



**HAL**  
open science

## Nutrition parentérale : quelles pratiques d'administration en réalité ?

C. Grivel, F. Lindenberg, K.O. Sellal, J. Clouet, A. Jirka, E. Corbineau, J.  
Saillard

### ► To cite this version:

C. Grivel, F. Lindenberg, K.O. Sellal, J. Clouet, A. Jirka, et al.. Nutrition parentérale : quelles pratiques d'administration en réalité ?. Congrès de la Société Française de Pharmacie Clinique, Société Française de Pharmacie Clinique, Mar 2022, Strasbourg, France. pp.e107-e108, 10.1016/j.phacli.2022.10.560 . hal-03978463

**HAL Id: hal-03978463**

**<https://hal.inrae.fr/hal-03978463>**

Submitted on 8 Feb 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Discussion/conclusion** L'étude a été réalisée sur une petite cohorte de patients, mais les résultats sont cohérents avec la moyenne nationale. Cet audit a permis de suspendre quelques prescriptions d'IPP non conformes, mais il a surtout initié un échange collaboratif entre médecins et pharmaciens et une sensibilisation à la réévaluation des prescriptions d'IPP. Leur exercice professionnel étant partagé entre l'hôpital et la ville, ce travail aura également un impact en dehors des murs de l'hôpital, vers une utilisation plus raisonnée des IPP.

**Mots clés** Déprescriptions ; Pratique professionnelle ; IPP (inhibiteurs de la pompe à protons)

**Déclaration de liens d'intérêts** : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phacli.2022.10.558>

000424

### Mise en place d'un atelier pour sensibiliser les externes en médecine aux rôles des pharmaciens hospitaliers

V. Arcani, S. Honoré, G. Hache

Pharmacie à usage intérieur, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille

Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [arcaniv@yahoo.fr](mailto:arcaniv@yahoo.fr) (V. Arcani)

**Contexte** La collaboration interprofessionnelle est nécessaire pour améliorer la qualité des soins. Pour obtenir un niveau de collaboration efficace, les formateurs en santé doivent renforcer la formation à l'interprofessionnalité dans les cursus. La connaissance du rôle des autres professionnels est une compétence majeure de la pratique interprofessionnelle et il existe un manque de connaissances sur les rôles du pharmacien hospitalier chez les autres professionnels de santé.

**Objectifs** L'objectif de ce travail a donc été de développer et d'évaluer l'impact d'un atelier sur les rôles du pharmacien hospitalier, auprès d'étudiants en médecine réalisant leur externat.

**Patients et méthodes** L'atelier a été développé par un interne en pharmacie et validé par un pharmacien hospitalier senior. Dans un premier temps, cet atelier a été proposé aux externes présents dans le service clinique où exerçait l'interne entre avril 2021 et septembre 2021. Le déroulement de l'atelier intégrait l'expression des représentations des étudiants, un enseignement didactique fondé sur la déclaration européenne de la pharmacie hospitalière, une immersion dans les différents secteurs de la PUI et une évaluation à chaud. L'évaluation de l'impact de l'atelier a été réalisée par un questionnaire avant/après qui estimait satisfaction, métacognition et acquis théoriques. Un commentaire libre pouvait être exprimé et a été analysé par la méthode d'analyse de verbatim.

**Résultats** Sur 31 étudiants éligibles, 31 ont été volontaires (100 %) et tous recommandaient l'atelier en fin de session. L'utilité de la visite a été estimée à  $9,4 \pm 1$  sur 10. Ces résultats illustrent la satisfaction des participants et valident la pertinence de l'atelier. En fin d'atelier, nous avons mis en évidence une augmentation du score global de connaissances sur les missions ( $21,3 \pm 2,7$  vs  $16,1 \pm 2,2$  sur 25 ;  $p < 0,001$ ), notamment les missions référencement, approvisionnement, distribution des médicaments ( $8,7 \pm 1,1$  vs  $7,2 \pm 1,2$  sur 10 ;  $p < 0,001$ ), dispositifs médicaux ( $4,5 \pm 0,8$  vs  $2,4 \pm 0,9$  sur 5 ;  $p < 0,001$ ), pharmacotechnie et technologies pharmaceutiques ( $4,0 \pm 0,0$  vs  $3,1 \pm 0,8$  sur 5 ;  $p < 0,001$ ), et pharmacie clinique ( $4,0 \pm 0,9$  vs  $3,2 \pm 0,6$  sur 5 ;  $p < 0,001$ ). L'analyse des commentaires libres faisait ressortir l'intérêt de

l'interprofessionnalité et la volonté de développer la collaboration avec les pharmaciens.

**Discussion/conclusion** La pertinence de l'atelier et l'acquisition de connaissances illustrent l'impact de l'atelier sur la connaissance des missions du pharmacien hospitalier par les participants. Ces résultats préliminaires nous encourageant à élargir la démarche et proposer d'intégrer ce type d'atelier dans le curriculum des futurs médecins.

