PHARMACIE
Santé
Université Paris Cité

UNIVERSITE PARIS CITE
FACULTE DE PHARMACIE

MEMOIRE
Arrêté du 4 octobre 2019
Présenté dans le cadre du D.E.S Pharmacie Hospitalière

A L'UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
« FACULTE DE PHARMACIE » de L'UNIVERSITE PARIS CITE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées

PHARMACIE HOSPITALIERE
Option Pharmacie Hospitalière Générale

RIOBLANC François-Valère

Né le 3 avril 1997 à Compiègne

Prise en charge des forceps de Tarnier en stérilisation : restons en ALARMe

Soutenu le : 6 octobre 2023

Contexte

Ce mémoire s'inscrit dans la continuité de ma thèse d'exercice intitulée « Traçabilité individuelle à l'instrument : évolution des marquages laser et micropercussion au fil des cycles de stérilisation ». Les forceps de Tarnier ont occupé une place importante lors de mon année en qualité d'interne en Pharmacie à la stérilisation du CHU Bichat – Claude Bernard (75018, Paris). Différentes mesures ont été mises en place afin de garantir une prise en charge sécurisée des forceps de Tarnier en stérilisation. Le fruit de ce travail est présenté ci-après au format article, avec pour objectif d'être publié dans la revue « Stérilisation magazine » et proposer des idées à nos confrères pour renforcer la prise en charge ce dispositif médical réutilisable.

Table des matières

Liste des figures 7
Liste des tableaux 7
Liste des annexes 7
Liste des abréviations 4

1. Introduction 1
2. Matériel & méthode 2
   2.1 Retour d'expérience 2
   2.2 Logiciel de traçabilité 2
   2.3 Machines de marquage 2
   2.4 Questionnaire d'auto-évaluation des pratiques 3
3. Résultats & discussion 4
   3.1 Causes immédiates 4
   3.2 Causes profondes 5
   3.3 Mesures correctrices 5
   3.3. Auto-évaluation des pratiques 9
   3.4. Efficacité des mesures correctrices 10
4. Conclusion 10

Références bibliographiques 13
Résumé 2

Liste des figures

Figure 1 - Anatomie d'un forceps de Tarnier 4
Figure 2 - Chronologie par étape des causes immédiates et causes profondes à l'origine de l'évènement indésirable grave. 6
Figure 3 - Mode opératoire numérique sous forme de check-list dans le logiciel de traçabilité. 7
Figure 4 - Marquages par micropercussion apposés sur le système de traction du forceps de Tarnier N°2..... 8

Liste des tableaux

Tableau I - Questionnaire d'auto-évaluation des pratiques. 3
Tableau II - Réponses obtenues au questionnaire diffusé au personnel de la stérilisation..... 12

Liste des annexes

Annexe 1 - Communication orale au congrès francophone de pharmacie hospitalière HOPIPHARM - 23-25 Juin 2021 ; Lyon (France)..... 14

Liste des abréviations

AEQ : Agent d'entretien qualifié

ALARM : Association of Litigation And Risk Management

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

AS : Aide-soignant

ASH : Agent de stérilisation hospitalier

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CREX : Comité de retour d'expérience

DMR : Dispositif médical réutilisable

EI : Évènement indésirable

EIG : Évènement indésirable grave

FdT : Forceps de Tarnier

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

PPH : Préparateur en pharmacie hospitalière

REX : Retour d'expérience

1. Introduction

En 2016 en France, 67,4% des accouchements ont lieu par voie basse spontanée, 20,4% par césarienne et 12,2% par voie basse avec extraction instrumentale [1]. L'utilisation d'instruments est décidée par l'obstétricien dans des situations relativement urgentes, par exemple pour accélérer la naissance du fœtus présentant des signes de mauvaise tolérance ou lorsqu'il devient nécessaire d'assister la mère qui s'épuise. L'indication de l'extraction instrumentale orientera sur le type d'instrument à utiliser. L'instrument le plus utilisé est la ventouse qui intervient dans 49,8% des accouchements avec extraction instrumentale puis viennent les forceps (27,6%) et les spatules (22,6%). Parmi les forceps, différents modèles sont disponibles : forceps de Tarnier, de Suzor, de Pajot, de Levret, de Kielland, etc [2]. Le choix du modèle de forceps utilisé dépendra principalement du praticien et de ses préférences. Le forceps de Tarnier est aujourd'hui le forceps le plus utilisé en France.

Instrument plus que centenaire, le forceps de Tarnier a été conçu en 1877 par l'obstétricien Français Stéphane Tarnier [3]. Cet instrument a été pensé de manière à pouvoir extraire le fœtus tout en respectant l'axe de l'excavation pelvienne de la mère. Le forceps de Tarnier peut se décomposer en deux grandes parties : le système de cuillères, qui permet de saisir la tête fœtale, et le système de tracteur, muni d'un palonnier à partir duquel les mouvements de traction sont réalisés. Les forceps de Tarnier font partie des dispositifs médicaux réutilisables (DMR) qui sont montés au sein de notre unité de stérilisation avant d'être stérilisés à l'autoclave puis d'être renvoyés en salle de naissance, là où ils seront utilisés. Après utilisation, les 5 pièces constituant le système de cuillère et les 4 pièces formant le système de tracteur doivent être désassemblées en vue de réaliser une pré-désinfection. À la suite de la pré-désinfection, les pièces sont envoyées en stérilisation et un nouveau cycle a lieu.

