

# MeaH

Mission  
nationale  
d'expertise  
et d'audit  
hospitaliers

Département chantiers pilotes

## Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques

*Rapport final - septembre 2006 -*

Hervé LABORIE  
Sébastien WOYNAR

Chargés de projet MeaH

## Plan du rapport

RAPPEL SUR LE PHASAGE DE LA MISSION MEAH .....	3
LES ACTEURS .....	3
LE CONTEXTE ET LES OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	4
LES ACQUIS DES PHASES 1 ET 2 .....	4
HETEROGENEITE DES CIRCUITS DU MEDICAMENT .....	5
LIMITES .....	6
<b>1. LES ACTIONS D'AMELIORATION DE LA SUPPLY CHAIN .....</b>	<b>7</b>
1.1 LES DOTATIONS DES ARMOIRES DE SERVICE .....	7
1.1-1 <i>L'expérience du site H5</i> .....	8
1.1-2 <i>L'expérience du site H3</i> .....	10
1.1-3 <i>L'expérience du site H4</i> .....	10
1.2 LES ARMOIRES FONCTIONNANT AVEC LE SYSTEME PLEIN/VIDE .....	11
1.2-1 <i>Présentation et objectifs</i> .....	11
1.2-2 <i>Le principe des armoires plein/vide</i> .....	12
1.2-3 <i>L'expérience du site H8</i> .....	13
1.2-4 <i>L'expérience du site H6</i> .....	15
1.2-5 <i>L'expérience du site H1</i> .....	15
1.2-6 <i>Commentaires</i> .....	15
1.3 LA MODELISATION DES ARMOIRES TYPES SUR LE SITE H2 .....	16
<b>2. LES ACTIONS DE SECURISATION DIRECTE DU CIRCUIT DU MEDICAMENT .....</b>	<b>18</b>
2.1 LES DEMARCHES GLOBALES DE SECURISATION .....	18
2.1-1 <i>L'expérience du site H9</i> .....	18
2.1-2 <i>L'expérience du site H4</i> .....	19
2.1-3 <i>L'expérience du site H2</i> .....	19
2.1-4 <i>L'expérience du site H1</i> .....	20
2.2 LES DEMARCHES CIBLEES DE SECURISATION .....	20
2.2-1 <i>La sécurisation de la prescription sur le site H5</i> .....	20
2.2-2 <i>La suppression des retranscriptions (H8 et H1)</i> .....	22
2.2-3 <i>La dispensation nominative versus dispensation globale (H9)</i> .....	22
2.2-4 <i>Traitement de ville versus traitement prescrit pendant le séjour</i> .....	23
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>25</b>
ANNEXES .....	26-38
Annexe 1 : grille d'audit des armoires de pharmacie	
Annexe 2 : supports mixtes prescription/administration	

\* \* \* \* \*

Les phases **1** et **2** du chantier pilote « circuit du médicament dans les hôpitaux et les cliniques » ont donné lieu à un rapport qui peut être consulté et téléchargé sur le site de la MeaH : [www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr). Ce nouveau rapport, correspondant aux phases **3** et **4** du même chantier, complète le précédent. Il relate les actions conduites par les établissements participants avec l'appui des consultants et de la MeaH. La visée de ces actions était double : améliorer la chaîne logistique et sécuriser le circuit du médicament.

## Rappel sur le phasage de la mission MeaH

La chronologie classique en 4 phases s'est déroulée comme suit :

Phase 1 : avril à octobre 2004 : description monographique par les consultants du circuit du médicament, validée par chacun des établissements participants,

Phase 2 : novembre 2004 à mai 2005 : recherche et validation d'indicateurs d'activité des pharmacies hospitalières. La MeaH retient la proposition du Professeur Gilles AULAGNER, PU-PH Chef de service aux Hospices Civils de Lyon : utiliser comme unité d'œuvre de production le point Ph<sup>®</sup>, mis au point par les pharmaciens de la région Rhône-Alpes, sous l'égide de l'ARH.

Cet outil a servi au calcul de productivité de chacune des huit fonctions identifiées ou de leurs agrégats. La phase 2 se caractérise également par l'analyse et l'évaluation des organisations étudiées et le choix des axes d'amélioration par les établissements,

Phase 3 : janvier à septembre 2005 : mise en œuvre des plans d'action projetés à la phase précédente, accompagnement des participants,

Phase 4 : octobre 2005 à avril 2006 : évaluation des effets des changements et recherche de l'efficience.

## Les acteurs

### Les établissements

Le groupe des 8 établissements retenus parmi les 55 candidats initiaux se composait comme suit : 4 CH, 1 clinique privée, 1 PSPH et 2 CHU (avec pour l'un d'eux, 2 sites). La numérotation employée pour préserver la confidentialité s'échelonne ainsi de H1 à H9.

### Les sociétés de consultants

Les deux sociétés de consultants retenues après appel d'offres sont INEUM consulting (Chef de projet M. Dominique DEJEAN) et BUREAU VERITAS Consulting (Chef de projet Mme Eliane VERMEULEN).

## Le contexte et les objectifs de l'étude

Le décret relatif au contrat de bon usage des médicaments visant notamment à améliorer et à sécuriser le circuit est paru en cours de phase 3. Conclu pour une durée de trois à cinq ans, entre le directeur de l'ARH et le représentant légal de l'établissement après avis conforme de la CME, ce contrat est transmis à la caisse d'assurance maladie dont relève l'établissement de santé.

Le circuit du médicament est réglementé en particulier par l'arrêté du 31 mars 1999. Sa variété et sa complexité sont bien mises en évidence dans les documents de la DHOS « Prise en charge thérapeutique du patient hospitalisé » 2004 et « Informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé : approche par l'analyse de la valeur ; quels projets pour quels objectifs ? » mai 2001.

La version 2 du manuel de certification des établissements de santé de la HAS comporte un référentiel dédié à l'organisation du circuit du médicament.

En s'inscrivant dans ce contexte, la MeaH a accompagné les établissements avec un double objectif :

- améliorer la qualité et la sécurité du circuit des médicaments,
- diffuser les bonnes pratiques transférables.

## Les acquis des phases 1 et 2

Le rapport des phases 1 et 2 rappelle les principales étapes du circuit du médicament ainsi que les possibilités de sécuriser celui-ci. La PUI qui se situe, pour simplifier, entre la prescription médicale et l'administration au patient a fait l'objet d'une analyse débouchant sur le découpage de son activité en huit grandes fonctions:

- 1 administrative
- 2 approvisionnement
- 3 logistique et gestion des stocks
- 4 délivrance globale
- 5 délivrance nominative interne
- 6 délivrance nominative externe (rétrocession)
- 7 production et contrôle
- 8 opinion et analyse

Ces huit fonctions ont été agrégées en deux grands groupes :

Le premier agrégat réunissant les 5 premières fonctions a été baptisé « supply chain management ». Ce terme correspond à une gestion intégrée et performante des flux physiques de médicaments et des flux d'informations afférents.

Les rétrocessions (fonction 6) qui représentent un acte très particulier de délivrance nominative externe, ont été analysées séparément du fait de leur spécificité.

Enfin, le deuxième agrégat regroupant les deux dernières fonctions correspond aux actes pharmaceutiques à valeur ajoutée élevée.

La maturité de l'organisation de chaque PUI a été appréciée en fonction des pratiques organisationnelles et des équipements existants : **42** items concourent ainsi au score final de maturité.

Les calculs ont montré la corrélation significative entre ce concept de maturité organisationnelle et la productivité de chaque PUI. La MeaH propose de convertir les gains de productivité en activité à forte valeur ajoutée et ainsi de mieux sécuriser le circuit du médicament dans les établissements de santé.

### **Hétérogénéité des circuits du médicament**

Les phases 1 et 2 ont également confirmé la très grande hétérogénéité en termes d'organisation des pharmacies hospitalières de l'échantillon observé. Certes, les trois grandes étapes du circuit du médicament : prescription, délivrance et administration structurent de manière invariable celui-ci. En revanche, les modalités d'organisation des flux physiques et des flux d'informations sont très variables, ce que traduit à sa façon le recours à 42 items pour évaluer le degré de maturité des organisations.

La taille et les missions spécifiques des différents établissements concourent, en partie, à cette hétérogénéité.

