

Édito

Nous traversons actuellement une période particulièrement difficile et avons conscience de la mobilisation de tous les acteurs de santé sur la COVID-19.

Mais, nous souhaitons à travers ce CRIQUET'S continuer à partager avec vous des articles utiles pour les professionnels de terrain et promouvoir les bonnes pratiques.

La crise a montré la mobilisation très active et utile des équipes mobiles d'hygiène de territoire dans l'accompagnement des établissements médico sociaux lors de la 1^{ère} vague de l'épidémie de COVID-19 qui se poursuit plus que jamais avec cette seconde vague.

D'autres thématiques sont également à découvrir dans ce numéro :

L'histoire d'une complication de grossesse suite à la prise du COVERSYL[®], l'utilisation de la prégabline / Lyrica à des fins euphorisantes avec un nombre croissant d'ordonnances falsifiées, un anti-inflammatoire largement utilisé dans certaines pathologies mais présentant des effets indésirables pouvant être fatals.

Découvrez également l'histoire d'un jeune homme de 19 ans en bac pro qui avait entendu parler d'un gaz hilarant connu sous le nom de protoxyde d'azote, et comment une omelette peut conduire à un choc anaphylactique.

Et enfin, les messages sans cesse relayés par l'EFS à l'appel urgent du don du sang, la COVID ayant impacté fortement les réserves.

Bonne lecture !

Alain Morin
Directeur de la Santé Publique



26 IDEHT sur le pont*

* 2 IDEHT (Infirmière Diplômée d'Etat en Hygiène de Territoire étaient en arrêt (maladie et/ou grossesse)



94 des 262 EMS conventionnés dans le cadre du dispositif des EMHT (**36%**) ont été confrontés à moins 1 cas COVID documenté

Appui des EMS conventionnés

10 000

sollicitations de la part d'EMS conventionnés



4833 sollicitations tracées

[Nb d'appels min : 12 ; Nb d'appels max : 900]



4957 sollicitations tracées

[Nb d'appels min : 2 ; Nb d'appels max : 1350]

+ de 8 IDEHT sur 10 (n=22) ont réalisé des interventions sur site

Motif d'accompagnement sur site :

- ◆ **124** cellules de crise
- ◆ **196** séances de formation et/ou d'information
- ◆ **60** audits de pratique
- ◆ **55** interventions pour autre motif

+ de 8 IDEHT sur 10 (n=21) ont rencontré des difficultés

Nature des difficultés rencontrées :

- ◆ **Liées aux EMS** : absence de professionnels ressources, pénurie de matériels, inquiétude des professionnels, mésusage des EPI,
- ◆ **Non liées aux EMS** : multitude de recommandations, télescopage de messages issus de sources différentes et potentiellement contradictoires

Appui à d'autres structures

92,3% des IDEHT (n=24) ont accompagné des structures non conventionnées

Structures accompagnées :

- ◆ **45** EMS non conventionnés (dont 5 ont exprimé le souhait de conventionner pour poursuivre cet appui après la période de crise liée à l'épidémie)
- ◆ **32** structures sociales
- ◆ **28** structures de ville (maison de santé, médecin généraliste)
- ◆ **33** autres structures (ARS/CD/commune/commerce)

700 sollicitations



343 sollicitations tracées

[Nb d'appels min : 1 ; Nb d'appels max : 100]



359 sollicitations tracées

[Nb d'appels min : 1 ; Nb d'appels max : 93]

La moitié des IDEHT (n=12) a rencontré des difficultés

Nature des difficultés rencontrées :

- ◆ Les mêmes que celles rencontrées dans les EMS conventionnés
- ◆ Les difficultés liées à la méconnaissance des structures pour lesquelles ils devaient donner des avis sans connaître l'architecture, les organisations, les ressources humaines, matérielles et documentaires disponibles.

Conclusion : même si toutes les sollicitations n'ont pas été tracées, celles qui l'ont été permettent d'objectiver la forte implication des IDEHT en appui aux EMS conventionnés et autres structures non conventionnées. Parmi les EMS non conventionnés accompagnés (n=45), 5 (11%) ont exprimé le souhait de conventionner.

Perspectives : Les efforts consentis lors de la 1^{ère} vague sont prorogés et les IDEHT sont là tout de suite très impliqués dans la préparation des EMS à une possible 2^{ème} vague.



Madame B, 36 ans, présente des antécédents de transplantation hépatique en 2013.

En 2019, des modifications thérapeutiques ont été effectuées en vue de la réalisation d'une fécondation in vitro avec notamment l'arrêt du COVERSYL® (périndopril), Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion, remplacé par un bêta-bloquant.