En novembre 2020, un évènement indésirable grave survient en salle de naissance : l'obstétricienne de garde se retrouve en difficulté sur deux Forceps de Tarnier mal assemblés et avec des pièces manquantes face à un fœtus présentant une anomalie du rythme cardiaque. Le retard d'extraction a été estimé à 7 minutes et la naissance a été marquée par une acidose (pH ≈ 6.91) qui sera résolutive. Une déclaration d'évènement indésirable grave a été rédigée par le médecin ayant procédé à l'extraction du fœtus. Cette déclaration a déclenché la réalisation d'un retour d'expérience (REX) pluridisciplinaire. L'objectif de ce travail est de partager les

résultats de ce REX et d'évaluer l'efficacité des mesures correctrices 3 ans après leur mise en place.

2. Matériel & méthode

2.1 Retour d'expérience

Un comité de retour d'expérience (CREX) pluridisciplinaire a été organisé par la direction qualité et gestion des risques. Le protocole élaboré s'inspire de la grille Association of Litigation And Risk Management (ALARM) recommandée par l'HAS pour étudier les évènements indésirables associés aux soins [4]. Le CREX a réuni le personnel de la stérilisation et de la salle de naissance à plusieurs reprises dans l'objectif de recueillir les informations sur les évènements selon leur chronologie et de les analyser factuellement pour déterminer les causes immédiates et profondes ainsi que les mesures correctives, immédiates et à long terme, à mettre en place. L'accent a été porté sur l'absence de recherche de responsabilité individuelle ou de mise en cause des compétences des professionnels ainsi que sur l'importance de la discussion en équipe pour dégager des axes d'amélioration.

2.2 Logiciel de traçabilité

Le logiciel Optim® correspond au logiciel assurant la traçabilité de la prise en charge des dispositifs médicaux réutilisables au sein de notre unité de stérilisation. Les données concernant la traçabilité des Forceps de Tarnier pris en charge en stérilisation en 2020 ont été extraites du logiciel Optim® en fixant une fourchette de dates allant du 01 janvier 2020 au 31 décembre 2020.

2.3 Machines de marquage

Le marquage au laser a été réalisé dans l'unité de stérilisation du CHU Kremlin-Bicêtre AP-HP (Le Kremlin-Bicêtre, France) par la personne responsable du marquage des instruments de l'hôpital. La machine LaserTop® (Technifor, France) est pilotée par le logiciel de contrôle Technifor® T700W paramétré sur le mode habituellement utilisé par cette unité de stérilisation pour marquer ses DMR (mode « acier », vitesse de marquage : 250 mm/s, fréquence : 50 000 Hz, puissance : 80%). Le marquage par micropercussion a été réalisé au sein de notre unité de

stérilisation. La machine à micropercussion Metaza MPX-90M® (Roland, France) est pilotée par le logiciel Metaza Studio® paramétré sur le mode « acier », sans que plus d'informations concernant les paramètres du marquage ne soient disponibles.

2.4 Questionnaire d'auto-évaluation des pratiques

Un questionnaire anonymisé à destination de l'ensemble du personnel de la stérilisation a été élaboré pour évaluer les pratiques lors du montage des forceps de Tarnier. Celui-ci a été organisé en 9 questions (tableau I).

Tableau I - Questionnaire d'auto-évaluation des pratiques.

Question	Réponse à entourer
Quel est votre fonction ?	ASH ; AS ; Cadre ; IDE ; Interne en Pharmacie ; PPH ; Pharmacien ; Autre.
Depuis quand travaillez-vous ici ?	< 1 an ; 1 à 3 ans ; > 3 ans ; > 10 ans
Quand avez-vous monté un forceps de Tarnier pour la dernière fois ?	< 1 mois ; 1 à 6 mois ; > 6 mois Je n'en ai jamais remonté
Utilisez-vous les gravures qui ont été réalisées sur les forceps de Tarnier ?	Oui systématiquement ; Oui si besoin quand j'ai un doute ; Non ; Je ne les ai jamais vues
Utilisez-vous les instructions Optim® ?	Oui systématiquement ; Oui si besoin quand j'ai un doute ; Non ; Je ne les ai jamais vues
Regardez-vous le tutoriel vidéo ?	Oui systématiquement ; Oui si besoin quand j'ai un doute ; Non ; Je ne l'ai jamais vu
Réalisez-vous un double contrôle lorsque vous avez terminé le montage ?	Oui systématiquement ; Oui si besoin quand j'ai un doute ; Non
Sur une échelle de 0 à 10, êtres vous à l'aise devant un forceps de Tarnier ?	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la difficulté du montage d'un forceps de Tarnier par rapport à tous les autres DMR ?	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

AS : aide-soignant ; ASH : agent de stérilisation hospitalier ; IDE : infirmier diplômé d'état ; PPH : préparateur en pharmacie hospitalière ; DMR : dispositifs médicaux réutilisables.

