)], Bedouch P.[(3)]
[(1)] Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble
[(2)] Néphrologie, hémodialyse, aphérèse et transplantation rénale, CHU Grenoble Alpes, Grenoble
[(3)] Pôle pharmacie, université Grenoble Alpes, cnrs-uga, timc-imag umr 5525, themas, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

NUMERO : 000334

Prise en charge des patients atteints de VHC. Avec l'arrivée des nouvelles thérapies, faut-il maintenir les programmes d'ETP ?

Gerbaud N.[(1)], Moreau C.*[(1)], Rousseau A.[(1)], Stéphane D.[(2)], Meurisse J. J.[(2)], Claveranne S.[(1)], Bonnefous J.-L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Fleyriat, Bourg-en-Bresse

[(2)] Gastro entérologie, CH Bourg-en-Bresse, Bourg-en-Bresse

NUMERO : 000130

Tolvaptan : des essais cliniques à la pratique clinique : Quelle efficacité, tolérance chez les patients ?

Perrier Q.*[(1)], Romanet T.[(2)], Chanoine S.[(3)], Zaoui P.[(4)], Bedouch P.[(3)]

[(1)] Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

[(2)] Pôle pharmacie, néphrologie, hémodialyse, aphérèse et transplantation rénale, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

[(3)] Pôle pharmacie, université Grenoble Alpes, cnrs-uga, timc-imag umr 5525, themas, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

[(4)] Université Grenoble Alpes, néphrologie, hémodialyse, aphérèse et transplantation rénale, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

NUMERO : 000035

Audit sur les causes potentiellement iatrogéniques des chutes chez les personnes âgées

Mare L.*[(1)], Ledroit M.[(1)], Moalla M.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH La Tour Blanche, Issoudun

NUMERO : 000038

Implications des préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) dans l'obtention du bilan médicamenteux d'entrée : une étude qualitative du point de vue du personnel pharmaceutique, médical et infirmier

Airiau C.*[(1)], Guirriec A. S.[(1)], Berge-Bouchara C.[(1)], Gaume M.[(1)], Solans V.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Cholet, Cholet

NUMERO : 000353

Où en sont les connaissances des professionnels de santé sur le Paracétamol et les AINS ?

Borsato J.[(1)], Sevieri E.[(2)], Arnold C.[(2)], Pradelle A.[(1)], Gimenez M.[(1)], René A.[(3)], Masciulli P.[(3)], Lemoine M. L.[(3)], Rochaix C.[(3)], Bonnetain I.[(1)], Hellot-Guersing M.*[(1)], Leromain A.-S.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHG Lucien Hussel, Vienne

[(2)] Équipe mobile soins palliatifs, CHG Lucien Hussel, Vienne

[(3)] Gérontologie, CHG Lucien Hussel, Vienne

NUMERO : 000389

Prise en charge du vasospasme cérébral après hémorragie méningée par rupture anévrismale : usage de la milrinone

Mordohay A.[(1)], Naggara O.[(2)], Leroy S.*[(1)], Advenier-Iakovlev E.[(1)]

[(1)] Pharmacie, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Paris

[(2)] Neuroradiologie, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Paris

NUMERO : 000013

Anticoagulants oraux directs : qualité et efficience des prescriptions hospitalières exécutées en ville

Heim A.[(1)], Gautié L.*[(1)], Vergne C.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Joseph Ducuing, Toulouse

NUMERO : 000363

Faut-il mettre en place des entretiens pharmaceutiques dans le parcours de soin du patient transplanté pulmonaire ?

Gonzalez C.[(1)], Gallissot R.[(1)], Schwalen F.[(1)], Lacroix P.[(1)], Recoche I.[(1)], Cestac P.*[(2)]

[(1)] Pharmacie, Chu Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse

[(2)] Pharmacie, CHU Toulouse, Toulouse

NUMERO : 000062

Insuffisance rénale aiguë et purpura sous Nitrofurantoïne : événement indésirable majeur non référencé

Robert M.*[(1)], Lepelley M.[(2)], Cardaci C.[(3)], Boden S.[(4)], Mallaret M.[(2)], Boucherle D.[(4)]
[(1)] Pharmacie, GH Mutualiste de Grenoble, Grenoble
[(2)] Pharmacovigilance, CHU Grenoble, La Tronche
[(3)] Gériatrie, Clinique Mutualiste des Eaux Claires, Grenoble
[(4)] Pharmacie, Clinique Mutualiste des Eaux Claires, Grenoble

NUMERO : 000102

Informatisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée

Cirotteau D.[(1)], Mercier S.*[(2)], Roge P.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Brest, Brest
[(2)] CHU Brest - Hôpital Carhaix, Carhaix Plouguer

NUMERO : 000112

Intégration de la pharmacie clinique via le plan pharmaceutique personnalisé aux parcours de santé des patients polypathologiques : partage d'expérience

Tenne C.[(1)], Lafitte P.[(2)], Marchand M.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH le Montaigu, Astugue
[(2)] Unité d'éducation thérapeutique, CH le Montaigu, Astugue

NUMERO : 000373

Les revues des prescriptions : le levier pour permettre l'acceptation de nos interventions pharmaceutiques !

Fourneaux O.[(1)], Gigan M.[(1)], Colombe A.*[(1)], Debruyne A.-L.[(1)], Queuille E.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Charles Perrens, Bordeaux

NUMERO : 000030

Organisation des activités de pharmacie clinique au sein d'un centre hospitalier. Utilisation d'un outil d'aide à la décision basé sur une analyse globale des risques

Besançon P.[(1)], Marguet P.*[(1)], Durand T.[(1)], Douet C.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Louis Pasteur, Dole

NUMERO : 000077

Recherche d'une alternative au midazolam buccal pour la sédation en pédiatrie

Bordage L.[(1)], Donzeau A.[(2)], Levaux-Faivre M.-M.*[(1)], Touleimat - Luque Paz M.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Angers, Angers
[(2)] Pédiatrie, CHU Angers, Angers

NUMERO : 000398

Rôle du pharmacien en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes : conduite de revue de pertinence et prévention des chutes

Perovic I.[(1)], Allainmat A.[(2)], Marie dit Dinard B.*[(3)]
[(1)] Pharmacie, CH Fougères, Fougères
[(2)] Pharmacie, CH des Marches de Bretagne, Val-Couesnon
[(3)] Pharmacie, CH Fougères, Fougères

NUMERO : 000011

Test d'acceptation d'un outil de priorisation des patients à risque dans la validation pharmaceutique des prescriptions

Frery P.[(1)], Basso Boccabella R.*[(2)], Rondelot G.[(3)]
[(1)] Pharmacie, CHR Thionville - Hôpital Bel-Air, Thionville
[(2)] Service informatique, CHR Metz Thionville, Metz
[(3)] Pharmacie, CH Mercy, Ars-Laquenexy

NUMERO : 000385

Coordination ville-hôpital via eTICSS : la e-santé au service des patients sous thérapies orales anticancéreuses

Petit C.[(1)], Paris J.[(1)], Renzullo C.*[(1)], Mondoloni P.[(1)], Leroy B.[(1)], Coutet J.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH William Morey, Chalon-sur-Saône

NUMERO : 000411

Priorisation des ordonnances à analyser : impact quantitatif et qualitatif sur les interventions pharmaceutiques

Neyrat L.*[(1)], Chantel S.[(1)], Souhaite C.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Simone Veil, Vitré

PHARMACO-ECONOMIE ET PHARMACOEPIDEMIOLOGIE

NUMERO : 000532

Évaluation économique du coût de la greffe dans un centre tunisien

Mejri M.*[(1)], Achour L.[(1)], Jaafer C.[(1)], Drira C.[(2)], Ouederni M.[(3)], Ben Othman T.[(4)], Fradi I.[(1)]
[(1)] Pharmacie, Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie
[(2)] Pharmacie, Centre national de greffe de moelle osseuse, Tunis, Tunisie
[(3)] Pédiatrie, immunohématologie, Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie
[(4)] Adulte immunohématologie, Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie

NUMERO : 000490

Evaluation et optimisation du coût d'un générateur de Gallium-68

Brentot C.[(1)], Revy A.*[(2)], Chevrier R.[(3)], Tempier M.[(3)]
[(1)] Radiopharmacie, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand
[(2)] Pharmacie, HCL - Hôpital la Croix Rousse, Lyon
[(3)] Pharmacie à usage intérieur, service de radiopharmacie, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand

NUMERO : 000487

Evaluation médico-économique de la mastectomie totale par deux techniques chirurgicales : capitonnage avec utilisation de colle biologique versus technique conventionnelle

Courrege J.[(1)], Maire A.[(1)], Ferrer C.[(2)], Kinowski J.-M.*[(1)], Bourin D.[(1)], Leguelinel-Blache G.[(1)], Chasseigne V.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Nîmes - Hôpital Universitaire Carémeau, Nîmes
[(2)] Gynécologie obstétrique, CHU Nîmes - Hôpital Universitaire Carémeau, Nîmes

NUMERO : 000087

Financement des médicaments innovants à l'hôpital et sortie du dispositif post-ATU : une inscription sur la liste en sus pas toujours systématique !

Combe O.*[(1)], Seron A.[(1)]
[(1)] Pharmacie euromédecine, CHU Montpellier, Montpellier

NUMERO : 000202

La massification des achats atteint-elle ses limites ? Zoom sur les antibiotiques

Zelmat Y.*[(1)], Salamon T.[(1)], Granat C.[(1)], Tredez S.[(1)], Penet E.[(1)], Famin M.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Guéret, Guéret

NUMERO : 000520

Traitement Post-Exposition (TPE) au VIH et passage aux antirétroviraux génériques (ARVg) : quelle organisation ? Et quel bénéfice pour l'hôpital ?

Hazout S.[(1)], Sitruk D.[(1)], Debrix I.[(1)], Allaf S.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Tenon, Paris

NUMERO : 000080

Comment une rupture de stock peut mener à améliorer les pratiques et réduire les coûts ? Exemple de l'indigotine

Donjon A.*[(1)], Brischoux S.[(2)], Cournede A.[(3)], Gosse-Boeuf N.[(4)]
[(1)] Pharmacie à Usage Intérieur, CHU Limoges - Hôpital Dupuytren, Limoges
[(2)] Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges
[(3)] Pharmacie, CHU Limoges, Limoges
[(4)] Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges

NUMERO : 000246

Situation d'urgence en réanimation : impacts sur la pharmacie

Martin E.[(1)], Imperaire Boronad L.*[(2)], Dantin T.[(2)], Collomp R.[(3)]
[(1)] Pharmacie, CHU Nice - Hôpital l'Archet, Nice
[(2)] Pharmacie, CHU Nice - Hôpital l'Archet, Nice
[(3)] Pharmacie, CHU Nice - Hôpital l'Archet 2, Nice

NUMERO : 000518

Les biosimilaires : Connaissance avant Efficience

Potier J.*[(1)], Djoussa-Kambou S.[(1)], Grange J.[(2)], Georges N.[(3)], Diallo M. L.[(1)]
[(1)] Pharmacie, Grand Hôpital de l'Est Francilien - Site de Meaux, Meaux
[(2)] Pharmacie, Grand Hôpital de l'Est Francilien - Site de Coulommiers, Coulommiers
[(3)] Pharmacie, Grand Hôpital de l'Est Francilien, Coulommiers

QUALITE, GESTION DES RISQUES, VIGILANCE

NUMERO : 000463

Encadrement et sécurisation du circuit « SANGSUE-citer » de doute !

Tisserand F.*[(1)], Roge P.[(2)], Le Bot M.[(3)]
[(1)] Pharmacie, CHU Brest - Hôpital La Cavale Blanche, Brest
[(2)] Pharmacie, CHU Brest - Hôpital La Cavale Blanche, Brest
[(3)] Pharmacie, CHU Brest, Brest

NUMERO : 000355

Déploiement et sécurisation de la dispensation individuelle nominative (DIN) des médicaments en forme orale sèche (FOS) grâce un automate

Hervy F.[(1)], Perron J.[(1)], Rousseau-Gautier A.[(1)], Huault-Quentel J.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Châteaubriant Nozay Pouance, Châteaubriant

NUMERO : 000405

Erreurs médicamenteuses induites par l'informatisation des prescriptions : se servir du retour d'expérience pour améliorer le paramétrage du logiciel d'aide à la prescription

Pradelle A.[(1)], Borsato J.[(1)], Lardon A.[(1)], Hellot-Guersing M.*[(1)], Leromain A.-S.[(1)], Jarre C.[(1)], Gadot A.[(1)], Derharoutunian C.[(1)], Roubille R.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHG Lucien Hussel, Vienne

NUMERO : 000309

Questions de nutrition : comment alimenter les connaissances sur le bon usage ?

Hyvert S.[(1)], Raphard A.*[(1)], Coursier S.[(1)], Chatillon F.[(1)], Haine M.[(2)], Bontemps H.[(1)]
[(1)] Pharmacie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône
[(2)] Service gériatrie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

NUMERO : 000467

Ceftriaxone et Cefotaxime : une confusion fréquente ?

Gamel A.*[(1)], Colombat S.[(1)], Bordes C.[(1)], Fouquier B.[(1)], Lazzarotti A.[(1)], Malbranche C.[(1)], Gougeard A.[(1)]
[(1)] Pôle pharmaceutique, CHU Dijon, Dijon

NUMERO : 000408

Évènements indésirables médicamenteux (EIM) dans un hôpital psychiatrique : les analyser pour améliorer les pratiques

Foreau M.*[(1)], Chaupin A.[(1)], Jullien A.[(2)], Segonds M.[(1)], Bonnet L.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Gérard Marchant, Toulouse
[(2)] Pharmacie, CHU Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse

NUMERO : 000342

Retour d'expérience sur le circuit du plasma traité par solvant-détergent : analyse des non-conformités à un an d'expérience

Argouet L.[(1)], Darrodes M.*[(1)], Camps E.[(1)], Bonan B.[(1)]
[(1)] Pharmacie, Hôpital Foch, Suresnes

NUMERO : 000431

Une démarche de sensibilisation des neurochirurgiens à la prise en charge médicamenteuse

Crequit C.*[(1)], Snobbert E.[(1)], Leroy S.[(1)], Devaux B.[(2)], Advenier-Iakovlev E.[(1)]
[(1)] Pharmacie, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Paris
[(2)] Service de neurochirurgie, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Paris

NUMERO : 000135

Amélioration de la couverture vaccinale antigrippale : merci les pharmaciens !

Benoît A.*[(1)], Hoskovec C.[(2)], Rieu C.[(2)], Lacassin F.[(3)], Rougier C.[(4)]
[(1)] Pharmacie clinique, CH Mont-de-Marsan - Site Layné, Mont-de-Marsan
[(2)] Pharmacie, CH Mont-de-Marsan - Site Layné, Mont-de-Marsan
[(3)] Infectiologie, CH Mont-de-Marsan - Site Layné Mont-de-Marsan
[(4)] Hygiène, CH Mont-de-Marsan - Site Layné, Mont-de-Marsan

NUMERO : 000061

Le Management Bienveillant : l'adhésion d'une équipe et une nouvelle force à disposition des performances de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)

Vidal F.[(1)], Merlet M.*[(2)], Rucheton A.[(3)], Malot J.[(1)], Théron F.[(2)], Gelas C.[(2)], Vandewoestyne S.[(2)], Lacaud F.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Dax-Côte d'Argent, Dax
[(2)] Pharmacie, CH Dax-Côte d'Argent, Dax
[(3)] Stérilisation, CH Dax-Côte d'Argent, Dax

NUMERO : 000089

Associations formellement contre-indiquées : faut-il revoir le système d'alerte des logiciels d'aide à la prescription / dispensation ?

Felker G.*[(1)], Tabbo A.[(2)], Banide M.-C.[(3)], Ripoll F.[(4)], Reggio P.[(1)]
[(1)] Pôle pharmacie, Direction Régionale du Service médical PACA Corse, Marseille
[(2)] Pharmacie, APHM - Hôpital Sainte Marguerite, Marseille
[(3)] Service datim, Direction Régionale du Service médical PACA Corse, Marseille
[(4)] Pôle accompagnement, Direction Régionale du Service médical PACA Corse, Marseille

NUMERO : 000121

L'escape game : un moyen ludique pour sensibiliser les soignants aux erreurs médicamenteuses en pédiatrie

Delaye C.*[(1)], Guerin A.[(1)], Postaire M.[(1)], Sabatier B.[(2)], Borowik A.[(2)]
[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Necker, Paris
[(2)] Pharmacie, APHP - Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris

NUMERO : 000468

Pharmacovigilance en gériatrie : analyse de la sévérité et de l'évolution des effets indésirables médicamenteux déclarés en milieu hospitalier

Terle J.[(1)], De La Gastine B.[(2)], France M.[(3)], Garreau R.*[(3)], Goutelle S.[(3)], Bourguignon L.[(3)]
[(1)] Pharmacie, ISPB - Faculté de pharmacie de Lyon, Lyon
[(2)] Unités de longs séjours gériatriques, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon
[(3)] Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

NUMERO : 000478

Analyse globale des risques du circuit « sécurité sociale – hôpital » des médicaments anticancéreux en Tunisie

Hamida S.[(1)], Zribi K.*[(2)]
[(1)] Direction des médicaments, Caisse Nationale d'Assurance Maladie de Tunisie, Tunis Montplaisir, Tunisie
[(2)] Pharmacie, CHU Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

NUMERO : 000535

Démarche d'optimisation de la sécurisation de la dispensation nominative en hospitalisation à domicile

Courouble J.*[(1)], Benabderrahmane N.[(1)], Wileczek A.[(1)], Scalbert P.[(1)], Lefebvre A.[(2)], Decourcelle C.[(2)], Floret E.[(3)]
[(1)] Pharmacie, CH Saint Philibert, Lomme
[(2)] Pharmacie, CH Saint Philibert, Lomme
[(3)] Pharmacie, Comité Établissement, CH Saint-Philibert, Lomme

NUMERO : 000372

Quelle utilisation des régulateurs de débit en perfusion à l'échelle d'un groupement hospitalier de territoire ?

Lotiron C.[(1)], Fatoux J.[(1)], Ribas C.*[(1)], Dufoir T.[(2)], Yani S.[(3)], The C.[(4)], Arnaud E.[(5)], Philip V.[(6)], Grellet J.[(7)], Quiévy-Macchioni A.[(1)]
[(1)] Unité de matériovigilance, CHU de Bordeaux, Bordeaux
[(2)] Pharmacie, CH Sud Gironde, Langon
[(3)] Pharmacie des dispositifs médicaux, CHU Bordeaux - Hôpital Haut Lévêque, Pessac
[(4)] Pharmacie, CH Sainte-Foy-la-Grande, Sainte-Foy-la-Grande
[(5)] Pharmacie, CH Blaye, Blaye
[(6)] Pharmacie des dispositifs médicaux, CHU Bordeaux - Hôpital Haut Lévêque Magellan, Pessac
[(7)] Pharmacie, CHU Bordeaux - Hôpital Pellegrin, Bordeaux

NUMERO : 000358

Sécurisation de l'administration du foscarnet par un montage adapté

Roseau C.*[(1)], Bibard C.[(1)], Saurel N.[(1)], Plocco P.[(1)], Lefrançois A.[(1)], Hermelin-Jobet I.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHR Orléans, Orléans

NUMERO : 000088

Automate à dispensation nominative de formes orales sèches : comment diminuer les non-conformités ?

Schoonacker C.[(1)], Oubarhman S.*[(1)], Herlin C.[(1)], Schmit B.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Beauvais, Beauvais

NUMERO : 000129

Recueil et analyse des évènements indésirables (EI) ou non-conformité (NC) en essais cliniques : causes, impacts et propositions pour améliorer les pratiques et sécuriser le circuit des médicaments expérimentaux au sein de notre Pharmacie à Usage Intérieur

Boczek C.*[(1)], Bellegarde J.[(1)], Pugliese S.[(2)], Collomp R.[(3)]
[(1)] Pôle pharmacie stérilisation, CHU Nice - Hôpital Pasteur, Nice
[(2)] Pôle pharmacie stérilisation, CHU Nice, Nice
[(3)] Pôle pharmacie stérilisation, CHU Nice, Nice

NUMERO : 000116

Élaboration d'une cartographie des risques en Unité Centralisée de Préparation des Cytotoxiques d'un centre hospitalier régional universitaire

Wicky J.*[(1)], Le Quinio P.[(1)], Morice S.[(1)], Lider P.[(1)], Socha M.[(1)], Mulot C.[(1)], Hirchenhahn C.[(1)], Demoré B.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

NUMERO : 000161

L'escape game : un outil pédagogique pertinent pour sensibiliser les professionnels de santé aux bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse du patient ?

Beaumier L.[(1)], Cumin M.*[(1)], Robert M.[(1)], Auger C.[(1)], Henocq H.[(2)], Laot I.[(2)], Provent A.-L.[(1)], Boucherle D.[(1)]
[(1)] Pharmacie, GH Mutualiste Grenoble, Grenoble
[(2)] Qualité et gestion des risques, GH Mutualiste Grenoble, Grenoble

NUMERO : 000165

Sensibilisation des professionnels de santé aux bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse des patients : une utilisation conjointe de différents outils pédagogiques

Beaumier L.[(1)], Cumin M.*[(1)], Auger C.[(1)], Robert M.[(1)], Henocq H.[(2)], Laot I.[(2)], Provent A.-L.[(1)], Boucherle D.[(1)]
[(1)] Pharmacie, GH Mutualiste Grenoble, Grenoble
[(2)] Qualité et gestion des risques, GH Mutualiste Grenoble, Grenoble

NUMERO : 000139

Solutés « à risque » : création d'un outil de formation destiné aux préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) et aux pharmaciens d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU)

Houssemand T.*[(1)], Boschetti E.[(1)], Conrad M.[(2)], Malgras A.[(3)], Arnoux L.-A.[(1)], Demoré B.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy
[(2)] Réanimation médicale, CHU Nancy - Hôpital Central, Nancy
[(3)] Endocrinologie - diabète - nutrition, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

NUMERO : 000192

Contrôle microbiologique des surfaces et des dispositifs médicaux des blocs opératoires et des salles d'accouchement avant et après désinfection avec le chlore produit localement par électrolyse au niveau de deux Hôpitaux Universitaires

Traoré A. T.*[(1)], Bengaly L.[(2)], Giani S.[(3)], Kouriba B.[(4)], Sanogo R.[(5)]
[(1)] Pharmacie hospitalière, Hôpital du Mali, Bamako, Mali
[(2)] Pharmacie hospitalière, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali
[(3)] Aidemet, ONG Aidemet, Bamako, Mali
[(4)] Centre d'infectiologie Charles Mérieux, CICM, Bamako, Mali
[(5)] Département de médecine traditionnelle, Institut National de Santé Publique (INSP), Bamako, Mali

NUMERO : 000221

D'une revue de morbi-mortalité au bon usage des Benzodiazépines à l'unité sanitaire d'un centre pénitentiaire

Martinez M.[(1)], Calland S.[(1)], Pelissier M.[(1)], Ordekyan A.[(1)], Perrier C.[(2)], Dehaese O.*[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Guy Thomas, Riom
[(2)] Unité sanitaire, Centre Pénitentiaire de Riom, Riom

NUMERO : 000078

Développement d'un outil qualité : le Pareto. Optimisation de la gestion des fiches d'évènements indésirables médicamenteuses (FEIM)

Marie C.[(1)], Collet C.-E.*[(1)], Deloison E.[(1)], Saint C.[(2)], Saint-Lorant G.[(1)], Benoist H.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Caen Normandie, Caen
[(2)] Direction qualité et droits des usagers, CHU Caen Normandie, Caen

NUMERO : 000301

Dispensation des spécialités rétrocédables aux patients ambulatoires : construction d'un outil d'aide à l'analyse des prescriptions et de conseils aux patients

Etis M.[1], Marinoni S.[1], Grenier L.[1], Rossignol M.*[1], Cabrera F.[1]
[1] Pharmacie, CH Roanne, Roanne

NUMERO : 000028

Evaluation de la pertinence de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons dans un établissement public de santé mentale

Leblanc A.[1], Marchandé C.[2], Pingris C.[2], Leguay F.*[1]
[1] Pharmacie, EPSM Aube Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube, Brienne-le-Château
[2] Unité somatique, EPSM Aube Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube, Brienne-le-Château

NUMERO : 000055

Résultats du 1er tour d'une évaluation des pratiques professionnelles : prescription des médicaments à risque

Gorgeon C.[1], Soubra X.*[1], Lestrade N.[2], Tayaa S.[2], Barin B.[3], Beauvais M.[4]
[1] Pharmacie, Centre Départemental Les Grands Chênes Saint-Denis, Saint-Maur
[2] Service médicosocial, Centre Départemental Les Grands Chênes Saint-Denis, Saint-Maur
[3] Pharmacie, CH Valençay, Valençay
[4] Pharmacie, CH Levroux, Levroux

NUMERO : 000281

Analyse d'une série de cas d'éviscérations post-césariennes

Voinet E.[1], Belmas A.*[1], Gallot D.[2], Boïko-Alaux V.[1], Sautou V.[1]
[1] Pôle pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand
[2] Gynéco-obstétrique, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Estaing, Clermont-Ferrand

NUMERO : 000191

Service rendu en rétrocession hospitalière : état des lieux des attentes et connaissances des patients traités par facteurs anti-hémophiliques

Fischer S.[1], Monnot T.[1], Omrani S.[2], Girard F.[3], Buisson T.[4], Marguet P.[5], Alpy M.[6], Mockly-Postal H.[1], Fournel A.[7], Mourey G.[7], Berthou-Contreras J.*[1], Clairet A.-L.[8]
[1] Pharmacie, CHU Besançon, Besançon
[2] Pharmacie, Hôpital Nord Franche-Comté - Urgences, Trévenans
[3] Pharmacie, GH Haute-Saône, Vesoul
[4] Pharmacie, GH Jura Sud, Lons-le-Saunier
[5] Pharmacie, CHG Louis Pasteur, Dole
[6] Pharmacie, CHI Haute-Comté, Pontarlier
[7] Centre de ressources et de compétences-maladies hémorragiques constitutionnelles, CHU Besançon, Besançon
[8] Pharmacie, CHU Besançon, Besançon

NUMERO : 000297

Siphonage lors de l'utilisation de pousse-seringue électrique : comment l'éviter ?

Fatoux J.[1], Lotiron C.[1], Delemotte A.[2], Brachfogel G.[2], Ribas C.*[1], Quiévy-Macchioni A.[1]
[1] Unité de matériovigilance, CHU Bordeaux, Bordeaux
[2] Service d'ingénierie biomédicale, CHU Bordeaux, Bordeaux

NUMERO : 000248

Une gestion des risques équitable en établissements médico-sociaux ? Un premier pas avec une cartographie des risques pour répondre à leurs besoins

Norre F.[1], Le Gall T.*[1], Sujol G.[1], Bedjidian S.[1], Lopez E.[1], Colomès S.[1]
[1] Pharmacie, GCS Pharmacoopé - CH Léon Jean Grégory, Thuir

NUMERO : 000189

Application de la méthode AMDEC pour sécuriser le circuit des essais cliniques : quelles sont les étapes les plus à risque ?

Malassigné M.*(1), Jourand A.(1), Ghezzoul B.(1), Servant V.(1), Mora P.(1), Dessane B.(1), Djabarouti S.(1)
(1) Pharmacie, CHU Bordeaux, Bordeaux

NUMERO : 000247

Explorer de nouvelles solutions organisationnelles en pharmacie : enjeux et pistes

Cosme E.(1), Reberga A.*(1), Sitbon M.(1), Eychenié H.(1)
(1) Pharmacie, Agence Nationale d'Appui à la Performance, Paris

NUMERO : 000215

Le management bienveillant : une approche novatrice et bénéfique dans l'encadrement et la formation des Internes en Pharmacie Hospitalière (IPH)

Jordono L.*(1), Rucheton A.(1), Merlet M.(2), Malot J.(2), Théron F.(2), Gelas C.(2), Vandewoestyne S.(2), Lacaud F.(2), Vidal F.(2)
(1) Stérilisation, CH Dax - Côte d'Argent, Dax
(2) Pharmacie, CH Dax - Côte d'Argent, Dax

NUMERO : 000290

Aide médicale d'urgence : mise en place d'un guide pratique du déploiement du poste sanitaire mobile

Pestourie M.(1), Lemettre E.(1), Bourgeois G.(1), Lepetit A.-L.*(1), Treillard C.(1)
(1) Pharmacie, CH Tulle, Tulle

NUMERO : 000303

Codification des interventions pharmaceutiques (IP) réalisées lors de la dispensation des médicaments expérimentaux (ME) : bilan à 2 ans et perspectives

Raphard A.(1), Yailian A.-L.*(1), Bourron P.(1), Tourvieilhe L.(1), Bossy L.(1), Marchand C.(1), Lebas E.(1), Eichenlaub E.(1), Riou C.(1), Laleye D.(1), Pivot C.(1), Dhelens C.(1)
(1) Pharmacie, HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

NUMERO : 000265

Evaluation des pratiques de nutrition parentérale chez l'adulte : deuxième round

Hausherr A.*(1), Bataille J.(1), Pons-Kerjean N.(1)
(1) Pharmacie, APHP - Hôpital Beaujon, Clichy

NUMERO : 000254

Prescriptions d'antibiotiques en établissement d'HAD : le point régional !

Pelsez - Rouillé A.(1), Arrii M.(1), Comité Technique Had Omédit Normandie (1), Cherel A.(2), Delavoipière E.(2), Delbende E.(1), Bougle C.(2), Monzat D.*(1), Fiaux E.(3), Lefebvre-Caussin M.(1)
(1) Omédit, OMéDIT Normandie, Rouen
(2) Omédit, OMéDIT Normandie, Caen
(3) Normantibio, Centre régional de conseil en antibiothérapie de Normandie, Rouen

NUMERO : 000300

Semaine sécurité patient : A vos jeux, Prêts, Soignez !

Hyvert S.(1), Bourdelin M.*(1), Lefort M.-N.(2), Rochefolle A.(1), Falquet B.(1), Coursier S.(1), Bontemps H.(1)
(1) Pharmacie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône
(2) Direction des soins, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

DISPOSITIFS MEDICAUX ET STERILISATION

NUMERO : 000040

Etude de cas : utilisation répétées des introducteurs vasculaires et réactions anaphylactoïdes : quelles relations ?

Perrier Q.*(1), Konieczny C.(1), Schmitt D.(1), Reymond F.(1), Trivin C.(1), Piliero N.(2), Thony F.(2), Bouvaist H.(3), Bedouch P.(4)
(1) Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble
(2) Service d'imagerie médicale et de radiologie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble
(3) Service de cardiologie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble
(4) Pôle pharmacie, université Grenoble Alpes, cnrs-uga, timc-imag umr 5525, themas, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

NUMERO : 000257

Quand la stérilisation s'ouvre au public

Duverger C.(1), Henneré G.(1), Barbin N.(1), Coret-Houbart B.*(1)
(1) Pharmacie-stérilisation, CHI Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

NUMERO : 000443

Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) : existe-t-il une corrélation entre le type de valves et le taux de complication ?

Fichon T.(1), Laschinski B.(2), Caudron M.*(1), Petit A.(3)
(1) Pharmacie, CHU Amiens Picardie - Site Sud, Salouël
(2) Pharmacie, CHU d'Amiens-Picardie - Site Sud, Amiens
(3) Pharmacie, CHU Amiens, Salouël

NUMERO : 000140

Analyse et amélioration des pratiques professionnelles (AAPP) transversale sur le bon usage du cathéter central inséré par voie périphérique (PICC)

Tribaudeau L.*(1), Verguet L.(1), Heim A.(2), Pecani D.(3)
(1) CoMéDiMS, Rangueil, CHU Toulouse, Toulouse
(2) Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Paule de Viguier, Toulouse
(3) Pharmacie approvisionnement, CHU Toulouse - Logipharma, Toulouse

NUMERO : 000200

Exosquelette : impact sur la santé des préparateurs dans le secteur des dispositifs médicaux

Naveau M.(1), Toullic C.*(1), Drancourt P.(1), Painchart L.(1), Aubert J.(1), Boyer J.(1)
(1) Pharmacie, CH Valenciennes, Valenciennes

NUMERO : 000414

Dispositifs médicaux : quelle alternative lorsque la poche de phlébotomie n'est pas efficace ?

Lecot J.(1), Chilles M.(2), Da Violante C.(1), Plocco P.*(1), Lefrançois A.(1), Hermelin-Jobet I.(1)
(1) Pharmacie, CHR Orléans, Orléans
(2) Médecine interne, CHR Orléans, Orléans

NUMERO : 000287

Cathéters Midline : évaluation de leur utilisation après 6 mois de référencement

Pestourie M.(1), Maron S.(2), Pradal M.-L.(1), Capponi-Guillon C.(2), Meneyrol C.(3), Lepetit A.-L.*(1), Yeddou L.(3), Treillard C.(1)
(1) Pharmacie, CH Tulle, Tulle
(2) Hygiène hospitalière, CH Tulle, Tulle
(3) Bloc opératoire, CH Tulle, Tulle

- les caractéristiques du patient (sexe, âge, service)
- la durée de pose, les complications, la cause du retrait
- la traçabilité de : la prescription, l'indication, la pose, les complications, la surveillance
- l'informatisation : de la prescription, de l'indication, de la pose, des soins et surveillances
- la formation continue du personnel
- la création et la transmission de plaquettes informatives.

NUMERO : 000344

Comparaison des avis émis concernant les demandes de référencement de dispositifs médicaux à l'échelle locale et nationale, sur une période de sept ans

Toullic C.[(1)], Gilliot S.*[(1)], Décaudin B.[(1)], Odou P.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Lille, Lille

NUMERO : 000390

Pertinence et traçabilité des prescriptions de pansements en milieu hospitalier

Vuillemin D.*[(1)], Muziotti C.[(1)], Cortez C.[(2)], Dol L.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Hyères, Hyères
[(2)] Référent pansement, CH Hyères, Hyères

NUMERO : 000041

Mise en place d'une réunion pluridisciplinaire pour rationaliser la prescription des verrous antithrombotiques en hémodialyse

Laurent M.*[(1)], Fuchs M.[(1)], Maaz M.[(2)], Iooss P.[(1)]
[(1)] Pharmacie -Stérilisation, CH Louis Pasteur, Colmar
[(2)] Néphrologie-hémodialyse, CH Louis Pasteur, Colmar

NUMERO : 000154

Qu'est-ce qu'on jette au bloc opératoire ?

Robert M.*[(1)], Sonjon V.[(1)], Provent A.-L.[(2)], Boucherle D.[(2)]
[(1)] Pharmacie, GH Mutualiste de Grenoble, Grenoble
[(2)] Pharmacie, Clinique Mutualiste des Eaux Claires, Grenoble

NUMERO : 000339

Élaboration et évaluation d'un guide d'utilisation des pansements

Ragot M.*[(1)], Mandin R.[(1)], Lenoir A.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CH Ardèche Méridionale, Aubenas

NUMERO : 000420

Les scialytiques, faut-il passer à l'usage unique ?

Crublet P.*[(1)], Adoum A.[(1)], Gueneret L.[(1)], Lesourd F.[(1)]
[(1)] Pharmacie, CHU Rennes, Rennes

NUMERO : 000026

SAP (seringue auto-pulsée) en réanimation ? EPP et évaluation médico-économique (matériel, préparations non extemporanées et étiquetage)

Lemtiri J.*[(1)], Lambiotte F.[(1)], Herbez E.[(1)], Boughanmi H.[(1)], Drancourt P.[(2)], Boyer J.[(2)], Elbeki N.[(3)]
[(1)] Réanimation, CH Valenciennes, Valenciennes
[(2)] Pharmacie, CH Valenciennes, Valenciennes
[(3)] Anesthésie, CH Valenciennes, Valenciennes

PREPARATION ET CONTROLES

NUMERO : 000522

Evaluation des performances du dosage DrugLog en pratique courante dans une unité de reconstitution des cytotoxiques

Goulas C.*[(1)], Barau J.[(1)], Palot M.[(1)], Bova C.[(1)], Bouquerand J.[(1)], Simon M.[(1)], Vergely L.[(2)]
[(1)] Upco, pharmacie, CHU Montpellier, Montpellier
[(2)] Upco, pharmacie, CHU Montpellier, Montpellier

NUMERO : 000046

Simulation de bris de flacons en Zone à Atmosphère Contrôlée (ZAC) : retour d'expérience

Marquet D.*(1), Mitreski S.(1), Plichon C.(1), André V.(1)
(1) Pharmacie, UBCO, CHU Tours, Tours

NUMERO : 000008

Exploration de deux cas d'allergie aux sels de platine par des tests cutanés dans un service d'hospitalisation de jour d'allergologie

Etangsale A.*(1), Bascoulergue M.(1), Billard C.(2), Coret-Houbart B.(1)
(1) Pharmacie, CHI Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois
(2) Allergologie, CHI Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

NUMERO : 000534

Etude d'opportunité et de faisabilité lors d'une demande d'une nouvelle préparation magistrale

Ozenne A.*(1), Delory M.(1), Gonde H.(1), Dumet A.-F.(1), Coquard A.(1), Varin R.(1), Hervouët C.(1)
(1) Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

NUMERO : 000198

Dispositifs sans aiguille en Unités Centralisées de Préparation des Chimiothérapies anticancéreuses : impact organisationnel et économique

Cherif L.(1), Henny F.*(1), Rohrbach P.(1), Collinot J.-P.(1)
(1) Pharmacie, CH Verdun - Site Saint-Nicolas, Verdun

NUMERO : 000331

Mise en place d'une activité de production de collyres de Bévacizumab sur l'île de la Réunion

Pradie M.*(1), Bonhomme J.(1), Payrard S.(1)
(1) Pharmacie, CHU La Réunion - Hôpital Félix-Guyon, Saint-Denis

NUMERO : 000393

Une nouvelle version des Bonnes Pratiques de Préparation dans l'air : l'occasion de faire un point sur notre plan d'échantillonnage de surveillance environnementale microbiologique ?

Smati J.(1), Renaud S.*(1), Trout H.(1), Fontan J.-E.(1), Jacob A.(1)
(1) Pharmacie, APHP - Hôpital Lariboisière, Paris

NUMERO : 000263

Evaluation de la contamination des surfaces par la ciclosporine dans une unité de préparation de collyres

Tang T.(1), Jobard M.(1), Brandely M.-L.*(1), Batista R.(1)
(1) Pharmacie, APHP - Hôpitaux Universitaires Paris Centre, Paris

NUMERO : 000366

Le générateur de 68Ge/68Ga Galli Ad : étude de poste et retour d'expérience après 3 mois d'utilisation

Chane-Kene A.(1), Hausherr A.*(1), Ventroux G.(1), Brault M.(1), San C.(1), Vignal N.(1), Faure P.(2), Madelaine I.(1), Hosten B.(1), Barre E.(1)
(1) Pharmacie, APHP - Hôpital Saint-Louis, Paris
(2) APHP - Hôpital Saint-Louis, Paris

NUMERO : 000184

Étude de la stabilité physico-chimique d'une solution de cloxacilline à 250 mg/mL en seringue polypropylène et à 50-100 mg/mL en diffuseur portable

Polo C.*(1), Vigneron J.(2), D'huart E.(2), Charmillon A.(3), Demoré B.(2)
(1) CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy
(2) Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy
(3) Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

NUMERO : 000059

Dispensation Journalière Individuelle Nominative automatisée : comprendre et diminuer les retours de doses non administrées en chirurgie

Chazarenc N.*(1), Duceau J.(1), Plocco P.(1), Hermelin-Jobet I.(1)
(1) Pharmacie, CHR Orléans - Hôpital de La Source, Orléans

NUMERO : 000168

Faisabilité de « dose standard » dans la préparation d'anticancéreux

Roger L.(1), Perrotton F.*(1), Zemmouche S.(1)
(1) Pharmacie, CH Saint Malo, Saint-Malo

NUMERO : 000415

Case report d'une désensibilisation au deferasirox

Gastaut N.(1), Andruejol C.*(1), Mendjel A.(1), Duquesne J.(1), Lucas D. S.(1), Rocher. F.(2), Piccini-Bailly C.(3), Monpoux F.(4), Ruitort S.(1), Collomp R.(1)
(1) Pharmacie, CHU Nice - Hôpital l'Archet 2, Nice
(2) Centre de pharmacovigilance, CHU Nice - Hôpital Cimiez, Nice
(3) Pédiatrie, CHU Nice - Hôpital Lenval, Nice
(4) Unité d'hémato-oncologie infantile, CHU Nice - Hôpital l'Archet 2, Nice

COMMUNICATIONS ORALES
HOPIPHARM STRASBOURG 2020

CIRCUIT DU MEDICAMENT

Numéro : 000123

La simulation numérique est-elle adaptée à l'acquisition de connaissances en cancérologie ?

Laplagne S.[(1)], Nardone P.[(2)], Feïstl P.[(3)], Levesque M.[(4)], Rodier S.[(2)], Bobay-Madic A.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Robert Bisson, Lisieux

[(2)] Pharmacie, CHI Alençon-Mamers, Alençon

[(3)] Pharmacie, Centre François Baclesse, Caen

[(4)] IFSI Lisieux, Lisieux

Résumé

Contexte

La cancérologie fait partie des enseignements traités par les étudiants en 3ème année d'études infirmières. En fin de module, il semble intéressant de mesurer la mobilisation des connaissances des étudiants à l'aide d'un outil de simulation. Dans ce cadre, une chambre des erreurs en parcours immersif à 360° (IatroMed #cancérologie) a été utilisée au cours de séances de travaux dirigés (TD) et son efficacité a été mesurée.

Objectifs

Evaluer l'acquisition des connaissances des étudiants après réalisation d'un serious game en réalité virtuelle.

Matériels et méthodes

Un formulaire de 10 questions balayant le circuit de la prise en charge des patients par chimiothérapies, adapté au contenu des erreurs retrouvées dans la chambre, a été réalisé. Les réponses des étudiants ont été collectées instantanément à l'aide de l'application Plickers®, en début et en fin de chaque séance de TD. Ces TD de 2 h se sont déroulés en deux temps : une première partie où les étudiants cherchaient les erreurs présentes dans la chambre, suivie d'un débriefing de celles-ci par des animateurs.

Résultats

Le serious game a été utilisé par 68 étudiants, répartis en 3 groupes, qui ont répondu au questionnaire avant et après.

On constate une amélioration globale des connaissances (taux de bonnes réponses : 68 % avant et 81 % après, $p < 0,01$) et 67 % des élèves ont progressé.

Concernant les statistiques détaillées, on observe une amélioration des connaissances hétérogène dans les 3 groupes : dans le 1er groupe, 45 % des étudiants progressent, 57 % dans le 2ème groupe et 100 % dans le 3èmegroupe.

Les questions sur lesquelles les étudiants ont le plus progressé concernent la préparation, le transport, le stockage, l'administration des chimiothérapies et l'anticoagulation en cancérologie. Celles qui restent encore à travailler sont la prémédication et la toxicité des chimiothérapies.

Discussion / Conclusion

En fin de module, les étudiants ont déjà une connaissance basale assez bonne. L'utilisation de l'outil permet néanmoins une progression globale des connaissances, avec une efficacité qui a tendance à augmenter avec l'acquisition d'expérience des animateurs et l'amélioration du débriefing entre chaque séance. L'analyse du questionnaire avant-après permet d'identifier les points de progression à travailler avec les apprenants. Il serait intéressant de vérifier la rémanence de ces connaissances chez ces mêmes étudiants avec évaluation à M+1 et M+6. Une prochaine étape consistera à mesurer l'efficacité de l'outil en formation continue.

Orateur : Bobay-Madic A.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Etudiants des professions de santé, Formation par simulation, Oncologie médicale

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000219

Patient atteint d'hémophilie en service d'orthopédie : comment améliorer le suivi des facteurs anti-hémophiliques ?

Quenardel A.[1], Chambault R.[1], Adé M.[1], Cestac P.[2], Jouglen J.*[1]

[1] Pharmacie, CHU Toulouse – Hôpital Purpan, Toulouse

[2] Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMéDiMS), CHU Toulouse, Toulouse

Résumé

Contexte

Au quotidien, la prise en charge (PEC) des patients atteints d'hémophilie (PaH) en chirurgie orthopédique est complexe. Les facteurs anti-hémophiliques (FAH) sont prescrits à fortes posologies, avec de fréquentes réévaluations et sur de longues périodes. Des événements indésirables (EI) peuvent survenir tout au long du circuit.

Objectifs

Identifier les EI pouvant survenir dans le circuit des FAH pour améliorer la PEC des PaH dans les services de chirurgie orthopédique.

Patients et méthodes

Analyse rétrospective des dossiers de PaH hospitalisés en chirurgie orthopédique avec discussion autour de chaque étape du circuit médicamenteux, de la dispensation du FAH à la sortie d'hospitalisation du patient.

Résultats

Entre mai 2019 et janvier 2020, 7 PaH ont bénéficié d'une intervention chirurgicale à risque hémorragique élevé (5/7) ou faible/modéré (2/7) : âge médian 36ans [27-82ans], durée médiane d'hospitalisation de 9 j [4-18 j], 5 FAH différents prescrits.

Les EI rencontrés ont principalement concerné 4 axes. I) A l'admission, une primo-prescription tardive : patient non-programmé (1/7), protocole reçu la veille (1/7). II) Pendant l'hospitalisation, des incohérences entre les protocoles d'hémostase et la prescription informatique : posologies (6/7) ou horaires d'administration changés (6/7), saut d'administration involontaire (1/7), dosage administré inadapté (1/7). III) Des ajustements de posologies en post-opératoire fréquents et basés sur la biologie, qui impliquent des renouvellements de prescription/validation, multiplient les interventions pharmaceutiques (6/7) et les délivrances (par une plateforme logistique délocalisée). Ceci complexifie la traçabilité par les IDE. IV) A la sortie, la poursuite du traitement après l'hospitalisation : rétrocession hospitalière (6/7), difficulté d'approvisionnement par le centre d'aval (1/7).

Discussion / Conclusion

La détection de ces EI a permis la mise en place d'actions correctives systématiques : envoi anticipé du protocole pour s'assurer de la disponibilité du FAH (> J-7), appel systématique des anesthésistes à J-2 pour prescription papier, délivrance des FAH pour maximum 48 h, suivi par le préparateur en lien avec les IDE pour chaque modification avec retour impératif des flacons non utilisés, et traçabilité (papier + informatique) suivie au jour le jour par l'équipe pharmaceutique. Pour assurer la continuité, le pharmacien s'assure de la disponibilité du FAH dans le centre d'aval au préalable ou, le cas échéant, la rétrocession est effectuée en main propre dans la chambre du patient le jour de la sortie. La rédaction d'un protocole sur la PEC du PaH, incluant les anesthésistes et les médecins référents hémophilie, est en cours de rédaction.

Orateur : Jouglen J.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : chirurgie orthopédique, facteur antihémophilique, hémophilie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000304

Une pharmacie éphémère sécurisée pour les Jeux Olympiques de la Jeunesse 2020 : quels défis ?

Ratsimalahelo N.*[(1)], Hirschi B.[(1)], Perrottet N.[(1)], Devaud J. C.[(1)], Tercier S.[(2)], Sadeghipour F.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHUV CH universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

[(2)] Consultation multidisciplinaire sport adolescents, hospitalisation appareil locomoteur, CHUV CH universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

Résumé

Contexte

Lors des 3èmes Jeux Olympiques de la Jeunesse (JOJ) d'hiver, l'hôpital universitaire a été responsable de la clinique médicale du village olympique. A la demande du Comité International Olympique, la mission du Service de pharmacie était d'assurer l'approvisionnement en médicaments et de contribuer à la qualité et à la sécurité de leur dispensation. Durant 2 semaines, plus de 10'000 personnes accréditées (1'800 athlètes, leurs accompagnants et les bénévoles) pouvaient potentiellement consulter cette clinique.

Objectifs

Décrire la mise en place, la gestion d'une pharmacie éphémère sécurisée lors d'une manifestation sportive d'une telle envergure. Quantifier et évaluer son activité de logistique pharmaceutique.

Matériels et méthodes

Le Comité médical Lausanne 2020 a établi une liste de 100 médicaments qui ont été mis à disposition de la clinique. La Pharmacie a dû estimer la consommation pour chaque médicament afin d'optimiser la gestion du stock.

Résultats

L'estimation a été effectuée en réponse à diverses problématiques : l'absence de données antérieures (précédents JOJ), l'absence de médecin d'équipe pour environ 60 % des athlètes et le potentiel d'épidémies hivernales transmissibles (grippe, gastro-entérite, coronavirus pour les athlètes chinois).

Environ 90 % des médicaments ont été gérés dans une armoire à pharmacie sécurisée, permettant la garantie d'une sécurité de dispensation des médicaments et répondant aux impératifs de la gestion des médicaments dopants, stupéfiants et à remise sur protocole (15 %). Un pharmacien était joignable 7/7 j de 7 h à 23 h.

Du 7 au 24 janvier 2020, 324 dispensations ont été réalisées à l'intention des athlètes (53 %), accompagnants d'athlètes (26 %), bénévoles (16 %) et non-déterminées (5 %).

Hit-parade des consommations : paracétamol (25 %), ibuprofène (19 %), Angina MCC® (cétylpyridine et lidocaïne) (11 %) et oseltamivir (11 %). 50 % des spécialités de la liste n'ont pas été dispensées et 10 % des spécialités dispensées ne figuraient pas sur la liste initiale (dont l'ibuprofène). Dans le cadre d'une campagne de prévention de désinfection des mains, plus de 500 flacons de gels et de solutions hydro-alcooliques ont été distribués.

D'après l'évaluation qualitative, la collaboration avec l'équipe médicale et soignante a été excellente.

Discussion / Conclusion

L'approvisionnement en médicaments de la clinique médicale a été accompli avec succès en termes de qualité et de sécurité, grâce à une bonne estimation des consommations, la mise en place d'une armoire à pharmacie sécurisée et la présence d'un piquet pharmacien. Reste à déterminer si ce « modèle » serait transposable à un autre évènement de type : JOJ hiver/été ou Jeux Olympiques adultes.

Orateur : Ratsimalahelo N.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Médecine des sports, Dispensation et distribution hospitalières de médicaments, Service de pharmacie d'hôpital

Pays où le travail est effectué : Suisse

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000327

Comment adapter le référencement à l'hôpital des bronchodilatateurs inhalés afin d'optimiser la prise en charge du patient ?

Drivet E.[(1)], Bertrand B.*[(1)], Grisinger T.[(2)], Grosse P.-Y.[(1)], Condé S.[(1)], Astolfi M.[(3)], Roos J.[(1)], Wereszczynski N.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Grasse, Grasse

[(2)] Pharmacie, Centre Antoine Lacassagne, Nice

[(3)] Oncopharma, Hôpital Privé Arnault Tzanck Mougins Sophia Antipolis, Mougins

Résumé

Contexte

Dans notre hôpital on constate un nombre importants de patients dont le traitement chronique comprend un ou plusieurs bronchodilatateurs inhalés (BI) non référencés. Il existe 54 spécialités de BI qui diffèrent selon plusieurs critères : classe pharmacologique, DCI, dosage et technologie soit 70 dosages uniques. Seulement 17 d'entre eux sont référencés dont 5 bi-associations et aucune triple association.

Objectifs

Etudier les différentes stratégies de référencement permettant d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients.

Matériels et méthodes

Analyse de toutes les prescriptions de BI de l'année 2019 et des interventions pharmaceutiques (IP) associées. Compilation des données bibliographiques disponibles sur les différentes spécialités à l'aide des sources suivantes : Société de Pneumologie de Langue Française, référentiels GOLD et GINA, VIDAL, thériaque, HAS. Sont définis, avec les pneumologues, les termes d'équivalence acceptable (EA) de DCI et dosage identiques et d'équivalence stricte (ES) de DCI, dosage et technologie identiques.

Résultats

En 2019 : 2 888 prescriptions de BI dont 12 % hors livret. Parmi celles-ci 44 % ont fait l'objet d'IP avec proposition de substitution. En pneumologie cette part monte à 65 %. Peu de reproductibilité des propositions d'équivalence apportées.

Construction d'un référentiel regroupant les données de toutes les spécialités : classe, nom commercial, DCI, technologie, coordination, indication AMM, usage pédiatrique, dosage et fréquence d'administration, diamètre des particules, gaz propulseur, prix. Ce référentiel a permis de créer un algorithme pour toutes les possibilités de substitution.

Le référencement actuel ne permet que 55 % d'EA. Ces résultats mènent à l'élaboration de trois stratégies de référencement. (i) Pour permettre à tous patients d'avoir leur traitement chronique à l'hôpital (100 % d'ES) il faut référencer 58/70 BI. (ii) Pour garantir au patient une prise en charge médicamenteuse au plus proche de son traitement (100 % d'EA) il faut référencer 36/70 BI. (iii) Une stratégie de référencement minimale, 7/70 BI (un par classe), permettant des économies d'échelle et de stockage donne 27 % d'EA, le reste étant substitué par classe.

Discussion / Conclusion

L'analyse de nos pratiques et l'élaboration du référentiel a permis l'organisation d'un CoMéDiMS pour valider un compromis multidisciplinaire sur la stratégie de référencement à adopter. Une amélioration de la pratique pharmaceutique est attendue par la systématisation des propositions de substitution.

Références bibliographiques principales

Lipson DA, Barnhart F, Brealey N, Brooks J, Criner GJ, Day NC, et al. Once-Daily Single-Inhaler Triple versus Dual Therapy in Patients with COPD. N Engl J Med. 3 mai 2018;378(18):1671-80

Vanfleteren L, Fabbri LM, Papi A, Petruzzelli S, Celli B. Triple therapy (ICS/LABA/LAMA) in COPD: time for a reappraisal. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018;13:3971–3981. Published 2018 Dec 12. doi:10.2147/COPD.S18597

James, G., Donaldson, G., Wedzicha, J. et al. Trends in management and outcomes of COPD patients in primary care, 2000–2009: a retrospective cohort study. npj Prim Care Resp Med 24, 14015 (2014). https://doi.org/10.1038/npjpcrm.2014.15

Orateur : Bertrand B.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Bronchodilatateurs, BPCO, Substitution de médicaments

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

PHARMACIE CLINIQUE ET PHARMACOCINETIQUE

Numéro : 000010

La conciliation médicamenteuse comme outil de sécurisation du parcours patient en chirurgie : quelle méthodologie optimale ?

Hamm M.*(1), Peytral J.(1), Aliamus V.(2), Célérier C.(1)

(1) Pharmacie, CHU Réunion, Saint-Pierre

(2) Département d'information médicale, CHU Réunion, Saint-Pierre

Résumé

Contexte

La conciliation médicamenteuse (CM) à l'admission du patient est en plein déploiement dans les hôpitaux français.

Objectifs

Nous avons évalué l'impact sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM) de la mise en place de la CM proactive dans trois services de chirurgie.

Patients et méthodes

Nous avons réalisé une étude prospective sur une période de 7 mois comparant trois méthodologies : la CM proactive entre la consultation d'anesthésie et l'admission (patients programmés), la CM proactive entre la consultation de chirurgie et celle d'anesthésie (patients programmés), et la CM rétroactive (patients non programmés).
Les points de comparaison étaient : performance quantitative, qualitative et impacts cliniques, organisationnels et économiques. L'impact clinique de nos interventions pharmaceutiques (IP) a été évalué par un groupe pluridisciplinaire, grâce à l'échelle CLEO(r).

Résultats

628 patients ont été conciliés. Nous avons retrouvé en moyenne 2.2 divergences non intentionnelles (DNI) par patient, concernant 68.5 % des patients conciliés. Nous avons utilisé 3 sources minimum pour 98 % des patients ayant un traitement à domicile. La sécurisation de la PECM au sein des services ciblés a été améliorée grâce à l'analyse pharmaceutique et à l'adaptation des traitements des patients au livret thérapeutique de l'hôpital : nous avons proposé au moins une équivalence pour 45 % des patients conciliés.
Les DNI les plus fréquemment retrouvées sont des erreurs par omission ou des libellés incomplets, concernant des classes thérapeutiques de traitements chroniques comme des antihypertenseurs ou antidiabétiques, ou des médicaments à risques dans le contexte chirurgical comme les antithrombotiques. Un quart de nos IP avaient un impact clinique majeur ou vital.
Sur le plan organisationnel, la CM proactive permet de concilier uniquement les patients programmés (soit 48 % des patients hospitalisés), tandis que la CM rétroactive permet en théorie de concilier 100 % des patients. La mise en place d'un nouvel outil, la "prescription sur venue future", a permis de sécuriser la prescription post-opératoire grâce à la CM proactive. La CM proactive entre la consultation d'anesthésie et celle de chirurgie a mis en avant une meilleure adhésion des anesthésistes et des patients, et une sécurisation de la PECM en amont de l'hospitalisation et jusqu'à la sortie du patient.

Discussion / Conclusion

Les trois méthodes participent à l'amélioration de la PECM. Cependant la CM proactive entre les consultations de chirurgie et d'anesthésie est la méthode qui présente des impacts clinique et organisationnel supérieurs. L'intérêt ne se limite pas aux seuls patients priorisés. Cependant elle doit être associée ponctuellement à de la conciliation rétroactive pour les patients à risques non programmés. Ces activités ont un impact économique direct qui doit toutefois être mis en regard du grand nombre d'impacts cliniques majeur ou vital de nos IP.

Références bibliographiques principales

Thi Ha Vo. Evaluation of the potential impact of pharmacist interventions : development and validation of the CLEO multidimensional tool. Pharmaceutical sciences. Université Grenoble Alpes, 2015. English. ffNNT : 2015GREAS034ff. fftel-01315619f

Orateur : Hamm M.
Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique
Mots-clés : Recherche comparative sur l'efficacité, Revue des Pratiques de Prescriptions de Médicaments, Bilan comparatif des médicaments
Pays où le travail est effectué : Réunion
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000103

Suivi des interventions pharmaceutiques émises dans le cadre du déploiement du bilan partagé de médication (BPM) en Occitanie : Etude BIMEDOC régionale

Qassemi S.*(1), Roland C.(1), Choukroun C.(2), Cambon A.(1), Pages A.(3), Serre A.(2), Raissiguier P.-A.(1), Garnier V.(4), Kinowski J.-M.(2), Mccambridge C.(5), Cool C.(5), Cestac P.(6)

(1) Pharmacie, Reipo, CHU Toulouse, Toulouse
(2) Pharmacie, CHU Nîmes - Hôpital Carémeau, Nîmes
(3) Pharmacie, CHU Toulouse, Toulouse
(4) Pharmacie, URPS LRMP, Montpellier
(5) Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Purpan, Toulouse
(6) Pharmacie clinique, CHU Toulouse, Toulouse

Résumé

Contexte

Le vieillissement de la population et la restructuration du métier de pharmacien d'officine ont permis l'émergence des BPM pour l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse des patients âgés (PA). En Occitanie, le Réseau d'Enseigement et d'Innovation pour la Pharmacie d'Officine (REIPO) propose l'aide d'un pharmacien hospitalier - tuteur aux pharmaciens d'officine pour l'analyse pharmaceutique de niveau 3 et la rédaction de la synthèse au médecin.

Objectifs

L'objectif était d'évaluer l'impact à cinq mois du BPM sur l'optimisation des prescriptions. Mais aussi, d'évaluer à cinq mois le taux d'acceptation des propositions pharmaceutiques émises au cours d'un BPM, d'évaluer l'impact des BPM sur la polymédication et les coûts, ainsi que d'évaluer leur faisabilité globale.

Patients et méthodes

Ont été inclus les patients polymédiqués et de 65 ans ou plus. N'ont pas été inclus les patients résidants en EHPAD ou dont les médecins ont refusé de participer au projet. Le recueil des données initiales (M0) a été réalisé du 01/10/2017 au 30/11/2018, puis le suivi des données s'est poursuivi jusqu'au 01/05/2019. Les données à M0 ont été recueillies par le pharmacien-tuteur dans les différentes officines. Au cours des entretiens de recueil, le pharmacien d'officine s'est appuyé sur le questionnaire validé par le REIPO et la SFPC. Les pharmaciens d'officine ayant participé à M0 ont été recontactés cinq mois après l'entretien initial. L'analyse pharmaceutique des prescriptions a été réalisée par le binôme pharmacien d'officine/pharmacien-tuteur suite à l'entretien réalisé avec le patient. Elle combinait les approches explicite et implicite d'analyse de la prescription médicamenteuse. Puis les interventions pharmaceutiques étaient hiérarchisées et argumentées et il était demandé au pharmacien d'officine de compléter une trame préétablie de la synthèse. Après relecture et correction la synthèse finale était envoyée au médecin traitant par voie postale ou messagerie sécurisée de santé.

Résultats

Entre le 01/10/2017 et le 30/11/2018, 361 bilans ont été effectués en tutorat. 333 bilans ont été inclus au début de l'étude (M0). L'analyse à 5 mois a porté sur 308 patients. Au total, 1 917 IP ont été proposées dont 58,2 % pouvant être suivi soit 3,3 IP/patient en moyenne. 49,7 % des patients ayant eu au moins 1 IP avec suivi possible ont eu au moins 1 IP acceptée. Le taux moyen d'IP acceptées était de 22,7 %. Le nombre moyen de DCI a significativement diminué sur la période (10,1 vs 9,4 ; $p < 0,001$), ainsi que les coûts moyens (-14,2 € pour un mois pour la collectivité).

Discussion / Conclusion

L'assurance maladie constate un faible engouement des pharmaciens pour cette mission, un accompagnement de ce type permet de former les officinaux à l'optimisation de la prise en charge thérapeutique des PA et de renforcer l'impact des IP.

Références bibliographiques principales

Société Française de Pharmacie Clinique. Fiche mémo : Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication [Internet]. 2017 [cité 24 juill 2019]. Disponible sur : https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_memo_bilan_partag_de_medication_vdef_dc_2017.pdf
Herr M. Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées - IRDES [Internet]. [cité 14 déc 2019]. Disponible sur : https://www.irdes.fr/presse/communiques/169-fragilite-des-personnes-agees-et-consommation-de-medicaments.html
Gallagher P, Lang PO, Cherubini A, Topinková E, Cruz-Jentoft A, Montero Errasquín B, et al. Prevalence of potentially inappropriate prescribing in an acutely ill population of older patients admitted to six european hospitals. Eur J Clin Pharmacol. nov 2011;67(11):1175-88.

Orateur : Qassemi S.
Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique
Mots-clés : faisabilité, collaboration, sujet âgé
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000173

Pertinence du suivi biologique de l'héparinothérapie chez le patient adulte hospitalisé

Beck M.[(1)], Le Deroff-Poupeau C.*[(2)], Potier A.[(3)], Demoré B.[(2)]

[(1)] HU Strasbourg - Hôpital de Hautepierre, Strasbourg

[(2)] Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

[(3)] Pharmacie, U.H.S.I., Vandœuvre-lès-Nancy

Résumé

Contexte

Les héparines font partie des médicaments à risque utilisés couramment en traitement préventif et curatif de nombreuses pathologies thrombotiques. Suite à une précédente analyse menée en gériatrie sur la pertinence du suivi biologique de l'héparinothérapie, il a été décidé d'étendre cette étude aux autres services de notre établissement.

Objectifs

Evaluer la pertinence du suivi biologique de l'héparinothérapie préventive et curative chez le patient adulte hospitalisé.

Matériels et méthodes

L'étude est prospective, descriptive et transversale, réalisée sur une journée. Le service de gériatrie est exclu. Le logiciel DxCare® permet d'extraire les prescriptions et de relever les informations suivantes : poids, fonction rénale et antécédents hémorragiques/thromboemboliques du patient, héparine prescrite et examen biologique réalisé. L'intervalle retenu est de 1,5-3 pour la valeur du TCA et de 0,3-0,7 UI/mL pour l'anti-Xa des héparines non fractionnées (HNF) ; pour les héparines de bas poids moléculaire (HBPM), il est de 1,2 UI/mL 0,17 pour Enoxaparine sodique et de 0,5-1,5 ± 0,15 UI/mL pour Tinzaparine sodique.

Résultats

Le 07 mars 2019, 183 patients répartis dans 17 services ont bénéficié d'une héparinothérapie (H/F = 1,4 ; âge moyen = 64,1 ans). Les prescriptions d'HBPM sont majoritaires : 135 (73,8 %) contre 48 d'HNF (26,2 %). La majorité des prescriptions d'héparines émane des services de chirurgie digestive (n = 29), cardiologie (n = 20), chirurgie vasculaire (n = 18), chirurgie des maladies cardiovasculaires (n = 17) et hépato-gastro-entérologie (n = 16). Cent-vingt prescriptions (65,6 %) ont une indication préventive et 63 (34,4 %) une indication curative. Cinquante-six tests de suivi biologique de l'activité anticoagulante ont été réalisés : la pertinence de leur prescription est de 39,2 % (n = 22). Leur réalisation biologique est non pertinente dans 75,0 % des cas (n = 42) du fait d'une erreur de timing (23.8 % ; prélèvement précoce ou tardif par rapport au moment de l'administration de l'héparine), de test (50,0 % ; demande de TCA pour une HBPM ou dans le cadre d'une héparinothérapie préventive) voire de ces deux erreurs combinées (26,2 %).

Discussion / Conclusion

Cette étude met en évidence des pratiques de réalisation de suivi biologique inadaptées, prescrites dans le cadre d'une héparinothérapie préventive ou de traitements curatifs par HBPM en l'absence de facteurs de risque imposant un suivi régulier. Un retour d'information auprès des prescripteurs est nécessaire afin d'harmoniser les pratiques conformément aux recommandations.

Références bibliographiques principales

Wei MY., Ward SM., The anti-factor Xa range for low molecular weight heparin thromboprophylaxis. Hematol Rep. 2015;7(4):5844.
Despas N., Larock A-S., Jacqmin H. et al., Suivi biologique de l'héparinothérapie : intérêt clinique et aspects pratiques. Ann. biol. clin.2016;74(6):637-52.
Beauverd Y., Boehlen F., Fontana P. et al., Surveillance biologique des héparines et du fondaparinux. Rev Med Suisse. Volume 7. 2014-2017. 2011.

Orateur : Le Deroff-Poupeau C.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : pertinence, suivi, héparine

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000260

Recueil et évaluation des interactions entre les plantes médicinales, épices, chimiothérapies et immunothérapies lors d'entretiens pharmaceutiques dans un service de pneumologie

Pradie M.[(1)], Monpagens C.[(1)], Angapin A.[(1)], Payrard S.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU La Réunion - Hôpital Félix-Guyon, Saint-Denis

Résumé

Contexte

L'entretien pharmaceutique (EP) permet de recueillir des informations et de renforcer les messages de conseil, de prévention et d'éducation. Des EP sont mis en place dans le service de pneumologie en hôpital de jour et en consultation. Il existe de nombreuses études démontrant le potentiel d'interactions des plantes médicinales (PM) avec les traitements conventionnels.

Objectifs

Nous nous sommes intéressés aux interactions potentielles entre les chimiothérapies (C) ou immunothérapies (I) et les PM utilisées fréquemment dans la culture réunionnaise par les patients. Le but est de recueillir les informations afin de constituer une base de données et de les analyser.

Patients et méthodes

Les patients sélectionnés sont soit sous C ou I Intraveineuse (IV) à partir de la deuxième cure soit sous C orale quinze jours après l'initiation du traitement (T). Des conseils et explications sont donnés en se basant sur une fiche patient adaptée en fonction de la (les) molécule(s) prescrite(s). Une discussion libre autour des PM et de l'alimentation est réalisée. Les interactions entre les PM, C et I sont ensuite analysées à l'aide de bases de données : hedrine, aplamedom (association pour les PM de la réunion).

Résultats

Sur une période de 2 mois, 17 EP sont réalisés. Malgré la mise en garde des médecins du service de pneumologie préconisant l'arrêt de la consommation de PM en association avec la C ou I, 41 % des patients continuent de prendre des PM. 14 plantes différentes sont recensées lors des EP. Parmi elles, 5 sont susceptibles d'entrainer des interactions d'ordre Pharmacodynamique et 2 des interactions d'ordre Pharmacocinétique. 3 associations PM et T à déconseiller sont mises en évidence dont 2 pour des C orales. Parmi les 14 plantes, 8 sont utilisées pour améliorer la qualité de vie, 1 pour lutter contre les effets indésirables, et 5 pour le traitement d'une pathologie sous-jacente. La consommation des plats réunionnais peut entrainer des interactions avec les T. 53 % des patients continuent de manger des plats riches en épices (dont ail et curcuma).

Discussion / Conclusion

Ce travail a permis d'établir un état des lieux des consommations des patients, de les sensibiliser et développer un message de prévention concernant les associations de PM, C, I et certaines épices. Les difficultés rencontrées lors des EP sont l'accès à l'historique médicamenteux du patient, car les PM sont en vente libre, et l'absence de données pour certaines plantes endémiques d'une région, empêchent de réaliser une analyse d'interactions correctes.

Références bibliographiques principales

http://www.omedit-normandie.fr/media-files/11062/bulletin-mis-fevrier-2018.pdf
Les interactions entre plantes et médicaments, Navarette Sandra, Saussays Charline

Orateur : Payrard S.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : association médicamenteuse, océan indien, médicaments sans ordonnance

Pays où le travail est effectué : Réunion

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000340

Impact de l'insuffisance rénale sur la pharmacocinétique du rivaroxaban dans le traitement des thromboses veineuses profondes : intérêt d'une approche in sillico

Garreau R.*(1), Vogel T.(1), France M.(1), Bourguignon L.(1)

(1) Pharmacie, Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

Résumé

Contexte

Le rivaroxaban est un inhibiteur direct du Facteur Xa indiqué dans le traitement et la prévention des Thromboses Veineuses Profondes (TVP). Dans cette indication, le traitement comporte une phase d'attaque (21 jours) suivi d'une phase d'entretien. En raison de son élimination partiellement rénale, une réduction de posologie est proposée chez les patients présentant une clairance de la créatinine (CRCL) inférieure à 50 mL/min lors de la phase d'entretien. Cependant, aucune réduction n'est proposée pour la phase d'attaque (J0 à J21).

Objectifs

Déterminer l'impact de l'insuffisance rénale sur le niveau d'exposition du rivaroxaban pendant le traitement d'attaque puis d'entretien de la TVP.

Matériels et méthodes

Un modèle pharmacocinétique issu de la littérature (1) a été implémenté dans le logiciel Pmetrics (LAPK). A l'aide de ce modèle, les concentrations plasmatiques en rivaroxaban ont été simulées pour trois profils de patients : normorénaux (CRCL de 75 mL/min, profil A), et insuffisants rénaux modérés (45 mL/min (B)) et sévères (25 mL/min (C)). Pour chaque profil, 1 000 patients virtuels ont été simulés. Les posologies recommandées ont été administrées à ces profils, soit 15 mg/12 h sur 21 jours puis 20 mg/24 h ou 15 mg/24 h si CRCL < 50 mL/min. Les aires sous la courbe (AUC24) et le ratio des AUC des profils B et C par rapport à l'AUC du profil A (RAUC) ont été calculés.

Résultats

Pour le traitement d'attaque (15 mg/12 h), les AUC24 étaient de 1 911.1 ± 404.9, 2 433 ± 441.2 et 4 427 ± 505.5 ng.L/h respectivement pour des CRCL de 75, 45 et 25 mL/min. Les RAUC étaient de 1.20 ± 0.05 et 2.27 ± 0.28 chez des patients avec une CRCL de 45 et 25 mL/min respectivement. Durant cette phase, 91.8 % des patients avec une CRCL < 30 mL/min présentaient un RAUC > 2, dont 26 % présentaient un RAUC > 3. Pour la phase d'entretien, les AUC24 étaient de 563.8 ± 251.8, 615.5 ± 239.3 et 1 369.3 ± 372.5 respectivement pour des CRCL de 75, 45 et 25 mL/min.

Discussion / Conclusion

Les résultats montrent que, lors du traitement d'attaque, où la posologie est identique pour tous les patients, une surexposition moyenne de 20 % et 127 % est observée pour les profils B et C par rapport aux patients normorénaux. A l'inverse, lors du traitement d'entretien, la réduction de posologie permet aux patients insuffisants rénaux modérés d'avoir une exposition peu différente des patients normorénaux. Cette réduction de posologie pourrait être insuffisante pour les patients insuffisants rénaux sévères.

Références bibliographiques principales

1. Girgis IG et al. The Journal of Clinical Pharmacology. 2014;54(8):917-27.

Orateur : Garreau R.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Insuffisance rénale, Rivaroxaban, Pharmacocinétique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000348

Retour d'expérience de l'utilisation d'un Système d'Aide à la Décision Médicale en pharmacie clinique, quel usage peut-on faire de cet outil ?

Robert L.[(1)], Delannoy-Rousselière C.*[(1)], Cuvelier E.[(1)], MUSY E.[(1)], Decaudin B.[(1)], Odou P.[(1)]

[(1)] Institut de pharmacie, CHU Lille, Lille

Résumé

Contexte

Un Système d'Aide à la Décision Médicale (SADM) est utilisé par l'équipe de pharmaciens cliniciens (PC) de notre établissement pour alerter sur les situations à risque médicamenteux. Trente-neuf règles y sont implantées, regroupées en 3 familles : situations iatrogènes avérées (9 règles), situations à risque iatrogène (17 règles) et prévention du risque iatrogène (13 règles). Chaque alerte est analysée par un PC qui formule ou pas une intervention pharmaceutique (IP).

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact des alertes et le suivi des IP émises suite à l'utilisation d'un SADM.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude mono-centrique, observationnelle et rétrospective du 01/11/2019 au 31/01/2020. Les données sont issues de l'activité des PC liée au SADM. Pour chaque famille de règles sont recueillis : le nombre d'alertes déclenchées, la proportion d'IP et leur suivi, le type de problème rencontré et les actions menées selon la Société Française de Pharmacie Clinique.

Résultats

Quatre cent sept patients ont déclenchée au moins une alerte. Les alertes sur les situations à risque iatrogène sont les plus fréquentes (n = 236), suivies par celles de prévention (n = 139) et celles de situations iatrogènes avérées (n = 33). Les premières donnent lieu à une IP dans 43 % des cas, dont presque une sur deux est suivie. Dans 49 % des cas, le problème rencontré est une non-conformité aux référentiels/contre-indication (NCR/CI) et l'action proposée par le pharmacien est un arrêt (28 %) ou une substitution (26 %). Concernant les situations iatrogènes avérées, elles donnent lieu à une IP dans 46 % des cas. L'IP a été suivie dans 47 %, principalement du fait d'une NCR/CI, aboutissant dans la plupart des cas à une proposition d'arrêt du médicament à risque (27 % de suivi non renseigné). Enfin les situations de prévention, même si fréquentes, n'aboutissent qu'à 20 % d'IP dont 25 % sont suivies.

Discussion / Conclusion

L'utilisation du SADM montre que plus les alertes portent sur des situations iatrogènes avérées, moins elles sont fréquentes mais justifient le plus souvent une IP si l'équipe médicale n'a pas vu le problème médicamenteux. L'IP est plus discutable s'il s'agit de risque iatrogène ou de prévention si l'objet de la prise en charge n'est pas lié au problème iatrogène identifié. Un tel projet nécessite la réflexion suivante : le pharmacien veut-il être alerté uniquement sur les situations de iatrogénie avérée ? Ou souhaite-t-il intervenir moins souvent mais être plus dans la prévention de situations à risque, quitte à être peu suivi ? Voici la réflexion que nous allons mener en interne suite à cette analyse.

Orateur : Delannoy-Rousselière C.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Service pharmaceutique, Surveillance des prescriptions, Technologie d'aide à la décision

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000464

Évaluation des posologies de dapagliflozine chez les patients âgés : apport de la modélisation pharmacocinétique-pharmacodynamique

Garreau R.*(1), Chavel L.(1), France M.(1), Bourguignon L.(1)

(1) Pharmacie, Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

Résumé

Contexte

La dapagliflozine est un antidiabétique oral autorisé par l'Agence européenne des Médicaments (EMA) depuis 2012. Il s'agit d'un inhibiteur très puissant du co-transporteur sodium/glucose de type 2 (SGLT2), limitant la réabsorption rénale du glucose et favorisant ainsi son élimination urinaire. Son utilisation chez l'insuffisant rénal nécessite des précautions. En revanche, aucun ajustement posologique spécifique n'est recommandé chez le sujet âgé.

Objectifs

L'objectif de cette étude était d'évaluer, par modélisation pharmacocinétique, les effets pharmacodynamiques de la dapagliflozine attendus dans une population gériatrique.

Matériels et méthodes

Une population virtuelle a été générée par simulations de Monte Carlo à partir d'un échantillon de 74 patients hospitalisés en gériatrie. Ont été exclus, les patients qui présentaient une clairance de la créatinine (CRCL) inférieure à 45 ml/minute. Les paramètres pharmacocinétiques individuels ont été déterminés à partir du modèle publié par Busse et al. (1). Les concentrations plasmatiques atteintes ont été prédites pour le schéma posologique usuel soit 10 mg par jour. Dans ce modèle, la clairance et le volume de distribution étaient associés au poids corporel. L'effet glycosurique attendu a été calculé par l'intermédiaire d'un modèle d'effet, relié à l'aire sous la courbe (AUC) et à l'âge des patients. Les AUC et l'effet glycosurique ont été comparés par rapport aux valeurs observées dans les essais.

Résultats

Une cohorte de 1 000 patients a été générée. L'âge, le poids et la CRCL étaient de 84.7 ± 5.9 ans, 62.3 ± 11.6 kg et 74 ± 21.3 mL/minute. La clairance et le volume de distribution de la dapagliflozine étaient de 17.6 L/h et 67.4 L *versus* 19.5 L/h et 75.5 L dans la population de référence. Pour 10 % des patients âgés, la clairance estimée était d'au moins 25 % plus basse que celle des adultes jeunes. L'effet glycosurique était de 110.9 g/j *versus* 60.3 g/j dans la population de référence, soit un ratio de 1.84 ± 0.23. Pour près de 28 % des patients, ce ratio était supérieur à 2.

Discussion / Conclusion

Les paramètres pharmacocinétiques estimés dans la population gériatrique demeurent proches de ceux observés dans les essais cliniques. Néanmoins, nos résultats semblent montrer qu'une forte augmentation des effets pharmacodynamiques est attendue. Ces modifications peuvent augmenter la survenue d'évènements indésirables. Une simple exclusion de patients basée sur leur clairance de la créatinine ne permet pas de prendre en compte convenablement cette variabilité.

Références bibliographiques principales

Busse D et al. Br J Clin Pharmacol. 2019 Aug;85(8):1820-1828

Orateur : Garreau R.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Pharmacologie, Gériatrie, dapagliflozine

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000497

Bon usage des anticoagulants et antiagrégants plaquettaires en péri-opératoire : le rôle du pharmacien dans les services de chirurgie

Giroux A.[(1)], Adam H.[(1)], Noharet-Koenig R.[(1)], Carmona A.[(1)], Fouquier B.*[(1)], Lazzarotti A.[(1)], Boulin M.[(1)], Vadot L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Dijon, Dijon

Résumé

Contexte

Depuis 2018, les pharmaciens sont présents dans les services de chirurgie afin de limiter l'iatrogénie médicamenteuse chez le patient opéré. Ils réalisent différentes activités de pharmacie clinique : conciliation médicamenteuse, analyse pharmaceutique et entretiens pharmaceutiques. En chirurgie particulièrement, les anticoagulants (AC) et les antiagrégants plaquettaires (AAP) ont un impact majeur sur la prise en charge médicamenteuse du patient.

Objectifs

Evaluer l'impact du pharmacien clinicien dans la gestion péri-opératoire des AC et AAP dans 3 services de chirurgie : chirurgie orthopédique et traumatologique, neurochirurgie et chirurgie vasculaire.

Patients et méthodes

Une analyse de toutes les interventions pharmaceutiques (IP) émises concernant les AC et les AAP dans les 3 services de chirurgie a été réalisée en 2019. Ces IP ont été classées puis caractérisées selon les critères de problèmes, résolutions (1) et l'échelle CLEO v3.0 (2) de la SFPC par les pharmaciens cliniciens.

Résultats

Les pharmaciens cliniciens sont intervenus auprès de 1 749 patients. Le nombre d'IP émises était de 2 761 soit 1,6 par patient, et 2 515 IP ont été acceptées (91,1 %). Parmi elles, 313 (11,3 %) concernent les anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires. Le taux d'acceptation pour ces IP était de 87,9 % (= erreurs médicamenteuses interceptées (EMI)). Ces EMI ont abouti entre autres à : 91 ajouts (33,0 %), 86 adaptations de posologie (31,2 %), 37 substitutions entre AC ou AAP (13,4 %), 31 arrêts (11,2 %). Selon l'échelle CLEO, l'impact clinique estimé était mineur pour 39 IP (14,2 %), moyen pour 114 IP (41,5 %), majeur pour 114 IP (41,5 %) et vital pour 4 IP (1,45 %). L'intervention du pharmacien a évité un retard potentiel à la prise en charge chirurgicale pour 1 patient, un sur-risque hémorragique postopératoire pour 49 patients et un sur-risque thromboembolique postopératoire pour 148 patients, elle a permis de stopper 14 associations contre-indiquées concernant les AC.

Discussion / Conclusion

La présence pharmaceutique semble essentielle pour garantir le bon usage des AC et des AAP chez le patient opéré. Plus de 80 % des EMI ont été estimées comme pouvant avoir des conséquences cliniques entrainant à minima une surveillance accrue ou la mise en route d'un traitement, ceci s'expliquant notamment par le contexte particulier du patient opéré vis-à-vis de ces classes médicamenteuses. Suite à ces résultats et en l'absence de consensus, des groupes de travail ont été formés et élaborent des référentiels sur la gestion postopératoires des AC et AAP.

Références bibliographiques principales

http://sfpc.adiph.asso.fr/admin/interventions_preview.php, Vo TH. Evaluation of the potential impact of pharmacist interventions: development and validation of the CLEO multidimensional tool [PhD Thesis]: Université Grenoble Alpes; 2015.

Orateur : Fouquier B.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : impact clinique, chirurgie, analyse pharmaceutique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

PHARMACO-ECONOMIE ET PHARMACOEPIDEMIOLOGIE

Numéro : 000071

Actions sur la chaîne du froid : quel est l'impact pharmaco-économique 2 ans après ?

Collet C.-E.*(1), Marie C.(1), Deloison E.(1), Saint C.(2), Saint-Lorant G.(1), Benoist H.(1)

(1) Pharmacie, CHU Caen Normandie, Caen

(2) Direction qualité et droits des usagers, CHU Caen Normandie, Caen

Résumé

Contexte

En 2017, 27 ruptures de la chaine du froid ont été déclarées par les unités de soins (UDS) au sein d'un centre hospitalier universitaire de 1 600 lits, entrainant une perte potentielle de 40 363 euros dont 18 505 euros (46 %) ont pu être évités.

Suite à cette première étude, un ensemble de mesures a été mis en place dans notre établissement afin de renforcer et sécuriser la chaîne du froid.

Objectifs

Evaluer l'impact économique des actions d'améliorations prises depuis 2017 sur la sécurisation de la chaîne du froid au sein d'un centre hospitalier universitaire.

Matériels et méthodes

Les pertes potentielles et les pertes évitées en produits thermosensibles (PT) sont analysées en continue depuis 2017 selon les mêmes modalités dans notre établissement. En cas d'excursion de température (ET), la pharmacie est, selon la procédure institutionnelle, prévenue immédiatement par une alarme électronique de jour comme de nuit (en cas de sonde connectée) ou par un appel du service de soins. Cette procédure permet sans délai, de proposer une conduite à tenir au service à l'UDS vis-à-vis des modalités de conservation des PT.

Résultats

Depuis 2017, différentes actions ont été menées. Une enceinte isotherme mobile a été mise à disposition pour le transport des PT en journée dans les services. Des sondes connectées de suivi de température ont été installées sur les réfrigérateurs dits « à risque », c'est-à-dire pour les services ayant une dotation de plus de 5 000 euros ou une fermeture du service le week-end. Le report d'alarme à la pharmacie a été institué afin d'intervenir le plus rapidement possible. Une partie du parc des réfrigérateurs a été renouvelé et une sensibilisation a été faite auprès de l'ensemble des UDS par le biais de la création d'un indicateur mensuel simple (vert/rouge) par service de la bonne traçabilité des relevés de température, permettant de passer de 24 % en 2018 à 65 % de traçabilité conforme en 2019. Suite à ces actions d'améliorations, 53 ET avec une perte potentielle de 53 769 euros ont été déclarées en 2019 dont 39 753 euros de pertes ont pu être évités. A l'heure actuelle, 74 % des pertes liées aux ET ont pu être évitées contre seulement 46 % en 2017.

Discussion / Conclusion

Cette évaluation économique des pertes potentielles et des pertes évités des PT montre l'impact positif des différentes mesures d'améliorations prisent depuis 2017 ainsi qu'une sensibilisation des UDS à la sécurisation des PT. Ces actions ont également permis un renforcement du lien Pharmacie/UDS sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

Orateur : Collet C.-E.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : Prise en charge médicamenteuse, Pharmaco-économie, Gestion du risque

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000079

Evolution comparée des prescriptions hospitalières et de ville d'antibiotiques générateurs de résistance bactérienne dispensés en officine

Pianov C.[(1)], Siorat V.*[(1)], Degrassat-Théas A.[(1)], Parent-De-Curzon O.[(1)], Paubel P.[(1)]

[(1)] Service évaluations pharmaceutiques et bon usage, APHP - Agence générale des équipements et produits de santé, Paris

Résumé

Contexte

Dans un contexte d'émergence de souches bactériennes résistantes pouvant conduire à des situations d'impasses thérapeutiques, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié en 2015 une nouvelle liste d'antibiotiques dits « critiques ». L'ANSM identifie notamment les antibiotiques les plus à risque de générer des résistances bactériennes (AGRB).

Objectifs

L'objectif de ce travail est de comparer l'évolution des prescriptions hospitalières et de ville d'AGRB dispensés en officine à l'échelle nationale, régionale et de notre CHU au cours des trois dernières années.

Matériels et méthodes

Les quantités de trois classes d'AGRB (amoxicilline/acide clavulanique (AMC), céphalosporines de troisième et quatrième génération (C3G/C4G), et fluoroquinolones (FQ)) dispensées en ville et prescrites par un médecin de ville (MV) ou hospitalier (MH) ont été déterminées à partir des données Ameli (Open Medic, Open PHMEV) entre 2016 et 2018. Elles sont présentées en Doses Définies Journalières [1] pour 1 000 habitants par jour (DDJ/1000H/J)) (habitants : données INSEE).

Résultats

En France entre 2016 et 2018, les quantités des trois classes d'AGRB prescrites par les MV ont fortement diminué (8,9 à 6,8 DDJ/1 000H/J, soit -23 %), en particulier les C3G/C4G (3,50 à 2,21 DDJ/1 000H/J, soit -36 %). Celles des MH sont restées stables sur la même période (1,6 DDJ/1 000H/J) quelle que soit la classe, et représentent en 2018 19 % des quantités dispensées en ville (15 % en 2016). La répartition des classes d'AGRB prescrites diffèrent également : pour les MV, 54 % d'AMC, 32 % de C3G/C4G, et 14 % de FQ ; pour les MH, 69 % d'AMC, et 13 % de C3G/C4G et 18 % de FQ. En Ile-de-France, le CHU représente 26 % des prescriptions hospitalières d'AGRB, avec les mêmes tendances d'évolution observées au niveau régional / du CHU qu'au niveau national.

Discussion / Conclusion

L'étude des dispensations de trois classes d'AGRB a permis de mettre en évidence l'implication des MV dans l'épargne des C3G/C4G. A l'inverse, les MH ne semblent pas avoir modifié leurs habitudes de prescriptions au cours des trois années. Un audit de bon usage permettrait d'évaluer la prise en compte de l'impact écologique dans les protocoles hospitaliers et s'il existe une marge de progression dans l'utilisation ambulatoire d'AGRB.

Références bibliographiques principales

[1] Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), disponibles sur : https://www.whocc.no/atc_ddd_index/ (consulté le 04/01/2020)

Orateur : Siorat V.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : revue des pratiques de prescription des médicaments, résistance bactérienne aux médicaments, médecins hospitaliers

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

QUALITE, GESTION DES RISQUES, VIGILANCE

Numéro : 000074

Mise en place d'une procédure dégradée pour la fabrication des médicaments anticancéreux dans un centre hospitalier en cas d'indisponibilité du logiciel de gestion du circuit des chimiothérapies

Chegrani G.*(1), Perdu E.(1), Morin-Légier V.(1), Michel G.(1), Delplanque R.(1)

(1) Pharmacie, GH Havre, Le Havre

Résumé

Contexte

L'indisponibilité de notre logiciel de gestion du circuit des chimiothérapies est une éventualité à ne pas négliger. Nous avons donc réfléchi à une alternative en cas de panne d'équipement, de panne informatique ou d'attaque virale.

Objectifs

Aboutir à une procédure alternative et complète dans la prise en charge de la fabrication des anticancéreux en cas d'indisponibilité de notre logiciel.

Matériels et méthodes

Une extraction des fiches de fabrication des produits reconstitués au sein de la pharmacie a été effectuée à partir du logiciel. En se basant sur les fiches extraites, nous avons créé un tableur permettant d'éditer les fiches de fabrication de produits prescrits dans le cadre d'un protocole. Chaque feuille du tableur correspond à la fiche de fabrication d'une préparation et suit un même modèle composé de 9 encadrés : données du patient, identification du produit et du protocole prescrit, renseignements sur l'administration, informations sur la dose et la voie d'administration, caractéristiques du produit à reconstituer, données sur le véhicule, caractéristiques de la poche ainsi que deux encadrés pour éditer deux étiquettes de traçabilité. Des fonctions spécifiques à chaque produit ont été établies afin de calculer automatiquement plusieurs paramètres composant la fiche de fabrication.

Résultats

Un tableur constitué de 31 fiches de fabrication a été réalisé. Les informations suivantes sont à renseigner : données du patient, prescripteur, protocole, jour et heure d'administration, dose prescrite, numéros de lot des produits utilisés, date et heure de fabrication de la poche. Les fiches du tableur sont propres à chaque préparation et permettent de calculer plusieurs paramètres : volume prescrit, dose préparée, acception ou refus du volume ajusté, volume et masse prélevés de chaque flacon reconstitué ou prêt à l'emploi, volume total du produit à transférer dans le véhicule pour les produits dilués, concentration finale de la poche, date et heure de péremption et le volume final contenu dans la poche.

Discussion / Conclusion

La procédure rédigée aborde également la démarche à suivre en cas d'indisponibilité du logiciel de contrôle vidéo et en cas de maintenance d'isolateur. Les prochaines mesures à mettre en œuvre seront des simulations de préparations, dans un scénario d'indisponibilité des logiciels, afin d'évaluer l'impact sur leurs durées de fabrication.

Orateur : Chegrani G.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : anticancéreux, procédure, panne

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000109

Standardisation et sécurisation de la prescription informatisée des PCA (patient controlled analgesia) de morphine en pédiatrie

Mallemont A.*(1), Robert M.(1), Fuss D.(2), Saucez Duquesne M.-O.(1), Lottin M.(3), Tiret I.(4), Morichon E.(2), Varin R.(2)

(1) Pharmacie, CHU Rouen - Hôpitaux de Rouen, Rouen

(2) Pôle pharmacie, CHU Rouen, Rouen

(3) Pôle pharmacie, CHU Rouen - Hôpitaux de Rouen, Rouen

(4) Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

Résumé

Contexte

La PCA (patient controlled analgesia) de morphine est aujourd'hui une pratique courante pour gérer la douleur aiguë d'enfants et d'adolescents hospitalisés, permettant une autogestion active de la douleur. Toutefois, la prescription et l'administration des PCA restent complexes, notamment en pédiatrie. Un récent surdosage en morphine dans un service de pédiatrie, analysé lors d'un CREX (Comité de retour d'expérience), nous a conduits à revoir les pratiques de préparation et de prescription des PCA de morphine.

Objectifs

Standardiser et sécuriser la prescription des PCA dans les services de pédiatrie à travers l'informatisation des prescriptions et du plan de soins.

Matériels et méthodes

Un travail préliminaire avec le service d'hémato-oncologie pédiatrique et la pharmacie a permis de standardiser la préparation des PCA de morphine à une concentration unique. Les différents paramètres de prescription, surveillances et de gestion des effets indésirables ont été redéfinis et validés. Un protocole de prescription informatisée (iform) a ensuite été développé à partir du logiciel d'aide à la prescription HEO® (Horizon Expert Order, Maincare Solutions) puis proposé en Commission des Médicaments et Dispositifs Médicaux Stériles.

Résultats

L'iform développé permet le calcul automatique des doses (bolus, débit continu) en fonction du poids du patient préalablement renseigné ainsi que la période réfractaire et le nombre maximal de bolus autorisés. Les différentes unités et conversion des doses sont affichées ainsi que le rappel du protocole de préparation des seringues à la concentration de 1 mg/ml. Les limites maximales de doses sont paramétrées et affichées dans l'iform. A la prescription de la PCA, est liée systématiquement la prescription de l'ensemble des surveillances associées ainsi que la prescription des traitements annexes pour la gestion des effets indésirables. La préparation standard et les différents paramètres de prescription sont automatiquement retranscris dans le plan de soins pour la programmation des pompes. Le protocole, validé institutionnellement, a été intégré à l'iform ainsi qu'à la base documentaire électronique de l'établissement. Les utilisateurs ont été ensuite formés sur ce nouveau mode de prescription.

Discussion / Conclusion

Les modalités de prescription et de préparation des PCA ont été révisées et intégrées dans un nouveau module de prescription informatisée ergonomique. Cela permet d'homogénéiser les pratiques et contribue à la sécurisation du circuit du médicament en pédiatrie.

Orateur : Mallemont A.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Morphine, Gestion du risque, Prescription électronique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000251

Accompagner au bon usage de la technique PCA en EHPAD

Pelsez - Rouillé A.[1], Arrii M.[1], Guedon E.[2], Melet L.[2], Delesque J.[2], Florance I.[2], Delavoipière E.[3], Bougle C.[3], Cherel A.[3], Delbende E.[1], Monzat D.*[1], Lefebvre-Caussin M.[1]

[1] Omédit, OMéDIT Normandie, Rouen

[2] Unité de médecine palliative, CHU Rouen - Hôpital Charles Nicolle, Rouen

[3] Omédit, OMéDIT Normandie, Caen

Résumé

Contexte

Dans le cadre de douleurs chroniques, notamment en soins palliatifs (SP), la mise en place d'une Analgésie Contrôlée par le Patient (PCA) peut permettre le maintien du résident en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Néanmoins, l'absence de formation et la méconnaissance de cette technique font souvent obstacle à sa mise en place.

Objectifs

Proposer une formation régionale et des outils de bon usage de la technique PCA en SP pour les professionnels exerçant en EHPAD.

Matériels et méthodes

A partir des outils déjà existants en région (guide de bon usage des pompes PCA et module e-learning), une équipe pluri professionnelle (médecins, pharmacien, infirmier diplômé d'Etat (IDE)) a élaboré une formation sur la PCA en SP, destinée aux médecins et IDE de la région. Un film d'analyse de scénario (AS) a été réalisé afin de compléter cette formation.

Résultats

La formation des médecins et IDE comprend, sur une journée, un enseignement théorique commun à tous, puis un enseignement pratique spécifique par professionnel, comprenant des exercices de calculs de doses, concentration, débit…, des manipulations et programmations de pompes PCA, des jeux de rôles… A ce jour, 50 professionnels ont bénéficié de la formation (sur 4 sessions). De nouvelles sessions sont programmées en 2020. Le film d'AS porte sur plusieurs erreurs relatives à la mise en place d'une PCA (prescription, programmation, perfusion, surveillance), autour desquelles s'articulent des erreurs plus générales (identitovigilance, défaut d'information, non-respect des règles d'hygiène…). Le film permet d'identifier des facteurs contributifs comme l'absence de formation des médecins et IDE à cette technique, un défaut de communication, les interruptions de tâches (…) ainsi que les barrières qui auraient pu éviter ces incidents.

Discussion / Conclusion

Le déploiement des formations devrait permettre d'améliorer la prise en charge des résidents d'EHPAD en SP. Le film d'AS permet également une sensibilisation des professionnels de santé à la technique PCA en SP. Ce travail s'inscrit dans un contexte national et régional d'amélioration de la qualité des soins en EHPAD dans le cadre de la fin de vie, visant à favoriser le maintien des résidents en EHPAD et limiter le recours aux hospitalisations inappropriées.

Orateur : Monzat D.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : sujet âgé, analgésie autocontrolée, formation professionnelle

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000302

Médicaments à Haut Risque (MHR): comment les prioriser et les personnaliser par unité de soins ?

Lagarde A.-V.*[(1)], Muller K.[(1)], Orloff M.[(1)], Vanneste A.[(1)], Bellegarde J.[(1)], Al Wazzan N.[(1)], Chaix F.[(1)], Turchi J.[(1)], Ammendola C.[(1)], Carteau De Gubernatis C.[(2)], Heng L. H.[(1)], Collomp R.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Nice, Nice

[(2)] Direction qualité sécurité risque évaluation, CHU Nice, Nice

Résumé

Contexte

Les MHR sont définis comme des "Médicaments requérant une sécurisation de la prescription, de la dispensation, de la détention, du stockage, de l'administration et un suivi thérapeutique approprié, fondés sur le respect des données de référence afin d'éviter les erreurs pouvant avoir des conséquences graves sur la santé du patient." Une liste de MHR spécifique à chaque établissement, et si possible par service doit être élaborée. Une faible adhésion à la démarche est fréquemment observée au niveau des unités de soins, que ce soit sur leur identification ou sur des actions concrètes à mener.

Objectifs

Afin de lever les freins cités, notre objectif est d'élaborer institutionnellement une liste de MHR spécifique à chaque service intégrant les actions associées, adaptée aux pratiques et prenant en compte les retours d'expérience des professionnels de santé (PdS) directement impliqués dans la prise en charge du patient.

Matériels et méthodes

L'élaboration de liste spécifique de MHR se fait par approche pluri-professionnelle au sein de chaque unité. A partir de la liste institutionnelle de MHR de notre établissement, 2 paramètres principaux sont étudiés afin de prioriser le risque lié à ces médicaments de manière adaptée. Il s'agit de la fréquence d'utilisation (exposition au médicament) et du niveau de maîtrise de sa prescription, administration, délivrance, détention et suivi. Les MHR de la liste institutionnelle sont ainsi classés sous forme de matrice en 4 catégories : 1/médicaments peu utilisés, utilisation non maitrisée par tous les PdS 2/médicaments utilisés souvent, utilisation non maitrisée par tous les PdS 3/médicaments peu utilisés, utilisation maitrisée par tous les PdS 4/médicaments utilisés, utilisation maitrisée par tous les PdS. Par rapport à ces catégories, les risques diffèrent, allant d'un risque faible à un risque majeur. Les actions de sécurisation à mettre en place sont variables et adaptées au niveau de risque identifié : étiquetage spécifique, fiches de bon usage, formations ciblées en équipe, e-learning, alternatives possibles, protocoles…

Résultats

Dans chaque unité, des réunions ont été réalisées avec médecin, pharmacien, infirmier, cadre du service et ingénieur qualité. Lors de ces réunions, dans un premier temps, la liste "large" de MHR était examinée par l'ensemble des intervenants, en prenant en compte le retour d'expérience de chacun. Les MHR ont été ensuite classés dans la matrice selon leur fréquence d'utilisation et le niveau de maitrise afin d'obtenir une "short list" de médicaments prioritaires. En moyenne, 5-6 MHR ont été identifiés par service. Ensuite, l'ensemble de l'équipe a proposé et identifié des actions de sécurisation à mettre en place. Enfin, une harmonisation des actions de sécurisation et de formation par MHR a été menée à l'échelle de notre établissement.

Discussion / Conclusion

Cette approche pluriprofessionnelle de priorisation des MHR personnalisée à chaque unité permet notamment de répondre aux exigences règlementaires (arrêté du 6 avril 2011, certification HAS V2020) mais également de resensibiliser les équipes médico-soignantes à l'utilisation des MHR. Une évaluation de cette démarche sera réalisée en 2020 avant proposition d'extension aux autres établissements de notre GHT.

Orateur : Lagarde A.-V.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : risque, priorisation, médicament

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000500

Bon usage des antibiotiques : état des lieux en odontologie

Bouillot E.[(1)], Philippe M.[(1)], Bukiet F.[(2)], Lan R.[(2)], Campana F.[(2)], Tardivo D.[(2)], Catherine J. H.[(2)], Bornet C.[(3)], Lambert M.[(1)], Roche M.*[(1)]

[(1)] Service central des opérations pharmaceutiques, APHM, Marseille

[(2)] Pôle odontologie, APHM - Hôpital la Timone, Marseille

[(3)] Pharmacie, APHM - Hôpital la Conception, Marseille

Résumé

Contexte

L'odontologie est une spécialité où le risque de mésusage en antibiotique (ATB) est reconnu. Les recommandations de l'ANSM de 2011 sont la référence mais ne semblent plus adaptées aux pratiques actuelles. Cette double problématique a abouti à un audit en Odontologie.

Objectifs

L'objectif a été d'étudier les prescriptions ATB des chirurgiens-dentistes au regard de ces recommandations.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, non interventionnelle, au sein des Unités Fonctionnelles (UF) de Chirurgie Orale et des Urgences Odontologiques, réalisée du 09/12/2019 au 20/12/2019. Le critère de sélection des patients est la prescription d'au moins un ATB. Le recueil de données a été réalisé à partir d'une grille d'audit anonymisée de 32 items issus de la bibliographie. L'analyse des prescriptions a été faite pour répondre aux objectifs de l'étude.

Résultats

Les inclusions ont permis l'analyse de 83 prescriptions dont 76 issues des Urgences et 7 de chirurgie orale. La population se composait de 10 enfants et 73 adultes avec un âge médian de 29 ans [min 4 ; max 98]. Elle comportait 6 patients immunodéprimés et 1 à haut risque d'endocardite infectieuse. L'allergie aux ATB était signalée à 8,4 %. La douleur était le principal motif de consultation (79,5 %). Les trois diagnostics majoritaires (79,5 %) étaient les complications de la pathologie pulpaire (n = 45), les cellulites aigues (n = 15) et les péricoronarites (n = 6). Les prescriptions d'ATB étaient d'indication curative à 94,0 %. Selon les recommandations de l'ANSM, 25 prescriptions (30,1 %) étaient indiquées par rapport au diagnostic clinique. A cela s'ajoutait la recherche de la qualité de la prescription (molécules, dose, intervalle et durée de la prescription). Le taux de prescription d'amoxicilline en première intention était de 50 % avec un respect des schémas posologiques à 90,9 %. En seconde intention, l'association amoxicilline-acide clavulanique était la seule prescrite. Au total, seules 13 prescriptions étaient indiquées et pharmacologiquement conformes (15,7 %). Le mésusage des ATB au sein de ces UF était de 84,3 %.

Discussion / Conclusion

Cette étude a mis en évidence un mésusage des ATB majoritairement dû à une non-indication (69,9 %). Au niveau pharmacologique, les prescriptions suivaient les recommandations à 15,7 %. Cependant une réflexion pourrait être initiée du fait de leur ancienneté notamment sur la dose et la répartition journalière en lien avec la sélection de mutant résistant. Ainsi, certaines indications devraient faire l'objet d'ajustement.

Références bibliographiques principales

ANSM. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. (2011). Consultable à l'adresse : https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2011-afssaps-Reco-buccodentaire.pdf

N.A.O Palmer, Y.M Dailey and M.V Martin. Can audit improve antibiotic prescribing in general dental practice? Research Pharmacology, British Dental Journal Volume 191 (2001). Consultable à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/253933396_PharmacologyCan_audit_improve_antibiotic_prescribing_in_general_dental_practice

Orateur : Roche M.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : odontologie, antibiotiques, audit

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000505

Analyse pharmaceutique : peut-on booster les performances des internes en pharmacie ? Retour d'expérience d'un centre hospitalier universitaire

Gougeard A.*(1), Fouquier B.(1), Giroux A.(1), Chevalier A.(1), Prudent C.(1), Malbranche C.(1), Lazzarotti A.(1)

(1) Pôle pharmaceutique, CHU Dijon, Dijon

Résumé

Contexte

Dans notre hôpital, l'analyse pharmaceutique (AP) de niveau 2 SFPC repose sur 3 pharmaciens et 5 internes. Pour cette activité, on sait que les performances sont hétérogènes selon l'expérience acquise. D'autre part, selon le profil, cette activité chronophage et répétitive peut démotiver, en particulier en l'absence d'expérience antérieure. Au vu du profil de notre équipe, un challenge « IP d'Or » (trophée pour le meilleur taux d'acceptation) a été mis en place.

Objectifs

Evaluer l'impact du challenge sur l'homogénéisation des pratiques et l'évolution des performances.

Patients et méthodes

Au semestre d'hiver 2018, un challenge a été lancé à 3 mois après diffusion des performances chiffrées de chacun sur le premier trimestre. Les taux d'intervention (TI) et d'acceptation (TA) globaux et nominatifs ont été analysés et comparés statistiquement (test du Khi-deux) avec un seuil de significativité $p < 0,05$, selon le statut (interne/pharmacien) et selon l'évolution entre le premier (T1) et le second trimestre (T2).

Résultats

Sur le semestre, on retrouve un TI de 11 % (significativement diminué entre T1 et T2 de 13 % à 9,3 %) et un TA de 58 % (significativement augmenté entre T1 et T2 de 53 % à 65 %).

D'autre part, les internes ont un TI similaire à celui des pharmaciens (12 % *versus* 11 %) et un TA significativement inférieur (52 % *versus* 71 %). Au T1, la différence de TI entre internes et pharmaciens était proche de la significativité ($p = 0.07$) mais pas au T2 ($p = 0,53$).

Entre T1 et T2, le TI a diminué significativement pour les internes (13,7 % *versus* 9,6 %) et les pharmaciens (12 % *versus* 9 %) alors que le TA a augmenté significativement pour les internes (47 % *versus* 58 %) et les pharmaciens (66 % *versus* 78 %).

Pour les deux internes de 1er semestre, les TI ont diminué (27 % à 10 % et 20 % à 8 %) et les TA ont augmenté (32 % à 57 % et 29 % à 61 %). Un interne de 4ème année a vu son TA augmenté de 25 % à 67 %.

Discussion / Conclusion

Notre étude confirme l'hétérogénéité des pratiques d'AP selon l'expérience et la liaison étroite entre la baisse du TI et l'augmentation du TA, la difficulté consistant à trouver le bon équilibre entre les deux. Le challenge « IP d'Or » proposé à notre équipe avait pour vocation d'homogénéiser les pratiques (la différence sur le TI s'est réduite mais pas pour le TA) et présentait également un aspect managérial important. Comme le suggèrent des modèles tels que Process Communication, une adaptation au profil des individus permettrait de gagner en efficience : notre étude semble le confirmer de façon nette avec au moins 3 internes.

Orateur : Gougeard A.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Management, Homogénéisation des pratiques, Analyse pharmaceutique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

DISPOSITIFS MEDICAUX ET STERILISATION

Numéro : 000111

Ligamentoplastie : impact de la prise en charge en stérilisation des ancillaires sur le choix d'un fournisseur

Jouvance-Le Bail A.[(1)], El Hajoui J.*[(1)], Ruesche L.[(2)], Grall A.-L.[(1)], Hamon L.[(1)]

[(1)] Pharmacie secteur stérilisation, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes

[(2)] Pharmacie secteur achats / dispositifs médicaux, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes

Résumé

Contexte

Dans un contexte d'augmentation de notre activité de ligamentoplastie et d'un nombre d'ancillaires mis à disposition insuffisant chez notre fournisseur actuel, nous avons mis en place des essais chez d'autres fournisseurs. L'enjeu était de trouver un ancillaire complet permettant de réaliser jusqu'à 3 ligamentoplasties par jour, toutes techniques confondues. Il nous a alors été proposé un système de rongeurs flexibles innovants pour lesquels le fabricant préconise un lavage manuel préalable au lavage en laveur-désinfecteur (LD). Cela modifiant nos pratiques, nous avons réalisé une étude de faisabilité.