En 2020, alors que la procréation médicalement assistée n'avait pas abouti, une grossesse spontanée a été découverte au terme de 23 semaines d'aménorrhée (SA).

Son traitement par COVERSYL®, qui avait été repris, a alors été immédiatement arrêté car il est formellement contre-indiqué au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse.

L'échographie fœtale montrait un anamnios complet ainsi qu'une néphromégalie bilatérale avec un doute sur un défaut de minéralisation du crâne. L'évaluation prénatale du pronostic était incertaine. De multiples investigations ont été nécessaires (suivi échographique, scanner osseux), notamment des examens invasifs (ponction de sang fœtal) afin de guider ce couple en détresse qui s'interrogeait sur la nécessité ou non d'une interruption médicale de grossesse.

L'anamnios a évolué favorablement après l'arrêt de COVERSYL®.

A la naissance au terme de 32 SA, l'enfant présentait une néphromégalie bilatérale avec insuffisance rénale modérée en cours d'amélioration et une anomalie des os de la boîte crânienne avec une fontanelle très élargie et une dissociation des sutures crâniennes.

A travers l'histoire de cette patiente, nous souhaitons vous rappeler que **les IEC (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion) et les ARA II (Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II)**, indiqués notamment pour le traitement de l'hypertension artérielle chez l'adulte, **sont formellement contre-indiqués aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de la grossesse et déconseillés au 1^{er} trimestre.**

L'exposition à un IEC ou un ARA II au cours du 2^{ème} ou du 3^{ème} trimestre de la grossesse peut entraîner une toxicité fœtale et néonatale pouvant être fatale. Il s'agit notamment d'une atteinte de la fonction rénale avec diminution du liquide amniotique (oligoamnios voire anamnios) pouvant être associée à un retard d'ossification de la voûte du crâne, et entraîner une mort fœtale *in utero*. À la naissance, le nouveau-né peut développer une insuffisance rénale irréversible, une hypotension, une hyperkaliémie¹.

Informations importantes

Tous les IEC et les ARA II sont formellement contre-indiqués aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de la grossesse et déconseillés au 1^{er} trimestre

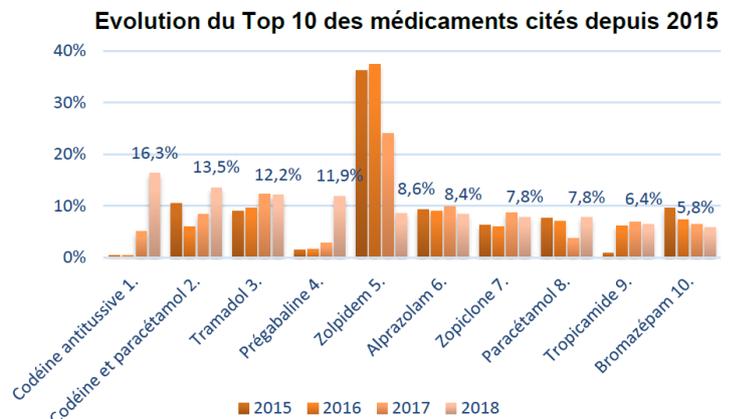
Chez la femme en âge de procréer, ce risque doit être pris en considération dès l'instauration du traitement. Il est indispensable d'alerter ces patientes des risques encourus et d'anticiper au mieux tout projet de grossesse.

¹ Rappel – IEC/ARA II et grossesse : ne jamais utiliser au cours des 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de grossesse, déconseillé au 1^{er} trimestre – Point d'information – ANSM le 18/10/2017

PRÉGABALINE/LYRICA® : NETTE AUGMENTATION DE L'USAGE DÉTOURNE ET DES FALSIFICATIONS D'ORDONNANCES. RESTONS ADDICTOVIGILANTS !

LES FAITS

Apparue pour la première fois en 2017 dans la liste des 15 médicaments les plus cités dans les ordonnances falsifiées (taux de citation 2,8%), la prégabaline connaît une augmentation importante en 2018. Elle occupe la 4^{ème} place derrière la codéine antitussive, l'association codéine/paracétamol et le tramadol, représentant 11,9% des citations parmi l'ensemble des médicaments cités dans l'ensemble des ordonnances falsifiées recueillies sur le territoire national. La région Bourgogne Franche-Comté est également concernée, la prégabaline étant impliquée dans 13% des alertes pour nomadisme et/ou falsifications d'ordonnances en 2019, parmi l'ensemble des alertes émanant de l'ARS Bourgogne Franche-Comté transmises au CEIP-Addictovigilance.