La configuration des locaux d'hospitalisation monosite ou multisites, la présence ou l'absence d'une plateforme logistique, la nature et la qualité des liaisons horizontales et verticales, le nombre et la variété des mobiliers de stockage et de transport des médicaments dans les unités de soins en sont une autre source.

Le rythme d'évolution des prescriptions au fil du séjour (hébergement et soins / courts ou longs) est un autre facteur conditionnant les possibilités matérielles et informatiques d'organisation.

Les obligations réglementaires de traçabilité créent également des circuits spécifiques.

L'offre industrielle de matériel de rangement, de stockage, de transport, de protection, d'identification, de logiciels ou d'automates est très vaste.

Enfin, sans prétendre à l'exhaustivité, cette hétérogénéité tire aussi son origine de la difficulté à se coordonner pour les trois principales catégories d'acteurs impliqués : infirmières, médecins prescripteurs et personnel de la pharmacie. Leur perception du risque lié au circuit du médicament ne semble pas assez partagée.

## Limites

Au cours des phases 3 et 4 de ce chantier pilote, comme pour les deux premières phases, la MeaH a souhaité limiter le périmètre aux seuls médicaments, laissant ainsi à l'écart l'activité de stérilisation et le circuit des dispositifs médicaux.

En outre, les changements et les actions concrètes retenus au cours des phases 3 et 4 n'incluaient pas le choix et l'évaluation de logiciels ou d'automates.

Le circuit du médicament est un processus et sa sécurisation appartient au management des risques. Cette perspective nous guidera tout au long de ce rapport.

En effet, tous les changements opérés au cours des phases 3 et 4 par les établissements participant au chantier pilote MeaH ne visent qu'à éliminer les erreurs évitables.

Néanmoins, on peut distinguer deux catégories d'actions, selon que leur impact sur la sécurisation du circuit du médicament sera direct ou indirect un peu à la façon dont on distingue en automobile la sécurité passive et la sécurité active :

- impact indirect : actions d'amélioration de la supply chain,
- impact direct : actions centrées sur la sécurisation d'une ou de plusieurs étapes du circuit.

## 1. Les actions d'amélioration de la supply chain

Les armoires à pharmacie des unités de soins constituent un des noyaux durs les plus importants de la supply chain. La plupart renferment 200 à 300 références différentes. La gestion de ces stocks de proximité est plus complexe qu'il n'y paraît au premier abord. C'est ainsi qu'apparaissent aujourd'hui des armoires sécurisées dites « intelligentes » ne délivrant en principe les médicaments à l'infirmière que pour un patient bien identifié.

Plusieurs participants au chantier ont ainsi retenu des actions d'amélioration du management des armoires de services.

L'optimisation de la gestion des armoires poursuit cinq objectifs :

- l'élimination des médicaments périmés,
- la réduction des stocks immobilisés,
- la diminution des approvisionnements en urgence au guichet de la PUI, ceux-ci étant très consommateurs de temps pour les unités de soins comme pour le personnel de la pharmacie,
- le rapprochement des acteurs par des contacts plus réguliers entre les soignants et le personnel de la PUI,
- la réduction des risques d'erreur par un meilleur rangement des médicaments.

Trois grands types d'approches ont été entrepris selon la taille des établissements, les ressources mobilisables ou encore l'homogénéité des armoires :

- l'élaboration de listes de dotation qualitative et quantitative de médicament,
- la mise en place d'armoires utilisant le principe de fonctionnement en plein/vide,
- la modélisation des armoires.

### 1.1 Les dotations des armoires de service

L'élaboration de listes de dotation qualitative et quantitative de médicaments pour chaque unité de soins est une opération classique généralement très consommatrice de temps lorsqu'elle intervient pour la première fois.

La dotation étant effective, les réapprovisionnements sont facilités pour les unités de soins qui disposent alors de bons de commandes spécifiques à leur service en lieu et place des liasses générales (environ 1000 références gérées par les PUI).

Le rangement des médicaments est à la fois plus sûr et plus rationnel.

L'optimisation des armoires a également l'avantage de solliciter à la fois les préparateurs, les infirmières, les pharmaciens et les médecins prescripteurs du service en question.

Cette opération a donc une valeur forte en termes d'efficience économique et du management du risque des erreurs médicamenteuses.

Selon la taille de l'établissement, les projets de dotation qualitative et quantitative sont plus ou moins formalisés.

### 1.1-1 L'expérience du site H5

Sur ce site, un **groupe de travail** composé de cadres de santé, d'IDE, et de représentants de la pharmacie a réalisé une grille d'audit d'armoire (cf annexe 1)

Sa mise en œuvre impliqua un préparateur en CDD et fut poursuivi par des ressources internes sur trente unités de soins.

Cette grille a permis de faire un état des lieux des pratiques en matière de gestion des stocks tant pour les aspects qualitatifs que quantitatifs.

Elle utilise un classeur Excel en dix chapitres :

- présentation du service (activité, gestion des médicaments et responsabilité des acteurs à chaque étape...),
- typologie des lieux de stockage et type d'équipements utilisés (fermeture à clé...),
- modalités de rangement des médicaments (ordre alphabétique et ou forme galénique, identification par spécialité, DCI, nombre de références...),
- modalités de gestion des médicaments (gestion des périmés, des retours, dépannages inter unités...),
- modalités de préparation des commandes (jour et heure, estimation du temps...),
- modalités de réception des commandes (lieu, horaire, estimation du temps de rangement...),
- suivi et activités des commandes « normales » (nombre de lignes...),
- suivi et activités des commandes « urgentes » (nombre de lignes, identification du patient...),
- valeur financière des stocks (valeur des périmés, des retours, du stock, des commandes hebdomadaires normales et urgentes...),
- remarques et impression générale sur la tenue des armoires (indice de satisfaction vis-à-vis de la pharmacie de 1 à 4...).

Les listes de dotation ont été établies par la pharmacie à partir des consommations de chacun des services. Elles ont été ensuite discutées et validées par les cadres de santé des unités de soins, les médecins prescripteurs et les pharmaciens.

La mise à niveau du stock de médicament dans les unités de soins a ensuite été réalisée à partir de ces listes de dotations.

Un état des lieux « avant » et « juste après » la mise en place des dotations a été réalisé. Les résultats pour un échantillon de 8 unités figurent ci-après :

	Unités	A	B	C	D	E	F	G	H	Total
	Périmés	437	0	954	24	1904	163	6769	31	10282
Avant dotation	Stock en €	20180	3672	24760	7401	28233	1544	6645	3647	96082
Après dotation	Stock en €	4784	1432	6626	5938	4805	292	42 *	898	24775

	Unités	A	B	C	D	E	F	G	H	Moyenne
	Gain sur stock en%	76	61	73	20	83	81	99	75	71
	Gain sur stock en €	15396	2240	18134	1463	23428	1252	#VALEUR!	2749	8913

\* Ce service d'hospitalisation de jour ne stocke plus désormais de médicaments.

Au total, le gain moyen sur stock est de **8 908 euros** par unité.

De manière globale, l'**inventaire** médicament d'une unité de soins coûte environ **0,5 à 2** jours préparateur en pharmacie, hors mise à niveau des armoires, saisie et traitement des données. A ce temps, il est nécessaire d'ajouter du temps pharmacien junior et pharmacien senior ainsi que du temps préparateur supplémentaire pour le rangement des médicaments.

Quelques enseignements peuvent être tirés de cette action :

- la mise en place nécessite un contrôle et un suivi des stocks dans le temps. Ceci implique des audits réguliers pour suivre l'application des procédures de gestion des médicaments et des stocks par les soignants.

A ce stade, un constat s'impose : soit les soignants ne disposent pas de temps pour gérer leur stock de médicaments, soit cette opération éloignée du soin n'est pas leur priorité.

Ce constat laisse penser qu'une présence pharmaceutique plus régulière est souhaitable dans les unités de soins pour maintenir une bonne gestion des stocks de médicaments. A cet effet, **H5** débute un test de gestion de médicaments dans une unité de soins, sous la responsabilité du préparateur en pharmacie.

Si ce test est concluant, la question de sa pérennité et de son déploiement se posera.

- la gestion des stocks de médicaments sans circuit informatisé est lourde, chaotique et chronophage. La multiplication des supports et la tenue obligatoirement approximative des stocks dans les unités de soins rend compliquée et peu pérenne une tenue des stocks de qualité.