3. Résultats & discussion

3.1 Causes immédiates

Les causes immédiates correspondent aux causes directement à l'origine de l'évènement indésirable. Les deux Forceps de Tarnier à l'origine du retard d'extraction avaient été montés le même jour, à la même heure par la même personne. Plus d'un mois sépare le moment où les forceps ont été assemblés (octobre) et le moment où ils ont été utilisés (novembre). L'entretien avec la personne ayant remonté ces forceps a été peu contributif puisque celle-ci, sous le choc, ne se souvient pas de ce qu'il s'est passé lors de l'assemblage des forceps. Le recueil des faits lors de ce REX a permis d'identifier 3 causes immédiates. La première, dans la chronologie des faits, correspond à la non-vérification de la complétude des forceps de Tarnier au départ de la salle de naissance. La seconde cause immédiate est assez similaire à la première et correspond cette fois à la non-vérification du kit à l'arrivée en stérilisation. En effet, le personnel de la salle de naissance est chargé de vérifier la présence des 9 pièces du forceps de Tarnier après la pré-désinfection. De même à l'arrivée en stérilisation, où une seconde vérification doit être réalisée avant mise en laveur-désinfecteur d'instruments. Ces vérifications sont essentielles puisque si l'une des pièces est manquante, le forceps de Tarnier devient inutilisable. La troisième cause immédiate identifiée est le non-respect du double contrôle du montage du forceps de Tarnier par la personne ayant remonté le forceps de Tarnier. Le double contrôle du montage avant conditionnement avait été instauré en 2016 suite un évènement indésirable impliquants des forceps de Tarnier défectueux [5].

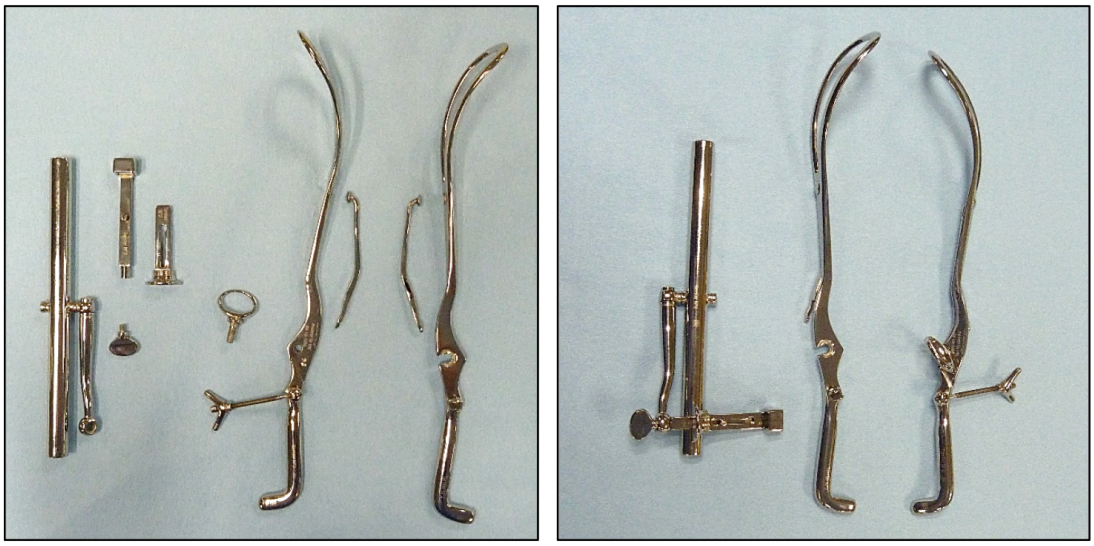


Figure 1 - Anatomie d'un forceps de Tarnier

3.2 Causes profondes

Les causes profondes correspondent à des défauts pouvant être organisationnels ou techniques et ayant favorisé l'évènement indésirable. Elles sont généralement en rapport avec les causes immédiates. L'analyse plus approfondie du recueil des faits a permis d'identifier 3 causes profondes. La première correspond à la difficulté à s'assurer que les pièces appartiennent toutes au même forceps de Tarnier. En effet, bien que certains fabricants gravent un même numéro sur les pièces d'un même forceps, ce n'est pas le cas pour tous les fabricants. Ainsi, lorsque plusieurs forceps de Tarnier arrivent en même temps, les pièces sont susceptibles d'être mélangées. Or, le fait d'échanger les pièces d'un forceps avec un autre peut rendre ces forceps inutilisables. Une fois stérilisé, il n'est pas possible de vérifier le montage d'un forceps de Tarnier sans rompre le double emballage garantissant la stérilité du produit. La seconde cause profonde identifiée est l'inaccessibilité du tutoriel vidéo « Montage d'un forceps de Tarnier » qui avait été réalisé en 2016 en collaboration avec la salle de naissance à la suite du précédent EI impliquant des forceps de Tarnier mal montés [5]. En effet, la zone de conditionnement où sont montés puis conditionnés les instruments est dotée de tablettes tactiles sans souris ni clavier et sur lesquelles le logiciel de traçabilité est en mode plein écran. Ainsi, en routine, le seul moyen pour accéder à ce tutoriel, si l'on se souvient du chemin informatique pour y accéder, était de sortir de la zone de conditionnement et d'accéder à un ordinateur en zone de lavage ou dans le bureau du cadre de la stérilisation. Indépendamment de cette observation, des travaux réalisés en 2022 ont permis d'introduire le bureau des responsables de production dans la zone de conditionnement, rendant ainsi le tutoriel vidéo plus facilement accessible. La dernière cause profonde correspond au fait que le montage des forceps de Tarnier est une tâche irrégulière dans le temps. Sur l'année 2020, 18 agents de stérilisation ont pris en charge à 82 reprises les forceps de Tarnier, ce qui correspond environ à un forceps remonté par agent tous les 3 mois. L'agent ayant monté les forceps de Tarnier défectueux n'en avait remonté que deux depuis le début de l'année.