CE QU'IL FAUT SAVOIR

L'usage abusif de la prégabaline en France est un phénomène récent, apparu en 2011 et plus marqué depuis 2018. Cet abus se fait pour la recherche d'effets euphorisants, sédatifs ou de défonce, d'emblée ou après une prise en charge thérapeutique^[1]. Un effet renforçant (incitant à répéter la consommation) a par ailleurs été montré chez l'animal^[2]. Chez des usagers occasionnels de substances récréatives, la prégabaline (450 mg) procure des effets psycho-comportementaux similaires aux benzodiazépines^[3]. Dans les cas d'abus notifiés au réseau français d'addictovigilance, comme dans la littérature, 2 populations sont identifiées : 1/des sujets faisant une polyconsommation de substances psychoactives, notamment d'héroïne ou d'autres opioïdes, en contexte médical ou non, 2/en population générale : 8 à 12 % des sujets initiant la prégabaline en contexte thérapeutique présentent un mésusage par l'utilisation de doses supérieures aux doses maximales thérapeutiques^[4]. L'état actuel des connaissances^[5,6,7,8] concernant les risques liés à l'interaction entre la prégabaline (comme la gabapentine) et les opioïdes sur la dépression respiratoire incitent à la précaution chez les patients traités pour des douleurs et exposés à ces deux médicaments. De même chez les sujets présentant une dépendance aux opioïdes ou sous médicament de substitution aux opioïdes et susceptibles de se voir prescrire la prégabaline (ou de la consommer dans un contexte non thérapeutique). Un récent article de Hägg et al., 2020, publié dans Drug safety en ce qui concerne les Données actuelles de l'abus et du mésusage des gabapentinoïdes est consultable sur <https://doi.org/10.1007/s40264-020-00985-6> : *risque de mésusage et d'abus chez les sujets présentant des antécédents psychiatriques et/ou de troubles de l'usage de substances, risque plus élevé si troubles de l'usage d'opioïdes, l'abus et le mésusage semblent plus fréquent avec la prégabaline que la gabapentine*

DÉCLARER

Toute suspicion d'usage détourné ou d'abus/dépendance avec la prégabaline doit être déclarée sur le portail national via le lien suivant : <https://signalement.social-sante.gouv.fr> sous la rubrique Addictovigilance.

Pour toute question : CEIP-Addictovigilance des Régions Est CHRU de Nancy - Hôpital Brabois Adultes Tél : 03 83 15 79 77 - Fax : 03 83 15 49 16 - ceip@chru-nancy.fr

^[1]Al-Husseini et al., 2017 ; ^[2]Coutens et al., 2019 ; ^[3]Mendell et al., 2019

^[4]Driot et al., 2019

^[5]Lyndon et al., 2017 ; ^[6]Hill et al., 2018 : *effet démontré chez l'animal de la levée de la tolérance aux effets dépresseurs respiratoires des opioïdes* ; ^[7]Abrahamsson et al., 2017 : *augmentation du risque de décès par overdose opiacée par un facteur 3 chez des sujets présentant une dépendance aux opioïdes exposés à la prégabaline* ; ^[8]Nahar et al., 2019 : *prévalence d'usage de la prégabaline supérieure (facteur 4) chez des sujets décédés consommant de l'héroïne*



COLCHICINE : Anti-inflammatoire ou poison du fuseau ?

La colchicine contenue dans colchicine OPOCALCIUM®(colchicine) et COLCHIMAX®(tiémonium, opium, colchicine) est indiquée dans la prise en charge de l'accès aigu de goutte, en prophylaxie des accès aigus de goutte et dans les autres accès microcristallins, dans la maladie périodique, la maladie de Behçet et la péricardite aiguë idiopathique. Il s'agit d'un médicament à marge thérapeutique étroite avec un profil d'effets indésirables pouvant être fatals. De nombreuses alertes et courriers ont été diffusés par l'ANSM pour limiter ces effets indésirables. Mais de trop nombreux cas sont encore déclarés au réseau des centres régionaux de Pharmacovigilance et encore de nombreux appels reçus aux centres anti-poisons.

Pour illustrer ces notions et rappeler le bon usage de ces médicaments, nous vous présentons l'histoire récente reçue en Bourgogne-Franche-Comté d'une personne âgée de 80 ans pour laquelle une prescription de colchicine opocalcium® est réalisée dans l'indication d'une arthrite goutteuse à la posologie de 3 mg à J1, 2 mg à J2/J3, puis 1 mg/jour pendant 1 mois. La fonction rénale est normale pour l'âge et le reste du bilan hématologique est normal. Ses antécédents sont marqués par une fibrillation atriale, une insuffisance cardiaque à FEVG conservée, une insuffisance respiratoire chronique oxygène-requérante et une hypercholestérolémie. Son traitement habituel comporte apixaban, irbésartan, nébivolol, amiodarone, épléronone, furosémide.