L'amélioration obtenue est de court terme dans l'attente de l'informatisation et de la dispensation nominative. **H5** prévoit également un test d'armoire intelligente dès 2007.

### 1.1-2 L'expérience du site H3

Seules 12 unités de soins sur 250 bénéficient de la prestation des préparateurs pour la gestion régulière des stocks des armoires. Dans les services ne bénéficiant pas de cet appui, les stocks de médicaments dans les armoires font l'objet de moins d'attention.

Le recours à des approvisionnements en urgence (40 800 lignes délivrées) ou en garde (18 100 lignes) devient alors indispensable. Cette délivrance mobilise à la pharmacie centrale :

- **0,68 ETP** pharmacien,
- **1,71 ETP** interne en pharmacie,
- **1,15 ETP** préparateur,
- **0,63 ETP** coursier.

Quatre unités de soins (une de traumatologie, une d'endocrinologie et deux de cardiologie) ont participé à une expérience de sensibilisation au bon usage des commandes en urgence, les médicaments concernés étant recensés et la dotation du service revue. Les résultats étant encourageants, l'expérience sera déployée et on peut espérer à terme une consommation inférieure de ressource qualifiée à la pharmacie.

### 1.1-3 L'expérience du site H4

Le service de cardiologie dispose de 4 armoires mobiles dont 3 pour les médicaments. Le classement des produits se faisait avant l'expérimentation, graduellement d'abord par voie d'administration (injectables/*per os*), puis par liste avec des tiroirs de différentes couleurs munis d'intercalaires mobiles, enfin par ordre alphabétique. La dotation sur ce site est qualitative et la commande est assurée par l'infirmière de nuit. Des difficultés d'approvisionnement sont apparues, en particulier avec les produits hors stocks, les traitements personnels des patients ou encore l'arrivée des génériques. La mise en place du système plein/vide, un temps envisagée, a été abandonnée, les armoires mobiles étant jugées trop petites.

Les améliorations ont porté sur la mise en place d'une dotation quantitative, un classement nouveau uniquement fondé sur l'ordre alphabétique. Enfin, chaque trimestre, un état des lieux des armoires est réalisé alternativement par les IDE ou le préparateur référent.

Les armoires étant mobiles, il arrive également qu'elles soient descendues à la pharmacie, en particulier à l'occasion de la fermeture d'un service.

A noter qu'un seul service (réanimation) est désigné comme service de dépannage lorsque la pharmacie est fermée. Cette pratique de dépannages inter unités, moins organisée dans d'autres établissements, manque souvent de transparence.

## 1.2 Les armoires fonctionnant avec le système plein/vide

### 1.2-1 Présentation et objectifs

Plusieurs sites : **H6**, **H1** et **H8** ont opté pour la mise en place de ce système dont nous décrivons brièvement le principe et rappellerons les objectifs :

- libérer du temps infirmier,
- optimiser les stocks de médicaments dans les armoires de services,
- améliorer la sécurité par un rangement codifié partagé par tous.

Les armoires plein/vide sont des outils de gestion rationnelle des stocks de médicaments qui libèrent les infirmières de tout processus de commande à la pharmacie.

La disponibilité d'une liste de dotation qualitative et quantitative est un prérequis. Elle doit être validée par le chef de service de l'unité de soins et par le pharmacien référent. Elle est révisée au moins une fois par an.

La mise en place nécessite une formation du personnel soignant (animation photographique visualisant le principe et les règles de bon fonctionnement).

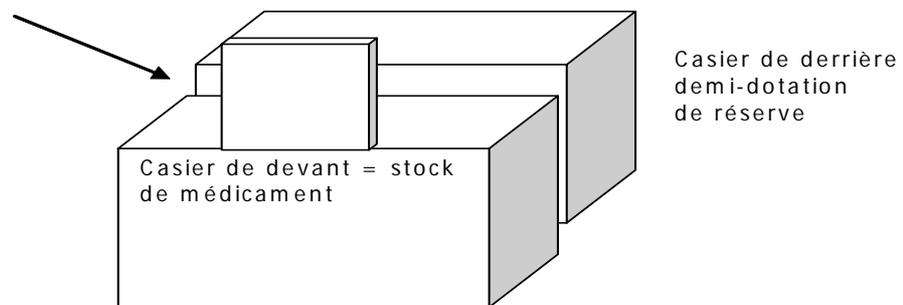
## 1.2-2 Le principe des armoires plein/vide

Dans ces armoires, pour chaque médicament, la dotation prédéfinie est répartie dans **2 casiers**, contenant chacun une **demi-dotation** (cf. schéma ci-dessous). En moyenne, les demi-dotations correspondent à 8 jours de consommation avec des possibilités de modulation selon les médicaments ou les sécurités souhaitées.

□ le casier du fond est la demi-dotation de réserve  
(comprimés et ampoules ne sont pas déconditionnés) ;

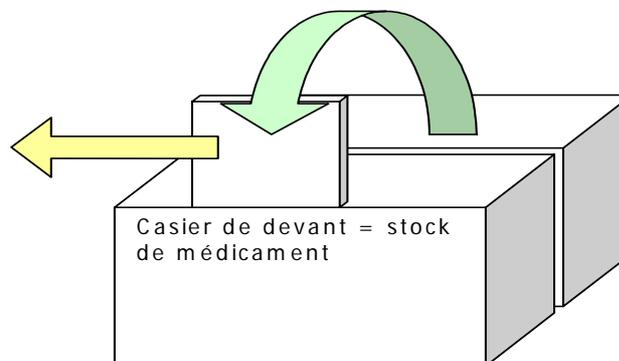
□ le casier de devant est la demi-dotation active  
dans laquelle l'infirmier prend le médicament (les médicaments sont déconditionnés dans cette demi-dotation pour faciliter l'étape ultérieure de préparation des traitements à administrer).

Étiquette d'identification  
et de support de fiche de  
commande



Quand la demi-dotation de devant est vide :

**Étape 2**  
Sortir l'étiquette  
d'identification  
et de commande



Le fonctionnement du plein/vide est le suivant : **l'infirmier** prend les médicaments dans le casier de devant. Lorsque ce casier de devant est vide, il prend les médicaments du casier de derrière, les met devant et les déconditionne si besoin.

Il dépose ensuite l'étiquette pour le réapprovisionnement dans un collecteur prévu à cet effet.

C'est le **préparateur en pharmacie** qui relèvera ou lira le code barre de cette étiquette lors de son passage dans le service. Il assurera ensuite le réassortiment après préparation de l'approvisionnement à la PUI.

Le préparateur gère également, si besoin, les périmés et les retours à la pharmacie.

Le rangement respecte les principes suivants : le même médicament et le même dosage dans les deux casiers de devant et de derrière (fondement du plein/vide).

Si la délivrance est en majorité globale, l'armoire plein/vide met à la disposition des IDE les médicaments pour préparer les traitements à administrer.

Si la délivrance est en grande partie nominative, l'armoire est alors réservée à la couverture des besoins urgents.

Ce procédé de gestion peut s'appliquer aux différents produits circulant entre la PUI et les unités de soins. Exemples :

- solutés massifs et dispositifs médicaux pour **H6** ;
- médicaments hors solutés massifs, nutrition parentérale et antiseptiques pour **H8** ;
- médicaments pour **H1**.

Dans une organisation en dispensation globale, le système plein/vide fonctionne uniquement pour les médicaments en dotation. Il doit donc être complété par une modalité spécifique pour les médicaments qui seront prescrits nominativement (antibiotiques, médicaments dérivés du sang...).

Les **résultats** de la mise en place des armoires plein/vide varient d'un site à l'autre.

### 1.2-3 L'expérience du site H8

Lors de la mise en place du système, un cahier de transmission a été mis à la disposition des préparateurs et des IDE dans le service.

Il est utilisé pour :

- toute transmission d'information liée aux commandes, besoins de médicaments, sortie de patient...,
- toute question sur un médicament,
- toute question, proposition liées à la mise en place de l'armoire plein/vide.

Il est contresigné tous les jours par le pharmacien au début du projet.

Le rangement se fait par forme galénique (*per os*, injectables, ORL, OPH, cutané) puis par ordre alphabétique. Ce site fonctionne en majorité en délivrance globale. Cependant, il existe des délivrances nominatives et les infirmières doivent disposer des médicaments prescrits nominativement ne se trouvant pas dans la dotation du service.