3.3 Mesures correctrices

3.3.1. Actions immédiates

Immédiatement à la prise de connaissance de l'évènement indésirable associé aux soins, une réunion d'information avec l'ensemble du personnel de la stérilisation a été réalisée. Un rappel

sur les bonnes pratiques a été réalisé et le tutoriel vidéo réalisé en 2016 a été rediffusé. Le même jour, lors de la réception des forceps de Tarnier à l'origine de l'EIG, un atelier sur le montage des Forceps de Tarnier a été réalisé. Un mode opératoire spécifique au montage des forceps de Tarnier a été rédigé et rendu accessible directement sur les tablettes informatiques. Quelques heures avant la survenue de l'évènement indésirable, il a été décidé de mettre en place une fiche de liaison entre la salle de naissance et la stérilisation. Cette fiche a pour objectif d'identifier et de dénombrer les DMR envoyés en stérilisation et de tracer les envois. Cet élément a donc très rapidement trouvé un rôle supplémentaire : tracer la complétude des forceps de Tarnier lors de l'envoi par la salle de naissance et à la réception en stérilisation.

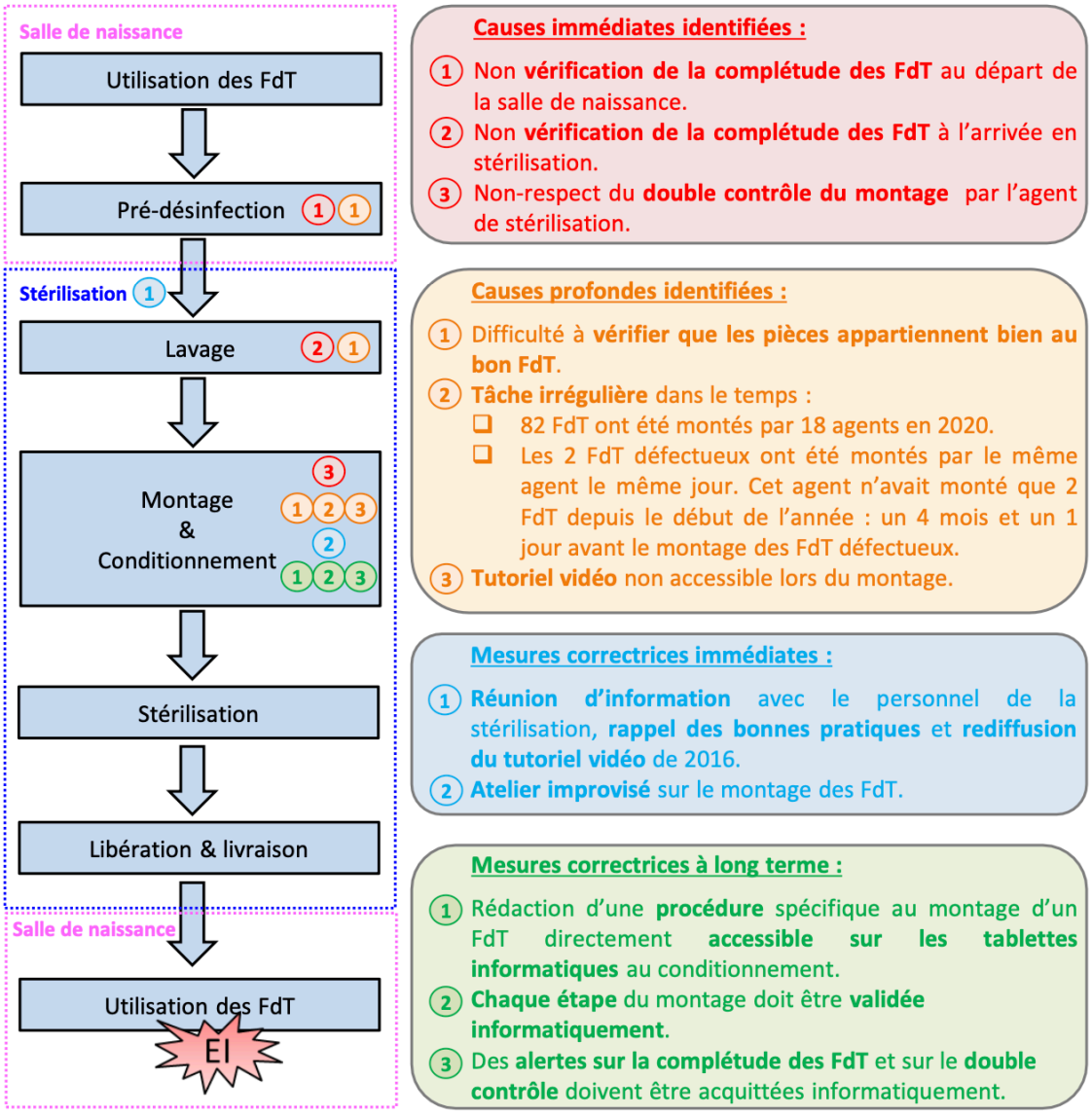


Figure 2 - Chronologie par étape des causes immédiates et causes profondes à l'origine de l'évènement indésirable grave.

FdT : forceps de Tarnier ; EI : évènement indésirable.