A J3 du début du traitement, la patiente présente une diarrhée pour laquelle IMODIUM®(loperamide) est prescrit.

A J5, elle est hospitalisée en urgence pour altération majeure de l'état général avec insuffisance rénale aiguë, état de choc hypovolémique avec hypotension majeure, cyanose des extrémités et acidose métabolique. Une prise en charge en service de réanimation est nécessaire. La colchicine est stoppée. A J7, elle présente une leucopénie, d'une thrombopénie sévère. L'évolution sur le plan hématologique sera favorable en 7 jours.

La colchicine est classée comme anti-inflammatoire en raison de ses propriétés utilisées en thérapeutique mais il s'agit bien d'un poison du fuseau (anti mitotique). L'une des principales caractéristiques de la colchicine est que la dose efficace est proche de la dose toxique. Cliniquement, un surdosage en colchicine va se présenter par des troubles digestifs et notamment des diarrhées, des troubles cardio-circulatoires, des troubles hématologiques, oligurie et défaillance multiviscérale avec une possibilité de décès.

L'analyse de l'ordonnance avec cette nouvelle prescription ne met pas en évidence d'interaction médicamenteuse mais compte tenu de l'âge et des antécédents cardiovasculaires, la surveillance de la fonction rénale est indispensable et la présence de ralentisseurs du transit dans la spécialité COLCHIMAX® peut théoriquement masquer les diarrhées, un des premiers signes d'un surdosage.

Quelques chiffres :

Année 2019	Activité globale : tous produits et substances, toutes circonstances		Cas colchicine seuls			
	Nombre de cas annuels	Nombre de cas pour 100 000 habitants	Conduite suicidaire	Erreur ou accident thérapeutique	Autres circonstances	Total
France entière	196 891 (144)	670,6	41 (2)	129	31	201 (2)
Région BFC	5 779 (2)	28,1	2	4	0	6 (0)
Région GE	14 356 (14)	55,6	1	14	4	19 (0)

Le nombre de décès figure entre parenthèses

Durant l'année 2019, les centres antipoison ont donné avis et conseil pour 201 cas d'exposition et d'intoxication par la colchicine au total, France entière. Parmi ceux-ci, 2 décès survenus dans un contexte suicidaire d'une part et 129 cas (64,2 %) survenus dans un contexte d'erreur ou d'accident thérapeutique d'autre part.

Sur la même période, en région BFC, 6 cas au total : 2 conduites suicidaires et 4 cas un contexte d'erreur ou d'accident thérapeutique. Aucun décès.

Concernant la toxicité de la colchicine, c'est un toxique lésionnel cellulaire, sans antidote actuellement disponible : ainsi, tout patient intoxiqué par une dose interne supérieure à la dose létale se trouve privé de toute thérapeutique efficace.

L'action dépolymérisante sur les microtubules explique l'effet antimitotique (« poison du fuseau ») de la colchicine d'une part, mais aussi la toxicité directe sur les cellules contractiles – dont les cardiomyocytes – d'autre part. Le risque de défaillance myocardique engage le pronostic vital de manière précoce, dans les 12 à 48 heures qui suivent une exposition importante, soit avant même la mise en jeu du pronostic vital par les conséquences digestives (hypovolémie sévère) et infectieuses.

Le risque d'intoxication est important, y compris à dose thérapeutique, en raison des interactions possibles, notamment avec les inhibiteurs de la PG-P et du CYP3A4. Des intoxications sévères - sinon létales - par la colchicine ont été rapportées au cours de co-prescriptions avec certains macrolides et les synergistines (pristinamycine). Les médicaments inhibiteurs communs de la P-GP et du CYP3A4 ne sont pas rares, certaines de ces molécules sont d'usage courant : érythromycine, clarithromycine, kétoconazole, itraconazole, ritonavir...). La plus petite dose létale connue chez l'Homme est à peine de 0,23 mg/kg et tout signe digestif est déjà un premier signe d'intoxication.

Les effets toxiques de la colchicine sont dose-dépendants ; les ordres de grandeur suivants sont donnés pour une prise per os, sans co-exposition ni interaction.