C'est pourquoi le **préparateur référent** de l'unité de soins se rend dans celle-ci tous les jours à 13 heures pour consulter les ordonnances de tous les patients.

Il vérifie la disponibilité du médicament dans l'unité de soin et note sur la feuille du patient un sigle indiquant que le médicament se trouve dans la dotation ou que sa prescription est nominative :

- **D** pour indiquer que le médicament est dans l'armoire de **D**otation ;
- **N** pour indiquer que le produit prescrit est délivré pour le patient **N**ominativement ;
- **P** pour les médicaments dans la chambre du **P**atient (ex : collyre) ;
- **S** pour indiquer que le produit est géré par le **S**ervice (ex : solutés).

Les médicaments prescrits nominativement sont préparés à la PUI par le préparateur et mis dans un sac identifié par le nom du patient. Le préparateur apporte ensuite ce sac dans l'unité de soins et le dispose en bas du chariot de distribution matin/midi/soir. A noter que dans ce procédé, si les IDE sont libérées de la gestion des stocks de leur armoire, en revanche elles continuent d'assurer la préparation finale des traitements à administrer pour chaque patient (pour H8 ce sont les IDE de nuit).

Désormais, il n'y a plus de bons d'urgence et donc en principe plus de déplacements de soignants vers la PUI. Les temps de transfert de charge hebdomadaire sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

	Avant	Après	Transfert
Soignants	10 H	5 H	- 5 H
Personnel de la PUI	3 H15	6 H 45	+ 3H 30

Les préparateurs ne réapprovisionnent l'armoire plein/vide que deux fois par semaine contre une fois par jour avec l'ancienne armoire. En accord avec la coordonnatrice des soins, **0,3 ETP** infirmier avait été redéployé en temps préparateur pour la mise en place dans **3** services pilotes.

Cet effectif préparateur s'est cependant avéré insuffisant.

**La cartographie des transferts de charge** avant et après mise en place des armoires plein/vide a été réalisée pour quatre types de situations : produits en stock, produits hors stock, bons d'urgence et stupéfiants.

Nous représentons ci-dessous celle correspondant aux produits en stock à la PUI :

Produits en stock à la PUI	
Avant plein/vide	Après plein/vide
Commande	Commande
Transfert pharmacie caisse	Transfert pharmacie caisse
Préparation de la commande	Préparation de la commande
Sorties informatiques	Sorties informatiques
Transfert vers service	Transfert vers service
Rangement	Rangement
Préparation traitement du lendemain	Préparation traitement du lendemain
Contrôle et ajustement	Contrôle et ajustement
Administration	Administration

Légende : 

Soignants	Manutentionnaires	Personnel PUI	Activité supprimée
-----------	-------------------	---------------	--------------------

Le déploiement du système plein/vide est prévu sur la totalité de l'établissement et nécessitera la transformation de **1,3 ETP** infirmier en effectif préparateur.

La pharmacienne insiste sur la nécessaire disponibilité du personnel de la PUI au service des infirmières qui doit accompagner la mise en place du système plein/vide : information sur un nouveau médicament ou une nouvelle présentation, sur une rupture de stock, ...

#### 1.2-4 L'expérience du site H6

Pour **H6** où les armoires plein/vide ont été mises en place dans 7 services, on observe une diminution moyenne de **28%** du nombre des références en stock et une réduction de **15%** en valeur des stocks (suppression des surstocks et des périmés).

Le lancement a nécessité près de **90 heures** par service sur ce site. Cependant, les préparateurs gèrent désormais les stocks de proximité des unités de soins et gagnent du temps par rapport à l'ancienne organisation.

En effet, la préparation des approvisionnements à la PUI est plus rapide (la diminution des références de médicament et la régularité des réassortiments réduisent les temps de cueillette). Ces gains n'ont toutefois pas fait l'objet d'une évaluation.

#### 1.2-5 L'expérience du site H1

Dans un service pilote de 35 lits, les temps préparateur ont été mesurés :

- **0,5** heure/semaine pour le recueil des besoins en approvisionnement,
- **0,5** heure/semaine pour préparer la commande,
- **1** heure/semaine pour le rangement (250 références),
- **50** heures pour le lancement.

Le système a été implanté dans trois services et devrait être déployé au-delà.

A ce jour, les résultats disponibles montrent un gain en valeur des stocks de **17%** dans un service de chirurgie et de **33%** dans un autre.

L'amélioration sensible de la communication entre les unités de soins et la pharmacie est apparue comme un bénéfice supplémentaire à la mise en place du système.

#### 1.2-6 Commentaires

En conclusion, le dispositif plein/vide est une solution parmi d'autres, née de la logique de gestion des stocks en flux tendu. Des débats animés sont apparus lors des comités techniques nationaux sur l'opportunité de sa mise en place selon les catégories de produits (solutés massifs, dispositifs médicaux ou encore médicaments...).

Les avis divergent aussi sur l'efficacité du système : certains considèrent la mise en place du plein/vide comme un simple transfert de charge de travail entre infirmières et préparateurs sans apport de valeur ajoutée ; d'autres au contraire soulignent la libération de temps infirmier mis à profit pour sécuriser l'administration du médicament.

La rationalisation du rangement, inhérente à ce dispositif, sécurise le circuit en limitant les risques de confusion entre deux médicaments ou deux dosages du même médicament.

Le système plein/vide exige beaucoup de rigueur de la part des soignants et la gestion dynamique des stocks consomme du temps préparateur pour l'intégration de nouvelles molécules médicamenteuses, la création de nouvelles étiquettes, ...

### 1.3 La modélisation des armoires types sur le site H2

La modélisation du contenu des armoires à pharmacie poursuit un double objectif : d'une part, concevoir une armoire optimisée pour les besoins d'un service et d'autre part, appréhender les besoins hebdomadaires pour un service de soins donné.

En l'absence de modélisation, les préparateurs du site **H2** ne peuvent optimiser, par an, que 10 armoires sur 50, sachant par ailleurs que les armoires renferment **200 à 300** médicaments différents. Ce dernier chiffre est au demeurant un indicateur simple de la bonne gestion des armoires.

La modélisation des armoires types simplifiera leur bonne gestion par les préparateurs, dont les interventions seront déclenchées par les alertes du système d'information en cas de commandes déviantes vis-à-vis du modèle.

L'établissement **H2** dispose de 50 unités équipées du même modèle d'armoires dans lesquelles seuls deux formats de boîtes sont utilisés pour le rangement des médicaments.

◆ La première démarche a consisté à classer les médicaments en trois familles selon la probabilité d'avoir un patient traité par ce médicament en fonction d'un intervalle de temps donné :

- famille A ou médicaments courants dont la probabilité d'avoir un patient traité par semaine est égale à 1,
- famille B ou médicaments occasionnels ou intermédiaires dont la probabilité d'avoir un patient traité est comprise entre moins de un par semaine et moins de 1 par an,
- famille C ou médicaments exceptionnels dont la probabilité d'avoir un patient traité par an est quasi nulle.

A partir de cette classification, le système d'information effectuera un meilleur suivi des commandes à la pharmacie : requête pour déterminer le nombre moyen de commandes pour les médicaments de la famille A pour chaque unité.

La plupart des unités de soins n'ont que **5** ou **6** médicaments courants.

Pour la famille A, la fréquence de commande devrait être hebdomadaire.

Du fait de leur statut de médicament récurrent et fort usité, les médicaments de la famille A ne doivent donner lieu ni à des bons de commande en urgence ni à des retours. Une dérive donnera lieu à une intervention du pharmacien dans l'unité de soins.

Pour les médicaments des familles B et C, il n'y aura pas de valeur cible pour la fréquence de commande.

◆ En corollaire à ce pourcentage de patients traités, la deuxième démarche consiste à déterminer la couverture de stock.

La pharmacie centrale dispose de 3 semaines de stock tandis que les unités de soins disposent d'une semaine pour tous les médicaments autres que ceux qu'ils consomment exceptionnellement.

Pour les médicaments de la famille B, la couverture de stock doit être d'une durée inférieure à la durée de traitement prévue par l'**AMM**<sup>1</sup>. Cependant, cette valeur ne peut être obtenue que par un inventaire de l'armoire à pharmacie. Ce dernier ne sera déclenché que dans le cas où la fréquence hebdomadaire de commande des médicaments de famille A est supérieure à 1.