Objectifs

- Estimer si la méthode préconisée par le fabriquant est applicable en routine en termes de complexité et de temps
- Valider ou non le référencement de ce nouveau matériel dans notre centre

Matériels et méthodes

Différentes méthodes de lavage des rongeurs ont été soumises au test de salissure (Soil-Test®) :

- Leur efficacité a été évaluée par l'examen visuel des rongeurs et la recherche de résidus protéiques (Clean-Trace®)
- Leur faisabilité en routine a été estimée en fonction de la durée nécessaire au traitement d'une boîte complète.

Résultats

Méthodes testées :

- Test 1 : irrigation et brossage + lavage en LD (recommandations fabricant)
- Test 2 : pas de prélavage + lavage en LD avec irrigation à plat (3 rongeurs par irrigateur)
- Test 3 : pas de prélavage + lavage en LD avec irrigation à plat (1 rongeur par irrigateur)
- Test 4 : pas de prélavage + lavage en LD avec irrigation verticale
- Test 5 : écouvillonnage et bain à ultrasons + lavage en LD

Les méthodes 2 et 3 laissent des résidus visibles de Soil-Test® et les méthodes 4 et 5 échouent au test des résidus protéiques.

La méthode préconisée par le fabricant est la seule permettant d'obtenir un résultat satisfaisant sur ces deux critères. Pour une boîte complète un tel prélavage nécessite environ 30 minutes.

Discussion / Conclusion

La seule méthode efficace est trop chronophage pour être réalisable en routine, compte tenu des rotations prévues (jusqu'à 3 par jour). Il est par ailleurs difficile de maintenir les interstices du dispositif ouverts pendant le brossage, ainsi que de contrôler visuellement l'efficacité du lavage de ces interstices (même à la loupe). Il y a donc un risque de compromettre la bonne stérilisation du dispositif ensuite. Malgré l'intérêt que présente l'ancillaire proposé et la conception des implants satisfaisante pour les chirurgiens, ce système de ligamentoplastie n'a pas été référencé dans notre centre.

Orateur : El Hajoui J.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : ligaments articulaires, études de faisabilité, stérilisation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000150

Optimisation du circuit des dispositifs médicaux stériles suite à une cartographie des risques

Orhon P.[(1)], Roux P.[(1)], De Freitas D.[(2)], Andanson-Macchi M.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Montluçon, Montluçon

[(2)] Direction de la stratégie et de la communication, CH Montluçon, Montluçon

Résumé

Contexte

Le circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS) est complexe, allant de l'approvisionnement à l'utilisation dans l'unité de soins (US), jusqu'à la matériovigilance. L'analyse des risques permet de prévenir la survenue d'évènements indésirables aussi bien pour le patient que pour le personnel soignant.

Objectifs

Améliorer le circuit des DMS dans notre établissement et promouvoir leur bon usage, en s'appuyant sur la cartographie des risques de ce circuit.

Matériels et méthodes

Les audits ont eu lieu de juillet à octobre 2018 pour les 28 US, menés conjointement par des cadres de santé, infirmiers référents et un interne en pharmacie. La cartographie a été élaborée à l'aide du fichier Excel® « INTER DIAG DMS V2.0 » créé par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance). Cet outil évalue chaque étape du circuit des DMS : demande, réception, stockage, utilisation et suivi, ainsi que certaines pratiques de soins comme la perfusion ou le sondage urinaire. Les réponses attendues étaient binaires (oui/non) ou graduées (oui totalement/oui partiellement).

Résultats

La synthèse des résultats de toutes les US a permis d'établir un score de maîtrise des risques. Concernant le circuit des DMS, le score est de 60 % pour la maitrise au niveau du stockage et 96 % pour le suivi des DMS. Du côté des pratiques de soins et de l'évaluation de ces pratiques, les résultats fluctuent de 43 % pour le sondage urinaire à 90 % pour la prévention des accidents liés à l'exposition au sang. Quant au circuit des Dispositifs médicaux Implantables (DMI), la maitrise de la gestion documentaire s'élève à 65 % contre 100 % pour l'organisation de la traçabilité sanitaire. Les résultats ont été exposés par l'interne aux infirmiers des US entre juillet et octobre 2019 à l'aide d'un support avec une trame commune déclinant chaque segment étudié et les résultats de l'US rencontrée.

Discussion / Conclusion

Cette cartographie a permis d'objectiver les points forts et faibles du circuit des DMS. Il reste un biais déclaratif dans la réalisation de l'audit, même s'il est mené par des représentants du service de soins. Lors de la présentation des résultats, des rappels ont été faits sur ce circuit. La discussion qui a suivi a fait ressortir la nécessité que chaque préparateur en pharmacie se déplace régulièrement dans les US dont il est référent. Ceci permettrait de relever les dysfonctionnements plus précocement et d'y apporter des actions correctives. Cette gestion des risques doit être complétée par des formations régulières auprès du personnel soignant pour une utilisation conforme aux bonnes pratiques des DMS/DMI.

Orateur : Andanson-Macchi M.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : audit des soins infirmiers, cartographie des risques, dispositifs médicaux stériles

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

PREPARATION ET CONTROLES

Numéro : 000172

Développement et validation d'une méthode analytique pour le dosage des solutions aqueuses du Topotécan

Bello W.[(1)], Hassan A.[(2)], Berger-Gryllaki M.[(1)], Carrez L.[(1)], Sadeghipour F.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHUV CH universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

[(2)] Ispso - Institut des sciences pharmaceutiques de suisse occidentale, Université de Genève, Genève, Suisse

Résumé

Contexte

Le rétinoblastome est la tumeur maligne intraoculaire primaire la plus courante de l'enfance et représente 10 à 15 % des cancers qui surviennent au cours de la première année de vie [1]. Le rétinoblastome non traité est une maladie mortelle ; cependant, avec les progrès des traitements, la survie est > 95 % actuellement. Le topotécan qui fait partie de la classe des camptothécines est un anticancéreux couramment utilisé pour le traitement intraoculaire local du rétinoblastome. Le manque des données dans la littérature sur la stabilité des solutions de topotécan à 20 ug/mL et à 200 ug/mL dans du NaCl 0.9 % dans des seringues prêtes à l'emploi ne permet pas de produire ce traitement en petites séries [2]

Objectifs

L'objectif du travail est de développer et valider une méthode analytique indiquant la stabilité par UHPLC-UV-DAD et UHPC-MS pour quantifier la forme active du topotécan (lactone) dans les solutions injectables de topotécan de 200 et 20 µg/mL et étudier leurs stabilités.

Matériels et méthodes

Une méthode isocratique en phase inverse (RP-LC) indiquant la stabilité du topotécan a été développée en utilisant le système UHPLC équipé d'un détecteur à barrettes diodes (UV-DAD) et d'un détecteur MS. La colonne utilisée était une Acquity BEH C18 (130Å, 1.7µm, 2.1x100 mm) et la phase mobile était constituée d'un tampon bicarbonate d'ammonium – acide acétique (pH 6.5) et d'acétonitrile (85:15). Le débit était de 0.2 mL/min avec un temps d'analyse total de 10 minutes. La détection a été effectuée à une longueur d'onde de 228 nm. La méthode a été validée à partir des solutions préparées de l'Hycamtin® et des standards. Afin de démontrer qu'elle est indiquée pour la stabilité de ces solutions, une dégradation forcée a été effectuée par HCl 0.5M/NaOH 0.5M/H2O2 (3 %)/100°C à reflux/48 h sous UV à Tamb°C. La validation a été faite avec 6 séries à 2 répétitions des standards d'étalonnage et des standards de validation selon les exigences ICH et SFSTP.

Résultats

En milieu acide (pH 3), le topotécan est sous forme lactone et il est détecté à 7.86 minutes alors qu'en milieu basique (pH 11), le topotécan se trouve sous forme carboxylique à 1.807 minutes. En milieu neutre (pH 7), les deux formes de topotécan apparaissent à leur temps de rétention respectifs. Les produits de dégradation obtenus, après les conditions forcées, sont bien séparés du pic principal du topotécan (forme lactone). La validation est effectuée dans un intervalle de dosage de 10 à 200 µg/mL (r2 = 0.9996). La limite de détection est de 0.2650 µg/mL et la limite de quantification est de 10 µg/mL. Les limites d'acceptation de la méthode sont de ± 6 % avec un profil d'exactitude (b-tolérance de 0.95), une précision (intermédiaire relative) < 2.2 % et une répétabilité (RSD) < 1.7 %.

Discussion / Conclusion

La méthode développée répond aux critères d'acceptation pour la validation des méthodes analytiques selon les normes ICH et SFSTP. Le dosage des solutions du topotécan se trouve dans l'intervalle d'acceptation. Elle est simple, précise et exacte. Au vu des résultats de la validation, elle peut être utilisée pour étudier la stabilité des solutions du topotécan.

Références bibliographiques principales

[1] Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse SF, Kosary CL, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2012, National Cancer Institute. Bethesda, MD. Available at: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2012 (Accessed on March 30, 2016)
[2] Luo C, Deng YP. Retinoblastoma: Concerning its initiation and treatment. Vol. 6, International Journal of Ophthalmology. 2013. p. 397–401.

Orateur : Sadeghipour F.
Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles
Mots-clés : Rétinoblastome, UHPLC, Topotécan
Pays où le travail est effectué : Suisse
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000310

Améliorer l'efficience des préparations de médicaments radiopharmaceutiques en dépassant les spécifications du résumé des caractéristiques du produit : exemple du marquage à 20 GBq du sestamibi, impact radiochimique et financier

Bourgmayer M.*(1), Citerne Q.(1), Veran N.(1), Demoré B.(2)

(1) Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

(2) Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Université de Lorraine, APEMAC, Nancy

Résumé

Contexte

La scintigraphie cardiaque est un des examens diagnostics les plus courants en médecine nucléaire. Le médicament radiopharmaceutique (MRP) couramment utilisé est le 99mTc-sestamibi. Selon le résumé des caractéristiques du produit (RCP) des spécialités disponibles en France, le marquage peut se faire au maximum avec 11 GBq dans un volume de 3 mL. Dans notre centre fabriquant annuellement environ 8 000 seringues de sestamibi, cette limitation nous impose de préparer quotidiennement deux ou trois flacons de sestamibi.

Objectifs

L'objectif est d'évaluer l'impact financier d'une augmentation de la limite d'activité, en ne préparant si possible qu'un seul flacon par jour, de valider le marquage à 15 et 20 GBq, d'en étudier les différents paramètres pour en définir les conditions limites afin de valider sa robustesse, et enfin de mettre en place une méthode de contrôle de qualité plus rapide permettant une analyse de la pureté radiochimique (PRC) libératoire.

Matériels et méthodes

L'étude de coût est faite en modélisant le nombre de MRP à préparer sur une année avec des activités à 11,1 GBq, 15 GBq et 20 GBq. Le marquage à 15 et 20 GBq est validé par la production de lots successifs satisfaisants aux limites de PRC. Les conditions limites sont testées par aliquotage d'un flacon avec différentes conditions de marquage (activités, volumes). Pour ces essais, le critère de validation des marquages est la PRC. Enfin les différentes méthodes de contrôles qualités par CCM disponibles dans la littérature sont testées sur les productions de routine en comparaison de la méthode classique.

Résultats

L'étude de coûts montre une économie importante d'un marquage à des activités supérieures avec environ 10 000 € d'économie annuelle pour le marquage à 20 GBq. Le marquage d'un dixième de la quantité habituelle de sestamibi avec 20 GBq montre une PRC conforme si la proportionnalité en termes de volume réactionnel est respectée. Pour les marquages dans un volume réactionnel plus élevé, la PRC est non conforme. Le marquage avec 35 GBq d'un flacon est lui aussi conforme. Le marquage des 3 MRP à 20 GBq est validé avec des PRC conformes. Enfin les différents essais de méthodes alternatives de CCM mettent en évidence que la méthode ITLC-SG MEK/NaCl est bien plus rapide mais donne des résultats en PRC légèrement inférieurs à la méthode classique de l'ordre de 1,5 %.

Discussion / Conclusion

Le marquage à 20 GBq du sestamibi est valide du point de vue chimique, permet une économie importante et peut être analysé en routine avec une PRC de façon libératoire.

Orateur : Bourgmayer M.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : Contrôles qualités, Radiopharmaceutique, Préparations radiopharmaceutiques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

E-FORUMS
HOPIPHARM STRASBOURG 2020

CIRCUIT DU MEDICAMENT

Numéro : 000098

Les psychotropes chez l'enfant et l'adolescent : étude des prescriptions hors AMM

Delpeuch A.*[(1)], Feneon D.[(2)], Joubert P.[(2)], Cyrille D.[(2)], Claveirole P.[(2)], Noton-Durand F.[(2)], Sautou V.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

[(2)] Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

Résumé

Contexte

En psychiatrie, la prescription des médicaments hors AMM chez l'enfant et l'adolescent est un sujet sensible. Afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse de ces patients vulnérables, cette prescription doit être bien encadrée.

Objectifs

Un état des lieux a été réalisé dans deux services de pédopsychiatrie, afin d'évaluer les pratiques de prescription hors AMM des psychotropes, et de mettre en place des moyens pour la documentation et la sécurisation du hors AMM.

Patients et méthodes

Le contenu de 239 ordonnances prescrites sur un mois (juin 2016) est recueilli rétrospectivement dans un fichier Excel®, complété avec les données issues du dossier patient informatisé. Les principaux critères évalués : le taux de prescription hors AMM, la documentation et la traçabilité dans le dossier patient. La présence de la mention « hors AMM » sur l'ordonnance de sortie a été également vérifiée. Le recueil a été réalisé par le pharmacien référent en collaboration avec le pédopsychiatre responsable.

Résultats

Au total, 92 patients, âgés de 2 à 17 ans, ont été concernés. Quinze psychotropes de différentes classes ont été prescrits hors AMM : des antipsychotiques de 2ème génération (23.1 %), des antidépresseurs (23.1 %), des normothymiques (21.6 %), des antispychotiques de 1ère génération (15.4 %), des hypnotiques (13.5 %) et des anxiolytiques (3.8 %). Le taux de prescription hors AMM est de 27 % si l'on considère l'âge des patients et de 13.5 % pour l'indication. Une absence d'argumentaire et de traçabilité du hors AMM a été constaté dans les dossiers médicaux. La mention « hors AMM » n'a pas été retrouvée sur les ordonnances de sortie.

Discussion / Conclusion

Concernant l'âge, le taux de prescriptions hors AMM des psychotropes est plus faible que celui des études de la littérature (entre 56.4 % et 68 %). Cependant, ce travail confirme le manque de données françaises concernant l'utilisation des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent. Des actions d'amélioration ont pu être mises en place au sein du pôle de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent : documents d'aide à la prescription, rappel de la nécessité d'argumenter le hors AMM dans le dossier patient et de l'importance du suivi biologique et clinique, sans oublier l'information du patient/des parents. Cet audit a été inscrit en tant qu'analyse des pratiques professionnelles, pour réévaluer à distance ces pratiques.

Références bibliographiques principales

Appropriate Use of Psychotropic Drugs in Children and Adolescents. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) 2013
Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. IACAPAP of Child and Adolescent mental health, Geneva: International Association for Child and Adolescent psychiatry and Allied Professions 2012

Orateur : Delpeuch A.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : hors indication, prescription, antipsychotiques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000099

Sécuriser la préparation et l'administration des médicaments per os au pôle psychiatrie adulte

Delpeuch A.*[(1)], Seddeki F.[(2)], Tourtauchaux R.[(2)], Llorca P.[(2)], Jalenques I.[(2)], Sautou V.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

[(2)] Psychiatrie de l'adulte, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

Résumé

Contexte

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient est un sujet de santé publique. Plusieurs évènements indésirables concernant le circuit du médicament ont été signalés au sein du pôle de psychiatrie adulte. Un état des lieux des pratiques de préparation et d'administration des médicaments était donc nécessaire.

Objectifs

Evaluer la conformité des pratiques par rapport aux recommandations HAS en vigueur afin de sécuriser le processus.

Matériels et méthodes

Huit services de soins d'hospitalisation conventionnelle du pôle ont été audités un jour donné, sur les 2 étapes : préparation et administration des médicaments par voie orale. L'audit a été réalisé par une préparatrice en pharmacie, via une grille de recueil validée. L'audit était déclaratif pour l'étape de préparation (préparation des médicaments par les infirmières de nuit) et observationnel pour l'étape administration (6 patients par unité de soins).

Résultats

Au total, 45 grilles d'audit ont été analysées. Concernant l'étape de préparation, la vérification de la concordance prescription/patient/médicament est bien respectée dans 100 % des cas ; la conformité de l'hygiène de l'environnement et la vérification de la date de péremption est respectivement de 27 % et 33 %. Dans 40 % des cas, le contenant utilisé pour la préparation des médicaments est le pilulier ; 4 services utilisent autres moyens (tiroirs, coupelle plastique). Concernant l'étape d'administration, le taux de conformité est de : 93 % pour l'identification du patient sur le contenant (pilulier ou autre), 75 % pour l'identification du médicament dans le pilulier, 100 % pour la vérification du pilulier/prescription avant administration, 51 % vérification de l'identité du patient, 87 % de traçabilité de l'administration en temps réel. Au sein du pôle, le lieu d'administration des médicaments au patient se fait dans la salle à manger (6 services/8) ou dans la salle de soins (2 services/8).

Discussion / Conclusion

Les pratiques de préparation des médicaments per os seront harmonisées au sein du pôle de psychiatrie adulte, avec la mise en place de chariots sécurisés comprenant des piluliers dans les différents services concernés. Pour éviter les erreurs médicamenteuses et pour le respect de la confidentialité, l'administration des médicaments ne se fera qu'en salle de soins (patient/patient) tout en respectant la règle des 5B. Cet audit a été inscrit en tant qu'analyse des pratiques professionnelles, pour réévaluer à distance ces pratiques.

Références bibliographiques principales

Guide d'autoévaluation de l'administration des médicaments, HAS 2013

Orateur : Delpeuch A.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : psychiatrie, médicaments, administration

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000110

Traitement du Purpura thrombotique thrombocytopénique : évolution de la prise en charge des patients après mise à disposition du caplacizumab

Delepine A.[(1)], Korostelev M.*[(1)], Madelaine I.[(1)], Deville L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Saint-Louis, Paris

Résumé

Contexte

La mise à disposition du caplacizumab en juin 2018 a modifié le schéma de traitement des patients présentant un purpura thrombotique thrombocytopénique acquis (PTTa). Ce nouveau traitement cible spécifiquement le facteur Von Willebrand (FvW) et empêche l'accumulation des multimères de FvW dans cette microangiopathie thrombotique. Les échanges plasmatiques (EP) journaliers sont désormais associés au caplacizumab, en plus des corticoïdes et du rituximab. Le caplacizumab est débuté la veille du premier EP et poursuivi pendant toute la durée des EP et ce pendant 30 jours après l'arrêt des EP ou jusqu'à normalisation maintenue du taux d'ADAMTS13 pour un prix journalier de 4 286 euros.

Objectifs

Analyse de l'impact du caplacizumab dans la prise en charge des patients atteints d'un PTTa.

Matériels et méthodes

Etude monocentrique rétrospective incluant 2 groupes de patients adultes présentant un PTTa : ceux traités sans caplacizumab (« I » de juin 2017 à mai 2018) et ceux traités avec caplacizumab (« II » de juin 2018 à juillet 2019). Les données sont recueillies à l'aide du dossier patient Middlecare®. Les critères évalués sont : durée d'hospitalisation totale, durée d'hospitalisation en réanimation, nombre et durée des EP, durée du traitement par caplacizumab.

Résultats

Le nombre de patients, le sex ratio et l'âge moyen sont respectivement dans les groupes I et II de : 8 et 9 patients ; 0,6 et 0,5 et 44 ± 15 ans contre 45 ± 17 ans. Deux récidives sont constatées dans chaque cohorte. La durée de traitement par caplacizumab est en moyenne de 37 jours [26 ; 50] comprenant une durée d'hospitalisation médiane de 10 jours tandis qu'elle est de 11 jours dans le groupe I. La durée médiane du séjour en réanimation est de 8,5 jours dans le groupe I contre 6,0 jours dans le groupe II. La durée et le nombre d'EP médians est respectivement de 6,5 jours et 7 dans le groupe I et dans le groupe II 5,0 jours et 6.

Discussion / Conclusion

Ces petites cohortes restent conséquentes au vu de la rareté de la pathologie et nos résultats suivent les mêmes tendances que celles de l'étude pivot : diminution du temps d'hospitalisation en réanimation et du nombre d'EP. La voie sous-cutanée permet un relais en ambulatoire avec rétrocession du médicament et administration à domicile, nécessitant une coordination ville-hôpital étroite. Au vu de l'impact du caplacizumab sur le parcours du patient ainsi que le prix conséquent du médicament, il serait intéressant d'en étudier la dimension médico-économique.

Orateur : Korostelev M.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : purpura thrombotique thrombocytopénique, lien ville-hôpital, caplacizumab

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000143

Reconstitution d'antidotes (ATD) en pré-hospitalier pour la prise en charge des intoxications aux organophosphorés chez l'adulte : état des lieux

Jacolin C.[(1)], Nave V.[(1)], Andanson-Macchi M.[(2)], Meunier A.*[(1)], Dzierwa N.[(1)], Dussart C.[(1)], Le Bagousse A.[(1)]

[(1)] Pharmacie centrale, HCL, Saint-Genis-Laval

[(2)] Pharmacie, CH Montluçon, Montluçon

Résumé

Contexte

Le contexte d'intervention en milieu NRBC (Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique) et la rareté d'utilisation des ATD peuvent retarder l'administration des traitements (1, 2). Dans le cadre d'une intoxication aux neurotoxiques organophosphorés (NOP), le traitement chez l'adulte repose sur 3 thérapeutiques : ATROPINE concentrée, PRALIDOXIME et une benzodiazépine anticonvulsivante. L'optimisation des process et la formation au préalable des intervenants sont essentielles pour permettre une meilleure réactivité sur le terrain. Des entrainements interministériels zonaux mettent en situation les différents intervenants afin de tester les mécanismes d'intervention conjointe.

Objectifs

C'est lors d'un tel entrainement qu'une équipe pharmaceutique (EP) formée, positionnée en zone de soutien a pu tester sa capacité de renfort des équipes de l'avant situées en zone contrôlée.

Matériels et méthodes

L'EP inter-service et multi sites était composée de 3 pharmaciens et d'une cadre de santé. Le renfort était organisé sous la forme de plateaux composés de 3 ATD reconstitués : une seringue d'ATROPINE 40 mg/20 ml, une poche de PRALIDOXIME 1 000 mg/100 ml (intoxication modérée) et une seringue de CLONAZEPAM 1 mg/2 ml accompagnés des produits de santé nécessaires à leurs administrations et d'une fiche posologique.

Résultats

Le temps nécessaire, à 4 personnes (dont un pharmacien coordinateur et aide manipulateur), pour préparer et dispenser 15 plateaux a été de 60 minutes. Toute préparation confondue, le temps moyen était de 3.5' par préparation et 5.6' par plateau. En moyenne, la préparation par opérateur d'une seringue d'ATROPINE, d'une seringue de CLONAZEPAM et d'une poche de PRALIDOXIME 1 g a nécessité respectivement 2.1', 2.9' et 5.6'. Le double contrôle à postériori des plateaux montre : 100 % (15/15) de plateaux complets, 100 % (45/45) de préparations bien identifiées, 97 % (29/30) de seringues avec un volume exact et 47 % (14/30) de seringues présentant des bulles d'air.

Discussion / Conclusion

Cet entrainement met en avant les limites de la reconstitution massive extemporanée en contexte d'urgence. Pour ce type d'intoxication, afin d'être plus réactifs et sécuritaires, il est primordial de hiérarchiser la préparation des ATD, de standardiser les préparations en prenant en compte la problématique pédiatrique (3) et de former les soignants en ciblant les équipes les mieux préparées à l'urgence et/ou à la manipulation. Des ATD prêts à l'emploi réalisés par l'industrie pharmaceutique permettraient également de mieux répondre à l'urgence.

Références bibliographiques principales

1 Circulaire relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques No.700/SGDSN/PSE/PSN du 2 octobre 2018
2 Weant KA, Bailey AM, Baker SN. Strategies for reducing medication errors in the emergency department. Open Access Emerg Med. 2014 Jul 23;6:45-55. doi: 10.2147/OAEM.S64174.
3 Alix-Séguin L. et al. Et si c'était des enfants ? Adaptation de la prise en charge médicale en cas d'attentats terroristes avec de nombreux enfants victimes. Journal européen des Urgences et de Réanimation ; Volume 29, Issue 2, June 2017, Pages 91-99 https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2017.04.001

Orateur : Meunier A.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : préparation de médicament, antidotes, intoxication aux organophosphates

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000273

L'automédication chez l'adolescent : intervention d'étudiants en soins infirmiers auprès de lycéens

Bausson J.*[(1)], Monteiro M.-C.[(1)], Vergnes C.[(2)], Untereiner C.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Haguenau, Haguenau

[(2)] Institut de formation en soins infirmiers, CH Haguenau, Haguenau

Résumé

Contexte

L'automédication est la possibilité de soigner des maux du quotidien, sans recourir à une consultation préalable. Parmi les adolescents, 42 % admettent avoir recours à l'automédication. Cette population vulnérable a-t-elle les outils et connaissances nécessaires pour se soigner seule et en sécurité ?

Objectifs

Dans le cadre du service sanitaire des étudiants en santé, un groupe d'étudiants infirmiers, supervisé par un interne en pharmacie, a été constitué afin de réaliser une action de sensibilisation au bon usage du médicament auprès de lycéens. L'objectif était donc pour le pharmacien d'encadrer le groupe et d'apporter ses compétences pharmaceutiques.

Matériels et méthodes

Cette intervention a été réalisée au sein de 14 classes de lycéens. La présentation était articulée autour d'une partie théorique précédant une partie plus ludique à l'aide d'ateliers : décryptage des informations présentes sur les boîtes et notices des médicaments, maux quotidien et médicaments associés, points sur les bonnes pratiques. Afin de pouvoir évaluer l'évolution de leurs connaissances et également notre action, un questionnaire a été complété en début et fin d'intervention.

Résultats

Cette intervention a rassemblé 321 lycéens. Après sondage, pour 80 % des participants l'automédication trouvait son origine dans la disponibilité des médicaments à domicile. Un quart des lycéens pensaient que les médicaments en libre accès étaient moins dangereux que ceux prescrits par leurs médecins, et 38 % estimaient les délais de consultation trop longs. La source d'information majoritairement mentionnée était la prise de conseil chez son pharmacien (67 %). La famille et le médecin représentaient respectivement 49 et 47 %. Une part non négligeable était attribuée à internet (36 %) ainsi qu'aux publicités (17 %). Concernant les risques liés à l'automédication, les lycéens pensaient que le traitement pouvait être inadapté (90 %), être source de toxicité (46 %) ou sans risque (12 %). Seulement 40 % déclarent lire la notice avant utilisation d'un médicament. Enfin 62 % avaient déjà conseillé un médicament à un proche. L'intervention a été jugée utile pour 95 % des lycéens.

Discussion / Conclusion

La gestion de l'automédication est un enjeu de santé publique du fait de sa constante augmentation. La prise d'un médicament qui tend à être banalisée rend nécessaire la sensibilisation de la population dont les adolescents. Cette intervention s'inscrit dans une démarche de prévention et d'apport de connaissances et sera, du fait de son succès, reconduite.

Références bibliographiques principales

SMEREP Etude 2018 "Santé des Etudiants et Lycéens"

Orateur : Bausson J.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Enseignement, Étudiants des professions de santé, Automédication

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000356

Essais cliniques interrompus avant leur terme : analyse du registre clinicaltrials.gov

Chavel L.[(1)], Arnaud P.[(1)], Garreau R.*[(1)], France M.[(1)], Bourguignon L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

Résumé

Contexte

Les essais cliniques sont la pierre angulaire de l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité des produits de santé. Une fraction des essais cliniques ne sont pas menés jusqu'à leur terme : recrutement insuffisant, toxicité, financement… Ces études interrompues représentent un coût financier, humain, et de temps considérable. La déclaration d'Helsinki rend obligatoire l'enregistrement des essais cliniques dans une banque de données accessible au public : ceci rend possible l'analyse de l'ensemble des essais cliniques enregistrés.

Objectifs

L'objectif est de quantifier le nombre d'études cliniques interrompues avant leur terme, et de rechercher les variables associées à ces arrêts.

Matériels et méthodes

Une extraction de l'ensemble des essais enregistrés dans la base clinicaltrials.gov a été réalisée. Les études à venir ou en cours de recrutement ont été exclues de l'analyse. Pour chaque étude, le statut de l'étude (finie, suspendue, interrompue, ou retirée avant même le recrutement), et les principales caractéristiques de l'étude (phase de l'étude, critères d'inclusion, indication, intervention, etc.). Les pourcentages d'études menées à leur terme et interrompues (quel que soit le motif) ont été calculés, et comparés selon les variables disponibles. L'extraction et l'analyse des données ont été réalisées avec le logiciel de datamining Knime (Université de Constance).

Résultats

Au total, 115 147 études ont été inclues dans l'analyse. Notre analyse montre que 29 575 études n'ont pas été menées à leur terme, soit 25,7 % des études enregistrées. Ce taux était de 22 % pour les études de phase I, 29 % en phase II, 23 % en phase III, et 29 % en phase IV. En fonction des sponsors, les proportions d'études non abouties varient également ; les études financées par les hôpitaux n'aboutissent pas dans 37 % des cas, versus 34 % pour les universités et 16 % pour les industriels. Concernant le type d'intervention, les études portant sur les médicaments n'étaient pas menées à leur terme pour 25 % d'entre elles, versus 36 % pour les études portant sur les dispositifs médicaux.

Discussion / Conclusion

Une part très notable des essais cliniques enregistrés dans ce registre sont interrompus avant d'aller à leur terme, ce phénomène concernant jusqu'à 29 % des études de phase IV. Ce phénomène illustre probablement un problème de fragmentation de la recherche clinique. Il semble important de partager les difficultés rencontrées par ces essais interrompus pour éviter la répétition inutile d'études cliniques avec les mêmes faiblesses.

Orateur : Garreau R.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Santé publique, Base de données, Essais cliniques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000410

Impact d'un programme de formation continue sur l'acquisition des connaissances par les préparateurs

Mabru E.(1), Zavarro A.(1), Devaux X.(1), Fafi F.(1), Alessandra C.(1), Lao S.*(1)

(1) Pharmacie, CH Sainte-Musse, Toulon

Résumé

Contexte

La pharmacie de notre établissement dispose d'une équipe de 38 préparateurs (PP), avec une polyvalence au niveau des postes occupés. Le renfort et le maintien de leurs connaissances sur les médicaments et dispositifs médicaux est indispensable pour sécuriser le circuit du médicament. Suite à un premier audit, un programme de formation continue interne, formalisé et adapté a été mis en place.

Objectifs

Nous avons souhaité mesurer le niveau d'acquisition des connaissances des PP, mais également évaluer leur satisfaction, afin d'améliorer la formation.

Matériels et méthodes

Les formations, animées par un pharmacien, se sont déroulées 2 fois par mois. Les thèmes ont été choisis par un groupe de travail en fonction des résultats du premier audit. Chaque session reprenait des rappels sur la pathologie et les classes médicamenteuses, des informations nécessaires à la délivrance du médicament et une mise en situation. Un quizz anonyme a été proposé au PP avant et après la séance de formation. Chaque quizz a été noté sur 20 points. Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour la comparaison des résultats.

Un questionnaire de satisfaction évaluant le contenu, le format, la clarté et l'utilité de la formation (échelle de 1 à 4) a été distribué à la fin de chaque séance. Des suggestions pouvaient être notifiées par les PP.

Résultats

Six sessions ont été réalisées d'octobre à décembre 2019 et 3 thèmes ont été abordés (diabète de type 2 (DB2), hypertension artérielle (HTA), insuffisance cardiaque (IC)). Cinquante-quatre PP ont participé aux formations. Les notes moyennes sur 20 au quizz avant et après formation étaient respectivement pour le DB2, l'HTA et l'IC de 3.6 versus (vs) 11.5 ($p = 0.00014$), 2.7 vs 13.2 ($p = 2x10-6$), 7 vs 15.7 ($p = 6x10-5$). L'ensemble des PP était satisfait du contenu, du format et de la clarté (notes moyennes respectives : 3.9, 3.7, 3.9). Ils ont considéré la formation utile à leur pratique. La durée de formation était jugée correcte par 73 % des PP et 95 % estimaient avoir compris. Dix PP ont suggéré que des fiches réflexes soient mises à leur disposition.

Discussion / Conclusion

L'acquisition des connaissances des PP était incomplète mais les résultats ont montré une progression significative. De plus, les PP étaient satisfaits des formations mises en place. La formation continue des PP sera donc poursuivie en tenant compte des remarques formulées.

Une évaluation à distance des formations sera à mettre en place afin de s'assurer des connaissances réellement acquises par les PP.

Orateur : Lao S.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Quizz, Préparateur en pharmacie hospitalière, Formation continue

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000475

Le code consolidé numérique, un gain qualitatif, mais à quel prix ?

Rousselle A.[(1)], Verryser F.*[(1)], Cousein E.[(2)]

[(1)] Pharmacie, CH Valenciennes, Valenciennes

[(2)] Pharmacie, CH Valenciennes, Valenciennes

Résumé

Contexte

Suite à la mise en place du décret relatif à la chaîne d'approvisionnement du médicament, les ES ont adopté une nouvelle organisation visant à contrôler l'authenticité de leurs approvisionnements. La première étape de cette mise en œuvre a été le contrôle unitaire des identifiants. S'agissant d'une activité chronophage et répétitive pour le personnel, une phase de tests avec les fournisseurs a été initiée pour permettre la mise en place des codes consolidés numériques (DESADV).

Objectifs

Après avoir réalisé une évaluation prévisionnelle des charges de travail en réception et recruté un équivalent temps plein (ETP), nous avons calculé le temps moyen (TM) nécessaire à la désactivation des identifiants uniques (4,96 s pour 3 259 b). Notre PUI reçoit en moyenne 3 200 b/jour soit 4,41 h consacrées à cette activité. L'objectif de cette étude est donc de démontrer les intérêts des codes consolidés numériques en comparaison à la désactivation unitaire (DU).

Patients et méthodes

Deux laboratoires ont participé à notre phase pilote de tests. Le 1er laboratoire (L1) mettait à disposition le code pour une commande de plus de 50 b. Le 2nd laboratoire (L2), facturait la prestation à la boîte (0,07 €). Sur la période de septembre 2019 à janvier 2020, chaque commande a été analysée : nombre de boîtes reçues, sérialisées, non sérialisables ou non encore sérialisées. A partir de ces données, l'exhaustivité des DESADV a été contrôlée et la désactivation chronométrée. Enfin, une étude de coût a été réalisée en comparaison à la DU.

Résultats

Le TM de désactivation d'1 b par DESADV est de 0,38 s. Nous avons reçu 21 commandes (1 224 b) pour L1 dont 7 (1 019 b) possédaient un DESADV. Cela a conduit à 16,7 % de désactivation manuelle. Nous avons reçu 27 commandes (17 898 b) pour L2 dont 23 (14 264 b) contenaient des références sérialisées. Sur ces 14 264 b, 6 710 b n'ont pas été intégrées par un DESADV (erreur informatique L2). Cela a donc conduit à 47 % de désactivation manuelle. Le coût mensuel moyen en DU est de 1 932 €, de 508 € en L1 et de 4 938 € en L2.

Discussion / Conclusion

Le DESADV présente un intérêt majeur pour la gestion des produits thermosensibles mais également pour la rapidité d'exécution. Cependant, s'il est facturé à la boîte, le DESADV n'est pas une solution économique pour les ES. Pour une moyenne de 65 000 b par mois, le coût maximal acceptable pour un code consolidé serait de 0,026 €/b. La solution L2 permet, quant à elle, de limiter l'impact environnemental en diminuant le nombre de commandes (réduction des coûts logistiques fournisseur).

Orateur : Verryser F.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : médicament, falsification, consolidation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

PHARMACIE CLINIQUE ET PHARMACOCINETIQUE

Numéro : 000064

Peut-on établir un profil pharmaco-thérapeutique type des patients ayant une prescription de contention physique en isolement ?

Colas A.(1), Collignon M.(1), Rousset B.(1), Armand-Branger S.*(1)

(1) Pharmacie, Centre Santé Mentale Angevin CESAME, Sainte-Gemmes-sur-Loire

Résumé

Contexte

La contention physique, prescrite en dernier recours pour maîtriser des sujets auto ou hétéroagressifs, s'accompagne d'un vécu traumatique. Nous souhaitons évaluer si une optimisation de la thérapeutique, notamment de l'anxiolyse, diminuerait le recours à ce soin.

Objectifs

Ainsi, cette étude préliminaire vise à identifier la typologie et le profil pharmaco-thérapeutique des patients de notre établissement public de santé mentale pour lesquels une contention physique a été prescrite.

Patients et méthodes

Etude rétrospective sur l'année 2018. Tous les patients hospitalisés ayant une primo-prescription de contention physique ont été inclus. Pour chaque patient, le diagnostic, le motif de la contention, les psychotropes prescrits à J-1 de la contention, la présence d'une addiction et d'une éventuelle prise en charge ont été relevés. Les posologies des psychotropes ont été classées en 3 catégories faible, moyenne ou élevée selon le résumé des caractéristiques du produit.

Résultats

Parmi les 55 patients inclus, 16 (29 %) étaient atteints de troubles psychotiques. Les autres diagnostics étant extrêmement variés entre autres troubles anxiodépressifs, retard mental, les résultats ci-après concernent uniquement ces patients psychotiques. Tous étaient contentionnés pour hétéro-agressivité. Leur âge moyen était de 37,3 ± 10,8 ans et le sexe ratio de 4,3. Une addiction était diagnostiquée chez 11 patients (68,8 %) dont 5 (45,5 %) non prises en charge. Tous avaient au moins un neuroleptique prescrit (2,2 ± 0,86 par patient), dont 2 avaient un neuroleptique en monothérapie à faible posologie (12,5 %). Parmi les 14 patients (87,5 %) ayant 2 neuroleptiques ou plus, 7 (50,0 %) avaient au moins un neuroleptique à faible posologie et 6 (42,9 %) avaient au moins un neuroleptique à forte posologie. Par ailleurs, 6 patients (37,5 %) avaient au moins une injection retard de neuroleptique. Un anxiolytique était prescrit chez 14 patients (87,5 %), dont 5 à posologie élevée (35,7 %), 8 à posologie moyenne (57,1 %) et 1 à faible posologie (7,2 %). Au moins un hypnotique était prescrit pour 3 patients (18,8 %), un thymorégulateur pour 2 patients (12,5 %), mais aucun patient n'avait d'antidépresseur.

Discussion / Conclusion

Dans notre établissement, la contention physique de patients psychotiques, indiquée pour hétéro-agressivité, concerne majoritairement des hommes ayant des troubles de l'addiction peu pris en charge pharmacologiquement. Ce profil a déjà été mis en évidence dans de précédents travaux (1), mais cette étude identifie également un profil pharmaco-thérapeutique qui tend vers la présence d'une association de deux neuroleptiques (principalement à posologie moyenne, voire à posologie anxiolytique) et d'un anxiolytique. Une étude cas/témoin nous permettra d'évaluer si la prise en charge renforcée des conduites addictives, de l'anxiolyse, et des troubles de l'humeur pourrait éviter cette contention physique à vécu traumatique.

Références bibliographiques principales

(1) Carre R. et al, 2019, Recherche FERREPSY sur la contention mécanique en Occitanie : aspect quantitatif et qualitatif

Orateur : Armand-Branger S.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Contention physique, Médicaments neuroleptiques, Psychiatrie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000090

Evaluation de la Conciliation Médicamenteuse (CM) chez les patients et les professionnels de santé de ville : quels impacts sur la prise en charge du patient ?

Alsamara-Barsa R.(1), Bissonnier J.*(1), Laurelli F.(1), Drouard S.(1)

(1) Pharmacie, CH Agglomération Montargoise, Montargis

Résumé

Contexte

Depuis novembre 2019, une démarche de CM d'entrée et de sortie a été initiée dans le service de Soins de Suite et Réadapation (SSR). Lors d'un entretien, un plan de prise est remis au patient avec les modifications faites suite à son hospitalisation. Un courrier pharmaceutique de sortie est envoyé aux médecins traitant et aux pharmaciens officinaux.

Objectifs

Evaluer la qualité des informations fournies aux patients et leur satisfaction vis-à-vis de la CM. Evaluer la satisfaction des professionnels de santé sur la prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation. Optimiser les outils pour répondre aux problématiques des professionnels de ville.

Matériels et méthodes

Un questionnaire de satisfaction est remis au patient pendant son entretien pour évaluer le format de l'outil (plan de prise) et l'information donnée par le pharmacien. Un questionnaire de satisfaction est envoyé avec le courrier pharmaceutique au médecin traitant et au pharmacien d'officine pour évaluer la satisfaction de la démarche et l'utilisation pratique des outils. Ces questionnaires sont retournés à la pharmacie par fax ou courrier.

Résultats

Sur 2 mois, 43 questionnaires ont été analysés sur 78 envoyés (25 patients (25/27), 6 médecins traitant (6/28) et 12 officines (12/23), soit un taux de réponse global de 55 %. 100 % des patients sont satisfaits des informations et conseils donnés par le pharmacien et 88 % apprécient le plan de prise remis lors de l'entretien de sortie. 50 % des médecins et 92 % des pharmaciens sont satisfaits du format de l'outil utilisé, de l'exhaustivité et de la pertinence des données. 83 % des médecins et 100 % des pharmaciens pensent que la CM améliore la prise en charge de leurs patients après une hospitalisation et leurs pratiques professionnelles. Pour 50 % des médecins la CM est un gain de temps. Pour 100 % des pharmaciens la communication ville/hôpital est très utile. 50 % des médecins et 25 % des pharmaciens jugent trop long le délai d'envoi du courrier pharmaceutique.

Discussion / Conclusion

Les professionnels de santé souhaitent que la CM soit plus ciblée aux patients polymédiqués et polypathologiques. Le plan de prise permet aux patients de mieux comprendre leurs traitements suite à une hospitalisation. Le délai de réception des documents est problématique pour les pharmaciens officinaux car les patients viennent chercher leurs traitements le jour de leur sortie. Pour optimiser l'envoi des documents, une messagerie sécurisée (type Apicrypt® ou MMSanté®) sera mise en place pour transmettre, avec l'accord du patient, le courrier pharmaceutique. Suite à une confusion d'un médecin traitant avec le compte-rendu d'hospitalisation, un courrier expliquant la démarche pharmaceutique de CM de sortie adapté à chaque professionnel a été envoyé. La conciliation de sortie est utile pour le suivi du patient en ville et améliore la communication ville/hôpital. Elle sécurise la prise en charge thérapeutique du patient.

Références bibliographiques principales

Drancourt P. Les liens pharmaceutiques ville/hôpital améliorent-ils la continuité de la prise en charge médicamenteuse ? Etude et perspectives. [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Pharmacie]. Lille : Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille ; 2015
Seurot P. Accompagnement de la première expérience de la conciliation de sortie au CHU de Rouen. [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Pharmacie]. Rouen : UFR de Médecine et de Pharmacie ; 2018
Viault L, Salgues J, Cosson M, Lohan-Descamps L, Rosant D, Roch-Toreilles I, et al. Evaluation de la satisfaction de la mise en place d'une synthèse pharmaceutique de sortie d'hospitalisation transmise aux patients et professionnels de santé de ville. CHU Montpellier. Journées ADPHSO-LAROFA. Gruissan. Juin 2018

Orateur : Bissonnier J.
Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique
Mots-clés : Communication interdisciplinaire, Satisfaction du patient, Conciliation médicamenteuse
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000097

Optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé : développement d'un outil adapte à l'officine base sur la liste « stopp and start » et application en pharmacie

Radjabaly Z.[(1)], Premdjee E.*[(2)]

[(1)] Pharmacie, Faculté de Pharmacie de l'Université Paris-Saclay, Châtenay-Malabry

[(2)] Pharmacie, CH Mayotte, Mamoudzou

Résumé

Contexte

Bien prescrire chez la personne âgée est un défi pour les prescripteurs qui doivent composer avec les changements physiologiques, pharmacocinétiques et pharmacodynamiques propres à leur patient, ainsi qu'avec un risque iatrogénique augmenté par une polymédication issue de polypathologies. Plusieurs outils ou listes de détection des MPI (Médicaments Potentiellement Inappropriés) ont été conçus avec une efficacité et une praticabilité variables, afin d'identifier les méthodes de prescription sub-optimales que sont l'overuse, le misuse et l'underuse,. Parmi ceux-ci, l'outil STOPP and START en est un des plus intéressants mais il s'avère peu applicable à l'officine dans son état actuel.

Objectifs

Ce travail visait d'abord à développer un outil utilisable en officine, pour ensuite évaluer le potentiel des officinaux dans la détection de MPI (outil STOPP adapté à l'officine) ou de cas d'underuse (outil START adapté à l'officine), leur contribution dans l'effort de réduction du risque iatrogène, et l'utilité et impact potentiel de l'outil conçu.

Matériels et méthodes

Nous nous sommes donc appuyés sur la liste existante pour développer un nouvel outil utilisable à l'officine que nous avons fait tester par des pharmaciens dans leur pratique quotidienne lors d'une étude prospective observationnelle.

Résultats

L'outil a ainsi été testé par 20 pharmaciens sur 100 patients, avec des résultats très encourageants, puisque les pharmaciens ont détecté des MPI chez 66 % des patients et des cas d'underuse chez 41 % des patients. Concernant l'utilité et la facilité d'utilisation de l'outil, l'analyse de la prescription prenait moins de 5 minutes dans près de 2/3 des cas et les pharmaciens ont déclaré qu'il était plutôt facile voire très facile à utiliser. La plus-value en rapport qualité/temps était jugée bonne à excellente chez 95 % des répondants.

Discussion / Conclusion

Cette thèse réalise l'application pour la première fois en France d'une version de l'outil STOPP and START adaptée à l'officine, et ouvre des pistes de réflexion pour la valorisation de l'acte pharmaceutique officinal et le développement de la pharmacie clinique en ville.

Orateur : Premdjee E.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Pharmaciens cliniciens, Évaluation de la prescription médicamenteuse, Gériatrie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000127

Impact d'un entretien pharmaceutique sur la réduction des réhospitalisations non programmées précoces : étude de cohorte rétrospective avec témoins historiques

Schwab C.*(1), Perrin G.(1), Guihenneuc J.(1), Vaslin A.(1), Ripari G.(1), Sabatier B.(1), Korb-Savoldelli V.(1)

(1) Pharmacie, APHP - Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris

Résumé

Contexte

Un faible taux de réhospitalisations non programmées précoces (< 30 jours) est un indicateur de qualité de la prise en charge hospitalière des patients [1]. Les erreurs médicamenteuses sont des facteurs de risque d'évènement indésirable lié aux médicaments, pouvant entrainer une hospitalisation ou une réhospitalisation précoce non programmée (RPNP) [2]. La conciliation médicamenteuse est connue pour sécuriser le parcours de soins du patient en prévenant et en interceptant les erreurs médicamenteuses.

Objectifs

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact d'un entretien pharmaceutique (EPh) de sortie sur les RPNP. L'objectif secondaire était d'évaluer le nombre de divergences non intentionnelles (DNI) détectées sur les prescriptions de sortie.

Patients et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective de cohorte avec témoins historiques dans deux services de médecine avec prescription médicale informatisée et analyse pharmaceutique quotidienne des prescriptions. Nous avons inclus des patients, hospitalisés entre février 2016 et janvier 2018, rentrant à domicile et ayant bénéficié d'un EPh. L'EPh entre le pharmacien hospitalier et le patient sortant, au cours duquel une conciliation médicamenteuse est réalisée, permet de sécuriser les ordonnances hospitalières exécutées en ville et de s'assurer de leur bonne compréhension par les patients. Pour chaque patient EPh, deux témoins historiques étaient sélectionnés au hasard le jour de la date index de sortie d'hospitalisation. Nous avons évalué l'impact de nos EPh sur la survenue d'une RPNP par régression logistique avec stratification par score de propension pour compenser l'hétérogénéité entre les patients EPh et les témoins. Le nombre de DNI détectées sur les ordonnances de sortie a également été calculé.

Résultats

105 patients ont bénéficié d'un EPh et 210 patients historiques ont été sélectionnés au hasard (315 patients inclus). Le nombre de patients réhospitalisés précocement a été de 18 (5,7 %) pour les patients EPh et 26 (8,3 %) pour les témoins. Le taux de RPNP n'était pas significativement différent entre les deux groupes (p = 0,3). L'EPh de sortie a permis de détecter 11 prescriptions contenant au moins une divergence non intentionnelle (10,5 %) parmi les 105 prescriptions de sortie conciliées.

Discussion / Conclusion

L'EPh de sortie n'a pas diminué significativement le nombre de RPNP mais a permis de détecter et corriger des divergences non intentionnelles sur les prescriptions de sortie. Un ciblage des patients devant bénéficier d'un EPh, comme le recommande la HAS [3], permettrait d'optimiser les EPh et d'observer des effets significatifs sur les RPNP.

Notre étude a été approuvée par le comité d'éthique local (numéro 2018-07-02/ CDW_2018_0011).

Références bibliographiques principales

1. McIlvennan CK, Eapen ZJ, Allen LA. Hospital Readmissions Reduction Program. Circulation. 2015 May 19;131(20):1796–803.
2. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ. 2004 Jul 3;329(7456):15–9.
3. Haute Autorité de Santé. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? 2013.

Orateur : Schwab C.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Erreurs de médication, Bilan comparatif des médicaments, Réadmission du patient

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000175

Évaluation de la formation à l'analyse pharmaceutique des prescriptions dans le domaine de la transplantation solide

Perrin J.*[(1)], Chambord J.[(1)], Maachi I.[(1)], Djabarouti S.[(2)], Xuereb F.[(2)]

[(1)] Service pharmacie clinique et dispensation des médicaments, CHU Bordeaux - Hôpital Haut-Lévêque - GH Sud, Pessac

[(2)] Pharmacie clinique et dispensation - inserl 1034, biology of cardiovascular disease, CHU Bordeaux - Hôpital Haut-Lévêque - GH Sud, Pessac

Résumé

Contexte

La pharmacie clinique est une mission fondamentale du pharmacien hospitalier par l'analyse pharmaceutique des prescriptions (APP) suivi à l'aide d'indicateur dans le cadre du CAQES (contrat d'amélioration de la qualité et efficience des soins).

Dans notre établissement, l'APP est réalisée par les pharmaciens et les internes. Leur formation repose sur une session de méthodologie en début de semestre, relayée par des séances mensuelles d'études de cas en présentiel.

Cependant, certains internes ont remontés des difficultés à l'APP, notamment dans des domaines peu abordés au cours de la formation universitaire. Nous avons choisi d'évaluer la formation actuelle à l'APP en nous consacrant au domaine de la transplantation d'organes solides (1 poste de pharmaciens et 2 postes d'internes) représentant 1,6 % du programme de l'internat.

Objectifs

Évaluer la formation à l'APP dans le domaine de la transplantation d'organes solides.

Matériels et méthodes

Un questionnaire construit selon le modèle d'évaluation de Kirkpatrick a été transmis à 128 internes et à 16 pharmaciens ayant tous bénéficiés de la formation à l'APP.

Nous avons évalué la satisfaction sur la formation (6 QCMs), la connaissance des outils d'aide à l'APP (10 questions ouvertes), les connaissances sur les médicaments utilisés en transplantation (10 QCMs) et le niveau d'APP autour de 3 ordonnances de patients transplantés à commenter.

Un score de connaissance et un score d'APP ont été attribués (1 point par réponse correcte, 0,5 par réponse partielle et 0 par réponse incorrecte) et rapportés en pourcentage (écart-type).

Résultats

Au total, 5 pharmaciens assistants (11 %) et 39 internes en pharmacie (89 %) ont répondu au questionnaire.

70 % (n = 31) sont insatisfaits de leur formation à l'APP, cependant, 48 % (n = 21) se jugent à l'aise sur la méthodologie de l'APP. Le score de connaissance sur les outils d'aide à l'APP était de 67 % (2,6). Les outils les plus cités sont Vidal®/Thériaque® et DDI predictor®, et les moins connus concernent les interactions plantes/médicaments (42 %).

Le score de connaissance sur les médicaments de la transplantation était de 29 % (1,9). Le score d'APP global était de 42 % (2,6), avec un score de 21 % concernant les immunosuppresseurs, 50 % concernant le suivi thérapeutique et 24 % sur la prophylaxie anti-infectieuse.

Discussion / Conclusion

Les faibles scores retrouvés et la forte demande objectivent la nécessité de renforcer notre formation à l'APP. Des études de cas hebdomadaires sont désormais mises en place et des supports de formation numériques interactifs sont en cours d'élaboration afin de permettre de s'exercer et s'évaluer sur la pratique de l'APP.

Orateur : Perrin J.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Revue des pratiques de prescription des médicaments, transplantation d'organe, formation continue en pharmacie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000213

« PharmacoPsy Alsace » : retour sur 5 ans d'expertise en psychopharmacologie

Meyer G.*[(1)], Michel B.[(2)], Tosi J.-M.[(3)], Duval F.[(4)], Pfleger G.[(5)], Erb A.[(4)], Bertschy G.[(6)], Javelot H.[(1)]

[(1)] Pharmacie, EPSAN Brumath, Brumath

[(2)] Pharmacie, HU Strasbourg, Strasbourg

[(3)] Pharmacie, CH Erstein, Erstein

[(4)] Pôle de psychiatrie générale 8/9, CHS Rouffach, Rouffach

[(5)] Pôle centre alsace, CH Erstein, Erstein

[(6)] Service de psychiatrie 2, HU Strasbourg, Strasbourg

Résumé

Contexte

PharmacoPsy Alsace est un réseau fondé en 2014 par des psychiatres et pharmaciens impliqués dans l'expertise en psychopharmacologie. Il a pour vocation d'offrir aux psychiatres et plus largement à tout professionnel de santé, qu'il soit libéral ou hospitalier, un soutien dans le domaine de la psychopharmacologie (optimisations et suivis thérapeutiques – situations de résistance, effets indésirables -, recherche bibliographique, d'interactions médicamenteuses).

Objectifs

Nous présentons dans ce travail, le retour des différents professionnels de santé ayant sollicité le réseau pour un avis d'expertise.

Matériels et méthodes

Un questionnaire de satisfaction, présenté sur la plateforme Google Forms®, est proposé puis diffusé par mail auprès des utilisateurs ayant contacté un membre du réseau. Le questionnaire comporte trois parties : i/ identification de la profession et lieu d'exercice, ii/ questionnaire de satisfaction iii/ question ouverte soit un total de 11 questions. Les avis sont recueillis sur 6 semaines.

Résultats

Un total de 106 professionnels de santé a répondu au sondage dont 81 (76.4 %) psychiatres, 12 (11.3 %) pharmaciens, 5 (4.7 %) gériatres, 3 (2.8 %) généralistes. La quasi-totalité des répondants assurent une activité hospitalière exclusive (n = 84 [79.2 %]) pour 11.3 % de professions libérales (n = 12). 88.7 % (n = 94) des professionnels exercent en Alsace, les autres répondant exercent dans les départements voisins. La majorité des professionnels a connu le réseau en travaillant dans le même établissement qu'un membre ou sur conseil d'un confrère (n = 79 [74.5 %] et n = 12 [11.3 %] respectivement).

Dans 94.3 % (n = 100) des réponses apportées par le réseau, le professionnel estime être totalement satisfait (plutôt satisfait dans 5.7 % des cas [n = 6]). La réponse a totalement solutionné le problème rencontré dans 70.8 % (n = 75) des cas, et partiellement dans 24.5 % cas (n = 26). Le professionnel confie que dans 97.2 % des cas (n = 103) l'avis rendu a amélioré la prise en charge pharmacologique du patient. 95.3 % (n = 101) des participants est totalement d'accord pour recommander le réseau à d'autres professionnels.

Discussion / Conclusion

Cette évaluation met en lumière le bienfondé d'une structure locale de recours et d'expertise en psychopharmacologie. Cette dernière participant de l'aide à la décision thérapeutique, elle s'avère être une aide précieuse pour les praticiens souvent confrontés à des problématiques relevant de la psychopharmacologie.

Orateur : Meyer G.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : psychopharmacologie, expertise, santé mental

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000216

Impact de l'utilisation d'un protocole d'instauration et d'adaptation de la vancomycine pour la prise en charge des grands prématurés

Royer M.*(1), Carpentier M.(2), Chiah C.(1), Moreau F.(2), Tourneux P.(2), Ghostine G.(2), Marçon F.(1)

(1) Pharmacie à usage intérieur, CHU Amiens-Picardie, Amiens

(2) Réanimation néonatale, CHU Amiens-Picardie, Amiens

Résumé

Contexte

La vancomycine est le principal antibiotique utilisé en réanimation néonatale pour la prise en charge des infections secondaires sur cathéter. Atteindre la concentration cible (20 – 30 µg/mL) reste difficile, principalement à cause des variabilités pharmacocinétiques propres aux nouveau-nés prématurés. Depuis janvier 2019, un nouveau protocole (1) prenant en compte le terme de naissance, l'âge corrigé, le poids et la créatinémie est utilisé. L'ancien protocole utilisait une dose de charge fixe de 15 mg/kg suivie d'une dose d'entretien calculée selon le terme de naissance.

Objectifs

L'objectif de notre étude est de comparer l'efficacité des deux protocoles en comparant le nombre de patients recevant un traitement par vancomycine efficace.

Patients et méthodes

Etude de cohorte rétrospective menée de juin 2018 à août 2019. Les nouveau-nés de moins de 32 semaines d'âge gestationnel recevant de la vancomycine au cours de leur hospitalisation étaient inclus. Le groupe A correspondait à l'ancien protocole et le B au nouveau. Les données démographiques, le pourcentage de vancomycinémie atteinte à 48 heures étaient recueillies ainsi que le pourcentage de patients atteignant la vancomycinémie cible au cours de leur hospitalisation. Pour ces derniers, le délai d'obtention et la posologie moyenne étaient observés. Les résultats sont présentés sous forme moyenne ± écart type.

Résultats

Les groupes A et B comptaient respectivement 48 et 49 patients. A l'instauration, l'âge, le poids et la créatinémie étaient respectivement de 11,2 ± 11,1 jours (j), 1 181 ± 414 grammes et 55,7 ± 17,7 µmol/L pour le groupe A et 15,9 ± 13,8 j, 1 105 ± 476 grammes et 51,8 ± 27,2 µmol/L pour le groupe B. Lors du premier dosage (48 heures), la cible était atteinte pour 20,9 % (A) vs 36,7 % (B). Au cours du traitement, la vancomycinémie cible était atteinte pour 22 patients (45,8 %) pour le groupe A contre 35 (71 %) pour le B (OR = 0,22). Pour ces patients ayant atteint la vancomycinémie cible, le délai moyen était de 5,3 ± 3 j pour une posologie moyenne de 24 ± 7,8 mg/kg/j dans le groupe A et 4,8 ± 2,2 j pour une posologie moyenne de 29,3 ± 9,3 mg/kg/j dans le groupe B.

Discussion / Conclusion

L'utilisation de ce protocole adapté aux nouveau-nés prématurés améliore l'efficacité du traitement par vancomycine et aboutit à une prise en charge plus rapide des infections secondaires sur cathéters. Néanmoins, quelques cas de surdosage ont été décelés dans les 2 groupes, à priori liés à une insuffisance rénale et/ou une perte importante de poids.

Références bibliographiques principales

1. Zhao W, Lopez E, Biran V, Durrmeyer X, Fakhoury M, Jacqz-Aigrain E. Vancomycin continuous infusion in neonates: dosing optimisation and therapeutic drug monitoring. Arch Dis Child. 1 juin 2013;98(6):449-53.

Orateur : Royer M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Prématuré, Vancomycine, Index thérapeutique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Oui

Numéro : 000241

Bon usage des dispositifs d'inhalation : évaluation de la technique d'inhalation auprès d'une cohorte de patients

Dusabe G.*[(1)], Feyeux H.[(1)], De Gregori J.[(1)], Gomes V.[(1)], Boronad C.[(1)], Agullo M.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Cannes, Cannes

Résumé

Contexte

L'asthme et le bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), constituent un véritable problème de santé publique. La thérapie médicamenteuse par inhalation est le pilier de la prise en charge de ces 2 maladies chroniques. Les dispositifs d'inhalation (DI) disponibles ne sont pas toujours correctement manipulés, ce qui conduit à un échec thérapeutique.

Objectifs

L'objectif de notre étude est de détecter les erreurs de manipulation, leur fréquence ainsi que les facteurs associés à une mauvaise technique d'inhalation (TInh), dans le but de proposer des axes d'amélioration.

Patients et méthodes

Nous avons élaboré une grille d'évaluation de la TInh, avec 12 items reprenant les différentes étapes d'une bonne TInh. La TInh était considérée comme parfaitement acquise si toutes les étapes étaient réalisées sans aucune erreur.

Résultats

Au total, 50 patients ont été inclus (23 hommes, 27 femmes). La moyenne d'âge était de 69 ans. 83 inhalations ont été observées par un pharmacien renseignant la grille d'évaluation devant le patient. 76 % (n = 63) des DI observés étaient des inhalateurs de poudre sèche (IPS), 17 % (n = 14) des aérosols doseurs pressurisés (ADP), et 7 % (n = 6) des inhalateurs de brumisats. On retrouve une moyenne de 2 DI prescrits par patient (max 3, min 1). 52 % (n = 26) des patients déclaraient avoir eu précédemment une démonstration de la TInh, principalement par leur médecin pneumologue (n = 16). L'évaluation a permis de déterminer que les étapes étaient mal exécutées dans 70 % des cas (n = 58). Sur les 14 ADP, la coordination main-poumon n'était pas réussie pour 70 % (n = 10) des cas. Les étapes d'expiration profonde avant inhalation et de rétention de la respiration après inhalation n'étaient pas exécutées dans respectivement 63 % (n = 52) et 48 % (n = 40) des observations. Le rinçage de la bouche après utilisation de corticoïdes inhalés n'était pas réalisé pour 18 % des cas. Le nombre de DI prescrit par patient ne semble pas avoir d'incidence sur le taux d'erreur (p = 0.927), alors que le type de DI semble influencer ce paramètre (p = 0,0007). Les ADP génèrent plus d'erreurs par rapport aux IPS (p = 0,0003). 30 % (n = 15) des patients réalisaient au moins une erreur critique, c'est-à-dire pouvant altérer significativement la quantité de médicament délivrée au niveau pulmonaire, à savoir : la mauvaise coordination main-poumon, mauvais armement du DI, secouer un IPS une fois la dose armée.

Discussion / Conclusion

Nos résultats confirment une mauvaise utilisation globale des DI pouvant avoir des conséquences néfastes sur l'efficacité thérapeutique. Une intervention éducative efficace, l'évaluation régulière de la TInh et renforcement de la collaboration des équipes soignantes et pharmaceutiques, doivent être une composante essentielle de la prise en charge du patient. Suite à ces résultats, un travail évaluant l'impact du pharmacien clinicien sur l'optimisation de la TInh par l'intermédiaire de consultations pharmaceutiques dédiées est en cours d'évaluation.

Orateur : Dusabe G.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : pharmacie clinique, maladies chroniques respiratoires, dispositifs d'inhalation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000362

Méthotrexate haute dose : bilan à 3 ans de l'application d'une fiche de bon usage et d'une analyse pharmaceutique approfondie

Boccassini T.[(1)], Roseau C.*[(1)], Soyer J.[(2)], Priou V.[(1)], Ochmann M.[(3)], Hermelin-Jobet I.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHR Orléans, Orléans

[(2)] Pharmacie, CH Saint-Calais, Saint-Calais

[(3)] Hématologie, CHR Orléans, Orléans

Résumé

Contexte

Depuis juillet 2017 en hématologie, la prise en charge multidisciplinaire des perfusions de méthotrexate haute dose (MTX-HD) comprend : une fiche de bon usage (FBU), sa déclinaison en prescription informatique et en fiche d'analyse pharmaceutique papier (1). Une première étude rétrospective avait permis de comparer la conformité des perfusions de MTX-HD à la FBU entre janvier 2014 et décembre 2016 (période 1 = P1) et d'évaluer les retards d'élimination du méthotrexate, la toxicité rénale et le recours à l'antidote glucarpidase.

Objectifs

Evaluer l'impact de la prise en charge multidisciplinaire sur les retards d'élimination, les toxicités rénales et le recours à la glucarpidase lors de perfusions de MTX-HD.

Patients et méthodes

Identification des perfusions de MTX-HD en hématologie du 01/07/2017 au 09/01/2020 (période 2 = P2) dans le logiciel CHIMIO®. Analyse qualitative des fiches correspondantes notamment sur les interactions médicamenteuses diminuant la sécrétion du MTX. Identifications et recueils des cas de toxicité rénale grade II (2), des retards d'élimination à 24, 36, 48 ou 72 h et de l'utilisation de glucarpidase puis analyse avec un test du Chi2 entre P1 et P2. L'évolution est considérée significative pour un $p < 0.05$.

Résultats

Il y a eu 130 administrations de MTX-HD en P2 contre 175 en P1. Les données étaient incomplètes sur 26.1 % des fiches entrainant la consultation des dossiers informatiques. Entre P1 et P2, le nombre de retards d'élimination dans les 72 h est passé de 38 (21,7 %) à 33 (25,4 %), celui des toxicités rénales de 10 (5,7 %) à 8 (6,1 %), et pour l'antidote 5 utilisations à 2. Pour les éliminations retardées, les retards dans les 48 h post-administrations sont passés de 50 % à 24.2 % *(p = 0,*026). Une interaction médicamenteuse était présente sur 37,2 % des fiches analysées ; en P1: 100 % des cures présentaient une interaction.

Discussion / Conclusion

La prise en charge multidisciplinaire permet de diminuer les retards d'élimination dans les 48 h, un surdosage à 72 h présentant moins de risque ; la rareté des toxicités rénales et du recours à l'antidote dans les 2 périodes expliquent l'absence de diminution significative. Le nombre d'interactions à risque a fortement diminué participant à la sécurisation de l'administration. L'analyse pharmaceutique en P2 a été inconstante. Une procédure plus détaillées (formation initiale, modalités de recueil, conduite à tenir, interventions types) est donc à mettre en place pour améliorer le suivi.

Références bibliographiques principales

(1) Cas d'un surdosage au méthotrexate haute dose : mise en place de mesures correctives suite à une revue de morbi-mortalité Soyer J. et al. Poster 000334 Hopipharm 2017
(2) Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0 Publié le 27 novembre 2017,

Orateur : Roseau C.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Sécurité des patients, methotrexate, Pharmacie Clinique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000369

Les interventions pharmaceutiques (IP) refusées par les prescripteurs sont-elles pertinentes ?

Yailian A.-L.*[(1)], Martelin A.[(1)], Bourron P.[(2)], Hyvert S.[(3)], Marilly E.[(1)], Martins L.[(1)], Paillet C.[(1)], Pivot C.[(1)], Janoly Dumenil A.[(1)]

[(1)] Pharmacie, HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

[(2)] Pharmacie - Pavillon X, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

[(3)] Pharmacie, HCL - Hôpital Édouard Herriot, Lyon

Résumé

Contexte

Lors de l'analyse pharmaceutique des prescriptions (APP), la détection d'un problème médicamenteux conduit à la réalisation d'une IP. Bien que la majorité des IP entrainent une modification de la prescription, environ 1/3 des IP sont refusées sur notre établissement. Une analyse des IP refusées est une approche originale et utile pour améliorer les pratiques d'APP.

Objectifs

Evaluer les caractéristiques et la pertinence des IP refusées par les prescripteurs.

Matériels et méthodes

Une étude rétrospective a été menée à partir des IP effectuées entre le 01/11/2018 et le 30/04/2019. Les IP ont été extraites selon : statut effecteur, types de problèmes médicamenteux et d'IP (selon SFPC), classe ATC, commentaires, devenir. Puis la lecture des IP refusées a permis d'évaluer leur pertinence indépendamment par un pharmacien et un interne en pharmacie expérimentés dans l'APP. Les causes de non-pertinence ont été identifiées selon : problème de fond, de forme, mixte. Les divergences de cotation ont été résolues par consensus.

Résultats

Au total, 2 638 prescriptions ont été analysées et 1 026 IP ont été effectuées soit un taux d'IP de 38 % (44 % (internes), 56 % (pharmaciens)). Le taux d'acceptation était de 65 % (62 % (internes), 66 % (pharmaciens)). Les IP les moins acceptées concernaient des problèmes de : « voie et/ou administration inappropriée » (70/151 IP ; 46 %), « interaction médicamenteuse » (17/44 IP ; 39 %) et « indication non traitée » (54/142 IP ; 38 %). Les IP « optimisation des modalités d'administration » (47/110 IP ; 43 %), « substitution » (75/180 ; 42 %) et « arrêt » (60/171 IP ; 35 %) étaient les moins acceptées. Les classes ATC « Dermatologie » (5/8 IP ; 63 %), « Antinéoplasiques » (21/41 IP ; 51 %) et « Système digestif et métabolisme » (79/2 017 IP ; 38 %) correspondaient aux IP les moins acceptées. Parmi les 360 IP refusées, 301 (84 %) ont été jugées pertinentes par les 2 évaluateurs (sans différence significative selon le statut de l'effecteur). Les IP étaient non pertinentes pour un problème de fond (n = 24 ; 41 %), un problème de forme (n = 17 ; 29 %) ou les 2 (n = 18 ; 30 %).

Discussion / Conclusion

Cette étude permet d'évaluer nos pratiques d'APP et de mettre en évidence des axes de travail auprès des effecteurs. Les résultats ont été présentés en staff pharmacie clinique permettant notamment de rappeler aux effecteurs l'intérêt d'une formulation correcte des IP sur le fond et la forme (ex : limiter les idées dans une même IP, éviter les formules « familières » et les erreurs de syntaxe, utiliser un thesaurus consensuel d'IP…).

Orateur : Yailian A.-L.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Évaluation des besoins en formation, Services pharmaceutiques, Pharmaciens cliniciens

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000386

Utilisation de l'échelle CLEO pour évaluer l'impact des interventions pharmaceutiques : quelle facilité d'utilisation et quelle reproductibilité ?

Ressault A.*[(1)], Walther J.[(1)], Laaziri K.[(2)], Delannoy-Rousselière C.[(2)], Felten R.[(3)], Sagez F.[(3)], Mallick A.[(3)], Gottenberg J.-E.[(3)], Gourieux B.[(1)]

[(1)] Pharmacie - stérilisation, HU Strasbourg, Strasbourg

[(2)] Institut de pharmacie, CHU Lille, Lille

[(3)] Service de rhumatologie, HU Strasbourg, Strasbourg

Résumé

Contexte

Les interventions pharmaceutiques (IP) sont enregistrées dans de nombreux centres selon la grille act-IP de la Société Française de Pharmacie Clinique. L'échelle CLEO vient aujourd'hui compléter la grille act-IP afin de permettre l'évaluation de l'impact clinique, économique et organisationnel des IP.

Objectifs

L'objectif de cette étude pilote est d'évaluer la possibilité d'utiliser l'échelle CLEO dans notre établissement pour évaluer systématiquement les IP réalisées et enregistrées par les pharmaciens et internes en pharmacie.

Matériels et méthodes

Une analyse prospective a été réalisée sur un mois dans le service de rhumatologie de notre établissement. L'impact clinique a été coté par le pharmacien et l'interne en pharmacie du service en parallèle des médecins (un sénior et un interne). L'analyse de l'impact économique et organisationnel a été réalisée sur les mêmes IP par une analyse croisée entre l'interne en pharmacie du service et un interne en pharmacie d'un deuxième Centre Hospitalier et Universitaire (CHU). Le pourcentage d'accord (PA) entre les individus a été calculé et complété par le score kappa de Keiss (κ). Le temps moyen de cotation d'une IP a été évalué pour estimer son applicabilité en routine.

Résultats

Un recueil de 89 IP a été analysé. Concernant l'impact clinique, la reproductibilité est importante entre pharmacien et interne en pharmacie (PA = 82 %, κ = 0.69) mais partielle entre médecin et interne en médecine (PA = 62 %, κ = 0.39) et entre l'ensemble des évaluateurs (PA = 59 %, κ = 0.32). L'analyse de l'impact économique a révélé un accord important entre pharmaciens (PA = 77 %, κ = 0.66) et l'analyse de l'impact organisationnel une absence d'accord (PA = 32 %, κ = -0.22). Le temps moyen d'analyse des IP a été de 3,5 IP/min (< 2 min/jour).

Discussion / Conclusion

La reproductibilité de cotation de l'impact clinique semble satisfaisante entre un interne et un pharmacien expérimenté. L'aspect économique présente une bonne reproductibilité entre les établissements contrairement à l'impact organisationnel, résultat qui s'explique par une différence de compréhension de l'échelle entre les équipes pharmaceutiques des deux CHU, l'une cotant plus positivement que l'autre. L'estimation de l'impact organisationnel est donc influencée par l'interprétation et l'application individuelle de l'échelle. L'utilisation n'est pas chronophage. Ces premiers résultats sont à conforter sur un plus grand effectif d'évaluateurs. Une étude miroir sera donc réalisée dans le service de rhumatologie du deuxième CHU selon la même méthodologie.

Références bibliographiques principales

1. Vo TH. Evaluation of the potential impact of pharmacist interventions: development and validation of the CLEO multidimensional tool. Thèse 2015 :254.
2. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. mars 1977;33(1):159.74.

Orateur : Ressault A.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : pharmacie clinique, intervention pharmaceutique, échelle CLEO

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000404

L'intelligence artificielle au service de la pharmacie clinique - Algorithme de classification automatique des problèmes liés à la thérapeutique

Johns E.[1], Godet J.[2], Alkanj A.[3], Gourieux B.[4], Rybarczyk-Vigouret M.-C.[5], Sauleau E.-A.[2], Michel B.*[6]

[1] ARS Grand Est, Strasbourg

[2] Département de santé publique - groupe méthode recherche clinique, HU Strasbourg - Hôpital Civil, Strasbourg

[3] Laboratoire de pharmacologie et de toxicologie neurocardiovasculaire, Faculté de médecine, Strasbourg

[4] Service pharmacie-stérilisation, HU Strasbourg, Strasbourg

[5] Omédit, ARS Grand Est, Strasbourg

[6] Pharmacie, NHC, Strasbourg

Résumé

Contexte

L'implémentation de logiciels d'aide à la prescription (LAP) dans les établissements de santé a facilité le déploiement de l'expertise pharmaceutique clinique. Les analyses pharmaceutiques des prescriptions conduisent à la réalisation d'interventions pharmaceutiques (IP), catégorisées en « problème lié à la thérapeutique » (PLT).

La technologie de l'intelligence artificielle (IA) offre une opportunité unique de développer des outils assistant le travail des pharmaciens hospitaliers.

Objectifs

L'objectif a été de développer un algorithme prédictif basé sur des méthodes d'apprentissage automatique capable de catégoriser les IP afin d'en déterminer la nature.

Matériels et méthodes

Une base de données associée à un LAP a été exploitée. Un premier regroupement automatique des IP a été fait à l'aide de mots-clés définis. Puis, à chaque IP identifiée, deux pharmaciens ont attribué de manière indépendante un PLT en respectant les règles standardisées d'encodage de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) [1]. Les divergences d'appréciation ont été levées par consensus. L'algorithme prédictif a été construit ensuite à partir de cette nouvelle base d'IP. Les outils techniques ont reposé sur *R*, logiciel de programmation, *Keras*, et *Tensorflow*, outils d'apprentissage automatique. Les données d'apprentissage ont été obtenues par extraction, en accord avec les réglementations et méthodologies de références applicables.

Résultats

9 247 IP ont été recodées sur les données de l'année 2017 d'un seul établissement. Les écarts d'appréciation des IP entre les deux pharmaciens ont été de 4 % et ont été levés de façon systématique. Les IP se sont réparties dans toutes les catégories répertoriées par la SFPC, dont 45,6 % dans la catégorie « Non-conformité aux référentiels ».

85 % des IP ont servi à l'apprentissage des données ; c'est-à-dire à la construction de l'algorithme et 15 % à sa validation. L'identification correcte du PLT à l'aide de l'algorithme été de 83 %.

Discussion / Conclusion

Ces résultats de prédiction sont un premier pas dans l'utilisation de l'IA en pharmacie clinique. La diversité des IP tirées de plusieurs hôpitaux renforcera la base d'apprentissage et la robustesse de l'algorithme avant sa mise en production. La standardisation du process de formalisation des IP augmentera encore la qualité du résultat.

Cet algorithme pharmaceutique prédictif est une technique originale pour lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse et viser la pertinence des soins.

Références bibliographiques principales

[1] Fiche intervention pharmaceutique. Groupe de travail SFPC officine et « Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique ». Février 2013

Orateur : Michel B.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : méthodes, statistiques et données numériques, classification

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000438

L'arrivée du cannabis thérapeutique en rétrocession

Delmotte N.*[(1)], Zachelin L.[(2)], Gensollen S.[(1)], Darque A.[(3)]

[(1)] Pharmacie, APHM - Hôpital la Conception, Marseille

[(2)] Pharmacie, APHM - Hôpital la Conception, Marseille

[(3)] Rétrocession, APHM - Hôpital la Conception, Marseille

Résumé

Contexte

Le syndrome de Lennox-Gastaut et le syndrome de Dravet sont des épilepsies pharmaco-résistantes, majoritairement retrouvées chez les enfants. Dans ces syndromes le cannabis thérapeutique aurait des effets sur les convulsions insuffisamment contrôlées par les traitements conventionnels. Dans ce cadre, en décembre 2018, le cannabidiol obtient le statut d'Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) nominative par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) chez les enfants de plus de 2 ans. Il s'agit d'une solution buvable de cannabidiol, dépourvue des propriétés psychoactives du tétrahydrocannabidiol (THC).

Objectifs

Evaluer sur la cohorte de patients suivis par le service de neuro-métabolisme pédiatrique et d'épileptologie et rythmologie cérébrale adulte, l'arrivée du cannabidiol dans les épilepsies pharmaco-résistantes en rétrocession.

Patients et méthodes

Sur un an, nous avons recueilli les données des patients avec le logiciel Pharma® et avec le dossier patient informatisé Axigate® des services pédiatriques et adultes ayant bénéficié d'une ATU nominative et d'une dispensation de cannabidiol au niveau de la rétrocession. 47 patients ont eu accès à une ATU nominative. Parmi ces patients, 10 sont des adultes qui seront exclus de l'étude pour manque de données.

Résultats

La qualité de vie de 23 patients a été améliorée avec principalement une diminution de la fréquence des crises chez 18 patients (principale efficacité du cannabidiol), l'amélioration des absences chez 2 patients, des crises moins fortes pour 1 patient, l'augmentation de l'interaction, du langage, de la communication chez 5 patients et enfin une meilleure récupération après la crise chez 1 patient. Tous les patients ont une association de traitement (comprenant clobazam, stiripentol, lamotrigine, valproate de sodium, valproate de sodium LP, phénobarbital, fluoxétine, mélatonine, carbamazépine, topiramate) : 3 patients ont 2 molécules associées, 9 en ont 3, 11 en ont 4, 4 en ont 5 et 1 en a 7. Ces associations sont fréquentes dans la prise en charge de ces épilepsies pharmaco résistantes. Pour 8 patients, la posologie de certains traitements a été diminuée : valproate de sodium (2 patients), clobazam (4 patients), stiripentol (1 patient), pérampanel (2 patients), phénobarbital (1 patient), valproate de sodium LP (1 patient), cyamémazine (1 patient). Parmi les 9 patients qui ont présenté des effets indésirables, 7 se plaignent de fatigue, 2 ont présenté une perturbation du bilan hépatique et on a observé une perte de poids chez 1 patient. Ces effets indésirables étaient connus des études et bien gérés par les parents. 9 patients ont arrêté le traitement pour inefficacité.

Discussion / Conclusion

L'arrivée du cannabidiol dans la prise en charge des épilepsies pharmaco-résistantes a permis pour la majorité des patients une réduction des crises et une amélioration dans l'interaction/communication avec l'entourage. Il a aussi permis une diminution de posologie de certains médicaments (allégeant le traitement de ces enfants). Mais pour certains enfants cela a été un échec avec une grande déception pour les parents qui avaient beaucoup d'attente dans l'arrivée du cannabis thérapeutique.

Orateur : Delmotte N.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : autorisation temporaire d'utilisation, rétrocession, cannabis thérapeutique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000489

Les médicaments psychotropes en milieu carcéral : focus chez l'insuffisant rénal

Payan S.[(1)], Barberi C.*[(2)], Neraal M.[(1)], Davoust S.[(1)], Amirat-Combralier V.[(2)]

[(1)] Pharmacie, centre pénitentiaire de Marseille, APHM, Marseille

[(2)] Pharmacie, APHM, Marseille

Résumé

Contexte

Au sein de notre établissement, le patient détenu bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire. Parmi les patients avec des traitements psychotropes, il est rare d'évaluer la clairance rénale contrairement à ceux ayant une prescription de médicaments à visée somatique. L'originalité de notre étude est donc de réaliser un focus chez les insuffisants rénaux parmi ces patients.

Objectifs

Dresser un état des lieux des prescriptions de psychotropes.

Identifier les patients dont la prescription de psychotropes pourrait avoir un impact clinique du fait de leur IR.

Cibler les psychotropes nécessitant une adaptation de posologie chez l'insuffisant rénal (IR).

Matériels et méthodes

Analyse des prescriptions des patients bénéficiant d'une prise en charge thérapeutique à visée psychotrope, à la maison d'arrêt des hommes.

Analyse des dossiers médicaux avec les bilans biologiques.

Identifier les psychotropes à risque chez l'IR : résumé des caractéristiques des produits (RCP) et référentiels validés (guide de prescription et Rein - GPR©).

Résultats

Le 30 décembre 2019, 224 patients détenus présentent une prescription de psychotropes (1,9 lignes en moyenne). La majorité (62,5 %) ont des benzodiazépines ou apparentés (45,5 % des anxiolytiques, 33,9 % des hypnotiques) ; 40,2 % ont un anxiolytique de type anti-H1. Les antidépresseurs sont prescrits pour 36,2 % et les neuroleptiques pour 21,4 %.

Pour 46,4 % des patients, aucun bilan biologique n'a été réalisé. Parmi ceux ayant eu un dosage de la créatinine : 9 % présentent une IR dont 1 aigue (DFG = 20 ml/min), 2 chroniques sévères (DFG < 30 ml/min) et 8 IR faibles (60 < DFG < 89 ml/min).

Sur les 32 spécialités psychotropes, 18 sont à risque chez l'IR : 12 nécessitent une adaptation posologique en fonction du débit de filtration glomérulaire (DFG), 2 sont contre-indiquées chez l'IR sévère, et 4 nécessitent des précautions d'emploi.

Discussion / Conclusion

Cette étude a mis en évidence que tous les patients IR sont traités au moins avec une spécialité à risque. Ce constat souligne toute l'importance de prendre en compte la fonction rénale pour l'analyse des traitements psychotropes au même titre que cela est réalisé pour les somatiques. Le pharmacien est donc l'interlocuteur privilégié pour le médecin psychiatre pour une meilleure prise en charge de son patient. Une prochaine action sera de s'intéresser à l'impact du bilan hépatique pour ces traitements.

Orateur : Barberi C.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Évaluation de la prescription des médicaments, Insuffisance rénale, Psychotropes

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000504

Conciliation médicamenteuse à l'admission dans un hôpital de proximité faisant intervenir les médecins traitants des patients : quelles spécificités ?

Howlett J.*(1), Rousseau A.(2), Hue B.(3), Marigny K.(2)

(1) Pharmacie, CH Cornouaille, Quimper

(2) Pharmacie, CH la Roche aux Fées, Janzé

(3) Pharmacie, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes

Résumé

Contexte

La conciliation médicamenteuse à l'admission (CMA) vise à limiter les erreurs médicamenteuses en établissant un bilan médicamenteux pour les patients lors de leur admission, afin de repérer d'éventuelles divergences non intentionnelles (DNI) avec la prescription à l'admission. Sa mise en œuvre est un critère de qualité des soins dans les hôpitaux. Certains hôpitaux de proximité font intervenir des médecins généralistes libéraux (MGL). Dans de nombreux cas, ces MGL ont une bonne connaissance des patients hospitalisés car il s'agit de leurs propres patients. Nous nous sommes donc interrogés sur l'impact de cette particularité sur la pertinence de la CMA.

Objectifs

L'objectif de ce travail était d'identifier des facteurs ayant une influence sur la présence de DNI dans le cas particulier des hôpitaux de proximité faisant intervenir des MGL.

Patients et méthodes

Tous les patients de plus de 65 ans ayant bénéficié d'une CMA dans l'établissement de santé (Eds) du 01/12/2018 au 31/10/2019 ont été inclus. Pour tous les patients, les éléments suivants ont été recueillis : âge, sexe, provenance, service d'hospitalisation, médecin traitant (MT), médecin référent et médecin ayant prescrit à l'admission, ainsi que le nombre de DNI observées et le nombre de DNI ensuite corrigées par le médecin. L'effet des différents éléments recueillis sur la présence de DNI, ainsi que sur la correction de celles-ci par le médecin a été analysé à l'aide d'une régression logistique multivariée avec un p à 5 %.

Résultats

Parmi les 153 CMA réalisées, 124 DNI ont été mises en évidence chez 71 patients. Le risque de DNI est divisé par 2 pour les patients suivis par leur MT en EdS (OR = 0,5 [0,3;1,0]). Parmi les 124 DNI, 76 ont été corrigées (61,3 %). En cas de DNI, celles-ci sont plus souvent corrigées lorsque le patient est suivi par son MT (OR = 3 [1,1;10,0]) ou lorsque les patients ne viennent pas du domicile (OR = 5.22 [1.29;21.15]).

Discussion / Conclusion

Notre étude est, à notre connaissance, la première à investiguer l'éventuelle priorisation de la CMA dans les EdS où interviennent des MGL. On observe une diminution du risque de DNI pour les patients suivis par leur MT en EdS. Par ailleurs, les MT semblent plus enclins à modifier les traitements des patients qu'ils suivent à domicile que ceux de leurs confrères MGL. La survenue de DNI potentiellement plus graves dans les suites d'un transfert depuis un autre EdS les encourage également à modifier leurs prescriptions. En conclusion, notre étude encourage à poursuivre la recherche sur deux indicateurs de priorisation des CMA en EdS où interviennent des MGL : patients non suivis en EdS par leur MT et patients transférés depuis un autre EdS.

Références bibliographiques principales

Hue B. Un projet pour sécuriser le parcours de soins médicamenteux du patient âgé. Actualités pharmaceutiques. Dossier « La coordination des soins ». 2019.
Alix L, Bajeux E, Hubert J, Cador B, Josselin JM, Tuffier S, Gicquel V, Somme D, Jego P, Bacle A, Hue B. Medication reconciliation in hospital patients over the age of 65: How long does it take and how much does it cost? A time-motion study in an internal medicine ward. Eur J Intern Med. 2019.
Ballerie A, Alix L, Bajeux E, Jégo P, Lescoat A, Hue B. The collaboration of clinical pharmacists and physicians for medication safety. Lancet. 2020.

Orateur : Howlett J.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : transfert de patient, médecin traitant, conciliation médicamenteuse

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000523

Quel dispositif d'administration pour quelle forme orale liquide ? Création d'un outil d'aide au choix d'un dispositif d'administration adapté et d'éducation des patients sortant d'un service d'Hémato-Immunologie pédiatrique

Vaillant M.*(1), Delmotte M.(1), Doisne M.(2), Perrinet M.(2), Roupret-Serzec J.(1)

(1) Hémato-immunologie, APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris

(2) Pharmacie, APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris

Résumé

Contexte

Lors de l'analyse pharmaceutique des prescriptions de sortie (PS) des patients du service d'Hémato-Immunologie pédiatrique, de nombreuses formes orales liquides (FOL) associées à un dispositif d'administration (DA) inadapté sont retrouvées. De plus, la description du DA dans le résumé caractéristique du produit (RCP) ne correspond pas à la pratique.

Objectifs

L'objectif primaire est la création d'un outil d'aide au choix d'un DA adapté et d'éducation sous forme d'un tableau. Il détaille le DA associé aux FOL les plus prescrites et compare la description du DA dans le RCP avec son utilisation en pratique. L'objectif secondaire est une évaluation du coût des dispositifs médicaux (DM) dispensés aux patients lors des consultations pharmaceutiques de retour à domicile (CPRD) en substitution des DA inadaptés à la dose prescrite.

Matériels et méthodes

Un recueil rétrospectif des PS a été effectué sur 2 mois et ont été inclues celles comprenant au moins une FOL. Les FOL ont été répertoriées ; les rétrocédables et les « compte-gouttes » ont été exclues. Les caractéristiques du DA ont été recueillies à partir du RCP, Thériaque™.

L'étude de coût sur les DM de substitution concerne 2 canules de prélèvement de médicament (5 cm et 15 cm ; CAIR LGL™) et 3 seringues de nutrition entérale sécurisées (2,5 mL ; 5 mL et 10 mL ; VYGON™). Les prix ont été extraits du logiciel COPILOTE™. Le coût a été évalué pour la dispensation d'un DM par semaine (correspondant à la pratique dans le service) *versus* la dispensation d'un DM par jour.

Résultats

84 PS ont été recueillies dont 38 inclues comprenant au moins une FOL. 22 FOL ont été répertoriées dont 11(50 %) présentaient une description concordante entre le RCP et la pratique. Concernant l'étude de coût, sur les 38 PS inclues, 23(60 %) ont fait l'objet d'une dispensation de DM de substitution. Le coût moyen mensuel d'une dispensation hebdomadaire d'un DM est 23,4 € et celui d'une dispensation journalière d'un DM est 164,1 €.

Discussion / Conclusion

Cette étude nous a permis de créer un outil d'aide au choix du DA lors de l'analyse pharmaceutique. Il est également pédagogique et facilite l'action d'éducation du patient lors des CPRD. La proposition d'un DM de substitution représente un surcoût. Celui-ci est envisageable lorsque la posologie est optimale, dans le cas contraire, les posologies doivent faire l'objet d'une discussion avec le prescripteur. Une étude prospective complémentaire pourra être menée sur les interventions pharmaceutiques générées dans ces situations.

Orateur : Vaillant M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : pédiatrie, administration par voie orale, dispositif médical

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

PHARMACO-ECONOMIE ET PHARMACOEPIDEMIOLOGIE

Numéro : 000299

Erreurs médicamenteuses détectées par les activités de pharmacie clinique : peut-on utiliser les données du PMSI pour évaluer leurs coûts ?

Hyvert S.(1), Raphard A.(1), Julien C.(2), Couray-Targe S.(2), Pivot C.(1), Janoly Dumenil A.(1), Yailian A.-L.*(1)

(1) Pharmacie, HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

(2) Département d'information médicale, HCL, Lyon

Résumé

Contexte

Si l'impact clinique des activités de pharmacie clinique (PC) est aujourd'hui reconnu, leur impact économique reste encore difficile à estimer.

Objectifs

L'objectif de ce travail était d'explorer, à l'aide du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), une méthode d'évaluation des coûts des erreurs médicamenteuses (EM) évitées lors des activités de PC.

Matériels et méthodes

Une étude monocentrique [1] démontrant l'impact clinique des activités de PC (analyse de prescription, entretien à l'admission, conciliation) a mis en évidence 50 EM au moins significatives (échelle de la REMED[2]). Les codes CIM-10 correspondant à chaque EM ont été identifiés. Puis seuls ceux pouvant conduire à une augmentation significative de la durée du séjour et de son coût, car considéré comme complication et morbidité associée (CMA), ont été retenus. Le coût de ces EM sélectionnées a été évalué à partir d'une extraction du PMSI des séjours de 2014 à 2018. La cotation de la CMA en diagnostic principal (DP) ou en diagnostic associé significatif (DAS) a été considérée. Pour chaque CMA, les données suivantes ont été analysées : nombre de séjours, âge des patients, durée moyenne du séjour (DMS), coûts et recettes des séjours.

Résultats

Les CMA retenues étaient « intoxication par anticoagulants » (T455) et « hypotension médicamenteuse » (I952). Au total, les DP et DAS T455 représentaient respectivement 75 et 378 séjours, pour un âge moyen des patients de 74 ans. En moyenne, pour ces 453 séjours, la DMS était de 10,2 jours, la recette de 5 534 €, le coût de 7 215 € soit une perte de 1 681 € par séjour. Concernant le I952, les DP et DAS représentaient respectivement 156 et 1 822 séjours pour un âge moyen des patients de 65 ans. En moyenne pour ces 1 978 séjours, la DMS était de 12,4 jours, la recette de 9 545 €, le coût de 10 939 € soit une perte de 1 394 € par séjour. Pour les séjours de l'étude, la perte totale était de 3 518 825 euros sur 5 ans.

Discussion / Conclusion

Cette étude est une première approche permettant d'évaluer l'apport du PMSI dans l'estimation des coûts de certaines EM. Pendant la période de l'étude, les EM « intoxication aux anticoagulants » et « hypotension médicamenteuse » représentaient un coût conséquent pour notre établissement. Néanmoins, ce surcoût n'est pas exclusivement imputable aux EM (imagerie, charges médicales…). Il est aujourd'hui nécessaire de conforter le lien entre coût des EM et surcoût hospitalier. L'analyse des EM dans le PMSI pourrait également permettre de cibler les activités de PC à pérenniser ou déployer.

Références bibliographiques principales

[1] C. de Bastiani. Entretien pharmaceutiques à l'admission des patients vs conciliation médicamenteuse complète : résultats d'une étude pilote. Communication orale ; Congrès de la SFPC 2018.
[2] S. Doerper Development and multi-centre evaluation of a method for assessing theseverity of potential harm of medication reconciliation errors at hospitaladmission in elderly ; Eur J Intern Med. 2015 Sep;26(7):491-7.

Orateur : Yailian A.-L.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : Hypotension artérielle, Hémorragie, Coûts hospitaliers

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000416

OPDIVO® (Nivolumab) : dose fixe ou dose-poids ?

Danos L.[(1)], Pottier M.[(1)], Huyghe H.[(1)], Real L.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Arras, Arras

Résumé

Contexte

L'utilisation du Nivolumab (NB), anticorps monoclonal anti-tumoral anti-PD-1, est en constante augmentation.

Indiqué dans de nombreux cancers tels que le Cancer Bronchique Non à Petites Cellules (CNBPC), il a montré son efficacité en allongeant considérablement l'espérance de vie des patients.

La posologie initiale du NB était de 3 mg/kg. Une étude menée par *Zhao et coll.* (2017) a conclu qu'il n'y avait pas de différence clinique à prescrire du NB à une dose de 3 mg/kg ou à la dose fixe de 240 mg toutes les deux semaines. Suite à cela, l'Autorisation de Mise sur le Marché du NB a été modifiée, recommandant l'utilisation de la dose fixe.

D'un point de vue économique, il serait éventuellement plus judicieux de prescrire le NB en dose-poids étant donné le coût élevé de ce traitement (240 mg = 2 430,14 €) et la file active croissante de patients.

Objectifs

Comparaison des moyennes de doses selon le mode de prescription en dose fixe ou en dose-poids chez les patients traités pour un CBNPC.

Patients et méthodes

Le poids de 20 patients ayant reçu leurs 12 premières cures de NB a été recueilli pour le calcul de la dose à 3 mg/kg. Pour comparer la dose moyenne en dose-poids à la dose fixe de 240 mg, le test de Student sur échantillon unique est utilisé.

Résultats

20 patients ont été inclus, soit 240 administrations de NB. Si la prescription avait été réalisée en dose-poids, les patients auraient reçu 230.83 mg en moyenne. Cette moyenne est à comparer à celle de la dose fixe, soit 240 mg. Le calcul de la statistique du test de Student est de t = 0,778 avec un degré de liberté de t n-1 = 2,093 donc t < t n-1.

Discussion / Conclusion

Le test statistique n'a pas permis de démontrer une différence significative entre les 2 moyennes. Cependant, la population inclue dans l'étude reste limitée. Il serait intéressant d'augmenter le pool de patients et de faire à nouveau le test statistique.

De plus, même si les moyennes ne sont pas significativement différentes, nous pouvons percevoir que le calcul en dose-poids engendre une administration de dose de NB inférieure.

Empiriquement, il est donc intéressant de garder un mode de prescription en dose-poids et de grouper la venue des patients traités par NB le même jour. Dans un souci de réduction des dépenses de l'Assurance Maladie, la prescription en dose-poids pourrait diminuer l'impact financier qu'implique la prise en charge du cancer.

Orateur : Real L.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : Carcinome pulmonaire non à petites cellules, Anticorps antitumoraux, Immunothérapie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000491

Impact économique d'une transplantation hépatique sur le dispositif médical dans un établissement hospitalier

Mokrani S.[(1)], Ait Yahia N.*[(1)], Fadel L.[(1)], Bouchareb C.[(1)], Abdelli N.[(1)], Hamitouche A.[(1)], Smati D.[(1)]

[(1)] Pharmacie principale, Etablissement Hospitalier Spécialisé en Cancérologie Pierre et Marie Curie (EHS-CPMC), Sidi M'Hamed, Algérie

Résumé

Contexte

Les dispositifs médicaux occupent une place importante au sein des structures hospitalières, de ce fait un budget conséquent est consacré à leur acquisition chaque année, notamment pour le maintien de l'activité de transplantation hépatique au sein de notre établissement. En effet cette dernière nécessite des dispositifs médicaux spécifiques et coûteux, et parfois difficiles à acquérir sur le marché.

La transplantation hépatique est donc particulièrement intéressante à étudier sur le plan économique. Elle est devenue au cours de ces deux dernières décennies, un traitement reconnu efficace des différentes anomalies irréversibles du foie. Les indications sont bien codifiées, de même que la prise en charge pré- et postopératoire.

Objectifs

Devant un coût élevé en dispositif médical (DM), une évaluation économique a été réalisée pour valoriser les dépenses engagées par l'hôpital dans le cadre d'une greffe hépatique.

Matériels et méthodes

Dans notre travail, nous avons étudié le coût direct moyen des dispositifs médicaux utilisés pour une seule transplantation hépatique sans prendre en compte le coût des traitements médicaux. C'est une étude basée sur la consommation réelle. Les coûts des différents dispositifs médicaux ont été récupérés par la pharmacie à usage interne d'un centre spécialisé en cancérologie.

Résultats

Le coût moyen en dispositifs médicaux destinés à une seule transplantation hépatique était de 16 000 euros. Les dépenses en suture manuelle utilisées pendant l'acte de chirurgie représentaient 77,21 % de la valorisation de tout le dispositif médical de cette greffe, la suture mécanique est évaluée à 11,80 %, tandis que le consommable représente 10,99 %. Ce dernier même s'il ne représente qu'une faible portion du coût total, il contient des articles qui sont rares sur le marché, et qui sont sujet à des tensions d'approvisionnement, soit à cause des quantités faibles exprimées dans le cahier des charges qui n'attirent pas les fournisseurs, soit à cause du dispositif médical lui-même qui est onéreux et dont l'utilisation ne s'est pas encore démocratisée dans la pratique courante. Quant aux médicaments, ils ne représentent qu'un huitième du coût total direct de la greffe hépatique.

Discussion / Conclusion

Le budget alloué aux dispositifs médicaux liés à la transplantation hépatique est important, limitant ainsi le nombre d'opérations pratiquées par année. Il est donc nécessaire d'établir une gestion rigoureuse et une meilleure utilisation des ressources financières afin de garantir une meilleure prise en charge du patient tout en amortissant le coût de la prise en charge et faire face à l'accroissement de cette activité naissante au niveau de notre centre. Il serait plus que jamais primordial de cibler les besoins spécifiques des praticiens des services chirurgicaux et cela ne pourrait se faire sans une meilleure collaboration entre la pharmacie et les services concernés.

Références bibliographiques principales

Carella C. et All., Document de synthèse sur la transplantation et l'activité physique, 2015, Jean -François Lacronique, Economie des greffes d'organe, Médecines/sciences,1989.

Orateur : Ait Yahia N.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : évaluation économique, transplantation hépatique, Dispositifs médicaux

Pays où le travail est effectué : Algérie

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000510

Etude de l'impact des nouvelles modalités de remboursement des médicaments sous ATU de cohorte et post-ATU en rétrocession

Meurant L.[(1)], Fizesan M.[(2)], Richard M.*[(1)], Aujoulat O.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Emile Muller, Mulhouse

[(2)] GHRMSA, Mulhouse

Résumé

Contexte

Suite à la parution du décret du 3 mai 2019, depuis le 1er janvier 2020, en rétrocession, les médicaments sous ATU (Autorisation temporaire d'utilisation) et en post-ATU doivent être associés à un code indication lors de la facturation pour être remboursés. Pour anticiper ces nouvelles conditions, fin 2019, des fiches de renseignements de l'indication pour les 15 médicaments concernés dans notre centre ont été envoyées aux médecins prescripteurs. En parallèle, les indications ont été recherchées dans les dossiers patients informatisés (DPI) quand cela était possible.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer les impacts financiers et thérapeutiques de ces nouvelles modalités de remboursement.

Patients et méthodes

Une analyse rétrospective est faite via le logiciel Pharma sur la période de novembre 2019 à janvier 2020. Elle permet le recueil des patients venus en rétrocession pour les médicaments concernés par ces nouvelles modalités. Pour chaque patient, l'indication du médicament a été recherchée soit par le retour de la fiche indication signée par le médecin soit par la consultation du DPI. L'indication était définie comme conforme si elle correspondait à un code donnant droit au remboursement. Pour les ordonnances non conformes, le coût mensuel (prix hors taxes) du traitement a été estimé afin d'évaluer l'impact financier qu'aurait eu un éventuel rejet de remboursement en cas de poursuite du traitement.

Résultats

Sur 162 patients, l'indication est connue et conforme pour 143 d'entre eux (88 %), connue et non conforme pour 9 patients (6 %) et non connue pour 10 cas (6 %). La fiche indication est renseignée et signée par le médecin pour 84 patients (52 %). Sur la période d'analyse, les 15 médicaments concernés représentent environ 318 000 € (soit 11 % de l'ensemble du coût des rétrocessions). Pour les patients dont l'indication est inconnue ou non conforme, le coût mensuel estimé de non remboursement serait de 5 300 €, soit plus de 63 500 € annuel. Les médicaments concernés par des indications non conformes sont APALUTAMIDE, CICLOSPORINE collyre, CLOBAZAM solution buvable et le CAPTOPRIL solution buvable.

Discussion / Conclusion

L'indication est connue et conforme dans la majorité des cas mais la fiche indication n'a été retournée que pour 55 % des patients (exclusion des patients hors indication). L'objectif est d'obtenir une fiche pour chacun des patients afin que l'indication soit certifiée par le prescripteur et non simplement déduite du DPI. Le travail de communication auprès des équipes médicales doit donc être poursuivi. Dès qu'une indication a été repérée comme non conforme, une alternative a été recherchée et proposée au médecin afin d'éviter toute rupture thérapeutique.

Références bibliographiques principales

Journal officiel de la République française, Décret n° 2019-410 du 3 mai 2019 (https://www.legifrance.gouv.fr), Code de la sécurité sociale, Article L. 162-16-5-3 (https://www.legifrance.gouv.fr)

Orateur : Richard M.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : Mécanismes de remboursement, Médicaments sur ordonnance, Pharmacie d'hôpital

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

QUALITE, GESTION DES RISQUES, VIGILANCE

Numéro : 000020

Serious game et sensibilisation au risque iatrogénique : exemple d'un jeu d'évasion pour le bon usage des antibiotiques

Roger A.*(1), Egot M.(1), Hiver Q.(1), Vella I.(1), Tywoniuk M.-H.(1)

(1) Pharmacie, CH Denain, Denain

Résumé

Contexte

Dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients du 18 au 22 novembre 2019, un mini jeu d'évasion ou escape game a été mis en place pour le personnel de notre établissement par le pharmacien de l'équipe mobile d'infectiologie. Conformément à la thématique de cette année sur le bon usage des antibiotiques, il avait pour objectif de sensibiliser les soignants aux grandes problématiques de l'antibiothérapie (pertinence de l'antibiothérapie, risque de sélection de bactéries résistantes, durée de traitement…). Les principes du jeu d'évasion ont été respectés : mise en situation scénarisée, mission à remplir, fouille, observation, énigmes, compte à rebours.

Objectifs

L'objectif de ce travail a été d'évaluer la satisfaction du personnel par rapport à cette nouvelle méthode de sensibilisation.

Matériels et méthodes

A l'issue de chaque session de jeu, un temps dédié au débriefing était réalisé. Il permettait de mettre en évidence le lien entre les énigmes et les connaissances théoriques et pratiques attendues en matière d'antibiothérapie. Un questionnaire de satisfaction était alors remis aux participants. Le questionnaire était anonyme.

Résultats

Quatre-vingt-quinze agents ont participé à ce jeu. Cinquante-quatre questionnaires ont été retournés dont 36 infirmiers, 5 cadres, 3 médecins, 2 internes. Le jeu a permis de rappeler des notions d'antibiothérapie pour 100 % d'entre eux. 77 % ont appris de nouvelles notions en antibiothérapie. 98 % ont été sensibilisés au bon usage des antibiotiques. 98 % sont globalement satisfaits d'avoir participé à ce jeu. 98 % pensent que ce principe de jeu peut être adapté à d'autres thématiques.

Discussion / Conclusion

Les retours des participants sont très positifs. Initialement prévu pour la semaine de la sécurité des patients, notre jeu a été prolongé la semaine suivante pour satisfaire les agents souhaitant s'inscrire, encouragés par les premiers retours de leurs collègues. Le côté ludique et innovant, le format court mais avec des messages efficaces ont séduit les participants au regard des commentaires spontanés. L'adaptation de ce concept pour la sensibilisation à d'autres thématiques est souhaitée par la direction des soins et l'encadrement, d'autant plus qu'elle est plébiscitée par les agents.

Orateur : Roger A.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Formation par simulation, Bon usage des antibiotiques, Antibiorésistance

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000047

Antidépresseurs et femmes en âge de procréer : prend-on des risques ? État des lieux dans un établissement public de santé mentale

Touré S.[(1)], Collignon M.[(1)], Rousset B.[(1)], Armand-Branger S.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, Centre Santé Mentale Angevin CESAME, Sainte-Gemmes-sur-Loire

Résumé

Contexte

Depuis 2015, les spécialités à base de valproate de sodium, molécule tératogène largement prescrite en psychiatrie, sont soumises à un renforcement des conditions de prescription et de délivrance chez les femmes en âge de procréer. La nouveauté de ces recommandations pour une molécule ancienne interpelle quant à la conduite à tenir avec d'autres psychotropes, notamment avec les antidépresseurs (ATD).

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'innocuité des ATD prescrits dans notre établissement de santé mentale chez les femmes en âge de procréer selon les données actuelles de la littérature.

Patients et méthodes

Étude rétrospective, observationnelle sur 4 mois. Toutes les patientes en hospitalisation complète ayant entre 14 et 51 ans et avec au moins un ATD prescrit entre le 05/12/18 et le 05/04/19 ont été inclues. Pour chaque patiente, le (les) antidépresseur(s) prescrit(s) ont été recensé(s) et leur sécurité d'utilisation en cas de grossesse évaluée selon les recommandations du Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) (1), de la Haute Autorité de Santé (HAS) (2) et de la revue de la littérature. La présence d'une contraception a été recherchée dans le dossier des patientes entre 20 et 40 ans, qui sont les plus à risque de grossesse.

Résultats

Parmi les 346 femmes en âge de procréer en hospitalisation complète lors de la période étudiée, 86 (24,9 %) avaient au moins un ATD. Parmi les 93 ATD prescrits, 42 (45,2 %) étaient des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS), classe pharmacologique recommandée en première intention par le CRAT chez la femme enceinte. Les ISRS concernés étaient la paroxétine (29 cas) et la fluoxétine (13 cas) mais pas la sertraline, molécule pourtant à privilégier selon la HAS et la littérature chez la femme enceinte notamment en cas de désir d'allaitement. Les autres ATD étaient la mirtazapine (31,2 %), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (15,1 %), les imipraminiques (6,5 %) et les agonistes mélatoninergiques (2,6 %). Au total, 13 des 36 patientes (36,1 %) entre 20 et 40 ans n'avaient aucune contraception en cours. Parmi ces patientes à risque de grossesse, 7 prenaient de la paroxétine (53,8 %), 3 de la mirtazapine (23,1 %), 2 de la duloxétine (15,4 %) et 1 de l'amitriptyline (7,7 %).