Dose < 0,5 mg/kg : troubles digestifs surtout, par action sur les entérocytes de la bordure en brosse intestinale : diarrhées, vomissements et douleurs abdominales, 2 à 10 heures après l'ingestion.

Parfois péjorativement masqués lors d'association à un inhibiteur de la motricité digestive (tiémonium et poudre d'opium dans Colchimax®), leur intensité est à l'origine d'une déshydratation extracellulaire. En l'absence de co-morbidité et à condition d'une réhydratation bien conduite, l'évolution est généralement favorable en 4 à 5 jours.

Dose entre 0,5 et 0,8 mg/kg : complication par une leucocytose transitoire, dans les 24h premières heures, suivi d'une pancytopenie (β), à l'origine d'un risque infectieux et/ou hémorragique, alors même que la barrière digestive est ouverte. 10% de mortalité. Régression en 10 jours dans les cas favorables. La guérison peut s'accompagner d'une alopecie complète mais réversible, d'une neuropathie périphérique séquellaire, voire d'une SIADH par action hypophysaire.

Dose > 0,8 mg/kg : Risque majeur d'une insuffisance circulatoire réfractaire par choc cardiogénique (toxicité directe) et défaillance multiviscérale : insuffisance rénale, cytolysé hépatique, CIVD, rhabdomyolyse intense, polyneuropathie, œdème cérébral et SDRA. 80 % à 100 % de mortalité selon les séries. La survenue d'un SDRA, d'un choc cardiogénique et la présence d'un TP <20% dans les 24 premières heures sont particulièrement péjoratifs.

Le dosage plasmatique de la colchicine n'a classiquement pas d'intérêt pronostic. En l'absence d'antidote et de recours possible à l'épuration, le traitement toxicologique se limite à l'évacuation digestive précoce : vomissements provoqués sur large prise suicidaire devant témoins, charbon activé répétés et associé à une purge digestive par PEG. Au-delà, la prise en charge symptomatique est le seul recours : réhydratation adaptée (respect des diarrhées), traitement non spécifique de la pancytopenie (Ex : facteurs de croissance granulocytaires, GCSF), voire soutien circulatoire mécanique (CEC). Les patients relèvent souvent des services de réanimation médicale expérimentés.

L'efficacité d'anticorps spécifiques a été démontrée chez l'animal et testée chez l'Homme avec d'excellents résultats mais l'incidence des intoxications ne permet toujours pas une réalité économique viable à un tel antidote. Une mise à disposition au cas par cas nécessite l'appel d'un centre antipoison.

Prise en charge de la goutte : Stratégie thérapeutique et bon usage

La goutte est une arthropathie microcristalline inflammatoire, où l'acide urique en excès précipite préférentiellement au niveau de la synovie. Le choix de la thérapeutique dépend du terrain du patient et de l'iatrogénie potentielle des traitements.

L'hyperuricémie chronique doit être traitée (objectif thérapeutique uricémie < 360 micromol/L), même chez le patient âgé, pour prévenir aux complications cardiaques, rénales et métaboliques associées. Les inhibiteurs de la synthèse d'acide urique sont recommandés comme l'allopurinol en première intention ou le fébuxostat en seconde intention, tout comme les uricosuriques (probenécide).

En situation de crise (accès gouteux), la colchicine (d'autant plus efficace qu'administrée dans les 12 premières heures) peut être associée aux AINS ou aux corticoïdes (une biothérapie (canakimumab) existe en dernier recours).

La prévention de l'iatropathologie passe par l'information du patient et la réévaluation du traitement devant tout effet indésirable spécifique : une diarrhée sous colchicine (il est recommandé d'éviter les formes associées à de la poudre d'opium pour ne pas masquer ce premier signe de surdosage), de réaction cutanée sous allopurinol ou de douleurs musculaires sous fébuxostat. Chez les patients à haut risque digestif ou rénal (patients âgés) les corticoïdes sont l'alternative à préférer, mais le traitement doit se limiter à l'accès gouteux pour éviter toute cortico-dépendance. Dans tous les cas, si le recours à la colchicine est maintenu, sa posologie doit être strictement adaptée à la fonction rénale (0,5 mg/j pour ClCr entre 35 et 49 mL/min, 0,5 mg tous les 3 jours pour ClCr entre 10 et 34 mL/min, contre indiqué < 10 mL/min) sans jamais dépasser 3mg/j.

Enfin le traitement médicamenteux ne doit pas faire oublier l'importance des mesures hygiéno-diététiques (évitement des aliments et boissons riches en purines, bières, viandes, ...) et l'arrêt si possible des médicaments inhibant l'excrétion urinaire de l'acide urique (aspirine à faible dose, diurétiques de l'anse ou thiazidiques, ...)