Pour les médicaments de la famille C, leur retour à la pharmacie peut être envisagé à condition que le coût de ce retour soit inférieur au coût de détention de la référence évalué, d'après la bibliographie, à **25%** du coût d'achat.

La modélisation des armoires types s'établira à partir de l'analyse qualitative et quantitative des consommations usuelles des services. La répartition dans les armoires types se calculera en **mètre linéaire** (calcul du nombre de boîtes pouvant être stockées dans une armoire pour une répartition donnée en boîtes de petit et de grand format selon les spécificités - encombrement - des médicaments).

L'optimisation de l'algorithme de calcul est en cours (requête à partir des éléments suivants : code, libellé, posologie moyenne, pourcentage de patients traités et nombre moyen de commandes hebdomadaires).

Les bénéfices attendus se traduiront principalement en termes de rationalisation des commandes d'approvisionnement et en optimisation du temps des préparateurs.

---

<sup>1</sup> Autorisation de Mise sur le Marché

## 2. Les actions de sécurisation directe du circuit du médicament

Ces actions sécurisent de façon directe les étapes manuelles ou automatiques qui jalonnent le circuit du médicament.

Nous distinguerons deux types d'actions de sécurisation selon qu'elles cherchent à couvrir l'ensemble du processus du circuit du médicament ou *a contrario* qu'elles paraissent plus ciblées sur une de ses principales étapes.

### 2.1 Les démarches globales de sécurisation

Ces actions portent sur une prise de conscience globale de tous les acteurs réunis : (infirmiers, médecins, personnel de la pharmacie) du caractère systémique de la gestion des risques liée au circuit du médicament. Elles reposent essentiellement sur des opérations de formation. La MeaH a proposé un kit de formation composé de deux documents : un diaporama sur « l'erreur médicamenteuse » et une « fiche conseil » destinée aux animateurs des établissements ; ces documents, conçus avec les membres du CTN, ont bénéficié de l'avis technique de Mme Edith DUFAY, Présidente de l'AAQTE et ont été adoptés lors du sixième comité technique national.

La plupart des établissements utilisateurs de ces supports comme **H9, H3, H4, H2** et **H1**, les ont personnalisés ou adaptés à leur contexte. Les autres disposaient d'outils comparables.

#### 2.1-1 L'expérience du site H9

Un groupe multidisciplinaire de progrès chargé de pérenniser un environnement favorable à la gestion des risques a vu le jour et s'est intégré sans redondance à d'autres démarches de communication institutionnelles comme « le carrefour des vigilances » ou encore le « forum qualité ». La formation utilisait des études de cas : les uns empruntés à d'autres champs que celui de la santé, les autres décrivant des erreurs médicamenteuses issues de la littérature, enfin des erreurs répertoriées localement et impliquant plusieurs acteurs du circuit du médicament y compris bien entendu la PUI. Un quiz, réalisé par la pharmacienne, alimentait la réflexion sur l'analyse systémique des erreurs.

Trois autres actions concrètes parmi d'autres seront citées : la transmission de listes d'équivalence avec les génériques aux médecins et aux cadres, le ré-adressement des listes des formes orales pouvant être broyées et enfin la création d'un **groupe sentinelle** sur les risques liés au circuit du médicament, chargé d'analyser les erreurs ou d'adresser aux instances compétentes les problèmes de pharmacovigilance.

## 2.1-2 L'expérience du site H4

La cellule de gestion des risques est une structure qui préexiste dans l'établissement et comprend des médecins et des cadres de santé.

La formation spécifique au risque médicamenteux réalisée dans un service test intervenait après une formation au risque en général. Ainsi, en cohérence avec le management global des risques, cette séance a été co-animée par le chef de service de la pharmacie et l'un des médecins appartenant à la cellule des risques. Sur la fiche de signalement institutionnelle, il est désormais prévu une zone réservée à la déclaration des incidents liés au circuit du médicament.

La cellule des risques se réunit tous les 15 jours pour analyser toutes les fiches et proposer des actions correctrices qui puissent bénéficier à l'ensemble des services (déploiement de meilleures pratiques). En parallèle, le listing indicatif des différents risques à disposition de toutes les unités sera complété d'une rubrique sur les risques liés au médicament. Les objectifs poursuivis visent à la fois à inciter les personnels à déclarer les événements et à mettre à leur disposition une codification plus précise des incidents.

L'évaluation réalisée à la suite de chaque présentation a permis de faire évoluer le diaporama de la MeaH. La formation se poursuit dans les unités de soins dans le cadre du contrat de bon usage.

En outre, dans le prolongement de cette sensibilisation au risque médicamenteux, un observatoire des dysfonctionnements a vu le jour. Concrètement, il repose sur l'utilisation d'une grille d'évaluation des risques liés au circuit du médicament. Celle-ci est structurée en 6 zones : prescription, retranscription, disponibilité du médicament, préparation des piluliers (formes orales), préparation des injectables et administration. Un test dans un service de 26 patients a mis en évidence la nécessité d'améliorer deux points importants susceptibles d'augmenter les risques : la gestion des médicaments personnels du patient et la nécessité de communiquer des informations sur la correspondance pour un médicament donné entre le nom de spécialité, la DCI et les génériques.

## 2.1-3 L'expérience du site H2

L'adaptation du kit de formation aux spécificités de l'établissement et des services a fait l'objet d'une validation par le directeur, le président de la CME et la COMEDIMS.

Un observatoire des dysfonctionnements a également vu le jour, conséquence d'un plan d'action relatif à la sensibilisation aux risques liés au circuit du médicament.

La fiche de relevé de dysfonctionnement analyse la conformité des prescriptions, la prise en compte du livret thérapeutique, la signature des prescriptions, la disponibilité du produit, le délai de mise en œuvre de la prescription, la prise en compte des circuits particuliers (stupéfiants, médicaments dérivés du sang, cytostatiques, médicaments à délivrance nominative, autre), la qualité du plan de soins et le respect du plan de soins.

Dans un premier temps, c'est un préparateur qui a testé la saisie de cette fiche.

## 2.1-4 L'expérience du site H1

Le support de formation a été présenté à la COMEDIMS et à la CME.

La certification version 2 intervenait à la même époque. Parmi les décisions prises à cette occasion figurent la suppression des retranscriptions et la validation des traitements personnels des patients.

L'informatisation supprimera toutes les retranscriptions (expérimentation en cours avec trois cardiologues) ; dans cette attente, les médecins devront signer les retranscriptions. La substitution d'un traitement de ville par un médicament du livret thérapeutique devra être soumise au pharmacien et au médecin.

## 2.2 Les démarches ciblées de sécurisation

### 2.2-1 La sécurisation de la prescription sur le site H5

Cette action s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du **contrat de bon usage du médicament**, la mise en place des plans d'actions qualité suite à l'accréditation et une politique institutionnelle en matière de maîtrise des risques du circuit du médicament. L'action pilotée par le pharmacien chef poursuivait les objectifs suivants :

- sécuriser les prescriptions,
- sensibiliser les prescripteurs à l'erreur médicamenteuse,
- élaborer un guide d'audit des dossiers patients/soins pour la partie prescription - en particulier, la qualité administrative de la prescription - ,
- standardiser une procédure d'audit (grilles d'audit et guide de l'auditeur),
- élaborer un guide de bonnes pratiques de prescription.

Les deux supports d'audit ont été élaborés par un groupe pluridisciplinaire à partir des critères que préconisent l'**HAS**, les normes réglementaires et les recommandations professionnelles. Elles portent sur deux catégories de prescription : les prescriptions en cours d'hospitalisation et les prescriptions de sortie.

L'étude a porté sur **34** unités de soins, **5 dossiers patient** par unité ont été audités par un binôme médecin senior et cadre de santé ou IDE (5 dernières sorties du mois de mars 2005).

- pour la chirurgie, toutes les prescriptions du 1er jour en post opératoire + l'ordonnance de sortie,
- pour la médecine, toutes les prescriptions réalisées le premier jour d'hospitalisation + l'ordonnance de sortie.

Globalement, les prescriptions rédigées lors de la sortie sont de meilleure qualité que celles réalisées en cours d'hospitalisation.