Discussion / Conclusion

Dans notre établissement, les ATD prescrits ne sont pas les plus sécuritaires chez les femmes en âge de procréer. Afin de sécuriser les prescriptions des femmes les plus susceptibles de débuter une grossesse, des fiches à destination des psychiatres, synthétisant pour chaque ATD les données de tératogénicité et de fœtotoxicité, ont été réalisées et diffusées. De plus, à l'initiation d'un traitement ATD, l'évaluation de la couverture contraceptive systématique permettrait d'orienter le choix de la classe pharmacologique.

Références bibliographiques principales

(1) https://www.lecrat.fr/ consulté le 10 janvier 2020
(2) Reefhuis J et al. Specific SSRIs and birth defects: Bayesian analysis to interpret new data in the context of previous reports. BMJ 2015 Jul 8;351:h3190

Orateur : Armand-Branger S.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Dépression, Grossesse à risque, Recommandations

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000124

« Never Events un jour, Never Events toujours ? »

Conso A.[(1)], Le Tohic S.[(1)], Spadoni S.[(1)], Le Garlantezec P.*[(1)], Nguyen S.[(1)]

[(1)] Pharmacie hospitalière, HIA Laveran, Marseille

Résumé

Contexte

Les « Never Events » sont des évènements indésirables qui ne devraient jamais arriver car potentiellement graves pour le patient [1]. En 2016, une 1ère évaluation des pratiques professionnelles (EPP1) sur cette thématique a été réalisée dans notre établissement [2]. A l'issu, des mesures d'amélioration ont été mises en place, dont la création d'un jeu de cartes et d'un diaporama vidéo visant à sensibiliser le personnel.

Objectifs

Évaluer l'impact des mesures d'amélioration sur les connaissances relatives aux Never Events des personnels paramédicaux et techniques (EPP2).

Matériels et méthodes

Cette étude prospective, réalisée du 23 septembre au 4 octobre 2019, concerne l'ensemble du personnel infirmier et préparateur en pharmacie hospitalière de l'hôpital. Le questionnaire, identique à l'EPP1, comporte 30 questions à choix multiple ou simple. Les résultats sont saisis et traités par le logiciel Sphinx®, puis classés selon 3 niveaux : en forte progression, en forte régression et équivalent, respectivement lorsque l'évolution du taux de réponses conformes est supérieur à 20 %, inférieur à 20 % et stable à +/- 1 % par rapport à l'EPP1.

Résultats

Au total, 240 questionnaires sont distribués, 120 sont retournés, soit un taux de participation de 50 %. Ce taux est comparable à l'EPP1 (48 %, n = 92, N = 190). Sur l'ensemble du questionnaire, une amélioration des connaissances est observée pour 73 % (n = 22) des questions, dont 5 avec une forte progression. Il s'agit de la connaissance du terme « Never Events », de leur nombre, des médicaments impliqués, du risque clinique en cas de surdosage en méthotrexate et de son rythme d'administration. En revanche, une diminution des connaissances est observée pour 20 % (n = 6) des questions dont 2 avec une forte régression. Il s'agit de la conduite tenue devant une différence de voie d'administration, entre la prescription et l'étiquette du médicament, et la connaissance de la nature du gaz à usage médical. Enfin, la définition des « Never Events » et l'usage des stylos à insuline donnent des résultats équivalents.

Discussion / Conclusion

Dans la majorité des cas, une amélioration des connaissances est observée, voire une progression nette. Des efforts restent néanmoins à faire pour certains items. Aussi, malgré quelques biais, le taux de déclarations d'évènements indésirables relatifs aux Never Events dans notre hôpital a plus que doublé de 2016 à 2019, passant de 10 % (n = 4, N = 41) à 26 % (n = 10, N = 39). La sensibilisation des soignants sur cette thématique doit donc être poursuivie, en reprenant les mêmes outils et en créant d'autres, ciblant les points à améliorer.

Références bibliographiques principales

[1] ANSM. Les évènements qui ne devraient jamais arriver - Never Events. 2012. Disponible sur : https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Securite-du-medicament-a-l-hopital/Les-evenements-qui-ne-devraient-jamais-arriver-Never-Events/(offset)/0
[2] Lamand V., Le Tohic S., Roy-Cros E., Ladaique A., Petit M., Galvez O., Le Garlantezec P. Never events, never forget!. SFPC 2018.

Orateur : Le Garlantezec P.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Gestion du risque, Sécurité du patient, Erreurs de médication

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000125

IatroMed 360° #Néonat : la réalité virtuelle pour lutter contre les erreurs médicamenteuses en soins intensifs

Magnan C.[1], Fazilleau L.[2], Lehoussel C.[3], Goyer I.[4], Roth F.-X.[5], Mourdie J.[6], Leroussel M.[6], Bobay-Madic A.[7], Bougle C.[8], Guillois B.[2], Rodier S.*[9], Cherel A.[10]

[1] Pharmacie centrale, CHU Caen, Caen

[2] Réanimation néonatale, CHU Caen Normandie, Caen

[3] Hygiène hospitalière, CHU Caen Normandie, Caen

[4] Pharmacie, CHU Caen Normandie, Caen

[5] Réanimation néonatale, CH Lisieux, Lisieux

[6] Réanimation néonatale, GH Havre, Montivilliers

[7] Pharmacie, CH Robert Bisson, Lisieux

[8] Omédit Basse-Normandie, ARS Basse-Normandie, Caen

[9] Pharmacie, EPSM Caen (Etablissement Public de Santé Mentale), Caen

[10] OMéDIT Normandie, Caen

Résumé

Contexte

L'erreur médicamenteuse en réanimation néonatale est une préoccupation quotidienne du fait de la fragilité des patients, des traitements complexes et des conditions de travail exigeantes. La simulation en santé est un outil pédagogique intéressant pour la formation aux bonnes pratiques médicales et paramédicales.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de présenter la méthodologie de conception d'une chambre des erreurs en parcours immersif à 360° focalisée sur la prise en charge médicamenteuse (PECM) en réanimation néonatale.

Matériels et méthodes

Un groupe de travail pluri professionnel et multicentrique (4médecins, 4 pharmaciens, 1 puéricultrice, 1 cadre de santé et 2 experts technologiques) s'est réuni à 13 reprises sur une période de 9 mois, en 2019, pour définir : le public cible, les objectifs pédagogiques, le scenario, les modalités de tournage et les formats d'utilisation de l'outil. Le tournage a été réalisé par une société spécialisée en réalité virtuelle en août 2019.

Résultats

Après un brainstorming régional, 18 erreurs médicamenteuses ont été sélectionnées et intégrées au sein d'un scénario universel, pédagogique et intégrant toutes les étapes de la PECM. L'univers médical est composé de 4 pièces (sphères) : salle de transmission, couloir, poste de soins et chambre de l'enfant. Ce scénario est destiné aux professionnels en formation initiale et continue impliqués dans la PCEM en réanimation néonatale. Les objectifs pédagogiques du scénario ont été définis autour de différentes sources d'erreurs connues : l'interruption de tâche, l'identitovigilance et la sécurisation des médicaments à risque. Ce travail a fait l'objet d'une relecture par un panel d'experts avant mise en ligne.

Discussion / Conclusion

La création d'une chambre des erreurs requiert une méthodologie rigoureuse et structurée. Cet outil accessible gratuitement et 24/7 est utilisé en autoformation mais aussi présentiel grâce à un kit de formation (instructions d'utilisation, support pédagogique avec corrections détaillées et argumentées) fourni aux formateurs. A l'issue de ce travail, une évaluation de l'efficacité pédagogique de l'outil sous forme d'EPP a été lancée en décembre 2019. Enfin, des perspectives d'évolution de l'outil sont envisagées avec des déclinaisons ultérieures de ce dernier sur d'autres objectifs pédagogiques et de nouvelles sphères.

Orateur : Rodier S.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : simulation numérique, erreur de médication, néonatalogie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000225

Certification ISO 9001 : 2015 des activités de recherche d'un centre hospitalo-universitaire : point de vue de la pharmacie

Dierickx S.[(1)], Nguyen H.*[(1)], Boddaert S.[(1)], Smagghe F.[(1)], Belhout M.[(1)], Mustapha L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens

Résumé

Contexte

La norme ISO 9001 : 2015 est une norme internationale et organisationnelle fondée sur l'amélioration continue du système de management de la qualité. Au sein d'un périmètre de certification comprenant l'ensemble des activités de recherche de notre centre hospitalo-universitaire, l'Unité des Essais Cliniques (UEC) a été le garant de la sécurisation du circuit des unités thérapeutiques (UT).

Objectifs

Le travail préalable à l'obtention de la certification est présenté du point de vue de l'UEC.

Matériels et méthodes

Le Département de la Recherche et les Structures d'Appui à la Recherche se sont réunis pour établir une cartographie des processus (validée en Revue de Direction) et clarifier les rôles de chacun dans le déploiement des projets de recherche. Un responsable du management de la qualité a accompagné les équipes pour aborder l'ensemble des chapitres de la norme. Une analyse des risques liés au circuit des UT (de la réception jusqu'à la dispensation) a été effectuée par la méthode d'Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité. En parallèle les non-conformités (NC) ont fait l'objet d'un recueil prospectif. La révision de l'ensemble des documents de qualité (procédures et instructions de travail) a impliqué toute l'équipe de l'UEC. Enfin les besoins (matériels et logistiques) de l'UEC ont été listés.

Résultats

L'analyse des risques a permis d'identifier 113 modes de défaillances hiérarchisés en 3 catégories : inacceptables (2,7 %), tolérables sous contrôle (22,1 %) et acceptables (75,2 %). Au total 37 actions de correction ont été formalisées. La mise à jour de la gestion documentaire a engendré la modification ou création de 7 procédures, 25 fiches techniques et 21 formulaires d'enregistrement. En parallèle de l'analyse des NC, l'UEC a recensé les opportunités et les enjeux externes pour évaluer leurs impacts sur le circuit des UT dans le but d'anticiper les changements. L'apport de matériel informatique et la réorganisation de l'acheminement des UT (cytotoxiques) jusqu'à l'Unité de Pharmacie Clinique Oncologique pour reconstitution, a optimisé les conditions de travail. La mise en place d'indicateurs de performance a été nécessaire, le choix s'est porté sur le suivi du nombre d'excursion de température et sur les délais de réponse de l'UEC par rapport aux demandes de surcoûts de la part de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation.

Discussion / Conclusion

L'obtention du certificat ISO 9001 : 2015 a été rendue possible grâce à l'implication du personnel et au soutien de la Direction. Ce gage de qualité, d'efficacité et de sécurité est également une preuve de transparence vis à vis de nos parties intéressées (notamment les promoteurs et les investigateurs). Des audits de suivi et des audits internes sont programmés afin d'évaluer la performance de l'organisation de l'UEC au service des patients impliqués dans les protocoles de recherche clinique.

Orateur : Nguyen H.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : pharmacie, management par la qualité, essai clinique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000235

CLIN-CLAN, création d'un groupe de travail pluriprofessionnel au service du bon usage de la nutrition parentérale. Etat des lieux des pratiques

Feyeux H.[(1)], Dusabe G.[(1)], Carassoumaillan A.[(2)], Saudrais P.[(3)], Scoccia Peru F.[(4)], Lavorgna S.[(5)], Gomes V.[(1)], Boronad C.[(1)], Agullo M.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Cannes, Cannes

[(2)] Service hygiène, CH Cannes, Cannes

[(3)] Service diététique, CH Cannes, Cannes

[(4)] Service urologie, vasculaire, viscérale et gynécologie, CH Cannes, Cannes

[(5)] Service médecine interne oncologique, CH Cannes, Cannes

Résumé

Contexte

Technique d'alimentation non dénuée de risques iatrogènes, la nutrition parentérale (NP) doit être utilisée à bon escient et en respectant des règles d'hygiène stricte. Début 2019, un groupe de travail (GT) pluriprofessionnel, réunissant des membres du CLAN (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition) et du CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) a été créé pour promouvoir le bon usage de la NP.

Objectifs

L'objectif du GT a été de réaliser un état des lieux complet du circuit de la NP afin de détecter des situations à risque en se basant sur le référentiel de la SFNCM (Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme) puis de dégager des axes d'amélioration.

Matériels et méthodes

En parallèle, ont été réalisés, une analyse des consommations des poches de NP et des flacons de micronutriments, un inventaire du parc des pompes à perfusion nécessaire à l'administration de la NP et enfin, une évaluation des pratiques et connaissances des IDE par auto-questionnaire de 20 questions balayant plusieurs sujets : bonnes pratiques d'administration, d'hygiène, indications de la NP, le suivi.

Résultats

En 2018, un peu plus de 2 600 poches de NP (mélanges ternaires industriels) ont été consommées. Parmi les dix services les plus consommateurs, 5 services ont une consommation de flacons de micronutriments inadéquate avec le nombre de poches consommées, on estime qu'une seule poche sur 2 comprend une supplémentation (51,2 %). L'inventaire des pompes à perfusion révèle que certains services consommateurs de NP sont sous dotés voire non dotés (chirurgie viscérale). 68 questionnaires ont été remplis. Concernant les connaissances générales des IDE sur la NP, indications, signes de dénutrition et critères de surveillance sont majoritairement bien connus. A l'inverse, seul environ un tiers des IDE interrogés considère qu'il faut systématiquement supplémenter en vitamines (39.7 %) et en oligo-éléments (32,3 %). Concernant les bonnes pratiques d'administration, 63 % des IDE passent la NP sur une voie dédiée. Une minorité (6 %) des IDE connaissent l'ordre d'ajout des micronutriments dans une poche de NP. Sur le volet hygiène, 51 % des IDE réalisent une désinfection conforme du site d'injection prévu pour l'ajout des micronutriments. 78 % des IDE déclarent, en pratique, réaliser un rinçage pulsé à la fin de la perfusion de NP. Enfin, 93 % des IDE souhaitent participer à une formation sur la NP.

Discussion / Conclusion

Trois axes d'amélioration ont été mis en évidence. D'un point de vue médical, un travail sera engagé pour que l'ajout des micronutriments aux prescriptions de NP soit systématique. Au niveau biomédical, la répartition des pompes dans les services de soins va être réétudiée et de nouvelles pompes vont venir compléter notre arsenal. Enfin, le GT mettra en place une formation pratique à destination du personnel paramédical en collaboration avec les fournisseurs de poches de NP. La création d'un lien étroit entre pharmacien et services d'hygiène et de diététique, chacun fort de son expertise, permet de concourir à la qualité, l'efficience et la sécurité de la prise en charge du patient dénutri.

Orateur : Agullo M.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Recommandations de bonnes pratiques, Nutrition parentérale, Qualité des soins

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000243

Signalement d'ablation de dispositifs médicaux implantables : mesure de l'efficacité de formations ciblées en matériovigilance

Fatoux J.(1), Feuerstein E.(1), Lotiron C.(1), Ribas C.*(1), Quiévy-Macchioni A.(1)

(1) Unité de matériovigilance, CHU Bordeaux, Bordeaux

Résumé

Contexte

Depuis 2016 nous avons identifié un défaut de signalement (S) des ablations (ABL) de dispositifs médicaux implantables (DMI) sur notre établissement (1, 2). Pour répondre aux missions réglementaires de matériovigilance (MV), des formations ont été menées pour promouvoir le S des ABL de DMI.

Objectifs

Mesurer l'efficacité des formations.

Matériels et méthodes

Revue de la base de données locale de MV de 2017 à 2019 au travers d'indicateurs : nombre de S relatifs aux DMI, d'ABL de DMI reportées et spécialités concernées, nombre de déclarations d'ABL à l'ANSM. Les ABL recueillies après enquêtes rétrospectives internes ont été exclues. Les évolutions sont mesurées après la réalisation des formations ciblées auprès des personnels infirmiers des blocs opératoires.

Résultats

Réalisation de 3 formations d'1 h en présentiel : 1 en chirurgie orthopédique en octobre 2018, 2 pour toutes disciplines en avril 2019.

Contenu : définition et illustration des ABL de DMI nécessitant un S de MV, présentation de l'intérêt des données de MV dans le cycle de vie d'un DMI.

Support de communication : poster personnalisé affiché au bloc d'orthopédie et poster généraliste affiché lors d'une journée régionale de matériovigilance en juin 2019.

Les S relatifs aux DMI ont augmenté de 24 % sur la période (n = 106 en 2017, 131 en 2018 et 133 en 2019), mais la hausse est générale pour tous DM confondus. Le nombre de S d'ABL a fluctué sur les 3 années sans évolution régulière (n = 55 en 2017, 89 en 2018 et 71 en 2019). Une hausse du S concernant les implants orthopédiques, cardiaques et oculaires a été observée en 2018, mais ne s'est pas maintenue en 2019. Seuls les S d'ABL d'implants mammaires sont constants sur la période (n = 27, 31 et 33, en 2017, 2018 et 2019).

52, 67 et 54 % des ABL ont pu faire l'objet de déclarations à l'ANSM en 2017, 2018 et 2019 respectivement. Dans les autres cas, le DMI n'est pas identifié.

Discussion / Conclusion

Les actions menées auprès des infirmiers n'ont pas été suffisantes pour promouvoir les S d'ABL de façon durable. Une nouvelle formation auprès des cadres de bloc a encore été réalisée fin 2019. En dehors de la chirurgie plastique, la sensibilisation des médecins et chirurgiens via les envois des mesures correctives de sécurité et les conclusions d'expertise n'est pas suffisante. Des communications ciblées en conseil de bloc doivent être envisagées. Il manque une ligne directrice nationale sur la nécessité de signaler les ABL de DMI en MV pour améliorer le recueil des données de sécurité relatives aux DMI.

Références bibliographiques principales

(1) Bilan des causes d'explantation de dispositifs médicaux implantables d'électrophysiologie cardiaque. N. d'Houdain, C. Ribas, M. Burguière, A. Quiévy-Macchioni, J. Bertrand-Barat. Europharmat Bordeaux 2016
(2) Analyse des ablations de prothèses de genou du point de vue de la Matériovigilance. T Laurut, C Lotiron, C Ribas, A Quievy-Macchioni, J Bertrand-Barat. Hopipharm Nancy 2017

Orateur : Ribas C.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : formation continue, gestion du risque, ablation de dispositif

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000256

Difficultés de la mise en œuvre d'une mesure corrective de sécurité : exemple d'une restriction de poids sur une tige fémorale

Fatoux J.[(1)], Ribas C.*[(1)], Quiévy-Macchioni A.[(1)]

[(1)] Unité de matériovigilance, CHU Bordeaux, Bordeaux

Résumé

Contexte

L'ANSM a diffusé en décembre 2016 une mesure corrective de sécurité (MCS) sur des tiges fémorales (TF) Meije Duo. Le fabricant (F) recommande d'implanter les tailles 1 et 2 à des patients n'excédant pas 60 kg. Concernant ceux déjà implantés ayant un poids (P) supérieur, il est demandé aux chirurgiens d'être vigilants lors du suivi médical, en raison d'un risque de fracture en fatigue du corps de la TF. Les chirurgiens orthopédiques séniors ont reçu la MCS par e-mail le 08/12/2016 via la matériovigilance pour mise en œuvre.

Objectifs

Evaluer la mise en œuvre de la MCS : comparaison du P des patients implantés avant et après la diffusion et appréciation des connaissances des utilisateurs.

Recherche des complications potentielles à type de fracture de TF.

Patients et méthodes

Recherche des patients implantés entre 2013 et 2018 d'une TF concernée grâce aux données de traçabilité. Recueil du P à l'implantation et des complications relevées lors du suivi dans les dossiers patients informatisés.

Questionnement oral début 2019 des utilisateurs sur leurs connaissances au sujet de cette MCS.

Résultats

32 patients ont été implantés d'une TF non cimentée taille 1 ou 2 sur la période étudiée. 21 patients (67 %) ont un P supérieur à 60 kg (63-97 kg) à l'implantation. 16 patients sur les 25 implantés avant diffusion de la MCS (64 %) ont un P supérieur à 60 kg ainsi que 5 patients sur les 7 implantés après la diffusion (70 %).

Les utilisateurs (3 chirurgiens seniors, 2 juniors) déclarent ne pas tenir compte du P des patients à l'implantation lors du choix de la taille de l'implant par méconnaissance des recommandations, et qu'aucun suivi spécifique n'est réalisé chez ces patients.

1 seul patient a bénéficié d'une reprise chirurgicale avec explantation de la TF taille 1 à 2 mois post-opératoire pour descellement aseptique. Aucun cas de fracture de TF n'a été relevé.

Discussion / Conclusion

La MCS n'est pas appliquée par les chirurgiens séniors et n'est pas transmise aux juniors. Les modalités d'information des chirurgiens n'ont pas été suffisantes. Le rôle des F dans la diffusion de la MCS est à améliorer en adaptant la signalétique sur l'emballage et en développant la communication auprès des utilisateurs. Une revue du marché a montré que d'autres TF présentent aussi des limites de P. La fracture de TF est une complication rare et aucun cas n'a été retrouvé dans cette cohorte, mais il s'agit d'un incident grave nécessitant une reprise chirurgicale.

Orateur : Ribas C.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : gestion de l'information en santé, gestion du risque, Implantation de prothèse

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000305

Elaboration multidisciplinaire du « Livret de Nutrition chez l'adulte » : la recette du bon usage

Raphard A.[(1)], Hyvert S.*[(1)], Chatillon F.[(1)], Coursier S.[(1)], Haine M.[(2)], Chalumeau S.[(3)], Bontemps H.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

[(2)] Service gériatrie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

[(3)] Service gastro-entérologie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

Résumé

Contexte

Un audit sur la nutrition artificielle (NA) a mis en évidence des lacunes dans les connaissances des infirmiers. Pour répondre à cette problématique des ateliers ludiques ont été menés. Le personnel pharmaceutique, sollicité lors de la dispensation de produits de NA (posologie, substitution, interactions médicamenteuses…), a bénéficié d'une formation continue. En parallèle, le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) de l'établissement a souhaité rédiger un outil concernant l'assistance nutritionnelle adulte.

Objectifs

L'objectif a été de créer un outil pratique sur la NA, destiné à l'ensemble du personnel médical et paramédical de notre Groupement Hospitalier de Territoire, dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Matériels et méthodes

Devant le besoin d'harmoniser les pratiques, un groupe de travail pluridisciplinaire regroupant 2 médecins, 3 pharmaciens, 2 internes en pharmacie, 2 diététiciennes, 2 infirmiers, 1 cadre de santé et 1 orthophoniste a été constitué. Des binômes pluriprofessionnels ont été formés afin de rédiger les différents chapitres. Une revue de la littérature, axée sur les recommandations nationales et internationales, a été entreprise. Chaque chapitre a été ensuite corrigé par des référents. Les ressources humaines du service Qualité et Communication ont été sollicitées pour mettre en forme ce travail.

Résultats

Dix chapitres ont été répartis entre les binômes. Ils synthétisent des informations pratiques sur les besoins nutritionnels, les facteurs de risque de dénutrition, l'évaluation nutritionnelle, le syndrome de renutrition inapproprié, les troubles de la déglutition, les compléments nutritionnels oraux, la nutrition entérale (NE) et la nutrition parentérale (NP). Les chapitres concernant la NE et la NP reprennent les indications, les voies d'abord et les dispositifs médicaux, les produits disponibles sur l'établissement, les interactions médicamenteuses, le suivi et les complications liés à la NE et la NP.

Discussion / Conclusion

Le format « livret » a été choisi comme support car jugé pratique et déjà utilisé avec succès dans d'autres spécialités (anticoagulants, antibiotiques, gériatrie). Le « livret de nutrition » sera validé lors du prochain CLAN et présenté en Commission Médicale d'Etablissement. La diffusion au personnel s'effectuera sous format papier et électronique afin de faciliter l'accès aux informations. Un audit des pratiques à distance de la diffusion permettra d'évaluer l'impact de ce livret sur le bon usage de la NA.

Orateur : Hyvert S.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Nutrition Parentérale, Nutrition Entérale, Guide de bonnes pratiques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000350

Mise en place d'une démarche d'habilitation du personnel de la pharmacie aux essais cliniques

Nguyen H.[(1)], Dupont A.*[(1)], Boddaert S.[(1)], Smagghe F.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens

Résumé

Contexte

La recherche clinique est une étape clé dans le développement de nouveaux médicaments. La Gestion Pharmaceutique des Essais Cliniques (GPEC) nécessite des connaissances et compétences particulières. L'Unité des Essais Cliniques (UEC) de notre établissement se compose de personnel fixe (2 pharmaciens et 1 technicien d'étude clinique) et de personnel tournant sur plusieurs postes (préparateur en pharmacie hospitalière (PPH)) ou en formation (interne et externe en pharmacie). La mise en place d'une habilitation du personnel de l'UEC apparait donc comme une démarche d'assurance qualité indispensable.

Objectifs

L'objectif est double : harmoniser les pratiques pour garantir la qualité des essais et pour assurer la sécurité de la dispensation des médicaments expérimentaux.

Matériels et méthodes

Un Pharmacien Responsable de la Formation (PRF) est désigné pour mettre en œuvre cette démarche. Le contenu du programme de formation est basé sur des exigences réglementaires : Bonnes Pratiques Cliniques (BPC), nouveau règlement n° 536/2014, ordonnances n° 2016-800 et n° 2016-1729. La GPEC est composée d'une succession d'étapes. Le personnel de l'UEC participe ou non à la réalisation de chaque tâche, compte tenu de sa formation, de sa profession et de son expérience.

Résultats

Un programme de formation a été défini avec une partie théorique (savoir), une partie pratique (savoir-faire) et une évaluation finale. La partie théorique consiste d'une part en la réalisation d'un e-learning sur les BPC finalisé par une validation des connaissances en ligne avec obtention d'un certificat, et d'autre part en une formation théorique approfondie du circuit des essais cliniques réalisée par le PRF via un support de présentation. La partie pratique repose sur un système de compagnonnage. Elle débute par une période d'observation des personnes habilitées réalisant les différentes tâches du circuit, puis le nouvel arrivant réalise lui-même les différentes taches pour lesquels il sera évalué en binôme avec un membre habilité de l'équipe. La formation est finalisée par une évaluation des connaissances et compétences (réalisation des tâches en présence du PRF). Une note minimale de 12/20 est requise pour être habilité. Une personne peut être habilitée pour une tâche ou plusieurs tâches. L'habilitation est ensuite enregistrée dans un formulaire unique de délégation interne pharmaceutique commun à toutes les catégories de personnel. Depuis la mise en place de cette démarche en avril 2019, 3 internes en pharmacie, 4 externes en pharmacie et 1 PPH ont satisfait à l'habilitation, soit 100 % des personnes formées.

Discussion / Conclusion

La démarche d'habilitation du personnel de la pharmacie aux EC est récente dans notre établissement. Celle-ci est indispensable d'une part pour maintenir un niveau de qualité suffisant et d'autre part pour répondre aux exigences des promoteurs. La formation théorique est chronophage et difficile à programmer. Nous envisageons de transformer en partie cette formation présentielle par du e-learning via un module de formation « EPIONE » pour former les préparateurs et les étudiants. Les étapes d'observation et d'habilitation restent indispensables.

Orateur : Dupont A.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : formation en interne, essai clinique, pharmacie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000469

Sécurisation du circuit des dispositifs médicaux : mise en place d'ateliers de formation à la préparation du Méthotrexate injectable en Maternité

Tisserand F.*[(1)], Abaut A. Y.[(2)], Berthier P. Y.[(2)], Marie dit Dinard B.[(3)]

[(1)] Pharmacie, CHU Brest - Hôpital La Cavale Blanche, Brest

[(2)] Pharmacie, CH Fougères, Fougères

[(3)] Pharmacie, CH Fougères, Fougères

Résumé

Contexte

Depuis 2012, le méthotrexate utilisé dans le traitement des grossesses extra-utérines, était préparé par la pharmacie sous forme de seringues de 100 mg/4 ml de péremption d'un mois puis stocké dans le service de maternité. Le temps dédié à la fabrication, la péremption des seringues non-utilisées, l'insécurité ressentie par les sages-femmes (SF) lors de la purge du volume excédentaire ainsi que la survenue d'un accident de contamination lors de la gestion des déchets nous ont amenés en 2019 à proposer aux SF d'effectuer directement la préparation des seringues dans le service de maternité à l'aide d'un système clos.

Objectifs

Nous avons accompagné ce changement en proposant la mise en place d'ateliers de formation des SF à la manipulation de ce système clos.

Matériels et méthodes

Un protocole d'utilisation du dispositif sous forme de poster, socle à l'animation de l'atelier, a été rédigé par la pharmacie. Une grille d'évaluation a été créée afin de valider la manipulation effectuée par les SF. Un questionnaire à remettre aux SF pour évaluation de l'atelier a également été élaboré.

Avec la cadre du service des créneaux ont été fixés sur 3 semaines permettant la formation de toutes les SF au cours de sessions individuelles d'environ 20 minutes animées par l'interne en pharmacie formé à l'utilisation du dispositif.

Résultats

Les ateliers ont spécifié l'hygiène et la sécurité lors de la manipulation, la compréhension du protocole, la sensibilisation des étapes clés et la gestion des déchets. Les résultats du questionnaire ont montré que 100 % des SF ont trouvé l'atelier très satisfaisant ou satisfaisant. Le nouveau dispositif a été apprécié comparativement à l'ancien système dans 92.3 % des cas. Suivant la grille d'évaluation, toutes les SF ont présenté plus de 90 % de conformité lors de leurs manipulations, 4 SF, ayant échoué sur une étape éliminatoire, ont nécessité une nouvelle séance de manipulation. Au total, 13 SF, 3 pharmaciens, 2 préparatrices et une élève SF ont été formés.

Discussion / Conclusion

Ces ateliers ont permis de cibler les difficultés rencontrées dans la manipulation du système clos, et d'y apporter des corrections de manière concomitante. La formation a installé sécurité et confiance dans ce nouveau dispositif facilitant son utilisation dans les meilleures conditions. Cette expérience nous a encouragés à développer la mise en place d'ateliers réalisés auprès des soignants lors de l'introduction de nouveaux dispositifs (valves anti retour).

Orateur : Tisserand F.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : ateliers de formation, sécurisation, dispositif médical

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000477

La veille des réseaux sociaux comme outil de détection des crises sanitaires : application au cas du Lévothyrox

Leclercq D.[(1)], Garreau R.*[(2)], France M.[(2)], Bourguignon L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

[(2)] Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

Résumé

Contexte

Le changement de formule du Levothyrox, utilisé dans le traitement de l'hypothyroïdie, a conduit à une crise sanitaire suite aux difficultés rencontrées par certains patients. Les fondements de la crise sont multiples mais le manque de réactivité de l'ANSM a été plusieurs fois dénoncé malgré le nombre important de signalements. Dans le même temps, les moyens de communication actuels rendent possibles les échanges entre patients concernant les difficultés observées avec leurs traitements.

Objectifs

L'objectif de cette étude était de savoir si l'activité de publication des patients dans les forums de discussion sur internet peut être indicative ou prédictive d'un problème concernant un médicament. Le cas du Lévothyrox a été utilisé pour cette application.

Matériels et méthodes

Le site orienté santé le plus consulté en France (Doctissimo) a été sélectionné pour cette analyse : l'ensemble de des messages du forum « Thyroïde et problèmes endocriniens » a été extrait par une application de webscrapping. Pour chaque message posté, étaient relevés la date du message, son contenu, et l'intitulé du fil de discussion. L'activité de ce forum exprimée en nombre de messages par unité de temps a été calculée sur la période 2000 à 2020 et mise en regard des dates de publication des messages de l'ANSM portant sur le Lévothyrox. La même analyse a également été réalisée sur les messages évoquant spécifiquement ce médicament.

Résultats

Au total, 255 599 messages ont été inclus dans l'étude. L'activité générale de ce forum montre une baisse régulière entre 2002 et 2015. Sur la période d'intérêt (2017 à 2019), une augmentation de 84 % de l'activité entre février et mars 2017 (début de dispensation de la nouvelle formule) a été observée. Entre avril et juillet, l'activité du forum était en moyenne supérieure de 53 % par rapport à celle des 5 derniers mois de l'année 2016. Une évolution de 219 % intervenait entre juillet et septembre (les médias grand public reprenant le sujet à la fin du mois d'août, l'ANSM en octobre). L'activité baisse ensuite respectivement de 17 %, 15 % et 13 % sur les mois d'octobre, novembre et décembre. La fraction de messages évoquant spécifiquement le Lévothyrox est passée de 36 % en 2016 à 41 % à 2017, avant de baisser à 29 % en 2018.

Discussion / Conclusion

L'activité observée sur ce forum reflète la temporalité du changement de forme pour les patients, et précède nettement les publications dans les médias généralistes, et celles de l'ANSM A ce titre, une veille de ce type de ressources pourrait être pertinent, bien que manquant de spécificité et étant sensible à de nombreux facteurs de confusion (popularité du site, par exemple).

Orateur : Garreau R.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Gestion de l'information en santé, Médias sociaux, pharmacovigilance

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

DISPOSITIFS MEDICAUX ET STERILISATION

Numéro : 000017

Stabilité physicochimique de l'aztreonam à 50 mg/mL en diffuseur portable à 37°C

Nisse Y.-E.*[(1)], Vigneron J.[(1)], Blaise F.[(1)], D'huart E.[(1)], Charmillon A.[(2)], Demoré B.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

[(2)] Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

Résumé

Contexte

L'Aztréonam est un antibiotique dont la dose peut varier de 2 grammes (g) à 8 g par jour. L'administration intraveineuse est souvent continue et l'utilisation de diffuseur portable permettrait un retour à domicile des patients. L'utilisation de ce dispositif entraine néanmoins des concentrations importantes et une température proche de la température corporelle.

Objectifs

L'objectif était d'étudier la stabilité des solutions d'aztréonam à 50 mg/mL, diluées dans du chlorure de sodium 0,9 % (NaCl 0,9 %) ou du glucose 5 % (G5 %), dans des diffuseurs portables non protégés de la lumière après préparation et après une conservation de 6 heures, 24 heures et 48 heures à 37°C.

Matériels et méthodes

Trois diffuseurs ont été préparés pour chaque condition. A chaque temps, trois échantillons de chaque diffuseur ont été analysés par chromatographie liquide à haute performance (CLHP) couplée à un détecteur à réseau de photodiodes à 270 nm. La méthode a été validée conformément à l'International Conference on Harmonisation Q2(R1). La capacité indicatrice de stabilité a été évaluée en réalisant une dégradation forcée de l'aztreonam (HCl 5M, 2 h ; NaOH 0,01 M, 30 min ; H2O2 30 % ; 80°C, 16 h ; UV 254 nm, 1 h). La stabilité physique a été évaluée par inspection visuelle et subvisuelle (turbidimétrie) et le pH a été mesuré.

Résultats

Dans le NaCl 0,9 %, les solutions d'aztréonam à 50 mg/mL ont retenu plus de 95 % de la concentration initiale après 48 heures. Dans le G5 %, les solutions d'aztréonam à 50 mg/mL ont retenu plus de 95 % de la concentration initiale après 24 heures et plus de 90 % après 48 h. Au cours de l'étude, les valeurs du pH se situaient toutes entre 4,73 et 5,20. Aucune modification visuelle n'a été relevée. La mesure de turbidimétrie était entre 0,13 et 0,32 NTU. La surface de pic des produits de dégradation n'a pas augmentée significativement.

Discussion / Conclusion

L'aztréonam à 50 mg/mL à la température de 37°C non protégé de la lumière dans un diffuseur portable est stable pendant 48 heures dans du NaCl 0,9 % et pendant 24 h dans du G5 %. Ces données enrichissent les connaissances sur la stabilité de l'aztreonam à forte concentration. L'administration en continu grâce à un diffuseur portable est envisageable, ce qui permet un retour précoce des patients à domicile.

Orateur : Nisse Y.-E.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : Stabilité de médicament, Chromatographie en phase liquide à haute performance, Aztréonam

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000205

Structuration d'un parcours patient dans le cadre de la transplantation de microbiote fécal : retour d'expérience

Saidou N.[(1)], Ortiz F.[(1)], Leclerc V.[(1)], Aussedat M.[(1)], Benech N.[(2)], Leboucher G.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, HCL - Hôpital la Croix-Rousse, Lyon

[(2)] Maladies infectieuses et tropicales, HCL - Hôpital la Croix-Rousse, Lyon

Résumé

Contexte

La Transplantation de Microbiote Fécal (TMF) est pratiquée dans notre établissement depuis 2015 pour le traitement des infections à *Clostridioides difficile* récidivantes, selon les recommandations françaises [1-3]. La demande étant croissante, une formalisation de cette activité est apparue nécessaire afin d'assurer la qualité et la sécurité de cet acte.

Objectifs

L'objectif est de structurer et formaliser pour l'ensemble des acteurs concernés un parcours patient receveur et un parcours donneur dans le cadre de la TMF.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'un travail collaboratif pluriprofessionnel associant les services de maladies infectieuses et tropicales, d'hépato-gastroentérologie et de pharmacie. Les parcours ont été structurés et formalisés par l'ensemble des acteurs au cours de réunions du groupe projet.

Résultats

Le groupe projet a élaboré plusieurs documents : un dossier patient spécifique permettant de recueillir les renseignements cliniques, biologiques et l'historique médicamenteux des patients receveurs, un dossier spécifique pour les donneurs intégrant les comptes rendus de consultation et ceux des résultats de biologie. Ces deux dossiers informatisés contiennent également les modèles de consentement adaptés aux différentes indications possibles de la TMF. Une notice d'information pour les receveurs et une pour les donneurs ainsi que des documents d'aide à l'administration adaptés aux différentes voies possibles à destination des soignants ont été créés. Un kit de don a également été réalisé (dispositif de recueil des selles, gants, étiquettes, et documents d'aide au recueil). Enfin, un logigramme décrivant le parcours du patient au sein de l'établissement a été élaboré et diffusé au sein des équipes médicales.

Discussion / Conclusion

Le retour d'expériences des premières TMF réalisées dans notre établissement nous a conduits à formaliser l'ensemble des parcours receveur et donneur et de communiquer au sein des équipes soignantes concernées les modalités de prise en charge des TMF. Au travers des différents documents d'information et d'aide à l'administration, nous espérons optimiser la qualité et la sécurité de cet acte. Les perspectives sont désormais le dépôt d'un dossier d'autorisation auprès de l'ARS, ainsi que celui d'un dossier d'activité nouvelle auprès de la direction de notre établissement, en vue d'en assurer la pérennité. Enfin, la structuration et la formalisation établies pour cette activité nous permet d'envisager la mise en place d'une banque de dons de selles afin de faciliter le recours de la TMF à d'avantage de patients.

Références bibliographiques principales

Sokol H et al. Transplantation de microbiote fécal dans le cadre des infections à Clostridium difficile récidivantes : recommandations pour la pratique clinique courante. Hépato Gastro 2015 ;22 :278-290.
Batista R et al. Le tansfert de microbiote fécal lors d'infections récidivantes à Clostridium difficile. Cadre et aspects pharmacotechniques. Ann Pharm Fr 2015 ;73 :323-331, ANSM. La transplantation de microbiote fécal et son encadrement dans les essais cliniques. Juin 2015 – Actualisation de la version de mars 2014

Orateur : Leboucher G.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : Clostridium difficile, Prise en charge personnalisée du patient, Transplantation de microbiote fécal

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000280

Contrôle de sachets de préparation de doses à administrer en sortie d'automate : impact de la mise en place d'un contrôleur optique

Faucitano A.*(1), Raymond S.(1), Armand A.(1), Rabatel G.(1)

(1) Pharmacie, CH Métropole Savoie - Hôpital de Chambéry, Chambéry

Résumé

Contexte

Le pourcentage d'erreurs lors d'une préparation manuelle de piluliers dans les services varie de 15 à 30 % selon les études. La dispensation nominative automatisée (DNA) permet de réduire ce taux à 0,5 %. Les erreurs restantes doivent être détectées et traitées avant dispensation. Notre PUI dispose d'un automate pharmaceutique par déconditionnement, utilisé pour la préparation de doses à administrer (PDA) de formes orales sèches. Jusqu'en juin 2019, nos sachets étaient contrôlés manuellement, de façon quantitative et semi-qualitative, par les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH). La mise en place d'un contrôleur optique (CO) permet une sauvegarde de la vérification automatisée des sachets de PDA, par comparaison des médicaments (MDT) produits à une photothèque enrichie de façon dynamique.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de la mise en place du CO sur le contrôle des sachets de PDA.

Matériels et méthodes

L'analyse porte sur le contrôle des sachets de PDA produits en 2019 (contrôle manuel de janvier à mai et automatisé dès août).

Résultats

Au total, 1 145 190 sachets ont été produits et contrôlés en 2019 (55 171 prescriptions). Le taux de non-conformités (NC) est de 0,097 % (n = 1111) avec 34 % de NC quantitatives (MDT conforme à celui attendu mais quantité incorrecte) et 66 % qualitatives (défauts qualitatifs mineurs : MDT abimé, élément étranger (blister ou miette) vs majeurs : présence d'un MDT différent de celui attendu).

De janvier à mai, 457 674 sachets ont été contrôlés manuellement ; 0,12 % (n = 534) étaient NC (ratio de NC quantitative/qualitative = 0,52). De août à décembre, 490 626 sachets ont été contrôlés par le CO ; 0,08 % (n = 404) étaient NC (ratio de NC quantitative/qualitative = 0,59). Le CO a mis en alarme 47 789 sachets (9,74 %) avec contrôle à l'écran par les PPH dont 0,84 % ont nécessité une correction. De janvier à mai, 2 défauts ont été signalés par les services ; aucun depuis la mise en place du CO.

Discussion / Conclusion

Le CO assure un contrôle qualitatif complet des sachets de PDA non possible par l'humain. D'après nos 1ers résultats, les défauts qualitatifs mineurs sont moins bien détectés par le CO que par les PPH. Le 1er contrôle ne pouvant débuter qu'une fois la production achevée, cela impose une réorganisation de l'activité qui se retrouve séquencée. Ainsi, notre organisation prévoit une vérification visuelle des sachets à l'écran par un PPH : 1er contrôle des sachets mis en alarme par le CO suivi du double contrôle, également à l'écran, de 100 % des sachets par un 2nd PPH. Cet outil a révolutionné le quotidien des PPH et sécurise le circuit. Un recul plus important est nécessaire afin de confirmer ces 1ers résultats et d'estimer si il permettra, à terme, d'obtenir un gain de temps.

Références bibliographiques principales

Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient. La délivrance nominative des médicaments dans les établissements de santé. ANAP

Orateur : Faucitano A.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, Dispensation nominative automatisée, Automate de dispensation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000341

Quelles modalités de décongélation des selles pour les transplantations de microbiote fécal ?

Dantant J.-M.*[(1)], Fourage C.[(1)], Boureau B.[(1)], Pirot C.[(1)], Isnard C.[(2)], Saint-Lorant G.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Caen Normandie, Caen

[(2)] Microbiologie, CHU Caen Normandie, Caen

Résumé

Contexte

Dans notre centre hospitalier (CH), les selles pour les transplantations de microbiote fécal (TMF), issues d'un donneur sain, sont mises en suspension dans du chlorure de sodium glycérolé 90/10 pour congélation à -80°C au moins 24 heures (h) avant la manipulation. Actuellement, la méthode de décongélation utilisée au CH consiste à mettre la préparation au réfrigérateur la veille de l'administration.

Objectifs

Afin d'optimiser la prise en charge du patient, ainsi que le circuit pharmaceutique, 3 méthodes de décongélation des selles destinées à la TMF ont été étudiées : à température ambiante (TA) pendant 1 h, au bain marie (BM) à 37°C pendant 20 minutes et au réfrigérateur (+ 2°C à 8°C) pendant 12 h avant la préparation.

Matériels et méthodes

Cette étude est une expérimentation réalisée sur 3 selles de donneurs différents à 3 dates différentes par 3 opérateurs différents.

Pour assurer la répétabilité de chaque expérience, chaque opération est réalisée 3 fois afin d'obtenir 3 solutions mères (SM) à partir d'un même échantillon de selle. Pour chaque SM, 100 mg de selles congelées sont prélevés et 10 mL d'eau pour préparation injectable (PPI) sont ajoutés. Un tiers de chaque SM est placé au réfrigérateur pendant 12h, les 2/3 restants sont replacés au congélateur. Ensuite les 2/3 restants sont décongelés : un tiers est placé au BM à 37°C pendant 20 min, l'autre tiers à TA pendant 1 h. Pour chaque SM associée à un mode de décongélation, 5 dilutions successives sont réalisées (100 µL de solution mère dans 900 µL d'eau PPI). Enfin, 100 µL de chaque dilution sont ensemencées sur des géloses au sang (bioMérieux, Lyon), placées dans une étuve en condition aérobie et anaérobie à 37°C. Les colonies sont lues et dénombrées par 2 personnes différentes à 48 h.

Résultats

Les colonies ont pu être dénombrées significativement à partir de la 4ème dilution. A cette dilution, les moyennes des colonies sur les 3 expériences sont : pour la condition anaérobie : 169 à TA, 156 au réfrigérateur, 185 au BM ; pour la condition aérobie : 11 à TA, 11 au réfrigérateur, 8 au BM. Pour ces 2 conditions d'incubation, les résultats observés sont similaires pour chacune des 3 méthodes de décongélation. Une décroissance du nombre de colonies est observée au cours des dilutions successives quelles que soient les conditions de décongélation.

Discussion / Conclusion

Le nombre plus important de colonies observé en condition anaérobie peut être expliqué par la préservation de certaines bactéries dans cette condition. Les colonies prélevées sont actuellement en cours d'identification par MALDI-TOF. Les résultats étant similaires pour chacune des 3 techniques de décongélation, le BM apparaît comme la solution la plus optimale. En effet, cette technique permet d'éviter la sortie de la préparation la veille de l'administration au patient et évite ainsi de détruire un don précieux en cas d'évolution clinique défavorable du patient entre la décongélation et l'administration. Devant la difficulté d'avoir un nombre suffisant de dons, une campagne a été lancée auprès du personnel de l'établissement.

Orateur : Dantant J.-M.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : Clostridium difficile, Transplantation de microbiote fécal, Microbiologie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

PREPARATION ET CONTROLES

Numéro : 000065

Implants mammaires : des évènements indésirables inévitables ?

Perez T.[(1)], Nguyen S.[(1)], Martin N.*[(1)], Gensollen S.[(1)]

[(1)] Pharmacie, APHM - Hôpital la Conception, Marseille

Résumé

Contexte

Depuis 2010, plus de 12 000 incidents liés aux prothèses mammaires ont été déclaré. Mais la plupart de ces évènements indésirables étaient-ils vraiment inévitables ? Nous nous sommes intéressés aux complications entrainant des explantations chez les patientes de notre centre.

Objectifs

Identifier l'origine de ces évènements indésirables afin de pouvoir réduire leurs survenues.

Matériels et méthodes

Etude observationnelle, rétrospective et mono-centrique des formulaires d'explantations mammaires qui ont eu lieu dans notre centre entre 2010 et 2018.

Résultats

250 patientes ont été explantées dans notre centre sur cette période dont 140 concernant des prothèses non PIP. L'âge moyen des patientes lors de l'explantation était de 51 ans (± 13 ans) avec une indication esthétique, de reconstruction ou de malformation dans respectivement 63 %, 33 % et 4 % des cas. Les principales complications à l'origine de l'explantation étaient la formation d'une coque (34 %), d'un granulome (5 %), de déformations (4 %) ou l'apparition de douleurs (20 %). Pour chacune de ses complications, la durée moyenne d'implantations était respectivement de 16 ans (± 10,6 ans), 14,6 ans (± 11,3 ans), 11,6 ans (± 5,4 ans) et enfin 12 ans (± 8 ans).

Discussion / Conclusion

Notre étude montre que la plupart des complications liées au port d'implants mammaires apparaissent bien après les 7 à 10 ans d'implantation maximum préconisés par l'ANSM. En effet, une explantation à 10 ans, comme recommandé, aurait diminué dans notre cohorte le taux d'apparition de coques de 73 %, de granulomes de 62,5 %, de déformations de 98 % et enfin de l'apparition de douleurs de 75 %. Une grande majorité des évènements indésirables aurait donc pu être évitée par un meilleur suivi et par l'information des patientes sur la durée de vie de leurs implants mammaires. Des actions de sensibilisation et d'éducation thérapeutique des patientes pourraient diminuer ces évènements indésirables attendus.

Orateur : Martin N.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : Explantation, évènements indésirables, Prothèses mammaires

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000158

Evaluation d'un nouveau support de prescriptions hospitalières de pansements exécutées en ville

Moussouni M.[(1)], Bros A.[(1)], Fourtage M.[(1)], Lejay A.[(2)], Ortega F.[(3)], Wisniewski S.*[(1)], Gourieux B.[(1)]

[(1)] Service pharmacie - stérilisation, HU Strasbourg, Strasbourg

[(2)] Chirurgie vasculaire, HU Strasbourg - Nouvel Hôpital Civil, Strasbourg

[(3)] Service de diabétologie, HU Strasbourg - Nouvel Hôpital Civil, Strasbourg

Résumé

Contexte

Une étude sur la qualité des Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville (PHEV) de pansements au sein de notre Établissement de Santé (ES) a révélé que seules 41,8 % permettaient une dispensation univoque. Un modèle d'ordonnance proposé par l'OMEDIT Centre Val de Loire1 a été suggéré comme axe d'amélioration. Il s'agit d'un support unique avec une partie soins infirmiers et une partie pour les pharmaciens d'officine.

Objectifs

Évaluer la qualité des PHEV de pansements avec un nouveau support de prescription et recueillir la satisfaction des Professionnels de Santé (PS) l'ayant utilisé.

Matériels et méthodes

Le support de prescription a été testé durant 1 mois en consultation de diabétologie et en consultation/service d'hospitalisation de chirurgie vasculaire. Les critères de qualité de prescription permettant une dispensation univoque sont : identification de l'établissement, du prescripteur, du patient, aspects règlementaires de la prescription (date, durée/renouvellement, signature du prescripteur), identification de la plaie et caractéristiques du pansement.

Une enquête de satisfaction a été diffusée aux prescripteurs hospitaliers, pharmaciens d'officine et infirmiers libéraux.

Résultats

61 prescriptions de sortie ont été analysées comprenant 69 pansements prescrits. La dispensation a été univoque pour 77 % d'entre elles. L'identification de l'ES, du prescripteur et du patient sont respectivement de 73,8 %, 80,3 % et 88,5 %. La date, durée et signature du prescripteur sont présentes sur 93,4 % des prescriptions. Le site, la dimension et le stade de cicatrisation de la plaie sont indiqués pour respectivement 93,4 %, 72,1 % et 1,6 % des prescriptions. 17,4 % des pansements ont été prescrits à la fois sous nom de marque et générique, 76,8 % sous nom de marque et 5,8 % sous nom générique. 3/10 médecins ont répondu à l'enquête de satisfaction avec comme note globale 3,3/10. Pour 12 pharmaciens d'officine et 1 infirmier libéral, la note globale est de 7,3/10.

Discussion / Conclusion

Ce support a augmenté le taux de dispensation univoque mais ne fait pas l'unanimité auprès des PS et notamment des prescripteurs. Il est jugé trop complexe, non adapté à leurs habitudes de prescription avec une perte de temps lors de la rédaction. Les pharmaciens d'officine sont plus favorables à ce support mais craignent que celui-ci ne soit pas correctement rempli. Des améliorations seront apportées à ce support notamment son informatisation pour favoriser l'adhésion du prescripteur et réduire sa résistance au changement.

Références bibliographiques principales

OMéDIT Centre Val de Loire. Modèle de prescription de sortie « pansements et soins des plaies » [Internet]. 2016. Disponible sur : http://www.omedit- centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/8234.pdf

Orateur : Wisniewski S.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : prescription, dispensation, pansement

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000345

Comment améliorer l'administration intravésicale de cidofovir dans les cystites hémorragiques ? Exemple d'un cas concret en hématologie pédiatrique

Phan C.[(1)], Perrinet M.[(1)], Bourdon O.*[(2)]

[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris

[(2)] Pharmacie, APHP - Hôpital Robert-Debré, Paris

Résumé

Contexte

La cystite hémorragique à BK virus est une complication sévère des greffes de cellules souches hématopoïétiques. Le traitement repose sur l'administration intravésicale de cidofovir. Dans notre hôpital, le cidofovir est préparé à la pharmacie sous forme de poche. Les infirmiers diplômés d'état (IDE) du service d'hématologie ont signalé à la pharmacie que cette poche est un contenant inadapté. Ils doivent transvaser le cidofovir de la poche vers une seringue qu'ils instillent au travers de la sonde vésicale. Cette manipulation est à risque : contact avec un produit cytotoxique et administration non faite en système clos.

Objectifs

L'objectif est de trouver un montage adéquat pour une administration sécurisée et harmonisée dans le service et confortable pour le patient.

Matériels et méthodes

Différents montages ont été étudiés. L'enquête a été faite dans deux hôpitaux afin de comparer les pratiques. Différents tests ont ensuite été réalisés avec les IDE.

Résultats

La première proposition de la pharmacie a consisté en un changement de protocole : poche remplacée par une seringue Luer-Lock (LL) et référencement de nouvelles sondes vésicales à embout LL à la place de l'embout à godet classique. Cela évite la manipulation pour les IDE et diminue le risque de contamination. Cette solution n'a pas été retenue car la sonde proposée est une sonde pour sondage intermittent or la pathologie impose une sonde à demeure. Des sondages itératifs seraient trop douloureux pour le patient. La solution proposée serait de raccorder la seringue LL et la sonde à godet, grâce à un raccord constitué d'un embout conique mâle et d'un embout LL femelle. Le dispositif médical (DM) choisi est au marché. Le montage a été testé et validé en pratique lors d'une administration au lit de la patiente. Pour la pharmacie, le nouveau montage est simple : fabrication de la préparation en seringue et ajout d'un raccord lors de la dispensation. De plus, le nouveau montage n'impose pas de temps supplémentaire de préparation aux préparateurs en pharmacie par rapport au protocole initial. Pour le service d'hématologie, les avantages sont multiples : facilité d'utilisation, gain de temps, diminution du risque de contamination, administration sans perte de produit (faible volume mort du raccord). Pour le patient, la dose prescrite est totalement administrée et le montage est non traumatique.

Discussion / Conclusion

Ce travail a permis la mise en œuvre d'une action de pharmacie clinique en optimisant l'administration du traitement par le biais d'un changement de DM et de pratiques infirmières en pédiatrie. Le secteur DM a ainsi joué le rôle d'interface entre le secteur de pharmacotechnie et le service clinique.

Orateur : Bourdon O.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : pratiques infirmières en pédiatrie, administration intravésicale, BK virus

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000417

STERIDEFI® : nouvel outil de la formation continue au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) ?

Lento C.*(1), Nolin C.-H.(2), Chamorey A.-L.(2)

(1) Stérilisation, CHU Nice - Hôpital Pasteur, Nice

(2) Stérilisation, CHU Nice, Nice

Résumé

Contexte

La stérilisation est un domaine en constante évolution qui nécessite des agents qualifiés. Dans le cadre de la formation continue du personnel, l'apprentissage par le jeu se révèle être un nouvel outil. Le jeu Stéridéfi® a été créé en 2017 par la Société Française des Sciences de la Stérilisation (SF2S) pour faciliter l'acquisition des connaissances et ainsi renforcer leurs compétences.

Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer les connaissances des agents de stérilisation par la mise en place du STERIDEFI®. Les objectifs secondaires seront d'améliorer la qualité de la formation continue en organisant des formations personnalisées sur les difficultés identifiées au cours du jeu et de coordonner cette formation au sein du GHT.

Matériels et méthodes

Le STERIDEFI® est accessible sur le site internet de la SF2S. Il comporte 178 questions réparties en 6 thèmes. Le but est de remporter un maximum de conteneur des différents thèmes en y répondant correctement. Le jeu oppose 2 équipes de 3 agents, sélectionnés en fonction des plannings. Il est supervisé par un interne en pharmacie hospitalière et une infirmière. A l'aide d'un questionnaire, la satisfaction globale, la difficulté et les axes d'amélioration sont évalués.

Résultats

Le Stéridéfi® est lancé depuis 1 mois de façon bihebdomadaire. A ce jour, 6 séances ont été réalisées au premier niveau de difficulté. La durée moyenne d'une séance est de 50 minutes avec 35 questions en moyenne. Le pourcentage moyen de bonnes réponses est de 70,8 %. Les participants sont satisfaits (50 %) voire très satisfaits (42 %) du jeu. Le thème le moins apprécié (67 %) et jugé le plus difficile (61 %) est Traçabilité/Transport/Stockage. Environ 67 % des agents souhaitent poursuivre cette expérience. Cependant, 60 % des participants souhaiteraient plus de questions sur la pratique propre à l'établissement. Huit équipes ont élaboré des questions potentielles pour la base de données.

Discussion / Conclusion

Le savoir acquis lors de la formation initiale doit être maintenu et révisé pendant la formation continue. Le Stéridéfi® est un outil ludique, apprécié et fédérateur. Il s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Une formation sur la traçabilité, le transport et le stockage est organisée. Le jeu est actuellement poursuivi aux niveaux supérieurs de difficulté. Un projet est en cours afin d'étendre cette formation à l'ensemble du GHT pour la mise en commun des pratiques et le partage d'expérience.

Orateur : Lento C.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : formation, stérilisation, Steridefi

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

E-PRESENTATIONS
HOPIPHARM STRASBOURG 2020

CIRCUIT DU MEDICAMENT

Numéro : 000286

Limites de l'utilisation du dossier informatisé de consultation pré-anesthésique dans la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé pour une chirurgie programmée - Mesures correctives proposées

Diaby O.[(1)], Camus F.[(1)], Fulgencio J.-P.[(2)], Debrix I.[(1)], Federspiel F.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Tenon, Paris

[(2)] Anesthésie, APHP - Hôpital Tenon, Paris

Résumé

Contexte

L'informatisation du dossier d'anesthésie (DA) est un élément essentiel à la sécurisation de la prise en charge du patient en situation péri-opératoire (Garnerin et al, 2004). En offrant également un accès facilité au traitement habituel du patient (THP) recueilli par le médecin anesthésiste (MA) au cours de la consultation pré-anesthésique, le DA devient très souvent l'unique source d'informations utilisée pour la rédaction des prescriptions post-opératoires, bien que n'étant pas établi initialement dans cette intention.

Objectifs

L'objectif de ce travail a été d'identifier l'origine des erreurs médicamenteuses persistant après l'informatisation récente du dossier de consultation pré-anesthésique dans notre établissement, en étudiant ses modalités d'utilisation par le MA et par les prescripteurs intervenant en post-opératoire, dans l'intention de proposer des mesures correctives.

Patients et méthodes

Un bilan médicamenteux (BM) rétroactif a été réalisé pour les patients d'une même unité, hospitalisés pour une chirurgie programmée entre le 15/09/19 et le 15/10/19. Chaque DA a été consulté à la recherche du THP renseigné par le MA. Chaque THP a été comparé, d'une part au BM, et d'autre part à la première prescription hospitalière signée par le chirurgien (PHC). Les divergences ont été relevées et catégorisées.

Résultats

33 patients ont été inclus, 8 femmes et 25 hommes, d'âge moyen 71,8 ans. Pour chaque patient, un DA était bien retrouvé. 14 MA différents étaient recensés dans les signataires des dossiers informatisés. Le THP était renseigné pour chacun des patients. Le dosage des spécialités manquait dans 9 % des cas, et la posologie dans 13 % des cas. Pour 39 % (13/33) des cas, au moins une divergence était constatée entre le THP et le BM, majoritairement de type omission du médicament ou absence de posologie. 2 d'entre elles étaient retrouvées dans la PHC. Parmi les 61 % ne présentant pas de divergence entre THP et BM, 7 dossiers présentaient au moins une divergence non intentionnelle entre la PHC et le THP, toutes de type omission. Au final, 72 % (24/33) des PHC étaient conformes au BM. Les divergences concernaient majoritairement les classes ATC suivantes : système cardiovasculaire, voies digestives et métaboliques, système nerveux.

Discussion / Conclusion

Les causes d'erreurs de prescription post-opératoire semblent ainsi être, d'une part le manque de précision du bilan initialement reporté dans le DA par l'anesthésiste, et d'autre part la persistance d'une étape de recopie pour le chirurgien au moment de sa prescription. Notre démarche a d'abord été de proposer un bilan de médication réalisé par l'équipe pharmaceutique en amont de la consultation d'anesthésie, de façon à garantir la mise à disposition précoce d'un BM fiable à l'intention de l'anesthésiste. A cette démarche s'est ajoutée le développement d'une liaison entre le dossier pharmaceutique de conciliation, le dossier de consultation pré-anesthésique et la prescription, afin d'éviter les étapes de recopie, et permettre au MA d'ajouter, de façon structurée, ses prescriptions de prémédication, incluant les recommandations de suspension et de reprise du traitement habituel en post-opératoire à destination du chirurgien. Une évaluation de ces mesures de sécurisation est actuellement en cours.

Références bibliographiques principales

Garnerin P. Goncerut J. Landau R. Clergue F. L'informatisation du dossier d'anesthésie : une contribution à la sécurité des patients ? Rev Med Suisse 2004; volume 0. 24195

Orateur : Federspiel F.
Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament
Mots-clés : dossier médical informatisé, chirurgie, conciliation des traitements médicamenteux
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000270

Médicaments de l'urgence vitale : quelles modalités de dispensation et d'approvisionnement pour garantir la prise en charge optimale du patient ?

Piquemal M.[(1)], Fournier-Bidoz A.[(1)], Tanty A.[(1)], Grevy A.[(1)], Vitale E.[(1)], Gibert P.[(1)], Chanoine S.[(1)], Brudieu E.*[(1)], Bedouch P.[(1)]

[(1)] Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche

Résumé

Contexte

Dans notre établissement, de nombreux signalements aux Comités de Retour d'Expérience ont été réalisés suite à des ruptures de stock de médicaments destinés à une prise en charge thérapeutique (PECT) engageant le pronostic vital immédiat. Parmi eux, nous avons déterminé une liste déterminant des « médicaments vitaux » (MV). Ce sont des médicaments destinés au traitement de l'urgence vitale et relevant d'un faible nombre de dispensations de survenue irrégulière. Ceci impose un mode de gestion spécifique.

Objectifs

L'objectif est de caractériser ces MV en déterminant des seuils, des localisations et des modalités de dispensation adaptées.

Matériels et méthodes

En concertation avec les équipes médicales et pharmaceutiques, une liste de MV a été établie selon des besoins de PECT adaptés. Pour chaque référence, un stock a été déterminé afin de traiter au moins 2 patients pendant 48 heures. Nous avons rédigé un masque commun pour des fiches spécifiant les modalités de dispensation en insistant sur l'analyse pharmaceutique des prescriptions.

Résultats

Au total, 60 médicaments ont été enregistrés comme MV, appartenant à diverses classes thérapeutiques : antidotes, traitements des maladies métaboliques, anti-infectieux… Le stock immobilisé représente 823 Unités Communes de Dispensation (UCD) ce qui équivaut à 88K € soit une moyenne de 107 € par UCD (min : 0,24 € ; max : 5 482 €) contre 4 € par UCD pour l'ensemble du livret. Il a été convenu d'une localisation spécifique pour les MV afin de les identifier plus aisément. Seuls ceux se conservant entre +2 et +8°C restent localisés au sein des autres références dans l'enceinte réfrigérée, identifiés à l'aide d'une étiquette rouge. Afin de faciliter la dispensation, des fiches de bon usage ont été rédigées et validées. Elles recensent les informations suivantes : indication, modalités d'administration, posologies et points clés de validation pharmaceutique ; 14 fiches sont validées, 25 en cours de rédaction. Lors de la dispensation, le secteur approvisionnement doit être averti dans le but de déclencher immédiatement une commande.

Discussion / Conclusion

L'optimisation des modalités de suivi de ces MV est essentielle puisqu'ils sont peu souvent prescrits (urgences vitales) et qu'ils représentent un coût non négligeable. L'enjeu est de ne pas générer de rupture de la PECT du patient concernant ces traitements et de limiter les surcoûts évitables (immobilisation de stock et péremption). Ce travail nous a permis de trouver un mode de gestion pérenne et depuis sa mise en place nous n'avons été confrontés à aucune rupture.

Orateur : Brudieu E.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Prise en charge thérapeutique, Approvisionnement, Urgence vitale

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000333

Quel impact sur la gestion et la perception d'une pharmacie d'unité de soins munie d'une armoire à pharmacie sécurisée ? Un avant et un après

Krstic M.[(1)], Devaud J. C.*[(1)], Sadeghipour F.[(2)]

[(1)] Pharmacie, CHUV CH universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

[(2)] Pharmacie, CHUV CH universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

Résumé

Contexte

Le circuit du médicament repose en majorité sur des facteurs humains, ce qui l'expose à des risques de défaillance importants.

Objectifs

Une partie de la fiabilité et de l'efficience de ce circuit peut être améliorée par la mise en place d'armoires à pharmacies sécurisées (APS) dans les pharmacies d'unités de soins (PUS).

Matériels et méthodes

Afin de déterminer si l'implémentation d'APS modifie la gestion d'une PUS, une étude de mouvement et de temps a été réalisée en suivant sur une période de 9 jours 6 assistants en pharmacie d'unité de soins (APUS) responsables de 12 PUS avec APS, et sur 20 jours 20 APUS responsables de 83 PUS sans APS. Pour une journée de travail complète, les temps de gestion du réassortiment du stock (i.e. contrôle du stock en manuel vs automatisé), de commande, de cueillette, de rangement et de déplacement ont été mesurés et analysés à l'aide d'un test des rangs bivariés signés de Wilcoxon. De plus, un questionnaire dont la fiabilité a été estimée par coefficient alpha de Cronbach, a été administré au personnel soignant afin d'évaluer sa perception et sa satisfaction vis-à-vis de l'implémentation d'APS.

Résultats

Excepté pour la commande ($p = 0.76$), les moyennes des temps de toutes les étapes de la gestion de stock entre les PUS munies d'APS et celles dépourvues d'APS ont été significativement différentes ($p < 0.05$). La gestion du réassortiment du stock (0'0 ± 0'0 s vs 12'16 ± 7.28 s), la cueillette (14'45 ± 19'28 s vs 30'55 ± 21.17 s) et le déplacement (11'07 ± 12'21 s vs 30'59 ± 18.49 s) ont pris moins de temps dans les PUS munies d'APS. Le temps de rangement pour ces dernières (23'26 ± 16'38 s vs 11'81 ± 10'05 s) était plus long, car il n'y avait qu'un seul point d'accès à l'APS. 58 infirmiers (20 %) ont répondu au questionnaire de perception et de satisfaction. Les infirmiers avec un diplôme et/ou un bachelor et ayant un titre élevé avaient une meilleure perception des APS. De façon globale, les APS ont apporté un sentiment de sécurité supplémentaire au niveau du circuit du médicament pour le personnel soignant.

Discussion / Conclusion

L'unique point d'accès à l'APS est le goulot d'étranglement dans ce circuit automatisé. Le personnel soignant forme une file d'attente pour accéder à l'APS et les APUS sont dérangés lors du rangement. Cependant, l'implémentation d'APS permet aux APUS de réinvestir le temps de travail économisé dans des tâches à haute valeur ajoutée et cette automatisation du circuit du médicament est bien perçue par le personnel soignant.

Références bibliographiques principales

Roman C, Poole S, Walker C, et al. A 'time and motion'evaluation of automated dispensing machines in the emergency department. Australasian Emergency Nursing Journal 2016;19(2):112-117.
Zaidan M, Rustom F, Kassem N, et al. Nurses' perceptions of and satisfaction with the use of automated dispensing cabinets at the Heart and Cancer Centers in Qatar: a cross-sectional study. BMC nursing 2016;15(1):4.

Orateur : Devaud J. C.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Armoires à pharmacie, Culture organisationnelle, Gestion des équipements et fournitures hospitaliers

Pays où le travail est effectué : Suisse

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000229

Amélioration de la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie : impact d'un interne en pharmacie dans les services de soins

Faucheron A.*[(1)], Lesprit P.[(2)]

[(1)] Hôpital Foch, Suresnes

[(2)] Infectiologie, Hôpital Foch, Suresnes

Résumé

Contexte

La traçabilité écrite de la réévaluation (TR) de l'antibiothérapie curative à J3, critère majeur du bon usage des antibiotiques (ATB) figure dans les objectifs de la HAS (Haute Autorité de Santé) et du CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins). Les 4 premiers audits réalisés dans l'établissement entre janvier 2017 et décembre 2018 montraient des taux de TR compris entre 40,2 et 50,8 %, loin de l'objectif fixé par l'HAS de 80 %. Devant ces résultats décevants, depuis mai 2019, un interne en pharmacie a été chargé de repérer les prescriptions à réévaluer sur une requête informatisée et de faire la liaison avec les médecins prescripteurs pour s'assurer de la traçabilité.

Objectifs

Dans la perspective de la visite de certification en décembre 2019, l'objectif de ce travail était d'observer l'évolution des pratiques au cours des 6 mois de présence de l'interne dans les services de soins.

Matériels et méthodes

A partir d'une requête sur le logiciel Omnipro®, filtrant les ordonnances avec ATB ingérés ou injectés, un suivi prospectif et exhaustif de la TR de l'antibiothérapie a été effectué pour 3 services en mai puis tous les services à partir de juin. Tous les ATB présents au jour de la requête ont été transférés dans un tableau de suivi. A J+3, l'interne a vérifié un à un la TR de chaque ATB. Si elle n'a pas été effectuée, l'interne la code en « NON » et informe les services de cette « non traçabilité ». Suite à cette intervention, si la réévaluation est validée et signée informatiquement, l'interne la code en « OUI » dans une 2ème colonne. Au cours des mois de juillet et août, l'interne n'a plus informé les services de cette « non traçabilité » pour pouvoir observer leur autonomie.

Résultats

Entre juin et octobre, 2 440 prescriptions ont été évaluées, 1 423 avaient fait l'objet d'une TR par le médecin et 632 ont été exclues (durée sous ATB inférieure à 3 jours), soit un taux de réévaluation « corrigé » de 78,7 %. Les résultats du 6ème audit (juin - 84,8 %) ont montré une nette amélioration de la TR des ATB dépassant l'objectif de 80 % fixé par la HAS. Au cours de l'été, les 7ème (juillet – 73,8 %) et 8ème (août – 70,3 %) audits avaient des taux diminués et repassaient sous les 80 % en l'absence d'intervention de l'interne dans les services, avant de remonter aux 9ème (septembre – 84,3 %) et 10ème (octobre – 81,9 %) audits avec le retour de l'accompagnement pharmaceutique. Sur les 14 services de l'hôpital, 10 ont eu une TR des ATB supérieure à 80 % en octobre, contre 4 en août.

Discussion / Conclusion

Au terme de la mission de 6 mois, le taux de TR des ATB est passé de 42 % à 84,6 % grâce à la présence d'un interne en pharmacie dans les services de soins. La perspective à court terme a été de maintenir un taux global supérieur à 80 % d'ici la certification. Sur le moyen terme, il faudrait envisager une aide informatisée pour avertir les médecins de la TR, palliant à l'absence de l'interne. Une étude comparative des mois de juin 2018 et 2019 sur la pertinence de la réévaluation faite par les médecins doit être envisagée. L'augmentation nette de la traçabilité sur ces derniers mois n'indique pas pour autant une « bonne » réévaluation.

Orateur : Faucheron A.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Antibiotique, Certification, Assurance qualité

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000233

Les ruptures d'approvisionnement : comment y faire face au sein d'une pharmacie à usage intérieur ?

Bejaoui K.[(1)], Pacome V.[(1)], Passaro A.-S.[(2)], de bortoli C.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Louis Giorgi, Orange

[(2)] Qualité, CH Louis Giorgi, Orange

Résumé

Contexte

Le gouvernement a présenté en juillet 2019 des mesures s'articulant en 4 grands axes pour lutter contre la pénurie et améliorer la disponibilité des médicaments en France.

Objectifs

Dans ce contexte, nous avons au sein de la PUI mis en place une organisation afin d'anticiper les ruptures, améliorer notre information et communication auprès des services et des patients, évaluer les conséquences des ruptures et proposer une nouvelle organisation pour optimiser notre fonctionnement.

Patients et méthodes

Entre 10. 2018 et 10. 2019 nous avons renseigné à l'aide d'un tableau de suivi les ruptures de médicaments et échangé nos informations lors d'un point ruptures hebdomadaire avec l'équipe.

Résultats

146 spécialités ont été concernées sur notre livret (12 %). 30 messages d'information/alerte ont été envoyés aux différents corps de métiers proposant des alternatives dès que possible. 2 fiches d'évènements indésirables ont été déclarées par des infirmiers concernant des difficultés de reconstitution ou d'administration de produits importés. Des référencements de dosages différents ont entrainé des erreurs d'administration. Nous avons multiplié les points rupture lors des réunions institutionnelles. Nos dépannages inter hospitaliers au sein du groupement hospitalier de territoire ont augmenté (17 dépannages urgents). Nous avons dû transférer des patients lors de certains contingentements, n'ayant pas en stock une posologie suffisante pour les prendre en charge. Certaines ruptures n'ont pas d'alternative et des traitements ont été interrompus. Les répercussions sont tout aussi importantes en rétrocession (déplacement d'un patient toutes les semaines, modification de certaines posologies). Les appels téléphoniques et relances concernant les reliquats, commandes incomplètes et suivi d'approvisionnement ont été évalués à 2 heures hebdomadaires. Le sur-étiquetage des spécialités « format ville » proposé par les laboratoires pour palier à la rupture des doses unitaires a représenté 15 références, soit 1 132 blisters, soit 38 h de temps. Nous avons effectué des achats pour compte pour 48 références représentant un montant de l'ordre de 13 000 euros, avec obtention d'un avoir pour un montant de 8 800 euros à ce jour.

Discussion / Conclusion

Cette étude nous a permis d'évaluer le temps passé à gérer les ruptures, chiffré à 4 heures hebdomadaires. Un temps de préparateur supplémentaire (0,25 ETP) nous a été attribué et permet de renforcer l'équipe à la réception. Nous refusons certaines présentations au format ville et privilégions l'approvisionnement en dose unitaire afin de s'affranchir du temps de sur-étiquetage. Nous avons fait une demande d'accès au Dossier Pharmaceutique rupture proposé par le Conseil National de l'Ordre de Pharmaciens et étudions le fait de pouvoir acquérir au sein de notre GHT un module spécifique nous permettant de consulter les stocks de tous les établissements via notre plateforme d'achats. Enfin, notre expérience a permis à l'équipe des dispositifs médicaux de s'organiser de la même façon afin de gérer les ruptures de matériel qui sont elles aussi problématiques.

Références bibliographiques principales

Lutter contre les pénuries et améliorer la disponibilité des médicaments en France, feuille de route 2019-2022, Ministère des solidarités et de la santé

Orateur : de bortoli C.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : ruptures, approvisionnement, coût

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000146

Sécuriser le circuit du médicament : intérêt d'un atelier de simulation auprès des IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat) dans un centre hospitalier

Brun M.[(1)], Rudziewicz P.[(1)], Bedoude I.[(1)], Marty F.[(1)], Ducret E.*[(1)], Bourhis M.[(1)], Moutel E.[(1)], Plassart F.[(1)], Pons J.-L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Victor Dupouy, Argenteuil

Résumé

Contexte

Depuis 2015, la pharmacie organise une fois par an l'atelier du médicament auprès des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) de l'établissement. Il contribue à sécuriser le circuit du médicament en améliorant les pratiques professionnelles des IDE.

Objectifs

L'objectif de l'atelier est de sensibiliser les IDE aux erreurs médicamenteuses en leur demandant de préparer les piluliers de 2 patients, pour 24 heures, selon des prescriptions fictives.

Matériels et méthodes

Les erreurs abordées dans les prescriptions portaient sur les « Never events » (NE) avec une double anticoagulation et une mauvaise dilution du potassium injectable (KCl), la différence de cinétique des médicaments entre libération immédiate (LI) et libération prolongée (LP), la péremption des insulines après ouverture, la présence de médicaments avec un dosage inexistant, la traçabilité des stupéfiants. Deux binômes pharmacien/étudiants ont audité les IDE individuellement dans les différents services de l'hôpital. Chaque IDE a obtenu une note sur 100 selon une fiche d'évaluation divisée en 3 temps : bonnes pratiques avant la réalisation d'un pilulier (temps 1), préparation du pilulier (temps 2) et questions complémentaires (temps 3).

Résultats

L'atelier s'est déroulé sur 5 jours, 58 IDE ont été évalués dans 19 services d'hospitalisation. La moyenne des notes était de 52.9/100 (26.4-84.5). Pour le temps 1, 69 % vérifiaient l'identité des patients, 71 % retiraient les comprimés nus du pilulier et 24 % se désinfectaient les mains avant la préparation des médicaments. Pour le temps 2, 10 % des IDE ont remarqué la prescription d'une double anticoagulation et 60 % ont vu l'erreur de concentration du KCl. Sur la cinétique des médicaments, 22 % ont remarqué la différence entre les formes LI/LP et 19 % ont utilisé la forme correctement prescrite. Seuls 43 % ont vu que le stylo d'insuline était périmé. A propos du médicament prescrit avec un dosage inexistant, 47 % ont placé un autre dosage sans faire changer la prescription. La traçabilité des stupéfiants était correcte dans 63 % des cas. Pour le temps 3, 86 % connaissaient la procédure de gestion du traitement personnel mais 14 % connaissaient le terme NE et pouvaient en citer 2 exemples.

Discussion / Conclusion

Les résultats ont permis de prioriser les sujets sur lesquels des rappels sont à effectuer : les bonnes pratiques liées à l'hygiène et les NE (anticoagulants, insulines). Des e-learning sur ces principales thématiques seront diffusés à l'ensemble du personnel de l'établissement. La session 2020 de l'atelier permettra d'évaluer l'évolution des résultats.

Orateur : Ducret E.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Administration, Sécurisation, Erreurs médicamenteuses

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000118

Retour d'expérience : déploiement de la dispensation hebdomadaire individuelle nominative à l'aide d'un automate surconditionneur en Accueil Familial Thérapeutique (AFT)

Rochereau F.[(1)], Tramier V.*[(1)], Vidal M.[(2)], Trouvé D.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH spécialisé, Ainay-le-Château

[(2)] Accueil familial thérapeutique, CH spécialisé, Ainay-le-Château

Résumé

Contexte

Dans notre établissement, environ 330 patients atteints de troubles mentaux sont hospitalisés et placés dans des familles appelées « accueillants familiaux thérapeutiques » (AcFT). Chaque médicament est délivré à la pharmacie pour un mois en sachet nominatif aux infirmiers, puis redistribué aux AcFT qui préparent et administrent chaque prise médicamenteuse aux patients. Afin de sécuriser cette prise en charge médicamenteuse (PECM), la dispensation hebdomadaire individuelle nominative (DHIN) est déployée depuis 11/2018 pour environ 90 patients à l'aide d'un automate surconditionneur.

Objectifs

L'objectif est d'évaluer la qualité des piluliers préparés par l'automate.

Matériels et méthodes

Les piluliers sont préparés par l'automate à 99.5 %. Un complément manuel est réalisé par les préparateurs en pharmacie (PPH). Une fois terminé, plusieurs contrôles sont réalisés : des piluliers sont identifiés par les PPH comme à risque d'erreurs d'après leur aspect visuel et sont contrôlés par les pharmaciens, des « doubles doses » sont signalées par l'automate et vérifiées par les PPH, une requête informatique permet d'identifier certaines doses manquantes et les non-conformités (NC) restantes sont rapportées par les AcFT formés à la détection de ces NC.

Résultats

190 683 doses unitaires ont été surconditionnées et réparties dans des semainiers (= 7 piluliers journaliers) pendant 34 semaines. 667 NC sont identifiées dont 581 sont liées à l'automate soit une moyenne de 3 NC pour 1 000 doses produites. Ce taux est inférieur à l'objectif fixé par le constructeur = 4‰. Cependant, il a été dépassé durant 9 semaines avec un maximum de 12.7‰. Les NC les plus fréquentes sont : doses manquantes : 1.4‰, doubles doses : 0.739‰, doses mal placées : 0.5‰.

Discussion / Conclusion

Le retour des NC signalées par les AcFT a permis un recueil exhaustif et donc une vérification du taux de conformité avancé par le constructeur. Ce taux, inférieur à ceux mentionnés dans la littérature pour des piluliers préparés manuellement [1], peut être considéré comme satisfaisant. Cependant, étant donné l'impossibilité de contrôler la totalité des piluliers préparés ; certains d'entre eux, non conformes à la prescription médicale, sont délivrés à des AcFT non professionnels de santé. Ces AcFT ont donc été formés et évalués au contrôle de ces piluliers afin de détecter les potentielles NC. Plusieurs raisons ont justifié l'acquisition de cet automate : le passage d'une dispensation mensuelle à une DHIN à effectif préparateur constant, la préparation automatisée sécurisée dans des piluliers journaliers (les AcFT ne préparent plus les prises médicamenteuses) et un gain de temps IDE. Un contrôle restera cependant nécessaire. L'enjeu est à présent de pérenniser la sécurité de cette PECM en AFT par un suivi constant de la qualité des piluliers produits par l'automate, par l'amélioration de la pertinence des contrôles réalisés à la pharmacie et par une réévaluation continue des AcFT à la détection des potentielles erreurs.

Références bibliographiques principales

M. Leroy, E. Moutel, C. Housset, J.L. Pons. Analyse de l'impact des mesures correctives apportées à la préparation de piluliers à dispensation nominative. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. Volume 51, Issue 4, December 2016, Pages 344-345

Orateur : Tramier V.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Contrôle de qualité, Systèmes de distribution des médicaments en doses unitaires, préparation de médicament

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000526

Acceptabilité des corticostéroïdes oraux en pédiatrie : résultats d'une étude observationnelle réalisée au sein de notre centre hospitalier

El Hamdaoui O.*[(1)], Vallet T.[(2)], Mahraoui C.[(3)], Berraho A.[(3)], Cherkaoui L. O.[(4)], Pense-Lheritier A.-M.[(5)], Bensouda Y.[(6)]

[(1)] Hôpital des spécialités, CH Ibn Sina (CHIS), Faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

[(2)] Recherche et développement, ClinSearch, Malakoff

[(3)] Hôpital des enfants, CH Ibn Sina (CHIS), Faculté de médecine et de pharmacie Université Mohammed V, Rabat, Maroc

[(4)] Hôpital des enfants, CH Ibn Sina (CHIS), Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

[(5)] Ecole de biologie industrielle, EBI, Cergy-Pontoise

[(6)] Hôpital des spécialités, CH Ibn Sina (CHIS), Faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Résumé

Contexte

L'acceptabilité des médicaments est aujourd'hui considérée comme un facteur clé de l'observance en pédiatrie. La palatabilité des produits joue un rôle central dans l'acceptabilité des traitements chez les enfants, or les corticostéroïdes sont fréquemment associés à des problèmes de goût.

Objectifs

L'objectif de cette étude observationnelle était d'évaluer l'acceptabilité des médicaments utilisés en pédiatrie au sein du Centre Hospitalier Ibn Sina (Maroc). Nous nous intéressons ici aux données sur les corticostéroïdes.

Patients et méthodes

Pour appréhender l'acceptabilité, une approche multivariée validée a été utilisée : CAST - ClinSearch Acceptability Score Test® [1,2]. Différentes mesures objectives ont été collectées pour de diverses prises de médicament en pédiatrie (e.g. résultat de la prise, réaction du patient, utiliser une boisson/aliment pour masquer le goût, écraser un comprimé qui ne peut être avalé). A partir de ces données standardisées, un référentiel basé sur l'analyse multidimensionnelle de plus de 2 300 évaluations provenant de six pays (FR, MA, NO, UK, IN, JP), permet d'obtenir des scores d'acceptabilité. Tout médicament peut être positionné sur une cartographie en 3 dimensions puis, en fonction de sa position, être associé à un profil d'acceptabilité : *Positively accepted* ou *Negatively accepted*.

Résultats

Le médicament était un corticostéroïde pour 119 (21 %) des 568 évaluations collectées au Maroc. L'âge influence l'acceptabilité de cette classe thérapeutique. En effet, les corticostéroïdes sont *Positively accepted* chez les enfants ≥ 6ans, *Negatively accepted* chez les enfants ≤ 2ans, et à cheval entre les deux zones de la cartographie pour la classe d'âge intermédiaire. Chez ces derniers, des différences apparaissent cependant en fonction des formulations. Ainsi, la solution buvable en gouttes de Bétaméthasone tend à être mieux acceptée que les comprimés effervescents de Prednisolone. Cette différence est notamment due à une dose prescrite plus couramment prise en intégralité (75 % et 61 % respectivement), à un temps de préparation et d'administration plus court (42 % et 4 % < 1 min), et à un plus faible recours à la contrainte (8 % vs 36 %).

Discussion / Conclusion

Ces résultats mettent en évidence des problèmes d'acceptabilité des corticostéroïdes chez les plus jeunes, et l'importance de la formulation en pédiatrie. Les pharmaciens pourraient remédier à ce problème lourd de conséquence en développant des préparations plus adaptées aux jeunes enfants.

Références bibliographiques principales

[1] Ruiz F., et al. Standardized method to assess medicines' acceptability: focus on paediatric population. J. Pharm. Pharmacol. 2017, 69(4), 406-416

[2] Vallet T., et al. Standardised evaluation of medicine acceptability in paediatric population: reliability of a model. J. Pharm. Pharmacol. 2018, 70(1), 42-50.

Orateur : El Hamdaoui O.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : corticostéroïde, pédiatrie, acceptabilité

Pays où le travail est effectué : Maroc

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000269

Evaluation à 3 ans de la mise en place d'une Dispensation Journalière Individuelle et Nominative automatisée pour des services de long séjour

Mennecier M.(1), Frapsauce A.(1), Delage C.*(1), Iskra F.(1), Fontan J.-E.(1), Bloch V.(1)

(1) Pharmacie, APHP - Hôpital Fernand-Widal, Paris

Résumé

Contexte

Depuis 3 ans, la Dispensation Journalière Individuelle et Nominative (DJIN) de tous les patients du site hospitalier est assurée à l'aide d'un automate de reconditionnement et de dispensation.

Objectifs

Une étude a été réalisée afin d'évaluer le temps nécessaire aux Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH) pour réaliser la DJIN à l'aide de l'automate et de trouver des points d'amélioration.

Matériels et méthodes

Sur les deux services de Long Séjour (LS), chacune des étapes de la DJIN a été chronométrée. Nous avons également analysé la part de complémentation manuelle, qui concerne les médicaments non stockés dans l'automate, et quantifié les retours de médicaments par les services.

Résultats

Notre évaluation a donc porté sur la préparation d'une semaine de DJIN, soit 497 piluliers pour 71 patients.

La durée totale de réalisation de ces piluliers est de 503 minutes (min): 78 min pour la manipulation de l'automate (16 %), 373 min pour la complémentation manuelle (74 %) et 52 min pour le contrôle et la facturation (10 %). La manipulation de l'automate comprend le lancement informatique (42 min), le lancement de l'automate (26 min) et la sortie des chariots de l'automate (10 min). La complémentation manuelle comprend l'édition des ordonnances (8 min), la préparation des médicaments des piluliers (52 min), la complémentation manuelle (285 min) et la préparation des médicaments hors piluliers (conditionnements trop volumineux) (28 min). Le contrôle pharmaceutique dure 25 min et la facturation aux services 27 min.

Au total, la DJIN hebdomadaire des deux services de LS nécessite 1 min/patient/jour et représente 0,24 équivalent temps plein (ETP) de PPH.

La complémentation manuelle était nécessaire pour 69 % des piluliers et concernait 31 % des unités finales des piluliers.

Les médicaments retournés à la PUI représentaient 7,7 % des unités dispensées et concernaient pour la plupart des prescriptions en « si besoin ».

Discussion / Conclusion

L'automatisation sécurise le circuit du médicament et diminue le temps nécessaire à la DJIN, mais l'intervention des PPH reste indispensable et chronophage. D'autant plus que le temps calculé ne tient pas compte du réapprovisionnement de l'automate, des changements de prescriptions et des nouvelles entrées de patients entre les dispensations hebdomadaires des services de LS.

Certains temps sont incompressibles, mais une réévaluation régulière des médicaments à disposition de l'automate permettra une optimisation du temps de complémentation manuelle.

Orateur : Delage C.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Pharmacie d'hôpital, Automatisation, Établissements de soins de long séjour

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000042

Prescriptions conditionnelles au sein de deux établissements : audit, résultats et axes d'amélioration

Détrée J.*[(1)], Bigot C.[(1)], Minier D.[(1)], Cloitre F.[(2)]

[(1)] Pharmacie, CH Romorantin, Romorantin-Lanthenay

[(2)] Pharmacie, CH Romorantin-Lanthenay, Romorantin-Lanthenay

Résumé

Contexte

La prescription conditionnelle (PC) est une prescription d'un médicament en dose variable en fonction de l'évaluation d'un ou plusieurs paramètres. Elle présente des risques pour le patient : traitement jamais ou systématiquement donné, surdosage (administrations répétées), absence de réévaluation.

Objectifs

Dans le cadre de la sécurisation de la prescription, un audit a été réalisé afin d'évaluer la conformité des PC dans 2 CH avec 2 logiciels d'aide à la prescription différents (LAP).

Matériels et méthodes

Un audit prospectif un jour donné a été réalisé, dans les services de SSR et EHPAD de l'hôpital H1 et SSR, EHPAD, USLD, médecine polyvalente (MP) et chirurgie (Ch) de l'hôpital H2. Les critères évalués sont la précision des conditions d'administrations (C1), du nombre maximal d'administrations par 24 h (C2) et de l'intervalle entre 2 prises (C3).

Résultats

Dans l'hôpital H1 parmi les 62 patients audités, 47 (76 %) ont au moins 1 PC. Les conditions d'administration (CA) sont précisées à 20,5 % en EHPAD et 18,8 % en SSR. Le nombre d'administrations par 24 h est spécifié à 93,8 % en SSR et 96,2 % en EHPAD. L'intervalle entre 2 prises est noté à 93,8 % en SSR à 94,9 % en EHPAD.

Dans l'hôpital H2 parmi les 174 patients audités, 122 (70 %) ont au moins 1 PC. Les CA sont précisées à 69 % en MP, 35,3 % en Ch, 41,9 % en SSR, 23,3 % en EHPAD et 27,3 % en USLD. Les résultats de C2 et C3 sont respectivement de : 81 et 100 % en MP ; 100 et 88.2 % en Ch ; 90.3 et 96.8 % en SSR ; 96.7 et 100 % en EHPAD ; 100 et 97 % en USLD.

Les PC concernent 27 classes thérapeutiques dans H1 et H2 dont majoritairement des antalgiques, laxatifs, anti-diarrhéiques. De plus, des PC ne sont pas réévaluées depuis plus d'un an dans les services de long séjour.

Dans H1, cet audit a été présenté en CoMéDiMS. Les médecins ont décidé de réévaluer les PC de plus de 6 mois. Des interventions systématiques du pharmacien sur les PC avec des CA non établies sont réalisées.

Dans H2, des évolutions sont possibles : le paramétrage du LAP afin de rendre obligatoire l'item C1 et la création de protocoles de PC. De plus tout comme pour H1, une réévaluation des PC est nécessaire. Ce travail sera exposé en CME et CoMéDiMS afin de décider des axes d'amélioration.

Discussion / Conclusion

Cet audit a mis en évidence un manque de précision sur les CA et une réévaluation insuffisante des PC.

Un nouvel audit est prévu pour évaluer l'impact des actions mises en place sur la qualité des PC. De plus, une enquête va être menée sur l'interprétation des CA par les IDE lorsqu'elles sont approximatives.

Orateur : Détrée J.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Revue des pratiques de prescription des médicaments, Qualité des soins de santé, Prescription inappropriée

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000114

Sur-étiquetage des médicaments non unitaires : quand la pharmacie à usage intérieur se substitue aux laboratoires pharmaceutiques

Dobremez V.[1], Matyjaszczyk S.[2], Berger S.[3], Rey N.[1], Collomb M.*[4]

[1] Pharmacie, CH Saint-Laurent-du-Pont, Saint-Laurent-du-Pont

[2] Qualité, CH Voiron, Voiron

[3] Qualité, CH Saint-Laurent-du-Pont, Saint-Laurent-du-Pont

[4] Pharmacie, CH Voiron, Voiron

Résumé

Contexte

Sur les 410 lits de notre établissement, 78 % bénéficient de la Dispensation Hebdomadaire Individuelle et Nominative (DHIN). Le conditionnement primaire des spécialités n'est pas toujours adapté à la délivrance à l'unité (ne reprend pas toutes les mentions obligatoires pour l'identification : présentation non unitaire). Le sur-étiquetage, moins onéreux et plus facile à mettre en œuvre que le reconditionnement, devient alors une étape indispensable, afin de respecter l'arrêté du 6 avril 2011.

Objectifs

Evaluer l'impact organisationnel et financier de l'activité de surétiquetage.

Matériels et méthodes

Tous les médicaments per os en forme sèche non unitaire sont concernés par le sur-étiquetage, sauf ceux conditionnés en vrac et sachets, exclus de la DHIN. Critères évalués : nombre (nb) et type de spécialités concernées, nb d'Unités Communes de Dispensation (UCD) concernées, coût annuel des plaquettes autocollantes (consommables), temps consacré.

Résultats

Le livret thérapeutique contient 306 spécialités per os en forme sèche, dont 33 % (n = 102) ne sont pas présentés en conditionnement unitaire (21 % des UCD). Certaines sont des Médicaments à Marge Thérapeutique Etroite (MMTE), comme les Antivitamines K ou le Méthotrexate. Le temps moyen dédié par jour est de 76 minutes (min) préparateur (2.6 secondes par UCD), 5 min pharmacien et 15 min agent administratif. Le coût annuel des consommables est de 3 552 euros en 2019. Le logiciel (module web) est gratuit, 4 références non enregistrées dans la base de données ont fait l'objet d'une demande de création.

Discussion / Conclusion

Le sur-étiquetage permet de respecter les obligations réglementaires de la DHIN pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse. C'est une activité supplémentaire assumée par la pharmacie à usage intérieur. Avantages : facilité, coût inférieur au reconditionnement, mais aussi conservation de la date de péremption initiale et conservation du conditionnement primaire. Le sur-étiquetage est également plus sécuritaire en permettant de s'affranchir de la déblistérisation. Difficultés rencontrées : temps nécessaire, mauvaise impression des plaquettes autocollantes, police parfois petite rendant difficile la lecture de l'UCD.

Au sein des groupements d'achat, les pharmaciens doivent privilégier les présentations en doses unitaires identifiables. Les recommandations de l'ANSM publiées en janvier 2018 (1) visent à standardiser la place des mentions utiles à la sécurité des patients et au bon usage du médicament. N'étant pas respectées par tous les laboratoires, même pour des MMTE, légiférer serait nécessaire.

Références bibliographiques principales

1. Etiquetage des médicaments sous forme orale solide (hors homéopathie). Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé, Janvier 2018

Orateur : Collomb M.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Dispensation et distribution de médicaments à l'hôpital, Sécurité des patients, Etiquetage de médicament

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000242

Élaboration d'un abaque de standardisation des doses d'infliximab

Faucitano A.*(1), Armand A.(1), Roselli A.(1), Legrand C.(2), Berthelet O.(2), Rabatel G.(1)

(1) Pharmacie, CH Métropole Savoie - Hôpital de Chambéry, Chambéry

(2) Hépato-gastroentérologie, CH Métropole Savoie - Hôpital de Chambéry, Chambéry

Résumé

Contexte

Dans notre centre hospitalier, les administrations d'infliximab pour les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin, sont réalisées à l'hôpital de jour de médecine. Les flacons d'infliximab 100 mg sont dispensés au service ; les poches sont préparées par les infirmières. Les doses théoriques d'infliximab correspondent rarement à des multiples de flacons. Néanmoins, les médecins effectuent parfois des arrondis de dose (ADD) ce qui facilite la préparation par les infirmières et limite la perte de produit.

Objectifs

Nous avons souhaité évaluer les ADD, entre la dose théorique et la dose prescrite d'infliximab, actuellement faits par les médecins. L'objectif de cette étude est d'établir un abaque de doses standardisées en fonction du poids du patient.

Patients et méthodes

Une étude rétrospective des doses administrées d'infliximab a été réalisée en incluant tous les patients ayant eu une administration sur le premier semestre 2019. Pour chaque patient, les données suivantes ont été relevées pour toute cure administrée entre le 1er janvier 2017 et le 30 juin 2019 : spécialité (princeps ou biosimilaire), date d'administration, poids (kg), posologie (mg/kg), dose administrée (mg), ADD correspondant à la différence entre la dose théorique et la dose administrée (%).

Résultats

L'étude a concernée 34 patients. Sur la période étudiée, 375 poches d'infliximab ont été administrées pour des doses comprises entre 200 mg et 1 200 mg. La posologie de 5 mg/kg est la plus fréquente (n = 23 ; 68 %). Trois patients sont à la posologie de 10 mg/kg et 8 patients ont eu une variation de posologie de 5 à 10 mg/kg ou inversement. Les intervalles de doses en mg les plus prescrits sont : [275-300] (18 %), [451-500] (13 %), [375-400] (12 %), [325-350] (10 %), [801-900] (10 %) pour des poids allant de 44 à 116 kg. Dans 31 % des cas, la dose administrée correspond à la dose théorique. L'ADD est de ± 5 % pour 51 % des cas, compris entre 5 et 10 % pour 13 % des poches et supérieur à 10 % pour 5 % des poches.

Discussion / Conclusion

Un abaque de dose standardisée d'infliximab a été validé en concertation avec les gastro-entérologues. Un écart maximal de 10 % par rapport à la dose théorique a été toléré, conformément aux données de la littérature pour les anticorps monoclonaux. Ainsi, 8 intervalles de poids ont été définis pour la posologie de 5 mg/kg et 9 intervalles pour 10 mg/kg. Une réflexion est en cours sur la prise en charge de la préparation des poches d'infliximab par l'unité de reconstitution centralisée des cytotoxiques de la pharmacie.

Références bibliographiques principales

L. Sauvaget « Standardisation des doses (ou « dose-banding ») des médicaments injectables : Application à deux principes actifs l'aciclovir et l'infliximab ». Thèse pharmacie 14/04/2019 Université de Bordeaux

Orateur : Faucitano A.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Arrondi de dose, Standardisation, Biothérapie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000145

Formation des infirmiers sur les médicaments biosimilaires : mesure de l'amélioration de leurs connaissances et de leur sûreté

Petit M.*(1), Rive S.(2), Folliard C.(1), Devys C.(1)

(1) Pharmacie, Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) - Site Paul Papin, Angers

(2) Qualité, Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) - Site Paul Papin, Angers

Résumé

Contexte

Les biosimilaires sont de plus en plus nombreux sur le marché et comportent des spécificités liées aux médicaments biologiques. Les IDE (Infirmier Diplômé d'Etat), qui sont les premiers interrogés par les patients, sont demandeurs de formation pour pouvoir répondre à ces interrogations.

Objectifs

Les objectifs sont de réaliser un état des lieux des connaissances des IDE sur les biosimilaires en prenant en compte leur sureté, leur apporter des connaissances supplémentaires sur ces médicaments et de mesurer l'amélioration de leurs connaissances et de leur sûreté.

Matériels et méthodes

Le questionnaire a été conçu en simplifiant un questionnaire existant sur les biosimilaires émis par l'OMEDIT des Pays de la Loire, questionnaire qui était adapté aux pharmaciens et aux médecins.

Le questionnaire a été effectué auprès d'IDE de deux services : Le service d'oncologie médicale (OM) ambulatoire et le service d'OM conventionnelle, il a été réalisé de façon individuelle, « à la volée » dans le couloir du service et durait 5 à 10 minutes. Le questionnaire est constitué de 4 questions à choix multiples (QCM). Sont attribués pour chaque QCM : 2 points si pas d'anomalie, 1 point si 1 anomalie, 0,5 point si 2 anomalies et 0 point si au moins 3 anomalies. Chaque QCM comporte un indice de sûreté de 0 à 5 qui permet de mesurer la confiance aux réponses émises.

La présentation est organisée en groupe et dure 15 à 20 minutes. Juste après la présentation les IDE répondent individuellement au même questionnaire pour pouvoir comparer les résultats.

Nous avons obtenu 25 répondants avant la formation et 18 répondants après la formation dont 12 communs au premier questionnaire. On ne comparera que les résultats des 12 répondants communs. Ce travail s'est déroulé de février à avril 2019.

Résultats

Avant la formation, les moyennes des totaux du nombre de points et de l'indice de sureté sont respectivement de 3,04/8 et de 3,75/20. Après la formation ils sont respectivement de 5,08/8 et de 11,83/20. Le nombre de points est significativement supérieur après la formation avec un $p < 0,001$ (test de comparaison de moyenne). L'indice de sureté a plus que triplé.

Discussion / Conclusion

Il y avait une méconnaissance générale des biosimilaires avant la formation. Non seulement les IDE ont améliorés leurs connaissances sur le sujet, mais ils sont conscients de leur amélioration. On pourrait se demander quels seraient les résultats d'un questionnaire réalisé à distance de la formation.

Les IDE formés seront plus à même de répondre aux premières interrogations du patient.

Orateur : Petit M.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Formation continue, Questionnaire, Biosimilaires

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000409

Audit des prescriptions en pédiatrie : première étape vers la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

Ratsimbazafy C.*[(1)], Cornillet N.[(1)], Agar J.[(1)], Ghazouani A.[(1)], Raffo E.[(2)], Dupont C.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, Paris

[(2)] Pédiatrie, Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, Paris

Résumé

Contexte

Le service de pédiatrie créé en 2017 accueille des patients de neurochirurgie (NCH), neuroradiologie interventionnelle (NRI), ophtalmologie (OPH) et oto-rhino-laryngologie (ORL). La variabilité des âges, des pathologies traitées, des nationalités et des prescripteurs en font une population à risque. En 2018, un premier audit a été mené dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse. Depuis, l'interne en Pharmacie est présent 2 à 5 matinées par semaine dans le service et réalise quotidiennement l'analyse pharmaceutique des prescriptions informatisées (politique institutionnelle). Il semblait donc approprié de faire un nouvel audit.

Objectifs

Réaliser un audit sur les prescriptions et comparer les résultats à ceux de 2018.

Matériels et méthodes

Etude prospective : analyse pharmaceutique quotidienne de niveau 2 en Pédiatrie (13 lits) par l'interne et identification des écarts selon la grille d'audit validée par la CoMéDiMS en 2018.

Résultats

Du 03/12/2019 au 31/01/2020, 102 enfants ont été hospitalisés (sex ratio = 1.17, âge médian = 8.8 ans (de 27 jours à 22 ans)) dont 52.9 % en NCH, 31.4 % en OPH, 10.8 % en NRI et 4.9 % en ORL. Pour la NCH et NRI, les prescriptions étaient réalisées par des séniors ou des internes, et pour l'OPH et l'ORL seulement par des internes.

Sur 658 lignes de prescription analysées, 5.8 % n'étaient pas conformes et 32 écarts ont été observés. Les plus fréquents étaient : taille ou poids de l'enfant non renseigné (écart 1 ; 9.8 %), erreur de posologie (écart 2 ; 3.1 %), prescription de médicament hors livret alors qu'un équivalent est référencé (écart 10 ; 1.5 %), voie d'administration inappropriée (écart 5 ; 1.0 %).

Par rapport à l'audit de 2018, nous constatons une diminution de tous les écarts, sauf des écarts 1 (+2.0 %) et 10 (+1.2 %).

Discussion / Conclusion

Nous avons observé une amélioration globale des prescriptions par rapport à 2018. En effet, la moitié des patients étaient pris en charge par des séniors expérimentés et sensibilisés. De nombreux protocoles ont été créés dans le logiciel, sécurisant également les prescriptions. L'investissement de l'interne en Pharmacie dans le service de Pédiatrie a permis de prévenir les non-conformités et ainsi de contribuer à leur diminution. Un audit sur l'administration est en cours. Cette EPP aboutira à la rédaction d'un guide de bonnes pratiques « de la prescription à l'administration ».

Références bibliographiques principales

Haute Autorité de Santé. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. 2013
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.
Fontan JE, et al. L'administration des médicaments à l'enfant hospitalisé. Arch Pediatr. 2004 Oct;11(10):1173-84.

Orateur : Ratsimbazafy C.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Gestion des risques, Pédiatrie, Revue des pratiques de prescription médicamenteuse

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000101

Etat des lieux national de l'utilisation dans les pharmacies à usage intérieur d'un robot de dispensation globale

Moreau C.[(1)], Chazaud C.*[(1)], Rousseau A.[(1)], Herment N.[(1)], Bonnefous J.-L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Fleyriat, Bourg-en-Bresse

Résumé

Contexte

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est une priorité que l'on retrouve notamment dans le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins. Ainsi, les pharmacies à usage intérieur (PUI) se sont robotisées pour diminuer les erreurs de délivrance. Notre étude s'axe sur un robot de dispensation globale utilisé dans 34 PUI dont celle de notre Centre Hospitalier (CH). Ils ont modifié la manière de travailler, mais ont aussi soulevé des problématiques liées à l'automatisation des activités.

Objectifs

L'objectif de notre étude est de faire un état des lieux sur l'utilisation de ce robot au niveau national afin d'optimiser son utilisation dans notre CH.

Matériels et méthodes

Dans un premier temps, nous avons fait un état des lieux des PUI équipées de ce robot de dispensation globale. Puis, nous avons réalisé une enquête du 26 août au 20 octobre 2019 par l'envoi d'un questionnaire aux 34 PUI possédant ce robot. Les items portaient sur l'utilisation générale (6), la gestion des entrées (2), des sorties (6) et des retours de médicaments (3) ainsi que sur la satisfaction des équipes utilisatrices (2).

Résultats

Sur les 34 PUI concernées par l'étude, 79 % (27) ont répondu. L'entrée dans le robot se fait dans 41 % (11) des PUI par les magasiniers et les préparateurs, dans 33 % (9) par les magasiniers et dans 26 % (7) par les préparateurs. La dispensation nominative (DN) a été mise en place dans 41 % (11) des PUI, et 59 % (16) des PUI n'ont pas de DN, expliquant ainsi qu'en majorité (74 %), les PUI délivrent les médicaments à la boîte. Concernant les retours des médicaments, 30 % des PUI (8) ont une procédure écrite, 96 % (26) les remettent dans le robot, 48 % (13) utilisent des boîtes vierges pour les re-stocker dans le robot. Les avantages mentionnés du robot sont un gain de temps, un usage simple, une sécurisation de la dispensation et une gestion de stock facilitée. Les inconvénients cités sont des problèmes informatiques et des pannes fréquentes, un gaspillage de médicaments lors de retour sans boîte, une réponse longue entre la demande et la sortie du produit. Au total, 96 % (26) des PUI sont satisfaites.

Discussion / Conclusion

Cette étude nous a permis de comparer notre utilisation du robot avec d'autres établissements et a montré une diversité d'utilisation. Cependant, les problèmes rencontrés sont similaires. Ainsi, nous allons pouvoir modifier nos pratiques en développant un protocole pour la gestion des retours pour diminuer le gaspillage et optimiser l'utilisation de ce robot.

Orateur : Chazaud C.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Dispensation globale, Robotisation, Satisfaction

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000470

Les achats pour compte : la face cachée des indisponibilités médicamenteuses

Decoene A.*[(1)], Queruau-Lamerie T.[(1)], Abou Daher F.[(1)], Danicourt F.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Dunkerque, Dunkerque

Résumé

Contexte

Les ruptures d'approvisionnement rythment le quotidien des pharmaciens hospitaliers. La recherche d'alternatives thérapeutiques impacte nos circuits d'approvisionnement d'un point de vue organisationnel et économique avec la mise en place d'achat pour compte (APC).

Objectifs

Comparaison de 2 méthodologies de valorisation des APC afin d'optimiser leur gestion.