PROTOXYDE D'AZOTE : PAS DE QUOI RIRE... GAZ « HILARANT » ? SI ON EN PARLAIT ?

Le **protoxyde d'azote (N₂O)** était utilisé comme « gaz hilarant » dans les foires dès la seconde moitié du 19^{ème} siècle. Son utilisation médicale se développe dans l'anesthésie et l'antalgie à partir du milieu du 20^{ème} siècle.

En parallèle, il est utilisé dans l'industrie comme gaz propulseur, notamment pour les aérosols et les cartouches de siphon pour crème chantilly. Ces cartouches, ou « capsules » font l'objet d'un détournement d'usage : le gaz est inhalé, via des ballons de baudruche à la recherche d'un effet euphorisant, « hilarant ».

La nouveauté réside dans des consommations addictives avec des prises régulières et en grande quantité. Les sites de vente en ligne redoublent d'ingéniosité pour proposer des conditionnements de gros volumes (type bonbonne « Smartwhip® » de contenu équivalent à 80 cartouches, cf photo), des livraisons à domicile de jour comme de nuit, y compris pendant le confinement, sans jamais mettre en avant l'usage festif ni... alerter sur les risques pour la santé.



Les données actualisées en juillet 2020^[1] de toxicovigilance (CAPTV) et d'addictovigilance (CEIP-A) permettent de caractériser le profil des consommateurs, les modes de consommation et les effets délétères observés :

- Les cas déclarés concernent davantage des adultes jeunes, mais aussi des adolescents,
- Les consommations très variables en termes de fréquences et de quantités, parfois quotidiennes avec un nombre très important de cartouches consommées (plusieurs centaines pour un même sujet, parfois très régulièrement),
- Des complications sont cardiaques et psychiatriques mais principalement neurologiques/neuromusculaires

Effets neurologiques, avec séquelles

Destruction de la gaine de myéline : neuropathies

- Expositions importantes, fortes concentrations, répétées
- Progressivement réversible : expositions à moyen terme
- Difficilement réversible : expositions à long terme

→ Faiblesse musculaire, paresthésies des extrémités, troubles de la marche

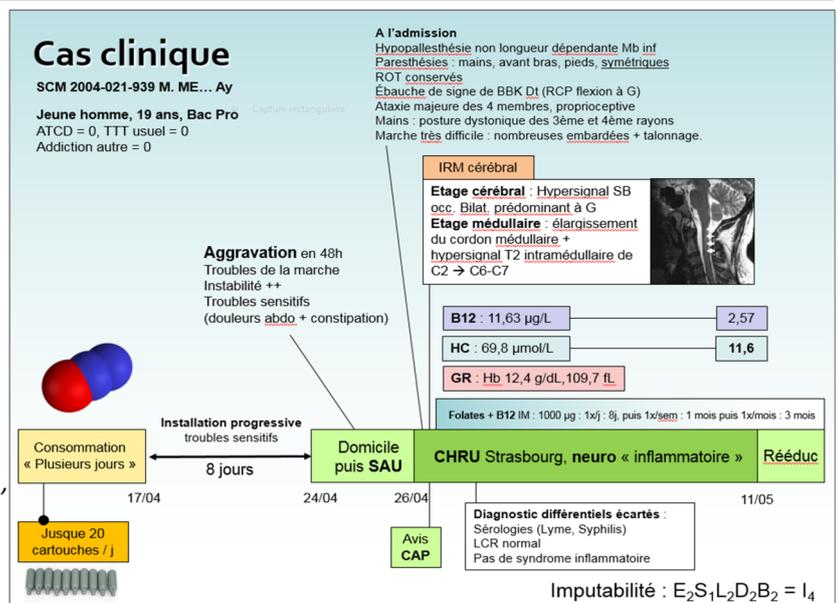
→ Polynévrites sensitives distales, myélopathies des cordons postérieurs par sclérose combinée de la moëlle, détérioration intellectuelle

Physiopathologie

Différent d'une carence : inactivation de la vitamine B12 par oxydation irréversible du cobalt : Co+1 → Co+3 (pouvoir oxydant de N₂O)

- Limitation globale de la synthèse d'ADN (cellules souches → Cellules de Schwann)
- Blocage direct de la synthèse de la gaine de myéline

Rôle adjuvant du stress oxydant probable.