- Les supports de prescription utilisés en cours d'hospitalisation sont très nombreux.
- Le double de l'ordonnance des médicaments prescrits lors de la sortie n'est pas retrouvé dans 45% des cas.
- Des abréviations du nom des médicaments sont retrouvées dans 18% des ordonnances en cours d'hospitalisation et 4% des ordonnances de sortie.
- 22% des prescriptions ont été « avouées difficiles à lire » en cours d'hospitalisation et 5% pour les ordonnances de sortie.
- Les noms des médicaments ne sont écrits en majuscules que dans 32% des cas en cours d'hospitalisation et 78% pour les ordonnances de sortie.
- Dans 94% des cas, les différentes mentions concernant les stupéfiants ne sont pas écrites en toutes lettres en cours d'hospitalisation.

Le tableau ci-dessous reprend les informations qui ne figurent pas sur les ordonnances pour les dossiers audités :

Ne figurent pas	Ordonnance en cours d'hospitalisation	Ordonnance de sortie
Heure	78%	nc
Signature	76%	nc
Identité du prescripteur	28%	nc
Age du patient	nc	78%
Forme Pharmaceutique	57%	28%
Dosage	19%	11%
Posologie	nc	2%
Durée du traitement	49%	9%

Les résultats de ces audits ont alimenté une réflexion plus globale de la COMEDIMS sur le déploiement de l'audit et la rédaction d'un guide des bonnes pratiques de prescription.

Ce dernier, de format A4 recto verso, (découpé en trois volets pour tenir dans une poche de blouse), comprend 6 chapitres sous forme de grandes consignes illustrées :

- les critères d'identification du patient,
- les critères d'identification du prescripteur,
- les principes généraux à respecter sur l'écriture, les posologies, les données nécessaires à indiquer sur le patient, les surveillances de traitement, ...

- les critères d'identification des médicaments : nom, forme, dosage, voie d'administration, rythme, horaires...
- les précautions à respecter,
- le cas des ordonnances de sorties.

Un encadré spécifique sur la gestion des risques et le signalement des événements indésirables est individualisé. Il rappelle les consignes de signalement des événements indésirables médicamenteux à l'aide du logiciel e-risk<sup>®</sup>.

## 2.2-2 La suppression des retranscriptions (H8 et H1)

Deux établissements participants, **H8** et **H1**, ont conçu et testé des supports de prescription-administration afin de réduire ou éliminer les retranscriptions et sécuriser ainsi une partie de la chaîne d'information. Tandis que **H8** élaborait trois supports selon les formes galéniques (*per os*, injectables, autres formes), **H1** en créait également trois mais selon les classes thérapeutiques (antibiotiques, stupéfiants, autres classes: cf annexe 2).

La conception de ces supports a exigé la mise en place de groupe de travail pluridisciplinaire et a préparé les établissements à l'informatisation du circuit.

Dans cette perspective, **H8** élabore une cartographie des modalités de prescription selon les unités (horaires, rythme, organisation, ...).

## 2.2-3 La dispensation nominative *versus* dispensation globale (H9)

**H9** a testé la mise en place d'une ordonnance nominative sur support papier transmise à la PUI sans globalisation de la commande. Cette expérience conduite avec l'accord de la direction a été accompagnée de bout en bout par la responsable qualité. La pharmacie reçoit les ordonnances nominatives, les analyse et assure une dispensation adaptée au besoin. L'unité pilote était un service de cardiologie et son unité de soins intensifs.

L'observation préalable avait mis en évidence l'existence de prescriptions orales lors de la visite et de la contre-visite et de nombreuses retranscriptions infirmières (feuille de température, plaquette blister d'administration, planning mural, cahier infirmier, feuille des soins journalière d'unité de soins intensifs de cardiologie,...).

Le support institutionnel a été mis en place à partir de septembre 2005 en sensibilisant le personnel de jour et de nuit.

La proportion de prescriptions écrites, datées et signées a augmenté très sensiblement. Le pourcentage de prescriptions signées est passé de **42%** à **88%**.

Les infirmières, n'ayant plus de commande globale à établir, ne consacrent plus que **20 minutes** par patient contre **28 minutes** auparavant. De plus, la satisfaction des infirmières vis-à-vis de la rapidité de l'approvisionnement a progressé dès la toute première évaluation passant de **16%** à **44%**.

Les équipes infirmières de cardiologie ont également convenu avec leur cadre de préparer directement les casiers nominatifs des patients à partir de la prescription en supprimant l'étape de la recopie de la prescription sur les supports plaquettes.

### 2.2-4 Traitement de ville *versus* traitement prescrit pendant le séjour

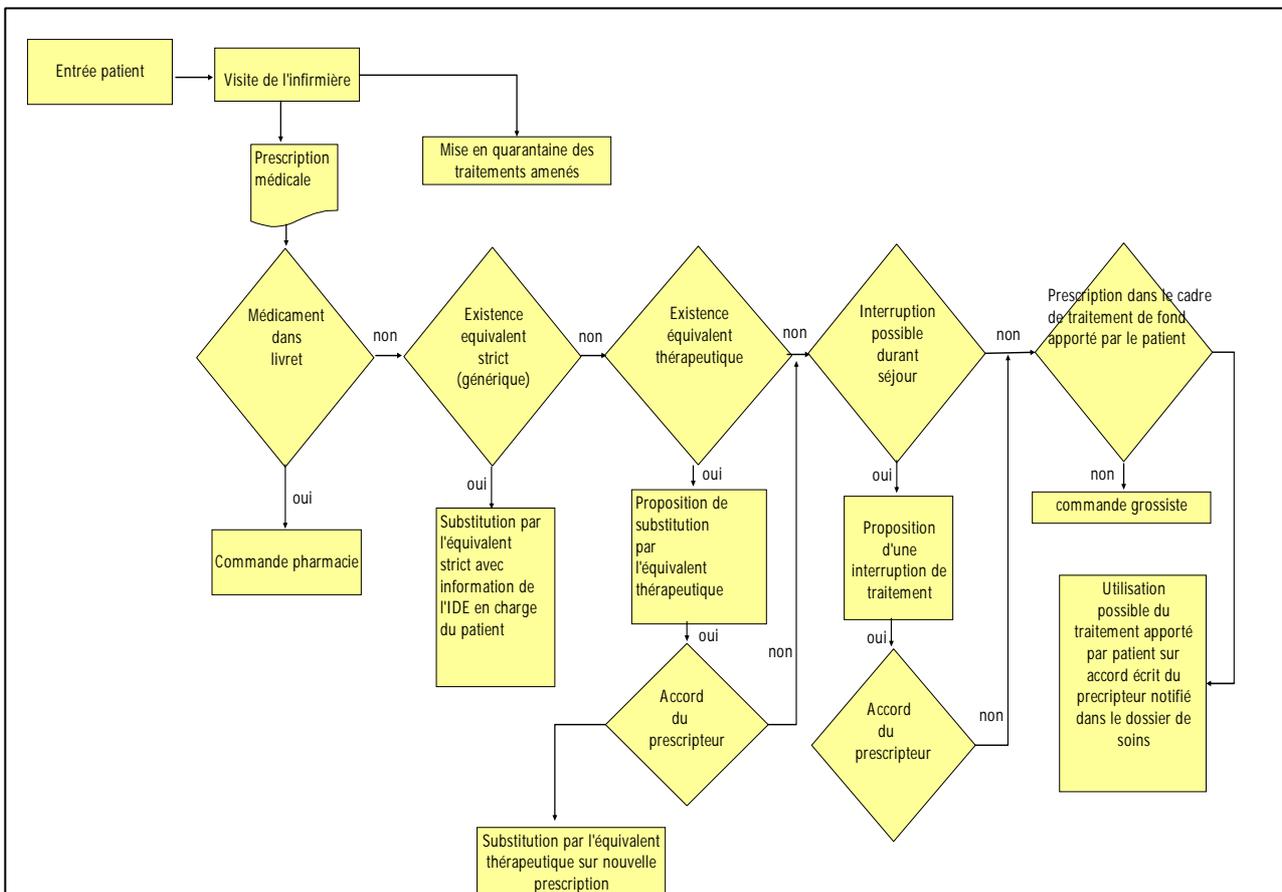
Les traitements de ville des patients posent de grosses difficultés au personnel soignant. En effet, d'une part toutes les spécialités ne sont pas, bien évidemment, référencées dans les PUI et d'autre part, l'augmentation des prescriptions de génériques en ambulatoire comme en hospitalisation multiplie les noms, les conditionnements, l'aspect des médicaments.