3.3.2. Mode opératoire papier et numérique

Du fait de l'inaccessibilité du précédent tutoriel vidéo, un mode opératoire illustré étape par étape au format papier a été rédigé dans les heures qui ont suivi l'annonce de EIG. Celui-ci a été mis à disposition dans la zone de reconditionnement dans les heures qui ont suivi l'annonce de l'évènement. De crainte que ce mode opératoire au format papier ne s'égare et afin de sécuriser au maximum le processus, l'utilisation du logiciel de traçabilité en zone de conditionnement a été détournée spécifiquement pour les forceps de Tarnier. En temps normal, le logiciel de traçabilité présente une liste des DMR qui doivent être présents dans une composition donnée pour que celle-ci soit complète. La présence d'un DMR est validée lorsque l'utilisateur actionne le bouton à côté de l'intitulé du DMR. Afin de rendre facilement et systématiquement accessible le mode opératoire pour le montage des forceps de Tarnier, nous avons remplacé la liste des DMR par une liste d'étapes successives à réaliser pour obtenir un forceps de Tarnier conforme. Ces étapes sont identiques à celles de la procédure au format papier. Pour se faire, il a été nécessaire de créer des DMR fictifs dans la base de données et de les nommer avec les noms des étapes à réaliser. Ainsi, plutôt que de valider la présence d'un instrument, il faut obligatoirement valider informatiquement une check-list comprenant la vérification de la complétude du Forceps de Tarnier, les étapes du montage et la réalisation d'un double contrôle. Toutes ces étapes sont illustrées par des photographies accessibles en cliquant sur l'intitulé de l'étape. Le logiciel de traçabilité n'acceptant que les images, le tutoriel vidéo créé en 2016 n'a pas pu y être inséré.

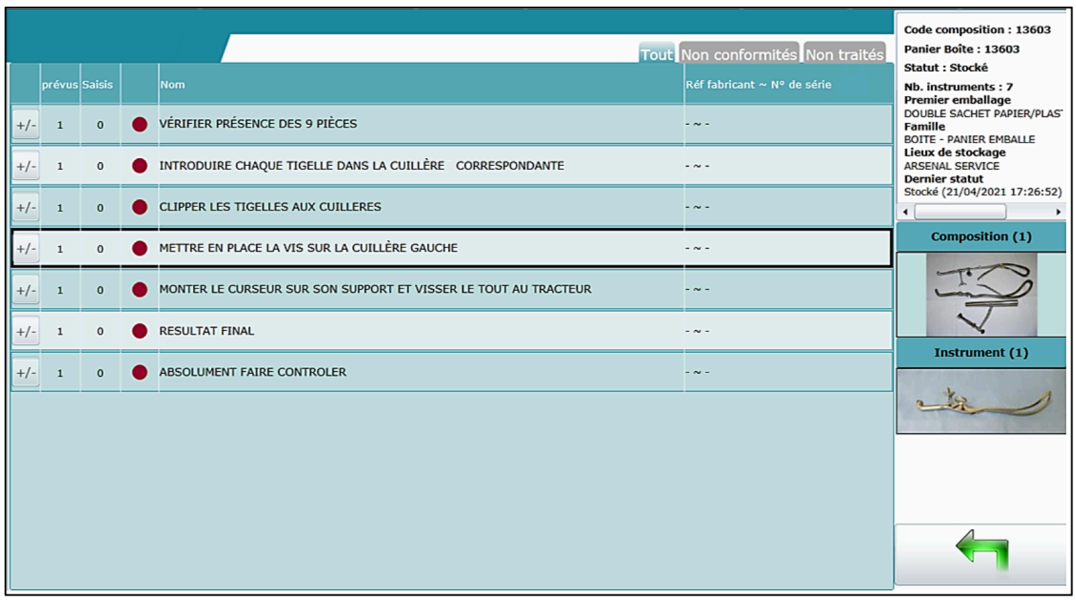


Figure 3 - Mode opératoire numérique sous forme de check-list dans le logiciel de traçabilité.

3.3.3. Marquage des forceps de Tarnier

Afin de répondre aux autres causes identifiées et en accord avec la cadre de la salle de naissance, les 7 forceps de Tarnier ont été gravés en avril 2021. Le premier essai a été réalisé sur le forceps de Tarnier N°3 qui a été marqué au laser dans la stérilisation du CHU Kremlin-Bicêtre (AP-HP). Quelques jours plus tard dans notre unité de stérilisation, une machine à micropercussion a été reçue en prêt pour réaliser des essais avant une potentielle acquisition. Celle-ci a donc été utilisée pour graver les forceps de Tarnier N°1, 2, 4, 5, 6 et 7. L'évolution des marquages réalisés au laser et à la micropercussion au fil des cycles de stérilisation a été évaluée dans un travail précédent [6].

Le nom et le numéro du forceps apparaissent sur les 9 pièces qui constituent le forceps de Tarnier. Le sens des cuillères et des tigelles a été indiqué à l'aide d'un « G » pour les pièces de gauche et d'un « D » pour les pièces de droite. Une inscription « insérer la vis de ce côté » sur la cuillère gauche sécurise l'insertion de la vis de pivot sur la bonne cuillère et du bon côté. Un QR-code a été gravé sur le palonnier et sur les cuillères dans l'objectif d'inclure les forceps de Tarnier dans le projet de traçabilité individuelle à l'instrument [7].