Matériels et méthodes

Sur une période de 6 mois, analyse rétrospective de toutes spécialités commandées chez un fournisseur différent et présentant un prix unitaire hors taxe (PU HT) supérieur à ceux en marché (extraction Business Object©). Puis, comparaison avec notre tableau récapitulatif des difficultés d'approvisionnement et celui des réclamations des APC réalisées.

Résultats

Au total, 267 lignes ont été commandées chez un fournisseur différent, 34 ont un PU HT inférieur à celui en marché. Sur les 233 potentiellement valorisables : 128 sont la conséquence directe d'une difficulté d'approvisionnement (rupture, contingentement) soit un total de 40 369 €.

En réalité, 29 APC (22,6 %) ont été valorisés pour un total de 14 170 €. 97 % des avoirs reçus ont été valorisés en titre de recette. 2 réclamations ont été refusées par les laboratoires.

Discussion / Conclusion

La contrainte déclarative de la saisie manuelle entraine des oublis de valorisation. Au vu de la perte financière non négligeable, un premier axe d'amélioration est la réalisation hebdomadaire de l'extraction BO afin d'automatiser la réclamation de l'APC auprès du laboratoire défaillant par l'émission d'un courrier pré rempli. Dans un second temps et dans la mesure du possible, la valorisation comptable des avoirs devra être imputée à la spécialité pour conserver un prix unitaire moyen pondéré (PUMP) cohérent.

Orateur : Decoene A.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : économie, rupture, pharmacie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000424

Evaluation de la satisfaction patients lors des rétrocessions

Rucheton H.[(1)], Marquet D.[(1)], Saurel N.[(1)], Bucquet I.[(1)], Plocco P.*[(1)], Hermelin-Jobet I.[(1)]

[(1)] Pharmacie/ stérilisation, CHR Orléans - Hôpital de La Source, Orléans

Résumé

Contexte

La rétrocession est une des missions principales de la PUI (pharmacie à usage intérieur).

Suite à la construction du nouvel hôpital, nous avons voulu évaluer la satisfaction des patients de rétrocession, car la PUI est restée dans les anciens locaux et se trouve donc à distance (plusieurs centaines de mètres) des services de consultation et d'hospitalisation.

Objectifs

L'objectif principal de cette étude étant de trouver des axes d'amélioration de notre prise en charge des patients en rétrocession.

Matériels et méthodes

Un questionnaire a été établi et validé. Une version anglaise et en arabe étaient disponibles si besoin.

Les questionnaires étaient remis au secrétariat pendant l'enregistrement administratif et une fois remplis ils étaient remis au préparateur hospitalier en charge de la rétrocession.

Résultats

Après 4 semaines, nous avons récolté 225 questionnaires pour 641 rétrocessions sur la période, soit un taux de réponse de 35,1 %. Tous les questionnaires étaient en Français avec un ratio homme/femme de 1,18. Au niveau du profil des patients, il s'agissait principalement de personnes entre 50 et 65 ans (38 %), venant déjà à l'hôpital pour leur traitement personnel (64.4 %) et cela depuis plus de 1 an (64 %). Et dans 91 % des cas le traitement était disponible immédiatement. La principale difficulté rencontrée était le problème de stationnement pour 58 % des patients. Sur le volet de l'information et de l'accessibilité, 78 % des patients avaient connaissance de la disponibilité en pharmacie hospitalière. Dans 39 % des cas, ils n'avaient pas reçu l'information sur la localisation à la PUI. L'item conseils pharmaceutiques à la dispensation était mentionné pour 42 % des questionnaires et la remise d'une fiche explicative sur la prise du traitement étaient réalisée dans 23 % de celles-ci. Le temps d'attente était estimé trop long par les patients dans 48 %. La note moyenne obtenue était de 4,3/5 donnée exploitable pour 68 % des fiches de questionnaire et inexistante dans 32 % des cas.

Discussion / Conclusion

Suite à ce constat, il a été possible de déterminer des axes d'amélioration comme :

- Essayer de diminuer le temps d'attente (renfort de personnel sur les périodes de plus forte affluence 10h-12h et 14h-16h)
- Prévoir des formations du personnel préparateur en pharmacie hospitalière de rétrocession afin de mieux répondre aux attentes des patients.
- Améliorer la confidentialité, demande d'aménagement de l'accueil patient en cours.
- Zone parking à matérialiser au sol afin de renforcer la signalétique « réservée patients pharmacie »

La méconnaissance des patients sur le circuit de la rétrocession a été observée, il sera nécessaire de réaliser une affiche explicative pour informer les patients sur les modalités de la rétrocession hospitalière.

Orateur : Plocco P.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Enquêtes et questionnaires, Systèmes hospitaliers de dispensation et de distribution de médicaments, Satisfaction des patients

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000261

Suivi des prescriptions d'immunoglobulines polyvalentes humaines intraveineuses

Marchand M.*(1), Plaidy P.(1), Laudet M.(1), Boyer A.(1), Sautou V.(2)

(1) Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Estaing, Clermont-Ferrand

(2) Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

Résumé

Contexte

En juin 2018, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) publie la hiérarchisation des indications des immunoglobulines (IG) polyvalentes humaines. Cette hiérarchisation intervient dans un contexte de pénurie pour épargner les IG et favoriser leur bon usage.

Objectifs

Etablir un état des lieux des prescriptions d'IG intraveineuses (IV) de notre Centre Hospitalier Universitaire (CHU) pour évaluer la conformité des indications et des posologies avec les priorisations de l'ANSM. Evaluer l'impact des priorisations sur la consommation d'IG IV.

Matériels et méthodes

Nous avons élaboré un registre Excel des patients ayant reçu des IG IV depuis juin 2018 en pédiatrie, hématologie et médecine interne. Ce registre a été complété via l'historique des dispensations et les dossiers patients informatisés. Pour chaque dispensation différents critères tels que l'indication, le dosage des IgG, la posologie, la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ont été comparés aux exigences de l'ANSM pour évaluer leur conformité. Les quantités en grammes d'IG IV dispensées un an avant et un an après la mise en place des priorisations ont été comparées.

Résultats

Parmi les 207 patients ayant reçu des IG IV de juin 2018 à décembre 2019 : 46 % en ont eu pour une indication prioritaire, 45 % pour une indication à réserver aux urgences vitales et/ou fonctionnelles et/ou en cas d'échec des alternatives, 1 % pour des indications non prioritaires. 8 % dans des indications hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). 70 % des prescriptions sont conformes aux exigences de l'ANSM. Les non-conformités les plus fréquentes sont : les prescriptions hors AMM (24 %), l'absence de RCP (19 %), un dosage d'IgG à l'initiation non conforme (18 %) ou absent (8 %), l'absence d'avis de centre de référence (11 %). 66 % des patients ont reçu des posologies recommandées par l'ANSM. Un an après la mise en place des priorisations la consommation en IG IV a baissé de 30 %.

Discussion / Conclusion

Les taux de conformités sont satisfaisants mais doivent être améliorés. Certains critères cliniques de l'indication relèvent de l'appréciation médicale et ne sont pas vérifiés par le pharmacien. La baisse des quantités consommées suit la tendance nationale annoncée par l'ANSM. Ces résultats seront étendus aux IG par voie sous-cutanée et présentés en commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles pour sensibiliser les prescripteurs et favoriser le bon usage des IG.

Références bibliographiques principales

Hiérarchisation des indications des immunoglobulines humaines polyvalentes. Version du 02.05.2018. Disponible sur : https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/807a7b731835784cc33dab2142f07f41.pdf

Orateur : Marchand M.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Evaluation de la prescription des médicaments, Suivi pharmaceutique, Immunoglobulines intraveineuses

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000108

Circuit du Venetoclax : analyses des pratiques du lien « ville – hôpital »

Chambault R.[(1)], Desbouges J.-B.[(1)], Vinson C.[(1)], Wolff E.*[(1)], Puisset F.[(1)], Perriat S.[(1)], Canonge J. M.[(1)]

[(1)] Pharmacie, IUCT Oncopole, Toulouse

Résumé

Contexte

Depuis juin 2018, le venetoclax, est dispensé en officine. Son initiation nécessite une augmentation progressive des doses (5 paliers de 7 jours). L'initiation du 1er palier est préconisée en milieu hospitalier avec une surveillance spécifique et une hospitalisation doit être envisagée à chaque augmentation de dose en fonction du risque réévalué. La mise en place d'un lien entre les pharmaciens de ville et à l'hôpital est indispensable durant cette période de titration. Des dépannages (*ie* une dispensation par la pharmacie hospitalière qui pèse sur le budget hospitalier) peuvent être mis en place afin d'assurer la continuité du traitement.

Objectifs

L'objectif est d'évaluer le coût lié au maintien de la continuité de traitement pour les patients sortant d'hospitalisation sous venetoclax et de valider la pérennité de ce circuit.

Matériels et méthodes

Les prescriptions informatisées des patients hospitalisés de janvier 2018 à juillet 2019 ont été analysées rétrospectivement : indications, durée d'hospitalisations, posologies, durée des paliers d'augmentation de dose, effets indésirables majeurs et dépannages effectués dans le cadre du lien « ville-hôpital ».

Un benchmarck a ensuite été mené auprès de 5 centres hospitaliers concernant la gestion de la continuité de traitement chez ces patients.

Résultats

Durant les 18 mois analysés, 27 patients ont été traités par venetoclax dans notre centre. 96 % ont été hospitalisés pour initier le traitement. La durée moyenne d'hospitalisation des patients est de 6.3 jours [3-11 jours]: 11 patients (40 %) ont réalisé l'initiation du 1er palier de dose en hospitalisation, 6 patients (22 %) le 1er palier et l'initiation du 2ème et 7 patients (27 %) sont restés hospitalisés jusqu'à l'initiation du 3ème palier. 5 patients (18 %) ont présenté des signes cliniques de syndrome de lyse et 4 (15 %) des stigmates biologiques. Au total, 21 dépannages aux divers paliers de doses ont été fait pour assurer la continuité de traitements des patients. Le coût total de cette activité a été estimé à 1 473,19 € soit un coût moyen de 54,56 € par patient.

Parmi les différents sites (centre hospitaliers et centre de lutte contre le cancer) interrogés, la titration débute systématiquement en hospitalisation traditionnelle. 75 % des centres font de la conciliation ou des entretiens pharmaceutiques. La continuité de traitement entre chaque palier s'avère être un point critique pour tous les établissements, induisant des pratiques très hétérogènes : dépannage, dotations…

Discussion / Conclusion

La faible durée d'hospitalisation lors de l'initiation ne permet pas toujours d'anticiper la sortie du patient. Néanmoins l'activité de dépannage reste faible tant en nombre qu'en coût. L'analyse effectuée met en avant la nécessité du lien ville hôpital dès l'initiation de traitement afin de s'affranchir de toute interruption de traitement.

Orateur : Wolff E.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : delivery of health care, drug costs, venetoclax

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000014

Divalproate de sodium : impact de l'obligation d'accord de soins sur les prescriptions en établissement de santé

Dufossé M.[(1)], Georges L.*[(1)], Compagnon M.[(1)], Pons D.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Philippe Pinel, Amiens

Résumé

Contexte

Après la médiatisation des effets tératogènes des dérivés du valproate de sodium, l'ANSM a rendu obligatoire en mai 2015 un formulaire d'accord de soins signé annuellement par le spécialiste et la patiente pour leur dispensation. En juillet 2017 puis en septembre 2018, ce formulaire a été modifié et un rappel a été fait à ce propos.

Objectifs

Evaluer l'impact de cette décision sur les prescriptions et la consommation de divalproate dans notre établissement.

Patients et méthodes

A partir de notre logiciel de prescription, nous avons étudié les ordonnances de patients sous divalproate de sodium entre mai 2014 et mai 2019. A partir de ces données, nous avons compté par mois le nombre de patients sous divalproate selon le sexe. Les volumes de consommation en mg ont été relevés annuellement à partir du logiciel de gestion des stocks.

Résultats

Nous avons compté en moyenne 40 patients (22 hommes, 18 femmes) dont 4,5 nouveaux (2,3 hommes, 2,2 femmes) par mois de mai 2014 à mai 2015, 41 patients (23 hommes, 19 femmes) dont 4 nouveaux (2,3 hommes, 1,6 femmes) par mois de mai 2015 à juillet 2017, 41 patients (28 hommes, 13 femmes) dont 2,6 nouveaux (1,7 hommes, 0,9 femmes) par mois de juillet 2017 à septembre 2018 et 42 patients (29 hommes, 13 femmes) dont 2,6 nouveaux (2,0 hommes, 0,6 femmes) par mois de septembre 2018 à mai 2019. Les consommations annuelles étaient de 11 146,25 g en 2014, 12 646,75 g en 2015, 11 291,25 g en 2016, 12 001,5 g en 2017 et 12 356,5 g en 2018.

Discussion / Conclusion

L'obligation d'un accord de soins fait diminuer le nombre d'instaurations de traitement par divalproate chez les femmes dès mai 2015 et après chaque rappel de l'ANSM. Aussi, la moyenne mensuelle de patientes sous divalproate diminue à partir de juillet 2017, date du premier rappel, et se stabilise par la suite. Concernant les hommes, le nombre moyen de nouveaux patients reste constant, et la moyenne mensuelle de patients sous divalproate augmente à partir de juillet 2017. Les consommations annuelles restent stables. Ce produit reste prescrit chez les patients et patientes pour qui il est indispensable. Pour étudier l'impact sur les prescriptions des patientes diagnostiquées après mai 2015, une étude de ces mêmes paramètres pour les autres thymorégulateurs (lithium, carbamazépine, lamotrigine…) serait pertinente.

Orateur : Georges L.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Divalproate de sodium, Troubles bipolaires, Évaluation de la prescription des médicaments

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000471

1 an de sérialisation : retour d'expérience

Decoene A.*(1), Queruau-Lamerie T.(1), Abou Daher F.(1), Danicourt F.(1)

(1) Pharmacie, CH Dunkerque, Dunkerque

Résumé

Contexte

Suite à l'entrée en application le 09 février 2019 de la directive européenne 2011/62/UE relative à la sérialisation, notre établissement s'est doté du logiciel NEWAC couplé à MAGH2 pour réaliser la réception des spécialités médicamenteuses et le décomissionnement des spécialités sérialisées.

Objectifs

Réalisation d'un état des lieux de la mise en place de la sérialisation au sein de notre établissement.

Matériels et méthodes

Sur une période d'1 an, analyse rétrospective des réceptions de spécialités médicamenteuses concernées par la sérialisation en abordant les items : présence d'un numéro de série, gestion des différentes alertes de contrefaçon, temps consacré à l'activité.

Résultats

Au total, 50,7 % de nos spécialités réceptionnées présentées un numéro de série avec un taux croissant de produits sérialisés : 6,67 % ; 50,51 % ; 84,68 % respectivement pour février 2019, juillet 2019 et janvier 2020. 413 lignes de commande ont été concernées par une alerte de sérialisation soit 195 commandes. 93,47 % étaient des alertes de niveau 5 (potentiel contre façon). Le nombre d'alerte est croissant sur le premier semestre allant jusque 96 alertes recensées en juillet puis diminue pour atteindre 12 en décembre. 62 alertes on fait l'objet d'une investigation auprès du laboratoire : toutes se sont soldées par la réception et le stockage du produit. Le délai moyen de réponse des laboratoires étaient de 2 jours. Au cours du premier semestre, le temps de connexion était de 2 min 30 pour 15 boites. A ce jour, ce temps a diminué à moins d'1 min pour 15 boites.

Discussion / Conclusion

La mise en place de la sérialisation a permis de sécuriser d'avantage le circuit du médicament mais a eu un impact organisationnel sur notre réception et le temps consacré à cette activité. De plus, la gestion des alertes de sérialisation est une activité à part entière et nécessite une réponse rapide des laboratoires pour ne pas créer des ruptures de stock. En axe d'amélioration, nous mettons en place le contrôle des dispositifs d'inviolabilité afin de compléter l'acte de décomissionnement et nous optimisons notre gestion de périmés/vigilance au travers de numéro de lot et date d'expiration recueillies au travers du scannage des boites.

Orateur : Decoene A.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : logistic, pharmacy, drug law

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000164

La traçabilité de la réévaluation des antibiotiques et des antifongiques est-elle plus complexe que prévue ?

Collet C.-E.*(1), Marie C.(1), Deloison E.(1), Saint-Lorant G.(1), Benoist H.(1)

(1) Pharmacie, CHU Caen Normandie, Caen

Résumé

Contexte

Malgré les avantages de la réévaluation des anti-infectieux (RAI) (diminution de l'émergence de la résistance bactérienne, des effets indésirables et des coûts), les médecins ne tracent pas systématiquement leur RAI. Un audit a été réalisé en 2017 dans un centre hospitalier universitaire sur la traçabilité de la RAI à 48/72 h rapportant une RAI de 18 %. Début 2019, suite à l'implantation de la traçabilité informatique des RAI à 7 jours, un nouvel audit a été réalisé.

Objectifs

Comparer le taux de traçabilité de la RAI effectuée à 48/72 h entre 2017 et 2019 et évaluer le taux de RAI à 7 jours.

Matériels et méthodes

Les réévaluations des 10 antibiotiques et 2 antifongiques les plus critiques ont été extraites de l'outil de traçabilité des réévaluations présentes dans le logiciel d'aide à la prescription (USV2 Crossway®). Ces données ont été croisées et analysées avec les données du logiciel d'aide à la dispensation (Pharma®). Recueil sur 2 semaines des prescriptions antibiotiques (ATB) par la pharmacie dans un centre hospitalier universitaire de 1 495 lits. Les services non informatisés ont été exclus (80 lits).

Résultats

En 2019, la RAI à 48/72 h est réalisée en moyenne à 3,3 jours. Elle est tracée dans 11 % des cas dans le module de réévaluation *vs* 18 % en 2017. 28 RAI (10,6 %) sur 264 RAI théoriques (RAIT) à 48/72 h ont été réalisées pour le linézolide *vs* 14 RAI (7 %) en 2019 sur 200 RAIT. Pour la levofloxacine, 10,1 % (n = 321) de traçabilité en 2019 *vs* 29 % (n = 424). Pour les antifongiques (caspofungine), 5 RAI (9 %) sur 55 RAIT ont été réalisées en 2019 vs 4 % (n = 41) en 2017. La traçabilité des RAI à 7 jours est de 18 % et est effectuée à 8,3 jours en moyenne.

La traçabilité à 7 jours pour la daptomycine et le meropénem est de 15 % *vs* 11 % à 48/72 h. En moyenne, 85 prescriptions ATB sont analysées et délivrées par la pharmacie quotidiennement. Pour un meilleur suivi, la commission des anti-infectieux a validé une liste des infections nécessitant une antibiothérapie supérieure à 7 jours, ce qui permet une intervention de la pharmacie en cas de non-respect.

Discussion / Conclusion

La mise en place d'un outil informatique de traçabilité des RAI ainsi qu'une communication tous les 6 mois aux internes et annuellement en CME ne permet donc pas à eux seuls d'assurer une traçabilité exhaustive. Le contrôle de la dispensation par les pharmaciens à l'aide de la liste des infections nécessitant une antibiothérapie supérieure à 7 jours permettrait d'améliorer cette réévaluation et contribuer à la réduction de l'émergence de résistance bactérienne.

Orateur : Collet C.-E.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Réévaluation, Traçabilité, Antibiotiques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000406

Comment mettre en place des formations continues adaptées aux besoins des préparateurs ?

Mabru E.[(1)], Zavarro A.[(1)], Devaux X.[(1)], Fafi F.[(1)], Alessandra C.[(1)], Lao S.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Sainte-Musse, Toulon

Résumé

Contexte

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse et compte tenu de la polyvalence des préparateurs (PP) de notre établissement, l'instauration d'un programme de formation continue interne semble nécessaire.

Objectifs

Structurer une formation interne continue destinée aux PP, au moyen de supports et d'outils adaptés.

Matériels et méthodes

Deux audits ont été réalisés auprès des PP à l'aide de questionnaires : un pour la mise en place et un pour évaluer la formation 2 mois après**.** Le premier était accès sur leur ancienneté, leurs compétences ainsi que sur leur intérêt pour une formation continue (échelle de 1 à 5) mais également sur la façon dont ils l'envisageaient (fréquence, durée, format, thèmes abordés). Un deuxième audit a été réalisé à distance afin d'évaluer les formations et de les réadapter si besoin.

Résultats

Le premier audit a été réalisé auprès de 26 PP (68 %) avec une ancienneté moyenne de 12 ans et dont 61 % étaient titulaires de la troisième année. La majorité des PP (96 %) souhaitait recevoir une formation interne, dont 80 % avec un intérêt de 5. Ils envisageaient des formations mensuelles (65 %), d'une durée de 45 minutes (50 %), en groupe restreint, sous forme de cours (73 %), de mises en situation (65 %) et de quizz (26 %). Les thèmes choisis étaient : les classes pharmacologiques (81 %), les DM (77 %), la radiopharmacie ou la stérilisation (69 %) et les pathologies (62 %). Des cas d'analyse d'ordonnances étaient attendus par 65 % des PP. Trois formations (2 sessions de 12 PP chacune) ont été organisées selon les données recueillies au premier audit. Le deuxième audit réalisé 2 mois après, auprès de 25 PP, a montré que 55 % d'entre eux estimaient avoir retenu au moins 50 % des informations, notamment sur les classes pharmaceutiques. Seulement 30 % d'entre eux ont pu mettre en pratique les connaissances enseignées. Tous les PP audités souhaitaient participer à d'autres formations mais avec une durée plus adaptée, estimant recevoir trop d'informations en peu de temps.

Discussion / Conclusion

La collaboration entre PP et pharmaciens a permis d'organiser un programme de formations internes. Des formations mensuelles de 2 sessions de 45 minutes ont fait suite à l'audit de mise en place, abordant les thèmes souhaités par les PP. Le deuxième audit a, quant à lui, permis d'améliorer les formations : contenu adapté à la durée et à leur pratique. Des fiches réflexes contenant les informations essentielles au bon usage du médicament et des dispositifs médicaux ont également été mises en place.

Orateur : Lao S.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Audit, Préparateur en pharmacie hospitalière, Formation continue

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000234

Mise en place de la sérialisation : impact sur la gestion des retours de médicaments non utilisés

Hannetel H.*[(1)], Roux M. F.[(1)], Omrani S.[(2)], Contreras R.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Nord Franche-Comté, Trévenans

[(2)] Pharmacie, Hôpital Nord Franche-Comté - Urgences, Trévenans

Résumé

Contexte

Dans le cadre de la lutte contre la falsification des médicaments, la réglementation européenne impose depuis le 9 février 2019 la mise en place de la sérialisation obligeant les pharmacies d'officine et les pharmacies hospitalières à vérifier l'authenticité de chaque boîte de médicament sur l'étape de réception ou l'étape de dispensation. Ce principe de sérialisation pourrait remettre en cause au sein des PUI des pharmacies hospitalières la remise en stock des traitements retournés par les services de soins afin de garantir l'absence d'entrée de médicaments falsifiés dans le circuit de dispensation hospitalier.

Objectifs

Modéliser l'impact économique de la mise en place de la sérialisation sur la quantification des retours de Médicaments Non Utilisés (MNU) au sein de l'établissement.

Matériels et méthodes

Audit des MNU retournés à la pharmacie sur une période d'un mois (avril 2019). Comparaison de la valeur des MNU selon qu'ils soient détruits ou remis en stock en fonction des critères de la procédure en vigueur sur la PUI vs. les critères mis en place du faite de la sérialisation.

Résultats

10 247 unités médicamenteuses ont été retournées à la PUI. La valeur totale s'élève à **13 394 €**. 76 % de ces retours sont remis en stock soit **10 053 €** et 24 % sont détruits soit **3 341 €.** Selon le principe de la sérialisation, le coût total de la remise en stock est estimé à hauteur de **9 504 €** et celle des MNU détruits à hauteur de **3 889 €** pour la durée de l'étude. L'impact économique supplémentaire annuel est estimé à **6 576 €.**

Discussion / Conclusion

La modélisation réalisée n'est qu'une hypothèse et est faite selon des conditions optimistes comme la présence des marqueurs d'inviolabilité sur chaque boîte retournée ainsi qu'un conditionnement intact. Il est vraisemblable que l'impact économique sera plus important. La mise en place de la sérialisation remet en cause la gestion actuelle des retours dont une nouvelle organisation semble indispensable malgré un surcoût mis en évidence mais qui paraît modeste aux vues du budget médicament. Des solutions au sein de l'établissement seraient intéressantes à proposer afin de réduire l'impact économique des retours comme par exemple la dispensation des médicaments en doses unitaires reconditionnées, ou des critères de choix lors d'appels d'offre afin de favoriser les conditionnements unitaires.

Références bibliographiques principales

Sérialisation - CIP, europ LEP, De EC, euro U. L 174/74. 2011;2011(5):74–87., France MVO : Le site officiel du CIP pour la sérialisation des médicaments

Orateur : Hannetel H.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Impact économique, Médicaments Non Utilisés, Sérialisation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000268

Optimisation de l'approvisionnement des médicaments dérivés du sang et des facteurs anti-hémophiliques recombinants

Fournier-Bidoz A.(1), Piquemal M.(1), Espi C.(1), Grévy A.(1), Gibert P.(1), Chevallier Brilloit C.(1), Brudieu E.*(1), Bedouch P.(1)

(1) Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche

Résumé

Contexte

Les médicaments dérivés du sang et les facteurs anti-hémophiliques recombinants (MDSFAH) sont largement utilisés à l'hôpital, d'indications diverses régulièrement en situation d'urgence et représentent un budget conséquent. Afin de sécuriser leur mise à disposition, il a été décidé de revoir leurs modalités d'approvisionnement au sein de notre établissement.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'améliorer l'approvisionnement des MDSFAH, en optimisant le nombre de commandes tout en couvrant les besoins, et en en maitrisant la valeur de stock.

Matériels et méthodes

Pour déterminer les modalités de commande des MDSFAH, il a été pris en compte les paramètres suivants : consommation annuelle, consommation mensuelle (moyenne, médiane et écart type), pics de consommation hebdomadaire ainsi que le cartonnage. Pour chaque référence, une analyse pharmaceutique a été faite afin de définir la quantité nécessaire aux traitements de plusieurs patients et notamment en tenant compte des situations d'urgences vitales.

Résultats

Dans notre établissement, 96 MDSFAH sont référencés, dont 8 sont exclusivement dispensés en rétrocession et leur approvisionnement n'a pas été revu car ils sont commandés mensuellement.

Après analyse des 88 références, 3 méthodes d'approvisionnement ont été définies :

Abonnement hebdomadaire : l'objectif de suivi est une couverture de stock pour une semaine. Il a été défini une quantité hebdomadaire à commander et un seuil de non déclenchement de la commande. La commande est déclenchée, sauf si le stock est supérieur à ce seuil. Ceci est appliqué aux MDSFAH avec une consommation régulière et importante (28 références).

Seuil : une quantité seuil a été définie. L'approvisionnement se déclenche lorsque la quantité est inférieure à ce seuil. Ceci est appliqué aux MDSFAH urgents ayant une consommation irrégulière (25 références).

A la demande : MDSFAH non tenu en stock à la pharmacie. Une commande est déclenchée lorsqu'il y a un besoin spécifique pour un patient (35 références). Un suivi nominatif peut être mis en place.

Discussion / Conclusion

La valeur de notre stock maximal théorique est de 854 594 euros contre 999 658 euros avant ce travail soit une diminution de 145 064 euros (15 %). Depuis 8 semaines de mise en place du nouveau mode d'approvisionnement, aucune rupture de stock au sein de la pharmacie n'a été observée. Cependant la viabilité de ce mode d'approvisionnement n'a pas encore été testée lors de rupture d'un fournisseur.

Orateur : Brudieu E.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Médicaments dérivés du sang, Approvisionnement, Dispensation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000442

Pour une bonne gestion des déchets produits par la pharmacie « Soyons tous Eco-Pharmacie-Responsables »

Bacci A.*(1), Taouk J.(2), Attias L.(3), Amirat-Combralier V.(4), Jean C.(5), Barberi C.(6)

(1) Faculté de pharmacie de Marseille, Marseille

(2) Pharmacie, CH Notre-Dame de la Miséricorde, Ajaccio

(3) Pharmacie, Faculté de pharmacie de Marseille, Marseille

(4) Pharmacie, APHM, Marseille

(5) PUI, APHM - Hôpital Sainte Marguerite, Marseille

(6) Pharmacie à usage intérieur, APHM, Marseille

Résumé

Contexte

La gestion des déchets médicamenteux générés par les établissements de santé fait partie intégrante du rôle du pharmacien et de la politique qualité qui en découle. Il nous est apparu pertinent de faire l'état des lieux des déchets produits au sein d'une pharmacie hospitalière.

L'une des problématiques rencontrées dans notre PUI* était de s'assurer du bon traitement de ces déchets qui sont jusqu'à présents jetés dans les DASRI**.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'analyser la prise en charge des déchets médicamenteux, et de proposer des solutions visant à améliorer le traitement afin de diminuer la quantité de médicaments jetés en DASRI dont le traitement est très onéreux.

Matériels et méthodes

Pour notre étude nous avons fait l'inventaire des cartons de recueil DASRI et de leur contenu. A l'aide de la fiche explicative institutionnelle et de la liste exhaustive de tous les déchets destinés aux DASRI, nous avons réalisé un tri des produits s'y trouvant et comparé le contenu des DASRI avant et après ce tri.

Résultats

Les différents types de déchets issus des médicaments sont les suivants :

- Les déchets relatifs à l'activité de la PUI : les périmés, les retraits de lots, et les médicaments endommagés, les stupéfiants.
- Les déchets issus du préparatoire : gants, charlottes, masques, sur-chaussures en papier stérile, tous les déchets en contact ou qui contiennent des principes actifs et les contenants utilisés tels que les pots et les gélules.

L'utilisation du réseau Cyclamed® a été évoquée, mais ce service s'adresse seulement aux déchets des particuliers via les pharmacies d'officines, et pour les hôpitaux il existe d'autres réseaux par le biais de sociétés privées.

Dans un deuxième temps, pour les déchets du préparatoire, un tri davantage sélectif est indispensable, en distinguant chaque type de déchets. D'un côté, les déchets inertes à jeter dans une poubelle traditionnelle et de l'autre, tous les déchets et contenants en contact avec la préparation effectuée..

Quant aux déchets provenant des essais thérapeutiques, c'est la société Triadis® qui est en charge de leur récupération (plateforme de collecte et traitement des déchets dangereux). Cependant, le cout de traitement des déchets s'élève à 1 500 euros la tonne ce qui reste très élevé par rapport aux DASRI.

Discussion / Conclusion

Malgré les nombreuses recherches pour trouver une alternative aux DASRI, ce réseau reste le plus adapté au circuit hospitalier. Néanmoins, une attention particulière doit être portée au moment de jeter les déchets, et un respect des procédures éviterait le mésusage de ce circuit. Pour cela, nous avons mis en place une fiche réflexe que nous avons accrochée au-dessus de chaque emplacement de DASRI, afin de sensibiliser les équipes.

Orateur : Bacci A.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : PUI, Déchets, DASRI

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000401

Informatisation de la traçabilité dans le secteur des essais cliniques : un gain de temps non négligeable

Monfort E.[(1)], Haverlan A.-S.*[(1)], Princet I.[(1)], Bay M.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Poitiers, Poitiers

Résumé

Contexte

La réception et la dispensation des médicaments expérimentaux (ME) nécessitent une traçabilité importante. Dans notre centre, elle est réalisée sur trois supports dont deux fiches de gestion de stock papier, l'une située au niveau de l'emplacement du ME et l'autre dans le dossier de l'étude mais également dans notre logiciel de gestion des essais cliniques (EC), ELIPS*.

A chaque monitoring, l'attaché de recherche clinique (ARC) promoteur doit pouvoir consulter la traçabilité des mouvements de stock du ME. Actuellement, il consulte la fiche de gestion de stock du dossier.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer le gain de temps permis par la suppression des deux fiches de gestion de stock et la réalisation, à la place, d'une extraction du logiciel ELIPS* à chaque monitoring.

Matériels et méthodes

Le nombre de lignes de dispensations et réceptions ainsi que le nombre de monitorings ont été recueillis sur l'année 2018. De plus, le temps moyen nécessaire à la traçabilité d'une ligne de dispensation ou réception sur la fiche de gestion de stock ainsi que le temps moyen à réaliser une extraction ELIPS* ont été déterminés.

Résultats

En 2018,5 572 lignes de dispensations et réceptions ainsi que 258 monitorings ont été effectués. Le temps moyen pour remplir une ligne sur la fiche de gestion de stock a été évalué à 35 secondes. Ainsi, 108,3 heures ont été passées à remplir les deux fiches de gestion de stock. Par ailleurs, le temps moyen pour réaliser une extraction ELIPS* ayant été évalué à 360 secondes, 25,8 heures auraient été nécessaires pour réaliser ces extractions. Au final, le gain de temps en 2018 aurait été de 82,5 heures.

Discussion / Conclusion

La suppression des deux fiches de gestion de stock et la réalisation, à la place, d'extractions du logiciel ELIPS* permet un gain de temps non négligeable. De plus, la traçabilité informatique élimine le risque d'erreur de recopiage. Enfin, l'extraction fournie au promoteur est plus lisible que la fiche de gestion de stock.

Désormais, les extractions ELIPS* sont proposées au promoteur comme seule traçabilité des nouveaux EC mis en places.

Orateur : Haverlan A.-S.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Outils logiciel, Pharmacie, Médicaments pour essai clinique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000288

Médicaments à haut risque en gériatrie : priorisons-les !

Orloff M.[(1)], Muller K.*[(1)], Heng L. H.[(1)], Capriz F.[(2)], Turpin J.-M.[(2)], Guerin O.[(2)], Collomp R.[(1)]

[(1)] Pôle pharmacie stérilisation, CHU Nice, Nice

[(2)] Pôle réhabilitation autonomie vieillissement, CHU Nice, Nice

Résumé

Contexte

Les Médicaments à Haut Risque (MHR) sont des médicaments entrainant un risque plus élevé de causer des dommages aux patients. Selon l'arrêté du 6 avril 2011, un état des lieux et une priorisation des MHR doivent être réalisés dans chaque établissement, afin d'engager des actions de sécurisation visant à réduire le risque de survenue d'évènements indésirables médicamenteux. Dans le cadre de la démarche institutionnelle, des besoins spécifiques ont été identifiés au niveau du pôle gériatrie. En effet, la personne âgée (PA), de par les modifications physiologiques et la polypathologie, est un sujet particulièrement vulnérable face aux MHR en cas de mésusage.

Objectifs

L'objectif est d'établir dans chaque service du pôle gériatrie une short-list de MHR prioritaires afin de mettre en place des actions préventives de sécurisation spécifiques.

Matériels et méthodes

A partir de la liste institutionnelle, les MHR utilisés dans les services de gériatrie ont été classés sous forme de matrice selon deux paramètres : fréquence d'utilisation (exposition au médicament) et niveau de maîtrise de leur prescription, administration, délivrance, détention, surveillance. Les short-list ont été établies de manière pluridisciplinaire par un gériatre, un pharmacien, un infirmier et le cadre du service. Des actions de prévention et de sécurisation ont été établies par la suite de façon collégiale.

Résultats

Des réunions ont eu lieu dans 8 unités de soins (3 unités de court séjour gériatrie CSG et 5 unités de soins de suite et réadaptation SSR). Parmi les MHR d'utilisation fréquente et maîtrisée, les opiacés et les insulines ont été identifiés dans 7 services (2 CSG, 5 SSR), le chlorure de potassium (KCl) dans les 3 CSG, les anticoagulants et le midazolam dans 4 unités (2 CSG, 2 SSR). Les MHR d'utilisation fréquente mais peu maîtrisée sont essentiellement les anticoagulants (1 CSG, 2 SSR), ainsi que le KCl (1 CSG), les insulines et le midazolam (1 SSR). La digoxine et le KCl ont été identifiés comme peu utilisés et bien maitrisés dans 3 unités de SSR ; ainsi que les solutés hypertoniques, le midazolam (1 SSR), le méthotrexate per os et les béta-bloquants injectables (1 CSG). Enfin, le méthotrexate et les anticancéreux per os, le lithium, les béta-bloquants injectables, l'amiodarone, les électrolytes concentrés et les amines vasopressives ont été caractérisés comme des MHR peu utilisés et généralement peu maîtrisés. Des actions de sécurisation adaptées à chaque catégorie ont été proposées (formation des soignants en e-learning, en présentiel ou par simulation, révision de protocoles, élaboration de fiches de bon usage spécifiques aux PA) renforçant ainsi les actions classiques : étiquetage pour le stockage et l'administration, identification en rouge dans le logiciel de prescription.

Discussion / Conclusion

Cette démarche permet, d'une part, de disposer d'une liste de MHR personnalisée et adaptée à la pratique de chaque service et d'autre part, de re-sensibiliser l'ensemble des intervenants dans la prise en charge médicamenteuse de la PA sur l'utilisation des MHR. Ce travail de sécurisation s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire d'amélioration et de sécurisation de la prise en charge de la PA. Son efficacité sera évaluée par une enquête d'impact à distance avant extension aux autres établissements de notre GHT.

Orateur : Muller K.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : risque, gériatrie, priorisation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000351

Sérialisation : premier retour d'expérience à 4 mois

Trichet S.[(1)], Isaac B.[(1)], Petitgas S.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Loire Vendée Océan, Challans

Résumé

Contexte

La sérialisation est un système de vérification de l'authenticité d'un médicament. Il est composé d'un identifiant unique apposé sur chaque boîte de médicament et d'un dispositif antieffraction.

Objectifs

Dans notre établissement multi-sites, la sérialisation s'effectue à la réception des produits avec scannage manuel des boîtes. L'objectif est d'évaluer l'impact de la sérialisation 4 mois après sa mise en place.

Matériels et méthodes

Nous avons dressé un état des lieux du circuit avant le 09/02/19 : nombre de boîtes réceptionnées par an, évaluation du temps nécessaire à la réception durant 1 mois, estimation des besoins en personnel et en informatique. Puis, 4 mois après la mise en œuvre de la sérialisation, nous avons relevé le temps nécessaire à la réception et effectué une analyse des problèmes rencontrés sur une période de 4 semaines.

Résultats

Selon les données de l'année 2017, le nombre de boîtes réceptionnées par an est de 108 110 dont 0.74 % sur un deuxième site. Le temps moyen nécessaire à la réception est de 3.6 secondes par boîtes. Nous avons estimé un doublement de ce temps en raison du délai de réponse du système, du temps nécessaire au transit des données, du temps de vérification du dispositif antieffraction et du temps de gestion des problèmes informatiques éventuels. Il a donc été demandé un 0.2 ETP agent logistique supplémentaire, l'achat de 2 lecteurs code-barres sans fil ainsi que la mise à jour de notre logiciel métier permettant le décommissionnement et la réception en même temps. Afin de réduire les coûts informatiques et le temps de formation nous avons décidé de centraliser toutes les réceptions sur un site. A 4 mois, le temps moyen pour la réception d'une boîte est de 4.63 secondes soit une augmentation d'environ 30 %. Ce temps ne prend pas en compte la gestion des alertes. Pendant 4 semaines, sur 8 458 boîtes sérialisées 540 ont généré un code alerte soit 6.38 %. En raison de la période dérogatoire, un seul code alerte a nécessité la mise en quarantaine d'une boite. Après investigation auprès du fournisseur et du NMVS le problème s'est avéré être une erreur de saisie informatique par le fournisseur.

Discussion / Conclusion

Suite à la mise en place de la sérialisation, le temps consacré à la réception s'est accru d'autant plus en raison des problèmes informatiques et des alertes faussement positives. Dans le temps, on observe une diminution du nombre de ces alertes. La sérialisation s'est révélée être une nouvelle barrière permettant la détection des erreurs de livraisons tant qualitatives que quantitatives.

Orateur : Petitgas S.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, approvisionnement, informatisation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000294

Permanence pharmaceutique : des demandes toujours pertinentes ?

Anglade F.*(1), Bodin L.(1), Nguyen H.(1), Moreau M.(2), Libessart M.(2), Belhout M.(2)

(1) Pharmacie, CHU Amiens-Picardie - Site Sud, Amiens

(2) Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens

Résumé

Contexte

La permanence pharmaceutique est une obligation réglementaire permettant d'assurer la continuité des soins des patients hospitalisés en établissement de santé. Un interne en pharmacie, sous la responsabilité d'un sénior, est en charge de la dispensation des traitements urgents et des traitements des patients nouvellement hospitalisés.

Les demandes envoyées par les services de soins sont traitées de 18 à 23 heures puis sur appel téléphonique.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer la pertinence des demandes de produits de santé au cours de la permanence pharmaceutique.

Matériels et méthodes

Une étude prospective observationnelle d'une durée de 10 jours (hors weekend) a été menée à partir des demandes DxPharm réalisées pendant les gardes (18 à 8 heures). L'historique des prescriptions sur DxCare, les relevés d'administration sur DxPharm, la présence des médicaments au livret thérapeutique et le planning de livraison ont été recueillis.

La non-pertinence a été définie comme une demande de produits de santé présents en dotation, un traitement prescrit depuis plus de 3 jours et l'absence de nom de patient ou de prescription médicale associée à la demande.

Résultats

La non-pertinence globale concerne 46,4 % des demandes. Sur les 724 lignes de dispensations effectuées, 451 (62 %) concernaient des produits hors dotation de service. Pour 393 (88 %) de ces demandes, les médicaments étaient référencés au livret thérapeutique. Parmi les 58 demandes de spécialités hors livret (12 %), 41 (73 %) étaient des instaurations de traitement.

Parmi les demandes de produits hors dotation, 42 (11 %) ne présentaient pas de nom de patient et 35 (9 %) pas de prescription médicale. De plus, 89 (23 %) produits étaient prescrits depuis au moins 3 jours et 65 % d'entre eux n'avaient pas été demandés les jours de commande. Sur les 273 (38 %) lignes de produits présents dans les dotations, 115 (42 %) ont été demandés la veille de leur jour de livraison.

Discussion / Conclusion

L'analyse des demandes de produits en dotation a permis de sélectionner les services pour lesquels celle-ci doit être revue. Les règles de demande de produits de santé doivent être communiquées régulièrement en raison du renouvellement important des équipes.

Les prescriptions hors-livret étaient pour la plupart des traitements de ville difficilement substituables au sens strict. L'élaboration d'une liste de substitution institutionnalisée pourrait améliorer la prise en charge de ces patients.

Un audit sera réalisé dans 6 mois pour évaluer l'impact de ces actions.

Orateur : Anglade F.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : Audit pharmaceutique, Service de pharmacie d'hôpital, Délivrance des soins par systèmes de garde

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000113

La course aux corticoïdes injectables : gestion pluridisciplinaire d'une rupture

Strumia M.[(1)], Gougeon M.[(1)], Cadeac M.-A.[(1)], Caumette L.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Val d'Ariège, Saint-Jean-de-Verges

Résumé

Contexte

Un français sur deux souffre de douleurs articulaires. Le corticoïde utilisé en 1ère intention pour les injections intra-articulaires (IA) est la bethaméthasone (BTM) associant les sels de phosphate et de dipropionate. Ce médicament connaît régulièrement des ruptures prolongées. Cependant, les corticoïdes injectables ne sont pas équivalents tant dans les indications que dans leur activité antiinflammatoire ni leur tolérance.

Objectifs

Nous avons voulu faire un bilan sur les corticoïdes et leurs caractéristiques pour proposer aux prescripteurs la meilleure alternative parmi les corticoïdes à longue durée d'action.

Patients et méthodes

Après recherche bibliographique, en s'appuyant sur les recommandations officielles des sociétés savantes, des instances nationales et des publications récentes, nous avons comparé différentes molécules sur 5 critères : indications, activité antiinflammatoire, durée d'action, effets indésirables (EI), coût. Ensuite, pour évaluer l'impact sur la pratique clinique de la rupture, nous avons comparé les quantités consommées entre 2018 (sans rupture) et 2019 (avec rupture) par le service de consultation en orthopédie.

Résultats

Parmi les corticoïdes administrables en IA dans les affections rhumatologiques, seules la BTM (sels de phosphate et de dipropionate) et la triamcinolone (hexacétonide ou acétonide) avaient un effet retard suffisant pour traiter des patients souffrant par exemple d'arthrite. Les formes commercialisées de BTM concernées étaient toutes en rupture. L'activité antiinflammatoire de la triamcinolone est 5 fois inférieure à celle de la BTM. Son utilisation en IA peut entraîner nécroses et atrophies musculaires. La pharmacovigilance a été consultée : ce sont des effets de classe connus pour tous les corticoïdes, particulièrement décrits avec la triamcinolone. Le prix de la BTM est de 3,6 € HT contre 1,6 € HT pour la triamcinolone acétonide et 9,3 € HT pour la triamcinolone hexacétonide. Nous avons donc proposé le switch vers la forme triamcinolone acétonide tout en alertant sur les potentiels EI liés à son utilisation. Bien que les médecins l'aient accepté, entre 2018 et 2019 les consommations de corticoïdes pour injections IA ont diminué de 32 %.

Discussion / Conclusion

La multiplication des ruptures nécessite des modifications pouvant altérer la prise en charge des patients. Ici, devant l'absence de recommandations des autorités compétentes, une concertation pluridisciplinaire entre pharmacien, pharmacologue et médecin a été nécessaire pour trouver la meilleure alternative. Cependant, cette rupture aura sûrement entraîné un frein dans la prise en charge médicale au regard de la diminution des consommations, notamment par la réticence face aux potentiels EI. Devant les retombées positives de notre travail, nous avons créé un outil de communication avec les services et les prescripteurs afin de les aider à s'adapter aux nouvelles spécialités en cas de rupture. Cette fiche de substitution reprend donc les conseils d'utilisation, la gestion du circuit interne du médicament et alerte aussi en cas d'EI possibles.

Orateur : Caumette L.

Domaine pharmaceutique : Circuit du médicament

Mots-clés : corticoïde, substitution de médicament, rupture d'approvisionnement

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

PHARMACIE CLINIQUE ET PHARMACOCINETIQUE

Numéro : 000277

Audit des pratiques en antibioprophylaxie systémique dans un Centre de Référence des Infections Ostéo-Articulaires Complexes (CRIOAC)

Hamon M.*[(1)], Reiter-Schatz A.[(1)], Gaudias J.[(2)], Ronde-Oustau C.[(2)], Boeri C.[(2)], Jenny J.-Y.[(2)], Gourieux B.[(1)]

[(1)] Service pharmacie-stérilisation, HU Strasbourg - Hôpital de Hautepierre, Strasbourg

[(2)] Service de chirurgie septique, HU Strasbourg - Hôpital de Hautepierre, Strasbourg

Résumé

Contexte

La principale mesure de prévention des infections peropératoires lors de la mise en place de matériel est l'antibioprophylaxie (ABP) systémique. La fréquence de l'infection postopératoire en chirurgie prothétique articulaire sans ABP est de 3 à 5 % (1). L'ABP permet de réduire ce taux entre 0.5 à 2 % (1). Selon les recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), en chirurgie orthopédique, une administration d'une dose unique de Céfazoline 2 g (4 g si IMC > 35 Kg/m²) est suffisante pour les interventions d'une durée maximale de quatre heures. Les groupes d'experts en Infection de Prothèse Ostéo-Articulaire (IPOA) recommandent l'administration de l'ABP 30 à 59 min avant l'incision (2). Pour les interventions supérieures à quatre heures, une nouvelle dose d'ABP doit être administrée pour garantir le maintien du taux tissulaire de l'antibiotique lors de la fermeture de la plaie. En cas d'allergie aux bêtalactamines, l'alternative recommandée est une dose unique de clindamycine ou de vancomycine (1).

Objectifs

Un audit a été réalisé dans un Centre de Référence des Infections Ostéo-Articulaires Complexes (CRIOAC) afin d'évaluer le respect des bonnes pratiques de l'ABP en per opératoire des reprises de prothèse totale de hanche (RPTH) et de genou (RPTG).

Matériels et méthodes

Toutes les interventions de RPTH et/ou de RPTG, réalisées dans notre centre entre le 01/02/2017 et le 31/01/2019 (2 ans) ont été analysées. Les paramètres suivants ont été relevés pour chaque intervention à l'aide du dossier d'anesthésie : choix de l'antibiotique, dose administrée, moment d'injection et durée de l'ABP.

Résultats

L'ABP était conforme par rapport aux recommandations de la SFAR pour 289 (94 %) interventions sur les 307 analysées. Pour 13 interventions (4 %), l'ABP n'était pas conforme pour les critères suivants : dose administrée (n = 10, 100 % sous-dosage) ; moment d'injection (n = 1) ; absence d'ABP (n = 2). Pour 5 interventions (2 %), la traçabilité de l'ABP n'a pas été retrouvée. Parmi les 13 interventions où l'ABP n'était pas conforme, 2 infections de site opératoire (ISO) ont été observées en postopératoire. Il est impossible d'affirmer que le non-respect de l'ABP était la cause responsable de ces 2 ISO. Néanmoins, une ABP inadéquate pouvait augmenter le risque d'échec opératoire.

Discussion / Conclusion

L'IPOA est une complication rare mais redoutée des arthroplasties. Ce risque augmente lors de circonstances favorisantes et à chaque révision de prothèse. Un audit similaire réalisé en 2017 dans notre centre sur les primo-implantations de PTH et PTG avait montré 70 % de conformité. L'augmentation de la conformité à 94 %, s'explique par l'implication de toute l'équipe chirurgicale et d'anesthésie dans la prévention des IPOA, notamment pour les révisions de prothèse qui sont plus à risque d'ISO. L'implication de l'équipe pharmaceutique, par la réalisation d'audits réguliers, participe à faire de l'ABP un point fort des pratiques du CRIOAC.

Références bibliographiques principales

(1) SFAR (Société française d'anesthésie et de réanimation). Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur : https://sfar.org/wpcontent/uploads/2018/07/Antibioprophylaxie-RFE-mise-a-jour-2018.pdf
(2) Groupe d'experts Infections ostéo-articulaire (IOA) de la Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie et de la Société Suisse d'Infectiologie. Infections ostéo-articulaires : fondements, prophylaxie, diagnostic et traitement. Allemagne : Swiss Orthopaedics; 2015. 271 p.

Orateur : Hamon M.
Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique
Mots-clés : Antibactériens, Prothèse articulaire, Infections dues aux prothèses
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000453

Développement d'une activité de pharmacie clinique au sein de la recherche clinique

Aitgougam A.[(1)], Pidoux M.-S.[(1)], Nouboug C.[(1)], Mora P.[(1)], Sourisseau B.*[(1)], Djabarouti S.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Bordeaux - Hôpital Haut-Lévêque - GH Sud, Pessac

Résumé

Contexte

La place du pharmacien clinicien au sein de la recherche clinique devient primordiale avec le développement des thérapies orales expérimentales. De plus, le risque iatrogénique introduit par la complexité de certains protocoles nous a conduits à développer des actions de pharmacie clinique au sein d'un Centre d'Investigation Clinique d'oncologie digestive.

Objectifs

Faire un état des lieux des actions de pharmacie clinique réalisées au cours des 6 premiers mois suivant la mise en place.

Matériels et méthodes

Dans un premier temps, une conciliation médicamenteuse est effectuée avant la randomisation du patient. Le bilan médicamenteux optimisé en résultant est informatisé et accessible à toute l'équipe investigatrice sur le logiciel DxCare™. Une analyse pharmaceutique est effectuée en prenant en compte les contraintes imposées par le protocole de la recherche (traitements prohibés, suivis clinico-biologiques…). Les interventions pharmaceutiques (IP) sont ensuite transmises à l'investigateur de l'étude. Puis, un entretien pharmaceutique est réalisé en présence d'une infirmière de temps d'accompagnement soignant, traitant des modalités de prise du médicament expérimental (ME), des précautions vis-à-vis des autres traitements, des thérapies interdites (automédication) ainsi que des effets indésirables et leur prise en charge. Enfin, un suivi de la pertinence de nos interventions a été effectué tout au long de ces 6 mois.

Résultats

Au total, 13 patients, inclus dans 6 essais cliniques différents, ont été conciliés et vus en entretien. Ceci concernait 9 ME utilisés dans le traitement du carcinome hépatocellulaire avancé et du cancer colorectal. Ces patients disposaient de 6 lignes de traitement en moyenne. Au total, 20 IP ont été effectuées, soit une moyenne de 1,5 IP par patient. Les IP relevées portaient sur des problèmes d'interactions médicamenteuses (n = 10), des recommandations de suivi clinico-biologique liés aux effets indésirables potentiels (n = 8), des inadéquations avec le protocole (médicaments prohibés) (n = 2), ayant conduit à une modification de la prescription. Toutes les IP ont été prises en compte par les investigateurs.

Discussion / Conclusion

Cette étude confirme l'importance de la pharmacie clinique au sein des essais cliniques. Nos activités participent à la garantie du bon déroulement de l'essai, mais également à diminuer le risque de iatrogénie lié au ME, à sécuriser la prescription médicale et à favoriser l'observance des patients.

Orateur : Sourisseau B.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : entretien pharmaceutique, conciliation médicamenteuse, essai clinique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000494

Évaluation territoriale des pratiques professionnelles en matière de conciliation médicamenteuse : quels résultats à l'échelle du GHT et quels axes d'amélioration ?

Perovic I.[(1)], Rousseau A.[(2)], Howlett J.[(3)], Liné C.[(4)], Lhermitte R.[(5)], Simonenko I.[(5)], Barbazan C.[(5)], Mercerolle M.[(5)], Marie dit Dinard B.[(1)], Gicquel V.[(5)], Hue B.*[(5)]

[(1)] Pharmacie, CH Fougères, Fougères

[(2)] Pharmacie, CHU Rennes - Hôpital Sud - Maternité, Rennes

[(3)] Pharmacie, CH Janzé, Janzé

[(4)] Pharmacie, CH Montfort-sur-Meu, Montfort-sur-Meu

[(5)] Pharmacie, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes

Résumé

Contexte

La conciliation médicamenteuse (CM) établie dans les activités de pharmacie suit désormais une dynamique collaborative au sein de notre Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Les Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) en matière de CM ont été harmonisées préalablement à ce travail pour n'en former plus qu'une.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer les pratiques de CM à l'échelle du GHT et de dégager des axes d'amélioration.

Matériels et méthodes

10 dossiers ont été tirés au sort dans 7 services du GHT sur la période de 03/19 à 09/19. Un score sur 9 critères est attribué à chaque dossier. Il s'agit pour la CM à l'admission (CMA) de : exhaustivité des données du bilan médicamenteux optimisé (dénomination, posologie, dosage, moments de prise);présence d'au moins 3 sources d'informations ; délai de réalisation ; validation pharmaceutique ; justification de toutes les divergences. Pour la CM de sortie (CMS), ce sont : comparaison entre le Courrier de Conciliation de Sortie (CCS) et l'ordonnance de sortie ; justification des modifications de traitement dans le CCS ; entretien pharmaceutique effectué ; CCS transmis par messagerie sécurisée (MS).

Résultats

Parmi les 70 dossiers analysés, la note moyenne obtenue était de 5.11/9. L'exhaustivité des données était totale dans 79 % des cas.96 % des dossiers faisaient état d'au moins 3 sources concordantes. 70 % des CMA ont été réalisées dans les 48 h suivant l'admission. Tous les dossiers ont été validés par un interne de pharmacie ou un pharmacien senior. La justification des divergences observées était totale pour 57 % des CMA, partielle pour 39 % et inexistante pour 4 %. Dans le cas où une CMS a eu lieu (27 % des cas), 58 % des ordonnances étaient conformes aux CCS et 84 % des modifications étaient totalement justifiées. Le taux de transmission du CCS par MS est de 90 %.37 % des patients ont bénéficié d'un entretien de sortie.

Discussion / Conclusion

Cette étude nous a permis de dégager les axes d'amélioration à savoir la sensibilisation à l'exhaustivité des données et la justification des divergences pour les CMA. Il y a également une marge de manœuvre pour développer l'activité de CMS et accentuer la vigilance sur la conformité entre ordonnances de sortie et CCS. Elle a également permis d'identifier un besoin d'adaptation aux CM de transfert pour que cette évaluation puisse être adaptée aux réalités des services de soins de suite et de réadaptation. A travers cette initiative territoriale, les équipes pharmaceutiques montrent leur leadership pour un exercice coordonné au sein du GHT.

Références bibliographiques principales

Conciliation médicamenteuse : sans effectif dédié, pas de qualité ! Hubert J., Antonot M., Bacle A., Hue B., Cador-Rousseau B., Gilardi H. SFPC février 2018

Orateur : Hue B.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Groupements hospitaliers de territoire, Evaluation des pratiques professionnelles, Conciliation médicamenteuse

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000186

Impact des interventions pharmaceutiques liées à la conciliation médicamenteuse en 2019

Fouquier B.(1), Lacqua C.(1), Bouquin M.(1), Jourdan P.(1), Molière M.(1), Giroux A.*(1), Lazzarotti A.(1), Vadot L.(1), Boulin M.(1)

(1) Pôle pharmaceutique, CHU Dijon, Dijon

Résumé

Contexte

La conciliation médicamenteuse (CM), associée à l'analyse pharmaceutique (AP) des traitements recueillis, visent à intercepter des erreurs médicamenteuses (EM) aux points de transition du parcours de soins du patient par l'émission d'interventions pharmaceutiques (IP). Des études pluridisciplinaires médico-pharmaceutiques ont permis de caractériser l'impact clinique des EM liées à la CM et d'homogénéiser la cotation pour la réaliser individuellement en routine (1)(2).

Objectifs

Caractériser l'impact clinique, économique et organisationnel des IP émises lors de la CM couplée à l'AP en médecine interne (MI) et médecine interne gériatrique (MIG).

Patients et méthodes

En 2019 dans notre centre en MI et MIG, toutes les IP émises lors de la CM (entrée, sortie), associée à l'AP de la prescription ont été caractérisées selon les critères de problèmes, résolutions et l'échelle CLEO v3 de la SFPC (3) par les pharmaciens ou internes en pharmacie réalisant la CM avec traçabilité de la décision finale du prescripteur.

Résultats

2 995 IP ont été émises et cotées selon l'échelle CLEO en 2019 pour 1 698 patients : 2 256 à l'entrée, 309 à la sortie et 430 liées à l'AP. L'impact clinique était nuisible : 0 %, nul : 17,4 %, mineur : 29,2 %, moyen : 39,8 %, majeur : 7,4 %, vital : 0.1 %. 3,0 % des IP ont entraîné une augmentation du coût direct, pas de changement pour 73,3 %, une réduction du coût pour 7,9 %. L'impact organisationnel a été évalué défavorable pour 1,3 % des IP, nul pour 71,1 %, favorable pour 11,8 %. Les résolutions après entretien prescripteur les plus fréquentes étaient l'ajout (33,2 %), l'adaptation de posologie (21,2 %), le refus (19,7 %) et l'arrêt (9,0 %). Les classes les plus fréquentes parmi les 227 IP majeures et vitales acceptées à 100 % étaient : anticoagulants (18,9 %), antidiabétiques (7,9 %), antiagrégants plaquettaires (7,5 %), bêtabloquants (6,2 %)), médicaments de l'ostéoporose (3,1 %), antidépresseurs (3,1 %), diurétiques (3,1 %), thérapies orales anticancéreuses (2,6 %), antiépileptiques (2,6 %).

Discussion / Conclusion

Les IP ont permis d'intercepter 227 EM qui, d'après notre cotation CLEO, ont empêché la survenue de séjours hospitaliers ou l'allongement de leur durée, un dommage permanent, voire un risque vital pour le patient. Les coûts directs évités n'ont pas été calculés car les IP ne concernaient que très rarement des médicaments onéreux. Une évaluation des coûts indirects évités et des taux de réhospitalisation permettrait de chiffrer réellement l'impact de cette activité pour le système de santé.

Références bibliographiques principales

(1) Evaluation de l'impact clinique de la conciliation médicamenteuse, Molière M, Fouquier B et al., Mémoire de DES, Communication affichée au congrès Hopipharm 2019
(2) Evaluation prospective de l'impact clinique de la conciliation médicamenteuse en médecine interne gériatrique, M Bouquin, B Fouquier, et al., Mémoire de DES, Communication affichée aux 22ème Journées Franco-Suisses de Pharmacie Hospitalière (2019)
(3) Accueil ACT-IP, http://www.actip.sfpc.eu/actip/index/ficheip/ consulté le 06/02/2020

Orateur : Giroux A.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : interventions pharmaceutiques, Erreurs médicamenteuses, conciliation médicamenteuse

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000319

Quelle prise en charge antalgique proposer aux patients sous Traitement Substitutif aux Opiacés (TSO) (buprenorphine ou méthadone) ?

Muller K.*[(1)], Morese K.[(2)], Bausola F.[(3)], Duchene M. L.[(1)], Fulconis G.[(4)], Eberhardt D.[(5)], Capriz F.[(6)], Collomp R.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Nice, Nice
[(2)] Dsssp, CHU Nice, Nice
[(3)] Addictologie, CH Sainte-Marie, Nice
[(4)] Detd, CHU Nice, Nice
[(5)] Mg, CH Sainte-Marie, Nice
[(6)] Soins de suite et de réadaptation, CHU Nice - Hôpital de Cimiez, Nice

Résumé

Contexte

La prise en charge de la douleur chez les patients sous TSO est complexe et représente un enjeu thérapeutique. Les spécificités pharmacologiques des TSO et les particularités cliniques de ces patients nécessitent des stratégies antalgiques spécifiques.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'élaborer et mettre en place des stratégies antalgiques adaptées à l'intensité, au type de douleur et au TSO prescrit dans notre établissement.

Matériels et méthodes

Un groupe pluridisciplinaire composé de pharmaciens, algologues, addictologues et infirmiers a été constitué au sein de notre CLUD. Dans un premier temps, une revue de la littérature a été effectuée et analysée. Dans un second temps, des recommandations et arbres décisionnels de prise en charge de la douleur chez les patients sous TSO ont été élaborées en fonction de l'intensité et du type de douleur, ainsi que du TSO prescrit.

Résultats

Chez les patients sous TSO, tous les antalgiques opioïdes de paliers 2 sont déconseillés. En effet, en raison d'une affinité plus faible pour les récepteurs mu par rapport aux TSO, ils seront moins efficaces. La prise d'opioïdes de paliers 3 est déconseillée chez les patients sous méthadone (agoniste opioïde) et contre-indiquée chez les patients sous buprenorphine (agoniste-antagoniste). A la vue de ces données pharmacologiques, 3 arbres décisionnels ont été construits par le groupe pluridisciplinaire. Dans tous les cas, une analgésie multimodale adaptée au type de douleur sera proposée (association d'antalgiques et/ou de techniques ayant des sites d'action différents à l'origine d'action additive voire synergique): paracétamol, AINS, nefopam… Des prises en charge non médicamenteuses pourront également être associées (hypnose, sophrologie…). Le 1er arbre concerne les douleurs d'intensité légère à modérée pour les patients sous méthadone ou buprenorphine. Dans ce contexte, le TSO doit être maintenu et les opioïdes de paliers 2 seront déconseillés. En cas de douleur d'intensité modérée à sévère, 2 arbres décisionnels ont été construits : 1/ patient sous méthadone : la méthadone est maintenue et 2 stratégies sont possibles : a/maintien de la méthadone à la posologie usuelle dans le cadre du TSO et ajout d'un opioïde de palier 3 à libération immédiate (LI) b/ fractionnement des doses de méthadone en 2-3 prises avec augmentation progressive des doses si besoin. 2/ patient sous buprenorphine : la buprenorphine devra être arrêtée avant l'instauration d'un opioïde de palier 3. Deux cas sont possibles : a/ en cas d'épisode douloureux non prévisible : arrêt de la buprenorphine et dès l'apparition des 1ers signes de sevrage, titration par morphine LI. b/ en cas d'épisode douloureux prévisible ou douleur sévère chronique : remplacement de la buprenorphine par la méthadone (modification devant être réalisée par un addictologue). Quel que soit la situation, la désescalade antalgique devra être faite dès que possible et la gestion du TSO devra se faire en collaboration avec les addictologues.

Discussion / Conclusion

La douleur est fréquente chez les patients sous TSO et des stratégies thérapeutiques adaptées sont primordiales afin de garantir une prise en charge optimale de ces patients quel que soit l'unité de soin et ce, en concertation avec les addictologues et algologues.

Références bibliographiques principales

Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage. ANSM - Octobre 2011
Victorri-Vigneau.C et al - Prise en charge de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opiacés - Acute pain management in patients with maintenance treatments Douleur analgésie 2012

Orateur : Muller K.
Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique
Mots-clés : stratégie, substitution, douleur
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000444

Enquête de satisfaction vis-à-vis de la conciliation médicamenteuse auprès des professionnels de santé de ville

Lhermitte R.[(1)], Perovic I.[(2)], Michelet V.[(3)], Rousseau A.[(1)], Hue B.[(1)], Marie dit Dinard B.*[(4)]

[(1)] Pharmacie, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes

[(2)] Pharmacie, CH Fougères, Fougères

[(3)] Pharmacie, CH Saint Méen Le grand, Saint Méen Le Grand

[(4)] Pharmacie, CH Fougères, Fougères

Résumé

Contexte

Dans le cadre d'un projet assurant la continuité du parcours de soins médicamenteux du patient initié en novembre 2018, la démarche de conciliation médicamenteuse (CM) a été renforcée ou déployée (selon les sites) dans 6 centres hospitaliers (CH) du territoire. Afin d'évaluer la perception des professionnels de santé (PdS) de ville (Médecins généralistes (MG), pharmaciens d'officine (PO) et infirmiers diplômés d'état libéraux (IDEl)) des territoires concernés, une enquête de satisfaction vis-à-vis de la CM d'entrée et de sortie leur a été adressée.

Objectifs

Evaluer la perception des PdS libéraux vis-à-vis de la démarche territoriale de CM.

Matériels et méthodes

Un questionnaire « Google form » comprenant 16 questions et des champs à caractère libre, a été adressé à 209 PO, 650 MG et 15 IDEl entre octobre 2019 et janvier 2020. 1 à 3 relances ont été effectuées. Seuls les MG et PO du territoire possédant une messagerie sécurisée (MS) active ont reçu l'invitation à répondre à l'enquête par ce biais. Ne disposant pas d'un répertoire des MS pour les IDEl, des cabinets d'IDE situés dans le périmètre des CH ont été invités par téléphone à répondre à l'enquête.

Résultats

Au total, 25 % des PO ont répondu à l'enquête, 3 % des MG seulement et 33 % des IDEl. Concernant la CM à l'admission (CMA), 53 % des PO avaient déjà été sollicités, 90 % d'entre eux étaient satisfaits de l'échange et 90 % ne jugeaient pas cette activité comme chronophage. Les IDEl et MG déclarent être peu ou pas sollicités à ce sujet. 65 % des PdS ont reçu au moins 1 courrier de conciliation de sortie (CCS) dans l'année via la MS dans 70 % des cas. Les IDEl prenaient connaissance du document via les patients pour la majorité. Plus de 70 % des PdS arrivent à consulter ce courrier avant l'arrivée du patient. Enfin, 86 % des PdS considèrent que la CM les aide à prendre en soins leur patient.

Discussion / Conclusion

Les pharmacies de ville sont des partenaires incontournables en vue de l'élaboration d'une CMA de qualité et sont fortement sollicitées. Néanmoins, notre enquête montre que ces sollicitations ne sont pas jugées chronophages. Les CCS sont consultés dans la majorité des cas avant l'arrivée du patient, aidants ainsi les PdS dans la prise en soins. Par ailleurs, les MG et PO semblent désormais utiliser majoritairement la MS, excellent moyen pour garantir la sécurisation des échanges. Afin de renforcer encore les liens ville-hôpital, il apparaît indispensable que toutes les IDEl bénéficient rapidement d'une MS et d'un répertoire national exploitable.

Références bibliographiques principales

Fetique L., Magnier M., Milville H., Rey F., Lettre de conciliation médicamenteuse de sortie : quelle est l'opinion des professionnels de santé libéraux ? E-poster Hopipharm 2019

Orateur : Marie dit Dinard B.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Bilan comparatif des médicaments, Continuité des soins, Enquêtes et questionnaires

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000521

Comment mieux valoriser les activités de pharmacie clinique ? Développement d'un outil

Ferret L.*[(1)], Vanderkelen A.[(2)], Lemtiri J.[(3)], Dujardin L.[(1)], Boursier A.[(1)], Delvoye-Heiremans J.[(1)], Pruvost A.[(4)], Drancourt, P.[(5)], Hennion M.[(6)], Lemaire A.[(1)], Cousein E.[(6)], Fulcrand J.[(1)]

[(1)] Oncologie et spécialités médicales, CH Valenciennes, Valenciennes

[(2)] Direction du système d'information, CH Valenciennes, Valenciennes

[(3)] Réanimation, CH Valenciennes, Valenciennes

[(4)] Gériatrie, CH Valenciennes, Valenciennes

[(5)] Pharmacie - dispositifs médicaux, CH Valenciennes, Valenciennes

[(6)] Pharmacie - médicament, CH Valenciennes, Valenciennes

Résumé

Contexte

La Pharmacie Clinique (PC) a montré son efficacité dans l'optimisation et la sécurisation de la prise en charge du patient, ainsi que sur le plan médico-économique [1]. Toutefois la littérature identifie peu ses aspects les plus efficients. En France l'étude de son bénéfice demeure un enjeu stratégique pour les établissements. Des supports spécifiques (plateforme ActIP [2], formulaire MedRec [3]…) permettent aux pharmaciens de structurer et valoriser leurs activités de PC. Cependant ils ne couvrent pas tous les champs de la PC et certaines activités sont encore insuffisamment valorisées.

Objectifs

Ce projet a pour objectif de développer un outil informatisé permettant de tracer facilement et précisément l'ensemble des activités de PC, afin de produire automatiquement des indicateurs d'activité et de résultats, notamment sur le plan médico-économique.

Matériels et méthodes

Le développement de l'outil a été encadré par la direction du système d'information de l'établissement, en lien avec l'université du territoire, autour d'un cahier des charges écrit dans une collaboration étroite et régulière entre les équipes de PC et technique. L'application a été développée entre septembre 2018 et juin 2019. Après une phase de tests et d'ajustements, l'utilisation en routine a débuté en décembre 2019.

Résultats

L'application permet aux pharmaciens et préparateurs, de tracer leurs activités de conciliation, conseil, entretien pharmaceutique, éducation thérapeutique, entretien patient, audit, vigilance, formation et travaux de fond. Il est accessible sur ordinateur et Smartphone. Les référentiels développés par la Société Française de PC (classification des Interventions Pharmaceutiques, niveaux de PC, échelle CLEO) y ont été intégrés. Des éléments spécifiques de classification ont été développés pour les interventions pharmaceutiques spécifiques des dispositifs médicaux, ainsi que pour les activités ne bénéficiant pas de référentiels.

Discussion / Conclusion

Cette application permet de valoriser les activités de PC de manière adaptée à la pratique de terrain dans toute sa diversité. Plusieurs études d'impact médico-économique de la PC seront menées par campagnes thématiques à partir du 2e trimestre 2020. L'une des perspectives de ce travail consiste à importer les données tracées dans le dossier patient informatisé. Sur le plus long terme, la mise à disposition de l'application à l'ensemble des pharmaciens cliniciens des hôpitaux de notre Groupement Hospitalier de Territoire, permettra de produire des indicateurs de PC à cette échelle.

Références bibliographiques principales

1. Dalton, K. & Byrne, S. Role of the pharmacist in reducing healthcare costs: current insights. Integr. Pharm. Res. Pract. 6, 37–46 (2017).
2. Allenet, B. et al. Validation of an instrument for the documentation of clinical pharmacists' interventions. Pharm. World Sci. PWS 28, 181–188 (2006).
3. Marien, S., Krug, B. & Spinewine, A. Electronic tools to support medication reconciliation: a systematic review. J. Am. Med. Inform. Assoc. JAMIA 24, 227–240 (2017).

Orateur : Ferret L.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : économie médicale, technologie de l'information en santé, Service de pharmacie clinique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000207

Impact de la conciliation médicamenteuse dans la prise en charge du patient et satisfaction des professionnels de santé libéraux dans le relai hôpital-ville

Plaidy P.[(1)], Laudet M.[(1)], Chenaf C.[(2)], Sautou V.*[(3)], Boyer A.[(1)]

[(1)] Pôle pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Estaing, Clermont-Ferrand

[(2)] Pharmacovigilance, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

[(3)] Pôle pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

Résumé

Contexte

La conciliation médicamenteuse (CM) informatisée est un outil permettant depuis 2015 de répondre aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), afin de prévenir les erreurs médicamenteuses. Selon les critères de la Société Française de la Pharmacie Clinique (SFPC), les CM peuvent aboutir à la réalisation d'interventions pharmaceutiques (IP). Lors de la CM de sortie, un formulaire de relai hôpital-ville est transmis aux professionnels de santé libéraux (PSL), incluant les modifications de traitement et les IP.

Objectifs

L'objectif est double : Evaluer l'impact des IP lors de la CM et la satisfaction des pharmaciens et des médecins traitants (MT) vis-à-vis du formulaire hôpital-ville.

Matériels et méthodes

Une étude pilote est menée sur dix semaines, dans un service de médecine digestive. Les CM sont réalisées selon ces critères d'inclusions : patients majeurs, sans troubles cognitifs, avec au moins cinq médicaments à l'entrée. La cotation de l'impact clinique (IC), économique (IE) et organisationnel (IO) des IP est faite selon l'échelle CLEO, évaluée par un pharmacien et un médecin. Pour chaque CM de sortie, les PSL reçoivent par messagerie sécurisée un formulaire de relai et un questionnaire de satisfaction élaboré sur le logiciel RedCap.

Résultats

74 % des 133 IP réalisées ont été acceptées. 20 % n'ont pas d'influence sur la clinique, 32 % ont un IC mineur, 39 % un IC moyen et 10 % un IC majeur. Aucun IC vital ni nuisible n'a été relevé. 38 % des IP augmente le coût de prise en charge, 15 % ne le modifie pas et 45 % le réduit. 35 % des IP diminue la qualité du processus de soins, 31 % ne la modifie pas et 33 % l'améliore. 31 % des pharmaciens, 49 % des MT ont répondu au questionnaire. 75 % des patients suivis sont venus à leur officine, et 39 % ont consulté leur MT dans les quinze jours. 94 % des pharmaciens, 78 % des MT ont jugé le formulaire utile. Il permet à tous d'améliorer la compréhension de la prise en charge thérapeutique du patient.

Discussion / Conclusion

L'IE est difficile à évaluer car seuls les coûts directs sont considérés, sans tenir compte des surcoûts évités grâce à l'IP (allongements d'hospitalisation, ajout thérapeutique…).

L'enquête rapporte une bonne satisfaction des PSL vis-à-vis du lien hôpital-ville, malgré un faible taux de réponse. Les principales limites relevées sont liées à l'absence de CM lors des sorties d'hospitalisation le week-end et le nomadisme des patients. Le dossier médical partagé est un outil qui permettrait d'optimiser la CM.

Références bibliographiques principales

Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé Haute Autorité de Santé – Février 2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
Echelle CLEO – Site de la SFPC. Disponible sur : http://actip.sfpc.eu/docs/CLEOv3.pdf

Orateur : Sautou V.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Conciliation médicamenteuse, Relations entre professionnels, Patients hospitalisés

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000218

Impact de l'actualisation des recommandations internationales ESPGHAN et de la mise en place d'un logiciel de prescription sur les prescriptions de nutrition parentérale

Royer M.*(1), Dierickx S.(1), Moreau F.(2), Tourneux P.(2), Ghostine G.(2), Marçon F.(1)

(1) Pharmacie à usage intérieur, CHU Amiens-Picardie, Amiens

(2) Réanimation néonatale, CHU Amiens-Picardie, Amiens

Résumé

Contexte

Les nouveau-nés prématurés ont des besoins nutritionnels spécifiques nécessitant la fabrication de poches de nutrition parentérale individualisée (NPI) à la pharmacie. Afin de sécuriser le circuit, l'informatisation de la prescription a été récemment déployée dans le service de réanimation néonatale : macro Excel selon l'EPSGHAN 2005 (1) remplacée par le logiciel Logipren® début 2019. L'informatisation s'est accompagnée d'un nouveau référentiel avec l'actualisation des recommandations ESPGHAN fin 2018 (2).

Objectifs

L'objectif est d'évaluer l'impact de l'informatisation et de l'actualisation des recommandations ESPGHAN sur l'adhésion aux recommandations internationales concernant les apports nutritionnels des nouveau-nés prématurés.

Matériels et méthodes

Comparaison des apports nutritifs (nutrition entérale + NPI) des nouveau-nés avec NPI avant (P1) et après (P2) informatisation. Les apports caloriques, glucidiques, protéiques et lipidiques (valeurs moyennes, taux de conformité/recommandations) étaient recueillis. Les périodes P1 et P2 étaient comparées. Pour dissocier l'impact de l'informatisation du changement de recommandations 2005 vs. 2018, le taux de conformité était également calculé en P1 selon ESPGHAN 2005 (pratique clinique relevée en P1) vs. P1 selon EPSGHAN 2018 (valeurs recalculées afin de modéliser l'impact des nouvelles recommandations si l'informatisation n'avait pas été mise en place).

Résultats

P1 incluait 57 nouveau-nés vs. 59 en P2. Les apports énergétiques moyens étaient de P1 : 66,5 kcal/kg/j vs. P2 : 73,9 kcal/kg/j ($p = 0.05$). Les taux de conformité / ESPGHAN étaient respectivement pour P1 et P2 : 35 % et 72,9 % ($p < 0.05$) pour les apports énergétiques ; 47,4 % et 86,4 % pour les glucides ($p < 0.05$); 40.3 % vs 55,9 % pour les protéines ($p = 0.14$) et 29,8 % et 27,1 % ($p = 0.91$) pour les lipides. En P1, le taux de conformité pour les apports énergétiques passait de 35 % selon ESPGHAN 2005 vs. 84.2 % selon ESPGHAN 2018 ($p < 0.05$). Il en était de même pour les glucides (47,4 % vs. 100 % ; $p < 0.05$).

Discussion / Conclusion

Entre les 2 périodes, le taux de conformité a augmenté. Les nouvelles recommandations semblent jouer un rôle majeur dans cette amélioration. En effet, les apports énergétiques recommandés passent de 80-120 kcal/kg/j à 45-120 kcal/kg/j entre 2005 et 2018. L'informatisation a un effet moindre sur le taux de conformité étant donné que la macro Excel prenait aussi en compte les recommandations internationales. Néanmoins, elle permet une meilleure comptabilisation des apports totaux ce qui facilite la prescription et l'analyse pharmaceutique.

Références bibliographiques principales

1 Koletzko B, Goulet O, Hunt J, Krohn K, Shamir R. 1. Guidelines on Paediatric Parenteral Nutrition of the european Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) and the european Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), Supported by the european Society of Paediatric Research (ESPR): J Pediatr Gastroenterol Nutr. Nov 2005;41(Supplement 2):S1-4.
2 Mihatsch WA, Braegger C, Bronsky J, Cai W, Campoy C, Carnielli V, et al. ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition. Clin Nutr. déc 2018;37(6):2303-5

Orateur : Royer M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Recommandations, Prématuré, Nutrition parentérale

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Oui

Numéro : 000450

Intérêt du lien ville-hôpital dans le suivi des patients bénéficiant d'une chimiothérapie anticancéreuse à domicile

De Coucy A.[(1)], Malifarge L.[(1)], Hetier C.[(1)], Teytaud M.*[(1)], Deppenweiler M.[(1)], Toulza E.[(1)], Apretna E.[(1)], Donamaria C.[(1)], Lortal B.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Institut Bergonié, Bordeaux

Résumé

Contexte

L'amélioration de la coordination ville-hôpital (V/H) constitue l'une des priorités du Plan cancer 2014-2019 (1). Dans notre établissement, de nombreux patients bénéficient d'une chimiothérapie (CT) intraveineuse contenant du 5-fluorouracile (5-FU) ou de l'ifosfamide (IFO) à administrer au domicile via des pompes ou des diffuseurs portables, fournis par les pharmacies d'officine ou les prestataires de santé. Dans le but de sécuriser et d'assurer une continuité dans la prise en charge des patients, des entretiens pharmaceutiques ont été mis en place avec un lien V/H avec les pharmacies d'officine.

Objectifs

Evaluer le lien V/H mis en place et le suivi des patients par l'intermédiaire des comptes rendus de suivi de perfusion à domicile (CR).

Patients et méthodes

Etude monocentrique prospective au cours de l'année 2019 incluant les patients traités par une CT intraveineuse à domicile contenant du 5-FU ou de l'IFO et ayant bénéficiés d'un lien V/H. Le lien V/H comprenait un entretien pharmaceutique avec le patient et un entretien téléphonique avec sa pharmacie d'officine ainsi que la transmission d'un CR pour le suivi des patients. Ce CR, à remplir avec l'IDE à domicile du patient est à retourner à notre centre par fax ou messagerie sécurisée, comprenait plusieurs informations comme la date de débranchement, le volume résiduel présent dans le dispositif au débranchement ou le signalement d'alarmes en cas d'utilisation de pompe.

Résultats

Au total, 175 patients ont bénéficiés du lien V/H au cours de la période de l'étude. L'âge médian était de 63 ans [19 ; 89] et le sexe ratio de 1:1. Concernant les protocoles de CT administrés à domicile : 112 (64 %) comprenaient du 5-FU et 63 (36 %) de l'IFO ; 80 (45.7 %) étaient administrés grâce à une pompe et 95 (54.3 %) avec un diffuseur. 100 % des patients sont venus dans notre établissement avec leur dispositif d'administration. Notre établissement a reçu 76 CR pour 30 (17.1 %) patients soit 46 % des CR à recevoir pour ces patients et 21 (26.7 %) concernaient la 1ère CT à domicile du patient.

Discussion / Conclusion

Cette étude montre l'intérêt du lien V/H en oncologie : il permet d'éviter tout retard dans la prise en charge du patient en mettant à disposition, en amont, les dispositifs d'administration des CT à domicile. Néanmoins, le nombre de CR reçu était faible et concernait souvent la 1ère cure suivant l'entretien téléphonique avec l'officine. Il paraît donc intéressant d'optimiser le suivi des patients, par la démocratisation de l'utilisation de la messagerie sécurisée.

Références bibliographiques principales

(1) Gouvernement de la république française. Plan cancer 2014-2019. Récupéré de : https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019. Consulté le 04/02/2020

Orateur : Teytaud M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : perfusion à domicile, continuité des soins, Chimiothérapies anticancéreuses

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000208

Prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé : où en sommes-nous ?

Bousendorfer C.*(1), Mille F.(1), Werling E.(1)

(1) Pharmacie, CHI Wissembourg, Wissembourg

Résumé

Contexte

Les personnes âgées, souvent sujettes à la polypathologie et à la polymédication, sont particulièrement exposées au risque iatrogène. C'est pourquoi, l'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé constitue un des axes essentiels de leur prise en charge et un enjeu majeur de santé publique. Dans ce but, de nombreux auteurs ont créé des outils de détection des prescriptions potentiellement inappropriées.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer qualitativement et quantitativement, dans notre Centre Hospitalier, la prescription de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez le sujet âgé, première étape vers l'amélioration des pratiques de prescription chez ces patients.

Patients et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective. Un jour donné, l'ensemble des prescriptions présentes dans notre logiciel d'aide à la prescription ont été extraites. Parmi celles-ci, les prescriptions des patients âgés de 75 ans et plus ont été analysées dans le but d'y détecter un MPI. Les MPI recherchés ont été extraits de trois listes : la « Liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française » de Laroche, la version actualisée en 2015 des « Critères de Beers » et la liste européenne « The EU(7)-PIM list ».

Résultats

Au total, 230 patients, d'âge moyen de 80,2 ans, présentaient une prescription informatisée ce jour-là. Parmi eux, 180 patients étaient âgés d'au moins 75 ans. Pour ces patients, le nombre moyen de lignes de prescriptions était de 10,95. Le nombre de patients de 75 ans et plus, ayant au moins un MPI était de 125 (69,4 %) selon la liste européenne (37 principes actifs [PA] impliqués), de 90 (50,0 %) selon les critères de Beers (26 PA concernés) et de 87 (48,3 %) selon la liste de Laroche (22 PA concernés). Un certain nombre de patients comptaient au moins 5 MPI sur leur prescription : 8 selon la liste européenne, 4 selon les critères de Beers et 3 selon la liste de Laroche. Finalement, les principaux PA concernés ont été le pantoprazole (63 patients [35,0 %]), l'oxazépam (60 patients [33,3 %]), le zopiclone (34 patients [18,9 %]) et l'alprazolam (22 patients [12,2 %]).

Discussion / Conclusion

Les résultats de cette étude ont fait l'objet d'une présentation en Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles. Au regard de l'importante prescription de MPI chez le patient âgé dans notre établissement, il est apparu essentiel de sensibiliser les prescripteurs en proposant d'éditer un guide de recommandations de prescription chez le sujet âgé. A la lumière de ces résultats, nous envisageons également de réaliser une évaluation des pratiques de prescription des benzodiazépines et des inhibiteurs de la pompe à protons pour émettre des recommandations d'utilisation de ces médicaments chez le patient âgé. Même si cette étude reste très macroscopique et nécessiterait d'être étendue, notamment par la consultation des dossiers des patients concernés, elle permet de faire un premier point sur les pratiques de prescription et de mettre déjà en place des actions.

Références bibliographiques principales

Laroche, M., Charmes, J., & Merle, L. (2007, August). Potentially inappropriate médications in the elderly: a French consensus panel list. european Journal of Clinical Pharmacology, 63(8), pp. 725-731
The American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. (2019, April). American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Journal of the American Geriatrics Society, 67(4), pp. 674-697, Renom-Guiteras
A., Meyer, G., & Thürmann, P. (2015, May). The EU(7)-PIM list : a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven european countries. european Journal of Clinical Pharmacology, 71(7), pp. 861-875

Orateur : Bousendorfer C.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Médicaments potentiellement inappropriés, Revue des pratiques de prescription médicamenteuse, Personne âgée

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000512

Retour d'expérience d'un projet d'harmonisation des pratiques de pharmacie clinique en gériatrie/gérontologie au sein d'un groupement hospitalier de territoire

Leleux A.*[(1)], Robert L.[(1)], Begon Lours C.[(2)], Berlemont P.[(3)], Descamps A.[(4)], Wiart M.[(5)], Alexandrzak P.[(6)], Bourdon F.[(7)], Bene, J.[(8)], Gaboriau L.[(8)], Decaudin B.[(1)], Dambrine M.[(1)]

[(1)] Institut de pharmacie, CHU Lille, CHU Lille
[(2)] Pharmacie, CH Hazebrouck, Hazebrouck
[(3)] Pharmacie, CH Tourcoing, Tourcoing
[(4)] Pharmacie, CH Seclin, Seclin
[(5)] Pharmacie, CH Armentières, Armentières
[(6)] Pharmacie, CH Wattrelos, Wattrelos
[(7)] Pharmacie, CH Roubaix, Roubaix
[(8)] Centre régional de pharmacovigilance, CHU Lille, Lille

Résumé

Contexte

Un état des lieux des pratiques de pharmacie clinique (PC) en gériatrie et outils utilisés au sein de notre groupement hospitalier de territoire (GHT), a mis en évidence une hétérogénéité (d'activités et de moyens) entre les établissements. Afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse (PECM) des patients âgés (PA) sur l'ensemble de ce territoire, il est apparu nécessaire d'harmoniser nos pratiques de PC en gériatrie.

Objectifs

L'objectif est d'harmoniser les pratiques de PC en gériatrie au sein de notre GHT, ainsi que d'évaluer les 1ers éléments de ce travail.

Matériels et méthodes

Un groupe de travail (GT) a été constitué après identification de pharmaciens référents dans les 10 établissements du GHT et contact du centre régional de pharmacovigilance (CRPV). Des réunions de travail mensuelles mises en place ont permis de relever les indicateurs suivants : nombre de réunions réalisées, d'acteurs du GT présents et de documents élaborés par réunion. Afin d'évaluer ces 1ères réunions, un questionnaire informatisé (module Google Forms®) a été envoyé par mail au GT (organisation, contenu, pérennisation et ouverture de ces réunions à d'autres disciplines médicales).

Résultats

Le GT est constitué de 19 pharmaciens (3 coordonnateurs (établissement support (ES)), 13 pharmaciens (hors ES) et 3 pharmaciens du CRPV). Six réunions ont été organisées sur 6 mois, avec au moins 6 établissements du GHT présents à chaque réunion. Au cours de celles-ci une fiche/référentiel de bon usage du médicament (BUM) élaboré par un pharmacien du GT et une revue de pratique commune au travers de cas cliniques étaient présentées ; des documents élaborés précédemment étaient validés. Les thématiques abordées au cours des réunions étaient majoritairement spécifiques du sujet âgé, mais également relatives à la PC en général. Au total, 17 documents relatifs au BUM ont été présentés : 5 protocoles de PECM, 3 fiches d'instructions, 4 cas cliniques et 5 présentations (tel que : le prurit chronique et les dysthyroidies de la PA, STOPP/START, STOPPFrail). Le retour du questionnaire était positif avec des thématiques « adaptées », « utiles » et « intéressantes », une volonté de pérenniser ce GT et de l'ouvrir à d'autres spécialités de la PC (insuffisance cardiaque, anticoagulation).

Discussion / Conclusion

La mise en place du GT permet aux pharmaciens d'un même territoire de travailler ensemble sur l'harmonisation et la sécurisation de la PECM du sujet âgé et d'envisager différents projets communs de pharmacie clinique (comme des études observationnelles de BUM par exemple).

Références bibliographiques principales

Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 déc 2015;15(90):323-36.
Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. Age Ageing. 01 2017;46(4):600-7.

Orateur : Leleux A.
Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique
Mots-clés : Pharmacie d'hôpital, Gériatrie, Pratique professionnelle
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000531

Evaluation de l'impact clinique et économique de l'activité de pharmacie clinique dans une unité médicale ambulatoire de cancérologie (UMAC) chez les patients atteints de myélome

Molière M.[(1)], Gueneau P.[(1)], Bost S.[(1)], Masotti F.[(2)], Boulin M.[(2)], Lazzarotti A.[(2)], Pistre P.*[(2)]

[(1)] Pharmacie, CHU Dijon, Dijon

[(2)] Pôle pharmaceutique, CHU Dijon, Dijon

Résumé

Contexte

L'équipe pharmaceutique de l'UMAC réalise des entretiens pharmaceutiques auprès de l'ensemble des patients initiant une première cure de chimio/immunothérapie. Une synthèse des traitements médicamenteux est également réalisée afin de réévaluer leurs thérapies. Durant ces activités, l'équipe pharmaceutique réalise des interventions pharmaceutiques (IP). Une étude récente a évalué l'impact économique de ces IP : 175 563 € de coûts économisés et 390 480 € de coûts évités, toutes spécialités confondues sur l'année 2018. Considérant l'augmentation croissante de l'activité, il semble aujourd'hui nécessaire de cibler les patients pouvant bénéficier d'un entretien pharmaceutique. A l'heure actuelle, 60 % des entretiens sont réalisés chez des patients atteints d'hémopathie maligne. Il semble donc judicieux d'évaluer l'impact de l'activité pharmaceutique chez les patients atteints de myélome.

Objectifs

Evaluer l'impact clinique et économique des IP réalisées à l'UMAC par l'équipe pharmaceutique chez les patients atteints de myélome.

Patients et méthodes

Cette étude rétrospective inclus l'ensemble des IP réalisées chez les patients atteints de myélome du 01/01/2019 au 31/12/2019. Les caractéristiques démographiques de la population ont été recueillies. Les IP ont été codifiées selon l'échelle de la SFPC et leurs impacts clinique et économique ont été définis selon l'échelle CLEO.

Résultats

Sur l'année 2019, 137 IP ont été réalisées chez 71 patients, de sex-ratio 1,4 (H/F) avec un âge moyen de 69,2 ans ± 9,6. 62 % de ces IP correspondent à des optimisations des modalités d'administration, 15,3 % à des adaptations posologiques, 13,1 % à des arrêts de traitement, 5,8 % à des ajouts de traitement, 2,2 % à des suivis thérapeutiques, 0,7 % à des choix de la voie d'administration et 0,7 % à des substitutions/échanges. La gravité clinique potentielle de l'IP a été évaluée : nulle dans 1,5 % des cas, mineure dans 65,7 % des cas, moyenne dans 23,4 % des cas et majeure pour 9,5 % des IP. L'IP a entraîné une augmentation de coût dans 11,7 % des cas et une réduction du coût dans 18,2 % des cas.

Discussion / Conclusion

L'activité de pharmacie clinique a permis l'optimisation de la prise en charge des patients atteints de myélome en réalisant 137 IP qui aurait pu entraîner, dans 98,6 % des cas des conséquences cliniques pour le patient. Cette étude va être réalisée prochainement chez les patients atteints de lymphome afin de comparer les deux populations et de cibler davantage nos populations bénéficiant d'un entretien pharmaceutique.

Références bibliographiques principales

SFPC. Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique. http://www.actip.sfpc.eu/actip/index/ficheip/.
VO TH, CHARPIAT B, CATOIRE C, JUSTE M, ROUBILLE R, ROSE FX et al. Développement de l'échelle multidimensionnelle « CLEO » pour évaluer la pertinence d'une intervention pharmaceutique. Pharm Hosp Clin. Volume 49, Issue 2, June 2014, Pages e21.

Orateur : Pistre P.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : pharmacie, chimiothérapie, immunothérapie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000465

Evaluation de la prise en charge de la douleur post-opératoire dans un service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique

Fazâa I.*[(1)], Mansour B.[(1)], Baccouche Y.[(2)], Jarraya D.[(1)], Ghlila D.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Abderrahmen Mami de pneumo-phtisiologie, Ariana, Tunisie

[(2)] Pharmacie, service de chirurgie cardiovasculaire, Hôpital Abderrahmen Mami de pneumo-phtisiologie, Ariana, Tunisie

Résumé

Contexte

La survenue de la douleur en post-opératoire demeure un problème très fréquent dans les services chirurgicaux. C'est en 1995 que le président de l'American Pain Society, fait pour la première fois référence à la douleur comme cinquième signe vital, précisant que dans le cadre de soins de qualité, la douleur doit être évaluée et traitée (1).

Objectifs

L'objectif de notre étude était d'évaluer la prise en charge de la douleur post-opératoire chez les patients d'un service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique d'un centre hospitalo-universitaire.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive prospective qui s'est déroulée pendant 4 semaines (01/12/2019 au 29/12/2019) dans le service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique. Nous avons inclus 45 patients chez qui l'évaluation de la douleur a été effectuée pendant les premières 48 heures suivant l'intervention chirurgicale. Un questionnaire a été élaboré et validé afin de recueillir les informations nécessaires auprès des patients. L'échelle numérique a été utilisée pour l'évaluation de la douleur.

Résultats

Un total de 45 patients a été inclus. Le sex-ratio (H/F) était de 1,25. L'âge moyen était de 51,5 ans et le poids moyen de 70,2 kg. Les motifs d'admission au service étaient multiples néanmoins les interventions les plus effectuées pour les patients de notre étude étaient la lobectomie, le drainage de pneumothorax et la ponction pleurale.

A l'admission l'évaluation de la douleur a été effectuée et un pourcentage moyen de 61 % a été rapporté par les patients en utilisant l'échelle numérique. L'impact de la douleur a également été évalué. Le sommeil était altéré chez 77.78 % des patients et les activités simples du quotidien étaient altérées chez 68.89 % des patients.

Dans les 24 heures suivant l'intervention chirurgicale les pourcentages algiques variaient considérablement d'un patient à l'autre avec une moyenne de 75 %. Durant ces premières heures, l'équipe médicale prescrit un traitement antalgique au patient qui peut être soit initié au service d'anesthésie-réanimation dès le réveil soit à son retour au service de chirurgie. Dans les deux cas, les patients opérés ont rapporté des délais d'attente allant de 15 à 300 minutes avant l'administration d'un traitement antalgique. Après cette prise en charge, une nouvelle évaluation de la douleur a été effectuée et un pourcentage moyen de 30 % a été rapporté.

Discussion / Conclusion

L'évaluation de la douleur en pré et en post-opératoire témoigne d'une prise en charge inefficace de la douleur. Dans le contexte postopératoire elle reste un enjeu important car elle entraine des complications qui ont pour ultime conséquence de prolonger inutilement la durée du séjour du patient en milieu hospitalier. Compte tenu de toutes les répercussions d'une douleur postopératoire inadéquatement soulagée, il est indispensable d'en assurer la gestion efficace (2).

Références bibliographiques principales

1. Morone NE, Weiner DK. Pain as the 5th vital sign: exposing the vital need for pain education. Clin Ther. 2013 Nov;35(11):1728–32.
2. Bergeron DA, Leduc G, Marchand S, Bourgault P. Étude descriptive du processus d'évaluation et de documentation de la douleur postopératoire dans un hôpital universitaire. Pain Res Manag. 2011 Mar;16(2):81–6.

Orateur : Fazâa I.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : postopératoire, chirurgie, douleur

Pays où le travail est effectué : Tunisie

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000237

Prise en charge thérapeutique des candidémies et des infections intra-abdominales à Candida spp au sein de notre établissement

Gilbert K.*(1), Nivoix Y.(2), Letscher-Bru V.(3), Lefebvre N.(4), Levêque D.(2), Herbrecht R.(5), Gourieux B.(2)

(1) Pharmacie, CHU Dijon Bourgogne, Dijon
(2) Pharmacie, HU Strasbourg, Strasbourg
(3) Laboratoire de parasitologie et mycologie médicale, HU Strasbourg, Strasbourg
(4) Maladies infectieuses et tropicales, HU Strasbourg, Strasbourg
(5) Oncologie-hématologie, HU Strasbourg, Strasbourg

Résumé

Contexte

En France, les candidoses invasives sont les infections fongiques invasives (IFI) les plus fréquentes (43 % entre 2001 et 2010 [1]). Au niveau local, les candidoses invasives représentent 50 % des IFI : candidémies et péritonites sont les plus fréquentes. Des guidelines nationales et internationales précisent les modalités de désescalade thérapeutique mais des études montrent qu'elle est encore insuffisamment réalisée.

Objectifs

L'objectif de ce travail a été d'étudier les pratiques de prescription chez des patients adultes ayant au moins un prélèvement biologique invasif (hémoculture ou liquide péritonéal) positif à *Candida spp*.

Matériels et méthodes

Cette étude est monocentrique et rétrospective sur une durée de 3 mois. Les données suivantes ont été relevées : antifongique prescrit, posologie, relais IV-PO, désescalade et durée de traitement.

Résultats

Quarante-sept patients (âge moyen = 61 ans, SR = 0,68) ont été inclus. Les prélèvements positifs ont été : hémoculture – 17 patients (36 %), liquide péritonéal - 29 patients (62 %) et liquide d'ascite - 1 patient (2 %). Les espèces retrouvées ont été : *C. albicans* (62 %, tous sensibles [S] au fluconazole), *C. glabrata* (13 % ; 1 [S], 5 intermédiaire [I] et 1 résistant [R]), *C. parapsilosis* (9 % ; tous [S]), *C. tropicalis* (7 %, tous [S]), *C. krusei* (5 %, tous [R]). Quarante-quatre patients ont eu un traitement. La 1re ligne a été la caspofungine (55 %), le fluconazole (43 %, avec 16 % PO et 84 % IV dont 50 % de relais IV-PO) et le voriconazole (2 %). Dix-neuf patients (43 %) ont eu une 2ème ligne de traitement : 16 patients traités par caspofungine ont eu une désescalade vers le fluconazole (80 % en IV et 20 % en PO, 15 patients parmi les 19 avec un *Candida* fluconazole [S] soit au total, 79 % de désescalade au fluconazole réalisée) ou vers le voriconazole (1 patient *C. glabrata* [I] au fluconazole) et 3 patients traités par fluconazole ont eu un élargissement thérapeutique (vers la caspofungine après aggravation clinique, vers l'amphotéricine B liposomale après un prélèvement positif à *C. glabrata* [R] au fluconazole et vers le voriconazole après un prélèvement positif à *C. krusei* naturellement [R] au fluconazole). Les durées moyennes de traitement des candidémies et des infections intra-abdominales ont été respectivement de 24 jours [1;82j] et 16 jours [1;58j].

Discussion / Conclusion

Ces résultats sont encourageants comparés à ceux d'une étude effectuée en 2013 dans notre établissement [2] où la désescalade au fluconazole au cours d'infection à *Candida* fluconazole [S] était réalisée dans 40 % des cas uniquement ($p < 0,01$). Notre étude révèle également des durées de traitements pouvant être optimisées (recommandations dans les candidémies : 2 semaines de traitement après négativation des hémocultures et dans les infections intra-abdominales : 5 à 15 jours). Globalement, l'ensemble de ces résultats se rapprochent des recommandations existantes. Il reste toutefois nécessaire de réaliser régulièrement une sensibilisation auprès des médecins et des pharmaciens, d'autant plus qu'une récente étude [3] a mis en évidence que la désescalade n'avait aucun impact négatif sur la mortalité ou la morbidité pour les patients.

Références bibliographiques principales

[1] Bitar D, et al. Mycoses invasives en France métropolitaine, PMSI 2001-2010 : incidence, létalité et tendances. Bull Epidemiol Hebd : 109-14 (2013)
[2] Poulat C, et al. Assessment of high-priced systemic antifungal prescriptions. Med Mal Infect. 2017 Oct;47(6):382-388
[3] Bailly S, et al. Antifungal de-escalation was not associated with adverse outcome in critically ill patients treated for invasive candidiasis: post hoc analyses of the AmarCAND2 study data. Intensive Care Med 2015;41(11):1931 40

Orateur : Gilbert K.
Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique
Mots-clés : Gestion responsable des antimicrobiens, Traitement médicamenteux, Candidémie
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000193

Analyse des interventions pharmaceutiques d'un centre hospitalier : comment bien les optimiser ?

Kerr G.*[(1)], Leray M.[(1)], Pottier G.[(1)], Giraud J.[(1)], Pingaud C.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Lille

Résumé

Contexte

Les interventions pharmaceutiques (IP) sont tracées dans le Dossier Patient Informatisé (DPI), afin d'être partagées entre pharmaciens et prescripteurs. Leur analyse permet de faire ressortir les plus fréquentes, afin d'apporter des solutions pour optimiser leur pertinence.

Objectifs

Détermination des axes d'optimisation possible pour valoriser le rôle du pharmacien et recentrer son rôle sur des IP à forte valeur ajoutée.

Matériels et méthodes

Les IP ont été extraites à partir du DPI de notre établissement (450 lits) sur la période de novembre à décembre 2019. Chaque IP a été analysée, et classée dans 3 groupes. Un pour les IP de Pharmacie Clinique, avec les propositions d'adaptation posologique, de réévaluation de traitement, les notifications d'interaction médicamenteuse, de contre-indications, de surveillance biologique, d'erreurs de prescription, et les recommandations de prise. Un deuxième groupe pour les modifications de prescription, avec le signalement des doublons, les substitutions, et les informations sur la détention des traitements. Et un troisième groupe avec les transmissions entre pharmaciens.

Résultats

Sur 642 IP, 340 sont consacrée à la Pharmacie Clinique (55 %), avec 129 propositions d'adaptation posologique (38 %), 79 notifications d'interactions (23 %), 50 propositions de réévaluation de traitement (15 %), 34 notifications de surveillance des paramètres biologiques (10 %), 29 erreurs de prescription (9 %), 11 recommandations de prises (3 %) et 8 contre-indications (2 %) ; 271 IP concernent des modifications de prescription (42 %), avec 150 substitutions (55 %), 71 doublons de prescriptions (26 %) et 50 portant sur la gestion des traitements (19 %). Enfin, 31 IP sont des transmissions internes (5 %).

Discussion / Conclusion

Malgré un biais lié aux IP non tracées, il ressort que plus d'un tiers des IP concernent l'adaptation des prescriptions au livret thérapeutique, la recherche d'informations non renseignées par les prescripteurs, ou la correction des doublons de prescription. Dans le but de limiter ce type d'IP, nous allons renforcer la formation donnée aux utilisateurs du logiciel de prescription, en insistant sur la prescription hors-livret et les modalités de chevauchement des traitements. Une sensibilisation des prescripteurs aux doublons va ensuite être instaurée. Enfin, une communication mensuelle des IP de pharmacie clinique les plus marquantes sous format numérique est envisagée pour sensibiliser les prescripteurs.

Orateur : Kerr G.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : soins pharmaceutiques, qualité des soins, Prescriptions

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000517

Analyse pharmaceutique quotidienne des prescriptions de colchicine : quel impact ? Bilan à 2 ans

Bausson J.[(1)], Fourtage M.*[(1)], Michel B.[(1)], Gourieux B.[(1)]

[(1)] Pharmacie-stérilisation, HU Strasbourg, Strasbourg

Résumé

Contexte

Du fait de sa marge thérapeutique étroite, la colchicine représente un risque de toxicité pour le patient et donc un point de vigilance. Ainsi, une analyse pharmaceutique (AP) systématique quotidienne des prescriptions informatisées de colchicine est réalisée, du lundi au samedi, en complément de l'analyse bi-hebdomadaire des pharmaciens des services.

Objectifs

L'objectif était de réaliser un bilan de cette activité afin d'évaluer la nature des interventions pharmaceutiques (IP) et leur impact sur les prescriptions.

Matériels et méthodes

Durant 2 ans, de janvier 2018 à décembre 2019, les IP ont été tracées dans un tableur puis analysées rétrospectivement.

Résultats

Une AP a été réalisée sur 2 044 lignes de prescription de colchicine dont 167 ont donné lieu à une IP (8 %). Ces IP concernaient majoritairement l'accès aigu de goutte (63 %, n = 105) et évoluent de façon constante d'une année à l'autre. La plus fréquente des IP était liée à la fonction rénale (69 %, n = 115) : prescription non adaptée à l'insuffisance rénale (IR) modérée (41 %, n = 68) ou contre-indiquée chez le sujet IR sévère (IRS) (28 %, n = 47). L'utilisation d'un schéma d'administration non recommandé représentait 25 % (n = 42) des IP (posologie > 1 mg/prise ou prise unique pour une péricardite avec un poids patient > 70 kg). Une augmentation du taux d'acceptabilité des IP de 66 à 72 % a été observée entre 2018 et 2019. Après IP, 40 % (n = 27) des patients avaient une posologie ≥ 1 mg/jour chez l'IR modéré *vs* 97 % (n = 66) initialement. Chez les patients IRS ou dialysés, un arrêt (13 %, n = 6) ou une diminution des posologies < 1 mg/jour (70 %, n = 33) étaient constatés après l'IP. Il persistait toutefois des prescriptions à 1 mg/jour (13 %, n = 6) mais de courtes durées (3 à 6 jours). Pour ces patients, les IP mentionnaient systématiquement la surveillance des premiers signes de surdosage.

Discussion / Conclusion

L'équipe pharmaceutique est confrontée à une réalité de terrain : l'utilisation de colchicine chez le patient IRS en hors AMM. Ce travail montre l'intérêt d'un renforcement de l'AP bi-hebdomadaire dans le suivi d'un médicament à risque : la colchicine. L'impact des IP s'observe notamment par une diminution des posologies ou une optimisation du schéma thérapeutique. Les interventions étant majoritairement liées à la fonction rénale, et afin d'optimiser le temps de travail dédié à cette analyse, la priorisation par la création d'une requête informatique en lien avec le bilan biologique se présente comme une perspective intéressante.

Orateur : Fourtage M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Revue des pratiques de prescription des médicaments, Insuffisance rénale, Colchicine

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000439

Pénurie d'immunoglobulines : actions - réactions

Cavelier M.*(1), Varin R.(1), Tiret I.(1)

(1) Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

Résumé

Contexte

Les besoins émergents d'immunoglobulines polyvalentes humaines au niveau mondial ont généré de fortes tensions d'approvisionnements dans les établissements de santé français en 2018. Des recommandations ont été émises par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) afin d'aider à la priorisation des prises en charge dans ce contexte.

Objectifs

L'objectif de l'étude était d'analyser la façon dont les prescriptions d'immunoglobulines polyvalentes humaines ont évolué pendant une période où la capacité d'approvisionnement de la pharmacie à usage intérieur (PUI) a été réduite de 10 % sans diminution du nombre de patients traités.