◆ Sur le site H2

L'articulation des deux types de traitement a fait l'objet d'une modélisation. Le logigramme représenté ci-dessous en est le résultat.

Lors de sa première visite, suite à l'arrivée d'un nouveau patient, l'infirmière retire provisoirement les médicaments apportés par celui-ci et analyse d'autre part la prescription médicale. Elle détermine ainsi si les médicaments prescrits sont présents dans le livret thérapeutique.

Si oui, l'infirmière passe commande des médicaments prescrits à la pharmacie.



Le cas échéant, elle détermine s'il existe un équivalent strict à la PUI (générique). Si oui, le médicament prescrit à l'origine est remplacé par l'équivalent strict tout en informant du changement l'IDE en charge du patient.

S'il n'y a pas d'équivalent strict à la PUI, l'infirmière recherche s'il existe un équivalent thérapeutique. Si oui, elle propose au prescripteur de remplacer le médicament prescrit à l'origine par son équivalent thérapeutique. S'il accepte, alors le médicament prescrit à l'origine est substitué par son équivalent thérapeutique.

Cependant, si le prescripteur refuse d'avaliser cette substitution ou s'il n'existe pas d'équivalent thérapeutique au médicament prescrit à l'origine, l'infirmière analyse si une interruption du traitement est possible pendant la durée de l'hospitalisation. Si cette interruption est possible, l'infirmière soumet cette proposition au prescripteur qui, s'il accepte, annule la prescription.

Enfin, si le prescripteur hospitalier refuse d'annuler la prescription de ville ou si le traitement ne peut être suspendu pendant la durée de l'hospitalisation (la prescription intervenant dans le cadre d'un traitement de fond amené par le patient), alors l'utilisation des médicaments est possible avec accord écrit du prescripteur et notification dans le dossier de soin.

#### ◆ Sur le site H4

Tous les traitements de ville des patients sont vus par le médecin présent lors de l'admission du patient. Il décide alors de conserver, de modifier ou de supprimer tout ou partie du traitement mais aucun des médicaments apportés par le patient ne sera utilisé sauf dans le cas où il est nécessaire de prévoir un délai pour que la pharmacie se procure ces médicaments (hors livret).

Les « médicaments de ville » du patient lui seront rendus à sa sortie.

#### ◆ Sur le site H8

A l'arrivée d'un patient, ses médicaments lui sont retirés sauf si le médecin autorise le patient à gérer son traitement.

- Si le médecin autorise le patient à gérer son traitement :
  - il prescrit les médicaments sur la feuille de traitement ;
  - il note « a les siens » et signe en face.
- Si le patient ne gère pas son traitement :
  - ses médicaments lui sont retirés et sont mis sur l'armoire dans l'office de soins dans un sachet étiqueté.
- Si un médicament n'est pas en stock, il peut être utilisé le temps de le commander. Dans ce cas, il est géré par la pharmacie comme un traitement nominatif et pour le différencier, l'étiquette du patient est apposée sur le médicament.

Dans le cas d'un remplacement des traitements ambulatoires du patient, **H8** distingue deux types de propositions :

- équivalence stricte (génériques, co-marketings) : feuillet blanc, mais demande tout de même en cas de changement de posologie une modification de prescription et une validation par le prescripteur,
- équivalence thérapeutique : feuillet rose, les molécules sont différentes mais l'action est identique, cela demande une validation et une analyse par le prescripteur et exige une nouvelle prescription.

A partir de ces trois expériences : H4, H2, H8, nous pouvons observer quelques divergences de pratiques, cependant toutes cherchent à éliminer les risques de confusion en imaginant les différents types de scénarios susceptibles d'apparaître.

## CONCLUSION

Le circuit du médicament est un macro processus complexe mobilisant de nombreuses catégories de professionnels de santé devant se coordonner dans l'espace et dans le temps. Dans l'état actuel de la diversité des établissements sanitaires et de leurs responsabilités respectives, il n'apparaît pas de solution organisationnelle universelle. Le premier rapport de la MeaH sur ce chantier pilote (phases 1 et 2) mettait l'accent sur la maturité organisationnelle et son développement pour gagner en productivité. Le temps ainsi dégagé pouvait être réinvesti sur des actes pharmaceutiques à plus haute valeur ajoutée.

Le rapport des phases 3 et 4 décrit des améliorations de la supply chain ou de chaque étape du circuit des médicaments qui concourent toutes plus ou moins directement à réduire les erreurs médicamenteuses. Au delà des progrès technologiques de ces dernières années en matière d'informatique ou d'automatisation, c'est aussi et surtout dans le management des risques et la bonne coordination afférente qu'il faut chercher à fluidifier et fiabiliser le circuit du médicament. En outre, le portage de ce projet doit être partagé. Au travers de différentes expériences, ce rapport montre bien l'importance de la participation de toutes les catégories professionnelles pour parvenir peu à peu à des solutions plus sûres. Nous ne doutons pas que l'approfondissement de ce chantier avec huit nouveaux établissements (démarrage depuis avril 2006) confirmera l'importance des facteurs humains pour gagner à la fois en sécurité et en productivité. La mise en place des contrats de bon usage, les impulsions de la DHOS, des ARH et de l'HAS et l'implication de tous les professionnels de santé concernés laissent espérer la réduction sensible des erreurs médicamenteuses.

## **ANNEXES**

Annexe 1 : grille d'audit des armoires de pharmacie : pages 27 à 36

Annexe 2 : supports mixtes prescription/administration : pages 37-38

Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques  
- Rapport final chantier pilote septembre 2006 -

NOM ET  
PRENOM:  
DATE:

NOM,  
PRENOM,  
FONCTION:

**UF**  
N° UF

**GESTION DES ARMOIRES A PHARMACIE DU SERVICE DE SOINS**

EVALUATION DE L'ARMOIRE:

Avant la réorganisation

Après la réorganisation

**1) Présentation du service**

CRITERES D'EVALUATION	A RENSEIGNER	REMARQUES
Unité de soins et type d'activités médicales		
Qui assure ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion de l'armoire:               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cadre</li> <li><input type="checkbox"/> Infirmier</li> <li><input type="checkbox"/> Aide soignante</li> <li><input type="checkbox"/> Préparateur</li> </ul> </li> <li>• Commandes:               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cadre</li> <li><input type="checkbox"/> Infirmier</li> <li><input type="checkbox"/> Aide soignante</li> <li><input type="checkbox"/> Préparateur</li> </ul> </li> <li>• Reception et rangement:               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cadre</li> <li><input type="checkbox"/> Infirmier</li> <li><input type="checkbox"/> Aide soignante</li> <li><input type="checkbox"/> Préparateur</li> </ul> </li> <li>• Périmés - Retours:               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cadre</li> <li><input type="checkbox"/> Infirmier</li> <li><input type="checkbox"/> Aide soignante</li> <li><input type="checkbox"/> Préparateur</li> </ul> </li> </ul>	
Responsable ou référent pharmacie	<input type="checkbox"/> Formalisé (qui ?) <input type="checkbox"/> Non	
Existe-t-il déjà un bon de commande personnalisé ?	<input type="checkbox"/> Oui (date de mise en place) <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, existe-t-il une dotation de service ? (quantité mini et maxi définie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, est elle disponible ?	<input type="checkbox"/> A la pharmacie <input type="checkbox"/> Dans le bureau du cadre de santé <input type="checkbox"/> Dans l'armoire de l'unité de soins	
Le bon de commande personnalisé a-t-il été réactualisé depuis sa mise en place ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques  
- Rapport final chantier pilote septembre 2006 -

NOM ET  
PRENOM:  
DATE:

NOM,  
PRENOM,  
FONCTION:

**UF**  
N° UF

**GESTION DES ARMOIRES A PHARMACIE DU SERVICE DE SOINS**

EVALUATION DE L'ARMOIRE:

Avant la réorganisation

Après la réorganisation

**II ) L'armoire à pharmacie**

CRITERES D'EVALUATION	A RENSEIGNER	REMARQUES
Nombre et lieux de stockage des médicaments	Nombre d'armoires = Nombre de placards = Nombre de réfrigérateurs = Nombre de serumeries = Autre =	
Locaux sécurisés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Etat général de l'armoire (note mini 1 et maxi 4)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Armoire fermée à clé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Existe-t-il des chariots de soins et/ou des chariots de gestes avec des médicaments stockés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques  
- Rapport final chantier pilote septembre 2006 -