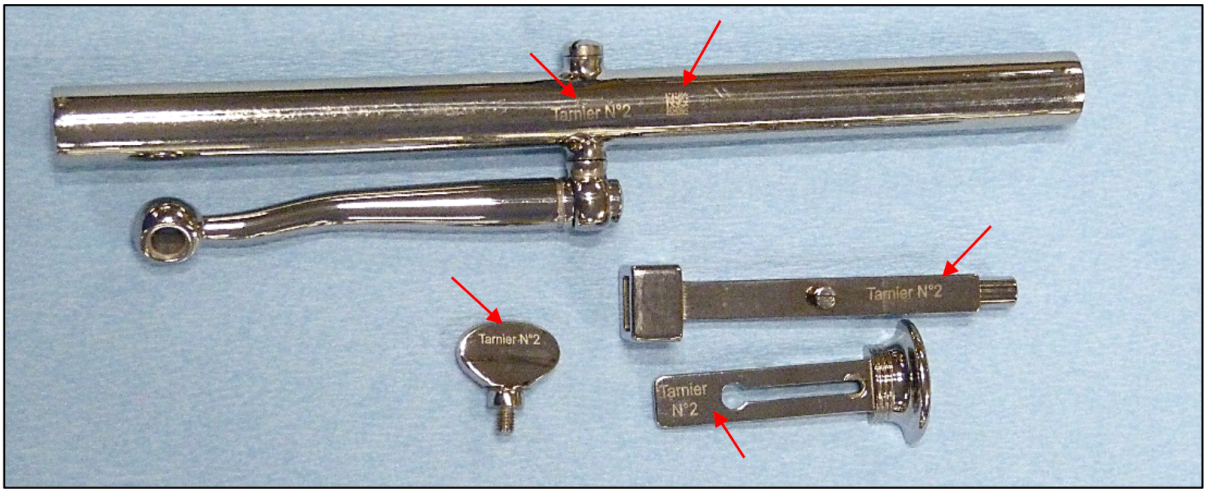


Figure 4 - Marquages par micropercussion apposés sur le système de traction du forceps de Tarnier N°2.

3.3. Auto-évaluation des pratiques

Le questionnaire a été complété par 15 des 28 personnes qui composent l'unité de stérilisation (tableau II). Deux personnes déclarent n'avoir jamais monté de forceps de Tarnier. Celles-ci sont arrivées dans l'unité il y a moins de 1 an mais indiquent tout de même connaitre les barrières mises en place pour le montage des forceps de Tarnier. En effet, depuis l'EIG, la formation du nouveau personnel comporte un point dédié aux forceps de Tarnier. Dans l'ensemble, le personnel semble être plutôt en confiance lors du montage d'un forceps de Tarnier avec une moyenne de 6,5 sur une échelle allant de 0 à 10, la note de 10 correspondant à « très à l'aise ». Ce ressenti est hétérogène, avec 3 personnes se sentant très à l'aise (notes à 10/10) et 3 autres personnes ne se sentant pas à l'aise face à cet instrument (notes < 3/10). Sur une échelle allant de 0 à 10, 10 correspondant à « l'instrument le plus dur par rapport à tous les instruments », la moyenne des notes concernant la difficulté du montage des forceps de Tarnier est située à 7,5. Ceci démontre que le montage des forceps de Tarnier est une tâche complexe.

Tous les répondants ont déclaré utiliser de façon systématique les gravures apposées sur les forceps de Tarnier pour les remonter. Le gravage de cet instrument semble donc bénéficier d'une balance bénéfice-risque très favorable. Le bénéfice correspond à une utilisation systématique de la barrière mise en place et donc, théoriquement, à une diminution du risque d'erreur lors du montage des forceps. Le risque est lié à la modification apportée à la surface du dispositif médical qui modifie le marquage CE si la modification n'est pas prévue par le fabricant et au risque de formation de corrosion au niveau des gravures, notamment pour les marquages réalisés au laser.

La quasi-totalité (92%) du personnel réalise un double-contrôle après montage des forceps de Tarnier, avant de les emballer dans le conditionnement final. Bien que la personne ayant répondu « Si besoin » a estimé être plutôt confiante vis-à-vis des forceps de Tarnier (note de confiance à 7/10) et a évalué la difficulté de la prise en charge de cet instrument comme étant plutôt proche de la moyenne (note de difficulté à 6/10), le double contrôle est une barrière qui a été rendue obligatoire et qui devrait être respectée à tout moment car celui-ci permet de détecter et de corriger les erreurs de montage.

Le mode opératoire informatisé est utilisé systématiquement par un peu plus de la moitié du personnel (58%). Seulement une personne n'utilise jamais les instructions apparaissant sur le logiciel de traçabilité. L'utilisation « si besoin » de cette aide peut s'expliquer par la suffisance du gravage des forceps de Tarnier ou du double contrôle pour monter l'instrument. Une utilisation non systématique de cette aide peut aussi être liée à un défaut de clarté des instructions : les intitulés sont minimes et un flou apparait lorsque l'on agrandit certaines photographies. Cette barrière qui nous semblait initialement innovante et incontournable, se trouve finalement avoir un impact modéré.

Le tutoriel vidéo est quant à lui peu visionné. Tandis que 58% des répondants déclarent regarder le tutoriel vidéo si besoin, personne ne le regarde systématiquement. La seconde partie des répondants (42%) répond même ne jamais le regarder. Ces chiffres peuvent être expliqués par l'une des causes profondes déjà identifiée : la difficulté à accéder informatiquement au tutoriel. A l'instar du mode opératoire informatisé, le gravage des forceps de Tarnier ou le double contrôle sont certainement utilisés préférentiellement par rapport au tutoriel vidéo.

3.4. Efficacité des mesures correctrices

Entre le 24 novembre 2020, début de l'application des mesures correctrices, et le 13 septembre 2023, 198 forceps de Tarnier ont été pris en charge par la stérilisation, et aucun incident n'a été constaté par la cadre de santé de la salle de naissance et le médecin obstétricien à l'origine de la déclaration des EIG. Entre janvier et septembre 2023, seulement 20 forceps de Tarnier ont été pris en charge en stérilisation par 8 agents. Cette diminution drastique a été attribuée au départ des médecins de la salle de naissance qui avaient une préférence pour les forceps de Tarnier et à un changement des pratiques induit par la nouvelle équipe de gynécologues-obstétriciens.