Patients et méthodes

Les patients hospitalisés pour une cure d'immunoglobulines humaines polyvalentes par voie intraveineuse (IgIV) entre le 1er janvier et le 1er mars 2018 ont été inclus. Cinq critères ont été évalués sur les cures ultérieures : arrêt du traitement, modification de la posologie, report de la cure, switch de la spécialité ou changement de la voie d'administration.

Résultats

Cent quarante-quatre patients ont reçu une cure d'IgIV sur la période définie dont 105 ont poursuivi leur traitement ultérieurement (âge moyen = 49,8 ans [4-90], sexe ratio H/F = 1,1). Quarante-deux patients (40 %) étaient pris en charge en neurologie, 21 (20 %) en pédiatrie, 16 (15 %) en médecine interne et en dermatologie. Un quart relevait d'une indication prioritaire. La plupart des patients (65 %) ont eu au moins un switch de spécialités sans que cela impacte la voie d'administration ni la tolérance. Une diminution de la posologie a été réalisée pour un tiers des patients et a été maintenue dans plus de 7 cas sur 10 permettant de réaliser une « économie » de 2,5 kilogrammes sur la cohorte étudiée (31 % de la cohorte 2018). L'intercure a été augmentée en moyenne d'une semaine pour 4 patients. Trois arrêts de cures ont été notifiés dont un directement en lien avec la pénurie. Le statut de l'indication dans la hiérarchisation semble avoir uniquement conditionné la diminution de posologie (23 % des patients avec une indication prioritaire contre 36 % pour les autres indications).

Discussion / Conclusion

Les professionnels de santé se sont adaptés à cette pénurie en fonction des spécialités et quantités disponibles dans la PUI. Ces ajustements montrent les capacités d'épargne potentielles de cette classe thérapeutique, notamment dans les indications « à réserver aux urgences vitales et/ou en cas d'échec des alternatives ».

Orateur : Cavelier M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Rupture, Ordonnances médicamenteuses, Immunoglobulines par voie veineuse

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000209

Les interactions médicamenteuses dû aux antidépresseurs : comment les éviter ?

Gigan M.[(1)], Fourneaux O.[(1)], Colombe A.[(1)], Debruyne A.-L.*[(1)], Queuille E.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Charles Perrens, Bordeaux

Résumé

Contexte

Largement prescrits, les antidépresseurs (ATD) sont pourvoyeurs de nombreuses interactions médicamenteuses du fait de leurs propriétés pharmacocinétiques (PK) et pharmacodynamiques (PD). Ces interactions peuvent engendrer des effets indésirables ou diminuer l'efficacité des traitements somatiques associés. Face à cette problématique d'iatrogénie médicamenteuse et suite à une demande médicale, un interne en pharmacie a été sollicité en décembre 2019 pour réfléchir à un outil d'aide à la prescription des ATD.

Objectifs

Créer un tableur informatique mettant en évidence, pour chaque ATD, la liste des interactions médicamenteuses possibles.

Matériels et méthodes

Une recherche bibliographique a été réalisée par l'interne pour chaque ATD afin d'analyser ses propriétés PK/PD. Les Résumés des Caractéristiques Pharmaceutiques, le Thesaurus des Interactions Médicamenteuses de l'ANSM et l'outil DDI-Predictor, ont été utilisés afin d'établir une liste des interactions la plus exhaustive possible. L'analyse de ces données est réalisée à l'aide d'un tableur informatique dynamique, mis à disposition sur l'intranet de l'établissement. Une mise à jour semestrielle de cet outil sera réalisée par l'interne en poste. Classé par famille, la sélection d'un ATD dans l'outil permet de mettre en évidence la liste des médicaments pouvant interagir et nécessitant une vigilance.

Associé à cet outil, un questionnaire est en cours de réalisation afin d'évaluer la pertinence de ce tableur. Diffuser jusqu'à mars 2020, celui-ci regroupe différents items tels que la facilité d'utilisation et les modifications à apporter.

Résultats

La centralisation des différentes informations PK/PD a permis de construire un tableau dynamique. Cet outil offre aux prescripteurs, lors de l'instauration d'un nouvel antidépresseur, une visibilité sur les traitements pouvant entrer en interaction. Depuis sa diffusion en janvier 2020, une interaction entre PAROXETINE et TAMOXIFENE a été mise en évidence ; le prescripteur a pu choisir un autre ATD afin d'éviter les pertes de chance pour la prise en charge du cancer du sein de la patiente.

Discussion / Conclusion

Ce travail s'engage dans un processus de prise en charge médicamenteuse sécurisée et efficient des patients suivis en hôpital psychiatrique. Le questionnaire montrera l'intérêt de cet outil par les prescripteurs. Dans un second temps, l'outil pourrait être enrichi en apportant une fonction d'adaptation posologique en fonction de chaque association.

Références bibliographiques principales

Niederhoffer N, Etienne-Selloum N, Faure S. Drug interactions with antidepressants - Actualités Pharmaceutiques Volume 55, Issue 561, Supplement, December 2016, Pages 11-14

Orateur : Debruyne A.-L.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : psychiatrie, interactions médicamenteuses, antidépresseur

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000262

Prise en charge des bactériémies en service de soins : Intérêt du binôme pharmacien-infectiologue

Messager M.[(1)], Mainil S.[(1)], Pottier M.[(1)], Douaud M.[(2)], Real L.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Arras, Arras

[(2)] Infectiologie, CH Arras, Arras

Résumé

Contexte

Les bactériémies (BCT) sont des infections graves responsables d'une mortalité d'environ 17 %, nécessitant une antibiothérapie (ATB) précoce et adaptée. Un binôme pharmacien-infectiologue a été mis en place afin d'adapter ces ATB et le suivi des BCT.

Objectifs

Evaluation de l'impact du binôme pharmacien infectiologue dans la prise en charge des BCT.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique réalisée de mai à décembre 2019. Les paramètres suivants sont recueillis : données patients, données microbiologiques, données cliniques et les données sur l'ATB probabiliste et documentée. Une fiche de suivi est élaborée. Les hémocultures sont récupérées quotidiennement au laboratoire.

Résultats

Au total, 166 BCT ont été recueillies. L'âge moyen est de 73.1 ans avec un sex-ratio H/F de 1,18. On retrouve plus de BCT communautaires (85.5 %) que nosocomiales (14.5 %). On identifie 63.3 % de patients présentant des facteurs de risques d'immunodépression (diabète, néoplasie…).

Nous retrouvons à l'examen direct 55.4 % de Bacilles Gram Négatif (dont 27.1 % d'*E.* Coli, 10.8 % des Entérobactéries sécrétant une Béta Lactamase à spectre étendue), 23.5 % de Cocci Gram Positif (dont 16.5 % de *S.Aureus* dont 27.6 % résistant à la Méticilline), 18.7 % de diplocoque Gram Positif (dont *28.9 % d'Entérocoques et de 71.1 % de Streptocoques).*

Les principales portes d'entrées infectieuses sont urinaires (32.5 %), des BCT liées à un cathéter (10.8 %) ou digestives (10.2 %). Dans 24.1 % des BCT, une infection de matériel est retenue (cathéters, prothèses, sondes urinaires…). Des localisations secondaires sont retrouvées dans 13.9 % des cas (endocardites, abcès…)

Concernant les ATB probabilistes, 58.4 % bénéficient d'une intervention : 31.9 % sont instaurées par le binôme, tandis que 26.5 % sont modifiées par le binôme après initiation par le service. Au final, 89.8 % des ATB probabilistes sont adaptées, et 87.4 % réévaluées à 48-72 h.

Pour les ATB documentées, 78.3 % sont instaurées par le binôme, et 10.2 % sont modifiées par le binôme après initiation par le service.

La durée moyenne de l'ATB est de 16 jours [2 ;84].

Concernant le devenir du patient à J7, 68.5 % des patients sont encore présents dans le service, 29.1 % sortis à domicile, 1.2 % transférés et 1.2 % décédés. Après J7, on note 2 décès supplémentaires.

Discussion / Conclusion

Cette étude montre l'intérêt du binôme pharmacien-infectiologue dans la prise en charge des BCT grâce à leur surveillance et leur suivi, permettant la mise en place d'une ATB précoce, adaptée et réévaluée.

Orateur : Real L.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Infectiologie, Bactériémie, Surveillance des médicaments

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000530

Alimentation, phytothérapie : ce que je dois éviter avec mon traitement de chimiothérapie orale

De Oliveira Lopes M.[(1)], Guillemette L.*[(1)], Bernard A.[(1)], Maud H.[(1)], Thomas B.[(1)], Partant C.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Cornouaille, Quimper

Résumé

Contexte

Il existe de nombreuses interactions pharmacocinétiques entre les chimiothérapies orales et certaines plantes consommées en automédication par les patients. Leur association peut entrainer une diminution d'efficacité des chimiothérapies orales ou au contraire augmenter leurs toxicités. Afin de sécuriser la prise des chimiothérapies orales par les patients, un dispositif d'accompagnement coordonné (Oncoville) a été mis en place dans notre établissement. Dès l'instauration de la chimiothérapie orale, le patient bénéficie d'une consultation pharmaceutique par le pharmacien hospitalier puis d'un suivi par son pharmacien d'officine pendant les premiers mois. Dans le cadre de ces consultations, les interactions avec l'alimentation et la phytothérapie sont abordées afin de les anticiper.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'apporter une information claire aux patients et aux professionnels de santé sur les risques liés aux interactions médicamenteuses avec la phytothérapie et certains aliments.

Matériels et méthodes

Une brochure d'information a donc été réalisée sous forme de trytique. Afin de l'élaborer, une revue de la littérature a été effectuée sur les principales interactions entre les plantes et les chimio orales. Les bases de données qui ont été consultées sont les suivantes : Les fiches Oncolien de la société française de pharmacie oncologique (SFPO), la Base HEDRINE® issu de Thériaque, le site du « Memorial Sloan Kettering Cancer Center » (MSKCC), Arkopharma®, l'association Francophone des soins oncologiques de support et l'institut universitaire du cancer de Toulouse. Cet outil a été validé avec les infirmières coordinatrice du parcours cancer de notre établissement et avec les pharmaciens d'officine du territoire, pour diffusion aux patients et aux professionnels de santé.

Résultats

La brochure d'infirmations comprend des encadrés spécifiques : phytothérapie, alimentation, homéopathie, compléments alimentaires et huiles essentielle, ainsi que les produits à éviter dans les cancers hormono-dépendants. Des illustrations ont été utilisées afin de rendre la brochure plus interactive. Cette brochure est délivrée à chaque patient lors de la consultation pharmaceutique hospitalière, et envoyée aux pharmaciens d'officine du patient. Sur 39 patients vus depuis novembre 2019 en consultation pharmaceutique, 22 patients ont rapporté consommer régulièrement des produits à base de plantes ou des aliments susceptibles d'avoir des interactions médicamenteuses avec leur traitement de chimiothérapie orale (soit environ 1 patient sur 2), principalement de type jus de pamplemousse ou tisanes.

Discussion / Conclusion

Cette brochure permet de sensibiliser les patients et les professionnels de santé à la problématique des interactions médicamenteuses et de l'automédication. Le support sous forme de tryptique est visuel et permet d'apporter une information claire. Une diffusion plus large aux médecins généraliste et aux médecins spécialistes est prévue prochainement.

Orateur : Guillemette L.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : chimiothérapie orale, phytothérapie, consultations pharmaceutiques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000274

Bilan de la conciliation médicamenteuse de sortie. Quel impact pour les pharmacies d'officine ?

Messager M.[(1)], Pottier M.[(1)], Mainil S.[(1)], Bichani M.[(1)], Real L.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Arras, Arras

Résumé

Contexte

La conciliation médicamenteuse de sortie (CMS) a été mise en place dans le service de Court Séjour Gériatrique (CSG) afin de sécuriser la prise en charge des patients polymédiqués et d'améliorer la continuité des soins en renforçant le lien ville-hôpital.

Objectifs

Réaliser un bilan de l'activité de la CMS à 3 mois et évaluer la satisfaction des pharmacies de ville (PV) par le biais d'un questionnaire.

Patients et méthodes

Dans le service de CSG, l'interne en pharmacie ou le pharmacien réalise une revue médicamenteuse avec le Gériatre pour les patients ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse d'entrée (CME) par les infirmières de conciliation et pour lesquels un retour à domicile est prévu. Une CMS est ensuite réalisée avec le patient à qui un plan de prise médicamenteux est remis. Ce dernier, ainsi que le bilan médicamenteux de sortie (BMS) sont envoyés à la PV du patient et son médecin traitant. Un questionnaire de satisfaction est envoyé aux PV afin d'évaluer leur satisfaction. Enfin, les interventions pharmaceutiques (IP) émises lors de l'établissement du BMS ont été analysées.

Résultats

Sur cette période, 287 CME ont été réalisées : 164 patients (57.1 %) sont retournés à domicile et 56 (34.1 %) ont bénéficié d'une CMS (traitement contenant en moyenne 8 médicaments).

Lors de la CMS, 118 IP ont été proposées aux cliniciens, avec un taux d'acceptation de 94.1 %: 47.5 % d'arrêt (principalement des inhibiteurs de la pompe à protons [IPP], statines, benzodiazépines), 22 % d'adaptation posologique (majoritairement des anticoagulants oraux directs, benzodiazépines, IPP), et enfin 18.6 % d'ajout (antalgiques, laxatifs et des antihypertenseurs). Les modifications relatives au traitement n'ont pas pu être expliquées à 31 % des patients au vus de troubles cognitifs.

Toutes les PV ont reçu le questionnaire, soit 33 PV, suivi d'un taux de réponse de 66.7 % : 100 % sont satisfait du mode de transmission, du relai ville-hôpital et attestent pouvoir utiliser l'information lors de la venue du patient ; 81.8 % ont accès à une messagerie sécurisée. Néanmoins 9 % des PV déclarent que les informations restent insuffisantes pour une prise en charge optimale du patient.

Discussion / Conclusion

Ces résultats confirment l'intérêt du déploiement de la CMS dans le cadre du lien ville-hôpital, via la communication des informations étoffées aux PV. Il serait intéressant de connaitre le ressenti des médecins traitants vis-à-vis de cette activité, ainsi que le maintien des modifications des traitements à domicile.

Orateur : Real L.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Continuité du traitement, Intervention pharmaceutique, Conciliation médicamenteuse

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000313

Impact d'une formation régionale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse

Madé P.*[(1)], Perrin S.[(1)], Masquin H.[(1)], Delaunay C.[(1)], Allais G.[(1)], d'Acremont F.[(1)], Maupetit J.-C.[(1)]

[(1)] Unité de coordination régionale, OMéDIT Pays de la Loire, Nantes

Résumé

Contexte

Afin d'impulser une dynamique régionale, le Centre de Ressources régional en pharmacie clinique propose depuis 2016 une formation à la conciliation médicamenteuse (CM), élaborée en collaboration avec la Société Française de Pharmacie Clinique. Cette formation est ouverte aux pharmaciens hospitaliers, préparateurs en pharmacie hospitalière, médecins et infirmiers, et permet de valider le développement professionnel continu (DPC).

Objectifs

L'objectif était d'évaluer l'impact de cette formation sur le déploiement de la CM en région.

Matériels et méthodes

Un questionnaire a été adressé à tous les participants au moins 3 mois après leur formation. Il portait sur les connaissances et les outils apportés par la formation, le déploiement de la CM dans leur établissement de santé (ETS), les facteurs favorisants et limitants à sa mise en place et sur la perception du rôle des professionnels de santé dans cette activité.

Résultats

De 2016 à 2019, parmi les 127 professionnels formés, 51 (40 %) ont répondu à cette enquête. Les profils des répondeurs (profession, secteur d'activité) sont représentatifs des participants. Les répondeurs considèrent que le contenu de la formation est « suffisant » (65 %) ou « tout à fait suffisant » (35 %) pour réaliser la CM et 72 % d'entre eux utilisent au moins un des outils présentés lors de la journée de formation. Le taux d'établissements ayant déployé une activité de CM est passé de 25 % (13) avant la formation à 69 % (35) après la formation. La CM est notamment mise en place en soins de suite et de réadaptation (46 %) et en service de médecine aigüe (37 %). Les principaux moteurs évoqués pour la mise en place de cette activité sont les volontés des équipes pharmaceutiques (51 %), directionnelles (29 %) et médicales/paramédicales (29 %). Le principal frein est le manque de temps pharmaceutique (57 %).

La formation permet aussi aux participants de mieux définir le rôle de chacun dans cette nouvelle activité de pharmacie clinique. Après avoir déployé la CM, l'équipe pharmaceutique se considère pleinement impliquée dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient. Les préparateurs trouvent aussi leur place dans la CM qu'ils pensaient dédiée au pharmacien.

Discussion / Conclusion

Dans son rôle d'accompagnement des ETS au déploiement de la CM, il est important que le Centre de Ressources régional propose une formation adaptée aux besoins des professionnels de santé. Cette enquête montre que la formation répond majoritairement aux attentes et besoins des participants et qu'elle a un impact positif sur le déploiement de la CM et sur la perception du rôle de chacun dans cette pratique pluridisciplinaire. Les participants disposent de supports, d'outils et de connaissances utiles ainsi que de retours d'expérience. Pour pallier le manque de temps, certains ETS choisissent de prioriser les patients à concilier. Cette notion est désormais intégrée dans la formation et un recensement régional des stratégies de ciblage des patients a été réalisé pour favoriser le partage d'expériences entre ETS.

Orateur : Madé P.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Priorisation, Formation, Conciliation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000282

Intérêt de l'entretien pharmaceutique de sortie sur les antibiotiques au long cours : une étude rétrospective sur deux ans

Chambault R.[(1)], Quenardel A.[(1)], Jouglen J.[(1)], Adé M.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Purpan, Toulouse

Résumé

Contexte

Les infections ostéo-articulaires constituent un problème de santé publique et impliquent souvent une chirurgie associée à une prise d'antibiotique (ATB) au long cours. Les problèmes de non observance [1] et d'iatrogénie sont importants notamment à la sortie d'hospitalisation, en raison des molécules et des posologies utilisées. Un entretien pharmaceutique de sortie (EPS) [2] a été instauré depuis 2 ans pour tous les patients bénéficiant d'ATB après passage en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) des infections ostéo-articulaires complexes (IOAC).

Objectifs

Evaluer et classer les interventions pharmaceutiques (IP) réalisées lors des entretiens pharmaceutiques de sortie.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de février 2018 à janvier 2020, incluant tous les patients ayant bénéficié d'un EPS suite à une RCP IOAC. Un recueil puis une analyse des différentes (IP) a été réalisé selon les critères de classification de la SFPC.

Résultats

Sur 304 EPS, 72 IP qui concernent 63 EPS (21 %) ont été nécessaires. Pour 9 EPS, deux IP ont été réalisées. La majorité des IP concernaient des problèmes d'indications non traitées (i.e. ATB ou traitement associé non prescrits) (19 %), d'interactions médicamenteuses (18 %) ou de modalités d'administration (18 %). Les IP concernaient une non-conformité à la RCP, un sur/sous dosage, un effet indésirable ou un monitorage à suivre dans 14 %, 14 %, 10 % et 7 % des cas respectivement. Les IP réalisées proposaient dans 24 % des cas une adaptation des modalités d'administration. La modification de posologie, l'ajout de médicaments ou la substitution comptait quant à eux pour environ 20 % des IP chacun. Enfin 11 % des IP proposaient un arrêt d'un médicament et 8 % un suivi thérapeutique.

Discussion / Conclusion

Le pharmacien joue un rôle important lors de la prise en charge (PEC) des patients bénéficiant d'ATB au long cours. En effet, malgré une validation des traitements en RCP IOAC, nous constatons une grande diversité d'IP réalisées (6 critères de la SFPC sur 7) ce qui montre que la reconduction des ATB à la sortie reste un point sensible. Les EPS permettent de limiter l'iatrogénie et de renforcer la continuité de PEC. L'explication de l'importance du traitement ATB et des possibles effets indésirables au patient lors de ces EPS nous semble indispensable pour limiter le risque de non observance. Afin de l'évaluer, nous allons étudier dans le cadre de la thèse d'un interne en pharmacie, l'observance des patients ayant bénéficié de cet EPS, jusqu'à la fin du traitement.

Références bibliographiques principales

[1] Bretagnolle C, Lalande L, Mabrut E et al. Med Mal Infect 2019; 49(4): S50. Observance au traitement antibiotique par voie orale dans les infections ostéo-articulaires : étude pilote.
[2] Guillemette L, Dozias G, Harry M et al. Med Mal Infect 2019 ;49(4) :S52. Consultations pharmaceutiques pour les patients sous antibiothérapie au long cours dans le cadre des Infections Ostéo-Articulaires (IOA).

Orateur : Adé M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : pharmacie, entretien, antibiotique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000196

La maladie du greffon contre l'hôte et le ruxolitinib

Dujardin A.*[(1)], Morel P.[(2)], Caulier A.[(2)], Joris M.[(2)], Charbonnier A.[(2)], Gruson B.[(2)], Quint M.[(3)], Lacassagne M.-N.[(4)], Castellain S.[(5)], Marolleau J.-P.[(2)], Lebon D.[(2)]

[(1)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens
[(2)] Hématologie, CHU Amiens-Picardie, Amiens
[(3)] Recherche clinique, CHU Amiens-Picardie, Amiens
[(4)] Thérapie cellulaire, CHU Amiens-Picardie, Amiens
[(5)] Biologie médicale, CHU Amiens-Picardie, Amiens

Résumé

Contexte

La maladie du greffon contre l'hôte, appelée GVH (greffon *versus* hôte) est une complication grave de l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) et responsable d'une morbi-mortalité élevée. Elle peut se présenter sous deux formes selon la symptomatologie et le délai d'apparition : la GVH aiguë (GVHa) qui apparait classiquement dans les 100 premiers jours après l'allogreffe avec une atteinte essentiellement digestive et/ou cutanée et/ou hépatique et la GVH chronique (GVHc), au-delà des 100 jours, pouvant atteindre tous les organes. Le traitement de première intention est la corticothérapie. Malheureusement, 40 à 60 % des patients développent une GVH-corticorésistante (GVH-CR) et à ce jour, il n'existe aucun consensus dans le choix d'une deuxième ligne de traitement. L'utilisation du ruxolitinib, un inhibiteur sélectif de JAK 1 et JAK 2 a montré des taux de réponses entre 40 et 80 % avec des toxicités principalement hématologiques.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la tolérance du ruxolitinib chez les patients traités par ce médicament pour une GVH post-allogreffe de CSH.

Patients et méthodes

Etude rétrospective monocentrique incluant tous les patients adultes allogréffés de CSH pris en charge pour une GVHa et/ou GHVc entre le 12/07/2012 et le 31/12/2017. L'extraction des données a été réalisée le 30 septembre 2018. Les données d'intérêt ont été recueillies à partir des dossiers médicaux informatisés sur la période du 12/07/2012 au 01/02/2019.

Résultats

Sur les 224 patients allogreffés, 137 ont développé une GVHa et/ou GVHc parmi lesquels 57 ont reçu du ruxolinitib à la posologie de 5 à 10 mg deux fois par jour. Les 80 autres patients ont été traités par un autre traitement que le ruxolitinib ou par des dermocorticoïdes seuls. La médiane de suivi est de 27 mois (IQR : 7 – 43 mois). L'âge médian est de 55 ans (IQR : 49 – 61 ans) avec un sex- ratio de 2.3/1 homme/femme. Vingt et un patients ont reçu du ruxolitinib pour une GVHa (dont 95 % grade III/IV) et 36 pour une GVHc (dont 86 % de grade modéré à sévère) avec des taux de réponse complète au traitement de 48 % et 58 % respectivement. Concernant la tolérance, 23/57 patients (40 %) ont présenté une toxicité : 17 hématotoxicités, 6 cytolyses hépatiques, 2 troubles généraux, 2 toxicités cardiaques. Six patients ont eu une diminution de posologie et 6 autres ont interrompus leur traitement. A la fin de l'étude, 27/57 patients (47 %) sont décédés dont 19 (33 %) de leur GVH, et 30/57 patients sont vivants : 17 sans complication, 8 avec GVH et 5 ont rechuté de leur maladie.

Discussion / Conclusion

Les taux d'efficacité et le profil de tolérance dans le cadre de la GVH-CR sont comparables à ceux publiés. L'efficacité du traitement de cette étude démontre l'intérêt d'utiliser cette molécule dans les GVH-CR, y compris pour les GVH les plus sévères. Les résultats de l'étude randomisée propective de phase III REACH, évaluant le ruxolitinib versus meilleur traitement disponible dans la GVH-CR, sont très attendus pour confirmer les données cliniques déjà disponibles sur l'efficacité et la tolérance de ce traitement.

Références bibliographiques principales

Zeiser R, Burchert A, Lengerke C, Verbeek M, Maas-Bauer K, Metzelder SK, et al. Ruxolitinib in corticosteroid-refractory graft-versus-host disease after allogeneic stem cell transplantation: a multi-center survey. Leukemia. oct 2015;29(10):2062-8.
Jagasia M, Zeiser R, Arbushites M, Delaite P, Gadbaw B, Bubnoff N von. Ruxolitinib for the treatment of patients with steroid-refractory GVHD: an introduction to the REACH trials. Immunotherapy. 2018;10(5):391-402.

Orateur : Dujardin A.
Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique
Mots-clés : réaction du greffon contre l'hôte, résistance médicamenteuse, traitement médicamenteux
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000298

Pertinence des conciliations médicamenteuses d'entrée en traumatologie

Membré S.[(1)], Dewevre N.[(1)], Lion-Daolio S.[(2)], Brunschweiler B.[(2)], Belhout M.*[(1)], Mertl P.[(2)], Terrier-Lenglet A.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie - Site Sud, Amiens

[(2)] Chirurgie orthopédique, CHU Amiens-Picardie - Site Sud, Amiens

Résumé

Contexte

En traumatologie, les patients sont admis dans 90 % des cas, après passage par le service des urgences. Le compte-rendu de leur admission est alors enregistré dans le résumé du passage aux urgences (RPU) dans DxCare®. Le patient est ensuite vu par l'anesthésiste, qui réalise la consultation pré anesthésiste (CPA). L'activité de conciliation médicamenteuse d'entrée (CME) est développée pour les patients hospitalisés dans ce service.

Objectifs

Evaluation de l'exhaustivité et l'exactitude de l'historique médicamenteux recueilli dans le RPU.

Matériels et méthodes

Sur 6 semaines, du 18 novembre 2019 au 30 décembre 2019, une évaluation du traitement pris par le patient au domicile (TAD) recueilli dans chacun des comptes rendus à son arrivée (RPU, CME) a été effectuée. Les données étudiées sont le pourcentage de patients ayant un TAD noté dans le RPU, l'exhaustivité du TAD, le pourcentage de CPA faite avant la conciliation.

Résultats

Sur la période, 51 dossiers ont été analysés. Pour 31 % (16/51) d'entre eux, le TAD n'est pas noté dans le RPU. Sur les 35 dossiers où le TAD est présent dans le RPU, pour 71 % (25/35) le traitement renseigné n'était pas exhaustif (spécialités manquantes, posologies ou dosages non notés). Au total, dans 80 % (41/51) des cas, l'historique médicamenteux réalisé aux urgences n'est pas exhaustif. Le RPU retrouve un nombre de 183 médicaments soit une moyenne de 4 médicaments par patient versus 429 via la CME soit 8 médicaments par patient. La CME est réalisée avec un délai moyen de 1,4 jour par rapport à l'entrée du patient avec la consultation en moyenne de 3,6 sources. Dans 40 % des cas (20/51), la CPA n'est pas encore faite au moment de la réalisation de la CME.

Discussion / Conclusion

Dans la plupart des cas, le traitement renseigné au niveau du RPU n'est pas exhaustif (difficulté pour récupérer les informations concernant le traitement, manque de temps…). Pour optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients, la CME permet d'obtenir un traitement plus exhaustif et d'assurer la continuité médicamenteuse dans ce service à haut risque d'erreurs médicamenteuses mais cela reste un travail très chronophage. Celle-ci prend en effet, en compte différentes sources pour être la plus fiable possible. Lorsque la CME est réalisée avant la CPA, les anesthésistes l'utilisent pour renseigner les traitements dans la CPA.

Orateur : Belhout M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Source, Traumatologie, Conciliation des traitements médicamenteux

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000223

Justification d'une antibiothérapie de plus 7 jours : où en sommes-nous ?

Mabille C.*[(1)], Libessart M.[(1)], Royer M.[(1)], Belhout M.[(1)], Mary A.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens

Résumé

Contexte

Dans le cadre du bon usage des antibiotiques (ATB), restreindre la durée de prescription permet de limiter leur utilisation et l'émergence de bactéries résistantes. Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins recommande que toute prescription d'un ATB de plus de 7 jours soit évaluée et justifiée par le prescripteur dans le dossier patient (DP).

Objectifs

Evaluer le taux de traitement antibiotique de plus de 7 jours non justifié dans notre établissement.

Matériels et méthodes

Etude prospective sur l'ensemble des services de soins (hors réanimation) transversale sur une période de 2 jours. Le logiciel Pharmaclass® a permis de détecter les patients ayant une prescription d'une ligne d'ATB de plus de 7 jours. Tous les ATB étaient inclus.

Le recueil des données concerne la nature de l'ATB, l'indication du traitement, la durée de prescription ainsi que leur traçabilité dans le DP. Les durées s'appuyaient sur les recommandations nationales d'infectiologie. Chaque dossier a été analysé par le pharmacien référent en ATB.

Le taux de traitement non justifié était défini par le nombre de traitement ATB prescrit plus de 7 jours non justifié sur le nombre total de traitement ATB de plus de 7 jours.

Résultats

Au total, 32 dossiers ont été analysés sur 2 jours. Les traitements probabilistes et documentés étaient en proportions égales. Les principaux antibiotiques étaient la piperacilline/tazobactam (26 %), les céphalosporines de 3ème génération (23 %) suivis des carbapénèmes, de l'amoxicilline et de la clindamycine (10 %). Les indications majoritaires étaients les infections respiratoires basses (25 %), intra-abdominales (19 %) et ostéo-articulaires (16 %). L'indication et la justification de durée supérieure à 7 jours étaient tracées dans respectivement 94 % et 62,5 % des cas. Un avis infectieux était noté dans 13 dossiers (40,6 %).

Les traitements de plus de 7 jours étaient non justifiés selon les recommandations dans 18,7 % des cas.

Discussion / Conclusion

Cet audit nous a montré une sensibilisation modérée des prescripteurs aux durées d'antibiothérapie et surtout à la traçabilité dans le DP. A l'issue de ces résultats et en accord avec la Commission des anti-infectieux, une procédure sur les principales situations cliniques justifiant une antibiothérapie de plus de 7 jours a été élaborée et diffusée à l'ensemble des prescripteurs. Un nouvel audit sur une centaine de dossiers est prévu début 2020.

Il parait aussi primordial que les outils numériques se focalisent sur la notion d'antibiothérapie (ensemble d'antibiotiques & de posologie pour une infection), au lieu de ne cibler que des lignes isolées de prescription.

Orateur : Mabille C.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : bon usage des antibiotiques, Prescription inadaptée, Étude observationnelle

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000485

La lidocaïne et toutes ses présentations : de la gestion des pénuries à la revue des pratiques

Pouderoux I.*[(1)], Verbrigghe C.[(1)], Morice S.[(1)]

[(1)] Pharmacie, GH public Sud de l'Oise, Creil

Résumé

Contexte

Les hôpitaux subissent des tensions d'approvisionnement de lidocaïne injectable à usage local, adrénalinée ou non. Nous nous interrogeons sur les pratiques pour substituer ces spécialités en situation de pénurie, en l'absence de référentiels clairs.

Objectifs

L'objectif de notre étude est d'observer les pratiques dans notre établissement, afin de mieux réagir face aux ruptures et d'appréhender les marchés futurs.

Matériels et méthodes

Nous avons extrait les consommations de 2019 pour la lidocaïne (lido) et la lidocaïne adrénalinée (lido-A), aux concentrations 1 % et 2 %, puis interrogé les utilisateurs sur leurs pratiques (indications, spécialités, volumes) et analysé les fiches de suivi d'intervention au bloc opératoire (FIBO) durant 1 mois.

Résultats

L'anesthésie, les consultations d'orthopédie et de pneumologie, et le bloc opératoire dont le bloc obstétrical sont les plus gros consommateurs de lido et lido-A toutes concentrations. Les urgences en font également partie, sauf pour la lido-A 2 %. La cardiologie et la coronarographie consomment spécifiquement de la lido 2 %.

11 médecins et chirurgiens et 1 sage-femme ont répondu à l'enquête. Avec l'étude des FIBO, 16 spécialités médico-chirurgicales ont été couvertes, 68 indications relevées.

La lido 2 % représente 47 % des indications (32), la lido-A 1 % en couvre 38 % (26), la lido-A 2 % en couvre 19 % (13), et la lido 1 % en couvre 13 % (9).

Les volumes utilisés ont été obtenus pour 30 indications. 54 % de ces indications nécessitent un volume inférieur ou égal à 10 ml (14), 46 % un volume compris entre 10 et 20 ml (12), 15 % un volume supérieur à 20 ml (4).

Discussion / Conclusion

Les spécialités médico-chirurgicales concernées et les indications sont nombreuses. La lido-A est utilisée pour les propriétés hémostatiques de l'adrénaline dans les zones vascularisées. La concentration 2 % permet de diminuer le volume injecté. Celle à 1 % est utilisée pour les petits gestes, comme les sutures.

Les volumes utilisés sont inférieurs à 20 ml pour la quasi-totalité des indications, inférieurs à 10 ml pour la moitié d'entre elles.

A l'issue de cette analyse, nous concluons que les présentations de 20 ml n'ont pas leur place par rapport à celles de 10 ml, et que la place de la concentration 1 % est discutable.

L'absence de référentiels clairs entraine une hétérogénéité des pratiques. Limiter le nombre de présentations pourrait limiter le risque d'erreur.

Il est possible de substituer les lidocaïne 1 % et 2 % entre elles, mais pas les lido et lido-A entre elles.

Orateur : Pouderoux I.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Utilisation médicament, Anesthésie et analgésie, Lidocaïne

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000473

Etat des lieux des pratiques de pharmacie clinique en gériatrie et outils utilisés au sein d'un groupement hospitalier de territoire

Leleux A.*[(1)], Dambrine M.[(1)], De Broucker M.[(2)], Baccouch R.[(3)], Delette C.[(4)], Baussant G.[(5)], Bialdyga F.[(6)], Seignoux C.[(7)], Renaud Q.[(8)], Deldicque A.[(1)], Décaudin B.[(1)], Odou P.[(1)]

[(1)] Institut de pharmacie, CHU Lille, Lille
[(2)] Pharmacie, CH Seclin/Carvin, Seclin
[(3)] Pharmacie, CH Wattrelos, Wattrelos
[(4)] Pharmacie, CH Roubaix, Roubaix
[(5)] Pharmacie, CH Armentières, Armentières
[(6)] Pharmacie, CHI Wasquehal, Wasquehal
[(7)] Pharmacie, CH Bailleul, Bailleul
[(8)] Pharmacie, CH Loos, Loos

Résumé

Contexte

Les GHT (groupement hospitalier de territoire) nécessitent aux pharmacies à usage intérieur de mutualiser leurs activités pour garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés sur un territoire. Le développement de la pharmacie clinique (PC) permet de sécuriser la prise en charge médicamenteuse, notamment chez les sujets âgés, qui sont particulièrement exposés au risque iatrogène. Dans ce contexte, une harmonisation des activités de pratiques de PC en gériatrie au sein de notre GHT a été évoquée.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de réaliser une cartographie des pratiques de PC et de fournir des outils utilisés au sein des établissements, afin d'initier un projet d'harmonisation des pratiques de PC en gériatrie au sein du GHT.

Matériels et méthodes

Un état des lieux a été réalisé du 9 au 25 janvier 2019. Il a été effectué via un questionnaire, par téléphone ou *de visu* avec des pharmaciens des 10 établissements du GHT. Il permettait de décrire : les généralités des établissements ; les pratiques d'analyse pharmaceutique de prescriptions (APP); les outils et référentiels médicamenteux utilisés ; ainsi que les activités de PC développées dans le GHT.

Résultats

Dix-sept pharmaciens ont répondu au questionnaire.
Le GHT est composé d'environ 8 000 lits dont 42 % (3 048) de gériatrie. Environ 33 % (119/358) des professionnels pharmaceutiques (pharmaciens, internes, étudiants en pharmacie, préparateurs) du GHT exercent des activités de PC dont 58 % (69/119) en gériatrie. Environ 37 % des pharmaciens et internes en pharmacie du GHT (23/61) analysent des prescriptions de gériatrie, et 28,0 % réalisent d'autres activités de PC dans ces mêmes services (18/61).
Environ 72 % des prescriptions de gériatrie sont analysées. Le niveau et les données utilisées au cours de l'APP entre les établissements sont hétérogènes : 2 n'utilisent pas de données patients, la majorité des autres utilisent des données d'hémostase et de fonction rénale. Le site GPR® est utilisé par la majorité des établissements, mais seul 1 utilise DDI-Predictor®. La majorité de ceux-ci consultent la liste de Laroche, les critères STOPP/START et le Guide PAPA, mais seul 1 utilise les critères de Beers. La conciliation médicamenteuse à l'admission est développée dans 9 établissements. Les autres activités de PC (ex : conciliation médicamenteuse de sortie) sont développées dans peu d'établissements du GHT.

Discussion / Conclusion

L'état des lieux a montré que la cible gériatrique était adaptée, ainsi qu'une hétérogénéité de la pratique des activités de PC entre les établissements du GHT. Une harmonisation de ces pratiques au sein du GHT serait donc intéressante.

Références bibliographiques principales

Guide PAPA. Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées, O. Hanon, C. Jeandel. Ed. frison roche (2015). 122 pp. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. 1 déc 2016;51(4):376-7.
Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 déc 2015;15(90):323-36.
Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La Revue de Médecine Interne. 1 juill 2009;30(7):592-601.

Orateur : Leleux A.
Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique
Mots-clés : Gériatrie, pratique professionnelle, pharmacie d'hôpital
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000194

Etudiants et préparateurs en pharmacie : un rôle important dans l'analyse pharmaceutique !

Maljean L.*(1), Dumas A.-F.(1), Grevy A.(1), Gibert P.(1), Brudieu E.(1), Chanoine S.(2), Bedouch P.(2)

(1) Pôle pharmacie, CHU Grenoble, Grenoble

(2) Pôle pharmacie, Université Grenoble Alpes/C NRS/TIMC-IMAG UMR5525/Themas, Grenoble

Résumé

Contexte

Dans notre CHU de 2 200 lits, la dispensation des médicaments relève majoritairement d'une délivrance globalisée. Il existe un circuit spécifique pour la délivrance des médicaments en urgence ou nominative (ex : médicaments dérivés du sang, remboursés en sus-GHS,…). Ces demandes sont traitées par une équipe pharmaceutique dédiée, composée d'un pharmacien/interne en pharmacie, d'étudiants en 5ème année de pharmacie hospitalo-universitaire (5AHU) et de préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) après validation de niveau 2 selon la classification de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) [1].

Les interventions pharmaceutiques (IP) réalisées par les 5AHU et les PPH sont supervisées par le pharmacien et saisies dans la base de données de la SFPC Act- IP©. L'impact clinique, économique et organisationnel est coté grâce à l'échelle CLEO lors d'une réunion hebdomadaire [2].

Objectifs

L'objectif est de quantifier l'implication des 5AHU et des PPH dans l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse des patients supervisée par un pharmacien, au travers des IP réalisées.

Patients et méthodes

Les données, portant sur la période janvier à septembre 2019 sont les suivantes : nombre d'IP, taux d'acceptation des IP, cotation des problèmes et impact clinique, économique et organisationnel selon l'échelle CLEO. Le taux d'acceptation des IP a été comparé selon la personne ayant réalisé l'IP (pharmacien/interne, 5AHU, PPH) via un test du Chi2.

Résultats

53 prescriptions sont analysées en moyenne quotidiennement par l'équipe pharmaceutique. Sur les 443 IP réalisées, 113 (26 %) ont été faites par des 5AHU et 55 (12 %) par des PPH. Le taux d'acceptation est de 80 %, aucune différence significative n'a été constatée entre les intervenants. Les principales IP sont liées à une posologie inadéquate (51 %), une non-conformité aux consensus (9 %) et à l'absence d'indication justifiée (8 %).

Concernant les IP des 5AHU et des PPH : un impact organisationnel favorable a été constaté pour 52 % d'entre elles, 57 % ont engendré une réduction des coûts et 37 % ont eu un impact clinique majeur ou vital.

Discussion / Conclusion

Ces résultats montrent l'importance d'impliquer les 5AHU et les PPH dans l'analyse pharmaceutique supervisée. En effet, le taux d'acceptation de leurs IP est élevé avec un impact clinique, organisationnel et économique favorable. La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse repose sur un travail collaboratif qui permet de responsabiliser les 5AHU et les PPH et de les sensibiliser à l'iatrogénie médicamenteuse.

Une revue hebdomadaire des IP est organisée par l'équipe pharmaceutique lors d'une réunion d'évaluation des pratiques professionnelles, permettant d'élire une IP, affichée et présentée à toute l'équipe. Cette revue permet, à partir des IP, de dégager des points de formation et de renforcer les compétences des différents intervenants.

Références bibliographiques principales

[1] SFPC – Recommandation de bonnes pratiques en Pharmacie Clinique - Niveaux d'Analyse Pharmaceutique – Sept 2012
[2] Développement de l'échelle multidimensionnelle « CLEO » pour évaluer la pertinence d'une intervention pharmaceutique. TH Vo et al. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien 2014

Orateur : Maljean L.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : interventions pharmaceutiques, Etudiants, Analyse pharmaceutique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000378

L'analyse pharmaceutique pour la désescalade des statines chez le sujet dénutri

Debanne C.[(1)], Hainaut M.-A.[(1)], Libessart M.[(1)], Terrier-Lenglet A.[(1)], Belhout M.[(1)], Mary A.[(1)], Membré S.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Amiens-Picardie - Site Sud, Amiens

Résumé

Contexte

Les statines sont largement prescrites pour la prévention d'évènements cardiovasculaires, avec des traitements recommandés de plus en plus intensifs. Néanmoins la question se pose de leur réévaluation chez le patient fragile qui évolue vers la dénutrition. Chez ces patients, souvent âgés, il peut être préférable d'arrêter ou de diminuer les statines si l'objectif en LDL cholestérol est dépassé.

Objectifs

Déterminer la fréquence de réalisation de bilan lipidique récent chez des patients avec des marqueurs biologiques de dénutrition et identifier des axes d'amélioration de l'usage des statines.

Matériels et méthodes

L'étude est monocentrique et non interventionnelle. Deux règles ont été créés dans Pharmaclass® pour détecter des patients sous statine et à risque de dénutrition : Règle 1 (R1) : pré-albumine < 0,2g/L et Règle 2 (R2) albuminémie < 37 g/L. A partir du Dossier Patient Informatisé (DPI) les critères suivants ont été récupérés : âge, sexe, taux de LDL, nom de la statine, dosage et indication. Une analyse de niveau 3 a alors été effectuée par le pharmacien, avec étude des situations nécessitant une stratégie de désescalade.

Résultats

Sur 3 jours, 44 DPI correspondaient aux critères. Parmi eux, 2 ont été détectés *via* R1 seule, 17 *via* R2 seule et 25 *via* R1+R2. La médiane d'âge des patients était de 74ans (Q1 = 65 ; Q3 = 80), avec un ratio hommes/femmes à 1,1. 30 statines étaient indiquées en prévention secondaire, 12 en prévention primaire, et non déterminé pour 2 d'entre eux. Le taux de LDL était absent dans 43 % des cas. Un dosage aurait été utile chez 15/19 patients devant un terrain clinique de dénutrition, un âge avancé, ou pour des traitements intensifs.

Sur les 25 mesures de LDL renseignées, la médiane était de 0,79 g/L (Q1 = 0,55 g/L ; Q3 = 1,14 g/L) et 48 % (12), des valeurs étaient < 0,7 g/L.

Après analyse des dossiers, 40 % (10/25) des prescriptions justifieraient d'une désescalade à cause de l'état nutritionnel du patient. Parmi elles, 3 correspondaient à des objectifs de LDL dépassés en prévention primaire et 6 à des LDL bas en prévention secondaire chez des personnes âgées (> 80ans).

Discussion / Conclusion

La désescalade des statines pour motif d'évolution vers la dénutrition est un sujet qui manque d'évaluation clinique. Le pharmacien clinicien peut intervenir par la demande de dosage de LDL. Deux principaux scénarios de désescalade peuvent être proposés : LDL bas vis-à-vis de la prévention primaire ; LDL bas pour des personnes âgées. Seul ce dernier point peut faire consensus tout en étant automatisable. Un groupe de travail multidisciplinaire est donc envisagé pour homogénéiser la pratique localement et faciliter la désescalade des statines.

Orateur : Membré S.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : statines, système cardio-vasculaire, déprescription

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000332

Opioïdes & chirurgie : éclairons nos patients !

Mizab D.[(1)], Mestre M.[(1)], Spadoni S.[(1)], Nguyen S.[(1)], Autard M.[(1)], Le Garlantezec P.*[(1)], Le Tohic S.[(1)]

[(1)] Pharmacie hospitalière, HIA Laveran, Marseille

Résumé

Contexte

En France, ces 10 dernières années, la prescription d'opioïdes forts a augmenté de 150 % et le nombre de décès liés à leur consommation de 146 % (1). Or 3 à 5 % des opioïdes prescrits suite à une chirurgie sont poursuivis au-delà de 3 mois chez des patients initialement naïfs (2). Sécuriser leur utilisation fait ainsi l'objet d'un plan national du ministère de la santé (3). Dans ce contexte, des entretiens pharmaceutiques sur les opioïdes ont été mis en place dans notre établissement.

Objectifs

Promouvoir le bon usage des opioïdes chez les patients sous opioïdes forts après une chirurgie lors d'un entretien pharmaceutique.

Patients et méthodes

Une évaluation a été menée du 20 octobre 2019 au 20 janvier 2020 auprès de patients traités par opioïdes forts en systématique et hospitalisés dans les services de chirurgie orthopédique ou viscérale. Le risque de mésusage est dépisté par le test POMI (prescription opioid misuse index). Les patients bénéficient ensuite d'un entretien pharmaceutique, réalisé par l'interne en pharmacie ou le pharmacien, abordant leurs connaissances sur les opioïdes, les notions de dépendance, les effets indésirables et la conduite à tenir en cas de douleur non soulagée. Les connaissances des patients sont évaluées avant et après chaque item, un suivi à 1 mois de l'intervention est réalisé par téléphone et la satisfaction des patients est recueillie.

Résultats

Parmi les 26 patients éligibles, 22 ont été inclus, âgés en moyenne de 54 +/- 9 ans, deux n'étaient pas réceptifs, un a refusé l'entretien et un n'a pas été rencontré par manque de temps. Parmi les 22 patients, 59 % (n = 13) ont reçu de la morphine injectable, 32 % (n = 7) de la morphine orale et 9 % (n = 2) de l'oxycodone. Selon le test POMI, 27 % (n = 6) ont un risque de dépendance. En moyenne, 5 items/9 ne sont pas acquis avant l'entretien versus 1/9 à l'issu. Une carte reprenant les points clés de l'entretien est remise au patient. Parmi les 17 patients ayant répondu 1 mois après l'hospitalisation, 4 présentent toujours des douleurs post-opératoires les poussant à consulter un professionnel de santé et 6 prennent toujours des opioïdes (poudre d'opium, tramadol ou morphine orale). Parmi ces 6 patients, 3 avaient été dépistés comme étant à risque de mésusage et présentent toujours des douleurs. En moyenne 20 +/- 7 minutes sont consacrées à chaque patient, 15 % (n = 3) sont satisfaits et 84 % (n = 18), très satisfaits de la démarche.

Discussion / Conclusion

Ces entretiens ont pour but de promouvoir le bon usage des opioïdes et présente un grand intérêt auprès du patient. Elle répond à 3 des 5 objectifs du ministère de la santé (3). Le lien entre les résultats du test POMI et la poursuite des opioïdes n'a pu être établi, les effectifs étant faibles. Afin de simplifier la démarche et de gagner en pertinence, seuls les patients avec un risque de mésusage pourrait, à l'avenir, bénéficier d'un entretien.

Références bibliographiques principales

1. Antalgiques opioïdes : l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France - Communications - Ordre National des Pharmaciens, 2019.
2. Genord C. et al. Opioid exit plan: A pharmacist's role in managing acute postoperative pain. J Arm Pharm Associ, 2017.
3. Ministère des solidarités et de la santé. Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes - Feuille de route 2019-2022, 2019.

Orateur : Le Garlantezec P.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Education des patients, Mésusage des médicaments prescrits, Opioïdes

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000197

Antibiothérapie de 7 jours ou moins dans les infections respiratoires basses : quelle situation dans notre hôpital ?

Baronnet A.[(1)], Lesueur G.*[(1)], D'arras C.[(2)], Guilhot F.[(2)], Pioche H.[(1)], Merle M.-C.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Vierzon, Vierzon

[(2)] Direction de la qualité, CH Vierzon, Vierzon

Résumé

Contexte

Les sociétés savantes en infectiologie ont émis des recommandations de durée de prescription des antibiotiques pour les infections respiratoires basses non graves d'évolution favorable à 7 jours maximum de façon à maîtriser l'antibiorésistance et réduire la consommation globale des antibiotiques en France.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de vérifier la conformité de la durée des prescriptions d'antibiotiques dans ces indications par rapport aux référentiels.

Patients et méthodes

Une étude rétrospective a été réalisée à partir des dossiers des patients hospitalisés en 2018, qui présentaient une infection respiratoire basse (IRB). Un tirage au sort des dossiers a été effectué par le médecin du Département d'Information Médicale. Une grille, mise à disposition par la Haute Autorité de Santé, a été remplie pour la collecte et l'analyse des données.

Résultats

63 dossiers ont été analysés. L'âge moyen des patients était de 74 ans ; 30 sont de sexe masculin et 33 de sexe féminin. La durée moyenne de séjour était de 12 jours. L'IRB a été confirmée pour 60 dossiers. 58 patients ont présenté un seul épisode d'IRB au cours de leur séjour. Une prescription d'antibiotiques a été retrouvée pour 51 dossiers. L'antibiotique était prescrit pour 50 dossiers uniquement pour l'IRB. 48 prescriptions comportaient la durée de traitement. Pour 3 dossiers, l'antibiotique était prescrit pour une durée inférieure ou égale à 5 jours ; pour 16 dossiers, pour une durée de 6 et 7 jours ; pour 29 dossiers, pour une durée supérieure à 7 jours (de 8 à 19 jours). Les motifs de cette durée de prescription supérieure à 7 jours étaient : pour 9 dossiers une prescription initiale supérieure à 7 jours ; pour 10, une modification de prescription de l'antibiotique ; pour 10, un renouvellement de prescription. La justification de la durée d'antibiothérapie supérieure à 7 jours a été retrouvée pour 3 dossiers.

Discussion / Conclusion

Seuls 39,6 % des dossiers étaient conformes aux recommandations relatives à une durée d'antibiothérapie de 7 jours maximum pour une IRB. Le pourcentage de 60,4 % de non-conformité est très éloigné de l'objectif cible de moins de 10 % attendu pour une antibiothérapie curative non justifiée de plus de 7 jours. Ces résultats seront présentés à la prochaine CoMéDiMS avec un rappel auprès des prescripteurs des protocoles et durées des traitements des IRB. Par ailleurs, un paramétrage de ces protocoles dans le prochain logiciel de prescription est envisagé pour limiter les durées de prescription des antibiotiques.

Orateur : Lesueur G.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : durée, infection, antibiotique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000169

Audit sur la prise en charge médicamenteuse des patients à l'admission en hospitalisation à domicile (HAD) depuis les établissements de santé

Roger L.[(1)], Lhermitte R.*[(1)], Dolle-Demaret M.[(2)], Lebert C.[(1)], Hue B.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes

[(2)] Pharmacie, Had 35, Rennes

Résumé

Contexte

L'HAD est une structure qui permet d'éviter ou raccourcir une hospitalisation en assurant la continuité des soins via une équipe pluridisciplinaire. Ne bénéficiant pas de pharmacie à usage intérieur, l'HAD s'approvisionne via les officines des patients ou via le centre hospitalier (CH) voisin selon le statut du médicament. La transmission des informations concernant les traitements des patients à cette structure n'est pas optimale et peut engendrer des erreurs médicamenteuses.

Objectifs

Evaluer la qualité des ordonnances de sortie, leur délai de réception par l'HAD et le temps passé par l'HAD pour recueillir les informations manquantes.

Matériels et méthodes

L'étude a été menée au sein d'une structure d'HAD entre le 4/4 et le 6/6/19. Pour chaque patient pris en charge en HAD depuis un hôpital, une fiche de recueil a été remplie par l'infirmier indiquant : délai entre réception de l'ordonnance et admission du patient ; motifs d'interventions et temps passé par les professionnels de l'HAD à récupérer les informations manquantes pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse (PECM) du patient ; prescription ou non du traitement habituel sur l'ordonnance de sortie. Les ordonnances ont été recueillies et analysées sur le plan législatif.

Résultats

Au total 31 patients (sexe ratio :1/1, âge médian :77 ans) provenant de 9 établissements ont été inclus.85 % des dossiers ont nécessité une intervention de la part de l'équipe de l'HAD. En moyenne, 25 min par patient ont été nécessaires pour récupérer les informations jugées manquantes.16 % des ordonnances ont été transmises moins de 3 h avant l'admission du patient,7 % après l'arrivée du patient et 13 % ne l'ont jamais été malgré relances. 87 % des ordonnances n'étaient pas conformes à la réglementation française et 53 % des stupéfiants étaient prescrits sur un support inadapté. Le traitement habituel des patients était prescrit dans 80 % des cas, sans garantie sur l'exhaustivité du traitement.

Discussion / Conclusion

Un retard voire une absence de transmission des ordonnances de sortie confronte l'HAD à des difficultés organisationnelles au moment du transfert depuis des CH. Pour garantir la continuité de la PECM, les appels itératifs aux CH d'origine consomment une part non négligeable des ressources humaines de l'HAD théoriquement dédiées aux soins. Ces difficultés semblent être un frein à l'essor de l'HAD. Une des pistes d'amélioration est de développer la conciliation médicamenteuse de sortie dans les CH d'amont. Une autre est de fixer un délai minimum pour l'envoi des prescriptions à l'HAD.

Références bibliographiques principales

Maucorps C., Krug S., Cherel A. - Positionnement du pharmacien hospitalier au sein du parcours patient dans un service d'hospitalisation à domicile d'un centre hospitalier - e-poster - hopipharm 2019

Orateur : Lhermitte R.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : hospitalisation à domicile, Médicaments, Continuité des soins

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000292

Rétrocession : êtes-vous sûrs que le suivi de vos patients est à jour ?

Bouras S.[(1)], Pic A.*[(1)], Bukato F.[(1)], Boisgontier M.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Compiègne-Noyon, Compiègne

Résumé

Contexte

Dans notre établissement, nous réalisons une moyenne de 240 rétrocessions par mois. Certains médicaments ont des modalités précises de prescription et de renouvellement qui sont souvent méconnues des prescripteurs.

Objectifs

Contrôler la conformité entre les ordonnances des patients et les modalités de prescription et de renouvellement en vue d'améliorer le suivi des patients. Remettre à jour les données : fiches médecins, patients, modalités de rétrocession des médicaments.

Patients et méthodes

Etude rétrospective observationnelle des patients avec un traitement chronique en rétrocession du 01/02/2019 au 31/10/2019. Les données ont été extraites du logiciel de rétrocession : patients, médicaments, médecins. Le statut des médicaments (modalités de prescription, renouvellement) a été complété par recherche dans les bases de données médicaments : prescription hospitalière (PH) dont prescription hospitalière réservée aux spécialistes (PHR), prescription initiale hospitalière annuelle ou semestrielle (PIHa ou PIHs) renouvelables en ville. Les données des fiches médecins (spécialité, lieu d'exercice) ont été complétées à l'aide du site de l'ordre des médecins.

Résultats

Au total, 355 patients soit 561 traitements ont été retenus, les PH concernent 48 % des patients. Un patient a une ordonnance d'un médecin généraliste et est donc non conforme. Parmi les PH, 74 % sont des PHR. Neuf traitements (8 patients) sont prescrits par un spécialiste non autorisé. Les traitements concernés sont le lénalidomide, thalidomide et la dexaméthasone ; le sildénafil et tadalafil ; et le mitotane.

Les PIHa représentent 180 traitements (105 patients). Quatre patients n'ont pas leur suivi à jour : l'oxybate de sodium pour 2 patients, et des traitements antirétroviraux pour les 2 autres. Pour ces 4 patients nous n'avons pas de prescription hospitalière du spécialiste datée de 2019. Les 15 patients avec une PIHs sont tous à jour.

Les fiches médecins incomplètes ont été rectifiées et des commentaires dans les fiches patients ont été ajoutés pour aider lors des dispensations.

Discussion / Conclusion

Ce travail de mise à jour nous a permis de repérer les patients dont le suivi était à améliorer. Ils représentent seulement 4 % de notre file active. Pour améliorer la vigilance des patients, des pharmaciens et des préparateurs, une étiquette pour tous les PIH sera systématiquement apposée sur l'ordonnance en cours pour rappeler la prochaine date de renouvellement par le spécialiste. Pour les non-conformités relevées avec les PHR, une resensibilisation des pharmaciens est prévue.

Orateur : Pic A.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : prescriptions, patients ambulatoires, continuité des soins

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000106

Les entretiens asthme à l'officine : comment leur redonner du souffle ?

Cambon A.*[1], Recoche I.[2], Agostini S.[1], Ramos I.[3], Pomies J. M.[4], Dutech M.[5], Manant D.[6], Guilleminault L.[7], Didier A.[7], Qassemi S.[1], Roland C.[1], Cestac P.[8]

[1] Pharmacie, Reipo, CHU Toulouse, Toulouse
[2] Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse
[3] Pneumologie, éducation thérapeutique, CHU Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse
[4] Pharmacie, URPS Pharmaciens Occitanie, Toulouse
[5] Médecine générale, Fédération Occitanie Roussillon des maisons de santé, Nailloux
[6] Association patient, Association Départementales des Insuffisants Respiratoires de Haute Garonne (ADIR 31), Toulouse
[7] Pneumologie, CHU Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse
[8] Pharmacie clinique, CHU Toulouse, Toulouse

Résumé

Contexte

D'après l'IRDES, 27 % à 60 % des personnes asthmatiques ont un niveau de contrôle des symptômes insuffisant. Les patients souffrant d'asthme non contrôlé présentent un risque plus élevé d'hospitalisation et de complications associées. Ainsi, en 2014, la convention pharmaceutique a fixé les modalités de mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques pour l'accompagnement et le suivi des patients asthmatiques. Malgré cela, après 5 ans d'existence, force est de constater que ces entretiens pharmaceutiques restent en marge des activités régulières des pharmaciens d'officine et sont souvent méconnues des pneumologues et médecins traitants.

Objectifs

Identifier les freins à la mise en place du dispositif d'accompagnement des patients asthmatiques par le pharmacien d'officine. Proposer une nouvelle stratégie pour redynamiser ces entretiens au sein de la région.

Matériels et méthodes

Recueil des informations au moyen d'un questionnaire en ligne soumis à des pharmaciens d'officine. Constitution d'un groupe de travail composé de pharmaciens d'officine et hospitaliers, de pneumologues libéraux et hospitaliers, de médecins généralistes, de représentants d'une association de patients afin d'analyser ces résultats.

Résultats

45 pharmaciens d'officine ont répondu à ce questionnaire. Les principaux freins à la mise en place et au bon déroulement des entretiens asthme étaient :

- La faible adhésion des patients au dispositif en lien avec le fait que les patients sous estiment le contrôle de leur maladie, n=25/28 (89,3 %).
- Les échanges interprofessionnels limités avec le médecin traitant ou le pneumologue, dont l'appui permettrait de légitimer l'intervention du pharmacien aux yeux des patients, n=28/32 (87,5 %).

Le manque d'une formation ciblée et d'outils pratiques pour faire face à toutes les questions liées à l'asthme et sa prise en charge, n = 26/45 (57,8 %).

Discussion / Conclusion

Pour faire face aux difficultés de recrutement du patient asthmatique au sein du dispositif d'accompagnement par le pharmacien d'officine et afin de favoriser le repérage des sujets asthmatiques non contrôlés, une évaluation du non-contrôle de l'asthme sera proposée grâce à un auto-questionnaire (asthma control test, ACT) et une question sur le nombre annuel de cures de cortisone. Pour pallier le manque de formation, une formation théorique et pratique, organisée en collaboration étroite avec les professionnels hospitaliers, sera proposée aux pharmaciens d'officine. Toutes ces différentes actions seront initialement mises en place dans cinq officines pilotes. En fonction des résultats, il sera possible d'étendre le projet à toutes les officines de la région.

Références bibliographiques principales

Arrêté du 14 décembre 2017 portant approbation de l'avenant 11 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entres les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Journal officiel.
Afrite A, Allonier C, Com-Ruelle L, Le Guen N. L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes. Question d'économie de la santé Irdres n° 138. 2008. Disponible sur : http://irdes.fr/

Orateur : Cambon A.
Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique
Mots-clés : Asthme, Formation continue en pharmacie, Mésusage de médicament
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000499

Evaluation de la place des analogues GLP-1 dans la prise en charge du patient diabétique de type 2

Laeng M.[1], Delmotte N.*[2], Damonte L.[2], Darque A.[3], Gensollen S.[4]

[1] Pharmacie, APHM - CHU La Conception, Marseille

[2] Pharmacie, APHM - CHU La Conception, Marseille

[3] Rétrocession, APHM - CHU La Conception, Marseille

[4] Pharmacie, APHM - CHU La Conception, Marseille

Résumé

Contexte

Les analogues des GLP-1 (*glucose like peptide-1*) ou incrétino-mimétiques sont des agonistes des récepteurs au GLP-1. Ils présentent un effet direct sur le pancréas avec une augmentation de l'insulinosécrétion gluco-dépendante et une réduction de la sécrétion de glucagon. Ils diminuent également la prise alimentaire et ralentissent la vidange gastrique. En cas d'hypoglycémie ils n'inhibent pas la réponse normale du glucagon. Il existe plusieurs médicaments : exenatide, dulaglutide et liraglutide. En 2017, une prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2 est publiée mettant en 2ème intention les analogues des GLP-1 en association avec la metformine pour les patients avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) > 30 et en prévention des maladies cardiovasculaires.

Objectifs

Evaluer la place des analogues de GLP-1 dans la stratégie thérapeutique au niveau des services d'endocrinologie.

Patients et méthodes

Dans un premier temps un recensement des patients ayant présentés une prescription d'analogues de GLP-1 a été effectué avec le logiciel Pharma dans les services d'endocrinologie sur une période de 5 mois. L'étude des dossiers des patients a ensuite été réalisée sur le Dossier Patient Informatisée (aXigate).

Résultats

L'étude concerne 74 patients. Le principal motif d'hospitalisation des patients était un déséquilibre du diabète (78 %). Les patients concernés par cette dispensation sont pour 54,1 % des hommes, 45,9 % des femmes, avec une moyenne d'âge de 59,5 ans, ainsi qu'un IMC moyen de 33,7 et une HbA1c moyenne de 9,87 % à l'entrée. 64 % de ces patients présentent une comorbidité cardiovasculaire déclarée. Au niveau de la prise en charge thérapeutique, les règles hygiéno-diététiques ont été données chez 90,4 % des patients. Les analogues de GLP-1 n'ont jamais été dispensés en monothérapie. Ils ont été prescrits dans 29,6 % du temps en bithérapie, associé avec des biguanides (21,6 %), des sulfamides (1,3 %), des glinides (1,3 %), de l'insuline (5,3 %) ; 41,3 % en trithérapie, et 12 % en quadrithérapie comportant de l'insuline. Il y a présence d'insuline sur 46,7 % des ordonnances de sortie.

Discussion / Conclusion

L'utilisation d'analogues de GLP-1 se fait majoritairement dans le cadre de la trithérapie, comme décrit dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cependant, du fait de la forte prévalence des comorbidités cardiovasculaires chez ces patients, l'utilisation plus précoce des analogues du GLP-1 en bithérapie auraient un intérêt d'après les nouvelles recommandations EASD/ADA. Un nouvel analogue du GLP-1 vient d'être commercialisé (Ozempic® = sémaglutide) montrant avec l'étude SUSTAIN 6* une baisse significative de 26 % du risque de décès d'origine cardiovasculaire (infarctus du myocarde non fatals ou Accidents Vasculaires Cérébrales (AVC) non fatals) et de 39 % du risque d'AVC. L'HAS veut renforcer les conditions de prescription de cette classe thérapeutique alors que les recommandations internationales et européennes les placent en première ligne chez les patients avec une maladie cardiovasculaire prédominante.

Références bibliographiques principales

Steven P. Marso, Stephen C. Bain, Agostino Consoli, Freddy G. Eliaschewitz, Esteban Jódar, Lawrence A. Leiter and all: Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2016; 375:1834-1844

Orateur : Delmotte N.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : diabète de type 2, endocrinologie, analogues de GLP-1

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000457

Evaluation du switch vers les biosimiliaires d'ADALIMUMAB auprès des patients ambulatoires

Veyrier M.*[(1)], Tesmoingt C.[(1)], Le Grand J.[(1)], Pelletier A.-L.[(2)]

[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Bichat - Claude-Bernard, Paris

[(2)] Hépatologie et gastro-entérologie, APHP - Hôpital Bichat - Claude Bernard, Paris

Résumé

Contexte

Fin 2018, les biosimilaires de l'ADALIMUMAB ont été commercialisés et plusieurs ont été référencés au marché. Les cliniciens n'ont souhaité qu'une référence en intra-hospitalier. Après un avis collégial (médecins, pharmaciens et un patient), le choix s'est porté sur l'IMRALDI® (IM).

Objectifs

Afin d'évaluer la pertinence de ce référencement, nous avons réalisé une enquête auprès des patients ambulatoires.

Patients et méthodes

Cette enquête a été réalisée auprès des patients suivis en hépato-gastroentérologie, service le plus consommateur. Les patients étaient vu une 1er fois en consultation pour proposer le switch de HUMIRA® vers un biosimilaire. Le clinicien proposait au patient l'ensemble des présentations de stylos et seringues de biosimilaires disponibles sur le marché. Le patient choisissait la présentation qui lui convenait a priori le plus.

A 6 mois, le patient était revu à l'issu d'une 2ème consultation et un questionnaire d'évaluation, validé par le pharmacien et le médecin, était réalisé. Les éléments évalués par ce questionnaire étaient : la douleur à l'injection, les réactions cutanées post-injection, l'avis du patient sur la qualité de la nouvelle présentation par rapport à celui du princeps (fenêtre de tir, signal sonore, bouton poussoir) et enfin, la reconduction ou non de la prescription en fin de 2ème consultation.

Résultats

Les patients ont été vus lors de la 2ème consultation entre le 15/06/2019 et le 08/01/2020. L'étude comprenait 33 patients dont 52 % de femme, l'âge moyen était 43 ans. Deux patients ont choisi des seringues (1 AMGEVITA® (AM) et 1 HYRIMOZ® (HY)). Respectivement 20, 6 et 5 patients ont choisi AM, IM et HULIO®(HU) stylo. Aucun patient n'a choisi HY et IDACIO® (ID) stylo. Lors de la 2ème consultation, 2 patients n'ont pas pu être interrogé puisque les pharmacies d'officine n'ont pas respecté la prescription et ont continué à délivrer de l'HUMIRA®. 35 % des patients évalués se sont plaint d'une douleur exacerbé à l'injection (5 AM, 5 IM, 1 HU). 50 % et 10 % des patients utilisant respectivement les stylos IM et AM ont changé de biosimilaire ou repris HUMIRA®. 33 % des patients sous IM stylo ont repris HUMIRA®.

Discussion / Conclusion

Le switch vers l'IM semble le moins efficace dans cette population. L'ID a été mis sur le marché au cours de l'étude, son impact a donc été insuffisamment évalué. L'étude va être poursuivie afin d'évaluer cet impact et éventuellement réévaluer la spécialité référencée sur notre site.

Orateur : Veyrier M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Pharmacie clinique, Adhésion du patient, biothérapie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000335

Impact du livret thérapeutique sur le bon usage des inhalateurs

Vion M.[(1)], Tessaire T.[(1)], Baudon M.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Caen Normandie, Caen

Résumé

Contexte

La voie inhalée est une voie d'administration efficace lorsque le patient est observant et utilise correctement son dispositif. Les appels d'offres hospitaliers restreignent le référencement des spécialités, les traitements habituels sont ainsi régulièrement substitués lors de l'hospitalisation des patients. Cette substitution de traitement s'accompagne très souvent d'un changement de dispositif d'inhalation entrainant un risque de mésusage.

Objectifs

Evaluer la fréquence des changements de traitement à l'admission

Evaluer le bon usage des dispositifs d'inhalation à l'admission, lors d'un changement durant l'hospitalisation et à la sortie

Matériels et méthodes

Durant quatre mois, un recueil prospectif des différences entre traitements habituels et traitements prescrits a été effectué grâce à la conciliation médicamenteuse d'entrée dans le service de pneumologie.

En parallèle, une information thérapeutique a été dispensée aux patients hospitalisés à partir des vidéos du guide ZEPHIR réalisé par la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF).

Enfin, des fiches d'évaluation des modalités d'utilisation du dispositif ont été rédigées pour chaque type de dispositif à partir du guide ZEPHIR afin d'évaluer les patients à différents moments de l'hospitalisation (entrée, changement de traitement, sortie).

Résultats

Sur 30 patients hospitalisés pour une exacerbation de BPCO ou d'asthme, 5 patients (17 %) ont eu un changement de traitement imputé au livret thérapeutique et 3 patients (10 %) ont eu un changement de traitement médicalement justifié. Parmi les substitutions dues au livret thérapeutique, 4 n'étaient ni des équivalences strictes de posologie ni de dispositifs d'inhalation. Les 5 patients ont repris leur traitement habituel à la sortie d'hospitalisation.

Sept fiches d'évaluation des modalités d'utilisation du dispositif ont été créées correspondant à 60 spécialités différentes. Chaque fiche comprend 7 à 14 critères à acquérir selon les protocoles de manipulation des dispositifs.

Parmi les 30 patients observés, une évaluation du bon usage a été réalisée uniquement à l'entrée pour 19 patients, à l'entrée puis à la sortie pour 5 patients, et uniquement à la sortie pour 2 patients dont le traitement a été instauré durant l'hospitalisation. Les autres patients ont reçu une information sans évaluation.

Les notes moyennes des patients évalués à l'entrée puis à la sortie (n = 5) étaient respectivement de 7.58/10 et 9.42/10. Cette augmentation de 19.5 % est significative (p = 0,035).

Discussion / Conclusion

Les dispositifs d'inhalation n'étant pas interchangeables, une information appropriée à leur utilisation est essentielle pour obtenir une bonne adhésion et éviter tout échec thérapeutique. Une organisation reste à trouver pour systématiser les interventions pharmaceutiques.

Références bibliographiques principales

Guide ZÉPHIR - Outils d'aide à l'utilisation des thérapeutiques inhalées dans l'asthme et la BPCO chez l'adulte https://splf.fr/videos-zephir/

Orateur : Baudon M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Substitution médicamenteuse, Dispositifs d'inhalation, Adhésion et observances thérapeutiques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000093

Le carboxymaltose ferrique en chirurgie orthopédique et traumatologique : étude rétrospective de son utilisation en pratique clinique

Quenardel A.[(1)], Chambault R.[(1)], Adé M.[(1)], Cestac P.[(2)], Jouglen J.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Purpan, Toulouse

[(2)] Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMéDiMS), CHU Toulouse, Toulouse

Résumé

Contexte

Le fer injectable est indiqué dans la prise en charge (PEC) de l'anémie par carence martiale, notamment en périopératoire dans le cadre du Patient Blood Mangement (PBM) [1]. Deux spécialités sont disponibles dans notre établissement : hydroxyde ferrique-saccharose (HFS) et carboxymaltose ferrique (CF) : il est convenu de privilégier le HFS (300 mg/48 h sur 5 j), si les délais le permettent. Depuis 2018, en raison de sa facilité d'utilisation (1 g IV sur 15 min), les consommations de CF ne cessent d'augmenter en chirurgie traumatologique et orthopédique (TO).

Objectifs

Evaluer si les prescriptions de CF sont conformes aux recommandations en pratique clinique.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de février à avril 2019 qui inclut tous les patients bénéficiant d'administrations de CF dans les services de TO. Un recueil de données est réalisé pour rechercher : les dates d'administration de fer, de bloc, d'entrée et de sortie d'hospitalisation, les bilans martiaux, les doses de fer administrées.

Résultats

Au total, 60 patients inclus : âge moyen 67ans, sexe ratio F/H 63 %, 26 interventions programmées (43 %), durée moyenne de séjour 13,1 j. En préopératoire, un bilan martial réalisé à l'hôpital a été retrouvé chez 4 patients. La dose totale administrée est majoritairement de 1 g (78,3 %) ; 4 patients ont bénéficié de doses supérieures avec des délais entre les administrations inférieures à 1 semaine. La majorité (29 soit 48,3 %) des administrations de CF ont été réalisées dans les 4 j qui précèdent la chirurgie dont 22 à J-1 et 3 à J0. Concernant les patients avec intervention programmée, 18 ont eu une administration de CF entre J-1 et J-4 (60 %). Parmi les patients ayant eu une injection de CF après l'intervention (30 soit 50 %), le délai intervention/sortie était compatible (≥ 5j) avec une administration de HFS dans 25 cas.

Discussion / Conclusion

Dans le cadre du PBM, il est recommandé de corriger l'anémie avec une administration de Fer IV idéalement 3 semaines avant le geste [1] mais lors de nos hospitalisations programmées, de nombreuses administrations de CF sont réalisées à J-1 de l'intervention. Or, aucune étude n'a pour l'heure démontré l'intérêt d'une administration de CF la veille d'une intervention [2,3]. En outre, les recommandations internes sur l'usage du fer IV ne sont pas toujours suivies. La rédaction d'un protocole de PBM en lien avec les anesthésistes de TO devrait permettre une optimisation de la PEC périopératoire des anémies et carences martiales.

Références bibliographiques principales

[1] Livre blanc du Patient Blood Management : Gestion personnalisée du capital sanguin en chirurgie programmée. Affinités Santé. 2018. 59p.
[2] Kozek-Langenecker SA, Ahmed AB, Afshari A et al. Management of severe perioperative bleeding guidelines from the european Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol. 2017 Jun;34(6):332-395.
[3] Fowler AJ, Ahmad T1, Phull MK et al. Meta-analysis of the association between preoperative anaemia and mortality after surgery. Br J Surg. 2015 Oct;102(11):1314-24.

Orateur : Jouglen J.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : mesure médicale préventive, anémie ferriprive, chirurgie orthopédique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000427

Virage ambulatoire et amélioration du lien ville-hôpital : étude de faisabilité sur la collaboration entre le service de coordination des soins externes et le département de pharmacie clinique d'un centre de lutte contre le cancer

Khouri T.[(1)], Yekkache N.[(1)], Eng J.[(2)], Pluguizzi V.[(2)], Hamel C.[(1)], Gaudin A.*[(1)]

[(1)] Département de Pharmacie clinique, Institut Gustave Roussy, Villejuif

[(2)] Coordination des soins externes, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Résumé

Contexte

En cancérologie, les patients non éligibles à l'hospitalisation à domicile nécessitant une prise en charge complexe en ville et/ou un matériel spécifique, sont orientés vers la coordination des soins externes (CSE) pour organiser leur sortie dans les meilleures conditions.

Objectifs

Les soignants rattachés à la CSE sont confrontés à la complexité du circuit pharmaceutique français ainsi qu'à ses spécificités hospitalières et communautaires. Cette étude préliminaire doit objectiver la faisabilité d'un projet commun CSE-pharmacie.

Matériels et méthodes

Une immersion a été organisée du 19 au 26 septembre 2019 par une externe et une interne en pharmacie pour comprendre le fonctionnement du service et apporter une expertise pharmaceutique sur certains sujets, tout en imaginant un fonctionnement commun durable.

Résultats

Durant ces 6 jours d'observation, 16 questions pharmaceutiques ont été posées : 2 (12.5 %) sur les statuts des produits de santé (PDS) (réserve hospitalière/rétrocession), 8 (50 %) sur leur disponibilité en ville (vitamine K, sulfate de magnésium, paracétamol IV, drain, redon, système d'attache pour sonde nasogastrique (SNG), valve, canule trachéale), 3 (18,75 %) sur la disponibilité à l'hôpital (poches de jambe, système de fixation des drains (SFD), diffuseurs portables) et 3 (18.75 %) sur le remboursement et prix libre en ville des PDS (povidone dermique, pansement, ôte agrafe). 100 % de réponse ont été apportées. De ces problématiques ont émané 6 projets : 2 (33 %) réalisés en octobre 2019 (hydratation ambulatoire post cisplatine et homogénéisation des SFD) et 4 (67 %) qui seront mis en place courant 2020 (consultation pharmaceutique autour des médecines alternatives en oncologie, expertise pharmaceutique sur l'administration des médicaments par SNG, ordonnances de sortie standardisées, conciliation médicamenteuse et entretien pharmaceutique de sortie en chirurgie).

Discussion / Conclusion

Cette étude de faisabilité a montré qu'un rapprochement entre la pharmacie et la CSE était indispensable et très attendu par la CSE. Un rôle d'information et d'expertise pharmaceutique a été instauré par plusieurs moyens : soutien technique, réunions régulières autour des problèmes rencontrés, référent pharmacie. Le rôle transversal du pharmacien permet une vision globale du parcours patient et facilite la mise en relation des soignants de différents services. Les projets qui seront développés visent à améliorer la compréhension des patients de leur prise en charge, diminuer le reste à charge et consolider le lien ville hôpital tout en améliorant les soins.

Orateur : Gaudin A.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Soins aux patients, Pharmacie, Communication interdisciplinaire

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000433

Impact de la conciliation médicamenteuse de sortie sur l'expérience et la satisfaction des patients à leur sortie d'hospitalisation

Laval F.[(1)], Cornée L.[(2)], L'helgoualc'h E.[(3)], Le Diguerher C.[(3)], Mimouni Z.[(3)], Charbonnier L.[(3)], Le Clainche F.[(3)], Pataky G.[(3)], Simonenko I.[(1)], Schweyer F.-X.[(4)], Hue B.*[(3)], Bajeux E.[(5)]

[(1)] Pharmacie Clinique - Dispensation Médicaments, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes
[(2)] Gériatrie, CH Saint Malo, Saint-Malo
[(3)] Pharmacie, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes
[(4)] Ehesp, École des Hautes Études en Santé Publique, Rennes
[(5)] Epidemiologie et santé publique, CHU Rennes - Hôpital Pontchaillou, Rennes

Résumé

Contexte

La pharmacie clinique, en particulier la conciliation médicamenteuse à l'admission (CMA) et à la sortie (CMS), a été déployée au sein de 6 établissements de santé d'un même territoire. L'expérience et du vécu du parcours de soins médicamenteux (PSM) des patients et de leurs aidants pendant et au décours d'une hospitalisation sont évalués dans ce cadre.

Objectifs

Evaluer l'apport d'une CMS sur le vécu, l'expérience et la satisfaction des patients et de leurs aidants éventuels vis-à-vis de leur PSM.

Patients et méthodes

Cette étude concernait les patients de 65 ans et plus, hospitalisés dans un service Médecine-Chirurgie-Obstétrique ou Soins de Suite et Réadaptation, inclus entre juin et décembre 2019 et ayant bénéficié d'une CMA à leur admission. C'est une étude prospective, multicentrique, observationnelle, comparant un groupe de patients ayant bénéficié d'une CMS avant leur retour au domicile (RAD) et un groupe témoin sans CMS. L'expérience et la satisfaction des patients ont été évaluées grâce à un questionnaire téléphonique mené 7 jours après la sortie d'hospitalisation auprès de la personne en charge des traitements médicamenteux : patient lui-même, famille, IDE libérale ou EHPAD.

Résultats

Au total,420 patients ont été inclus dans l'étude. Sur les 280 patients analysés à ce jour (163 du groupe « CMS » et 117 du groupe « sans CMS »), l'âge moyen est de 81,5 ans. Au total, 68,6 % des patients géraient eux-mêmes leurs traitements, 76 % des patients ont reçu de nouveaux médicaments lors de l'hospitalisation et 10 % des patients avaient encore des questions concernant leurs médicaments au RAD.67 % des patients avec CMS déclarent avoir pu les poser contre seulement 44 % chez les patients sans CMS. Les patients rapportent plus fréquemment des échanges avec un professionnel de santé concernant leurs médicaments dans le groupe « CMS » par rapport au groupe « sans CMS ». De plus, 41,6 % des patients du groupe « sans CMS » ont eu besoin de consulter leur médecin traitant (MT) dans la semaine suivant leur sortie, versus 27,3 % du groupe « CMS ». Les résultats complets de l'étude seront disponibles en mai 2020.

Discussion / Conclusion

Nos résultats préliminaires suggèrent un recours au MT plus important des patients n'ayant pas bénéficié de CMS dans la semaine suivant le RAD ainsi qu'un manque d'informations ressenti concernant leurs changements de traitement habituel. Les résultats finaux devraient corroborer le sentiment des professionnels de santé (MT, pharmaciens) sur le vécu du PSM des patients et les bénéfices de la pharmacie clinique déployée au sein des hôpitaux.

Références bibliographiques principales

1. Eassey, D, et al. "I have nine specialists. They need to swap notes!" Australian patients' perspectives of medication-related problems following discharge from hospital. Health Expect. 2017, 20, 1114–1120.
2. Mackridge, A.J., et al. Cross-sectional survey of patients' need for information and support with medicines after discharge from hospital. Int. J. Pharm. Pract. 2017, 26, 433–441.
3. Ballerie A, et al. The collaboration of clinical pharmacists and physicians for medication safety. Lancet. 2020 Dec 21;394(10216):2240.

Orateur : Hue B.
Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique
Mots-clés : Pharmacist-Patient Relation, Conciliation médicamenteuse, PREM
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000513

Rétrocessions dans le cadre d'essais cliniques : quels risques pour les patients ?

Istin S.(1), Cousin T.(1), Basuyau F.(1), Daouphars M.*(1)

(1) Pharmacie, Centre Henri Becquerel, Rouen

Résumé

Contexte

La disponibilité des informations sur les traitements expérimentaux ainsi que des conseils-patients spécifiques sont nécessaires au bon usage de ces médicaments. Dans le cadre des essais cliniques (EC), ce bon usage est indispensable à l'obtention de données fiables quant à l'efficacité et à la tolérance des médicaments expérimentaux (ME). Néanmoins, dans ce cadre, certaines informations sont potentiellement manquantes, augmentant ainsi les risques relatifs à l'utilisation de ces ME.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de définir le profil de risque de chaque ME rétrocédé afin de pouvoir mettre en place une action appropriée de minimisation de risques.

Matériels et méthodes

Dans un premier temps, une recherche bibliographique des différents critères de risque a été effectuée afin de générer une grille de cotation du risque inhérent à chaque ME.

Dans un second temps, une évaluation exhaustive des ME rétrocédés dans le cadre des EC de notre centre a été menée.

Résultats

Huit critères de risques ont été définis selon plusieurs sources (1)(2) ainsi que notre propre expérience : chimiothérapie anticancéreuse, anticoagulant/antithrombotique, hypoglycémiant oral, statut réglementaire, marge thérapeutique étroite, métabolisation par les cytochromes P450/glycoprotéine P, risque allergique important nécessitant une prémédication et toxicité sur organes cibles (rein, foie, cœur). Le score de risque obtenu étant compris entre 0 et 15, chaque ME sera alors considéré avec un risque modéré (score inférieur ou égal à 5), important (score compris entre 6 et 10) et majeur (score supérieur à 10).

Cent-cinq ME provenant de 89 EC ont été évalués : 18 % ont un niveau de risque modéré, 87 % ont un risque important et 5 % ont un risque majeur.

Discussion / Conclusion

Globalement, le niveau de risque des ME rétrocédés dans le cadre d'EC est élevé dans notre centre. Afin de minimiser ces risques, les promoteurs d'EC peuvent fournir un carnet-patient regroupant les informations importantes du médicament et de son bon usage. Néanmoins, sa disponibilité, bien qu'en progression au cours du temps, reste encore trop rare. Ainsi, dans notre centre, une ordonnance-type incluant les différents conseils-patients a été créée et la mise en place d'entretiens pharmaceutiques lors de la première dispensation est en cours de formalisation.

Références bibliographiques principales

(1) Arrêté du 6 avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé
(2) Institute for Safe Medication Practices. ISMP's List of High-Alert Medications – 2008

Orateur : Daouphars M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Risques, Rétrocessions, Essais cliniques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000519

Prescriptions d'amoxicilline/acide clavulanique en chirurgie traumatologique/orthopédique : une étude rétrospective des pratiques cliniques

Chambault R.[(1)], Quenardel A.[(1)], Jouglen J.[(1)], Cestac P.[(1)], Ade M.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Purpan, Toulouse

Résumé

Contexte

Le bon usage des antibiotiques est essentiel pour améliorer leur tolérance et limiter le risque d'effets indésirables. L'amoxicilline/ac. clavulanique (AAC) est fréquemment prescrit en chirurgie traumatologique/orthopédique (TO). Le principal effet indésirable de cet antibiotique est une mauvaise tolérance digestive qui peut être lié à une forte posologie d'ac. clavulanique (ac. clav). A notre connaissance, il n'y a pas de consensus sur la posologie maximale quotidienne per os (po) d'ac. clav, notamment pour les infections sévères.

Objectifs

Evaluer si les posologies d'ac. clav administrées en chirurgie TO sont adaptées au vu des données de la littérature.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de janvier à décembre 2019 qui inclut toutes les prescriptions d'AAC IV (1 g/200 mg et 2 g/200 mg) et po (1 g/125 mg et 500 mg/62,5 mg) en chirurgie TO. Une revue de la littérature est faite en parallèle pour identifier les posologies optimales d'ac. clav.

Résultats

Les doses maximales d'ac. clav IV sont de 1 200 mg/j et 200 mg/prise et celles en po sont théoriquement de 375 mg/j [1]. Au total, 313 patients ont bénéficié d'AAC IV (371 prescriptions) et 294 d'AAC po (323 prescriptions). Pour la forme IV, 13 % d'erreurs de prescription ont été retrouvées dont 36 prescriptions d'AAC 1g/200 mg avec une posologie de 2 g x3/j (9,7 %). Pour la forme po, 12 % de prescriptions supra-thérapeutiques ont été retrouvées dont : 22 prescriptions à 1 g/125 mg x4/j (7 %), 11 prescriptions à 2 g x3/j et 5 prescriptions à 2 g x4/j.

Discussion / Conclusion

Les posologies maximales d'ac. clav ne sont pas toujours connues des équipes médicales ce qui entraine un risque iatrogène. Si les recommandations sur les posologies des formes IV sont claires, elles le sont moins sur les formes po : l'Agence européenne des médicaments indique ainsi que la dose de 375 mg quotidienne est suffisante et correspond à la dose maximale [1] alors que la SPILF propose une posologie de 100 mg/kg/j d'AAC IV ou po dans les infections ostéoarticulaires (IOA) sans notion de dose maximale d'ac. clav [2]. Dans le cadre des IOA, en cas d'utilisation d'AAC po, notre protocole interne recommande une posologie maximale d'AAC de 1g/125 mg x4/j associée à de l'amoxicilline seule si nécessaire. Un retour de ces résultats aux équipes soignantes est prévu.

Références bibliographiques principales

[1] EMEA. Augmentin – Article 30 – Annexe II. Conclusions scientifiques et motifs de la modification des résumés des caractéristiques du produit, de l'étiquetage et de la notice, présentés par l'EMEA. 2013.
[2] SPILF. Recommandation de pratique clinique : Infections ostéo-articulaires sur matériel. 2009.

Orateur : Ade M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Infections osseuses, Chirurgie orthopédique, Amoxicilline-acide clavulanique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000454

Retour d'expérience sur l'utilisation du dossier pharmaceutique (DP) au secteur rétrocession

Stein J.*(1), Arnoux L.-A.(1), Le Deroff-Poupeau C.(1), Perdreau S.(1), Demoré B.(1)

(1) Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

Résumé

Contexte

Créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé, le DP permet de lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse, notamment par la détection de redondances et d'interactions entre les thérapeutiques dispensées par la pharmacie hospitalière et l'officine de ville. Une vigilance accrue est portée sur les médicaments rétrocédables que nous savons inhibiteurs ou inducteurs enzymatiques des cytochromes P450. Jusqu'en 2019, la consultation et l'alimentation du DP n'était pas effectuée au secteur rétrocession.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt de l'utilisation du DP dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients ambulatoires bénéficiant de médicaments rétrocédables.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective et monocentrique. Tous les patients se présentant aux rétrocessions dans le cadre d'une initiation de traitement sont inclus. La consultation ou la création du DP leur sont proposées, ainsi que son implémentation.

Résultats

Du 23 janvier au 19 avril 2019, 45 patients (90 %) ont accepté de s'entretenir avec un pharmacien. Trente patients (67 %) disposent d'un DP mais seulement quatre (13 %) en ont connaissance : 27 (90 %) sont régulièrement alimentés. Le taux d'exhaustivité atteint 87 % (n = 26) pour les médicaments soumis à prescription contre 13 % (1/8) pour l'automédication. Cinq DP ont été créés. Au total, 130 interactions (tous niveaux confondus) ont été détectées dont 110 grâce à la consultation du DP contre 56 grâce au dossier patient informatisé de l'hôpital. Vingt interactions (15 %) ont concerné un médicament rétrocédable, dont deux ont relevé d'une contre-indication entre un antirétroviral et un produit de phytothérapie consommé en automédication (non implémenté dans le DP). Douze patients ont refusé soit la consultation du DP (n = 6), soit sa création/implémentation (n = 6). Le motif de refus à l'implémentation est la perte de confidentialité vis-à-vis de l'officine, émanant tous de patients vivant avec le VIH (n = 6). En moyenne, le temps consacré à la lecture et à l'implémentation du DP est inférieur à 3 min, celui pour la recherche des traitements est de 3,2 min et celui pour l'analyse pharmaceutique est de 3,6 min.

Discussion / Conclusion

Le DP est donc un outil facile d'utilisation en routine, pertinent pour la détection des interactions médicamenteuses et permettant d'optimiser les traitements. Cette expérience devra s'étendre dans un second temps à tous les patients se présentant aux rétrocessions.

Orateur : Stein J.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Dispensation et distribution de médicaments à l'hôpital, Traitement par des médicaments, Dossier médical électronique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000418

Intérêt de la mise en place d'une consultation pharmaceutique pour les patients atteints d'asthme et/ou de BPCO : enquête préliminaire auprès des patients

Dusabe G.*(1), De Gregori J.(1), Feyeux H.(1), Gomes V.(1), Boronad C.(1), Agullo M.(1)

(1) Pharmacie, CH Cannes, Cannes

Résumé

Contexte

En France, l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) font partie des maladies respiratoires chroniques les plus courantes. La thérapie médicamenteuse est actuellement un élément clé de la prise en charge de ces 2 pathologies. Une mauvaise adhésion thérapeutique peut avoir un retentissement sur l'état de santé du patient, sa qualité de vie et les dépenses de santé.

Objectifs

Notre objectif est d'évaluer l'impact de la pathologie sur la vie quotidienne des patients atteints d'asthme et/ou de BPCO, leurs connaissances sur leur traitement ainsi que leur adhésion médicamenteuse.

Patients et méthodes

Une enquête a été menée auprès de patients, en hôpital de jour de pneumologie, pour lesquels au moins un dispositif d'inhalation (DI) était prescrit. Chaque patient a bénéficié d'un entretien pharmaceutique au cours duquel ont été évalués l'adhésion médicamenteuse, les connaissances du patient sur sa prise en charge médicamenteuse et l'impact de la pathologie sur sa vie quotidienne.

Résultats

Cinquante patients ont bénéficié d'un entretien, 23 hommes et 27 femmes. L'âge moyen est de 69 ans (± 11). 70 % des patients sont suivis pour BPCO, 24 % pour asthme et 6 % pour asthme et BPCO intriqués. Près de 8 patients sur 10 ont décrit un retentissement notable de la pathologie sur les activités de la vie quotidienne. 30 % des patients ont signalé avoir des réticences vis-à-vis de leur traitement, principalement à cause des effets indésirables. La connaissance des patients sur leur traitement est évaluée comme largement perfectible puisque 24 % des patients n'ont pas su nommer les traitements prescrits, 62 % n'ont pas su faire la différence entre les traitements de crise et de fond et 78 % ne connaissent pas les objectifs thérapeutiques des médicaments prescrits.

Concernant l'adhésion thérapeutique, les résultats laissent apparaitre également un potentiel d'amélioration important : 6 % des patients étant considérés comme « mauvais observant », 36 % « moyennement observant » et seulement 58 % de patients comme « bon observant ».

En moyenne, chaque patient avait 2 DI différents (min 1 ; max 3). La moitié des patients a déjà bénéficié d'une démonstration de l'utilisation du DI par leur pneumologue, leur médecin traitant ou leur pharmacien (61 %, 31 %, 13 %). Celle-ci date dans la majorité des cas de plus de 1 an (76 %).

Discussion / Conclusion

Bien que les patients atteints d'asthme ou de BPCO semblent avoir compris les enjeux liés à la prise correcte de leur traitement, la mise en place d'une consultation pharmaceutique dédiée a pour objectif d'améliorer le niveau de connaissance de leur traitement et le niveau d'adhésion thérapeutique afin de garantir une prise en charge médicamenteuse optimale. Le bon usage des DI étant également un élément clé dans le contrôle de l'asthme et de la BPCO, une réévaluation de l'observance suite à cette consultation ainsi qu'une évaluation des pratiques d'utilisation des DI sont en cours d'évaluation pour compléter notre étude.

Orateur : Dusabe G.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Pharmacie clinique, Maladies respiratoires chroniques, Adhésion et observance thérapeutiques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000377

Plan de prise médicamenteux : vers un accompagnement pharmaceutique personnalisé à la sortie du patient

Boulanger M.[(1)], Gigan M.[(1)], Fourneaux O.[(1)], Colombe A.[(1)], Debruyne A.-L.*[(1)], Queuille E.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Charles Perrens, Bordeaux

Résumé

Contexte

En psychiatrie, 75 % des patients arrêtent leur traitement au bout de 18 mois. Une bonne compréhension du traitement (1) permettrait de rendre le patient acteur de sa prise en charge.

Objectifs

Evaluer l'intérêt d'un document comprenant un plan de prise médicamenteux (PPM) associé à des informations adaptées au niveau cognitif du patient.

Matériels et méthodes

En collaboration avec des psychiatres et addictologues, un référentiel a été rédigé, incluant des phrases de deux niveaux de langage et expliquant l'indication des médicaments psychotropes. Ces informations sont présentées dans un PPM par l'externe en pharmacie au patient sortant. Une évaluation de la compréhension du traitement est réalisée juste après l'intervention. Un suivi de l'adhésion du patient est fait un mois après sa sortie à l'aide d'un questionnaire par les infirmiers du CMP (Centre Médico-Psychologique).

Résultats

Obtention d'un tableau de phrases courtes explicatives de deux niveaux de compréhension différents pour une soixantaine de psychotropes. De juin à septembre 2019, 30 patients (moyenne d'âge de 51ans ; sex-ratio de 23:7) ont bénéficié de cet accompagnement. Onze patients étaient de niveau 1 (niveau élémentaire) et 19 de niveau 2 (niveau approfondi). Concernant les pathologies : nous avons retrouvés 27 % de troubles bipolaires, 27 % de dépressions et 17 % de troubles schizophréniques ; avec un séjour moyen de 28 jours. En moyenne, 5 médicaments étaient prescrits : 3 psychotropes et 2 médicaments somatiques. Après remise du PPM, 65 % des patients interrogés après l'intervention pharmaceutique étaient capables de citer la totalité de leur traitement prescrit (nom, posologie et indication). L'évaluation à 1 mois par le CMP montre une adhésion de 13 patients sur 16 des patients suivis en CMP.

Discussion / Conclusion

Sont retrouvés dans les pathologies psychiatriques des troubles cognitifs étendus (2). Il est indispensable d'adapter son langage au niveau cognitif du patient mais aussi d'apporter des outils facilitant l'apprentissage. Ce PPM adapté au patient, lui permet de saisir tous les enjeux de son traitement. La subjectivité de la notion d'adhésion lors du suivi à un mois après la sortie doit être prise en compte lors de la lecture des résultats. La difficulté de suivi des patients en psychiatrie, entraine la perte de vue de 14 patients. La réalisation par le pharmacien de ce nouvel outil permet au patient de se réinvestir dans sa prise en charge. Ce document est très apprécié par les patients et utile pour les aidants.

Références bibliographiques principales

1. Baudrant-Boga M. (2009). Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien - Application aux patients diabétiques de type 2. Grenoble : Université Joseph Fournier
2. Lecardeur L, Benbrika S. Vieillissement cognitif dans le trouble bipolaire et la schizophrénie. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 août 2016;16(94):233-7.

Orateur : Debruyne A.-L.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : cognition, pharmacie clinique, psychiatrie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000370

Validation de critères de sélection de prescriptions pour une analyse pharmaceutique ciblée

Querin B.[(1)], Leraut J.[(1)], Da Silva A.[(1)], Cerruti L.[(1)], Raspaud S.[(1)], Drouot S.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Résumé

Contexte

L'extension de l'informatisation de la prescription conduit à une hausse de l'activité d'analyse pharmaceutique dans un contexte d'effectif pharmaceutique constant.

Objectifs

L'objectif de cette étude était, à partir de nos interventions pharmaceutiques (IP), d'évaluer l'impact des facteurs de risques (FDR) identifiés dans la littérature afin de cibler à terme les prescriptions à haut risque iatrogène.

Matériels et méthodes

Une étude rétrospective a été menée sur une période de 3 mois où l'analyse des prescriptions était réalisée de façon exhaustive par des pharmaciens (internes, assistants et seniors). Les prescriptions analysées et les IP ont été extraites du logiciel Pharma® et les données biologiques du logiciel Glims®. La liaison (Odds Ratio (OR)) entre le potentiel iatrogène des prescriptions (nombre d'IP) et les paramètres prédictifs « patient » (âge, débit de filtration glomérulaire (DFG) estimé par CKD-EPI) et « produit » (nombre de médicaments à risque (MAR) prescrits, d'après notre liste d'établissement) a été déterminée par le test du Khi2 de Pearson ou par le test exact de Fisher lorsque ses conditions d'utilisation n'étaient pas respectées.

Résultats

En 3 mois, 22 549 ordonnances ont été analysées pour 5 583 patients (soit 4 [1-52] ordonnances analysées en moyenne par patient) et 1 706 IP (soit 0,3 [0-12] IP en moyenne par patient). Le taux d'IP global était de 7,6 %. Concernant les ordonnances de patients avec un DFG < 15 ; 15-29 ; 30-59 ou < 90 ml/min, les OR sont respectivement de 2,75 (IC95 % [1,96-3,87], p < 0,0001); 2,76 (IC95 % [2,08-3,67] et p < 0,0001); 1,36 (IC95 % [1,14-1,62], p = 0,0007) et 1,65 (IC95 % [1,41-1,93], p < 0,0001). Chez les patients avec un DFG < 60 et < 30 ml/min, le taux d'IP est respectivement de 9,9 % et 12,9 % (soit respectivement + 50 % et + 84 %). Pour un âge ≥ 80 ans, l'OR est de 1,28 (IC95 % [1,08-1,53], p = 0,005). Concernant la prescription des MAR, les OR sont de 2,5 (IC95 % [2,2-2,9] et p < 0,0001); 2,8 (IC95 % [2,4-3,3] et p < 0,0001) et 5,4 (IC95 % [4,2-7,1] et p < 0,0001) lorsque le nombre de MAR par ordonnance est respectivement ≥ 1 MAR ; ≥ 2 MAR ou ≥ 3 MAR.

Discussion / Conclusion

Le risque de réaliser une IP augmente lorsque le DFG et le nombre de MAR prescrits sur une ordonnance augmente ainsi que chez le sujet âgé ≥ 80 ans. Cette étude a permis de valider les FDR testés sur nos pratiques de validation et d'envisager une nouvelle stratégie d'analyse pharmaceutique. Cependant, il faudra tester d'autres FDR identifiés dans la littérature et réaliser une étude prospective afin d'évaluer leur impact.

Références bibliographiques principales

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, http://www.omedit-normandie.fr/media-files/12223/guide-d-utilisation-outils-de-priorisation-en-pharmacie-clinique-version-avril-2018-1-.pdf

Orateur : Drouot S.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : analyse des données, risque relatif, populations à risque

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000148

Charge anticholinergique élevée chez les sujets âgés : cause d'une escalade de soins ?

Ragot M.*[(1)], Rocquain J.[(1)], Dupuy A.[(2)], Mandin R.[(1)], Lenoir A.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Ardèche Méridionale, Aubenas

[(2)] Court séjour gériatrique, CH Ardèche Méridionale, Aubenas

Résumé

Contexte

L'association de médicaments à activité anticholinergique (MAA) est source de iatrogénie chez les sujets âgés.

Objectifs

L'objectif de l'étude est de déterminer si une charge anticholinergique (CA) élevée induit une escalade de soins.

Patients et méthodes

Un jour donné, tous les patients de plus de 75 ans hospitalisés dans 7 services de notre établissement ont été audités. Les médicaments prescrits et les soins réalisés ont été récupérés sur le logiciel Orbis. La charge anticholinergique était calculée avec l'échelle ADS (Anticholinergic Drug Scale). Deux groupes (CA < 2 versus ≥ 2) étaient comparés sur quatre critères : le sondage urinaire, les lavements, la prescription de laxatifs et de collyres. Les données ont été analysées à l'aide d'Excel et R. L'indépendance des variables était déterminée par un test exact de Fisher ou un test d'indépendance du $\chi 2$.

Résultats

Sur 97 patients, 72 avaient au moins 1 MAA prescrit. La CA était comprise entre 0 et 6, avec une moyenne de 1.37 (± 0.20) pour un nombre moyen de MAA de 1.16 (± 0.28).

Sur les 30 patients avec une CA ≥ 2, 23 % étaient sondés contre 9 % des 67 patients avec une CA < 2 (p = 0.102).

Un lavement avait été réalisé dans les 7 jours précédant l'étude pour 13 % des patients avec une CA ≥ 2 contre 3 % des patients avec une CA < 2 (p = 0.072).

Au moins 1 laxatif était prescrit pour 67 % des patients avec une CA ≥ 2 contre 39 % des patients avec une CA < 2 (p = 0.011).

Au moins 1 collyre était prescrit dans l'indication de sécheresse oculaire pour 17 % des patients avec une CA ≥ 2 contre 4 % des patients avec une CA < 2 (p = 0.102).

Discussion / Conclusion

Si la différence n'est significative que pour la prescription de laxatifs, les résultats suggèrent une quantité de soins plus importante pour les patients ayant une CA ≥ 2 qui pourrait être liée aux EI atropiniques.

L'étude se basant sur la traçabilité des actes dans les logiciels, il est possible que certains gestes tels que le sondage aient été sous-estimés. Une étude plus longue, en collaboration avec les services, permettrait de consolider ces résultats.

Une analyse des prescriptions avec une CA très élevée permettrait ensuite d'identifier les alternatives ou arrêts possibles de traitements. Des outils de déprescription pourraient ainsi être créés avec les gériatres afin de diminuer la CA des sujets âgés de notre établissement.

Références bibliographiques principales

Mebarki S, Trivalle C. Échelles d'évaluation de l'effet anticholinergique des médicaments. Neurol Psychiatr Geriatr 2012;12:131–8

Orateur : Ragot M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Antagonistes cholinergiques, Iatrogénie, Personne âgée

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000058

La pertinence des prescriptions de benzodiazépines et apparentées

Bissonnier J.*[(1)], Laurelli F.[(1)], Drouard S.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Agglomération Montargoise, Montargis

Résumé

Contexte

Les benzodiazépines sont très utilisées en ville comme à l'hôpital, notamment chez les patients âgés de plus de 65 ans. Malgré de nombreux effets indésirables (psychomoteur, cognitifs, risque de chutes…), les prescriptions ne sont que trop rarement réévaluées et se poursuivent durant plusieurs années.

Objectifs

Analyse des prescriptions de benzodiazépines. Mettre en œuvre des outils d'aide à la prescription. Proposer une démarche de déprescription des benzodiazépines chez les patients âgés.

Matériels et méthodes

A partir du logiciel d'aide à la prescription, les prescriptions de benzodiazépines et apparentées ont été extraites sur un jour donné dans 9 services de soins représentatifs. Tous les patients ayant au moins une benzodiazépine de prescrite ont été inclus. Les données recueillies sont : âge, antécédent de chute, nature des benzodiazépines, indications, durée de prescription, renouvellement.

Résultats

Au total, 180 patients ont été inclus, soit 51 % des patients hospitalisés le jour de l'audit. La moyenne d'âge est de 84 ans. 85 % des patients ont plus de 75 ans dont 18 % ont des antécédents de chute. 66 % des prescriptions concernent un anxiolytique, 16 % un hypnotique, 15 % l'association d'un hypnotique et d'un anxiolytique et 2 % l'association de 2 anxiolytiques. Les 3 molécules les plus utilisées sont l'oxazépam, le zopiclone et l'alprazolam. Les indications sont à 87 % conformes selon l'AMM. La durée de prescription est conforme dans 31 % des cas. Les prescriptions sont renouvelées dans 62 % des cas. Parmi les prescriptions analysées, 92 % contiennent des benzodiazépines à demi-vie courte, 18 % une co-prescription d'au moins 2 benzodiazépines, 47 % une benzodiazépine à demi-dose pour les patients de plus de 75 ans.

Discussion / Conclusion

L'analyse des résultats a montré des non-conformités, notamment la durée de prescription. Près de la moitié des prescriptions durent plus d'un an sans réévaluation. 67 % des prescriptions de benzodiazépines sont concernées dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Ainsi, un rappel de bon usage des benzodiazépines chez les sujets âgés et un mémo d'aide à la prescription ont été créé en accentuant sur : les molécules à demi-vie courte, les demi-doses chez les patients de plus de 75 ans, la réévaluation des prescriptions. Une fiche de sensibilisation pour les infirmières avec les principaux signes d'alerte (somnolence, chute) a été élaborée. Un groupe de travail en collaboration avec des médecins gériatres est mis en place pour initier une démarche de déprescription, en commençant chez les patients âgés ayant plus de 2 benzodiazépines de prescrites.

Références bibliographiques principales

Moiras M. Les enjeux de la déprescription des benzodiazépines. [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Pharmacie]. Marseille : Faculté de Pharmacie ; 2018

Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, et al. Déprescription des agonistes des récepteurs des benzodiazépines. Can Fam Physician.2018;64(5):209-224

Durand F, Soyer J, Paccalin M, Grassin J, Lazaro P, Dupuis A. Elaboration d'un outil d'analyse pharmaceutique des prescriptions de benzodiazépines et apparentées chez les sujets âgés, CHU Poitiers. Congrès Hopipharm ; 2017

Orateur : Bissonnier J.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : personnes âgées, benzodiazépines, indice de pertinence des médicaments

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000382

Réalisation de bilans de médication chez des patients âgés institutionnalisés

Zaugg V.*[(1)], Prunel A.[(1)], Hassan S.[(1)], Larrière S.[(2)], Thévenin M.[(2)]

[(1)] Pharmacie, CH Lozère, Mende

[(2)] Unité de soins de longue durée, CH Lozère, Mende

Résumé

Contexte

Les patients âgés institutionnalisés sont une population à risque. L'optimisation de leur prise en charge médicamenteuse permet de prévenir l'iatrogénie. Une des méthodes utilisable est le bilan de médication (BM), activité de pharmacie clinique citée dans le décret du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur.