**Mots clés** Pharmacie d'hôpital ; Stage interdisciplinaire ; Éducation

**Déclaration de liens d'intérêts** : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phacli.2022.10.559>

000098

### Nutrition parentérale : quelles pratiques d'administration en réalité ?

C. Grivel<sup>1</sup>, F. Lindenberg<sup>1</sup>, K.O. Sellal<sup>1</sup>, J. Clouet<sup>1</sup>, A. Jirka<sup>2</sup>, E. Corbineau<sup>1</sup>, J. Saillard<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pharmacie, CHU de Nantes, Nantes

<sup>2</sup>Hépatogastro-entérologie et assistance nutritionnelle, imad, CHU de Nantes, Nantes

Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [cha.grivel@gmail.com](mailto:cha.grivel@gmail.com) (C. Grivel)

**Contexte** L'administration de nutrition parentérale (NP) comporte des risques. L'administration doit être réalisée au moyen d'une pompe à perfusion et au plus près du patient. La NP est constituée d'un mélange complexe d'éléments nutritifs (macro et micronutriments) présentant des incompatibilités physico-chimiques avec certains médicaments administrés par voie intraveineuse (IV).

**Objectifs** Réaliser un état des lieux plus large des pratiques d'administration de NP, proposer des actions correctives et homogénéiser les pratiques.

**Patients et méthodes** Évaluation des pratiques professionnelles consistant en un audit observationnel des pratiques d'administration de NP, sur une durée d'un mois, dans trois services utilisateurs (chirurgie digestive, hématologie et hépatogastroentérologie). Une grille d'audit a été définie par un groupe de travail pluri-professionnel évaluant le montage de perfusion dans sa globalité : méthodes d'administration, de débit, de rinçage et d'étiquetage. Un schéma du montage de perfusion est associé à chaque grille. Les pratiques ont été analysées selon les bonnes pratiques de perfusion de l'OMEDIT Centre. Une recherche d'incompatibilités a été effectuée en consultant plusieurs sources validées scientifiquement.

**Résultats** Trente-cinq grilles d'audit ont été remplies et observées : 19 en chirurgie digestive, 10 en hématologie et 6 en hépatogastroentérologie. La principale différence observée entre les services concerne la méthode d'administration des NP. En chirurgie digestive, 89 % des NP sont administrées au moyen d'un régulateur de débit. Le manque de précision de ce dispositif oblige les infirmières à multiplier par deux le débit pour l'administration par rapport au débit réellement prescrit. Les deux autres services administrent 100 % des NP avec des pompes à perfusions assurant un débit fiable. L'étiquetage des poches est absent ou non conforme dans 54 % des cas : 11 % ( $n = 4$ ) en hématologie et 40 % ( $n = 14$ ) en chirurgie digestive. Pour 30 patients (85,7 %), l'administration concomitante d'autres médicaments en IV a été observée. Parmi les 25 molécules différentes retrouvées, quatre d'entre elles (16 %) ont une incompatibilité physico-chimique connue (ceftriaxone, diazépam, pantoprazole et aciclovir).

**Discussion/conclusion** L'audit mené met en évidence des disparités d'administration entre les services. Pour harmoniser les pratiques, l'augmentation de la dotation en pompes à perfusion pour administrer les NP de façon sécurisée et respecter les bonnes pratiques semble nécessaire. En parallèle, une sensibilisation du personnel soignant sur la problématique des incompatibilités physico-chimiques avec la NP et la mise à disposition de tableaux d'incompatibilités avec les molécules les plus prescrites dans les services représenteront également les pistes d'amélioration. Enfin, un rappel au personnel infirmier des informations à renseigner sur les étiquettes sera également mis en place.

**Mots clés** Perfusion ; Bonnes pratiques ; Nutrition parentérale

**Déclaration de liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phacli.2022.10.560>

000375

### Réforme du système dérogatoire d'accès aux médicaments : innovation ou casse-tête ?

M.-A. Bildan, M. Sitbon, N. Godron, I. Madelaine, L. Deville  
Pharmacie, hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris

Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [marc-antoine.bildan75@orange.fr](mailto:marc-antoine.bildan75@orange.fr) (M.-A. Bildan)

**Contexte** Deux nouveaux dispositifs d'accès dérogatoire (AD) sont entrés en vigueur, le 1<sup>er</sup> juillet 2021 suite à la réforme du système dérogatoire d'accès et de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) : les autorisations d'accès précoce (AAP) et d'accès compassionnel (AAC).

**Objectifs** L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact organisationnel de la réforme.

**Patients et méthodes** Le fonctionnement des AD a été comparé entre 2 périodes de 4 mois avant et après la date d'application de la réforme, 01/03 au 30/06/21 = période 1, et 01/07 au 31/10/21 = période 2. Les données suivantes ont été relevées : type d'AD, présence ou non d'un protocole d'utilisation thérapeutique (PUT) et d'une plateforme distincte d'E-saturne, transférabilité des données patients, modalités d'achat et de commande.