4. Conclusion

Le REX pluridisciplinaire mis en place à la suite de l'EIG survenu en salle de naissance a permis d'identifier des causes immédiates et profondes grâce à la méthode ALARM. Des mesures correctrices multidimensionnelles ont été réfléchies puis instaurées pour éviter un nouvel EI

associé aux forceps de Tarnier : mode opératoire numérique, instructions apposées directement sur l'instrument, renforcement de la traçabilité des forceps et sensibilisation du personnel. L'autoévaluation a mis en évidence l'intérêt majeur des instructions gravées sur les instruments et le respect du double-contrôle obligatoire. Le mode opératoire numérique et le tutoriel vidéo sont eux moins utilisés mais restent disponibles lors du montage. Depuis la réalisation du REX et l'apparition des nouvelles mesures correctrices, soit 3 ans, aucun incident n'a été constaté par le personnel de la salle de naissance lors de l'utilisation des forceps de Tarnier. En dépit de ces observations positives : il est impératif de rester en ALARMe lors de la prise en charge des forceps de Tarnier.

Tableau II - Réponses obtenues au questionnaire diffusé au personnel de la stérilisation.

Fonction	Ancienneté	Dernier montage	Utilisation des gravures sur les FdT	Utilisation des instructions Optim®	Utilisation du tutoriel vidéo	Réalisation du double contrôle	Confiance face au FdT (/10)	Difficulté du montage (/10)
AS	1 à 3 ans	1 à 6 mois	Systématique	Systématique	Jamais	Systématique	2	8
AS	1 à 3 ans	1 à 6 mois	Systématique	Systématique	Je ne l'ai jamais vu	Systématique	3	10
AS	1 à 3 ans	1 à 6 mois	Systématique	Jamais	Si besoin	Systématique	7	7
PPH	> 3 ans	< 1 mois	Systématique	Si besoin	Jamais	Systématique	10	9
ASH	< 1 an	1 à 6 mois	Systématique	Systématique	Si besoin	Systématique	7	6
ASH	> 10 ans	1 à 6 mois	Systématique	Si besoin	Si besoin	Systématique	8	8
ASH	> 3 ans	> 6 mois	Systématique	Systématique	Jamais	Systématique	1	10
AS	> 10 ans	> 6 mois	Systématique	Systématique	Jamais	Systématique	10	10
AEQ	> 3 ans	< 1 mois	Systématique	Systématique	Si besoin	Systématique	10	0
PPH	< 1 an	1 à 6 mois	Systématique	Systématique	Si besoin	Systématique	5	4
ASH	1 à 3 ans	< 1 mois	Systématique	Si besoin	Si besoin	Systématique	8	9
ASH	1 à 3 ans	1 à 6 mois	Systématique	Si besoin	Si besoin	Si besoin	7	6
AS	< 1 an	Jamais	-					
Interne	< 1 an	Jamais			-			
Pharmacien	> 3 ans	> 6 mois	Systématique	Systématique	Si besoin	Systématique	7	10

AEQ : agent d'entretien qualifié ; AS : aide-soignant ; ASH : agent de stérilisation hospitalier ; PPH : préparateur en pharmacie hospitalière.

Références bibliographiques

[1] Institut national de la santé et de la recherche médicale ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale périnatale rapport 2016. Les naissances et les établissements - situation et évolution depuis 2010 [en ligne] - Octobre 2017 [consulté le 05 septembre 2023].
Disponible : https://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

[2] Feraud O. Forceps : description, mécanique, indications et contre-indications. La Revue Sage-Femme. 2009 ; 8(2) : p108-116.

[3] Conservatoire du Patrimoine Hospitalier de Rennes (CPHR) [en ligne]. Rennes (France) ; CPHR ; 2017 [consulté le 05 septembre 2023].
Disponible : https://www.cphr.fr/conservatoire/collections/patrimoine-medical/specialites-chirurgicales/gynecologie-obstetrique/forceps-de-tarnier/