Objectifs

Réaliser un BM pour les patients des unités de soins de longue durée (USLD) et d'hébergement renforcé (UHR) de notre établissement. Evaluer ensuite l'impact des BM sur leur prise en charge médicamenteuse.

Patients et méthodes

Tous les patients des services d'USLD (n = 21) et d'UHR (n = 9) étaient ciblés. Les BM ont été réalisés par un pharmacien, en plusieurs étapes : (a) analyse pharmaceutique de niveau 2 des ordonnances, avec utilisation des critères STOPP/STARTv2 ; (b) rencontre avec une infirmière pour prendre en compte ses observations ; (c) rencontre avec le médecin responsable pour propositions d'optimisation thérapeutique et modifications de traitement ; (d) rencontre de suivi à 1 mois avec le médecin pour suivre l'évolution des patients. Après cela, une évaluation de l'impact des BM a été menée, avec calcul d'indicateurs : nombre et nature des propositions d'optimisation thérapeutique, taux d'acceptation des propositions, nombre de molécules prescrites avant et après BM.

Résultats

La totalité (n = 30) des patients ciblés a bénéficié d'un BM, sur 3 mois. Leur âge moyen était 84,3 ans. Le temps moyen consacré à chaque BM était de 1 h 30 pour le pharmacien, et 5 à 10 minutes pour les IDE et le médecin. Au total 131 optimisations thérapeutiques ont été proposées (soit 4,4 par patient). Les propositions les plus fréquentes étaient la suppression d'une molécule (n = 60, 45,8 %) et la diminution de dose (n = 44, 33,6 %). Les autres propositions étaient : 9 ajouts de molécule, 6 suivis thérapeutiques, 5 changements de molécule, 3 changements de modalités d'administration, et 1 augmentation de dose. Au total, 102 (77,9 %) propositions ont été acceptées par le médecin. Le nombre moyen de molécules prescrites est passé de 9,4 avant BM à 8 après BM.

Discussion / Conclusion

La réalisation de BM chez des patients âgés institutionnalisés a permis d'optimiser leurs traitements. Cette démarche met en exergue le rôle du pharmacien dans la prise en charge médicamenteuse des patients et a été bien accueillie par les équipes soignantes. La réalisation de BM sera étendue aux résidents des EHPAD de l'établissement et sera complétée par une étude médico-économique.

Orateur : Zaugg V.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Traitement médicamenteux, Gériatrie, utilisation médicament

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000138

AVICENNE pour récupérer des problèmes liés à la pharmacothérapie : thrombo-prophylaxie et évolution de la fonction rénale

Houssemand T.*(1), Potier A.(1), Divoux E.(2), Boschetti E.(1), Duffourc M.-O.(2), Dony A.(2), Dufay E.(2), Demoré B.(1)

(1) Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

(2) Pharmacie, CH Lunéville, Lunéville

Résumé

Contexte

La thrombo-prophylaxie médicamenteuse diminue le risque d'embolie pulmonaire et de thrombose veineuse profonde. L'héparine non fractionnée (HNF) est moins efficace que l'Enoxaparine chez les patients hospitalisés en médecine et nécessite 2 injections par jour alors que l'Enoxaparine 1 seule. AVICENNE est un système d'aide à l'analyse pharmaceutique en temps réel. Il exploite des Algorithmes pharmaceutiques (AP) déterministes via le logiciel Pharmaclass® pour détecter des Problèmes liés à la pharmacothérapie (PLP).

Objectifs

Détecter les prescriptions d'HNF qui ne sont plus indiquées en cas d'amélioration de la fonction rénale et proposer l'Enoxaparine comme alternative. Evaluer l'apport d'AVICENNE pour performer la résolution de ces PLP.

Matériels et méthodes

Les données d'identité des patients, de prescriptions médicamenteuses et de biologie médicale sont interfacées avec Pharmaclass® pour 1 200 lits d'un hôpital universitaire et 100 lits d'un centre hospitalier. Un AP est créé pour détecter les patients avec prescription d'HNF à dose préventive et 2 mesures de DFG > 30 mL/min dont la 2nde est plus élevée que la 1ère. L'AP est encodé dans Pharmaclass®. Une conduite à tenir structure l'analyse pharmaceutique des alertes émises, de l'anamnèse jusqu'à l'intervention pharmaceutique.

Une étude prospective est menée de mars 2019 à janvier 2020. Le nombre d'alertes, de PLP détectés et/ou récupérés, d'IP et leur acceptation sont recueillis via les dossiers patients informatisés. Un PLP est dit récupéré lorsqu'une IP est transmise après analyse d'une alerte AVICENNE alors que l'ordonnance est validée.

Résultats

76 alertes sont analysées durant 145 jours de recueil de données dans les 2 hôpitaux. Parmi elles, 4 faux positifs techniques sont exclus de même que 8 PLP déjà résolus par un médecin ou un pharmacien. 22 alertes ne sont pas considérées comme un PLP par le pharmacien.

42 IP sont transmises aux médecins pour proposer l'Enoxaparine à la place de l'HNF. 18 IP sont issues de PLP récupérés. Au total, 18 IP (43 %) sont acceptées.

Discussion / Conclusion

AVICENNE permet d'optimiser la thrombo-prophylaxie des patients. L'analyse pharmaceutique est renforcée dans sa pertinence. AVICENNE permet de récupérer des PLP difficilement détectables. Il déclenche une analyse pharmaceutique selon l'évolution de la situation clinico-biologique du patient et pas uniquement lors d'une nouvelle prescription médicale.

Références bibliographiques principales

Sherman DG, Albers GW, Bladin Cet al. The efficacy and safety of enoxaparin versus unfractionated heparin for the pre-vention of venous thromboembolism after acute ischaemicstroke : an open-label randomised compari-son. Lancet2007; 369: 1347–55
Kleber F-X, Witt C, Schomaker U, Flosbach CW. Randomized comparison of enoxaparin with un-fractionated heparin for the prevention of venous thromboembolism in medical patients with heart failure or severe respiratory disease. Am Heart J2003;145:614–21.19
A. Sjalander, J.-H. Jansson, D. Bergqvist, H. Eriksson, B. Carlberg& P. Svensson. Efficacy and safety of anticoagulant prophylaxis to prevent venous thromboembolism in acutely ill medical inpatients: a meta-analysis. doi: 10.1111/j.1365-2796.2007.01878.x

Orateur : Houssemand T.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Technologie d'aide à la décision, Héparine, Algorithmes

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000115

Glucose 2.5 % et 5 %: enquête sur les pratiques de prescription

Schoonacker C.[(1)], Duvauchelle B.*[(1)], Couriat S.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Abbeville, Abbeville

Résumé

Contexte

Dans le cadre de nos analyses pharmaceutiques quotidiennes de prescriptions, nous relevons un fort taux de prescription de glucose 2.5 % alors que ses indications sont restreintes aux états hyperosmolaires. Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle que l'ajout d'électrolytes est nécessaire pour éviter la survenue d'hyponatrémie.

Objectifs

L'objectif de cette enquête est d'évaluer la pertinence des prescriptions de solutés glucosés et l'adéquation aux recommandations dans le cadre de l'hydratation.

Matériels et méthodes

Toutes les prescriptions de solutés glucosés (glucose 2.5 % (G2.5) et glucose 5 % (G5)) sont recueillies sur une semaine. L'indication, la situation clinique et l'ajout ou non d'électrolytes sont relevés. Une attention particulière est donnée aux hyponatrémies durant la perfusion de glucose sans l'ajout d'électrolytes. La conformité des prescriptions est évaluée au regard des résumés des caractéristiques des produits et la recommandation de la HAS de 2018 sur le bon usage des solutions pour perfusion de glucose 5 %.

Résultats

Sur les 173 prescriptions analysées : 32 % (n = 56) concernent du G2.5 et 68 % (n = 117) du G5. L'âge moyen de la population est de 79.5 ans. Le mode d'administration est intraveineux dans 64.2 % (n = 110) des cas. Pour les solutés G2.5, l'indication : états hyperosomolaires (hypernatrémie) n'est respectée que dans 8.9 % (n = 5) des cas. Par ailleurs, 75 % (n = 42) des prescriptions de G2.5 concernent des patients diabétiques alors qu'aucune recommandation ne préconise l'usage préférentiel du G2.5 chez ces patients. La HAS avertit sur l'ajout systématique d'électrolytes contre le risque d'hyponatrémie ; l'ajout d'électrolytes ne concerne que 9 % (n = 5) des prescriptions de G2.5 et 24 % (n = 28) des prescriptions de G5. On observe 24 % (n = 26) de cas d'hyponatrémies lorsque la perfusion de glucose n'est pas associée à un électrolyte.

Discussion / Conclusion

L'enquête montre des divergences de pratique par rapport aux recommandations. Les résultats sont présentés au comité du médicament. Plusieurs actions d'amélioration sont mises en place pour sensibiliser les prescripteurs au bon usage. Le rappel des bonnes pratiques est synthétisé dans une fiche « mémo » mentionnant l'importance de l'ajout d'électrolytes pour minimiser le risque d'hyponatrémie et la possibilité d'utilisation du G5 chez les patients diabétiques équilibrés. Un second audit sera réalisé afin de vérifier l'adéquation des prescriptions aux recommandations.

Références bibliographiques principales

HAS 2018 ; Bon usage des solutions pour perfusion de glucose à 5 %

Orateur : Duvauchelle B.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : revue des pratiques de prescription médicamenteuse, prescription hors recommandation, audit pharmaceutique

Pays où le travail est effectué : Tadjikistan

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000033

Les poches de nutrition parentérale ternaire avec électrolytes sont-elles adaptées en réanimation ? : Une évaluation par un pharmacien clinicien

Cavagna P.*(1), Lecolant S.(1), Guilbert Z.(1), Leplay C.(1), Fernandez C.(1), Lescot T.(2), Antignac M.(1)

(1) Pharmacie, APHP - Hôpital Saint-Antoine, Paris

(2) Réanimation chirurgicale, APHP - Hôpital Saint-Antoine, Paris

Résumé

Contexte

Afin d'éviter les confusions, notre CoMéDiMS a choisi de réserver la nutrition parentérale ternaire sans électrolytes (NPTS) aux services de réanimations. Chaque jour, les réanimateurs prescrivent les électrolytes à ajouter dans la NPTS selon le bilan biologique du patient.

Objectifs

L'objectif de notre étude est d'évaluer la faisabilité en réanimation de la substitution de la NPTS par les poches de nutrition avec électrolytes (NPTE).

Matériels et méthodes

En mai 2019, les prescriptions de tous les patients sous NPTS avec ajout d'électrolytes ont été étudiées. Chaque dose d'électrolyte ajoutée a été comparée à la dose d'électrolyte présente dans la NPTE. Celle-ci pouvait être soit en excès, soit insuffisante, soit adaptée.

Deux marges ont été prises en compte :

- une marge théorique : la dose prescrite d'électrolytes à ajouter dans la NPTS correspond à la composition de la NPTE
- une marge clinique : la dose prescrite d'électrolytes à ajouter dans la NPTS est considérée comme égale à la composition de la NPTE si elle est comprise dans un intervalle de valeur défini pour chaque électrolyte par le clinicien.

Les résultats ont été calculés en apport journalier et en moyenne sur le séjour d'un patient.

Résultats

Au total, 209 prescriptions ont été analysées (26 patients, âge moyen 61 ± 17,4ans, 73 % d'hommes). Le sodium (Na) et le potassium (K) sont majoritairement en excès (dans plus de 50 % des cas) dans la NPTE quel que soit la marge appliquée sur le calcul des apports journaliers. Selon la marge théorique, la NPTE est trop riche dans 98 %(204/209) des prescriptions. Sur un calcul des apports journaliers, la NPTE est trop riche dans 38 à 93 % des cas selon l'électrolyte (magnésium (Mg) et phosphore (P) respectivement). Selon la marge clinique, la NPTE est trop riche dans 98 %(204/209) des cas. Sur un calcul des apports journaliers, la NPTE est trop riche dans 19 à 87 % des cas selon l'électrolyte (Mg et P respectivement).

Lorsque les calculs sont réalisés sur le séjour du patient, les résultats sont similaires quel que soit l'électrolyte et la marge appliquée.

Discussion / Conclusion

La substitution de la NPTS par celle avec électrolytes n'est pas envisageable chez les patients de Réanimation.

Orateur : Cavagna P.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Réanimation, Nutrition parentérale, Pharmacie clinique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000092

Mise en place d'une équipe mobile d'IDE pour la conciliation médicamenteuse : écueils, intérêts et perspectives

Marine P.[(1)], Simon M.[(1)], Bichani M.[(1)], Carine C.[(1)], Christelle C.[(1)], Real L.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Arras, Arras

Résumé

Contexte

La conciliation médicamenteuse d'entrée (CME) fait partie des missions des PUI et les hôpitaux sont fortement incités à la réaliser (Certification HAS, CAQES). Mais elle est chronophage et régulièrement mise en suspens lorsque la charge de travail reposant sur les pharmaciens impose une priorisation des missions.

Objectifs

Pour pallier ces variations d'activité, nous avons élaboré un projet d'équipe mobile de CME reposant sur des IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat) repérés par la COME (Commission de Maintien dans l'Emploi).

Matériels et méthodes

Ce projet a été soumis à l'approbation de la Coordinatrice Générale des Soins puis validé en directoire. Des actions de communications étaient nécessaires : ce projet a été présenté à l'encadrement et en CoMéDiMS mais aussi au secrétaire du CHSCT et aux syndicats majoritaires au sein de l'établissement.

En parallèle, une équipe pharmaceutique permettant la formation et le management de ces IDE a soigneusement été constituée.

Nous avons priorisé les patients âgés :

- hospitalisations en court séjour gériatrique pour lesquels la CME est plutôt rétrospective (car y sont associées, analyse de pertinence et conciliation de sortie).
- hospitalisations non programmées (issues des Urgences) pour lesquels la CME est proactive, ubiquitaire (pour tous les services de soins), précoce (repérage par le logiciel de brancardage, CME dès l'arrivée dans le service).

Conformément aux recommandations, le bilan médicamenteux optimisé est établi à partir de 3 sources convergentes. Avant transmission au prescripteur, la CME est validée par un pharmacien qui émet des avis pharmaceutiques si besoin.

Résultats

Nous disposons de 1.8 équivalent temps plein IDE (arrivés respectivement en juin et septembre 2019). Leur temps de présence a été stabilisé. Du 1er juillet à fin 2019, 483 CME proactives et 252 CME rétroactives ont été réalisées.

Discussion / Conclusion

L'apport de la CME en termes de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse n'est plus à démontrer. Cette équipe d'IDE permet que cette activité, pourtant essentielle, ne soit plus dépendante des ressources pharmaceutiques disponibles. Nous espérons la développer afin de pouvoir répondre aux demandes croissantes des prescripteurs. Le recours à des agents orientés par la COME facilite la négociation avec la direction de l'établissement (réduction du taux d'absentéisme, mobilisation d'agents disponibles). Ce projet s'intègre parfaitement dans une démarche de responsabilité sociale et de développement durable de la gestion des ressources humaines.

Références bibliographiques principales

Beaupré, Daniel, et al. « Gestion des ressources humaines, développement durable et responsabilité sociale », Revue internationale de psychosociologie, vol. vol. xiv, no. 33, 2008, pp. 77-140.

Orateur : Real L.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : pharmacie clinique, gestion durable des ressources humaines, conciliation médicamenteuse

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000021

Prescription initiale d'antibiotiques de plus de 7 jours : bilan à 18 mois de l'analyse, du suivi et de la réévaluation des prescriptions

Jalbert A.-C.*(1), Grolier E.(1), Chevrier C.(1), Coquet E.(1)

(1) Pharmacie, Hôpital européen Marseille, Marseille

Résumé

Contexte

Une des obligations exigée par le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des soins (CAQES) de 2019 consiste en la mise en œuvre d'une surveillance des prescriptions d'antibiotiques d'une durée supérieure à 7 jours. En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Programme de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS) préconisent une réévaluation médicale des antibiothérapies de plus de 7 jours. Nous avons ainsi mise en place une requête quotidienne identifiant les prescriptions initiales d'antibiotiques de plus de 7 jours dans notre logiciel d'aide à la prescription (LAP).

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de l'analyse, du suivi et de la réévaluation pharmaceutique des prescriptions d'antibiotiques de plus de 7 jours en fonction des recommandations nationales et de celles établies dans l'antibioguide de notre établissement.

Patients et méthodes

Etude prospective portant sur les prescriptions initiales d'antibiotiques de plus de 7 jours, requêtées quotidiennement à partir de notre LAP, sur une période de 18 mois (février 2018 - août 2019). L'analyse des prescriptions repose sur différents critères : la conformité de l'indication, la conformité de la durée de traitement, la réévaluation des prescriptions par un pharmacien, la sollicitation d'un avis infectiologue.

Résultats

Sur la période de notre étude, 1 080 prescriptions d'antibiotiques qui concernaient 875 patients ont été analysées. Quarante-neuf pour cent des prescriptions provenaient des services de médecine, 43 % de chirurgie et 8 % de réanimation. Soixante-sept pour cent de ces prescriptions étaient des prescriptions initiées dans notre établissement. La durée moyenne des prescriptions était de 19 +/- 26,1 jours. Le taux de non-conformité de ces prescriptions était de 8,5 %. Les principales causes de non conformités étaient : une indication non conforme ou absente dans 55,6 % des cas, une durée de prescription non conforme dans 93.1 % des cas, et des non conformités d'indication et de durée dans 44.4 % des cas. Cent pour cent des prescriptions non conformes ont fait l'objet d'une intervention pharmaceutique et d'une révision en collaboration avec l'équipe d'infectiologie.

Discussion / Conclusion

La mise en place de cette requête a permis la réévaluation de 92 prescriptions d'antibiotiques. En parallèle de ce travail, l'équipe d'infectiologie a mis en place une justification obligatoire pour la prescription de certains antibiotiques comme la CEFTRIAXONE et effectue une surveillance accrue de toutes les prescriptions de carbapénèmes.

Références bibliographiques principales

Avenant 2019 au CAQES. https://www.omeditpacacorse.fr/wp-content/uploads/2018/12/AVENANT-Contrat-CAQES-2019-PACA.pdf, Propias. Juin 2015. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/propiasjuin2015.pdf

Orateur : Jalbert A.-C.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Révision de l'utilisation des médicaments, Bon usage des antibiotiques, Antibiotiques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000045

Evaluation de la prescription de Médicaments Potentiellement Inappropriés (MPI) chez le sujet âgé hospitalisé en court séjour gériatrique

Claussner C.[(1)], Julien J.[(1)], Ech-Chaouy A.*[(2)]

[(1)] Pharmacie, CH Maillot, Val de Briey

[(2)] Pharmacie, CH Maillot, Briey

Résumé

Contexte

Les patients âgés sont une population fragile, polypathologique et polymédiquée. Leur prescription médicamenteuse n'est souvent pas optimale du fait de l'utilisation de Médicaments Potentiellement Inappropriés (MPI), médicaments dont la balance bénéfice/risque est défavorable chez la personne âgée. Des actions de sensibilisation sur la prescription de MPI (identification dans le logiciel de prescription, communication via la lettre d'information de la pharmacie, …) ont été mises en place fin 2017.

Objectifs

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact d'actions de sensibilisation sur la prescription de MPI chez le sujet âgé de plus de 75 ans hospitalisé en service de court séjour gériatrique.

Matériels et méthodes

Les patients âgés d'au moins 75 ans hospitalisés dans les 2 services de gériatries (46 lits) du 1er mars 2017 au 30 juin 2017 (P1) et du 1er mars 2019 au 30 juin 2019 (P2) ont été extraits à partir du logiciel PHARMA. Les données sociodémographiques (sexe, âge, dates d'entrée et sortie, décès), les ordonnances médicamenteuses à l'admission et de sortie ont été recueillies rétrospectivement. L'analyse des prescriptions a été réalisée par un interne en pharmacie selon les critères de Laroche (1).

Résultats

Au total, 218 patients ont été inclus pour chaque période. Le pourcentage de femmes est de 63.8 % pour P1 et P2. L'âge médian est de 88 ± 5 ans pour P1 *versus* 86 ± 5 ans pour P2. La durée moyenne de séjour est de 12 ± 6 jours pour P1 et de 15 ± 9 jours pour P2 ($p < 0.001$). Pour P1, le nombre de médicaments est de 7 ± 3 à l'entrée et 7.7 ± 3 à la sortie ($p < 0.001$). Pour P2, il est de 8 ± 3 à l'entrée et 8.8 ± 3 à la sortie ($p < 0.001$) qui est significativement plus élevé que pour P1 ($p < 0.001$). Pour P1, le taux de patients ayant au moins un MPI est de 23.9 % à l'entrée et de 27.3 % à la sortie ($p < 0.001$). Pour P2, le taux de patients ayant au moins un MPI est de 27.3 % à l'admission et 23.9 % à la sortie ($p < 0.001$). Il n'y a pas de différence significative entre les taux de patients ayant au moins un MPI à la sortie de P1 et P2 ($p < 0.001$).

Discussion / Conclusion

Le nombre de médicaments augmente entre l'entrée et la sortie pour les 2 périodes. Cependant, Pour la période 1, l'hospitalisation semble augmenter le taux de patients ayant au moins un MPI alors qu'à la période 2, ce taux tend à diminuer entre l'entrée et la sortie. Les médicaments ajoutés pendant l'hospitalisation ne semblent pas être des MPI pendant la deuxième période d'analyse. Les actions de sensibilisation mises en place sur la prescription de MPI (identification des MPI sur le libellé produit de la prescription, communication sur les MPI via la lettre d'informations de la pharmacie) ont eu un faible impact, non significatif. Ceci peut s'expliquer notamment par un turn-over des praticiens. Un pharmacien clinicien dédié à la gériatrie a un rôle important à jouer dans la révision de prescriptions et en particulier la déprescription de MPI.

Références bibliographiques principales

M.-L. Laroche, J.-P. Charmes, and L. Merle, "Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list," Eur. J. Clin. Pharmacol., vol. 63, no. 8, pp. 725–731, Jul. 2007.

Orateur : Ech-Chaouy A.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : polymédicamentation, personne âgé, médicament potentiellement inadapté

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000132

Eculizumab : quels enjeux entre bon usage et indications émergentes ?

Perrier Q.*(1), Reymond F.(1), Malvezzi P.(2), Lehmann A.(1), Chanoine S.(3), Bedouch P.(3)

(1) Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

(2) Néphrologie, hémodialyse, aphérèse et transplantation rénale, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

(3) Pôle pharmacie, université Grenoble Alpes, cnrs-uga, timc-imag umr 5525, themas, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

Résumé

Contexte

L'eculizumab, un inhibiteur du complément, a obtenu son AMM européenne en 2007 dans l'Hémoglobinurie Paroxystique Nocturne, puis en 2011 dans le Syndrome Hémolytique Urémique atypique (SHUa). Devant l'important risque infectieux lié à ce traitement une obligation de vaccination préalable anti-méningococcique (ACWY135 & B) et une antibioprophylaxie appropriée, jusqu'à 60 jours après arrêt du traitement, sont nécessaires [1]. Plusieurs utilisation hors AMM de l'eculizumab ont été notifiées [2,3] : en cas de rejet aigu humoral, SHU typique.

Objectifs

Evaluer l'évolution d'utilisation de l'eculizumab au sein de notre centre et réaliser une fiche de bon usage (FBU) dédiée et adaptée aux besoins des médecins et pharmaciens.

Patients et méthodes

Etude observationnelle, monocentrique, rétrospective de patients traités par eculizumab entre 2011 et 2019. Rédaction d'une FBU validée de manière pluridisciplinaire reposant sur les données scientifiques actualisées à ce jour.

Résultats

Depuis la première utilisation du l'eculizumab dans notre centre en 2011, la consommation a été multipliée par 17 (35 flacons en 2012 VS 605 en 2019). Entre 2011 et 2014, la consommation a augmenté régulièrement, puis un plateau s'est installé, pour finalement avoir une augmentation de consommation de 57 % en 2019. Sur les 43 patients traités en 9 ans, 80 % avaient un statut vaccinal conforme et renseigné dans leur dossier médical. Cependant, 20 % n'ont pas reçu d'antibioprophylaxie adaptée.

Notre population de patients était âgée de 10 mois à 82 ans. Cette répartition était variable selon l'indication thérapeutique de l'eculizumab. Dans les indications hors AMM identifiées, il a été observé : les SHU typique (15), le rejet aigu humoral de greffe (4), d'autres types de microangiopathie thrombotique (4). Il a été observé une augmentation du nombre de patients traités pour un SHU typique : 1 en 2017, 2 en 2018, 5 en 2019.

Discussion / Conclusion

L'évaluation des indications de prescription de l'eculizumab, nécessaire au vu des augmentations de consommations de cette spécialité en 2019, nous a permis de définir un cadre de juste prescription avec le CoMéDiMS et les prescripteurs. Les conditions d'utilisation, essentiellement les règles d'antibioprophylaxie et de vaccination ont également été rappelées, au vu du pourcentage de patient ayant échappé à ces précautions de prescription. Un suivi plus précis des indications et conditions de prescription seront désormais proposés aux prescripteurs annuellement.

Références bibliographiques principales

[1] HCSP. Actualisation de l'avis relatif à l'antibioprophylaxie et la vaccination méningococcique des personnes traitées par éculizumab. 10 Juillet 2014
[2] Menne J, Nitschke M, Stingele R, Abu-Tair Mn Beneke J et al. Validation of treatment strategies for enterohaemorrhagic Escherichia coli O104:H4 induced haemolytic uraemic syndrome: case-control study. BMJ 2012;345:1-13
[3] González-Roncero F, Suñer M, Bernal G, Cabello V, Toro M, Pereira P, et al. Eculizumab treatment of acute antibody-mediated rejection in renal transplantation: case reports. Transplant Proc. nov 2012;44(9):2690-4.

Orateur : Perrier Q.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Vaccination, Audit, Eculizumab

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000334

Prise en charge des patients atteints de VHC. Avec l'arrivée des nouvelles thérapies, faut-il maintenir les programmes d'ETP ?

Gerbaud N.[(1)], Moreau C.*[(1)], Rousseau A.[(1)], Stéphane D.[(2)], Meurisse J. J.[(2)], Claveranne S.[(1)], Bonnefous J.-L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Fleyriat, Bourg-en-Bresse

[(2)] Gastro entérologie, CH Bourg-en-Bresse, Bourg-en-Bresse

Résumé

Contexte

Depuis 2011, notre hôpital propose un programme d'éducation thérapeutique (ETP) pour les patients atteints de l'hépatite C. Avec l'amélioration des traitements anti VHC (durée courte, tolérance et efficacité excellentes) se pose la question de l'intérêt de la poursuite de l'ETP VHC. La chronicisation des pathologies, les conséquences de la non-observance médicamenteuse et les enjeux de santé publique qui en découlent donnent tout son sens à l'ETP.

Objectifs

L'objectif est d'évaluer l'intérêt de notre programme sur l'amélioration de la gestion du traitement et de la maladie.

Matériels et méthodes

Pour tous les patients ayant participé au programme du 1er mai 2014 au 30 mai 2019, nous avons recueilli les variables suivantes : âge, sexe, mode de contamination, présence d'une co-infection VHC/VHB/VIH, nombre d'interventions pharmaceutiques, nombre d'appel patients et statut de la maladie à la fin du programme. Parallèlement, nous avons établi un questionnaire de satisfaction de 7 questions avec une échelle de Likert à 5 niveaux. Les questions portaient sur les connaissances et compétences acquises au cours du programme. Les patients devaient également noter sur 10 leur satisfaction globale.

Résultats

131 patients ont suivi le programme, 55 femmes et 76 hommes avec un âge moyen de 59 ans (min : 31 ; max : 88). Les modes de contaminations principaux étaient : toxicomanie (62 %) et transfusion de sang contaminée (33 %). 6 patients étaient co-infectés. 30 interventions pharmaceutiques ont été effectuées. 290 appels ont été traités par l'équipe ETP soit 2 appels par patient environ. A l'arrêt du traitement, 98,5 % (129/131) des patients étaient guéris. Concernant l'enquête de satisfaction, 54,2 % (71/131) des patients ont répondu. Le programme a permis de mieux comprendre leur maladie pour 83 % (59/71) et l'intérêt du traitement pour 97 % (69/71). Les entretiens ont permis d'améliorer la compliance pour 93 % (66/71). De plus, la gestion des effets indésirables a été facilitée pour 51 patients (72 %). Cet encadrement a permis pour 52 des patients de mieux gérer émotions et stress. Les patients ont attribué une note moyenne de 8,8/10 (min : 3 ; max : 10).

Discussion / Conclusion

Malgré l'évolution dans la prise en charge des patients atteints de l'hépatite C, le maintien de ces programmes se justifie par le ressenti positif des patients sur la compréhension de la maladie, la compliance au traitement et la gestion des effets secondaires. Par ailleurs, l'évaluation des programmes via des enquêtes de satisfaction auprès des patients est indispensable pour les faire évoluer et les adapter à leurs besoins.

Orateur : Moreau C.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Satisfaction, Hépatite C, Education thérapeutique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000130

Tolvaptan : des essais cliniques à la pratique clinique : Quelle efficacité, tolérance chez les patients ?

Perrier Q.*(1), Romanet T.(2), Chanoine S.(3), Zaoui P.(4), Bedouch P.(3)

(1) Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

(2) Pôle pharmacie, néphrologie, hémodialyse, aphérèse et transplantation rénale, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

(3) Pôle pharmacie, université Grenoble Alpes, cnrs-uga, timc-imag umr 5525, themas, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

(4) Université Grenoble Alpes, néphrologie, hémodialyse, aphérèse et transplantation rénale, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

Résumé

Contexte

La polykystose hépatorénale (PKHR) est la cause héréditaire la plus fréquente d'insuffisance rénale. Le seul traitement spécifique à ce jour est : le tovalptan un antagoniste de la vasopressine, qui dans l'étude TEMPO[1] a montré un bénéfice sur la préservation de la fonction rénale, la diminution des douleurs …

Objectifs

Evaluer l'utilisation du tolvaptan en soin courant et comparer les données d'efficacité et tolérance à celles des populations standardisées des essais cliniques.

Patients et méthodes

Etude monocentrique, rétrospective, observationnelle, de soin courant, chez des patients atteints de PKHR et traités par tolvaptan avant décembre 2017 afin de bénéficier de 2 ans de suivi minimal. Les données de tolérances et d'efficacité du traitement sont retrouvées au cours les consultations partagées médecin-pharmacien.

Résultats

Il s'agit d'une cohorte de 19 patients, âgés de 39 à 68 ans, composée de 58 % d'hommes. Au moment de l'instauration du traitement : 11 % étaient au stade 1 de la maladie rénale chronique, 16 % au stade 2, 62 % au stade 3 et 11 % au stade 4. La titration prenait en moyenne 17 semaines (contre 2 semaines lors des essais cliniques et dans les résumés des caractéristiques du produit). Lors de l'instauration l'ensemble des patients a présenté un syndrome polyuro-polydipsique (4 à 7L de boisson) causant des mictions horaires et 1 à 4 levée nocturne. Sur les 19 patients : 1 a été greffé et a donc stoppé le traitement, 3 patients ont stoppé le traitement en raison d'une mauvaise tolérance, 14 patients ont atteint la dose maximale de 120 mg, 10 ont pu la maintenir. Les principaux effets indésirables étaient : une sécheresse buccale, des troubles digestifs, des crises de gouttes et infections urinaires à répétitions. Les patients sous traitement ont une diminution du débit de filtration glomérulaire (DFG) de 3,12 mL/min/m²/an.

Discussion / Conclusion

Alors que notre population de patients est plus âgée, avec un DFG initial plus bas, et une dose cible plus longue à atteindre et maintenue dans 66 % des cas, l'effet du tolvaptan sur le déclin de la fonction rénale est comparable, on peut donc parler de néphropathie non évolutive sous traitement. De plus le profil de tolérance de nos patients est comparable (16 % d'arrêt de traitement), avec toutefois pour 2 patients des épisodes d'infections urinaires et goutte à répétition. Il conviendra de poursuivre le suivi de ces patients en binôme médecin-pharmacien afin de suivre l'adhésion aux traitements et ces effets secondaires.

Références bibliographiques principales

[1] Torres V-E, Chapman A-B, Devuyst O et al. Tolvaptan in Patients with Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease. N Engl J Med. 2012 December 20:367(25):2407-18

Orateur : Perrier Q.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Soin courant, Tolérance, Efficacité, Tolvaptan

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : oui

Déclaration conflit : Conférence et essais cliniques

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000035

Audit sur les causes potentiellement iatrogéniques des chutes chez les personnes âgées

Mare L.*(1), Ledroit M.(1), Moalla M.(1)

(1) Pharmacie, CH La Tour Blanche, Issoudun

Résumé

Contexte

Selon des données de santé publique, Les chutes répétées sont fréquentes chez les personnes âgées avec souvent de graves complications. Aujourd'hui, 9 300 décès sont associés à une chute chez les personnes âgées de plus de 65 ans. La France comptabilise 76 000 hospitalisations pour fracture du col du fémur. L'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France rapporte qu'après une chute, le risque de tomber à nouveau dans la même année est multiplié par 20. Parmi les facteurs prédisposant ou précipitant les chutes, nous citons : l'âge, le sexe féminin, les antécédents de chutes, l'iatrogénie et la polymédication, les autres facteurs physiologiques, pathologiques, ou environnementaux.

Objectifs

L'objectif de notre audit consiste à analyser les causes potentiellement iatrogéniques des chutes chez les patients hospitalisés pour ce motif d'admission ; par une analyse approfondie, à la fois, des traitements à domicile, du dossier médical du patient chuteur, des bilans faits pendant l'hospitalisation ; et de la réévaluation de ces traitements personnels à l'issu de l'hospitalisation pour chute.

Patients et méthodes

Nous avons réalisé notre étude sur une période de 6 mois du 01/01/2018 au 30/06/2018, dans les services de Médecine Polyvalente (MEDPO) et de Médecine Aigue Gériatrique (MAG). Le critère d'inclusion est la chute comme motif d'hospitalisation. Les supports utilisés sont : le dossier patient informatisé, le logiciel de prescription médicamenteuse, les serveurs de résultats biologiques et d'imagerie.

Résultats

Sur les 564 admissions en MEDPO et en MAG, 6 % l'étaient pour motifs de chute, soit 33 patients ; dont 73 % en MAG. L'âge moyen était à 83 ans, avec un sexe ratio de 0.27 et une durée moyenne de séjour de 14 jours. 60 % des patients ont eu des antécédents de chutes. 88 % avaient des médicaments hypotenseurs, dont 79 % n'ont pas fait l'objet de réévaluation. 67 % avaient des psychotropes, dont 68 % n'ont pas fait l'objet de réévaluation. 12 % avaient des médicaments hypoglycémiants, dont 75 % n'ont pas fait l'objet de réévaluation. Les diurétiques et les benzodiazépines arrivent en tête de liste. Aucun bilan ostéoporotique de fait ou de tracé dans ces dossiers. En moyenne sur chaque prescription, il y avait au moins 3 molécules pouvant être associées à un risque de chute, toutes causes iatrogéniques confondues.

Discussion / Conclusion

L'on peut conclure que les patients chuteurs avaient, pour la plus part, déjà été hospitalisés pour chute, avaient des médicaments inducteurs de chutes, ces traitements étaient rarement réévalués. Par ailleurs, il apparait important de noter que même si ces résultats ne démontrent pas une causalité systématique, ils doivent cependant inciter à encore plus d'obligation d'évaluation du rapport bénéfices-risques de telles prescriptions chez des personnes âgées, en particulier si ces dernières peuvent déjà être fragilisées par d'autres facteurs de risque de chute.

Références bibliographiques principales

Cours de D.I.U. « Thérapeutique médicale et médicaments chez la personne âgée » Session 2019 - UPEC Créteil
HAS - Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées - Avril 2009
Article SFGG - François Puisieux, gériatre au CHU de Lille : « Les psychotropes sont les premiers responsables des chutes chez les personnes âgées » - Juin 2019

Orateur : Mare L.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : personne âgée, iatrogénie, chute

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000038

Implications des préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) dans l'obtention du bilan médicamenteux d'entrée : une étude qualitative du point de vue du personnel pharmaceutique, médical et infirmier

Airiau C.*(1), Guirriec A. S.(1), Berge-Bouchara C.(1), Gaume M.(1), Solans V.(1)

(1) Pharmacie, CH Cholet, Cholet

Résumé

Contexte

Au cours des dernières années, l'implication des préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) dans le bilan médicamenteux d'entrée (BME) est de plus en plus étudiée. Dans le cadre de notre projet de développement de Pharmacie Clinique pour le parcours chirurgical du patient, l'implication du PPH est développée dans un nouveau modèle organisationnel.

Objectifs

Le but de cette étude était d'évaluer les implications sur les rôles professionnels et la collaboration lorsque les historiques médicamenteux à l'admission sont obtenus par les préparateurs en pharmacie hospitalière.

Matériels et méthodes

Etude qualitative avec entretiens semi-structurés selon une grille d'entretien. Les données sont analysées à l'aide d'une approche d'analyse de contenu qualitative thématique (ACT).

Participants : 21 membres du personnel travaillant sur les deux sites (6 préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) 3 PPH impliqués et 3 non impliqués, 4 pharmaciens, 6 infirmières (IDE), 5 médecins (anesthésiste, chirurgiens, somaticien).

Résultats

1/ Les PPH apprécient généralement leurs nouvelles tâches dans l'obtention d'un BME. Cependant, ils connaissent également des défis liés à leur nouveau rôle. Les personnes interrogées font part de leur malaise face à l'interaction directe avec les patients et des difficultés à intégrer les nouvelles tâches de BME dans leurs tâches quotidiennes habituelles. Ils connaissent des difficultés dans la réalisation de raisonnement clinique (rapprochement antécédents/médicaments. **2**/ Les pharmaciens jouent un rôle clé dans le processus de BME, car ils agissent comme entraîneurs et contrôle pour les PPH. Is transmettent des informations aux médecins et rapprochent les listes de médicaments de préadmission avec les ordonnances d'admission. **3**/ Les médecins déclarent bénéficier d'une délégation de tâches dites "administratives" réalisées par le PPH. **4**/ En ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle, nous constatons que les PPH de l'étude agissent à un niveau préliminaire perçu comme "administratif" et ne faisaient pas partie de l'équipe médicale et paramédicale plus large.

Discussion / Conclusion

Les tâches assumées par les PPH doivent être clairement définies et pleinement intégrées aux processus existants. L'engagement de PPH peut générer de nouveaux risques pour la sécurité des patients et des inefficacités en raison de la fragmentation des processus. La communication et le flux d'informations aux interfaces entre les groupes professionnels doivent donc être bien organisés. Une formation complète est proposée aux PPH par les pharmaciens cliniciens. Elle est théorique puis par simulation de type entretien patient pour combler les difficultés évoquées par les PPH. Au même titre que le pharmacien clinicien, une présence régulière au sein du service clinique est souhaitable à leur intégration à l'équipe paramédicale. La conception de l'étude qualitative a permis une exploration approfondie des implications pour différents professionnels de la santé lors de l'introduction d'un nouveau modèle interprofessionnel. En interrogeant des PPH, des pharmaciens, des médecins et des infirmières, nous avons pu prendre en compte les perceptions de tous les professionnels de santé concernés par le nouveau modèle.

Références bibliographiques principales

Paillé, P., Mucchielli, A. (2012). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (3e éd.). Paris : Armand Colin

Orateur : Airiau C.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Modèle organisationnel, Préparateur en Pharmacie Hospitalière (PPH), Etude qualitative

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000353

Où en sont les connaissances des professionnels de santé sur le Paracétamol et les AINS ?

Borsato J.[1], Sevieri E.[2], Arnold C.[2], Pradelle A.[1], Gimenez M.[1], René A.[3], Masciulli P.[3], Lemoine M. L.[3], Rochaix C.[3], Bonnetain I.[1], Hellot-Guersing M.*[1], Leromain A.-S.[1]

[1] Pharmacie, CHG Lucien Hussel, Vienne

[2] Équipe mobile soins palliatifs, CHG Lucien Hussel, Vienne

[3] Gérontologie, CHG Lucien Hussel, Vienne

Résumé

Contexte

Le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont des médicaments très utilisés et accessibles sans ordonnance. Ils peuvent être responsables d'effets indésirables (EI) et le paracétamol est le principal médicament responsable d'hépatite grave en France.

Objectifs

L'étude vise à évaluer les connaissances des professionnels travaillant dans notre Centre Hospitalier (CH) sur le bon usage et les EI du paracétamol et des AINS.

Matériels et méthodes

Une étude prospective a été menée à l'aide d'un questionnaire réalisé par la coordination et sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du CHU de Montpellier. Il comprenait dix questions sur le paracétamol et les AINS. Les questions sur le paracétamol concernaient la posologie et les facteurs de risques de toxicité hépatique. Pour les AINS, les questions concernaient les EI et la sécurité des AINS ne nécessitant pas de prescription médicale. Le questionnaire a été diffusé en format papier dans les unités de soins de notre CH entre septembre et décembre 2019 par les correspondants douleurs, cadres de santé ou infirmières de l'équipe mobile douleur. Les résultats ont été collectés et analysés à l'aide du logiciel Excel.

Résultats

Sur les 1 000 questionnaires distribués, 598 réponses ont été obtenues soit un taux de réponse de 59.8 %. Plus de 10 catégories de professionnels ont répondu. La posologie du paracétamol semble bien connue avec des taux de bonnes réponses à 94 % et 84 % respectivement pour la dose maximale par prise et l'intervalle entre 2 doses. Cependant la dose journalière en systématique l'est moins avec seulement 21 % de bonnes réponses. Concernant les facteurs de risque hépatique, la consommation excessive d'alcool semble être bien connue (72 % des réponses), la dénutrition moins (31 %) et l'association à d'autres médicaments (codéine, tramadol) a été sélectionnée à tort dans 60 %. Pour les AINS, les EI les plus connus sont les effets gastriques (81 %), puis viennent les effets cutanées (48 %), rénaux (46 %) et hépatiques (29 %). La connaissance du risque potentiel des AINS est bien connue avec 88 % de bonnes réponses.

Discussion / Conclusion

Une enquête similaire a été réalisée au CHU de Montpellier1,2 montrant des résultats globalement similaires. Les bonnes réponses ont été diffusées et un retour a été fait sur les résultats. Cette enquête est la première étape d'une campagne de sensibilisation des professionnels sur ces médicaments largement utilisés.

Références bibliographiques principales

1: Dominique Larrey & al, The good use of non-steroidal anti-inflammatory: prospective assessment of the knowledge of prescribers, pharmacists, care providers and students in an university medical center, International liver congress 2019
Dominique Larrey & al. Bon usage du paracétamol : évaluation prospective des connaissances des prescripteurs, des dispensateurs de médicaments et des étudiants dans un CHU, Société nationale française de gastro entérologie 2019 P268

Orateur : Hellot-Guersing M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : enquête et questionnaire, évaluation de médicament, douleur

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000389

Prise en charge du vasospasme cérébral après hémorragie méningée par rupture anévrismale : usage de la milrinone

Mordohay A.[1], Naggara O.[2], Leroy S.*[1], Advenier-Iakovlev E.[1]

[1] Pharmacie, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Paris

[2] Neuroradiologie, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Paris

Résumé

Contexte

Les ruptures d'anévrisme touchent 5 000 personnes par an en France. Le vasospasme (VS) cérébral est l'une des complications observées. Il concerne un patient sur trois et peut être fatal en l'absence de traitement.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des pratiques, en particulier de l'utilisation hors autorisation de mise sur le marché (AMM) de la milrinone dans le traitement curatif du VS cérébral.

Patients et méthodes

Une étude rétrospective a été menée à partir d'un registre de patients hospitalisés entre 2014 et 2016 pour un anévrisme rompu et qui ont développé un VS cérébral. La consultation des dossiers médicaux a permis de recueillir les caractéristiques de la population (âge, sexe, facteurs de risque, score de Glasgow à l'entrée) ainsi que les traitements préventifs et curatifs du VS.

Résultats

Au total, 68 dossiers médicaux ont été analysés (42 femmes versus 26 hommes). L'âge moyen était de 48 ans. Environ 7 patients sur 10 présentaient au moins un facteur de risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) hémorragique (tabagisme, hypertension artérielle, diabète et dyslipidémies). Les VS diffus, c'est-à-dire de localisation intermédiaire, représentaient 7 cas sur 10 (47/68). La nimodipine a été utilisée dans 26 cas, la milrinone dans 16 cas dont 12 cas en association avec l'angioplastie mécanique (ballonnet). Le ballonnet seul a été prescrit dans 5 cas. Parmi les VS proximaux (18), 10 ont été pris en charge par nimodipine IV et 5 par ballonnet. La milrinone a été prescrite dans 3 cas. Les VS distaux sont les moins représentés (3/68). La milrinone a été prescrite dans un cas. Au total, la milrinone a été prescrite chez 20 patients dont 19 présentaient un VS sévère et plus de la moitié était sous ventilation mécanique. L'association ballonnet-milrinone a été utilisée pour 14 patients, tous sévères.

Discussion / Conclusion

Cette étude suggère que la localisation du VS et sa sévérité ont une incidence sur le choix de la prise en charge : la milrinone, utilisée hors AMM, semble être réservée par les praticiens aux situations cliniques graves et surtout aux VS diffus. Le ballonnet est préférentiellement associé à la milrinone plutôt qu'utilisé seul pour les VS diffus, du fait d'un accès au VS plus complexe qu'en proximal. L'évolution de la prescription de la milrinone nécessiterait d'être suivie, d'autant plus dans le cadre du CAQES (contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins), qui demande aux établissements de santé d'argumenter la pertinence des prescriptions hors AMM.

Orateur : Leroy S.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Milrinone, Vasospasme, Neurologie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000013

Anticoagulants oraux directs : qualité et efficience des prescriptions hospitalières exécutées en ville

Heim A.[(1)], Gautié L.*[(1)], Vergne C.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Joseph Ducuing, Toulouse

Résumé

Contexte

Dans le cadre du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins, la classe des anticoagulants oraux directs (AOD) a été suivie comme indicateur régional. Les AOD sont des médicaments dont le rapport bénéfice/risque est conditionné au bon usage et représentent la 5ème classe de dépenses des prescriptions hospitalières exécutées en ville dans notre établissement.

Objectifs

Les AOD ayant un prix similaire en ville, l'objectif de l'étude a été de s'assurer de la conformité clinique des prescriptions d'AOD dans le but d'améliorer l'efficience de nos prescriptions en ville.

Matériels et méthodes

Une extraction de l'intégralité des prescriptions hospitalières d'AOD sur 2018 a été réalisée en médecine interne à partir du logiciel Pharma®. Chaque dossier patient informatisé a été analysé et les données recueillies dans un tableur Excel®. Chaque séjour correspondait à une prescription analysée sur la base du respect des indications de l'Autorisation de Mise sur le Marché ainsi que sur les posologies et réductions de posologie à appliquer en fonction des paramètres cliniques. Les prescriptions de ville ont pu être analysées à partir des données de l'assurance maladie (AM).

Résultats

Au total, 99 séjours ont une prescription d'AOD dont 85 poursuites de traitement, 14 initiations et 8 arrêts. La répartition des AOD est la suivante : 55 % apixaban, 37 % rivaroxaban et 8 % dabigatran ; chiffres superposables aux données AM. 23 prescriptions sont non-conformes (23 %) et portent sur le non-respect de l'adaptation des posologies aux paramètres cliniques (91 %) et sur le non-respect des posologies par rapport à l'indication (9 %). Pour les initiations, la traçabilité de l'information du patient n'est pas retrouvée dans les courriers de sortie (36 %) mais une consultation cardiologique est programmée (43 %).

Discussion / Conclusion

La plupart des AOD prescrits sont des reconductions de traitement pour des patients hospitalisés pour des groupes homogènes de malades (GHM) hors-cardiologie. Pour les initiations, 86 % des prescriptions sont cliniquement conformes majoritairement dans le cadre de GHM de cardiologie ou embolie pulmonaire. Afin d'optimiser la prise en charge globale des patients, un travail sera conduit avec les médecins internistes sur les non-conformités et sur l'information du patient lors de sa sortie : consultation pharmaceutique systématique de tout patient traité par AOD, traçabilité dans le dossier patient et plan de soins communiqué au patient, au médecin traitant et au pharmacien d'officine.

Orateur : Gautié L.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : prescription inappropriée, anticoagulant, pharmacie clinique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000363

Faut-il mettre en place des entretiens pharmaceutiques dans le parcours de soin du patient transplanté pulmonaire ?

Gonzalez C.[(1)], Gallissot R.[(1)], Schwalen F.[(1)], Lacroix P.[(1)], Recoche I.[(1)], Cestac P.*[(2)]

[(1)] Pharmacie, Chu Toulouse - Hôpital Larrey, Toulouse

[(2)] Pharmacie, CHU Toulouse, Toulouse

Résumé

Contexte

La transplantation pulmonaire (TP) est assurée dans notre établissement de manière autonome depuis 2009 au rythme d'une quinzaine de greffes par an, chiffre qui tend à doubler dans les années à venir. A ce jour, aucun programme d'éducation thérapeutique n'est en place sur notre établissement en TP. Le pharmacien intervient dans la prise en charge du patient TP lors de l'analyse pharmaceutique de niveau 3 au cours d'hospitalisations.

Objectifs

Evaluer au cours d'un entretien pharmaceutique l'observance, les connaissances et les attentes des patients TP concernant leur traitement.

Matériels et méthodes

En collaboration avec les équipes médicales et soignantes, l'équipe pharmaceutique a rédigé un questionnaire, proposé aux patients TP hospitalisés sur 5 mois. Les données ont été analysées en 3 domaines : connaissance, observance, besoin.

Résultats

Trente questionnaires ont été recueillis. L'âge moyen des TP était de 51ans, H/F : 6/4, l'indication principale de la greffe était l'emphysème. Le délai moyen entre la greffe et l'entretien était de 45.7 mois. La connaissance générale des immunosuppresseurs (IS) augmente avec le temps écoulé depuis la greffe. 60 % (n = 18) des patients ne citent pas les corticoïdes comme IS. 23 % (n = 7) des patients ignorent que des concentrations résiduelles des IS sont réalisées. La CAT en cas d'oubli est connue par 30 % (n = 9) des patients, en cas de vomissement par 33 % (n = 10). 17 % (n = 5) des patients citent la vaccination en prévention des infections. En cas de fortes chaleurs 60 % (n = 18) citent l'importance de l'hydratation et 70 % (n = 21) se protègent du soleil. Sur les 7 patients pratiquant l'automédication, 58 % se renseignent avant auprès de leur médecin traitant. 70 % (n = 21) des patients ont déjà oublié de prendre leurs médicaments (tacrolimus 76 %). 33 % (n = 10) souhaitent approfondir leur connaissance sur les IS et 46 % (n = 14) connaissent au moins une situation dans laquelle ils ne sont pas à l'aise avec leur traitement.

Discussion / Conclusion

Un tiers des patients souhaiteraient approfondir leurs connaissances sur les IS. Un plan actualisé des médicaments a été jugé utile par les patients en post-greffe immédiat. Dans ce contexte ces résultats feront l'objet d'une présentation à l'équipe médicale et soignante afin d'intégrer le pharmacien dans le parcours de soin du patient TP. L'objectif est de réaliser un premier entretien pharmaceutique aux soins intensifs à J15, un second avant la première sortie du patient, puis à la demande médicale ou des patients lors des bilans de greffe.

Orateur : Cestac P.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Evaluation des besoins, observance par le patient, transplantation pulmonaire

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000062

Insuffisance rénale aiguë et purpura sous Nitrofurantoïne : événement indésirable majeur non référencé

Robert M.*(1), Lepelley M.(2), Cardaci C.(3), Boden S.(4), Mallaret M.(2), Boucherle D.(4)

(1) Pharmacie, GH Mutualiste de Grenoble, Grenoble

(2) Pharmacovigilance, CHU Grenoble, La Tronche

(3) Gériatrie, Clinique Mutualiste des Eaux Claires, Grenoble

(4) Pharmacie, Clinique Mutualiste des Eaux Claires, Grenoble

Résumé

Introduction

Le cas porte sur une patiente de 79 ans traitée en ville pour une infection urinaire (IU) par de la Nitrofurantoïne. Médicament pris par la patiente pendant 7 jours et arrêté depuis 1 jour lors de son entrée aux urgences pour une asthénie intense et malaise à domicile.

Observation

Historique médical : patiente sans antécédents particuliers. Traitement à l'entrée : rivaroxaban 10 mg, perindopril 5 mg, pantoprazole 40 mg.

Clinique : patiente très fatiguée, présentant un purpura vasculaire au niveau des membres inférieurs, infiltré, sans atteinte des muqueuses.

Biologie : discrète anémie normocytaire, syndrome inflammatoire, insuffisance rénale aigüe (IRA), clairance = 19 ml/min.

Examens réalisés : échographie rénale ne montrant pas d'obstacles sur les voies urinaires, aucune anomalie au scanner thoracoabdominopelvien. Présence de leucocytes et d'hématies dans les urines. Aucun signe d'auto-immunité au bilan.

Deux jours après son entrée : amélioration clinique et biologique spontanée. Aucun diagnostic mécanique à l'IRA n'étant retrouvé, un avis au centre régional de pharmacovigilance est demandé.

Commentaires

La pharmacovigilance étudie le dossier en faisant une analyse reposant sur une méthode d'imputabilité française qui calcule un score basé sur 3 critères :

Score chronologique : élevé du fait de l'amélioration clinique après arrêt du médicament. Temps de demi-vie de la Nitrofurantoïne : 20 à 30 min pouvant être augmenté en cas d'IRA.

Score sémiologique : élevé en raison de l'absence de diagnostic différentiel (éliminé grâce aux examens complémentaires), pas d'autre cause évidente et une plausibilité pharmacologique du médicament.

Score bibliographique : faible, effet indésirable non décrit dans les ouvrages de référence, non mentionné dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP).

D'autres cas similaires sont collégiés (12) dont un purpura associé en faveur d'une vascularite induite décrit dans un "case report" (et. Al Agarwal, 2015). La cause médicamenteuse est bien retenue. La conduite à tenir est de ne pas avoir à nouveau recours à la Nitrofurantoïne chez cette patiente considérant toutes les alternatives possibles pour l'IU.

Cet événement d'IRA sous Nitrofurantoïne a conduit à un signalement à l'ANSM (Agence Nationale de Santé de Médicament) comme "cas marquant" dans le but de faire modifier le RCP. Ceci afin d'inciter l'ANSM à l'Agence européenne du Médicament (EMA) à l'ajouter aux effets indésirables pour améliorer la prise en charge et la sécurité du patient.

Orateur : Robert M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Iatrogénie, Insuffisance rénale, Nitrofurantoïne

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000102

Informatisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée

Cirotteau D.[(1)], Mercier S.*[(2)], Roge P.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Brest, Brest

[(2)] CHU Brest - Hôpital Carhaix, Carhaix Plouguer

Résumé

Contexte

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est un enjeu majeur dans la prise en charge du patient. Le nombre de divergences non intentionnelles (DNI) interceptées à l'admission pouvant entrainer des erreurs médicamenteuses a été estimé entre 0.4 et 2.7 par patient. La CTM d'entrée a été réalisée pendant un an en utilisant des outils HAS sous format papier. Il nous est paru nécessaire d'évoluer vers un outil informatisé intégré au dossier patient informatisé (DPI).

Objectifs

L'objectif principal de ce travail est d'intégrer la CTM d'entrée dans le DPI et de partager une information afin d'améliorer la prise en charge du patient. L'informatisation de la CTM doit permettre de limiter les retranscriptions en récupérant des informations présentes dans le DPI, de gagner du temps et de faire reconnaitre cette activité.

Matériels et méthodes

Une analyse du processus de la CTM a été réalisée avec recherche des informations déjà présentes dans le DPI. Un formulaire de saisie d'information nécessaire à la CTM d'entrée a été créé en collaboration avec les pharmaciens impliqués. Une attention particulière a été portée sur son ergonomie ainsi que l'intégration du compte rendu de la CTM d'entrée dans le DPI.

Résultats

Les informations déjà présentes dans le DPI sont : identité du patient, antécédents, allergie, médecin traitant, données biométriques et biologiques, motif d'entrée et la prescription à l'entrée. Le formulaire reprend ces données auquel va s'ajouter les données du Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) et les sources d'informations utilisées. Elles sont soit saisies par le pharmacien soit récupérées de l'observation d'entrée. La conciliation étant rétroactive, le BMO est comparé l'Ordonnance Médicale à l'Admission (OMA). Le formulaire a été réalisé en permettant la comparaison ligne à ligne du BMO et de l'OMA. Celui-ci, sous forme d'un tableau de synthèse, permet d'identifier rapidement les divergences et de catégoriser les types de divergence, les erreurs médicamenteuses et de tracer la décision médicale, à l'aide de menu déroulant reprenant les items proposés par l'HAS. Les champs de ce formulaire ont été créé de façon à générer automatiquement de indicateur de suivi d'activité (nombre de patients conciliés, nombre de DNI par patient, suivi des décisions médicales…). Il a été soumis aux pharmaciens effectuant déjà la CTM afin de le valider. Un onglet « avis pharmaceutique » a été créé dans le DPI pour enregistrer un compte rendu de CTM d'entrée qui sera signé électroniquement. Ce travail a été présenté en Commission médicale d'établissement.

Discussion / Conclusion

L'élaboration de cet outil informatique a permis de gagner du temps, d'éviter les erreurs d'identité mais surtout de mettre à disposition des prescripteurs le résultat de ce travail de conciliation, maintenant inclut dans le DPI. Les indicateurs mis en place dans l'outil vont permettre une évaluation et un pilotage de la conciliation médicamenteuse.

Références bibliographiques principales

HAS-fev 2018-Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, ANAP-oct 2019-Enjeux de l'informatisation de la conciliation médicamenteuse - Retours d'expérience et enseignements

Orateur : Mercier S.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : pharmacie clinique, informatisation, conciliation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000112

Intégration de la pharmacie clinique via le plan pharmaceutique personnalisé aux parcours de santé des patients polypathologiques : partage d'expérience

Tenne C.[(1)], Lafitte P.[(2)], Marchand M.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH le Montaigu, Astugue

[(2)] Unité d'éducation thérapeutique, CH le Montaigu, Astugue

Résumé

Contexte

Les patients atteints de polypathologie chronique admis dans notre établissement bénéficient d'un plan pharmaceutique personnalisé (PPP) tel que défini par la Société Française de Pharmacie Clinique (PC). Ces PPP s'appuient sur un processus alliant un programme d'éducation thérapeutique (ETP) et des actions de PC comme la Conciliation Médicamenteuse (CM), proposition d'optimisation thérapeutique, construction des plans de prise…

Objectifs

Partager notre expérience en décrivant le processus et ses perspectives.

Patients et méthodes

Le dispositif concerne les patients admis en rééducation respiratoire et polyvalente. Le programme ETP coordonné par un pharmacien implique deux pharmaciens, deux préparateurs hospitaliers, une infirmière et un médecin formés aux 40 heures d'ETP. Les outils pédagogiques, accessibles sur le site internet de l'établissement, sont dématérialisés et créés à l'aide des applications Moovly®, Genially® ou Learning apps®. Les séances sont menées sur tablette ou tableau blanc interactif.

Les pharmaciens assurent les autres actions de PC. La pharmacie est équipée du Dossier Pharmaceutique pour la CM d'entrée et de la messagerie sécurisée MEDIMAIL®.

Résultats

L'inclusion dans le processus est proposée aux patients suite à l'entretien de CM d'entrée. Celui-ci est alors complété par le diagnostic éducatif. La démarche éducative initiée permet le recueil des comportements en santé, des problèmes liés aux thérapeutiques, des leviers motivationnels, des attentes du patient et facilite les propositions d'optimisation des traitements. Avec des durées moyennes de séjour de 28 jours, les séances d'ETP dédiées aux traitements et maladies permettent d'accompagner ces changements thérapeutiques et d'évaluer la préparation du pilulier selon le plan de prise établi avec le patient. Après la CM de sortie, un bilan médicamenteux d'hospitalisation est annexé au bilan éducatif du programme et transmis à l'officine et au médecin traitant *via* MEDIMAIL®.

Discussion / Conclusion

La démarche éducative améliore la qualité des données patients et la pertinence des interventions pharmaceutiques. Si la tendance reste à objectiver, le taux d'acceptation des propositions d'optimisation thérapeutique est augmenté.

L'enjeu est de renforcer le lien ville-hôpital initié par la CM. Le partage et l'accès aux outils pédagogiques *via* internet doit permettre le maintien et l'évaluation des acquis au domicile des patients par leurs professionnels de santé. Une collaboration avec les communautés professionnelles territoriales de santé est engagée.

Références bibliographiques principales

Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, Honoré S. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. Pharm Hosp Clin 2019;54:56-63.

Orateur : Marchand M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Polypathologie chronique, Plan pharmaceutique personnalisé, Parcours patients

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000373

Les revues des prescriptions : le levier pour permettre l'acceptation de nos interventions pharmaceutiques !

Fourneaux O.[(1)], Gigan M.[(1)], Colombe A.*[(1)], Debruyne A.-L.[(1)], Queuille E.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Charles Perrens, Bordeaux

Résumé

Contexte

L'analyse pharmacothérapeutique des prescriptions est réalisée sur l'intégralité des 565 lits de notre établissement public de santé mentale. Depuis 2018, nous mettons en place des revues des prescriptions (RP), discussions pluri professionnelles autour des traitements des patients.

Objectifs

Comparer des interventions pharmaceutiques (IP) réalisées via le Dossier Patient Informatisé (DPI) seul versus les IP réalisées dans le DPI avec des RP hebdomadaires sur une durée d'un mois.

Matériels et méthodes

Nous avons ciblé deux services cliniques de psychiatrie comparables : patients de tout âge avec des pathologies psychiatriques et somatiques diverses, prescripteurs juniors (PJ) (internes) et prescripteurs séniors (PS) dans chaque équipe médicale. Dans le premier service (S1), nous n'avons fait que des IP dans le DPI. Dans le second (S2), nous avons effectué des RP hebdomadaires avec des PJ, des PS et des Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) afin de discuter des IP faites dans le DPI. Un test statistique de comparaison des pourcentages d'acceptation des IP a été réalisé.

Résultats

Les résultats ont été obtenus sur une cohorte de 22 patients par service. Dans le S1, 20 IP sur 39 ont été acceptés (51 %) : 23 concernaient des pathologies somatiques (14 acceptées (61 %)) et 16 des pathologies psychiatriques (6 acceptées (37.5 %)). Les changements ont été initiés majoritairement par les PJ. Dans le S2, nous avons effectué 50 IP dont 37 ont été acceptées (78 %). 32 IP concernaient des pathologies somatiques (25 acceptées (78 %)) et 18 des pathologies psychiatriques (12 acceptées (67 %)). Tous les changements ont été validés par le PS. L'IP majoritairement acceptée dans les deux cas est la déprescription (55 %). La valeur Z obtenue est significative car égale à 1.58 donc inférieure à $Z\alpha = 1.96$ pour un risque $\alpha = 5$ %.

Discussion / Conclusion

Cette étude confirme les données retrouvées dans la littérature (1) : un échange oral lors de la RP permet que nos IP soient plus efficaces qu'un écrit seul de nos IP dans le DPI. Le pharmacien a plus d'impact pharmaceutique sur les pathologies somatiques que psychiatriques. Le biais pouvant être mis en exergue est que les changements de prescription ont été majoritairement validés par les PJ dans le S1 alors qu'ils l'ont été par un PS dans le S2. Bien que chronophage (1 h de préparation, 30 min de RP et 30 min de traçabilité par service), cette activité de RP nous semble essentielle à déployer dans l'ensemble des services cliniques.

Références bibliographiques principales

1. Chatelet, J-N (2016) Evaluation de l'impact clinique de la présence pharmaceutique dans le service de court séjour gériatrique au Centre Hospitalier d'Armentières. Lille : Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Orateur : Colombe A.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Revue des pratiques de prescription des médicaments, Déprescription, Psychiatrie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000030

Organisation des activités de pharmacie clinique au sein d'un centre hospitalier. Utilisation d'un outil d'aide à la décision basé sur une analyse globale des risques

Besançon P.[(1)], Marguet P.*[(1)], Durand T.[(1)], Douet C.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Louis Pasteur, Dole

Résumé

Contexte

L'augmentation des activités du pharmacien hospitalier le conduit à revoir sa stratégie d'analyse pharmaceutique (AP).

Objectifs

L'objectif de ce travail est de prioriser l'AP d'après une cartographie des risques iatrogènes des services de soins afin de définir un rythme d'analyse propre à chaque service.

Matériels et méthodes

Cette étude rétrospective monocentrique s'est inspirée d'une méthodologie existante. Pour chaque service, un score de 1 à 4 a été attribué pour six critères définis comme étant à risque iatrogène : une liste de médicaments à risque, des patients à risques (plus de 75 ans, femme enceinte, patient cirrhotique, insuffisant rénal) et une organisation à risque (entrée par les urgences). Pour chaque service de soins, les scores obtenus ont été additionnés pour former un seul indicateur marqueur du risque iatrogène médicamenteux.

Résultats

Un planning hebdomadaire définissant les services analysés par chaque pharmacien a été mis en place en prenant en compte le score de risque iatrogène mais aussi la durée moyenne de séjour et le nombre de lit par service.

Discussion / Conclusion

La création de ce planning permet une analyse pharmaceutique plus exhaustive et adaptée à la criticité du service de soins. La création d'une requête automatique quotidienne informatisée identifiant les patients à risque permettrait d'être plus efficient. Afin d'ajuster les critères de risques, une analyse des interventions pharmaceutique (IP) permettra d'identifier la proportion d'IP en lien avec les facteurs de risques testés.

Références bibliographiques principales

Bigot A. Comment prioriser les activités de pharmacie clinique dans les unités de soins ? Elaboration d'un outil d'aide à la décision basé sur une analyse globale des risques. Thèse de pharmacie. Université Toulouse III Paul Sabatier, Toulouse, 2015.

Orateur : Marguet P.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : organisation à risque, patient à risque, médicament à risque

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000077

Recherche d'une alternative au midazolam buccal pour la sédation en pédiatrie

Bordage L.[(1)], Donzeau A.[(2)], Levaux-Faivre M.-M.*[(1)], Touleimat - Luque Paz M.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Angers, Angers

[(2)] Pédiatrie, CHU Angers, Angers

Résumé

Contexte

Dans notre hôpital, le midazolam en solution buccale est une prémédication de l'enfant en vue d'un examen d'imagerie. Cette spécialité est utilisée hors AMM. Elle présente un goût désagréable. Des difficultés d'approvisionnement ont été constatées, et elle est coûteuse.

Objectifs

Rechercher une alternative au midazolam en solution buccale.

Matériels et méthodes

Après avoir qualifié le besoin avec l'équipe soignante, nous avons effectué une revue bibliographique, un *benchmarking* auprès d'autres CHU et étudié les différents médicaments commercialisés pour la sédation pédiatrique.

Résultats

Les pédiatres souhaitent un sédatif bien accepté par les enfants, pour réduire leur anxiété et permettre leur immobilité. Le délai d'action doit être rapide et ne pas induire d'interactions médicamenteuses avec la chlorpromazine pouvant être administrée lors d'une agitation excessive de l'enfant. Le médicament choisi, si possible d'un coût moindre à celui du midazolam en solution buccale, doit pouvoir être disponible pour les 900 enfants pris en charge chaque année.

Les voies orale, cutanée et nasale (VN) sont les mieux acceptées en pédiatrie. L'utilisation de sédatifs à longue durée d'action est déconseillée. Les molécules recommandées par le *National Institute for Healthcare Excellence (NICE)* pour la sédation en vue d'examens non douloureux en pédiatrie sont l'hydrate de chloral (enfants ≤ 15 kg) en dose unique et le midazolam. L'utilisation de sédatif par VN en pédiatrie est aussi décrite dans de nombreux travaux et recommandé par le NICE pour la prémédication en vue d'examens douloureux en pédiatrie.

Discussion / Conclusion

La sédation des nourrissons peut être réalisée par une sédation postprandiale, en administrant un biberon juste avant l'examen. Dès lors que l'hydrate de chloral ne peut être utilisé, aucun produit ne répond pleinement au besoin. Le midazolam est alors un sédatif de choix.

Son administration nasale semble être une alternative intéressante. Malgré les recommandations du NICE, aucun cadre règlementaire n'encadre cette pratique, et aucune limite d'âge n'est définie. Afin de pallier à l'inconfort d'une instillation nasale, un embout d'atomisation nasale connecté à une seringue pourrait être utilisé. Aucune étude d'interaction du midazolam avec ce dispositif n'est connue. Il faudrait par ailleurs s'assurer de la tolérance du midazolam par voie nasale. Économiquement, cette alternative est intéressante.

Références bibliographiques principales

Coté CJ et al. Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients Before, During, and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures: Update 2016. Pediatrics. 2016;138(1):e20161212
Mellion SA, et al. Evaluating Clinical Effectiveness and Pharmacokinetic Profile of Atomized Intranasal Midazolam in Children Undergoing Laceration Repair. J Emerg Med. 2016;15(4):237-41
Mekitarian Filho E et al. Aerosolized Intranasal Midazolam for Safe and Effective Sedation for Quality Computed Tomography Imaging in Infants and Children. 2013. J Pediatr. 163(4):1217-9.

Orateur : Levaux-Faivre M.-M.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : pédiatrie, sédation, midazolam

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000398

Rôle du pharmacien en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes : conduite de revue de pertinence et prévention des chutes

Perovic I.[(1)], Allainmat A.[(2)], Marie dit Dinard B.*[(3)]

[(1)] Pharmacie, CH Fougères, Fougères

[(2)] Pharmacie, CH des Marches de Bretagne, Val-Couesnon

[(3)] Pharmacie, CH Fougères, Fougères

Résumé

Contexte

Afin d'améliorer la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé et de revoir la pertinence des prescriptions dans nos EHPAD, nous avons décidé en 2017 de mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire. En parallèle, la pharmacie a rejoint le groupe pluridisciplinaire « chute » crée au sein de l'établissement. Les chutes fréquentes menacent l'autonomie et la qualité de vie des résidents.

Objectifs

Il nous a paru pertinent de rechercher un lien entre l'incidence des chutes et les traitements médicamenteux prescrits.

Matériels et méthodes

Sur une année, les chutes des résidents des EHPAD ont été recensées. Ce recueil obtenu à partir des événements indésirables déclarés a été complété par des éléments relevés dans le dossier patient informatisé : nombre de chutes, nombre et nature des médicaments prescrits potentiellement à risque tels que les antihypertenseurs, les benzodiazépines à ½ vie longue, les antidépresseurs, les antipsychotiques et les hypnotiques.

Résultats

Au cours d'une année, 45 résidents ont présenté au moins une chute : 29 % n'ont chuté qu'une seule fois, 29 % 2 fois, 24 % entre 3 et 5 fois et 18 % ont chuté plus de 5 fois. L'analyse des médicaments prescrits a montré que la proportion de patients ayant une benzodiazépine (BZD) à ½ vie longue, augmentait en fonction du nombre de récidives de chutes puisqu'elle n'était que de 8 % pour les patients ayant chuté une fois contre 50 % pour les patients ayant chuté plus de 5 fois. Le constat est le même avec les hypnotiques avec 30 % de prescription pour 1 chute contre 75 % pour plus de 5 chutes et avec les antipsychotiques, 15 % pour ceux n'ayant chuté qu'une fois contre 62 % pour ceux ayant chuté plus de 5 fois. Au vu de ses résultats, lors des revues de pertinence mises en place en collaboration avec un médecin et une infirmière, un focus particulier a été porté chez ces patients. Les prescriptions de psychotropes ont été discutées et les adaptations à demi-dose des BZD et surtout des hypnotiques ont systématiquement été proposées : 9 arrêts de BZD, 8 arrêts d'analgésiques et 4 arrêts d'antipsychotiques ont été réalisés.

Discussion / Conclusion

La prévention des chutes passe par de multiples actions telles que la formation du personnel et la coordination des soins mais le bon usage des médicaments et notamment des psychotropes ayant un impact sur la récidive des chutes apparait comme un point essentiel à prendre en compte lors des revues de pertinence. L'impact de cette action de dé prescription sur la survenue des chutes devra désormais être évalué.

Orateur : Marie dit Dinard B.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Médicament Potentiellement Inapproprié, Revue de pertinence, Chute

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000011

Test d'acceptation d'un outil de priorisation des patients à risque dans la validation pharmaceutique des prescriptions

Frery P.[1], Basso Boccabella R.*[2], Rondelot G.[3]

[1] Pharmacie, CHR Thionville - Hôpital Bel-Air, Thionville

[2] Service informatique, CHR Metz Thionville, Metz

[3] Pharmacie, CH Mercy, Ars-Laquenexy

Résumé

Contexte

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif à la qualité de la prise en charge médicamenteuse impose une surveillance particulière des patients à risques et des médicaments à risques au sein des établissements de santé. Pour répondre à cette problématique, la pharmacie à usage intérieur avait développé une requête informatique extrayant une fois par jour, les patients considérés comme étant à risque au vu de certains facteurs biologiques ou des médicaments prescrits. Nous avons décidé de remplacer notre outil local par un logiciel dédié à l'étude des patients à risques : Vidal Sentinel®.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de réaliser une qualification opérationnelle du logiciel afin de vérifier qu'il puisse remplacer notre outil local.

Matériels et méthodes

Un plan de test a été établi comprenant trois items pour déterminer la cohérence des données entre notre dossier patient informatisé (DPI) et Vidal Sentinel® (Issy-Les-Moulineaux, France). Le premier item consiste à déterminer si les séjours présents dans le DPI, alimentent bien le logiciel testé. Le deuxième item consiste à s'assurer que les données biologiques correspondent entre les deux logiciels et le dernier que les prescriptions médicamenteuses soient identiques et à jour.

Résultats

Sur les 197 séjours analysés, 18 (9 %) présentaient une anomalie, 7 (4 %) ne se retrouvaient pas dans Vidal Sentinel® et 11 (5 %) étaient retrouvés dans un service différent sur DxCare. Concernant les biologies, sur les 99 patients testés, 4 avaient un défaut de remontée de leurs résultats. Pour les lignes de traitements, 330 prescriptions pour un total de 34 patients ont été analysées, la totalité des prescriptions du logiciel métier se trouvaient dans le logiciel de priorisation des patients.

Discussion / Conclusion

Ces tests ont mis en évidence des absences de messages au niveau des mutations vers les services attendus, mais aussi l'absence de message reçus pour les biologies manquantes. Les informaticiens de notre établissement en collaboration avec l'équipe de Vidal Sentinel® ont réussi à régler ces anomalies suite à cette qualification.

Toutefois, devant la faible proportion de patient réellement absent de l'outil lors de l'étude (4 %) et les correctifs apportés sur les flux, Vidal Sentinel® a été jugé suffisamment fiable pour être utilisé dans notre pratique quotidienne. Ses fonctionnalités, comme la mise à jour en temps réel des données patients, la gestion des patients vus/à voir, et ses possibilités de paramétrage le rende supérieur à notre outil local. Nous allons à présent le tester dans notre pratique courante pour évaluer sa pertinence.

Orateur : Basso Boccabella R.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : Priorisation des patients à risque, Sécurisation du circuit du médicament, Analyse pharmaceutique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000385

Coordination ville-hôpital via eTICSS : la e-santé au service des patients sous thérapies orales anticancéreuses

Petit C.[(1)], Paris J.[(1)], Renzullo C.*[(1)], Mondoloni P.[(1)], Leroy B.[(1)], Coutet J.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH William Morey, Chalon-sur-Saône

Résumé

Contexte

L'essor des thérapies orales anticancéreuses (TOA) nécessite une adaptation des organisations notamment en matière de coordination des acteurs, des structures, d'information des patients et de bon usage. Afin d'améliorer la prise en charge des patients sous TOA, des entretiens pharmaceutiques de primo-prescription de TOA avec un partage sécurisé des informations médicales via la plateforme numérique eTICSS (e Territoire Innovant Coordonné Santé Social) ont été mis en place dans notre établissement avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé.

Objectifs

Mise en place d'une expérimentation de coordination ville –hôpital pour la prise en charge des patients sous TOA.

Patients et méthodes

Pour toute primo-prescription de TOA, la consultation avec l'oncologue est suivie par un entretien pharmaceutique (EP) durant lequel les modalités de prises, les effets indésirables et leur gestion à domicile sont abordés avec le patient. Le pharmacien réalise un bilan médicamenteux exhaustif (ordonnances, automédication) et recherche les interactions médicamenteuses. Après accord du patient, le pharmacien hospitalier ouvre un dossier eTICSS et partage, au cercle de soins, les informations du dossier patient (compte rendu de RCP, ordonnances, fiche conseil,…). Le cercle de soins d'un patient correspond à tous les professionnels de santé et du social intervenant dans sa prise en charge.

Résultats

A moyens humains constants, l'expérimentation est réalisée avec un oncologue et deux pharmaciens hospitaliers. En 9 mois, 35 patients sous TOA ont bénéficié d'un EP ; 31 ont donné leur accord pour le partage d'informations via eTICSS. La transmission instantanée et sécurisée permet respectivement, au pharmacien officinal, d'anticiper la délivrance de la TAO et d'assurer une continuité des soins et, au médecin traitant, de faciliter le suivi médical. Une messagerie sécurisée est disponible pour favoriser les échanges. Peu de médecins utilisent eTICSS représentant ainsi la principale limite de cette expérimentation.

Discussion / Conclusion

La coordination entre les professionnels hospitaliers et libéraux est indispensable pour améliorer l'observance et sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients sous TOA. L'objectif est de continuer le déploiement d'eTICSS pour les nouveaux patients mais également pour le suivi des patients en cours de traitement. Un accompagnement des professionnels à l'utilisation de la plateforme est nécessaire, en particulier pour favoriser le retour d'informations de la ville vers l'hôpital (toxicité, observance, interactions médicamenteuses, problème à domicile…). Par ailleurs, après un retour positif de l'oncologue et des patients, il a été décidé d'élargir ces EP à l'ensemble des onco-hématologues de l'établissement. Afin de formaliser l'organisation de ces EP, une plage pharmaceutique spécifique hebdomadaire de 4 heures a été aménagée et un agenda partagé a été créé, permettant ainsi au médecin d'inscrire les patients ayant besoin d'une consultation pharmaceutique.

Orateur : Renzullo C.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : adhésion thérapeutique, chimiothérapie, Service de pharmacie clinique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000411

Priorisation des ordonnances à analyser : impact quantitatif et qualitatif sur les interventions pharmaceutiques

Neyrat L.*(1), Chantel S.(1), Souhaite C.(1)

(1) Pharmacie, CH Simone Veil, Vitré

Résumé

Contexte

L'analyse pharmaceutique des ordonnances concourt à la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse. Cependant, faisant face à un surcroît d'activité au sein de la pharmacie, nous avons été contraints début 2019 de sélectionner les ordonnances à analyser, selon 3 critères de priorisation :

- le patient : analyse quotidienne maintenue pour la Pédiatrie, l'Unité de Soins Continus, ainsi que les ordonnances jamais analysées
- la typologie des séjours : analyse avant chaque production automatisée des doses à administrer
- la nature des produits prescrits : analyse quotidienne pour les ajouts ou modifications de médicaments que nous avons définis comme « à risque » ainsi que les antibiotiques.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact quantitatif et qualitatif de cette priorisation sur les interventions pharmaceutiques (IP) émises.

Patients et méthodes

Nous avons réalisé une extraction des IP émises dans le module « Analyse des ordonnances » de notre dossier patient informatisé, et comparé 2 périodes : IP émises entre octobre et décembre 2018 et 2019. Nous avons classé les IP selon la Fiche intervention Pharmaceutique à l'hôpital de la Société Française de Pharmacie Clinique.

Résultats

Entre 2018 et 2019, le taux d'IP émises est passé de 15 % (863 IP/5 732 ordonnances analysées) à 18 % (878/4 905). La proportion d'IP concernant les médicaments priorisés augmente de 28 % à 36 % (de 17 % à 25 % pour la sous-catégorie antibiotiques). Sur les deux périodes, les problèmes les plus fréquemment identifiés sont : « Surdosage », « Médicament non indiqué » et « Voie d'administration inappropriée », qui représentent 60 % des IP en 2018 et 67 % en 2019. Cette augmentation concerne les catégories « surdosage » et « médicament non indiqué ». On constate par ailleurs une diminution des IP « monitorage à suivre ».

Sur les deux périodes les propositions les plus fréquemment émises sont « Arrêt », « Substitution/Echange » et « Adaptation posologique », qui représentent 68 % des IP en 2018 et 73 % en 2019. On constate une forte augmentation des « Adaptations posologiques » et une diminution des « Optimisation des modalités d'administration » entre les deux années.

Le taux d'acceptation des IP a augmenté de 69.2 % à 73.4 % entre les deux périodes.

Discussion / Conclusion

Nous avons choisi d'établir des critères afin de prioriser les ordonnances à analyser. L'analyse de l'impact de cette priorisation montre qu'elle ne se fait pas au détriment du nombre ou de la pertinence des IP émises. En effet, le nombre d'IP est stable entre les deux périodes « Avant/Après », alors que le nombre d'ordonnances analysées a baissé de 14 % et que le nombre d'IP sur les médicaments priorisés augmente. Cette étude nous conforte dans le choix des critères retenus afin d'optimiser l'activité de pharmacie clinique et de sécuriser la prise en charge médicamenteuse.

Orateur : Neyrat L.

Domaine pharmaceutique : Pharmacie clinique et pharmacocinétique

Mots-clés : pertinence, priorisation, analyse d'ordonnance

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

PHARMACO-ECONOMIE ET PHARMACOEPIDEMIOLOGIE

Numéro : 000532

Évaluation économique du coût de la greffe dans un centre tunisien

Mejri M.*(1), Achour L.(1), Jaafer C.(1), Drira C.(2), Ouederni M.(3), Ben Othman T.(4), Fradi I.(1)

(1) Pharmacie, Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie

(2) Pharmacie, Centre national de greffe de moelle osseuse, Tunis, Tunisie

(3) Pédiatrie, immunohématologie, Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie

(4) Adulte immunohématologie, Centre national de greffe de la moelle osseuse, Tunis, Tunisie

Résumé

Contexte

Un seul centre en Tunisie assure, l'allogreffe des cellules souches hématopoïétiques (CSH). La dernière évaluation des coûts de la greffe CSH remonte à 1998.

Objectifs

L'objectif de notre étude est d'évaluer les coûts directs de l'allogreffe afin d'actualiser le forfait de remboursement par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude médicoéconomique menée au CNGMO en 2019. Une estimation du coût de l'ensemble des étapes du protocole de greffe (prégreffe-greffe-postgreffe) chez la population adulte et pédiatrique a été réalisée. Ces coûts englobaient les médicaments, bilans biologiques, transfusions, hospitalisations, dispositifs médicaux ainsi que le conditionnement. Le poids moyen au moment de la greffe et la durée moyenne de l'hospitalisation pour greffe considérés pour l'étude sont respectivement 70 kg,45 jours chez la population adulte et 40 kg, 60 jours chez les enfants.

Résultats

Le coût de l'allogreffe est estimé à 54 051 euros chez l'adulte. L'étape de greffe était la plus coûteuse dont les médicaments représentaient la part la plus importante (55 %) suivi de l'hospitalisation (26 %) et des bilans biologiques et radiologie (18 %). Parmi les médicaments, le coût moyen des neufs protocoles les plus fréquemment utilisés pour le conditionnement était estimé à 8 678 euros et le coût de la neutropénie fébrile à 8 035 euros. Dans la population pédiatrique, le coût total estimé de l'allogreffe était de 81 316 euros soit 1,5 fois celui de l'adulte. En effet, le coût des médicaments est le coût le plus élevé et ceci est dû à la consommation des sirops qui sont plus chers. Dans cette population, la totalité des allogreffes sont des greffes de moelle osseuse. Sept protocoles sont réalisés au niveau du service pédiatrique : 31 % LAM et LAL, 34 % déficit immunitaire, 12 % aplasie médullaire, 6 % anémie de Fanconi et 17 % hémoglobinopathies.

Discussion / Conclusion

Le coût de la greffe a nettement dépassé le forfait alloué par la CNAM (25 712 euros) ce qui a mené à un déséquilibre et un déficit du centre. Il en ressort également de ce travail qu'un forfait spécifique pour l'allogreffe de pédiatrie doit être mis en place. Cette étude sert actuellement de base de négociation entre notre centre et la CNAM pour réviser le forfait de remboursement de l'allogreffe.

Orateur : Mejri M.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : Coûts, Cellules souches hématopoéitiques, allogreffe

Pays où le travail est effectué : Tunisie

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000490

Evaluation et optimisation du coût d'un générateur de Gallium-68

Brentot C.[(1)], Revy A.*[(2)], Chevrier R.[(3)], Tempier M.[(3)]

[(1)] Radiopharmacie, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand

[(2)] Pharmacie, HCL - Hôpital la Croix Rousse, Lyon

[(3)] Pharmacie à usage intérieur, service de radiopharmacie, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand

Résumé

Contexte

Depuis l'arrivée du premier générateur 68Ge/68Ga en septembre 2016, l'unité de Radiopharmacie a développé et pérennisé l'activité avec la synthèse du 68Ga-PSMA-11 et du 68Ga-edotréotide. L'augmentation significative du coût des générateurs disposant d'une autorisation de mise sur le marché a nécessité de trouver de nouvelles solutions pour optimiser nos synthèses de médicaments radiopharmaceutiques (MRP) marqués au 68Ga.

Objectifs

Evaluer et amortir le coût de chaque synthèse de MRP marqué au 68Ga dans notre unité de Radiopharmacie.

Matériels et méthodes

Notre étude consiste dans un premier temps à évaluer par la méthode de microcosting les coûts de chaque synthèse (prix des consommables, des réactifs et du générateur) en comptabilisant le nombre de synthèses et le nombre de patients injectés. La comparaison a été réalisée entre notre 2e (G2) et notre générateur actuel (G3), sur leur même période de vie (entre la 1ère et la 24^{e} semaine après réception).

Résultats

Sur la période étudiée, nous avons réalisé 20 (G2) puis 29 (G3) synthèses de 68Ga-edotreotide avec en moyenne 3,6 (G2) et 3,3 (G3) patients par synthèse pour un coût moyen par patient évalué respectivement à 843 € (G2) et 819 € TTC (G3). Pour le 68Ga-PSMA-11, nous avons réalisé 23 puis 33 synthèses avec en moyenne 1,7 et 2,7 patients par synthèse pour un coût moyen par patient évalué respectivement à de 762 € et 620 € TTC.

Les données recueillies sur l'ensemble des productions (rendements et temps moyens), nous ont permis de mettre en place un modèle estimant l'activité du produit fini. En renseignant le poids de chaque patient et l'heure d'injection prévue, il est ainsi possible d'organiser et d'optimiser le nombre de patients injectés pour chaque synthèse. La robustesse de ce modèle a été évaluée en testant la corrélation entre l'activité prédite à l'activité réellement obtenue (r^2 = 0.95 ; n = 7).

Discussion / Conclusion

La diminution du coût d'une synthèse par patient avec les deux MRP est plus faible que prévu principalement à cause de l'augmentation du prix des générateurs. La période étudiée des générateurs est celle où l'optimisation du nombre de patient est la plus intéressante. Sur une année d'utilisation, le nombre de synthèse étant plus important, le coût du générateur est amoindri, ce qui diminuera par conséquent le coût total de synthèse par patient.

Dans l'hypothèse où le prix du prochain générateur resterait constant, nous estimons avec notre modèle une baisse du coût de synthèse par d'environ 17 % pour le 68Ga-edotreotide et de 20 % pour le 68Ga PSMA-11.

Orateur : Revy A.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : économie, synthèse, radioactivité

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000487

Evaluation médico-économique de la mastectomie totale par deux techniques chirurgicales : capitonnage avec utilisation de colle biologique versus technique conventionnelle

Courrege J.[(1)], Maire A.[(1)], Ferrer C.[(2)], Kinowski J.-M.*[(1)], Bourin D.[(1)], Leguelinel-Blache G.[(1)], Chasseigne V.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Nîmes - Hôpital Universitaire Carémeau, Nîmes

[(2)] Gynécologie obstétrique, CHU Nîmes - Hôpital Universitaire Carémeau, Nîmes

Résumé

Contexte

En France, environ 20 000 mastectomies totales sont réalisées par an. Le lymphocèle (collection de lymphe sous-cutanée) est une des complications les plus fréquentes. Sa prise en charge chirurgicale conventionnelle consiste en l'ablation du sein et du revêtement des muscles du thorax laissant un espace vide. Or, pour combler ce vide, une nouvelle technique consiste en la réalisation de sutures par capitonnage avec utilisation de colle chirurgicale biologique.

Objectifs

L'objectif était d'évaluer le taux de lymphocèles ponctionnés post-mastectomie ainsi que les coûts afférents à la prise en charge de patientes opérées d'une mastectomie avec utilisation de la technique du capitonnage + colle biologique (groupe cap-colle) *versus* technique conventionnelle (groupe témoin).

Matériels et méthodes

Une extraction du Groupe Homogène de Séjour (GHS) mastectomies totales pour tumeur maligne a été réalisée à partir du dossier patient informatisé (Clinicom®) sur une période allant de juin 2018 à juin 2019. Les données de séjours et consultations ont été analysées avec un suivi de 2 mois. Les consommables utilisés au bloc opératoire ont été listés par observation directe d'un geste chirurgical selon les 2 techniques. Les recettes et les dépenses ont été analysées du point de vue de l'établissement.

Résultats

Au total, 30 patientes ont été incluses : 17 dans le groupe témoin et 13 dans le groupe cap-colle (âge moyen respectif de 73 ± 14.5 ans et 70 ± 16.8 ans). Dans le groupe témoin, 10 patientes (59 %) ont présenté un lymphocèle, dont 6 (60 %) ont été ponctionnés. Dans le groupe cap-colle, aucun lymphocèle n'a été retrouvé ($p = 0,001$). La durée moyenne de séjour était de 3,7 ± 2,6 jours (2,4 consultations en moyenne) *versus* 2,9 ± 3,6 jours (1,8 consultations en moyenne) dans les groupes témoin et cap-colle respectivement ($p = 0,17$). Les recettes GHS moyennes étaient de 4 758 ± 1 481 € TTC *vs* 4 048 ± 611 € TTC ($p = 0,49$) et le coût des consultations de suivi était de 114 ± 58 € TTC *vs* 97 ± 35 € ($p = 0,28$) TTC respectivement. Le coût des consommables était de 83 € TTC (témoin) *vs* 292 € TTC (cap-colle).

Discussion / Conclusion

La technique capitonnage + colle chirurgicale biologique semble éviter la survenue de lymphocèle post-mastectomie. Elle ne semble pas générer de surcoût pour l'établissement. Des études récentes mettent en avant l'efficacité du capitonnage seul dans la prévention des lymphocèles, ce qui permettrait de s'affranchir des surcoûts liés à la colle. Un essai de cette technique est en cours.

Orateur : Kinowski J.-M.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : colle biologique, capitonnage, lymphocèle

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000087

Financement des médicaments innovants à l'hôpital et sortie du dispositif post-ATU : une inscription sur la liste en sus pas toujours systématique !

Combe O.*(1), Seron A.(1)

(1) Pharmacie euromédecine, CHU Montpellier, Montpellier

Résumé

Contexte

Le dispositif post-ATU (DPA) s'applique à tout médicament ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) avant d'obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM). Une prise en charge conditionnelle est accordée dans l'attente de la fixation d'un prix et d'une éventuelle inscription sur la liste en sus (LES) par le ministère de la santé (MS). Depuis l'article 51 de la LFSS pour 2014 l'inscription sur la LES d'une spécialité est accordée par indication thérapeutique. Celle-ci est déterminée par 4 critères cumulatifs définis par le décret du 24/03/2016. L'augmentation du nombre de médicaments hospitaliers faisant l'objet d'une sortie du DPA nous a mené à étudier leur prise en charge (PEC) postérieure.

Objectifs

L'objectif est de réaliser un bilan global de l'ensemble des spécialités référencées au sein de l'établissement sorties du DPA en 2019, et d'en évaluer les conséquences financières.

Matériels et méthodes

Une analyse de janvier à juillet 2019 a été menée. Les spécialités concernées par une sortie du DPA ont été identifiées et les données suivantes relevées : durée du DPA, inscription en sus, conséquences des non-inscriptions, dépenses dans les groupes homogènes de séjour (GHS).

Résultats

Plus de la moitié des spécialités (7/13 ; 54 %) sont administrées uniquement lors d'un séjour hospitalier. Deux spécialités (29 %) ont obtenu une inscription en sus (avélumab et axicabtagene ciloleucel), 1 spécialité (14 %) a eu une inscription partielle de ses indications (nusinersen) et 4 spécialités (57 %) n'ont pas été inscrites (daratumumab, gemtuzumab ozogamicine, ocrelizumab et daunorubicine/cytarabine). La durée observée du DPA était de 7 et 14 mois pour les médicaments inscrits en sus contre 7 à 36 mois pour les autres. Ces non-inscriptions ont eu des conséquences diverses : baisse du prix d'achat par rapport à l'indemnité en post-ATU (80 %), baisse d'utilisation, financement via une enveloppe dérogatoire du MS. Les dépenses dans les GHS pour 2019 directement liées à ces sorties du DPA ont été estimées à 830k € (de 27k € à 372k € selon les molécules).

Discussion / Conclusion

Plus la durée du DPA est longue, moins l'issue semble favorable, posant le problème de la continuité des traitements en cas de non-inscription en sus. Ce travail confirme l'importance, au niveau de notre structure, des mesures de veille réglementaire et de communication mises en place auprès des cliniciens pour permettre l'accès à l'innovation, tout en limitant l'impact financier de la PEC de ces médicaments.

Références bibliographiques principales

Article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014
Décret n° 2016-349 du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (publié au JORF n° 0072 du 25 mars 2016 – texte 14)

Orateur : Combe O.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : Pharmacie, Innovation, Financement de la santé

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000202

La massification des achats atteint-elle ses limites ? Zoom sur les antibiotiques

Zelmat Y.*[(1)], Salamon T.[(1)], Granat C.[(1)], Tredez S.[(1)], Penet E.[(1)], Famin M.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Guéret, Guéret

Résumé

Contexte

Dans un contexte d'économies budgétaires, la tendance à la massification des achats est de plus en plus prépondérante au niveau national. En parallèle, des variations de prix importantes de certains médicaments ont été observées ces dernières années, notamment des antibiotiques. Au final, à l'échelle d'un établissement et sur une période de 3 ans, des économies ont-elles vraiment été réalisées ?

Objectifs

Quantifier l'évolution des prix unitaires (PU) et des coûts annuels (CA) des médicaments antibiotiques au sein d'un centre hospitalier périphérique entre 2016 et 2019.

Matériels et méthodes

Les PU, les quantités consommées ainsi que les CA des médicaments antibiotiques appartenant à la classification ATC « J01 » disponibles en marché régional et référencés au livret de l'établissement ont été comparés entre les années 2016 et 2019.

Résultats

Parmi les 67 médicaments antibiotiques référencés au livret de l'établissement, 36 (54 %) ont subi une augmentation de leurs PU contre 15 (22 %) diminutions.

Les augmentations respectives de PU et de CA les plus importantes concernent la gentamicine (+1 434 %, 17.615 €), l'amoxicilline/acide clavulanique injectable 2 g (+309 %, +3.899 €) et 1 g (+274 %, +9.244 €), la piperacilline/tazobactam (+209 %, +8.469 €), la céfotaxime 1 g (+173 %, +4.479 €) et la spiramycine injectable 1,5 MUI (+122 %, +1.304 €).

Quant aux diminutions, les plus importantes étaient respectivement pour le linézolide en comprimé (-98 %, -24.564 €) et en injectable (-92 %, -27.358 €), la teicoplanine (-39 %, -2.208 €) et le colistimethate (-25 %, -2.082 €).

Au total, le coût global annuel des antibiotiques était de 109.694 € en 2016 contre 97.187 € en 2019 (-11 %). Cependant, en conservant les prix de 2016 et avec les quantités de 2019, le coût annuel aurait été de 73.090 €, soit -33 % que le coût réellement réalisé.

Discussion / Conclusion

En l'espace de 3 ans et à quantités consommées égales, le coût global annuel des antibiotiques a augmenté de manière conséquente à l'échelle de notre établissement (73.090 € vs 97.187 €).

La diminution apparente du coût annuel des antibiotiques est à la fois due à la diminution globale des quantités consommées du fait de la limitation de leur utilisation et durée de prescription, à la diminution de l'activité de l'établissement en 2019 mais surtout de la disponibilité du générique du linézolide (-51.922 €).

Quant aux augmentations de CA, elles s'avèrent être étroitement liées aux tensions d'approvisionnement. Celles-ci sont potentiellement provoquées par la perte de la concurrence entre les laboratoires, conséquence de la massification intensive des achats.

Cette étude reflète la complexité de l'analyse des évolutions de prix des médicaments du fait de leurs aspects multifactoriels. L'appréciation de l'efficacité des mesures mises en place pour en diminuer leurs coûts en devient d'autant plus difficile.

Orateur : Zelmat Y.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : antibiotiques, économies, massification des achats

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000520

Traitement Post-Exposition (TPE) au VIH et passage aux antirétroviraux génériques (ARVg) : quelle organisation ? Et quel bénéfice pour l'hôpital ?

Hazout S.[(1)], Sitruk D.[(1)], Debrix I.[(1)], Allaf S.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Tenon, Paris

Résumé

Contexte

Avec l'arrivée des antirétroviraux génériques (ARVg) en France, une dimension économique est désormais présente dans les recommandations d'experts. Notre institution a adopté en 2018 un plan d'actions relatif à la maîtrise des dépenses de médicaments, qui comprend la limitation des trithérapies d'antirétroviraux (ARV) fixes en un seul comprimé lorsqu'il existe des alternatives en deux comprimés comprenant au moins un ARVg.

Objectifs

Changer le protocole de prise en charge thérapeutique des personnes sous TPE au VIH : passer d'une trithérapie d'ARV fixe à une alternative comprenant au moins un ARVg.

Evaluer l'impact financier de ce changement pour l'hôpital.

Matériels et méthodes

Nous avons croisé les données de deux requêtes : une via le logiciel de facturation de la rétrocession PHEDRA, et une deuxième via le logiciel médical DIAMM afin d'isoler le nombre de TPE au VIH dispensé à la rétrocession durant l'année 2018. Cela nous a permis d'estimer une recette hospitalière à un éventuel passage aux ARVg.

Communication auprès des prescripteurs (infectiologues et urgentistes) et mise en place d'une ordonnance type pour faciliter la prescription du nouveau protocole aux urgences.

Nous avons utilisé la même méthode pour évaluer la recette hospitalière après le passage effectif aux ARVg du 1 mars au 31 décembre 2019.

Résultats

Pour l'année 2018, la recette estimée en cas de passage aux ARVg pour 313 TPE dispensés à la rétrocession serait de 54 058,23 euros.

Changement du protocole effectif au le 1 mars 2019, 100 % des urgentistes ont utilisé l'ordonnance type proposée par la pharmacie et 100 % des personnes sous TPE au VIH ont reçu le nouveau protocole.

Durant les dix derniers mois de l'année 2019, nous avons réalisé une recette de 51 294,87 € suite au passage effectif aux ARVg pour 297 TPE dispensés dans notre établissement.

Discussion / Conclusion

Ce travail nous a permis de confirmer la recette hospitalière attendue. Une réflexion est en cours pour élargir la couverture des ARVg à d'autres populations.

Orateur : Allaf S.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : Antirétroviraux, Economie, génériques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000080

Comment une rupture de stock peut mener à améliorer les pratiques et réduire les coûts ? Exemple de l'indigotine

Donjon A.*(1), Brischoux S.(2), Cournede A.(3), Gosse-Boeuf N.(4)

(1) Pharmacie à Usage Intérieur, CHU Limoges - Hôpital Dupuytren, Limoges

(2) Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges

(3) Pharmacie, CHU Limoges, Limoges

(4) Pharmacie à usage intérieur, CHU Limoges, Limoges

Résumé

Contexte

Chaque rupture de stock pose de nombreuses questions et oblige à repenser la prise en charge des patients. Lors de la rupture d'indigotine, il était important de trouver des alternatives thérapeutiques utilisables dans toutes les indications AMM et hors AMM réalisées à l'hôpital. Ces alternatives (1) ont conduit à revoir les pratiques et ont finalement abouti à réduire le coût d'utilisation des colorants bleus.

Objectifs

Le but de cette étude est de trouver des alternatives thérapeutiques satisfaisantes à cette rupture de stock sur le plan médical, pharmaceutique et financier tout en garantissant la bonne prise en charge des patients.

Matériels et méthodes

Un recueil a été réalisé dans tous les services afin de connaître les indications d'utilisation des colorants bleus disponibles à l'hôpital à savoir indigotine, bleu patenté V et chlorure de methylthioninium (MTH). Suite à cela, des colorants bleus ayant un statut de dispositif médical et encore non référencés dans notre établissement ont été testés pendant la rupture (un mois) : le bleu de méthylène et le carmin indigo. A la fin de la rupture, grâce aux retours des services, l'utilisation des colorants bleus a été modifiée. Enfin, une analyse financière a été réalisée pour quantifier la potentielle économie ou dépense engendrée par ces nouvelles pratiques.

Résultats

Pour une consommation annuelle de 1 324 unités de colorants bleus (1 157 indigotine, 134 bleu patenté et 41 MTH), 195 colorants bleus (98 indigotine, 56 bleu patenté et 41 MTH) étaient utilisés dans l'indication AMM respectivement pour la détection des complications chirurgicales en urologie, le repérage des vaisseaux lymphatiques ou des ganglions sentinelles et pour les méthémoglobinémies. Cela représente 14.7 % des prescriptions de colorants. Les tests au bleu de méthylène et au carmin indigo ont été probants dans les services de l'hôpital tout en respectant l'indication : utilisation du bleu de méthylène (1 078 unités) pour les tests d'étanchéité et du carmin indigo pour détailler le relief mucosal (51 unités). Avec ce changement de pratiques, l'hôpital pourrait économiser 16 399 € par an.

Discussion / Conclusion

La rupture de stock en indigotine nous a obligés à faire un bilan des indications d'utilisation de colorants bleus et de l'ensemble des produits de santé disponibles sur le marché. Le changement de pratique réalisé pendant la rupture va être poursuivi avec l'accord des services pour une meilleure prise en charge du patient, une sécurisation de l'utilisation, et enfin une économie. Un tableau a été établi afin d'aider au choix du colorant bleu en fonction de l'indication. Ainsi, suite à cette rupture de stock, il a été possible d'en tirer des bénéfices cliniques mais également financiers.

Orateur : Donjon A.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : soins des patients, bleu indigo, colorants

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000246

Situation d'urgence en réanimation : impacts sur la pharmacie

Martin E.[(1)], Imperaire Boronad L.*[(2)], Dantin T.[(2)], Collomp R.[(3)]

[(1)] Pharmacie, CHU Nice - Hôpital l'Archet, Nice

[(2)] Pharmacie, CHU Nice - Hôpital l'Archet, Nice

[(3)] Pharmacie, CHU Nice - Hôpital l'Archet 2, Nice

Résumé

Introduction

Le Purpura Thrombotique Thrombocytopenique acquis (PTTa) est une urgence médicale qui nécessite un diagnostic et une prise en charge thérapeutique précoces. Certains PTTa expriment un déficit en activité ADAMTS-13 (métalloprotéase du facteur willebrand) ; dans ces cas-là, le protocole thérapeutique associe systématiquement le caplacizumab (ASMR IV), des immunosuppresseurs et des échanges plasmatiques (EP). Cette stratégie a été retenue sur la base de l'utilisation du score de Coppo ou French score permettant de mieux cibler les patients PTTa (Coppo et al. PlosOne, 2010).

Depuis juin 2019, cinq patients ont bénéficié de ce traitement dans notre hôpital avec des résultats cliniques et biologiques remarquables.

Observation

Une patiente a cependant présenté une particularité :

Mme M, 63 ans se présente aux urgences pour un AVC ischémique accompagné de troubles de la préhension, aphasie et dysarthrie initiale ; elle est transférée en réanimation. Un PTTa est évoqué et sera confirmé par un dosage de l'activité ADAMTS13 inférieur à 10 %. Un traitement par caplacizumab 10 mg est initié, suivi d'une séance d'échanges plasmatiques (EP). Une amélioration du bilan biologique (augmentation de la numération plaquettaire associée à une normalisation du taux de LDH et d'Haptoglobine) est constatée dès le deuxième jour du protocole. Devant les résultats biologiques attendus, du rituximab à J3 et une corticothérapie sont initiés ; la patiente est transférée en médecine interne. Après l'arrêt des échanges plasmatiques, le caplacizumab est poursuivi pendant deux mois en unité de soins puis à son retour au domicile. Tant que l'activité ADAMTS13 n'est pas normalisée le traitement est reconduit (plus de 250 000 euros de traitement) ; cette activité conditionne la poursuite ou l'arrêt du traitement. Après deux mois sans normalisation de l'activité ADAMTS13, la patiente est considérée comme non-répondeur et le caplacizumab est arrêté.

Les quatre autres patients ont arrêté le caplacizumab entre J15 et J30 avec des résultats satisfaisants. Leur durée d'hospitalisation en soins intensifs a été en moyenne de trois jours (contre neuf jours en moyenne d'après les données bibliographiques).

Commentaires

Si le bénéfice clinique est spectaculaire, le cas de Mme M pose la question de la pertinence de la poursuite du traitement de caplacizumab au coût extrêmement élevé (4 236 euros HT journalier) versus une thérapeutique conventionnelle dès lors que le patient ne normalise pas l'activité ADAMTS13. Cette option est retenue par le pôle Pharmacie et sera abordée pour améliorer la stratégie de la prise en charge avec le pôle Réanimation et Médecine interne.

Orateur : Imperaire Boronad L.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : caplacizumab, prise en charge, coût

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000518

Les biosimilaires : Connaissance avant Efficience

Potier J.*[(1)], Djoussa-Kambou S.[(1)], Grange J.[(2)], Georges N.[(3)], Diallo M. L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Grand Hôpital de l'Est Francilien - Site de Meaux, Meaux

[(2)] Pharmacie, Grand Hôpital de l'Est Francilien - Site de Coulommiers, Coulommiers

[(3)] Pharmacie, Grand Hôpital de l'Est Francilien, Coulommiers

Résumé

Contexte

Les biosimilaires (BS) représentent un enjeu important quant à l'accès à l'innovation et à la gestion des dépenses médicamenteuses. Leur prescription est incitée, notamment par le CAQES, mais des réticences médicales liées à leur méconnaissance subsistent encore y compris au niveau international.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des médecins sur les BS et de proposer un document d'information adapté.

Matériels et méthodes

Un questionnaire de 17 items inspiré de celui de l'ESMO (European Society for Medical Oncology) de fin 2017 a été proposé aux nouveaux internes (tous semestres confondus) et aux médecins séniors en novembre 2019. Les questions comprenaient l'appréciation de leur niveau de connaissances des BS : définitions, pertinence des différents types d'évaluation (physico-chimique, cliniques…) et impact attendu du switch.

Résultats

Trente-trois questionnaires ont été remplis dont 29 par des internes. Respectivement 97 % (32/33), 100 % (32/32) et 97 % (31/32) indiquaient ne pas avoir de bonne connaissance concernant les BS, leur développement ou le seuil de preuves cliniques.

Soixante-et-un pourcent (20/33) versus 74 % (57/77) dans l'étude de John W. et al (1) connaissaient la bonne définition d'un BS et 52 % (16/31) d'une indication sensible.

Les données : physicochimiques et d'activité biologique, pharmacocinétiques et pharmacodynamiques et enfin d'études cliniques étaient considérées pertinentes pour la prescription dans respectivement 74 % (23/31), 90 % (28/31) et 90 % (28/31) des cas.

Sur la connaissance pratique : 47 % (14/30) pensent que la traçabilité et l'information auprès des patients doit être plus importante avec un BS. Respectivement 13 % (4/30), 47 % (14/30) et 43 % (13/30) estiment que le switch présente un risque sur l'efficacité, qu'elle peut engendrer de nouveaux effets indésirables et notamment de type immunogène.