NOM ET  
PRENOM:  
DATE:

NOM,  
PRENOM,  
FONCTION:

**UF**  
N° UF

**GESTION DES ARMOIRES A PHARMACIE DU SERVICE DE SOINS**

EVALUATION DE L'ARMOIRE:

Avant la réorganisation

Après la réorganisation

**III ) Les médicaments**

**3.1 ) Rangement**

CRITERES D'EVALUATION	A RENSEIGNER	REMARQUES
Type de rangement	<input type="checkbox"/> Par forme galénique <input type="checkbox"/> Par forme galénique puis par ordre alphabétique <input type="checkbox"/> Par ordre alphabétique <input type="checkbox"/> Par ordre alphabétique puis par forme galénique <input type="checkbox"/> Autre ?	
Nombre de médicaments déconditionnés non identifiables (unités)		
Identification des médicaments dans les tiroirs: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DCI ou NDS</li> <li>• dosage</li> <li>• date de péremption</li> <li>• n° de lot</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Identification des tiroirs dans l'armoire	<input type="checkbox"/> Etiquetage des tiroirs <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Par DCI</li> <li><input type="checkbox"/> Par spécialité</li> <li><input type="checkbox"/> Autre rangement et lequel ?</li> </ul> <input type="checkbox"/> Aucune	
Nombre de références ou médicaments gérés		
Nombre de références ou formes galéniques par tiroir	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Plusieurs	
Si plusieurs, y-a-t-il une séparation dans le tiroir ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Les traitements nominatifs ou particuliers pour un patient donné sont-ils retournés à la pharmacie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Les traitements personnels des patients sont-ils insérés ou rangés dans l'armoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques  
- Rapport final chantier pilote septembre 2006 -

NOM ET  
PRENOM:  
DATE:

NOM,  
PRENOM,  
FONCTION:

**UF**  
N° UF

**GESTION DES ARMOIRES A PHARMACIE DU SERVICE DE SOINS**

EVALUATION DE L'ARMOIRE:

Avant la réorganisation

Après la réorganisation

**3.2 ) Gestion**

Existe-t-il une procédure de gestion des péremptions et/ou des retours ?	<input type="checkbox"/> Oui (faire copie) <input type="checkbox"/> Non	
Fréquence de contrôle des périmés		
Les chariots d'urgence sont-ils vérifiés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui à quel rythme ?		
Nombre de périmés (unités) au moment de l'évaluation pharmaceutique		
Nombre de retours (unités) au moment de l'évaluation pharmaceutique		
Mode de transfert habituel des retours ou périmés à la pharmacie	<input type="checkbox"/> Au guichet <input type="checkbox"/> Par livreur	
Dépannage inter-unités ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Fréquence des dépannages		
Type de médicaments lors des dépannages		

Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques  
- Rapport final chantier pilote septembre 2006 -

NOM ET  
PRENOM:  
DATE:

NOM,  
PRENOM,  
FONCTION:

**UF**  
N° UF

**GESTION DES ARMOIRES A PHARMACIE DU SERVICE DE SOINS**

EVALUATION DE L'ARMOIRE:

Avant la réorganisation

Après la réorganisation

**IV ) Les commandes normales et urgentes**

**4.1 ) préparation et envoi de la commande**

CRITERES D'EVALUATION	A RENSEIGNER	REMARQUES
Existe-t-il des jours précis de commande ?	<input type="checkbox"/> Oui (lesquels ?) <input type="checkbox"/> Non	
Moment de la préparation de la commande dans le service		
Estimation du temps de préparation de la commande par le personnel du service		
Mode de transfert de la commande vers la pharmacie	<input type="checkbox"/> Guichet <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Boîte aux lettres (sous-sol)	
Mode de transfert de la commande urgente vers la pharmacie	<input type="checkbox"/> Guichet <input type="checkbox"/> Fax	
Etes vous prêts à une informatisations des commandes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne se prononce pas	

Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques  
- Rapport final chantier pilote septembre 2006 -

NOM ET  
PRENOM:  
DATE:

NOM,  
PRENOM,  
FONCTION:

**UF**  
N° UF

**GESTION DES ARMOIRES A PHARMACIE DU SERVICE DE SOINS**

EVALUATION DE L'ARMOIRE:

Avant la réorganisation

Après la réorganisation

**4.2 ) retour et gestion de la commande**

CRITERES D'EVALUATION	A RENSEIGNER	REMARQUES
Heure d'arrivée des caisses de la pharmacie		
Existe-t-il un lieu de livraison formalisé ?	<input type="checkbox"/> Oui (lequel ?) <input type="checkbox"/> Non	
Bon de livraison retourné avec la commande ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Contrôle de la livraison ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Moment du rangement de la livraison		
Estimation du temps de rangement de la commande par le personnel du service		
Nombre moyen de lignes non honorées par commande (erreur ou rupture de stock)		
Traçabilité de la livraison / Archivage des documents ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques  
- Rapport final chantier pilote septembre 2006 -

NOM ET  
PRENOM:  
DATE:

NOM,  
PRENOM,  
FONCTION:

**UF**  
N° UF

**GESTION DES ARMOIRES A PHARMACIE DU SERVICE DE SOINS**

EVALUATION DE L'ARMOIRE:

Avant la réorganisation

Après la réorganisation

**V ) Evaluation des commandes sur une semaine**

**5.1 ) Suivi des bons de commandes normales**

CRITERES D'EVALUATION	A RENSEIGNER	REMARQUES
Nombre de commandes normales par semaine		
Nombre moyen de lignes par commande		
Nombre de lignes manuscrites rajoutées à la fin du bon de commande		
Nombre de bons jaunes		
Le support de commande est-il adapté ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Bon de commande signé	<input type="checkbox"/> Par le cadre de santé <input type="checkbox"/> Par l'infirmière <input type="checkbox"/> Par l'aide soignante	
Bon de commande identifié au service (tamponné)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques  
- Rapport final chantier pilote septembre 2006 -

NOM ET  
PRENOM:  
DATE:

NOM,  
PRENOM,  
FONCTION:

**UF**  
N° UF

**GESTION DES ARMOIRES A PHARMACIE DU SERVICE DE SOINS**

EVALUATION DE L'ARMOIRE:

Avant la réorganisation

Après la réorganisation

**5.2 ) Suivi des bons d'urgences**

CRITERES D'EVALUATION	A RENSEIGNER	REMARQUES
Nombre de commandes urgentes par jour		
Nombre moyen de lignes par commande urgente		
Les médicaments commandés en urgence appartiennent-ils à la liste du bon de commande personnalisé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné	
Identification de la personne qui passe la commande urgente ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nom <input type="checkbox"/> Signature <input type="checkbox"/> Non	
Identification du patient destinataire sur le bon d'urgence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques  
- Rapport final chantier pilote septembre 2006 -

NOM ET  
PRENOM:  
DATE:

NOM,  
PRENOM,  
FONCTION:

**UF**  
N° UF

**GESTION DES ARMOIRES A PHARMACIE DU SERVICE DE SOINS**

EVALUATION DE L'ARMOIRE:

Avant la réorganisation

Après la réorganisation

**VI ) Valeurs financières**

CRITERES D'EVALUATION	A RENSEIGNER	REMARQUES
Valeur financière des périmés		
Valeur financière des retours		
Valeur financière des commandes normales par semaine		
Valeur financière des commandes urgentes par semaine		
Valeur financière du stock de unité fonctionnelle		

Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques  
- Rapport final chantier pilote septembre 2006 -

NOM ET  
PRENOM:  
DATE:

NOM,  
PRENOM,  
FONCTION:

**UF**  
N° UF

**GESTION DES ARMOIRES A PHARMACIE DU SERVICE DE SOINS**

EVALUATION DE L'ARMOIRE:

Avant la réorganisation

Après la réorganisation

**VII ) Remarques**

Indice de satisfaction vis-à-vis de la pharmacie (note maxi 4)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

**REMARQUES SUR LA GESTION ET L'APPROVISIONNEMENT DES MEDICAMENTS:**

--

Durée de l'évaluation:	
------------------------	--