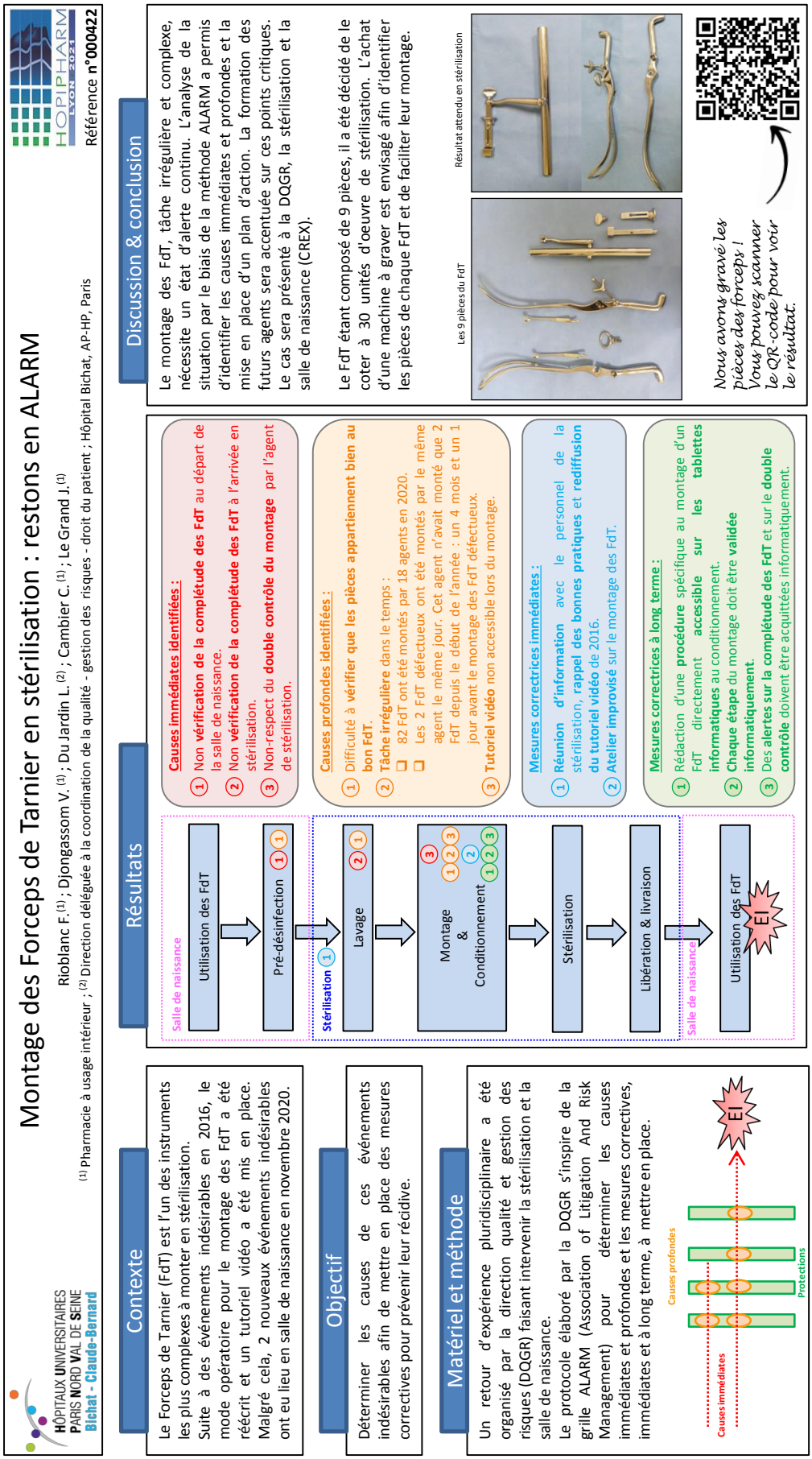
[4] Haute Autorité de Santé. L'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) [en ligne]. 2022 [consulté le 05 septembre 2023].
Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf

[5] Garnier A, Vengadessane S, Cambier C, Arnaud P. Tutoriel vidéo : Un puissant outil pédagogique de formation à l'assemblage des forceps Tarnier. 1er Congrès de la SF2S – Antibes (2017).

[6] Rioblanc F., Cambier C., Le Grand J. Traçabilité individuelle à l'instrument : évolution des marquages laser et micropercussion au fil des cycles de stérilisation. Annales Pharmaceutiques Françaises, 2023 ; 81(5) : p909-917.

[7] Société Français des sciences de la stérilisation. Bonnes pratiques de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables [en ligne] ; 2021. [consulté le 05 septembre 2023].
Disponible : https://bonnespratiques.sf2s-sterilisation.fr/wp-content/uploads/2021/11/Guide-bonnes-pratiques-07-2021-VD.pdf

Annexe 1 - Communication orale au congrès francophone de pharmacie hospitalière HOPIPHARM - 23-25 Juin 2021 ; Lyon (France).



Résumé

Introduction : Le forceps de Tarnier (FdT) est un instrument constitué de 9 pièces complexes à assembler. À la suite d'événements indésirables (EI) en 2016, le mode opératoire pour le montage des FdT a été réécrit et un tutoriel vidéo a été mis en place. Malgré cela, 2 nouveaux EI ont eu lieu en salle de naissance (SdN) en novembre 2020.

Matériel & méthode : Un retour d'expérience pluridisciplinaire a été organisé par la direction qualité et gestion des risques (DQGR) faisant intervenir la Sté et la SdN. Le protocole élaboré par la DQGR s'inspire de la grille ALARM (Association of Litigation And Risk Management) pour déterminer les causes immédiates et profondes et les mesures correctives, immédiates et à long terme, à mettre en place. L'évaluation des pratiques a été réalisée 3 ans après la mise en place des premières mesures correctives à l'aide d'un questionnaire anonymisé.

Résultats : Les causes immédiates identifiées sont la non vérification de la complétude des FdT au départ de la SdN et à l'arrivée en Sté ainsi que le non-respect du double contrôle du montage par les agents de Sté. Les causes profondes identifiées sont l'irrégularité de la tâche dans le temps et la difficulté à vérifier que les pièces appartiennent bien au bon FdT. Les actions immédiates ont consisté en une réunion d'information avec le personnel de la Sté et au rappel des bonnes pratiques. Une procédure spécifique au montage d'un FdT a été rédigée et rendue accessible directement sur les tablettes informatiques. Les forceps de Tarnier ont été gravés pour aider l'opérateur lors du montage de l'instrument. L'auto-évaluation des pratiques a montré que les gravures et le double-contrôle visuel sont des barrières systématiquement utilisées par le personnel pour le montage des forceps de Tarnier. Depuis la mise en place des mesures correctives, 198 FdT ont été remontés et aucun nouvel évènement indésirable n'a eu lieu.

Conclusion : L'analyse de la situation par le biais de la méthode ALARM a permis d'identifier les causes immédiates et profondes et la mise en place d'un plan d'action multidimensionnel. Les mesures mises en place semblent efficaces mais il reste nécessaire de rester attentif lors du montage des forceps de Tarnier.