DÉCLARER

Toute suspicion d'effet toxique, d'abus, d'usage détourné du protoxyde d'azote doit être déclarée sur le portail national via le lien suivant : <https://signalement.social-sante.gouv.fr> sous la rubrique Toxicovigilance et/ou Addictovigilance. Pour toute question ou déclaration de cas :



Centre antipoison Est CHRU de Nancy, Hôpital Central Tél : 03 83 22 50 50 : réponse toxicologique, 24h/24, 7j/7 (avis et conseil sur la prise en charge) cap@chru-nancy.fr

CEIP-Addictovigilance des Régions Est CHRU de Nancy, Hôpital Brabois Adultes Tél : 03 83 15 79 77 - ceip@chru-nancy.fr



[1] ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/De-nouveaux-chiffres-sur-l-usage-detourne-de-protoxyde-d-azote-gaz-hilarant-pour-eclairer-les-autorites-sanitaires-Communiqué

Mme MARLOT est hospitalisée depuis 5 mois dans un centre de Soins de suite et réadaptation (SSR). Son allergie aux œufs y est bien connue. Il y a un mois, Mme MARLOT a dû être transférée au Centre Hospitalier voisin pour un problème cardiaque. Elle est de retour au SSR ce matin, avec une fiche de liaison paramédicale du Centre Hospitalier qui mentionne un régime « MIXÉ ».

M. MARCO entre également ce jour au SSR et bénéficie d'un régime « MIXÉ » en raison de risques de fausse-route.

La commande des repas des « entrants du jour » est réalisée par une des aides-soignantes du centre sur un tableur informatique. Ce fichier est ensuite normalement complété par la diététicienne, avec les régimes des autres patients du centre, puis transmis à la cuisine. La diététicienne étant absente aujourd'hui, les régimes de Mme MARLOT et de M. MARCO sont donnés par téléphone par la cadre du service.

Trois jours après, une aide-soignante signale à la cadre de santé que la feuille des régimes, affichée dans l'office, n'a toujours pas été modifiée concernant le régime de Mme MARLOT, alors que celle-ci est en régime « MIXÉ SANS ŒUFS ». Mais elle connaît la patiente et vérifie toujours son plateau avant de le servir. En effet, les régimes spécifiques arrivent en « barquette » individuelle recouverte d'un film alimentaire sur lequel est écrit, au feutre, le nom du patient concerné. L'agent de service enlève le film alimentaire des barquettes, dresse les assiettes et prépare les plateaux, qui sont ensuite servis par les aides-soignants.

Le samedi suivant, Paul, nouvel aide-soignant dans l'établissement, est au service des repas en salle à manger. Paul a été informé de l'affichage de la feuille des régimes dans l'office. Ce samedi soir, l'aide-soignant a deux plateaux pour les repas mixés : asperges mixées mayonnaise, omelette au jambon, ile flottante OU potage de légumes épaissi, purée jambon gratiné, compote de pêches.

Mme MARLOT et M. MARCO ont fait connaissance à table en salle à manger. Après le début du repas, M. MARCO appelle un soignant car sa voisine de table, Mme MARLOT, dit ne pas se sentir bien et semble avoir du mal à respirer...

Une analyse des causes menée après cet évènement indésirable associé aux soins (Réaction allergique sévère à type de choc anaphylactique suite à une erreur de distribution des repas) a permis de mettre en avant les dysfonctionnements suivants :

- Défaut de connaissance du régime des patients, et vérification partielle par le nouvel arrivant
- Signalement tardif de l'erreur sur la feuille de régime, sans réajustement
- Nouvel aide-soignant au « service en salle à manger », sans supervision
- Absence de protocole de préparation et distribution des repas spéciaux
- Deux supports pour une même information, non actualisés en l'absence de la diététicienne
- Absence de règles de prise en charge des patients avec des noms à consonance semblable

Suite à cette analyse, l'établissement a proposé les actions suivantes :

- Élaborer une procédure d'alerte et de conduite à tenir en présence de patients ayant des noms semblables ou homonymes
- Utiliser un seul support de commande des repas en lien avec le Dossier patient informatisé
- Demander à l'éditeur du dossier patient informatisé la reprise automatique des informations « allergie » renseignées lors de précédents séjours
- Mettre en place un protocole sur la prescription, préparation et distribution des régimes spéciaux, comprenant notamment les éléments suivants : identification du régime sur les barquettes, pose d'une étiquette patient sur le plateau du patient lors du service, vérification de la concordance régime / plateau préparé / identité du patient (vérifiée par une question ouverte avant remise du plateau)
- Mener une réflexion sur l'organisation du service des repas pour surveiller les patients à risques (temps dédié pour le service des patients avec troubles de la déglutition)