Sur cette base, nous avons créé un flyer d'information avec l'ensemble des données réglementaires de développement, de mise sur le marché, de prescription et de suivi nécessaires à la bonne compréhension et utilisation des BS. Il va être diffusé à l'ensemble des services et à l'arrivée des nouveaux internes.

Discussion / Conclusion

Cette étude a permis d'objectiver la méconnaissance du personnel médical concernant les BS, y compris chez les internes. L'efficience attendue de leur prescription, sur la base de données médicoéconomiques, ne peut être atteinte que si les prescripteurs connaissent le cadre de développement des BS ce qui permettra de les rassurer sur l'efficacité et surtout la tolérance (facteur clé du succès). Le document proposé est un moyen de communiquer facilement à l'ensemble des médecins, et notamment à l'arrivée de nouveaux internes.

Références bibliographiques principales

(1) John W. et al. Academic oncology clinicians' understanding of biosimilars and information needed before prescribing. Ther Adv Med Oncol 2019, Vol. 11: 1–12.

Orateur : Potier J.

Domaine pharmaceutique : Pharmaco-économie et pharmacoépidémiologie

Mots-clés : connaissances, médecin, biosimilaire

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

QUALITE, GESTION DES RISQUES, VIGILANCE

Numéro : 000463

Encadrement et sécurisation du circuit « SANGSUE-citer » de doute !

Tisserand F.*(1), Roge P.(2), Le Bot M.(3)

(1) Pharmacie, CHU Brest - Hôpital La Cavale Blanche, Brest

(2) Pharmacie, CHU Brest - Hôpital La Cavale Blanche, Brest

(3) Pharmacie, CHU Brest, Brest

Résumé

Contexte

L'hirudothérapie est utilisée en chirurgie réparatrice et reconstructrice. Les sangsues n'entrent pas dans la définition du médicament ou du dispositif médical, mais elles ont été reconnues comme outils thérapeutiques par la Food and Drug Administration en juillet 2004. De plus, leur règlementation est stricte puisqu'il s'agit d'une espèce menacée. En 2019, près de 800 sangsues ont été délivrées par la pharmacie, doublant ainsi nos consommations. Cette augmentation a mis en évidence une hétérogénéité des pratiques entourant le circuit des sangsues au sein de la pharmacie. L'absence de procédure et les consignes du fournisseur, pour le moins succinctes, ne permettaient pas d'assurer un encadrement rigoureux.

Objectifs

Redéfinir le circuit et sécuriser la délivrance de sangsues aux services de soins.

Matériels et méthodes

Une revue de la littérature a permis de faire le point sur les indications, les modalités de stockage, d'entretien et d'élimination des sangsues. Une grille d'audit a ensuite été établie puis un état des lieux des pratiques réalisé auprès de l'équipe d'ouvriers professionnels de la pharmacie chargée de l'entretien des sangsues. Enfin nous avons confronté nos pratiques à d'autres établissements utilisateurs.

Résultats

L'audit a mis en évidence un manque de connaissance des modalités d'entretien au sein de l'équipe d'ouvriers professionnels. Aucun suivi n'était réalisé après réception à la pharmacie et les pratiques étaient hétérogènes. Concernant les trois centres hospitaliers contactés, ils avaient tous une gestion différente. Une procédure générale a donc été rédigée, rappelant les indications, les modalités de réception, de délivrance et d'entretien au sein de la pharmacie. Une traçabilité au lot, la mise en place d'une date de péremption, un changement d'eau des bocaux régulier et tracé, une dispensation nominative et des modalités de destruction ont été établis. Un poster reprenant ces informations pratiques a été édité et l'équipe formée aux changements de pratiques.

Discussion / Conclusion

L'absence de recommandations précises concernant le circuit des sangsues nous a incités à revoir nos pratiques et à établir une procédure encadrant toutes les étapes, de la réception à la destruction en passant par la délivrance, avec l'assurance d'une traçabilité. Il s'agissait là de sécuriser le circuit et d'asseoir une démarche qualité sur un produit peu commun : la sangsue.

Orateur : Tisserand F.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : qualité, sécurisation, sangsue

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000355

Déploiement et sécurisation de la dispensation individuelle nominative (DIN) des médicaments en forme orale sèche (FOS) grâce un automate

Hervy F.[(1)], Perron J.[(1)], Rousseau-Gautier A.[(1)], Huault-Quentel J.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Châteaubriant Nozay Pouance, Châteaubriant

Résumé

Contexte

Au sein du CH, après fusion des PUI des 3 sites géographiques mi-2017, plusieurs modes de dispensations des médicaments coexistent. Toutefois, l'informatisation de la prescription est déployée à 100 % et une analyse pharmaceutique de niveau 2 (selon la SFPC) est réalisée.

Objectifs

Sécuriser la prise en charge médicamenteuse.

Fournir une prestation harmonisée et de qualité de la DIN des médicaments pour 489 lits.

Optimiser la gestion des stocks de médicaments.

Recentrer le personnel sur leur cœur de métier.

Matériels et méthodes

Le choix de l'automate s'est porté vers le modèle ACCED 110CPU d'ECO-DEX® : un module de préparation des doses à administrer (surconditionnement et reconditionnement des FOS) + un module de préparation des piluliers (cueillette). L'automate a été installé en août 2017. Le déploiement de la DIN automatisée (DINA) a été réalisé de janvier 2018 à mars 2019.

Une Analyse de risques *a priori* a été réalisée. Au fur et à mesure du déploiement, un suivi de production a été mis en place : erreurs de production (COUPE, CUEILLETTE), fiche d'évènement indésirable et cahiers de transmissions, compte-rendu des réunions, demandes d'évolution logicielles, documentation qualité. Enfin, en réponse aux différents dysfonctionnements, des contrôles supplémentaires ont été ajoutés aux contrôles initiaux d'ECO-DEX®.

Résultats

Actuellement, 489 lits EHPAD/USLD sur 3 sites géographiques bénéficient de la DINA. Sur 6 mois, en moyenne 3 965 doses par jour ont été coupées. L'automate a réparti en moyenne par jour 3 875 doses dans 665 piluliers correspondant à 95 résidents/patients. En partenariat avec ECO-DEX®, un rapport de contrôle des erreurs potentielles des doses cueillies par l'automate a été développé. Ce rapport est édité par l'automate après chaque cueillette. De juin 2018 à mars 2019, l'automate a réparti 468 424 doses dans les piluliers et émis une alerte pour 3 598 doses (0,8 %). Sur ces 3 598 erreurs potentielles, 735 ont été avérées et contrôlées (taux d'erreur = 0,15 %). Malgré cela, 61 erreurs ont été déclarées par les services et non détectées par la PUI (0,01 % des doses cueillies). Enfin, un suivi des consommations des FOS hors stupéfiants montre une diminution de 70 677 doses dispensées sur 783 565 doses en 6 mois pour les 489 lits (réduction de 9 %).

Discussion / Conclusion

Le taux d'erreur obtenu après contrôle du rapport édité par l'automate est inférieur au taux annoncé par la société (0,4 %) et au taux décrit en DIN manuelle par d'autres centres (2,5-3 %). L'automate est donc un gage de qualité et de sécurité indéniables. Néanmoins, dans la pratique, des inconvénients ont été mis en évidence : fractions non réalisées par la PUI, ouverture chronophage des sachets. De nouvelles ré-organisations sont donc nécessaires (temps dédié pour la production des fractions à la PUI, évolution machine pour ne pas surconditionner les plaquettes de blisters unitaires).

Orateur : Huault-Quentel J.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Contrôle qualité, Automate, Dispensation et distribution de médicaments à l'hôpital

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000405

Erreurs médicamenteuses induites par l'informatisation des prescriptions : se servir du retour d'expérience pour améliorer le paramétrage du logiciel d'aide à la prescription

Pradelle A.[(1)], Borsato J.[(1)], Lardon A.[(1)], Hellot-Guersing M.*[(1)], Leromain A.-S.[(1)], Jarre C.[(1)], Gadot A.[(1)], Derharoutunian C.[(1)], Roubille R.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHG Lucien Hussel, Vienne

Résumé

Contexte

Dans notre Centre Hospitalier (CH) de 685 lits, les erreurs médicamenteuses induites par l'informatisation des prescriptions (EMI) sont signalées aux prescripteurs lors de l'analyse pharmaceutique. Elles sont recueillies et analysées depuis 2010 (1). Le paramétrage local du logiciel d'aide à la prescription (LAP) peut avoir un impact sur la qualité des prescriptions informatisées et la survenue d'EMI (2).

Objectifs

Analyser les EMI recueillies afin d'affiner le paramétrage informatique de notre LAP pour limiter l'occurrence de ces erreurs et sécuriser la prescription médicamenteuse.

Matériels et méthodes

Une extraction des EMI de l'année 2019 a été faite à partir de notre base locale sur EPI-INFO. Chaque EMI était caractérisée par son type, ses causes, le médicament impacté et sa correction par le prescripteur. Seules les erreurs portant sur des problèmes d'unité et d'omission d'arrêt ont été retenues afin de cibler celles qui pouvaient être prévenues par l'amélioration du paramétrage du LAP. Chaque EMI a été étudiée et une amélioration du paramétrage des fiches produit (FP) du LAP a été effectuée lorsque c'était possible.

Résultats

Sur les 23 077 ordonnances analysées en 2019, 1 073 EMI ont été détectées (4,6 %). Les erreurs d'unité (112 EMI, 10 %) et les omissions d'arrêt (78EMI, 7 %) arrivaient respectivement en 3ème et 5ème position en terme de fréquence, derrière les problèmes de case « apporté patient » non cochée (324 EMI, 30 %), et redondance de prescription (208 EMI, 19 %). Les erreurs d'unité concernaient 66 médicaments, et les omissions d'arrêt de traitement, 85 médicaments. Les améliorations du paramétrage du LAP qui portaient sur les problèmes d'unité ont été : 1) Suppression d'unités non sécuritaires (13 FP), 2) Modification de l'unité proposée par défaut (8 FP), 3) Ajout d'un commentaire au prescripteur pour aider à la conversion des unités (4 FP), 4) Ajout d'une posologie proposée par défaut (3 FP). Concernant les problèmes d'omission d'arrêt, 45 FP ont été modifiées pour rendre la date de fin de prescription obligatoire (9 FP) ou imposée à 1 jour (36 FP).

Discussion / Conclusion

Grâce à l'analyse des EMI nous avons ciblé les erreurs d'unité et d'omission d'arrêt de traitement afin d'optimiser le paramétrage de notre LAP, soit 17 % des EMI détectées en 2019. Les mesures de prévention mise en place ont porté sur le paramétrage de 28 FP pour les problèmes d'unité et de 45 FP pour les omissions de traitement. Une évaluation de ces mesures est prévue début 2021 pour en mesurer le bénéfice pour nos patients.

Références bibliographiques principales

(1) Hellot-Guersing M, Jarre C, Molina C et al. Erreurs médicamenteuses induites par l'informatisation de la prescription à l'hôpital : recueil et analyse sur une période de 4 ans. Ann Pharm Fr. 2016 Jan;74(1):61-70
(2) Reckmann MH, Westbrook JI, Koh Y, Lo C, Day RO. Does computerized provider order entry reduce prescribing errors for hospital inpatients? A systematic review. J Am Med Inform Assoc. 2009 Sep-Oct;16(5):613-23

Orateur : Hellot-Guersing M.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : prescription électronique, revues des pratiques de prescription des médicaments, erreurs de médication

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000309

Questions de nutrition : comment alimenter les connaissances sur le bon usage ?

Hyvert S.[(1)], Raphard A.*[(1)], Coursier S.[(1)], Chatillon F.[(1)], Haine M.[(2)], Bontemps H.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

[(2)] Service gériatrie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

Résumé

Contexte

Un audit sur la nutrition artificielle (NA) a mis en évidence des lacunes dans les connaissances des infirmiers au sein de notre centre hospitalier. Des ateliers ludiques à leur intention ont été réalisés pour rappeler les points clés du bon usage. Mais quel est l'état des connaissances du personnel pharmaceutique (PP) ? La dispensation des produits de NA est une de leur mission, des acquis solides sont donc nécessaires pour assurer qualité et efficience dans la prise en charge des patients dénutris.

Objectifs

L'objectif est d'évaluer les connaissances sur la NA au sein du personnel pharmaceutique (PP).

Matériels et méthodes

Un questionnaire a été élaboré pour tester les connaissances du PP. Il comportait 19 Questions à Choix Multiple (QCM) en 3 parties : 6 QCM de connaissances générales, 7 QCM sur la Nutrition Entérale (NE) et 6 QCM sur la Nutrition Parentérale (NP). Les participants étaient les pharmaciens hospitaliers (PH) et les préparateurs en pharmacie (PPH). Les réponses ont été corrigées selon un barème préétabli : aucune erreur sur le QCM rapporte 5 points, une erreur rapporte 3 points, deux erreurs rapportent 1 point et au-delà le QCM ne rapporte pas de point. Chaque note est ensuite rapportée sur 20.

Résultats

Quatre PH (80 %) et huit PPH (47 %) ont participé aux questionnaires. La moyenne générale est de 10,6/20 (13,6/20 pour les PH et 9,1/20 pour les PPH). La moyenne en connaissance générale est de 13,6/20, celle de la partie NE est de 9,8/20 et celle de la NP est de 10,2/20. Les connaissances de base sont assimilées : éligibilité des patients à la NA (18/20), différence d'administration de la NE et la NP (12,5/20). En revanche, des notions sont moins connues : types de NE (7,8/20) et de NP (5,3/20) disponibles sur le marché ; supplémentation impossible dans les poches de NE (11,3/20) ; modalités d'administration des médicaments avec la NE (6,3/20) et supplémentation de la NP (10,6/20).

Discussion / Conclusion

Si certaines notions de base semblent maitrisées, des lacunes sur des connaissances essentielles ont été mises en évidence. Etant donné les sollicitations régulières des soignants sur le conseil et l'administration des traitements concomitants à la NA, ces éléments doivent être maitrisés. Ainsi, une correction détaillée du questionnaire a été organisée sous forme de formation continue. Un outil d'aide à la dispensation a été créé et mis à disposition du PP. Il sera nécessaire de refaire le questionnaire à distance afin de mesurer l'impact de la formation et de l'outil pratique mis en place.

Orateur : Raphard A.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Nutrition Parentérale, Nutrition Entérale, Formation Continue en Pharmacie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000467

Ceftriaxone et Cefotaxime : une confusion fréquente ?

Gamel A.*[(1)], Colombat S.[(1)], Bordes C.[(1)], Fouquier B.[(1)], Lazzarotti A.[(1)], Malbranche C.[(1)], Gougeard A.[(1)]

[(1)] Pôle pharmaceutique, CHU Dijon, Dijon

Résumé

Contexte

Ceftriaxone et cefotaxime sont deux céphalosporines de troisième génération (C3G) appartenant à la liste des antibiotiques critiques de l'ANSM du fait de la génération de résistances bactériennes et présentant un rythme d'administration différent du fait de leur demi-vie : longue pour ceftriaxone, courte pour cefotaxime. Dans notre établissement, plusieurs cas de confusions entre ces deux dénominations communes internationales (DCI) ont déjà été interceptés via l'analyse pharmaceutique (AP). Les conséquences de cette confusion étant des erreurs posologiques à impact écologique majeur (concentrations sub-inhibitrices ou surexposition) et potentiellement à risque pour le patient (inefficacité clinique ou effet secondaire), une AP exhaustive des prescriptions de ces deux antibiotiques a été mise en place.

Objectifs

Evaluer la fréquence de confusion entre ces deux DCI et s'assurer de la pertinence de notre dispositif d'analyse.

Patients et méthodes

Sur l'année 2019, toutes les prescriptions de cefotaxime et ceftriaxone ont été analysées. Un risque de confusion était suspecté lorsque la fréquence d'administration était supérieure à deux fois par jour pour ceftriaxone et inférieure à trois fois par jour (sauf adaptation à la fonction rénale) pour cefotaxime. Dès que le risque de confusion était identifié, une intervention pharmaceutique (IP) était transmise à l'oral par appel du prescripteur et à l'écrit via le logiciel d'aide à la prescription. La pertinence du dispositif était évaluée à partir des critères suivants : délai d'interception de la confusion, taux d'acceptation des IP formulées.

Résultats

En un an, 31 IP ont été formulées, respectivement 14 pour ceftriaxone et 17 pour cefotaxime, soit en moyenne 1 confusion tous les 12 jours entre ces deux DCI. Le taux d'acceptation global auprès des prescripteurs était de 90 % (n = 28) : 93 % pour ceftriaxone et 88 % pour cefotaxime. La durée moyenne de traitement avec la confusion était de 2,10 jours [0 ; 7] : en moyenne 2,7 jours pour ceftriaxone et 1,6 jours pour cefotaxime.

Discussion / Conclusion

Dans notre établissement, la fréquence de confusion semble modérée. Une sous-estimation existe lorsque les prescripteurs identifient l'erreur et la corrigent avant AP. Du fait de l'impact clinique et écologique majeur des confusions, les IP sont bien acceptées, le long délai d'acceptation s'expliquant par les prescriptions du week-end. La spécialité, peut-être mieux connue des prescripteurs, pourrait être précisée dans le libellé informatique de ces deux C3G afin de limiter les confusions.

Orateur : Gamel A.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Anti-infectieux, Gestion responsable des antimicrobiens, Céphalosporines

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000408

Évènements indésirables médicamenteux (EIM) dans un hôpital psychiatrique : les analyser pour améliorer les pratiques

Foreau M.*[(1)], Chaupin A.[(1)], Jullien A.[(2)], Segonds M.[(1)], Bonnet L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Gérard Marchant, Toulouse

[(2)] Pharmacie, CHU Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse

Résumé

Contexte

Depuis 2017, dans l'objectif d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (PECM), des revues de morbi-mortalités (RMM) pluridisciplinaires systématiques sont réalisées pour chaque EIM déclaré. Elles sont encadrées par un binôme pharmacien/préparateur et analysées à l'aide d'une grille institutionnelle qui repose sur la méthode d'analyse des causes ALARM (Association of Litigation And Risk Management).

Objectifs

Analyser les EIM sur 2 ans afin d'objectiver les erreurs les plus communes, les situations à risques, les processus de la PECM impactés et les actions proposées.

Patients et méthodes

Dans cette étude rétrospective, nous avons réalisé une analyse descriptive de tous les comptes rendus (CR) de RMM de février 2017 à juin 2019. La classe thérapeutique du/des médicament(s) concerné(s), la forme galénique, le moment de prise, la nature de l'erreur, les principales causes et les actions d'amélioration proposées ont été recensés.

Une évaluation des processus de la PECM impactés par l'EIM a été effectuée.

Résultats

44 CR de RMM ont été exploités. Les médicaments du système nerveux sont les plus impactés (66 %). Les solutions buvables (41 %) sont les formes les plus à risque d'EIM. C'est le matin (39 %) que l'on observe le plus d'erreurs.

L'analyse des causes (N = 172) retrouve des facteurs liés : à l'environnement (21 %), aux tâches (19 %), au patient (17 %) et à l'organisation (16 %).

Les principales actions d'amélioration (N = 84) consistent : au rappel des bonnes pratiques (39 %), à une modification de l'organisation (26 %), à la diffusion de mode opératoire et/ou de document de pratique professionnelle (24 %).

Tous les EIM déclarés concernent le processus administration. Les sous processus impactés (N = 67) sont le contrôle préalable patient/prescription/produit (45 %), et l'administration proprement dite (36 % : interruption de tâches, répartition des tâches, non surveillance de la prise).

Discussion / Conclusion

Au décours de cette analyse, on peut dégager plusieurs axes d'amélioration communs à présenter à l'ensemble des acteurs de la PECM. La prescription de solutions buvables à réévaluer plus rapidement (remplacement par des comprimés), modifier l'environnement pour améliorer le respect de la règle des 5B, en particulier le matin.

Ces résultats seront intégrés dans un module e-learning « gestion des risques de la PECM » actuellement en cours d'élaboration.

Seules les erreurs d'administration sont analysées ici, il conviendrait, pour améliorer la qualité de réaliser le même travail pour l'ensemble de la PECM en y ajoutant les erreurs de prescriptions et de dispensation, déclarées sous un autre format.

Orateur : Foreau M.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Gestion des risques, Sécurité des patients, Amélioration de la qualité

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000342

Retour d'expérience sur le circuit du plasma traité par solvant-détergent : analyse des non-conformités à un an d'expérience

Argouet L.[(1)], Darrodes M.*[(1)], Camps E.[(1)], Bonan B.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Foch, Suresnes

Résumé

Contexte

La dispensation du plasma traité par solvant-détergent (SD) au sein de notre établissement est basée sur un modèle de décongélation anticipée grâce à la prescription réalisée la veille de l'administration. Dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un suivi prospectif des non-conformités (NC) de cette nouvelle activité a été mis en place.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'analyser les NC du circuit du plasma SD à un an d'expérience.

Matériels et méthodes

Une NC est définie comme tout écart propre à notre processus, c'est à dire tout évènement déviant par rapport aux procédures validées sur l'ensemble du circuit (de l'approvisionnement à l'administration) incluant l'organisation par anticipation. Ces NC sont collectées au sein d'un fichier Excel®. Chaque NC est caractérisée par son étape, le détail de l'évènement et les actions réalisées. Les conséquences pour le patient et le process sont également recueillis. Une analyse comparative des NC aux données d'activités extraites de Propharma®, sur la période du 30/10/18 au 01/12/19, a été réalisée.

Résultats

Sur l'ensemble du circuit du plasma SD, le nombre total de NC est de 63. 65 % des NC concernent l'approvisionnement, dont 54 % sont liées à la réception de plasma SD avec l'enregistreur de température en alarme. La décongélation représente 11 % des NC, dont 86 % sont liées à un défaut qualité des poches de plasma SD. La prescription et l'administration correspondent chacune à 9.5 % des NC du circuit. 33 % des prescriptions sont non conformes car le délai d'anticipation n'a pas été respecté. Pour 3 patients, l'administration a été décalée dans le temps avec une réattribution des poches. Les NC d'équipements ne représentent que 5 % des NC totales. Mais une de ces NC a engendré la destruction de 66 poches de plasma SD du fait d'une panne du congélateur. Au total, parmi les 1 730 poches réceptionnées, 85 ont dû être détruites : 77.8 % liées à la panne du congélateur ; 12.8 % liées aux défauts qualité ; 4.7 % liées à une erreur de décongélation et 4.7 % liées au modèle de décongélation anticipée.

Discussion / Conclusion

Sur les 1 400 poches décongelées, seules 4 poches ont dû être détruites car la réattribution n'a pu être possible. Le suivi prospectif des NC nous a donc permis de valider notre modèle de décongélation anticipée. De plus, nous avons pu identifier les dangers génériques liés à la mise en place du circuit de dispensation du plasma SD et déployer une démarche de gestion de risques en proposant des solutions adaptées à chaque type de NC.

Orateur : Darrodes M.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Gestion des risques, Non-conformité, Plasma SD

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000431

Une démarche de sensibilisation des neurochirurgiens à la prise en charge médicamenteuse

Crequit C.*[(1)], Snobbert E.[(1)], Leroy S.[(1)], Devaux B.[(2)], Advenier-Iakovlev E.[(1)]

[(1)] Pharmacie, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Paris

[(2)] Service de neurochirurgie, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Paris

Résumé

Contexte

Dans le cadre d'une démarche de sensibilisation à la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECMED), la pharmacie mènent depuis 3 ans des actions spécifiques auprès des neurochirurgiens, peu sensibilisés jusqu'alors à la PECMED. En 2017-2018, une démarche d'analyse de risques via les interventions pharmaceutiques (IP, messages des pharmaciens lors de l'analyse pharmaceutique) a permis d'initier un dialogue avec les chirurgiens, notamment grâce à la présentation de cas concernant leur service et des actions concrètes qui en ont découlées. Les chirurgiens ont ainsi intégré par exemple l'importance de la formation au logiciel de prescription, en percevant que c'est aussi un temps d'information sur la PECMED pour leurs internes.

Objectifs

L'objectif est de mesurer la sensibilisation des médecins et internes à la PECMED.

Patients et méthodes

Afin de mesurer la sensibilisation des médecins et internes à la PECMED, et le maintien de celle-ci, une évaluation par un questionnaire a été menée en octobre 2018 puis mai 2019 sur leur intérêt pour les IP et leurs connaissances concernant les traitements personnels des patients (TP) qui étaient une des première causes d'IP.

Résultats

Le taux de réponse a été de 64 % les 2 années. Les mêmes neurochirurgiens étaient présents, mais les internes avaient changé. Les résultats sur l'intérêt pour les IP ont baissé. En 2018, 86 % des réponses confirmaient leur lecture systématique ou fréquente, pour 58 % en 2019, la lecture « rare » passant de 14 % à 42 %. Leur utilité est toujours jugée positivement, mais « souvent » est maintenant plus cité que « toujours ». En 2018, un problème était considéré évité grâce à l'IP « souvent » pour 57 %, contre 14 % en 2019. Par contre les prescriptions sont plus modifiées après une IP : 58 % en 2018, 85 % en 2019. Les TP sont bien identifiés en 2018 et 2019, ainsi que la conduite à tenir en pratique et dans le logiciel de prescription, surtout pour les internes (attitude pratique à tenir : 100 % connue pour les internes en 2019).

Discussion / Conclusion

Ces 2 évaluations montrent une attitude ambigüe des médecins concernant les IP. Ils déclarent moins les lire et les trouvent moins utiles, surtout les internes. La perception des problèmes évités est aussi moins bonne. Cependant ils déclarent modifier leur prescription suite à une IP plus souvent qu'en 2018. Cette prise en compte augmentée traduit une acceptation des IP dans leur pratique, mais les autres réponses reflètent un ressenti probable de remise en cause de leur travail, les poussant à minimiser l'intérêt des IP. Les réponses sur la gestion des TP sont très bonnes, notamment chez les internes, car cela impacte leur activité quotidienne, ce qui les motive.

Ce travail montre que l'impact positif d'une formation doit être entretenu par la répétition des formations et de nouvelles actions, les plus concrètes possibles. Une communication régulière à l'ensemble des prescripteurs de neurochirurgie sur les problèmes ayant entraînés les IP est amorcée. Plus globalement, à l'échelle de l'établissement, une formation à la gestion des risques serait intéressante pour les internes.

Orateur : Crequit C.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : sensibilisation, prise en charge médicamenteuse, intervention pharmaceutique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000135

Amélioration de la couverture vaccinale antigrippale : merci les pharmaciens !

Benoît A.*[(1)], Hoskovec C.[(2)], Rieu C.[(2)], Lacassin F.[(3)], Rougier C.[(4)]

[(1)] Pharmacie clinique, CH Mont-de-Marsan - Site Layné, Mont-de-Marsan

[(2)] Pharmacie, CH Mont-de-Marsan - Site Layné, Mont-de-Marsan

[(3)] Infectiologie, CH Mont-de-Marsan - Site Layné Mont-de-Marsan

[(4)] Hygiène, CH Mont-de-Marsan - Site Layné, Mont-de-Marsan

Résumé

Contexte

Au vu des faibles taux de vaccination grippale du personnel soignant de notre établissement, infectiologues et pharmaciens ont décidé ensemble de coordonner et de mener des actions d'amélioration.

Objectifs

L'objectif est d'augmenter le pourcentage de personnel vacciné contre la grippe en informant et en combattant les idées reçues afin de limiter la transmission nosocomiale du virus et de protéger les patients.

Matériels et méthodes

Outre la possibilité de vaccination par le service de santé au travail, nous avons organisé des rencontres dans les unités de soin, « cafés vaccins », permettant à la fois d'informer, de sensibiliser, de démentir les idées reçues et d'assister l'infectiologue dans l'acte de la vaccination en assumant tout l'aspect logistique.

Parallèlement, pour les services souhaitant réaliser eux-mêmes la vaccination de leur personnel sous la responsabilité médicale, nous avons assuré la délivrance des doses vaccinales et le suivi rigoureux des traçabilités des administrations. Chaque délivrance a été accompagnée de supports d'information (affiches, flyers, badges) et des conseils oraux.

Résultats

Sur 2 080 soignants, 607 vaccinations grippales (29.2 %) ont été réalisées. 508 ont été rendues possible grâce à notre implication : les « cafés vaccin » ont permis à 243 personnels de toutes catégories professionnelles de recevoir une information éclairée et de se faire vacciner et 265 vaccins ont été délivrés directement dans les unités de soin.

Par rapport à la campagne vaccinale 2018/2019, on constate une augmentation de 45 % et une de 70 % pour la campagne 2017/2018.

Discussion / Conclusion

Ces chiffres, meilleur que la moyenne nationale [1], montrent l'impact de notre implication par la simplification du circuit de vaccination et une amélioration de la couverture vaccinale en apportant des réponses au personnel réfractaire à la vaccination.

En définissant comme action prioritaire la vaccination grippale du personnel, en nous rendant disponibles, en étant au plus près des équipes soignantes et en assistant le médecin infectiologue dans les séances de vaccination, nous avons renforcé notre rôle d'acteur incontournable dans la prévention des infections nosocomiales.

Par notre accessibilité à tous les services, par nos connaissances et par notre neutralité au sein des équipes de soin, nous pourrions être un atout lors des campagnes vaccinales antigrippales. Nous aurions peut-être aussi un rôle à jouer en participant à l'administration des doses vaccinales après une formation complète sur l'acte de la vaccination.

Références bibliographiques principales

[1] https://www.ameli.fr/etablissement/sante-prevention/vaccination-grippe-saisonniere/vaccination-grippe-saisonniere
[1] https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/vaccination-des-soignants-contre-la-grippe-le-senat-favorable-lobligation

Orateur : Benoît A.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Nosocomiale, Grippe, Vaccination

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000061

Le Management Bienveillant : l'adhésion d'une équipe et une nouvelle force à disposition des performances de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)

Vidal F.[(1)], Merlet M.*[(2)], Rucheton A.[(3)], Malot J.[(1)], Théron F.[(2)], Gelas C.[(2)], Vandewoestyne S.[(2)], Lacaud F.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Dax-Côte d'Argent, Dax

[(2)] Pharmacie, CH Dax-Côte d'Argent, Dax

[(3)] Stérilisation, CH Dax-Côte d'Argent, Dax

Résumé

Contexte

Comment améliorer les performances, la qualité de vie au travail (QVT) d'une équipe ? Par le management dit bienveillant. Il consiste à accompagner l'équipe par une attitude humaniste, positive, de confiance, de respect et d'écoute. Il s'appuie sur des piliers : écoute/disponibilité - objectifs cohérents/atteignables - personnalisation/reconnaissance/droit à l'erreur. Depuis 2014, ce management se développe à la PUI. Il a pris toute sa dimension avec la mise en place d'une autoévaluation (AE) dans le cadre des entretiens d'évaluation des préparateurs (PPH) et magasiniers (MG). Comment PPH/MG ont-ils perçu cette AE ? Comment apprécient-ils ce management ?

Objectifs

Mesurer la satisfaction de la mise en place de ce type de Management et la QVT.

Matériels et méthodes

Début 2018, plusieurs réunions de travail ont eu lieu entre le pharmacien responsable de service (PRS) et la cadre de santé (CDS). De ces réunions est née une fiche d'AE composée de 4 domaines (D). D1 : AE avec points forts, points d'efforts, objectifs à atteindre, évolution professionnelle envisagée, D2 : Savoir être, D3 : Compétences et savoir-faire, D4 : fonctionnement de service. La fiche a été donnée aux PPH/MG pour autoévaluation quelques jours avant une rencontre de 30 min à 1 h 30 avec le PRS et la CS. Une enquête de satisfaction anonymisée (ESA) à 5 questions a été donnée aux PPH/MG un mois après les rencontres. Une seconde AE et un comparatif/suivi ont eu lieu durant l'été 2019. Une enquête QVT simplifiée anonymisée a été donnée aux PPH/MG fin 2019.

Résultats

En 2018, 100 % des PPH/MG (13) ont été audités et ont répondu à l'ESA. 85 % des PPH/MG ont trouvé la méthode des points forts et points d'efforts très satisfaisante/satisfaisante (TS/S). 85 % des PPH/MG ont jugé la méthode d'autoévaluation TS/S. 85 % des PPH/MG et 100 % des AS ont jugé l'écoute de la hiérarchie TS/S. 92 % des PPH/MG ont jugé les échanges avec la hiérarchie TS/S. En 2019, 77 % des PPH/MG (10/13) ont participé à l'enquête QVT. 100 % ont jugé les conditions de travail à la PUI TS/S. 50 % ont jugé que la QVT s'est améliorée, 30 % inchangée et 12,5 % ne sait pas car arrivée trop récente à la PUI. 100 % des PPH/MG présents avant 2014 (7/7) ont jugé le nouveau management TS/S. La QVT moyenne était de 8.1/10.

Discussion / Conclusion

Ce management bienveillant montre son adhésion. Son utilisation a apporté une connaissance personnalisée de chaque professionnel, la création des PPH référents, la mise en place d'objectifs cohérents et atteignables et l'intégration des PPH/MG à des projets. Ce management doit être non brutal pour faire évoluer les précédents ancrages, pour gagner la confiance et l'adhésion de l'équipe. On observe désormais des PPH/MG volontaires et force de proposition face à certaines situations. En prévision du nouveau diplôme d'études spécialisées, ce management et AE sont appliqués à l'interne en pharmacie depuis 2019. Les pharmaciens se sont désormais positionnés pour participer à des formations management.

Orateur : Merlet M.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Qualité de vie, Satisfaction, Management

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000089

Associations formellement contre-indiquées : faut-il revoir le système d'alerte des logiciels d'aide à la prescription / dispensation ?

Felker G.*[(1)], Tabbo A.[(2)], Banide M.-C.[(3)], Ripoll F.[(4)], Reggio P.[(1)]

[(1)] Pôle pharmacie, Direction Régionale du Service médical PACA Corse, Marseille

[(2)] Pharmacie, APHM - Hôpital Sainte Marguerite, Marseille

[(3)] Service datim, Direction Régionale du Service médical PACA Corse, Marseille

[(4)] Pôle accompagnement, Direction Régionale du Service médical PACA Corse, Marseille

Résumé

Contexte

Selon le rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament, les effets indésirables (EI) génèrent chaque année en France plus de 1,28 million de journées d'hospitalisation et 10 000 décès, dont une part importante est évitable.

Objectifs

Dans le cadre des actions menées par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie pour lutter contre la iatrogénie médicamenteuse, l'objectif de cette étude est de dresser une analyse des prescriptions avec associations formellement contre-indiquées (AFCI).

Matériels et méthodes

L'analyse a été menée sur les données de remboursement de prescriptions délivrées en ville du 01/01/19 au 31/03/19 sur le département. Cinq AFCI, identifiées par l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé comme étant les plus graves et fréquemment rencontrées en médecine générale, ont été retenues pour l'étude :

- Colchicine / macrolides : majoration des EI potentiellement fatals de la colchicine ;
- Antivitamines-K (AVK) / Miconazole : majoration du risque hémorragique ;
- Azathioprine / hypouricémiant : majoration des EI de l'azathioprine ;
- Méthotrexate (MTX) / acide acétylsalicylique à doses anti-inflammatoires majoration des EI du MTX ;
- Domperidone (DPD) / Amiodarone, Cyamémazine, Hydroxyzine ou Sotalol : majoration du risque torsadogène.

Résultats

Au total, 250 ordonnances comportant l'une des 5 AFCI ont été délivrées par 165 pharmacies dont 45 ont renouvelé la délivrance au moins 1 fois. Une seule ordonnance notifiait l'appel au médecin. Les ordonnances de DPD sont les plus nombreuses (191 ordonnances sur 250), associée le plus fréquemment à l'Hydroxyzine (39,2 %) et l'Amiodarone (23,6 %). Les AFCI colchicine-macrolides représentent 21,6 % des délivrances. Les AFCI avec AVK ou médicament cytotoxique sont beaucoup moins nombreuses (1,2 % et 0,8 %).

Discussion / Conclusion

Bien que connues pour générer des interactions médicamenteuses graves, des AFCI de molécules cytotoxiques et d'AVK sont délivrées. La majorité des AFCI retrouvées concerne des molécules non cytotoxiques, sans marge thérapeutique étroite et d'indication banale telle la DPD. Ces caractéristiques anodines abaissent la vigilance portée sur ces molécules, les rendant d'autant plus redoutables. En dépit des systèmes d'alerte informatisés censés les prévenir, des AFCI sont toujours délivrées. Dans les faits, les prescripteurs et les pharmaciens déconnectent souvent ces systèmes qui génèrent une multitude d'alertes sonores et visuelles, pour des EI allant de la simple précaution d'emploi à l'AFCI. Ainsi, la sensibilité et l'exhaustivité des signalements des systèmes sont responsables de leur non-utilisation. Une solution pourrait être que ces systèmes d'alerte soient livrés et installés avec un paramétrage par défaut ne ciblant que les AFCI.

Orateur : Felker G.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Pharmacologie, Toxicité médicamenteuse, Effets indésirables

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000121

L'escape game : un moyen ludique pour sensibiliser les soignants aux erreurs médicamenteuses en pédiatrie

Delaye C.*(1), Guerin A.(1), Postaire M.(1), Sabatier B.(2), Borowik A.(2)

(1) Pharmacie, APHP - Hôpital Necker, Paris

(2) Pharmacie, APHP - Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris

Résumé

Contexte

Dans le cadre de la semaine "sécurité patient 2019" de notre établissement nous avons souhaité animer un *escape game* (EG) sur les erreurs médicamenteuses en pédiatrie. En effet, les médicaments restent impliqués dans 1/3 des évènements indésirables graves liés aux soins. L'EG lui, est un concept récent, ludique et attractif pour la formation continue des personnels soignants. Il se prête parfaitement à un atelier de simulation en santé, domaine qui a montré améliorer les compétences des acteurs de santé.

Objectifs

Mettre en place un EG adapté et ciblé sur les risques liés à l'administration des médicaments en pédiatrie.

Matériels et méthodes

Dans un EG, les participants sont enfermés dans une salle et doivent suivre un jeu de pistes et d'énigmes pour en sortir dans le temps imparti. Le scénario, issu d'un EG déjà animé dans notre groupement hospitalier, a été adapté en fonction des évènements indésirables réellement déclarés dans notre hôpital afin d'aborder 4 thèmes : identitovigilance (n = 1), bonnes pratiques de gestion des formes médicamenteuses orales (n = 2), rangement (n = 1) et confusion de spécialités (n = 1). L'EG se déroulait dans une chambre de patient reconstituée. Chaque équipe de participants avait pour objectif d'administrer les bons traitements au bon patient puis de trouver comment sortir de la chambre en moins de 15 minutes. 2 observateurs étaient présents et notaient la progression de chaque énigme. A la fin de la session, un temps d'échange permettait de reprendre le scénario et de reformuler les messages clefs.

Résultats

30 équipes, (81 soignants), ont participé à l'EG (36 % d'infirmiers, 10 % de préparateurs en pharmacie, 9 % de pharmaciens, 12 % de cadres de santé, 32 % d'aides-soignants et 1 % de médecins). 97 % (n = 29) des équipes sont parvenues à sortir de la salle en moins de 15 minutes dont 23 % (n = 7) sans aucune aide des observateurs. 43 % (n = 13) des équipes ont bénéficié d'un indice, 27 % (n = 8) de deux indices et 7 % (n = 2) de 3 indices ou plus.

Les énigmes les moins maitrisées sont liées à : la confusion de spécialités Fer Sandoz®/Ferinject® (taux d'échec de 33 %) et l'utilisation du Doliprane® sirop à usage multiple sans date de péremption (taux d'échec de 17 %).

Discussion / Conclusion

L'EG a remporté une franche adhésion des soignants qui ont largement participé. Il permet de sensibiliser les professionnels aux erreurs médicamenteuses via des messages ciblés à leur pratique. Le retour très positif des participants nous incite à pérenniser cette démarche.

Références bibliographiques principales

Bonnabry P. Apprentissage professionnel : Pédagogie innovante, de quoi parle-t-on ? SFPC 2020, Marseille 26-29 janvier 2020

Orateur : Delaye C.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : pédiatrie, compétence, personnel infirmier

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000468

Pharmacovigilance en gériatrie : analyse de la sévérité et de l'évolution des effets indésirables médicamenteux déclarés en milieu hospitalier

Terle J.[(1)], De La Gastine B.[(2)], France M.[(3)], Garreau R.*[(3)], Goutelle S.[(3)], Bourguignon L.[(3)]

[(1)] Pharmacie, ISPB - Faculté de pharmacie de Lyon, Lyon

[(2)] Unités de longs séjours gériatriques, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

[(3)] Pharmacie, HCL - Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon

Résumé

Contexte

L'utilisation des médicaments chez les patients âgés expose à un risque important d'effets indésirables dont les causes sont bien décrites : altération de la pharmacocinétique, fragilité, polymédication. Des déclarations de pharmacovigilance (PV) doivent être réalisées, à minima pour les effets indésirables graves et/ou inattendus. Si une centralisation des déclarations est faite au niveau régional et national, les analyses à l'échelle d'un établissement sont peu nombreuses.

Objectifs

L'objectif de cette étude était d'analyser les déclarations de PV réalisées au sein d'un établissement de gériatrie, et de rechercher des facteurs associés à la gravité et à l'évolution des évènements déclarés.

Matériels et méthodes

L'ensemble des déclarations centralisées par une PUI desservant 500 lits de gériatrie a été analysé, sur une période de sept ans (2013-2019). Les informations du formulaire de déclaration, ainsi que les résultats du codage dans le système national de pharmacovigilance ont été utilisés pour l'analyse. Un recodage des variables a été réalisé pour les médicaments (classe ATC) et pour l'évolution (guérison, en cours, séquelles, décès). Une recherche des relations entre les variables disponibles et la gravité de l'effet observé et l'évolution du cas a été réalisée par un test du Chi 2, en utilisant le logiciel JASP.

Résultats

Au total, 103 déclarations ont été analysées, concernant 72 femmes et 31 hommes, d'âge moyen égal à 85.5 ans. La polypathologie (au moins deux comorbidités) concernait 91.3 % des patients, et la polymédication (au moins deux médicaments) 97.1 % des patients. Les classes ATC les plus représentées dans les médicaments suspects étaient la classe J (anti-infectieux : 28 %), la classe N (système nerveux : 24 %), et la classe B (sang et organes hématopoïetiques : 24 %). Les organes cibles les plus touchés étaient le sang (19 %), la peau (17 %) et le système nerveux central (17 %). L'évolution a été fatale dans 5.6 % des cas. Une relation statistiquement significative a été retrouvée entre le sexe et l'évolution du cas ($p < 0,05$), l'ensemble des décès observés concernaient des femmes. A l'inverse, aucune relation n'a été mise en évidence entre le degré de polypathologie ou de polymédication et l'évolution de l'évènement.

Discussion / Conclusion

Nos résultats ne sont que partiellement similaires à ceux observés en ambulatoire dans la population âgée : forte représentation des anticoagulants, mais absence de signalement portant sur les anti-inflammatoires, et place importante des anti-infectieux dans les effets signalés. Dans cette cohorte, le nombre de comorbidités et le nombre de médicaments pris par les patients ne semblent pas liés à la gravité de l'évènement indésirable.

Orateur : Garreau R.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Surveillance des médicaments, Gériatrie, Pharmacovigilance

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000478

Analyse globale des risques du circuit « sécurité sociale – hôpital » des médicaments anticancéreux en Tunisie

Hamida S.[(1)], Zribi K.*[(2)]

[(1)] Direction des médicaments, Caisse Nationale d'Assurance Maladie de Tunisie, Tunis Montplaisir, Tunisie

[(2)] Pharmacie, CHU Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Résumé

Contexte

En Tunisie, les anticancéreux (AC) sont pris en charge par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) après accord préalable de celle-ci pour tous les assurés sociaux et leurs ayants droits. Ces médicaments sont livrés par les pharmacies des polycliniques de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) directement au patient générant des risques aussi bien pour le patient que pour le soignant.

Objectifs

L'objectif de notre étude est de proposer des actions d'amélioration afin de réduire le risque pour le patient et le soignant à travers une analyse globale des risques (AGR) du circuit des anticancéreux CNAM – hôpital.

Matériels et méthodes

Une analyse globale des risques a été menée sur le circuit des anticancéreux CNAM - hôpital : depuis la prescription jusqu'à l'acheminement du médicament par le patient vers l'hôpital pour administration.

L'analyse s'est déroulée sur 6 mois (de janvier à juin 2017).

La composition du groupe de travail est pluridisciplinaire et pluri professionnelle, impliquant des représentants des différentes structures faisant partie du processus. Des échelles de gravité et de vraisemblance ont été définies pour élaborer la matrice de criticité.

Résultats

L'analyse fonctionnelle a permis de définir 3 phases, 7 fonctions et 25 sous-systèmes.

La cartographie des dangers nous a permis de dégager 28 situations de priorité 1 et 11 situations de priorités 2. L'AGR scénarios a permis de décrire un total de 42 scénarii, 35,7 % étaient de criticité 3, 59,5 % de criticité 2 et 4,8 % de criticité 1.

La phase la plus à risque était la phase de traitement des bordereaux à la polyclinique CNSS.

Les dangers les plus à risque étaient le management organisationnel, le management stratégique, et le management des ressources humaines.

Après mise en place de 38 actions de réduction des risques, 61,9 % des scénarii ont présenté une criticité 1 et 38,1 % une criticité 2 amenant à prévoir des actions de gestion du risque résiduel.

Discussion / Conclusion

La mise en place des différentes actions de réduction des risques, a permis de réduire considérablement les criticités initiales. Une nouvelle AGR permettrait à postériori d'évaluer l'efficacité de ces actions.

Références bibliographiques principales

C. David, P. Mazaud, M. Dambrine, et al. Gestion des ruptures d'approvisionnement de médicaments dans un établissement de santé ; Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien 2017:1-12
Pascal Bonnabry, Laurence Cingria, Monique Ackermann et al. Use of a prospective risk analysis method to improve the safety of the cancer chemotherapy process; International Journal for Quality in Health Care 2006; Volume 18, Number 1: pp. 9–16
Carrez L, Falaschi L, Cingria L et al. Organisation et sécurisation du circuit des chimiothérapies : Exemple de la pharmacie des Hôpitaux Universitaires de Genève ; Pharmactuel 2014;47

Orateur : Zribi K.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : assurance maladie, antinéoplasiques, gestion du risque

Pays où le travail est effectué : Tunisie

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000535

Démarche d'optimisation de la sécurisation de la dispensation nominative en hospitalisation à domicile

Courouble J.*[(1)], Benabderrahmane N.[(1)], Wileczek A.[(1)], Scalbert P.[(1)], Lefebvre A.[(2)], Decourcelle C.[(2)], Floret E.[(3)]

[(1)] Pharmacie, CH Saint Philibert, Lomme

[(2)] Pharmacie, CH Saint Philibert, Lomme

[(3)] Pharmacie, Comité Établissement, CH Saint-Philibert, Lomme

Résumé

Contexte

Malgré l'existence d'un double-contrôle, plusieurs erreurs médicamenteuses sont survenues lors de la dispensation nominative en Hospitalisation A Domicile (HAD) dans les derniers mois, une démarche d'optimisation de la sécurisation de cette étape du circuit du médicament s'est donc avérée nécessaire.

Objectifs

Améliorer les outils pédagogiques en vue d'optimiser la formation des Etudiants en 5ème Année Hospitalo-Universitaire (E5AHU) chargés du double-contrôle de la dispensation nominative en HAD.

Matériels et méthodes

A partir de l'analyse des erreurs médicamenteuses, plusieurs outils de formation des E5AHU ont été créés. Une boîte des erreurs constituée d'un traitement préparé pour un patient fictif dans lequel plusieurs erreurs médicamenteuses doivent être détectées par l'étudiant en formation. Une fiche réflexe pour le double-contrôle de dispensation a été élaborée reprenant les points d'attention majeurs.

Résultats

La boîte des erreurs a été constituée de différents types d'erreurs touchant l'identitovigilance, les erreurs de dose, de voie d'administration, de rupture de la chaîne du froid, de péremption, de médicament non-approprié et divers erreurs administratives. Il est possible de citer l'acide tranexamique en ampoule buvable au lieu d'injectable, l'enoxaparine au lieu de la tinzaparine, le fer injectable contre-indiqué au sein de notre HAD et l'oracilline orale au lieu de l'orbénine injectable. Dix-neuf erreurs ont été incluses dans la boîte des erreurs.

La fiche réflexe sous forme de check-list a été établie en reprenant des points d'attention sur l'identitovigilance, le contrôle des médicaments et les documents à adjoindre au traitement. Cette fiche accompagne les E5AHU pendant la première semaine où ils sont amenés à contrôler les dispensations.

Une procédure de double-contrôle a été rédigée sous la forme de questions-réponses et d'un logigramme reprenant l'ensemble des étapes de la dispensation.

Discussion / Conclusion

Ces outils de formation ont été testés une première fois lors du renouvellement des E5AHU et se sont montrés satisfaisants. Ils nécessitent néanmoins une évaluation dans le temps via un suivi des erreurs médicamenteuses survenues lors de la dispensation en HAD. Il serait également pertinent de recueillir le niveau de satisfaction des E5AHU vis à vis de l'impact de ces outils sur la formation au double-contrôle de la dispensation nominative en HAD.

Orateur : Courouble J.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Dispensation, Erreurs médicamenteuses, Hospitalisation à domicile

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000372

Quelle utilisation des régulateurs de débit en perfusion à l'échelle d'un groupement hospitalier de territoire ?

Lotiron C.[(1)], Fatoux J.[(1)], Ribas C.*[(1)], Dufoir T.[(2)], Yani S.[(3)], The C.[(4)], Arnaud E.[(5)], Philip V.[(6)], Grellet J.[(7)], Quiévy-Macchioni A.[(1)]

[(1)] Unité de matériovigilance, CHU de Bordeaux, Bordeaux
[(2)] Pharmacie, CH Sud Gironde, Langon
[(3)] Pharmacie des dispositifs médicaux, CHU Bordeaux - Hôpital Haut Lévêque, Pessac
[(4)] Pharmacie, CH Sainte-Foy-la-Grande, Sainte-Foy-la-Grande
[(5)] Pharmacie, CH Blaye, Blaye
[(6)] Pharmacie des dispositifs médicaux, CHU Bordeaux - Hôpital Haut Lévêque Magellan, Pessac
[(7)] Pharmacie, CHU Bordeaux - Hôpital Pellegrin, Bordeaux

Résumé

Contexte

En 2017 une enquête prospective de matériovigilance a montré que la perfusion était le domaine le plus générateur de mésusage (a). L'usage du régulateur de débit (RD) est identifié comme à risque iatrogène au travers de plusieurs incidents.

Objectifs

A l'échelle d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), dans le cadre de la démarche de certification relative au management de la prise en charge médicamenteuse du patient, un état des lieux sur l'utilisation du RD a été réalisé.

Matériels et méthodes

Un audit a été réalisé par des pharmaciens auprès de professionnels paramédicaux (PP) sur la base d'un questionnaire construit sur l'état des connaissances actuelles sur le bon usage du RD (b). Il explorait 3 axes : critères de décision pour utiliser un RD, modalités d'utilisation (soluté, médicament, durée et hauteur de perfusion), et modalités de contrôle du débit.

Résultats

3 établissements ont été audités (1 CHU et 2 CH) et différents services : réanimation, médecine (gériatrie, maladie infectieuse) et urgences. 108 questionnaires ont été remplis. Les PP audités étaient principalement des IDE, avec une expérience moyenne de 11 ans (5 mois à 34 ans).
L'utilisation du RD est une décision paramédicale dans 85 % des cas. En réanimation, les montages utilisés sont validés par les médecins.
Les critères de choix sont : la précision (83 %), la durée de perfusion (70 %), la facilité d'utilisation par rapport aux perfuseurs standards (34 %), la disponibilité par rapport aux pompes programmables (31 %). Les recommandations des fabricants (F) sont connues par 11 % des PP.
Plusieurs solutés interdits par les F sont perfusés avec des RD (sérum glucosé à 30 % n = 37, nutrition parentérale n = 23, chlorure de potassium n = 11). De nombreux médicaments non recommandés sont également administrés avec un RD (antibiotiques n = 65, anticancéreux n = 18, amiodarone n = 9).
Les gouttes sont comptées à la mise en place de la perfusion par 26 % des PP et par 5 % 15 minutes après. Le débit est contrôlé par 37 % des PP au changement de position du patient. Des différences entre la durée réelle de la perfusion et la durée souhaitée sont observées par 90 % des PP.

Discussion / Conclusion

Le RD est perçu à tort comme un dispositif de sécurité, et la précision réelle des débits n'est pas connue des PP. Une communication commune au GHT sera utilisée autour des 4 points principaux à respecter (calibre du cathéter, hauteur de la perfusion, viscosité du soluté, contrôle du débit) et médicaments à éviter, pour limiter le risque iatrogène.

Références bibliographiques principales

(a) C Lotiron, L Malifarge, I Pouderoux, C Ribas, A Quiévy-Macchioni. Mésusage des dispositifs médicaux : Bilan sur 4 mois. Europharmat Nancy Octobre 2018.
(b) C Djian, C Nicolas, A Janoly-Dumenil, MM Plauchu. Régulateur de débit : mise en évidence du mésusage par une enquête de pratiques et propositions d'actions correctives. J Pharm Clin 2008; 27 : 65-72.

Orateur : Ribas C.
Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance
Mots-clés : gestion du risque, audit des soins infirmiers, perfusion
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Oui

Numéro : 000358

Sécurisation de l'administration du foscarnet par un montage adapté

Roseau C.*(1), Bibard C.(1), Saurel N.(1), Plocco P.(1), Lefrançois A.(1), Hermelin-Jobet I.(1)

(1) Pharmacie, CHR Orléans, Orléans

Résumé

Contexte

Le foscarnet est un anti-infectieux utilisé le traitement d'infection à CMV présentant une toxicité importante et dont l'administration doit être associée à une hydratation par perfusion afin de limiter la toxicité rénale et l'irritation veineuse lors d'administration périphérique. Suite à une utilisation en astreinte, il a été constaté qu'il n'existait pas de mode opératoire validée pour la bonne administration. Par ailleurs, le résumé des caractéristiques produites (RCP) est peu informatif.

Objectifs

Valider un montage permettant l'administration concomitante de l'hydratation et du foscarnet conformément aux recommandations du RCP.

Matériels et méthodes

Trois axes de travail ont été établis. Tout d'abord, les fournisseurs ont été sollicités pour la recherche d'une tubulure de perfusion à double trocart comme présentée dans le RCP. Une recherche bibliographique portant sur les montages d'administration du foscarnet a également été effectuée. Enfin, les médicaments pouvant présenter une problématique similaire (administration simultanée de 2 solutés) ont été explorés. Trois axes de travail ont été établis. Tout d'abord, les fournisseurs ont été sollicités pour la recherche d'une tubulure de perfusion à double trocart comme présentée dans le RCP. Une recherche bibliographique portant sur les montages d'administration du foscarnet a également été effectuée. Enfin, les médicaments pouvant présenter une problématique similaire (administration simultanée de 2 solutés) ont été explorés.

Le montage établi devait ensuite être validé par l'équipe utilisatrice (service d'infectiologie), l'équipe pharmaceutique, et le service d'hygiène.

Résultats

La recherche auprès des fournisseurs a établi que le matériel présenté dans le RCP n'existait pas. Aucune publication, recommandation ou communication n'ont pu être trouvée concernant le montage d'administration du foscarnet. Une problématique similaire a été identifiée concernant l'administration concomitante d'oxaliplatine et de folinate de calcium en hôpital de jour.

Au total, un montage a été validé : utilisation de deux pompes volumétriques réglées au même débit pour l'administration du foscarnet avec les tubulures de perfusions compatibles, branchées sur une rampe multivoie ou un prolongateur avec robinet 3 voies.

Discussion / Conclusion

La mise en place d'un montage pour le foscarnet permet de sécuriser l'administration d'un médicament à risque de par sa toxicité, mais aussi par sa rareté d'utilisation, entrainant un risque lié au manque d'expérience des utilisateurs. De plus une fiche de bon usage pour l'administration du foscarnet a été mise en place. L'ensemble de ces démarches vise l'amélioration de la gestion des risques, améliorant ainsi la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

Orateur : Roseau C.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : sécurités des patients, gestion des risques, foscarnet

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000088

Automate à dispensation nominative de formes orales sèches : comment diminuer les non-conformités ?

Schoonacker C.[(1)], Oubarhman S.*[(1)], Herlin C.[(1)], Schmit B.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Beauvais, Beauvais

Résumé

Contexte

La dispensation individuelle par automate à dispensation nominative de formes orales sèches permet de sécuriser la dispensation médicamenteuse. Nous relevons quotidiennement les non-conformités (NC) en sortie d'automate et avons constaté une nette augmentation du taux des NC entre 2017 (0.13 %) et 2018 (0.21 %). Aussi nous devons remettre en question notre organisation et mettre en place des mesures correctives afin de maintenir une production de qualité.

Objectifs

L'objectif est de rédiger une méthode d'analyse standardisée sous forme de logigramme pour faciliter la prise de décision de mesures correctives en cas de taux de NC élevé.

Matériels et méthodes

Le relevé quotidien des NC s'avère trop succinct. Pour l'exploiter de manière plus efficace et précise : une méthode d'analyse des causes est rédigée sous forme de logigramme. Nous distinguons deux types d'étape : déconditionnement et production ; chaque NC relevée est attribuée à une de ces étapes. Une comparaison des données recueillies permet d'identifier l'étape à risque au cours du processus. Après 3 mois de recueil de données, nous identifions le « top dix » des spécialités présentant le plus de NC et proposons des actions d'amélioration en fonction de l'étape en cause.

Résultats

Un constat est fait : les 10 spécialités présentant le plus de NC correspondent à près de la moitié (43 %) de l'ensemble des spécialités délivrées par l'automate. Parmi ces spécialités, le déconditionnement est problématique pour 7 d'entre elles. Une nouvelle méthode de déconditionnement est formalisée (déconditionnement manuel pour les spécialités fragiles ; 1er contrôle avant la mise en pot ; 2nd contrôle par un autre opérateur).

Discussion / Conclusion

Le logigramme permet d'analyser rapidement les NC. A tout moment, lors d'une recrudescence du taux de NC, cette stratégie de mise en place de mesures correctives pourra être suivie. L'avantage de cette démarche est qu'elle soit standardisée et transposable à plusieurs types de NC. Au-delà d'être un indicateur qualité, le relevé des NC permet alors d'optimiser le temps de production via les actions d'amélioration.

Orateur : Oubarhman S.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : analyse des données, médicaments non conformes, dispensation et distribution de médicaments en milieu hospitalier

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000129

Recueil et analyse des évènements indésirables (EI) ou non-conformité (NC) en essais cliniques : causes, impacts et propositions pour améliorer les pratiques et sécuriser le circuit des médicaments expérimentaux au sein de notre Pharmacie à Usage Intérieur

Boczek C.*(1), Bellegarde J.(1), Pugliese S.(2), Collomp R.(3)

(1) Pôle pharmacie stérilisation, CHU Nice - Hôpital Pasteur, Nice

(2) Pôle pharmacie stérilisation, CHU Nice, Nice

(3) Pôle pharmacie stérilisation, CHU Nice, Nice

Résumé

Contexte

Les essais cliniques (EC) répondent à une réglementation et des Bonnes Pratiques Cliniques (BPC) contraignantes dans la pratique quotidienne.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer et d'améliorer, au sein de notre centre qui gère plus de 100 EC, les pratiques par l'analyse de l'impact des EI sur notre activité et d'apporter des axes d'amélioration afin de sécuriser le circuit des médicaments expérimentaux.

Matériels et méthodes

Les EI ont été recensés du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2019 à l'aide d'une fiche interne puis renseignés dans un tableau de suivi Excel®. Nous les avons analysés (causes, acteurs, actions correctives (AC), actions préventives (AP)) et la criticité a été cotée.

Résultats

65 EI impliquant 33 EC (soit 31 % de protocoles ayant au moins un EI), ont été relevés. L'origine de ces EI étaient essentiellement externe avec 59 % de ces EI dus au promoteur (excursion de température durant le transport, retard de livraison), 28 % à l'équipe investigatrice (oubli d'attribution kits, omission de certaines mentions) et 13 % à la PUI (stock à zéro, fausse excursion de température). Concernant les causes des évènements avec une forte criticité, 29 % portaient sur des excursions de température durant le transport du médicament expérimental du promoteur à la PUI. Au total 53 % de déviations aux BPC ont été relevées (saisie incomplète ordonnance, omission de certaines mentions, non-respect des conditions de stockage en termes de température durant le transport). Un pic de 14 EI a été relevé durant la période estivale (juillet-aout) et représente près de un tiers des EI annuels. Plusieurs facteurs favorisants ont été identifiés : surcharge de travail, manque de ressources humaines, personnel de remplacement moins formé, région au climat chaud. Enfin, 25 % EI ont eu un impact patient (allongement ou retard de prise en charge voire visite supplémentaire pour la dispensation). Sur 65 incidents la mise en place d'AC et/ou d'AP a permis l'amélioration de l'ensemble de tous les process internes (formation des agents de réception ; rappel des mentions obligatoires aux équipes investigatrices) et de 6 process externes (ajout d'enregistreur de température et/ou de pains réfrigérés par le promoteur).

Discussion / Conclusion

Le pharmacien a un rôle clé dans le maintien et l'amélioration du circuit du médicament expérimental. La fréquence des EI, même si l'impact patient a été limité, restent néanmoins trop élevée actuellement. Chacune des NC a été traitée au fur et à mesure pour apporter des corrections immédiates. Les plus critiques ont ensuite été évoquées en staff afin de refonder nos propres process et apporter des AP. D'autres axes d'amélioration ont été proposés avec plus particulièrement la formation basée sur la simulation et la création d'un groupe de travail pluridisciplinaire dédié à la recherche clinique afin de suivre et d'analyser régulièrement les EI et proposer de façon collégiale les actions.

Orateur : Boczek C.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Management de la qualité, Assurance de la qualité des soins de santé, Médicaments en essais clinique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000116

Élaboration d'une cartographie des risques en Unité Centralisée de Préparation des Cytotoxiques d'un centre hospitalier régional universitaire

Wicky J.*(1), Le Quinio P.(1), Morice S.(1), Lider P.(1), Socha M.(1), Mulot C.(1), Hirchenhahn C.(1), Demoré B.(1)

(1) Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

Résumé

Contexte

Les médicaments cytotoxiques font souvent l'objet de déclaration d'évènements indésirables, ce qui encourage les établissements à sécuriser leur circuit. Afin de renforcer la démarche qualité, une cartographie des risques a été élaborée pour l'Unité Centralisée de Préparation des Cytotoxiques (UCPC). C'est un outil de pilotage qui oriente le programme de gestion des risques en permettant de prioriser le plan d'actions.

Objectifs

Evaluer les risques relatifs aux chimiothérapies au sein de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), de la réception des spécialités pharmaceutiques à la dispensation des préparations aux services de soins.

Mettre en place des actions correctives face aux risques les plus critiques.

Matériels et méthodes

La cartographie a été réalisée en utilisant la méthode d'analyse préliminaire des risques (APR). L'identification des risques sur l'ensemble du circuit a été menée par un interne en pharmacie. Afin de déterminer le niveau de criticité, chaque risque a été coté en termes de gravité et de fréquence par un groupe de travail. Celui-ci était constitué de deux pharmaciens de l'UCPC, du pharmacien responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, d'un interne en Pharmacie et de deux préparateurs en pharmacie hospitalière exerçant à l'UCPC. Pour chaque risque le niveau de maitrise a ensuite été évalué afin d'établir une criticité nette permettant de dégager des actions d'améliorations à mener en priorisant ceux dont la criticité est la plus élevée.

Résultats

L'analyse a permis d'identifier 142 *scénarii* répartis en sept macro-processus détaillant l'ensemble du circuit du médicament cytotoxique au sein de la PUI : de la réception du produit à la libération de la préparation. La cotation de criticité brute a révélé 22 risques à traiter en priorité (16 %), 74 risques à surveiller (52 %) et 46 risques faibles (32 %). Cinq *scénarii* (4 %) ont été côtés avec une criticité maximale et un faible niveau de maîtrise : deux concernaient la préparation des plateaux et trois concernaient la préparation proprement dite en zone à atmosphère contrôlée. Des actions correctives ont été entreprises pour quatre de ces *scénarii*.

Discussion / Conclusion

La cartographie des risques a permis de mettre en avant les risques les plus critiques relatifs au circuit des chimiothérapies au sein de la PUI et de proposer des actions d'amélioration. Il serait intéressant de réévaluer la fréquence de ces risques après mise en place de ces actions, afin d'en apprécier l'efficacité.

Orateur : Wicky J.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Gestion qualité, Chimiothérapie, Gestion des risques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000161

L'escape game : un outil pédagogique pertinent pour sensibiliser les professionnels de santé aux bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse du patient ?

Beaumier L.[(1)], Cumin M.*[(1)], Robert M.[(1)], Auger C.[(1)], Henocq H.[(2)], Laot I.[(2)], Provent A.-L.[(1)], Boucherle D.[(1)]

[(1)] Pharmacie, GH Mutualiste Grenoble, Grenoble

[(2)] Qualité et gestion des risques, GH Mutualiste Grenoble, Grenoble

Résumé

Contexte

Les escape games pédagogiques, en plein essor, représentent un outil ludique et innovant de sensibilisation et de formation.

Dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients 2019, l'équipe de la pharmacie a organisé, en collaboration avec le service qualité et gestion des risques, un escape game sur les bonnes pratiques (BP) de prise en charge médicamenteuse du patient (PCMP).

Objectifs

Sensibiliser les professionnels de santé aux BP de PCMP, rappeler les messages clés et valoriser le travail en équipe.

Matériels et méthodes

Création d'un scénario et d'énigmes autour de 4 axes principaux : identitovigilance, gestion du traitement personnel, never events et équivalences thérapeutiques. Fabrication des différents supports nécessaires. Test auprès de 3 soignants.

Publicité de l'escape game au sein du groupe hospitalier, invitation des participants (cadres de santé, infirmiers, médecins, pharmaciens, préparateurs en pharmacie) et inscriptions en ligne.

Animation des sessions : briefing des participants ; déroulement du scénario dans une salle contenant caméra et micro permettant aux animateurs de voir, entendre et communiquer avec les participants depuis l'extérieur ; débriefing et sensibilisation des soignants aux différents messages clés.

Évaluation de la satisfaction *via* un questionnaire.

Résultats

7 équipes ont été constituées regroupant un total de 40 participants (26 infirmiers, 8 cadres de santé, 5 préparateurs, 1 médecin). 4 équipes (57 %) ont réussi à sortir de la salle en moins de 20 minutes.

Temps entre 17 minutes 56 et 22 minutes.

L'évaluation de la satisfaction des participants est en cours. A ce jour, 15 (37,5 %) participants ont répondu ; 10 (66,7 %) ont trouvé l'escape game plutôt difficile. Tous trouvent le modèle d'escape game comme outil pédagogique de sensibilisation des professionnels de santé pertinent et pensent avoir revu les BP de PCMP. L'ensemble des participants affirme que cet escape game peut avoir un impact dans leur pratique professionnelle quotidienne, sont satisfaits de cette expérience et souhaitent la renouveler.

Discussion / Conclusion

Au vu des premiers résultats, l'escape game parait être un outil pédagogique pertinent de sensibilisation des professionnels de santé à différentes thématiques, dont la PCMP. Ce concept, plutôt novateur en établissement de santé, encourage également le travail en équipe et la communication, barrières régulièrement défaillantes lors de la survenue d'évènements indésirables associés aux soins.

Orateur : Cumin M.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Sécurité des patients, Pédagogie, Recommandations de bonnes pratiques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000165

Sensibilisation des professionnels de santé aux bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse des patients : une utilisation conjointe de différents outils pédagogiques

Beaumier L.[(1)], Cumin M.*[(1)], Auger C.[(1)], Robert M.[(1)], Henocq H.[(2)], Laot I.[(2)], Provent A.-L.[(1)], Boucherle D.[(1)]

[(1)] Pharmacie, GH Mutualiste Grenoble, Grenoble

[(2)] Qualité et gestion des risques, GH Mutualiste Grenoble, Grenoble

Résumé

Contexte

Les médicaments sont la 3ème cause d'évènements indésirables graves associés aux soins ; plus de la moitié de ces évènements serait évitable. La sensibilisation des professionnels de santé (PDS) aux bonnes pratiques (BP) de prise en charge médicamenteuse du patient (PCMP) constitue un enjeu primordial d'optimisation de la sécurisation du parcours de soins des patients. L'utilisation conjointe de différents outils pédagogiques constitue une approche participant à l'atteinte de cet objectif.

Objectifs

Sensibilisation des PDS aux BP de PCMP.

Matériels et méthodes

Différents outils ont été mis en place par la pharmacie au sein de notre groupe hospitalier : 1/ création d'un e-learning en ligne comportant une série de QCM et quizz ; 2/ organisation d'un escape game dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients 2019 ; 3/ publication mensuelle d'une « gazette pharma » (une page, un thème, quelques messages clés) diffusée, affichée dans les services de soins et mise en ligne sur la base documentaire du groupe hospitalier.

Une évaluation de la satisfaction de ces outils auprès des PDS a été réalisée pour l'e-learning, est en cours pour l'escape game et le sera pour la gazette.

Résultats

Le recours à ces 3 outils a permis la revue des grandes lignes des BP de PCMP : évènements indésirables graves, never events, identitovigilance, gestion des piluliers, gestion des médicaments « frigo » et des périmés, gestion du traitement personnel des patients, bon usage des stupéfiants et du paracétamol, bonnes pratiques d'administration des médicaments, équivalences thérapeutiques, bonne utilisation des débitmètres, etc.

119 PDS ont participé à l'e-learning (67 % infirmiers, 12 % aides-soignants, 6 % cadres de soins, 4 % auxiliaires de puériculture, 11 % autres : sages-femmes, médecins, pharmaciens, préparateurs en pharmacie). 100 soignants (84 %) ont répondu au questionnaire de satisfaction et ont attribué une note globale de 4/5 à l'e-learning.

40 PDS ont participé à l'escape game. A ce jour, tous trouvent le modèle d'escape game comme outil pédagogique de sensibilisation des professionnels de santé pertinent et pensent avoir revu les BP de PCMP.

Discussion / Conclusion

Ces outils pédagogiques et de communication visuelle permettent, de façon ludique, une revue des incontournables des BP de PCMP et semblent être appréciés par les PDS. Prochainement et toujours dans une optique de sensibilisation, un nouvel outil pédagogique va être mis en place : la chambre des erreurs.

Orateur : Cumin M.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Sécurité des patients, Pédagogie, Recommandations de bonnes pratiques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000139

Solutés « à risque » : création d'un outil de formation destiné aux préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) et aux pharmaciens d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU)

Houssemand T.*(1), Boschetti E.(1), Conrad M.(2), Malgras A.(3), Arnoux L.-A.(1), Demoré B.(1)

(1) Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

(2) Réanimation médicale, CHU Nancy - Hôpital Central, Nancy

(3) Endocrinologie - diabète - nutrition, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

Résumé

Contexte

Les solutés de grand volume (> 100 mL : solutions de dialyse, de nutrition parentérale, solutés de remplissage) peuvent provoquer des dommages importants chez les patients s'ils sont mal utilisés (anasarque, confusion, coma *etc.*). Au CHRU, certains d'entre eux ont été classés dans la liste des « médicaments à risque ». Des mesures barrières ont donc été mises en place afin de sécuriser leur circuit de dispensation : analyse des commandes des services de soins par les PPH, analyse pharmaceutique des prescriptions de certains solutés avant toute dispensation (exemple : Glucose 2,5 % pour les services hors réanimation). Cependant, il est apparu que le niveau de connaissances de l'équipe pharmaceutique sur ces produits était insuffisant pour assurer ces missions : méconnaissance des posologies usuelles de certains solutés de remplissage par exemple.

Objectifs

Un outil de formation ayant pour but de sécuriser la dispensation des solutés en insistant sur ceux classés comme « à risque » a été créé s'adressant aussi bien aux PPH qu'aux internes en pharmacie et aux pharmaciens.

Matériels et méthodes

Trois types de produits ont été retenus : solutions de dialyse, de nutrition parentérale et de remplissage iso, hypo et hypertoniques. Les recherches bibliographiques que nous avons effectuées ont apporté les informations théoriques. Des experts de notre établissement ont aussi été sollicités (réanimateurs, endocrinologues, professionnels du service de dialyse) afin d'intégrer des données plus pratiques et non disponibles dans nos différentes sources.

Résultats

Trois diaporamas ont été réalisés sur un modèle commun en trois parties : une partie théorique, une détaillant les solutés disponibles au CHRU et leurs conditions d'utilisation (indications, posologies usuelles, restriction d'utilisation et raisons de ces restrictions.) et enfin une partie pratique sous forme de questionnaires à choix multiple ou de cas cliniques. Les diapositives sont composées de phrases courtes, de tableaux de synthèse, d'illustrations et de photographies afin d'être pédagogiques.

Discussion / Conclusion

Les outils de formation ont été relus par des pharmaciens et des PPH référents du secteur « solutés » afin d'évaluer la qualité et l'accessibilité des informations transmises. Les sessions de formation ont commencé début 2020 avec les PPH et se poursuivront par les internes. Enfin, une évaluation des connaissances des différents participants de type « avant/après » sera effectuée afin d'apprécier l'impact de l'outil.

Orateur : Houssemand T.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Solutions de nutrition parentérale, Solutions de dialyse, Formation continue

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000192

Contrôle microbiologique des surfaces et des dispositifs médicaux des blocs opératoires et des salles d'accouchement avant et après désinfection avec le chlore produit localement par électrolyse au niveau de deux Hôpitaux Universitaires

Traoré A. T.*(1), Bengaly L.(2), Giani S.(3), Kouriba B.(4), Sanogo R.(5)

(1) Pharmacie hospitalière, Hôpital du Mali, Bamako, Mali

(2) Pharmacie hospitalière, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali

(3) Aidemet, ONG Aidemet, Bamako, Mali

(4) Centre d'infectiologie Charles Mérieux, CICM, Bamako, Mali

(5) Département de médecine traditionnelle, Institut National de Santé Publique (INSP), Bamako, Mali

Résumé

Contexte

Les infections acquises au cours des soins en milieu hospitalier sont une réalité préoccupante **[1]**. La technologie WATA® est un processus simple d'électrolyse qui transforme une solution d'eau salée en hypochlorite de sodium d'une concentration de 6 g/L **[2]**. Nous nous proposons d'explorer le contrôle microbiologique des surfaces et des dispositifs médicaux après usage de chlore produit localement afin de pallier à la diffusion de germes nocifs.

Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'isoler et de caractériser des bactéries pathogènes à partir des surfaces et des dispositifs médicaux des blocs opératoires et dans les salles d'accouchement. L'objectif secondaire était d'évaluer l'efficacité d'une décontamination avec le chlore produit localement sur la diminution de la charge microbiologique.

Patients et méthodes

L'étude proposée était de type descriptif, qui a été réalisée dans deux Hôpitaux Universitaires en deux phases, de juillet à décembre 2018 et de mars à septembre 2019. Des formations et des prélèvements ont été effectués sur des surfaces et des dispositifs médicaux au moyen de gélose de contact et d'écouvillon avec solution neutralisant avant et après désinfection des blocs opératoires et des salles d'accouchements.

Résultats

Nous avons formé 66 Infirmiers de Bloc Opératoire, Sages-Femmes, Techniciens de Surface, Techniciens de Labo-pharmacie et Techniciens d'Hygiène sur les différentes méthodes de dilution de chlore également aux techniques de prélèvement et de production locale de chlore. Une production de 3 360 litres de chlore à qualité contrôlée a été réalisée. Le cout de reviens d'un litre d'eau de Javel était de 500 F CFA au marché contre 34 F CFA pour la production locale. L'analyse des prélèvements avant l'utilisation du chlore produit localement, a permis d'identifier 85 isolats positifs sur les 150 prélèvements soit 56.60 % appartenant à différents groupes bactériens : *Sphingomonas paucimobilis, Klebsiela pneumoniae, Enteroccoque, Pantonea spp, Neisseria animaloris zoodegmatis, Acinetobacter baumanni complex.*

Après utilisation de chlore produit localement, 23,30 % des échantillons avaient des germes pathogènes, notamment *Sphingomonas paucimobilis, Staphylococcus saprophytitis, Staphylococcus aureus.* Toutes les colonies ont été ré-isolées à partir de Uricelect afin d'identifier les caractères biochimiques.

Discussion / Conclusion

Ces résultats devraient contribuer à la prévention des infections associées aux soins en milieu hospitalier.

Références bibliographiques principales

1. Lamia. A, Zineb. L, Contrôle microbiologique de l'environnement hospitalier : cas de l'Etablissement Public Hospitalier Mohamed Boudiaf de la wilaya de Bouira, 2017, Mémoire de Master, Algérie, Ref uamob/f.snv.st/dep.bio/2017.
2. Gamme de produit WATA®. Une solution pour la désinfection et le traitement de l'eau Genève 2016. Disponible sur https://www.antenna.ch/wp-content/uploads/2017/06/WATA-questions-reponses-juin-2017.pdf. Consulté le 30 janvier 2020.

Orateur : Traoré A. T.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Hôpital, Chlore, Microbiologie

Pays où le travail est effectué : Mali

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000221

D'une revue de morbi-mortalité au bon usage des Benzodiazépines à l'unité sanitaire d'un centre pénitentiaire

Martinez M.[(1)], Calland S.[(1)], Pelissier M.[(1)], Ordekyan A.[(1)], Perrier C.[(2)], Dehaese O.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Guy Thomas, Riom

[(2)] Unité sanitaire, Centre Pénitentiaire de Riom, Riom

Résumé

Contexte

En mai 2019, une revue de morbi-mortalité (RMM) a été organisée à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire (CP). Suite à l'étude pharmaceutique des dossiers, un cas était imputable au bon usage des médicaments. Il s'agissait d'une dépression respiratoire en lien avec un surdosage en benzodiazépines (BZD) ayant entrainé le décès d'un patient de 37 ans (traitement journalier : Oxazépam 200 mg, Bromazépam 6 mg, Clotiazépam 20 mg).

Objectifs

Les surdosages en BZD étaient initialement détectés et signalés mais sans impact sur les prescriptions. Il était donc urgent de sécuriser le circuit des BZD, notamment l'étape de prescription, en renforçant l'analyse pharmaceutique.

Matériels et méthodes

L'analyse pharmaceutique des ordonnances est effectuée dans le logiciel PSI.

Pour l'Oxazépam, la BZD la plus prescrite, une alerte est systématique dès que la posologie journalière est supérieure à 150 mg.

Pour toutes les autres BZD (ou associations de BZD), nous avons décidé en CoMéDiMS d'utiliser le tableau d'équivalences des BZD en équivalent Diazépam réalisé par les Hospices Civiles de Lyon. Ainsi, une alerte est émise dès que la posologie quotidienne de BZD est supérieure à 60 mg en équivalent Diazépam. Ce document rappelle également toutes les recommandations de bon usage et est consultable sur le serveur Qualité de l'établissement. Les alertes figurent sur la prescription et un mail est adressé au médecin. Le taux de prescription en surdosage de BZD est comparé entre le moment de la RMM et suite aux actions mises en place (test du Khi-2).

Les consommations en Oxazépam 50 mg sont déterminées.

Résultats

Lors de la RMM, 31 prescriptions de BZD sur 188 (16.5 %) comportaient un surdosage. En décembre 2019, suite aux actions mises en place, 13 prescriptions sur 166 (7.8 %) étaient concernées. La diminution du taux de prescription en surdosage de BZD est significative ($p = 0.01$).

Aucun surdosage en BZD n'est maintenant détecté pour les détenus entrants. Les prescriptions intègrent une décroissance des posologies selon les recommandations.

Les consommations en Oxazépam 50 mg au deuxième semestre 2019 ont diminué de 11 000 comprimés par rapport à la période comparable en 2018 (-30.4 %).

Discussion / Conclusion

La RMM a entraîné une vraie prise de conscience collective et la nécessité d'une vigilance accrue sur l'étape de prescription des BZD. Le trafic et le mésusage des BZD est très fréquent au CP. Ainsi, le service d'addictologie-Toxicologie a été contacté et a donné son accord pour la réalisation d'une information sur place à destination des détenus.

Références bibliographiques principales

Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide Méthodologique. Ministère de la justice, Ministère des solidarités et de la santé. Edition 2019

Orateur : Dehaese O.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Milieux pénitentiaires, Benzodiazépines, Surprescription

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000078

Développement d'un outil qualité : le Pareto. Optimisation de la gestion des fiches d'évènements indésirables médicamenteuses (FEIM)

Marie C.[(1)], Collet C.-E.*[(1)], Deloison E.[(1)], Saint C.[(2)], Saint-Lorant G.[(1)], Benoist H.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Caen Normandie, Caen

[(2)] Direction qualité et droits des usagers, CHU Caen Normandie, Caen

Résumé

Contexte

Actuellement dans notre établissement, chaque FEIM est analysée individuellement par le secteur qualité de la pharmacie avec mise en place d'actions correctives au cas par cas selon leur gravité. Devant le nombre croissant de FEIM, une vision globale est difficile.

Objectifs

Développer un outil d'optimisation du traitement des FEIM afin de mieux déterminer les actions prioritaires.

Matériels et méthodes

Dans un centre hospitalier universitaire de 1 495 lits, une extraction de l'ensemble des données des FEIM de l'année 2019 a été réalisée à partir du logiciel de gestion électronique des documents (Ennov®). Ces données ont été analysées et catégorisées. Un diagramme de Pareto a été établi pour analyser cette base de données. Cet outil est basé sur la loi des 80/20: l'analyse de 20 % de causes permet de résoudre 80 % des effets.

Résultats

En 2019, 3 372 FEIM ont été déclarées, dont 278 concernaient la prise en charge médicamenteuse (PECM). Cet outil a permis de mettre en évidence que la principale cause de FEIM à résoudre se porte sur l'étape de prescription médicamenteuse (58 FEIM). Parmi ces erreurs de prescriptions, 38 % (22) concernaient des erreurs de posologie et 18,9 % (11) l'absence de prescription lors d'un transfert de patient entre les blocs et les services de soins. La seconde cause identifiée concernait l'étape d'administration avec 48 FEIM dont 21 % (10) sont liées à une erreur de médicament, 16.6 % (8) à une erreur de débit et 14.6 % (7) au non-respect de l'intervalle d'administration. Deux autres catégories non prioritaires ont également été mises en évidence : le stockage des médicaments avec 22 FEIM dont 36 % (8) de déclarations faisant état de médicaments retrouvés dans le lit du patient et l'identitovigilance avec 22 FEIM dont 55 % (12) venaient du même service.

Discussion / Conclusion

Cette analyse par un pareto, nous aide à hiérarchiser les problèmes en fonction du nombre d'occurrences de ceux-ci, d'identifier rapidement les problèmes les plus importants et ainsi de définir des priorités. Cette hiérarchisation permet de réaliser des « fiches alertes » efficientes, décrivant les faits, les conséquences, les causes majeures et les actions correctives qui sont à destination des services de soins.

Cet outil permet d'être efficient sur les actions d'améliorations mais également de suivre en continu l'évolution des causes des FEIM comme un indicateur de bord de la prise en charge médicamenteuse.

Orateur : Collet C.-E.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Événement indésirable, Gestion du risque, Assurance de la qualité des soins de santé

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000301

Dispensation des spécialités rétrocédables aux patients ambulatoires : construction d'un outil d'aide à l'analyse des prescriptions et de conseils aux patients

Etis M.[(1)], Marinoni S.[(1)], Grenier L.[(1)], Rossignol M.*[(1)], Cabrera F.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Roanne, Roanne

Résumé

Contexte

Notre effectif de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH) ne nous permet pas de dédier du personnel à l'activité de rétrocession. Les PPH alternent à ce poste, et restent peu familiarisés aux spécialités dispensées. Pourtant, la rétrocession constitue une activité à risque de par la nature et la présentation des spécialités délivrées (Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU), chimiothérapies orales, importations..). Une première étape dans la sécurisation de la dispensation fût la mise en place d'un double contrôle par le pharmacien sur des thérapeutiques ciblées, après analyse pharmaceutique de la prescription et préparation des unités par le PPH. Néanmoins, il nous a semblé nécessaire de développer un outil d'aide à l'analyse des prescriptions.

Objectifs

L'objectif a été de construire un outil visuel et pratique, sous la forme de fiches, à destination des PPH et Pharmaciens, afin de sécuriser l'acte de dispensation et améliorer la pertinence des informations transmises aux patients.

Matériels et méthodes

Une recherche bibliographique portant sur les outils de sécurisation de la dispensation a été réalisée, par un binôme PPH et pharmacien, afin de constituer un modèle de fiche. Puis, une fiche a été rédigée par spécialité communément rétrocédée à partir de documents de référence (Résumé Caractéristiques Produit, notices laboratoire, documents institutionnels..).

Résultats

Les publications sont rares (2 articles). Des fiches ou guides de rétrocession sont disponibles via les OMEDIT. Mais l'ensemble des spécialités n'est pas représenté, et la personnalisation permet de préciser les particularités liées à notre organisation (circuit ATU, carnets patient, dispensation d'un dispositif d'administration adapté..). Afin de faciliter la lecture, une signalétique a été définie (codes couleur, icones..) et seuls les effets indésirables majeurs (fréquence ou gravité) sont reportés et mis en lien avec les conseils aux patients. Enfin, les restrictions de prescription, indications, posologies usuelles, modalités d'administration, conduites à tenir en cas d'oubli de prise ou vomissements, et les modalités de conservation sont renseignées.

Discussion / Conclusion

A ce jour, 25 fiches ont été mises à disposition de l'équipe (numérisation et affichage). Leur présentation en staff hebdomadaire permet de valider l'outil, et s'inscrit dans une démarche d'actualisation des connaissances du personnel pharmaceutique. Une évaluation (facilité de lecture, erreurs évitées, satisfaction des patients..) fera l'objet d'un travail ultérieur.

Références bibliographiques principales

J Pharm Clin 2008 ; 27 : 35-45 Optimisation de la dispensation des médicaments hospitaliers aux patients ambulatoires : Première partie : conception d'un outil d'information destiné au patient. Lehmann A, Baudrant-Boga M, Allenet B, Calop J.
J Pharm Clin 2009 ; 28 (2) : 89-96 Optimisation de la dispensation des médicaments hospitaliers aux patients ambulatoires : Deuxième partie : conception d'un outil d'information destiné aux professionnels de santé A. Lehmann1, M. Baudrant-Boga1,2, P. Bedouch1,2, M.-J. Robein-Dobremez1, B. Allenet1,2, J. Calop1

Orateur : Rossignol M.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Formation continue, ordonnances médicamenteuses, assurance qualité des soins de santé

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000028

Evaluation de la pertinence de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons dans un établissement public de santé mentale

Leblanc A.[(1)], Marchandé C.[(2)], Pingris C.[(2)], Leguay F.*[(1)]

[(1)] Pharmacie, EPSM Aube Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube, Brienne-le-Château

[(2)] Unité somatique, EPSM Aube Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube, Brienne-le-Château

Résumé

Contexte

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont très largement prescrits en France. Pourtant, leur utilisation au long cours est loin d'être anodine : ils sont responsables d'effets indésirables potentiellement graves notamment chez le sujet âgé, et ils entrainent également une pharmacodépendance.

Objectifs

Devant ce constat alarmant, nous avons souhaité faire un état des lieux dans notre établissement, en réalisant une évaluation des pratiques professionnelles sur la prescription des IPP, afin de mettre en place si nécessaire des actions pour améliorer leur pertinence de prescription.

Matériels et méthodes

Un groupe de travail (pharmaciens et médecins somaticiens) a élaboré une grille d'audit, en se basant sur les documents mis à disposition par l'OMEDIT Centre-Val de Loire. Une requête a été faite sur le logiciel Cariatides afin d'obtenir le listing de tous les patients ayant un IPP un jour donné, dans 5 services d'hospitalisation complète adulte. Les dossiers médicaux ont ensuite été étudiés par le groupe de travail et la grille d'audit complétée.

Résultats

Le jour de l'audit, 21 % (27) des patients des services audités avaient une prescription d'IPP. Parmi ces patients, seuls 15 % avaient un antécédent d'ulcère ou d'oesophagite. Dans 44 % des cas, l'indication de traitement n'était pas renseignée dans le dossier. La durée de traitement était illimitée 93 % des cas. L'IPP était à dose forte pour 44 % des patients concernés.

Discussion / Conclusion

Juste après ce travail, 67 % des prescriptions qui avaient été auditées ont été modifiées : soit pour un arrêt direct, soit pour une diminution de posologie en vue d'un arrêt. Une information sur le bon usage des IPP a été faite aux prescripteurs. Le logiciel de prescription a été paramétré pour qu'une date de fin soit indiquée lors de la prescription d'un IPP.

Quatre mois plus tard, un deuxième tour d'audit a été mené et les résultats ont montré une nette amélioration : 10 % de patients ayant un IPP, dont la plupart avec dosage faible. Par contre, encore 46 % des dossiers ne contenaient pas l'indication du traitement. Le logiciel de prescription va à nouveau être paramétré, cette fois pour rendre obligatoire le renseignement de l'indication lors de la prescription.

Cette évaluation des pratiques professionnelles nous aura donc permis de sensibiliser les prescripteurs sur les dangers de cette classe thérapeutique que beaucoup pensaient inoffensive, et ainsi d'améliorer la qualité et la pertinence des soins de nos patients.

Références bibliographiques principales

Recommandations 2017 IPP Omédit Centre Val de Loire

Orateur : Leguay F.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Pertinence de prescription, Evaluation des pratiques professionnelles, Inhibiteur pompe à proton

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000055

Résultats du 1er tour d'une évaluation des pratiques professionnelles : prescription des médicaments à risque

Gorgeon C.[(1)], Soubra X.*[(1)], Lestrade N.[(2)], Tayaa S.[(2)], Barin B.[(3)], Beauvais M.[(4)]

[(1)] Pharmacie, Centre Départemental Les Grands Chênes Saint-Denis, Saint-Maur

[(2)] Service médicosocial, Centre Départemental Les Grands Chênes Saint-Denis, Saint-Maur

[(3)] Pharmacie, CH Valençay, Valençay

[(4)] Pharmacie, CH Levroux, Levroux

Résumé

Contexte

La sécurisation de la prescription des médicaments à risque est la première barrière à mettre en place afin d'éviter la survenue d'erreurs pouvant avoir des conséquences graves sur la santé du patient.

Objectifs

Evaluer les pratiques professionnelles de la juste prescription des médicaments à risque.

Matériels et méthodes

Une analyse observationnelle rétrospective multicentrique en sanitaire et en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a été réalisée à partir des dossiers patients informatisés (DPI) et des prescriptions (informatisées et manuscrites) des six premiers mois de 2019 des patients ayant un médicament à risque prescrit (antivitamine K (AVK), nouveaux anticoagulants oraux (NACO), clozapine, colchicine, digoxine, méthotrexate per os, insulines et chlorure de potassium (KCl) 10 % injectable). La conformité de la prescription aux recommandations gériatriques, la traçabilité dans le DPI, le suivi biologique et la prise en compte des effets indésirables ont été évalués sur 30 dossiers par médicament.

Résultats

Au total, 161 prescriptions ont été analysées. Les principaux points forts étaient : l'horaire d'administration des AVK et le délai de modification du dosage en cas d'INR instable ; la conformité de l'indication des prescriptions de clozapine (90 %) et le suivi mensuel de la NFS (100 %) ; les prescriptions de colchicine, de méthotrexate per os et les prescriptions manuscrites d'insuline. Les principaux points faibles étaient : l'informatisation à 78 % de l'un des établissements ; le manque de traçabilité des indications de prescription dans le DPI ; le rythme de réalisation des INR au cours des trois derniers mois (conforme à 10 %) ; l'adaptation du dosage des AVK effectuée oralement dans 96 % des cas avec régularisation manuscrite dans 82 % des cas entre le lendemain et jusqu'à sept jours après ; les posologies de digoxine (respectivement 48 % et 52 % de conformité selon les critères d'âge et la fonction rénale) et le dosage de la digoxinémie (réalisé à 36 %) ; l'indication à la prescription de KCl 10 % injectable conforme à 56 %.

Discussion / Conclusion

L'évaluation réalisée a permis de cibler les principales failles de prescription des médicaments à risque des établissements. Un plan d'actions incluant sept axes d'amélioration a été élaboré afin de mettre en place de nouvelles barrières de sécurité pour limiter le risque de survenue d'erreurs à ce niveau de la prise en charge médicamenteuse. Un deuxième tour d'évaluation sera réalisé afin d'évaluer l'impact de cette démarche.

Références bibliographiques principales

ARS et OMEDIT Basse Normandie : Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD ; Avril 2013.

Orateur : Soubra X.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : effets secondaires indésirables des médicaments, systèmes informatisés de dossiers médicaux, revue des pratiques de prescription des médicaments

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000281

Analyse d'une série de cas d'éviscérations post-césariennes

Voinet E.[(1)], Belmas A.*[(1)], Gallot D.[(2)], Boïko-Alaux V.[(1)], Sautou V.[(1)]

[(1)] Pôle pharmacie, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

[(2)] Gynéco-obstétrique, CHU Clermont-Ferrand - Hôpital Estaing, Clermont-Ferrand

Résumé

Contexte

En 3 mois, 6 cas de matériovigilance relatant des éviscérations post-césariennes (EPC) dans les 8 jours post-intervention ont été enregistrés au sein de notre établissement et déclarés à l'ANSM. En 2019, 3 887 accouchements ont été réalisés, dont 700 césariennes. Dans tous les cas, la suture utilisée pour la fermeture de l'aponévrose était une suture vicryl plus®.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'analyser cette série de cas.

Matériels et méthodes

Une consultation des dossiers patients, de l'historique de l'établissement et une recherche bibliographique ont été effectués. De plus, la technique opératoire et les caractéristiques de la suture ont été analysées.

Résultats

Les facteurs de risque connus d'EPC sont : le diabète, l'obésité, une origine africaine ou américaine et la positivité au *Human Immunodeficiency Virus (*HIV) *(1).* Sur les six cas étudiés, deux présentaient des facteurs de risque connus.

Les différents praticiens ayant réalisé les interventions sont expérimentés et effectuent à eux seuls plus de 70 % des césariennes du service. La technique de césarienne par Misgav Ladach, actuellement pratiquée, pourrait être remise en cause car elle ne comporte pas de suture péritonéale. De ce fait, la solidité de la fermeture ne repose que sur la seule suture aponévrotique. A chaque cas d'éviscération, une rupture nette était observée au milieu du surjet.

La suture vicryl plus® est tressée, synthétique et résorbable en 56 à 70 jours d'après le laboratoire. Elle a la particularité de protéger contre la colonisation bactérienne grâce à la présence d'un enduit antibactérien : le triclosan. Référencée depuis 2010 dans l'établissement, elle est conçue pour la ligature des tissus mous. Un problème de lot semble peu probable car les incidents sont survenus avec différents lots de sutures. Deux cas d'EPC avaient déjà été rapportés en 2017 avec la même suture.

Discussion / Conclusion

L'expertise des fils de sutures n'a pas pu être réalisée car le matériel n'a pas été conservé. Même si dans certains cas des facteurs de risque d'EPC étaient présents, la fréquence de survenue semble malgré tout élevée. La résorption des fils de sutures parait anormalement précoce comparativement aux données de la fiche technique. La technique de césarienne utilisée comporte un risque d'éviscération si le fil de suture n'est pas assez solide car c'est alors l'unique ligne de suture qui devient défaillante.

Afin de prévenir la survenue d'incidents similaires, il a été décidé après réflexion avec les médecins d'arrêter l'utilisation de ce type de sutures dans cette indication.

Références bibliographiques principales

(1) A. Subramaniam, V. Jauk, D. Figueroa et al. Risk factors for wound disruption following cesarean delivery. AJOG. 2013. Volume 208, Issue 1, Supplement, Page S328

Orateur : Belmas A.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : surveillance post-commercialisation des produits de santé, césarienne, lâchage de suture

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000191

Service rendu en rétrocession hospitalière : état des lieux des attentes et connaissances des patients traités par facteurs anti-hémophiliques

Fischer S.[1], Monnot T.[1], Omrani S.[2], Girard F.[3], Buisson T.[4], Marguet P.[5], Alpy M.[6], Mockly-Postal H.[1], Fournel A.[7], Mourey G.[7], Berthou-Contreras J.*[1], Clairet A.-L.[8]

[1] Pharmacie, CHU Besançon, Besançon

[2] Pharmacie, Hôpital Nord Franche-Comté - Urgences, Trévenans

[3] Pharmacie, GH Haute-Saône, Vesoul

[4] Pharmacie, GH Jura Sud, Lons-le-Saunier

[5] Pharmacie, CHG Louis Pasteur, Dole

[6] Pharmacie, CHI Haute-Comté, Pontarlier

[7] Centre de ressources et de compétences-maladies hémorragiques constitutionnelles, CHU Besançon, Besançon

[8] Pharmacie, CHU Besançon, Besançon

Résumé

Contexte

Les activités de rétrocession au sein d'un réseau de soins représentent une relation étroite entre les patients et le personnel pharmaceutique. L'amélioration de la qualité du service rendu peut faire l'objet d'un état des lieux des attentes et des satisfactions des usagers.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer la satisfaction des patients traités par facteurs anti hémophiliques (FAH) vis-à-vis de la rétrocession hospitalière de l'ensemble des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) du territoire géographique du Centre de Ressources et de Compétences-Maladies Hémorragiques Constitutionnelles.

Matériels et méthodes

Ce travail a rassemblé l'ensemble des PUI du territoire dispensant des FAH, entre le 1er juin 2019 et le 11 octobre 2019.

La satisfaction a été évaluée via un questionnaire. Des questions fermées ont recueillis les données épidémiologiques, la fréquentation, les données liées à la dispensation des médicaments (évaluées par un score de 1 à 4), investiguer les modalités d'administration des médicaments et la conduite à tenir en cas de dispositif médical défectueux.

Résultats

26 questionnaires ont été recueillis, avec une exhaustivité de 96 %.

Sur l'ensemble des PUI 100 % des usagers sont satisfaits de l'accueil et du respect de la confidentialité, 92 % de la qualité du conseil pharmaceutique, 85 % des usagers des facilités d'utilisation des médicaments, 88 % de la qualité des horaires, 88 % de l'accès à la pharmacie, 15 % sont insatisfaits de l'aspect logistique et la facilité de respect de la chaîne du froid.

Sur les utilisations des dispositifs de reconstitution, 19 % des patients pensent pouvoir jeter le matériel défectueux, 7,6 % que les flacons peuvent être utilisés dans tous les cas, 11,5 % ne savent pas s'il faut prévenir la pharmacie.

Discussion / Conclusion

La spécificité des patients atteints d'une pathologie hémorragique constitutionnelle traités par des médicaments demandant une technicité lors de l'administration soulève des éléments d'insatisfaction tels que l'utilisation et la gestion du matériel défectueux. Deux axes d'amélioration sont retenus au vue des résultats, la gestion de la conservation et du transport au froid et la conduite à tenir devant un dispositif médical défectueux. Dans ce sens des outils de communication pédagogiques appropriés et sécurisés vont être formalisés en lien avec les pharmaciens du réseau de soins en collaboration avec les médecins. Ainsi de nouvelles perspectives d'amélioration pourront concerner des innovations thérapeutiques relevant des rétrocessions.

Orateur : Berthou-Contreras J.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : satisfaction, qualité, dispensation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000297

Siphonage lors de l'utilisation de pousse-seringue électrique : comment l'éviter ?

Fatoux J.[(1)], Lotiron C.[(1)], Delemotte A.[(2)], Brachfogel G.[(2)], Ribas C.*[(1)], Quiévy-Macchioni A.[(1)]

[(1)] Unité de matériovigilance, CHU Bordeaux, Bordeaux

[(2)] Service d'ingénierie biomédicale, CHU Bordeaux, Bordeaux

Résumé

Contexte

Le siphonage (S) correspond à la libération par débit libre du contenu d'une seringue d'un pousse-seringue électrique (PSE), se produisant quand le PSE est placé à 80 cm au-dessus du patient, et en présence d' une fuite d'air dans le consommable de perfusion ou d'une seringue non bloquée dans le bras du PSE. Ceci peut entraîner un surdosage du médicament administré avec des conséquences potentiellement graves.

Objectifs

Identifier les causes de S signalés en matériovigilance (MV) afin de rédiger des recommandations aux utilisateurs pour diminuer le risque iatrogène.

Matériels et méthodes

Recherche des incidents signalés en MV relatifs au S du contenu d'une seringue d'un PSE à partir de notre base de données de signalements. Analyse des causes à partir de l'expertise du fabricant, en lien avec le service d'ingénierie biomédicale.

Résultats

5 cas retrouvés entre 2012 et 2018 concernant 2 types de PSE. 3 services concernés (2 réanimations, 1 service d'urgence). Médicaments administrés : morphine (3) ; midazolam (1) ; atracurium (1). Conséquences : hypotension (1) ; retard de réveil (2) ; administration de buprénorphine (1) ; décès du patient sans lien à priori avec l'incident (1) ; non connue (1). Circonstances de survenue : piston de la seringue non bloqué (1) ; apparition d'un message d'erreur (1) ; PSE éteint, blocage du piston non précisé (1) ; non connu (2).

Discussion / Conclusion

L'analyse des incidents a confirmé le phénomène de S : bonne fonctionnalité des PSE confirmée et circonstances favorables à la survenue. Dans un cas, le message d'erreur affiché par un des PSE indique l'apparition d'une pression positive ou négative qui peut correspondre à un S. Le fabricant avait diffusé en 2011 une mesure corrective de sécurité concernant ce risque.

Les recommandations suivantes sont identifiées pour prévenir le S : bloquer le piston d'une seringue pleine placée dans le PSE même PSE éteint ; isoler ou clamper le prolongateur lors de toute manipulation d'une seringue remplie ; utiliser une valve anti-siphon en aval du PSE.

Les utilisateurs doivent de plus s'assurer de la bonne compréhension des messages émis par le PSE, vérifier l'intégrité du PSE avant utilisation et respecter la fréquence des maintenances préventives. Ces recommandations ont été diffusées lors d'un atelier de formation ; la communication sera poursuivie pour toucher un maximum d'utilisateurs.

Orateur : Ribas C.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : administration massive de médicament, gestion du risque, perfusion

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000248

Une gestion des risques équitable en établissements médico-sociaux ? Un premier pas avec une cartographie des risques pour répondre à leurs besoins

Norre F.[(1)], Le Gall T.*[(1)], Sujol G.[(1)], Bedjidian S.[(1)], Lopez E.[(1)], Colomès S.[(1)]

[(1)] Pharmacie, GCS Pharmacoopé - CH Léon Jean Grégory, Thuir

Résumé

Contexte

Les établissements médico-sociaux (EMS) restent soumis à l'arrêté du 31 mars 1999 et la dimension de management de la qualité et de gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse (PECM) y est encore insuffisamment développée et peu documentée. Dans notre processus d'amélioration de la sécurisation du circuit du médicament, nous cherchons à mieux prendre en compte les spécificités des EMS liés à notre pharmacie à usage intérieur (PUI) (n = 14) et les risques propres aux résidents, professionnels et organisations de ces établissements.

Objectifs

Notre objectif est d'initier une démarche de cartographie des risques dans des EMS avec PUI.

Matériels et méthodes

Les cartographies des risques sont réalisées en utilisant l'outil Inter Diag Médicaments V2 (232 questions évaluant 7 axes de sécurisation). Pour chaque établissement, le questionnaire est renseigné de façon pluridisciplinaire par le médecin coordinateur, le cadre de santé, une Infirmière Diplômée d'Etat et un pharmacien hospitalier.

Résultats

A ce jour, 3/14 EMS sont déjà cartographiés : deux EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) A et B et une MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) C.

1. Le risque structurel (organisation générale de l'EMS) est respectivement évalué à 48 %, 50 % et 11 % ; ce risque est donc moyen pour les EHPAD A et B et faible pour la MAS C.
2. La maîtrise des risques de la politique de sécurisation à 34 %, 50 % et 66 % ; cet item reste critique, ceci est confirmé par une analyse plus approfondie *via* l'évaluation de la maîtrise des risques du pilotage à seulement 14 %, 29 % et 43 % et celle de la prévention qui reste un peu mieux maitrisée mais hétérogène en fonction des structures, à 39 %, 56 % et 72 % respectivement pour les 3 EMS. Ces faibles pourcentages de maîtrise des risques liés au pilotage traduisent un besoin d'amélioration des pratiques de prescriptions en lien avec le pharmacien de la PUI.
3. La sécurisation de la PECM à 70 %, 59 % et 84 % et 4. La sécurisation du stockage des médicaments à 82 %, 64 % et 90 %. Au vu des pourcentages concernant les items 3 et 4, les risques sont bien maîtrisés pour les 3 EMS.

Par ailleurs, l'outil utilisé étant créé pour l'évaluation d'EHPAD, celui-ci semble moins adapté concernant les MAS : 14 % des questions sont non applicables pour la MAS C contrairement à 5 % pour l'EHPAD A et 6 % pour l'EHPAD B. Par conséquent, le faible risque structurel 1. De la MAS C semble biaisé par l'utilisation d'un outil non approprié (ex : non concerné par la commission de coordination de gériatrie).

Discussion / Conclusion

L'axe pilotage est identifié comme le plus critique ; un plan d'action visant à l'améliorer est programmé : point d'étape entre médecins coordinateurs et pharmaciens tous les 6 mois (avec bilan des consommations, analyse des pratiques de prescriptions, ciblage des médicaments à risque, définition d'objectifs selon les classes thérapeutiques et les pathologies…). Chaque cartographie sera mise à jour chaque année afin d'évaluer les actions mises en place. Pour les MAS, nous utiliserons l'outil HANDICIMED (OMEDIT Pays de la Loire) mieux adapté à leurs spécificités.

Références bibliographiques principales

"Circuit du médicament au sein des établissements accueillant des personnes en situation d'handicap", site web de l'OMEDIT Pays de la Loire, 04.12.2019, https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/circuit-medicament-etablissements-accueillant-personnes-en-situation-de-handicap (consulté en janvier 2020)
"Evaluer et gérer les risques liés à la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé", site web de l'ANAP appui santé et médico-social, 04.06.2014, https://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/evaluer-et-gerer-les-risques-lies-a-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante/ (consulté en novembre 2019)
K. Weber, "Cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse en EHPAD : état des lieux en région Alsace - France" in Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, nr 63, juin 2015, pp 163-172

Orateur : Le Gall T.
Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance
Mots-clés : services de santé pour les personnes handicapés, administration d'établissement de santé, gestion du risque
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000189

Application de la méthode AMDEC pour sécuriser le circuit des essais cliniques : quelles sont les étapes les plus à risque ?

Malassigné M.*(1), Jourand A.(1), Ghezzoul B.(1), Servant V.(1), Mora P.(1), Dessane B.(1), Djabarouti S.(1)

(1) Pharmacie, CHU Bordeaux, Bordeaux

Résumé

Contexte

Le nombre d'essais cliniques (EC) impliquant des produits préparés à l'Unité de Préparation Centralisée (UPC) ne cesse d'augmenter. Dû aux spécificités imposées par les promoteurs, le risque d'erreur associé est élevé.

Dans un contexte d'amélioration continue de la qualité à l'hôpital, une évaluation *a priori* des risques pour la préparation de ces produits expérimentaux a été réalisée grâce à la méthode AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité).

Objectifs

L'objectif est de sécuriser le circuit en identifiant les étapes associées aux risques les plus élevés, en les ciblant et en proposant des actions à mettre en place.

Matériels et méthodes

Application de la méthode AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité).

3 réunions de 1 h 30 (Qualiticienne, pharmaciens et préparateurs de UPC et des EC) : identification des étapes et sous étapes, identification des modes de défaillances, cotation de la détectabilité (D), de la fréquence (F) et de la gravité (G) sur une échelle de 1 à 5 (cartes numérotées).

Puis calcul de la criticité (C) tel que C=DxFxG, ciblage des étapes les plus à risque (C > 15), identification des barrières de sécurité déjà en place, propositions de solutions à mettre en place.