**Résultats** Lors de la période 1, 37 médicaments étaient gérés en accès dérogatoire : 29 (78 %) ATU nominatives (ATUn) et 8 (22 %) ATU de cohorte. En période 2, 36 médicaments ont été relevés : 25 (69 %) bénéficiant d'une AAC et 11 (31 %) d'une AAP. Les ATUn devenues AAP sont au nombre de 3. En période 1, l'utilisation de plateformes concernait 30 % (11/37) des médicaments en ATU. En période 2, l'ensemble des AAP de nouvelles molécules requiert l'usage d'une plateforme. Parmi les 16 plateformes recensées en période 2, la moitié des laboratoires ne propose pas de procédure dégradée papier. Douze types de plateformes différentes sont recensés à ce jour. Dans les 3 cas de médicaments pour lesquels l'accès par une plateforme était déjà en place en période 1, une ré-inclusion a été nécessaire pour l'ensemble des patients concernés. Un PUT existait dans 8/37 cas (22 %) sur la période 1, et dans 17/36 cas (47 %) sur la période 2. Depuis la réforme, 2 laboratoires imposent un circuit de commande excluant la centrale d'achat. Pour les 4 médicaments en AAP depuis le 1<sup>er</sup> juillet, la commande est restreinte à un mois par patient et conditionnée par le remplissage exhaustif des fiches de suivi. Le processus de demande d'achat hors marché concernait un médicament avant réforme, et est nécessaire pour 3 produits depuis la réforme.

**Discussion/conclusion** La généralisation des PUT facilite l'accès aux informations de gestion d'une AAP ou AAC, et le recueil des données.

Cependant, elle entraîne de nombreux changements avec une complexification des processus de gestion : 1. multiplication des plateformes avec autant de profils associés, 2. absence de transférabilité des données patients, 3. commandes mensuelles imposées entraînant un risque de rupture de traitement pour le patient, 4. relance des prescripteurs pour les fiches de suivi. Chacune de ces étapes chronophages est réalisée à moyen constant. Une objectivation du temps dédié serait nécessaire. L'aide prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2022 est très attendue. Cette réforme qui vise à raccourcir le délai de mise sur le marché des médicaments innovants, impose une grande implication des professionnels de santé.

**Mots clés** Innovation ; Dispensation et distribution de médicaments à l'hôpital ; Réforme des soins de santé

**Déclaration de liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phacli.2022.10.561>

000272

### Sécurisation des médicaments à haut risque : quels rôles pour le pharmacien clinicien ?

K. Muller<sup>1</sup>, T. Dantin<sup>1</sup>, L.H. Heng<sup>1</sup>, M. Orloff<sup>1</sup>, M.L. Duchene<sup>1</sup>, M. Milano<sup>1</sup>, T. Collomp<sup>1</sup>, J. Renaud<sup>1</sup>, S. Dubuisson<sup>2</sup>, S. Laplagne<sup>1</sup>, M. Alcaraz<sup>3</sup>, R. Collomp<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pharmacie, CHU Nice pôle pharmacie stérilisation, Nice

<sup>2</sup>Endocrinologie, CHU Nice hôpital l'Archet 2, Nice

<sup>3</sup>Pôle parcours patient, CHU Nice, Nice

Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [collomp.r@chu-nice.fr](mailto:collomp.r@chu-nice.fr) (R. Collomp)

**Contexte** Les médicaments à haut risque ou 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 (« tous les médicaments sont à risque ») ou des actions concrètes à mener une fois ceux-ci identifiés. La majorité des démarches sont orientées purement sur la gestion des risques et plus rarement sur les pratiques cliniques.

**Objectifs** Valoriser le pharmacien clinicien (PC) dans les démarches de sécurisation des MHR.

**Patients et méthodes** Les premières actions visant la sécurisation des MHR ont eu lieu en 2014 : diffusion large d'une liste institutionnelle unique des MHR, sécurisation et étiquetage des stockages, élaboration d'une conduite à tenir pour certains d'entre eux. Ayant eu assez peu d'impact et d'appropriation par les professionnels de terrain, une nouvelle campagne identique a été refaite en 2017. De nouveau, son efficacité s'est révélée faible. De fait, une tout autre stratégie a été déployée à partir de 2020, en plusieurs étapes et reposant sur une démarche orientée essentiellement clinique.

**Résultats** En 2020, à partir de la liste institutionnelle de MHR de notre établissement, 2 paramètres principaux ont été étudiés, par unité de soin, afin de prioriser le risque lié à ces médicaments de manière adaptée. Il s'agit, d'une part, de la fréquence d'utilisation (exposition au médicament) et, d'autre part, du niveau de maîtrise de sa prescription, administration, délivrance, détention et suivi. L'évaluation de ce niveau de maîtrise était multiprofessionnelle : médecins, infirmières,