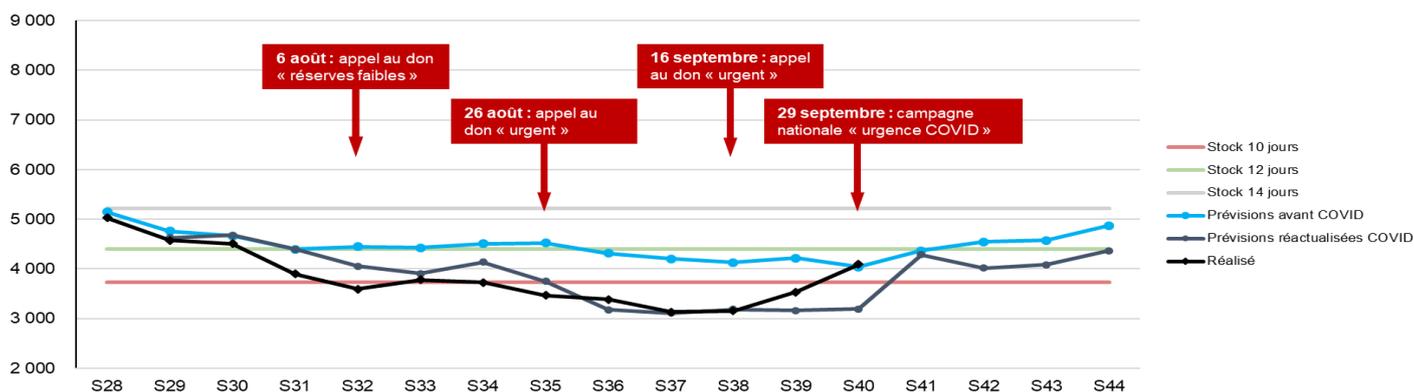
Donneurs, l'EFS a besoin de vous dès maintenant !



À l'annonce du confinement nous étions très inquiets, puisqu'il était désormais impossible de collecter dans les établissements scolaires ou en entreprise, ce qui représente environ 20% de nos stocks.

Le directeur général de la santé (DGS) a annoncé la nécessité de continuer à donner son sang, ce qui a provoqué une vague de mobilisation impressionnante ! Cela nous a d'ailleurs forcé à nous réinventer en étendant notre système de RDV, jusque-là proposé dans nos Maisons du don, à toutes les collectes pour gérer les flux et respecter les mesures de distanciation. Mais courant avril la mobilisation s'est essouffée et l'on a vu baisser la courbe de façon alarmante. Un appel au don avec un message « urgent » a été lancé début juin. »

Juillet à Octobre



L'été est une période délicate : les dons diminuent avec les départs en vacances, malgré le besoin constant des malades. Nous avons donc vu la courbe baisser, nous obligeant à solliciter une nouvelle fois les citoyens à travers un appel au don lancé au début et à la fin du mois d'août.

Malgré les nombreux relais médiatiques, nous avons fait face à une situation inédite à la rentrée : les collectes n'atteignent pas leurs objectifs, nos stocks ne remontent pas. Pour la première fois depuis 10 ans, notre région n'a pas pu honorer son envoi hebdomadaire de produits sanguins à la région Île-de-France. Heureusement, les français ont à nouveau répondu présents : les stocks sont à présent plus confortables et nous permettent de répondre aux besoins des établissements de santé. »

Où en est-on des réserves en produits sanguins en ce début 2021 ?

La période est difficile : les stocks baissent et nous avons des craintes pour les semaines à venir sans un regain de mobilisation. Nous avons toujours des difficultés sur l'organisation de collectes en entreprise en raison du télétravail tout comme en milieu étudiant ; quand elles sont maintenues la fréquentation est diminuée par rapport à nos standards habituels. (Baisse de 64% des dons sur les collectes étudiantes) Enfin, si durant la première moitié de l'année 2020 l'activité hospitalière a été freinée par la pandémie, réduisant la demande de sang, cette dernière a repris depuis la rentrée de septembre. La consommation de produits sanguins est donc repartie à la hausse sans que notre niveau de prélèvement ne soit comparable à celui d'avant la crise sanitaire, où nous collections beaucoup dans les lycées, campus et entreprises. A l'heure où la santé est au cœur des préoccupations, donner son sang est une simple et belle manière de participer à sauver des vies.

NOUVEAU : téléchargez *Don de sang*, l'appli qui sauve des vies et facilite la vôtre !

Trouvez une collecte près de chez vous,

Testez votre éligibilité au don,

Gérez votre profil, vos préférences d'invitation et vos lieux de dons,