Résultats

68 modes de défaillances ont été identifiés. C comprise entre 1 et 60. 4 % des modes de défaillances ont été classés à haut risque (C ≥ 40), 24 % à risque intermédiaire (15 ≥ C ≥ 39) et 72 % à risque faible (C ≥ 14).

La défaillance associée à la plus haute criticité correspond à la contamination environnementale pendant la préparation.

Les autres modes de défaillances à haut risque et risque intermédiaire concernent la dispensation (erreur de prescription et de calcul de dose, mauvais numéro de kit dispensé) et la préparation (préparations non prévues, erreur de vérification, erreur d'identification après la préparation, condition de stockage inadaptée).

Discussion / Conclusion

Cette méthode nous permet d'identifier les étapes avec les risques les plus élevées et de les cibler. 4 actions prioritaires sont proposées : formation du personnel de l'URC *via* le développement de staff essai clinique, mise en place d'un planning des patients prévus en essais cliniques, mise en place d'un lieu de stockage spécifique, structuration du double contrôle (*Check-List*).

L'impact des actions prises pourra être évalué dans un délai d'un an par la réalisation d'une nouvelle AMDEC.

Orateur : Malassigné M.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : management de la qualité, évaluation de risque, médicament pour essai clinique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000247

Explorer de nouvelles solutions organisationnelles en pharmacie : enjeux et pistes

Cosme E.[(1)], Reberga A.*[(1)], Sitbon M.[(1)], Eychenié H.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Agence Nationale d'Appui à la Performance, Paris

Résumé

Contexte

La réglementation des Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) n'a cessé d'évoluer ces 30 dernières années, offrant de nouvelles missions ayant un fort impact sur les organisations, tant à l'échelle de l'établissement qu'à l'échelle territoriale. Il apparaissait nécessaire de réunir les professionnels de terrain afin d'identifier, structurer, tester, et stabiliser certaines solutions organisationnelles (SO) à partir de retours d'expériences.

Objectifs

L'objectif était de mettre à disposition des professionnels des outils et supports, simples et pédagogiques permettant de les accompagner dans l'amélioration de la performance de leurs organisations.

Matériels et méthodes

Sur une durée de 9 mois, 21 professionnels (pharmaciens, cadres, préparateurs en pharmacie, directeur qualité, anesthésiste…) ont participé à 4 journées de travail collaboratif : la 1ère avait pour objectif de déterminer les besoins des professionnels, la 2ème la validation des thématiques retenues et des grandes lignes rédactionnelles, la 3ème la révision des trames détaillées des solutions en cours de rédaction, enfin, la 4ème la relecture finale des documents et le test des outils élaborés. Parallèlement, un travail de bibliographie a été réalisé sur le thème de l'optimisation des organisations des PUI. Ce travail, couplé aux retours d'expériences des professionnels présents, a permis l'alimentation des fiches réalisées.

Résultats

Sous forme de kits pédagogiques, 15 solutions organisationnelles dédiées à la PUI prennent en compte les besoins du terrain pour mettre à disposition des éléments opérationnels, comme par exemple : mettre en œuvre un projet d'automatisation de la préparation des doses à administrer (PDA), promouvoir l'activité de pharmacie clinique, réaliser et pérenniser un dialogue de gestion entre la PUI et les services… Chaque kit se compose d'un descriptif de la démarche méthodologique, de documents type, d'outils (tableau de pilotage…) et de retours d'expérience.

Discussion / Conclusion

Le but des SO réalisées est d'aider les professionnels à améliorer l'organisation de la PUI et de faciliter la mise en place de nouvelles pratiques au sein des structures. Le contenu et la forme ont été élaborés en coopération avec les professionnels en veillant à faciliter leur appropriation par les équipes médicales, paramédicales voire administratives. Ces documents sont disponibles sur le web depuis janvier 2020 [1].

Ils ont vocation à être réévaluées en fonction des évolutions réglementaires et des retours d'expériences des professionnels de terrain.

Références bibliographiques principales

http://ressources.anap.fr/pharma-bio-ste/publication/2708

Orateur : Reberga A.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : ressources et distribution, Méthodes, organisation et administration

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000215

Le management bienveillant : une approche novatrice et bénéfique dans l'encadrement et la formation des Internes en Pharmacie Hospitalière (IPH)

Jordono L.*[(1)], Rucheton A.[(1)], Merlet M.[(2)], Malot J.[(2)], Théron F.[(2)], Gelas C.[(2)], Vandewoestyne S.[(2)], Lacaud F.[(2)], Vidal F.[(2)]

[(1)] Stérilisation, CH Dax - Côte d'Argent, Dax

[(2)] Pharmacie, CH Dax - Côte d'Argent, Dax

Résumé

Contexte

Le diplôme d'Etudes Spécialisées de Pharmacie Hospitalière connait aujourd'hui de profondes réformes. Les encadrants et formateurs sont invités à mener de nouvelles réflexions en matière d'accompagnement et d'encadrement des IPH. L'arrivée d'un IPH, longtemps absent du service, a été l'occasion de se conformer, avant l'heure, à ces nouvelles attentes. C'est donc fort de son application depuis 2014 à tous les membres de l'équipe pharmaceutique (Pharmaciens Ph, Préparateurs PP) que le management bienveillant a été appliqué à l'IPH.

Objectifs

En quoi le management bienveillant est bénéfique à l'encadrement d'un stage pour un IPH ? Quel est son ressenti face à ce type de management ?

Matériels et méthodes

En mai 2019, le management bienveillant envers l'IPH est entrepris par les Ph. Outre l'application générale des piliers de ce concept de management, il s'est matérialisé concrètement par 3 entretiens d'1 h en début, milieu et fin de stage (M0-M3-M6) entre le Ph encadrant, le Ph chef de service et l'IPH. A M0, application directe des outils préexistants pour les PP avec grille d'autoévaluation (AE) à remplir en amont par l'IPH : domaine (D) 1 points forts, points d'efforts, objectifs à atteindre/évolution professionnelle envisagée. Puis durant l'entretien : D2 savoir être, D3 compétences et savoir-faire, qui seront réévalués à M3 et M6. Enfin à M6 : D4 fonctionnement de service et avis/ressenti général de l'IPH.

Résultats

L'entretien M0 permet une approche de la personnalité/du profil de l'IPH (D1) ainsi que de ses compétences/savoirs initiaux, afin de définir les objectifs spécifiques à atteindre lors du stage (D2, 3). M3 permet une réévaluation à mi-parcours (D1, 2, 3) pour définir l'orientation de la dernière partie du stage. M6 (D1, 2, 3) est le bilan final avec évolution totale de la grille d'AE et l'avis et le ressenti général de l'IPH (D4). L'AE montre une progression positive globale pour l'ensemble des items : 100 % D2, 91,3 % D3. Pour D4, l'évaluation du stage et fonctionnement de service est aussi très satisfaisante et atteinte des objectifs fixés.

Discussion / Conclusion

Avec un véritable accompagnement, une présence continue et une reconnaissance aussi bien du travail que de sa personne, l'IPH tire bénéfice de ce management. L'exercice de l'AE, peut se révéler intimidant/déstabilisant voire compliqué car il implique une ouverture d'esprit, parfois à la limite de la psychanalyse. Néanmoins, il est très formateur et permet de définir spécifiquement, dès le début, les objectifs et compétences à atteindre dans son stage, aussi bien au niveau personnel que professionnel. Le management bienveillant, par sa position humaniste et positive, représente une clé pour améliorer à la fois la qualité de vie au travail des IPH qui se sentent mieux encadrés, plus reconnus ; mais également leur formation avec la définition d'objectifs précis à atteindre et leur évolution au cours du stage (M3). L'IPH a son mot à dire et peut être force de proposition à tout moment. La relation de confiance créée permet une dynamique de progression et de motivation pour ce 1er IPH qu'il faudra évaluer à plus long terme sur d'autres IPH par la suite.

Orateur : Jordono L.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Formation continue internes en pharmacie, Management bienveillant, Qualité de vie au travail

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000290

Aide médicale d'urgence : mise en place d'un guide pratique du déploiement du poste sanitaire mobile

Pestourie M.[(1)], Lemettre E.[(1)], Bourgeois G.[(1)], Lepetit A.-L.*[(1)], Treillard C.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Tulle, Tulle

Résumé

Contexte

Face à un sinistre de grande ampleur, impliquant un grand nombre de victimes, les PUI (Pharmacie à Usage Intérieur) des établissements détenteurs d'un PSM (Poste Sanitaire Mobile) sont amenées à participer à son déploiement sur la zone sinistrée.

Objectifs

Lors du déclenchement du PSM, le personnel pharmaceutique mobilisé (pharmacien et/ou préparateur en pharmacie) n'est pas toujours formé à cet exercice. De ce fait, le déploiement peut en être retardé et la gestion des stocks sur place moins efficace. L'objectif de ce travail est de créer un outil permettant d'assurer un déploiement optimal du PSM.

Matériels et méthodes

Le Centre Hospitalier détient un PSM I et un PSM pédiatrique. Les retours d'expérience post exercice ont permis d'identifier les lacunes et les besoins. Un groupe de travail (pharmaciens, préparateurs en pharmacie et magasinier) a été mis en place afin de construire un guide synthétique. Le médecin responsable des urgences a été associé à la correction de ce guide.

Résultats

Un support papier a été élaboré au format livret-poche (A5) permettant une prise de connaissance rapide et regroupant toutes les informations pouvant être utiles aux différentes étapes du déploiement du PSM. Les différents points abordés dans ce guide sont :

La présentation du Poste Sanitaire Mobile (objectifs, constitution, localisation, implication pharmaceutique)

Les plans ORSEC (composition du dispositif ORSEC, objectifs)

Le Poste Médical Avancé (PMA) : définition, objectif, organisation (sous forme de schéma)

Les acteurs : présentations des différents intervenants sous forme de tableau (missions, positionnement, identification sur place)

La check-list de départ vers la zone du sinistre

Les outils disponibles pour la gestion des stocks

Un lexique

Un tableau des différents dispositifs médicaux disponibles dans le PSM (avec photo et malle de stockage) vient compléter ce livret.

Discussion / Conclusion

Souvent éloigné des problématiques liées à l'aide médicale d'urgence, le personnel pharmaceutique doit pouvoir disposer d'outils synthétiques et pratiques l'aidant à faire face à la prise en charge de nombreuses victimes. Les documents mis en place devraient permettre d'améliorer la réactivité de ces équipes et de faciliter leur intégration à la chaine des secours. Il sera testé lors des prochains exercices de simulation de déploiement et évoluera suite aux retours d'expérience et aux modifications de référentiels.

Orateur : Lepetit A.-L.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : PSM (Poste Sanitaire Mobile), Planification des mesures d'urgence en cas de catastrophe, PMA (Poste Médical Avancé)

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000303

Codification des interventions pharmaceutiques (IP) réalisées lors de la dispensation des médicaments expérimentaux (ME) : bilan à 2 ans et perspectives

Raphard A.(1), Yailian A.-L.*(1), Bourron P.(1), Tourvieilhe L.(1), Bossy L.(1), Marchand C.(1), Lebas E.(1), Eichenlaub E.(1), Riou C.(1), Laleye D.(1), Pivot C.(1), Dhelens C.(1)

(1) Pharmacie, HCL - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Résumé

Contexte

Depuis 2013, les IP réalisées lors de la dispensation des ME sont recueillies prospectivement dans notre établissement. Cette démarche permet de sécuriser la prise en charge des patients inclus dans un essai clinique (EC). Afin de documenter et valoriser ces IP, un outil de standardisation et de codification des IP a été élaboré et validé en 2017 [1].

Objectifs

Etablir le bilan des IP depuis 2 ans et discuter des actions qualité à mettre en place.

Matériels et méthodes

Les IP effectuées entre le 01/01/2017 et le 31/12/2019 ont été extraites de l'outil de codification puis analysées rétrospectivement selon : intervenant de la pharmacie, spécialité du prescripteur, type de problème médicamenteux détecté, type de proposition pharmaceutique, mode de transmission et devenir de l'IP.

Résultats

Sur la période, 2 974 dispensations ont été effectuées et 102 IP (3,4 %) ont été formulées par un interne en pharmacie (53 %), par un pharmacien (23 %) et par un préparateur en pharmacie (21 %). Parmi les 14 spécialités médicales concernées par la dispensation des ME, les IP les plus fréquemment réalisées portaient sur les EC en néphrologie (20 %), urologie/transplantation (20 %), rhumatologie (20 %) et infectiologie (18 %). Les principaux problèmes détectés concernaient la prescription (27 %) (e.g. identification de la visite erronée), le patient (25 %) (e.g. identification insuffisante) et le ME (18 %) (e.g. numéro de traitement attribué absent). Les principales propositions pharmaceutiques étaient la modification de la prescription (74 %) et la demande d'un justificatif (mail ou transmission de la notification « *Interactive Voice and Web Response System* ») (17 %). La transmission des IP était orale (49 %), téléphonique (32 %) ou écrite (email) (19 %). Les IP étaient acceptées dans 89 % des cas. Les IP non acceptées étaient principalement liées à un intervalle de visite, fixé par le protocole, non respecté.

Discussion / Conclusion

Le nombre d'IP sur la période 2017-2019 est en diminution par rapport à la période 2015-2016 (5,7 %) [1]. Dans le cadre de notre démarche qualité, une sensibilisation des investigateurs et des attachés de recherche clinique sera effectuée par la présentation de ces résultats. D'autre part, une formation systématique des nouveaux arrivants à l'utilisation de l'outil de codification sera proposée pour améliorer l'exhaustivité du recueil des IP. Enfin, dans la perspective de l'informatisation des prescriptions des ME, une mise à jour de l'outil de codification sera proposée pour prendre en compte les IP relatives à l'outil informatique.

Références bibliographiques principales

[1] Yailian A-L, Pajot J, Laleye D and al. Essais cliniques : Elaboration et validation d'un outil de codification des interventions pharmaceutiques. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien 2018;53:248-255

Orateur : Yailian A.-L.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Amélioration de la qualité, Sécurité des patients, Médicaments en essais cliniques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000265

Evaluation des pratiques de nutrition parentérale chez l'adulte : deuxième round

Hausherr A.*[(1)], Bataille J.[(1)], Pons-Kerjean N.[(1)]

[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Beaujon, Clichy

Résumé

Contexte

A la suite du rapport IGAS 2015 sur la nutrition parentérale (NP) pédiatrique, et en accord avec le comité de liaison en alimentation et nutrition de l'hôpital, les recommandations adaptées aux adultes ont été appliquées fin 2015. Une évaluation des pratiques professionnelles a été effectuée sur 2015-2016 avec des formations en 2016-2017.

Objectifs

Trois ans après, un second audit a été réalisé afin de refaire un état des lieux des pratiques assimilées.

Matériels et méthodes

L'audit mené en 2019 était identique à celui de 2015. Une question a été ajoutée sur les formations souhaitées par les infirmiers diplômés d'état (IDE). Les 3 mêmes services ont été audités : chirurgie digestive, chirurgie colorectale et gastroentérologie.

L'audit a été mené par un interne en pharmacie et un pharmacien à l'aide de 3 supports : fiche patient comparant la prescription médicale informatisée et la perfusion administrée au lit du patient, questionnaire prescripteur sur les pratiques de prescription, questionnaire IDE sur les pratiques d'administration.

Résultats

46 personnes ont été auditées en 2015, 63 en 2019 (plus de patients).

Les IDE perfusent toujours à l'aide d'une pompe : 100 % en 2019 *vs* 81 % en 2015 ($p = 0.03$) et mettent un Opabag 95 % du temps en 2019 *vs* 46 % en 2015 ($p = 0.003$). Les médecins connaissent moins les messages clés en 2019 qu'en 2015: 17 % *vs* 36 % ($p > 0.05$), mais les appliquent en pratique. Ils n'ont prescrit aucun ajout dans la poche de NP en 2019 contrairement à 2015, la durée de perfusion de 24 h est mieux respectée : 83 % *vs* 64 % ($p > 0.05$).

Cependant certains médecins oublient la supplémentation vitaminique : 75 % de supplémentation en 2019 *vs* 93 % en 2015 ($p = 0.31$). Les IDE constatent autant de problèmes qu'en 2015 dans les modalités de prescription de la supplémentation : durée de perfusion, base et volume utilisés.

Les IDE aimeraient une formation annuelle en particulier sur la gestion de la perfusion.

Discussion / Conclusion

Une amélioration des pratiques a été constatée. Plusieurs notions ont été acquises pour les prescripteurs : pas d'ajout dans la poche de NP ; comme pour les IDE : perfusion de la NP sur pompe, ajout d'un Opabag sur les poches contenant les vitamines et oligoéléments. Cependant, certaines sont à approfondir comme la durée de perfusion et la supplémentation en micronutriments obligatoire.

A la suite de cet audit, il a été décidé de mettre à jour les triptyques et de refaire des formations. De plus, à la demande des internes, une réunion d'information multidisciplinaire sera mise en place à chaque début de semestre.

Orateur : Hausherr A.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Recommandations de bonnes pratiques, Audit pharmaceutique, Nutrition parentérale

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000254

Prescriptions d'antibiotiques en établissement d'HAD : le point régional !

Pelsez - Rouillé A.[(1)], Arrii M.[(1)], Comité Technique Had Omédit Normandie [(1)], Cherel A.[(2)], Delavoipière E.[(2)], Delbende E.[(1)], Bougle C.[(2)], Monzat D.*[(1)], Fiaux E.[(3)], Lefebvre-Caussin M.[(1)]

[(1)] Omédit, OMéDIT Normandie, Rouen

[(2)] Omédit, OMéDIT Normandie, Caen

[(3)] Normantibio, Centre régional de conseil en antibiothérapie de Normandie, Rouen

Résumé

Contexte

Le déploiement des prises en charge ambulatoire entraine des prescriptions d'antibiotiques (ATB) en hospitalisation à domicile (HAD) de plus en plus fréquentes dans des situations cliniques de plus en plus complexes. Il existe peu de données sur ces prises en charge particulières en HAD.

Objectifs

Etablir un état des lieux régional des prescriptions d'ATB chez les patients pris en charge en HAD. Identifier les axes d'amélioration pour la sécurisation et la qualité de cette prise en charge.

Matériels et méthodes

Un groupe de travail régional a élaboré un audit rétrospectif de 3 mois, incluant toutes les prescriptions d'ATB. Ont été recensées les données relatives au patient (mode de prise en charge, âge, créatinine…), au prescripteur (lieu d'exercice, spécialité), à l'infection (site, indication, antibiogramme (ATBg)) et au traitement (molécule, voie et dispositif d'administration, durée, réévaluation…).

Résultats

Le taux de participation des 22 HAD normand était de 70 %. Trois cent cinquante dossiers ont été analysés. Les prescripteurs exerçaient : 63 % hôpital, 37 % libéral dont 95 % généralistes. La moyenne d'âge était de 69 ans et 35 % étaient insuffisants rénaux chroniques (IRC). Dans 28 % des cas, la prescription d'ATB était le motif de prise en charge en HAD. Les 3 sites d'infection principaux étaient pulmonaire (26 %), urinaire (18 %) et cutané (17 %). On note 8 % d'infections sur site opératoire et 7 % sur matériel. Les ATB étaient prescrits en monothérapie dans 86 % des cas, pour une durée moyenne de 16.4 jours. Dans 61 % des cas des ATB critiques étaient prescrits : 54 % particulièrement générateurs de résistance, et 7 % de dernier recours. L'administration était réalisée par voie orale (55 %), voie IV (34 %), dont 36 % sur cathéter central à insertion périphérique, 31 % sur voie veineuse périphérique, 23 % par chambre implantable. L'administration parentérale se faisait par gravité (41 %) ou 13 % système électrique 13 %. L'indication et la date d'instauration du traitement figuraient sur respectivement 11 % et 63 % des prescriptions et dans respectivement 72 % et 50 % des dossiers. L'ATBg était disponible pour l'HAD dans seulement 26 % des cas. Le taux de réévaluation des ATB était très faible : 17 % à H48-72 et 16 % à J7.

Discussion / Conclusion

Cet état des lieux met en évidence des situations à risque : utilisation d'ATB critiques, faible taux de réévaluation, défaut d'information (ATBg, date d'initiation, identification du prescripteur). A partir de ce constat, des documents régionaux de liaison ATB en HAD ainsi qu'un référentiel de bon usage des ATB au domicile vont être mis en place.

Orateur : Monzat D.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : infection, revue des pratiques de prescription des médicaments, hospitalisation à domicile

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000300

Semaine sécurité patient : A vos jeux, Prêts, Soignez !

Hyvert S.[(1)], Bourdelin M.*[(1)], Lefort M.-N.[(2)], Rochefolle A.[(1)], Falquet B.[(1)], Coursier S.[(1)], Bontemps H.[(1)]

[(1)] Pharmacie, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

[(2)] Direction des soins, Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône

Résumé

Contexte

La sensibilisation aux risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients (PCMP) est un enjeu majeur des établissements de santé. L'aspect ludique de l'approche renforce l'intérêt des soignants dans l'apprentissage des compétences relatives à la qualité et la sécurité des soins (QSS).

Objectifs

Après la chambre des erreurs, l'objectif était de développer un format innovant de formation de type « serious game ».

Matériels et méthodes

Dans le cadre de la semaine sécurité patient (SSP) 2019, 1 cadre de santé, 1 pharmacien et 1 interne en pharmacie ont élaboré un programme ludique de sensibilisation à la PCMP validé en comité de pilotage QSS, basé sur la construction de 4 serious game. Un scénario « médicament mystère » (MM) avait comme objectif de retrouver un médicament par la résolution de 3 énigmes : identifier un code de cadenas pour récupérer une ordonnance sur laquelle le MM était effacé, résoudre un mot croisé permettant de retrouver l'indication du MM et utiliser une lampe UV dévoilant plan de prise, effets indésirables et caractéristique galénique du MM. Le challenge « Chimiothérapie » (CT) proposait un atelier de simulation où les soignants devaient réaliser le branchement d'un arbre de CT. Le stand « Antidote » (AD) permettait aux joueurs d'associer les médicaments à leur AD spécifique. Enfin, pour devenir le « champion » les participants testaient leurs connaissances avec le quiz « Question pour un antibiotique (ATB) ».

Résultats

Ces ateliers, animés par des pharmaciens, ont été proposés sur 2 journées au cours de la SSP, avec participation d'infirmières, aides-soignantes et médecins des services de Cardiologie, Anesthésie, Chirurgie, Gériatrie, Maladie infectieuse, Neurologie, Pneumologie, Urgences, et Pharmacie. Un questionnaire de satisfaction a permis d'évaluer le format proposé. Parmi les réponses obtenues, 88 % des participants étaient très satisfaits de l'organisation générale de la journée et 94 % du format mini-jeu. Une acquisition des connaissances sur les médicaments était rapportée à l'atelier CT (90 %), AD et ATB (79 %) et MM (76 %). La durée des ateliers était jugée adaptée dans 86 % (AD et ATB), 88 % (MM) et 92 % (CT) des cas.

Discussion / Conclusion

Cette démarche ludique de serious game a permis de sensibiliser les soignants aux risques liés à la PCMP et de proposer, selon un format court adapté aux organisations des établissements, une amélioration des connaissances sur le bon usage du médicament. Ce concept est à poursuivre, enrichir et déployer lors de prochaines journées de sensibilisation.

Orateur : Bourdelin M.

Domaine pharmaceutique : Qualité, gestion des risques, vigilance

Mots-clés : Jeu expérimental, Qualité des soins de santé, Sécurité des patients

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

DISPOSITIFS MEDICAUX ET STERILISATION

Numéro : 000040

Etude de cas : utilisation répétées des introducteurs vasculaires et réactions anaphylactoïdes : quelles relations ?

Perrier Q.*(1), Konieczny C.(1), Schmitt D.(1), Reymond F.(1), Trivin C.(1), Piliero N.(2), Thony F.(2), Bouvaist H.(3), Bedouch P.(4)

(1) Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

(2) Service d'imagerie médicale et de radiologie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

(3) Service de cardiologie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

(4) Pôle pharmacie, université Grenoble Alpes, cnrs-uga, timc-imag umr 5525, themas, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

Résumé

Contexte

L'Hypertension Pulmonaire Thrombo-Embolique Chronique (HPTEC) se caractérise par une augmentation de la résistance vasculaire pulmonaire induisant notamment une dyspnée et atteinte du cœur droit. C'est une maladie rare prise en charge par un réseau de centres de compétences. Différents traitements sont possibles : médicamenteux (Bosentan, Sildenafil, …), chirurgical (endartérectomie pulmonaire) ou plus récemment l'angioplastie pulmonaire (dilatation des artères pulmonaires par ballon) [1]. Plusieurs cas de réactions cliniques supposées liées aux introducteurs vasculaires utilisés lors d'angioplastie ont été notifiés en matériovigilance.

Objectifs

Décrire les évènements rapportés en identifiant les facteurs confondants afin de sécuriser cette technique innovante par la mise en place de mesures correctives.

Patients et méthodes

Analyse monocentrique continue des dossiers cliniques depuis 2018, déclarations aux fournisseurs et tutelles, analyse des retours d'expertise et revues bibliographiques.

Résultats

Depuis 2018, 8 cas ont été notifiés chez des patients âgés de 29 à 85 ans. Ces patients avaient 4 à 6 séances d'angioplasties pulmonaires réalisées par 2 spécialistes, pour des HPTEC. Les réactions survenaient après 1 ou 2 séances d'angioplastie. Les signes cliniques étaient systématiquement associés à la pose de l'introducteur et se traduisaient par : une sensation de malaise avec flush cutané, une tachycardie avec augmentation de la pression artérielle pulmonaire moyenne et pouvant aller jusqu'à la convulsion ou perte de conscience. En l'absence de toute modification (introducteur laissé en place), la situation était résolutive en quelques minutes. Lors des angioplasties suivantes, l'introducteur qui avait été utilisé, était remplacé par d'autres introducteurs. Aucune réaction n'a été rapportée chez ces mêmes patients avec ces derniers. L'introducteur cité, contrairement aux autres, a un revêtement hydrophile devant faciliter le glissement du matériel. Enfin l'analyse bibliographique a révélée l'existence de plusieurs cas de complications thromboemboliques et de granulome au point d'injection avec les agents hydrophiles [2], mais aucune réaction similaire.

Discussion / Conclusion

Devant la temporalité des événements, la réversibilité des signes cliniques et l'absence de récurrence après changement d'introducteur, nous nous orientons vers une réaction anaphylactoïde, cytokine médiée. Il conviendra en ce sens de poursuivre les investigations en allergologie (« Prick test », dosage d'immunoglobulines spécifiques latex & chlorexidine, dosage de tryptase sérique …).

Références bibliographiques principales

[1] Bouvaist H, Balloon pulmonary angioplasty: An additional treatment option to improve the status of patients with chronic thromboembolic pulmonary hypertension. Rev Pneumol Clin. 2017
[2] Mehta RI, Mehta RI. Hydrophilic polymer embolism: past obstacles and future progress. Human Pathology. 2016;53:191-196

Orateur : Perrier Q.
Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation
Mots-clés : Hypersensibilité, Introducteur vasculaire, Vigilance
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000257

Quand la stérilisation s'ouvre au public

Duverger C.[(1)], Henneré G.[(1)], Barbin N.[(1)], Coret-Houbart B.*[(1)]

[(1)] Pharmacie-stérilisation, CHI Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

Résumé

Contexte

Bien qu'ayant un rôle majeur à l'Hôpital, le service de stérilisation et les différents métiers qui le composent, restent méconnus du reste du personnel. Dans notre établissement, ce service emploie 27 personnes et plus de 110.000 produits ont été stérilisés en 2019 pour notre hôpital et un second en sous-traitance.

Objectifs

Deux journées découvertes ont donc été organisées à un an d'intervalle (octobre 2018 et novembre 2019) avec comme objectifs de faire découvrir le métier d'agent de stérilisation et d'améliorer la communication avec les services clients. Ces journées ont également comme but d'augmenter la visibilité et la compréhension du service de stérilisation en tenant compte des remarques des visiteurs.

Matériels et méthodes

Une visite explicative ainsi qu'une participation à l'activité ont été proposées aux visiteurs. Un questionnaire de satisfaction composé de 18 items portant sur l'organisation globale et l'apport de connaissances acquises a été distribué puis analysé.

Résultats

En 2018, seuls 13 questionnaires pour 26 visiteurs ont été complétés en raison d'une faible fréquentation contre 65 en 2019 grâce à une communication plus appuyée (mails, affiches aux blocs opératoires) et l'invitation de lycéens en filière Hygiène, Propreté, Stérilisation (HPS). Après la 1ère journée en 2018, les 2 critiques majeures était une durée d'ouverture trop courte (3 h) et la visite d'un service à l'arrêt (maintenance prévue ce jour). En 2019, la journée découverte était proposée sur 10 h permettant à un plus grand nombre de personnes de se libérer et le service était en fonctionnement normal. La totalité des visiteurs (65) a déclaré être satisfait de cette journée et leur motif de venue était principalement dans le cadre de leur formation (22), pour découvrir le service (22) et enrichir leurs connaissances (8). Les visiteurs ont été « très satisfaits » de la qualité de l'accueil (83 %) et des explications données (78 %), de la convivialité (75 %) et de la pertinence des informations apportées (72 %). Les points restant à améliorer sont une présentation détaillée de l'équipe (6), une participation plus concrète à l'activité (4) (souder un sachet, emballer une boîte) et une meilleure signalétique (2).

Discussion / Conclusion

L'activité du service de stérilisation gagne à être connue par tous les services de l'hôpital. Un travail de signalétique s'appuyant sur des photographies professionnelles est en cours afin de mieux faire connaitre les activités de ce service indispensable à l'hôpital.

Orateur : Coret-Houbart B.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : Systèmes de communication hospitalière, Pharmacie d'hôpital, Stérilisation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000443

Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) : existe-t-il une corrélation entre le type de valves et le taux de complication ?

Fichon T.[(1)], Laschinski B.[(2)], Caudron M.*[(1)], Petit A.[(3)]

[(1)] Pharmacie, CHU Amiens Picardie - Site Sud, Salouël

[(2)] Pharmacie, CHU d'Amiens-Picardie - Site Sud, Amiens

[(3)] Pharmacie, CHU Amiens, Salouël

Résumé

Contexte

Le TAVI est une technique de remplacement de valve aortique par voie percutanée, initialement indiquée chez les patients inopérables, mais dont les indications tendent à s'élargir. En 2019, 2 valves étaient référencées dans notre centre : la valve A au mécanisme de déploiement par auto-expansion et la valve B au déploiement par gonflage d'un ballonnet. Cette différence pourrait expliquer un taux de complications variable, notamment en termes de fuite para-prothétique, bloc auriculo-ventriculaire (BAV) et bloc de branche gauche (BBG). Au-delà des conséquences cliniques, ces complications peuvent avoir des répercussions économiques pour l'établissement (1).

Objectifs

L'objectif de ce travail est de rechercher une corrélation entre le type de valve et le taux de complication.

Matériels et méthodes

Une étude rétrospective monocentrique chez les patients traités par TAVI en 2019 a été réalisée. Les dossiers informatiques ont été analysés avec recueil des complications cliniques suivantes : fuite para-prothétique, BAV, BBG, pose de pacemaker (PM), transfusion de culots globulaire et décès. La marque de la valve et son diamètre ont été relevés. Les données qualitatives ont été analysées par le test du Chi2 ($\alpha = 0.05$).

Résultats

211 patients ont bénéficié d'un TAVI : 104 patients ont reçu la valve A et 107 la valve B. L'âge moyen de la population était de 81.3 [49-96] ans avec 50.7 % d'hommes. Les valves A étaient de taille : 23/26/29/34 mm pour 5.7/18.3/57.7/18.3 % des patients et de 23/26/29 mm pour 11.2/59.8/30 % pour la valve B. Les fuites para-prothétiques sont plus nombreuses dans le groupe A (55 vs 30 ; $p < 0.01$), de même que les troubles conductions de type BAV (40 vs 28 ; $p = 0.05$). On ne note pas de différence pour les BBG ($p = 0.24$). On compte 21 implantations de PM après pose de bio-prothèse A contre 12 dans le groupe B ($p = 0.04$). Aucune différence en ce qui concerne les transfusions post implantation ($p = 0.90$). 4 patients sont décédés lors du séjour TAVI avec la valve A, 1 seul patient pour la valve B ($p = 0.08$).

Discussion / Conclusion

Le nombre de fuites para-prothétiques, de BAV et donc de PM est significativement supérieur dans le groupe de la valve auto-expansible ; ce qui est en accord avec l'étude FRANCE 2 (2). Ce taux serait lié à un traumatisme direct de la région sous-valvulaire lors de l'implantation (3). Néanmoins, les tailles de valves ne semblent pas homogènes entre les 2 groupes et pourraient constituer un biais. Le choix de la valve semble donc être un critère important quant aux potentielles complications.

Références bibliographiques principales

(1) K. Chevreul et al., "Cost of transcatheter aortic valve implantation and factors associated with higher hospital stay cost in patients of the FRANCE (FRench Aortic National CoreValve and Edwards) registry," Arch Cardiovasc Dis, vol. 106, no. 4, pp. 209–219, Apr. 2013, doi: 10.1016/j.acvd.2013.01.006.
(2) Gilard M, Eltchaninoff H, Iung B, Donzeau-Gouge P, Chevreul K et al. Registry of transcatheter aortic-valve implantation in high-risk patients. France 2 Registry. N Engl J Med. 2012; 366 (18): 1705-15.
(3) Nuis RJ, Van Mieghem NM, Schultz CJ, Tzikas A, Van Der Boon RM et al. Timing and potential mechanisms of new conduction abnormalities during the implantation of the Medtronic CoreValve System in patients with aortic stenosis. Eur Heart J. 2011; 32 (16): 2067-74.

Orateur : Caudron M.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : complications, TAVI, cardiologie interventionnelle

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000140

Analyse et amélioration des pratiques professionnelles (AAPP) transversale sur le bon usage du cathéter central inséré par voie périphérique (PICC)

Tribaudeau L.*[(1)], Verguet L.[(1)], Heim A.[(2)], Pecani D.[(3)]

[(1)] CoMéDiMS, Rangueil, CHU Toulouse, Toulouse

[(2)] Pharmacie, CHU Toulouse - Hôpital Paule de Viguier, Toulouse

[(3)] Pharmacie approvisionnement, CHU Toulouse - Logipharma, Toulouse

Résumé

Contexte

La mise en place d'une AAPP sur la prise en charge d'un patient avec un dispositif médical (DM) est un indicateur du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES).

Le thème retenu a été le bon usage du cathéter central inséré par voir périphérique (PICC).

Objectifs

L'objectif est de répondre aux exigences du CAQES et d'améliorer la prise en charge globale du patient porteur de PICC.

Matériels et méthodes

Un groupe de travail (GT) pluridisciplinaire a rédigé 3 questionnaires : le premier portait sur la prescription médicale, le second sur l'entretien du PICC par les soignants du service et le dernier sur la transmission de l'information de pose du DM aux infirmiers libéraux. A chaque demande de pose, la radiologie informait la pharmacie. Le recueil des informations était réalisé par mail, téléphone, fax ou dans le service.

Résultats

Parmi les 30 patients, près de la moitié des PICC sont posés pour administrer des nutritions parentérales. 70 % des PICC sont posés en première intention sans échec de pose d'un autre DM d'abord veineux. La moitié des prescripteurs ne connaissent pas les caractéristiques des PICC. Après recherche dans le dossier patient, l'utilisation de la voie centrale était justifiée pour 100 % des patients et 20 % auraient pu avoir la pose d'un autre DM. Coté soignant, 20 % des infirmiers réalisent la première réfection du pansement trop tardivement et 50 % n'utilisent pas la coiffe alors qu'elle est recommandée. 37 % des infirmiers ne savent pas qu'il est possible d'administrer des chimiothérapies. L'information aux patients via le livret de bon usage institutionnel est réalisée par 13 % des médecins et 73 % des IDE.

Discussion / Conclusion

La première phase de l'AAPP a permis de comprendre les indications de poses des PICC et de mettre en évidence des écarts entre les pratiques infirmières et les recommandations. Le GT va finaliser les référentiels de bon usage qui seront bientôt diffusés. L'impact de ces documents sera évalué lors du second en 2020.

Orateur : Tribaudeau L.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : Dispositifs d'accès vasculaires, Audit clinique, Qualité des soins de santé

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000200

Exosquelette : impact sur la santé des préparateurs dans le secteur des dispositifs médicaux

Naveau M.[(1)], Toullic C.*[(1)], Drancourt P.[(1)], Painchart L.[(1)], Aubert J.[(1)], Boyer J.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Valenciennes, Valenciennes

Résumé

Contexte

Les mécanismes à l'origine des douleurs lombaires (DL) sont multifactoriels. Les facteurs professionnels sont prépondérants. Des modèles d'exosquelettes robotisés ont été développés pour réduire les efforts des muscles et les douleurs associées.

Objectifs

Evaluer l'impact du dispositif sur le quotidien d'un préparateur en pharmacie hospitalière (PPH) au bloc opératoire.

Matériels et méthodes

Après une formation, la ceinture motorisée ATLAS (société JAPET) a été testée pendant 13 jours durant les activités définies à risque (ex : manipulation d'ancillaire) par un PPH souffrant de DL et travaillant sur le circuit des prêts d'ancillaires. Les DL étaient évaluées en début et fin de journée sur une échelle EVA. La ceinture était portée 2 heures consécutives maximum. Un carnet d'évaluation était complété au fur et à mesure.

Résultats

Sur les 13 jours de test, aucune douleur n'est apparue au cours de 8 jours de travail (63 %), la DL était nulle en début et fin de journée. Dans 23 % des cas, le PPH ressentait une DL avant le début de son activité (entre 3 et 6) qui diminuait de manière franche en fin de journée (2 à 4 points en moins). Dans 15 % des cas, une DL était préexistante et restait inchangée à la fin de la journée. Aucun cas d'aggravation de DL n'a été rapporté. Le PPH était satisfait du dispositif en termes d'efficacité et de praticité (dispositif léger, facile à enfiler). Quelques limites ont cependant été identifiées : gêne liée au port de la ceinture les premiers jours mais s'est ensuite estompée, dispositif encombrant et difficile à ajuster, moteur bruyant et manque d'indicateur pour le niveau de batterie.

Discussion / Conclusion

Les observations rapportées tendent à confirmer l'intérêt de la ceinture dans la réduction des lombalgies et permettront son évolution lors de sa prochaine version. Les discussions sont en cours avec la médecine du travail pour attester que l'investissement d'environ 6 500 € serait rentable dans la lutte contre les troubles musculo-squelettiques et leurs conséquences professionnelles.

Orateur : Toullic C.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : Ceinture, Travail, Douleur

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000414

Dispositifs médicaux : quelle alternative lorsque la poche de phlébotomie n'est pas efficace ?

Lecot J.[(1)], Chilles M.[(2)], Da Violante C.[(1)], Plocco P.*[(1)], Lefrançois A.[(1)], Hermelin-Jobet I.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHR Orléans, Orléans

[(2)] Médecine interne, CHR Orléans, Orléans

Résumé

Contexte

La phlébotomie ou saignée thérapeutique est la technique consistant à prélever du sang par une ponction veineuse, indiquée dans les pathologies hématologiques avec surcharge érythrocytaire et/ou martiale : polyglobulie, hémochromatose, drépanocytose notamment.

Le service de médecine interne nous a contactés pour des prélèvements non réalisables avec une poche de phlébotomie classique chez certains patients ayant un sang avec une viscosité importante.

Objectifs

Trouver une alternative à la poche de phlébotomie pour pouvoir traiter les patients pour lesquels elle est inefficace.

Matériels et méthodes

Les fournisseurs de dispositifs médicaux (DM) spécialisés dans l'abord vasculaire ont été sollicités ainsi que le centre de référence en drépanocytose.

Nous avons recherché parmi les DM disponibles (référencés et stockés) dans notre établissement les possibilités de montage permettant de répondre à la prise en charge des patients, dans les meilleures conditions de sécurité.

Résultats

Aucune alternative « prêt à l'emploi » n'est commercialisée pour répondre à cette demande.

Notre montage est composé de 6 DM utilisés dans l'ordre suivant :

- Un flacon de drainage de redon de 600 mL luer lock. On utilise un flacon sous vide, à forte dépression (-650 mm Hg) pour permettre le prélèvement malgré la haute viscosité du sang. La poche de phlébotomie n'a pas de dépression.
- Un régulateur de débit, indispensable, il permet de contrôler la dépression du flacon de drainage et il permet de clamper le montage lorsqu'il est réglé sur la position « off ».
- Un prolongateur male/male 100 cm diamètre 2.5 mm.
- Un prolongateur 25 cm avec robinet 3 voies ou un robinet 3 voies.
- Un adaptateur de corps vacutainer stérile, facultatif, il permet un prélèvement sanguin lors de la saignée sans devoir repiquer le patient.
- Un microperfuseur stérile 19G ou un cathéter court sécurisé de 18 à 16G. Le débit étant proportionnel au diamètre de l'aiguille.

Discussion / Conclusion

Il est important de noter que nous utilisons des DM d'administration de médicament injectable, utilisés ici pour du drainage. L'inconvénient de ce montage est donc une utilisation détournée de ces DM. Il a été utilisé chez trois patients pour lesquels la poche de phlébotomie était inefficace. Les avantages de ce montage est qu'il a été la seule alternative possible et rapide, pour réaliser le traitement par phlébotomie et qu'il s'est révélé sûr et parfaitement fonctionnel.

Orateur : Plocco P.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : Dispositifs d'accès vasculaires, saignée, phlébotomie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000287

Cathéters Midline : évaluation de leur utilisation après 6 mois de référencement

Pestourie M.[(1)], Maron S.[(2)], Pradal M.-L.[(1)], Capponi-Guillon C.[(2)], Meneyrol C.[(3)], Lepetit A.-L.*[(1)], Yeddou L.[(3)], Treillard C.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Tulle, Tulle

[(2)] Hygiène hospitalière, CH Tulle, Tulle

[(3)] Bloc opératoire, CH Tulle, Tulle

Résumé

Contexte

A 6 mois de l'introduction des cathéters Midline (cathéters veineux périphériques longs) dans l'établissement, la pharmacie à usage intérieur et l'équipe d'hygiène hospitalière ont travaillé conjointement sur l'évaluation du bon usage de ces dispositifs et la traçabilité des actes qui leur sont associés.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de vérifier le respect des indications, des durées de poses, des soins associés, des règles d'hygiène et de traçabilité et de déterminer des actions correctives si nécessaires.

Matériels et méthodes

46 cathéters Midline ont été posés de janvier à août 2019. 26 dossiers (56,5 % des implantations) ont été sélectionnés aléatoirement et analysés à l'aide d'une grille d'évaluation. Les informations recueillies ont concerné :

- les caractéristiques du patient (sexe, âge, service)
- la durée de pose, les complications, la cause du retrait
- la traçabilité de : la prescription, l'indication, la pose, les complications, la surveillance
- la mise en culture systématique après retrait.

Résultats

L'âge moyen des patients est de 74,2 ans et le ratio hommes femmes de 1. Le pôle médecine est le principal utilisateur. La durée moyenne de pose est de 13.4 jours (± 2.7).

La traçabilité de la prescription ne figure dans aucun dossier. Les indications, supposées au vue des thérapeutiques prescrites, étaient majoritairement l'antibiothérapie de plus de 7 jours (50 %) et l'hydratation (39.4 %). La complication principale est le saignement (35,7 %) imposant la réfection du pansement. L'entretien et la surveillance du cathéter sont tracés inconstamment à différents endroits du dossier. La mise en culture au retrait n'a été effectuée que pour 8 patients (30.8 %). Une confusion avec les cathéters PICCLINE a été relevée dans 5 dossiers.

Discussion / Conclusion

Cette étude a mis en évidence le respect des indications et de la durée de pose mais aussi un défaut de traçabilité et un manque de formation des professionnels.

Les résultats ont été présentés aux services utilisateurs et aux instances.

Les points d'amélioration ont concerné :

- l'informatisation : de la prescription, de l'indication, de la pose, des soins et surveillances
- la formation continue du personnel
- la création et la transmission de plaquettes informatives.

Une nouvelle évaluation sera réalisée à distance de la mise en place de ces actions afin d'évaluer leurs impacts sur la sécurité des soins.

Orateur : Lepetit A.-L.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : Évaluation de processus (soins de santé), Audit pharmaceutique, Voie intraveineuse

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000344

Comparaison des avis émis concernant les demandes de référencement de dispositifs médicaux à l'échelle locale et nationale, sur une période de sept ans

Toullic C.[(1)], Gilliot S.*[(1)], Décaudin B.[(1)], Odou P.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Lille, Lille

Résumé

Contexte

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMéDiMS) évalue les dispositifs médicaux (DM) en vue de leur référencement au sein de notre établissement. Ces mêmes dispositifs peuvent avoir fait l'objet d'un avis de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) au niveau national.

Objectifs

L'objectif de ce travail a été de comparer la concordance des avis issus de l'évaluation locale et nationale sur une période de 7 ans.

Matériels et méthodes

Une analyse rétrospective, des demandes de référencement de DM par la CoMéDiMS, entre 2013 et 2019, a été réalisée. La recherche de l'émission d'un avis de la CNEDiMTS pour l'ensemble des dossiers sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS) a été menée. Lorsqu'un avis avait été émis au niveau national, le DM était retenu dans l'étude et une comparaison des indications, des avis émis et du temps écoulé entre les deux avis était réalisée.

Résultats

Sur les 175 DM ayant bénéficié d'un avis CoMéDiMS, 20 ont reçus un avis CNEDiMTS (11,4 %). 14 avis CNEDiMTS ont été publiés avant le passage en CoMéDiMS avec une moyenne de 1 131 jours (médiane : 598,5 [150-4 945]) soit plus de 3 ans et demi. A l'inverse, 6 demandes de référencement ont été évaluées par la CoMéDiMS avant d'obtenir un avis national, avec un délai moyen de 756 jours (médiane : 765 [323-1 189]) soit approximativement 2 ans. Au total, deux services attendus « insuffisants » ont été rendus par la CNEDiMTS dont un ayant également fait l'objet d'un refus d'introduction, après évaluation par la CoMéDiMS. Les indications étaient identiques dans 90 % des cas et 55 % des dispositifs sont toujours consommés à l'heure actuelle.

Discussion / Conclusion

Au total, un seul avis discordant entre l'évaluation nationale et locale a été rapporté. Le dossier portait sur des valves cardiaques pour lesquelles une mise en test pour 5 essais avait été accordée, mais qui n'ont pas été consommées par la suite.

Une forte correspondance est retrouvée entre les avis locaux et nationaux. Ce résultat est identique à une publication récente réalisée à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Lorsque l'avis de la HAS est publié en premier, il semble cohérent que l'établissement suive les recommandations. Enfin, il serait intéressant de compiler les demandes au niveau régional puis national pour permettre une prise de décision uniforme dans les différents centres hospitaliers ainsi qu'une prise de décision optimale concernant les DM.

Références bibliographiques principales

Pesqué R, Percheron R, Cordonnier A-L, Steelandt J, Paubel P, Pineau J, et al. Accès au marché des dispositifs médicaux innovants : articulation entre évaluations nationales et hospitalières. Ann Pharm Fr. 2019

Orateur : Gilliot S.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : Législation relative aux dispositifs médicaux, Analyse des données, Évaluation technologique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000390

Pertinence et traçabilité des prescriptions de pansements en milieu hospitalier

Vuillemin D.*[(1)], Muziotti C.[(1)], Cortez C.[(2)], Dol L.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Hyères, Hyères

[(2)] Référent pansement, CH Hyères, Hyères

Résumé

Contexte

Dans un Centre Hospitalier pluridisciplinaire de 426 lits, les pansements (PSMT) sont utilisés quotidiennement dans la prise en charge des plaies. Les PSMT sont des dispositifs médicaux nécessitant une prescription et une traçabilité conformes à la réglementation.

Objectifs

L'objectif est d'évaluer les pratiques de prescription et de traçabilité des PSMT pour optimiser la prise en charge des plaies.

Matériels et méthodes

Cette étude prospective évaluant la pertinence du choix des PSMT a été réalisée à l'aide d'une grille d'audit interne basée sur le guide des pansements de l'OMéDIT. Ce travail a été réalisé par un pharmacien et un infirmier (IDE) référent PSMT. La traçabilité de ces soins a été évaluée dans le dossier patient informatisé (DPI).

Résultats

Dans cette étude, 84 patients sont inclus, 51 % des patients nécessitent un PSMT et 100 % d'entre eux présentent un PSMT. Les dermabrasions représentent 16 % des plaies et sont traitées par PSMT interface et/ou hydrocolloide, le traitement est conforme pour ces patients. Les plaies d'arrachement représentent 12 % des plaies et sont traitées par hydrocolloide, hydrogel, PSMT gras, hydrocellulaire, PSMT interface. Concernant les plaies d'arrachement, 40 % des PSMT sont inadaptés. Les phlyctènes représentent 5 % des plaies et sont tous traités par PSMT hydrocellulaires jugés inadaptés. Les plaies post-opératoires représentent 15 % des plaies et sont traitées par hydrocolloides (86 %) adaptés et PSMT gras (14 %) inadaptés. Les plaies fibrineuses représentent 7 % des plaies et sont traitées par hydrofibres et hydrocellulaires inadaptés. Les plaies chirurgicales avec agrafes représentent 4 % des plaies et sont toutes traitées par hydrocolloides adaptés. Les escarres représentent 7 % des plaies et leur traitement varie en fonction du stade. Les stades 1, 2 et 3 sont respectivement traités par hydrocolloide, hydrogel et hydrocellulaire non conformes dans 100 % des cas. Nous avons évalué la traçabilité des traitements par PSMT dans le DPI, nous observons 100 % de traçabilité en transmission ciblée mais aucune prescription dans le logiciel d'aide à la prescription.

Discussion / Conclusion

Ces résultats confirment que la prescription des PSMT est orale et réalisée par les IDE. Les PSMT sont inadaptés pour 23 % des patients. Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre. L'avis de l'IDE référent est devenu systématique pour le choix des PSMT. Une procédure concernant la prise en charge des plaies a été rédigée. Nous souhaiterions mettre en place des ateliers de formation PSMT pour les IDE.

Orateur : Vuillemin D.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : Pansements, Plaies non pénétrantes, Cicatrisation des plaies

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000041

Mise en place d'une réunion pluridisciplinaire pour rationaliser la prescription des verrous antithrombotiques en hémodialyse

Laurent M.*(1), Fuchs M.(1), Maaz M.(2), Iooss P.(1)

(1) Pharmacie -Stérilisation, CH Louis Pasteur, Colmar

(2) Néphrologie-hémodialyse, CH Louis Pasteur, Colmar

Résumé

Contexte

En 2017, une étude menée au sein de notre établissement a démontré l'efficacité du verrou Taurolock Urokinase utilisé selon le protocole Théradial (PT) en cas de dysfonctionnement thrombotique récurrent des cathéters d'hémodialyse. Onze patients pris en charge par verrou urokinase systématique (VUS) pour des thromboses sur cathéter ont été inclus dans le PT en 2017.

Un an après, nous observons une augmentation des consommations d'urokinase et seuls 2 patients sur 11 restent inclus dans le PT. Face à ce constat, nous avons instauré une analyse des prescriptions de verrous sur cathéter d'hémodialyse par la mise en place d'une réunion pluridisciplinaire, afin de réduire le recours au VUS, pratique hors indication générant un surcoût important.

Objectifs

Avec un recul de 9 mois, nous avons évalué l'impact de la réunion pluridisciplinaire « abord vasculaire » sur les prescriptions de verrous et leurs répercussions économiques.

Patients et méthodes

Lors de la réunion trimestrielle, nous réévaluons les prescriptions de verrous. Les patients sous VUS sont identifiés et leur inclusion dans le PT, la justification des prescriptions de VUS, ainsi que les sorties du PT, sont discutées en présence de néphrologues, pharmacien, cadre et infirmiers. Afin d'évaluer l'efficacité du PT au long cours, nous relevons les recours à l'urokinase pour les patients inclus dans le PT. Nous présentons l'évolution des consommations d'urokinase et l'impact budgétaire associé.

Résultats

Lors de la première réunion en janvier 2019, nous avons identifié 11 patients sous VUS (30 % des cathéters d'hémodialyse) dont 5 étaient sortis de l'étude de 2017. Après discussion, certains de ces patients étaient éligibles au PT mais n'avaient pas été réinclus par manque de suivi.

Après 3 réunions, 10 patients ont été inclus dans le PT, portant à 12 la cohorte de patients sous PT. Le nombre de patients sous VUS est désormais de 5 (13 % des cathéters d'hémodialyse).

Durant cette période, il a été nécessaire d'utiliser 5 flacons d'urokinase malgré l'inclusion dans le PT pour 2 patients.

Les consommations mensuelles d'urokinase ont diminué de moitié entre 2018 et 2019 (155 administrations contre 70). Pour chaque patient, le coût de 8 semaines de PT est de 511 € contre 1 550 € pour le VUS. Pour les six premiers mois de l'année 2019, le coût des PT cumulés est de 10 253 €, vs 38 466 € en cas de VUS.

Discussion / Conclusion

L'instauration du PT en l'absence d'un suivi organisé a été un échec. Grâce aux réunions, la collaboration pharmacien-néphrologue conduit à un recours exceptionnel au VUS. L'évolution des pratiques de prescription a ainsi engendré une économie de 28 000 €, tout en proposant au patient une prise en charge efficace et adaptée. Les résultats obtenus reposent sur ce suivi pluri-professionnel régulier et justifient la poursuite d'une telle organisation.

Références bibliographiques principales

Winnicki W.et al., Taurolidine-based catheter lock regimen significantly reduces overall costs, infection, and dysfunction rates of tunneled hemodialysis catheters. Kidney Int. 2018 Mar;93(3):753-760
Bonkain F. et al., Prévention des complications thrombotiques de cathéters tunnélisés en dialyse par l'utilisation prophylactique d'une solution verrou contenant de l'urokinase : une étude prospective randomisée contrôlée en double-aveugle. Communications orales – Néphrologie et thérapeutique 14(2018) 247-277

Orateur : Laurent M.
Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation
Mots-clés : Thrombose, Urokinase, Hémodialyse
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000154

Qu'est-ce qu'on jette au bloc opératoire ?

Robert M.*[(1)], Sonjon V.[(1)], Provent A.-L.[(2)], Boucherle D.[(2)]

[(1)] Pharmacie, GH Mutualiste de Grenoble, Grenoble

[(2)] Pharmacie, Clinique Mutualiste des Eaux Claires, Grenoble

Résumé

Contexte

Le budget annuel au bloc opératoire des produits d'anesthésie et dispositifs médicaux stériles (DMS) représente 21 % des dépenses totales de la pharmacie (hors T2A).

Objectifs

Mise en place d'une étude pilote pour quantifier le gaspillage et l'impact économique des pratiques au bloc opératoire notamment en termes de préparation et d'ouverture à l'avance.

Matériels et méthodes

L'étude s'intéresse aux seringues de produits d'anesthésie préparés à l'avance et aux DMS ouverts au cours de l'intervention et non utilisés. La présentation du projet est réalisée par communication affichée, relayée par les cadres du bloc opératoire.

Médicaments d'anesthésie en seringue : éphédrine, propofol, atropine, atracurium, suxamethonium, midazolam, lidocaine, kétamine, sufentanil, remifentanil.

DMS récupérés : compresses, housses, pansements, poches à instruments, redons, tubulures, canules, casaques, bandes, anses de polypectomie, champs, seringues, gants.

L'analyse rétrospective porte sur les quantités et coûts des produits pharmaceutiques collectés pendant une semaine sur participation volontaire des soignants.

Résultats

Le coût du gaspillage extrapolé sur une année DMS + seringues est de 9 861 € (prix d'achat hors taxe) : 6 546 € pour les DMS et 3 315 € pour les médicaments (M). L'impact le plus important en coût : fil-agrafes (DMS) et ketamine (M) et en quantité : gants (DMS) et l'aptropine (M).

Discussion / Conclusion

Cette étude comporte des biais : volontariat des équipes du bloc et pratique de préparation praticien-dépendant.

Les raisons du gaspillage :

- gain de temps (relatif) pour les équipes du bloc et pratique de préparation praticien-dépendant.
- ouverture d'un kit complet pour un seul DMS
- nécessité d'avoir prêt à l'emploi des médicaments d'urgence comme l'atropine.

Certains coûts de gaspillage sont incompressibles pour des raisons de sécurité de prise en charge du patient, mais concerne peu de molécules.

Les améliorations possibles :

- sensibilisation du personnel aux bonnes pratiques, au coût du gaspillage, à l'automatisation de stockage, à un accès facilité au dossier patient avant la chirurgie
- uniformisation des pratiques de préparations des plateaux d'anesthésie.

Le recours à des seringues pré-remplies diminuerait le gaspillage en quantité mais ces présentations sont financièrement plus coûteuses.

Un personnel sensibilisé (au cout et à l'impact écologique) et une organisation optimisée (permettant une meilleure gestion de la pression de production au bloc opératoire) sont les clés pour limiter le gaspillage, l'impact économique et écologique en établissement de soins.

Orateur : Robert M.
Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation
Mots-clés : gaspillage, coûts, bloc opératoire
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000339

Élaboration et évaluation d'un guide d'utilisation des pansements

Ragot M.*[(1)], Mandin R.[(1)], Lenoir A.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Ardèche Méridionale, Aubenas

Résumé

Contexte

Là où la substitution est mot d'ordre pour les médicaments, la diversité des pansements (classes, spécificités, tailles, formes) en rend leur maîtrise difficile, induisant de nombreux mésusages et erreurs, surtout lors des équivalences.

Objectifs

Le guide d'utilisation des pansements a été revisité dans des objectifs de : formation continue, recherche d'équivalences, bon usage des pansements. Une évaluation de son utilisation et de la satisfaction des équipes a été réalisée afin de l'optimiser.

Matériels et méthodes

Rédigé par la pharmacie et l'infirmière référente « Plaies et cicatrisations », le guide se base sur les fiches techniques des dispositifs médicaux (DM), les recommandations de sociétés savantes, les protocoles internes à l'établissement. Il a été validé par le Groupe Plaies et Escarres et en réunion d'encadrement et présenté dans les services lors des transmissions infirmières. A 3 mois, un questionnaire de retour a été envoyé aux équipes.

Résultats

Sur les 47 retours, 85 % connaissaient le guide dont 45 % par la pharmacie.

Sous forme de diaporama, 4 sections interagissent grâce à des liens. Les sections les plus utilisées sont les plaies (93 %) et les pansements (98 %). Les autres (déroulement du soin, douleur liée aux soins) sont moins consultées (< 20 %).

La section « plaies » propose des rappels théoriques et pour chaque type de plaie : description, soins de réfection à réaliser, niveaux d'exsudats et classes de pansement à utiliser. La section « pansements » présente pour chaque classe : composition, mécanisme d'action, mode d'utilisation, fréquence de changement, indications, contre-indications. Une liste des spécialités disponibles en ville et référencées à l'hôpital y est associée, facilitant les équivalences.

Les principales utilisations sont la recherche du protocole pour une plaie donnée (76 %) ou d'une information précise (63 %). La moitié des utilisateurs s'en sert pour se former de manière plus générale, un quart pour recherche d'équivalences.

Discussion / Conclusion

Les retours montrent que ce guide répond à un réel besoin avec un format adapté. Il a aussi été diffusé à des infirmiers et médecins de ville. Le concept pourrait être étendu à d'autres DM. Les points à améliorer sont le ciblage des besoins et la diffusion auprès des équipes. Une étude comparative des mésusages et erreurs liés aux pansements avant et après diffusion du guide permettrait de déterminer son impact sur la qualité de prise en charge des patients.

Orateur : Ragot M.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : équivalences, bon usage, pansements

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000420

Les scialytiques, faut-il passer à l'usage unique ?

Crublet P.*[(1)], Adoum A.[(1)], Gueneret L.[(1)], Lesourd F.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Rennes, Rennes

Résumé

Contexte

Les scialytiques sont des dispositifs destinés à éclairer un champ opératoire sans ombre portée et orientables grâce à leur poignée. 130 000 journées de chirurgie ont été comptabilisées en 2017 au sein de notre établissement. Le traitement en stérilisation de ces poignées réutilisables représente une activité importante, soit 30 000 passages par an, ainsi qu'un stockage volumineux dans les blocs opératoires. En 2018, 32 salles de blocs sur 38 ont validé l'utilisation de housses à usage unique (UU) pour poignées de scialytiques. Un adaptateur recouvert de ce dispositif médical stérile a été fixé sur le scialytique à la place de la poignée re-stérilisable.

Objectifs

Mesurer l'intérêt économique un an après l'achat et la mise en place des housses à UU pour scialytiques.

Matériels et méthodes

Analyser le cout de la stérilisation des poignées à usage multiples sur 1 an en unité d'œuvre.

Comparer les coûts de prises en charge des poignées à usage multiples (UM) et des housses à UU.

Résultats

En 2017, le coût total de la stérilisation des poignées de scialytiques à UM s'est élevé à 125 670 € avec une unité d'œuvre en stérilisation de 0.284 € et un coût unitaire de 4.26 €.

Actuellement l'UM ne représente plus que 21 730 € par an.

En 2019, 26 400 housses à UU ont été consommées et 66 adaptateurs ont été installés. Le passage à l'UU dans les 32 blocs de l'établissement a couté 22 170 €. Viennent s'ajouter le coût de stérilisation des poignées UM encore présentes dans 6 blocs de l'établissement pour un coût total de 43 900 € par an actuellement.

L'économie réalisée est estimée à 81 770 € (65 %) dès la première année de mise en place avec une économie potentielle de 90 300 € par an (72 %) si toutes les salles opératoires étaient passées à l'UU.

Discussion / Conclusion

Le référencement des housses à UU a généré un gain de place, un gain de temps et surtout un gain économique pour l'établissement ainsi qu'une facilité d'approvisionnement et de sécurisation des soins. Des difficultés sont à noter, une incapacité pour équiper certaines références de scialytiques et une réticence de certains utilisateurs suite à des déclarations de matériovigilance pour des cas de décrochages per opératoire de housse à UU. Ce travail nécessitant une étroite collaboration entre les équipes chirurgicales, biomédicales et la pharmacie, nous oriente vers le 100 % d'UU.

Orateur : Crublet P.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : dispositif médical stérile, usage unique, scalytique

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000026

SAP (seringue auto-pulsée) en réanimation ? EPP et évaluation médico-économique (matériel, préparations non extemporanées et étiquetage)

Lemtiri J.*(1), Lambiotte F.(1), Herbez E.(1), Boughanmi H.(1), Drancourt P.(2), Boyer J.(2), Elbeki N.(3)

(1) Réanimation, CH Valenciennes, Valenciennes

(2) Pharmacie, CH Valenciennes, Valenciennes

(3) Anesthésie, CH Valenciennes, Valenciennes

Résumé

Contexte

En réanimation, les SAP sont largement utilisées : administration précise via système actif tout en limitant les volumes. Depuis 2013, malgré des actions ciblées précoces des pharmaciens DM et de l'encadrement de la réanimation (sensibilisation et diminution des dotations), le matériel opaque reste trop utilisé. En mai 2017, sur interpellation du CODIMS, une évaluation des pratiques sur le terrain, facilitée par l'arrivée d'un pharmacien clinicien temps plein, est décidée.

Objectifs

La conformité du matériel utilisé est évaluée. L'étiquetage des SAP et la présence de SAP non extemporanées sont relevés ainsi qu'une analyse financière réalisée.

Matériels et méthodes

L'EPP était menée par le pharmacien clinicien : 2 jours d'audit non consécutifs à 6 mois d'intervalle en 2017. Etaient relevés le médicament, le type de seringue/prolongateur, l'étiquetage et la présence de SAP non extemporanées. La stabilité des préparations était recherchée. Entre les deux tours, des interventions quotidiennes auprès des IDE et une communication écrite et orale étaient faites et les dotations diminuées. L'analyse financière était établie entre 2016 et 2018 via le logiciel Gef®

Résultats

Au moins un matériel opaque était utilisé dans 44/114 SAP au 1er tour contre 4/74 au 2ème (conformité : 6/44 vs 2/4). Les SAP par matériel transparent étaient toutes conformes. L'étiquetage complet de la préparation était très majoritairement retrouvé [95 %]; l'identification patient de la SAP restait inexistante [0 % vs 5 %]. Le nombre de préparations faites à l'avance diminuait [23 contre 7] avec toutefois une conformité non améliorée [9/23 (39 %) vs 1/7 (15 %)]. Le budget seringue/prolongateur opaque pour SAP passait de 62 % (13 340 €/21 614 €) à 13 % (3 090 €/24 161 €). Le coût annuel dédié à ce matériel augmentait de 2 500 € et aurait atteint 8 000 € en l'absence d'actions menées.

Discussion / Conclusion

Une harmonisation des pratiques en réanimation (débits des SAP ≥ 4 mL/h) est à l'origine d'une consommation augmentée en seringues (+61 %). En l'absence de modifications des pratiques (matériel opaque utilisé par l'IDE pour identifier certaines thérapeutiques), le surcoût annuel de mésusage du matériel aurait été de 5 500 €. Des axes non maitrisés restent identifiés (préparations à l'avance, identification patient).

Les actions conjointes du pharmacien clinicien, des pharmaciens DM et de l'équipe encadrante couplé à l'adhésion du personnel médical et paramédical est à l'origine d'une nette amélioration autour du bon usage des DM et d'une limitation des dépenses engagées.

Orateur : Lemtiri J.

Domaine pharmaceutique : Dispositifs médicaux et stérilisation

Mots-clés : EPP, SAP, mésusage

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

PREPARATION ET CONTROLES

Numéro : 000522

Evaluation des performances du dosage DrugLog en pratique courante dans une unité de reconstitution des cytotoxiques

Goulas C.*(1), Barau J.(1), Palot M.(1), Bova C.(1), Bouquerand J.(1), Simon M.(1), Vergely L.(2)

(1) Upco, pharmacie, CHU Montpellier, Montpellier

(2) Upco, pharmacie, CHU Montpellier, Montpellier

Résumé

Contexte

Lors de la reconstitution des cytotoxiques le double contrôle visuel des molécules et des volumes prélevés est une étape indispensable pour garantir une préparation sure et de bonne qualité. Cette étape reste néanmoins imprécise et à risque d'erreur. L'automate de contrôle DrugLog est un spectrophotomètre UV permettant une analyse qualitative et quantitative des cytotoxiques reconstitués.

Objectifs

L'objectif de l'étude est d'évaluer les performances de ces dosages en pratique courante.

Matériels et méthodes

D'avril 2018 à juin 2019, les dosages étaient effectués en pratique courante par un externe, un interne ou un pharmacien sur les préparations conditionnées en poche avec un volume minimal de 100 mL pour les molécules suivantes : Carboplatine, Cisplatine, Cytarabine, Daunorubicine, Doxorubicine, Gemcitabine, Irinotecan, Methotrexate, Oxaliplatine, Paclitaxel, Pemetrexed. Si la molécule n'était pas reconnue ou si le dosage avait un coefficient de variation supérieur à 10 %, la préparation était considérée comme non valide et un deuxième prélèvement était effectué si l'activité de l'unité le permettait. Les différentes gammes d'étalonnage avaient été effectuées en amont par l'équipe de l'unité. Le double contrôle visuel était réalisé en parallèle et faisait référence pour la libération des préparations. Il a été recueilli à chaque dosage : le solvant, volume final, matière de la poche, concentration théorique, concentration mesuré et le pourcentage de variation entre les deux.

Résultats

Pendant 15 mois il a été réalisé 4 579 dosages primaires, soit environ 10 % de la production totale (Oxaliplatine 20,8 %, Carboplatine 16,2 %, Irinotecan 9,9 %, Doxorubicine 9,7 %, Gemcitabine 9,1 %, Paclitaxel 8,3 %, Pemetrexed 7,9 %, Cytarabine 7,1 %, Cisplatine 6,3 %, Méthotrexate 4,5 %, Daunorubicine 0,3 %. 16.3 % (n = 745) des dosages n'étaient pas valides au premier prélèvement : 21.2 % (n = 158) de molécules non reconnues, 45.4 % (n = 338) avec un coefficient de variation compris entre 10 et 15 %, 33.4 % (n = 249) avec un coefficient de variation > 15 % (Oxaliplatine 25,4 %, Carboplatine 13,6 %, Irinotecan 2,6 %, Doxorubicine 5,0 %, Gemcitabine 6,7 %, Paclitaxel 16,4 %, Pemetrexed 9,4 %, Cytarabine 7,1 %, Cisplatine 4,4 %, Méthotrexate 9,0 %, Daunorubicine 0,5 %). 46,0 % (n = 343) des préparations non valides ont été re-prélevés. Au second prélèvement : 60,7 % des dosages n'étaient pas valides : 12,7 % (n = 31) de molécules non reconnues, 45,1 % (n = 110) avec un coefficient de variation compris entre 10 et 15 %, 42,2 % (n = 103) avec un coefficient de variation > 15 %. En tout 12,8 % (n = 587) préparations n'ont pas été validées par le dosage.

Discussion / Conclusion

Au vu des gammes d'étalonnages réalisées par l'unité, une proportion faible de la production totale peut prétendre à un double contrôle via le DrugLog. Un nombre important des dosages restent non valides. Différentes raisons peuvent être évoquées : une mauvaise homogénéisation de la poche, une gamme d'étalonnage imprécise pour certains points de concentration, des variations dues à des changements de lot d'un même produit (problème rencontré sur la Gemcitabine). Les objectifs de service sont d'étendre les gammes à d'autres molécules pour élargir la proportion de la production pouvant prétendre à ses dosages, une analyse plus poussée des concentrations sources de dosages non valides de façon répétée.

Orateur : Goulas C.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : druglog, spectrophotométrie UV, cytotoxiques

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000046

Simulation de bris de flacons en Zone à Atmosphère Contrôlée (ZAC) : retour d'expérience

Marquet D.*(1), Mitreski S.(1), Plichon C.(1), André V.(1)

(1) Pharmacie, UBCO, CHU Tours, Tours

Résumé

Contexte

Le bris de flacons d'un anticancéreux (poudre ou solution) expose à une contamination directe du personnel et de son environnement. Dans notre unité, des kits « bris de flacons » associés à une procédure sont disponibles dans chaque zone à risque afin de pouvoir intervenir rapidement. Tout nouveau personnel arrivant est formé à l'utilisation de ces kits.

Suite à un incident de bris de flacon dans la zone de production de chimiothérapies cet été, l'équipe pharmaceutique a décidé de mettre en place un exercice de simulation.

Objectifs

L'objectif est de faire un bilan sur la procédure existante et de mettre en situation le personnel manipulant les flacons.

Matériels et méthodes

Une première présentation théorique reprenant les points de la procédure et détaillant la conduite à tenir (CAT) est réalisée sous forme de questionnaire à l'équipe qui est avertie de futures simulations de bris de flacons à des moments non connus dans la ZAC. Deux séances avec des solutions non toxiques colorées sont réalisées et filmées. Un retour avec discussion et débriefing des vidéos est fait à l'ensemble du personnel.

Résultats

Les 2 séances ont impliqué des préparateurs (PPH). Le retour à l'activité normale s'est fait en 10 minutes pour les deux. L'alerte et la sécurisation de la zone ont été correctement effectuées. La procédure de décontamination était respectée mais le cycle « détergent-eau » était incomplet ou absent. Une méconnaissance du risque d'exposition du personnel a entrainé une négligence de la procédure d'habillage lors de l'une des séances. L'utilisation d'un indicateur coloré a révélé un relâchement du nettoyage et de la décontamination lorsque le sol contaminé paraissait propre.

Un rappel sur chacun des points à l'origine d'une erreur a été fait lors du retour d'expérience. Deux axes d'amélioration ont été identifiés ; le travail en binôme, un PPH lisant la CAT et un PPH l'appliquant (cas de la première séance) permet d'avoir une action plus rapide et efficace. Un panneau d'affichage « bris de flacon en cours, ne pas entrer » a été réalisé et mis dans chacun des kits de la ZAC afin de faciliter et accélérer la sécurisation de la zone.

Discussion / Conclusion

Cette expérience a été bien accueillie par le personnel et a permis de reprendre les points importants de la CAT et d'y apporter des modifications. Dans le cadre de la formation continue une mise en situation sera faite chaque semestre. Les supports de la présentation théorique ainsi que les montages vidéo et débriefing sont en libre accès.

Orateur : Marquet D.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : Accident du travail, Préparations pharmaceutiques, Formation continue en pharmacie

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000008

Exploration de deux cas d'allergie aux sels de platine par des tests cutanés dans un service d'hospitalisation de jour d'allergologie

Etangsale A.*(1), Bascoulergue M.(1), Billard C.(2), Coret-Houbart B.(1)

(1) Pharmacie, CHI Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

(2) Allergologie, CHI Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

Résumé

Contexte

Au sein de l'hôpital de jour d'oncologie 2 cas de réactions médicamenteuses lors de l'administration de sels de platine ont été observés. Le 1er cas concerne l'apparition d'un laryngospasme lors de l'administration d'oxaliplatine et le 2ème l'apparition de brûlures et de rougeurs cutanées, de vomissements lors de l'administration de carboplatine.

Objectifs

Le but de l'étude est de déterminer s'il s'agit d'une allergie immunoglobuline E (IgE) médiée aux sels de platine afin de prévenir tout accident anaphylactique.

Patients et méthodes

Il s'agit de l'étude de 2 cas rapportés de réactions médicamenteuses aux sels de platine. Les caractéristiques cliniques des patients ont été analysées. Les protocoles de préparation des médicaments utilisés pour les tests cutanés ont été créés dans le logiciel CHIMIO®. Le bilan d'allergologie concernait : oxaliplatine, carboplatine, cisplatine. Des dilutions au 1/10ème, 1/100ème, 1/1 000ème ont été réalisées en unité de production des chimiothérapies à partir d'une solution mère d'une concentration à 1 mg/ml pour l'oxaliplatine et le cisplatine et à 10 mg/ml pour le carboplatine. Les tests cutanés ont été réalisés en intradermoréaction (IDR) (dilution 1/1 000ème, 1/100ème, 1/10ème) et en prick test (dilution 1/100ème, 1/10ème, produit pur) en utilisant des concentrations progressivement croissantes de médicament.

Résultats

Le 1er patient Mr C, âgé de 77 ans, est atteint d'un adénocarcinome métastatique du côlon. Il a d'abord bénéficié d'une chimiothérapie de 1ère ligne (5 cures de FOLFOX-panitumumab) et ensuite d'une chimiothérapie de 2ème ligne à base de raltritrexed-oxaliplatine. Les symptômes sont apparus lors de la 4ème cure de FOLFOX-panitumumab. La 2ème patiente Mme L, âgée de 57 ans, avec un antécédent de rhinite allergique est atteinte d'un cancer de l'ovaire. Elle a été traitée par une chimiothérapie à base de paclitaxel-carboplatine. Les symptômes sont apparus lors de la 5ème cure. La survenue après quelques cures du sel de platine a pu permettre une sensibilisation à cette molécule.

Pour Mr C, les tests cutanés étaient positifs dès la concentration de 0,001 mg/mL d'oxaliplatine et de carboplatine en IDR et négatifs pour le cisplatine en prick test et en IDR. Pour Mme L, les tests cutanés étaient positifs à la concentration de 10 mg/mL de carboplatine en prick test et à la concentration de 0,001 mg/mL d'oxaliplatine en IDR et négatifs pour le cisplatine en prick test et en IDR.

Discussion / Conclusion

Pour les 2 patients une allergie croisée à l'oxaliplatine et au carboplatine a été mis en évidence. La décision d'une accoutumance aux sels de platine n'a pas été envisagée, du fait du risque de réaction anaphylactique. Un arrêt définitif du sel platine a été décidé. Les prochaines cures seront réalisées avec le raltitrexed seul pour Mr C et le paclitaxel seul Mme L.

Orateur : Etangsale A.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : Adverse effects, Chemotherapy, Allergy

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000534

Etude d'opportunité et de faisabilité lors d'une demande d'une nouvelle préparation magistrale

Ozenne A.*[(1)], Delory M.[(1)], Gonde H.[(1)], Dumet A.-F.[(1)], Coquard A.[(1)], Varin R.[(1)], Hervouët C.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Rouen, Rouen

Résumé

Contexte

La certification ISO 9001 est une garantie d'un processus maîtrisé. Selon la v2015, toute nouvelle demande doit faire l'objet d'une étude d'opportunité et de faisabilité. Notre service étant engagé dans cette démarche volontaire de certification, nous avons mis en place cette étude dans l'unité de pharmacotechnie. La procédure comprend un formulaire systématisé complété par un pharmacien ou un interne de pharmacie lors de toute demande d'une nouvelle préparation magistrale.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer la mise en place d'une étude systématique d'opportunité et de faisabilité lors d'une nouvelle demande de préparation magistrale.

Matériels et méthodes

L'étude d'opportunité comporte 7 items classés en 3 critères (justification thérapeutique, alternatives, formulation), celle de faisabilité 10 items classés également en 3 critères (technique, organisationnel, économique). Une étude rétrospective des études d'opportunité et de faisabilité réalisées entre octobre 2018 et janvier 2019 a été menée, incluant toutes préparations magistrales en dehors des préparations à visée allergologique, pour essais cliniques et cytotoxiques stériles.

Résultats

Neuf nouvelles demandes de préparations magistrales ont été émises pendant la période de l'étude et soumises à l'évaluation d'opportunité et de faisabilité. Il s'agissait de 2 préparations stériles (collyres), 3 préparations non stériles toxiques et 4 préparations non stériles non toxiques. Toutes les demandes étaient justifiées par la nécessité d'une adaptation posologique dans un contexte pédiatrique (opportunité, critère 1). Sept demandes remplissaient tous les critères d'opportunité et de faisabilité. Une préparation n'a pas été réalisée car une alternative commercialisée permettait de répondre à la demande (opportunité, critère 2). Une préparation satisfaisant l'étude d'opportunité ne satisfaisait pas celle de faisabilité, la suspension obtenue n'étant pas homogène à l'œil nu (faisabilité, critère 2). Concernant le critère organisationnel, la durée était d'environ 1 h pour les préparations réalisées dans un isolateur (stérile ou toxique), 30 min pour les autres, compatible avec notre activité.

Discussion / Conclusion

La formalisation d'une étude systématique d'opportunité et de faisabilité lors d'une nouvelle demande de préparation magistrale a permis d'homogénéiser les pratiques dans l'unité. De plus, il est possible de se référer aux études archivées à chaque nouvelle demande de façon à éviter d'effectuer plusieurs fois la même démarche pour des demandes répétées, dans une unité comportant plusieurs pharmaciens.

Orateur : Ozenne A.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : organismes de certification, préparations pharmaceutiques, études de faisabilité

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Oui

Numéro : 000198

Dispositifs sans aiguille en Unités Centralisées de Préparation des Chimiothérapies anticancéreuses : impact organisationnel et économique

Cherif L.[(1)], Henny F.*[(1)], Rohrbach P.[(1)], Collinot J.-P.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Verdun - Site Saint-Nicolas, Verdun

Résumé

Contexte

Des dispositifs d'accès sans aiguille sont proposés pour assurer une sécurité optimale des préparateurs en pharmacie en Unités Centralisées de Préparation des Chimiothérapies anticancéreuses (UCPC).

Objectifs

Le but de ce travail est d'évaluer le coût supplémentaire et l'impact organisationnel de l'utilisation d'un système sans aiguille en UCPC.

Matériels et méthodes

Une simulation de coût a été faite de manière rétrospective sur la période de janvier 2018 à juin 2018 sur l'ensemble des préparations fabriquées en UCPC. Pour le dispositif sans aiguille évalué, nous avons tenu compte de sa compatibilité physico-chimique avec les différents cytotoxiques prélevés, de son volume mort et du volume résiduel dans le flacon prélevé. Dans un 2nd temps, nous avons identifié les spécialités éligibles à l'utilisation systématique de ce dispositif sans aiguille et calculé l'impact financier pour une utilisation systématique.

Un questionnaire de satisfaction pour les opérateurs est venu compléter cette évaluation.

Résultats

Lors de la 1ère phase de test, 2 227 préparations ont été éligibles au dispositif sans aiguille. Le calcul du surcoût comprend : le volume mort du dispositif (6 954 €), le volume résiduel (22 945 €), le passage aux poches souples compatibles au dispositif sans aiguille (1 421 €) et le coût direct en dispositifs (2 143 €). Le surcoût calculé est de 33 086 € pour 6 mois d'activités.

A l'issue de cette 1ère simulation, les préparations dont les spécialités sont facturables en sus ont été exclues car leurs tarifs élevés engendrent des pertes trop importantes liées aux volumes morts et aux volumes résiduels. Le dispositif est retenu pour les préparations de Paclitaxel, 5-FU et Cisplatine. Le surcoût pour ces 3 références est estimé à 1 408 € annuel en raison d'un coût unitaire faible, à rapprocher des 12 450 € du budget annuel en consommables de l'isolateur.

Cette nouvelle disposition concerne 30 % des préparations et prend en compte l'adhésion des opérateurs à cette nouvelle pratique. Les préparateurs en pharmacie adhèrent à l'utilisation des dispositifs sans aiguille car ils réduisent le risque de piqure.

Discussion / Conclusion

Cette analyse permet d'intégrer de façon sélective ce nouveau dispositif pour 3 spécialités, le recours à ce système entrainant une augmentation contenue des dépenses en consommables. L'existence des 2 modalités de fabrication (aiguilles + prises d'air et dispositifs sans aiguille) nécessite une polyvalence des opérateurs qui doivent continuer à maitriser la technique historique de manipulation.

Références bibliographiques principales

National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH ALERT. Preventing occupational exposure to antineoplastic and other hazardous drugs in health care settings, http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-165/ (2004, accessed 19 August 2015)
Odou P. Medical devices for safe handling of cytotoxic drugs. Eur J Onc Pharm. 2010; 4(1):17-19

Orateur : Henny F.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : Système clos de transfert, Chimiothérapie, Coûts

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000331

Mise en place d'une activité de production de collyres de Bévacizumab sur l'île de la Réunion

Pradie M.*(1), Bonhomme J.(1), Payrard S.(1)

(1) Pharmacie, CHU La Réunion - Hôpital Félix-Guyon, Saint-Denis

Résumé

Contexte

Le bévacizumab est un anticorps monoclonal anti VEGF utilisé en ophtalmologie dans le traitement des atteintes oculaires avec néovascularisation. L'éloignement géographique de l'île de la Réunion et la péremption courte des collyres (C) nécessitent la préparation magistrale aseptique de collyre de Bévacizumab à la concentration de 5 mg/ml.

Objectifs

L'objectif est de présenter la mise en place d'une nouvelle activité de production de collyre de Bévacizumab et d'estimer l'économie réalisée.

Patients et méthodes

Pour la mise en place, une étude de faisabilité examinant les données bibliographiques, la conformité règlementaire, la faisabilité technique est menée. Un test de stérilité est effectué par prélèvement sur chaque collyre. Une analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leurs criticités (AMDEC) sur l'étape de fabrication et d'utilisation du collyre par le patient est réalisée.

Pour l'analyse économique, une estimation de la différence entre le coût d'achat fournisseur en métropole et le coût de transport aérien par rapport au coût de production interne qui comprend les matières premières, l'équipement et les ressources humaines est effectuée.

Résultats

Selon les données bibliographiques, réglementaires et techniques, la préparation magistrale de collyre est possible sur l'île de la Réunion. La péremption est fixée à un mois et quinze jours après ouverture du C. Pour les trente-deux préparations effectuées pendant une période de huit semaines, les tests de stérilité sont revenus négatifs.

Suite à l'AMDEC, le risque global de préparation est faible. Concernant l'utilisation par le patient, l'analyse permet d'identifier un risque important de mésusage et de mauvaise conservation. Pour réduire ces risques, le pharmacien a rédigé une notice d'utilisation. Lors de chaque dispensation en rétrocession, le patient est vu en entretien avec le pharmacien.

La fabrication d'un collyre en préparation magistrale permet une économie de quatre-vingt euros par rapport à l'achat auprès d'un fournisseur métropolitain. Après huit semaines, l'économie est de 3 260 euros dont 700 euros de transport aérien.

Discussion / Conclusion

La fabrication magistrale de collyre de Bévacizumab permet de diminuer le risque de rupture de traitement lié à l'approvisionnement. L'économie annuelle estimée est de 19 000 euros. Afin de maintenir la qualité de la préparation des collyres, l'équipe pharmaceutique prévoit une évaluation des pratiques des préparateurs par un test de remplissage aspetique.

Références bibliographiques principales

http://www.gerpac.eu/IMG/pdf/sautou_stabilite_des_preparations_ophtalmiques-gerpac2010.pdf
RTU de l'avastin dans la dégénérescence maculaire néovasculaire liée à l'Age, ANSM
Développement galénique et analytique d'un collyre au bévacizumab à 5 mg/ml : étude de stabilité L. Donier, C. Fagnoni Legat, S. Limat, A-S. Gauthier, B. Delbosc, Y. Guillaume

Orateur : Pradie M.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : océan indien, maitrise des coûts, Préparations pharmaceutiques

Pays où le travail est effectué : Réunion

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000393

Une nouvelle version des Bonnes Pratiques de Préparation dans l'air : l'occasion de faire un point sur notre plan d'échantillonnage de surveillance environnementale microbiologique ?

Smati J.[(1)], Renaud S.*[(1)], Trout H.[(1)], Fontan J.-E.[(1)], Jacob A.[(1)]

[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Lariboisière, Paris

Résumé

Contexte

Les Bonnes Pratiques de Préparation (BPP) datant de 2007 sont en révision. L'ANSM a ainsi récemment diffusé un texte de « BPP Edition 2019 » en enquête publique ce qui nous a amené à nous interroger sur la nécessité d'une mise à jour de notre plan d'échantillonnage de surveillance microbiologique (SM) air et surfaces pour les préparations injectables stériles. Dans notre PUI ces dernières sont réalisées selon un procédé de transfert en système clos dans une hotte à flux unidirectionnel de classe A.

Objectifs

Réévaluer la conformité de notre plan d'échantillonnage au regard des « BPP Edition 2019 »

Matériels et méthodes

A partir des BPP Editions 2007 et 2019 et plus particulièrement de la ligne directrice n° 1 « préparations de médicaments stériles », nous avons comparé les exigences réglementaires en termes de nature, fréquence, techniques et nombre de prélèvements à réaliser afin de déterminer si une mise à jour de notre plan d'échantillonnage était nécessaire. Sur les conseils de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) nous nous sommes également appuyés sur le « guide de bonnes pratiques de surveillance microbiologique de l'environnement dans les établissements de santé » publié par le CCLIN Sud-Ouest en 2016.

Résultats

Dans les BPP 2019 les exigences en matière de SM sont plus précises que dans les BPP 2007 :1) La nature et les fréquences minimum de prélèvements microbiologiques (PM) sont dorénavant imposées. 2) Le nombre de prélèvements à effectuer reste à la discrétion du pharmacien et de l'EOH et doit être basé sur une analyse de risque. Pour la surveillance des surfaces, 3 prélèvements en activité sont actuellement réalisés à l'aide de géloses contact lors de chaque campagne de préparation (surface avant et après travail, gant-manipulateur après travail) conformément aux BPP 2019. Selon le guide du CCLIN nous avons ajouté un prélèvement hebdomadaire au repos par 3 points aléatoires, ainsi que sur les 2 gants entrainant une augmentation de 27 % du nombre de prélèvement.

Les BPP 2019 imposent des PM de l'air quotidiennement par gélose de sédimentation et mensuellement par aérobiocollecteur non réalisés actuellement. Ils ont donc été ajoutés représentant 200 PM supplémentaires.

Discussion / Conclusion

Afin d'être en conformité avec les BPP 2019 des PM air et surfaces ont été ajoutés à notre plan d'échantillonnage de SM. Ce dernier doit désormais être validé par l'EOH.

Références bibliographiques principales

Surveillance microbiologique de l'environnement dans les établissements de santé, Guide de bonnes pratiques, CCLIN Sud-Ouest, Edition 2016, Bonnes Pratiques de Préparation, ANSM, Texte en enquête publique, Edition 2019

Orateur : Renaud S.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : prélèvement microbiologique, surveillance environnementale, bonnes pratiques de préparation

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000263

Evaluation de la contamination des surfaces par la ciclosporine dans une unité de préparation de collyres

Tang T.[(1)], Jobard M.[(1)], Brandely M.-L.*[(1)], Batista R.[(1)]

[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpitaux Universitaires Paris Centre, Paris

Résumé

Contexte

L'Unité de Préparations Stériles Ophtalmologiques et Oncologiques (UPSO2) produit chaque année plus de 60 000 collyres de ciclosporine. La ciclosporine est une substance « CMR » (Cancérigène, Mutagène et Reprotoxique). Par conséquent, sa manipulation doit être maîtrisée afin de prévenir l'exposition du personnel et de l'environnement.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place par une recherche de la contamination des surfaces par la ciclosporine dans notre unité de production.

Matériels et méthodes

Un protocole de prélèvement des surfaces permettant la détection de traces de ciclosporine a été préalablement validé. Pour chaque point de prélèvement, 200 µL d'un mélange méthanol-chloroforme (80/20 ; V/V) sont déposés sur une zone de 100 cm^2 délimitée par du ruban adhésif. Un essuyage mécanique de la zone est ensuite réalisé à l'aide d'un écouvillon (écouvillon Alpha® TX715). L'écouvillon est placé dans un tube Falcon contenant 5 mL de mélange Méthanol/Chloroforme (80/20 V/V) pendant 24 h puis la solution est dosée par CLHP en phase inverse (LOD = 3 µg/mL ; LOQ = 9 µg/mL). Un témoin positif avec une concentration connue de ciclosporine est effectué en parallèle de chaque prélèvement. Le nombre de points de prélèvement ainsi que leur localisation ont été déterminés par une analyse de risque.

Résultats

Seize points de prélèvement ont été identifiés dans 4 zones différentes du circuit de production des collyres de ciclosporine : 4 dans la zone de préparation du mélange de la ciclosporine avec l'huile de ricin ; 4 dans la ZAC où sont réalisés la filtration stérilisante et la répartition aseptique en isolateur ; 6 dans la salle de conditionnement où sont effectués le mirage, l'étiquetage et la mise en boite des flacons de collyres et 2 dans le laboratoire de contrôle. Sur l'ensemble des points de prélèvements, aucune trace de contamination des surfaces par la ciclosporine n'a été détectée (résultats inférieurs au seuil de détection).

Discussion / Conclusion

Ces résultats sont rassurants quant aux risques d'exposition du personnel et de l'environnement. L'absence de contamination dans les différentes zones valide nos procédures de manipulation et de nettoyage à chaque étape du processus. Toutefois, les résultats de cette étude sont à pondérer par la sensibilité de notre méthode de prélèvement et de dosage.

Orateur : Brandely M.-L.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : Contamination des surfaces, Solutions ophtalmiques, Ciclosporine

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000366

Le générateur de 68Ge/68Ga Galli Ad : étude de poste et retour d'expérience après 3 mois d'utilisation

Chane-Kene A.[(1)], Hausherr A.*[(1)], Ventroux G.[(1)], Brault M.[(1)], San C.[(1)], Vignal N.[(1)], Faure P.[(2)], Madelaine I.[(1)], Hosten B.[(1)], Barre E.[(1)]

[(1)] Pharmacie, APHP - Hôpital Saint-Louis, Paris

[(2)] APHP - Hôpital Saint-Louis, Paris

Résumé

Contexte

En juin 2019, l'arrivée dans l'unité de radiopharmacie d'un générateur de 68Ge/68Ga Galli Ad® (IRE ELiT), a permis la mise en place d'une nouvelle activité de préparation. Dans ce cadre, une étude de poste et un retour d'expérience ont été réalisés.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'exposition du personnel et l'ergonomie du générateur sans module de synthèse.

Matériels et méthodes

Des pastilles dosimétriques thermoluminescentes ont été placées sur le pouce, l'index et le majeur de chaque main (6 pastilles). Le rythme des élutions était quotidien. Des préparations de SomaKit TOC® et des dispensations ont été réalisées pendant la période d'étude. Aucune situation critique n'a été simulée. Les manipulations ont été effectuées par 3 opérateurs. Afin d'optimiser les élutions, différents flacons d'élutions ont été testés. La durée d'élution, le volume élué ont été mesurés. Le rendement du générateur a été évalué.

Résultats

L'étude de poste a été réalisée sur 3 mois. Au total, 64 élutions, 5 préparations et 13 seringues de SomaKit TOC® ont été réalisées. L'activité moyenne des élutions a été de 1 007 MBq [228 MBq – 1 238 MBq], et celle des préparations de Somakit TOC® de 755 MBq [727 MBq – 781 MBq]. Les doses équivalentes aux extrémités pour les mains gauche et droite étaient respectivement de 12,46 mSv (13,23 µSv/GBq) et 10,62 mSv (11,28 µSv/GBq). La durée moyenne d'élution (Tmoy) a été de 4,22 ± 1,43 min et celle de la préparation du Somakit TOC a été de 5,9 ± 1,48 min. Pour la préparation de ce dernier, seuls les flacons ayant un vide de 30 mL ont été utilisés. Pour les élutions, les Tmoy ont été de 2,9 ± 0,1 min (n = 4) pour les Ire10 ; 4,1 ± 0,4 min (n = 50) pour les Elu15 ; de 4,9 ± 0,77 min (n = 7) pour les Elu10 et de 7,42 ± 0.74 min (n = 2) pour les Mlk25. Le rendement d'élution est passé de 74 % à 67 % en 3 mois d'utilisation. Le volume moyen d'élution a été de 1,10 mL ± 0,19 mL (n = 52).

Discussion / Conclusion

L'exposition des extrémités, bien que loin de la limite réglementaire des 500 mSv/cm², n'est pas négligeable lors d'une utilisation manuelle du générateur. Le fonctionnement du générateur a été conforme aux données du fabricant. Le temps d'élution reste le point critique pour lequel le choix et la disponibilité des flacons d'élution sont essentiels. Ces problèmes ont été résolus depuis par l'acquisition d'un module de synthèse dans notre unité.

Orateur : Hausherr A.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : Protection contre les rayonnements, Exposition en milieu professionnel, Isotopes radioactifs du gallium

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000184

Étude de la stabilité physico-chimique d'une solution de cloxacilline à 250 mg/mL en seringue polypropylène et à 50-100 mg/mL en diffuseur portable

Polo C.*(1), Vigneron J.(2), D'huart E.(2), Charmillon A.(3), Demoré B.(2)

(1) CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

(2) Pharmacie, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

(3) Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

Résumé

Contexte

La cloxacilline est une pénicilline du groupe M, indiquée dans les infections à *Staphylococcus aureus* sensibles à la méticilline. La posologie curative usuelle varie de 8 à 12 g par jour, en plusieurs prises. A notre connaissance, la stabilité de la cloxacilline à une forte concentration n'a pas étudiée ni en seringues polypropylène, ni en diffuseur portable. L'administration de solutions concentrées en pousse-seringue électrique permettrait de diminuer l'apport hydrique ainsi que le nombre de prises journalières. L'utilisation de la cloxacilline en diffuseur portable permettrait une administration continue sur plusieurs jours.

Objectifs

Étudier la stabilité de solutions de cloxacilline diluées dans de l'eau pour préparation injectable (EPPI) à 250 mg/mL (12 g dans 48 mL, l'osmolalité de cette solution étant de 538 mOsmol/kg d'eau), en seringues polypropylène, non protégées de la lumière, à 25°C pendant 48 heures. Étudier la stabilité de solutions à 50 et 100 mg/mL dans du NaCl 0,9 % ou du glucose 5 % (G5 %) en diffuseurs portables à 37°C.

Matériels et méthodes

La méthode analytique a été validée selon les normes de l'International Conference on Harmonisation Q2(R1). La stabilité chimique a été analysée après préparation puis après 6, 24 et 48 heures par chromatographie liquide haute performance et par détermination du pH. La stabilité physique a été étudiée par un examen visuel et subvisuel en mesurant l'absorbance des solutions par spectrophotométrie à trois longueurs d'onde : 350, 410 et 550 nm. Quatre seringues ont été préparées pour la condition étudiée. Une pré-étude pour diffuseurs a été réalisée : trois solutions de cloxacilline pour chaque condition à 50 et 100 mg/mL ont été conditionnées en tube en verre et conservées à 37°C.

Résultats

En seringue, à 250 mg/mL, les solutions ont conservé plus de 90 % de la concentration initiale pendant 24 heures (entre 94,05 % ± 1,10 % et 98,83 % ± 0,39 %). Après 48 heures de conservation, les solutions contiennent moins de 90 % du principe actif (89,02 % ± 0,69 %). Le pH des solutions a diminué de 0,31 et 0,86 unité en 24 et 48 heures respectivement. Au cours de l'examen subvisuel, les valeurs d'absorbance à 350 et 410 nm ont augmenté significativement après 48 heures. Un changement de couleur a été observé à 24 heures (passage d'incolore à jaune très léger) et s'est intensifié à 48 heures (jaune pâle). Concernant la pré-étude à 37°C, la cloxacilline a précipité et jaunit à partir de la 21e heure à 100 mg/mL et de la 27e heure à 50 mg/mL tant dans le G5 % que dans le NaCl 0,9 %.

Discussion / Conclusion

Les solutions de cloxacilline à 250 mg/mL dans l'EPPI sont stables en seringues polypropylène pendant 24 heures à température ambiante. Les solutions ne sont pas stables pour envisager une administration pendant 48 heures. L'administration en diffuseur n'a pas été envisagée au vu de l'apparition précoce d'un précipité.

Références bibliographiques principales

Walker SE, Dufour A, Lazetta J, Concentration and solution dependent stability of cloxacillin intravenous solutions. Can J Hosp Pharm 1998;51:13-19

Orateur : Polo C.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : CLHP, Stabilité médicamenteuse, Cloxacilline

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000059

Dispensation Journalière Individuelle Nominative automatisée : comprendre et diminuer les retours de doses non administrées en chirurgie

Chazarenc N.*(1), Duceau J.(1), Plocco P.(1), Hermelin-Jobet I.(1)

(1) Pharmacie, CHR Orléans - Hôpital de La Source, Orléans

Résumé

Contexte

La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) de notre établissement assure la préparation des doses à administrer pour 631 lits de médecine et de chirurgie à l'aide d'un automate de dispensation de formes orales sèches. Malgré une préparation quotidienne après validation des prescriptions, il a été constaté des retours importants de piluliers avec des doses non administrées, en particulier des services de chirurgie. Un état des lieux des retours provenant de ces services a été réalisé afin de trouver des axes d'amélioration à mettre en place.

Objectifs

Un état des lieux des retours provenant de ces services a été réalisé afin de trouver des axes d'amélioration à mettre en place.

Matériels et méthodes

Une discussion sur l'organisation et une enquête a été menée avec 4 services de chirurgie. Une comptabilisation manuelle des doses dispensées dans les piluliers à J0, et des doses retournées à J1 a été effectuée, sur 8 jours de production. Une comparaison aux prescriptions avec notamment l'identification des lignes de prescriptions conditionnelles, portant la mention « si », a été réalisée.

Résultats

238 piluliers ont été analysés pour 82 patients. 52 piluliers ont été retournés dans leur intégralité. 2 417 doses unitaires ont été dispensées, et 1 396 ont été retournées, soit un taux de retour de 58 %. Parmi les doses unitaires dispensées, 558 sont issues de prescriptions conditionnelles. 447 de ces 558 doses, soit 80 %, ont été retournées, représentant 32 % du total des retours. Certaines spécialités en prescriptions conditionnelles comme phloroglucinol orodispersible et le paracétamol 500 mg comprimés effervescent ont un taux de retour de 100 %.

Discussion / Conclusion

Les retours de doses non administrées en chirurgie sont très élevés. Le taux important de retour des doses des prescriptions conditionnelles montre la faible pertinence de leur dispensation dans les piluliers. Un défaut de communication a été identifié entre la PUI et les services de soins sur les patients sortants, générant une part importante de préparations inutiles de piluliers.

La gestion des retours de piluliers est chronophage (elle occupe un poste d'agent logistique à 75 %), a un impact financier non négligeable et présente des risques pour le personnel lors du tri et de la remise en stock à l'origine de déclarations d'événements indésirables. Deux actions vont être menées afin de réduire les retours : une réorganisation avec les services de chirurgie afin d'obtenir la liste des patients sortants avant préparation des piluliers, ainsi qu'un arrêt de délivrance de toutes les prescriptions conditionnelles, dorénavant préparées par les services de soins après ajustement des dotations à leurs besoins.

Orateur : Chazarenc N.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : automatisation, prescription électronique, administration par voie buccale

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000168

Faisabilité de « dose standard » dans la préparation d'anticancéreux

Roger L.[(1)], Perrotton F.*[(1)], Zemmouche S.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CH Saint Malo, Saint-Malo

Résumé

Contexte

La préparation d'anticancéreux est en constante augmentation (11 000 poches en 2019) et l'URC (Unité de Reconstitution des Chimiothérapies) doit faire face à un manque de moyens humains et de matériel. Les préparations sont fabriquées extemporanément après « feu vert » médical. Les patients attendent en moyenne 30 minutes leur premier produit de cure. Une possibilité de mutualisation de la production des chimiothérapies avec un hôpital situé à 30 minutes de route, oblige à une réflexion sur l'organisation de l'URC. Evocation des DS (dose standard): ajustement des doses calculées, par exemple pour les doses entre 114 milligramme (mg) et 126 mg, la dose préparée sera de 120 mg.

Objectifs

Evaluer la faisabilité des DS, sélectionner un médicament test et choisir les doses.

Matériels et méthodes

Recensement des préparations sur 1 an, nombre de préparations par produit et par dosage. Analyse des données et sélection d'un produit idéal pour tester les DS. Le médicament idéal à standardiser doit être utilisé pour au moins 250 préparations par an, sa stabilité doit être suffisante et son prix peu élevé. Puis choisir les DS avec un écart max à la dose prescrite de 5 %.

Résultats

Le choix s'est porté sur le Paclitaxel, 1 016 poches en 2018, peu couteux et stable 14 jours, choix de faire 5 DS. Environ 70 % des doses étaient entre 117 mg et 180 mg. Plusieurs possibilités pour le choix des doses 120 mg, 132 mg, 144 mg ; 156 mg et 174 mg ou 162 mg et 174 mg, dans les deux cas, pour une des doses l'écart à la dose prescrite est de plus de 5 % (jusqu'à 5,90 %). Une autre possibilité est de diminuer l'amplitude de base et de faire des DS pour les doses entre 114 mg et 176 mg ou entre 120 mg et 182 mg (65 % des poches).

Discussion / Conclusion

La prescription en DS semble réalisable sans avoir à remanier toute l'organisation de l'URC et le choix du Paclitaxel semble judicieux au vu de ses caractéristiques. Le choix des doses s'est porté sur les 5 DS entre 120 mg et 182 mg. En pratique, les poches seront préparées à l'avance (plusieurs de chaque dosage), par campagne pendant les « heures creuses » avec des volumes faciles à prélever. Le médecin prescrira en DS ce qui permettra une délivrance très rapide des poches déjà prêtes. En cas d'annulation la poche non utilisée pourra être ré attribuée à un autre patient. Cependant les doses standards ont des limites car elles ne sont pas généralisables à tous les anticancéreux, les doses sont moins adaptées aux patients, elles ne couvrent pas toutes les doses et peuvent entrainer des pertes de poches donc des pertes financières.

Orateur : Perrotton F.

Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles

Mots-clés : Préparation pharmaceutique, Chimiothérapie, Calcul des posologies

Pays où le travail est effectué : France

Conflit d'intérêt : non

Travail déjà présenté : Non

Numéro : 000415

Case report d'une désensibilisation au deferasirox

Gastaut N.[(1)], Andruejol C.*[(1)], Mendjel A.[(1)], Duquesne J.[(1)], Lucas D. S.[(1)], Rocher. F.[(2)], Piccini-Bailly C.[(3)], Monpoux F.[(4)], Ruitort S.[(1)], Collomp R.[(1)]

[(1)] Pharmacie, CHU Nice - Hôpital l'Archet 2, Nice
[(2)] Centre de pharmacovigilance, CHU Nice - Hôpital Cimiez, Nice
[(3)] Pédiatrie, CHU Nice - Hôpital Lenval, Nice
[(4)] Unité d'hémato-oncologie infantile, CHU Nice - Hôpital l'Archet 2, Nice

Résumé

Contexte

Les βThalassémie sont des maladies génétiques de l'hémoglobine.
Les patients souffrant de βThalassémie homozygote présentent le plus souvent une surcharge martiale notamment en raison des transfusions sanguines régulières (et de l'hyper-absorption digestive du fer). Les chélateurs de fer sont administrés afin de prévenir les complications graves liées à la surcharge en fer.
Le patient est un enfant de 7 ans traité par deferasirox (EXJADE) qui a développé de graves toxicités cutanées (éruption érythémateuse cutanée diffuse d'apparition aiguë) ; il a également développé une intolérance au deferoxamine (DESERAL) et au deferiprone (FERRIPROX) sous forme d'agranulocytose ayant justifiée une hospitalisation, antibiothérapie probabiliste et facteurs de croissance granuleux.

Objectifs

Après concertation pluridisciplinaire (hématologue spécialisé en pédiatrie, pharmaciens, pharmacovigilance, allergologue spécialité en pédiatrie), la pharmacotechnie de la pharmacie à usage intérieur a pris en charge la préparation de la désensibilisation au deferasirox : suspensions buvables de posologie croissante administrées quotidiennement.

Matériels et méthodes

La revue de littérature adulte mentionne 3 succès (1) et la littérature pédiatrique mentionne un premier succès en 2016 d'un protocole de désensibilisation au deferasirox. (2) Nous avons adapté ce protocole à la posologie du patient. La suspension a donc été fabriquée à partir de comprimés dosés à 180 mg dans l'eau pour préparation injectable.

Résultats

Selon le schéma publié, la dose initiale est de 1.8 mg (soit 1/100ème de la posologie journalière) de deferasirox en suspension buvable, puis doublée tous les 3 jours (4 jours le week-end) jusqu'à ce que la posologie journalière 180 mg soit atteinte, soit 25 jours de désensibilisation.
En raison de l'absence de données de stabilité physico-chimique de la suspension, deferasirox a été préparé extemporanément au sein de l'unité de pharmacotechnie le jour de l'administration et dispensé quotidiennement directement dans le service d'hospitalisation de jour avec une date limité d'utilisation fixée à 24 heures selon les Bonnes Pratiques de Préparation (3).
En raison de la gravité des antécédents de réactions cutanées indésirable un anti-histaminique non sédatif, d'action prolongée (desloratadine) est administré au domicile du patient 1 heure avant la prise de la suspension buvable.

L'enfant est surveillé dans le service d'hospitalisation de jour au moins 1 heure après la prise de la suspension buvable, des mesures de prévention sont à disposition dans le service : adrénaline sous-cutanée 0.5 mg et à domicile : adrénaline auto-injectable en cas de réaction retardée.

Discussion / Conclusion

La désensibilisation s'est réalisée avec succès pendant 25 jours jusqu'à la posologie journalière complète à 180 mg sans effets indésirables. Depuis la désensibilisation, l'enfant a continué sa dose actuelle à 180 mg par jour.

Références bibliographiques principales

(1) Ezzat H, Schellenberg RR, Leicht HA, Vickars LM. Successful tolerance of deferasirox following desensitization for significant skin rash. Blood. 2011;118 (American Society of Hematology Annual Meeting Abstract 5280)
(2) Grace Isobel Davies; Domenica Davies; Sarah Charles; Sara Laura Barnes & Donald Bowden. Successful desensitization to deferasirox in a paediatric patient with b-Thalassaemia major. Pediatric Allergy and Immunology 28 (2016) 199–206 © 2016 John Wiley & Sons A/S.
(3) Bonnes Pratiques de Préparations – ANSM – Edition 2019. Chapitre 6 : contrôle de la qualité pharmaceutique. Contrôle de la stabilité physico-chimique et microbiologique des préparations terminées.

Orateur : Andruejol C.
Domaine pharmaceutique : Préparation et contrôles
Mots-clés : Pédiatrie, Désensibilisation immunologique, Bêta-Thalassémie
Pays où le travail est effectué : France
Conflit d'intérêt : non
Travail déjà présenté : Non